

GAZETA LEKARSKA

Do Czytelników.

Nadmiar zajęć, a zwłaszcza chęć użycia wolnego od obowiązków lekarskich czasu na samodzielną pracę naukową, skłoniła kol. WŁADYSŁAWA GAJKIEWICZA do opuszczenia stanowiska redaktora „Gazety Lekarskiej“, po 26-u latach gorliwej pracy nad rozwojem naszego piśmiennictwa lekarskiego.

Spółwłaściciele „Gazety Lekarskiej“, z żalem zmuszeni przyjąć nieodwołalną rezygnację kol. GAJKIEWICZA, na posiedzeniu d. 17-go grudnia r. z. powołali na redaktora „Gazety Lekarskiej“ kol. JANA PRUSZYŃSKIEGO, dotychczasowego wydawcę.

Biorąc nadal czynny udział w kierownictwie pisma pod wodzą wybranego przez siebie kol. Redaktora, spółwłaściciele uważają za swój obowiązek zaznaczyć, że w dalszym ciągu, jak dawniej, pierwszorzędnym kłosem będą nacisk na stronę naukową Gazety w tem przeświadczeniu, że dążność do wolności i równouprawnienia z narodami samoistnymi powołuje nas do wspólnej pracy ze wszystkimi w powszechnych zadaniach wiedzy. A więc każdego zawodu jest obowiązkiem, aby nie był tylko biernym odbiorcą cywilizacyjnej pracy ludów, lecz również tej pracy wedle sił swoich współuczestnikiem. Zawód lekarski tylko wtedy odpowie obowiązkom swoim względem społeczeństwa, gdy wysoko dźwizgić będzie sztandar nauki i własnymi przyczynkami ją bogacić.

Nie zbacząc tedy z raz zajętego stanowiska, Redakcja „Gazety Lekarskiej“ nie mniej mieć będzie na uwadze zmieniające się warunki życia społecznego, w których, głos narodu sam ważyć winien decydująco w za-

dośłuczynieniu najżywotniejszym swym potrzebom. Dlatego też sprawy dotyczące zawodu lekarskiego w znaczeniu ogniwa doniosłego w społecznem naszym życiu będą przedmiotem naszej szczególnej staranności i opieki. Otwieramy szeroko łamy pisma naszego dla spraw dotyczących z jednej strony potrzeb społeczeństwa, a zwłaszcza wielce upośledzonych mas ludowych, z drugiej zaś — potrzeb stanu lekarskiego, który tylko przy zabezpieczeniu dostatecznym warunków bytu i wykształcenia fachowego może skuteczną nieść pomoc.

Jednym z dowodów budzącego się w obecnej chwili żywo interesu kół lekarskich dla spraw zawodowych ze społecznego punktu widzenia jest zawiązanie się „Stowarzyszenia Lekarzy Polskich“, którego prace i rozwój znajdują żywe odzwierciedlenie w Gazecie.

Potężny ruch naukowy na Zachodzie będzie zawsze przedmiotem pilnej naszej uwagi. Skrętnie zbierać będziemy pożywne ziarna, wyrosłe na glebie wiedzy ku pożytkowi naszego czytelnictwa, zarówno pod postacią streszczeń zbiorowych, jak i o ile możności najbogatszej kroniki naukowej.

Mając zadania te na widoku, jesteśmy przekonani, że najliczniejsze nawet grono redakcyjne wniesie do pisma małą żywotność, o ile nie oprze się na spółpracownictwie zarówno naukowem, jak i zawodowem szerokich kół lekarskich i nie zwiąże się mocnymi więzami umysłowego, moralnego i życiowego zjednoczenia z ogółem czytelników swoich.

Żywimy też niepłonną nadzieję, że doniosły moment dziejowy, jaki przeżywamy, a który bodajby dla całego narodu naszego był początkiem nowej ery wolnego i pomyślnego rozwoju, będzie też szczęśliwym punktem zwrotnym w dziejach polskiego stanu lekarskiego. Oby obudził się uspiiony przez czas dłuższy zapał do twórczej pracy naukowej, do utrzymania się na poziomie wiedzy oraz do wartkiego postępu spraw, związanych ze stanem lekarskim i do dążenia tego stanu ku ideałom doskonałości!

Redakcja.

Dr Władysław Gajkiewicz.

WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ urodził się 1850 r. w Kielcach, gdzie ukończył gimnazjum. 1866 r. wstąpił do Szkoły Głównej w Warszawie i ukończył Uniwersytet Warszawski 1871 r. Kształcił się następnie w Wiedniu, Heidelbergu i Paryżu. Powróciwszy do Warszawy, poświęcił się praktyce prywatnej i wybrał dziedzinę chorób nerwowych, której się ze szczególnem zamiłowaniem był oddawał zwłaszcza na klinikach paryskich, gdzie wówczas wielki CHARCOT tak owocnie na polu kliniki chorób nerwowych pracował i tylu dzielnych wychował uczniów.

Pracę swoją kliniczną oparł też na kilkoletnich, niezmiernie pilnych i gorliwych studiach mikrograficznych nad histologią układu nerwowego w pracowni prof. HOYERA. Doszedł też do istotnej biegłości w technice badań histologicznych ośrodków nerwowych. Pamiętamy imponujące wielkością systemy skrojów mózgowych, dokonywane wówczas przez kol. GAJKIEWICZA.

W 1880 r. objął G. stanowisko ordynatora oddziału nerwowych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie, na którym pracował do r. 1903, przeniósłszy się w tym roku na takież stanowisko do szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, które dotąd zajmuje. G. materiały kliniczne szpitala umiejętnie i pracowicie dla nauki wyzyskiwał, ogłaszając liczne przyczynki kazuistyczne, a nie chodziło mu o mnożenie tylko ilościowe piśmienniczej swej twórczości, ale o bogacenie istotne pouczającą kazuistyką patologii i terapii szczegółowej chorób nerwowych.

Niezależnie od oryginalnie opracowywanych, a zawsze ciekawych i traktowanych ściśle naukowo spostrzeżeń klinicznych, ogłaszał G. liczne prace syntetyczne pod formą monografii naukowych, które w wysokim stopniu podnosiły skalę wiedzy licznych czytelników, zajętych codzienną pracą zawodową, oddalonych od ognisk naukowych, bibliotek, klinik i wykładów, pozbawionych możności śledzenia mnóstwa poszczególnych prac archiwalnych, bogacących zasób specjalnej wiedzy lekarskiej.

Do takich znakomych, jasno, przystępnie, a ściśle naukowo traktowanych obszernych monografii należą: „Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych” [Medycyna. 1878—79—80 i 81]. „Najnowsze poglądy na fizjologię mózgu” [Gaz. Lek. 1888]. „O ropniach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym” [Gaz. Lek. 1895]. „O nowotworach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym” [tamże 1895]. „O źrenicy w stanie zdrowia i choroby” [Odcz. klin. p. Gaz. Lek. 1902] i inne.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje praca G. „Syfilis układu nerwowego” [Odcz. klin. p. Gaz. Lek. 1890], w której obok krytycznego zestawienia materiału naukowego innych pisarzy, opiera swe wywody na licznych własnych

sposprzeżeniach klinicznych. Praca ta wyszła po francusku: „*Syphilis du système nerveux*”. Paryż. 1892 i u nas, jak również w prasie zagranicznej bardzo przychylnie przez krytykę lekarską została przyjęta.

GAJKIEWICZ należał do pierwszego grona odnowicieli „Gazety Lekarskiej” i z rąk ich otrzymał trudne a zaszczytne upoważnienie zajęcia stanowiska redaktora jej. Na wybitnym tem stanowisku pracował przez przeszło ćwierć wieku. Należał on do tych, którym gorąco leżało na sercu podniesienie nauki lekarskiej w Polsce do poziomu europejskiego i do dźwignięcia poziomu piśmiennictwa i czytelnictwa lekarskiego u nas. Nadanie Gazecie barwy ściśle naukowej, wydawnictwo poważnych dzieł naukowych lekarskich z zerwaniem w tym kierunku z nieprzystojną narodowi naszemu wyłączną biernością naukową, a więc zachęta kolegów do produkcyi oryginalnych podręczników, rozpowszechnianie wiedzy lekarskiej przez wydawnictwo seryi odczytów klinicznych przy Gazecie—w tem wszystkim żywym i płodnym fermentem był W. GAJKIEWICZ.

Na stanowisku redaktora Gazety Lek. odznaczał się G. niepospolitą obowiązkowością i pracowitością; przez ciąg 26-u lat, w każdy poniedziałek, zbierało się u niego grono spółwłaścicieli Gazety dla wspólnej pracy redakcyjnej, a przez cały ten olbrzymi płac czasu, umiał G. wysoce lojalnem, taktownem i stale dziwną skromnością nacechowanem postępowaniem, trzeźwym zawsze, trafnym a szczerym i otwartym sądem zyskiwać wysokie uznanie i najszczerzą towarzyszy pracy życzliwość.

Wyrażając jeszcze raz żal z powodu opuszczenia stanowiska kierownika Redakcyi naszej Gazety przez kol. G. nie wątpimy, że zwolniwszy się z nazbyt już ciężących na nim obowiązków redaktora, G. obszerną a gruntowną wiedzę swoją lekarską oraz bogate doświadczenie kliniczne zużyje owocnie na powiększenie skarbnicy piśmiennictwa naszego naukowo-lekarskiego i przez długie, długie jeszcze lata płodnie na niwie tej pracować będzie, czego mu z głębi serca życzymy!

A oto dotychczasowy plon pracy piśmienniczej GAJKIEWICZA:

- 1) „O marskościach wątroby”. Medycyna. 1877.
- 2) „Obecny stan wiedzy o t. z. chorobie MÉNIÈRE’a”. Medycyna. 1877.
- 3) „Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych”. Medycyna. 1878—79—80 i 81.
- 4) „Dwa przypadki ospy, poprzedzonej wystąpieniem wysypki „rash” zwanej. Medycyna. 1878.
- 5) „O porażeniu ośrodkowem nerwu rozocznego i t. d.”. Medycyna. 1879.
- 6) „O umiejscowieniu czynności i zбочeń mózgowych”. Medycyna. 1880—81.
- 7) „O naciąganiu nerwów przy *tabes dorsualis*”. Gaz. Lek. 1881.
- 8) „O leczeniu tętniaków aorty piersiowej zapomocą elektrolizy”. Gaz. Lek. 1881.

- 9) „Przypadek porażenia rdzeniowego kurczowego z pomyślnem zakończeniem”. Gaz. Lek. 1882.
- 10) „Przypadek porażenia LANDBY'ego, zakończony wyzdrowieniem”. Gaz. Lek. 1882.
- 11) „Kilka uwag o porażeniu jednej z kończyn ciała (*monoplegia*)”. Gaz. Lek. 1883.
- 12) „O zaburzeniach odżywczych, a w szczególności o twardzieli skóry”. Ks. pam. prof. HOYERA. 1884.
- 13) „Ostre rozlane zapalenie części grzbietowej mleczka kręgowego z pomyślnem zejściem”. Gaz. Lek. 1885.
- 14) „Najnowsze poglądy na fizyologię mózgu”. Gaz. Lek. 1888.
- 15) „Syfilis układu nerwowego”. Odczyty klin. p. Gaz. Lek. 1890.
- 16) „O obrzęku pochodzenia histerycznego”. Gaz. Lek. 1891.
- 17) „O akromegalii”. Gaz. Lek. 1891.
- 18) „Przypadek wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym”. Gaz. Lek. 1891.
- 19) „*Syphilis du système nerveux*”. Paryż. 1892.
- 20) „O drżeniu histerycznym”. Gaz. Lek. 1892.
- 21) „O spazmie skaczącym”. Gaz. Lek. 1892.
- 22) „Drugi przypadek akromegalii”. Gaz. Lek. 1893.
- 23) „Przypadek t. z. obrzęku histerycznego”. Gaz. Lek. 1893.
- 24) „O ropniach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym”. Gazeta Lek. 1895.
- 25) „O nowotworach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym”. Gaz. Lek. 1895.
- 26) „Trzy przypadki syfilisu mózgu”. Gaz. Lek. 1895.
- 27) „O leczeniu chirurgicznym wodogłowia wrodzonego i nabytego; przekłucie kanału kręgowego”. Gaz. Lek. 1896.
- 28) „O leczeniu chirurgicznym idiotyzmu *resp.* małogłowia”. Gaz. Lek. 1896.
- 29) „Przypadek akromegalii”. Gaz. Lek. 1896.
- 30) „Kilka słów o poglądach na naturę i leczenie choroby BASEDOW'a”. Gaz. Lek. 1897.
- 31) „Kilka słów o pseudotęźcu”. Gaz. Lek. 1898.
- 32) „O źrenicy w stanie zdrowia i choroby”. Odcz. klin. p. Gaz. Lek. 1890.

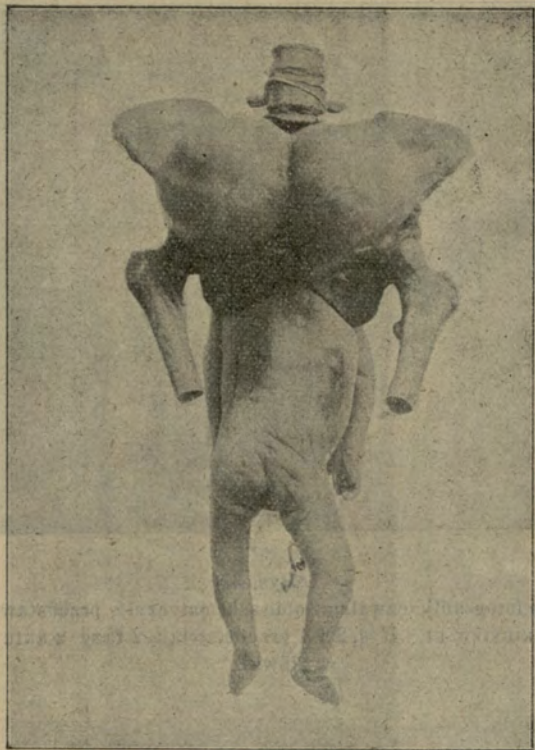
Na posiedzeniu spółwłaścicieli „Gazety“ d. 17-go grudnia r. z. kol. WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ został jednogłośnie wybrany na Członka Honorowego „Gazety Lekarskiej“.

I. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu (monstra duplicia).

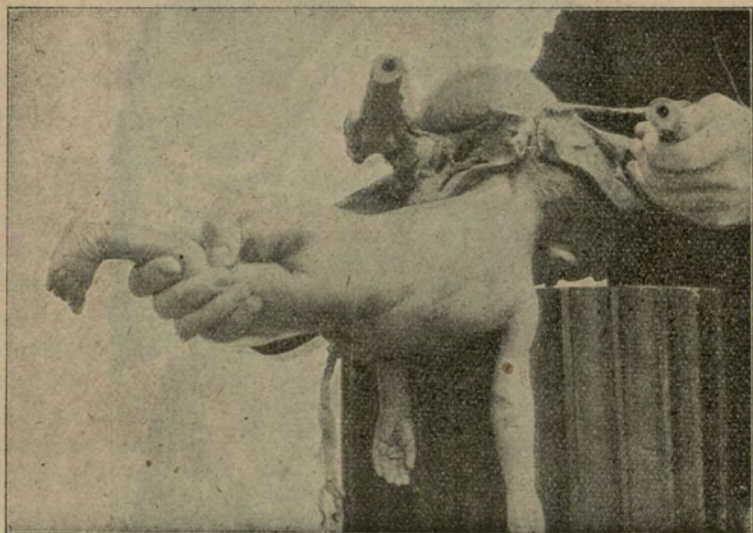
Podał

Fr. Neugebauer.

