
Czasopismo Lekarskie

Przyczyny śmierci płodów w czasie porodu z uwzględnieniem danych statystycznych Częstochowskiego przytułku położniczego.

Napisał **Dr. Stanisław Nowak** (Częstochowa).

Każdy skurcz macicy w czasie porodu wywiera pewne działanie niepomysłne na płód; z jednej strony upośledza krążenie krwi u płodu, z drugiej — zwiększając ciśnienie wewnątrzmaciczne, naraża płód na większy ucisk.

Upośledzenie krążenia krwi u płodu w czasie skurczu macicy spowodowane jest zwężeniem naczyń krwionośnych macicy i zwiększonym ciśnieniem między włóknami mięśnia macicznego, które w II okresie porodowym, podług Schatza, wynosi 250 mml. Upośledzenie krążenia krwi u płodu w czasie skurczu macicy nie jest jednak znacznym dzięki tej okoliczności, że organizm matki zabezpiecza i ochrania do pewnego stopnia płód od szkodliwych następstw związanych ze zwężeniem naczyń krwionośnych macicy zwiększeniem ciśnienia między włóknami mięśnia macicznego.

Przedewszystkiem, jak to wykazały badania Fellnera, Fühha, Kröniga, Wiesnera, H. Schrödera, w czasie skurczu macicy wzrasta ciśnienie krwi u matki, dochodząc w II okresie porodowym do 220 — 350 mml.; wzmożone ciśnienie krwi przewyższa przeszkody w obiegu krwi, spowodowane przez skurcz macicy; następnie Lahs, Schatz, Gessner stwierdzili, że mięsień maciczny kurczy się nierównomiernie, że ta część macicy, gdzie przyczepione jest łożysko, kurczy się w znacznie słabszym stopniu, że dzięki temu, w tej części macicy naczynia krwionośne ulegają mniejszemu zwężeniu i że obieg jest tam mniej utrudniony. Schaeffer twierdzi że w czasie skurczu macicy następuje przyspieszenie obiegu krwi; Werth, H. Schröder, Schaeffer utrzymują, że w początku skurczu macicy następuje rozszerzenie światła tętnic macicy, wskutek czego macica otrzymuje znaczną ilość krwi tętniczej. — Jednym słowem dzięki powyższemu urządzeniu, o ile sprawność jest dobra, skurcze macicy nie są ciężowe, upośledzenie krążenia krwi u płodu w czasie skurczu macicy nie jest znaczne, wyrażając się jedynie wskutek podrażnienia nerwu błędnego i ośrodka naczynioruchowego płodu niernacznym zwolnieniem i wzmocnieniem tonów serca płodu.

Jajo płodowe znajduje się w jamie macicy pod ciśnieniem, które Lahs nazywa „Allgemeiner Inhaltsdruck“; każdy skurcz macicy

zwiększa ciśnienie wewnątrzmaciczne; wynosi ono przeciętnie 80 mml., w końcu zaś II okresu porodowego, na zasadzie badań Poulleta, Schatza, podnosi się do 150 — 180 mml.; płód, ulegając wewnątrzmacicznemu ciśnieniu, narażony jest w czasie każdego skurczu macicy na większy ucisk; dopóki jednak jajo płodowe jest całe, wzmożone ciśnienie wewnątrzmaciczne działa równomiernie, płód znajduje się wówczas pod równomiernie wzmożonem ciśnieniem; wzmagą się ono jednocześnie, jak to wykazał doświadczalnie Seitz, równomiernie i w klatce piersiowej i w jamie czaszki płodu; dopóki jajo płodowe jest całe lub też po pęknięciu pęcherza płodowego, poprzeczająca część płodu zamyka szczelnie ujście maciczne, nie pozwalając na uchodzenie wód płodowych, równomierny wzrost ciśnienia wewnątrzmacicznego nie odbija się zbyt szkodliwie na życiu płodu; po odejściu wód płodowych, ciśnienie wewnątrzmaciczne staje się nierównomierne, jedne części płodu ulegają mniejszemu, inne większemu uciskowi; jeżeli na zbyt wielki ucisk narażona jest pępowina lub mózg płodu, wówczas ucisk ten ma bardzo niepożądane następstwo dla płodu.

Ucisk pępowiny pociągnąć może za sobą zupełne zamknięcie światła jej naczyń, wstrzymanie krążenia krwi w pępowinie — pozbawienie płodu tlenu i nagromadzenia się kwasu węglanego we krwi płodu.

Ucisk czaszki płodu prowadzi do zmiany kształtu i zmniejszenia pojemności czaszki.

Zmiana kształtu czaszki płodu w czasie porodu wywiera stosunkowo nieznaczny wpływ na mózg; mózg płodu posiada pewną plastyczność i może dość łatwo przystosować się do kształtu czaszki, jakkolwiek niekiedy przy zmianie kształtu czaszki i przesuwaniu się kości jej, jak to wykazali Virchow, Weber i Kundrat może nastąpić rozrwane długiej zatoki żylnej.

Zawartość czaszki zmniejsza swą objętość dzięki temu, że część płynu mózgodzeniowego przechodzi do kanału rdzeniowego, część zostaje wessana przez naczynia chłonne; mózg płodu zawierając dużą ilość wody, jest sam bardzo mało ściśliwy i objętość jego może się zmniejszyć bardzo nieznacznie. Zmniejszenie pojemności czaszki prowadzi do ucisku mózgu i do podrażnienia nerwu błędnego i ośrodka naczynioruchowego płodu; ciśnienie krwi płodu podnosi się; dzięki wzmożonemu ciśnieniu krwi i łatwemu odpływowi krwi żylnej z naczyń krwionośnych mózgu, wskutek stosunkowo znacznej szerokości naczyń żylnych i otworów poszarpanych czaszki, co wykazał Seitz, odżywianie mózgu pomimo ucisku jego, jest przez pewien czas zupełnie dostateczne; objawy ucisku mózgu wyrażają się jedynie podrażnieniem nerwu błędnego i ośrodka naczynioruchowego, brak natomiast podrażnienia ośrodka oddechowego; tyczy się to szczególnie tych przypadków, gdzie zmiana kształtu, zmniejszenie pojemności czaszki i wzmaganie się ucisku mózgu następuje powoli, jak to stwierdzili doświadczalnie na psach Cushing, Naunyn i Schreiber; stopniowo jednak, przy wzmagającym się ucisku mózgu, zjawia się obrzęk mózgu i opon mózgowych, ucisk mózgu staje się większy, wzmożone ciśnienie krwi nie jest w stanie pokonać znacznych przeszkód w obiegu krwi w mózgu, odżywianie mózgu wskutek upośledzonego w nim krążenia krwi i na-

gromadzenia się kwasu węglanego staje się niedostateczne, następuje podrażnienie ośrodka oddechowego. Zjawia się ono znacznie prędzej, jeżeli stopniowo wzrastający ucisk mózgu zostanie nagle powiększony, np. w czasie operacji kleszczowej lub przy wydobywaniu główki. Nietylko jednej długotrwały i stopniowo zwrastający na ucisk mózgu wywołuje objawy ucisku; nagle powstający ucisk mózgu przy dobrym krążeniu krwi, np. w czasie ciężkiej operacji kleszczowej może się stać groźny dla życia płodu; ciśnienie krwi donoszonego płodu, podług badań Seitz, Ribemont'a, Vierordta, wynosi 75 — 100 mml.; Seitz stwierdził, że w czasie silnych pociągnięć kleszczowych ciśnienie wewnątrzczaszkowe sięga 85 — 95 mml.; przy wysokich kleszczach przy ściśnionej miednicy Seitz stwierdził, że ciśnienie wewnątrzczaszkowe sięga 250 — 300 mml.; tak znaczny ucisk, nie uszkadzając nawet mózgu, wywołać może śmierć płodu; często w czasie nagłego i silnego ucisku następuje rodzaj wstrząśnienia mózgu, szereg nieznacznych wybroczyn krwawych do ośrodków mózgowych, płody rodzą się w stanie zamartwicy z rzadkimi oddechami i uderzeniami serca i giną, pomimo wszelkich usiłowań docucenia ich; w cięższych przypadkach następuje złamanie czaszki z uszkodzeniami mózgu lub wylewy krwawe do mózgu; wylew krwawy następuje najczęściej wskutek pęknięcia długiej zatoki żyłnej, rzadziej poprzecznej lub prostej; niekiedy zdarza się wylew krwawy do komór mózgowych; wylewy krwawe następują w czasie ciężkich operacji kleszczowych, wydobywaniu główki następującej, niekiedy jednak w czasie normalnego porodu; płody rodzą się martwe lub z objawami ucisku mózgu; niekiedy płody rodzą się pozornie zdrowe i umierają nagle po kilku dniach.

Dopóki skurcze macicy nie są zbyt częste i nie mają charakteru tępcowych, dopóki ciśnienie wewnątrzmaciczne działa równomiernie na wszystkie części jaja płodowego i nie jest nadmierne, dopóty krążenie krwi w łożysku i u matki jest zupełnie prawidłowe, dopóty krążenie krwi u płodu jest normalne i krótkotrwałe upośledzenie jego w czasie skurczu macicy nie pociąga za sobą żadnych poważniejszych następstw dla płodu; rzecz się ma inaczej, jeżeli skurcze macicy są bardzo częste, tępcowe, jeżeli wody płodowe odeszły i ciśnienie wewnątrzmaciczne jest znaczne i nierównomierne, jeżeli szczególnie na znaczny ucisk narażona jest pępowina lub główka płodu, jeżeli nastąpiło odklejenie się łożyska, jeżeli stan matki jest groźny i czynność jej serca i płuc nieprawidłowa; wówczas krążenie krwi u płodu jest stale upośledzone, krew płodu staje się ubogą w tlen, we krwi płodu nagromadza się w znacznej ilości kwas węglany.

Pierwszym objawem grożącego niebezpieczeństwa dla płodu, jest stałe zwolnienie tętna, utrzymujące się nietylko w czasie skurczu macicy, lecz i w czasie pauzy; w warunkach normalnych, w czasie skurczu macicy wskutek chwilowo zwiększonej ilości kwasu węglanego we krwi płodu następuje zmniejszenie ilości uderzeń serca o kilkanaście uderzeń na minutę, w czasie pauzy tętno staje się znówu częstsze i wraca do poprzedniego stanu; przyczynę zwolnienia tętna w czasie skurczu macicy upatrywać należy, zdaniem Schultzego, w podrażnieniu nerwu błędnego przez nadmiar kwasu węglanego we krwi płodu; jeżeli tętno płodu jest stale zwolnione i liczba uderzeń serca nie prze-

plodu i stałego podrażnienia nerwu błędnego; niekiedy jednak stałe przyspieszenie tętna poprzedza zwolnienie jego; uważać je należy jako dowód nie porażenia nerwu błędnego, lecz podrażnienia nerwu przyspieszającego uderzenia serca. W okresie rozpoczynającego się wyczerpania nerwu błędnego, działalność serca staje się nieprawidłową z szybko następującymi po sobie zmianami w częstości tętna; zachowanie się tętna płodu daje najlepsze wskazówki co do stanu życia płodu i grożącego mu niebezpieczeństwa.

Jednocześnie z podrażnieniem nerwu błędnego i stałego zwolnienia tętna następuje u płodu podrażnienie ośrodka naczyńioruchowego; ciśnienie krwi płodu podnosi się, serce działa z większą siłą; serce płodu w czasie porodu, zdaniem Müllera, jest stosunkowo najbardziej zdolne do wykonywania wzmożonej pracy; wówczas wypada 6,3 grm. wagi serca na 1 klgr. wagi ciała, u dorosłego człowieka 4,84 grm.

Stale utrzymujący się brak dostatecznej ilości tlenu i nadmiar kwasu węglanego pociąga za sobą w końcu podrażnienie ośrodka oddechowego i zjawienie się przedwczesnego oddechu u płodu; wykazał to po raz pierwszy Schwartz, potwierdzili zaś Kehrer, Runge i inni.

Ośrodek oddechowy u płodu jest stosunkowo mało pobudliwy i przez długi czas nie wpływa nań zwiększona ilość kwasu węglanego i niedostateczna ilość tlenu we krwi płodu; ta mała pobudliwość ośrodka oddechowego u płodu ma swe źródło prawdopodobnie, po pierwsze w tem, że krew płodu, oprócz żyły pępowinowej i rozgałęzień jej żyły wrotnej i przewodu Arancjusza, nie jest nigdzie czysto tętnicza, a mieszana, tętniczo-żylna; ośrodek oddechowy jest więc niejako przyzwyczajony do pewnej dość znacznej ilości kwasu węglanego i względnego braku tlenu; powtóre w tem, że ośrodek oddechowy, będąc nieczynny w czasie życia płodowego, wymaga dla swego podrażnienia silnego bodźca, czyli nagle powstałego i znacznego nagromadzenia się kwasu węglanego we krwi; jeżeli więc nagromadzanie się kwasu węglanego we krwi idzie powoli, stopniowo, wówczas przez długi czas brak podrażnienia ośrodka oddechowego; niekiedy wskutek stopniowo wzrastającego nagromadzania się kwasu węglanego następuje zupełne porażenie ośrodka oddechowego.

Przedwczesny oddech płodu może być również wywołany przy powoli wzrastającym nagromadzeniu się kwasu węglanego, bądź przez nagłe podniesienie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego jak np. przy operacji kleszczowej, bądź przez podrażnienie skóry płodu, np. przy obrotach, dzięki działaniu odruchowemu na ośrodek oddechowy.

