

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bermański (Gdańsk). — Dr. Wacław Biehler (Warszawa).
Doc. Adrjan Demianowski (Lwów). — Dr. Gubrynowicz (Warszawa).
Dr. Hanke (Katowice). — Dr. Ludwik Kaliciński (Warszawa). — Dr.
Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. Ignacy Mojkowski (Warszawa).
Dr. Michał Niedźwiedzki (Poznań). — Dr. Stanisław Mossor (Stani-
sławów). — Dr. Kazimierz Piotrowski (Kraków). — Dr. Małecki (Redom).
Dr. Emanuel Tomaszewski (Wilno). — Dr. Emil Zadurawicz (Sambor).

Redaktor: *Dr. med. Józef Mazurek.*Administrator: *Dr. med. Wacław Gronowski.*

WARSZAWA

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

JODERGON : BROMERGON

MAGISTRA KLAWE



JODERGON — ZWIĄZEK JODOWO-ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA, NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ: W CHOROBAH SERCA, NACZYŃ, BŁONY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDECHOWYCH, KILE, DNIE I OTYŁOŚCI.

TABLETKA — 0,05 J.

BROMERGON — BROMOWO-ORGANICZNY ZWIĄZEK, STOSUJE SIĘ: PRZY PADACZCE, HISTERJI, PŁASAWICY, DYCHAWICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BÓLACH GŁOWY, NERWICY SERCA : 1. P.

TABLETKA — 0,1 B.

LITERATURA ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

d. **MAGISTER KLAWE**, S.A., WARSZAWA.

SÓL KĄPIELOWA ŁANCZYŃSKA

bogata w zawartość ŻELAZA,
JODU, BROMU oraz innych
składników leczniczych

produkowana w byłej **Salinie Państwowej**
w Małopolsce Wschodniej (Podkarpacie)

PRODUKCJA i SPRZEDAŻ

TOWARZYSTWO HANDLOWO-PRZEMYSŁOWE

„REAL” SP. AKC.

Warszawa, Widok 24. Telefony: 685-30 i 515-05



PRACOWNIA ORTOPEDYCZNA IGNACEGO JAWORSKIEGO

Warszawa-Praga, Targowa 38, fr. m. 6. Tel. 10-21-28.

FIRMA EGZYSTUJE OD 1921 r.

Wykonywa wszelkie roboty w zakres ortopedji wchodzące jako to:
Protezy nóg i rąk. Aparaty lecznicze. Gorsety ortopedyczne.
Paski przepuklinowe i wszelkie reparacje.

Dla pracowników kolejowych specjalnie łagodne warunki.

Zwracać uwagę na firmę i adres, gdyż filji nie posiadam.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr 4

LISTOPAD

1932 r.

Antygen metylowy w leczeniu gruźlicy oka

Dr. WITOLD UMIASTOWSKI i Dr. MARJA MILEWSKA

Ordynatorzy Szpitala Kolejowego w Wilnie

Twórcą leczenia gruźlicy tuberkuliną był, jak wiadomo, Koch.

Pierwsze próby leczenia mu się nie powiodły, ponieważ stosował zbyt duże dawki; pozatem leczenie stosowane było dość szeroko i w wielu przypadkach, nie nadających się do leczenia tuberkuliną.

Dopiero dalsze badania nad gruźlicą zaczęły wyjaśniać jej istotę w pojęciu obecnem. Tuberkulin jest dość dużo; podstawą ich są prątki gruźlicze nieżywe, a wskutek działania na prątki gruźlicze tych lub innych chemikalji (eter, alkohol, aceton, woda i t. d.) lub mechanicznego rozcierania prątków otrzymujemy rozmaite tuberkuliny. Prototypem ich jest alt-tuberkulina Kocha, zawiesina prątków gruźliczych nieżywych. Pod działaniem mechanicznem i chemicznem starano się rozłożyć tuberkulinę na poszczególne składniki. Mucha rozdzielił tuberkulinę na kilka czynnych składników i każdemu z nich przypisuje specjalne działanie. Jednym z produktów przy działaniu na prątki gruźlicze alkoholem metylowym (Boquet, Nègre) przy odpowiedniej przeróbce jest antygen metylowy, który zawiera fosfatydy czyli lipoidy bogate w fosfor. Fosfatydy są zdolne wywołać zwiększenie przeciwciał swoistych w organizmie uczulonym na gruźlicę, natomiast wywołują bardzo słabą reakcję nadwrażliwości. Boquet i Nègre stwierdzili dodatni wpływ antygeny metylowego na przebieg gruźlicy i skłonność do wytwarzania tkanki łącznej w miejscach schorzenia. Prątki gruźlicze i ich toksyny są słabym jadem dla organizmu ludzkiego i nie mogą wywołać szybko odporności jak np. dur brzuszny i dur wysypkowy, a dają po pewnym dłuższym czasie od momentu zakażenia gruźlicą reakcję uczulenia czyli odporność komórkową, przy której przeciwciała są w łączności z komórką organizmu; dalszym etapem tej odporności będzie odporność sokowa, przy której prze-

ciwiałała się w sokach organizmu. Odporność sokowa przy gruźlicy jest zjawiskiem niestałym i łatwo może zniknąć, powstaje ona przeważnie przy gruźlicy gruczołowej i włóknistej. Odporność sokowa jest stanem zwiększonej odporności organizmu.

W organizmie chorym prątki gruźlicze krążą we krwi i chłonce. Organizmy ze zwiększoną nadwrażliwością mniej dają przerzutów, natomiast ze zwiększoną odpornością dają więcej przerzutów, lecz są skłonne do łatwiejszego wyleczenia. Gruźlica oka jest jednym z przerzutów chorego organizmu ze zwiększoną odpornością i przy leczeniu gruźlicy oka należy brać pod uwagę nie tylko proces w oku, lecz organizm jako całość, w którym są zmiany gruźlicze nie tylko w oku, a przeważnie w płucach i gruczołach chłonnych, zmiany, które mogą być minimalne, a nawet nieczynne i dopiero przy szczegółowym badaniu daje się wykryć te zmiany.

Tuberkuliny nie są silnymi jadami. W organizmie nieuczulonym nie są w stanie wywołać ani uczulenia, ani odporności i dopiero żywy prątek Kocha jest w stanie wywołać uczulenie i odporność; najlepszym więc leczniczym środkiem jest żywy prątek gruźliczy i w tym kierunku idą doświadczenia w dziedzinie lecznictwa gruźlicy. W obecnym czasie antygen metylowy należy uważać za jeden z lepszych tuberkulinów; wywołuje on małą reakcję nadwrażliwości i dla tego może być zastosowany w większych dawkach niż inne tukerkuliny i tem większą ilość przeciwciał.

Opierając się na spostrzeżeniu K. Meyera, że frakcja nierozpuszczalna w acetonie prątków gruźliczych ma wybitne własności pobudzające, Nègre i Boquet opracowali sposób przygotowania antygeny metylowego o bardzo silnych właściwościach swoistych i minimalnych cechach toksycznych: in vivo pobudza on do obfitego wytwarzania przeciwciał swoistych, in vitro wiąże dopełniacz w obecności surowicy przeciwgruźliczej. Gruźlicze świnki znoszą bez innych zaburzeń, oprócz przejściowej gorączki, wprowadzenie dootrzewnowe 10 cm.³ antygeny (odpowiada 50 centygramom świeżych prątków gruźliczych), wówczas gdy zwykła tuberkulina zabija je w dawce 0,1 cm.³. Antygen oprócz rozpuszczalnych w acetonie lipinów zawiera i inne bliżej nieznanne ciała, z których jedno posiada, jak widać z doświadczeń Nègre'a i Boquet'a, właściwości podobne do takowych tuberkuliny (typowy odczyn potuberkulinowy po doskórnych zastrzykiwaniach dzieciom gruźliczym). W doświadczeniach Nègre'a i Boquet'a nad świnkami i królikami acetonowy wyciąg nie miał właściwości swoistych wyciągu metylowego i działał ujemnie na przebieg schorzenia gruź-

liczego. Powyższe wyniki znalazły potwierdzenie w doświadczeniach innych autorów, między innymi S. N. Simpson'a i R. S. Spray'a.

Wyniki dobre, jakie otrzymali przy leczeniu gruźlicy oka antygenem metylowym Magitot, d'Autrevaux, a nieco później Onfrey, Plicque, Duclos i Colrat, zwróciły naszą uwagę w kierunku wypróbowania tego środka w przypadkach gruźlicy oka u naszych chorych szpitalnych i ambulatoryjnych.

Przytaczamy 10 obserwacji chorych, z których 5-ciu leczonych było w szpitalu kolejowym w Wilnie, 5-ciu zaś ambulatoryjnie, bądź w przychodni przeciwgruźliczej w Wilnie, bądź w sanatorium szpitala kolejowego. Stosowany był antygen Klawego antitbc.

Wychodzono z założenia, że tuberkuliny należy stosować w małych dawkach, by cały proces neutralizacji antygenem w organizmie odbył się w okolicach miejsca zastrzyku, żeby antygen, krążąc w sokach organizmu nie wywołał odczynu ogniskowego lub nie nastąpiły objawy toksyczne, że dawkę należy zwiększać powoli, lecz stale i dochodzić do maksymalnych dawek. Zaczęto od dawek 0,1 mitius, które się stopniowo zwiększały o 0,1 pod kontrolą ogólnego stanu, temperatury i reakcji ogniskowej. Potem przechodziło się na „fortius“, przytrzymując się tej samej zasady aż do 1,0 fortius. Zastrzyki stosowano 2 razy tygodniowo.

Obserwacje szpitalne

Przypadek I. Helena Ol. lat 16, (Hist. chor. 2718) Chorio-retinitis centr. tbc. oc. utr.

Wstąpiła do szpitala kolejowego 21/X 1930 roku. Przed wstąpieniem od sierpnia 1929 r. do połowy października leczona była prywatnie przez specjalistów, lecz bezskutecznie.

Dziedzicznie nie obciążona. Wassermann ujemny, Mocz norma. Jamy oddechowe nosa norma. Brak zmian chorobowych w płucach. R-scopja wykazuje rysunek płuc prawidłowy. Gruczoły szyjne znacznie powiększone. Ciepłota normalna. W okolicy plamki żółtej obu-stronne rozlane pigmentowane ogniska. Ostrość wzroku obuocznie = 4/60. Zastosowano 38 zastrzyków antitbc (22 doskórnie w sanatorium szpitala kolejowego i 16 podskórnie w ambulansie kolej. w Białymstoku). Wyniki otrzymaliśmy dodatnie: wygaśnięcie ognisk zapalnych i wyraźne ich zagojenie się. Jednoczesna poprawa stanu ogólnego ze wzrostem wagi 4,1 kg. Ostrość wzroku obuocznie = 0,15. Obserwacja 14-to miesięczna nawrotu nie dała.

Przypadek 2. Stanisław Ch. lat 33 (Hist. chor. 971) Chorioretinitis disseminata tbc. oc. dex. et chorioiditis paramacularis tbc. oc. sin.

16/IX 31 r. wstąpił do szpitala kolejowego z powodu stale pogarszającej się ostrości wzroku na oku prawem, datującej się od roku. Na oku prawem rozsiane zapalenie naczyń i siatkówki o starych i świeżych ogniskach; na oku lewym poniędy tarczą nerwu wzrokowego a plamką żółtą 3 świeże ogniska o barwie szaro-żółtej. V. O. D. — liczy palce na odległości 30 centm., V.O.S. = 0,8.

Reakcja Wassermanna krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemna. Mocz norma. Jamy dodatkowe nosa bez zmian. Przy badaniu wyczuwają się nieliczne zwapniałe gruczoły wnęk. Prześwietlenie klatki piersiowej: wnęki powiększone zawierają pojedyncze gruczoły zwapniałe. Zastosowano 32 zastrzyki antygenu, z których 16 do-skórnych w szpitalu i 16 podskórnych w ambulansie w Brześciu. Po każdym zastrzyku w czasie pobytu chorego w szpitalu było przeprowadzone badanie dna oka. Po trzecim zastrzyku stwierdzono pojawienie się w ogniskach dotąd bezpigmentowych drobnych ziarenek pigmentu, rozłożonych głównie około centrum ogniska, jak również przemieszczenie pigmentu w starych ogniskach. Po 4-tym zastrzyku wystąpiło przekrwienie okołogniskowe (hyperaemia), słabo zaznaczone, z jednoczesnem chwilowem pogorszeniem ostrości wzroku. Przebieg powyższej reakcji łatwiej było dostrzedz na oku lewym, gdzie były tylko 3 ogniska. Następne zastrzyki przyniosły stałe stopniowe zmniejszanie się przekrwienia okołogniskowego i polepszenie ostrości wzroku.

Wyniki: całkowite zahamowanie sprawy chorobowej ze zmianami wstecznymi w ogniskach, poprawą w stanie ogólnym (wzrost wagi o 4,5 kg.) i poprawą ostrości wzroku; V.O.D. = 0,3. V.O.S. = 1,0. Obserwacja 9-cio miesięczna nawrotu nie dała.

Przypadek 3. Teofila W. lat 57 (Hist. chor. 2145) Chorioretinitis disseminata tbc. oc. utr. Wstąpiła do szpitala 2/IX 31 r. Ojciec i 2-je dzieci umarli na suchoty Wassermann ujemny. Mocz norma. Zagęszczenie w okolicy wnęk płucnych. Aneurysma aortae. Myocarditis.

Zastosowano 8 zastrzyków antygenu z kilkudniową przerwą po 4-tym zastrzyku z powodu stanu serca. Ponieważ chora była przyjezdna i mogła tylko kilka tygodni być w szpitalu, leczenie swoiste zostało przerwane. Jednakże i ta mała ilość zastrzyków przyniosła widoczną poprawę. Chora więcej się nie zgłaszała.

Przypadek 4. Marja Bł. lat 39. (Hist. chor. 2322) Uveitis tbc., cataracta complicata incipiens oc. utr. Wstąpiła do szpitala 5/X.31 r. Mocz norma. W płucach wysłuchowo zmian patologicznych nie wyczuwa się. Badanie radjologiczne: boczne zgięcie kręgosłupa zwróco-

ne wypukłością na lewo, cienie wnękowe zawierają pojedyncze gruczoly. W lewym polu płucnem widoczne drobne zwapnienie Jamy boczne norma. Od lipca 1930 r. leczyła się bezskutecznie u specjalistów prywatnych. Chora otrzymała 4 zastrzyki antygeny. Kuracja została przerwana z racji wypisania się chorej na jej żądanie ze szpitala. Stosowane zastrzyki właściwie nie dały żadnych wyników ani dodatnich, ani ujemnych. Chora więcej do szpitala nie zgłaszała się.

Przypadek 5 Romuald R. lat 35. (Hist. chor. 2257). Uveitis oc. dex. Wstąpił do szpitala 22/X.31 r. Osady na tylnej powierzchni rogówki, zmętnienie cieczy wodnej, zmętnienie ciała szklistego i na dnie (w obrazie odwróconym), nieco ku górze i na zewnątrz od tarczy ognisko odbarwione kształtu nieregularnego ze skupieniem barwika na obwodzie, do części dolnej ogniska przylega świeże ognisko o granicach zatartych barwy szarawo-zielonkawej; tarcza n. wzrokowego silnie zamglona. Ostrość wzroku oka pr. = 0,3.

Dziedzicznie nie obciążony. Wassermann ujemny. Po prowokacyjnym zastrzyku neosalvarsanu wynik również ujemny. Jamy dodatkowe nosa norma. Mocz norma. Cytologiczny rozbiór krwi uchybień od normy nie wykazał. W prawej wnęcie wyczuwa się zbliźnowaciełe gruczoly. Prześwietlenie klatki piersiowej: cienie wnękowe powiększone o konturach wyraźnych. 5 zastrzyków antygeny dało wyraźne i trwałe pogorszenie. Ostrość wzroku z 0,3 spadła na 0,1. Chory wypisany na własne żądanie 22/X, leczy się prywatnie u specjalistów. 23/XI 31 roku wstępuje ponownie do szpitala kolejowego. Stan oka pr. znacznie się pogorszył. Oko pr. nie wziernikuje się z powodu dużego zmętnienia ciała szklistego. V.O.D = 1/60, V.O.S. = 1.0. Zastosowana w szpitalu proteino-terapia dała dalsze pogorszenie. Stwierdzono początek zapalenia jagodówki i na oku lewym. Ostrość wzroku na oku lewym z 1,0 spadła na 0,3. Próba 8 tygodniowa jodowo-rtęciowa kuracja dała znaczne polepszenie; od 23/XII.31 roku chory został poddany kuracji antyluetycznej z dodatnim wynikiem.

4/II.32 r. Ostrość wzroku oka pr. = 0,5. Ostrość wzroku oka lewego = 1,0.

Obserwacje chorych ambulatoryjnych

Przypadek 6. Stanisława J. lat 12, Chorioretinitis centr. tbc oc. utr. Adenopathia tracheo-bronchialis. Roentgen: szczyty i pola płucne jasne, gruczoly wnękowe obustronnie powiększone. Wassermann ujemny. V. O. Utr. = 4/60.

Pierwsza serja zastrzyków w liczbie 32 i po przerwie trzytygodniowej wskutek lekkiej recydywy druga serja zastrzyków w liczbie 24 dały zatrzymanie procesu chorobowego z poprawą stanu ogólnego (wzrost wagi 1,2 kilogr.) i poprawą ostrości wzroku do 0,15. Obserwacja roczna recydywy nie wykazała.

Przypadek 7. Władysław P. 26 lat. Chorioretinitis centr. oc. utr. Induratio apicis utr. Stan podgorączkowy. Roentgen: obydwa szczyty zawoalowane, cienie wnękowe wzmożone ze smugami ku szczytom. Wassermann ujemny. 22 zastrzyki antygeny, następnie wyjazd do uzdrowiska. Po powrocie, wobec lekkiej recydywy, nowa serja zastrzyków w liczbie 24. Znaczna poprawa w stanie miejscowym i ogólnym (wzrost wagi 2,5 klg.). 6-cio miesięczna obserwacja nawrotu nie dała.

Przypadek 8. Jadwiga K. lat 30. Chorioiditis centr. oc. utr. Adenopathia tracheo-bronchialis. Roentgen: gruczoły wnękowe powiększone. Wassermann ujemny. 32 zastrzyki antygeny, po przerwie trzechmiesięcznej druga serja w liczbie 24 zastrzyków. Zatrzymanie procesu chorobowego ze zmianami wstecznymi w ogniskach i poprawą w stanie ogólnym. Przybyło na wadze 3,3 klg. Obserwacja 6-cio miesięczna. Nawrotu niema. Ostrość wzroku z 0,6 podniosła się do 0,8.

Przypadek 9. Jan Fr. 29 lat. Keratitis parenchymatosa oc. sin. Wassermann ujemny. Objawy zagęszczenia prawego szczytu oprócz przewlekłego schorzenia specyficznego gruczołów tchawiczo-oskrzelowych. Roentgen: prawy szczyt zawoalowany, gruczoły wnękowe obustronnie powiększone. 4-miesięczne leczenie nietuberkulinowe bezskuteczne. Ostrość wzroku oka lew. = 0,1. Zastosowane 32 zastrzyki dały zupełne wyleczenie rogówki z poprawą stanu ogólnego (wzrost wagi 3,2 klg.). 5-cio miesięczna obserwacja recydywy nie wykazała.

Przypadek 10. Irena W. 27 lat. Scleritis recidiva oc. sin. Adenopathia tracheo-bronchialis. Induratio apicis utr. Stan podgorączkowy. Zapalenie twardówki, nie poddające się leczeniu antyreumatycznemu, zostało wyleczone antygenem metylowym (32 zastrzyki) z poprawą ostrości wzroku do 1,0 i z poprawą ogólnego stanu (wzrost wagi 2,1 kg., spadek ciepłoty). 7-mio miesięczna obserwacja, recydywy niema.

Jak widać z opisanych wyżej 10 przypadków, w jednym etjologia pomimo dokładnych badań chorego była mylnie postawiona (przypadek 5). Byłoby więc może wskazaniem w każdym poszczególnym przypadku do badań przez nas przeprowadzonych dołączyć jeszcze badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na Wassermanna, reakcję Boquet

i Nègre'a stosowaną przez Magitot, d'Autrevaux, jak również reakcję Mantoux zalecaną przez Weill'a, a może w wypadkach wątpliwych nie zaszkodziła by próbna kuracja jodowo-rtęciowa. Przypadki 3 i 4 z powodu przerwy w leczeniu nie dały kompletnego obrazu, zmuszeni więc jesteśmy zatrzymać się tylko na 7-miu przypadkach.

W jednym mieliśmy zapalenie rogówki, w jednym zapalenie twardówki i w 5-ciu zapalenie naczyń i siatkówki, w tem 4 centralne.

We wszystkich przypadkach miejscowo stosowano środki objawowe, a w schorzeniach naczyń i siatkówki i dioninę. Wszędzie kuracja antygenem dała wynik dodatni, wykazując wzrost wagi od 1,2 do 4,5 klg., brak nawrotu przy obserwacjach od 5 do 14 miesięcy, wybitną poprawę samopoczucia i spadek ciepłoty w przypadkach ze stanem podgorączkowym.

Przypadki 9 i 10 dały zupełne wyleczenie z poprawą ostrości wzroku do 1,0. W pozostałych nastąpiło zahamowanie procesu chorobowego ze zmianami wsteczno-barwikowymi w ogniskach i z mniej lub więcej znaczną poprawą ostrości wzroku.

W przypadkach schorzeń naczyń i siatkówki częste i b. dokładne badania w prostym obrazie dna oka dały spostrzeżoną przez Samojłowa i Łukomskiego reakcję ogniskową w postaci przedmieszczenia pigmentu i przekrwienia okołogniskowego. Reakcja ta nie była zbyt silną, aby wymagała przerwania kuracji lub nawet zmniejszenia stosowanych dawek.

Należy specjalnie podkreślić pomyślne wyniki leczenia antygenem schorzeń naczyń i siatkówki, wobec rozbieżności zdań w literaturze co do stosowania tuberkuliny przy schorzeniach naczyń i siatkówki. Jeżeli Hess i Dołgunow i inni uważają tuberkulinę za szkodliwą i przeciwwskazaną w tych wypadkach, Sapiejew, Samojłow, Montalti, Woods i inni naodwrot zalecają jej stosowanie, lecz b. ostrożnie.

Samojłow np. zaczyna od dawek mniejszych niż przy gruźlicy innych błon oka i następne zwiększanie dawek uzależnia od reakcji ogniskowej.

Montalti rekomenduje małe dawki i zaleca łączyć je z naświetlaniem lampą kwarcową w dniu zastrzyków w celu skuteczniejszego wykorzystania tych dawek przez zwiększenie zdolności absorpcyjnej tkanek.

Uważamy, że chociaż na małej stosunkowo ilości przypadków był stosowany antygen metylowy, jednak otrzymane pomyślne i trwałe wyniki zachęcają do dalszych prób w kierunku stosowania antygeny metylowego zwłaszcza w przypadkach schorzeń naczyń i siatkówki, tuberkulinoterapia których to tkanek uważa się za wyjątkowo trudną.

Piśmiennictwo:

1. *Nègre et Boquet* Soc. d'opht. de Paris 246 — 254. 1929
2. *Onfray, Plicque et Duclos*. Soc. franc. d'opht. 229 — 240. 1930
3. *Magitot et d'Autrevaux*. Soc. franc. d'opht. 378 — 384. 1928
4. *Colrat*. Soc. franc. d'opht. 299 — 307. 1931
5. *Scmojłow*. Russk. oftalm. Ż. XIII. 1931. str. 471
6. *Filippow*. Russk. oftalm. XIII. 1931. str. 488
7. *Dołganow*. Arch. Oftalm. T. 2. 1926
8. *Gapiejew*. Russk. oftalm. Ż. T. 6. 1927
9. *Damaria, Eurique B.* Arch. Oftalm. Buenos Aires. 3, 1928
10. *Łukowski*, Arch. oftalm. T. 7. 1930
11. *Gay, Leslie N.* Arch. oftalm. 3. 259 — 287 (1930)
12. *Clapp C. A.* Amer. J. Ophtalm. 13, 295 — 300 (1930)
13. *Montalti i Mario*. Soc. Ital. do oft. XI. 1927
14. *Woods. Allan C. and Benjamin Rones*
15. *Lemoin, Albert N.* Amer. J. Ophtalm. III. 14. 439 — 444. 1931

R é s u m é

L'antigène méthylique dans la thérapeutique de la tuberculose oculaire

par Dr. W. Umiastowski et Dr. M. Milewska, Wilno

Après un bref rappel des propriétés thérapeutiques des tuberculines en général et de l'antigène méthylique en particulier, les auteurs rapportant 9 cas de la tuberculose oculaire où ils ont appliqué avec succès un traitement à l'antigène méthylique. Les auteurs considèrent comme efficace la tuberculinothérapeutique dans la tuberculose oculaire et sont d'avis que l'antigène méthylique est actuellement une des meilleures tuberculines, ne produisant qu'une insignifiante réaction d'hypersensibilité. Il faut en faire usage avec précaution surtout dans les chorioretinites, en commençant par petites doses que l'on augmente lentement mais avec continuité jusqu'aux doses maximales, selon l'état général, la température et la réaction focale.

Wspomnienia z dziesięcioletniej pracy na oddziale położniczo-ginekologicznym szpitala kolejowego na Wilczej Łapie w Wilnie

Dr. ALEKSANDER KARNICKI, Kierownik oddziału

Wspomnienia moje z przeszło dziesięcioletniej pracy na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kolejowego bynajmniej nie pretendują być referatem naukowym, opartym na liczbach statystycznych pracy oddziału — są to raczej własne rozważania powstałe na tle tej pracy, któremi chciałbym się podzielić z Kolegami.

Szpital Kolejowy na Wilczej Łapie był mi znany dużo przedtem, nim sam zacząłem w nim pracować. Jeżeli można wyrazić się terminologią położniczą — zaznajomiłem się ze szpitalem Kolejowym, że tak powiem, w jego stadjum embrjonalnem. Stało się to w ten sposób, że inicjator budowy tego szpitala ś. p. Dr. Jan Radecki, ówczesny Naczelny lekarz Dyrekcji Północno-zachodnich kolei w Petersburgu, nie jeden wieczór poświęcił na omawianie tej sprawy ze ś. p. moim ojcam, a jego przyjacielem i ze mną. Miejsce na przyszły szpital zostało wybrane tuż za miastem wśród uroczej miejscowości na początku gór Ponarskich wśród lasów i w pobliżu Wilji. Po ukończeniu budowy szpitala, mówiąc terminologią kolejową, eksploatacją jego właściwie zajęli się następcy D-ra Radeckiego, ponieważ on sam wkrótce ustąpił z zajmowanego przez niego stanowiska. Zwłaszcza Dr. Mikołaj Waszczenko, rosjanin, stojąc na czele Wydziału Sanitarnego Kolei Półn. zachodnich, nie szczędził ani pracy, ani pieniężnych zasobów, by szpital Wileński postawić na odpowiednim poziomie. Odwiedzając często szpital, cenił ogromnie lekarzy polaków, uważając ich za najlepszych pracowników. Wszyscy mamy w pamięci jego oburzenie za wyznaczenie przez min. Ruchłowa na naczelnego lekarza szpitala Dr. Michajłowa, całkiem nieodpowiedniego

osobnika. Niestety wszystkie zabiegi Dr. Waszczenki nie uzyskały aprobaty w Ministerstwie i Dr. Michajłow — znany rusefikator — został naczelnym lekarzem Szpitala. To też Dr. Waszczenko nie mógł mu tego darować i za każdą bytnością swoją w Szpitalu wykazywał Dr. Michajłowowi jego nieuctwo i brak elementarnych zdolności administracyjnych.

Narazie zostały uruchomione oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczo-ginekologiczny w głównym gmachu, a oddział zakaźny osobno. Po pewnym czasie stanęło sanatorium i została zapoczątkowana budowa dużego gmachu dla zakreślonego na szeroką skalę instytutu mechano-terapeutycznego. Niestety wojna nie dała skutecznici tego projektu i po dzień dzisiejszy gmach ten nie jest wykorzystany. W czasie wojny i inwazji bolszewickiej Szpital przechodził różne koleje losu, został zrujnowany i nie nadawał się do użytku.

W roku 1921 sprawę wskrzeszenia Szpitala wziął sobie do serca ówczesny prezes inżynier Emil Landsberg, który ze zwykłą sobie energią przystąpił do odbudowy Szpitala w celu jego uruchomienia. W iście amerykańskim tempie zawrzała praca. 1 stycznia 1922 r. Dr. Moszyński jako chirurg i ja — jako ginekolog — zostaliśmy powołani, by już przyjąć udział w pracach przedwstępnych. Na czele Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Wileńskiej stał Dr. Jarosław Szukiewicz, który z wielkim zapalem i energią przystąpił do pracy odbudowy Szpitala. Pamiętny mi jest dzień, na początku stycznia 1922 r., w którym prezes Landsberg przybył do Szpitala, by ostatecznie zdecydować, co ma być zrobione. Wejrzał w najdrobniejsze szczegóły włącznie do napisów i numeracji sal i rozkazał by Szpital do dnia 2 lutego został wykończony i oddany do użytku. Rzeczywiście 2 lutego Szpital otworzył swoje podwoje dla chorych kolejarzy i ich rodzin. Po wspólnej naradzie z Dr. Szukiewiczem wysunęliśmy na kandydata na naczelnego lekarza Szpitala, podówczas jeszcze młodego lekarza, Dr. Leona Sułkowskiego, rokującego jak najlepsze nadzieje, który ponad to, jako komendant jednego ze szpitali wojskowych, był dobrze obeznany ze szpitalnictwem i administracją. Wybór nasz przez prezesa został zaakceptowany i Dr. Sułkowski został kierownikiem Szpitala. Na oddziale położniczo-ginekologicznym, kierownikiem którego zostałem, było narazie 25 łóżek, do tego dochodziło jeszcze 10 dla noworodków.

Przystępując do pracy na oddziale, musiałem sobie wytknąć pewne cele. Rzecz jasna, że na pierwszym miejscu było życie i zdrowie powierzonych mej pieczy chorych; chodziło mi o to, by oddział postawić na tej stopie, aby mógł dorównać najbardziej szeroko idą-

cym wymaganiom, tak pod względem leczenia jak również pielęgnacji chorych, innym tego rodzaju oddziałom w kraju i zagranicą. Wymagało to jednak odpowiedniego wyszkolenia średniego i niższego personelu i odpowiedniego urządzenia oddziału, przystosowanego tak do operacyjnego, jak i konserwatywnego leczenia.

Narazie nie było to łatwem; personel nie był przeze mnie wybrany i przeszło niemało czasu, zanim potrafił zastosować się do moich poglądów i wymagań. Jakkolwiek prezes Landsberg, dając nam dość szerokie pełnomocnictwo pod względem urządzenia oddziałów, siedł stale nam z pomocą, jednak musieliśmy się podporządkować pewnym wymaganiom i stopniowo tylko uzupełniać pewne braki. Oddział posiadał prócz sal ogólnych i separatek salę porodową i małą operacyjną, natomiast do brzusznych operacji mieliśmy wspólną salę z chirurgami, z której mogliśmy co drugi dzień korzystać.

Drugą moją wytyczną było dać możność młodym lekarzom korzystania z materiału oddziałowego, by w ten sposób mogli się specjalizować. Byłem zawsze tego zdania, że kliniki uniwersyteckie winny służyć tylko studentom do zaznajamiania się z podstawami pewnej specjalności i w żadnym wypadku nie są w stanie jednocześnie dać możność pełnej specjalizacji asystentom, obowiązkiem których jest przede wszystkim uzupełnianie praktyczne wykładanych przez profesora podstaw nauki. To jeszcze w większej mierze dotyczy specjalności, gdzie podstawą leczenia są zabiegi chirurgiczne, wykonywane w celach dydaktycznych przeważnie przez samego profesora. Wychodząc z tego założenia, uważam, że obowiązek przygotowywania prawdziwych specjalistów i uzupełniania wiedzy, otrzymanej w uniwersytecie, ciąży na dużych szpitalach z dobrze urządzonymi oddziałami, gdzie pod kierownictwem doświadczonych specjalistów młodzież mogłaby korzystać z materiału oddziałowego i stopniowo się specjalizować. Wierny temu pogładowi, również i w Kolejowym Szpitalu szeroko otworzyłem drzwi dla każdego, kto by chciał się poświęcić położnictwu i ginekologii. Jednocześnie tem chętniej widziałem lekarzy, którzy, mając się poświęcić pracy na prowincji, chcieli nabyć pewnej wprawy w zabiegach codziennych bez żadnej aspiracji do specjalizacji. Mimo oddalenia od centrum miasta, na oddziale stale pracowali tak zwani wolontariusze — zimą w większej ilości, latem mniejszej.

Od pierwszych dni pracy na oddziale zaznaczyła się znaczna przewaga chorych ginekologicznych nad rodzącymi. Narazie nie mogłem przyczyny tego zjawiska niczem sobie wytłomaczyć. Zdawało się zadziwiającem, że żony kolejarzy zamiast odbywać poród i położyć

w szpitalu ze wszystkimi wygodami, wołały zostawać pod opieką prostych babek, narażając siebie i dziecko na rozmaite powikłania, włącznie do sepsy, aby dopiero po różnych nieudanych próbach, nieraz w stanie beznadziejnym, jechać do szpitala. Znacznie później znalazłem wytłumaczenie tego faktu. Okazało się, że Dyrekcja wypłaca pewną zapomogę kolejarzowi, żona którego odbywa połóg w domu. Rzecz prosta, że niższa brać kolejowa w swojej nieświadomości wołała pobierać zapomogę, nie rozumiejąc nieraz, na jak wielkie niebezpieczeństwo naraża swoją żonę. Niestety zwyczaj dawania zapomóg pozostał dotąd, co już nie mówiąc o samej zapomodze — źle się kalkuluje finansowo dla Dyrekcji, ponieważ po nieudanych porodach, położnice nieraz są skazane na bardzo długi, kosztowny dla Dyrekcji pobyt w szpitalu.

Słaba narazie frekwencja chorych stopniowo stale się rozszerzała: w roku 1922 mieliśmy 298 chorych, w 1923 — 574, 1924 — 690 i t. d. Było to dowodem, że wśród kolejarzy rosło zaufanie do oddziału.

Z powodu braku przy oddziale ambulatorjum dla chorych ginekologicznych wybór chorych oddziałowych zależał nie od nas, lecz od lekarzy rejonowych, którzy byli czynnikiem decydującym, czy chora nadaje się do leczenia szpitalnego lub nie

Pewną korekturę w to wniósł zwyczaj przysyłania na konsultację do szpitala przypadków bardziej skomplikowanych, co dawało nam możliwość odpowiedniejszego wyboru materiału; w ten sposób powstał rodzaj ambulanse ginekologicznego, dochodzącego do 1000 osób rocznie.

Jak już zaznaczyłem, na oddziale położniczym względnie mało odbywało się porodów. Za cały dziesięcioletni okres mieliśmy mniej więcej 2000 porodów, z tej liczby 10% porodów operacyjnych. Wymóżdżenia na żywym płodzie nie stosowaliśmy wcale.