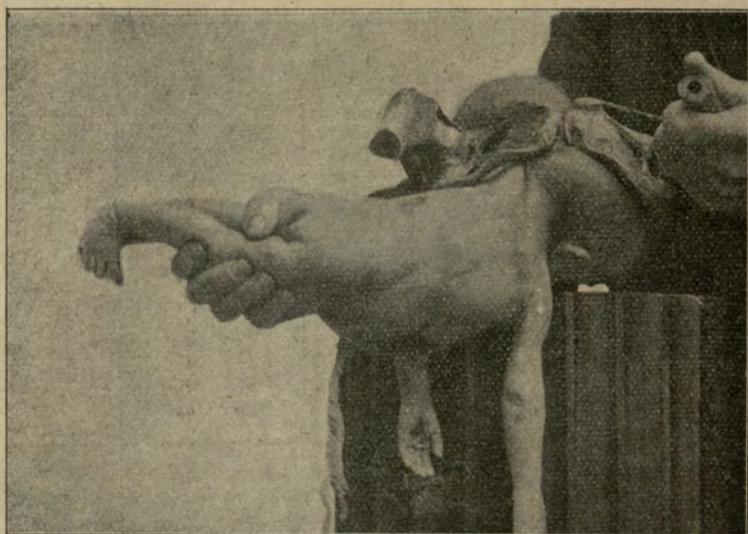
Dnia 19-go marca 1906 r. kolega MUNKIEWICZ raczył przesłać mi do zbadania trup dziecka dwugłowego, wręczony jemu przez kol. SKIBNIEWSKIEGO. Dnia 14-go marca kol. SKIBNIEWSKI przez akuszerkę TRUCHNEROWĄ został wezwany do porodu do wsi Grochowa pod Krośniewicami. Płód przy położeniu nóżkowym urodził się po barki, lecz akuszerka żadną miarą wyjęcia dokończyć nie mogła. Dolna połowa ciała aż do pępka sterczała już od 2-ch godzin *extra vulvam*, obie kończyny górne były jeszcze w macicy. Kolega SKIBNIEWSKI wydobyl je, lecz wydobycie główki na razie okazało się niemożliwym. Dopiero przy silnem pociąganiu w bok na prawo wyszła nareszcie lewa główka, a potem prawa. Urodził się donoszony martwy dwugłówek płci żeńskiej. Łóżysko szybko odeszło, krwotoku nie było, uszkodzenia całości ust macicznych nie było. A więc koledze S. udało się dzięki umiejętnemu postępowaniu ukończyć poród, należący nieraz do bardzo trudnych. Pacjentka, wieśniaczka, lat 42, poprzednio już 3 razy rodziła; przy drugim porodzie urodziły się bliźnięta, sama zaś pochodzi z rodziny, w której często rodziły się bliźnięta. Kolega SKIBNIEWSKI od razu przy badaniu rodzącej *per vaginam* rozpoznał dwugłowie. Gdy chciał palcami lewej ręki dostać się do jamy ustnej płodu, nie znalazł jej, a wymacał dwie bródki. Badając palcem, spostrzegł, że szyja płodu dzieliła się na dwie szyje. Rozpoznanie dla kol. SKIBNIEWSKIEGO było łatwe po wydobyciu ramion. Przy przybyciu kol. S. do rodzącej pępowina już nie tętniła, płód już nie żył. Położnica zaraz po porodzie czuła się dobrze i połóg pozostał bez następstw ujemnych. Później kol. S. dowiedział się o tem, że poprzednio pacjentka rodziła już raz dziecko o braku jednej kończyny dolnej. Chociaż porody tego rodzaju nie są zbyt rzadkie, to jednak nie każdy położny pomimo długoletniej praktyki miał do czynienia przy porodzie z dwugłówkim.



Rys. 1.

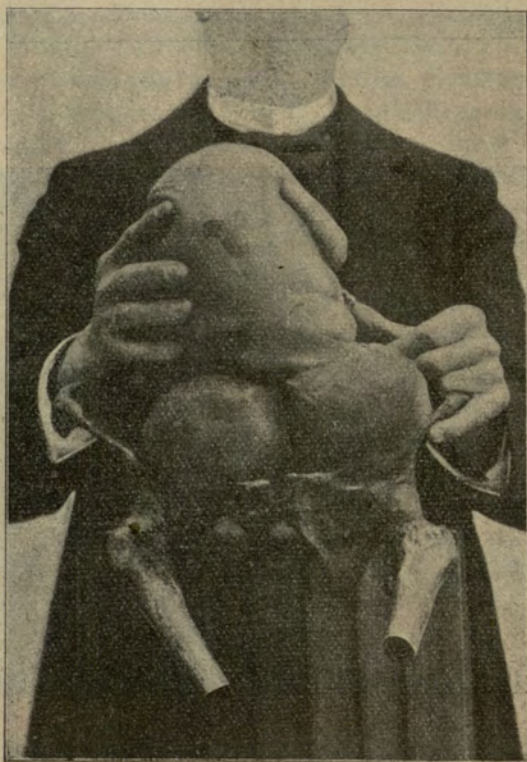


Rys. 2.

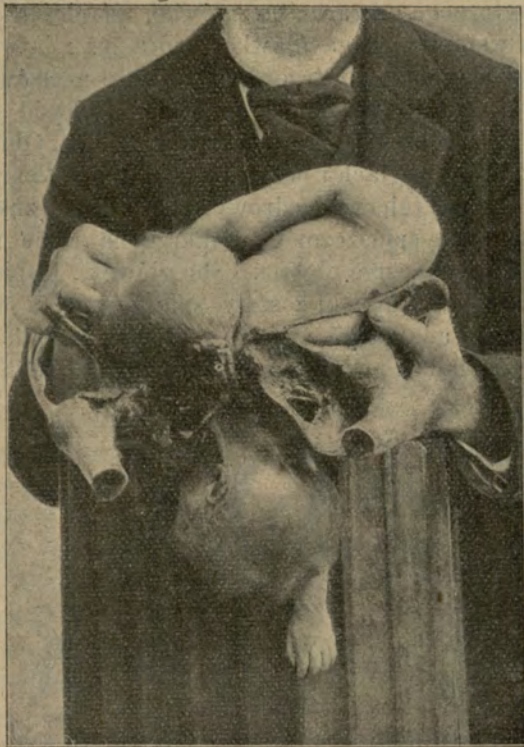


Rys. 3.

Na rysunkach [podług fotografii] pozwalam sobie schematycznie przedstawić mechanizm, podług którego działał kol. SKIBNIEWSKI. Rys. 2 i 3 przedstawiają 2 fazy z aktu wydobycia pierwszej główki.



Rys. 4.



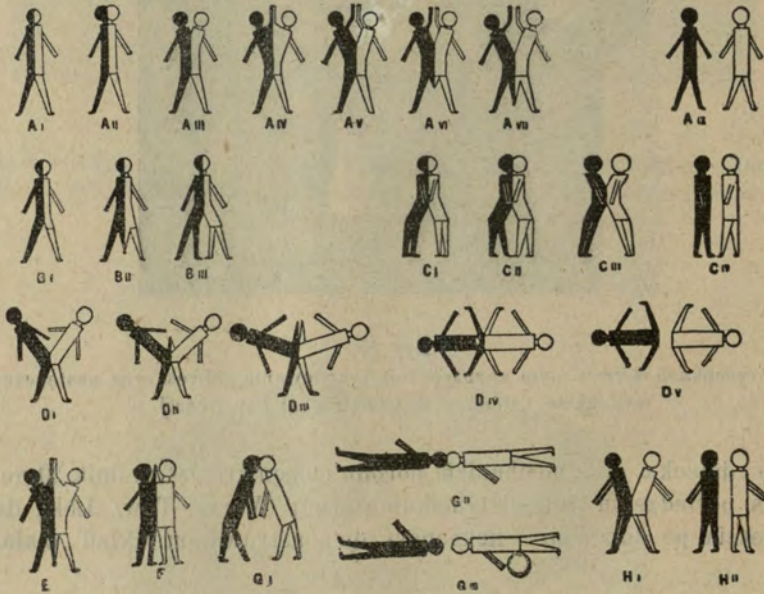
Rys. 5.

Na rysunkach 4-ym i 5-ym zaznaczyłem przodowanie główek oraz następcze wydobyć jednej główki [patrz dalej w treści].

Trup dziecka oraz mechanizm porodu demonstrowałem dnia 29-go marca 1906 r. na posiedzeniu Sekcji Ginekologicznej Warsz. Tow. Lek., dnia zaś 27-go kwietnia po dokonaniu nekropsji demonstrowałem układ ciała [patrz dalej].

Podobne spostrzeżenie opowiedział 26.X. 1904 w Lwowskim Towarzystwie Ginekologicznym BOCHEŃSKI, demonstrując martwo rodzonego dwuramiennego dwugłówka: *dicephalus dibracchius*. Pacjentka wieloródka przybyła do kliniki z płodem urodzonym po barki: rodzi drugi dzień, dwaj wezwani lekarze oświadczyli, że dobrowolnie urodzić nie może, przystąpili zatem do zabiegu—prawdopodobnie przy poprzecznym położeniu dokonali ewisceracji przez ścianę brzuszłą, na co wskazuje 8 ctm. długi otwór w ścianie brzusznej w okolicy pępka. Lekarze wydobyli płód po barki, a nie mogąc wydobyć główek, skierowali rodzącą do kliniki. Zauważono, że nóżka jedna w stawie była wyrwana i wisiała tylko na pasku skóry i jednym mięśniu. Brzuszek płodu był zwrócony ku spojeniu łonowemu. W klinice przez powłoki brzuszne wymacano główkę w dole biodrowym prawym, a przy badaniu przez pochwę

wymacano drugą główkę, zwróconą bródką pod spojenie łonowe. Po zwróceniu bródki ku tyłowi, wytoczono na zewnątrz główkę, znajdującą się w miednicy, poczem do miednicy wstąpiła druga główka, którą już z łatwością wydobyć się udało. Płód żeński donoszony, bez trzew ważył 2000 gramów; długość ciała do szczytu jednej główki wynosiła 48, do drugiej 46 ctm., obwód jednej główki 31, drugiej 29, obwód obu główek $43\frac{1}{2}$, obwód barków 35 ctm. Obie główki osadzone są na zupełnie oddzielnych szyjach i przylegają do siebie twarzą; szyja główki, która znajdowała się na talerzu biodrowym, była dosyć znacznie wydłużona, obie główki były wyraźnie spłaszczone. Lekarze na razie nie mogli główki wydobyć z powodu zbyt znacznej objętości obu główek. Dopiero, gdy wskutek dalszej czynności porodowej główki zostały spłaszczone, a więc nastąpiła odpowiednia konfiguracja i adaptacja, a jedna z główek zstąpiła do miednicy, wydobyć, główek udało się bez nadzwyczajnych trudności [Ginekologia. Marzec. 1905, str. 173].



Rys. 6.

Nadzwyczaj poglądowy schemat podwójności częściowej lub całkowitej oraz wszelkie odmiany przedstawia schematyczny rysunek WILDER'a, który skopiowałem z wychodzącego obecnie wybornie opracowanego dzieła SCHWALBE'go: „Die Morphologie der Missbildungen des Menschen u. der Thiere“. Jena. 1906 [Dzieło w 3-ach tomach, z których dwa już opuściły prasę, a trzeci wyjdzie 1908]. T. II. Jena. 1907, s. 110, rys. 125.

Kwestya całkowitej lub częściowej podwójności ciała należy do bardzo zajmujących pod względem nie tylko teratologicznym, lecz również fizyologicznym, anatomicznym i klinicznym, a nawet psychologicznym.

Podwójność, *duplicitas*, powstaje nie przez zrośnięcie się pomiędzy sobą

dwóch zarodków, a zawsze skutek rozdzielenia się ciała, pierwotnie pojedynczego. Rozdzielenie bywa tem mniej rozległe, im później powstaje. Według hipotezy AHLFELD'a, ponieważ w miejscu, w którym wytwarza się główka istnieje materyał najobfitszy, rozszczepienie górnej połowy ciała przeważa liczebnie rozszczepienia dolne. *Duplicitas anterior s. superior* zdarza się u człowieka cztery razy częściej, niż *duplicitas posterior s. inferior*.

Rozdzielenie może dotyczyć tylko górnego lub tylko dolnego końca ciała lub obu równocześnie, następnie może dotyczyć całego ciała (*duplicitas parallela*), co odpowiada zupełnemu rozszczepieniu zarodków.

Poświęćmy dziś słów kilka podwójności górnej: *duplicitas anterior*. Jest to jedna z najczęstszych odmian potworności u ryb, zdarza się często u bydła i niezbyt rzadko u człowieka.

TARUFFI znalazł dwugłowie 41 razy u cieląt, 18 — u owcy, 7 — u kury, 8—u wężów, 2—u kaczki, 3—u konia, 1 raz—u psa, 1—u pstrąga, 1—u jaszczurki, 5 razy—u gołąbka, 2 razy—u sarny. Liczby te nie mają dla nas wielkiego znaczenia, ponieważ TARUFFI nie podaje stosunku procentowego w porównaniu z normalnym układem ciała.

Najniższym stopniem rozszczepienia, czyli podwójności górnej jest podwójność *hypophyseos cerebri* wskutek rozszczepienia górnej części *chordae dorsalis*. Ciałoślad przy tem okazuje się zewnętrznym normalnym, a dopiero sekcyja ujawnia anomalię rozwojową.

Następnym stopniem rozszczepienia jest podwójność twarzy, *diprosopus*, w najrozmaitszych odmianach, poczynając od podwójności jamy ustnej, szeregów zębów, języka [języki u podstawy połączone ze sobą] aż do podwójności całej głowy. Pośrednią odmianą jest głowa jedna o dwóch twarzach ze sobą zlanych, o 2-ch 3-ch lub 4-ch oczach, o 2-ch, 3-ch lub 4-ch uszach.

Diprosopus distomus, di - tri - tetrophthalmus, di - tri - tetrotus. AHLFELD w atlasie swoim podaje cały szereg rysunków z odpowiedniej kazuistyki. Płody takie nie są zdolne do życia z powodu niedorozwoju mózgu i wadliwości jamy ustnej.

Dalej zaznaczyć wypada podwójność głowy oraz częściową podwójność kręgosłupa. U człowieka większość dwugłówek należy do grupy: *ileo-lub też ischio-thoracopagus dicephalus*. Płód taki posiada jakoby dwie głowy, każda o szyi, na jednym tułowiu, w samej rzeczy zaś w *dicephalia* zawsze bierze udział i kręgosłup, przyczem podwójność jego sięga tylko na kręgi szyjne lub też aż do okolicy lędźwiowej lub nawet krzyżowej. Ile razy szyja była podwójna, to i kręgosłup częściowo był podwójny. Im dalej ku dołowi sięga rozszczepienie, tem bardziej podlegają podwojeniu narządy klatki piersiowej, jamy brzusznej i t. d., zamiast dwu ramion dwugłówek posiada 3 ramiona [szczątek wspólny 2-ch ramion, wystający ku tyłowi], lub 4 (*dicephalus tetrabrachius*). *Dicephalus tribrachius* może posiadać środkowe ramię o podwójnej ręce, podwójnym przedramieniu i t. d. Płuca, serce mogą być podwójne, przyczem dwa serca mogą leżeć w jednym osierdziu lub w dwóch.

Dicephalus dibracchius, *tribracchius* i t. d. jest zdolnym do życia po urodzeniu. *Dicephalus tetrabracchius* zawsze posiada 2 serca, 4 płuca; górna część ustroju narządów trawienia jest podwójną, dolna — wspólną. Płody tego rodzaju często obumierają *sub partu* wskutek utrudnionego porodu lubo znane są przypadki, w których dwugłówek doszedł do pełnoletności.

CORRADI podaje następującą statystykę co do 81 porodów przy podwójności ciała różnych odmian:

- 41 razy płód martwo rodzony [50%].
- 16 takich potworków żyło kilka minut;
- 14 " " " " godzin;
- 2 zmarły pomiędzy 10-ym a 15-ym dniem;
- 5 żyło 40 dni do 8-u miesięcy;
- 2 żyły do drugiego roku;
- 1 potworek dwugłowy doczekał się wieku dorosłego.

Gdy przeglądać kazuistykę, to pokazuje się, że zawiera cały szereg spostrzeżeń, w których potworek z tą lub ową postacią podwójności dotarł do wieku nawet poważniejszego.

Aby uwzględnić piśmiennictwo nasze o potworkach podwójnych, przytaczam, że odpowiedni materiał z podaniem bogatej kazuistyki był opracowany przez ś. p. ojca mego i ogłoszony w pracy: „Kilka słów o potworach podwójnych czyli bliźniętach zrosłych“ (*Monstra duplicia s. gemini coaliti*). Monografia z rysunkiem. Gazeta Lekarska. 1873. XX, str. 13, 33, 49, 65, 78, 105, 116.

Ś. p. ojciec mój już w roku 1864-ym w 52-im tomie Pam. Warsz. Tow. Lek. opisał własne spostrzeżenie porodu dwugłówka [l. c., str. 437], następnie miał sposobność zbadania w Warszawie pokazujących się publicznie zrosniętych pomiędzy sobą braci syamskich oraz znanych powszechnie sióstr karolińskich, i tak zainteresował się tą kwestyą, że zaczął zbierać materiał kazuistyczny i zestawił aż 68 spostrzeżeń bliźniąt pomiędzy sobą zrosniętych, które rodziły się żywe i żyły mniej więcej przez dobę lub dłużej. Praca ta na tem polu do dziś dnia jest najwięcej wyczerpującą co do kwestyi zrosnięcia dwóch płodów pomiędzy sobą, nie dotyczy zaś bezpośrednio kwestyi: *monstra dicephalica sensu strictiori*.