Przedwczesny oddech płodu działa nań zabójczo wskutek zmian, jakie wywołuje w krążeniu i ciśnieniu krwi u płodu, i wskutek braku powietrza, któremby płód mógł oddychać, wzamian którego przy oddechu dostają się do ust, krtani, tchawicy, — śluz, smołka, wody płodowe etc.; jeżeli poród nie zostanie natychmiast ukończony, następuje śmierć płodu. Śmierć płodu w czasie porodu, zdaniem Schultzego, jest zawsze śmiercią z zaduszenia.

W czasie każdego porodu każdy płód bywa narażony na poważne niebezpieczeństwo utraty życia; jeżeli więc w czasie porodu ginie stosunkowo niewiele płodów, przypisać to należy dużej odporności

nosi 100 na minutę, jest to dowodem grożącego niebezpieczeństwa dla płodów i dużej zdolności ich do przystosowywania się do nowych i niezwykłych dla nich warunków życiowych; energiczna czynność serca płodu, zdolna pokonywać znaczne przeszkody w obiegu krwi, łatwa pobudliwość ośrodka naczynioruchowego, mała pobudliwość ośrodka oddechowego, plastyczność główki i mózgu płodu mają ogromne znaczenie w czasie porodu i ochraniają niejednokrotnie płód od szkodliwych następstw, związanych z wzmożonym uciskiem wewnątrzmacicznym i upośledzonym krążeniem krwi. Tę wielką odporność płodów w czasie porodu należy do pewnego stopnia przypisać i temu, że dopóki istnieje pęcherz płodowy, ciśnienie wewnątrzmaciczne działa równomiernie na wszystkie części jaja płodowego; następnie temu, że o ile sprawność serca matki jest dostateczna, warunki krążenia krwi u płodu w czasie skurczów macicy, jeżeli nie są one tężcowe, ulegają stosunkowo nieznacznym zmianom; w czasie skurczu podnosi się ciśnienie krwi matki i, jak twierdzą niektórzy autorzy, zwiększa się szybkość obiegu krwi, na początku zaś skurczu następuje rozszerzenie tętnic macicy; duże znaczenie ma także ta okoliczność, że macica kurczy się nierównomiernie, i że ta część macicy, gdzie się przyczepia łożysko, kurczy się stosunkowo nieznacznie, w czasie skurczu macicy ilość krwi w macicy ulega więc nieznacznemu zmniejszeniu, wzmożone ciśnienie pokonywa opór w naczyniach, wywołany przez zwężenie naczyń krwionośnych macicy; płód znajdując tak dzielną pomoc w organizmie matki, który sam w czasie skurczu macicy stara się wyrównać braki w krążeniu krwi w macicy i u płodu, odpowiada jedynie nieznacznym zwolnieniem tętna i nieznacznym podniesieniem się ciśnienia krwi w czasie każdego skurczu macicy.

II.

Śmiertelność płodów w czasie porodu w zakładach położniczych jest stosunkowo bardzo znaczna z tego powodu, że do zakładów położniczych zgłasza się bardzo wiele kobiet, które zazwyczaj rodzą bardzo ciężko.

W Częstochowskim Przytułku Położniczym od d. 1 Lipca 1899 r. do d. 1 Lipca 1908 r. urodziło się 1068 płodów, które były żywe w chwili rozpoczęcia się czynności porodowej i które mogły być zdolne do życia (dziesięć —, dziewięć —, i ośmiomiesięczne).

A) Ilość martwo urodzonych płodów i przyczyny śmierci płodów.

Tablica I.

		% ₀₀
1. Ogólna ilość płodów.	1068	1000,0
2. Ilość płodów, zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	45	42,1
3. Ilość płodów; zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	55	51,5
4. Ilość płodów, urodzonych w zamartwicy niedocuconych.	18	16,9
5. Ogólna ilość martwo urodzonych.	118	110,5
6. Ilość noworodków zmarłych w zakładzie		

po porodzie wskutek prawdopodobnych uszkodzeń w czasie porodu.	6	5,6
7. Ogólna ilość płodów zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	124	116,1
8. Ogólna ilość płodów żywych w chwili przyjęcia rodzącej do zakładu.	1023	1000,0
9. Ogólna ilość płodów zmarłych w zakładzie w czasie i wskutek porodu.	79	77,2

Na tak znaczny odsetek martwo urodzonych płodów wpływała ta okoliczność, że do zakładu były kierowane przez lekarzy i akuszerki w dużej ilości ciężkie przypadki położnicze, gdy z powodu niepomyślnych warunków domowych nie można było uskutecznić odpowiednich zabiegów położniczych na miejscu w mieszkaniu rodzącej.

Najprawdopodobniejszą przyczynę śmierci 45 płodów, które zmarły w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu stanowiły:

Tablica II.

		‰	
1. Cierpienie płodu: ogólny obrzęk ciała płodu.	1	22,2	
2. Nieprawidłowości pępowiny i łożyska:			
a) wypadnięcie pępowiny;	13	288,8	19
b) kilkakrotne okręcenie pępowiny naokoło szyi, tułowia, kończyn;	3	66,7	
c) przedwczesne odklejenie łożyska przy przodowaniu jego.	3	66,7	
3. Drgawki porodowe rodzącej.	1	22,2	412,4‰
4. Pęknięcie macicy.	5	111,1	
5. Długie trwanie porodu i przedwczesne odejście wód płodowych:			
a) przy poprzecznych i skośnych położeniach;	6	133,4	16
b) przy czaszkowych położeniach bez ścieśnienia miednicy;	3	66,7	
c) przy ścieśnieniu miednicy przy czaszkowych położeniach.	7	155,5	
6. Przyczyny nieokreślone.	3	66,7	356,6‰

Śmierć płodu w czasie porodu bywa niejednokrotnie skutkiem kilku jednocześnie działających i ze strony matki i ze strony jaja płodowego przyczyn, nie zawsze więc można ściśle określić przyczynę śmierci.

Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie i urodzonych w zamartwicy, niedocuconych, wynosi razem 73 (55 + 18); najprawdopodobniejszą przyczynę śmierci ich stanowiły:

Tablica III.

		‰	
1. Cierpienia płodu: ogólny obrzęk ciała.	1	13,7	
2. Cierpienia płodu i matki: kiła.	2	27,4	} raz obrót.
3. Cierpienia matki: niewyrównana wada serca.	1	13,7	
4. Drgawki porodowe rodzącej.	4	54,8	} raz wymóżdzenie, raz obrót.
5. Śmierć rodzącej przed rozwiązaniem.	1	13,7	
6. Nieprawidłowości pępowiny i łożyska:			
a) wypadnięcie pępowiny	7	95,8	} raz kleszcze, raz obrót, cztery razy wymóżdż.
b) okręcenie pępowiny	1	13,7	
c) rozerwanie pępowiny	1	13,7	} kleszcze.
d) przedwczesne odklejenie łożyska przy przodowaniu jego	2	27,4	
e) wypadnięcie łożyska	1	13,7	} dwa obroty.
7. Przedwczesne odejście wód płodowych i długie trwanie II okresu porodowego:			
a) przy braku ściśnięcia miednicy lub ściśnieniu I. stopnia przy czaszkowych położeniach płodu	5	68,5	} dwa razy kleszcze; to-ny serca płodu w chwili nakładania kleszczy niesłyszalne.
b) przy braku ściśnięcia miednicy ze sprężną prawdziwą niżej 9 ctm.:			
aa) wymóżdżenia;	11	150,6	} raz wodogłowie wszystkie żywe w chwili rozpoczęcia operacji.
bb) obroty profilaktyczne z wymóżdżeniem następującej główki.	4	54,8	
cc) obroty profilaktyczne;	1	13,7	
dd) obroty przy poprzecznych i skośnych położeniach płodu;	2	27,4	
ee) pomoc ręczna przy nóżkowem położeniu płodu;	2	27,4	
ff) kleszcze wysokie;	9	123,2	
gg) kleszcze zwykłe;	1	13,7	} położenie twarzowe.
hh) sztuczny poród przedwczesny.	1	13,7	
			} pępow. 2 razy okręcona

		%.	
8. Operacje położnicze przy braku ścieśnienia miednicy lub ścieśnieniu I stopnia:			
a) obroty przy poprzecznem położeniu;	7	95,8	} raz wymóżdzenie następującej główki i przecięcie obojczyka; raz — wyluszczenie barków. } pępowina okręcona.
b) obroty profilaktyczne;	2	27,4	
c) kleszcze zwyczajne;	1	18,7	
d) pomoc ręczna przy nóżkowych i pośladowych położeniach.	4	54,8	
9. Przyczyny nieokreślone.	2	27,4	

U sześciu noworodków, zmarłych w zakładzie po porodzie przyczynę śmierci należy upatrywać w akcie porodu i w ewentualnych uszkodzeniach w czasie porodu.

	Zabieg operacyjny	Na który dzień po porodzie zmarł.	
1	kleszcze	na 3 dzień	cucony sposobem Schultzego.
2	obróć	"	sztuczny poród przedwczesny z powodu drgawek porodowych rodzącej; cucony sposobem Schultzego.
3	"	"	cucony sposobem Schultzego.
4	"	na 2 dzień	sztuczny poród przedwczesny z powodu ścieśnienia miednicy; cucony sposobem Schultzego.
5	"	na 6 dzień	obróć profilaktyczny; cucony sposobem Schultzego.
6	pomoc ręczna	po 6 godzinach	cucony sposobem Schultzego; waga płodu 5530 grm.

B. Płeć i śmiertelność płodów.

Z pośród 1068 płodów, płeć zanotowano u 1009 płodów; w tej liczbie było płodów płci męskiej 551, płci żeńskiej 458.

Śmiertelność chłopców i dziewczynek przedstawia się następująco:

Tablica IV.

	Chłopców		Dziewcz.		Ilość oper. przypad.	
	‰		‰		chl.	dz.
1. Ogólna ilość.	551	1000,0	458	1000,0	137	111
2. Ilość zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	24	43,7	13	28,4	16	11

	Chłopców		Dziewcz.		Ilość oper. przypad.	
	‰		‰		chl.	dz.
3. Ilość zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	33	58,2	14	30,6	27	11
4. Ilość urodzonych w zamartwicy, niedocuconych.	11	20,0	6	13,1	8	5
5. Ilość zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	4	7,3	2	4,4	4	2
6. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	72	129,2	35	76,5	55	29

U 59 płodów nie zanotowano płci, w tej liczbie u 8 zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu, 8 zmarłych w czasie porodu w zakładzie i 1 urodzonego w zamartwicy niedocuconego, razem u 17 martwo urodzonych; przypuszczając nawet, że w liczbie 17 płodów martwo urodzonych, u których nie zanotowano płci, była znaczna przewaga dziewczynek, to pomimo tego uderzająco wielką wyda się śmiertelność chłopców w czasie porodu w porównaniu z śmiertelnością dziewczynek. Na znacznie większą śmiertelność chłopców w czasie i z powodu porodu wpływa większa objętość główki i nie tylko bezwzględnie, lecz i stosunkowo znaczniejsza wielkość i waga mózgu chłopców, w zakładzie przeciętnie obwód główki nowonarodzonego chłopca wynosił 35 ctm., nowonarodzonej dziewczynki — 33 ctm.; oczywiście są to cyfry, dające niezupełnie ściśle wyliczenia z tego powodu, że płody rodzą się częstokroć z zniekształconą główką wskutek przedgłowia lub zachodzenia kości czaszkowych; w każdym razie wskazują one wyraźnie na większą objętość główki u chłopców; bezpośrednich danych z zakładu, dotyczących się wagi mózgu nowonarodzonych chłopców i dziewczynek brak. (Schultze wylicza, że u nowonarodzonego chłopca waga mózgu stanowi $\frac{1}{8,8}$ część wagi ciała, — u nowonarodzonej dziewczynki — $\frac{1}{9,8}$ część). Chłopcy są więc w czasie porodu znacznie więcej narażeni na niebezpieczeństwo utraty życia, związane z uciskiem mózgu i nieprawidłowością w obiegu krwi.

C. Śmiertelność płodów z wieloródek i u pierwiastek.

Śmiertelność płodów, zrodzonych z wieloródek była w zakładzie znacznie większa, niż śmiertelność płodów, zrodzonych u pierwiastek; znaczna przewaga martwo urodzonych płodów z wieloródek tłumaczy się tem, że u wieloródek trafiają się znacznie częściej poprzeczne, nóżkowe etc. położenia płodów, że u nich wskutek ustalenia się części poprzedzającej płodu dopiero w czasie porodu, spotyka się znacznie częściej wypadnięcie pępowiny, że płody wieloródek są większe, główki są większe; możliwym jest jednak, że większa śmiertelność płodów zrodzonych z wieloródek, może być do pewnego stopnia objaśniona tą okolicznością, że do zakładu udają się częstokroć rodzące, które zazwyczaj rodzą ciężko.

Obwód główki noworodka zrodzonego z wieloródki wynosił przeciętnie 35 ctm., — zrodzonego z pierwiastki — 34 ctm.

U 1014 noworodków zanotowano, czy matką ich była wieloródka czy też pierwiastka.