Co do cięcia cesarskiego, na początku operowaliśmy metodą klasyczną, ostatnio—od roku 1923—stosujemy cięcie przezotrzewnowe w dolnym odcinku. Zwykłemi wskazaniem do cięcia cesarskiego były: zwężenie miednicy, przodowanie łożyska, drgawki porodowe, niestosunek przodującej części do miednicy małej, przeszkody w miękkich częściach (stare pierwiastki) i t. p. Stosowałem cięcie cesarskie również w przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia przy płodzie żywym. Wszystkie cesarskie cięcia (około 50) dały 0% śmiertelności. U jednej z rodzących cięcie cesarskie było stosowane poraz trzeci.

Co do kleszczy, stosuję zwykłe Simpsonowskie, nie widzę bowiem dostatecznego uzasadnienia do stosowania kleszczy wysokich (Kielland'a) na główkę ruchomą, co przeczy elementarnym zasadom położnictwa. Skłaniam się raczej, w przypadkach tego rodzaju do cięcia cesarskiego. W rzadkich przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia ze zmarłym płodem nie stosuję nigdy embryotomji, uważam, że decapitatio jest operacją bardziej odpowiadającą warunkom chirurgicznym.

Do decapitatio używam mocnych nożyczek, natomiast uważam za bardzo niebezpieczne posługiwanie się hakiem Brauna; pociągając za hak, można łatwo spowodować pęknięcie dolnego odcinka macicy. Jedyny przypadek, w którym u nas na oddziale był użyty hak Brauna, znakomicie mój pogląd uzasadnił. Po zakończeniu operacji nastąpiła zapaść, która zresztą wkrótce ustąpiła, ale po paru dniach się powtórzyła. Otworzyliśmy jamę brzuszną i skonstatowaliśmy pęknięcie prawej tętnicy macicznej z ogromnym wylewem krwi. Dopiero po usunięciu nadpochwowem macicy dało się chorą uratować.

Przypadki drgawek porodowych, rzadko spotykane na Wileńszczyźnie, traktujemy aktywnie. Jak najbardziej szybkie rozwiązanie włącznie do cięcia cesarskiego, wykonane zwłaszcza na początku drgawek, daje znacznie lepsze wyniki, niż leczenie konserwatywne. Jako zabiegi pomocnicze stosujemy upust krwi, morfinę do czasu rozwiązania, chloral hydrat w połogu. W jednym przypadku dostarczono do szpitala położnicę w dwa tygodnie po porodzie w stanie nieprzytomnym z częstymi drgawkami, pomimo wszelkich zabiegów nastąpiła zapaść śmiertelna. Są to rzadkie przypadki, gdzie zatrucie ciążowe dopiero w połogu dochodzi do swego szczytu.

Prawdziwą klęską oddziału jest duża ilość poronień, często septycznych, które musimy załatwiać. Postępowanie w poronieniu jest u nas raczej aktywne, a mianowicie, o ile ciepłota jest podniesiona, a wielkiej rozbieżności pomiędzy tętnem a T^0 niema, a jednocześnie przymacicze i okołomacicze są wolne, stosujemy wyłyżeczkowanie, i jak dotąd tego nie żałowałem. W przypadkach, gdzie była przebita macica, stosowaliśmy nadpochwową amputację. W jednym przypadku skierowano chorą z zapaleniem przymacicza prawego po poronieniu. Przypadek był traktowany konserwatywnie — pomimo naszych nalegań chora wypisała się ze szpitala z naciekiem i po 2-uch miesiącach przyszła na oddział chirurgiczny z powodu ropniaka w okolicach pępka, po przecięciu którego chirurg usunął cewnik, którym widocznie było wywołane poronienie, a który po przebicciu macicy trafił do przymacicza.

Względnie częstą komplikacją ciąży na Wileńszczyźnie jest ząśniad groniasty o dość złośliwym charakterze, wobec czego uważam za odpowiednie dość aktywne postępowanie włącznie do usunięcia macicy. Mieliśmy przypadek chorioepiteliomy z przerzutami w płucach po normalnym porodzie.

W przypadkach poronień w 4—5 miesiącu stosujemy cięcie cesarskie pochwowe (Dührssena), laminarji nigdy nie zakładamy.

Zejsć śmiertelnych po porodach przeprowadzonych na oddziale było dwa; jedno z powodu niedowładu macicy, który się nie dał opanować, a drugie prawdopodobnie na tle płonicy, ponieważ rodząca przyjechała do szpitala z domu, gdzie dzieci jej były chore na płocę. Poza tem mieliśmy jeszcze kilka zejść spowodowanych ciężkim stanem septycznym, w jakim chora przybyła do szpitala. W jednym przypadku sepsis nastąpiła na skutek tego, iż mąż własnoręcznie usunął część łożyska z macicy.

Kończąc omawiane przeżycia na oddziale położniczym, chciałbym jeszcze wspomnieć o sposobie Delmas'a, któryśmy stosowali tylko przy martwym płodzie i z wyników którego jesteśmy bardzo zadowoleni.

Praca oddziału ginekologicznego szła w dwóch kierunkach: zachowawczym i operacyjnym. Zabiegi operacyjne mniejsze, jak: colporrhaphia, Emmet'a, discisio, abrasio i t. p. były załatwiane przy znieczuleniu miejscowem, natomiast zabiegi brzuszne pod znieczuleniem rdzeniowem (Tropococaina), za wyjątkiem chorych o niskiem ciśnieniu krwi (100 i niżej), u których stosowaliśmy narkozę eterową. Muszę tu zaznaczyć, że nawet przy operacji Wertheima, za wyjątkiem paru wypadków, znieczulenie rdzeniowe było wystarczającem. Chloroformowanie pozostawiliśmy tylko dla zabiegów położniczych. W jednym przypadku, gdzie był zastosowany chloroform, straciliśmy na 8-my dzień po operacji chorą z objawami zatrucia chloroformowego. To też po tym smutnym wypadku z chloroformowaniem byliśmy bardzo ostrożni. Przy znieczuleniu rdzeniowem do tropococainy dodajemy coffeiny również dordzeniowo i to znakomicie zapobiega zapaści. Ogromne znaczenie ma czystość preparatu tropococainy; o ile preparat jest dobry, bardzo rzadko spotykamy następce bóle głowy i neuryty. W ciągu dziesięcioletniego okresu mieliśmy około 900 dużych operacji. Z tej liczby straciliśmy 2 chore po operacji Wertheima, 1 po ropniaku trąbki z następem zapaleniem otrzewnej, 1 po ventrofixatio (peritonitis), 1 po nadpochwowej amputacji macicy i usunięciu trąbek, 1 chora zmarła przy objawach niedomogi serca (narkoza chloroformowa). W jednym przypadku nastąpiło zejście

śmiertelne chorej na stole operacyjnym. Chora była dostarczona na oddział w bardzo silnym stopniu wykrwawienia z powodu pęknięcia zanikowego rogu macicy (*graviditas ectopica*). A więc w związku z operacją straciliśmy 5 chorych: 4 wskutek zapalenia otrzewnej, jedną z powodu narkozy, 2 przypadki *carcinomata inoperabilia* (*laparotomia explorativa*). Więc właściwie w związku z operacją 5 zejść śmiertelnych — na 900 zabiegów.

Nie będę wyliczał rodzaj operacji, wykonanych na oddziale ginekologicznym, ponieważ są to zwykłe ginekologiczne zabiegi, wszędzie praktykowane, pozwolę sobie tylko wspomnieć o operacjach specjalnie opracowanych na naszym oddziale, o ile mi jest wiadomem, w Polsce rzadko stosowanych, jak na przykład klinowe wycięcie dna macicy z usunięciem trąbek, *ventrofixatio modo Pestalozza* i t. p. Również chciałbym zaznaczyć, że zawsze otwieramy jamę brzuszną za pomocą poprzecznego cięcia *Pfannenstiela*. Powłoki brzuszne zeszywam stale na głucho, jestem przeciwnikiem wszelkiego sączkowania, tem bardziej zakładania sączków *Mikulicza*. Po operacji *Wertheima* zakładam sączek do pochwy, po zwykłym usunięciu macicy zeszywam kikut pochwy na głucho. Dotąd nie miałem przyczyny tego postępowania żałować, najlepszym dowodem mogą być nasze wyniki operacyjne. Nawet pęknięcia ropniaka trąbki nie uważam za wskazanie do sączkowania.

Co do operacyjnego leczenia niedrożności trąbek stosowaliśmy *salpingolysis*, *salpingostomję* i *implantationem tubo-uterinam*; niestety co do możliwości następczej ciąży jestem dość pesymistycznie nastrojony, jak dotąd nie mam pewności, czy która z operowanych zaszła w ciążę — do nas się żadna nie zgłosiła na poród. Będąc zwolennikiem drogi brzusznej, jednak uznaję i drogę pochwową w pewnych przypadkach, jak np. dla całkowitego usunięcia krwawiącej, a niezbyt powiększonej macicy, *ustalenia macicy modo Schauta-Wertheim*, *sterilisatio* i t. p.

Uważam, że wobec ostatnich zdobyczy chirurgji leczenie operacyjne chorych ginekologicznych winno być metodą wyboru, ponieważ tym sposobem mogą być najprędzej i najdokładniej usunięte schorzenia przewlekłe, które nieraz uniemożliwiają pracę i normalny tryb życia chorej kobiecie. Jest to również metoda najbardziej ekonomiczna, tak dla samej choraj, jak i dla instytucji leczniczej. Nie znaczy to jednak, żebym był bezwzględny przeciwnikiem metody zachowawczej, uważam tylko, że stosowanie jej winno mieć miejsce w przypadkach ostrych i podostrych.

Myśl ta znalazła zrozumienie w szerokich warstwach naszych pacjentek. O ile dawniej trzeba było przekonywać co do konieczności operacji, obecnie same one proszą, by je operowano i nieraz z trudnością wielką udaje się je powstrzymać od przedwczesnej lub nieodpowiedniej operacji.

Co do leczenia zachowawczego, oddział jest dobrze zaopatrzony, a więc stosujemy diatermję, jonizację, solux, kwarcówkę, budę do ogrzewania, poza tem columnisatio, sposób Grammatikati, proteino-terapię, opoterapię i t. p. za wyjątkiem masowania, którego nie uznaję. Średni pobyt trwa na oddziale ginekologicznym od 17—18 dni, na oddziale położniczym 10—11. Ustawowych 25 łóżek okazało się za mało, nieraz liczba chorych dochodzi do 40. Wobec dość szybkiej cyrkulacji chorych liczba roczna sięga około 700. Materiał kliniczny oddziału nie został całkiem wyzyskany, pomimo to cały szereg prac bądźto klinicznych, bądźto doświadczalnych (przeszło 40) został ogłoszony w formie referatów na posiedzeniach, w czasopismach, częściowo w językach obcych przeze mnie, Dr. Jerzego Dobrzańskiego, Dr. Wacława Karnickiego, Dr. Janczewskiego, Dr. Morawską i innych.

Kończę na tem moje luźne wspomnienia dziesięcioletniej mej pracy na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kolejowego. Podając je do wiadomości Kolegom, miałem na widoku zaznajomienie ich z ogólnym charakterem tej pracy i jej wynikami, nie wchodząc w zbytne szczegóły.

R é s u m é

Mes mémoires de mon travail pendant 10 ans a l'Hôpital des Chemins de fer à Wilno

par Alexandre Karnicki

L'auteur décrit l'origine du l'hôpital et donne une petite statistique globale. Sur 2000 couches il y a avait 10⁰/₀ des couches opératoires, deux femmes sont mortes: une comme suite d'une haemorrhagie atonique, l'autre avait comme cause la scarlatine. La césarienne sur 50 cas 0⁰/₀ de la mortalité.

Sur 900 laporotomies il a perdu 8 malades: 2 après extirpation totale modo Wertheim, 1 après subtotale, 1 pyosalpinx qui s'était rompu pendant l'opération, 1 opérée dans l'état d'une grave anémie (graviditas ectopica in cornu uteri), 1 après ventrofixation, 2 cas après laporotomies exploratives (cancer inoperabilis).

Znieczulenie rdzeniowe w świetle cyfr Szpitala Kolejowego w Wilnie

Dr. med. un. JERZY DOBRZAŃSKI
Ordynator Oddz. Położ.-ginekologicznego

Szybki rozwój lecznictwa operacyjnego, wciąż rozszerzającego swój zasięg, zmusza do poszukiwania coraz doskonalszych metod znieczulania, dających maksymalne zniesienie bólu przy minimalnej szkodliwości dla ustroju.

Uśpienie wziewne bądź chloroformem, bądź eterem, obok wielkiej zalety, że zapewnia choremu na pewien dowolnie określony czas nie tylko znieczulenie, ale i wykluczenie świadomości, niesie za sobą szereg braków i szkodliwości, ogólnie znanych, zarówno podczas zabiegu operacyjnego, jak i w przebiegu pooperacyjnym, jako to: porażenia serca i narządów mięśnizowych, nudności, wymioty, silne pragnienie, niedowłady jelit i szereg innych objawów będących udręką chorych po operacji.

Szkodliwość uśpienia wziewnego dla narządu oddechowego skłoniła do poszukiwania metod uśpienia stosowanego z pominięciem drogi oddechowej.

Zaczęto więc stosować uśpienie ogólne, podając drogą dożylną różne środki nasenne, jak hedonal albo w ostatnich czasach pernorton i avertynę, lub też usypiając eterem drogą odbytniczą (Rectal-narcose).

Wszystkie te metody kryją w sobie jednak to niebezpieczeństwo, że uniemożliwiają wstrzymanie lub ograniczenie działania raz zastosowanej dawki narkotyku.

Obok uśpienia ogólnego myśl badaczy była od dawien dawna skierowana na znieczulenie miejscowe, znoszące ból w samym miejscu operowania lub w najbliższej jego okolicy. Powstały metody znieczulenia nasiękowego, przewodowego lub obwodowego, wypra-

cowane przez szereg operatorów z Braunem, Schleichem i in. na czele.

Metody te zyskały sobie trwałe prawo obywatelstwa zarówno w chirurgji, jak i ginekologii operacyjnej. Zwłaszcza wszelkie operacje plastyczne na kroczu, pochwie i części pochwowej macicy, jak również operacje przetok moczowych oraz żyłeczkowanie macicy, dają wdzięczne pole dla tego typu znieczulenia.

Natomiast dla operacji brzusznych znieczulenie miejscowe okazało się nieodpowiedniem. Niemożność znieczulenia bardzo bolesnej otrzewnej, powstający na tej drodze wstrząs otrzewnowy, oraz brak „spokoju brzuszego“, stają się istną udręką zarówno dla chorego, jak operatora.

Należało więc znaleźć sposób znieczulania również unerwienia trzewnego, co dało się osiągnąć drogą zadziałania środkami znieczulającymi na pewne odcinki rdzenia. Wynalezienie tej metody zawdzięczamy Bierowi.

Nakłucie lędźwiowe kanału rdzeniowego, wprowadzone do leczenia przez Quinke'go, skłoniło w 1885 r. amerykańskiego chirurga Corringa i francuskiego fizjologa Francka do przeprowadzenia doświadczeń na zwierzętach nad znieczuleniem dolnej połowy ciała drogą „kokainizacji rdzenia“. Zachęcony temi doświadczeniami Bier w roku 1899 wykonał na sobie poraz pierwszy w Niemczech „kokainizację rdzenia“, zapoczątkowując tem samem nową metodę znieczulenia lędźwiowego w chirurgji. W tem samym mniej więcej czasie we Francji wprowadzają metodę znieczulenia lędźwiowego Tuffier i Chaput.

Metoda ta zyskała sobie odrazu wielu zwolenników, jednak wkrótce zaczęły się zjawiać doniesienia o jej ujemnych stronach, t. j., o jej ograniczonym działaniu co do znieczulenia pola, a znacznem niebezpieczeństwie dla chorych, większem rzekomo od uśpienia chloroformowego.

Dopiero Braun dowiódł, że przyczyna niepowodzeń leży nie w genialnie pomyślanej metodzie znieczulania, a w wysokiej jadowitości kokainy, i zaczął stosować mniej toksyczną novocainę, osiągając znacznie lepsze wyniki, a wkrótce potem Szwarc wprowadził jeszcze o połowę mniej jadowitą tropacocainę. Później zaczęto stosować jeszcze inne pochodne kokainy jak stovainę, tutocainę, nepisicainę, allocainę i t. d.

Istota znieczulenia lędźwiowego polega na wprowadzeniu do kanału rdzeniowego pod oponę twardą środka znieczulającego, który działa w pierwszym rzędzie na tylne korzonki czuciowe rdzenia, względnie na pnie nerwowe ogona końskiego (cauda equina), przy-

czem — ponieważ pnie przebiegające w tem zakończeniu, dzielą się również na dwie grupy, tylną czuciową i przednią ruchową, oddzielone od siebie cienką przesłonką t. zw. więzadłem zębiastem (lig. denticulatum), więc środek znieczulający poraża w pierwszym rzędzie pnie czuciowe, a tylko w znacznie mniejszym stopniu pnie ruchowe. Porażenie to rzecz naturalna ma charakter czasowy, trwa około godziny i przebiega w następujący sposób: już w I-ej minucie po wstrzyknięciu występuje znieczulenie sromu i krocza, co odpowiada porażeniu S_4 i S_3 (tj. IV i III-go odcinka krzyżowego), dalej przechodzi na S_2 i S_1 , tj. stopy i podudzia, następnie ulega znieczuleniu L_4 i L_3 tj. uda aż do pachwin, wreszcie porażenie obejmuje L_2 i L_1 , a nawet sięga do Th_{12} , znieczulając całą dolną połowę ciała wraz z jamą brzuszną.

Mniej więcej w 5—7 minut po wstrzyknięciu mamy już całkowite znieczulenie, trwające od 45 m. do 90 m., poczem znieczulenie ustępuje w kierunku odwrotnym, tj. od I-go lędźwiowego do IV-go krzyżowego odcinka.

O ile zastrzyk został dobrze wykonany, osiąga się znieczulenie kompletne, zapewniające podczas operacji zupełną bezbolesność i „spokój brzuszny“, natomiast w zakresie nerwów ruchowych występuje tylko niedowład częściowy.

Wysokość poziomu osiągniętego znieczulenia nie zawsze bywa jednakowa. Jest ona zależną od szeregu czynników, jak stężenie i ciężar właściwy użytego do znieczulenia roztworu alkaloidu, sposób wstrzykiwania oraz ułożenia chorego po zastrzyku itd.

Odgrywa tu główną rolę według Judina rozprzestrzenianie się w kanale rdzeniowym środka znieczulającego niezależnie od ruchu płynu mózgowo-rdzeniowego, co stoi w bezpośrednim związku ze stężeniem i ciężarem właściwym alkaloidu; po drugie przemieszczanie się alkaloidu wspólnie z płynem m. rdz., co jest znów zależne od ułożenia chorego, wreszcie ma również znaczenie dokładność wymieszania alkaloidu z płynem m. r. i szybkość zastrzyknięcia.

C. właściwy płynu mózgowo-rdz. wynosi 1003—1007, jeśli więc do znieczulenia użyjemy np. roztworu stovainy, która ma c. wł. niższy od płynu m.-r., to po wstrzyknięciu w pozycji siedzącej będzie się ona jako gatunkowo lżejsza przesuwiała w płynie m.-r. ku górze, jeśli zaś przeprowadzimy chorą w położenie Trendelenburga, przemieści się w kierunku przeciwnym.

Odwrotnie rzecz się ma z tropacocainą, o c. wł. znacznie wyższym od pł. m. r., a dwukrotnie wyższym od stovainy; w celu osiągnąć

nięcia wyższego poziomu znieczulenia należy chorą niezwłocznie po wstrzyknięciu ułożyć poziomo z nieco uniesioną ku górze okolicą krzyżową.

Le Filliatre w celu osiągnięcia wyższego znieczulenia doprowadza do dokładnego rozmieszania roztworu alkaloidu z pł. m. r. przez kilkakrotną aspirację i ponowne wstrzykiwanie płynu.

Delmas przy niskiem nakłuciu osiąga wysokie znieczulenie przez błyskawiczne zastrzyknięcie słabo stężonych roztworów stovainy.

Odwrotnie jeśli zależy nam na znieczuleniu niskiem np. S_3 — S_4 przy operacjach plastycznych na kroczu, sromie lub odbytnicy, to używamy silnie stężonej tropococainy (10%—20%), wstrzykując ją kroplami nie rozmieszaną z pł. m.-rdz.

Przechodzę teraz do sprawy najważniejszej, t.j. bezpieczeństwa znieczulenia lędźwiowego dla życia i zdrowia pacjentów.

Niejednokrotnie słyszy się od różnych operatorów zdania, że zniechęcili się do tego rodzaju znieczulenia, ponieważ kilkakrotnie podejmowane próby skończyły się niepowodzeniem lub mniej lub więcej przykreimi powikłaniami; inni nawet otwarcie przyznają, że nie stosują wcale znieczulenia lędźwiowego, ponieważ uważają je za niebezpieczne.

Na zasadzie swego 19-to letniego doświadczenia stwierdzić muszę, że jest to pogląd mylny, chociaż przyznaję, że powodzenie i bezpieczeństwo w znieczuleniu lędźwiowem w dużym stopniu zależy od techniki operatora.

Jak wynika z niżej podanego zestawienia statystycznego zebranego z literatury przez kol. Karnickiego (jun.), a obejmującego z górą 110.000 przypadków, najgorsze wyniki mają ci operatorzy, którzy znieczulenie lędźwiowe mało stosowali. A czyż nie jest to samo z innemi postaciami narkozy? Czyż w uspieniu wziewnem doświadczenie narkotyzera nie odgrywa dominującej roli? Czyż maska chloroformowa w rękach nieudolnych i niewyszkolonych nie staje się często narzędziem śmierci?

Powikłania mogą się zdarzyć niezwłocznie po zastrzyku lub też występują dopiero później w przebiegu pooperacyjnym.

Do powikłań wczesnych należy zaliczyć: 1) brak znieczulenia, 2) zapaść i 3) śmierć.

Przyczyny zupełnego braku lub niedostatecznego znieczulenia leżą zawsze w błędach techniki wstrzykiwania. Najczęstszą przyczyną jest wyciągnięcie igły z kanału rdzeniowego podczas zastrzykiwania, dzięki czemu środek znieczulający dostaje się do przestrzeni nazwanej opony twardej i znieczulenie zawodzi. Przyczyną niedostatecz-

nego znieczulenia jest znów najczęściej zbyt głębokie wklucie igły, przebijające więzadło zębiaste, dzięki czemu otrzymujemy porażenie korzonków przednich ruchowych zamiast korzonków tylnych czuciowych.

Przyczyną zapaści bywa zazwyczaj gwałtowny spadek ciśnienia wskutek nagłego zadziałania środka znieczulającego na gałązki nerwów trzewnych (Ziegner i Schiff), względnie, wskutek bezpośredniego zadziałania leku na ośrodki w rdzeniu przedłużonym (Heinke, Lowen i Carmus).

Wreszcie śmierć „in mensa operatoria” może zdarzyć się wskutek porażenia serca i ośrodka oddychania przy nagłej ascensji alkaloidu do opuszki rdzenia przedłużonego, lub też z powodu nadwrażliwości osobistej (idiosynkrazji) do pochodnych kokainy, co na szczęście jest zjawiskiem nader rzadkiem.

Z powikłań późnych (do których jeszcze powrócę przy omawianiu naszego szpitalnego materiału), notowane są bóle głowy oraz krócej lub dłużej trwające porażenia lub niedowłady różnych nerwów, a także podrażnienie opon mózgowych.

Jak wynika z powyższego zestawienia, odsetek śmiertelności jest b. mały, bo wynosi średnio 0,015%, przyczem w zakładach o dużym materiale operacyjnym, jak wynika ze statystyki Babcock'a (Filadelfja) i Sebrechts'a (Bruges), jest on jeszcze znacznie niższy (1 : 12000).

Przechodząc do omówienia własnego materiału, kilka słów poświęcić muszę prof. Br. Kaderowi, jako pionerowi znieczulenia rdzeniowego w Polsce, pracując bowiem jako elew w jego klinice w Krakowie w roku 1913/14, zapoznałem się tam z tą metodą. Był on pierwszym i podówczas nieledwie jedynym w Polsce, który znieczulenie rdzeniowe do sali operacyjnej wprowadził i w jak najszerszym zakresie stosował.

Opracował on własną technikę znieczulania, zrywając przede wszystkim z przesądem niewolniczego przytrzymywania się przy nakłuciu poziomemu Quinke'go i dowiódł, że przy dobrze opanowanej technice, bez żadnej szkody dla chorego można stosować zarówno wysokie lędźwiowe jak i niskie piersiowe znieczulenie rdzeniowe. Poszedł nawet dalej, gdyż operacje na klatce piersiowej (np. raki piersi), kończynach górnych i gruczole tarczowym wykonywał w znieczuleniu szyjnym, nakłuwając kanał rdzeniowy między 7-mym szyjnym a 1-szym piersiowym kręgiem.

Technika Kaderowska polegała na stosowaniu 2% roztworu tropococainy w wodzie przekroplonej, przygotowywanego „ex tempo-

Tabela Nr. 1

ZESTAWIENIE STATYSTYCZNE ZNIECZULENIA RDZENIOWEGO
w/g W. Karnickiego (Ginekologia Polska, tom. IX, str. 339)

L. p.	NAZWISKO AUTORA	Liczba przy- padków	Liczba zejść śmier- telnych	Powikłania
1	Zalewski	?	2	meningitis
2	Phecos	135	1	
3	Sokołow	300	2	
4	Rosner	332	—	1 oculomotorius
5	Berbierow	400	1	3 abduc. ocul. trochlear.
6	Braun	500	1	
7	Warnecke	1800	—	1 peroneus
8	Patel (Lyon)	2000	—	
9	Judin	2022	1	1 abducens
10	Simonescus	2428	2	aphasia
11	Straus	2524	1	
12	Kronig	2542	—	
13	Arcé	2966	—	
14	Lardenois i Chalier	5000	—	
15	Kosemann	5000	—	
16	Negley	5500	—	
17	Franz	6115	2	
18	Jonnescu	6200	—	
19	Leplat	7000	—	
20	Le Filliatre	10000	—	
21	Babcock (Filadelfia)	23000	2	
22	Sebrechts (Bruges)	25000	2	
		110.764	17	

re" przed samą operacją. Do nakłucia używał długich, cienkich igieł własnego pomysłu. Po uprzednim wypuszczeniu kilkunastu cm³ płynu m.-rdz. wstrzykiwał do kanału od 4—8 kubików roztworu tropococainy t. j. stosował dawki dość wysokie, bo wahające się w granicach 0.08—0.15, poczem przy operacjach brzusznych (zwłaszcza żołądkowych) niezwłocznie układał chorego w lekkie pochylenie Trendelenburga.

Bijące w oczy zalety znieczulenia rdzeniowego podczas wykonywania operacji, a także doskonałe wyniki w przebiegu pooperacyjnym uczyniły ze mnie gorącego zwolennika tej metody. Nie rozstawałem się z nią nawet w warunkach tak trudnych i nieodpowiednich, w jakich się odbywała moja 9-cio letnia praca w charakterze chirurga wojennego.

Toteż zarówno podczas wojny światowej w czołówkach chirurgicznych na froncie, jak i podczas pobytu w niewoli austriackiej, a także w wojnie polsko-bolszewickiej w szpitalu wojskowym w Wilnie często stosowałem tę postać znieczulenia przy różnych operacjach na kończynach dolnych i jamie brzusznej, a nawet 9-krotnie operowałem z dobrym wynikiem w znieczuleniu rdzeniowym szyjnym.

Po rozpoczęciu 1923 r. pracy na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Kolejowego w Wilnie niejednokrotnie myśl moja biegła w kierunku wypróbowania znieczulenia lędźwiowego przy zabiegach brzusznych ginekologicznych, tembardziej, że prowadząc podówczas jednocześnie salę kobiecą chirurgiczną, często się przy zabiegach chirurgicznych znieczuleniem rdzeniowym posługiwałem.

Jednakże brak tropococainy i posługiwanie się novocainą niepewnej jakości, bo dającą często silne odczyny gorączkowe po operacji, obawa przed możliwą zapaścią dzięki zwisowemu ułożeniu chorych, wreszcie myśl o podmiotowym uczuciu chorej, leżącej czas dłuższy z głową w dół opuszczoną, powstrzymywały mnie od prób w tym kierunku.

Dopiero w 1926 r. kol. Karnicki (senior), powróciwszy z zagranicy, zachęcony dobrymi wynikami znieczulenia rdzeniowego obserwowanymi w klinikach francuskich, nakłonił mnie do wypróbowania tego rodzaju znieczulenia w naszej pracy operacyjnej.

Z początku zaczęliśmy stosować znieczulenie rdzeniowe w przypadkach nie wymagających silnego pochylenia Trendelenburgowskiego, ale już pierwsze przypadki zoperowane w tem znieczuleniu wykazały tyle zalet tej metody, że po otrzymaniu przygotowanej przez firmę Spiess'a 10⁰/₀ tropococainy Mercka, wkrótce zaczęliśmy

wszystkie brzuszne operacje wykonywać prawie wyłącznie w znieczuleniu rdzeniowym.

Materiał nasz obejmuje narazie 557 przypadków. Zanim jednak przystąpię do szczegółowego ich omówienia, pragnę w kilku słowach poruszyć stosowaną przez nas technikę znieczulenia.

Używamy wyłącznie tropococainy, jest bowiem ona najmniej toksyczną ze wszystkich pochodnych kokainy, ma przy tem i tę wielką zaletę, że mając c. wł. wyższy od płynu m.-rdz., nie grozi nagłą ascencją i porażeniem ważnych ośrodków w rdzeniu przedłużonym.

Tropococainę otrzymujemy gotową w wyjałowionych ampułkach w roztworze fizjologicznym soli 10% firmy Spiess'a lub 5% firmy Klawe'go.

Wstrzykujemy zwykle 0.07—0.1 tropy z dodatkiem 0.2 coffeiny, co znakomicie zapobiega zapaściom i następny bólom głowy. W wyjątkowych wypadkach przekraczamy wyżej podaną dawkę, wtedy gdy chodzi nam o specjalnie długie trwanie znieczulenia, stosując 0.12 do 0.15, jedyną bowiem wadą tropy jest, że znieczulenie trwa dość krótko, bo nie przekracza 45—50 minut, a przy zwiększonej dawce 80—90 minut. Ma to poniekąd pewną dobrą stronę, bo zmusza operatora do możliwie szybkiego operowania, jednak pomimo to nie można nieraz przy operacjach dłuższych (jak Wertheim) uniknąć uzupełnienia znieczulenia pod koniec operacji uspieniem ogólnem.

Technika wstrzykiwania jest następująca: po dokładnem odtłuszczeniu benzyną skóry pleców na szerokiej przestrzeni odkażamy ją wyskokiem i eterem. Nalewki jodowej pod żadnym pozorem nie używamy, gdyż nawet najdrobniejsze ilości jodu wprowadzone na igłę do łożyska rdzeniowego wywołują podrażnienie opon mózgo-rdz. Po przesunięciu skóry w lewą stronę wkłuwamy cienką igłę Brauna z mandrenem w I, II lub III-cią lędźwiową przestrzeń międzykręgową, bezpośrednio poniżej odnośnego wyrostka ościstego.

Przy wykonywaniu nakłucia lędźwiowego wyczuwa się 3 opory. Pierwszy opór przedstawia skóra, po przekłuciu której igłą swobodnie powoli idzie wgląb, poczem trafia na drugi opór, który przedstawiają międzykolcowe więzy żółte (lig. flava). Przesuwając igłę dalej, o ile idziemy w dobrym kierunku i nie natkniemy się na kość, wyczuwamy trzeci opór tj. oponę twardą. Przebicie opony twardej wyczuwa się jako charakterystyczny trzask przekłutego pergaminu, zazwyczaj uchem słyszalny, a dobrze wyczuwany ręką. Wówczas wysuwamy mandren, żeby się przekonać, czy płyn m.-rdz. wypływa, skoro tak jest, niezwłocznie nakładamy na igłę strzykawkę (10-gra-

nową) z roztworem znieczulającym, i lekko i wolno pociągając tłok ku sobie, naciągamy płyn m.-rdz. do strzykawki w ilości 5—7 cm³, poczem zawartość wpuszczamy do kanału.

Czasem zdarza się, że płyn rdz. ukazuje się w igle, lecz nie wypływa lub zaledwo kapie kroplami, bywa to wtedy, gdy skośnie ścięty koniec igły tylko w połowie przejdzie po za oponę twardą, wystarczy jednak nieco pokręcić igłą, b. nieznacznie ją głębiej wsuwając, aby płyn trysnął obficie. Jeśli tego nie uczynić, większa część płynu znieczulającego przy wstrzykiwaniu dostanie się zewnątrzoponowo i znieczulenie nie nastąpi lub będzie niepełne. Jest to najczęstszy błąd popełniony przez niedoświadczonych operatorów.

Drugim błędem, jeszcze gorszym w następstwach, jest zbyt głębokie wkłucie igły, dzięki czemu koniec jej przebije więzadło zębiaste i otrzyma się porażenie pni ruchowych zamiast znieczulenia pni czuciowych. Przy wyższem zaś nakłuciu koniec igły natknie się na „ogon koński” lub stożek końcowy (conus terminalis) rdzenia, chora wtedy odczuje nagły przeszywający ból w jednej lub obu kończynach, a w następstwie mogą wystąpić zaburzenia w zakresie ruchowym, czuciowym lub odżywczym kończyn.

Po ukończonem wstrzyknięciu i zaklejeniu miejsca wkłucia colodiodium układamy chorą w ten sposób, by zarówno miednica, jak i nieco przygięta do piersi głowa, były uniesione w górę. Operować zaczynamy m/w w 8—10 m. po zastrzyknięciu, w poziomem ułożeniu chorej. Do położenia zwisowego przechodzimy dopiero w kilka minut później przy otwieraniu otrzewnej.

Poniżej podana tabela przedstawia nam uzyskane wyniki znieczulenia.

Tabela Nr. 2

WYNIKI ZNIECZULENIA RDZENIOWEGO

Ogólna ilość znieczulenia	Wynik dodat. (znieczulenie pełne)		Wynik ujem. (brak znieczulenia)		Uzupełniono! narkozą pod koniec oper.		POWIKŁANIA							
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	śmierć	zapaść	Podrażnienie opon mózg. i ból międzyżeb.	Bóle neuralgiczne w kończynach doln.	Niedowład pęcherza moczowego	Niedowłady i zmiany troficzne kończyn	Ogólna ilość powikłań	% powikłań
557	550	98,73%	7	1,25%	34	6%	0	0	3	2	3	3	11	2%

Z powyższej tabelki widać, że na 557 wypadków pełne znieczulenie otrzymano 550 razy, co stanowi 98⁰/₀.

W 34 przypadkach, pomimo zupełnego znieczulenia, z powodu zbyt długiego trwania operacji musiano pod koniec dać uśpienie eterowe, dotyczy to przedewszystkiem przypadkowo rozszerzonego wycięcia macicy sposobem Wertheima oraz kilka szczególnie trudnych wyłuszczeń guzów dobrotliwych.