Spostrzeżenia swoje porodu dwugłówka ś. p. ojciec mój opisał również w *Monatschrift f. Geb. u. Frauenkrankheiten*. t. 26, str. 421, po odczytaniu na Zjeździe lekarskim w Hanowerze w roku 1865. Pierwszą główkę wydobyto przy pomocy kleszczy dwóch lekarzy. Daremnie pociągano teraz za główkę. Wezwany wtedy ś. p. ojciec mój znalazł w pochwie prawe ramię płodu, nie mógł zaś dojść do lewego ramienia. Klatka piersiowa była mocno wklonowana w miednicę, brzuch dziecka zwrócone ku przodowi, rozpoznał więc zniekształcony płód i nie widząc możliwości dokonania obrotu, zmiażdżył na tępo klatkę piersiową kefalotryptorem, ściągając ją cokolwiek ku dołowi, następnie naciął

ją nożycami STUBOLD'a, dokonał eksenteracji; teraz dopiero był w możności rozpoznania obecności drugiej głowy; wydobyl wtedy tułów i nóżki tępym hakiem, inareszcie ręcznie wydobyl główkę i lewe ramię. Naśladował więc mechanizm samoobrotu z dodaniem eksenteracji. Dziecko—dziewczynka—miało 19 cali długości, w barkach 7 cali szerokości. Kręgosłup był podwójny aż do ostatnich kręgów grzbietowych. Nekropsyi dokonać nie pozwolili rodzice starozakonni. Położnica wyzdrowiała.

W dyskusyi E. MARTIN zaznaczył, że uważa zmniejszenie objętości tułowia przez eksenterację za krok przygotowawczy do obrotu na nóżki. Według HOHL'a najpomyślniejsze wyniki dla rodzącej dawały zawsze przypadki, w których przed wydobyciem drugiej główki wydobyto tułów. KRISTELLER uważał samoobrót dziecka za możebny po urodzeniu się pierwszej główki.

W piśmiennictwie naszym znalazłem jeszcze kilka prac, dotyczących potworków o częściowej podwójności:

J. CHAMEIDES i T. BROWICZ. Wiadomość o potworze urodzonym we wsi Radoszycach (*Ischiopagus tripus*). Przegląd Lekarski. 1878. XVI, str. 553 oraz 1879. XVIII, str. 131.

L. GRABOWSKI. Potwór dwulicowy. *Diprosopus tetraphthalmus triotus, spina bifida*. Gazeta Lekarska. 1873. XIV, str. 147.

F. GŁOGOWSKI i TĘCZYŃSKI. Potwór jednogłowy o 2-ch twarzach. Medycyna. 1876. IV, str. 392.

H. HOYER. O powstawaniu tworów podwójnych. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1885. LXXXI, str. 348.

E. PATEK. O bliźniętach zrosniętych. Gaz. Lek. 1890. X, str. 561.

M. RZADKOWSKI. Potwór bliźniaczy czyli zrosłak jednogłowy i jednoppkowy. Medycyna. 1879. VII, str. 743.

SZYMAŃSKI. Płód dwugłowy. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1868. LX, str. 109.

SZYMAŃSKI wezwany był do kobiety po raz drugi rodzącej. Główka już przesunęła się na zewnątrz, lecz dalej poród nie postępował od 5-u godzin. Sz. znalazł główkę już na zewnątrz miednicy, twarz obróconą do prawego biodra rodzącej, jednocześnie lewa rączka wypadła. Płód nieżywy, kurczenia macicy wstrzymane, sama macica napięta, przez ściany brzuszne niepodobieństwo wyczuć innych części płodu. Tętno przyspieszone, prawie nitkowate, część głowy okryta włosami, opuchnięta, badanie palcem niemożliwe. Na miejscu z wielu powodów żadnych środków zastosować było nie podobna. Przewieziono więc chorą do polowego szpitala, w którym natychmiast zastosowano ciepłą kąpiel, nacieranie brzucha chloroformem. Po kąpeli zbadanie bliższe okazało się łatwiejszem i po wprowadzeniu połowy ręki znaleziono drugą główkę. Z początku SZYMAŃSKI sądził, że ma do czynienia z bliźniętami, lecz przy jeszcze staranniejszem śledzeniu przekonał się, że płód jest potworem. Sz

uciął główkę przodującą na 6-y m kręgu szyjnym, potem dokonał obrotu na nóżki, wydobyl płód i łożysko. Chora zmarła na drugi dzień wskutek *peritonitidis*.

Rozdwojenie kręgosłupa dziecka rozpoczynało się już w kości krzyżowej. Serce pojedyncze, płuca i inne narządy prawidłowe.

I. TALKO. Materiał do teratologii. Potwory podwójne. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1875. LXXI, str. 198.

C. WROCZYŃSKI. Płód o dwu głowach. Wydobyte po uprzednim odzieleniu jednej głowy. Gaz. Lek. 1888. VIII, str. 1030.

V—*pariens* [cztery porody prawidłowe] rodzi już od 3-ch dni: miednica prawidłowa, bicia serca płodu niema, bóle porodowe ustały od 24-ch godzin. *Forceps*—daremne usiłowania. W. próbował obrotu na nóżki, również daremnie. Wtedy uciął główkę od tułowia i próbował wydobyć tułów hakiem ostrym, lecz tułów nie ruszał się z miejsca. W. próbował zatem na nowo obrotu i wtedy przekonał się, że płód miał dwie głowy. Wydobyte za nóżki nie przedstawiało żadnych trudności. Po wydobyciu płodu W. przekonał się, że płód miał trzecią rączkę, sterzącą ku górze pomiędzy dwiema głowami. Pępowina pojedyncza. Trupa dziecka W. nie mógł zbadać (*dicephalus tribracchius*).

W roku 1903 kol. ANTECKI miał do czynienia z porodem utrudnionym: chodziło o dwa płody zrosnięte na powierzchni brzucha. [Opis kol. ANTECKI przesłał mi listownie].

Tyle co do spostrzeżeń w piśmiennictwie ojczystem, chociaż wątpię, aby spis ten był wyczerpujący, ponieważ nie każde spostrzeżenie bywa ogłaszane.

Na posiedzeniu Sekcyi Ginekologicznej Warsz. Tow. Lek. dnia 27-go kwietnia 1906 r. kol. STEINHAUS demonstrował trup niedonoszonego płodu—*thoracopagus*—o pojedynczem sercu. Warszawskie Muzeum anatomii patologicznej zawiera cały szereg preparatów potworków podwójnych, przeważnie martwo rodzonych lub wkrótce *post partum* zmarłych.

[C. d. n.]

II. Poród płodu półgłowego przy łożysku przodu.

Opisał

Józef Jaworski.

Rozpoznanie w czasie ciąży istnienia potwora zapomocą badania zwykłego bywa prawie niemożliwym. W razie zastosowania promieni ROENTGENA, wprawdzie wyjątkowo, otrzymać można kontury płodu, a tem samym jego cechy budowy. Podczas porodu w tych razach również następują one wielkie trudności rozpoznawcze.

Przy potworach dwoistych (*craniopagi*, *thoracopagi*, *ischiopagi*, *diprosopi*) w najlepszym razie rozpoznać można ciężę bliźniaczą. Natomiast w razie zahamowania się porodu po urodzeniu się główki, albo pośladek, od razu, już apriorystycznie, nasuwa się przypuszczenie o istnieniu takiej, lub innej potworności.

Nie tylko jednak potwory dwoiste, lecz i inne, mianowicie, płody półgłowe, albo bez mózgu (*hemicephalus*, *anencephalus*) pod względem rozpoznawczym przedstawiają nieraz duże trudności, gdy częścią przodującą jest główka.

Najłatwiej jest rozpoznanie bywa wtedy, gdy płód taki stawia się twarzą. Wobec tego, że język u potwora takiego bywa wysunięty z jamy ustnej, gałki oczne znacznie z orbit wypukłone, rozpoznanie w przypadku podobnym postawić można ściśle. Gdy jednak płód półgłowy, lub bezmózgi stawia się górnym odcinkiem główki, pozbawionej częściowo, lub całego sklepienia czaszkowego, wtedy przy badaniu wewnętrznym znajdujemy dane trudno dające się wytłómaczyć. Pod palcem znajdujemy tkankę miękką, dosyć łatwo przy ucisku ustępującą, oraz tu i owdzie twarde, nierówne brzegi kości.

Przy formie potworności, gdzie podstawa czaszki leży prawie odkryta, gdzie zamiast mózgu istnieje tylko błona w naczynia obfitująca, wyczuć nieraz można siodło (*sella turcica*), a rozpoznanie tem samem — postawić dokładne.

Podczas porodu część przodująca płodu półgłowego, bezmózgiego, jak akuszerzy słusznie twierdzą, przypomina obrzękłe pośladki, bark, albo napięte pęcherza płodowe, o tęgich, zgrubiałych błonach. W rozpoznaniu różniczkowym w tych razach trzeba wziąć pod uwagę istnienie przepukliny mózgowej (*encephalocela*), szczególnie, gdy z jamy czaszki występują całe półkula mózgowe. Przy badaniu wyczuć wtedy można guzowatość miękką, o podstawie wąskiej, gubiącej się w jamie czaszki, w której udaje się niekiedy wyczuć otwór. Zdarza się, iż guzowatość taka tętni izochronicznie z biciem serca płodu.

Trudniej już zmieszać przy rozpoznaniu te formy niedokształcenia czaszki i mózgu z główką płodu macerowanego. Główka taka wyczuwa się, jako worek napełniony kośćciami czaszki, które są bardzo ruchome. Nadto na całej powierzchni główki nie daje się stwierdzić przestrzeni błoniastych, posiadających pewną sprężystość. Zresztą, wywiady oraz brak oznak życia płodu na pewien czas przed rozwiązaniem, pozwalają odnośnie rozpoznania różniczkowego w tych przypadkach ustrzedz się pomyłki.

W każdym razie, przy porodzie potworów tych, gdy wstawiają się górnym końcem, pozbawionym części końca czaszki, ściśle rozpoznanie, jak to przyznają wszystkie dzieła akuszeryjne, należy do rzeczy trudnych, a najczęściej dzięki tylko przypadkowi postawionem być może.

Trudności te zwiększają się w dwójnasób, gdy przypadki wymienione wklajają się łożyskiem przodującym, i sam poród w takim razie przebiegać może odmiennie niż zwykle i wymagać zabiegów szczególnych.

Przypadek, który obserwowałem podczas przebiegu ciąży, a następnie, udzielałem przy nim pomocy akuszeryjnej podczas porodu, przekonywa mię o tem dowodnie. Z powyższych powodów, ze względów praktycznych, uważam go za zasługujący na ogłoszenie.

Pozatem i koincydencję taką zjawisk, jak poród górnym końcem potwora półgłowego i łożysko przodujące, uważać muszę za nader rzadką, gdyż zarówno w dostępnej mi literaturze akuszeryjnej książkowej, jak i specjalnej peryodycznej, nie udało mi się odnaleźć omówienia tej sprawy.

Przypadek mój dotyczy osoby 42-letniej, żony przemysłowca, powtórnie zamężnej, posiadającej kilkoro zdrowych dorastających już dzieci z pierwszego małżeństwa.

Osoba ta, prawidłowego ciała kształtu, budowy silnej, zarówno sama, jak i obecny jej mąż, ze zdrowej rodziny pochodząca, zgłosiła się do mnie w 5-ym miesiącu ciąży z powodu dolegliwości w trawieniu. Następnie, już przy końcu 7-go miesiąca ciąży, wezwany zostałem do niej z powodu krwawienia z macicy, powstałego bez widocznej przyczyny. Zbadawszy ją wtedy, znalazłem: brzuch napreżony, prawie wszędzie wyczuwa się chęłbotanie; płodu samego dobrze wymacać się nie udaje; tonów serca wysłuchać nie zdołałem. Wewnętrznie: wybitne rozpułchnienie części pochwowej, część przodująca wydała się grubą, miękką masą.

Postawiłem rozpoznanie: nadmierna ilość wody płodowej, łożysko przodujące. Pomimo ścisłego stosowania zaleconych, a wskazanych w tych razach środków, i odpowiedniego zachowania się chorej, po 13-u dniach krwawienie jeszcze z większą siłą się powtórzyło, a następnie wkrótce wystąpiły bóle porodowe. Przy badaniu znalazłem, iż kanał jest drożnym dla palca, którym wyczułem charakterystyczną miękką gąbczastą powierzchnię, nie mogłem jednak ściślej określić części przodującej. Wprowadziłem do pochwy kolpeurynter, a na brzuch nałożyłem mocny pas. Po paru godzinach, stwierdziłem znaczniejsze otwarcie, a przy śledzeniu, powyżej otwartego ujścia macicznego, wyczułem tkankę mięsistą, z prawej strony grubiej uwarstwioną niż z lewej.

Wezwawszy do zachloroformowania rodzącej kol. J. KOLAŚIŃSKIEGO, le-

kärza miejscowego w szpitala S-go Rocha, przystąpiłem do ukończenia porodu drogą operacyjną: w tym celu prawą rękę wprowadziłem z lewej strony do jamy macicy, a gdy otworzył pęcherz o tęgich błonach płodowych, wyczułem główkę płodu i do niej przylegającą miękką masę, która przy dotyku sprawiała wrażenie spoistości tkanki łożyskowej. Wprawdzie w tej chwili powstała w umyśle moim wątpliwość, co do tego, czy mam przed sobą płód o główce prawidłowej budowy, i wyraziwszy przypuszczenie pod tym względem koledze obecnemu, nie tracąc czasu, zepchnąłem od zewnątrz nóżki, a uchwyciwszy je ręką w jamie macicy będącą, stopniowo, powoli, dokonałem obrotu. Przy następnem wyciąganiu płodu po obrocie, pierwotne przypuszczenie nasamprzód, z powodu nadliczbowych palców u kończyn dolnych, następnie, z niedorozwoju narządów płciowych, wreszcie, z powodu nadmiernej wielkości barków u płodu, niepomiernie utrudniających wydobycie, znalazło oczywiste potwierdzenie.

Potwór po urodzeniu nie zdradzał oznak życia i przedstawiał znamiona hemicefalii, właściwiej, anencefalii: brak całego sklepienia czaszki; mózg w stanie niedorozwoju, kształtu niekulistego, lecz jakby spłaszczony z przodu ku tyłowi. Gałki oczne, niby dwa guzy, nabiegłe krwią i wypukłone z orbit, szyja gruba, wygięta ku przodowi, na kształt garbu przodkowego. Twarz o wyrazie bardzo nieprzyjemnym łącznie z częścią głowy i szyją sprawiała wrażenie — żaby. U prawej ręki, lewej i prawej nogi po jednym palcu nadliczbowym. Lewa stopa posiada znamiona *pes equinus*. Płęć trudno ściślej określić. Na dokładniejsze zbadanie potwora nie można było uzyskać zgody.

Łożysko duże, w tkance jego objawy obrzęku, na płacie, odpowiadającym stronie prawej macicy, świeże i stare skrzepy krwi.

Połów u osoby tej przebiegał prawidłowo, 12-go tygodnia po porodzie położnica opuściła łóżko.

Tutaj więc pomimo nieokreślenia ściśle części przodującej i przypuszczenia, że jest łożysko przodujące całkowite, a nie częściowe ¹⁾, wskazania do operacji pozostały jedne i te same. Przypuszczam jednak teoretycznie zespół zjawisk nieco innych. Gdyby, na przykład, udało się rozpoznać, że częścią przodującą jest górny koniec bezmózgowca (*anencephalus*) przy łożysku przodującym, np. brzeżnym, ewentualnie — przy nisko umiejscowionem, a krwawienie byłoby nieznaczne i bóle silne, to obawiałbym się wtedy otworzyć pęcherz płodowy, pomimo pozornie słusznego wskazania. Nawet bowiem po opuszczeniu się części przodującej, t. j. główki bez sklepienia czaszkowego, okazałby się ona mogła niewystarczającą, ze względu na swój kształt i spoistość do ucisku na miejsca krwawiące.

Innemi słowy, w razie rozpoznania, że częścią przodującą jest tak lub

¹⁾ Zgodnie ze zdaniem STRASSMANN'a: Placenta praevia. Archiv. f. Gynäkologie. T. 67. Z. 1, używam terminologii: placenta praevia totalis, partialis, marginalis.

inaczej niedorozwinięta główka (*hemi-anencephalia*) przy łożysku przodującym, nawet brzeżnem (*placenta marginalis*), lub chociażby tylko nisko umiejscowionem, nawet wobec istnienia silnych bólów, skłonny byłbym głosować za wykonaniem obrotu.

Uwaga powyższa nasunęła mi się przy rozważaniu mogących wydarzyć się kombinacji powikłań w przypadku podobnym.