Tablica V.

	zrodzonych z pierwiast.		zrodzonych z wieloród.		Ilość oper. przypad.	
	‰		‰		u pier- wiast.	u wielo- rówek
1. Ogólna ilość płodów.	420	1000,0	594	1000,0	84	186
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	11	26,2	32	53,9	8	22
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	19	45,2	36	60,6	13	34
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy, niedocuczonych.	7	16,8	11	18,5	4	10
5. Ilość noworodków zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	2	4,8	4	6,7	2	4
6. Ogólna ilość zmarłych w czasie i wskutek porodu.	39	92,9	83	139,7	27	70

Uderzająco wielką była ilość operacyjnych przypadków u wielorówek w porównaniu z pierwiastkami; u wielorówek ilość operacyjnych przypadków wynosiła 313‰, u pierwiastek — 200‰.

D. Śmiertelność płodów i położenie płodów w jamie macicy.

U 1022 płodów zanotowano położenie, w jakim płód się rodził; śmiertelność płodów w zależności od położenia była następująca:

Patrz str. 339, tablica VI.

Tablica VI.

	U r o d z o n y c h w p o l o z e n i u						
	czaszkowem ‰/∞	twarzowem ‰/∞	czołowem ‰/∞	pośladkowem ‰/∞	nóżkowem ‰/∞	skośnem i poprzeczn. ‰/∞	
1. Ogólna ilość płodów.	912 1000,0	9 1000,0	2 1000,0	26 1000,0	22 1000,0	51 1000,0	
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	28 30,7	2 222,2	—	3 115,4	—	9 176,5	
3. Ilość płodów, zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	41 45,0	1 111,1	1 500,0	—	3 136,4	9 176,5	
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy, niedocucowanych.	9 9,9	—	1 500,0	2 76,9	1 45,5	3 58,8	
5. Ilość zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	3 3,3	—	—	1 38,5	—	2 39,2	
6. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	81 88,9	3 333,3	2 1000,0	6 230,8	4 181,9	23 451,0	

E. Śmiertelność płodów i ścieśnienia miednicy.

W przypadkach ścieśnienia miednicy do bardzo częstych zjawisk należą poprzeczne, skośne, nóżkowe etc. położenia płodu, wypadnięcie pępowiny, przedwczesne odejście wód płodowych, długie trwanie porodu etc.; główka płodu i pępowina bywają więc bardzo często narażone na znaczny ucisk, poród częstokroć musi być ukończony za pomocą zabiegów operacyjnych, jednym słowem śmiertelność płodów przy ścieśnieniu miednicy bywa bardzo wysoka.

Sprężna prawdziwa kobiet, które rodziły w zakładzie, wynosiła przeciętnie nie więcej, jak 10 ctm.

W zakładzie było 55 przypadków płaskiej miednicy ze sprężną prawdziwą niżej 9 ctm. i 90 przypadków ogólnie ścieśnionej miednicy ze sprężną prawdziwą niżej 9 ctm.

Z liczby 55 płodów, zrodzonych z kobiet z płaską miednicą ze sprężną prawdziwą niżej 9 ctm., 25 — było zrodzonych z pierwiatek, 30 — z wieloródek; 30 płodów urodziło się siłami natury, 25 — za pomocą zabiegów operacyjnych.

Tablica VII.

	% ^{oo}		Zrodzonych				Urodzonych			
			z pierw. % ^{oo}		z wiel. % ^{oo}		sił. nat. % ^{oo}		dr. oper. % ^{oo}	
1. Ogólna ilość płodów.	55	1000,0	25	1000,0	30	1000,0	30	1000,0	25	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	8	145,5	4	160,0	4	133,3	3	100,0	5	200,0
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	9	163,6	1	40,0	8	266,7	1	33,3	8	320,0
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedocuconych.	2	36,4	—	—	2	66,7	—	—	2	80,0
5. Ilość płodów zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	1	18,2	—	—	1	33,3	—	—	1	40,0
6. Ogólna ilość płodów zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	20	363,7	5	200,0	15	500,0	4	133,3	16	640,0

Z pośród 25 płodów, zrodzonych z pierwiastek — 19 urodziło się siłami natury, 6 — na drodze operacyjnej; z pośród 30 płodów zrodzonych z wieloródek — 11 urodziło się siłami natury, — 19 za pomocą zabiegów operacyjnych.

Tablica VIII.

	z pierwiast.		z wieloród.	
	‰		‰	
1. Ilość płodów urodzonych siłami natury.	19	760,0	11	366,3
2. Ilość płodów urodzonych na drodze operacyjnej.	6	240,0	19	633,7

Co się tyczy śmiertelności płodów z powodu porodu w zależności od płci, to z 52 płodów u których zanotowano płeć, na 28 chłopców zmarło 11, co stanowi 392,8‰, na 24 dziewczynki zmarło 7, co stanowi 291,7‰.

Przy rozpatrywaniu śmiertelności płodów, zrodzonych z kobiet z płaską miednicą ze sprzężną prawdziwą niżej 9 ctm., uderza nadzwyczaj wielka śmiertelność płodów, zrodzonych z wieloródek i znacznie większa ilość przypadków operacyjnych wśród wieloródek w porównaniu z pierwiastkami.

Przyczyny śmierci płodów były następujące:

Tablica IX.

	Przed przy- biciem rodz.	W zakładzie w czasie por.	Niedocucane.	Po porodzie.	Ogółem.
1. Cierpienie ciała (ogólny obrzęk ciała).	—	1	—	—	1
2. Drgawki porodowe rodzącej (kleszcze).	1	—	—	—	1
3. Pęknięcie macicy (Porro).	1	—	—	—	1
4. Wypadnięcie pępowiny (3 wymóżdżenia).	3	3	—	—	6
5. Rozerwanie pępowiny (kleszcze).	—	1	—	—	1
6. Długie trwanie porodu i przedwczesne odejście wód płodowych (1 wymóżdżenie).	3	1	—	—	4
7. Obrót profilaktyczny z wymóżdżeniem.	—	1	—	—	1
8. Obrót przy poprzecznym położeniu.	—	1	—	—	1
9. Pomoc ręczna przy nóżkowem położeniu.	—	1	—	—	1
10. Wysokie kleszcze.	—	—	2	—	2
11. Poród sztuczny przedwczesny z obrotem.	—	—	—	1	1

W zakładzie było 90 przypadków ogólnie ścieśnionej miednicy ze sprężną prawdziwą niżej 9 ct., jeden poród był bliźniaczy, płodów urodziło się więc 91.

Z liczby 91 płodów, 44 były zrodzone z pierwiastek, z wieloródek, — 43 płody urodziły się siłami natury, 48 — za pomocą zabiegów operacyjnych.

Śmiertelność płodów była następująca:

Tablica X.

	‰		Zrodzonych				Urodzonych			
			z pierw. ‰		z wiel. ‰		sił. nat. ‰		dr. oper. ‰	
1. Ogólna ilość płodów.	91	1000,0	44	1000,0	47	1000,0	43	1000,0	48	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	6	66,0	2	45,5	4	85,1	2	46,5	4	83,3
3. Ilość zmarłych w zakładzie w czasie porodu.	14	153,8	4	91,0	10	212,8	—	—	14	291,7
4. Ilość urodzonych w zamartwicy niedocucanych.	5	55,0	3	68,1	2	42,5	1	23,2	4	83,3
5. Ilość zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	1	11,0	—	—	1	21,3	—	—	1	20,8
6. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	26	295,8	9	204,6	17	361,7	3	69,7	23	479,1

Z pośród 44 płodów zrodzonych z pierwiastek — 27 urodziło się siłami natury — 17 za pomocą zabiegów operacyjnych — z pośród 47, zrodzonych z wieloródek, — 16 siłami natury — 31 za pomocą zabiegów.

Tablica XI.

	z pierwiast. ‰		z wieloród. ‰	
1. Ilość płodów urodzonych siłami natury.	27	613,6	16	340,4
2. Ilość płodów urodzonych za pomocą zabiegów operacyjnych.	17	386,4	31	659,6

Co się tyczy śmiertelności płodów z powodu porodu w zależności od płci to z 86 płodów, u których zanotowano płeć, na 45 chłopców zmarło 15, co stanowi 333,0‰, na 41 dziewczynek — 6, co stanowi — 146,3‰.

Z 45 chłopców zrodzonych z kobiet z ogólnie ścieśnioną miednicą ze sprężną prawdziwą niżej 9 ctm., 12 ważyło mniej niż 3000 grm., z 41 dziewczynek — 21 mniej niż 3000 grm.; z 44 noworodków zrodzonych z pierwiastek — 24 ważyło mniej niż 3000 grm., z 48 zrodzonych z wieloródek — 9 ważyło mniej niż 300 grm.; być może, przyczyna znacznie większej śmiertelności płodów zrodzonych z wieloródek w porównaniu ze zrodzonymi z pierwiastek, znacznie wyższej śmiertelności chłopców w porównaniu z śmiertelnością dziewczynek, i na koniec znacznie większej ilości przypadków operacyjnych wśród wieloródek, znajduje się w znacznym stopniu w znacznie większych rozmiarach płodów zrodzonych z wieloródek i płodów płci męskiej.

Przyczyny śmierci płodów były następujące:

Tablica XII.

	Przed przy- ciem rodzącej.	W czasie po- rodu w zakł.	Niedocucone.	Po porodzie.	Ogółem.
1. Wypadnięcie pępowiny (wymóżdzenie).	1	—	—	—	1
2. Okręcenie pępowiny (kleszcze).	1	—	—	—	1
3. Długie trwanie porodu, przedwczesne odejście wód. (2 razy kleszcze, 2 razy wymóżdzenie).	4	2	1	—	7
4. Obrót profilaktyczny (raz wymóżdzenie następującej główki).	—	2	1	1	4
5. Wymóżdzenie żywego płodu (raz wodogłowiu).	—	5	—	—	5
6. Wysokie kleszcze (raz czołowe położenie).	—	1	3	—	4
7. Twarzowe położenie (kleszcze).	—	—	—	—	—
8. Obrót przy skośnem położeniu.	—	1	—	—	1
9. Pomoc ręczna przy nóżkowem położeniu.	—	1	—	—	1
10. Sztuczny poród przedwczesny.	—	1	—	—	1

Z rzadziej spotykanych miednic nieprawidłowych, w jednym przypadku istniała miednica kręgozmykowa, w dwóch przypadkach miednica zmiękczala, w jednym — miednica skośnie ścieśniona wskutek zapalenia stawu biodrowego (rodziła 2 razy w zakładzie). W przypadku miednicy kręgozmykowej z sprężną 8 ctm. u pierwiastki płód płci męskiej wagi 2470 grm., urodził się żywy siłami natury; w je-

dnym przypadku miednicy zmiękczałej ze sprzężną prawdziwą 6 ctm. u pierwiastki wykonano cięcie cesarskie wraz z wycięciem jajników, płód urodził się żywy, ważył 2630 grm płci żeńskiej; w drugim przypadku istniała miednica zmiękczała — przykryta, (rodząca wieloródka była przywieziona z pękniętą macicą, w agonii), płód płci żeńskiej martwy wydobyty został za pomocą cięcia brzuszego; w przypadku miednicy skośnie ścieśnionej po uprzednim zapaleniu stawu biodrowego, u wieloródki, pierwszy raz wydobyty płód płci żeńskiej żywy, za pomocą wysokich kleszczy, drugi raz — płci męskiej, również żywy, za pomocą obrotu póflaktycznego.

F. Śmiertelność płodów i czas odejścia wód płodowych.

Czas odejścia wód płodowych ma duży wpływ na śmiertelność płodów, szczególnie w przypadkach ścieśnienia miednicy lub poprzecznego położenia płodu; w 846 przypadkach można było dość dokładnie określić czas odejścia wód płodowych; śmiertelność płodów w związku z czasem odejścia wód płodowych przed urodzeniem się płodu, była następująca:

Tablica XIII.

	Czas odejścia wód płodowych.					
	mniej niż dwie godz.		od dwóch do pięciu godz.		więcej niż pięć godz.	
1. Ogólna ilość płodów.	532	1000,0	125	1000,0	189	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	4	7,5	2	16,0	25	132,3
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	12	22,5	8	64,0	32	169,3
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedocuconych.	3	5,7	1	8,0	11	58,2
5. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu.	25	35,7	14	88,0	68	359,8

Wpływu długości trwania porodu na śmiertelność płodów w czasie porodu, na zasadzie danych z zakładu, niepodobna określić z tego powodu, że olbrzymia większość rodzących przybywa do zakładu w czasie czynności porodowej, już daleko posuniętej.

G. Śmiertelność płodów w związku z uciskiem pępowiny.

Bardzo częstą przyczynę śmierci płodu w czasie porodu stanowi ucisk pępowiny; ucisk pępowiny, da się stwierdzić bezpośrednio najczęściej przy wypadnięciu pępowiny, niekiedy przy okręceniu pępowiny naokoło szyi lub tułowia płodu, w innych przypadkach jak np. przy przedwczesnem odejściu wód płodowych i znacznie wzmożo-

nem i nierównomiernem ciśnieniu wewnątrzmacicznym bez wypadnięcia lub okręcenia pępowiny, bezpośrednie stwierdzenie ucisku pępowiny jest prawie niemożliwe; w zakładzie, niestety, nie wszystkie przypadki okręcenia pępowiny były notowane, wobec czego dane dotyczące się wpływu okręcenia pępowiny na śmierć płodu w czasie porodu nie są zupełnie ścisłe; w każdym razie wskazują one na pewien niepomyślny wpływ okręcenia pępowiny na życie płodu; w jednym przypadku okręcenia pępowiny naokoło szyi w czasie operacji kleszczowej nastąpiło zgniecenie i rozerwanie pępowiny, płód urodził się martwy.

Tablica XIV.

	Przy wypadnięciu pępowiny. ‰		przy okręceniu pępowiny. ‰	
1. Ogólna ilość płodów.	27	1000,0	172	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	13	481,5	9	52,3
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	7	259,2	8	46,5
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedocuonych.	—	—	6	34,9
5. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu.	20	740,7	23	133,7

H. Śmiertelność płodów i przedwczesne odklejenie się łożyska.

Przedwczesne odklejenie się łożyska zmniejsza powierzchnię oddechową łożyska, a zarazem i ilość tlenu dostarczanego płodowi; jeżeli odklejenie się łożyska, choćby częściowe, nastąpi nagle, wówczas wskutek nagle powstałego zmniejszenia ilości tlenu dostarczanego płodowi, nastąpić może podrażnienie ośrodka oddechowego płodu i przedwczesny oddech; w zakładzie, w jednym przypadku nastąpiło odklejenie się łożyska i wypadnięcie jego przy umiejscowieniu się jego powyżej dolnego odcinka macicy, płód urodził się martwy; w 8 przypadkach było przedwczesne odklejenie się łożyska przy umiejscowieniu jego w dolnym odcinku macicy, dwa porody były bliźniacze, płodów urodziło się więc 10.

Patrz str. 346, tablica XV.

Tablica XV.

1. Ogólna ilość płodów.	10	1000,0	Z pięciu płodów żywych cztery płody bliźniacze 8 mies., słabo rozwinięte zmarły wkrótce po urodzeniu (w 1 godz.); piąty również 8 mies. zmarł po 4 dniach.
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej.	3	300,0	
3. Ilość płodów zmarł. w czasie porodu w zakładzie.	1	100,0	
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedocuczonych.	1	100,0	
5. Ogólna ilość płodów zmarłych w czasie porodu.	5	500,0	

Pęknięcie macicy, o ile płód żyje w chwili pęknięcia, pociąga za sobą śmierć płodu wskutek odklejenia się łożyska; w zakładzie było 5 przypadków pęknięcia macicy, przyczem rodzące były przywiezione do zakładu już po pęknięciu macicy; wszystkie płody były martwe; śmierć jednej rodzącej nastąpiła przed rozwiązaniem.

I. Śmiertelność płodów i drgawki porodowe rodzącej.

W przypadkach drgawek porodowych u rodzącej, płód bywa narażony na poważne niebezpieczeństwo utraty życia; w czasie napadu drgawek, wskutek zatrzymania się oddechu u rodzącej, gromadzi się we krwi płodu w dużej ilości kwas węglany, który spowodować może podrażnienie ośrodka oddechowego płodu; prawdopodobnem jest również, że wskutek bliżej nieznanego jeszcze zatrucia organizmu matki, następuje jednocześnie i zatrucie płodu, i że takowe również może wywołać śmierć płodu. — W zakładzie było 15 przypadków drgawek porodowych u rodzącej (jeden poród bliźniaczy, płodów urodziło się więc 16), i dwa przypadki drgawek w położu (płody urodziły się żywe).

Tablica XVI.

1. Ogólna ilość płodów.	16	1000,0	} jeden z powodu śmierci rodzącej przed rozwiąz.
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	1	62,5	
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie.	4	250,0	
4. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy, niedocuczonych.	1	62,5	
5. Ilość płodów zmarłych po porodzie wskutek porodu.	1	62,5	
6. Ogólna ilość zmarłych wskutek porodu.	7	437,5	

J. Śmiertelność płodów i choroby rodzącej.

W przypadkach cierpień serca rodzącej z objawami niewyrównania, obrzękami, dusznością, sinicą, w czasie każdego skurczu macicy, szczególnie w II okresie porodowym, sinica i duszność rodzącej zwiększają się, serce jej nie jest w stanie przezwyciężyć przeszkód w obiegu krwi, powstałych w czasie skurczu; płód narażony jest na duże niebezpieczeństwo wskutek grożącego zatrucia kwasem węglanym; w zakładzie był jeden podobny przypadek, płód zmarł w czasie porodu w zakładzie.

W niektórych przypadkach kiły, wskutek rozrostowego zapalenia błony wewnętrznej naczyń łożyska, następuje zwężenie światła tych naczyń; każdy skurcz macicy, powodując zwężenie naczyń macicy, upośledza w podobnych przypadkach w bardzo silnym stopniu krwobieg w naczyniach łożyska i naraża płód na znaczne niebezpieczeństwo; w zakładzie były dwa przypadki kiły rodzącej, w których płody zmarły w czasie porodu w zakładzie; w jednym przypadku, u wieloródki, było położenie poprzeczne płodu przy znacznej ilości wód płodowych, płód zmarł przed przystąpieniem do obrotu; w drugim przypadku, również u wieloródki, płód urodził się samodzielnie, martwy; w obu przypadkach śmierć płodów po wykluczeniu wszelkich możliwych przyczyn, objaśnić było można jedynie zmianami w naczyniach krwionośnych łożyska.

K. Śmierć płodu w związku z śmiercią rodzącej.

Śmierć rodzącej, o ile płód jest żywy w chwili śmierci matki, pociąga za sobą szybką śmierć płodu; w zakładzie był jeden podobny przypadek, gdy rodząca przywieziona do zakładu z powodu drgawek porodowych zmarła w kilka minut po przywiezieniu jej w czasie napagu drgawek.

L. Śmiertelność płodów i operacje kleszczowe.

Operacji kleszczowych było w zakładzie 92, w tej liczbie w 72 przypadkach były nakładane tak zwane zwyczajne kleszcze, w 20 — t. zw. wysokie kleszcze; w 88 przypadkach było czaszkowe położenie płodu, w 3 — twarzowe, w 1 — czołowe.

Śmiertelność płodów, wydobytych za pomocą t. zw. zwyczajnych kleszczy, była następująca:

Patrz str. 348, tablica XVII.

Tablica XVII.

		‰	UWAGI:
A. 1. Ogólna ilość płodów.	72	1000,0	1) dwa płody zmarły w zakładzie wskutek długiego trwania II okresu porod. przed przystąpieniem do operacji;
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	7	97,2	2) z pięciu płodów, zmarłych w czasie operacji, w jednym przypadku było wypadnięcie pępowiny, w drugim nastąpiło zerwanie pępowiny, w trzecim — wypadnięcie łożyska, w czwartym było twarzowe położenie płodu, w piątym okrucenie pępowiny naokoło szyi.
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie przed operacją.	2	27,7	
4. Ilość płodów zmarłych w czasie operacji.	5	69,5	
5. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu.	14	194,4	
B. 6. Ogólna ilość płodów żywych w chwili rozpoczęcia operacji.	63	1000,0	
7. Ogólna ilość zmarłych w czasie lub wskutek operacji.	5	79,4	

Śmiertelność płodów, wydobytych za pomocą t. zw. wysokich kleszczy była następująca:

Tablica XVIII.

		‰
1. Ogólna ilość płodów.	20	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie operacji.	2	100,0
3. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedocucionych.	7	350,0
4. Ilość płodów zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	1	50,0
5. Ogólna ilość płodów zmarłych wskutek porodu.	10	500,0

U dwóch płodów urodzonych w zamartwicy, niedocucionych, były poważne uszkodzenia czaszki: u jednego — złamanie kości skroniowej z uszkodzeniem gałki ocznej, u drugiego — złamanie podstawy nosa z uszkodzeniem gałki ocznej; oba przypadki operacyjne należały do wyjątkowo ciężkich; w pozostałych pięciu przypadkach, płody urodzone w zamartwicy przez długi czas dawały oznaki życia, pomimo jednak długotrwałego cucenia, nie można było wywołać ani częstszego oddechu, ani częstszych skurczów serca; w przypadkach tych musiał nastąpić bądź rodzaj wstrząśnienia mózgu, bądź szereg drobnych uszkodzeń mózgu, bądź wylew krwawy do mózgu; jeden płód zmarł na trzeci dzień po porodzie, zapewne wskutek wylewu krwawego do mózgu; u kilku płodów żywych istniało krótkotrwale porażenie nerwu

twarzowego; kleszcze wysokie były nakładane ze względu nawskazania ze strony matki. Oprócz wyżej wymienionych 20 przypadków wysokich kleszczy, w kilku przypadkach po bezskutecznych próbach wydobywania płodu za pomocą wysokich kleszczy, wykonano wymóżdżenie.

M. Śmiertelność płodów i obrót na nóżkę.

Płodów wydobytych po uprzednio dokonanym obrocie było 83, w tej liczbie było 69 przypadków, gdzie obrotu dokonano z powodu poprzecznego lub skośnego położenia płodu, poprzedzania łożyska, wypadnięcia pępowiny, drgawek porodowych rodzącej, etc.; z liczby 69 płodów, — 51 płodów znajdowało się w położeniu poprzecznym lub skośnym, 17 — w położeniu czaszkowym, 1 — w położeniu twarzowym.

W 14 przypadkach wykonano t. zw. profilaktyczny obrót przy czaszkowym położeniu płodu i przy obecności żywego płodu, u wieloródek, przeważnie przy płaskiej lub ogólnie ścieśnionej miednicy, które poprzednio rodziły martwe płody.

Śmiertelność płodów, wydobytych przy dokonanym uprzednio obrocie, była następująca:

Patrz str. 350, tablica XIX.

Z 7 przypadków obrotu profilaktycznego, które skończyły się niepomyślnie dla płodu, w 4 przypadkach wykonano wymóżdżenie następującej główki; jeden z płodów wydobytych po obrocie profilaktycznym zmarł po 6 dniach, prawdopodobnie wskutek uszkodzeń mózgu w czasie bardzo trudnego wydobywania główki; w przypadku tym sprężyna prawdziwa wynosiła 7,5 ctm.

N. Śmiertelność płodów i pomoc ręczna przy pośladowych i nóżkowych położeniach płodu.

Pomocy ręcznej udzielono w 47 przypadkach, w tej liczbie w 25 przypadkach położenia pośladowego płodu, i w 22 przypadkach nóżkowego położenia płodu.

Śmiertelność płodów była następująca:

Patrz str. 351, tablica XXI.

Tablica XIX.

	Pozwyczał- nym obro- cie.	% ∞	U W A G I.	Po profil- laktycznym obrocie.	% ∞
A. 1. Ogólna ilość płodów.	69	1000,0		14	1000,0
2. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu.	11	159,4	1) Jeden płód zmarł w zakładzie przed operacją, wskutek przedwczesnego odklejenia się poprzedzającego łożyska; drugi z powodu kiły rodzącej; trzeci z powodu drgawek porodowych rodzącej.	—	—
3. Ilość płodów zmarłych w czasie porodu w zakładzie przed operacją.	3	43,5		—	—
4. Ilość płodów zmarłych w czasie operacji.	8	115,9	2) U jednego płodu po obrocie wykonano przecięcie obojczyka i wyłożenie następującej głowy; u drugiego przed obrotem przy poprzecznem położeniu wyłuszczenie wypadniętej rączki.	7	500,0
5. Ilość płodów urodzonych w zamartwicy niedouczonych.	4	58,0		—	—
6. Ilość płodów zmarłych po porodzie i wskutek porodu.	3	43,5		1	71,4
7. Ogólna ilość zmarłych w czasie porodu i wskutek porodu.	29	420,3		8	571,4
B. 8. Ilość płodów żywych w chwili rozpoczęcia operacji.	55	1000,0		—	—
9. Ilość płodów zmarłych w czasie lub wskutek operacji.	15	272,7		—	—

Tablica XX.

	Przy pośląd. położeniu. ‰		Przy nóżk. położeniu. ‰	
A. 1. Ogólna ilość płodów.	25	1000,0	22	1000,0
2. Ilość zmarłych w czasie porodu przed przybyciem rodzącej do zakładu	3	120,0	—	—
3. Ilość płodów zmarłych w czasie operacji.	—	—	3	136,4
4. Ilość płodów urodzonych z zamartwicy, niedocuconych.	2	80,0	1	45,5
5. Ilość płodów zmarłych w zakładzie po porodzie wskutek porodu.	1	40,0	—	—
6. Ogólna ilość płodów zmarłych z powodu porodu.	6	240,0	4	181,9
B. 7. Ogólna ilość płodów, żywych w chwili rozpoczęcia operacji.	22	1000,0	22	1000,0
8. Ogólna ilość zmarłych w czasie operacji i wskutek operacji.	3	136,4	4	181,9

O. Wymóżdżenia.

Wymóżdżeń wykonano 27.

Tablica XXI.

		‰	
1. Ogólna ilość wymóżdżonych płodów.	27	1000,0	
2. Ilość wymóżdżonych martwych w chwili przybycia rodzącej do zakładu.	6	222,2	
3. Ilość wymóżdżonych zmarłych w zakładzie przed operacją.	5	185,2	Jeden z powodu drgawek porodowych rodzącej; cztery z powodu wypadnięcia pępownicy, zmarłe zanim lekarz zdążył przybyć do zakładu.
4. Ilość wymóżdżonych, zmarłych w czasie obrotu lub udzielania pomocy ręcznej (wymóżdżeń następującej główki).	5	185,2	Cztery razy po obrocie profilaktycznym, raz po obrocie zwyczajnym
5. Ilość wymóżdżonych, żywych w chwili rozpoczęcia wymóżdżenia.	11	407,4	Raz z powodu wodogłowia, raz z powodu czoł. położenia płodu; pięć razy z powodu braku zgody na cięcie cesarskie lub przyłonowe; cztery razy po bezskutecznych próbach nałożenia wysokich kleszczy

P. Śmiertelność płodów i cięcia przyłonowe (pobiotomia), cesarskie i operacja Porro.

Cięć przyłonowych wykonano w zakładzie 3, płody wydobyto żywe za pomocą kleszczy.

Cięć cesarskich było 8, wszystkie płody żywe.

Operacji Porro wykonano 3, wszystkie z powodu pęknięcia macicy, wszystkie płody były martwe w chwili przybycia rodzącej do zakładu; cięcie brzuszne w celu wydobywania płodu z jamy brzusznej po pęknięciu macicy, z powodu niemożności wydobywania płodu przez pochwę ze względu na znaczne ścieśnienie miednicy przy istnieniu miednicy zmniejszonej, wykonano raz jeden.

R. Śmiertelność płodów i sztuczny poród przedwczesny.

Sztuczny poród przedwczesny w celu uzyskania żywego płodu wykonano w zakładzie dwa razy; raz przy miednicy ogólnie ścieśnionej ze sprężną prawdziwą 8 ctm., płód urodził się martwy, w przypadku tym pępowina była dwa razy okręcona naokoło szyi; drugi raz przy miednicy płaskiej ze sprężną prawdziwą 7,5 ctm., w przypadku tym z powodu skośnego położenia płodu wykonano obrót i wydobyto płód z wielkimi trudnościami; płód urodził się w zamartwicy, został docucony, zmarł jednak następnego dnia.

S. Śmiertelność płodów i metreuryza.

W 6 przypadkach w celu przyspieszenia porodu ze względu na stan matki, przyspieszano poród za pomocą wprowadzania baloników Brauna do macicy; 4 razy z powodu drgawek porodowych rodzącej, raz z powodu przedwczesnego odklejenia się łożyska przy poprzedzaniu jego, raz z powodu niewyrównanej wady serca rodzącej; jeden płód był martwy w chwili przybycia rodzącej do zakładu, dwa zmarły w czasie porodu w zakładzie, dwa urodziły się w zamartwicy i nie mogły być docuczone, jeden urodzony w zamartwicy, docucony, zmarł na 3 dzień po porodzie.

Obecny stan wiedzy o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki tych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Jak więc widzimy włókniaki noso-gardzielowe posiadają w wysokim stopniu zdolność do rozrastania się. Tutaj jednak należy zwrócić uwagę na niezmiernie ciekawe zjawiska kliniczne, świadczące o łagodności anatomiczno-patologicznej tych guzów i polegające na tem, że wprawdzie włókniaki respective ich wyrostki wypychają a nawet przebijają ściany jam, w które wrastają, wprawdzie na powierzchni ich powstają owrzodzenia i zrosty, lecz nigdy niema tu właściwego wrastania w tkankę kostną lub przerostu i degeneracji

zdrowej tkanki, jak to spostrzegamy w rozwoju guzów złośliwych. Są to więc guzy złośliwe pod względem klinicznym, a łagodne pod względem anatomo-patologicznym (Engelmann⁴³), Naab⁴⁴) i in.)

Niezmiernie charakterystycznym dla włókniaków nosogardzielowych, jest przeważne, niemal wyłączone występowanie ich u osób młodych płci męskiej pomiędzy 10 i 25 rokiem życia. Ich powstanie i dalszy rozwój są w ścisłej zależności od rozwoju ciała wogóle i rozwoju kości podstawy czaszki w szczególności.

Po upływie okresu rozwoju szkieletu kostnego, a więc po 25 roku życia obserwowano je bardzo rzadko. W przypadkach, gdzie włókniaki spostrzegano u osobników płci żeńskiej, występowały one zwykle przed 15 rokiem życia.

Jeszcze bardziej charakterystyczną własnością włókniaków nosogardzielowych jest możliwość samoistnego zanikania po upływie 25 roku życia. Nelaton pierwszy zwrócił uwagę na ten fakt, iż włókniaki nosogardzielowe nigdy nie bywają spostrzegane u osób dorosłych; „je n'ai pas dans mon mémoire“ pisze Nelaton „une seule observation des polypes de fosses nasales chez des adultes ou des vieillards; on ne vit donc pas vieux avec des semblables tumeurs“. Lequesne wygłosił w r. 1865 w paryżkim towarzystwie chirurgicznym odczyt na temat „o nosogardzielowych polipach, w którym dowodzi, że jest to postać chorobowa wieku młodego „de jeune âge“ i że należy stosować rękocyny chirurgiczne tylko do 25 — 30 roku życia, gdyż wtedy rozwój włókniaków ustaje. W roku 1866 ogłosili Chassaignac i Demarquay przypadek zupełnego wyleczenia włókniaka po zastosowaniu zwykłej metody operacyjnej bez następczego leczenia. Pierwszy przypadek samowyleczenia włókniaka u 24 letniego chorego opublikował Ernest Lefont, chirurg z Bayonne. Po bezskutecznej próbie usunięcia guza, który zajmował lewy kanał nosowy, lewą stronę jamy nosogardzielowej i górną szczękę i wywołał exophthalmus, chory opuścił szpital. Po upływie 4 i pół miesięcy krwotoki nosowe do tego czasu bardzo częste i obfite ustały, wszystkie objawy kliniczne znikły bez żadnych operacji i z guza pozostało zaledwie niewielkie obrzmienie w nosie.

Drugi podobny przypadek bardziej szczegółowo opisał Gosselin w r. 1870. Autor ten obserwował 22-letniego chorego, dotkniętego włókniakiem nosogardzielowym tak znacznych rozmiarów, że powodował groźne zaburzenia oddechowe. Kilkakrotnie, przedsiębrane częściowe wycinania guza, usuwały wprawdzie na razie przeszkodę do oddychania, lecz w dalszym przebiegu cierpienia wystąpiły wyniszczające krwotoki, exophthalmus i wreszcie prawostronna hemiplegia, co zdawało się wskazywać na przedziurawienie podstawy czaszki i drażnienie guza do mózgu. W takim stanie Gosselin stracił chorego z oczu, gdy oto po upływie niespełna roku zgłosił się pacjent ponownie zupełnie zdrowy, objawy ucisku ze strony mózgu i oka ustąpiły. Przy badaniu w jamie nosogardzielowej nie można było wykryć ani śladu dawniejszego nowotworu. Guz znikł bez interwencji chirurgicznej. Przytoczę tu sło-

wa Gosselina: „en resumé donc, Messieurs, voilà un jeune homme de vingt-deux ans, qui a failli mourir d'un fibrome naso-pharyngien suffocant. Un traitement palliatif a empêché la mort et ensuite a empêché la tumeur de devenir suffocante: à l'âge de vingt-quatre ans et demi et alors, qu'on ne fait plus aucun traitement chirurgical, les restes de la tumeur disparaissent spontanément“. W tym więc przypadku beznadziejnym nie tylko nastąpiła resorpcja guza ale i zupełna regeneracja zniszczonych przez ucisk kostnych części podstawy czaszki i oczodołu.

Na kongresie chirurgów niemieckich w r. 1879 przytoczył Hueter szczegółowo obserwowany przypadek samoistnego zaniku włókniaka u posługacza szpitalnego. W 15 roku życia usunął mu Hueter guz z jamy nosogardzielowej, w 18 roku życia nastąpiła recydywa i wtedy pacjent został przyjęty na posługacza. Na miejscu, gdzie pierwotnie istniał guz, znajdował się na podstawie czaszki rodzaj narośli papillarnych, które ciągle się zmniejszały i po upływie 4 lat zupełnie znikły.

Dalsze obserwacje Middeldorpp'a (tłuszczowe zwyrodnienie włókniaka), v. Bruns'a, König'a, Golmsen'a i in. potwierdziły w zupełności możliwość samoistnego zanikania włókniaków. Jakie znaczenie mają te obserwacje dla terapii łatwo się domyślać. Z drugiej strony po doszczętnym wyłuszczeniu włókniaka występuje często recydywa, o ile chory nie przekroczył jeszcze okresu, po którym rozwój włókniaków nie bywa obserwowany. Recydywy te nie zdradzają jednak bardziej złośliwych własności, niż guz pierwotny.

Objawy kliniczne, jakie włókniaki nosogardzielowe wywołują, są rozmaite w zależności od rozmiarów guza i umiejscowienia jego wyrostków. Przedewszystkiem więc spostrzegamy mniej lub więcej utrudniony oddech przez nos, niedrożność nosa, przykre uczucie ciała obcego w okolicy tylnych otworów nosa, niewyraźną mowę z powodu zatkania nosa z jednej strony i ucisku wywieranego przez guz na miękkie podniebienie z drugiej, dalej senność, której towarzyszy uczucie silnego zmęczenia, w większości przypadków można skónstatować obfitą ropną wydzielinę z nosa, która przyjmuje cuchnący charakter, dalej uposłedzenie słuchu w zależności od zatkania ujścia trąbek Eustachjusza, dolegliwości przy połykaniu, napady kaszlu i duszności.

Do najbardziej jednak charakterystycznych objawów klinicznych spostrzeganych przy włókniakach należą *obfite i częste krwotoki*, na tle których powstaje ogólna anemia. Krwotoki mogą występować tak przy dużych guzach włókniakowych jak i przy małych i w niektórych przypadkach są pierwszymi objawami i zwiastunami włókniaków. Krwotoki te występować mogą w następstwie nieznacznych urazów — przy fizycznych wysiłkach, kichaniu, wycieraniu nosa lub kaszlu, niekiedy jednak może nagle nastąpić obfity krwotok pomimo zachowania absolutnego spokoju. W powstawaniu tych krwotoków ważną rolę odgrywają warunki zastoinowe w różnych częściach guza i septyczne procesy na owrzodzonych

miejscach; niekiedy krwawienia następują z powodu zastoju krwi w żyłach przegrody nosowej i muszel, uwarunkowanego uciskiem guza na błonę śluzową. W zależności od kierunku rozrastania się odnog włókniaka może nastąpić zniekształcenie twarzy, rozszerzenie szkieletu nosa, exophthalmus, strabismus, amblyopia, amaurosis, dysphagia a nawet aphagia, neuralgiczne bóle w okolicy n. trójdzielnego, zawroty głowy, wymioty, zwolniony puls i t. p. jako następstwa wrastania guza do jamy czaszkowej i do samej substancji mózgu. W większości przypadków, gdzie włókniaki doszły, do znacznych rozmiarów, można też obserwować pewne upośledzenie władz umysłowych, jak to spostrzegamy przy znacznych wyroślach adenoidalnych. Dość uprzytomnić sobie smutny obraz kliniczny opisany wyżej w przypadku Roser'a, aby zrozumieć całą grozę tej ciężkiej choroby, pozostawienie której samej sobie może dać tylko jeden wynik — zejście śmiertelne. Ztąd też wynika, że możliwie wczesne usunięcie tych guzów jest nie tylko pożądane ale wprost wskazane, jeśli chcemy zapobiedz ich dalszemu rozwojowi i wszystkim jego smutnym następstwom.

Rozpoznanie włókniaków nosogardzielowych w typowych przypadkach przy uwzględnieniu wszystkich wyżej wymienionych charakterystycznych własności nie powinno przedstawiać wielkich trudności, jednakże w bardzo wielu przypadkach nawet doświadczeni klinicyści popełniali błędy i ręka w rękę z nimi szli i histologowie. Dawniej, gdy przy badaniu nie można było jeszcze posługiwać się wziernikowaniem nosa od tyłu rozpoznanie włókniaków było możliwem tylko w przypadkach daleko posuniętych, gdy guz wrastał do jamy gardzielowych i stawał się widoczny za podniebieniem.

Dzis w rhinoscopji post. posiadamy nieoceniony środek pomocniczy, umożliwiający gruntowne zbadanie jamy nosogardzielowej i wczesne rozpoznanie. To też, jak słusznie zaznacza N a a b ⁴⁴⁾, rhinoscopję post. powinien umieć wykonać każdy lekarz praktykujący; wprawdzie u bojaźliwych i wrażliwych pacjentów daje się ona trudno skutecznie, zazwyczaj jednak przy pewnej cierpliwości, ewentualnie przy zastosowaniu kokainy próby te kończą się pomyślnie.

A więc przy rhinoscopji post. widzimy większe lub mniejsze guzy o kolorze różowym lub bladoczerwonym, o powierzchni często owrzodzonej, pokrytej ropną wydzieliną. Przy badaniu zgłębnikiem następują zwykłe krwawienia. Przy badaniu palcem skonstruować można twardą konsystencję guzów, względnie małą ich ruchomość, brak szypuła, obecność zrostów i związek ich z podstawą czaszki. Pod względem djaagnostycznym jest godnym wzmianki fakt, stwierdzony przez licznych autorów, że włókniaki nosogardzielowe zdarzają się zazwyczaj pojedynczo i nigdy nie występują w większej ilości.

Pod względem różniczkowym uwzględnić tu należy: 1) polipy nosogardzielowe i przerost tylnych odcinków muszli nosowych; 2) przerost tonsillae pharyngeae czyli wegetacji adenoidalnych; 3) guzy chrząstkowe i kostne; 4) torbiele, wreszcie 5) guzy złośliwe, jak raki i mięsaki.

(d. c. n.)

0 brakach ambulatorjów fabrycznych i sposobach zaradzenia takowym.

Podał Dr **Witold Eichler**

Lekarz szpitala Tow. Akc. R. Kindler w Pabjanicach.