Znieczulenie zawiodło 7 razy, co stanowi 1.25⁰/₀, z tego w 5 wypadkach przyczyną zawodu był jawny błąd techniczny początkujących kolegów; płyn bowiem nie trafił do kanału (Historja choroby Nr. 231/₂₈, 352/₂₈, 754/₂₈, 1298/₂₈, 2132/₂₈); w jednym wypadku wstrzyknięto dla próby b. małą dawkę — 0,04 tropococ., dzięki czemu nie osiągnięto dostatecznego znieczulenia (H. ch. Nr. 1029/₂₈), wreszcie w ostatnim przypadku zastrzyk był wykonany „lege artis”, a pomimo to znieczulenie nie naatąpiło (H. ch. Nr. 266/₄).

Wypadków śmierci, ani zapaści spowodowanej znieczuleniem rdzeniowem nie mieliśmy w Szpitalu ani razu.

Powikłania jako bezpośrednie następstwo znieczulenia rdz. obserwowaliśmy 11, razy co stanowi 2⁰/₀. Z tego u 3 chorych stwierdziliśmy aseptyczne podrażnienie opon mózgowych z silnymi bólami głowy i sztywnością karku oraz bólami międzyżebrowymi (H. ch. Nr. 596/₂₉, 747/₂₈ i 1187/₃₁); u następnych 2 chorych wystąpiły bóle w kończynach dolnych o charakterze neurologicznym; u dalszych 3 chorych, u których były stosowane duże dawki tropy (0,12—0,15) (przy całkowitem wycięciu macicy) wystąpiły objawy niedowładu pęcherza (porażenie wypieracza), które jednak po kilkunastu dniach ustąpiły.

Wreszcie u ostatniej grupy, obejmującej 3 chore, obserwowaliśmy najcięższe powikłania, wyrażające się w postaci niedowładu kończyny dolnej, bólów oraz obrzęku i zmian odżywczych. Objawy te utrzymywały się czas dłuższy i z trudem poddawały się leczeniu, w rezultacie jednak ustąpiły. I w tych wypadkach błąd techniczny był przez nas spostrzeżony już podczas znieczulenia, polegał on na zbyt głębokiem wkłuciu igły, dzięki czemu zostały uszkodzone lub podrażnione korzonki rdzeniowe (Hist. chor. Nr. 96/₂₈ i 181/₂₈ i 2/₂₉). Wszystkie te powikłania oprócz 3-ch obserwowaliśmy mniej więcej w jednym okresie, tj. wtedy, kiedyśmy dość często pozwalali robić znieczulenie młodszym kolegom u nas praktykującym, od czasu zmiany naszego postępowania powikłania notowaliśmy wyjątkowo rzadko.

Co do bólów głowy, na które tak często powołują się przeciwnicy znieczulenia rdzeniowego, to muszę zaznaczyć, że w okresie kiedyśmy przed zastrzykiem wypuszczali dużo płynu m. rdz., bóle głowy występowały dość często — prawie u $1/3$ chorych. Od czasu zaś, kiedyśmy zmienili technikę i płynu nie wypuszczamy, starając się nie obniżać ciśnienia, a do tropacoc. dodajemy 0.2 coffeiny, bóle głowy należą do wypadków sporadycznych, nader rzadko występujących ($3-5\%$). W ostatnim roku obserwowaliśmy serię bólów głowy, która wystąpiła po zastosowaniu tropacocainy innej firmy, niż zwykle używamy, po odrzuceniu tych ampułek, bóle głowy przestały się zjawiać.

Znieczulenie rdzeniowe stosowaliśmy prawie wyłącznie w operacjach brzusznych, z pochwowych tylko w tych, które połączone były z koniecznością otwierania otrzewnej, wszelkie zaś operacje plastyczne wykonywaliśmy w znieczuleniu miejscowym.

Poniższa tabela przedstawia wykaz dokonanych zabiegów.

Większość operacji składała się z kilku zabiegów dokonanych u jednej chorej, np. ventrofixacje były łączone z appendectomią, zeszyciem krocza lub różnymi zabiegami na przydatkach i t. d.

Na zakończenie muszę jeszcze w kilku słowach omówić zauważone przez nas zalety, wady oraz przeciwwskazania do znieczulenia rdzeniowego.

Do zalet zaliczyć należy: 1) Zupełne zwolnienie tłoczni brzusznej podczas operacji, czyli t. zw. „spokój brzuszny“. Jelita spadnięte i znieruchomiałe odchodzą do górnej części jamy brzusznej. dzięki czemu dostęp do pola operacyjnego jest zawsze lepszy niż w najgłębszym uśpieniu ogólnem, co umożliwia wykonanie nawet najtrudniejszych operacji z niewielkiego cięcia poprzecznego.

2) Ponieważ znieczulenie rdzeniowe nie wywołuje ogólnego zatrucia jak uśpienie wziewne, więc chore znoszą operacje znacznie łatwiej, śmiertelność pooperacyjna sprowadza się do minimum i bez obawy można operować chore w takim stanie, który na zabieg w uśpieniu ogólnem by nie zezwalał, jak np. niedomoga serca, posunięta gruźlica, zapalenie nerek, kamica żółciowa i t. d.

3) Operator cały wysiłek energii i całą swą uwagę może spokojnie skierować na pole operacyjne, nie potrzebując ciągle odrywać się dla dozoru i kierowania narkozą, zazwyczaj dawaną przez młodych i niedoświadczonych lekarzy lub personel pomocniczy.

4) Znieczulenie rdzeniowe umożliwia znaczne zredukowanie ilości osób zatrudnionych przy stole operacyjnym, co jest bardzo ważne w praktyce szpitalnej. Łatwy dostęp do pola operacyjnego

Tabela Nr. 3

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Ilość	U w a g i
Extirpatio uteri totalis m. Wertheim	37	Dodatkowe uśpienie 32 razy. Niedowład pęcherza 2 razy.
Amputatio supravaginalis	120	1 podrażnienie opon, 1 niedowład kończyn, 2 uśpienia dodatkowe
Histerectomie fondique m. Beuttner	23	3 razy znieczulenie zawiodło, 2 razy niedowłady kończyn, 1 podraż. opon
Oper torbieli jajnikowych	46	1 bóle w kończynach, 1 znieczulenie zawiodło
Guzy jajowodowe implant. i stomatoplast. trąbek	41	
Ventrofixacje m. Doleris i m. Pastolozzi	160	2 bóle w kończynach, 2 znieczulenia zawiodło
Operacja Aleksander — Adamsa	3	
Graviditas extrauterina	63	
Sectio cesarea transperitonealis	31	9 placent. praev. 4 zaniedb. poprzecz. 2 przy decumpan. vltum cordis 1 gruźlica krtani, 2 eclampsja, 13 zwiężeń miednicy
Laparatomia explorativa	3	
Przepukliny pępkowe z plastyką powłok brzusznych	5	
Extirpatio uteri vaginalis	11	
Interpositio uteri m. Wertheim — Schauta	7	
Sectio cesarea vaginalis m. Dührssen	4	
Poród przyśpieszony sposobem Delmasa	2	
Plastyka pochwy przy atresia vaginalae	1	
Razem	557	

pozwała ograniczyć asystę do jednej osoby. Niejednokrotnie wykonywałem nagłe operacje, jak ciążę zamaciczną lub cesarskie cięcie w asyście jednej siostry, która mi jednocześnie instrumentowała.

5) Ogromną zaletę wykazuje znieczulenie rdzeniowe w przebiegu pooperacyjnym. Wobec znikomo małej ilości narkotyku, którego działanie ponadto ogranicza się tylko do pewnego odcinka układu nerwowego, chore nie cierpią wcale od zatrucia ogólnego, jak to bywa po uśpieniu wziewnem, nie męczą chorych zwykle tak uporczywe i bolesne nudności i wymioty. Tropococaina poatem, ustępując, działa pobudzająco na ruch robaczkowy jelit, dzięki czemu nigdy nie obserwujemy tak częstych po narkozie ogólnej niedowładów jelitowych.

6) Na szczególną uwagę zasługuje wpływ znieczulenia rdzeniowego na przebieg cięcia cesarskiego. Obniżone ciśnienie krwi i zwężone naczynia zmniejszają krwotok. Zwiotczały dolny odcinek ogromnie ułatwia wydobycie główki płodu. Silnie pobudzony automatyzm skurczowy macicy niezwłocznie po wydobyciu płodu zmniejsza objętość macicy, przyczem łożysko najczęściej oddziela się samo. Na dziecko, w przeciwieństwie do uśpienia ogólnego, znieczul. rdz. nie ma żadnego wpływu ujemnego, dzięki czemu zamartwicy noworodka nigdy się nie spotyka.

7) Znieczulenie rdzeniowe umożliwia błyskawiczne rozwiązanie porodu drogą pochwową sposobem Delmasa, gdyż zwiotczały odcinek dolny pozwala na szybkie rozwarcie ręczne macicy.

8) Wreszcie brak wymiotów i kaszlu, powodowanego podrażnieniem dróg oddechowych przy uśpieniu wziewnem, zapewnia operowanym spokój i temsamem stwarza lepsze warunki dla zagojenia się rany przez rychłozrost.

Do wad znieczulenia rdzeniowego zaliczyć należy:

1) Możliwość zawodów lub powikłań przy wadliwej lub niezbyt opanowanej przez operatora technice;

2) ograniczony i dość krótki czas trwania znieczulenia, dzięki czemu nieraz pod koniec operacji trzeba się uciec dodatkowo do uśpienia wziewnego;

3) podmiotowe uczucie chorej, zwłaszcza neuropatyczki, która w pozycji niedogodnej, w pełni świadomości przeżywać musi dokonywaną na niej operację.

Za przeciwwskazania do znieczulenia rdzeniowego uważam:

1) Stan silnej, ostrej niedokrwistości i obniżonego ciśnienia, 2) ogólne stany infekcyjne, 3) czyraczność i wypryski w okolicy pleców, 4) znaczne skrzywienie lub schorzenie kręgosłupa, 5) wybitny stan neuropatyczny chorej.

Natomiast podeszłego wieku nie uważałbym za przeciwwskazanie, sam bowiem kilkakrotnie już operowałem staruszki przeszło 70-letnie, które tak ciężkie zabiegi, jak całkowite wycięcie macicy, zniosły doskonale.

Podsumowując wszystko wyżej powiedziane, uznać należy znieczulenie rdzeniowe jako metodę polecenia godną w ginekologii operacyjnej.

LITERATURA

1. *Gromadzki*. Znieczulenie lędźwiowe w Ginekologii. *Gin. Pol.* 1928 r. tom VII. str. 352
 2. *Wiślański*. Znieczulenie tropococainą w położnictwie i ginekologii. *Gin. Pol.* 1926 r. tom. VIII. str. 352
 3. *Marynowski*. Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie *Gin. Pol.* tom. IX. 1930 r. str. 333
 4. *W. Karnicki*. W sprawie znieczulenia rdzeniowego. *Gin. Pol.* tom. IX 1930 r. str. 333.
 5. *Prof. Thaler*. *Wien Lumbanästhesie. Biologie ung. Pathologie des Weibes.* tom. II-gi
 6. *Judin* Monografia znieczulenia rdzeniowego 1925 rok
 7. *Libhardt St.* *Polska Gazeta Lekarska* 1925 Nr. 52
 8. *Jonescu*. *La rachianesthesie générale.* Paris 1919 r.
 9. *Odagesco* (klin. Tarnier'a) Znieczulenie lędźwiowe w przypadkach c. cesarskiego (*Revue Française de gynécologie et d'obstétr.* t. XXII N 11)
 10. *Balard, Mahon*. Znieczulenie lędz. w położnictwie. (*Le Journal Médical Français* 1929 r. t. XVIII Nr. 9)
 11. *Vandescal*. Znieczulenie lędźw. w cięciu cesarskim (*Le Journal Médic. Franc.* 1929 r. tom XVIII N 8)
 12. *Friedman*. Stosowanie zniecz. lędźw. w cięciu cesarskim. *Zentralbl. f. Ginek.* 1927 str. 556
 13. *Balard, Mahon*. W sprawie 6 przypad. szybkiego opróżnienia macicy w zniecz. lędźwiowym. *Gynécologie et Obstétr.* t. XIX N 2
 14. *Delmas*. Opróżnienie macicy w dowolnym czasie pod koniec ciąży. *Bulletin* 1928 r. N 4.
 15. *Laquière*. Poród metodycznie przyspieszony sposobem Delmas'a. *Bulletin* 1928 Nr. 9.
-

R é s u m é

La Rachianesthésie dans les opérations gynécologiques et obstétriques à l'Hôpital de Chemin de fer d'Etat à Vilno
par Dr. George Dobrzański Chirurgien des hôpitaux

Après un bref rappel comparatif des méthodes d'anesthésie générale, l'auteur se prononce pour la *rachianesthésie*, préconisée par Bier en Allemagne, Tuffier et Chaput en France, et Kader en Pologne.

La mortalité (sur 110 mille cas) ne dépasse pas 0,015‰, ce que ne donne pas autre méthode.

Opérant depuis 1926 an. à la *R.* la majorité des ses malades gynécologiques de l'Hôpital de Chemin de fer à Vilno (au total 557 cas), l'Au. n'a aucun cas de mort à déplorer.

Dans sa technique courante l'Au. se sert de la *Tropococaine* „Merck“ en solution 5‰ ou 10‰ au raison de 0,07 — 0,1 gr. pour injection, additionnée de 0,2 gr. de *Caffeine*, préventif excellent contre a baisse de tension opératoire, et les céphalalgies postopératives.

Dans 550 cas sur 557 (98,7‰) anesthésie était absolument suffisante, dans les 7 cas (1,25‰) donna un échec. Dans les 34 cas d'opération prolongée (Wertheim difficile) quelques bouffées d'aether vers la fin étaient indispensables.

En général les valeurs de la *R.* sont suivantes:

- 1) Relâchement complet des teguments — donc „calme abdominal“.
- 2) Absence de phénomènes toxiques de l'anesthésie inhalatoire, et de ses complications souvent si graves.
- 3) Beaucoup de facilités techniques dans la césarienne et particulièrement — possibilité „d'accouchement méthodiquement accéléré“ de Delmas.
- 4) Enfin, rareté de complications postopératoires, et divers lésions neurogennes (2‰).

Comme *reproche* adressé à la méthode de *R.* il ne faut pas oublier la possibilité d'échec d'anesthésie, attribuable à une faute technique, ou à l'état général neuropathique des malades.

Pour *contreindication* absolue l'Au. tient: 1) les anémies graves, 2) les infections générales, 3) les malformations du rachis, et 4) la pyodermite de la peau de la région dorsale.

Par contre l'âge avancé ne présente pas aucune inconvénience, et les personnes même très âgées peuvent bénéficier de la méthode.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego
szpitala kolejowego w Wilnie

Poglądy i metody lecznicze panujące obecnie w zakładach i klinikach położniczo-ginekolo- gicznych Francji i Niemiec a kierunek od- działu położniczo-ginekologicznego Szpitala Kolejowego w Wilnie

Dr. med. WACŁAW KARNICKI

Wyjeżdżając zagranicę, postawiłem sobie za zadanie poznanie codziennego życia klinik zachodnich, urządzeń, organizacji pracy, podziału pracy, poglądów naukowych, metod leczniczych konserwatywnych, techniki operacyjnej i t. p. Niezależnie od tego zależało mi na poznaniu konstrukcji szkół położnych, ich programów i systemu nauczania. To ostatnie zagadnienie, jako specjalne, obejmuje osobna praca i nie będę go tutaj poruszał.

Przejdę do kolejnego omówienia poszczególnych zagadnień. Kwestja znieczulania podczas zabiegów zarówno położniczych jak ginekologicznych nie straciła na swojej aktualności. Zaznaczają się cztery zasadnicze kierunki: 1) uśpienie wziewne (eter, chloroform, chlorethyl, mieszanka = chlorethyl + eter + chloroform); 2) uśpienie rektalne (eter z oliwą, awertyna); 3) uśpienie dożylnie (pernocton) i 4) znieczulenie rdzeniowe, znieczulenie pni nerwowych i splotów nerwowych oraz miejscowe znieczulenie.

Największa różnorodność w sposobach znieczuleń daje się zaobserwować w Niemczech, natomiast Francja przeważnie używa uśpienia wziewnego mieszanką.

1. a) Uśpienie wziewne eterowe używane jest jako jedyne za-
ledwie przez kilka zakładów (Uniwersytecka Klinika i Szkoła Położ-
nych prof. Döderleina w Monachjum, Klinika Uniwersytecka prof.
Weber'a w Monachjum, Szkoła Położnych prof. Keller'a w Strasburgu,
Zakład Charité Dr. Baumgathner'a w Paryżu, Zakład Pitié, Szkoła
Położnych prof. Jeannin w Paryżu).

Dodatkowo obok innych metod znieczulających eter stosowany
jest nieomal we wszystkich zakładach zwłaszcza do zabiegów położ-
niczych pochwowych (z wyjątkiem Uniw. Kliniki prof. v. Jaschcke
w Giessen używającego w tym celu znieczuleń pni nerwowych). Do
podawania narkozy wziewnej przy większych operacjach używane są
aparaty Rodregera, ewentualnie jego rozmaite modyfikacje. Usypianie
pod zwykłą maską należy do rzadkości z wyjątkiem krótkich zabie-
gów lub bolesnych badań.

b) Chloroform podawany osobno spotkałem tylko w Zakładzie—
Szkole prof. Hammerschlaga w Berlinie.

c) Chloroform stosowany jest przez Uniw. Klinikę prof. Seitz'a
we Frankfurcie obok innych sposobów znieczulania.

d) Mieszanka chloroformu, eteru i chlorethylu jest najbardziej
rozpowszechnionym sposobem uśpienia wziewnego, zwłaszcza, jak
wspominałem we Francji. Z Zakładów niemieckich używają tylko co
wspomniana Szkoła Położnych prof. Hammerschlaga i klinika prywat-
na prof. Strassmanna w Berlinie. We Francji używa mieszanki
słynny prof. Faure ze szpitala Broca w Paryżu, Klinika Baudelocque
prof. Couvelair'a w Paryżu, w której chefem (adjunktem) jest znany
ze swego sposobu cięcia cesarskiego Portes, Zakład Maternité prof.
Le Lorier w Paryżu (największa we Francji Szkoła Położnych) i wiele
innych mniejszych zakładów, ponieważ powyższe paryskie zakłady są
kuźnią specjalistów francuskich i zagranicznych.

2) Uśpienie rectalne — awertyną, która prawie całkowicie wy-
parła z użycia mieszankę eteru i oliwy, stosowane jest przez więk-
szość lekarzy niemieckich w prywatnej praktyce. Uśpienie to, rozpo-
czynające się jeszcze na sali chorych i długotrwałe po operacji,
oszczędza chorym niepotrzebnych i przykrych emocji związanych
z operacją. Podane w ławatywie nie wywołuje przykrych objawów
duszości często powstającej przy narkozie wziewnej. Największymi
propagatorami awertyny są: prof. Bracht w Berlinie, dawny asystent
prof. Frantza (Szpital Kasy Chorych) i prof. Schaeffer w Berlinie
(Szpital Miejski).

3) Uśpienie pernoctonem (związek z grupy kwasu barbiturowe-
go) podawane dożylnie (1 cm³ na 12 kilo wagi) posiada te same

zalety co awertyna, jednak w mniejszym stopniu wobec długo trwającego okresu podniecenia i konieczności pilnowania chorych, nieraz z pomocą silnych sanitarjuszy, przed obawą powstania poważnych uszkodzeń zadanych sobie przez rzucające się chore podczas trwania podniecenia. Z powodu tych komplikujących okoliczności cieszy się pernocton mniejszem rozpowszechnieniem od awertyny.

Specjalnym zwolennikiem pernoctonu jest prof. Lipmann w Berlinie (Coecilienhaus).

Wobec wybitnego działania środków usypiających na narządy mięszkowe (płuca, wątroba, serca) oddawna myśl naukowo-lekarska dążyła w kierunku usunięcia tego ujemnego wpływu z możliwością zachowania całkowitego znieczulenia. Od czasów Bier'a zaznacza się stopniowy rozwój znieczulenia nerwów obwodowych, spłotów nerwowych i rdzenia. Znajduje to odzwierciedlenie w dzisiejszych, codziennie stosowanych na klinikach Zachodnich metodach znieczulania.

Znieczulenie rdzeniowe jest dzisiaj niewątpliwie najbardziej rozpowszechnionym sposobem znieczulania, zwłaszcza w Niemczech. Używane są do tego znieczulenia dwa rodzaje pochodnych kokainy. Jedne z tych dwóch grup mają ciężar gatunkowy lżejszy od płynu mózgowo-rdzeniowego, drugie — cięższy. Ma to znaczenie w rozmieszczeniu środka znieczulającego w kanale rdzeniowym i w związku z tem znieczulenie odpowiednich odcinków korzonków rdzenia. Najchętniej ze środków lżejszych stosowaną jest pantocaina (0,05) po 2 cm³, która zawdzięczając swemu ciężarowi właściwemu unosi się na powierzchni płynu mózgowo-rdzeniowego. Pantocaina używana jest stale w Klinice Uniw. prof. Wagner'a w Berlinie, dawniej Bumma i w 2-iej Klinice Uniw. prof. Stoeckel'a w Berlinie, natomiast Klinika Uniw. prof. v. Jaschcke'go w Giessen, jednego z najzdolniejszych ginekologów niemieckich, stosuje specjalnie przez firmę Merck'a przygotowany dla kliniki rozczyn tropococainy, mającej ciężar właściwy cięższy od płynu mózgowo-rdzeniowego.

Francuskie kliniki stosują scurocaine (0,1 — 2,0 cm.³) (Klinika prof. Reeb'a w Strasburgu, dawniej znany Chickelé, Klinika prof. Faure'a w Paryżu, jednego z najwybitniejszych chirurgów-naukowców Francji). Tropococaina stosowana jest przez prof. Keller'a w Szkole Położnych w Strasburgu. Zarówno scurocain'a jak i tropococaina należą do płynów cięższych od mózgowo-rdzeniowego. Percaina nie jest używana z powodu znacznej siły trującej (w Strasburskiej Szkole Położnych były dwa przypadki śmierci po stosowaniu dordzeniowem percainy).

Znieczulenie pni nerwowych i splotów nerwowych oraz miejscowe znieczulenie szeroko używane jest w Niemczech, natomiast kliniki francuskie chętniej podają narkozę ogólną.

Przoduje w stosowaniu tej metody znieczulania niejednokrotnie już wspomniana Klinika prof. v. Jaschcke'go, używając do małych zabiegów ginekologicznych znieczuleń dosplotowych, do operacji położniczych zaś znieczulenia pni nerwowych przez podanie iniekcji po 10 cm.³ 1/2% nowocainy w okolicę spina iliaca posterior superior każdej strony i 20 cm.³ takiegoż roztworu w okolicę kości ogonowej. Znieczulenie miejscowe również chętnie jest stosowane.

Na Oddziale Położniczo-ginekologicznym Szpitala Kolejowego w Wilnie do dużych zabiegów brzusznych stosuje się znieczulenie rdzeniowe tropococainy od 0,08 do 0,15 przygotowanej przez firmę Klawego, wprowadzanej do kanału rdzeniowego razem z coffeiną 0,25. W wyjątkowych tylko przypadkach istnienia przeciwwskazań, jak obniżone ciśnienie krwi, (ciąża pozamaciczna), septyczne przypadki, wady i schorzenia kręgosłupa i rdzenia lub ogólny stan neuropatyczny, odstępujemy od przyjętej zasady posługiwania się znieczuleniem rdzeniowym i podajemy narkozę wziewną eterową lub mieszaną. Zabiegi położnicze pochwowe natomiast najczęściej wykonywane są w narkozie wziewnej, z wyjątkiem specjalnych wskazań do zastosowania rdzeniowego znieczulenia, jak na przykład brak rozwarcia macicy lub schorzenie płuc specyficzne, czy też choroby serca, wątroby i t. p. Wychodzimy z założenia przyjętego przez większość klinik francuskich, że wobec krótkotrwałości zabiegów pochwowych położniczych i specjalnego przemęczenia rodzącej, w okresie potrzeby ich stosowania, pod minimalną ilością środka usypiającego można zabiegu dokonać i szkody organizmowi matki nie przynieść. Operacje brzuszne pochłaniają znacznie większą ilość eteru czy mieszanki, przynosząc niepożądane komplikacje pooperacyjne w postaci pneumonii, niedomogi mięśnia sercowego czy wątroby. Nie pozostaje również bez wpływu na wartościowość organizmu w przyszłości większa ilość pochłoniętej przy operacji narkozy.

Drobne zabiegi, jak wyłyżeczkowanie jamy macicznej, plastyki krocza, usuwanie torbieli grucz. Bartholini'ego lub wychodzących ze szczątkowych narządów Gaerthner'a, wykonywamy już to w znieczuleniu dosplotowem (przy wyłyżeczkowaniu) lub też w miejscowym znieczuleniu. Posługujemy się do znieczuleń dosplotowych 1% lub 3% novocainy z adrenaliną, wprowadzając po 5 cm.³ do każdego przymacicza; do miejscowego znieczulenia używamy 1/2% lub 1% novocainy z adrenaliną.

Ze sposobów znieczulania jesteśmy zupełnie zadowoleni, poważniejszych komplikacji nie spotykaliśmy. Czasami napotyka się jednostki niewrażliwe na środek znieczulający — bywa to jednak niezmiernie rzadko (w ciągu roku 1—2 przypadki) lub przewrażliwione na podanie tropococainy dordzeniowo (1 przypadek na 4—5 lat); w pierwszej ewentualności podaje się z konieczności narkozę; w drugiej środki pobudzające, specjalnie dla znieczulenia rdzeniowego-coffeina i wyciąg z nadnercza. Podawanie coffeiny przejęliśmy z kliniki prof. Gassetta w Paryżu, zaś adrenalinę podaje Babcock z Filadelfji. Lepsze wyniki mieliśmy przy podawaniu naturalnego wyciągu z nadnercza. Chodzi tu przede wszystkim poza podniesieniem ciśnienia krwi o jakieś swoiste działanie wyciągów nadnerczy na organizmy uczulone na tropococainę, działanie nie dające się narazie dokładnie zanalizować, ale niewątpliwie wybitnie dodatnie.

Obok znieczuleń do operacji stoi sprawa znieczulenia porodów. Masowo niestety stosowane jest ono tylko na jednej klinice, mianowicie prof. von Jaschcke'go w Giessen, poza tą kliniką nigdzie nie widziałem znieczulania porodów. Znieczulanie, stosowane na klinice w Giessen, dotyczy wyłącznie drugiego okresu porodu, pierwszy okres nie jest znieczulany. Polega ono na wprowadzeniu płynu znieczulającego ($1\frac{1}{2}\%$ nowocainy) po 20 cm. w okolice obu kolców biodrowych górnych tylnych i 10 cm.³ pod kość ogonową. Tą drogą uzyskuje się całkowite znieczulenie i zwiótczenie krocza i miękkich części dróg porodowych. Jak widzimy, znieczulenie to jest niecałkowite i dużo pozostawia do życzenia, zwłaszcza, że okres pierwszy porodu najbardziej przykry i bolesny zupełnie się nie znieczula.

W pojedynczych przypadkach, zwłaszcza w praktyce prywatnej podawane są tabletki znieczulające w pewnych określonych odstępach czasu, najchętniej luminal'owe (prof. Hammerschlag w Berlinie).

We Francji stosują dawny sposób podawania narkozy à la Reine wyłącznie w pojedynczych przypadkach.

Klinika prof. Seitza we Frankfurcie próbowała stosowania pernoctonu, ale wobec wybitnego podniecenia — zarzucono. Na dużym materiale przerobiono próby znieczulania porodu pernoctonem w Szkole Położnych prof. Keller'a w Strasburgu. Dały one wyniki niezadowalniające. Inne zakłady znieczulaniem porodów wogóle się nie zajmowały. Używanie sugestji celem zniesienia bólów porodowych nie było uprawiane w zakładach, w których miałem możliwość być. Jak wynika z tych kilku podanych przykładów, sprawa znieczulenia porodów nadal czeka swego rozwiązania.

Mnie się osobiście wydaje, że duże możliwości istnieją w zastosowaniu nieczulenia rdzeniowego łącznie z podaniem wyciągów przysadkowych.

Jedną z bardzo ważnych kwestji nietylko w położnictwie i ginekologii, ale wogóle w medycynie, jest odkażanie zarówno rąk, jak i pola operacyjnego.

W poglądach na tę sprawę zarysowuje się wyraźna różnica pomiędzy Francją i Niemcami. We Francji kładzie się specjalnie nacisk na używaną do mycia rąk sterylizowaną wodę i sterylizowane mydło płynne, które się widzi we wszystkich bez wyjątku zakładach. Potem zmywa się ręce alkoholem i odkażanie rąk jest zakończone. Rzuca się w oczy niezwykle krótki czas używany do mycia rąk. Wodą i mydłem szcztokuje się — 5 minut, spirytusem — 3 minuty i już uważa się ręce za odkażone. Jedynie prof. Jeannin (Paryż, Hôpital Pitié, Szkoła Położnych) jodynuje ręce przed włożeniem rękawiczek.

W Niemczech natomiast istnieje duża różnorodność systemów odkażania rąk. Poza wodą wodociągową zwykłą i mydłem w kostce, którą przeciętnie szcztokuje się ręce przez 10–20 minut, oraz alkoholem, którego wszędzie się używa, niektóre kliniki stosują hydrargyrum oxycyanatum (Uniw. Klinika Wagnera w Berlinie), inne wierne są sublimatowi (Uniw. Klinika Stoeckel'a w Berlinie), jeszcze inne odkażają ręce lizolem (Uniw. Klinika Webera w Monachjum). Używany jest alkohol z ol. camphorae (Uniw. Klinika v. Jaschcke w Gies-sen). Osobnym systemem mycia rąk posługuje się prywatny zakład prof. Strassmanna w Berlinie. Stosuje się tutaj sproszkowany kwas borny zmywany następnie eterem.

Powłoki zwykle myją mydłem poprzedniego dnia przed operacją i zakładają opatrunek. Odkażenie powłok przed samym zabiegiem polega na zmywaniu eterem i smarowaniu nalewką jodową. Zamiast jodyny stosowany bywa preparat jodynowy dijozol (Wagner, Döderlein, v. Jaschcke). Jest to zupełnie przezroczysty płyn, zabarwiony dla bezpieczeństwa błękitem metylenowym, nie drażniący skóry. Najchętniej jest używany w przypadkach konieczności pooperacyjnych naświetlań.

Pochwę przepłukują oxycyanatem (Wagner) lub sublimatem (Döderlein), ewentualnie kwasem mlekowym (v. Jaschcke). Inni do płókania pochwy przed operacją używają kali hypermanganicum.

Na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kolejowego ręce odkażane są wodą i mydłem przez 15 minut, potem 4 minuty lizoformem, następnie alkoholem.

Powłoki myjemy wodą z mydłem i zakładamy opatrunek poprzedniego dnia przed operacją. Bezpośrednio przed zabiegiem, po zdjęciu opatrunku, stosujemy jodbenzynę, alkohol, eter i jodynę. Zmywamy dwukrotnie każdym z tych środków odkażających. Do odkażania okolicy lędźwiowej celem wykonania nakłucia rdzeniowego używamy czystej benzyny bez jodu i nie smarujemy nalewką jodową, ponieważ niepożądane jest zetknięcie się opon z cząstką nawet jodyny. Wobec intensywnego systemu odkażania powłok czasem miewaliśmy poparzenia skóry, których obecnie unikamy przed dokładne osuszanie skóry po każdym zmywaniu.

Jak wynika z powyższego, wielkie znaczenie przypisuje oddział odkażaniu powłok. Różnice z zakładami Zachodnimi polegają na używaniu przez nas benzyny w połączeniu z jodem i dwukrotnem stosowaniu każdego ze środków odkażających. Może jest w tem przesada, ale przesadzić w odkażeniu chirurgicznym chyba trudno. Wyniki oddziału ginekologicznego utwierdzają w przekonaniu, iż dokładność w odkażeniu jest uzasadniona.

Do odkażania sromu przy operacjach położniczych używamy spirytusu celem rozpuszczenia wydzieliny gruczołów łojowych, w których, jak wiadomo, dużo gnieździ się bakterji, oraz sublimatu. Jodyny unikamy, ponieważ zmniejsza ona elastyczność tkanek krocza, czynnik tak ważny przy porodzie, zwłaszcza operacyjnym.

Skoro jest mowa o odkażaniu, należy wspomnieć o rękawiczkach operacyjnych. Większość zakładów używa rękawiczki pojedyncze gumowe (wszystkie zakłady francuskie), zmieniane czasem podczas perytonizacji (Le Lorier). Rękawiczki francuskie są grube o krótkich palcach i dochodzą do połowy przedramienia. Naogół robią wrażenie niewygodnych. Niektóre rodzaje posiadają zgrubienia na palcach, mające na celu zapobiegać zbytniej ślizkości rękawiczek (Keller). Część zakładów niemieckich używa podwójnych rękawiczek — cienkich gumowych i nicianych (Bracht, Schaeffer), inni operują wyłącznie w gumowych (Stoeckel, Strassmann, Döderlein, Weber, Lipmann). Czasami asysta zmuszoną jest, jak mnie informowano, na skutek braku kre dytów, pracować wyłącznie w nicianych (Hammerschlag, Döderlein). Jedynym zakładem operującym bez rękawiczek, z krótkimi rękawami przy fartuchach operacyjnych, jest klinika prof. Wagnera w Berlinie. Z powodu nieużywania rękawiczek odkażanie rąk odbywa się dokładnie — 20 minut szcztokowanie z mydłem (przy każdej umywalce leżą przybory do oczyszczania załamka okołopaznokciowego), 10 min. w hydrargyrum oxycyanatum i 5 min. w alkoholu. Tego rodzaju maltretowanie rąk operatora i asysty nie wydaje się celowe, zwłaszcza,

że niektóre skóry nie wytrzymują, dochodząc do poważnego stopnia podrażnienia. Czas zużywany (35 min.) też jest bardzo długi. Wątpliwą korzyścią jest lepsze czucie palców bez rękawiczek i oszczędność tego rodzaju.

U nas do operacji używamy rękawiczek podwójnych gumowych i nicianych.

Kwestją badania czystości pochwy ciężarnej i rodzącej interesują się dwa zakłady (Seitz i v. Jaschcke), w których systematycznie każda rodząca ma badaną wydzielinę pochwową. Niezwykle ważna sprawa możliwości odkażenia pochwy czeka jeszcze na rozwiązanie. Jedynie klinika prof. Jaschcke'go stale zaleca zapobiegawczo płókanie pochwy roztworem 30⁰/o kwasu mlecznego z dodatkiem alkoholu.

Na naszym oddziale nie stosowaliśmy masowo badań wydzieliny pochwowej, ani też odkażania pochwy miejscowo. W przypadkach specjalnie nasuwających wątpliwości ustalaliśmy stopień czystości pochwy i ewentualnie następnie podawaliśmy „Fluorosan“ Kroguleckiego. Preparat ten, zawierający krzem, jest w sprzedaży w postaci tabletek podawanych doustnie. Możliwość odkażenia pochwy zapomocą doustnego podawania preparatu, unikając bezpośredniego płókania pochwy, jest wybitną zaletą „Fluorosanu“. Umożliwia on doprowadzenie pochwy w zanieczyszczonych przypadkach, nawet zaawansowanej ciąży, do I-go stopnia czystości, zapobiega w ten sposób infekcjom poporodowym. Dotychczasowy nasz materiał nie uprawnia jednak do wyprowadzania ostatecznych wniosków dotyczących Fluorosanu.