W końcu, co się tyczy przyczynowości powstawania potworów, to nie wchodząc w szczegóły, zawarte między innymi w znanem dziele A. FOERSTER'a p. n. *Die Missbildungen des Menschen* — 1861 r., nadmienię w krótkości, że istnieją pod tym względem teorie, które w pewnych przypadkach znajdują uzasadnienie, wszelako nie są dostateczne do wyjaśnienia wszystkich nieprawidłowości rozwoju. Do teorii takich należy, teoria patologiczna (MORGAGNI), wyprowadzająca potworności z chorób zarodka; teoria embryologiczna (MECKEL, GEOFFROY), której zwolennicy przypisują potworności powstrzymaniu rozwoju; wreszcie, teoria mechaniczna, według której wszelkie nieprawidłowości zależą od mechanicznych zakłóceń rozwoju (uraz, ciągnięcie, ucisk na macicę części otaczających, np. guzów, a przy bliźniętach wzajemne oddziaływanie mechaniczne jednego płodu na drugi. — (STEPHAN, DARESTE).

Wskazywane są także pewne warunki, które sprzyjają powstawaniu zbożeń w rozwoju, nie mamy jednak dokładnego pojęcia o tym przyczynowym związku. Tutaj należą: dziedziczność, wpływy psychiczne, wpływy fizykochemiczne, jak ciepło, prąd elektryczny, pewne środki lekarskie, chlorałhydrat, chinina (D. i P. HERTWIG, GERLACH).

Różne powstrzymania w rozwoju na głowie i twarzy, jak to właśnie wydarzyło się w przypadku opisywanym przeze mnie, zależą od nieprawidłowości w błonach jajowych, szczególnie, gdy następują zrosty owodni z powierzchnią zarodka przed zamknięciem rurki rdzeniowej. Z drugiej strony w następstwie wytworzenia się powrózkowatych przyczepów owodni mogą być zaciśnięte części ciała zarodka, a przez to zostać powstrzymane w rozwoju.

Co do przyczynowości przypadku omawianego, z wyjątkiem, że wpływ dziedziczności nie mógł odegrać tutaj żadnej roli, nic stanowczego powiedzieć się nie da.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O zastosowaniu połączenia zastrzyknięć skopolaminy-morfiny ze znieczuleniem rdzeniowym w operacjach ginekologicznych i akuszeryjnych.

Podał

M. Zwejgbaum.

Od czasu zastąpienia kokainy w znieczuleniach rdzeniowych tropakokainą i stowainą, metoda Bier'a zdobywa sobie w chirurgii operacyjnej coraz większą wziętość. Jak zobaczymy, i wśród ginekologów, jako też akuszerów posiada już pewną liczbę zwolenników, wśród nich jednak rozpowszechnienie się jej idzie oporniej. Ginekolodzy mniej mają powodów do uskarżania się na chloroform i eter, albowiem kobiety o wiele lepiej niż mężczyźni znoszą narkozę inhalacyjną, a wypadki śmierci od chloroformu, a zwłaszcza od eteru zdarzają się wśród nich o wiele rzadziej. Jak się zdaje, dzieje się tak dlatego, że kobiety rzadziej, aniżeli mężczyźni, chorują na zapalenie mięśnia sercowego i rozszerzenie serca, (*myocarditis, dilatatio cordis*), choroby, rozwijające się najczęściej u alkoholików i ludzi fizycznie ciężko pracujących. Akuszerzy zaś wciąż jeszcze pozostają pod urokiem przesadnej, niestety, legendy o nieszkodliwości narkozy chloroformowej dla ciężarnych i rodzących i dlatego nie garną się do innego rodzaju narkozy. A jednak zaprzeczyć się nie da, że i wśród rodzących zdarzają się wypadki śmierci od chloroformu, że następce działanie chloroformu jest często szkodliwe dla położnic i noworodków, że często jeszcze i teraz spotkać się można u publiczności z nieprzewidywanym wstrętem do chloroformu i eteru, że często bardzo sama technika chloroformowania sprawia operatorom wiele kłopotu z powodu złych warunków, wśród których narkoza ma być wykonywana [ciasnota miejsca, oświetlenie niedostateczne, brak odpowiednio wyszkolonej i dostatecznej pomocy], że wreszcie istnieje cały szereg przeciwwskazań do zastosowania narkozy inhalacyjnej. Wobec tych wszystkich zarzutów, nie zdziwi nikogo, że ginekolodzy, poznawszy u chirurgów metodę znieczulenia łądźwiowego, powzięli chęć wypróbowania jej u swych chorych. Jak już wiemy ¹⁾, pierwszy Kreis na klinice prof. Bumm'a [wówczas jeszcze w Bazylei] odważył się na wykonanie kokainizacji rdzeniowej u rodzących, spodziewając się przez znieczulenie dolnej połowy ciała złagodzić bolesność skurczów macicy, a podczas wykonywania operacji akuszeryjnych usunięcia bolesności, towarzyszącej tym rękoczynom. I w samej rzeczy, w 6-u przypadkach porodu przekonał się, że po 10-u minutach razem z wystąpieniem znieczulenia dolnej połowy ciała

¹⁾ Gaz. Lek. 1900. N. 45, str. 1186.

znikała bolesność skurczów macicy, które pomimo to nie doznawały pod względem napięcia swego żadnego osłabienia. Wskutek jednak nieodczuwania bólów porodowych rodzące nie miały potrzeby napięcia mięśni brzucha, tak iż praca porodowa odbywała się tylko siłami kurczącej się macicy bez udziału w tym tłoczni brzusznej. To właśnie stanowiło ujemną stronę znieczulenia rdzeniowego, bo poród przebiegał wolniej, a opóźnianie się jego zmuszało lekarza do interwencji operacyjnej, tak iż w 3-ch przypadkach [50%] zaszła potrzeba ukończenia porodu przy pomocy kleszczy. Poza tem innych złych następstw K. nie zauważył. Wnet posypały się inne w tym kierunku prace, zwłaszcza francuskie [DOLÉRIS'a, MALARTIC'a, GUENIOT'a] i amerykańskie [MARX'a, HAWLEY'a i TAUSSIG'a]. MARX ¹⁾ w 40-u porodach, które odbywały się pod działaniem znieczulenia rdzeniowego w 16-u [a więc w 40%] był zmuszony do ukończenia porodu przy pomocy kleszczy. GUENIOT ²⁾ natomiast w zebranych z literatury francuskiej 60-u przypadkach nie dostrzegł ani razu opóźnienia się porodu pod działaniem znieczulenia rdzeniowego, a przeciwnie — zanotował nawet przyśpieszenie jego, albowiem dzięki działaniu usmierzającemu na bóle porodowe, skurcze macicy mogły rozwijać się silniej i prawidłowiej. Z tem wszystkiem jednak iniekcye roztworu kokainy do przestworu podpajęcznego wywoływały tyle przykrych przypadłości i ciężkich objawów [długotrwałe bóle głowy, nudności, zapaść, gorączka, *paraplegia* i t. d.], że żaden z tych autorów nie mógł odważyć się na szersze zalecenie tego sposobu znieczulenia ani do łagodzenia bólów porodowych, ani też do usuwania bólów podczas operacji akuszeryjnych i ginekologicznych, a to tem bardziej, że metoda ta i pod względem bezpieczeństwa nie dawała wcale pewniejszych rękojmii, aniżeli chloroformowanie lub eteryzacja, w miarę bowiem przybywania wiadomości o stosowaniu metody BIER'a, mnożyły się też przypadki ciężkiego zatrucia, a nawet śmierci, które metodzie tej przypisywano [TUFFIER, RACOVICIANU-PITESCI i inni]. Nie ulega wątpliwości, że winowajcą szkodliwego działania iniekcji była wyłącznie używana do zastrzyknięć k o k a i n a.

Wskutek tego sprawa stosowania znieczulenia lędźwiowego w akuszeryi i ginekologii przycichła zupełnie i zdawało się, że KREIS i inni nie znajdą już naśladowców. Lecz myśl raz rzucona kielkować nie przestała, trzeba było tylko nowego bodźca, któryby pobudził do nowych prób w tym kierunku. Tym bodźcem były zjawiające się licznie w tym czasie nowe wyroby przemysłu chemicznego z dziedziny środków znieczulających, a będące pochodnymi kokainy, mianowicie: tropakokaina, nowokaina, stowaina i alypina. Środki te w zastrzyknięciach rdzeniowych okazały się chirurgom znacznie mniej jadowitymi, aniżeli kokaina, wkrótce więc i ginekolodzy rozpoczęli z nimi na nowo próby w przypadkach odpowiednich. Mianowicie na klinikach ginekologicznej i akuszeryjnej we Frejburgu [prof. KROENIG'a] poczęto na szeroką skalę zastrzykiwać do worka opony twardej środki narkotyczne, świeżo poleczone celem otrzymania znieczulenia miejscowego podczas operacji ginekologicznych i akuszeryjnych, jako też celem złagodzenia bólów porodowych. Wkrótce przekonano się, że ze wszystkich tych przetworów tropakokaina jest najmniej szkodliwa, gdyż działa najmniej drażniąco, zwłaszcza gdy jest w połączeniu z adrenaliną i gdy jest stosowana w dawce małej, mianowicie nie przewyższającej 0,05. Dawka ta jednak, wystarczająca zupełnie dla ope-

¹⁾ The med. Record. 1900. XII. Streszczenie w Gaz. Lek. 1901. N. 4, str. 104.

²⁾ Bulletin de l'Academie de Medecine. 1901. N. 3. Streszcz. w Gaz. Lek. 1901. N. 43, str. 1904.



Dr Władysław Gajkiewicz.

raeyi na kroczu, w pochwie i na zewnętrznych narządach płciowych, przy większych operacjach, np. w jamie brzusznej, nie jest dostateczna, gdyż już po godzinie działanie jej ustaje. Wogóle, aczkolwiek środki te w samej rzeczy działały łagodniej niż kokaina, nie powodując dolegliwości i niebezpieczeństw związanych z działaniem ubocznym i następczym tejsze, to jednak wkrótce przekonano się, że metoda znieczulenia rdzeniowego nie nadaje się dobrze do szerszego zastosowania, mianowicie przy większych operacjach, zwłaszcza laparotomiach, gdyż poza zdolnością znieczulania nie posiada działania ogólnego, a więc zdolności odurzenia i uspienia; wskutek tego braku chora, poddana znieczuleniu rdzeniowemu, zachowuje zupełną przytomność umysłu, a więc pozostaje bezustannie pod wrażeniem przygotowań do operacji, odczuwa grozę operacji, doznaje przykrego uczucia, spowodowanego wysokim ułożeniem miednicy, przywiązaniem rąk, i t. d., jednym słowem, musi znosić operację na jawie.

Ten to brak w metodzie BIER'a postanowiono uzupełnić przez skombinowanie jej z odpowiednimi dawkami skopolaminy - morfiny według doświadczenia, nabytego z tą mieszkanką na klinice akuszerskiej prof. KROENIG'a. Mianowicie, przedsięwzięte tam próby ze skopolaminą - morfiną przekonały, że dawka zwykła, wywołująca t. zw. półnarkozę, jest niewystarczającą, gdyż przy niej pomimo snu świadomość zostaje zachowana na tyle, że rodzająca, budząc się, często odczuwa jeszcze bóle porodowe, wprawdzie znacznie przytępione, a potem pamięta dobrze i te bóle i wszystkie manipulacje, które na niej były wykonywane. Celem więc pogłębienia półnarkozy, t. j. usunięcia zupełnego świadomości o doznawanych podczas porodu cierpieniach i manipulacjach, GAUSS ¹⁾ powiększył tylko nieco dawkę skopolaminy - morfiny, mianowicie na tyle, że mógł wprawić chorą w stan sz t u c z n e g o z a m r o c z e n i a u m y s ł u (*Dämmerzustand*), czyli sprowadzić t. zw. sen z zamroczeniem umysłu (*Dämmer Schlaf*), którego następstwem była zupełna utrata pamięci (*amnesia*), rozciągająca się na cały przebieg porodu.

Otóż korzystając z tego doświadczenia, postanowiono przy większych operacjach, a zwłaszcza przy laparotomiach wypróbować kombinację znieczulenia rdzeniowego ze sztucznym zamroczeniem umysłu przez narkozę skopolaminowo-morfinową, ewent. z uspieniem chloroformem lub eterowem. Kombinacja ta ma wiele stron dodatnich: przedewszystkiem znosi świadomość u operowanej o dokonywanej na niej operacji i uwalnia ją od odczuwania dolegliwości, związanych z ułożeniem jej na czas dłuższy w pozycji TRENDELENBURG'a. Następnie pozwala na zmniejszenie dawki stowainy lub tropakokainy tak znaczne, że ilości te nie są już niebezpieczne dla życia i zdrowia pacjentek; wreszcie utrzymuje chorą w uspieniu przeszło godzinę, a więc tak długo, jak długo tego wymaga operacja.

PENKERT ²⁾ na klinice ginekologicznej KROENIG'a we Frejburgu zastosował metodę skombinowaną w 140 u operacjach [z tych było 48 laparotomii] z nadzwyczaj dobrym skutkiem. Chore przez cały czas operacji nawet w położeniu TRENDELENBURG'a zachowywały się spokojnie, tak jak gdyby były głęboko zachloroformowane. Nie było tego niepokoju, jaki spostrzegać się daje przy znieczuleniu miejscowem lub czystem znieczuleniu rdzeniowem stowainą. Jeszcze ważniejszem jest to, że chore po operacji nic nie wiedziały zupełnie, że były operowane. To właśnie niepaamiętanie przebytej operacji stanowi cechę humanitarną tej kombinacji. Wymiotów kombinacja ta także po operacji nie wywołuje;

¹⁾ Archiv f. Gyn. t. 78. z. III.

²⁾ München. med. Woch. 1906. N. 14, str. 646.

nie widziano też wstrząsu (*shock*), często spotykanego po narkozie inhalacyjnej. P. stosował jeszcze narkozę skombinowaną w mniejszych operacjach ginekologicznych, jak: wyłyżeczkowanie macicy po poronieniu lub w zapaleniach krwotocznych bł. śluzowej macicy. Również celem dokładnego zbadania macicy palcem i przy cystoskopowaniu pęcherzy znacznie chorobowo zmienionych stosował znieczulenie skombinowane, które we wszystkich tych razach oddawało bardzo dobre usługi.

GAUSS¹⁾ na klinice akuszerijnej prof. KROENIG'a we Freiburgu zajęł się wypróbowaniem metody znieczulenia rdzeniowego w przypadkach operacji akuszerijnych. W ciągu 7-u miesięcy r. z. zastosował je 65 razy, z tych 63 razy podczas operacji akuszerijnych, a 2 razy podczas przebiegu porodu samodzielnego. Stosował tylko nowe przetwory, jak: tropakokainę, nowokainę-suprareninę [HOECHST'a] i stowainę [BILLON'a], wreszcie alypinę. I tu tak samo do znieczulenia rdzeniowego przystępowano dopiero po odurzeniu chorej skopolaminą - morfiną, czyli i przy operacjach akuszerijnych stosowano tak samo, jak przy operacjach ginekologicznych — metodę narkozy skombinowanej. Było to tem bardziej łatwe, że na klinice akuszerijnej prawie każda rodząca otrzymuje iniekcje skopolaminowe - morfinowe w dawce, wywołującej stan sztucznego zamroczenia umysłu. Przekonano się bowiem, że w tym stanie następuje trwałe znieczulenie na dolegliwości bólów porodowych, które trwa przez cały czas pracy porodowej, a następnie położnica nic nie wie o przebytych porodzie. Skoro zaś u rodzącej, znajdującej się w stanie uspienia skop. - morf., zachodzi potrzeba ukończenia porodu przez operację, to się ją tuż przed operacją poddaje jeszcze znieczuleniu rdzeniowemu i w ten sposób rodząca ta znajduje się pod wpływem dwu narkotyków: ogólnego [skop. morf.] i rdzeniowego. Skop. morf. działa tu ma w sposób uzupełniający podczas znieczulenia rdzeniowego, przytępiając u operowanych wrażliwość na bodźce drażniące i pamięć o przebytem. Z 63-ch poddanych znieczuleniu rdzen. 56 otrzymało uprzednio iniekcję skop. morfinową. Wyniki w ogóle były bardzo zadowalające. Przekonano się, że przy operacjach akuszerijnych wystarcza już o wiele mniejsza dawka środka znieczulającego, aniżeli wymagają inne operacje brzuszne, mianowicie wystarczy taka, która wywołuje znieczulenie na mniejszym obszarze, a więc nie przekraczającym spojenia łonowego. Dlatego też i życie dziecka przy znieczuleniu rdzeniowem mniej bywa narażone na niebezpieczeństwo, aniżeli przy stosowaniu narkozy inhalacyjnej. Przykre i niekiedy niebezpieczne działania uboczne i następne znieczulenia rdzeniowego [mdłości, bóle głowy i karku, wymioty i rzadziej występujące paraliże *n. abducentis* i szum w uszach, zwłaszcza zaś gorączka], tak w początkach stosowania tej metody częste, dziś już, dzięki użyciu nowych, lepszych przetworów znieczulających, dzięki metodzie skombinowanej, dzięki wreszcie udoskonaleniu techniki zastrzyknięć lędźwiowych, można prawie uniknąć. GAUSS na 65 przypadków zastrzyknięć lędźwiowych spostrzegł tylko 5 razy ból głowy, 8 razy wymioty, 3 razy bóle krzyża i karku, 2 razy szum w uszach. Podniesienia ciepłoty, jak to dawniej przy kokainie bywało, nie spostrzegł wcale. Przez dodanie amnezyi skop. morfinowej upada też zażut, że przy znieczuleniu rdzeniowem operowana zachowuje całą przytomność umysłu, więc przeżywa całą groźbę wykonanej na niej operacji. GAUSS przekonał się, że operowane zupełnie o operacji, wykonanej na nich, nic nie wiedziały, a wykonano operacje poważne, jak: obszerniejsze zeszyca kroczka, operacje kleszczowe, kranioklasye, obroty, odklejenia łożyska, hebotomie, cięcia cesarskie klasyczne i pochwowe i wyłuszczenie macicy po świeżym porodzie.