Każdemu z lekarzy doskonale wiadomo, że ambulatorja w ogromnej większości fabryk nie stoją na odpowiednim poziomie, że mają one niezliczoną ilość braków, do usunięcia których powinni dążyć ciż lekarze, w ten lub inny sposób, względnie do rozmaitych warunków, wśród których pracują i które umożliwiają im do pewnego stopnia zaprowadzanie zmian na lepsze.

Przedewszystkiem musimy poddać krytyce fakt, że przyjęcia ambulatoryjne bardzo często urządzone bywają w pomieszczeniu szpitalnem, dla stałych chorych przeznaczonem, często w centrum tegoż, wobec niezem niekrępowanej komunikacji z pozostałemi ubikacjami szpitalnemi. — Niekiedy jest przeznaczona na to osobna poczekalnia, często wszakże przychodni chorzy gromadzą się na korytarzach w liczbie kilkudziesięciu osób, jednocześnie dorosłych i dzieci, zaraźliwych i niezaraźliwych, przyczem chorzy nieraz po 2 godziny wyczekują swojej kolei.

Pierwszem przeto dążeniem lekarzy fabrycznych powinny być usiłowania do usunięcia przyjęć ambulatoryjnych z budynku przeznaczonego dla chorych stałych, chyba, że jest możliwem zupełne odosobnienie w jakimś większym gmachu szpitalnym oddzielnego locum, które się przeznacza na ambulatorjum.

Ile złych stron posiada taka wspólność pomieszczeń, aż nadto jest widoczne.

Po pierwsze, tak wielkie i stałe prawie zbiorowisko chorych bezwarunkowo wywiera duży wpływ na zanieczyszczanie powietrza szpitalnego. Jeśli przytem weźmiemy pod uwagę, że ambulatorja urządzone są w szpitalach, przeznaczonych dla chorych, niezaraźliwych, a wśród chorych przychodzących, nie brak tych ostatnich, tem-latwiej zrozumiemy szkodę takiego nagromadzenia rozmaitych chorych i nie będzie wielce przesadzonem, gdy powiemy, że takie ambulatorjum niejednokrotnie będzie poprostu rozsądnikiem chorób zakaźnych. Zważywszy przytem na ciasnotę takiego pomieszczenia, w którym chorzy tłoczą się poprostu, długie nieraz oczekiwanie kolei, trudność dezynfekcji ciąglej gdy chorzy przychodni nprz. czekają w korytarzu, aż nadto łatwą się wyda możliwość przenoszenia drobnoustrojów chorobotwórczych, szczególnej wśród dzieci, z jednego na drugie.

Powtóre, niemożliwem jest prawie do upilnowania, aby chorzy ambulatoryjni nie komunikowali się podczas owych przyjęć ze swymi znajomymi wpośród stałych chorych szpitalnych, szczególniej rekonwalescentów, których trudno trzymać dłużej pół dnia na salach nprz. w lecie i nie dawać im możności korzystania ze świeżego powietrza w ogrodzie, jaki jest zwykle przy szpitalu.

Po trzecie, chorzy szpitalni przy takiej wspólności nie mają tego spokoju, tak im potrzebnego, a nieraz wprost niezbędnego warunku dla przyjęcia do zdrowia, gdyż przez pół dnia panuje w szpitalu za-

mę, służba przytem zajęta jest więcej ambulatorjum, niż chorymi szpitalnymi. Gdy jeszcze weźmiemy pod uwagę, że podczas przyjęć ambulatoryjnych dokonywane bywają w znacznej ilości drobne operacje, jak przecinanie ropni, wrywanie zębów i t. p. połączone z bólem, a więc wywołujące jęki i krzyki, denerwujące zdrowych, a cóż dopiero chorych, dalej gdy dodamy jeszcze pisk i płacz niecierpliwących się dzieci — będziemy mieli słabe zaledwie wyobrażenie o tem, co się dzieje na ambulansie fabrycznym, oraz jak takie warunki wpływają na poważniejszych chorych szpitalnych.

Wreszcie, po każdym ambulansie odbywa się znów gruntowne sprzątanie przechodnich często korytarzy, co znów z jednej strony krępuje chorych rekonwalescentów, z drugiej zaś czyni prawie nieuniknionem wywoływanie pyłu, wśród którego nie brak rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych przez przychodnich chorych pozostawionych.

Drugim postulatem ambulatorjum powinien być podział chorych na dorosłych i dzieci i przyjmowanie każdej z tych grup o innej porze, co wypływa ztąd, że dzieciom właściwych jest wiele chorób zakaźnych. Im te dzieci dłużej będą ze sobą pozostawać, im więcej ich dzie, a więc im bliżej stykać się będą ze sobą, tem łatwiej dziecko przyniesione z chorobą niezakaźną, może nabawić się tej ostatniej. Oprócz tego może tą chorobą zarazić się i ktoś z dorosłych, wreszcie sam może jej uniknąć, a natomiast przenieść dane zarazki do swego domu i przekazać je tam swoim zdrowym dotąd dzieciom.

Zaznaczyć należy, że jednym z ważniejszych warunków w ambulatorjum dziecinem jest dokładna punktualność, tak ze strony lekarza, jak i rodziców chorych dzieci, które powinny być dostarczane w ściśle oznaczonych na przyjęcie godzinach, nie wyczekiwać w poczekalniach bez potrzeby, aby możliwie ograniczyć czas przestawania ze sobą chorych. — Dzieci niezwłocznie po przybyciu powinny być poddawane oględinom przedwstępnyim przez felczera na choroby wysypkowe, dyfteryt i koklusz, A najlepiej będzie, gdy chorzy tacy zostaną odesłani z powrotem do domu, zostawiwszy swój adres dla lekarza. Pozostawienie takich chorych mogłoby być tolerowane tylko w tym wypadku, jeśli by były osobne 2 — 3 małe poczekalnie dla chorób zakaźnych, co w ambulatorjach fabrycznych jest za trudne do urzeczywistnienia. — Lekarze fabryczni powinni uświadamiać rodziców, aby dla dobra ogółu nie przynosili chorych na powyższe choroby, które przy jakiej takiej inteligencji i dobrych chęciach nie są znów tak trudne do rozpoznania. W każdym razie tam, gdzie zmiany takie nie dają się skutecznie, chore dzieci nie powinny się skupiać blisko siebie, lecz dbać należy, aby osoby, które z niemi przybyły, zajęły każda osobne krzesło, przytem krzesła winny być zdala jedno od drugiego, i każdy na swoim miejscu spokojnie powinien wyczekiwać swej kolei.

Doszlśmy zatem do tego, że ambulatorjum powinno się mieścić w osobnym, specjalnie na to przeznaczonym budynku, dorośli powinni być przyjmowani w innych godzinach niż dzieci, i dla chorób zakaźnych powinny być 2 — 3 małe gabinety, do których przeprowadza się takich chorych zaraz po przedwstępnych oględinach.

Na taki wszakże zbytek może sobie pozwolić tylko bardzo duża i bogata fabryka i o czemś podobnem nie może być mowy tam, gdzie pracuje po kilkuset robotników.

Zdaje mi się, że byłoby bardzo odpowiedniem, gdyby mniej zamozne fabryki, a w mniejszych miastach nawet wszystkie fabryki, przystępowały do zakładania wspólnych ambulatorjów, łożąc na utrzymanie takowych w stosunku do ilości zatrudnianych przez siebie robotników.

W takim centralnem ambulatorjum, na które lokal można wynająć, bez potrzeby budowania specjalnego gmachu, byłoby tyle gabinetów lekarskich, ilu by lekarzy przyjmowało jednocześnie: Robotnicy przytem, oraz ich rodziny, mogliby się udawać za każdorazową kartką z fabryki, do tego z lekarzy, przyjmujących w takim ambulatorjum, do którego by mieli zaufanie, za z góry umówioną dla wszystkich jednakową płacę. Przy końcu każdego miesiąca, każdy z lekarzy miałby prawo, na zasadzie ilości kartek, regulować swój rachunek z każdą poszczególną fabryką.

W ten sposób każda fabryka miałaby kilku lekarzy ambulatoryjnych, a oprócz tego jednego z nich, jako stałego, którego obowiązkiem byłoby prowadzić szpital, o ile takowy dana fabryka posiada, załatwiać wszystkich chorych z danej fabryki na mieście, przyjmować nowych robotników w swojej fabryce, wydawać wszelkie świadectwa.

Lokal, potrzebny na takie ambulatorjum musiałby się składać z 12 do 15 pokojów.

Dajmy na to, że w danem ambulatorjum ma przyjmować 5-ciu lekarzy. Potrzeba więc będzie 3 — 5 gabinetów lekarskich, (nie ma potrzeby aby wszyscy lekarze przyjmowali o jednej porze), 2 — 3 duże poczekalnie ogólne, 3 poczekalnie małe dla chorych zaraźliwych, 2 pokoje opatrunkowe, 1 salka operacyjna do drobnych operacji, 1 pokój na podręczną apteczkę.

Kosztów wielkich nie pociągałoby to za sobą jeśliby na to złożyło się kilka fabryk. A więc: mieszkanie 1200 — 1400 rb., 2 posługaczy 480 rb. rocznie, i jedna posługaczka 200 rb.; razem około 2000 rb.

Stali lekarze fabryczni, rzecz naturalna, otrzymywaliby wtedy mniejszą pensję stałą, a natomiast pobieraliby wynagrodzenie od porady, stosownie do umowy.

Felczera swego ma i tak każda fabryka, więc nie przysporzyłoby to kosztów nowych, co zaś do środków podręcznych aptecznych i opatrunkowych, to każda fabryka, biorąca udział w takim ambulatorjum, miała-by swoją szafę w pokoju przeznaczonym na to.

Gabinety lekarskie zostały-by zaopatrzone w narzędzia zbywające w szpitalu lub wprost przeniesione z ambulatorjów w tych fabrykach, które szpitala nie posiadają.

Dodam, że dla uniknięcia nadużyć ze strony chorych lubiących zbyt i bez istotnej potrzeby odwiedzać lekarzy fabrycznych, szczególnie małych robotników, pożądanem by było wprowadzenie pewnej innowacji, dość może trudnej do przeprowadzenia ze względu na ustawodawstwo fabryczne, mianowicie podałbym projekty, aby każ-

dy z robotników fabrycznych, biorąc kartkę do lekarza, opłacał w kantorze za to minimalną sumę, przypuścmy 2 — 3 kop., które to pieniądze mogłyby być przeznaczone na kasę chorych.

Miałoby to ważne znaczenie z tego względu że lekarz fabryczny miałby wtedy choć jakieś takie przeświadczenie, że tylko prawdziwie chorzy zgłoszą się do niego. Tymczasem wiemy jak jest obecnie, gdy do ambulatorjum wprost dla sportu i rozmaitości zgłasza się po kilkunastu nieraz wyrostków, z takimi sprawami, jak odciski, pocenie się nóg, wreszcie nieokreślony ból w nogach, lub improwizowany kaszel. — Tacy chorzy zniechęcają lekarza, stawiając go przytem w niemiłym położeniu wobec chorych, a właściwie zdrowych, którym musi zapisać jakieś krople, lub coś podobnego. Jestem przekonany, że ta minimalna opłata byłaby dla zdrowych najlepszym lekerstwem.

Wreszcie wyliczę pokrótce wygody, jakie dałoby takie ambulatorjum:

1) Uwalniamy szpitale, a więc chorych stałych, od ciągłego niepokoju, nie psujemy porządku szpitalnego i nie zatrudniamy cały dzień ambulansem służby szpitalnej, która wtedy może więcej poświęcić się chorym.

2) Przy takim prawidłowym typie ambulatorjum usuwamy możliwość przenoszenia się chorób zaraźliwych podczas przyjęć do minimum.

3) Usuwamy z gruntu tę tak przykrą dla lekarzy fabrycznych, a często niezasłużoną nieufność do nich robotników z danej fabryki. Przy tak bowiem postanowionej kwestji zarówno robotnik, jak i jego rodzina będą mieli prawo wyboru tego z pośród kilku lekarzy, do którego mają największe zaufania.

Na zwiększenie się zaufania wpłynęłaby przytem i ta okoliczność, że lekarz pobierałby opłatę od porady, leczący się więc ogół nie będzie miał powodu do tej nieufności, wiedząc, że każdemu lekarzowi będzie chodziło o to, żeby pomógł choremu, bo to zwiększy frekwencję jego chorych.

4) Lekarze mniej obowiązkowi, będąc opłacani od porady, chętniej i lepiej poświęcali-by się chorym.

Podalem luźny projekt, który o ile mi się zdaje, przy inicjatywie lekarzy z jndnej strony, a dobrej chęci i woli fabrykantów, z drugiej — w odpowiedniej modyfikacji, względnie do warunków, mógłby w niektórych naszych miastach fabrycznych znaleźć zastosowanie z pożytkiem dla stron zainteresowanych

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dnia 18 Stycznia 1908 roku.

Przewodniczący kol. J. Przychodzki.

Obecnych 15 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusję nad: *Projektem organizacji związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad.*“

Kol. Fidler zaproponował, aby przed przystąpieniem do dyskusji nad powyższym projektem, poddane zostały pod obrady następujące wnioski: 1) Czy uchwały w sprawie rzeczonyj organizacji mają obowiązywać tylko Członków Towarzystwa, czy też i nie Członków zamieszkających w Ziemi Radomskiej? i 2) Jaką większość głosów uchwały w danej sprawie mają zapadać? Postanowiono dyskutować nad powyższymi pytaniami — poczem *uchwalono*: ad 1) Sprawę organizacji lekarzy Ziemi Radomskiej, zawartą w projekcie opracowanym przez Komisję wyłonioną przez Tow. Lekarskie Radomskie rozstrzygać jako sprawę zainicjowaną i obchodzącą Towarzystwo Lekarskie Radomskie, a uchwały Ogólnych Zebrań tegoż Towarzystwa w powyższej sprawie uznać za obowiązujące dla Członków Tow. Lek. Radomskiego, a nadto starać się, aby uchwały powyższe zostały przyjęte przez lekarzy nienależących do Towarzystwa; ad 2) uchwały zapadają większością $\frac{4}{5}$ głosów obecnych.

Następnie postanowiono omówić przede wszystkim stronę etyczną projektu zawartą w § 6 do 319 włącznie — a potem rozpatrzyć stronę ekonomiczną. Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie dnia 30 Stycznia 1908 roku.

Przewodniczący kol. H. Fidler.

Obecnych — 13 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusję nad „*Projektem organizacji związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad.*“ — Przedewszystkiem *uchwalono*: „Towarzystwo Lekarskie Radomskie, uznając w zupełności zasadę wolnego wyboru lekarza przez chorego lub jego rodzinę, gdyż leczenie musi być oparte na zaufaniu do leczącego — uważa jednak za konieczne wypracowanie odpowiedniego regulaminu w celu unormowania wzajemnego stosunku lekarzy do chorych i lekarzy pomiędzy sobą“.

Następnie przystąpiono do dyskusji nad poszczególnymi §§ „Projektu“ poczynając od § 6 — a to w myśl uchwały, poprzedniego posiedzenia — przyczem *uchwalono*:

a) §§ 6 i 7 połączyć w jeden § 6 w następującej redakcji: § 6: „Lekarz pierwotnie wezwany do domu chorego (nie w nagłych wypadkach) winien być uważany przez ogół lekarzy jako ordynator w danej chorobie, każdy następnie wezwany lekarz wstrzymuje się od porady o ile stan chorego na to pozwala, zaś objąć ordynację może jedynie po uprzedniej konsultacji z pierwotnie ordynującym lekarzem. Chodzi tu nie o narzucenie choremu tego lub innego lekarza, ale o planowość w leczeniu, a zatem o dobro chorego“.

b) §§ 8, 9 i 10 połączyć w jeden § 7 w następującej redakcji: § 7: „Ponieważ konsylja, czyli narady lekarskie, odbyły się na żądanie zarówno lekarza ordynującego jak i chorego, jego rodziny lub otoczenia przeto:

- a) W razie żądania narady przez ordynującego lekarza — konsultanta obiera ordynator wspólnie z chorym lub jego rodziną.
 - b) Jeżeli narady zażąda chory lub jego rodzina, to konsultant winien być wskazany przez nich“.
 - c) Zamiast § 11 *uchwalono* § 8 w następującej redakcji:
§ 8: „Na naradę wzywa piśmiennie lub ustnie lekarz ordynujący, zaś godzinę narady oznacza konsultant“.
- Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie dnia 13 Lutego 1908 roku.

Przewodniczący — kol. Jan Przychodzki. Obecnych 15 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie z naukowej działalności Towarzystwa za rok 1907 — i takowe przyjęto i zatwierdzono.

3. Kol. Skarbnik odczytał sprawozdanie kasowe za r. 1907.

4. Kol. Bibliotekarz odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki i Czytelni Towarzystwa za rok 1907.

5. Prow. Janiszewski, członek komisji rewizyjnej odczytał protokół komisji rewizyjnej, stwierdzający, iż tak kasa Towarzystwa, jak i Biblioteka znalezione zostały w należytym porządku poczem *Ogólne Zebranie sprawozdania Skarbnika i Bibliotekarza zatwierdziło*.

6. Zatwierdzono *budżet* Towarzystwa na rok 1908.

Dochód: Remanent z r. 1907 — rb. 82 kop. 52, zaległe składki z r. 1905 i 1906 — rb. 84, — z r. 1907 — rb. 114, — składki członkowskie za r. 1903 — rb. 504. Razem — rb. 784 kop. 52.

Rozchód: Lokal — rb. 160; Opał i światło — rb. 40, pensja woźnego — rb. 120; usługa na Ogólnych Zebraniach — rb. 10; prenumerata czasopism — rb. 150; zakup dzieł do biblioteki — rb. 25; oprawa książek — rb. 15; wydatki kancelaryjne — rb. 30; wydatki nieprzewidziane — rb. 10. Razem — rb. 560.

Porównanie: Dochód — rb. 784 kop. 52; rozchód — rb. 560; przewidywany remanent rb. 224 kop. 52.

7. W sprawie zaległych składek Zarząd wyjaśnił, iż kilkakrotnie zwracał się do kolegów zalegających w opłacie składek, lecz wezwania te, jak dotąd, nie odniosły pożądanego rezultatu — wobec powyższego Ogólne Zebranie *postanowiło*: polecić Zarządowi jeszcze raz zwrócić się do wspomnianych kolegów o wpłacenie zaległych składek z zastrzeżeniem iż w razie nieuregulowania rachunków przez interesowanych w ciągu 2-ch miesięcy, wykreśleni zostaną z listy Członków Towarzystwa.

8. Wybory na miejsce ustępujących Członków Zarządu oraz dyskusja nad projektem organizacji związku zawodowego lekarzy odłożone zostały do następnego posiedzenia.

Posiedzenie dnia 7 Marca 1908 r.

Przewodniczący — kol. H. Fidler. Obecnych 14 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Przewodniczący zaprosiwszy na skrutatorów: prow. Łagodzińskiego i kol. Raszkęsa, zarządowni głosowanie tajne nad obiorem: Członka Zarządu, Członka-Sekretarza i Członka komisji rewizyjnej na miejsce ustępujących w myśl § 12 ustawy. Większością głosów wybrani zostali: Członkiem Zarządu — kol. Kazimierz Rogoziński, Członkiem Sekretarzem — kol. Wacław Cennere (ponownie), Członkiem Komisji Rewizyjnej — prow. Eugeniusz Janiszewski (ponownie).

3. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusję nad dalszem rozpatrzeniem projektu „Organizacji związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad.“. Rozpatrzono §§: 12, 13 i 14 „projektu“ przyczem *uchwalono*:

a) § 12 oznaczyć jako § 9 w następującej redakcji:

§ 9: „Żaden lekarz niema prawa odmówić swęj zgody na proponowanego przez chorego lub jego rodzinę konsultanta, zaś wzywany nie może odmówić przybycia na naradę.

b) § 13 oznaczyć jako § 10 w następującej redakcji:

§ 10: „Zarówno ordynator, jak i konsultant przybyły na naradę obowiązany jest czekać na przybycie drugiego kolegi przynajmniej 20 minut (o ile stan chorego nie wymaga natychmiastowej pomocy) poczem konsultant ma prawo zbadać chorego, zaś opinię swoją zarówno co do rozpoznania, jak i leczenia pozostawia nieobecnemu koledze w postaci, jaką uzna za najodpowiedniejszą.

Uwaga: W razie wezwania na naradę więcej jak 2 lekarzy obowiązuje powyższy artykuł z warunkiem, że wśród konsultujących winien być bezwarunkowo obecnym ordynator.

c) § 14 oznaczyć można jako § 11 w następującej redakcji:

§ 11: „O wynikach narady zawiadamia chorego lub jego otoczenie ordynator w obecności konsultanta.

Uwaga: W razie różnicy zdań wśród konsultujących ci powinni zaproponować choremu lub jego otoczeniu wezwanie na naradę następczą jeszcze jednego lub kilku lekarzy. Gdy chory lub jego otoczenie odmówi — wtedy konsultujący mają prawo wyjaśnić swoje osobiste poglądy zarówno na rozpoznanie jak i na leczenie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie dnia 28 Marca 1908 r.

Przewodniczący — kol. H. Fidler.

Obecnych 15 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Kossak i kol. Raszkęs — przedstawili przypadek „*menstruatio praecox*“.

Wacława T. w wieku 4 i pół lat. W sierpniu 1907 r. miała pierwszą regularność, w październiku — drugą, a w styczniu 1908 roku — trzecią. Regularność trwała zwykle 5 — 6 dni, była dosyć obfita. Dziecko skarżyło się wtedy na bóle w dolnej części brzucha, innych dolegliwości nie odczuwało. W rodzinie matki

i ojca podobnych wypadków nie było. Starsza siostra Wacławcy ma obecnie 10 lat, dotychczas nie miała regularności i wogóle niczem nie różni się od dzieci w jej wieku. Dwaj bracia również żadnych zboczeń nie przedstawiają.

Status praesens. Dziewczynka dobrze zbudowana i odżywiana. Widoczne błony śluzowe blade; na nogach i klatce piersiowej ślady krzywicy. Pod prawem uchem pakiet gruczołów, zróżnicowanych między sobą, niebolesnych, dosyć twardych, wielkości jaja kurzego. Taki sam pakiet — tylko mniejszy — znajduje się pod lewym uchem. Gruczoły na tylnej powierzchni szyi i nad obojczykami również znacznie powiększone. W prawym wierzchołku płucnym stłumienie, w obu płucach rozlane rzęzenia kataralne. Granice serca normalne, tony czyste. Gruczoły pod pachą i w pachwinach powiększone. Obie sutkisilnie zarysowane, w głębi wyczuwa się pojedyncze gruczoły mleczne. Sutki wielkością swoją odpowiadają sutkom 12 — 13 letniej dziewczyny. Brodawki pigmentowane, wydatne. Organy rodne również nad wiek rozwinięte. Dwie wargi i lechtaczka silnie rozwinięte, błona dziewicza zachowana. Na mons Veneris i dużych wargach niezbyt obfite uwłosienie. Linea alba wyraźnie zarysowana, pigmentowana. Przy badaniu per rectum w narządach płciowych nie wyczuwa się nic nienormalnego. Rozwój psychiczny dziecka odpowiada jej wiekowi. (Autoreferat).

W dyskusji kol. Pełczyński zaznacza, iż widział żydówkę lat 9 z którą rodzice zwrócili się do niego o poradę z powodu silnych bólów brzucha, jakie towarzyszyły miesiączce, istniejącej już od roku blisko. Pacjentka była tak silnie ogólnie rozwinięta, iż robiła wrażenie 15 — 16 letniej, a rozwój sutek i sromu był taki, jak u 18 letniej dziewczyny. Regularność była typu 3 — 4. Prócz powiększenia gruczołów limfatycznych w pachwinach, pod pachami i podszczękami, żadnych zmian patologicznych, wskazujących na gruźlicę, krzywicę lub inne choroby ustrojowe referent nie znalazł. Pozostałe liczne rodzeństwo (4 braci i 3 siostry) zupełnie było zdrowe. Co do bólów w brzuchu, to zjawiały się one stale przed miesiączką, a od drugiego — do trzeciego dnia regularności ustawały, przytem na miejsce stałego zaparcia zjawiało się 2 — 3 dniowe rozwolnienie. Badanie brzucha było trudne z powodu grubego pokładu tłuszczu, wyczuć można było bolesność i jakby zwiększoną odporność w okolicy lewego jajnika. Badania per rectum nie pozwolono dokonać. Nadto kol. P. nadmienia, iż Neugebauer (syn) opisał przed kilkunastu laty parę przypadków „menstruatio praecox“ przyczem zwracał uwagę, że jego pacjentki były rasy semickiej, przypuszcza więc, że może rasa ma związek z tą nienormalnością.

3. Kol. Kosicki odczytał rzecz p. t. „Przypadek peritonitidis tbc. wyleczonego drogą operacyjną“

4. Wybrano na członka rzeczywistego przez tajne głosowanie kol. Jana Olewińskiego z Opatowa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie dnia 9 Maja 1908 roku.

Przewodniczący — kol. H. Fidler. Obecnych 8 członków i 1 gość.

1. Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa-kobietę-lekarza — kol. Mulier.

2. Przed porządkiem dziennym kol. Kołodner przedstawił chorą R. F. lat 13, u której usunął drogą operacyjną per laparotomian 2 torbiele adenoidalne jajników. Z lewej strony był guz wielkości główki noworodka przyczem zawartość jego składała się z włosów, chrząstki i tkanki kostnej; zaś z prawej strony guz był znacznie mniejszy i zawierał włosy i chrząstkę (pokaz preparatów). Rana zagoiła się przez rychłozrost.

3. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

4. Przyjęto do wiadomości odezwę Komitetu Wystawy Hygienicznej w Lublinie w sprawie przyjęcia udziału w tej wystawie.

5. Odczytano odezwę Członków Założycieli Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego z prośbą o przyjęcie udziału w uroczystości otwarcia powyższego Towarzystwa.

Ze względu na zbyt późne powiadomienie, a skutkiem tego niemożność zwołania Ogólnego Zebrania — Zarząd w imieniu Towarzystwa — wysłał do Siedlec telegram następujący: „Towarzystwo Lekarskie Radomskie śle bratniemu stowarzyszeniu serdeczne życzenia pomyślnego rozwoju dla dobra ojczyznej nauki lekarskiej“,

6. Wobec nieprzybycia na posiedzenie kol. Raszkesa — jak również zbyt małej liczby obecnych członków — tak odczyt kol. Raszkesa, jak i dyskusja nad „projektem organizacji związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad.“, nie doszły do skutku.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie dnia 23 Maja 1908 roku.

Przewodniczący — kol. H. Fidler. Obecnych 13 członków i 1 gość.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił preparat *macicy znacznie powiększonej przez mięśniaki śródścienne* -- wydobytej za pomocą cięcia brzuszego.

„Chora R. lat 38 cierpi od 3 miesięcy na silne i nie ustające krwawienia maciczne; wszelkie środki konserwatywne nie przyniosły żadnego polepszenia. Chora zapisała się do szpitala S-go Kazimierza. Przy badaniu dwuręcznym okazuje się, że trzon macicy jest znacznie powiększony w postaci dosyć twardego guza dochodzącego prawie do pępka. Guz jest ruchomy, niebolesny. Przydatki są zupełnie zdrowe. Przy łaskawej pomocy kolegów szpitalnych: Kosickiego, Fuksiewicza i Rogozińskiego — R. dokonał histerektomii brzusznej podcałkowitej (amputatio uteri supravaginalis). Usunięty też został prawy jajnik, gdyż był znacznie zmieniony. Szerokie wiązadła oraz tętnice maciczne zostały podwiązane jedwabiem. Otrzewna i fascia zeszyte katgutem, na skórę nałożone agrafy Michel'a i kilka szwów z silkwormu. Przebieg pooperacyjny pomyślny. 8-go dnia zdjęte zostały szwy. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost oprócz dolnej części. W końcu 2-go tygod-

nia po operacji wytworzył się na miejscu kikuta wysięk (Stumpfexudat) — niebolesny, który po zastosowaniu odpowiednich środków (okłady, ichtyol, gorące irygacje) powoli się wessał. — R. przypuszcza że wystąpienia wysięku można było by uniknąć przez użycie do podwiązania wiązań szerokich i tętnie macicznych catgut. (Autoreferat).

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Odczytano odezwę Tow. Lek. Siedleckiego z wyrazami podziękowania za przesłane życzenia w dniu otwarcia tegoż Towarzystwa.

3. Przyjęto w poczet Członków rzeczywistych Towarzystwa kol. Adama Sarneckiego z Opatowa.

4. Kol. Raszkies odczytał rzecz p. t. „*W sprawie rozszerzenia szyi macicznej zapomocą waleczka blaszkownicy*“. (drukow. w „Czasopiśmie Lekarskiem“). *Dyskusja.* Kol. Zbrożek uważa, że zaciśnięcia woreczka da się uniknąć, jeżeli używać nie wydrażonych waleczków lecz całkowitych, wyraża przytem zdziwienie, po co R. zakłada waleczki blaszkownicy w celu wywołania poronienia. Zdaniem kol. Z. najlepiej zakładać do jamy macicznej kateter miękki, poczem zwykle występują bóle i wreszcie pronieście; zaś waleczków laminarji używa tylko przed skrobaniem i w takich przypadkach, kiedy chce mieć szyję rozszerzoną przez dłuższy czas. — Kol. Idzikowski uważa, że przypadki jakie opisał R. są nadzwyczaj rzadkie — on sam podobnych przypadków zaciśnięcia nigdy nie miał. Kol. Raszkies sądzi, że zakładanie kateteru do jamy macicznej w celu wywołania poronienia (modyfikacja metody Krause'go) może mieć miejsce dopiero w późniejszych miesiącach ciąży, a nie w 2 — 3-im jak w przypadkach referenta. W początkach zaś ciąży oddzielenie jąja płodowego powinno poprzedzać rozszerzenie szyi macicznej, zaś przed skrobaniem, zdaniem kol. R. w zupełności wystarcza rozszerzenie za pomocą rozszerzaczy Hegar'a do № 9 — 10, zaś nigdy nie miał potrzeby użycia w tym celu waleczka blaszkownicy.

5. Z powodu spóźnionej pory na tem posiedzenie zakończono.

KRONIKA.

(№ 107.) W N-rze 433 „Gońca Porannego“ z dnia 20-go b. m. dr. Mieczysław Landberg z Moskwy w artykule p. t. „Społeczeństwo a lekarze“ poruszył sprawę wynagradzania lekarzy. Artykuł ten *in extenso* powtarzamy.

Wszystko się przetasowało

w ostatnich kilku latach, życie stało się bajecznie drogie; wszelkie artykuły spożywcze, odzienie, dach nad głową, wpisy szkolne i t. p. podskoczyły ogólnie o 75 proc., honorarjum jedynie lekarza polskiego pozostało bez zmiany za „Gazetą Lek.“.

Bardzo zdolny (nie przecięt-

ny) lekarz polski, by jako tako wylatać budżet roczny, musi pracować się od świtu do zmroku, (nie wspominam o białych murzynach po nocach wzywanych). Po 9-u miesiącach takiej twardej pracy w murach miejskich, pędzi on w lecie takiz żywot, lub śpieszy na dalszą orkę do uzdrowisk. I cóż otrzymuje za swoją znojną pracę?

Toż samo honorarium, jakie otrzymywali jego poprzednicy przed pół rokiem conajmniej. Czy to tak wynagradzają dziś lekarza za granicą i w Rosji?

Znam lekarzy praktyków w Warszawie, godnych katedr pierwszorzędných uniwersytetów, którzy po kilkunastu latach ciężkiej pracy, nie tylko nic nie oszczędzili na czarną godzinę, przy bajecznie skromnem życiu, lecz zjedli nawet to, co dostali po ojcach. Doszli oni do tego, że cieszą się co wieczór, jak dzieci, że odsunęli na dzień zmore o jutrze, o chlebie powszednim. I tak ciągną lata całe te taczki, z trwogą myśląc, co czeka ich rodziny, gdy oczy zamkną, lub co gorsza, gdy staną się niezdolnymi do dalszej pracy, zwalení niemocą?

Czyście czytelnicy, korzystając szeroko z pomocy lekarzy-robotników, którzy padli na stanowisku, interesowali się kiedy poważnie, z czego żyją po nich wdowy, dzieci, rodzice? Większość napewno nie. Mógłbym wam wiele na ten temat opowiedzieć.

Nie obawiajcie się. Ja ośbicie nie apeluję do waszych kieszeni, ja praktykuję daleko od kraju i jestem syty, ponieważ nie nie dawałem, nie daję i nie dam się wyzyskiwać pacjentom. Ja określam należne mi honorarium

— nie pacjenci. Czemu to społeczeństwo polskie przyswoiło samo prawo określania płacy za znojną pracę lekarską? Czemu to pacjenci śmia mu dawać, co im się podoba, nie pytając, ile się należy za trudy? Czemu to inni pracownicy: adwokaci, inżynierzy, budowniczowie i t. p. od najniższych do najwyższych szczebli społecznych nie są tak pokrzywdzeni? Czemu to pacjenci ośmielają się u nas wgarść wytkać lekarzowi honorarium lub wkładać je w kopertę?

Utarło się zdanie, że lekarzowi nie wypada jawnie płacić, — wciska się mu za to w rękę jak żebrakowi, co łaska.

Ale to nie lekarz się wstydzi jawnie przyjąć należne mu honorarium, lecz pacjenci wstydzą się, ponieważ wiedzą doskonałe, że go krzywdzą. Lepiej przeto i wygodniej dla nich załatwić te sprawy tajemniczo, a głośno wmawiać w lekarzy o kapłaństwie ich zawodu, by przy sposobności tem łatwiej wynagrodzić ich nieodpowiednio.

Jeszcze jeden miły zwyczaj posiadamy: oto często nie płacimy zaraz za pracę, lecz razem, by ryczałtowo lekarza skrzywdzić w masie wizyt, by potem jeszcze uiwać z jakie 25 proc. (co najmniej) z nędznego, utartego honorarium, no i naturalnie wtedy już obowiązkowo w kopercie.

Ale ciż sami ludzie, czy tak również płacą podczas ciągłych włóczęg po „badach“ lekarzom „kultultregerów“? O nie, tam z miłym uśmiechem (z przekleństwem w duszy) płacą rachunek bajecznie słony, bez „ale“ na razie, ale zato obiecują sobie w duszy tę hojność sownie powetować w domu na „swojskim lekarzu“.

Czemu to ogół nasz dobrowolnie nie podniósł do odpowiedniej normy honorarjum lekarzy? Wszak za swoje bytowanie wszyscy płacą teraz prawie podwójnie i jakoś się na to środki znalazły, bo nas zmuszano! Czy dlatego dobrowolnie nie odosłimy odwiecznego honorarjum, że lekarze nie strejkowali i że nie będą strejkować? Ale o tem doskonale wszyscy wiedzą, bo lekarz polski na swój zawód zapatruje się, jak na kapłaństwo. Atoli kapłanom płacimy przecież za służbę Bożą nie ile łaska, a ile nam oni określa za trudy.

Według nielogicznego i bolesnego mniemania, tylko jeden lekarz powinien być „wiecznym filantropem“. Czyż nie dosyć tej filantropji ze strony lekarzy, którzy *l a r g a m a n u*, jak amerykańscy miljarderzy, hojnie rozdają swą krwawą pracę i niebiednym i biednym i po szpitalach, albo darmo, albo za śmiesznie małe wynagrodzenie, bo sławetny syreni magistrat nie posiada środków na przyzwoite uposażenie lekarzy.

Czas już wielki, aby ogół polski zastanowił się nad tem i zrozumiał, że krzywdzi lekarzy. Czas, aby społeczeństwo, wnikawszy w głęb swej duszy, rozsądku i sumienia uregulowało samorzutnie sprawę honorarjów lekarskich, przestało wyzyskiwać lekarzy, jak białych murzynów, podnosząc honorarjum przynajmniej o 75 proc. t. j. o tyle, o ile w ostatnich kilkunastu chociaż latach, podwoiły się ceny utrzymania.

(№ 108). † *Zmarli*: Piotr Kulikowski w Odesie. — Zygmunt Zapolski w Winnicy. — Adolf Landau w Lo-

dzi. Nad grobem zmarłego w imieniu Towarzystwa Lekarskiego przemawiał kol. *S o n n e n b e r g*. Oto treść przemówienia:

Żałobni słuchacze!

B. p. *A d o l f L a n d a u* urodził się w r. 1862 w Tomaszowie Rawskim, średnie wykształcenie odebrał w Łomży, a uniwersytet ukończył w Warszawie w r. 1890.

Z dyplomem lekarskim w rękę rażno poszedł w życie z jedynem pragnieniem, aby stanowić siłę użyteczną w społeczeństwie.

Taką siłą użyteczną był on w społeczeństwie.

Jako fachowiec, pracował bezustannie i wielokrotnie uzupełniał swe wiadomości w klinikach zagranicznych, posiadał rozległą wiedzę oraz zdolność szybkiego oryentowania się w sytuacji. To też był lekarzem, którego bardzo ceniono i w którym pokładano najzupełniejsze zaufanie.

Codziennie zajęcia zawodowe nie zasłaniały mu jednak szerszych życia widnokręgów: zajmowały go żywo sprawy społeczne, zwłaszcza pociągały go zagadnienia, związane z higieną społeczną. To też był sterem i duszą wielu instytucyj tej miary. A więc: był prezesem Sekcji ogólnej Towarzystwa Higienicznego, był prezesem Towarzystwa Wstrzemięźliwości, był wiceprezesem Łódzkiego Gniazda Towarzystwa Opieki nad dziećmi, był jednym z założycieli Koła lekarzy fabrycznych i t. d.

Jako lekarz fabryczny, stykający się z ludem pracującym, miał sposobność aż nadto przysłuchiwać się nędzy i cierpieniom ludzkim. Pełen uczuć subtelnych, on widział, jak praca nadmierna i zajęcia szkodliwe zaci-

skają okrutne swe szpony i podkopują podstawy egzystencji ludzkiej; on odczuwał bardzo cudze cierpienia i biednemu, steranemu pracą, starał się nieść ulgę: ból fizyczny łagodził środkami lekarskimi, a ducha, skłonnego do zwątpienia i rozpacz, krzepił i pocieszał....

On dawał więcej, niż daje zwykle troskliwość przeciętnego lekarza... Bez zastrzeżeń, nawet wówczas, gdy siły go odbiegały, on oddawał się z całym zapalem swojemu zadaniu...

Lud pracujący to odczuwał, to też cenił w nim lekarza i widział w nim przyjaciela...

Takim był b. p. Dr. Adolf Landau, jako lekarz i jako człowiek. Zespolenie dwóch kierunków w jednej osobie t. j. ujęcie w harmonijną całość powołania lekarza z zadaniem powinności człowieka, uwydatnia wartość zmarłego i daje nam

wizerunek natury nawskroś prawej i szlachetnej.

Dziś wraz z nim ubywa społeczeństwu, które on tak miłował, siła użyteczna, a osieroconej rodzinie ubywa mąż najczulszy, ojciec najtroskliwszy...

Adolfie! Za chwilę grób, grób zimny, ukryje Cię na zawsze... Za chwilę na zawsze się z Tobą rozstaniemy...

W imieniu więc Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego, którego byłeś członkiem, żegnam Cię!...

W imieniu Towarzystwa Lekarskiego, w którym utrwaliłeś o sobie opinię człowieka rozumnego, kolegi sympatycznego, lekarza prawego, który pracę swą zawodową uważał za zaszczytne posłannictwo, żegnam Cię, kolego!

Żegnam Cię!...

A odemnie, Twojego z ławy szkolnej towarzysza, przyjm drogi przyjacielu, ostatnie pożegnanie!

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.
A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. Redaktor: Dr. S. Sterling.