Z aseptyką pośrednio łączy się sprawa badania wewnętrznego przez pochwę rodzących. Zdania pod tym względem są podzielone. Szkoły francuskie badają wewnątrznie (Reeb, Keller, Fröhinsholz, Couvelaire, Jeannin, Brindeau), niektóre nawet po kilka razy — systematycznie w ciągu porodu (Keller, Fröhinsholz). Jedynie Szkoła prof. Le Lorier w Paryżu nie bada wewnątrznie, uważając to badanie za wybitnie szkodliwe. Ponieważ jednak Prof. Le Lorier dopiero przed kilkoma miesiącami został kierownikiem Szkoły Położnych — Zakładu Maternité, kierunek ten nie zdobył sobie jeszcze we Francji popularności.

Wręcz odwrotnie traktowana jest sprawa badania wewnętrznego w Niemczech. Tu przeważa kierunek badania rectalnego z bezwzględnie zaniechaniem stykania pochwy z jamą maciczną zapomocą palców przy badaniu wewnątrznie (Wagner, Bracht, Schaeffer, Lipmann, Strassmann, Weber, Seitz, v. Jaschcke). Wyjątek stanowią kliniki

prof. Stoeckel'a i Döderleina, w których rodzące badane są wewnętrznie. Jeszcze inaczej zapatrują się na tę sprawę w Szkole Położnych prof. Hammerschlag'a w Berlinie, gdzie ze względów dydaktycznych uczennice szkoły badają wewnętrznie. Natomiast lekarze dla celów djagnostycznych posługują się wyłącznie badaniem rectalnym.

Na oddziale położniczym Szpitala Kolejowego rodzące nie są badane wewnętrznie. Uważając jednak, iż prawidłowe prowadzenie porodu bez rozpoznania i obserwowania zwrotów główki i rozwierania się macicy jest niemożliwe (wbrew pogładowi Le Lorier), każdą rodzącą badamy kilkakrotnie przez odbytnicę. Szkodliwość badania wewnętrznego nie wymaga chyba uzasadnienia. Ustalonym jest oddawna fakt zawierania przez pochwę zarazków chorobotwórczych w mniejszej czy większej ilości w zależności od stopnia czystości pochwy. To też przeprowadzanie przez środowisko, zawierające zarazki, najdokładniej nawet odkażonych rąk, chociażby w rękawiczkach, nie może zapobiegać zawlekaniu zarazków do jamy macicznej i stykania się ich z krwiobiegiem matki. Z tego samego powodu unika się dzisiaj powszechnie płókania pochwy, nie tylko przy porodzie, ale nawet w końcowym miesiącu ciąży. Może w przyszłości Fluorosan lub zbliżone sposobem doustnego podawania preparaty umożliwią całkowite odkażenie pochwy i wtedy nie będziemy zmuszeni unikać badania wewnętrznego. Dzisiaj niestety jesteśmy od tego ideału bardzo daleko. Co się tyczy techniki badania rectalnego — wymaga ono jak każde inne wprawy, ale przy jej nabraniu badanie przez odbytnicę zupełnie zastępuje badanie wewnętrzne. Rokrocznie mamy tego dowody na uczennicach Szkoły Położnych w Wilnie, które dochodzą przez czas pobytu w Szkole do wystarczającej wprawy. Nawet koledzy lekarze, pracujący w Szkole zaledwie po kilka miesięcy, również opanowują technikę badania rectalnego z łatwością.

Po omówieniu znieczuleń i aseptyki przejdę do zagadnień ściśle ginekologicznych.

Przedewszystkiem kilka słów o technice operacyjnej.

Rzuca się w oczy kolosalna różnica techniki francuskiej i niemieckiej. W Polsce posługują się przeważnie techniką niemiecką, jest ona przez to dobrze znana. Odrazu podkreśla odrębność techniki francuskiej operowanie bez siostry operacyjnej i prawie zawsze z jedną asystą. Instrumentują lekarze sami. Igły Reverdin'a, ewentualnie Faure'a, wymagają zupełnie odrębnej techniki szycia. W Polsce używane są igły niemieckie z koniecznością chwywania imadłem, co zabiera dużo czasu. Francuska igła, tworząc jedną całość z imadłem, podobna jest do szydła z rączką. Uszko do zakładania nitki jest ru-

chome i dopiero po nanizaniu potrzebnych tkanek na igłę, zawleka ją asystent, potem igłę się cofa i szew najbardziej skomplikowany (np. przy perytonizacji) jest szybko i łatwo założony. Wiąże szwy asysta, co również znakomicie przyśpiesza operację. Dzięki swojej technice operują francuzi z zawrotną szybkością. Tak np. niejednokrotnie byłem podczas wykonywania operacji przez 75 letniego Faure'a, który w ciągu 3 minut usuwa nadpochwowo macicę. Zeszycie potem trwa jeszcze około 12 — 15 minut i operacja jest zakończona. Faure jest nieomal jedynym profesorem we Francji, uprawiającym prawie wyłącznie ginekologję, położnictwem on się nie zajmuje, chirurgią innych narządów bardzo mało. Naogół ginekologję i położnictwo we Francji zaledwie od kilku lat zaczynają łączyć. Przeważnie uprawiają ginekologję operacyjną chirurdzy, położnicy zaś dopiero od niedawna operują ginekologiczne przypadki, wobec czego technicznie są w tym kierunku bardzo słabi.

Niemcy, jak we wszystkim, są dokładni i precyzyjni w technice operacyjnej. W zestawieniu z techniką francuską uderza wolne tempo operowania. Nie będę przytaczał różnic, przeważnie nieznacznych, w technice operacyjnej poszczególnych zakładów niemieckich. Sprawność operacyjna najwyżej stoi w Zakładzie prof. v. Jaschcke w Gies-sen. Bardzo ładnie operują, zwłaszcza drogą brzuszną i specjalnie op. Wertheima, w Klinice Wagnera w Berlinie. Wybitne wrażenie robią operacje prof. Brachta ze szpitala berlińskiej Kasy Chorych. Nieprzeciętną technikę posiadają Döderlein junior (Oberarzt kliniki Wagnera), prof. Saenger (Oberarzt kliniki Webera w Monachjum) i dr. Philipp (Klinika Stoeckel'a). Natomiast u prof. Döderleina w Monachjum, u prof. Seitz'a w Frankfurcie i prof. Strassman'a w Berlinie, zwłaszcza u tego ostatniego, technika operacyjna pozostawia dość dużo do życzenia. Są pewne różnice zasadnicze w stosowaniu tej czy innej metody operacyjnej. Najbardziej rzuca się w oczy częste wykonywanie całkowitego usunięcia macicy w Niemczech (wyjątek Lipmann i Weber) w przeciwstawieniu do nadpochwowego usunięcia macicy, stosowanego we Francji. Jak zwykle jedni i drudzy mają poważne uzasadnienie swego sposobu postępowania. Niemcy boją się pozostawiać szyjkę z uwagi na możliwość punktu wyjścia z niej rozmaitych spraw chorobowych, niewyłączając nowotworów złośliwych. Francuzi, dbając o statykę narządu rodnego i opierając się na dużym materiale statystycznym, nie potwierdzającym obaw niemieckich oraz licząc się z schock'iem operacyjnym i względami infekcji przy otwieraniu pochwy podczas laparotomji, wolą usuwać macicę nadpochwowo z pozostawieniem części pochwowej szyjki. Poszczególni operatorzy mają

swoje, jeżeli można się tak wyrazić, ulubione metody operacyjne. Tak np. słynny Faure w Paryżu najchętniej używa amerykańskiej metody Kelly usuwania nadpochwowego macicy od jednej strony. Desmarest w Paryżu usuwa przy tej operacji cały kanał szyjki, przekładając drogę w miększym mięśni i stwarza tem niejako pośrednią metodę operacyjną. Technika sterylizacji również ulega poważnym odchyleniom. Wagner wycina klin w rogu macicy, twierdząc, iż inne metody są niepewne, inni zaś resekują trąbki na przestrzeni około 4 — 5 cm., lub — jak prof. Saenger z Monachjum — podwiązują grubym jedwabiem trąbki, double'ując je. Różną jest technika usuwania wzrostka robaczkowego. Zakłady Wagnera, Schaeffer'a i większość niemieckich — zabezpieczają dwoma piętrami kikut, natomiast Faure kikutu nie zabezpiecza.

Znaczne różnice zarysowują się w wyborze drogi brzusznej, czy pochwowej. Większość zakładów niemieckich, jak np. v. Jaschcke, Steckel (który nawet op. Wertheima wykonywa swoją modyfikacją pochwową), Bracht i inni, chętniej używają drogi pochwowej, francuzi zaś Reeb, Keller, Faure i inni operują przeważnie drogą brzuszną. Cięcia brzucha robione są we Francji na dużej przestrzeni, nie licząc się z kosmetycznym wynikiem. Niektóre niemieckie zakłady, jak np. v. Jaschcke, Weber, stosują cięcia poprzeczne, dbając o kosmetykę. Należy zaznaczyć, iż naogół we Francji operują niedokładnie, ale szybko, w Niemczech natomiast precyzja w wykonaniu jest duża, tempo zaś operacji szwankuje.

Bezpośrednio z techniką operacyjną łączy się sprawa sączkowania. Poglądy na tę kwestję są krańcowo różne. Znowu zaznacza się wybitna różnica poglądów niemieckich i francuskich. W większości niemieckich zakładów sączkują bardzo mało, francuskie kliniki — prawie zawsze. Spowodowane to jest niewątpliwie wyższością aseptyki niemieckiej. Specjalnie co do sączkowania dają się zauważyć duże różnice postępowania w poszczególnych zakładach w Niemczech. Bracht w Berlinie zupełnie nie sączkuje i nie drenuje, Wagner, Steckel i Schaeffer w Berlinie oraz Döderlein w Monachjum sączkują wyjątkowo rzadko. Pośrednie miejsce zajmują Klinika Seitz'a i Klinika Jaschcke'go, skłonniejsze do sączkowania. W tym ostatnim zakładzie uważają angielski sposób przemywania jamy brzusznej błękitem metylenowym za dobry i całkowicie umożliwiający zaniechanie sączkowania. Weber w Monachjum sączkuje stale, nie zważając na szerokie stosowanie cięcia poprzecznego Pfannenstiel'a i zakładając sączki do kątów bocznych rany operacyjnej. Największym zwolennikiem

drenażu wśród ginekologów niemieckich jest Strassman, używający w tym celu strusich piór.

We Francji również niema jednolitego poglądu na tę sprawę. Reeb uważa sączkowanie za bardzo ważny czynnik dodatni, decydujący o powodzeniu operacji, Keller zaś prawie zupełnie nie sączkuje. Naogół we Francji daje się zauważyć wybitny zwrot w kierunku zaniechania szerokiego zakładania drenażów i sączków, dowodem tego może służyć Zakład Faure'a, w którym do niedawna (jeszcze za czasów mojej ostatniej bytności u niego w 1928 r.) nieomal po każdej operacji zakładano worek Mikulicza do brzucha, przedłużający kolosalnie proces gojenia się rany i proces pooperacyjny. Obecnie założenie sączka przez Faure'a należy do rzadkości. Są w niektórych zakładach ustalone systemy drenażu, tak np. Gosset zakłada gruby dren gumowy na 24 godziny, potem aspiruje płyn specjalnym aparatem (system zbliżony do odkurzacza) i zmienia na cieńszy dren, następnego dnia to samo, zakładając coraz cieńsze dreny aż do 8 go dnia po operacji; w tym dniu zupełnie zwykle usuwa dren. Tej samej metody używa prof. Brindeau w klinice Tarnier'a. Nie znaczy to, że przy każdej laparotomji używają sączków lub drenów (we Francji wyraźnie zaznacza się zwrot od sączków ku drenażowi), jednak przy najmniejszej wątpliwości, nawet przy świeżych zrostach pozapalnych, dren jest w tych zakładach stosowany.

Niemieckie zaś kliniki, wymienione wyżej, jako nie używające sączków nawet przy pęknięciu ropniaka trąbki podczas operacji, zesztywiają na głucho. Ciekawe, że jedni i drudzy mają dobre wyniki. Tylko że drenaż przedłuża proces gojenia się i szpeci.

Na oddziale naszym posługujemy się zarówno niemiecką, jak i francuską techniką operacyjną. Używamy normalnych niemieckich narzędzi, obok tego często jednak szyjemy igłami francuskimi. Zasada jest dokładność i szybkość operacji. Instrumentuje siostra operacyjna. Do operacji większych — 2 asysty. Zwykle operuje się drogą brzuszną, jednak nierzadkie są również zabiegi pochwowe, jak *interpositio uteri modo Schauta — Wertheim*, *extirpatio uteri vaginalis*, *sterilisatio per vaginam* i t. p. Chodzi o odpowiedni dobór przypadków. Prawie zawsze przy operacjach brzusznych używa się cięcia poprzecznego Pfannenstiela. Pogląd w sprawie usunięcia macicy idzie po linii zachowania statyki narządu rodnego, czyli że macica nadpochwowo zwykle bywa usuwana. Metod używa się różnych (Kelly, Desmarest i inne), *ventrofixatio-Doleris'a*, *Pestalozza*, *sterilisatio* — czasami wycięcie rogu macicy, w innych przypadkach *resectio tubae* i wreszcie podwiązanie jajowodów ze zdwojeniem *modo Saenger*

Klinowe wycięcie dna macicy wraz z usunięciem obuustronnem przydatków (Beutner) i t. p., Wertheim zawsze drogą brzuszną, modyfikacji Stoeckel'a usuwania przez pochwę — nie stosujemy. Przy każdej laparotomji robimy kontrolę wyrostka robaczkowego, często go usuwając przy najmniejszych wątpliwościach. Zabezpieczamy kikut jednopiętrowym kapciuchem. Nie zakłada się do brzucha serwetek celem zabezpieczenia od możliwości powstania następowych zrostów. Nasze własne laparotomje potwierdzają słuszność tego poglądu.

Nigdy się nie sączy i nie drenaży jamy brzusznej, uważając, iż otrzewna posiada kolosalną odporność na zakażenie i łatwo je likwiduje, natomiast dren lub sączek jest czynnikiem drażniącym i infekującym oraz prowadzącym do silnych zrostów. Wyjątek stanowi operacja Wertheima, przy której czasami sączy się przymacicza i tkankę podotrzewną do pochwy (Wagner nawet po Wertheimie nie sączy zupełnie i zeszywa zarówno pochwę, jak i powłoki na głucho).

Bardzo ważne, nieraz decydujące o powodzeniu operacji jest traktowanie chorych po zabiegach operacyjnych, w pierwszym rzędzie po laparotomjach. Duży wpływ na przebieg pooperacyjny ma rodzaj stosowanego przy operacji znieczulenia. Uśpienie ogólne, działając na narządy miękkie i serce, osłabia ich czynność, zwłaszcza w pierwszych dniach po operacji. Poeterowe zapalenia płuc, niedomoga wątroby i t. p. powikłania niewątpliwie częściej zdarzają się po operacjach dokonywanych w uśpieniu wziewnem. Parezy pooperacyjne jelit i m. detrusor vesicae częściej się spotyka po stosowaniu znieczulenia rdzeniowego, dają się jednak one łatwo usunąć po podaniu środków tonizujących. Poza rodzajem znieczulenia, oczywiście, pierwszorzędną rolę odgrywa aseptyka operacyjna. Ważnym czynnikiem w przebiegu pooperacyjnym jest należyte przygotowanie przewodu pokarmowego i w razie potrzeby serca chorej, ze specjalnem uwzględnieniem ciśnienia krwi. Schock operacyjny, uwarunkowany utratą krwi i czasem trwania zabiegu, w znacznej mierze wpływa na przebieg pooperacyjny. Również indywidualna wartościowość organizmu i poszczególne punkty słabe (locus minoris resistentiae) uzależniają pomyślność przebiegu pooperacyjnego.

Poruszone zagadnienia, wpływające na przebieg pooperacyjny, znajdują szerokie odzwierciedlenie w traktowaniu chorych w poszczególnych zakładach. Podkreślę tylko charakterystyczne cechy niektórych klinik. Większość, zarówno niemieckich jak francuskich zakładów, zwraca baczną uwagę na należyte odżywianie i podniesienie ogólnej odporności chorego, pilnując odżywienia mięśnia sercowego. W tym

celu nieomal wszędzie szeroko stosowany jest cukier gronowy, podawany dowolnie w różnych stężeniach i w zależności od tego w różnych ilościach. Niemcy zwykle używają słabego 5⁰/₀ roztworu cukru w postaci gotowego preparatu pod nazwą „calorose“ (Bracht, Schaeffer, Weber, Döderlein i Seitz). Niektórzy, jak Schaeffer, dodają do cukru w poszczególnych przypadkach pituitryny, cardiazolu i t. p. Ilościowo podają około 500 cm.³ na dobę tego roztworu (Schaeffer), inni mniej — 200 cm.³ do 300 cm.³ (Bracht, Weber). Przy wprowadzaniu dużych ilości cukru ogrzewają do temperatury ciała. Paryski Gosset nie daje dużych ilości płynów dożylnie, uważając, iż nie należy przeciążać serca w przypadkach niewykrwawionych, i wobec tego stosuje 50⁰/₀ cukier gronowy, podając 10 cm.³ Reeb w Strasburgu podaje 20⁰/₀ cukier w ilości od 20 cm.³ do 40 cm.³ i obok tego domięśniowo insulinę w ilości 20 jednostek na 20 cm.³ 20⁰/₀ cukru gronowego. Faure również stosuje 20⁰/₀ cukier, v. Jaschcke woli cukier w postaci 5⁰/₀ kroplówki rektalnej. Lipmann i Hammerschlag wogóle cukru nie stosują, używając urotropinę dożylnie i fizjologiczny roztwór soli podskórnie. Celem pobudzenia perystaltyki szeroko stosowaną jest sól kuchenna w hipertonicznych roztczynach 10⁰/₀ (v. Jaschcke, Bracht, Brindeau) i nawet 20⁰/₀ (Gosset, Faure). Stosowanie 20⁰/₀ roztworu soli wydaje się nieco ryzykowne wobec możliwości uszkodzenia tą drogą intymy naczyń krwionośnych (na tem oparta jest przeciw szwedzka metoda leczenia żylaków iniekcjami 15⁰/₀ — 25⁰/₀ soli). Inni używają ephetoniny (Keller) lub pituitryny (Schaeffer), ewentualnie peristaltyny (Hammerchlag). We Francji u położników, gdzie zarówno technika chirurgii ginekologicznej, jak i traktowanie chorych pooperacyjnych pozostawia dużo do życzenia, specjalnie faworyzowane jest płókanie jelit wodą (Couvelaire, Le Lorrain) lub gliceryną (Jeannin). Przed operacją w tych zakładach nie dają na przeczyszczenie, a ograniczają się do ławatywy.

Powikłania płucne poza podaniem ol. camphorae i kompresu (baniek Zachód nie zna), zwalczane są zapobiegawczo przez wentylację płuc — t. zw. gimnastykę oddechową, zalecaną od drugiego dnia po zabiegu (Stoeckel). Polega ona na rytmicznym, głębokim wdechu i wydechu z rękami skrzyżowanymi pod głową. Prowadzi gimnastykę pielęgniarka oddziałowa, wykonywując sama razem z choremi wdech i wydech. Mają dobre wyniki ze stosowania szczepionki pneumococowej („pneumovaccin“ Veille), podawanej trzykrotnie codziennie bezpośrednio po operacji: 1-go dnia 1 cm.³, 2-go — 1,5 cm.³ i 3-go 2 cm.³, w zakładzie Reeba w Strasburgu. Unikanie całkowitego bezruchu pooperacyjnego należy również do stosowanych metod zapo-

biegawczych (Stoeckel). U Seitza na 6-ty dzień po operacji chora siedzi, chociaż szwy usuwane są dopiero na 8-my, a wolno ruszać się już na trzeci dzień po laparotomji. We Francji w zakładach położniczych, uprawiających ginekologję operacyjną (Couvelaire, Le Lorier), odwrotnie panuje wybitny konserwatyzm, zezwalają wstawać dopiero na 15-ty dzień po laparotomji, ruszać się po 8-iu dniach. W zapaściach podczas operacji, przy narkozie wziewnej, stosowany bywa obecnie dwutlenek węgla — CO_2 (Keller)

Na naszym oddziale podajemy w razie potrzeby cukier gronowy 20⁰/₀ po 20 cm.³, obok tego 20 jednostek insuliny, podnosząc tą drogą odżywienie mięśnia sercowego i aktywując wątrobę w kierunku odkażającego jej działania. Chętnie stosujemy 10⁰/₀ hipertoniczny roztwór soli kuchennej dożylnie przy parażach jelitowych, oraz atropinę podskórnie. Cylotropinę podajemy dożylnie i pituitrynę podskórnie lub domięśniowo w przypadkach parazy m. detrusor vesicae. Coffeinę, cylotropinę, ewentualnie urotropinę, obok wyciągu z nadnerczy podajemy, zapobiegając możliwości wystąpienia pooperacyjnych bólów głowy, o czem wspominałem wyżej w związku z omawianiem znieczuleń. Wyciąg z nadnerczy zapobiega powstawaniu zakrzepów żylnych; podnosząc ciśnienie, uniemożliwia zaleganie i wolne krążenie prądu krwi w żyłach. Niezależnie od tego epirenina przez działanie antagonistyczne obniża ilość płytek Bizzozero. Rzadkie u nas wobec niestosowania narkozy wziewnej powikłania płucne traktujemy jak zwykle pneumonie — czyli podajemy ol. camphorae, bańki, kompresy i t. p. W niektórych przypadkach zapobiegawczo stosujemy gimnastykę oddechową. Szwy z powłok brzusznych zdejmujemy na 7-my dzień po operacji, z krocza — na 6-ty dzień. Zmianę pozycji i nacieranie skóry, zwłaszcza pleców i lędźwi, stosujemy już na drugi dzień po operacji.

Leczenie chronicznych stanów zapalnych jajników i trąbek idzie w kilku kierunkach. Najbardziej rozpowszechnione zarówno w Niemczech, jak i we Francji jest leczenie termiczne. W I-szym rzędzie diatermia (Wagner, Stoeckel, Hammerschlag, Baracht, Schaeffer, Lipmann, Strassmann, Keller, Couvelaire, Brindeau, v. Jaschke, Seitz) jest nieomal wszędzie stosowana. Reeb i Keller w Strasburgu używają t. zw. poduszki elektrycznej ogrzewanej prądem. Schaeffer chętnie stosuje wanny elektryczne; Wagner ma dobre wyniki po leczeniu krótkimi promieniami Roentgena. Stosowanie tamponów przepojonych boraksem, ichthiolem, argentum nitricum i t. p. również jest uznawane, jednak metoda ta cieszy się mniejszem powodzeniem i uważana jest za dodatkową. Hammerschlag używa specjalnej kolej-

ności w leczeniu chronicznych stanów zapalnych: 1-go dnia tampon ichthiолоwy, 2-go dnia przerwa, 3-go — nasiadówka słona, 4-go — diatermja i znowu cykl powtarza. Wagner obok promieni Roentgenowskich i diatermji również stosuje tampony z ichthiolem, boraksem i t. p. Stoeckel w poszczególnych przypadkach zaleca tampony przeważnie ichthiолоwe. Bracht zupełnie nie uznaje tamponów, natomiast płótcę pochwę rozmaitemi rozczynami. Schaeffer zaleca tampony wyłącznie przy rzeżączce kanału szyjki. Lipmann i Strassmann stosują ichthiol. Döderlein tylko pomocniczo. Weber używa preparatu „spanum“ przy wydzielinie pochwowcj, przy szyjkowej — przetwory salicyłowe. Keller i Reeb ichthiolu i tamponów nie stosują. Faure ma specjalny preparat „Antifluorescence“ (salicył, kw. borny, kalium, gliceryna) podawany na tamponie przy upławach. Couvelaire, Le Lorier, Brindeau używają ichthiolu, ten ostatni wyłącznie w postaci globuli vaginales. Seitz i v. Jaschcke uznają dodatnie działanie ichthiolu. Jak wynika z powyższego zestawienia, kuracja dopochwowa lekami posiada jeszcze wielu zwolenników i szeroko jest stosowana w codziennem życiu. Weber i Saenger zwracają specjalną uwagę na podniesienie ogólnej odporności organizmu, podając proteinoterapię i terpentynę w iniekcjach domięśniowych co drugi dzień. Faure podaje trzykrotnie propidon w małych dawkach co drugi dzień. Szeroko stosowane są zarówno w Niemczech jak i we Francji szczepionki zwłaszcza gonokokkowa. Specjalnie interesującą jest metoda Döderlein'a stosowania po 200 jednostek codziennie prolanu dożylnie, wywołując w ten sposób przekrwienie chorego narządu.

Obok traktowania konserwatywnego rozpowszechnione jest operacyjne leczenie stanów zapalno-chronicznych. Najważniejsza kwestja doboru przypadków różnie jest ujmowana, zwłaszcza rażące różnice pomiędzy Francją a Niemcami. Francuzi są bardzo aktywni, chętnie operują przypadki ostre i podostre, Niemcy natomiast naogół operują mało, jeżeli decydują się na operacyjne leczenie, to dopiero po wyczekaniu dłuższego czasu po ostrym stanie (8—12 tyg.) Wśród niemieckich Zakładów najbardziej aktywnym jest Schaeffer. We Francji Keller bardziej zbliża się do poglądów niemieckich i dość ogólnie operuje. Francuzi wykazują daleko idący radykalizm, usuwając przy stanach zapalnych nadpochwowo macicę wraz z obu jajnikami (Faure).

Na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kolejowego używamy tamponów z ichthiolem, kw. bornym, argentum nitricum, zincum sulf. i t. p. w zależności od przypadku. Stosowane są również różne rodzaje płókań — kali hypermanganicum, acetylpyro-

lign., kw. borny i t. p. Diatermja również szeroko jest zalecana, lampa Landeker'a, lampa Sollux. Ciekawe wyniki daje jontoforeza zapożyczona od neurologów (neurologdzy stosują jontoforezę w przypadkach uszkodzeń pni nerwowych z następownemi bliznami celem rozluźnienia ich). Działanie polega na rozszczepieniu soli najczęściej kalii jodati za pomocą prądu galwanicznego. Powstaje in statu nascendi jod, który mając powinowactwo do chloru, znajdującego się stale w naciekach zapalnych, tworzy chemiczne połączenia organiczne z komórkami zapalnymi, stając na miejsce chloru. Tą drogą zostają zniszczone nacieki, przy których jontoforeza daje najlepsze wyniki. Przy bólach w przydatkach bez wyraźnych zmian anatomicznych stosujemy CaCl_2 , przy upławach *zincum sulfuricum*. Technicznie jontoforezę wykonywa się w sposób następ.: ustawia się dwie elektrody, jedną do pochwy, zawierającą lek, drugą na powłoki brzuszne w dolnej części brzucha. W zależności od rodzaju stosowanego środka leczniczego łączy się pochwową elektrodę z anodą lub z katodą. Np. przy naciekach, używając kalii jodati 2%, ponieważ jod jest kat'jonem, zakłada się do pochwy anodę. Jod, jako mający powinowactwo do katody, po nastąpieniu elektrolizy dążąc do katody, ułożonej na powłoki brzuszne, musi przejść przez naciek zapalny. I istotnie można łatwo stwierdzić jego obecność na katodzie, gdzie go się zupełnie nie dawało (na katodzie jest tylko woda). Kuracja jonizacyjna trwa około 30 dni, pierwsze dziesięć dni stosowana jest codziennie, następnie dziesięć zabiegów wykonywa się co drugi dzień. W odpowiednich przypadkach stosujemy szczepionki — najczęściej zachodzi potrzeba podawania rzeżączkowej. Również proteinoterapię w postaci yatren-caseiny szeroko stosujemy. W niektórych specjalnie opornych dużych naciekach posługujemy się obok stosowania jontoforezy autohematoterapią. Pobieramy 10—20 cm.³ krwi z żyły i injekujemy domięśniowo. Iniekcje stosujemy co drugi dzień. Nieraz zachodzi potrzeba 10—12 i więcej zastrzyków. W przypadkach zapaleń otrzewnej miednicy małej stosuje się dorectalnie wlewki soli kuchennej w roztworze fizjologicznym. Leczenie operacyjne stanów zapalnych przydatków w przypadkach, niepoddających się leczeniu zachowawczemu, stale jest stosowane. Za metodę wyboru uważa się operację usunięcia przydatków z klinowem wycięciem dna macicy. Ograniczenie się do usunięcia przydatków nie zabezpiecza przed nawrotami w kikutach pooperacyjnych strony domacicznej (poprzednio mieliśmy kilka takich przypadków). Konserwatywna operacyjna winien iść w kierunku zachowania chociaż jednego jajnika ze względu na ciężkie stany zaburzeń równowagi gruczołów dokrewnych, powstające po usunięciu obu jaj-

ników. Stany ostre i podostre nie są operowane. Specjalny nacisk kładzie się na dobór odpowiednich przypadków. Technika klinowego usunięcia dna macicy i przydatków, podana przez Beutner'a, zmodyfikowana została przez kierownika oddziału. Modyfikacja ogłoszona w prasie naukowej nosi nazwę operacji Beutner — Karnicki.

Zagadnienie leczenia i zapobiegania niepłodności niestety nadal dużych postępów nie zrobiło. Mam na myśli przypadki niedorozwoju narządów rodnych. Cały szereg Zakładów (Stoeckel, Hammerschlag, Bracht, Lipmann, Strasmann, Schaeffer, Weber, Keller, Reeb, Frühins-holz, Couvelaire, Le Lorier) uważa, iż nie mamy dzisiaj żadnego środka istotnego w tym kierunku. Nawet klinika Wagnera, w której mieści się pracownia Aschheima, nic nie stosuje. Sam Aschheim uważa, iż sprawa ta nie wyszła jeszcze z okresu doświadczeń laboratoryjnych. W Niemczech Döderlein stosuje prolan i preparaty jajnikowe, kombinując w zależności od przypadku (miesiączka i t. p.) sposób podawania tych preparatów. Seitz przetacza krew ciężarnych będących w ostatnich miesiącach ciąży (700 cm.³ — po 200 cm.³) i uzyskuje 5—6 krotne powiększenie macicy, ale niestety tylko na okres kilkodniowy (do 8—10 dni), poczem macica znowu wraca do swojej pierwotnej wielkości. Wyniki doświadczeń Seitz'a wobec tego należy uważać narazie za ujemne. V. Jaschke przetaczał krew i stosował prolan, ale wobec braku trwałych dodatnich wyników zaniechał. We Francji największy materiał bezdzietnych posiada zakład Fauré'a, w którym jest specjalna przychodnia dla niepłodnych. Stosuje się tam opoterapię i djatermię. W niektórych przypadkach uzyskiwano dodatnie wyniki. Brindeau uważa folliculinę niejako za specyfik w kierunku powiększania macicy i szeroko ten preparat stosuje. Diagnostycznie posługują się metodą pertubacji Robina i w razie potrzeby następnie wykonywują salpingographję. Operacje naszyjce macicznej nie straciły swojej aktualności. Natomiast wszczepienie jajowodów i inne operacje podobne są nieomal całkowicie zaniechane.

Na oddziale naszym, opierając się na pracach histologa Kleina z zakładu Arona ze Strasburga, podajemy wyciągi łożyskowe w iniekcjach domięśniowych. Materiał nasz, nie sięgając ponad 10—12 przypadków, narazie nie daje możliwości wysunięcia ostatecznych wniosków o wartości próbowanej przez nas metody leczniczej. (O tem ukaże się specjalna praca). Poprzednio próbowaliśmy stosować preparaty jajnikowe — niestety bez wyraźnego wyniku. Obok opoterapii zalecamy diatermię. W celach leczniczo-diagnostycznych stosujemy pertubację i salpingographję, przy dodatnim wyniku w odpowiednich przypadkach — discisio szyjki. W pojedynczych przypadkach operację

salpingolysis, wszczepienie jajowodów do macicy i wszczepienie jajnika. Ta ostatnia operacja wymaga dalszego opracowania technicznego. Cały dział zaburzeń miesięczkowych jest dzisiaj przez wszystkie Zakłady leczony preparatami hormonalnymi (oczywista, eliminując objawowe zaburzenia miesiączki, spowodowane nowotworami dobrotliwymi i złośliwymi, czy to macicy, czy jajników, czy wreszcie przerosty błony śluzowej macicy). Jedynie Seitz, wierny przetaczaniu krwi cięźarnej, leczy tą drogą brak miesiączki — jest to właściwie też leczenie hormonalne.

Na naszym oddziale, będąc zwolennikami teorii dualistycznej czynności hormonalnej jajnika, ściśle rozróżniamy działanie luteiny i folliculiny. Jednocześnie chętnie podajemy przez jeden, dwa dni preparaty tarczycowe, niewątpliwie aktywujące czynność jajnika i dopiero potem luteinę lub folliculinę — ovarogen w zależności od przypadku. Co do rodzaju preparatu, uważamy luteinę i ovarogen „Klawe” za najbardziej czynne.

Poglądy na leczenie raka narządów rodnych idą w kierunku w pierwszym rzędzie, jak i dawniej, operacyjnym oraz kombinowanego leczenia radem i Roentgenem. Różnice polegają na traktowaniu i doborze przypadków operacyjnych i naświetlanych. Większość Zakładów w przypadkach zaniedbanych wyłącznie naświetla, unikając operowania po naświetlaniu (Wagner, Stoeckel, Schaeffer, Lipmann, Weber, Reeb, Keller, Faure), jedynie Hammerschlag naświetla przed operacją. Duże różnice są w kwalifikowaniu przypadków nadających się do operacji, większość uważa zajęcie przymacicza za przeciwwskazanie do operacji. Schaeffer zaś operuje nawet przypadki z zajęciem pęcherzem, resekując pęcherz i implantując moczowody. Stoeckel używa swojej modyfikacji op. Wertheima, polegającej na dojściu od strony pochwy i nie luksowaniu macicy, a wydobyciu jej szyjką na zewnątrz. Seitz nie operuje raka szyjki, a tylko trzonu i jajników. Natomiast szyjkę naświetla, zakładając igły radowe. Wyjątkowo piękną techniką wykonywa operację Wertheima prof. Wagner, uczeń i były asystent Wertheima. Bracht pesymistycznie zapatruje się na wyniki naświetlań i wobec tego przeważnie operuje. Döderlein jest jedynym, który zupełnie raka nie operuje, natomiast naświetla miejscowo i małymi dawkami Roentgena naświetla przysadkę mózgową. Twierdzi on, iż przysadka, jako gruczoł wewnątrzwydzielniczy, odgrywa kolosalną, decydującą rolę w rozroście nowotworów złośliwych. (Pogląd ten zgodny jest z pracą doświadczalną na zwierzętach, przemnie wykonaną: „Wpływ gruczołów dokrewnych na powstawanie i zachowanie się nowotworów doświadczalnych”). Niestety wyniki te-

go naświetlania przysadki są niepewne wobec jednoczesnego stosowania miejscowo radu i Roentgena. Raki jajników są nawet przez Döderleina operowane.