¹⁾ Therapie der Gegenwart, 1906. Zeszyt 10, str. 453.

Wreszcie metoda skombinowana stosowana była także i na klinice prof. DOEDERLEIN'a w Tybindzie. BAISCH ¹⁾, który tem się zajmował i który rozporządza już obecnie 150-u przeszło przypadkami skombinowanego znieczulenia rdzeniowego, a między nimi 40 dotyczyło operacyi brzusznych, uważa tę metodę narkozy za prostą pod względem praktycznym, a prócz tego za zupełnie bezpieczną. Dawki bowiem środków narkotycznych, wchodzących w skład metody, są niskie i dalekie od dawek niebezpiecznych. Małe dawki tych środków razem skombinowane wywołują znieczulenie i sen, a skutki uboczne, każdemu z nich właściwe, wzajemnie się znoszą, paraliżują. Tak, szkodliwe działanie stowainy na serce osłabia się działaniem podniecającym na nie eteru. Przy użyciu małych dawek tych środków, a zwłaszcza tropakokainy, wyklucza się zupełnie paraliżujące ich działanie na mięśnie oddechowe. Bóle głowy, aczkolwiek i przy metodzie skombinowanej się zdarzają, są o wiele mniejsze i nie pozostawiają tak przykrych następstw dla rekonwalescentów. Dawka ogólna metody skombinowanej tak się przedstawia: skopolaminy 0,0006, morfiny 0,02 [ewent. eteru 5 — 10 kropel], tropakokainy 0,05. Już od tak małych dawek powłoki brzuszne wiotczeją i perystaltyka kiszek uspokaja się zupełnie tak, jak po najgłębszej narkozie chloroformowej lub eterowej, a więc operowanie w jamie brzusznej doznaje znacznego ułatwienia.

Samą technikę skombinowanej metody znieczulenia rdzeniowego opisuje BAISCH w ten sposób: Na dwie godziny przed operacją, po przeniesieniu pacjentki do zaciemnionego, spokojnego pokoju, zastrzykuje się jej 0,0003 skopolaminy i 0,01 morfiny w roztworach oddzielnych. Po godzinie dawkę tę się powtarza. Bezpośrednio przed operacją poddaje się chorą dezynfekcyi, o której ona nic nie wie, gdyż znajduje się już w stanie sztucznego zamroczenia umysłu. Następnie skórę, gdzie ma być wykonane ukłucie, zwilża się jodyną i znieczula chlorkiem etylu; potem posadziwszy chorą, wkłuwają się igłę pośrodku między 2-im a 3-im kręgiem lędźw. do worka opony twardej po uprzednim wyciągnięciu przetyczki (*mandrin*). Teraz wypuszcza się 1 ctm. sz. cieczy mózgowo-rdzeniowej, i taką samą ilość roztworu tropakokainy, rozcieńczonej jeszcze wciągniętą do strzykawki nową ilością cieczy mózgowo-rdzeniowej, zastrzykuje się bardzo wolno do worka opony twardej. Miejsce wkłucia pokrywa się lepkim plastrem. Następnie układa się chorą na stole operacyjnym w ułożeniu TRENDELENBURG'a [które znacznie pomaga i przyspiesza rozszerzenie się znieczulenia na wyżej leżące okolice ciała aż do pępka]. Najwyższy stopień znieczulenia występuje zwykle po 3-ch—6-u minutach, niekiedy jednak dopiero po upływie 1/2 godziny, w każdym razie czasu jest dosyć na zdezynfekowanie rąk i przygotowanie się do operacyi. Znieczulenie trwa dość długo, więc śpieszyć się przy operacyi nie trzeba. Operowana znajduje się wciąż w stanie uśpienia, w którym pozostaje aż do końca operacyi. Sen jednak jest tak lekki, że przerwać go można przez nawoływanie chorej, lecz zarazem tak zbawienny, że wszelkie przyswajanie sobie wrażeń przez operowaną jest zniesione i następnie pozostaje przeważnie zupełna niepamięć o przebytej operacyi. Jeśli się zdarza, rzadko zresztą, że znieczulenie nie jest zupełne, a chora stękanie zdradza, że ból odczuwa, przez wymioty zaś i niepokój operatorowi przeszkadza, to wystarczy dodanie jeszcze 5—10 gramów eteru lub kilku kropel chloroformu, aby ją zupełnie uspokoić; stanu pobudzenia podczas podawania eteru lub chloroformu niema zupełnie tak samo, jak niema też duszności towarzyszącej zwykle wdychaniu tych narkotyków.

Co się tyczy wyboru narkotyku do znieczuleń rdzeniowych, to wspomnieć jeszcze trzeba, że BUSSE, ²⁾ który również wypróbował metodę skombinowaną

¹⁾ Deutsche med. Woch. 1906. N. 38, str. 1537.

²⁾ München. med. Woch. 1906. N. 38, str. 1858.

znieczulenia rdzeniowego, zaleca w tym celu nowokainę razem z suprareniną w kołaczkach firmy „Meister Lucius & Bruening w Hoechst“⁴. Każdy kołaczek zawiera 0,05 *Novocaini* i 0,000103 *Suprarenini borici*. Do iniekcji rozpuszcza 3 tabletki w 3-ch ctm. sz. wody sterylizowanej. Tworzy to razem 5%-owy roztwór izotoniczny. Z tego roztworu do operacji pochwowych zastrzykuje się 2,5 ctm. sz. = 0,125 *Novocaini*, a do laparotomii 3 ctm. sz. = 0,15 *Novocaini*. Skopolaminę zaś i morfinę zastrzykuje on 3 razy na 2¹/₂, 1¹/₂ i 1¹/₂ — 1 godziny przed operacją w dawkach następujących: morfinę stosuje w dawce o 1¹/₂ mniejszej niż zwykle, a więc 0,005, aby uniknąć szkodliwego jej wpływu na perystaltykę; zato skopolaminę daje dawkę nieco większą, mianowicie: 0,0005, czyli razem w 3 ch dawkach — 0,0015. Busse posługuje się wyłącznie skopolaminą BOEHRINGER'a, jako o wiele rzadziej wywołującą objawy działania ubocznego, aniżeli przetwór MERCK'a.

BIER¹⁾ zaś, który dotychczas stosuje wyłącznie znieczulenie rdzeniowe bez kombinacji skopolaminowo-morfinowej, porzucił również kokainę, jako niebezpieczną, a zaleca do znieczuleń stowainę i tropakokainę, dając jednak pierwszeństwo tropakokainie, jako najmniej niebezpiecznej i pewnie działającej. Stosuje małą dawkę, a mianowicie nie przekracza 0,05. Kolbeczki szklane [ampułki] zawierają 1,5 ctm. sz. 5%-owego roztworu izotonicznego tropakokainy. Zastrzykuje się zaś zwykle do przestrzeni podpajęczej 1 ctm. sz. tego roztworu.

Aby znieczulenie rdzeniowe rozszerzyć na wyżej leżące okolice ciała [do pępka i wyżej], radzi BIER: 1) rozcieńczyć zwykłą ilość roztworu tropakokainy [1,5 ctm. sz.] w większej ilości płynu [do 6 — 10 ctm. sz.] i całą tę ilość wstrzyknąć do kanału od razu. Do rozcieńczenia jednak roztworu nie należy brać wody, która wywołuje gwałtowne przypadłości następcze, lecz ciecz mózgowo-rdzeniową, którą wciągamy do strzykawki po wkluciu igły do worka opony twardej, 2) choremu natychmiast po zastrzyknięciu płynu nadać ułożenie TRENDELENBURG'a mniej lub więcej wysokie, stosownie do żądanej wysokości znieczulenia [KADER]. Najlepszym sposobem sprawdzenia, czy zamierzona wysokość znieczulenia została osiągnięta, jest badanie odruchów [FINKELNBURG]. Znieczulenie dosięga prawie zawsze tej wysokości na jakiej po 1 — 2 minutach zniknęły odruchy.

O złych skutkach i niebezpiecznych następstwach zarówno znieczulenia rdzeniowego, jak i narkozy skopolaminowo-morfinowej słyży się i czyta obecnie coraz rzadziej. Do tego przyczyniła się niewątpliwie dłuższa obserwacja nad obu rodzajami narkozy, która pozwoliła na wypróbowanie coraz lepszych środków narkotycznych, na coraz lepsze poznanie ich działania, a więc i na trafniejsze zastosowanie ich dawkowania, wreszcie i na coraz wprawniejszą technikę zastrzyknięcia BIER już obecnie wyraźnie ostrzega przed kokainą, a natomiast, jak już wiemy, zaleca tropakokainę. Ostrzega także przed przekroczeniem dawki dozwolonej. Wreszcie zwraca uwagę na technikę przekłucia i wstrzyknięcia, uważając ten punkt właśnie za najważniejszy. Według jego doświadczenia, należy wstrzymać się z zastrzyknięciem narkotyku dopóty, dopóki nie ujrzysz się szybko wyciekającą kroplami lub strumieniem cieczy mózgowo-rdzeniowej.

Co do mieszanki skopolaminowej z morfiną, o której działaniu usypiającem i znieczulającym już dawniej zdaliśmy sprawę²⁾, to GAUSS na mocy bardzo

¹⁾ Med. Klinik. 1906. N. 43, str. 1120.

²⁾ Gaz. Lek. 1904. N. 9, str. 210.

dużego doświadczenia z metodą swoją sztucznego zamroczenia umysłu za pomocą zastrzyknięcia odpowiednich dawek skopolaminy i morfiny, przyszedł do wniosków następujących: sztuczne zamroczenie umysłu, wywołane przez skopolaminę i morfinę, jest w stanie ograniczyć cierpienia rodzącej do możliwie najmniejszych. Osiąga zaś się to bez nieprzyjemnego działania ubocznego na stan podmiotowy rodzącej, bez znacznego wpływu na pracę porodową, bez niebezpieczeństwa dla matki, i bez szkody dla dziecka. Znaczenia tych wniosków nie osłabia ogłoszona niedawno praca HOCHHEISEN'a ¹⁾, który ostrzega przed zbyt niemiernym dowierzaniem skopolaminie, tak potępionej przez farmakologów ze względu na jej niejednostajne i niepewne działanie i na jej wpływ szkodliwy na ośrodki oddychania i krążenia krwi, a także i na korę mózgową. Zapomniał jednak H. o antagonistycznym wpływie morfiny na skopolaminę, wskutek czego odpadać ma jej działanie szkodliwe na oddychanie i krążenie krwi, a potęgować się jej działanie hypnotyczne i znieczulające. Zapomniawszy o tem, nie trzymał się też ściśle, stosując tę mieszankę, przepisów GAUSS'a o dawkowaniu skop. morf. i ściślejszych wskazań i przeciwwskazań do ich stosowania, musiał więc doznać zawodu co do skuteczności i rozczarowania co do bezpieczeństwa zastrzyknięć skopolaminowo - morfinowych.

Aby jeszcze korzystniej i bezpieczniej spożytkować narkotyczne własności mieszanki skopolaminy z morfiną skombinowano ją właśnie z iniekcjami rdzeniowymi. Stan obecny tej sprawy staraliśmy się przedstawić w streszczeniu niniejszem. Zdaje się, że w połączeniu znieczulenia rdzeniowego ze sztucznym zamroczeniem umysłu leży dopiero przyszłość i prawdziwa wartość iniekcji rdzeniowych. Pomyślnie wyniki dotychczasowe powinny być zachętą do zastosowania w szerszym zakresie narkozy skombinowanej w akuszeryi i ginekologii, a to tem bardziej, że właśnie do operacji akuszeryjnych i ginekologicznych narkoza ta najbardziej się nadaje, gdyż one to właśnie wykonywane są na tych terenach ciała, które pod działaniem zastrzyknięcia lędwziowego najprędzej, przy użyciu małych nawet dawek, ulegają znieczuleniu. Są to: narządy płciowe zewnętrzne, krocze i pochwa, a wreszcie podbrzusze i jama brzuszna.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

1. F. Kirchgessner. Pochwowe wycięcie macicy przy zupełnem jej wypadnięciu.

Wypowiedziawszy na wstępie przekonanie, że przy zupełnem wypadnięciu macicy wszelkie próby wyleczenia zapomocą wianków nie mają racyi bytu, a wyleczenie to jest możliwe tylko na drodze operacyjnej, autor zaznacza, że przy operacyjnem traktowaniu tego cierpienia należy mieć na względzie głównie dwa punkty:

¹⁾ Muench. med. Woch. 1906. N. 37, str. 1801 i N. 38, str. 1872.

1) zmniejszenie niebezpieczeństwa operacji,

2) zmniejszenie niebezpieczeństwa wznówy.

Pierwsze można osiągnąć przez możliwe skrócenie trwania operacji, i ograniczenie ujemnych czynników, związanych z operacją [utrata krwi, narkoza].

Co do drugiego, to należy unikać czynników, wpływających na rozerwanie lub rozpulchnienie albo rozmięknienie blizn, a więc ciąża i porody powinny być wykluczone.

Radykalne operacje zupełnego wypadnięcia macicy mogą być podzielone na trzy grupy.

Grupa pierwsza obejmuje te metody operacyjne, które zachowują pochwę i macicę, lecz przez umieszczenie macicy nie w zwykłym miejscu, pozbawiają ją naturalnych czynności. Do tej grupy należy sposób, podany przez A. W. FREUND'a, a ulepszony przez H. FREUND'a, następnie metoda FRITSCH'a i na koniec sposób, podany przez SCHAUTA'ę.

Wszystkie te sposoby pozostawiają wolny odpływ dla wydzieliny macicznej i pochwy użyteczną do spółkowania.

Naturalnie, do zajścia w ciążę dojść nie powinno, więc dla zabezpieczenia od tego SCHAUTA poddaje chorą wyjąłowieniu drogą rezekcyi jajowodów.

Drugą grupę stanowi „Colpectomia“ MUELLER'a. Polega ona na wycięciu pochwy, względnie odjęciu części pochwowej macicy. Wszystkie przeto czynności narządów płciowych są wyłączone. Naturalnie, warunkiem musi być brak wszelkiej wydzieliny z macicy.

Do trzeciej grupy należy zaliczyć sposób MARTIN'a. Jest to sposób najradikalniejszy i polega na zupełnym wycięciu pochwy, macicy i przydatków.

O wyborze rodzaju operacji decyduje wzgląd, czy ma być utrzymana zdolność spółkowania; w takim razie wycina się tylko macicę, a zostawia pochwę; w przeciwnym razie rezekuje się i pochwę.

Oto opis przygotowań do operacji. O ile wypadnięta macica daje się łatwo wprowadzić, utrzymuje się ją możliwie długo w tem położeniu zapomocą dużego tamponu, zwilżonego gliceryną.

Chorą, leżącą w łóżku, przemywa się ciepłymi, lekko odkażającymi roztworami lizolu ($1/2$ %) lub kwasu karbolowego ($1 1/2$ %). Przez te zabiegi usuwa się obrzęk pochwy oraz szorstkość jej ścian.

O ile zdarzą się obszerne owrzodzenia odleżynowe, należy je zagoić zapomocą okładów z 3 %-go roztworu kwasu bornego, lub $1/2$ %-go roztworu kwasu karbolowego.