Oddział nasz, nieposiadając niestety radu i leczniczego Roentgena, ogranicza z konieczności leczenie raka do wykonania zabiegów operacyjnych. Specjalną uwagę zwraca się na dobór przypadków operacyjnych. Zajęcie przymacicza uważa się za bezwzględne przeciwskazanie do wykonywania operacji, oczywiście tem bardziej gdy zajęty jest pęcherz i moczowody. Wychodzimy z założenia kolosalnego przyspieszenia rozrostu nowotworu po operacji, w razie konieczności operowania w terenie zajęтым przez nowotwór. Wobec stawiania wyraźnych wskazań do operacji wyniki ostateczne są w zestawieniu ze statystykami innych Zakładów bardzo dobre. Nie podaję ścisłych liczb, ograniczę się tylko do stwierdzenia, że nawroty po operacji zgłaszają się do nas rzadko. Nieliczne przypadki nawrotów leczone były wyciągami gruczołów dokrewnych na zasadzie mojej pracy doświadczalnej, z przejściową poprawą zarówno stanu ogólnego jak i miejscowego. (Ta metoda lecznicza wymaga jeszcze dokładnego opracowania dawkowania). Jeden przypadek nabłoniaka kosmówkowego złośliwego z przerzutami próbowaliśmy leczyć za pomocą przetaczania krwi ciężarnych, niestety bez wyraźnego wyniku. Zgodnie z pracami Warburga ograniczamy ilość podawanych węglowodanów chorym rakowym.

Po omówieniu pokrótce zagadnień z dziedziny ginekologii poruszę kwestję dotyczącą połoźnictwa.

Codzienną w połoźnictwie jest sprawa ochrony krocza. Do niedawna z wyjątkiem pojedynczych Zakładów, pod pojęciem ochrony rozumiano trzymanie krocza podczas przerywania się główki. Technika tego trzymania, jak niektórzy wolą—podtrzymywania, bywała różna—jednukładali tylko dwa palce, pierwszy i wskazujący prawej ręki na krocze, starając się tą drogą zapobiec pęknięciu krocza, inni całą dłońią trzymali krocze, poza tem istniał cały szereg pośrednich kombinacji i modyfikacji indywidualnych. Interesowałem się ochroną krocza ze względu na jej codzienne ważne znaczenie praktyczne, oraz z powodu, o ile mi wiadomo, zakorzenionego zwyczaju przeprowadzania ochrony krocza za pomocą jego podtrzymywania nieomal we wszystkich Zakładach polskich. Chodzi o to, że uciskając ręką na krocze, przyciskamy je do przerywającej się główki i doprowadzamy, na mniej-szej czy większej przestrzeni, do anemizacji tkanek krocza. Na skutek ucisku, co oczywista osłabia jego odporność i elastyczność, stwarzamy dodatnie warunki ułatwiające pęknięcie krocza. Czyli skutek jest wręcz przeciwny zamierzeniom i zadaniom osoby

przeprowadzającej poród. Jak wiadomo, przy przyjmowaniu porodu mamy dwa zadania do spełnienia: I-sze — przeprowadzenie główki najmniejszym wymiarem, przychyłając ją doklatki piersiowej, i II-gie — stopniowe, wolne wyprowadzenie główki na zewnątrz. Oba te zadania można spełnić, nie dotykając krocza, a działając bezpośrednio na główkę.

Większość Zakładów Zachodnich zarówno niemieckich jak francuskich nadal podtrzymuje krocze (Stoeckel, Strassmann, Bracht, Lipmann, Hammerschlag, Schaeffer, Weber, Döderlein, v. Jaschcke, Reeb, Keller, Fröhinsholz, Brindeau, Le Lorier, Couvelaire). Jedynie klinika Wagnera krocza nie trzyma, przeprowadzając ochronę krocza przez bezpośrednie działanie na główkę. v. Jaschcke uważa, że należy nieomal w każdym przypadku wykonywać episiotomję, twierdzi on, iż jest to bardziej chirurgiczne przyjmowanie porodu.

Na oddziale położniczym nie trzymamy krocza, wychodząc z tylko co przytoczonych założeń. Opieramy się na doświadczeniu kilkuset tysięcy przypadków kierownika oddziału za czasów prowadzenia przezemnie położnictwa w Państwowym Zakładzie Położniczym w Petersburgu (zakład o 28 porodach na dobę) i na obszernym materiale Państwowej Szkoły Położnych w Wilnie.

Sposobów szycia krocza po porodzie jest kilka. Zaznaczają się jednak dwa zasadnicze kierunki. Jeden polega na warstwowem zszyciu; zwolennikami tej metody są wszystkie niemieckie Zakłady i część francuskich (Wagner, Stoeckel, Bracht, Hammerschlag, Schaeffer, Lipmann, Strassmann, Döderlein, Weber, v. Jaschcke, Seitz, Reeb i Keller), drugi na przeszywaniu jedną nitką przez wszystkie warstwy — stosowany we Francji (Fröhinsholz). W niektórych francuskich zakładach używane są obie metody (Couvelaire, Brindeau, Jeannin, Le Lorier). Kliniki szyjące przez wszystkie warstwy oczywiście zakładają szwy pojedyncze. Przy warstwowem szyciu zakładany bywa czasami szew ciągły na błonę śluzową pochwy i ciągły na mięśnie (Wagner, Hammerschlag, Weber, v. Jaschcke, Le Lorier, Brindeau), te Zakłady również używają szwów pojedynczych, uzależniając od rodzaju pęknięcia. Stoeckel, Bracht, Schaeffer, Lipmann, Döderlein, Seitz, Reeb i Keller — szyją wyłącznie pojedynczemi szwami. Co do materiału używanego do szycia — wszyscy używają katgut — na mięśnie i śluzówkę, niektórzy nawet na skórę (Wagner i Stoeckel). Większość zakłada klamerki lub szyje skórę jedwabiem. Jedynie we Francji rozpowszechnione jest szycie za pomocą „crin“; jest to nitka wyrobiana z włosa końskiego, nie dająca ropienia, podobna do silku. Fröhinsholz i inni, szyjący przez wszystkie warstwy, stale używają „crin“.

Oddział nasz posługuje się metodą szycia warstwowego, zakładając zarówno pojedyncze, jak i ciągle szwy. Na skórę zakładamy czasem katgut, ewentualnie klamerki, częściej jednak szyjemy jedwabiem. Ostatnio zeszywaliśmy kilka przypadków pęknięć krocza o równych brzegach jedwabiem przez wszystkie warstwy, uzyskując zupełnie zadowalniający wynik. Pęknięcia poszarpane nie nadają się do tego rodzaju szycia. Ciekawą jest kwestja zakładania kleszczy na ruchomą główkę, stojącą nad wejściem do miednicy. Z chwilą skonstruowania przez Kiellanda swoich kleszczy o trakcji osiowej, bez wygięcia miednicowego, zaczęto się entuzjasmować możliwością zakładania ich na ruchomą jeszcze główkę. Obecnie z wyjątkiem Fröhinsholz'a z Nancy, żaden z Zakładów, o których mowa, nie stosuje kleszczy na nieustaloną główkę. Sam Fröhinsholz, uważając zabieg za bardzo niebezpieczny, podczas wykładów studentom zabrania używania kleszczy przy ruchomej główce. Strassmann, dawniej stosujący tę metodę — wysokich kleszczy — obecnie zupełnie od niej odstąpił. Forsowanie główki nie skonfigurowanej przez kanał kostny miednicy, do którego ona nie mogła wejść z tych czy innych przeszkód, czasem nieuchwytnych, jest nieobliczalne w skutkach. Znane są zresztą przypadki przedarcia pęcherza moczowego i t. p. niepożądane powikłania, spowodowane wyłącznie zastosowaniem kleszczy na ruchomą jeszcze główkę. Wagner uważa, iż jeżeli po dwóch takich trakcjach osiowych niema postępu, należy wogóle zaniechać kleszczy. W dużym Zakładzie możemy dziś łatwo, bez ryzyka, zakończyć poród cesarskiem cięciem lub ewentualnie obrotem, po którym następowa główka przechodząca ostrym klinem ku dołowi (podstawa czaszki), a nie tętym (okolica ciemiączka małego) łatwo da się wydobyć na zewnątrz. Co do używania kleszczy Kiellanda na ustaloną główkę, zdobyły one sobie dobrą opinię wygodnych i lekkich narzędzi (Stoeckel, Bracht, v. Jaschke). Kliniki, uważające za możliwe ratowanie główki za pomocą kleszczy, chętnie posługują się Kiellandem (Weber, Saenger); inne rodzaje kleszczy bez wygięcia miednicowego mają również duże wzięcie; w Niemczech kleszcze Zweifla (Döderlein) i kleszcze Saengera (Weber), we Francji Demelin'a (Keller, Brindeau), zwłaszcza jego Nr. 8. Reasumując sprawę wysokich kleszczy, należy zaznaczyć, iż zostały one w użyciu, zdobywając wielu zwolenników, jednak zmieniły pierwotne swoje przeznaczenie i zakładane są na główkę już ustaloną.

Na naszym oddziale kleszczy na ruchomą główkę nad wejściem nie zakładamy, czasami stosujemy Kiellanda, ale najchętniej posługujemy się kleszczami angielskimi Simpsona. Przestrzegamy ściśle określonych warunków dla wysokich kleszczy — najwcześniej wolno

zakładać kleszcze, gdy szew strzałkowy przesunął się z poprzecznego wymiaru miednicy w jeden z ukośnych. Nieznaczne nawet odchylenie szwu strzałkowego z wymiaru poprzecznego w odpowiedni ukośny, wskazuje na dokonanie się wystarczającej konfiguracji główki, przy której można bez niebezpiecznego wysiłku zakończyć poród drogami naturalnymi. Symphysiotomia ewentualnie pubiotomia została przez Zakłady, o których mowa, całkowicie zarzucona. Wyjątek stanowi klinika Brindeau, w której obecnie stosowana jest niecałkowita symphysiotomia. Posługują się techniką podaną przez Zarate'a, polegającą na częściowym przepiłowaniu spojenia łonowego od dołu z koniecznym pozostawieniem mostka w górnej części. Zabiegu zwykle dokonywują w znieczuleniu chlorethylem, który, działając krótko, nie znosi bólów porodowych. Duże znaczenie przypisują samoistnemu porodowi po tej operacji, bez użycia kleszczy. Ma to zapobiegać zbytniemu rozchodzeniu się kości i dodatnio wpływać na następowe gojenie się. Przebieg pooperacyjny trwa około 30 dni i wymaga prawie nieruchomego leżenia z plastrem.

Na oddziale położniczym nie stosujemy symphysiotomji ani pubiotomji, uważając, iż złe gojenie się spojenia łonowego i występujące stąd kalectwo na całe życie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do wykonywania tej operacji. Uciążliwy i długotrwały przebieg pooperacyjny z koniecznością 30-to dniowego leżenia niemal nieruchomo z założonemi plastrami, nie zachęca do stosowania tej operacji. Nieuchwytnie są również wskazania do symphysiotomji. Jeżeli jest nie stosunek porodowy z powodu płaskiej lub ogólnie zwężonej miednicy, to niezrównanie lepsze wyniki osiągniemy przy zastosowaniu cięcia cesarskiego. Jedynie może nierozpoznane w porę przypadki lejkowatych miednic ze zmniejszeniem wymiarów wyjścia miednicy małej, mogłyby służyć za wskazanie do symphysiotomji sposobem Zarate'a, wykonywanym przez Brindeau.

Zatrucia ciążowe różnie są ujmowane i leczone. W przypadkach wymiotów niepowściągliwych u ciężarnych, występujących we wczesnych okresach ciąży, najbardziej rozpowszechnione jest podawanie insuliny (Stoeckel, Bracht, Döderlein, Seitz, Reeb, Brindeau), ten ostatni podaje insulinę dopiero po wystąpieniu acetonurji. Niektórzy, jak Wagner, traktują wymioty ciężarnych jako nerwicę i ograniczają się do izolowania chorych z normalnego ich otoczenia. Izolowanie jako czynnik pomocniczy stosowane jest bardzo szeroko (Stoeckel, Hammerschlag, Bracht, Döderlein, v. Jaschcke, Reeb, Brindeau). Rozpowszechniony jest również pogląd konieczności głodzenia tych chorych (Döderlein Brindeau i Jeannin). Obok insuliny niektórzy

podają cukier dożylnie (Seitz i Reeb) w celu odżywienia chorych i podniesienia odtruwającej działalności wątroby. Weber odżywia rektalnie, Jeannin podaje roztwór fizjologiczny soli pod skórę. Reeb bada przemianę podstawową i na tem opiera prognozę i ewentualną konieczność przerwania ciąży. Couvelaire traktuje wymioty ciężarnych jako dyspepsję i stale stosuje specjalną kurację djetetyczną, zaleca mierzenie ilości wydzielanego kału, moczu i wymiocin w gramach oraz bada stosunek wagi ciała do wagi wydzielin, i na tem opierając się, ustala konieczność przerwania ciąży. Obok tego bada chemiczny skład krwi. Brindeau zaleca 3-dniową całkowitą głodówkę bez podawania płynów z jednoczesnem podaniem na przeczyszczenie. Niektórzy stosują dodatkowo preparaty hormonalne, Bracht — wyciągi jajnikowe, przeważnie z ciała żółtego, v. Jaschcke — tyreoidynę, Fröhinsholz — adrenalinę, podnosząc obniżone ciśnienie. Podaje on również wyciągi wątrobowe celem pobudzenia wątroby i roztwór chloralhydratu. Le Lorier stosuje kurację djetetyczną opracowaną przez Lever'a, obliczoną na okres 2-tych tygodni, oraz wyciągi z ciała żółtego.

Na naszym oddziale uważamy za środek nieomal swoisty przeciw wymiotom ciężarnych i innym objawom zatrucia ciążowego wyciągi z ciała żółtego. Podajemy preparat luteinę w kapsułkach lub w razie niemożności (niepowściągliwe wymioty) w iniekcjach domięśniowych. Zalecamy usilne odżywianie. W przypadkach ciężkich stopniowo zwiększa się ilość spożywanych pokarmów. Czasami podajemy cukier dożylnie i insulinę domięśniowo, obecnie jednak prawie całkowicie przeszliśmy na luteinę, zwłaszcza że nawet zjawienie się cukru w moczu ustępuje przy jej podawaniu. (O stosowaniu ciała żółtego ukaże się specjalna praca).

Poglądy na leczenie rzucałki porodowej nie są ujednoliconie. Jak dawniej są aktywiści i konserwatyści. Jedni uważają, iż kardynalnym warunkiem ustąpienia rzucałki jest natychmiastowe zakończenie porodu (Wagner, Stoeckel, Bracht, Schaeffer, Strasmann, Döderlein, Jeannin), inni (Hammerschlag, Weber, Keller, Le Lorier) zapomocą stosowania metody Stroganowa, ewentualnie innych zabiegów konserwatywnych, dążą do opanowania tego objawu zatrucia ciążowego. Istnieją również kierunki pośrednie (Fröhinsholz, Couvelaire, Brindeau, Reeb, Seitz, v. Jaschcke), które w zależności od przypadku postępują aktywnie lub czekają. Weber główny nacisk kładzie na zapobieganie zapomocą należytej diety. Keller dawniej stosował metodę Stroganowa, obecnie uważa pernocton za idealny środek przeciw rzucałkowy i podaje dwie dawki, jedną dożylnie, drugą domięśniowo; Fröhinsholz stosuje chloralhydrat, a potem robi Delmas'a i koń-

czy poród. Couvelaire wczesne przypadki operuje, najczęściej zapomocą cięcia cesarskiego klasycznego, późniejszym natomiast podaje pilocarpinę, chloralhydrat i t. p. oraz wykonywa wenesekcję. Brindeau przyspiesza poród, nie uciekając się zwykle jednak do większych zabiegów operacyjnych. Reeb przeprowadza chemiczne badanie krwi i w zależności od wyniku, albo operuje, albo, podając bezchlorową djetę, stosuje metodę Stroganowa. Seitz opracował specjalną metodę rozpoznawczą polegającą na drażnieniu prądem nervi mediani. Normalnie dla uzyskania skurczu mięśni potrzeba 0,6 mil. amp., w ciąży 0,2 mil. amp., w rzucawce zaś od 1,0 mil. amp. do 3,0 mil. amp. Otóż w zależności od wyniku próby djagnostycznej przypadek jest operowany lub traktowany konserwatywnie. Podobny jest sposób postępowania v. Jaschcke'go, którego klinika wspólnie z neurologami dokładnie opracowuje metodę podaną przez Seitz'a.

Na oddziale naszym rzucawka traktowana jest zawsze aktywnie z dążeniem do możliwie wczesnego wykonania operacji. W przebiegu połogowym chętnie podajemy cukier dożylnie i insulinę domięśniowo celem aktywowania czynności odtruwającej wątroby. Zapobiegawczo stosuje się, jak w przypadkach wymiotów niepowściągliwych, luteinę obok djety i podawania cylotropiny.

Zagadnienie t. zw. rozszerzonych wskazań do cięcia cesarskiego nadal nie straciło na swojej aktualności. W tej sprawie wyraźnie różnią się poglądy niemieckie i francuskie. Niemcy są aktywni — w przypadkach wątpliwych chętnie kończą poród zapomocą cesarskiego cięcia i mają dobre wyniki (Wagner, Stoeckel, Bracht, Schaeffer, Lipmann, Döderlein, Seitz, v. Jaschcke). Z niemieckich klinik Hammerschlag i Weber są zwolennikami konserwatywnego traktowania przypadków nadających się ewentualnie do wykonania cięcia cesarskiego. Francuskie Zakłady mają nastawienie wybitnie konserwatywne (Keller, Fröhinsholz, Couvelaire), niektóre są nieco bardziej aktywne (Le Lorier, Brindeau, Jeannin). Poszczególne Zakłady posługują się swojemi wskazaniami poza ogólnie przyjętemi. Lipmann określa stopień zwężenia miednicy zapomocą zdjęcia Roentgenowskiego, podług specjalnie opracowanej przez siebie skali. Również Gutmann z kliniki Seitz'a posiada swoją własną metodę określania tą drogą stopnia zwężenia miednicy. Wobec tego w tych dwóch zakładach na salach porodowych ustawione są aparaty Roentgenowskie. Zdjęcia wykonywane są w dwóch płaszczyznach—czołowej i strzałkowej; dopiero na zasadzie zestawienia tych zdjęć, używając do mierzenia miednicy na zdjęciu skali wyżej wspomnianej, stawia Lipmann wskazania do operacji. Naogół wszędzie w Zakładach niemieckich mierzo-

ne są zewnętrzne wymiary miednicy. Przy płaskich miednicach wymiar Baudelocque'a — 17 uważany jest za wskazanie do interwencji zapomocą cięcia cesarskiego. Jedynie Hammerschlag i Weber czekają przy tym stopniu zwężenia i dopiero w razie słabej tendencji główki do konfiguracji, jako ostateczność wykonywują cięcie cesarskie. Zupełnie inaczej traktują tę sprawę we Francji. Przedewszystkiem Zakłady francuskie nie mają zwyczaju mierzenia miednicy. Tylko w przypadkach podejrzanych mierzą conjugata diagonalis podczas stosowanego powszechnie u nich badania wewnętrznego. Dziwnem się wydaje, że w klinice Baudelocque'a — obecnie Couvelaire'a — nie znają wymiaru Baudelocque'a. Niemierzenie miednicyma swoje dobre strony. Zauważyłem u francuskich lekarzy i akuszerok wybitnie wyrobione oko na wadliwą budowę miednicy. Zakłady francuskie nie badają wewnątrznie (Le Lurier), wogóle nie mierzą miednicy i do końcowych okresów porodu nie mają konkretnych podstaw do stawiania wskazań operacyjnych. Jeannin nie uważa względnego zwężenia miednicy za wskazanie do cesarskiego cięcia i zwykle wykonywa rozpowszechniony dawniej t. zw. obrót zapobiegawczy, mający teoretyczne uzasadnienie w przechodzeniu następowej główki podstawą czaszki — czyli ostrym klinem w porównaniu do tępego klina okolicy ciemiączka małego — przy główce przodującej. Konserwatyzm francuski posuwa się tak daleko, że np. w klinice Couvelaire'a nie robią nigdy, przy zwężonej miednicy, cięcia cesarskiego przed odejściem wód, uważając, iż nie można przewidzieć dalszego przebiegu porodu przy zachowanym pęcherzu płodowym. We Francji istniały dwie szkoły położnicze, w znaczeniu kierunku naukowego — Couvelaire i Brindeau, obecnie tworzy się nowy kierunek Le Lurier, który jeszcze jest w zarodku. Frühinsholz (Nancy) ze szkoły Couvelaire'a ma wybitnie konserwatywne nastawienie np. przy przodującym łożysku zakłada metreuryzę po rozpoczęciu porodu, jeżeli zaś akcja porodowa nie rozpoczęła się — wykonywa cesarskie cięcie. Bardziej aktywnie ustosunkowuje się do wskazań Le Lurier, który przy przodującym łożysku zawsze wykonywa ces. cięcie, natomiast przy niestosunku porodowym czeka na rozwarcie wielkości 5 frankówki srebrnej i dopiero po nastąpieniu tego momentu wykonywa ces. cięcie. Brindeau jest najbardziej aktywny: przy niestosunku porodowym i przodującym łożysku odrazu wykonywa ces. cięcie. Z Zakładów niemieckich jedynie Hammerschlag przy przodującym łożysku wykonywa obrót na nóżkę. Inne kliniki stale robią ces. cięcie. Rzućmy okiem na poród w niektórych tylko zakładach służy za wskazanie do cięcia cesarskiego (Wagner, Bracht, Stoeckel, Schaeffer, Lipmann,

nawet kliniki niemieckie naogół aktywniejsze przy rzucawce porodowej nie wykonywują ces. cięcia (Hammerschlag, Weber, częściowe Seitz i v. Jaschcke). W Zakładach francuskich zdania są podzielone. Wspominałem o tem szczegółowo przy omawianiu zatruc ciążowych.

Co do techniki operacyjnej, większość operuje w dolnym odcinku, idąc drogą brzuszną przezotrzewnowo, podłużnie przecinając macicę (Wagner, Stoeckel i t. p.). Jedynie Döderlein został przy opisanej przez siebie technice pozaotrzewnowego cięcia cesarskiego. V. Jaschcke używa supravesicalnego przezotrzewnowego poprzecznego rozcięcia macicy podanego przez Doerffler'a, przytem często wytacza macicę na zewnątrz, czego inni przeważnie nie robią. Kończąc przegląd stosowanej techniki operacyjnej, chcę zwrócić uwagę na bardzo wygodny sposób osuszania pola operacyjnego, zwłaszcza z wód płodowych przy cięciu cesarskiem, stosowany przez Brindeau. Mianowicie puszcza się w ruch elektryczny wsysacz (konstrukcji odkurzacza „Elektrolux“) ze sterylizowanym wkręconem zakończeniem wsysającym płyn. No oddziale położniczym Szpitala Kolejowego chętnie wykonywane jest cięcie cesarskie w przypadkach wątpliwych. Za wskazanie uważane jest przodujące łożysko, nawet względny niestosunek porodowy wym. Baudelocque'a 17— 18, zaniedbane poprzeczne położenie przy żywym płodzie oraz rzucawka porodowa. W tym ostatnim przypadku bardzo zależy na wczesnem wykonaniu cięcia cesarskiego.

Na oddziale stosuje się pozaotrzewnowe cięcie cesarskie w dolnym odcinku z podłużnem rozcięciem macicy. Jedynie w przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia wykonywa się klasyczne cięcie cesarskie.

Ustosunkowanie się do podanego przez francuskich położników Mahon i Delmas'a sposobu uzyskiwania całkowitego rozwarcia macicy przy porodzie po zastosowaniu znieczulenia rdzeniowego jest bardzo różne. Niemcy nie znają tego sposobu i skutkiem tego nie stosują. Wyjątek stanowi klinika Wagnera, gdzie zaczęli ostrożnie wypróbowywać tę metodę, ale z powodu małej ilości przypadków nie zrobili sobie jeszcze poglądu o jej wartości. Z Zakładów francuskich Couvalaire, Le Lorier i Brindeau nie stosują tej metody, będąc przeciwni forsowaniu fizjologicznej czynności porodu; Brindeau uważa metodę za wręcz szkodliwą, Reeb i Keller stosowali dość szeroko sposób Delmasa, obecnie jednak zarzucili. Keller na 20 przypadków zastosowania Mahon-Delmasa miał 2 przypadki śmiertelne z powodu krwotoku z pękniętej szyjki macicznej. Na zasadzie własnego doświadczenia twierdził on, iż dopiero przy rozwarciu na 3 palce można sto-

sować Mahon-Delmasa i że u pierwiastek wyniki ostateczne były gorsze niż u wieloródek. Należy tutaj przypomnieć, że autorowie metody operują przy całkowitym braku rozwarcia i podkreślają, iż przed rozpoczęciem akcji rozwierania macicy wyniki są lepsze, oraz — sprzecznie z twierdzeniem Keller'a — uważają pierwiastki za bardziej nadające się do zastosowania ich metody. Ujemne wyniki Kellera mogą być spowodowane niedokładnością w technice rozwierania palcami szyjki po podaniu dordzeniowo środka znieczulającego. Frūhinsholz uważa Mahon-Delmasa za metodę wyboru przy rzucawce porodowej, wobec z jednej strony obniżenia ciśnienia krwi przez podanie dordzeniowo scurocainy (stosowana we Francji pochodna cocainy), z drugiej zaś — możliwości zakończenia natychmiastowo porodu, nie czekając na całkowite rozwarcie. Używa również tej metody do kleszczy przy braku rozwarcia macicy. Jeannin stale używa znieczulenia rdzeniowego przy konieczności zakładania kleszczy bez rozwarcia.

Na naszym oddziale mieliśmy sposób ośc niejednokrotnie stosować sposób Mahon-Delmasa. Dotychczas trafiały się nam wyłącznie wieloródki. Wynik mieliśmy dobry. Technicznych trudności przy rozwieraniu macicy nie stwierdzaliśmy. Należy podkreślić konieczność ostrożnego i delikatnego rozwierania macicy celem uniknięcia groźnych pęknięć szyi. Konsystencja szyjki macicznej zwykle jest ciastowata i bardzo krucha. Na dotychczasowe wyniki uskarżać się nie możemy.

Ujmowanie działania wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej przedstawia się podobnie, ale jednak nie identycznie. Zakłady niemieckie podają przysadkę mózgową we wszystkich okresach. Wyjątkiem jest Zakład Hammerschlag, gdzie przysadka stosowana jest wyłącznie w trzecim okresie celem odklejenia łożyska. Co do rodzaju preparatów, to najchętniej używają orasthinę Bayer'a (Wagner, Stoeckel, Schaeffer i Seitz), nie działającą na naczynia krwionośne, nie podnoszącą ciśnienia krwi w przeciwieństwie do toniphiny. Niektórzy stosują pituglandol (Hammerschlag, v. Jaschcke). Jeszcze inni — pituitrynę (Lippman, Weber). Döderlein podaje thymoitrinę — połączenie grasicy z przysadką. Strassman i v. Jaschcke stosują małe dawki po 0,2 cm.³ co godzinę. Ten ostatni zaleca ostrożność w podawaniu przysadki z obawy przed wystąpieniem zamartwicy płodów. We Francji poglądy co do okresu podawania przysadki bardzo się różnią. Frūhinsholz i Le Lorier podają przysadkę tylko przy całkowitem rozwarciu, nigdy wcześniej. Natomiast w trzecim okresie Le Lorier podaje co 15 min \dot{a} 0,2 cm.³ U pierwiastek Frūhinsholz wogóle przysadki nie stosuje — wyłącznie u wieloródek. Couvelaire również bardzo

ogłędnie zaleca przysadkę podczas porodu. Natomiast Reeb, Keller, Jeannin i Brindeau stosują chętnie i we wszelkich okresach porodu preparaty przysadkowe.

Na położniczym oddziale stosuje się przysadkę nawet przed porodem w przypadkach ciąży przenoszonej, w celach rozpoznawczych, podając po 0,2 cm.³ co 30 minut. Iniekcji takich robimy 5. Jeżeli bóle nie występują, uważamy, iż obliczenie daty porodu zrobiono nieprawidłowo i że ciąża nie jest donoszona; w przeciwnym razie rozpoczyna się prawidłowa akcja porodowa. W okresie wydalenia płodu stosowana jest przysadka oddawna, natomiast w 1-szym okresie dopiero ostatnio i z dobrym wynikiem po 0,5 cm.³ Niechętnie podaje się wyciągi przysadkowe w okresie łożyskowym, ponieważ w razie konieczności następowej ręcznej interwencji jest ona niezmiernie utrudnioną na skutek obkurczenia się ujścia macicznego.

Przeważnie przy opanowywaniu krwotoków w trzecim okresie porodu posługują się przysadką mózgową, ale nie wszyscy, np. Wagner stosuje sposób Mojon-Gabastou. Warto wspomnieć o stosowanej w przypadkach ręcznego odklejania łożyska pochwie gumowej. Na rękę, która ma wykonywać operację, nakłada się rękawiczkę gumową, a ponad to gumową pochwę. Po wprowadzeniu ręki do pochwy rodzącej i dojściu do ujścia macicznego, pociąga się drugą ręką za zwisającą nazewnątrz tasiemkę i gumowa pochwa, jak firanki, rozsuwa się. Ręka operatora bez stykania się z florą bakteryjną pochwy dochodzi do jamy macicznej (Sposób Wagner'a). W wątpliwych przypadkach co do całości łożyska stosuje Wagner próbę mleczną, polegającą na wprowadzaniu mleka przez żyłę pępkową do łożyska. Przy całym łożysku ono pęcznieje, przy uszkodzonym z naderwanego lub brakującego miejsca wypływa mleko, ładnie kontrastujące na czerwonym tle łożyska. Chciałbym tu jeszcze zaznaczyć, że francuzi zupełnie nie stosują chwytu Credé'go, uważając go za szkodliwy i ograniczają się do podawania preparatów przysadki. Niewolno również masować macicy (Couvelaire, Le Lorier). U Niemców chwyt Credé szeroko jest stosowany.

Na oddziale położniczym uznajemy masowanie macicy i stosujemy chwyt Credé'go w przypadkach krwawień w 3-im okresie porodu. W opornych przypadkach można posługiwać się specjalnym chwyttem, który podaję. Skoro przy odklejaniu się łożyska mamy krwawienie nazewnątrz przez pochwę, to oczywiście odbywa się ono sposobem Duncana, a nie Schultze'go, przy którym powstaje, jak wiadomo, krwiak pozałożyskowy. Powinniśmy zatem zmienić niepożądany mechanizm Duncana na mechanizm Schultze'go. Technicznie chwyt wyko-

nywa się w sposób następujący: moment 1-szy — odnalezienie miejsca przyczepu łożyska, moment 2-gi — masowanie dwoma palcami wskazującym i trzecim środka znalezionej miejsca, moment 3-ci — uzyskanie zapomocą masowania trwałego skurczu małego, masowanego przez nas odcinka, moment 4-ty — rozszerzenie stopniowe masowanego pola aż do jego całkowitego obkurczenia na całej przestrzeni, moment 5-y — ustawienie środka masowanego przez nas odcinka macicy w linii środkowej i zastowanie Credé'go na ten odcinek, z jednoczesnem napięciem pępowiny przez asystę i podtrzymaniem drugą ręką operatora macicy od dołu poprzez powłoki tuż ponad spojeniem łonowem. (O sposobie powyżej opisanym przeze mnie ukaże się osobna praca). Możemy mieć trudności przy wykonywaniu 1-go momentu, które pokonamy, pamiętając, iż miejsce przyczepu łożyska zawsze jest rozpulchnione i niesymetrycznie wystaje. Drugi moment wymaga uwagi z naszej strony, by nie połączyć masowanego odcinka z resztą macicy. Po kilkakrotnem masowaniu wykonamy trzeci moment. Czwarty — zwykle nie przedstawia trudności. W piątym momencie nie należy pociągać za pępowinę, a tylko trzymać ją napiętą z obawy jej urwania. Trzymanie trzonu macicy ma na celu zabezpieczenie przed powstaniem kąta pomiędzy trzonem macicy a drogami rodnymi. Wykonywanie chwytu Credé'go na odcinek poprzednio masowany zabezpiecza przed miażdżeniem tkanki łożyskowej znajdującej się jeszcze w macicy, ponieważ ucisk wywierany jest na skrzepy krwi. Oczywiście, wyżej opisany chwyt nadaje się do stosowania w przypadkach nieprzyrośniętego łożyska. W opornych przypadkach, przed wkroczeniem ręką, zasadniczo stosuje się ten sposób. Niejednokrotnie osobiście miałem możność przekonania się i zademonstrowania kolegom dodatnich wyników tego postępowania. W razie wątpliwości co do całości łożyska posługujemy się ostatnio próbą mleczną (Wagner). Jest ona technicznie łatwo wykonalną i niewątpliwie miarodajną.

Metody opanowywania krwotoków atonicznych po porodzie nie są zbyt urozmaicone. Powszechnie stosowane są preparaty przysadkowe. Rodzaje używanych preparatów przez poszczególne kliniki podałem przy omawianiu poglądów na sposób stosowania i działania przysadki. Wyjątek w tych jednomyślnych metodach stanowi klinika Le Lorier, nie podająca zupełnie wyciągów przysadkowych z obawy przed następowym całkowitym rozkurczem mięśnia macicznej, natomiast tamponująca macicę. Szczelnie wypełnia się macicę i pochwę oraz sklepienia gazą wyjałowioną. Tamponowanie takie utrzymuje się zaledwie przez trzy godziny, poczem zmienia się gazę

na nową, jeżeli krwotok nie ustał (ta metoda postępowania nie jest zresztą nową). Sposób podawania przysadki przez Zakłady posługujące się nią bywa różny. Większość Zakładów zarówno niemieckich jak i francuskich stosuje wyciągi przysadkowe podskórnie i domięśniowo, unikając podawania dożylnego z obawy przed wystąpieniem zapaści. Stoeckel i v. Jaschcke podają przysadkę również dożylnie, podkreślając konieczność stosowania orasthiny— czyli wyodrębnionego z pośród wydzielanych przez tylny płat przysadki hormonu skurczowego bez domieszek toniphiny, podnoszącej ciśnienie krwi, kurcząc naczynia krwionośne. Orasthina zapaści nie powoduje. Jako ostateczność w przypadkach atonii ogólnie uznana jest operacja usunięcia macicy z zaznaczeniem konieczności wczesnego jej wykonania.