Poprzedniego dnia przed operacją chorej należy dać na przeczyszczenie 1 — 2 łyżek oleju rącznikowego, ewentualnie dać jej ławatywę z wody mydlanej z gliceryną; tegoż dnia chora powinna się wykąpać, srom należy ogolić. Drugą kąpiel chora dostaje zrana, w dzień operacji. Po odpowiednim przygotowaniu pola operacyjnego i ułożeniu chorej na stole, należy pole operacyjne osłonić gazą sterylizowaną, zmaczaną w roztworze sublimatu, a nawet gazę powyżej otworu kiszki przyszyć szwem jedwabnym, aby ani pole operacyjne, ani ręce operatora nie uległy zanieczyszczeniu, w razie, gdyby podczas operacji kał się wydzielał. Ujawszy mocnemi szczypczykami część pochwy i ściągawszy macicę ku dołowi, rozpoczyna się cięcie na błonie sl. pochwy tuż poniżej cewki moczowej ku dołowi, nie dochodząc do brzegu warg na jakie 2 palce, skierowuje się je na obie strony, a następnie przechodzi się na tylną powierzchnię. O ile część tylnej ściany pochwy jest *in situ*, rezekuje się tylko część wypadniętą. Następnie, jak przy *colporrhaphia anterior*, częścią na tępo, częścią zapomocą noża oddziela się błonę śluzową pochwy od pęcherza. Ce-

lem ułatwienia tej części operacji należy nieraz dodać z boku cięcie pomocnicze podłużne, biegnące od części pochwowej do pierwszego cięcia. Następnie oddziela się na tępo pęcherz od szyjki.

Potem, po uniesieniu wypadnięcia ku górze, pogłębia się tylne cięcie pochwowe i otwiera się jamę DOUGLAS'a. Ranę otrzewną rozszerza się w obie strony nożyczkami i przez szparę wyciąga się macicę, której przydatki z prawej strony podwiązuje się możliwie odśrodkowo, potem oddziela się fałdę pęcherzowo maciczną i podwiązuje się przydatki lewe. Wysuwaniu się kiszek przeszkadza założony do jamy DOUGLAS'a tampon. Po usunięciu macicy ranę otrzewnej zamyka się ciągłym szwem katgutowym. Takimże szwem ściąga się wypuklający się pęcherz i jego ścianę łączy się od przodu ze ścianą prostopadłą. Resztę błony śluzowej pochwy zeszywa się w tymże kierunku. Celem wzmocnienia pochwy dodaje się jeszcze zeszywanie krocza. Po operacji ranę pudruje się glutolem i zakłada cienki pasek gazy, który na 4-y—5-y dzień zostaje usunięty.

Leczenie następce polega na możliwym niedopuszczaniu do zakażenia z zewnątrz, oraz na zapobieżeniu pęknięciu brzegu rany. W tym celu po operacji kładzie się na ranę gazę, zmoczoną w sublimacie, która po każdym urywaniu lub stolcu powinna być zmieniona, po uprzednim obmyciu rany.

Chora w ciągu 8-u — 10-u dni zachowuje spokojnie położenie na krzyżu. Mocz powinna oddawać dość często; o ile sama nie oddaje, należy co 4 — 5 godzin chorą kateteryzować. Po kateteryzacji pęcherz winien być przepłukany 3%-ym roztworem kwasu borowego. Stolca chora nie powinna oddawać przed 4-y — 5-y dniem.

W pierwszych dniach dostaje lekkie pożywienie.

Przy nieskomplikowanym przejściu okresu pooperacyjnego na 15-y—18-y dzień chora opuszcza klinikę. Co się tyczy podwiązek, to, o ile ściany pochwy, oraz przydatki były podwiązane jedwabiem, należy przed wyjściem chorej z kliniki usunąć to, co się łatwo da usunąć; resztę się zostawia do zjawienia się chorej po 6-u — 8-u tygodniach. Dobrze zagojona rana przedstawia się jako poprzeczna blizna linijna.

Resztką pochwy, stosownie do wielkości wycięcia, przedstawia się, jako ślepy worek, na 3—5-u ctm. długi, mający z dwu stron płytkie zatoczki, w których siedzą kikuty przydatków.

Na zakończenie autor omawia przypadki operowane w klinice, zaznaczając, że na 40 operowanych, tylko u 2-ch była wznowa pod postacią *cystoceli*; na ogół wyniki pod względem dolegliwości i zdolności do pracy były bardzo dodatnie — a nawet, autor twierdzi, że pod względem zdolności do pracy kobiety radykalnie operowane więcej wygrywają, niż operowanie konserwatywnie, gdyż te zmuszone są po pewnym czasie poddać się ponownej operacji.

WYKŁAD.

Przemówienie dra Henryka Nusbauma na pierwszym Ogólnem Zebraniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich 29-go listopada r. z.

Rozpoczynamy życie, jako Stowarzyszenie lekarskie zawodowe. Jest to może odpowiednia chwila do zdania sobie sprawy, jakimi cechami odznacza się zawód lekarski w porównaniu z innymi tak zwanymi zawodami wyzwolonymi.

Inżynier, budowniczy ma uwagę swoją zwróconą na zewnątrz, ku energiom zewnętrznym, które odnoszą się tylko do pewnych poszczególnych potrzeb człowieka.

Artysta zajęty jest sobą, swojemi uczuciami, stanami duszy własnej, a o ile się zajmuje stanami duszy bliźnich swoich, to zapatruje się na nie, jako li na materiał do rzucenia stworzonego zeń dzieła na zewnątrz, wybiera zresztą z materiału tego to, co uczynić pragnie przedmiotem badania swojego, w czem ma upodobanie, czego od czuwa duchową potrzebę.

Adwokat zajmuje się albo tylko materialnymi interesami, albo psychologią w szczególnych i wyjątkowych bardzo momentach życia.

Uczony matematyk, fizyk, chemik nawet biolog zajmuje się zjawiskami bytu na zewnątrz ludzkiej osobowości.

Historyk bada losy rodu ludzkiego, które przeszły, jako życie istotne, do bezpowrotnej przeszłości.

Pedagog zajmuje się rozwojem ducha ludzkiego, ale na krótko, a ma do czynienia z duchem tym jeszcze nieskończonym, urabia go i pomaga mu w dojrzewaniu.

Socjolog zajmuje się wzajemnym stosunkiem gromad ludzkich, w których jednostka, jako taka, ginie.

Ale ludzkość cała, gromada ludzka to są abstrakcje, w których prawdziwą rzeczywistością, zjawiskiem, które czuje, myśli i działa, jest naprawdę człowiek-osobnik.

Człowiekiem-osobnikiem zajmuje się jeden lekarz i to w całej rozciągłości bytu człowieka, od jego narodzin do śmierci i we wszystkich najdonioślejszych momentach jego wewnętrznego rozwoju i gaśnięcia.

Lekarz jeden zna człowieka, jakoby człowieka w sobie, w jego najintymniejszym bycie; zna tajniki materialnego jego podścieliska, zna mechanizm jego cierpień, bólów i rozkoszy, mechanizm jego wzruszeń, zna niejako źródła i genezę życia duszy jego.

A gdy społeczeństwo jest bądź co bądź konglomeratem molekuł, z których każdy nazywa się człowiekiem, czyż nie trzeźwym powinien

być sąd i doniosłym głos w sprawach tego konglomeratu tych, którzy najdokładniej znają istotę i naturę jego składowych cząstek.

Któż lepiej od lekarza zna wpływ czynności cielesnych na wzruszenia i czynności duchowe? Któż lepiej od niego zna wpływ uczuć i myśli na procesy fizyczne?

Któż trafniej od lekarza, który zna misterną budowę układu nerwowego, narządów zmysłowych i trudną do ogarnięcia budowę mózgu, któż trafniej od niego ocenia wielką doniosłość czynności duchowych i szczytowe miejsce, jakie zajmują one w ewolucji życia.

A gdy znawstwo warunków zdrowia osobnika uczy nas warunków zdrowia i rozwoju rasy czy narodu, daje podstawę najpewniejszą do higieny publicznej, to czyż znawstwo doniosłości wzruszeń i w ogóle czynności duchowych jednostki, nie daje nam najlepszej podstawy do oceny doniosłości ducha zbiorowego społeczeństwa i znaczenia wzruszeń społecznych i ducha ludzkości w rozwoju jej dziejowym!

Nie dla schlebiana próżności naszej i ambicji zawodowej uświadamiamy sobie wysoką dostojność naszego zawodu, ale dla uświadomienia sobie poważnych obowiązków, jakie na nas ciąży, wielkiej odpowiedzialności w obec społeczeństwa, jaka przypada zaszczytnie w udziale z a w o d o w i l e k a r s k i e m u!

Pamiętajmy o doniosłości i potędze elementarnej o d r u c h ó w, ale pamiętajmy też o olbrzymiej roli centrów h a m u j ą c y c h!

Pamiętajmy o znaczeniu doniosłem rury oddechowo-pokarmowej, narządu ruchowego, ale i o wielkiej doniosłości tego listka, z którego wykształca się mózgowie, z jego isticie zdumiewającą funkcją samowiedzy i krytyki!

Pamiętajmy, że wolno nam i że powinniśmy jako całość zawodowa świecić przykładem społeczeństwu, ale gdy świecić mu mamy przykładem, niechaj przede wszystkim w organizacyi naszej własnej panuje żywotność i harmonia, rozwaga i wzajemna szczerza, serdeczna życzliwość.

Oby się lepiej działało w społeczeństwie naszym!

Oby rozkwitał w niem wraz z innymi stan lekarski!

Oby pomyślnie się rozwijało Stowarzyszenie Lekarzy Polskich!

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie d. 26-go października 1906 r.

1) STANKIEWICZ CZESŁAW przedstawił przypadek *menstruationis praecocis*. Dotyczy on pięcioletniej dziewczynki, która od 2½ lat prawidłowo miesiączkuje po 2 — 3 dni. Sutki rozwinięte, jak u 15-letniej dziewczyny; na wżgórku łonowym rzadkie włosy. Macica około 4-ch ctm. długości; jajniki nie wyczuwalne [badanie *per rectum*]. Przedstawione jednocześnie dwie siostry chore 13- i 14-letnia, nie miesiączkują wcale. Matka chorej, licząca obecnie 40 lat, nie miesiączkowała nigdy. Rodziła 9 razy; ostatni raz przed 2-a miesiącami. W dyskusji NEUGEBAUER FR. zaznacza, że francuzi ostrzegają, aby nie każde krwawienie u małych dziewczynek lub noworodków brać za miesiączkę, gdyż czasami krwawienie to bywa objawem mięsaka jajników.

2) STANKIEWICZ Cz. przedstawia 31-letnią kobietę, operowaną przed 5½ laty z powodu raka części pochwowej macicy. Zabieg operacyjny składał się z dwóch części: a) wyskrobania mas nowotworowych i przypalenia żegadłem PAQUELIN'a [kol. E. JASIŃSKI], b) operacji brzusznej [Cz. STANKIEWICZ], polegającej na oddzieleniu macicy i przydatków jużto zapomocą noża, już też PAQUELIN'a, poczem usunięto macicę przez pochwę i zamknięto jamę otrzewnej od dołu, zaszywając ją tak, że kikuty więzów szerokich i w ogóle cała rana zostały wykluczone z jamy brzusznej. Powłoki brzuszne zeszyto w jedno piętro szwem SCHROEDER'a. Gruczoły podłędźwiowe nie były powiększone i nie zostały usunięte. Zdrowienie, powikłane wystąpieniem psychozy pooperacyjnej [napady „zachloroformowania się“] pomiędzy 5-ym — 8-ym dniem, pozatem prawidłowe. Od czasu operacji, w ciągu 5½ lat przybyło chorej na wadze 50 funtów; nawrotu niema. Blizna brzuszna nie wykazuje przepukliny. S. zaznacza, że od roku 1900 w przypadkach raków macicy, nadających się do operacji doszczętniej, zasadniczo operuje *per laparotomiam*, uznając tę drogę za jedynie odpowiednią.

3) Tenże przedstawia okaz ciąży zamacicznej, operowanej z powodu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej. W środkowej części prawego jajowodu znajduje się miejsce zgrubiałe, wielkości śliwki; lejek jajowodu i ujście brzuszne rozszerzone tak, że ma się wrażenie, iż w danym przypadku odbyło się poronienie jajowodowe. Po przecięciu, w miejscu zgrubiałem widać dwie jamy, przedzielone przegrodą. Pytanie, czy przegroda powyższa jest doczesną zagiętą ciążą jajowodową, czy wrodzoną fałdą ściany jajowodu, czy też istniały obok siebie dwie cięże jajowodowe, rozstrzygnie prawdopodobnie drobnowidz.

4) NATANSON ANTONI przedstawił osobnika, lat 20, który uważa się za kobietę, nosi odpowiedni ubiór i pragnie wyjść za mąż. Osobnik ten, niskiego wzrostu, o nieznacznym podkładzie tłuszczowym, posiada owłosienie bardzo znaczne, typu męskiego; głos niski, sutki nie zawierają gruczołów, tylko tłuszcz. *Penis* mały, cienki, zdolny do erekcji; *hypospadiasis peniscrotalis*; *scrotum fissum*; w połowach worka nie można wyczuć żadnego gruczołu. Wejścia do kanału, któryby można poczytywać za pochwę — niema. Badanie

per rectum nie daje pewnych wskazówek. Między pęcherzem, a kiszka mały twór, niezbyt ruchomy, będący zapewne szczątkiem gruczołu krokowego. Wszystkie dane przemawiają za typem męskim osobnika, co wobec trybu życia, właściwego kobietom i chęci pozostania kobietą, gotuje mu ciężkie przejścia życiowe.

5) Następnie prowadzono dyskusję nad operowaniem raka macicy. W rozprawach głos zabierali: GRZANKOWSKI, LEŚNIEWSKI, J. JAWORSKI, STANKIEWICZ Cz., KARCZEWSKI, BORYSSOWICZ, WINAWER

Między innymi ustalono, że chirurgiczne leczenie doszczętne raka macicy uważać należy za celowe, gdyż ono daje od 10 — 25% wyleczeń; że koniecznym warunkiem zejść pomysłowych przy leczeniu chirurgicznym raka macicy jest możliwość jak najwcześniejszego operowania; że raki macicy bardzo zaniedbane mogą być leczone tylko paliatywnie.

M. Rylko.

Posiedzenie d. 30-go listopada 1906 r.

1) RYLKO przedstawił fotografię płodu, zmarłego w dwie godziny po urodzeniu z *atresia ani et recti* i *degeneratio penis*.

2) DUNIN - KARWICKA jako gość, przedstawiła makro- i mikroskopowy preparat *endometritidis exfoliativae* przy t. zw. *dysmenorrhoea membranacea*.

3) NEUGEBAUER przedstawił potworka, pochodzącego z praktyki kol. CHODAKOWSKIEGO: *hydrocephalus internus, ascites, peromyelia* wszystkich czterech kończyn. Płód rodził się w położeniu pośladkowym; główka została wydobyta z wielkim trudem; obwód jej wynosi aż 40 cm.; mimo to wyszła bez wymóżdżenia; naderwało się tylko krocze. Górne połowy wszystkich kończyn nadmiernie krótkie z powodu niedorozwoju kości. Wywiady wykluczają *syphilis* ojca, jako moment etyologiczny potworności.

4) NEUGEBAUER przedstawił chorobę po operacji przetoki moczowej, poprzedziwszy demonstrację naszkicowaniem historii rozwoju operacji, stosowanych przy przetokach moczowych u kobiet, wykluczając operacje, stosowane dla przetok moczowodów, ponieważ są to operacje zupełnie odmienne. Chora po raz czwarty rodziła przed dwoma laty; babka przy wypadniętej ręczce dokonała obrotu i wydobyla nieżywe dziecko. Kiedy nastąpiło wydzielanie się moczu przez pochwę, czy zaraz po porodzie, czy też nieco później — nie pamięta. Przetoka była zeszywana już dwa razy bez skutku. W dniu 13 listopada r. b. po przygotowaniu rozszerzeniu bliznowata zwężonej pochwy kulami i jajkami BOZEMAN'a, była operowana w położeniu w raczka (*à la vache*) z nałożeniem 8 szwów węzłkowych ze srebrnego drutu. N. wykonał *hystero - kolposyntesin cruentam cum hysterocleisi vesicali*; na siódmy dzień zdjął szwy: *prima reunio completa*.

Po przybyciu chorej do szpitala, znaleziono w pochwie i pęcherzu wiszące złogi wapienne na szwach, pozostałych po poprzedniej operacji. Szwy te usunięto. Przez kilka dni dawano chorej według przepisu EMMER'a rozczyn *Acidi benzoici et Boracis*, aby wytworzyć kwaśny odczyn moczu. Co do samej przetoki, to przepuszczała ona dwa palce do pęcherza. Górny brzeg przetoki stanowiły resztki rozerwanej tylnej wargi macicznej; sama przetoka otoczona była twardą, bliznowatą obrączką, a kąt przetoki prawostronny niewidoczny, skryty w głębi.

5) NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „O ciałach obcych, przypadkowo pozostałych w jamie brzusznej podczas operacji. [szereg 30 nowych spostrzeżeń, które razem z poprzednio przez N. opisanymi stanowią kazuistykę 226 przypadków]. Nowy przyczynek do nauki o odpowiedzialności opera-

t o r a. Odczyt będzie *in extenso* drukowany. Wychodząc z założenia, że pomimo wszelkich ostrożności, jednak wypadki pozostawiania ciał obcych w jamie brzusznej zdarzać się będą; następnie, że podczas operacji bywają sprawy, zupełnie od operatora niezależne, a wpływające na ujemne wyniki, *resp.* śmiertelne zejścia, jak oto: narkoza, krwotoki, zboczenia w przebiegu ważnych narządów i t. p., które to sprawy czasem bywają powodem do wytaczania spraw sądowych operatorom, NEUGEBAUER podnosi myśl, aby dla zabezpieczenia się od podobnych faktów brać od chorych, ewentualnie ich rodzin t. zw. rewersy, wyrażające zgodę na operację, oraz gwarancję nie roszczenia żadnych pretensyi do operatora.

KIJEWSKI FR. zaznacza doniosłość kwestyi, poruszanej przez NEUGEBAUERA sam od pewnego czasu bierze piśmienną zgodę rodzinną lub samych chorych, przez siebie operowanych; dowody te w szpitalu Wolskim są dołączane do kart szpitalnych i pozostawiane w aktach.

J. JAWORSKI w sprawie odpowiedzialności operatora i żądania od chorego lub rodziny t. zw. rewersów, mających rzekomo zabezpieczać lekarza od odpowiedzialności w razie nieszczęśliwego wypadku z chorym, wypowiada zdanie, że, jeżeli ustawodawstwa ścigają i karzą wykroczenia lekarskie przeciwko zasadom sztuki, to bynajmniej nie krepują lekarza w jego wykonawstwie. Mówca przytacza odnośne §§ kodeksu karnego rosyjskiego austriackiego i niemieckiego o odpowiedzialności lekarza, z których wynika, że uchybienia lekarza, chirurga i akuszerki rozpoznaje władza lekarska i wtedy dopiero bywają oni karani [§ 870 kod. ros.]. Wina lekarza, aby ją uznać za błąd lekarski, musi być jasno widoczna; wina musi być wynikiem należytego zastanowienia i namysłu, nie zaś dorywczego działania, spowodowanego nagłością wypadku. J. przytacza przypadek (*Kunstfehler*), podany przez KUEMML'a trzykrotnego bezcelowego operowania jednej i tej samej chorej, oraz przypadek odjęcia przez akuszerów rączki żywego płodu „wskutek roztargnienia“ pod wpływem dorywczego działania.

Dalej JAWORSKI przypomina, że elementarną zasadą, wymaganą przez prawo, jest zgoda i zezwolenie chorego, względnie jego opiekuna, na operację. Nawet słuszne i wskazane zabiegi operacyjne, wykonane wbrew woli, lub bez zezwolenia chorego, prawo zalicza do rozmyślnych uszkodzeń lekarskich; wyjątki [chory nieprzytomny, samobójstwo i t. d.] są przewidziane. W ostatecznym wniosku JAWORSKI twierdzi, że proponowane przez mówców t. zw. rewersy, są bezcelowe i bezwartościowe pod względem prawnym, gdyż, zastrzegając tylko korzyści dla jednej strony, są zaprzeczeniem prawa, nie licują z humanitaryzmem, gdy chory, lub rodzina, chcąc nie chcąc „podpisuje“, że zgadza się na poniesienie nawet śmierci w razie mogących zajść w czasie operacji nieszczęśliwych wypadków. Rewersy takie, tworząc w umyśle chorego i otoczenia niebezpieczeństwa, wątpliwości, nieraz fantastyczne, obniżają zaufanie publiczności do lekarzy, a tem samem szkodzą powadze stanu lekarskiego; wprowadzenie t. zw. rewersów drogą prawa zwyczajowego może z czasem stać się powodem nadużyć ze strony mniej etycznych lekarzy, którzy, nie będąc powołanymi ze względu na swe uzdolnienie fachowe, podejmować mogą operacje, za asekurowawszy się *a priori* wobec nieświadomych prawa przez pobieranie takich rewersów. Rewersy podobne, jak mówi J., wśród naszego świata lekarskiego nie znalazły zastosowania.

M. Rytko.

Posiedzenie d. 28-go grudnia 1906 r.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego zabiera głos STANKIEWICZ CZESŁAW, podnosząc, iż w dniu 14 grudnia minęło 25 lat od chwili wykonania

przez ALEXANDER'a w Liwerpolu pierwszej operacji skrócenia więzów obłych. Dzień 14 grudnia 1881 r. pozostanie na zawsze w pamięci ginekologów; z dniem tym leczenie tyłozgięcia macicy weszło na drogę chirurgiczną. Operację ALEXANDER'a rozpatruje S., jako symbol postępów ginekologii w danej dziedzinie, przytaczając szereg nazwisk polskich, zapisanych chlubnie w dorobku ogólnym; między innymi podnosi zasługi MATLAKOWSKIEGO i ŚWITALSKIEGO z liczby tych, których przedwczesna śmierć z wielką dla nauki stratą wyrwała z szeregów lekarskich. S. kończy swe przemówienie wyrazami czci, jaką żywi dla genialnego jubilata WILLIAMA ALEXANDER'a.

1) NEUGEBAUER w uzupełnieniu odczytu o ciałach obcych w jamie brzusznej przypadkowo pozostawionych, przytacza, że od czasu odczytu znów zebrał siedem takich przypadków.

Najciekawszym z nich jest przypadek FERGUSSON'a STEWART'a w Australii: 10¹/₂ lat po owariotomii u chorej wystąpiły zaburzenia kiszki; wyznaczono guz. Przy laparotomii wydobyto długi klamp arteryalny, którego rękojeść tkwiła w świetle kiszki. Klamp wyciągnięto, otwór w kiszce zaszyto, — wyzdrowienie. W tym przypadku samoistnie wytworzyła się enteroanastomozą powyżej usadowienia się ciała obcego.

2) NEUGEBAUER, jako *curiosum* demonstrował cielecą skórę, na której według tłómaczenia właściciela tego okazu widać kontury głowy ludzkiej. Podobizna ta miała jakoby powstać wskutek zapatrzenia się ciężarnej krowy. Właściciel okazu tego przyniósł koledze N. oryginał w *passee - par-tout* oprawiony, oraz kopię fotograficzną, przywiązując wielką wagę materyałną do okazu tego (*sic!!*).

3) STANKIEWICZ Cz. omawia przypadek lewostronnego zapalenia miedniczek nerkowych w przebiegu ciąży. Pierwsze objawy wystąpiły przy końcu 7-go miesiąca księżycowego w postaci dreszczy i podwyższenia ciepłoty do 41°, nazajutrz po urazie [spadnięcie ze schodów]. Odtąd ruchy gorączkowe o natężeniu umiarkowanym, dni zupełnej apyrekksji rzadkie; ku końcowi ciąży wstrząsające dreszcze i nasilenia ciepłoty do 40,3°. Położenie płodu czaszkowe, II-gie. Poród na czacie, rozpoczęty w pół godziny po zażyciu 0,8 chlorku chininy, poczem groźne objawy ustąpiły natychmiast. Dziecko płci męskiej, wagi 2340 grm., wątłej budowy, umieszczono w wyłęgarec.

Łożysko na swej powierzchni macicznej usiane guzami, od ziarnka grochu do orzecha laskowego, barwy białawej, zbitości twardej (*infarctus albus placentae*). Drobnowidzowo guzy przedstawiają skupienia włóknika, zawierające kosmki, pozbawione pokrycia nabłonkowego, słabo barwiące się, z naczyniami obliterowanymi [preparat kol. LORENTOWICZA]. Przyczynę zmian w łożysku S. widzi w sprawie nerkowej. Powstawanie t. zw. *infarctus albus placentae*, zdaniem S., najlepiej objaśnia teoria HITSCHMANN'a i LINDENTHAL'a: gra tu rolę zastój krwi w przestrzeni międzykosmkowej, w połączeniu ze zmianami [naruszeniem całości] nabłonka kosmków. W warunkach normalnych nabłonek ten, podobnie jak śródbłonek naczyń, zapobiega krzepnieniu krwi. Przypadek powyższy zostanie szczegółowo opisany.

4) J. JAWORSKI wypowiedział rzecz: „o przyrządach ssących, używanych w ginekologii według metody BIER'a“. Oprócz elastycznej opaski w celu wywołania przekrwienia, jako metody leczniczej, są w użyciu t. zw. bańki BIER'a, *resp.* przyrządy ssące, w których rozrzedza się powietrze za pomocą pompki ssącej, lub balonu gumowego. BIER przypuszcza, że bańka taka, na równi z ciepłem wywołuje przekrwienie aż do głębi, do czego w rezultacie sprowadza się jej wartość lecznicza. Co do rodzaju przekrwienia, to, według B. jest ono czynno - biernem z przewagą jednak zastoinowego, jak o tem świadczy ciemno-błękitna barwa np. części pochwowej, szczególnie przy znaczniejszem rozrzedzeniu powietrza. Przekrwienie zastoinowe, bierne

posiada własności osłabiania siły działania drobnoustrojów chorobotwórczych; podczas zastojów krwi wchłanianie ulega znacznemu zahamowaniu. Stąd postać zastoinowa nadaje się do stosowania w przypadkach ostrych, w zapaleniach bakteryjnych. Przekrwienie czynne wzmacnia wchłanianie, dlatego odpowiedniejsze jest w przypadkach zapaleń przewłocnych. Zapomocą bańki BIER'a w rzeczywistości nie można jednak otrzymać wyłącznie jednej, lub drugiej postaci przekrwienia: występuje ono zawsze, jako czynno - bierne. Całe grupy środków, jak *derivantia*, *revulsiva*, poniekąd *adstringentia*, szereg metod, jak mięsienie, elektroterapia, światłoterapia, suche, gorące powietrze, metoda obciążania, okład PRIESSNITZ'a, woda gorąca i t. d. działają głównie zapomocą przekrwienia. Z wyjątkiem jednak nielicznych z wymienionych środków, wszystkie one posiadają tę wadę, że działają tylko pośrednio i nie można ich dozować.

Przyrządy ssące BIER'a, udoskonalone ostatnimi czasy przez technikę, posiadają obie te zalety.

JAWORSKI przedstawia:

1) bańkę jednoramienną, kopułowo zakończoną z otworem owalnym, 2) bańkę z dwoma otworami prostopadłymi, zamykaną ruchomą kapą doszlifowaną, 3) bańkę dwuramienną, przyczem jedno ramię odprowadzające, butelkowato rozszerzone z podziałkami, które określają pojemność zbiornika tego, służy do wstawienia manometru, właściwie wakuometru, zapomocą którego określa się stopień rozrzedzenia powietrza, 4) bańkę, zrobioną z wziernika rurkowego z dwoma ramionami do pompki i manometru, 5) przyrząd metalowy specjalnej budowy z metalową tarczą i gumową podkładką na przebiegu do stosowania metody BIER'a wewnątrzmacicznie, 6) wakuometr, czyli próżniomierz z odpowiednimi przyrządami do połączeń z aparatami ssącymi.

Objaśniwszy budowę przedstawionych przez siebie przyrządów, J. omówienie strony technicznej zastosowania, oraz działania leczniczego odkłada na przyszłość, dodając, że metoda BIER'a w ginekologii, jako będąca dopiero w okresie rozwoju, wymaga jeszcze badań i udoskonalen technicznych.

W dyskusji MONSIORSKI zaznacza, że dotychczasowe doświadczenie wykazało, iż tylko w dwóch chorobach można polegać na bańkach BIER'a, mianowicie: w *parametritis posterior*, oraz w braku miesiączki z powodu nadmiernego zwinięcia się macicy *post partum*.

KARCZEWSKI mówi, że chronologicznie opaska znacznie wyprzedziła bańki; że zasadniczymi sprawami w metodzie BIER'a jest to, że taśma wywołuje przekrwienie bierne, a gorące powietrze — czynne. Następnie, że o ile się działa na bakteryje, to i w ostrych i w przewlekłych sprawach stosuje się przekrwienie bierne, tylko inaczej się dozuje: w jednym razie opaskę trzyma się godzinę, dwie, w drugim kilkanaście godzin; w przewlekłych zaś sprawach innej natury (np. *arthritis*) stosuje się przekrwienie czynne.

Co się zaś tyczy baniek w ginekologii, to nie nabrał do nich przekonania, gdyż przy stosowaniu ich na część pochwową przekrwieniu ulega tylko ta ostatnia, a sama macica zachowuje się objętnie.

Stosowanie zaś baniek w *parametritis posterior*, o czem wspominał MONSIORSKI, można z powodzeniem zastąpić pociąganiem części pochwowej zapomocą kulociągu, gdyż, właściwie, sprawa sprowadza się tylko do pociągania.

BORYSOWICZ sądzi, że kwestya przekrwienia *endometrii* dałaby się rozwiązać, o ileby zastosować rurkę, na podobieństwo katetera macicznego, z otworami, którą można by wprowadzać do jamy macicy.

MONSIORSKI zgadza się z KARCZEWSKIM, że w wyżej wspomnianej sprawie chorobowej w zupełności bańkę można zastąpić pociąganiem, lecz przypuszcza, że jednak dzięki znacznej ruchomości macicy, bańka, przystawiona do części pochwowej, sprawia przekrwienie nie tylko tej ostatniej, lecz i części trzonu

i że często powtarzane takie przekrwienie może wpływać na poprawę odżywiania macicy, ewentualnie i na zjawienie się miesiączki przy jej braku z powodu nadmiernej zwinięcia się macicy *post partum*.

WARSZAWSKI dziwi się entuzjazmowi jednego z autorów, który twierdzi, że, zamiast podwiązania żył przy ciężkich sprawach położowych, można z powodzeniem stosować bańki BIER'a.

JAWORSKI odpowiada KARCZEWSKIEMU, że bańki do stosowania na macię zbudowano dopiero przed dwoma mniej więcej laty, a pewne modyfikacje w przyrządach tych nawet przed paru miesiącami. Co do rodzaju przekrwienia, wywoływanego przez bańki, to twórca metody określa je mianem „*gemischte*” z przewagą zastoinowego. Tę postać BIER zaleca stosować w przypadkach ostrych, bo zastój krwi hamuje wchłanianie, umiejscawia sprawę. Przekrwienie czynne wzmagą wchłanianie. Stosowanie wyłącznie jednej postaci przekrwienia drogą przyrządu ssącego w praktyce, w rzeczywistości nie jest do urzeczywistnienia.

MONSIORSKIEMU: W czterech przypadkach *climax praecox*, pomimo długotrwałego stosowania bańki po parę razy na tydzień [u jednej osoby przez kilka miesięcy] J. nie widział wyniku. Natomiast J. widział dobry skutek przy *subinvolutio post partum* przy uprzednim zastosowaniu skaryfikacji.

Przy sprawach przewłocznych w mięszu macicy, lub w przymaciczach przyrządy te bywają powszechnie stosowane.

WARSZAWSKIEMU — że autorem, który miał dobry wynik w ciężkim przypadku, o którym mówca opowiada, był docent KROEMER z Giseny.

BORYSOWICZOWI—że myśl, aby przyrząd ssący działał wewnątrzmacicznie, urzeczywistnił właśnie wynalazca przyrządu w kształcie cownika metalowego z tarczą, mianowicie dr TURAN z Pesztu.

W końcu JAWORSKI zaznacza, że przyrządy ssące, które pokazał, stosował w ambulatoryum swoim szpitalnem przy pomocy i udziale paru kolegów z nim pracujących, w przypadkach przeszło 70-ciu, a wyniki każdego seansu ma ściśle zapisywane pod właściwą rubryką. W obecnem przemówieniu o wynikach leczniczych nie miał zamiaru mówić.

M. Ryłko.

SEKCJA NEUROPATHOLOGICZNO - PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie d. 22go grudnia 1906 r.

1. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek jednostronnego uszkodzenia urazowego wszystkich nerwów opuszkowych. (Szczegółowy opis tego przypadku, jako oddzielna praca, pojawi się w jednym z najbliższych numerów *Gazety*).