Na naszym oddziale, poza ogólnie przyjętem masowaniem macicy i wyciskaniem zalegających w niej skrzepów oraz podawaniem przetworów sporyszu (ergotyna, secale, secacornina it.p.), chętnie podajemy wyciągi przysadki dożylnie. Nie unikamy stosowania całości wydzieliny tylnego płata przysadki nie ze względu na brak w Polsce wyodrębnionego hormonu skurczowego (orasthina, jako niemiecki preparat, nie jest importowaną). Uważamy działanie toniphiny, kurczącej naczynia krwionośne, w przypadkach atonicznych krwotoków, zawsze połączonych z gwałtownym spadkiem ciśnienia krwi, za czynnik dodatni. Występujące przy podaniu przysadki dożylnie objawy zapaści spowodowane są anemizacją tkanki mózgowej. Wobec tego kładziemy przed samym zastrzykiem gorący termofor na głowę położnicy i podajemy środki nasercowe (ol. camphorae, coffeinum i t. p.) podskórnie bezpośrednio po bardzo wolnem wprowadzeniu 1 cm³. przysadki dożylnie. Ścisłe przestrzegając tylko co przytoczone ostrożności, stale przy atonjach stosujemy przysadkę dożylnie. W parę sekund po zastrzyku występuje b. silny skurcz mięśnia macicznego i krwotok całkowicie ustaje. Trwałych następowych rozkurczów nie obserwowaliśmy. Z metody jesteśmy całkowicie zadowoleni. Tamponowania macicy, pochwy i sklepień przy atonii unikamy ze zrozumiałych względów łatwego wprowadzenia drobnoustrojów z pochwy poprzez macicę do krwiobiegu, z powstaniem ciężkich stanów bakteremji lub pyemji. Doświadczenie życia codziennego wykazuje groźny, nieomal beznadziejny przebieg stanów septycznych w przypadkach wykrwawionych. Można ustalić ścisłą zależność stworzenia warunków do zaistnienia i przebiegu zakażenia połogowego od utraty krwi. W przypadkach nieustępującej atonii po podaniu przysadki mózgowej dożylnie usuwamy macicę.

Poglądy na leczenie zakrzepów żylnych poporodowych i pooperacyjnych w większości Zakładów niemieckich nie uległy zmianie. Wagner, Stoeckel, Hammerschlag, Scheffer, Strassman, Lipmann, Döderlein, Weber i Seitz traktują te przypadki konserwatywnie, kompresując je wodą Burowa i podobnemi rozczynami, potem zaś ichthyolem. Układają nieco wyżej chorą kończynę, zalecając całkowity bezruch. Bracht w każdym przypadku zakrzepu żylnego przeprowadza badanie krwi, dokładnie obliczając ilość limfocytów i na tem opierając się, stawia rokowanie. Zupełnie odrębną i rewelacyjną jest metoda stosowana w klinice v. Jaschcke'go. Natychmiast po wystąpieniu zakrzepu zakładają na chorą kończynę dwa cynowe bandaże uciskowe w górnej części uda. Opatrunki cynowe nie opasują dookoła uda, a tylko mocno uciskają kończynę od przodu i tyłu, leżąc jeden ponad drugim. Wykonywane są one dla każdego przypadku specjalnie przez specjalistę ortopedystę. Niezależnie od specjalnego opatrunku cynowego bandażują kończynę od dołu do góry dość mocno i każą odrazu chodzić. Ten aktywny sposób traktowania zakrzepów znacznie skraca czas trwania choroby, dając b. ładne wyniki. Następowe obrzęki kończyn, obserwowane zwykle przy konserwatywnem traktowaniu zakrzepów, przy tej kuracji aktywnej zupełnie nie występują. Jest to ciekawe i zupełnie nowe leczenie zakrzepów, zwłaszcza że nie daje ono komplikacji w postaci zatorów.

Kliniki francuskie (Reeb, Fröhinsholz, Le Lorier, Keller) stosują pijawki na chorą kończynę, uważając za wybitnie dodatni czynnik dostanie się zaczynów hemolitycznych, posiadanych przez pijawki, do okolicy zakrzepu. Naogół traktują to schorzenie konserwatywnie. Couvelaire pijawek nie stosuje. Bohler z kliniki Kellera wykonał 3-krotnie w przypadkach zakrzepu w tętnicy płucnej operację usunięcia zakrzepu z założeniem natychmiast szwu naczyniowego. Na trzy przypadki — dwa udało się mu uratować. Gehomé z zakładu Jeannin operuje zakrzepy przymacicza, zakrzepy kończyn leczone są konserwatywnie. Uderza wyjątkowo duża ilość zakrzepów poporodowych w klinikach francuskich. Z Zakładów niemieckich Bracht obfituje w przypadki zakrzepów.

Na naszym oddziale położniczo-ginekologicznym zakrzepy poporodowe należą do rzadkości. Nieliczne te przypadki traktowaliśmy konserwatywnie, kompresując wodą Burowa i ichthyolem oraz unieruchamiając kończynę. Nie mając do współpracy specjalisty ortopedysty, nie możemy korzystać, nie zważając na zachęcające wyniki, z metody v. Jaschcke'go. Stosowanie przez francuskie Zakłady pijawek, mające poważne uzasadnienie teoretyczne, zasługuje na wypróbowanie (nie jest to zresztą metoda nowa). Zakrzepów pooperacyjnych nie

spotykamy, nie zważając na dowiedzione zwiększenie się płytek Bizzozero w przebiegu pooperacyjnym. Możliwe, że ma tu wpływ podawana, jak wspominalcm wyżej, w przebiegu pooperacyjnym epirenina, ponieważ ustalonym jest już dzisiaj antagonizm pomiędzy powstawaniem trombocytów, a wydzieliną nadnercza. Uważamy zapobiegawcze podawanie epireniny za ważny czynnik w unikaniu zakrzepów.

Jedno z najważniejszych zagadnień w położnictwie — leczenie gorączki połogowej — niestety nadal czeka swego ostatecznego rozwiązania. Nie znaczy to, by nic się w tym kierunku nie robiło; odwrotnie, ciągle w poszukiwaniu nowych dróg powstają nowe metody leczenia. Różnorodność pod tym względem panuje wyjątkowa. Dowodzi to oczywista ich niewystarczalności. Dobra metoda lecznicza jest jedna, szybko się rozpowszechnia i nie wymaga dalszych poszukiwań. Przechodzę do omówienia poszczególnych sposobów leczniczych. Dużem rozpowszechnieniem, zwłaszcza w klinikach niemieckich, cieszy się alkohol. Stoeckel podaje go per os w dużych ilościach, mówiąc, iż chora na gorączkę połogową powinna być stale pijana. Obok tego zaleca collargol i surowicę. Hammerschlag również podaje alkohol, preparaty srebra kolloidalnego i surowicę. Lipmann wprowadza 33⁰/₀ alkohol dożylnie po 2 cm.³, poza tem kładzie nacisk na środki narsercowe w dużych dawkach. Seitz stosuje alkohol per os i surowicę, zwracając baczną uwagę na ogólny stan. Alkohol, spalając się w organizmie, ma wytwarzać dużą ilość kalorii cieplnych, przez co ochrania tkanki organizmu od nadmiernego spalania się z powodu stale wybitnie podniesionej ciepłoty i umożliwia czynnikom odpornościowym należyłą walkę z infekcją. Wagner, pesymistycznie nastrojony w tej sprawie, stosuje preparaty srebra i surowicę. Bracht entuzjazmuje się wynikami osiągniętymi przy podawaniu dożylnem preparatu jodynowego „Jodimine“, pomocniczo stosując srebro i surowicę. Twierdzi on, że od dwóch lat, czyli od czasu podawania „jodimine“, nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego z powodu gorączki połogowej. Schaeffer propaguje leczenie operacyjne, polegające na podwiązaniu i rezekcji żył spermatica interna i hypogastrica. Wychodzi on z założenia, że ponieważ infekcja pochodzi od macicy i rozprzestrzenia się drogami żylnymi, przerwanie tej drogi lokalizuje zakażenie. Podobno w Zakładzie Schaeffer'a w ciągu ostatniego roku nie zginęła ani jedna chora na gorączkę połogową. Weber podkreśla specjalnie dodatni wpływ kamfory na tego rodzaju chore, podając po 15 cm.³ 20⁰/₀ ol. camphorae na dobę, poza tem stosuje patentowany środek doktora Köstner'a „detoxin“ po 10 cm.³ domięśniowo, obok tego zaleca srebro kolloidalne w ciągu od 5 do 15 dni w zależności od wyniku terapeu-

T A B E L A P O Ł O Ź N I C Z A

NAZWA KLINIKI	Ilość porodów	Badanie pochwowe	Trzymanie krocza	Odkażanie pochwy	Badanie czystości pochwy	Szycie krocza	Znieczulenie porodów	Wysokie kleszcze	Cięcie cesarskie	Wymioty ciężarnych	Rzucawka porodowa	Mahon-Delmas	Przysadka	Opanowanie krwotoku	Zakrzepy	Gorączka połogowa
Wagner — Berlin Uniwersytet Charité	1.200	Nie. Rektalnie	Nie	Nie	Rzadko	Pojedyncze. Katgut nawet na skórę. Ciągły rzadko	Nie	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja	Aktywnie	Probują	Chętnie	Przysadka	Konserwatywnie	Srebro, surowice
Stoeckel — Berlin Uniwersytet	1.200	Tak. Rzadko	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze Katgut	Nie	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja insulina	Aktywnie	Nie	Orasthina	Przysadka	Konserwatywnie	Alkohol, srebro, surowice
Hammerschlag — Berlin Szkoła Położnych	3.000	Uczenice tak. Lekarze rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut. Klamerki — skóra	Nie	Ustalona główka	Konserwatywnie	Izolacja corpus luteum	Konserwatywnie	Nia	Chętnie	Pituitrina	Konserwatywnie	Alkohol, srebro, surowice
Bracht — Berlin Szpital Kasy Chorych	800	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut. Skóra Herf, Michel	Czasem awertyna	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja insulina	Aktywnie	Nie	Pituglandol	Przysadka	Obliczanie płytek. Konserwatywnie	Jodimine, srebro, surowice
Schaeffer — Berlin Szpital Miejski	1.500	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut. Skóra klamerki	Nie	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja insulina	Aktywnie	Nie	Orasthina	Przysadka	Konserwatywnie	Operacja podwiązania żył
Lipmann — Berlin Klinika Coecilienhaus	1.100	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut. Skóra klamerki	Nie	Ustalona główka	Skala Roentgenowska	Izolacja	Aktywnie	Nie	Pituitryna	Przysadka	Konserwatywnie	33% alkohol dożylnie 2 cm ³ .
Strassmann — Berlin Klinika prywatna	Bardzo mało	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut.	A la Reine	Obecnie ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja insulina	Aktywnie	Nie	Małe dawki	Przysadka	Konserwatywnie	Srebro, surowiec
Döderlein — Monachjum I Klinika Uniwersytecka i Szkoła Położnych	Dawniej 4.000 teraz 2.000	Tak	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze. Katgut. Skóra, jedwab	Nie	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja insulina głód	Aktywnie	Nie	Duże thymuit.	Przysadka	Konserwatywnie	Cuprum silber
Weber — Monachjum II Klinika Uniwersytecka	2.500	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Ciągły i pojedynczy katgut, klamerki, jedwab	Nie	Ustalona główka	Konserwatywnie	Izolacja	Konserwatywnie	Nie	Chętnie	Przysadka	Konserwatywnie	15 gr. camphora 20% dziennie. Detoxin
Seitz — Frankfurt n M. Klinika Uniwersytecka	1.700	Nie rektalnie	Tak	Nie	Nie	Pojedynczy katgut	Obecnie a la Reine	Ustalona główka	Aktywnie. Chętnie Skala	Cukier, insulina	Drażnienie prądem	Nie	Chętnie orasthina	Przysadka	Konserwatywnie	Alkohol, surowice
V. Jaschke — Giessen Klinika Uniwersytecka i Szkoła Położnych	700	Rzadko	Tak Episiotomia	Tak	Tak	Pojedynczy i ciągły katgut. Klamerki	Tak pnie nerwowe	Ustalona główka	Aktywnie szeroko	Izolacja Thyreoidina	Konserwatywnie Draż. prąd?	Nie	Pituglandol małe dawki	Orastina dożylnie	Aktywnie. Własna metoda	Argochrom dożylnie 20 cm ³ .
Reeb — Strasbourg Klinika Uniwersytecka	1.400	Tak	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze katgut	Nie	Ustalona główka	Względnie aktywnie	Insulina, cukier	Konserwatywnie	Obecnie nie	Chętnie	Przysadka	Pijawki	Novarsenobenzol dożylnie Septicemine
Keller — Strasbourg Szkoła Położnych	2.500	Tak często	Tak	Nie	Nie	Pojedyncze katgut	Dawniej — pernocton Obecnie nie	Ustalona główka	Konserwatywnie	Cukier, insulina	Konserwatywnie pernocton	Szeroko stosowali	Chętnie	Przysadka	Pijawki. Operacja	Surowice, septicemine
Frühinsholz — Nancy Maternité. Szkoła Położnych	1.200	Tak często	Tak	Nie	Nie	Crin — przez wszystkie warstwy	Nie	Czasami rzadko nieustalona główka	Wybitnie konserwatywnie	Adrenalin. wątroba, znieczulanie	Względnie konserwatywnie potem Delmas	Tak chętnie	Tylko u wieloródek	Przysadka	Pijawki	Surowica Clin, srebro, prowokująco terpentyna
Couvelaire — Paryż Klinika Baudelocque	3.000	Tak	Tak	Nie	Nie	Katgut i Crin	Nie	Ustalona główka	Konserwatywnie	Specjalna dieta	Konserwatywnie	Nie	Stosu a mało	Przysadka	Konserwatywnie	Surowice
Le Lorier — Paryż Szkoła Położnych. Maternité	4.000	Nie	Tak	Nie	Nie	Katgut, Crin	Nie	Ustalona główka	Względnie aktywnie	Metoda Leven'a, corpus luteum	Konserwatywnie	Nie	Całkowite rozwarcie	Pijawki	Pijawki	Propidon, surowice, srebro, przetaczanie uodpornionej krwi
Jeanin — Paryż Szkoła Położnych. Pitie	3.200	Tak	Nie	Nie	Nie	Katgut, Crin	Nie	Ustalona główka	Względnie aktywnie	Izolacja, głód	Aktywnie	Czasami	Chętnie	Przysadka	Kończyny konserwat., przymaciczna operacja	500 cm ³ dożylnie surowicy dr. Vincenne. Lokalne propidonom
Brindeau — Paryż Klinika Tarnier	3.000	Tak	Tak	Nie	Nie	Katgut, Crin	Nie	Ustalona główka	Dość aktywnie	Trzydniowa głodówka Insulina	Dość aktywnie	Nie	Chętnie	Przysadka	Konserwatywnie	Propidon, srebro, surowice. Przetaczanie krwi mało
Oddział położniczo-ginekologiczny Szpital Kolejowy. Wilno	Bardzo mało 150—300	Nak Rektalnie	Nie	Nie	Rzadko	Katgut, jedwab	Nie	Ustalona główka	Szeroko aktywnie	Luteina	Aktywnie	Chętnie	Dużo	Przysadka	Konserwatywnie. Nadnercze	Propidon, surowice, alkohol, cukier, insulina

T A B E L A G I N E K O L O G I C Z N A.

NAZWA KLINIKI	Znieczulenie	Odkazanie	Rękawiczki	Traktowanie chorych pooperacyjnych	Metody leczenia stanów zapalnych przydatków	Niepłodność	Zaburzenia miesiączkowania	Sączkowanie	Leczenie raka
Wagner — Berlin Uniwersytet Charité	Rdzeniowe	Eter, dijazol, oxycjanat, alkohol	Bez rękawiczek	Sól, cukier	Krótkie promienie Roentgena. Diatermja	Opoterapja jajnikowa. Diatermja	Opoterapja wielogruczołowa	Nie sączkują	Operacja. Rad. Roentgen
Stoeckel — Berlin Uniwersytet	Rzeniowe czasem wziewne	Eter, jodyna, sublimat, alkohol	Gumowe	Sól, cukier, gimnastyka oddechowa	Ichtiol, diatermja	Opoterapja jajnikowa. Diatermja	Opoterapja jajnikowa	Nie sączkują	Operacja waginalna. Rad. Roentgen
Hammerschlag — Berlin Szkoła Położnych	Wziewne	Eter, jodyna, alkohol	Operator — gumowe. Asysta tylko niciane	Urotropina, peristaltyna i t. p.	Borax, ichtiol, nasiadówka, diatermja	Opoterapja jajnikowa. Diatermja	Opoterapja jajnikowa	Mało sączkują	Rad. Roentgen. Operacja. Rad. Roentgen
Bracht — Berlin Szpital Kasy Chorych	Awertyna — rectalne	Eter, jodyna, alkohol	Gumowe i niciane	Calorose, sól dożylna	Leczenie termiczne	Metoda Robin'a. Opoterapii nie robią	Opoterapja. Preparaty Ciba	Nie sączkują	Przeważnie operacja. Rad. Roentgen nie uznają
Schaeffer — Berlin Szpital Miejski	Awertyna — rectalne	Eter, spirytus, jodyna, alkohol	Gumowe i niciane	Calorose, pitu tryna, cardiazol dożylnie	Diatermja, tampony	Przy niedorozwoju nie leczą	Opoterapii prawie nie uznaje. Dawne metody	Nie sączkują	Operacja, pęcherz moczowy. Rad. Roentgen
Lipmann — Berlin Klinika Coecilienhaus	Pernocton — dożylne	Spirytus, jodyna, alkohol	Gumowe	Sól i t. p.	Ichtiol, diatermja	Opoterapja. Diatermja.	Opoterapja	Nie sączkują	Operacja. Rad. Roentgen
Strassmann — Berlin Klinika prywatna	Wziewne czasem rdzeniowe	Kwas borny, eter Kwas borny	Gumowe	Sól i t. p.	Ichtiol, diatermja		Opoterapja	Drenują strusiem, piórem	Przeważnie Rad, Roentgen, Mezotorjum, ew. operacja
Döderlein — Monachjum I Uniwersytet. Klinika i Szkoła Położnych	Wziewne	Alkohol, eter, dijazol Alkohol	Gumowe, czasem asys. niciane	Cukier dożylnie	Prolan dożylnie, diatermja, ichtiol	Opoterapja. Prolan. Jajniki	Opoterapja	Nie sączkują	Naświetlanie przysadki Roentgenem. Rad. Roentgen. Jajnikowa operacja
Weber — Monachjum II Uniwersytet, Klinika	Wziewne	Eter, jodyna, alkohol, lizol	Gumowe	Calorosa dożylnie	Spanum, terpentyna, kaseina	Opoterapja. Metoda Robin'a. Operacja	Opoterapja	Dreny, sączki boczne	Operacja. Rad. Roentgen
Reeb — Strasbourg Klinika Uniwersytecka	Rdzeniowe	Eter, jodyna, alkohol, woda steryl.	Gumowe	Cukier, insulina, pneumovaccyn.	Termiczne, operacyjne	Niedorozwoju nie leczą	Kombinowana opoterapja wielogruczołowa	Sączkują dużo	Operacja. Rad. Roentgen
Keller — Strasbourg Szkoła Położnych	Wziewne, rdzeniowe	Eter, jodyna, alkohol, woda steryl.	Gumowe ze zgrubieniami	Cukier, sól, ephetonina	Termiczne, operacyjne	Opoterapja. Diatermja	Opoterapja	Sączkują miernie	Operacja. Rad. Roentgen
Frühinsholz — Nancy Maternité	Oddział ginekologiczny jeszcze nie uruchomiony								
Baumgartner — Paryż Charité	Wziewne	Eter, jodyna, alkohol, woda steryl.	Gumowe	Sól	Operacyjne			Dreny	Operacja
Faure — Paryż Hôpital Broca	Wziewne, rdzeniowe	Eter, jodyna, woda steryl.	Gumowe	Sól hipertoniczn. 20% dożylnie. Sól podskórnie dożylnie	Propidon, antifuorescence, tampony	Opoterapja. Diatermja Duży materiał	Opoterapja kombinowana	Drenują, znacznie mniej niż przedtem	Operacja. Rad. Roentgen
Couvelaire — Paryż Klinika Baudelocque	Wziewne	Eter, jodyna, woda steryl.	Gumowe	Sól podskórnie, dożylnie	Ichtiol, diatermja		Opoterapja	Drenują	Operacja. Rad. Roentgen
Le Lorier — Paryż Maternité Szkoła Położnych	Wziewne, rdzeniowe	Eter, jodyna, woda steryl.	Gumowe	Sól, cukier rektalnie	Termiczne, ichtiol, operacje			Sączkują mało	Operacja. Rad. Roentgen
Jeanin — Paryż Szkoła Położnych Pitié	Wziewne	Eter, jodyna, woda steryl.	Jodyna na ręce potem gumowe	Sól, cukier	Termiczne, operacyjne			Sączkują mało	Operacja. Mały materiał
Gosset — Paryż Salpêtriére. Klinik. Uniw.	Wziewne, rdzeniowe	Eter, jodyna, woda steryl.	Gumowe	20% sól dożylnie 50% cukier dożylnie	Operacje (chirurg.)			Drenaż dużo, własny system	Operacja, Do radu, Roentgena odsyłają
Brindeau — Paryż Klinika Tarnier	Wziewne	Eter, jodyna, woda steryl.	Gumowe	Sól dożylnie cukier rzadko	Diatermja globuli ichtiol. Operacje	Folliculina	Opoterapja i inne	Drenaż metodą Gosset'a	Operacja. Rad. Roentgen
Seitz — Frankfurt a.M. Klinika Uniwersytecka	Wziewne	Eter, jodyna, dijazol, oxycjanat, alkohol	Gumowe czasem podwójne	Calorose	Ichtiol, diatermja, operacje rzadko	Przetaczanie krwi ciężarnych	Opoterapja, przetaczanie krwi ciężarnych	Sączkują niedużo	Rad. Roentgen. Operacja tylko trzonu i jajników
W. Jaschke — Giessen Klinika Uniwersytecka	Rdzeniowe	Spirytus, eter, jodyna, dijazol, alkohol z kamforą	Gumowe	Cukier 5% rektalnie, Sól 10% dożylnie	Diatermja, ichtiol, operacje rzadko	Opoterapja. Prolan. Monformon	Opoterapja	Sączkują mało	Operacja. Rad. Roentgen
Oddział położniczo-ginekologiczny Szpital Kolejowy. Wilno.	Rdzeniowe	Jodbenzyna, spirytus, eter, jodyna. Lizol	Gumowe i niciane	20% cukier dożylnie, insulina, 10% sól dożylnie,	Jontoforeza, diatermja, Landeker, ichtiol	Łożysko. Opoterapja wielogruczołowa. Diatermja	Opoterapja wielogruczołowa, kombinowana	Nie sączkują	Operacja. Gasicza, farczyca, flikulina, dieta. Rad. Roentgen odsyłają

tycznego Döderlein uważa za najlepsze połączenie miedzi ze srebrem i podaje patentowany preparat „Cuprum silber”. V. Jaschke ma dobre wyniki, stosując argochrom dożylnie po 20 cm.³ Jest to połączenie soli srebrowych z błękitem metylenowym. W przypadkach groźnych przetacza krew (600 cm.³) Reeb wprowadza dożylnie novarsenobenzol po 0,15 codziennie. Ogólna ilość wprowadzonego novarsenobenzolu nie powinna przekraczać 6 gr. Niezależnie od tego uważa za konieczne podanie urotropinowego preparatu „septicémine cortiale”. Keller leczy surowicą i „septicémine cortiale” (20 cm.³). Fröhlinsholz specjalną uwagę zwraca na stan ogólny. Podaje on surowicę przeciwpaciorkowcową (serum antistreptococcique Clin’a) oraz wyżej wspomnianą septicémine — czyli urotropinę, czasami collargol. W przypadkach zaniedbanych zastrzykuje terpentynę celem wywołania ropnia i na tem opiera rokowanie. Jeżeli ropień powstał — rokowanie dobre, jeżeli zaś nie — przypadek uważa za ciężki, prawie beznadziejny. Couvelaire najchętniej podaje surowicę przeciwpaciorkowcową po 80 cm.³ dziennie, obok tego próbuje wszelkich znanych metod leczniczych. Le Lorier jest zwolennikiem uodporniania czynnego w świeżych przypadkach i stosuje propidon trzykrotnie, potem 8 dni przerwy i znowu trzy razy propidon co drugi dzień. W przypadkach późniejszych podaje preparaty srebrowe i surowice. Opracowano specjalną metodę przetaczania uodpornionej krwi, polegającą na zrobieniu szczepionki z posiewu krwi chorej i uodpornieniu tą szczepionką zdrowego osobnika posiadającego odpowiednią grupę krwi w stosunku do chorej. Po dwóch dniach przetacza się uodpornioną krew chorej w dużych ilościach po 300 — 400 cm.³ Brindeau stosuje propidon, surowice i preparaty srebrowe. Krew przetacza w przypadkach wyjątkowo opornych — naogół rzadko. Niezwykle starannie prowadzony jest pawilon septyczny w Szkole Położnych u prof. Jeannin’a przez Dr. Cehomé (jedyne mężczyzna pracujący w tym Zakładzie poza chef’em, który zasadniczo nie przyjmuje mężczyzn do współpracy) Lokalne sprawy leczone są propidonom, ogólne zaś surowicą przeciwpaciorkowcową Dr. Vincenne’a, codziennie podając 500 cm. dożylnie. W terapii gorączki połogowej metali nie uznaje. Poprzednio przetaczał krew, ale nie miał wyraźnych wyników dodatnich. Chętnie w odpowiednich przypadkach operuje, usuwając macicę lub resekując żyły (podobnie do Schaeffera). Entuzjazmuje się surowicą Dr. Vincenne’a i uważa ją za niebywały dotąd wynalazek, umożliwiający łatwe i szybkie wyleczenie w najbardziej ciężkich i zaniedbanych przypadkach. Utrudnia leczenie surowicą Dr. Vincenne’a kosztowność tej kuracji. Cena każdej dawki wynosi 500 fr. Dr. Vincenne jest hak-

terjologiem i klinicznie nie pracuje. Parę przypadków, które były przy mnie leczone tą surowicą, zdumiewająco przebiegały.

Jak wynika z przytoczonych metod leczenia gorączki połogowej, rozpiętość używanych środków jest nadzwyczajna, zwłaszcza w Zakładach niemieckich. Kliniki francuskie raczej skłaniają się w kierunku leczenia szczepionkami i surowicami, tylko pomocniczo stosując inne sposoby.

Na oddziale położniczym we wczesnych przypadkach stosujemy propidon po 2 cm.³, podając go trzykrotnie co drugi dzień. Te przypadki są najwdzięczniejsze i z wyników jesteśmy zadowoleni. Zupełnie inaczej przedstawia się, jak wiadomo, sprawa w przypadkach zaniedbanych. Używamy tu również propidonu, niestety często bez wyraźnego wyniku. Poza tem podajemy surowicę przeciw gorączce połogowej (Państw. Zakład Higjeny) po 20 — 40 cm.³ i więcej codziennie. Podawaliśmy argocol, collargol i inne, jednak nie zachęciliśmy się do przetworów srebrowych. Zaczęliśmy podawać dożylnie 33⁰/₁₀₀ alkohol, idąc za Lipmann'em. Chętnie wprowadzamy cukier gronowy dożylnie i insulinę domięśniowo, pobudzając wątrobę do intensywniejszej czynności odkażającej i odżywiającej mięsień sercowy. Podajemy preparaty wątrobowe i wątrobę w dżecie. Stosujemy przeciw bakteremji szczepionki zrobione z posiewu krwi. Dodatkowo zastrzykujemy cytotropinę dożylnie. Należy przyznać, że leczenie w niektórych przypadkach idzie b. opornie, toteż w ciągu roku mamy jedno, czasem dwa zejścia śmiertelne na skutek gorączki połogowej w stanie zaniedbanym. Są to oczywista przypadki z poza szpitala. Nie potrzebuję dodawać, że każda chora dostaje kamforę i w razie potrzeby inne środki nasercowe.

Jak wynika z tego rzutu na panujące obecnie poglądy i metody lecznicze klinik francuskich i niemieckich, istnieją duże różnice pomiędzy Zakładami francuskimi i niemieckimi. Można nawet użyć określenia dwóch szkół naukowych, w zastosowaniu do całokształtu, które niedużo wzajemnie o sobie wiedzą i mało się sobą interesują. Stąd wynikają w niektórych działach poważne niedociągnięcia. Że przypomnimy dla przykładu wadliwą aseptykę francuską lub marudną technikę operacyjną Niemców z niewygodnymi ich narzędziami, albo całkowitą nieświadomość o istnieniu wielkiej zdobyczy naukowej i praktycznej w postaci francuskiego sposobu Mahon-Delmas'a. W Niemczech wyczuwa się wyraźne nastawienie naukowe i widzi się dużą solidność i precyzję w wykonaniu prac, jednak bez polotu. We Francji uderza bystrość koncepcji dajagностycznych, leczniczych i naukowych, jednak wykonanie niedokładne, graniczące nieraz z nie-

dbalstwem. Niekonsekwentnym się wydaje aktywizm położniczy Niemców, naogół niżej pod względem techniki operacyjnej stojących od Francuzów, i daleko posunięty konserwatyzm francuski — tych wirtuozów operacyjnych. Wszystko się wyjaśnia, jeżeli przypomnieć o słabej aseptyce Francuzów i stąd złych ostatecznych wynikach operacyjnych. Gdyby trzeba było wypowiedzieć pogląd, która szkoła jest lepsza, przypuszczać należy, powstałyby trudności nie do przewyciężenia. I jedna i druga ma swoje duże, kolosalne walory, ale i tu i tam widzi się nieraz poważne braki. Każda jest inną, każda ma swoje dodatnie i ujemne strony. Dopiero zestawienie poszczególnych kierunków, zarówno niemieckich, jak francuskich, daje pewien całokształt, który ma warunki do dojścia do zadawalniających wyników, mając techniczne urządzenia wystarczające.

R é s u m é

Les avis et les méthodes thérapeutiques des cliniques françaises et allemandes et le point de vue du service de gynécologie et d'accouchement de l'Hôpital de chemin de fer à Vilno

par Dr. en méd. Venceslas de Karnicki

L'auteur après avoir décrit les méthodes thérapeutiques des cliniques françaises (Reeb, Keller, Frühinsholz, Couvelaire, Brindeau, Jeannin, Le Lurier, Faure, Gosset et Baumgarthner) et allemandes (Wagner, Stoeckel, Bracht, Hammerschlag, Lipmann, Strassmann, Schaeffer, Döderlein, Weber, Seitz, et v. Jaschcke) donne les systèmes qu'on emploie au service de gynécologie et d'accouchement à l'Hôpital de chemin de fer à Vilno.



Tel. 621-12

Organicznie związana
slarka w utrwalonym
soku czosnku.

APTEKA MAZOWIECKA

Mazowiecka 10.

obniża ciśnienie krwi. Reguluje
czynność błon śluzowych. Hamuje
rozwój mikroorganizmów.



Zarys powstania i działalności dziesięcio- letniej Szpitala Kolejowego w Wilnie (1922 — 1932 r.)

Dr. LEON SUŁKOWSKI

p. o. Naczelnego Lekarza Szpitala Kolejowego w Wilnie

Na ziemiach Rzeczypospolitej Polskiej, należących do b. zaboru rosyjskiego, jednym z największych szpitali kolejowych był Szpital Kolejowy w Wilnie na Wilczej Łapie. Obsługiwał on pracowników kolei Północno-Zachodniej i Libawo-Romeńskiej. Szpital ten wybudowany został w latach 1902 — 1904. Posiadał początkowo 172 łóżka etatowe, w miarę rozwoju ilość łóżek powiększała się, dochodząc w 1915 roku do trzystu. Ówczesne władze kolejowe, doceniając znaczenie własnego szpitala, zaopatrzyły go należycie we wszelkie urządzenia szpitalne, narzędzia i aparaty. Przy ewakuacji Wilna przez Rosjan w 1915 r. wywieziono całe urządzenie szpitala do Rosji, a wojna światowa, następnie bolszewicko-polska, ostatecznie zniszczyły cały szereg budynków szpitalnych. To też Polskie Władze kolejowe dużo położyły trudu i kosztów, aby przy skromnych kredytach wszystkie gmachy szpitalne doprowadzić do stanu używalności i skompletować wewnętrzne urządzenie, jak również zaopatrzyć Szpital w narzędzia chirurgiczne, przybory i aparaty lecznicze. Zawdzięczając jednak niespożytej energii i rozumnej gospodarce b. Prezesa Dyrekcji K. P. w Wilnie inż. Emila Landsberga, który był faktycznym twórcą odbudowania Szpitala i przy współudziale b. Naczelnika Wydziału Sanitarnego D-ra Jarosława Szukiewicza, wszystkie trudności zostały pokonane i po objęciu Szpitala przez D-ra Leona Sułkowskiego w charakterze Naczelnego Lekarza Szpital Kolejowy w Wilnie w dniu 2 lutego 1922 r. został oddany do użytku pracowników kolejowych i ich rodzin po blisko siedmioletniej przerwie. Nowootwarty Szpital posiadał początkowo następujące oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, położniczo-ginekologiczny oraz sanatorium dla piersiowochorych. Następnie, w miarę odnawiania pawilonów i zaopatrzenia w niezbędne sprzęty, powstało laboratorium djagnostyczno-bakterjologiczne oraz oddziały oczny, uszno-gardlany i nerwowy. W 1925 r. otwarto wodolecznicę. W tym celu nadbudowano piętro nad kuchnią

w gmachu głównym. W celu uruchomienia drugiego oddziału wewnętrznego wybudowano nowy pawilon, otwarcie którego nastąpiło w końcu roku 1925. Po sprowadzeniu niezbędnych aparatów i przyrządów otwarto gabinety rentgenologiczny, elektrolecniczy i światłolecniczy. Szpital posiada jedną salę operacyjną główną i trzy mniejsze, dwie sale opatrunkowe i jedną salę porodową. Do swej dyspozycji Szpital ma 12 budynków, z których 6 zajęte są wyłącznie przez chorych i laboratorium, pozostałe są to zabudowania gospodarcze i pomieszczenia dla personelu. Szpital położony jest w malowniczej miejscowości w odległości 3-ch kilometrów od centrum miasta przy zbiegu dwóch ulic, które stanowią końcową arterję komunikacyjną miasta, dalej biegnie szosa w kierunku Trok. Teren Szpitala zajmuje 13,4 ha, 3/4 przestrzeni zalesione jest lasem sosnowym. Łóżek etatowych Szpital posiada 240. Rozmieszczenie tych łóżek na poszczególnych oddziałach jest następujące:

oddział wewnętrzny, a	40 łóżek
„ „ b	30 „
„ chirurgiczny	60 „
„ oczny	15 „
„ uszno-gardłany	15 „
„ nerwowy	15 „
„ położniczo-ginekologiczny	35 „
sanatorium dla płucno-chorych	30 „

R a z e m 240 łóżek

Rozwój Szpitala ilustruje poniższe zestawienie:

PRZYJĘTO CHORYCH

w roku	osób	dni szpitalnych	średnie zapełnienie
1922	1300	28.410	93,5
1923	2092	52.483	143,8
1924	2483	61.283	167,9
1925	2594	59.496	162,5
1926	3300	70.336	192,7
1927	3526	74.190	203,3
1928	3558	72.763	198,8
1929	3882	67.528	185,0
1930	3584	62.337	170,8
1931/32	3028	59.403	162,3
Razem	29347	608.229	—

P R Z Y J Ę T O C H O R Y C H

Rok	Oddział wewnętrzny		Oddział chirurgiczny		Oddział oczny		Oddział uszno-gardł.		Oddział nerwowy		Oddział położn.-gin.		Sanatorium	
	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.	osób	dni szpital.
1922	520	10067	297	10645	—	—	—	—	—	—	330	3368	153	14330
1923	697	21300	490	16782	140	840	65	455	—	—	540	6900	160	6206
1924	750	20905	562	15160	132	3922	154	3214	—	—	690	9228	185	8854
1925	785	18423	514	16530	140	3153	190	1330	72	2180	710	9300	183	8780
1926	1090	23283	793	17864	120	2566	216	2973	149	5071	739	10487	193	8092
1927	1106	23026	860	17841	141	4318	241	3025	226	6751	750	10723	202	8506
1928	1172	22689	778	15899	135	3673	260	3522	236	7412	750	11425	227	8143
1929	1340	21513	889	15748	53	1283	367	4013	259	6907	808	11331	166	6735
1930	1155	18526	750	13156	284	4096	381	4010	277	7563	672	9357	105	5569
1931/32	952	16877	701	15007	149	2633	339	3601	244	7030	542	8178	101	6077
Razem	9577	196.669	6634	154.432	1254	26.482	2213	26143	1463	42914	6531	90297	1675	71292
Przebiega długocześnie chorego dni	20,5		23,3		21,1		11,8		29,3		13,8		42,5	

50 do 52% stanowią pracownicy, 48 do 50% członkowie rodzin pracowników. Największa frekwencja chorych, jak widać z powyższego zestawienia, była w 1927 roku. Późniejsze zmniejszenie się ilostanu chorych spowodowane było przede wszystkim wskutek wyłączenia z pod opieki kolejowo-lekarskiej pracowników czasowych, próbnych i kontraktowych, częściowo zaś z powodu konieczności przeprowadzenia remontów i zamykania na ten czas niektórych oddziałów.

Poprzednia tablica odzwierciedlała ogólny ruch chorych, obecnie podaję podział tych chorych na oddziały (patrz tabelka na str. 70).

Nie podaję tutaj szczegółowych wykazów ruchu chorych, gdyż będą one uwidocznione w sprawozdaniach poszczególnych oddziałów.

W związku z leczeniem chorych w ubiegłym dziesięcioleciu wykonano (patrz tabelka na str. 72):

Na szczególną uwagę zasługuje fakt stałego zwiększania się ambulatoryjnych chorych. Ambulatorjum w całym znaczeniu tego słowa Szpital nie prowadził, a wykazał w tej rubryce chorych, których lekarze rejonowi skierowywali na konsultację do lekarzy specjalistów.

Przechodząc do finansowej działalności Szpitala w okresie dziesięciolecia, na wstępie już muszę zaznaczyć, że nie będzie to sprawozdanie obejmowało całego dziesięciolecia, lecz tylko poczynając od 1925 roku, bowiem w latach 1922, 1923 i do maja 1924 r. nie było jeszcze ustabilizowanej waluty w kraju, miliony zaś i miliardy marek nie mogą obecnie scharakteryzować należycie wydatków. Jednakże te cyfry, które posiadamy, dostatecznie ilustrują finansową stronę gospodarki Szpitala.

Ogólne wydatki na utrzymanie Szpitala wynosiły brutto:

w 1925 roku	322.412
w 1926 „	352.984
w 1927 „	429.317
w 1928 „	467.965
w 1929 „	483.390
w 1930 „	454.353
w 1931/2 „	410.905

a podział ich na poszczególne rodzaje rozchodów ilustruje tablica na str. 73.

Analizując poszczególne grupy wydatków, od razu rzuca się nam w oczy bardzo wysoki — gdyż wynoszący aż 54% ogólnych wydatków rozchód na utrzymanie personelu. Można byłoby z tego wnioskować, że Szpital posiada za dużo personelu i dlatego wydatki są takie

Rok	Pobory pracow- ników	Ogólny koszt żywienia	Leki	Opał i światło	Energia elektrycz- na dla celów technicz- nych	Utrzyma- nie po- rządku	Utrzyma- nie in- wentarza	Razem	U w a g i
1925	173858	87986	10694	40547	2710	6367	250	322412	x) razem z ro- boczną
1926	189772	111767	15151	34914	1942	8588	850	362984	
1927	217103	152371	15633	31235	3070	9387	518	429317	
1928	253937	152939	15693	32107	3025	9188	1076	467965	
1929	251639	152869	16498	37686	2951	20389	x1358	483390	
1930	259296	120272	20084	31212	3053	17854	x2582	454353	
1931/2	240884	90721	26078	29886	3233	16749	x3354	410905	
Razem	1586489	868925	119831	237587	19984	88522	9988	2931326	
Przeciętnie na 1 dzień szpital- ny (dni 466053)	3.41 gr.	1.87 gr.	25 gr.	51 gr.	4 gr.	19 gr.	2 gr.	6.29 gr.	
$\frac{0}{100}$ stosunek	54 $\frac{0}{100}$	29,7 $\frac{0}{100}$	4,1 $\frac{0}{100}$	8,1 $\frac{0}{100}$	0,7 $\frac{0}{100}$	3 $\frac{0}{100}$	0,4 $\frac{0}{100}$	100 $\frac{0}{100}$	

wysokie. Po dokładnem jednak zbadaniu należy ustalić, że jest to zjawisko w dobie obecnej normalne. W szpitalach miejskich w Wilnie stosunek ten waha się pomiędzy 47 a 55 $\frac{0}{100}$.

Wykaz personelu, zatrudnionego w tut. Szpitalu, następujący:

Naczelný Lekarz	1
Lekarzy ordynatorów	11
Lekarzy asystentów	2
Pielęgniarek i akuserek	17
Sanitarjuszy i sanitariuszek	26
Personelu administracyjnego	8
Służby gospodarczej (kucharki, praczki, strażnicy)	23
Personelu technicznego	5
Kapelan	1

Pod względem żywienia chorych Szpital Kolejowy w Wilnie stał na naczelnem miejscu pośród wszystkich szpitali publicznych miasta Wilna, podczas bowiem gdy Szpital miejski preliminował w roku 1929/3 na jednego chorego 1 zł. 4 gr., w Szpitalu Kolejowym wydatki na żywienie jednego chorego za ten czas wynosiły 1 zł. 93 gr.

Obecnie w związku ze spadkiem cen na artykuły żywnościowe dzienny koszt żywienia chorego znacznie się zmniejszył i wynosi naprzykład w październiku 1932 r. 1 zł. 10 gr.

Zwiększone w porównaniu z innymi szpitalami rozchody na żywienie znajdują jeszcze uzasadnienie w tem, że przy Szpitalu czynne jest sanatorium dla gruźliczych chorych, leczenie których polega między innymi na forsownem odżywianiu.

Zwiększone wydatki na leki w latach ostatnich tłumaczy się tem, że lekospis został znacznie rozszerzony przez wprowadzenie środków patentowanych krajowych.

Jak wynika z przytoczonego zestawienia, średni dzienny koszt utrzymania chorego wynosił 6 zł. 29 gr. Do tej sumy wliczono również kosztu różnych zabiegów i badań tysięcy pracowników i członków ich rodzin, zgłaszających się do Szpitala ambulatoryjnie z braku odpowiednich konsultantów przy Dyrekcji. Dużą rolę w koszcie dnia szpitalnego stanowił stopień jego zapełnienia. Z roku na rok zapełnienie Szpitala maleje; przyczyną tego prócz ogólnego kryzysu, który i szpitalnictwa nie ominął, jest odejście do Kasy Chorych całej rzeszy pracowników, zaś składki ubezpieczeniowe, opłacane przez Dyrekcję Kolejową za tych pracowników, starczyłyby na utrzymanie conajmniej dwóch takich szpitali.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podnieść wielkie zasługi obecnego Prezesa Dyrekcji Wileńskiej K. P. inż. Kazimierza Falkowskiego oraz Naczelnika Wydziału Sanitarnego D-ra Wacława Królewskiego, gdyż otaczając Szpital stałą troskliwą opieką, przyczyniają się do dalszego rozwoju tak pożytecznej, kojącej ludzkie cierpienia, placówki.

Rys historyczny Sanatorium Kolejowego na Wilczej Łapie*)

Dr. W. UMIASTOWSKI
Ordynator Sanatorium Kol. w Wilnie

Sanatorium Kolejowe na Wilczej Łapie w Wilnie przy Szpitalu Kolejowym powstało w 1905 roku i pod kierunkiem D-ra Bagińskiego funkcjonowało do roku 1914. Do Sanatorium przyjmowani byli chorzy tylko nieprątkujący. Leczenie stosowane było klimatyczno-dietetyczne i dość szeroko było stosowane leczenie tuberkuliną. Od czasu światowej wojny szpital objęły władze wojskowe rosyjskie i sanatorium przestało istnieć jako sanatorium, a było jednym z oddziałów szpitala wojskowego. Gdy objęły Szpital Kolejowy w Wilnie Władze Kolejowe Polskie, Sanatorium po gruntownym remoncie zostało uruchomione w czerwcu 1922 r. Zasadniczo przyjmowano chorych nieprątkujących w okresach początkowych lub formach gruczołowych i to takich, którzy po 2-miesięcznej kuracji dawali nadzieję uzyskania zdolności do pracy. Każdy chory przed przyjęciem do Sanatorium musiał być zbadany przez lekarza Sanatorium celem określenia, czy nadaje się do leczenia w Sanatorium w Wilnie. Lecz na wstępie od tej zasady musieliśmy robić odstępstwa, gdyż zbieg okoliczności wymagał czasami lokowania w Sanatorium chorych prątkujących, a nawet beznadziejnych. Zasadniczo system kuracji polegał na werandowaniu i dobrym odżywianiu, w niektórych przypadkach stosowane były zastrzyki tuberkuliny.

Dalsze życie szpitalne wymagało dalszych zmian kwalifikacji chorych do Sanatorium na rzecz prątkujących. Zgłaszali się chorzy prątkujący, którzy wymagali leczenia odną sztuczną — wymagali oni leczenia sanatoryjnego i byli przyjmowani do Sanatorium. Napływ chorych prątkujących, wymagających leczenia sanatoryjno-szpitalnego,

*) Z powodu dziesięciolecia Szpitala Kolejowego w Wilnie

był tak duży, że musieliśmy zmienić zupełnie kwalifikację i przyjmować do Sanatorium chorych przeważnie prątkujących, zaś dzieci z powiększonymi gruczołami kierowano do Włodawy i na Kolonje Letnie. W ten sposób Sanatorium zmieniło swój pierwotny charakter i stało się sanatorium szpitalnem.

Do Sanatorium zgłaszała się pewna ilość chorych beznadziejnych, a każdy przypadek śmierci bardzo źle wpływa na stan psychiczny chorych, wobec czego będziemy zmuszeni utworzyć oddział dla chorych nieuleczalnych, który w roku bieżącym zostanie uruchomiony przy Szpitalu Kolejowym.

Ostatnio, wobec poglądów, że ściśle izolowanie chorych prątkujących od nieprątkujących nie jest niezbędne, a nawet niepożądane — do Sanatorium przyjmujemy chorych prątkujących i nieprątkujących, lecz w rozlokowaniu chorych trzymamy się zasady nieumieszczania w jednym pokoju prątkujących z nieprątkującymi; poza tem chorzy mają wspólną salę jadalną i salę zabaw.

W zależności od zmiany materiału chorych, musieliśmy zmieniać i system leczenia. Do początkowego systemu klimatyczno-dietetycznego zostało wprowadzone leczenie tuberkuliną, złotem, wapnem i t. d., pozatem leczenie uciskowe, jak odma sztuczna, phrenicotomia, oleothorax, thoracoplastyka.

W ciągu 10 lat istnienia Sanatorium leczyło się 1916 chorych. Wyniki leczenia w Sanatorium były dość zmienne. W pierwszych latach, kiedy przyjmowani byli tylko chorzy nieprątkujący, mieliśmy 90% poprawy i uzyskania zdolności do pracy, natomiast, kiedy Sanatorium straciło swój charakter czysto sanatoryjny i stało się szpitalem — sanatorium, to % wypisanych, jako zdolnych do pracy, zmniejszył się i dochodził do 46%. Obecnie Sanatorium po przejściu ewolucji zostało szpitalem-sanatorium, w którym jednak chorych beznadziejnych nie przyjmuje się.

Résumé

Essai historique du sanatorium de Chemin de Fer de Wilcza Łąka à l'occasion du 10-e anniversaire de l'Hôpital de Chemin de Fer

Le Sanatorium de Chemin de Fer de Wilcza Łąka à Vilno fut fondé en 1905. Dès 1914, pendant la guerre, il a cessé de fonctionner comme sanatorium. Ce n'était qu'en juin 1922 qu'il fut réouvert par les autorités des Chemins de Fer Polonais.

Au commencement on soignait des malades non bacillés, mais puis, avec les progrès du traitement de tuberculose, avec les exigences de la vie de l'hôpital de Chemin de Fer, le sanatorium changea son caractère et devint sanatorium-hôpital, ou l'on soigne seulement des malades bacillés

Actuellement, en présence de l'opinion, que l'isolation absolue des malades n'est pas nécessaire, on accepte au sanatorium des malades bacillés et nonbacillés à condition qu'on ne les place pas dans les chambres communes.

Les résultats du traitement se changeaient suivant les changements du caractère du sanatorium. Pendant la première période le 90% capables de travailler ont quitté l'hôpital; pendant la dernière période — le nombre de capables diminuait de 46%.

EMPHYSAL

Dwujodek Kofeino-Teobrominowy

wyrobu krajowego

Zbadany i stosowany na klinikach i oddziałach szpitalnych
w Warszawie i Kasach Chorych

WSKAZANIA:

Rozedma płuc (Emphysema pulmonum)

Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchial)

Miażdżyca naczyń obwodowych i wieńcowych serca (sclerosis)

Wzmożone ciśnienie krwi (hypertensio)

Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)

Sprzedaż we wszystkich aptekach

SKŁAD GŁÓWNY, APTECZNY DOM HANDLOWY

BALKOWSKI i HERYNOWSKI

WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKA 23. TELEF. 9.85-27 i 9.85-37

Na żądanie WP. Lekarzy próby bezpłatne.

Streszczenia

Czterdziesty pierwszy zjazd Francuskiego Towarzystwa Chirurgicznego

(Paryż, 3—8 październik 1932 r.).

Zjazd otwarty został d. 3 października 1932 r. pod przewodnictwem ministra Zdrowia Justin Godard'a. W przemówieniu wstępnym prof. Pierre Duval, prezes zjazdu, rozpatrywał nowe poglądy w sprawie studjów przygotowawczych nad chirurgją. Podkreślił on, że przygotowanie studjów w zakresie fizjologii i biologji jest b. niedostateczne i gorąco wypowiedział się za korzyścią doktoratu chirurgji, który obecnie został przez Akademię odrzucony.

Temat pierwszy. **Chirurgja serca** (z wyłączeniem spraw urazowych). Referentami byli: Lenormant, Leriche i Fontain. Uwzględnić tu należy guzy, które jednak, jak dotychczas, stanowią dziedzinę anatomji prawie wyłącznie i których stwierdzenie z b. rzadkimi wyjątkami odbywa się prawie zawsze dopiero na sekcjach, dalej zwężenia otworów sercowych, w których zabiegi operacyjne kończą się prawie zawsze szybkim zgonem, należy brać pod uwagę wreszcie cały szereg zabiegów pośrednich, mających na celu uwolnienie serca ewent. ułatwienie mu pracy przez zadziałanie na tkanki otaczające serce lub na aparat nerwowy serca, i te zabiegi, jak zdaje się, mają wielką przyszłość przed sobą, ponieważ dały już zachęcające wyniki.

Chirurgja w przewlekłych zapaleniach osierdzia. Sprawę tę referował Lenormant. Przewlekłe zapalenia osierdzia mogą wymagać zabiegu operacyjnego wtedy, kiedy powstaną zrosty, utrudniające pracę serca. Zrosty występują szczególnie u osobników młodych przeważnie w postaciach: mediastino-pericardit. adhaes, gdzie następuje zrost osierdzia z przeponą, opłucną i tkankami śródpiersia, pericardit. callosa, gdzie zmiany umiejscowione bywają przeważnie na peric. viscerales, wytwarzając naokoło serca gruby, niepodatny pan-

cerz, inkrustowany czasem solami wapnia. Rzeczą zrozumiałą jest, że stany takie wymagają prób uwolnienia serca od więzów, hamujących jego czynności. Niestety, zawsze jest trudno z całą pewnością ustalić tu rozpoznanie. Czasem jedynie badanie roentgenologiczne może dać dokładne wskazanie do zabiegu operacyjnego. Dla uwolnienia serca od wpływu zrostów próbowano dwu typów operacji: proponowano zrosty bezpośrednio oddzielić (po raz pierwszy operację taką wykonał Hallopeau w r 1910), lecz zabieg ten został potem zarzucony, dopiero przed 10 mniej więcej laty zaczęto go stosować w Niemczech, przyczem technikę zabiegu takiego ustalił Schmieder. Drugim typem operacji w takich przypadkach jest tak zw. thoracectomia praecordialis, podana koło 30 lat temu przez Brauer'a i polegająca na dążeniu do uwolnienia serca przez zadziaływanie pośrednie na ścianę klatki piersiowej. Najlepszem wskazaniem do tego zabiegu jest mediastino-pericarditis adhaesiva. Jest to zabieg o wiele lżejszy niż poprzedni i daje wyniki o wiele lepsze, jest też stosowany obecnie najczęściej.

W pewnych przypadkach zrostów ograniczonych do przepony dobre wyniki otrzymano, dokonywując zwyczajnej phrenic'ektomii. Thoracectomia praecordialis prócz zrostów osierdzia była dokonywana i w zniekształceniach klatki piersiowej oraz w przypadkach, w których znacznie powiększone serce nie mogło swobodnie pracować w zbyt ciasnej klatce piersiowej.

Wyniki zabiegów operacyjnych w przypadkach zrostów osierdzia.

1) Thoracectomia praecordialis Brauer'a wkrótce po operacji daje tylko 5,3 proc. śmiertelności, jest więc zabiegiem względnie niewinnym, tembardziej że większość osobników zmarłych była operowana w momencie niedostateczności akcji serca. Obserwacje pozostałych przy życiu chorych w terminie dłuższym (od 1 do 8 lat) dowodzą, że część chorych umiera w ciągu pierwszego roku wskutek zaburzeń w akcji sercowej lub też uogólnienia sprawy gruźliczej. na tle której powstały zrosty osierdzia (22 osoby na 65 obserwowanych). Reszta, t. j. 43 osoby uzyskały poprawę w większym lub mniejszym stopniu. Wiele osób z pośród tej ostatniej grupy można było uważać za faktycznie wyleczone, ponieważ mogły one zajmować się swą pracą dotychczasową, a nawet uprawiać sporty. 2) *Phrenicectomy*. Zbyt mała ilość obserwacji (4) przeważnie krótkotrwałych, nie pozwala jeszcze ocenić znaczenia leczniczego tego zabiegu, który zresztą zawsze wolny jest od niebezpieczeństwa. 3) *Cardiolysis Delorme'a*: a) oddzielenie zrostów wewnątrz-osierdziowych świeżych w 4 przypadkach dało 2 wyniki pomyślne, los jednak chorych dłużej obserwowany nie był,

b) przecięcie zrostów wewnątrz-osierdziowych ograniczonych (dawnych) w 2 przypadkach — wynik pomyślny, c) oddzielenie zrostów w przypadkach zrostów rozległych — 2 przypadki (1 recydywa po 3 mies. i 1 zgon nagły). 4) *Częściowa rezekcja osierdzia ściennego*. Na 12 operowanych 1 zmarł nagle wskutek zapaści, 1 zaś zmarł na 9 dzień po operacji wskutek asystolji. W 10 dłużej obserwowanych przypadkach 1 przypadek skończył się zupełnem niepowodzeniem, 4-ch chorych zmarło (2 wskutek gruźlicy, 2 żyło 11 i 15 mies., w 1 przypadku była poprawa w ciągu 6 tygodni). 5) *Pericardectomy totalis* (decorticatio cordis). Śmiertelność bezpośrednio po operacji jest znaczna, komplikacje w czasie dokonywania operacji są częste i ciężkie. Należą tu: skaleczenie opłucnej, rozerwanie serca, rozerwanie venae cavae infer., zaburzenia w akcji sercowej, które zmuszają do przerwania operacji, ostre rozszerzenie prawej komory. Na 47 chorych, poddanych temu zabiegowi z powodu zrostów, 20 zmarło przed upływem pierwszego roku łącznie ze zmarłymi w czasie dokonywania operacji. Wogóle wyniki zabiegu Schmieden'a były bezwątpienia pewniejsze i trwalsze niż zabiegu Brauer'a, lecz śmiertelność bezpośrednio była tu o wiele większa.

Wnioski praktyczne. Nie ulega wątpliwości, że w tak przewlekłym cierpieniu, jakim jest pericarditis chr., zabiegi chirurgiczne są uzasadnione, gdyż znacznie przedłużają życie pacjentom oraz dają niewątpliwą poprawę czynnościową, a nawet mogą prowadzić do prawdziwego wyleczenia. Punkt ciężkości spoczywa w niezwlekaniu z zabiegiem chirurgicznym i niedopuszczaniu do zmian w mięśniu sercowym. Najbardziej wdzięcznymi przypadkami z chirurgicznego punktu widzenia będą tu zrosty pochodzenia zewnątrz-osierdziowego, osierdziowo-opłucnowe lub śródpiersiowe. W przypadkach zrostów pochodzenia gośćcowego należy pamiętać o nawrotach cierpienia: przeciwwskazaniem będzie tu każde obostrzenie się sprawy zapalnej. Gruźlicze zapalenie osierdzia najmniej nadaje się do leczenia chirurgicznego, ponieważ chorzy są narażeni na możliwość umiejscowienia się gruźlicy w innem miejscu lub też uogólnienia się sprawy. Zdarało się jednak, że i w przypadkach zrostów osierdziowych na tle gruźlicy zabieg operacyjny dawał trwałe powodzenie.

Co się tyczy wyboru metody operacyjnej, to w każdym przypadku poszczególnym należy oględnie indywidualizować. Najbardziej skutecznym, jak się zdaje, jest zabieg Volhard-Schmieden'a, aczkolwiek jest to zabieg trudny i ciężki. Thoracectomy praecordialis posiada zaletę prostoty wykonania i jest zabiegiem łagodnym.

Wyniki otrzymane w przypadkach serca dużego. W przypadkach tych thoracectomia praecordialis daje wyniki gorsze niż w przypadkach zrostów. Na 23 operowanych chorych 12 zmarło przed końcem pierwszego roku (52%), na 17 chorych, obserwowanych po zabiegu czas dłuższy, zanotowano 8 niepowodzeń i 9 przypadków niewątpliwej poprawy.

Chirurgja nerwów serca. Referenci Leriche i Fontaine. A. Referenci wyjaśnili przedewszystkiem, że 1) nerw współczulny jest vasoconstrictor dla tętnic wieńcowych, 2) że istnieje automatyczne regulowanie czynności serca dzięki grze nerwów czuciowych innych poza nerwami Cyon'a i Hering'a, 3) że wrażliwość bólowa serca i tętnic wieńcowych jest w zależności od nerwu współczulnego, 4) że węzeł gwiaździsty i elementy węzłowe spłotu sercowego rzeczywiście posiadają właściwości ośrodka odruchowego, jak to ustalił Franck. B. Następstwa podwiązania tętnic wieńcowych, drżenie włókienkowe i śmierć, powstają prawie wyłącznie po podwiązaniu wysokiem, prócz tego następstwami tu bywają: zawał w mięśniu sercowym i stwardnienie w okolicy koniuszka serca. Wobec tego, że zmiany anatomiczne po podwiązaniu tętnicy wieńcowej nie zajmują całego obszaru, odpowiadającego gałązkom naczynia podwiązanego, należy dojść do przekonania, że krążenie wieńcowe posiada b. liczne połączenia, nie jest końcowe. Na podstawie doświadczeń, czynionych wspólnie z L. Hermann'em referenci dochodzą do przekonania, że podobnie jak i na kończynach zabiegi operacyjne na nerwach współczulnych serca ułatwić mogą krążenie poboczne w rozgałęzieniach tętnic wieńcowych. Zdaniem referentów drżenia włókienkowego można uniknąć w czasie podwiązywania pnia głównego tętnicy wieńcowej, operując b. ostrożnie, by nie spowodować odruchu, jaki jest przyczyną drżenia włókienkowego, mianowicie unikać raptownego pociągania, forsownych ruchów i znieczulać węzły za pomocą novocain'y.

C. Do zabiegów chirurgicznych, które mogą mieć zastosowanie w cierpieniach serca na tle naczyniowem, należą: 1) zablokowanie raptowne i chwilowe odruchów naczynioskurczowych za pomocą infiltrowania węzła gwiaździstego kokainą i 2) zabiegi, zmieniające unerwienie aortalne oraz unerwienie mięśnia sercowego. W zastosowaniu praktycznem dusznica bolesna jest jedynem cierpieniem, co do którego można wypowiedzieć się, mając na względzie interwencję chirurgiczną. Referenci, opierając się na 82 przypadkach z literatury i 11 własnych, dochodzą do przekonania, że o ile wskazania są ustalone trafnie, to leczenie chirurgiczne dusznicy bolesnej jest zupełnie możliwe i to w znacznej ilości przypadków. W swych własnych 11

przypadkach Leriche i Fontaine mieli tylko 3 niepowodzenia. W 3 przypadkach, obserwowanych w ciągu 3—7¹/₂ lat, otrzymano całkowite wyleczenie, w pozostałych 5 otrzymano poprawę z powrotem zdolności do pracy. Najlepsze wyniki osiągnano w przypadkach dusznicy bolesnej, którym nie towarzyszyły ciężkie cierpienia aorty i mięśnia sercowego. Nie wynika jednak stąd, by nie próbować zabiegu chirurgicznego w przypadkach poważnych nawet cierpień serca, ponieważ i w takich przypadkach można osiągnąć znaczne zmniejszenie się częstości i natężenia napadów. W jednej tylko postaci wynik operacji nie daje choremu większej korzyści, mianowicie w postaci z dusznością, towarzyszącą stopniowemu zamykaniu się światła tętnicy wieńcowej. Do zabiegu nadają się przypadki zapaleń tętnic wieńcowych z objawami naczynioruchowymi. Tam, gdzie występują napady duszności, a ból jest nieznaczny, otrzymuje się mało korzyści z zabiegu operacyjnego, gdyż napady duszności pomimo operacji powracają. Przypadki zatem, kwalifikujące się do operacji, należy wybierać starannie. Sam zabieg winien być wykonany bardzo ostrożnie, by możliwie oszczędzać twory nerwowe serca.

Znieczulenie miejscowe jest tu najlepsze. Usunięcie węzła gwiazdzistego jest wogóle najbardziej pożądane. Referenci dokonywali 8-krotnie tego zabiegu z dobrym wynikiem. W ciągu długiego czasu po zabiegu elektrokardiogram pozostawał prawidłowym i nawet po latach serce takich operowanych chorych przystosowuje się prawidłowo do wysiłków fizycznych. Poza wycięciem węzła gwiazdzistego zdaniem referentów w przyszłości może będzie miało zastosowanie przecięcie depressora oraz sympathectomia cervico-thoracica.

Mimo wszystko przyznać trzeba, że sprawa leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Zadaniem obecnem w sprawie tej będzie zastanowienie się szczególnie nad wskazaniem do operacji w każdym przypadku oraz nad tem, jaki zabieg wykonać.

W zakresie doświadczeń należy ustalić znaczenie fizjologiczne serji gałązek nerwu współczulnego, co do znaczenia których nie mamy wiadomości, a które w czasie zabiegu ulegają uszkodzeniu. Należy ustalić wpływ sympathectomji na czynność naczynioruchową oraz jej znaczenie naczyniorozszerzające, zbadać naturę drżeń włókienkowych i przekonać się, czy przecięcie nerwu współczulnego może im zapobiedz. Należy również dokładnie zbadać zwyrodnienie nerwu współczulnego po przecięciu oraz wpływ histologiczny wyluszczenia tego lub innego nerwu lub naczynia na mięsień sercowy. Na-

koniec należy określić przyczynę zapaleń tętnic wieńcowych oraz ustalić leczenie przyczyn dusznicy bolesnej.

Temat drugi. Leczenie chirurgiczne chorób krwi. Referenci Grégoire i Santy.

Zmiany w narządach krwiotwórczych mogą spowodować albo niedokrwistość przez nadmierne niszczenie (żółtaczka hemolityczna, krwawiączka), albo przez nadmierne tworzenie ciałek (białaczka, zwiększenie ilości ciałek czerwonych), albo przez powstrzymanie zamiany ciałek czerwonych (niedokrwistość złośliwa). [Interwencja chirurgów dała niewątpliwie dodatnie wyniki w pierwszej grupie, o wiele mniejsze w drugiej.

1. *Krwawiączka.* Referent, dr. Grégoire, przytaczał podział cierpień, należących do tej grupy, mianowicie podział na cierpienia o typie przewlekłym (purpura chronica recidiva, purpura thrombo-cytholytica, morbus maculos. Werlhofii), na cierpienia o typie ostrym (purpura acuta) oraz o typie poronnym. Następnie referent podał objawy, którymi należy powodować się przy rozpoznawaniu cierpień grupy krwawiączek oraz znaczenie tych objawów. Przechodząc następnie do wskazań operacyjnych w tych cierpieniach, Grégoire zaznaczył, że usunięcie śledziony jest najbardziej skutecznym zabiegiem w krwawiączce, lecz nie we wszystkich postaciach jej. Najbardziej nadaje się do tego zabiegu postać typowa z purpura haemorrhagica recidiva. Operować należy, skoro tylko wybroczyny wystąpią na śluzówkach dróg trawiennych, gdyż w tem stadium leczenie niechirurgiczne może już nie przynieść żadnej korzyści. Postać ostra przeważnie nie nadaje się do zabiegu operacyjnego. Zdaje się jednak, że, o ile są niepowodzenia (zgony) w razie interwencji chirurga w tej postaci, należy przypisać je raczej zwlekaniu z tą interwencją, a nie samej interwencji. Postać poronna rzadko nadaje się do zabiegu operacyjnego.

Splenectomy w przewlekłych postaciach krwawiączek jest zabiegiem dobroczynnym i w rękach doświadczzonego chirurga niewinnym. Śmiertelność po operacji wynosi tu 4⁰/₁₀. Wyniki w znaczeniu zatrzymania krwawień są zadziwiające. Dają się one zauważyć już od momentu podwiązania naczyń śledziony. Obraz krwi ulega szybkiej przemianie. Czas krwawienia zbliża się do normy, albo też staje się prawidłowym. Wogóle jednak chory, któremu usunięto śledzionę, może dopiero po upływie roku dojść do stałej poprawy zdrowia. Należy przytem zauważyć, że chorzy operowani i po roku nawet są skłonni do nawrotów, szczególnie jeżeli ulegli przypadkowemu urazowi lub poddani byli z konieczności jakiegokolwiek operacji. Choroby zakaźne

są również dla nich niebezpieczne. Poza jednak kategorią chorych, o których nawet po roku od czasu operacji nie można powiedzieć, że są zupełnie wyleczeni, przeważa ilość operowanych, u których krwawienia nie powracają. Badanie krwi nie jest tu miarodajne. Bardziej polegać można na określaniu czasu krwawienia.

2. *Żółtaczką hemolityczną*. Referent Santy. Referent przytoczył przede wszystkim objawy tego cierpienia, poczem podkreślił dobre wyniki dzięki usunięciu śledziony. Wskazaniem do tego zabiegu jest przede wszystkim zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych krwi, które czasem występuje w postaci napadów od wczesnego już dzieciństwa, powracając co kilka lat i prowadząc do wybitnej niedokrwistości. Bardziej jeszcze za potrzebą operacji może przemawiać obecność wybitnej hemolizy oraz objawy odczynu ze strony szpiku kostnego. Bóle napadowe o cechach pęcherzykowych mogą występować w żółtaczce hemolitycznej i są przyczyną, że dokonywano tu zabiegu na drogach żółciowych. Bóle mogą występować i w okolicy śledziony. Śledziona może osiągać wagi 4 kil. Powiększenie tego narządu może być postawione na pierwszym planie wskazań do zabiegu operacyjnego w tem cierpieniu.

Co się tyczy wieku chorych, którzy mają być operowani w żółtaczce hemolitycznej, to, aczkolwiek nie zdaje się, by usunięcie śledziony było bardziej niebezpieczne dla dziecka niż dla dorosłego, referent jednak jest zdania, że lepiej jest, o ile można, odkładać zabieg do czasu wyjścia z wieku dziecięcego pacjenta. Najbardziej sprzyjającym momentem dla operacji jest okres spokoju między napadami hemolizy. Usuwano jednak śledzionę i w ostrym okresie cierpienia.

Przelewanie krwi było często uskuteczniane przed zabiegiem. Dawson of Penn miał jednak, pomimo dokładnego zbadania krwi dawcy oraz chorego przed przetaczaniem, dwa zajścia śmiertelne, jeszcze przed dokonaniem zabiegu usunięcia śledziony.

Wyniki usunięcia śledziony. Śmiertelność wynosi tu 3—5%. Co do wyników klinicznych, to żółtaczką ulega najszybciej poprawie. Znika ona zupełnie w 10 mniej więcej dni po operacji, czasem nawet wcześniej. Napady bólu w okolicy pęcherzyka żółciowego bardzo szybko mijają. Stan ogólny szybko polepsza się. Ilość ciałek czerwonych we krwi szybko wzrasta, lecz szybkość ta bywa rozmaita. Zwiększanie się ilości hemoglobiny jest mniej szybkie. Pojkilocytoza i polychromatofilja, o ile były przed zabiegiem, szybko znikają. Nie da się tego powiedzieć o powrocie do normy wielkości ciałek czerwonych.

Wyniki oddalone. Według Pemberton'a 86% chorych z pośród tych, którzy zabiegi przetrzymali, jeszcze żyje, a 83% cieszy się zupełnem zdrowiem, 11% zmarło po zabiegu. Niewielu jest lekarzy, którzy sądzą, że usunięcie śledziony czyni organizm bardziej podatnym na wpływ zakażeń. Jaderholm i Beckmann jednak przypuszczają, że zabieg ten sprzyja w następstwie zakażeniom, szczególnie gruźlicy.

3. *Choroby, w których dodatnie znaczenie chirurgji nie jest pewne.* Należą tu: białaczka, polyglobulia i niedokrwistość złośliwa. Zasługuje na uwagę leczenie tej ostatniej, zaproponowane przez Waleńskiego, polegające na przetaczaniu krwi w połączeniu z zastrzykowaniami insuliny. W. Mayo, w pewnych przynajmniej postaciach niedokrwistości złośliwej, radzi stosować splenektomję, która zdaniem jego może przedłużyć życie choremu.

Temat trzeci. Leczenie chirurgiczne przewlekłych zapaleń (niegruźliczych) stawu biodrowego. Referenci Cunés (Paryż) i Rocher (Bordeaux), pomijając ankylozę tego stawu, stwierdzają, że cierpienie, wskazane w nagłówku, doprowadza w końcu do suchego zapalenia zniekształcającego, które cechują zmiany anatomiczne. Przyczyny zapalenia zniekształcającego są: zmiany wrodzone, zmiany dystroficzne (osteo-chondritis, coxa vara lub valga), zmiany pochodzenia urazowego oraz zmiany zapalne pochodzenia zakaźnego.

Zmiany anatomo-patologiczne mogą zniekształcać wszystkie części stawu. Występują tu defekty tych części, wywołane wogóle nieprawidłowym składem ich, powodującym wadliwą czynność stawu. Defektom tym sprzyjają zmiany jakościowe w tkankach, przyczem pochodzenie tych bywa często nieokreślone.

Obraz kliniczny. Przewlekłe zapalenie stawu biodrowego, występujące w następstwie urazu lub zakażenia, posiada te same cechy, co i t. zw. zapalenie suche, przewlekłe albo zniekształcające. Zabiegi operacyjne, przywracające czynność, mają tu najwięcej widoków na powodzenie. Ból w początkach tego cierpienia nie jest ciągły, okresy bólu trwają od kilku dni do 1—2 miesięcy. W początkach przy stosunkowo niewybitnych objawach sztywności uczucie zmęczenia w czasie chodzenia, przemijającego bólu pozwala określać to cierpienie jako „stan reumatyczny“. Po okresie jednak bólu niepostrzeżenie następuje okres zapalenia zniekształcającego. Ból może nasuwać mylne rozpoznanie zapalenia nerwu kulszowego lub biodrowego. Badanie obiektywne pozwala stwierdzić: 1) zanik mięśni pośladka i uda, 2) wadliwe ustawienie kończyn dolnych i 3) ograniczenie ruchów. Rzecz prosta, że wadliwemu ustawieniu kończyny towarzyszy wadliwe wyrównawcze wygięcie kręgosłupa. Co się tyczy

ograniczenia ruchów, to zginanie jest najmniej upośledzone. Hyperextensio jest niemożliwe, rotacja b. upośledzona, abductio i adductio — mniej. W czasie wykonywania ruchów biernych stwierdzić można trzeszczenie w stawie. Skrócenie kończyny zależy może zarówno od subluksacji w stawie jak i od zaburzeń osteogenetycznych. Zbadanie statyki i dynamiki stawowej winno stanowić podstawę badania klinicznego, które potem pozwoli wnioskować co do wyników zabiegów unieruchamiających staw biodrowy. T. zw. coxarthrozy czyli zapalenia stawu biodrowego, które powstały w stawie upośledzonym od urodzenia, nie wytwarzają kostnego zeszytnienia w stawie. Przeciwnie, zapalenia stawu biodrowego, wynikłe jako następstwa zakażenia, prowadzą w końcu do ankylozy.

Wskazania terapeutyczne i operacyjne. Leczenie terapeutyczne i ortopedyczne niekrwawe mają zastosowanie w obu krańcowych okresach rozwoju przewlekłych i zniekształcających zapaleń stawu biodrowego. Leczenie chirurgiczne może być stosowane tylko w pewnych ściśle określonych postaciach i to po nieudaniu się leczenia niechirurgicznego. W początkach radzić należy choremu zmianę zajęcia, unormowanie chodzenia, zastępując je, o ile to możliwe, jazdą na rowerze, starać się, o ile przypuszcza się jego istnienie, wyszukać ognisko zakażenia, doradzać leczenie się w miejscowości kuracyjnej kąpielami, szczególnie zaś nalegać na leczenie fizykalne. Jeżeli wszystkie te sposoby nie dają żadnego wyniku, należy zwrócić się do leczenia ortopedycznego. Należy tu zastosowanie unieruchomienia w opatrunku gipsowym, zastosowanie aparatów ortopedycznych, zmniejszających obciążenie chorego stawu, stały wyciąg, wyprostowanie ortopedyczne, dokonane w uśpieniu i t. p.

Następnie referenci omawiają te operacje, jakie mają zastosowanie szczególnie w zapaleniu stawu biodrowego z wskazaniami do tych operacji. Podkreślają oni, że zabiegi na stawie biodrowym za zadanie ostateczne winny mieć osiągnięcie raczej stawu mocnego niż stawu mało ruchomego, bolesnego, nie zrównoważonego. W ostatecznym wniosku dochodzą oni do przekonania, że zniekształcające zapalenie stawów, uważane dotychczas jako zasadniczo należące do zakresu medycyny ogólnej, weszło obecnie i w dziedzinę chirurgii. Zabiegi z zakresu terapii muszą mieć na celu poprawę czynności i ulgę w bólach, posilkując się leczeniem światłem i ciepłem oraz sportami. Jeżeli zabiegi te pozostają bez wyniku, to należy uciec się do ortopedji krwawej i osteotomji, wzmocnienia stawu za pomocą przeszczepień kostnych, borowania. Zabiegi te mają na celu usunię-

cie wadliwości ustawienia, wzmocnienie stawu, zadziałanie troficzne na defekty kostno-chrząstkowe.

W zabiegach tych dążyć powinniśmy do przywrócenia stawowi warunków normalnych jego czynności. Usunięcie bólu niezbędne dla przywrócenia stawowi jego czynności może być osiągnięte przecięciem dróg nerwowych, które jednak obecnie uskuteczniane jest tylko w wyjątkowych przypadkach. Leczenie operacyjne wogóle może być stosowane dopiero po niepowodzeniu leczenia fizykalnego i ortopedycznego, albo też wówczas, kiedy ze względów na warunki socjalne leczenie takie dostatecznie długo stosowane być nie może.

L. K.

Pigułki

REFORMACKIE z ZAKONNIKIEM

łagodnie przeczyszczają

MAGAZYN OPTYCZNY

JÓZEF WIŚNIEWSKI

WARSZAWA

Krakowskie-Przedmieście 61. Tel. 618-89.

Witamina „B” w lecznictwie.

Sprawa dożywiania dzieci mieszankami, bogatymi w witaminy, zyskuje sobie coraz większe uznanie w całym świecie. W każdym niemal kraju powstają preparaty, których zasadniczą częścią składową czynną są substancje bogate w witaminy. O roli witaminy „D” pisano wiele i znaczenie jej dostatecznie zostało umotywowane. W ostatnich zaś czasach ukazał się szereg prac podnoszących znaczenie witaminy „B”.

Z prac Barnett’a i M. Smith’a, Kramsztyka, Chorzelskiej, Stankiewicza oraz innych autorów wiemy, że brak kompleksu witamin „B” powoduje anhydremję, zaburzenia w hematopoesie i zmniejszanie się glikogenu w wątrobie. A zatem, jak wynika z powyższego, zakres działania antyneurowicznej witaminy „B” został znacznie dzięki pracom ostatnim rozszerzony i wyjaśniony. Awitaminoza „B” jest częstszą, niż pierwotnie przypuszczano. To też powstaje cały szereg preparatów, które mają za zadanie wprowadzenie do organizmu, obok witaminy „D”, również i witaminy „B”.

Summerfeld Pearl w klinice pediatrycznej w Toronto dodawał dzieciom do diety zwykłej substancje bogate w witaminy „B” (kiełki i drożdże) i stwierdził, że dzieci tak dożywiane zyskiwały na wadze 3 i pół raza więcej, niż bez tych dodatków. Autor przypisuje wyniki swoje większym ilościom witaminy „B” i stawia pytanie, czy dzieciom daje się dzisiaj dosyć witamin antyneurowicznych.

U nas posiadamy kilka preparatów witaminowych. Najbardziej naukowo opracowanym preparatem, zawierającym harmonijne połączenie witamin „A”, „B” i „D” jest BIOCALCOL KLAWE, który, obok witamin, zawiera związki wapniowe łatwo przyswajalne oraz składniki mineralne, jak krzem, miedź i żelazo.

L I T E R A T U R A:

- 1) *Sure, Bernet and E. M. Smith*, Arch. int. Med. 49 str. 337, 1932.
- 2) *Summerfeld Pearl*, Amer. J. Dis. Child. 43 S. 384, 1932
- 3) *Kramsztyk S.* — Warsz. Czasop. Lekarskie Nr. 10, 11, 1928
- 4) „ „ „ „ „ „ 20, 21, 1928
- 5) *Kokalj-Kowalewska* — Warsz. Czasop. Lekarskie Nr. 29, 1929
- 6) *Stankiewicz B.* W sprawie badania preparatów zawierających witaminę B., Warszawa, 1930
- 7) *Chorzelska M.* Wiadom. Farmaceut. Nr. 18, 1930

Kronika

XIV ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU

O D E Z W A

Komitety Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu czyni usilne starania w tym celu, by Zjazd ten nabrał charakteru Sejmu naukowego Polski, gdzie wszystkie gałęzie ścisłej wiedzy i jej zastosowań byłyby reprezentowane.

Rozrastająca się coraz pomyślniej Ojczyzna nasza jako potęga światowa nakłada na polskich uczonych zaszczytny obowiązek zbiorowej, harmonijnej współpracy tak, by w ogólnym wyścigu pracy Nauka polska nie pozostała w tyle.

Takim dniem godowym, dniem przeglądu dorobku naszego za okres ostatnich czterech lat, winien być nasz XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 12—15 września 1933 r.

Protektorat nad Zjazdem raczył najłaskawiej objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polski Prof. Dr. Ignacy Mościcki.

My pracownicy na niwie nauk przyrodniczych i lekarskich przyłączymy się do wielkiego dzieła, któreby godnie mogło świadczyć o rozroście nauki Nauki Ojczystej. Niech obcym otworzy oczy na jej perspektywne znaczenie, a nas podnieci do rozwijania jej perspektywnej mocy.

Zgodnie z życzeniem Stałej Delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich zwracamy się z apelem do wszystkich Towarzystw przyrodniczych, lekarskich, farmaceutycznych, weterynaryjnych, rolniczych i leśniczych w kraju, by ich Walne Zebrania, przypadające na

rok 1933, odbyły się w ramach Zjazdu w charakterze jego sekcji.

Wszystkie bez wyjątku dziedziny nauk przyrodniczych winny być na Zjeździe reprezentowane.

Niech nie brakuje nikogo z pośród pracowników naukowych!

Niech Zjazd nasz będzie prawdziwym Świętem Nauki Polskiej!

Komitet Organizacyjny Zjazdu

KOMITET ORGANIZACYJNY

Prof. Dr. Adam Karwowski, Przewodniczący Komitetu, 27 Grudnia 18, tel. 38-24.

Prof. Dr. Jan Grochmalicki, zast. Przewodniczącego, Libelta 14.

Prof. Dr. Antoni Jakubski, Sekretarz grupy Sekcji przyrodniczych. Libelta 15, tel. 58-90, zakład 27-41.

Prof. Dr. Karol Jonscher, Sekretarz grupy Sekcji lekarskich, Marji Magdaleny 3, tel. 14-43.

Dr. Józef Jagielski, Przew. Komisji informacyjno-mieszkaniowej, Plac Wolności 10, tel. 50-20.

Dr. Romuald Edward Matuszewski, Przewodn. Komisji naukowo-wystawowej, W. Garbary 40, tel. 14-80.

Prof. Dr. Alfred Denizot, Przew. Sekcji towarzyskiej, Kolejowa 29, tel. 65-23.

Dr. Zygmunt Dymiński, Przew. Sekcji towarzyskiej, Al. Marcinkowskiego 11, tel. 34-85.

Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Przew. Sekcji wycieczkowej, Wały Leszczyńskiego 6, tel. 16-49.

Prof. Dr. Stanisław Pawłowski, Przew. Sekcji wycieczkowej, Asnyka 3, tel. 65-12.

Sekcje i ich Gospodarze

1. Sekcja nauk matematycznych, fizycznych i astronomiczno-geodezyjnych: Prof. Dr. Zdzisław Krygowski, Instytut Matematyczny, Zamek, tel. 19-84.

2. Sekcja geologii, geografii, mineralogii i paleontologii: Prof. Dr. Stanisław Pawłowski, Zakład Geograficzny, Wjazdowa 3.

3. Sekcja chemii: Prof. Dr. Antoni Galecki, Zakład chemii fizycznej, Coll. Minus, tel. 34-84.

4. Sekcja biologii, fizjologii, chemii fizjol. i genetyki: Prof. Dr. Leon Zbyszewski, Zakład fizjologii, Fredry 10.

5. Sekcja zoologii, anatomji i antropologii: Prof. Dr. Antoni Jakubski, Zakład anatomji porównawczej i biologji, ul. Wjazdowa 3, tel. 27-41.

6. Sekcja botaniki: Prof. Dr. Adam Wodziczko, Zakład botaniki systematycznej, Słowackiego 4/6.

7. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. Julian Rafalski, Zakład inżynierji leśnej, Gołęcińska 11.

8. Sekcja ochrony przyrody: Adam Wodziczko, Zakład botaniki system. Słowackiego 4/6.

9. Sekcja entomologii: Prof. Dr. Edward Lubicz-Niezabitowski, Zakład biologji ogólnej, Fredry 10.

10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. Dr. Ludwik Jaxa Bykowski, Sem. pedagogiczne, Wjazdowa 3.

11. Sekeje nauk rolniczych: Prof. Dr. Józef. Sypniewski, Zakład szczególowej uprawy roślin, Śląska 5.

12. Sekcje nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. Stanisław Runge, Zakład weterynarji rolniczej, Sołacka 3, tel. 51-34.

13. Sekcje nauk farmaceutycznych: Prof. Dr. Konstanty Hrynakowski, Zakład chemji farmaceutycznej, Grunwaldzka 14, tel. 73-07.

14. Sekcja radiologii: Prof. Dr. Karol Mayer, Zakład radiologii, Coll. Med. Fredry 10, tel. 23-38.

15. Sekcja anatomji patologicznej: Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski, Zakład anatom. patologicznej, ul. Kozia 9, tel. 20-22.

16. Sekcja mikrobiologii: Prof. Dr. Leon Padlewski, Zakład mikrobiologii lekarskiej, Wały Wazów 25, tel. 35-51.

17. Sekcja higieny i medycyny społecznej: Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Zakład Fredry 10.

18. Sekcja medycyny sądowej: Prof. Dr. Stefan Horoszkiewicz, Zakład medycyny sądowej, Święcickiego 6, tel. 76-07.

19. Sekcja historii i filozofji medycyny: Prof. Dr. Adam Wrzosek, Sem. historii i fil. med., Górna Wilda 89.

20. Sekcja medycyny wewnętrznej, farmakologji i patologji ogólnej: Prof. Dr. Wincenty Jezierski, Klinika terapeut. chorób wewn. Szpital Miejski, Szkolna 20, tel. 31-17.

21. Sekcja pedjatriji; Prof. Dr. Karol Jonscher, Klinika chorób dziecięcych, Marji Magdaleny 3, tel. 40-29.

22. Sekcja chirurgji i ortopedji: Prof. Dr. Antoni Jurasz, Klinika chirurgiczna Szpitala Przemienienia Pańskiego, Długa 1, tel. 16-31.

23. Sekcja ginekologji i położnictwa: Prof. Dr. Bolesław Kowalski, Klinika ginekol.-położn., Polna 17, tel. 64-10.

24. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. Witold Kapuściński, Klinika oczna, Wały Batorego 2, tel. 13-26

25. Sekcja chorób nerwowych i psychiatrycznych: Prof. Dr. Stefan Borowiecki, Klinika neurologiczno-psychiatryczna, Północna 10, tel. 16-82.

26. Sekcja dermatologii: Dr. Zygmunt Bochyński, Plac Wolności 18, tel. 31-32.

27. Sekcja otolaryngologii: Prof. Dr. Alfred Laskiewicz, Klinika chorób uszu, nosa i gardła, Fredry 7, tel. 16-78.

28. Sekcja stomatologii: Zast. Prof. Józef Jarzab, Klinika stomatologiczna, Fr. Ratajczaka 14, tel. 59-96.

29. Sekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego: Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki, Studium Wych. Fiz., Park Wilsona, tel. 66-21.

30. Sekcja medycyny wojskowej; Pułk. Dr. Ksawery Maszadro, Szefostwo Sanitarne, Plac Działowy, tel. Centrala Sztabu 43-41.

31. Sekcja eugeniki: Ppułk. Dr. Leon Drożyński, Plac Wolności 7, tel. 15-91.

32. Sekcja balneologii i klimatologii: Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Coll Med. Fredry 10.

33. Sekcja prasy lekarskiej: Prof. Dr. Adam Wrzosek, Zakład antropologii, G. Wilda 89, tel. 76-76.

34. Sekcja zawodowo-lekarska: Dr. Roman Konkiewicz, Wierzbicice 37a, tel. 79-59.

Wystawa „Przyroda, zdrowie i opieka społeczna”

Z okazji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się we wrześniu 1933 r. Wystawa przyrodniczo-lekarska pod nazwą „Przyroda, zdrowie i opieka społeczna”. Dzięki zainteresowaniu okazanemu tej inicjatywie przez władze miasta Poznania sprawą powyższą zajął się Zarząd Targów Poznańskich. Istnieje pełna możliwość urządzenia Wystawy na skalę dotąd na zjazdach naszych nie spotykana. Będzie się ona mieścić w obszernych i celowo adaptowanych pawilonach Targów Poznańskich. W tych warunkach wystawa zrealizuje należycie główne dezyderaty sfer naukowych.

Przewiduje się 4 działy Wystawy: Naukowy, Opieki Społecznej, Higieny i Sportu oraz Przemysłowy.

Organizację działu naukowego Wystawy obejmuje bezpośrednio Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Do naukowego działu Wystawy przyjmuje się następujące ekspozyty:

- a) literatura naukowa Polski Niepodległej. W dziale tym mogą wziąć udział towarzystwa, zakłady i pracownicy naukowcy przez złożenie dzieł, broszur i wydawnictw, wydawanych w wymienionym czasokresie.
- b) przyrządy wytworzone w kraju przez zakłady naukowe, z wyłączeniem firm przemysłowych, zarówno stosowane w szkolnictwie jak i doświadczalnictwie naukowym.
- c) główne o'bjekty wytwórczości naukowej, jak plany, mapy, karty, tablice, fotografie, mulaże, preparaty.
- d) plany, fotografie, modele etc. nowych gmachów i urządzeń zakładów naukowych.
- e) ochrona przyrody ze szczególnem uwzględnieniem charakteru regionalnego, a przede wszystkim obejmująca ziemie zachodnie,

Zgłoszenia udziału w dziale naukowym Wystawy z wymienieniem przedmiotów i określeniem przestrzeni przyjmuje Komitet Wystawy do dn. 1 maja 1933 r.

Ubezpieczenie eksponatów należy do wystawcy.

Stoiska w dziale naukowym Wystawy są bezpłatne.

Rzeczą wystawcy jest złożyć eksponaty w odpowiednich gablotach i t. p. urządzeniach ochronnych.

Przewodniczącym Komisji naukowo-wystawowej i kierownikiem działu lekarskiego jest Dr. Romuald Edward Matuszewski ul. W. Garbary 49 tel. 14-80. Sekretarzem: Dr. Mieczysław Luziński Al. Marcinkowskiego 5 tel. 56-55. Kierownikiem działu przyrodniczego jest Prof. J. Szulczewski, Puszczykowo. Sekretarzem Dr. Rakowski W. adjunkt Wlkp. Muzeum Przyrodn. ul. Zwierzyniecka Ogród Zoolog., dokąd należy się zwracać po bliższe informacje dotyczące działu naukowego. Wszelkich innych informacji udziela Biuro Wystawy, które się mieści na Targach Poznańskich ul. Marsz. Focha 18, tel. 69-91 i 62-06 w godz. biurowych od 8-15.

Wskazówki dla zgłaszających wykłady

1. Ostateczny termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1 kwietnia 1933 r.

2. Tytuły wszystkich odczytów muszą być podane w języku polskim i francuskim

3. Zgłaszający temat winni przesłać do dnia 1 lipca 1933 r. na ręce gospodarzy sekcji krótkie streszczenie swego wykładu, nie

przekraczające 15 — 20 wierszy druku, które sekcje w miarę możliwości wydadzą drukiem przed Zjazdem i rozeszlą tak, by członkowie sekcji jeszcze przed przybyciem do Poznania mogli się z treścią wykładów zapoznać.

4. Streszczenia te w sekcjach lekarskich muszą być napisane w języku polskim i francuskim, a to ze względu na współudział gości słowiańskich i zagranicznych.

5. Streszczenia referatów, przeznaczone do Pamiętnika z krótkim resumé w języku francuskim, nie mogą przekraczać dwóch stron druku dużej ósemki i winny być oddane sekretarzom sekcji przed wygłoszeniem odczytu.

Zgłoszenia późniejsze nie będą uwzględnione w Pamiętniku.

Polski Komitet Medycyny Pracy zawiadamia kolegów o ustanowieniu nagrody, której regulamin brzmi jak następuje:

Nagroda Kongresu Genewskiego

Regulamin

Art. 1. Komitet Organizacyjny VI Międzynarodowego Kongresu w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób zawodowych (VI Congrès International des Accidents et des Maladies du Travail), który się odbył w Genewie w r. 1931, ustanawia jedną nagrodę w sumie tysiąca franków szwajcarskich dla autora najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat następujący:

„Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation d'un accident du travail” (wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadków przy pracy).

Art. 2. Do udziału w konkursie dopuszczeni są lekarze wszystkich krajów.

Art. 3. Nagroda zostanie przyznana w czasie następnego kongresu, który odbędzie się w r. 1935 w Brukselli.

Art. 4. Rękopisy odbite na maszynie w dwóch egzemplarzach winny być nadesłane pod adresem Sekretarza Genewskiego Kongresu, Dr. Yersin, 3, Rue de la Monnaie, Genève, przed 31 grudnia 1934 r. Winny one być napisane w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim.

Art. 5. Autor zachowuje prawo własności do swej pracy, lecz zobowiązuje się ogłosić ją w ciągu roku następującego po przyznaniu nagrody.

Art. 6. Jury stanowi Biuro Komitetu Organizacyjnego Kongresu Genewskiego.

Art. 7. Rękopisy należy przesłać bez podpisu, ale zaopatrzone w godło powtórzone na kopercie listu zapieczętowanego, zawierającego nazwisko, adres i tytuły autora.

Macierz Szkolna

w Gdańsku E. V.

Konto P.K.O. 170-040 w Warszawie

Do

Zarządu Głównego Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

Nakładem Macierzy Szkolnej w Gdańsku ukaże się w najbliższych dniach pragmatyka służbowa pracowników P. K. P., ułożona według jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8-go lipca 1929 r. (Dz. U. R. P. Nr. 57, poz. 417) w brzmieniu obwieszczenia Ministra Komunikacji z dnia 26-go sierpnia 1932 r., w zbroszowanej formie, zawierającej około 100—120 stron wielkości 100×120 m/m w cenie 1 zł. za egzemplarz.

Podając powyższe do wiadomości, Zarząd Macierzy Szkolnej uprasza o podanie niniejszego do wiadomości Swoim członkom przez bezpłatne ogłoszenie w lch czasopiśmie z tem, by zapotrzebowania kierować zechcieli bezpośrednio do rąk Kierownika Działu Dyrekcji Kolejowej w Gdańsku p. Dr. Schillera.

Ponieważ jest to pierwszy komplet pragmatyki służbowej w obowiązującym dziś brzmieniu, jesteśmy w przekonaniu, że Szanowny Zarząd przychyli się do naszej prośby i odpowiednio zaapeluje do Swych członków, by poparli nasze wydawnictwo, tembardziej że żadna instytucja kompletu tego jeszcze nie wydała.

Zarząd Macierzy Szkolnej w Gdańsku

W związku z ogłoszeniem nowego Kodeksu karnego, jak również szeregu nowych ustaw sanitarnych Państwowa Szkoła Higieny organizuje w drugiej połowie stycznia 1933 r. kurs dla lekarzy p. t.

„Prawodawstwo a zawód lekarza“.

Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczorowych trzy razy tygodniowo po 2 godziny. Ogółem godzin wykładowych 36.

Omówione będą następujące działy:

- 1) Prawodawstwo ogólne (kodeks karny i kodeks cywilny w stosunku do lekarzy).
- 2) Ustawy o organizacji służby zdrowia.
- 3) Prawodawstwo sanitarne dotyczące się chorób zakaźnych, chorób społecznych, higieny pracy, zakładów leczniczych, farmacji, statystyki lekarskiej.
- 4) Zdrowie publiczne na terenie międzynarodowym.
- 5) Prawodawstwo sanitarne wojskowe.
- 6) Ubezpieczenia społeczne krótko i długoterminowe.
- 7) Prawodawstwo lekarskie zawodowe.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje do 1 stycznia 1933 r. i udziela wszelkich informacji Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Chocimska 24 (telefon 8-94-81).



Stosuje się zamiast znacznie droższych wyrobów zagranicznych.

CRESOLAN

BARCIKOWSKIEGO

Sirup. phospho-cresotieus c. codeino

Nr. rej. M. S. W. 1031.

Skuteczny preparat stosowany przy cierpieniach oddechowych, gruźlicy, grypie, kaszlu, dychawicy i przewlekłych nieżytach płuc.

Literaturę i próby wysyła:

„WITAMINA“ S. A. Warszawa, ul. Długa 23

Tel. 11.57-48.

Wspomnienia pośmiertne

ś. p. Dr. Henryk Dąbrowski

W dniu 5 sierpnia 1932 r. zmarł Dr. Henryk Dąbrowski, Naczelny Lekarz Szpitala Kolejowego w Wilnie.

Dr. Henryk Dąbrowski urodził się w 1882 r. na Wileńszczyźnie. Po ukończeniu gimnazjum w Petersburgu wstępuje do Uniwersytetu Warszawskiego na Wydział lekarski, poczem przenosi się na uniwersytet w Dorpacie, gdzie w 1912 r. otrzymuje dyplom lekarski.

Po uzyskaniu dyplomu odsluguje wojsko jako lekarz w Wilnie, gdzie go zastaje wojna wszechświatowa. Wojnę przebywa na froncie. Z chwilą utworzenia Wojska Polskiego przechodzi do szeregów Armji Polskiej i znowu pełni służbę na froncie.

W 1920 r. przenosi się do Wilna do Dywizji gen. Żeligowskiego i w randze majora-lekarza jest starszym ordynatorem oddziału chorób zakaźnych, a później chorób wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Wilnie. W 1925 r. podaje się do dymisji, opuszcza wojsko i obejmuje stanowisko Dyrektora Sanatorium Kolejowego we Włodawie. W 1930 r. przenosi się do Wilna na stanowisko Naczelnego Lekarza Szpitala Kolejowego, gdzie niestrudzenie pracuje prawie do ostatnich chwil życia i pozostawia po sobie głęboki żal kolegów i podwładnych.

Cześć Jego pamięci!

ś. p. Dr. Antoni Habdank Białobrzeski

Dnia 1 grudnia 1932 r. po ciężkich cierpieniach zmarł w Poznaniu kolega ś. p. Antoni Habdank Białobrzeski, doktor medycyny, lekarz rejonowy DOKP w Poznaniu, lekarz powiatowy na powiat Średzki, lekarz obwodowy Kasy Chorych w Środzie, oraz P. Lek. dla prac P.

S. p. kolega Białobrzeski po ukończeniu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Moskwie w 1904 r. pracował w ciągu paru lat w klinice ginekologicznej prof. Otta w Petersburgu oraz w ciągu dwu lat specjalizował się w tejże dziedzinie w Uniwersytecie w Paryżu.

Po powrocie z Paryża 4 blisko lata przed wojną światową mieszkał w Jalcie na Krymie, gdzie cieszył się szeroką praktyką jako wybitny ginekolog.

W połowie 1918 r. powraca z wojny do kraju, gdzie wkrótce dotyka go wskutek wycieńczenia nerwowego wojennego choroba skóry, która robi go nieczynnym na dłuższy czas.

Od 1924 r. po wyzdrowieniu osiedla się we Środzie gdzie obejmuje wyżej wymienione stanowiska w powiecie, a od 1928 r. na kolei.

Różnorodna działalność tego wybitnego kolegi, szeroka erudycja oraz prawy i otwarty charakter zostały ocenione przez współpracujących lekarzy jako też przez szeroki ogół społeczeństwa: ś. p. Białobrzeski był lubiany i ceniony przez wszystkich, z którymi się stykał w życiu jako lekarz, jako kolega i również jako zwierzchnik.

S. p. kolega Białobrzeski pozostawił po sobie żonę i córkę.

Cześć Jego pamięci!

ś. p. Dr. Józef Żynda

Dnia 15 kwietnia 1932 r. zmarł w Pucku lekarz rejonowy, Dr. Józef Żynda w 68 roku życia, odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi za pracę społeczną i narodową na Ziemi Kaszubskiej.

Jako kolega był zawsze szczery i otwarty, przyczem stałe wykazywał wielkie zainteresowanie sprawami Koła i brał czynny udział w pracach Zrzeszenia.

Zmarły urodził się 21 lutego 1864 r. w stolicy Kaszub, Kościerzynie, gimnazjum ukończył w Chełmnie, Uniwersytet zaś—w Würzburgu w Niemczech w 1892 r.

Cześć Jego pamięci!

ś. p. Dr. Ludwik Witman

Ś. p. Dr. med. Ludwik Witmann, urodził się 11.VIII 1894 roku w Częstochowie.

W roku 1914 kończy gimnazjum filologiczne w Częstochowie. W ciągu następnych dwóch lat jest nauczycielem gimnazjum.

W 1916 r. wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. W 1918 r. wstępuje jako ochotnik do tworzącej się Armii Polskiej w szeregach t. zw. Legji Akademickiej. W armii pozostając, jako podporucznik do 1921 r. bierze udział w bojach Legji Akademickiej a następnie wraz z 202 pułkiem piechoty, do którego został przeniesiony, w walkach roku 1920. W lipcu 1923 r. kończy Wydział lekarski U. W., otrzymując dyplom doktora wszechnauk lekarskich. Jeszcze jako student oddaje się z dużym zamiłowaniem studjom nad bakterjologją pracując w laboratorium D-ra Serkowskiego w Warszawie. W tym czasie wykonywa i publikuje swą pracę p. t. „Nowa metoda hodowli bakterji tyfusu brzuszego“ (Warszawa 1921 r.). Po ukończeniu studjów dopełnia je, pracując w Szpitalu Wolskim i w Zakładzie położniczym św. Zofji w Warszawie. W roku 1924 obejmuje praktykę lekarza Kasy Chorych w Bobrownikach, a następnie w 1926 r. przenosi się na lekarza okręgowego Spółki Brackiej w Radzionkowie, gdzie pozostaje aż do śmierci.

Cześć Jego pamięci!

„BIULETYN URZĘDNICZY“

organ Związku Stowarzyszeń Urzędników Państwowych z wykształceniem akademickim, a więc: inżynierów, lekarzy i prawników wszystkich działów administracji państwowej.

jest poświęcony zagadnieniom administracji państwowej, sprawom ogółu urzędników oraz urzędników z wykształceniem akademickim

Prenumerata wynosi:

rocznie	12 zł.
półrocznie	6 zł.
cena pojedynczego egzemplarza	1 zł.
cena podwójnego egzemplarza .	2 zł.

Członkowie Stowarzyszeń, należących, do Związku otrzymują „Biuletyn Urzędniczy“ bezpłatnie.

Zgłoszenia prenumeraty przyjmuje każdy Urząd Pocztowy. Prenumeratę wpłacać należy na konto czekowe w P. K. O. Nr. 20.254. Właściciel Konta: Związek Stowarzyszeń Urzędników Państwowych z wykształceniem akademickim.

Redakcja i Administracja przyjmuje od godziny 10 — 15 i od 18 — 19, Warszawa, Miodowa 14 m. 20.

S p i s r z e c z y

1. Dr. Umiastowski i Dr. M. Milewska — Antygen metylowy w leczeniu gruźlicy oka	str. 1.
2. Dr. Al. Karnicki — Wspomnienia z dziesięcioletniej pracy na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kol. na Wilczej Łapie w Wilnie	„ 9.
3. Dr. J. Dobrzański — Znieczulenie rdzeniowe w świetle cyfr Szpit. Kol. w Wilnie	„ 18.
4. Dr. W. Karnicki — Poglądy i metody lecznicze panujące obecnie w zakładach i klinikach położniczo-ginekologicznych Francji i Niemiec, a kierunek oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala Kolejowego w Wilnie	„ 32.
5. Dr. L. Sułkowski — Zarys powstania i działalności dziesięcioletniej Szpit. Kol. w Wilnie	„ 68.
6. Dr. W. Umiastowski — Rys historyczny Sanatorium Kolejowego na Wilczej Łapie ,	„ 75.
7. Streszczenia	„ 78.
8. Kronika	„ 89.

S o m m a i r e

1. Dr. W. Umiastowski et Dr. M. Milewska—L'antygène méthylique dans la thérapeutique de la tuberculose oculaire	p. 1.
2. Dr. A. Karnicki — Mes mémoires de mon travail pendant 10 ans à l'Hôpital des chemins de fer à Vilno „ 9.	„ 9.
3. Dr. G. Dobrzański — La Rachianesthésie dans les opérations gynécologiques et obstétrique sà l'Hôpital des chemins de fer à Vilno	„ 18.
4. Dr. W. Karnicki — Les avis et les méthodes thérapeutiques des cliniques françaises et allemandes et le point de vue du service de gynécologie et d'accouchement de l'Hôpital des chemins de fer à Vilno	„ 32.
5. Dr. L. Sułkowski —Essai historique de l'Hôpital des chemins de fer à Vilno	„ 68.
6. Dr. Umiastowski — Essai historique de Sanatorium des chemins de fer à Vilno à l'occasion du 10 anniversaire „ 75.	„ 75.
7. Resumés	„ 78.
8. Chronique	„ 89.



Cultivaccin-Paul

ORYG. BIOPHARMA
NAZWA PRAWNIE ZASTRZEŻONA



Oczekiwane skuteczne
działanie zależy od
prawidłowej techniki szczepienia

NADZWYCZAJ SKUTECZNIE LECZY

RWE KULSZOWA

NERWOBÓLE

GOŚCIEC

MYALGJE

Od 1927 roku
stałe stosowana
klinicznie
i praktycznie

45
PRAC NAUKOWYCH
potwierdza
pomyślne wyniki
LECZENIA



Typowy odczyn skóry

Przedstawicielstwo i Skład na Polskę i w. m. Gdańsk,

Dom Handlowy M. ARCICHOWSKI

Warszawa, Gal. Luxemburga 61 63. Tel. 613-21. Adr. teleg. „Era”.



Wzmacnia nerwy i mięśnie
pobudza łaknienie i
przyrost wagi, przy-
śpiesza rekonwalescencję

FYTONAL

produkt całkowicie polski

zawiera około 22% czyn-
nego fosforu wyodrębnio-
nego z nasion roślinnych.

Pulvis ad recepturam
Capsulae gelatin. a 0,25 gr.
Liquidum (krople)

Ferro-Fytonal

Pulvis ad recepturam
Capsulae gelatin. a 0,25 gr.

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE

Fr. KARPIŃSKI
spółka akcyjna w Warszawie