2. RÖTSTADT J. przedstawił dwa przypadki myastenii.

Przypadek pierwszy dotyczył 19-letniej panny, która od dwóch lat zaczęła doznawać szybkiego męczenia się przy wszelkich czynnościach, w ostatnich czasach zmieniła się jej mowa, poczęło jej się dwoić w oczach, jednocześnie z trudnością poczęła łykać. W miarę dłuższego trwania którejś z tych czynności wszystkie te objawy potęgują się. Obecnie prócz potwierdzenia skarg chorej badanie wykazało: stałe obustronne opuszczenie powiek, zwiększające się w miarę potęgowania się stopnia znużenia chorej, przelotne osłabienie niektórych mięśni ocznych, patologicznie szybkie wyczerpywanie się czynności w całej sferze ruchowej dowolnej,

wreszcie odczyn myasteniczny mięśni na prąd elektryczny prawie we wszystkich badanych mięśniach. Chora pod względem nerwowym nieobarczona.

Przypadek drugi dotyczył robotnika, lat 31, który od roku zaczął doznawać nadmiernie szybkiego nużenia się przy pracy fizycznej, osłabienia mięśni karku, a od kilku miesięcy ma stale opuszczoną prawą powiekę. Kilkakrotne zmruczenie powiek jeszcze bardziej zmniejsza prawą szparę oczną; oprócz tego badanie wykazuje niedowład lewego nerwu odwodzącego, wreszcie w wielu mięśniach prąd elektryczny wykazuje odczyn myasteniczny. Leczenie specyficzne w lecie r. b. pozostało bez skutku. Mówca podkreślił zasadniczą cechę obu przypadków — patologicznie szybkie wyczerpywanie się mięśni, sił tych, które w warunkach normalnych nie podlegają prędkiemu wyczerpaniu (np. mięśnie unoszące powiekę) i odczyn myasteniczny w mięśniach; oprócz tego mówca wykluczył w drugim przypadku nasuwające się na myśl rozpoznanie syfilisu układu nerwowego.

W uzupełnienie demonstracji FLATAU zaznaczył, że chora, dotknięta myastenią, otrzymuje obecnie wstrzykiwania podskórne sperminy РОЕНЛ'a i zdradza pewną wyraźną poprawę. F. rozpoczął te próby wskutek zalecenia tego środka w myastenii przez poważnych neurologów i zachęca kolegów do podobnych usiłowań.

3. FLATAU i STERLING przedstawili przypadek nowotworu mózgu, pochodzący prawdopodobnie z gruczolu tarczowego.

Chora, lat 28, skarży się na bóle, zawroty głowy i silne osłabienie wzroku. Przed 5-u laty wystąpiły ogólne drgawki, które zjawiały się co 2 tygodnie przy zupełnej jakoby utracie przytomności. Od 2-ch lat bóle w okolicy lewego oczodołu, nudności, wymioty. Od 4-ch tygodni jakoby nagle utrata wzroku w lewym oku, a czasami zaciemnia się i prawe. Przy badaniu przedmiotowem w okolicy gruczolu tarczowego wyczuć można guzik, wielkości orzecha laskowego, przesuwalny z łatwością pod skórą, związany z prawym płatem gruczolu. Obustronne wysadzenie gałek ocznych, zwł. po stronie lewej. Nalanie żył po tejże stronie w okolicy skroniowej. Lewym okiem chora nie widzi wcale, prawem z trudnością liczy palce z odległości 5-u metrów. Obustronna brodawka zastoinowa z przejściem w zanik. Osłabienie czynności czuciowych i ruchowych gałązek prawego nerwu trójdzielnego. Odruchy ściągnowe wzmożone, chód chwiejny.

Mówcy podkreśliли podobieństwo przedstawionego przypadku do tego, który niedawno opisali FLATAU i KOELICHEN w „Medycynie”, a w którym również złośliwy nowotwór mózgu pozostał jako przerzut ze zwyrodniałego gruczolu tarczowego (*struma colloides*).

4. KOELICHEN przedstawił przypadek syringomyelii, godny uwagi ze względu na jednostronnść objawów.

Chora, lat 22, skarży się na chrypkę, utrudnienie przełykania, osłabienie lewej ręki. Choroba rozpoczęła się stopniowo 3 lata temu od bólu w gardle, następnie wystąpiła chryпка, a w ostatnich czasach osłabienie władzy w lewej ręce i dwojenie się w oczach.

Badanie przedmiotowe stwierdza: Osłabienie ruchów gałek ocznych w kierunku bocznym i drżenie ich kloniczne (*nystagmus*); osłabienie lewego nerwu odwodzącego, osłabienie nerwu językowo-gardzielowego, zupełne porażenie lewego nerwu zwrotnego, porażenie i zanik drobnych mięśni lewej dłoni, zwł. kłęba dużego i małego palca (*thenar et hypothenar*), brak lewego odruchu brzuszno, osłabienie władzy w lewej kończynie dolnej ze wzmożeniem na niej odruchów ściągnowych i osłabienie, a nawet miejscami zniesienie czucia bólowego i osłabienie czucia termicznego przez zachowanie czucia dotykowego na zewnętrznej powierzchni lewej kończyny dol-

nej. — Mówca przyjmuje rozpoznanie w danym przypadku syringomyelii i podnosi jednostronność objawów.

W dyskusji HIGIER, aczkolwiek nie kwestyonuje rozpoznania zasadniczego cierpienia, stawia jednak możliwość istnienia obok syringomyelii przypadkowego cierpienia w danym przypadku, a mianowicie, zajęcia zewnętrznego nerwu skórno-uda (*n. cutaneus femoris externus*). KOELICHEN w odpowiedzi podnosi rozszczepienie częściowe czucia na zewnętrznej powierzchni uda, świadczące o rdzeniowej przyczynie tego objawu.

5. BREGMAN przedstawił: a) przypadek złamania podstawy czaszki z obustronnym porażeniem nerwu twarzewego (*diplegia facialis*) i porażeniem prawego nerwu odwodzącego (*n. abducentis*). Porażenie twarzewe jest ciężkie z zupełnym odczynem zwyrodnienia. Chory przed miesiącem został przejechany przez głowę, co wywołało u niego krwotok z nosa i z obu uszu i zupełną utratę przytomności. Obecny stan ogólny doskonały.

b) B. przedstawił przypadek bezustannego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos (*rhinorrhoea cerebrospinalis*). Cierpienie to trwa u chorej od roku. Od 5-u lat chora chodzi beżładnie (ataktycznie), w prawej ręce doznaje drżenia, cierpi na bóle głowy, nudności i wymioty. W ostatnich czasach wystąpił zanik nerwów wzrokowych. Na początku choroby chora tyła, obecnie schłodła. Badanie ginekologiczne wykazało macicę dziecięcą (*uterus infantilis*), brak miesiączki. Objawy wskazują na nowotwór na podstawie czaszki, prawdopodobnie w okolicy przysadki mózgu (*hypophysis cerebri*).

c) B. przedstawił przypadek niezwykle skurczów tonicznych i klonicznych u młodego mężczyzny, które wystąpiły przed dwoma laty po przebyciu przez niego tyfusu brzuszego. Mięśnie u chorego atletyczne. Skurcze toniczne głównie w lewej kończynie górnej oraz w mięśniach karku. Chory stoi i chodzi, lecz z wysiłkiem i wykonywa przytem różne ruchy, spowodowane przez kurcze mięśni i utratę równowagi ciała. W części lędźwiowej kręgosłupa wybitne skrzywienie ku przodowi (*lordosis*), naduadmierne rozgięcie lewego kolana. Mięśnie wyprostne prawego przedramienia i prawej ręki w stanie lekkiego niedowładu. BREGMAN przypuszcza w danym przypadku rozpoczynający się zanik mięśni postępujący (*dystrophia musculorum progressiva*), powikłany myotonią i myoklonią.

W ożywionej dyskusji z powodu ostatniego chorego zabierali głos: FLATAU, GOLDFLAM, GAJKIEWICZ, WIZEL, KOPCZYŃSKI, RZĘTKOWSKI, STERLING, podnosząc trudności rozpoznania przedstawionego przypadku.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości drobne.

Nowy odczynnik na wolny kwas solny w zawartości żołądka. Żywica gwajakowa (*resp. Aloin*) ma własność, iż w obecności barwika krwi przez dodanie olejku terpentynowego lub wody utlenionej utlenia się, co się wyraża niebieskiem lub czerwonym zabarwieniem [ozonid kwasu gwajakolowego, *resp. czerwień aloinowa, Aloinroth*). Przytoczoną dopiero co własność wyzyskano [EWALD, BOAS] do wykrywania ukrytych krwawień kiszkowych lub żołądkowych. Wspomniane zabarwienie występuje i bez obecności barwika krwi, a tylko przy pomocy środków utleniających [chlor, kwas chromny, kwas saletrzany]. Zdolność, jaką posiada kwas saletrzany, iż zniebieszcza roztwór alkoholowy żywicy gwajakowej, zużytkował F. SIMON (*Berl. klin. Woch. 1906. N. 44*) do wykrywania małej ilości wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka. Postępowanie autora jest następujące: małą ilość [na koniec noża] czystej [trzymanej w ciemnej butelce, bo w świetle niebieszczeje] sproszkowanej żywicy gwajakowej, rozpuszcza w 5-u ctm. sz. roztworu, złożonego z 10,0 *Spiritus aetheris nitrosi* i z 40,0 *Spiritus vini*. Kilka ctm. sz. tak przygotowanego roztworu wlewa do probówki z 5 ctm. sz. przesączonej zawartości żołądka. Na granicy zetknięcia się dwu cieczy tworzy się szybko szarobiała obrączka, która—jeśli badanie zawartości żołądka zawiera wolny kwas solny—po kilku sekundach niebieszczeje [wobec b. małej ilości kwasu—zielenieje]. Dzieje się to dlatego, że wolny kwas solny uwalnia ze *Spiritus aetheris nitrosi*, zawierającego azotony etylu [$C_2H_5NO_2$], kwas saletrzany, a ten utlenia żywicę gwajakową na niebieski ozonid kwasu gwajakowego.

Kwasy organiczne, np. mleczny, mogą także wydzielić z azotonu etylu kwas saletrzany i powodować odczyn dodatni, lecz to następuje tylko wobec dużej zawartości [1,25%] kwasu mlecznego, czego nie spotyka się w zawartości żołądka.

SIMON twierdzi, iż odczynnik jego jest czulszy, niż powszechnie używany sposób GÜNZBURG'a.

W. G.

Wiadomości bieżące.

— W grudniu r. z. kol. FRANCISZEK NEUGEBAUER obchodził dwudziestą piątą rocznicę otrzymania stopnia doktora medycyny. Od samego początku swojej działalności kol. N. zasłynął wielce oryginalnymi badaniami w dziedzinie położnictwa i ginekologii; w ciągu 25-u lat spis prac jego obejmuje bez mała 300 tytułów. Prace dotyczące patologii kręgosłupa i miednicy, zwłaszcza kręgozmyku (*spondylolisthesis*) oraz obojnactwa, zjednały mu zasłużone stanowisko w rzędzie pierwszorzędných ginekologów i sprawiły

że nazwisko FRANCISZKA NEUGEBAUERA spotykamy w podręcznikach, pisanych przez autorów nieomal wszystkich narodowości.

Fakt ten dowodzi, że wśród tej mnogości prac znajdują się cenne do-
bytki naukowe, na samodzielnych oparte badaniach i obserwacjach. Na po-
siedzeniach Towarzystwa Lekarskiego widzieliśmy wielokrotnie nadzwyczaj
rzadkie przypadki zbroczeń w kośćcu i w narządach płciowych, w których
wyszukaniu i opracowaniu nikt, przynajmniej w naszym środowisku, kol.
NEUGEBAUEROWI sprostać nie może.

Działalność szpitalna młodego Jubilata z początku w charakterze asy-
stenta kliniki (1884—1890), a następnie jako ordynatora oddziału ginekolo-
gicznego szpitalu Ewangelickim, utworzonego i odpowiednio urządzonego
Jego staraniem, cechuje się wielką pracowitością. Jeżeli do tego dodamy
wielkie uzdolnienie dydaktyczne kierownika oddziału, łatwo zrozumieć, dla-
czego przez ten oddział przeszła znaczna liczba kolegów, którzy dzięki wie-
dzy, doświadczeniu, a co najważniejsza, chętniej pomocy w praktycznym
ćwiczeniu się w ginekologii ze strony swojego przewodnika, wyrobili się
na dobrych specjalistów tej gałęzi.

Kol. FR. NEUGEBAUER znajduje się w okresie sił żywotnych i na
szczyście latami mozolnej pracy zdobytego doświadczenia. To pierwsze
czwierćwiecze nie zamyka Jego pełnej zapału działalności naukowo-lekarskiej.

Życzymy kol. NEUGEBAUEROWI, aby przy nowo kształtujących się wa-
runkach nauczania mógł zyskać szerszy zakres działania, odpowiadającego
Jego dążnościom i uzdolnieniu.

— D. 29-go listopada r. z. w lokalu Stowarzyszenia Techników odbyło się
Zgromadzenie Ogólne Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, na którym prezes, kol. Du-
NIS mówił o zadaniach Stowarzyszenia, przedstawiając w nim ogrom pracy, jaki cze-
ka nowopowstałe zrzeszenie się lekarzy. Przemówienie wiceprezesa, kol. NUSBAUMA
podajemy w numerze bieżącym. Na temże posiedzeniu kol. HEWELKE wygłosił re-
ferat w sprawie felczerskiej, dla której Zgromadzenie uchwaliło utworzenie komisji
do opracowania projektu zniesienia zawodu felczerskiego i zastąpienia go przez
odpowiednio wyćwiczonych pielęgniarki.

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X-go Zjazdu lekarzy i przy-
rodników polskich mieścić się będzie w pałacu sztuki na placu powystawowym we
Lwowie i będzie otwarta od 16-go czerwca do 27-go lipca 1907 r. Komitet wy-
stawy z dyrektorem jej drem FELIKSEM KRZYŻANOWSKIM na czele zawiadamia wystawców,
że zastępstwo na Królestwo Polskie przyjął kol. STANISŁAW KURTZ [Warszawa,
Sienna 22], który udziela wyjaśnień w sprawie wystawy codziennie w godzinach od
7-ej do 8-ej wieczorem.

— Towarzystwo Lekarskie Krakowskie powołało na r. 1907 na prezesa prof.
ROSNERA, na wiceprezesa dra BORZĘKOWSKIEGO, na sekretarza stałego dra WACHTLA, na

bibliotekarza dra FLISA, na redaktora „Przeglądu Lekarskiego“ prof. CIECHANOWSKIEGO [wybór redaktora odbywa się corocznie].

— Komitet higieny dziecięcej wybrał na dyrektora Instytutu im. LANVAL'a kol. PADEREWSKIEGO z Dąbrowy Górniczej.

— Przewodniczący Sekcji Laryngologiczno-otyatrycznej, kol. SOKOŁOWSKI prosi kolegów, pragnących przyjąć udział w pracach tej Sekcji o zawiadomienie o tem sekretarza kol. ERBRYCHA [Mazowiecka 6] w celu regularnego otrzymywania porządku dziennego obrad, które odbywać się będą w ostatni czwartek każdego miesiąca.

— W Sekcji Ginekologicznej przy Warsz. Tow. Lek. wybrani zostali na r. b. na prezesa kol. FR. NEUGEBAUER, na wiceprezesów: koledzy JAWORSKI i KARCZEWSKI, na sekretarza kol. CYKOWSKI.

— Pod przewodnictwem LEYDEN'a odbędzie się w Wiesbaden pomiędzy 15 — 18 kwietnia r. b. Zjazd medycyny wewnętrznej, na którym obok licznych odczytów poruszona będzie sprawa nerwobólów i ich leczenia przez prof. SCHUTZE'go z Bonn.

— 13-go grudnia r. z. obchodzona była uroczystość 70-ta rocznica urodzin prof. WALDAYER'a i prof. BERGMANN'a.

— Prof. UHLENHUTH z Gryfii mianowany został dyrektorem oddziału bakteriologicznego w Cesarskim Urzędzie zdrowia w Berlinie.

— Z m a r l i: ANTONI HOŁOWIŃSKI, docent fizyki w b. Szkole Głównej, autor cennych prac z dziedziny sfigmografii i kardiografii. Ocenę prac wielce zasłużonego badacza umieścimy w jednym z najbliższych numerów „Gazety“.

JÓZEF KARPIŃSKI zmarł w Rejowcu, jako ofiara zawodu, zaraziwszy się od chorego tyfusem wysypkowym.

TALKO, znany okulista, zmarł w Lublinie, przeżywszy lat 65.

Numer bieżący wyszedł pod redakcją dra J. Pruszyńskiego; do czasu załatwienia formalności prasowych Gazetę podpisywać będzie dr Gajkiewicz.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzi w ciągu roku 1907 na tych samych warunkach, co i w roku zeszłym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok ubiegły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się „Sprawozdanie z posiedzeń Sekcji Chirurgicznej przy W. T. L.” oraz prospekt „Zaczyn płynny do przyrządzania mleka kwaśnego“.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz