

GAZETA LEKARSKA

T R E S C. I. L. RYDYGIER. O plastyce przełyku z opisem preparatu anatomicznego po operacyi Roux'a. Str. 1089. II. A. PUZAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAYES'a (BASEDOW'a). (C. d.). Str. 10'5. *Dział sprawozdawczy.* 157. N. CUKOR. O leczeniu przewlekłych spraw zapalnych przydatków macicznych, oraz wysięków w miednicy gorącymi okładami błotnymi. Str. 1093.—158. TH. JONNESCO. O rachianestezji ogólnej. Str. 1102.—159. EDMUND FALK. O zdolności wchłaniania błony śluzowej pochwy i macicy. Str. 1104.—160. Prof. P. LECÉNE. Gruźlica gruczołu BARTHOLIN'a. Str. 1105. *Przegląd bibliograficzny.* 1. ST. KAMIENSKI. Zasady żywienia dzieci Str. 1106.—2. J. SKOŁODOWSKI. O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej. Str. 1107.—3. A. SOKOŁOWSKI. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej. Str. 1107. I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich. Str. 1108. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. O plastyce przełyku z opisem preparatu anatomicznego po operacyi Roux'a.

Według wykładu na XV Zjeździe chirurgów polskich.

Podał

L. Rydygier.

Dość długo zwłóczyłem z ogłoszeniem mego przypadku plastyki przełyku, wykonanej sposobem Roux'a, spodziewając się, że może w niezbyt długim czasie napotkam przypadek drugi, stosowny do tej operacyi. Tymczasem nie tak łatwo o podobne przypadki, i dlatego nie chcę nadal odkładać opisu mego spostrzeżenia, wykazującego niezbicie, że można sposobem Roux'a wytworzyć cały przełyk, czego innymi sposobami osiągnąć nie zdołamy.

O plastyce części szyjnej przełyku nie będę się dłużej rozwodził; prawie w każdym przypadku bez wyjątku jesteśmy w stanie tę część przełyku na nowo wytworzyć sposobem HACKER'a z mniejszymi lub większymi zmianami, zastosowaniami do przypadku.

W plastyce części piersiowej przełyku współzawodniczą dwie drogi ze sobą: droga śródpiersiowa i pozapiersiowa, a raczej wyrażając się dokładniej, postępowania temi drogami wzajemnie się uzupełniają, jak to poniżej wykazemy.

W najnowszej swej pracy zakresła SAUERBRUCH ¹⁾ postępowaniu śródpiersiowemu bardzo ciasne granice, i zdaje, się nie bez słuszności. Tylko te przypadki uważa za odpowiednie do takiej operacyi, w których przy bardzo małych rakach wpustu żołądka można wykonać sposób wgłobienia, albo gdzie ponad tem miejscem leżące guzy nie sięgają wyżej, niż 6 ctm. na przełyk i w których udaje się żołądek tak wysoko unieść i do jamy klatki piersiowej przesunąć. SAUERBRUCH używa w tych przypadkach cięcia międzyżebrowego, około 25-u ctm. długiego celem, odsłonięcia przełyku, torując sobie drogę przez jamę opłucną, co w obec nowo wynalezionej postępowania, utrzymania w rozdzięciu płuc czyto zapomocą podwyższonego ciśnienia od wewnątrz, czy też zmniejszonego od zewnątrz, z dobrym skutkiem daje się zastosować.

Dawniej musiano sobie drogę do przełyku torować przez śródpiersie tylne, otwierając je albo przez cięcia płatowe, albo też prostopadłem, podłużnem cięciem — przyczem, kilka żeber wycinano lub wprost przepiłowywano [REHN, LEOBET, TUFFIER, FAURE]. FAURE w obu swych przypadkach, które, niestety równie jak inne zakończyły się śmiercią, stworzył sobie rzeczywiście wolny dostęp do pola operacyi przez to, że i pierwsze żebro przeciął lub przepiłował, a nadto dodał cięcie szyjne.

Pomimo to po wycięciu kawałka przełyku, pozostaje zadanie przywrócenia jego ciągłości. Tylko w rzadkich przypadkach udaje się wprost zeszyć końców przełyku; w najliczniejszych przypadkach trzeba się uciec do plastyki przełyku, jeżeli się chorego nie chce odżywiać chwilowo przez otwór gastrostomiczny, lub końców przełyku wszywać w ranę skórną.

Zastąpienie plastyczne środkowej i górnej części piersiowej przełyku, jest jednem z najtrudniejszych zadań plastyki. WÜLLSTEIN ²⁾ próbował już w roku 1904 zadanie to przynajmniej drogą doświadczalną rozwiązać, mianowicie proponował umieszczenie odcinka jelita na przedniej części klatki piersiowej i połączenie z przełykiem na szyi wyciągniętym, zapomocą nowoutworzonej rury ze skóry (*Oesophago—Jejunostomie*). Lecz dopiero Roux'owi ³⁾ udało się rozwiązać to trudne zadanie w sposób sprytny i praktycznie rzeczywiście wykonalny. Oddzielił on dostatecznie długi kawałek jelita cienkiego, pozostawiając jego łączność z jednym lub też kilkoma pniami tętniczymi krezki. Koniec odprowadzający wszył do żołądka blisko małej krzywizny i przeciągnął odcinek doprowadzający przez tunel wykonany pod skórą, aż do *jugulum*, ażeby później, górny otwór w ten sposób przesuniętego jelita cienkiego z przełykiem tamże przeciągniętym połączyć i w ten sposób zastąpić piersiowy odcinek przełyku przez narząd wyposażony w ruch robaczkowy. Pomyśl ten jest nie tylko mądry, ale też śmiały, gdyż próby dawno już przez

¹⁾ F. SAUERBRUCH. Ueber die Indikationen zur Resektion des Brustabschnittes der Speiseröhre. Deut. Zeitschr. f. Chir. 908. t. 2, z. 3.

²⁾ WÜLLSTEIN. Ueber antethorakale Oesophago—Jejunostomie. Deutsche med. Woch. 1904, pag. 734.

³⁾ ROUX. L'oesophago-jejuno-gastrostomose. Sem. med. 1907, 23 stycznia.

MADLUNGA i przeze mnie przedsięwzięte wykazały, że oddzielenie jelita od krezki, bardzo łatwo sprowadza zgorzel jego ściany. Rzeczywiście wtedy moje doświadczenia wykazały, że niebezpieczeństwo dla rozmaitych od-cinków jelita, różnie bywa wielkie i że oddalenie linii cięcia w krezce od jelita nie jest bez wpływu na odżywianie ścian kiszki. Roux zwraca uwagę teraz na to, że właśnie jelito cienkie ma bardzo korzystne ułożenie pod tym względem, że ścianom jelita nie grozi niebezpieczeństwo obumarcia, jeżeli się przeprowadzi cięcie poprzeczne przez kreskę powyżej ostatniej arkady, od której liczne „*vasa recta*“ do jelita dochodzą. Niestety nie jest tak zawsze, jak wskazują przypadki KOCHERA i TUFFIER'a. Tylko dalsze doświadczenie kliniczne może zawyrokować o do uszczelnności i mniejszej lub większej pe-wności tej tak pięknej metody. Dlatego też wskazane jest każdy podobny przypadek podawać do wiadomości ogółu. Jest to przyczyna, dla której opisuję przypadek jeszcze przed paroma laty przeze mnie operowany; przypadek ten wyraźnie wskazuje, że metoda Roux'a do zupełnego wyzdrowienia dopro-wadzić może i że nowo utworzony przełyk może funkcjonować zadziwiająco dobrze i normalnie, pomimo, że niestety utraciliśmy naszego chorego.

W 5 tygodni po operacji z powodu zapalenia płuc i oskrzeli nie zdąży-liśmy już połączyć górnego końca jelita cienkiego z dolnym końcem przełyku. Mimo tego nieszczęśliwego zdarzenia nie traci nasz przypadek w żadnym ra-zie swej siły przekonywającej, na co szczególnie pragnąłbym położyć nacisk—przeciwnie dowodzi wraz z przypadkiem p. HERZEN'a ¹⁾, szczęśliwie do końca doprowadzonym, że metoda Roux'a zasługuje na zastosowanie w odpowiednich przypadkach.

R. S., lat 25. Matka umarła z powodu przewlekłego cierpienia płuc. Ojciec żyje zdrow. Z czworga rodzeństwa jedno jest chore na płuca. Chora sama jako dziecko przechodziła odrę i ospę. Kaszle od lat kilku i cierp. nadto na zaburzenia żołądkowe, wymiotuje często. Przed 2-ma laty napiła się niechcący łągu żrącego, poczem wśród zwykłych objawów, pomimo cew-nikowania, wytworzyło się powoli silne zwężenie przełyku, tak, że nawet płyny z trudnością i niezawsze przełknąć mogła; dlatego odesłano chorą na klinikę.

Status praesens. 9. II. 1907. Chora wzrostu małego, słabo zbudowa-na, źle odżywiona, bez śladu podściółki tłuszczowej, mięśnie źle rozwi-nięte. Należy zaznaczyć, że w lewym szczycie płuc dadzą się spostrzedz zmiany, zależne od przewlekłej gruźlicy płuc. W jamie ustnej kilka biaław-ych miejsc. Przy badaniu zgłębnikiem znajdujemy w odległości 27 ctm. od przednich zębów tak silne zwężenie, że nawet najcieńszej sondy nie można przeprowadzić, a połknięte ziarnko śrutu nawet po kilku dniach nie dostaje się do żołądka.

Dnia 13. II. wykonana została przez doc. HERMANA gastrostomia, w tym przypadku w ten sposób, że wyciągnięta naprzód przednia ściana żo-

¹⁾ HERZEN. Eine modification der Rouxschen Oesophago-Jejuno-Gastrostomie. Zeitschr. f. Chir. 1908, pag. 219.

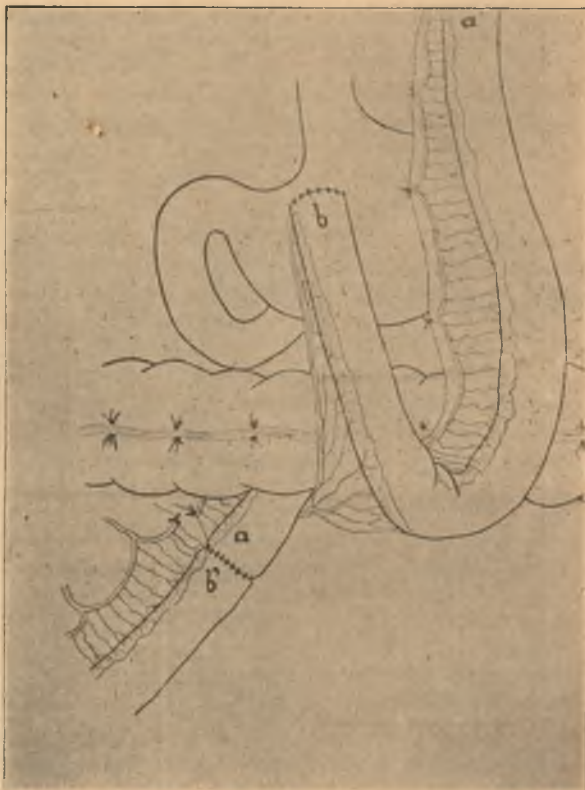
żołądka została nacięta na przestrzeni 10-u ctm., żeby sondę od żołądka ku górze przez zwężenie do przełyku przeprowadzić, co się jednak nie udało. Dlatego zmniejszono wielki otwór żołądkowy na małą szparę przeznaczoną dla drenu. W rezultacie zastosowano gastrostomię według FONTANY ze zmianą praktykowaną na naszej klinice, a polegającą na tem, że cięcie przeprowadzamy prostopadłe przez środek mięśnia prostego [v. HAECKER], a uniesiony ku górze stożek ze ściany żołądka przyszyty zostaje naokoło swej podstawy katgutem nie tylko do otrzewnej, lecz nadto dla pewności po obudwu stronach i w rogach zakładamy szwy jedwabne, które i przez skórę przechodzą; wreszcie przyszywany jeszcze skórę naokoło podstawy wyciągniętego stożka ze ściany żołądka gęstym kuśnierskim szwem katgutowym, ażeby przeszkodzić późniejszemu zanieczyszczeniu i ewentualnemu przesączeniu pomiędzy warstwy rany. Rana brzuszna została w swej dolnej części zamknięta szwem 3-piętrowym. Po operacyi zrobiono hipodermoklizę i wstrzyknięcie olejku kamforowego. Chora bardzo osłabiona przychodzi powoli do siebie przy obfitem odżywianiu przez zupełnie dobrze funkcjonujący otwór gastrostomijny.

18. IV. W dwa miesiące po pierwszej operacyi przystępujemy do *ezofago* - jejunogastrostomii *modo Roux*, mianowicie do pierwszej jej części. W uspieniu morfinowo-chloreformowo-eterowem oddzieliłem przednią ścianę żołądka od powłok brzusznych, zamknąłem prowizorycznie otwór gastrostomijny w przedniej ścianie żołądka. W oddaleniu około 50-u ctm. *ad plica duodeno-jejunalis* przeciąłem poprzecznie jelito cienkie, a 80 ctm. poniżej jeszcze raz tak, że owo 80 ctm. pozostało wykluczone. Górny i dolny koniec przeciętego jelita łączymy zwyczajnym sposobem [rys. 1 ab]. Około 50 ctm. końca wykluczonej pętli jelitowej, licząc od końca górnego doprowadzającego, oddzielono od krezki, pozostawiając przy pętli jelita ostatnie arkady naczyń krwionośnych krezki [rys. 1 a]. Koniec odprowadzający (*distal*) tej pętli przszyto do gastrostomicznego otworu w przedniej ścianie żołądka [rys. 1 b.]. Górny odcinek, który mimo oddzielenia od krezki nie wykazuje żadnej zmiany w zabarwieniu, przeciągamy kleszczykami aż do *jugulum* przez tunel przedmostkowy podskórny ściśle wedle przepisu Roux'a i tamże przyszywamy go szczelnie dokoła brzegów skóry [rys. 2]. Około 30-u ctm. nie przeciętej krezki, która służy tu jako szypuła, zawierająca naczynia krwionośne i całą pętlę jelitową umieszczono przed poprzecznicą (*colon transversum*) [rys. 1]. Ranę brzuszną zmniejszono, nie uciskając wcale „szypuły“ pętli jelitowej, sama pętla pozostała po części w ranie całkiem luźno, nieco sfaldowana [rys. 2].

Chora skutkiem dość długo trwającej operacyi była bardzo osłabiona, zastosowano wlewanie podskórne z 1 l. roztworu soli kuchennej i 10-u grm. olejku kamforowego. Wieczorem powtarzano hipodermoklizę. Przez dren, przeprowadzony przez nowowytworzony przełyk od *jugulum* aż do żołądka, co 3 godziny podawano 100 grm. mleka, koniaku z somatozą. Przez 3 pierwsze dni po operacyi chora nie miewała gorączki i czuła się stosunkowo dobrze, chociaż była bardzo osłabiona; odżywianie przez nowy przełyk

odbywało się od razu dobrze, a mianowicie: przyjemnie było patrzeć jak wskutek żywego, widocznego pod skórą ruchu robaczkowego przemieszczonego jelita, wprowadzane do nowego przełyku kawałeczki czekolady przechodziły coraz dalej na dół, aż do żołądka. Czwartego dnia po operacyi wystąpiły pierwsze objawy rozwijającego się zapalenia płuc odoskrzelowego, które nastęty 22. V., a więc w 5 tygodni po drugiej operacyi, mimo stosowania wszelkich zabiegów doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci zapalenie płuc odoskrzelowe. Na preparacie widzimy, że przemieszczona pod skórą pętla jest zupełnie zrośnięta



Rys. 1.

ze swem otoczeniem, wszczepienie jelita do przedniej ściany żołądka udało się i w zupełności mocno jest zrośnięte, poprzecznicą nie była nigdzie uciśnięta ani zagięta przez otaczającą ją pętlę jelita cienkiego i jego kreskę. Jednem słowem, wytworzenie nowego przełyku, obdarzonego własnym ruchem robaczkowym, funkcjonującego doskonale przez 5 tygodni, udało się znakomicie i tylko nieszczęśliwy wypadek przeszkodził wykonaniu ostatniego zupełnie bezpiecznego aktu.

Wykonanie i tego momentu operacyjnego udało się w zupełności Herzen'owi, tak, że bez wątpienia posiadamy dowód kliniczny, że możliwe jest

w zupełności wytworzenie całego nowego odcinka piersiowego przełyku sposobem Roux'a; dzięki tej metodzie odbywa się w zupełnie normalny sposób żucie, połykanie i przemieszczanie mas pokarmowych drogą ruchu robaczkowego. Bez wątpienia, przeprowadzenie pętli jelita cienkiego, mianowicie do wytworzenia nowego przełyku nie przed poprzecznicą ma pewne zalety. Ujemne strony takiego przeprowadzenia pętli krezki przed poprzecznicą, wykazane zostały odnośnie do *gastro-enterostomia anterior*; z tego powodu wskazane jest i tu również przeprowadzenie jelita cienkiego przez szeroki otwór w *mesokolon* i *lig. gastro colicum* od góry, jak to robili WULLSTEIN w swo-



Rys. 2.

ich doświadczeniach i HERZEN na ludziach. Przez to zabezpiecza się lepsze odżywienie uruchomionej części jelita. Czy jeszcze w inny sposób lepiej nie da się zabezpieczyć odżywienia, pouczą nas dalsze doświadczenia. HERZEN twierdzi, że lepiej jest wykonywać całą operację nie dwuczasowo, jak chce Roux, ale na 3-ch posiedzeniach—naturalnie, że to zależy od sił chorego. Co do mnie, wolę dwuczasową operację, żeby zaraz w pierwszym zabiegu jamę brzuszną zamknąć. Chcąc chorego zrobić odporniejszym, polecałbym, jak w moim przypadku, przed operacją Roux'a wykonanie gastrostomii

Ma to taką zaletę, że tym sposobem nie tylko można chorego dobrze

wzmocnić i odżywić, ale także można spróbować rozszerzyć bliznowate zwężenie przełyku od strony wpustu. Jak widziałem to w moim przypadku, gastrostomia, zastosowana przed operacją Roux'a, nie utrudnia wcale wykonania tego zabiegu.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a).

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 48].

Jeżeli tego rodzaju komunikaty kogo nie zadowalają przez swoją zwięzłość, przez brak szczegółów, dotyczących się rozpoznania i przebiegu choroby, przez brak wiadomości o dalszych losach chorych, ew. trwałości wyleczenia, to posiadamy inny dawniejszy już nie komunikat, ale obszerną monografię młodego KOCHERA¹⁾, który protokularynie, z drobiazgową ścisłością podaje historię choroby, opis operacji i przebiegu pooperacyjnego oraz dalszych losów chorych, operowanych przez swego ojca z powodu choroby Graves'a. Podano tam w ten sposób opis 93-ch przypadków, z których 59 operacyjnych. Za wyleczone uważa KOCHER 45 przypadków [76%]; w 8-u przypadkach otrzymano znaczne polepszenie [14%], w 2—nieznaczne [3,3%], w 4-ch zejście śmiertelne [6,7%].

Operacja polegała: 1) na wycięciu połowy gruczołu [13 przyp.], 2) na podwiązaniu tętnic [16 przyp., w tem jeden śmiertelny], 3) wycięcie połowy gruczołu i podwiązanie arteryi [19 przyp.], 4) wycięcie połowicze i częściowa rezekcja [4 przyp. 1 śmiertelny], 5) podwiązanie tętnic i częściowa rezekcja [1 przyp.], 6) wycięcie połowicze, częściowa rezekcja i podwiązanie tętnic [3 przyp., 1 śmiertelny], 7) podwiązanie tętnic i wycięcie nerwu sympatycznego [2 przyp., 1 śmierć].

W przypadkach, zakończonych śmiercią, w jednym śmiertelnie nastąpiła skutek obustronnego włóknikowego zapalenia płuc 9-go dnia po operacji, w drugim—5-go dnia po operacji [podwiązanie 3-ch tętnic tarczowych] skutek *embolia art. foss. Sylvii*. Chora źle znosiła chloroform, dusiła się i kaszlała, tak, że musiano wykonać tracheotomię. Przypadek trzeci był

¹⁾ ALBERT KOCHER. Ueber Morbus Basedowii, Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1902, IX, str. 1—301 i w osob. odbitec.

analogiczny z poprzednim. Operacja była dość krwawa [jednostronne wycięcie gruczołu i podwiązanie *art. super.* po stronie przeciwnej], chora nie mogła przyjść do siebie po chloroformie i zmarła 4-go dnia wśród objawów zatrucia. Na sekcji znaleziono znaczne otłuszczenie wątroby i nerek, *pneumoniam lobular.*, szczątki grasicy. Wreszcie w przypadku czwartym chora zniosła dobrze zabieg operacyjny [podwiązanie *art. thy. sup. sin.* i wycięcie nerwu sympatycznego]. Śmierć nastąpiła 11-go dnia wśród objawów porażenia serca i drgawek kończyn oraz mięśni szyjnych. Na sekcji znaleziono rozszerzenie serca, wysięki surowicze w osierdziu, opłucnej i otrzewnej, stłuszczenie wątroby, resztki grasicy.

Widzimy stąd, że cyfra śmiertelności jest względnie mała, a stan chorych oraz okoliczności towarzyszące operacji aż nadto usprawiedliwiają przyczynę śmierci.

Co do wszystkich operowanych przypadków rozpoznanie nie ulegało wątpliwości, jak można o tem wnioskować z niezmiernie drobiazgowego opisu chorób, jaki rzadko zdarzyło mi się spotkać w bogatej literaturze tego przedmiotu. Jeszcze godniejszem uwagi jest zanaczenie trwałości otrzymanych wyników. Brak właśnie tych danych był zawsze słabą stroną dotychczasowych opisów przypadków operacyjnych — główną kością niezgody terapeutów z chirurgami. Otóż pod tym względem w monografii KOCHERA spotykamy szereg pouczających danych. Wyleczenie, t. j. brak wszelkich objawów choroby GRAVES'a [z wyjątkiem w niektórych razach *exophthalmus*] znaleziono u chorych po 12½ latach [2 przyp.], po 10-u latach [2], po 8-u latach [3], po 7½ [2], po 6-u [3], po 5-u [3], po 4-ch [4], po 3-ch [6], po 2½ [7], po 2-u [13], po 1½ [6], po ½ [6].

Podobne dane co do trwałości wyleczenia posiadamy jeszcze z kliniki MIKULICZA, komunikowane przez REINBACH'a ¹⁾: na 18 operowanych przypadków [bez żadnego zejścia śmiertelnego] otrzymano trwałą poprawę w 10-u przypadkach, z tych 8 spostrzegano nie krócej, jak przez 4 lata. Tak samo REHN ²⁾ w r. 1894 zaznacza, że operowani przez niego chorzy w r. 1884 są dotychczas zdrowi. BRINER ³⁾ w r. 1894 widział chorych operowanych przed laty przez KROENLEIN'a i znalazł ich w dobrym stanie. Chorzy z wdzięcznością mówili o skutkach operacji i nawet w tych przypadkach, gdzie pozostały jeszcze resztki choroby, chorem powróciła zdolność do pracy.

Sam fakt możliwości wyleczenia ch. G. przez rezekcję ew. zmniejszenie objętości gruczołu tarczowego nie ulega chyba wątpliwości. Daleko trudniej wytłómaczyć, dla czego tak jest. Hipoteza zatrucia ustroju przez nieprawidłową działalność gruczołu tarczowego jest najbardziej ponaętną i chyba najbliższą prawdy, ale posiada jeszcze dużo ciemnych stron, dotychczas niewyjaśnionych. Sam jej twórca, a przynajmniej gorliwy propagator [MOE-

¹⁾ 71 Versamml. der Geselsch. deutscher Naturforsch. und Aerzte. München. 1899. (I. c.).

²⁾ Cyt. przez MOEBIUS'a.

³⁾ Ib.

BIUS] nazywał „muzyką przyszłości“ wszelkie spory o to, czy gruczoł tarczowy wydziela w chorobie GRAVES'a z a wiele normalnej substancji, czy sama ta wydzielina jest trującą¹⁾. Jak sobie wytłumaczyć te przypadki ch. G., w których znaleziono niewątpliwe zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym²⁾ albo w innych narządach gruczołowych [grasicy, przysadce mózgowej]³⁾. Dlaczego zresztą wycięcie pewnej części źle funkcjonującego gruczołu ma poprawić jego czynność *in toto* i obronić ustrój od zatrucia? Na to ostatnie zapytanie MOEBIUS i KOCHER odpowiadają, że chodzi tu prawdopodobnie o stosunki ilościowe. Zmniejszając powierzchnię wydzielniczą, zmniejszamy ilość samego jadu, z którego z mniejszą ilością organizm daje sobie radę. Zresztą, jak pokazało doświadczenie, pozostała po operacji część gruczołu, często dość znaczna, ulega z czasem zanikowi [marskości, *Schrumpfung*].

DROBNIK, który nie jest zwolennikiem hipotezy MOEBIUS'a, a jednak zdecydowanym propagatorem resekcyi wola w chorobie GRAVES'a, dobroczynne działanie tego rękoczynu tłumaczy w ten sposób, że gruczoł tarczowy sam posiada znaczną liczbę nerwów, pochodzących nie tylko z torów nerwu współczulnego, ale także i błędnego.

W pracy swojej „*Topographisch - anatomische Studien über den Hals-sympathicus*“ [*Archiv f. Anat. und Physiol.* 1887], DROBNIK wykazał istnienie gałązek nerwowych, pochodzących z nerwu krtaniowego górnego i dolnego, często wnikających wprost do gruczołu lub w połączeniu z naczyniami. „Oprócz tych nerwowych gałązek, niestale znajdowanych i dlatego zaprzeczanych między innymi przez LUSCHKE, posiada mięsz gruczołu tarczowego bardzo wiele nici nerwowych, pochodzących albo wprost z nerwu współczulnego lub z połączeń nerwu współczulnego z nerwem błędnym, znajdującym się na szyi. Prócz tego przez torebkę gruczołu przebiega wiele włókien nerwowych pochodzenia albo współczulnego albo mieszanego z niemi nerwu błędnego, a powstałych z licznych połączeń, pomiędzy tymi nerwami się znajdujących w okolicy gruczołu tarczowego i tworzących jakoby sieć nerwową. Z tej sieci współczulno-błędnej wylaniają się nici nerwowe, dążące do serca, tchawicy, krtani, gruczołu tarczowego i do wielkich naczyń szyi. Przy powiększaniu się wola te nici nerwowe narażone są na bardzo

1) „Alle diese Erörterungen“ ueber „Hyper“ und „Dis“ sind vorläufig noch Zukunftsmusik“. Die Basedowsche Krankheit 1896, str. 8.

2) MENDEL E. (Zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedow. Deut. med. Woch. 1892, Nr. 5) znalazł zanik lewego ciała powrózkowatego (corpus restiforme) i zanik prawego pęczka samoistnego (solitäres Bündel), połączone z zanikiem elementów nerwowych i pomnożeniem tkanki łącznej. FILEHNE jeszcze w 1879 r., przepuszczając w okolicy ciała powrózkowatego prąd galwaniczny, otrzymywał tróję objawów choroby GRAVES'a. Dalsze doświadczenia robił w tym kierunku BIENFAIT (1890). COHEN przy wylewie krwawem w mózgu widział obok hemiplegii objawy choroby G., które się zmniejszały w miarę wessania wylewu. Dissert. Berlin. 1892.

3) A. SALMON. L'hypophyse et la pathogenie de la maladie de Basedow. Revue de Med. 1905, Nr. 5.

silne napięcie i ucisk, będące bodźcami do wywołania nerwicy odruchowej w postaci choroby GRAVES'a u osób do tego usposobionych. W tych razach jasnym jest, że zmniejszenie tego ucisku, a więc usunięcie bodźca, usuwa także i odruch, że wycięcie częściowe gruczołu tarczowego leczy chorobę GRAVES'a⁴.

Hipoteza DROBNIKA, o ile mi wiadomo, nie wytrzymała krytyki naukowej, ale przytoczyłem umyślnie w całości ustęp z jego pracy [l. c.] dla wykazania, że uznanie dla metody operacyjnego leczenia choroby GRAVES'a nie pociąga za sobą przyjęcia *en bloc* hipotezy MOEBIUS'a, owszem, może być od niej zupełnie niezależnem. Jak to często bywa w medycynie, fakt dobrze zaobserwowany pozostanie faktem, a dla wytłómaczenia faktu, może się znajdą z czasem nowe hipotezy, a nawet prawdy.

Rozpowszechnieniu leczenia choroby G. metodą operacyjną stało i poniekąd stoi dotąd na przeszkodzie przekonanie o niebezpieczeństwie samej operacji. Żywią to przekonanie nie tylko interniści, jak np. BERNHARD¹⁾, który uważa operację za niepewną w skutkach i zagrażającą życiu, ale i niektórzy chirurdzy, np. de QUERVAIN²⁾ a szczególnie HESSE³⁾. Ten ostatni uważa operację na wolu przy chorobie G. za trudną, często trudniejszą, niż operację złośliwego wola, a to ze względu na obfitość żył i zrostów, ze względu na nadzwyczajną łatwość rozdzierania się (*Zerreisslichkeit*) naczyń. „Myślę nie bez przykrości o tych trzech przypadkach choroby BASEDOW'a, w których operowałem”—powiada HESSE. Zupełnie innego zdania, nie mówiąc o KOCHERZE, jest np. wyżej wspomniany RIEDEL, który w swoim życiu operował 874 przypadków wola, a w tem 80 z powodu choroby GRAVES'a. RIEDEL dochodzi do wniosku, że pod względem chirurgicznym rokowanie w chorobie G. nie jest gorsze, niż przy zwykłym wolu, a zależne głównie od zachowania się płuc. Zaznacza tylko, że operacja ta w chorobie G. wymaga ze strony operatora wielkiego spokoju, gdyż chorzy podczas operacji bardzo się skarżą i są niespokojni.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

157. N. Cukor (Francensbad). O leczeniu przewlekłych spraw zapalnych przydatków macicznych, oraz wysięków w miednicy gorącymi okładami błotnymi.

Od czasu, gdy zainaugurowane dwadzieścia lat temu leczenie operacyjne spraw zapalnych przewlekłych przydatków macicznych wskutek ujemnego wy-

¹⁾ Prof. M. BERNHARD (Berlin). Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. Deut. med. Woch. 1908, Nr. 27.

²⁾ i ³⁾. Cyt. przez RIEDEL'a (l. c.).

niku operacyjnego doprowadziło do zwrotu w leczeniu, oraz od czasu, gdy leczenie masażem według THURE-BRANDT'a zostało zupełnie zdyskredytowane, powstały różne nowe sposoby leczenia, oparte wszystkie na wywołaniu czynnego przekrwienia, działaniem wysysającym i leczącym. Obecnie na pierwszym planie stoi leczenie gorącym powietrzem i obciążaniem. Ponownie więc balneoterapia jest zagrożona dziś, jak za czasów ery chirurgicznej.

Nie wielu fachowcom wiadomem jest, że balneoterapia prócz kąpieli posiada też możliwość leczenia gorącym powietrzem, oraz obciążaniem przez stosowanie termoforów błotnych czyli tak zwanych okładów błotnych, które jednoczą w sobie czynniki lecznicze tych dwu właśnie metod, a mniej są uciążliwe, niż związane z niemi procedury. Tego rodzaju używanie błota jest dawniejszego nawet pochodzenia, niż stosowanie błotnych kąpieli i już 100 lat temu stosowane było przez założyciela Francensbadu, dra BERNARDA ADLERA w ginekoterapii. Od owego już czasu okłady błotne stale używane bywają w Francensbadzie i to nie tylko w chorobach kobiecych, ale i w cierpieniach artrytycznych, reumatycznych, kamieniach żółciowych i t. d.

Osobliwość okładów błotnych polega na szczególnych własnościach błota. Błoto czyli muł jest produktem tysiącletniego gnicia różnych roślin błotnych [mchów, wodorostów i t. d.] i wskutek nadmiaru roślinnych składników jest bardzo słabym przewodnikiem ciepła. Już CARTELLIERI w roku 1852 dokonał odpowiedniego badania błota francensbadzkiego.

Ogrzewał on w oddzielnych naczyniach równą ilość błota i wody we wspólnej kąpieli +44° R. Różnice ogrzania błota i wody ujawniły się po różnych okresach ogrzewania tak:

Po minutach . . .	5	10	15	20	25	30	35
Woda 8°	30°	35°	37°	37,5°	38°	39°	40°
Błoto 8°	19°	13°	16°	22°	25°	28°	30°

Błoto więc dopiero po 35-minutowem ogrzewaniu osiągało ten sam stopień ciepła, co woda ogrzewana przez 5 minut.

Takie same są warunki stygnięcia, z tą jednak bardzo ważną dla praktyków różnicą, że gdy woda studzi się równomiernie, błoto studzi się prędzej na powierzchni, w głębszych zaś warstwach znacznie wolniej. Zależy to od tego, że ciepłik w wodzie cyrkuluje, co okazuje się niemożliwem w błocie wskutek spoistości jego. Prowadzi to do prędkiego stygnięcia całej ilości wody i do stałej ciepłoty błota w głębszych warstwach. Według CARTELLIERI'ego, woda ogrzana na 52° R. w pokoju o 13° R. już po godzinie wykazuje ciepłotę już tylko 41°, błoto zaś w głębszych warstwach i na dnie naczynia wykazało jeszcze 52° R. Gdy więc uniemożliwimy stygnięcie błota na powierzchni, błoto przedstawi termofor znakomity, utrzymujący długo pierwotną wysoką temperaturę. CUKOR zdumiony był, gdy przy badaniach swoich przekonał się, że błoto 78° C., owinięte w płótno, oraz chustki wełniane, jeszcze po upływie 8 u godzin wykazywało ciepłotę 44°.

Po upływie . . .	1	2	3	4	5	6	7	8 godzin
Błoto 78°	67°	61°	55°	52°	49°	47°	45°	44°

Stokroć ważniejszym przymiotem błota dla celów leczniczych jest to, że błoto będąc złym przewodnikiem ciepła — na powło-

kach wywołuje znacznie mniejsze poczucie gorąca, niż woda lub metal tego samego stopnia ciepłoty it.d.

Kąpiel błotna pewnego stopnia czyni wrażenie o wiele chłodniejszej, niż kąpiel wodna tejże ciepłoty, różnicę oceniono na 4—5° R. Jeszcze większa jest różnica — 10° C. — przy miejscowym stosowaniu błota w okładach. Wprawdzie pochwa znosi irygacje do 50° C. dobrze, ponieważ wrażliwość pochwy i szyjki macicznej, jak ujawnił CALMANN, równa się 0, lecz zewnętrzne organa sromu, oraz powłoki brzuszne wykazują już wtedy oparzenia. *Maximum* ciepłoty wody, stosowanej na powłoki brzuszne, nie powinno przekraczać 45° C., gdy tymczasem chorzy doskonale znoszą błoto nawet 55° C. Gdy się stosuje gorącą wodę w metalowych puszkach na powłoki brzuszne, nie wolno przekraczać ciepłoty 45° C., gdy tymczasem błoto, owinięte w płótno, może posiadać 65° C., nie wywołując przykrego uczucia, przyczem ciepłota wewnętrzna takiego okładu błotnego może stale dochodzić do 80°—90° C.

Wprawdzie przy stosowaniu tak gorących okładów błotnych ginie czynnik chemicznego działania błota, lecz niema to znaczenia przy miejscowym stosowaniu błota wobec jego nieznacznej pojemności dla ciepłota i wobec tego, że błoto jest słabym przewodnikiem ciepła. Takie okłady błotne, wagi stopniowo powiększanej od 2-u do 6-u kg., stosowane są przy leczeniu kąpielowym codziennie lub co drugi dzień po pół godziny do 2-u godzin w postaci woreczków, objętością przystosowanych do powierzchni brzucha, we wszystkich przypadkach przewlekłych spraw zapalnych przydatków macicznych, oraz wysiękach w miednicy, o ile tylko gorączka lub obecność ropy nie wykluczą takiego leczenia. Gorące okłady błotne, przygotowane w łazienkach błotnych, przysyła się chorym do mieszkań w puszkach drewnianych na zamówioną godzinę; okład taki zastosować może łatwo służba lub nawet sama chora, leżąca w łóżku lub na kanapie. Podkładając pod ten kompres błotny ręcznik poczwórnie złożony i stopniowo go wyciągając z pod kompresu, chora może dowoli stopniować zastosowanie kompresu co do *maximum* ciepłoty odczuwanej na powłokach brzusznych, zwykle wahającego się pomiędzy 55 a 65° C. Aby kompres działał *à la longue*, starczy przykryć go grubą kołdrą wełnianą.

Miejscowo ujawnia się zaczerwienienie powłok brzusznych, występuje przytem rodzaj marmoryzacji, jako znak maksymalnego rozszerzenia naczyń krwionośnych; bole szybko znikają, ciepłota ciała podnosi się, tętno przyspiesza się, występują ogólne poty. Silne nagrzewanie brzucha wywołuje silne przekrwienie, które dzięki emigracji leuko- i fagocytów usuwa produkty zapalne, działa lecząco na tkanki schorzałe, równocześnie zaś przegrzaniem całego ciała wytwarza warunki nader niekorzystne dla rozwoju mikroów chorobotwórczych, głównie gonokoków, które nie znoszą ciepłoty przewyższającej ciepłotę ciała i wskutek tego obumierają.

To wszystko dowodzi, jak ważnym czynnikiem w balneoterapii są kompresy błotne; są one najprostszym środkiem do wytworzenia silnego przekrwienia, którego doniosłe znaczenie w leczeniu spraw zapalnych ujawnił BIER i które dziś cieszy się ogólnym uznaniem. *Punctum saliens* termoterapii jest to, aby na organizm działały temperatury wysokie bez ujemnych stron i niebezpieczeństwa oparzenia. Jeśli przy stosowaniu gorącego powietrza—aeroterapii—możemy osiągnąć znacznie wyższą ciepłotę [100°—120°], to nie jest to dowodem wywołania większego przekrwienia, niż przy stosowaniu kompresów błotnych. Ponieważ przy stosowaniu gorącego powietrza już przy 60—70° występują obfite poty—*hyperhydrosis*, a celem stosowa-

nia termoaeroterapii nie są poty nadmierna, ale przekrwienie, jawnem jest, że wyższe stopnie ciepłoty są zbyteczne, ponieważ jako regulacja ciepłoty ciała przy temperaturze powyżej 60—70° występujące poty nadmierne właśnie uniemożliwiają jeszcze większe powiększenie ciepłoty ciała i przekrwienia. Dalej przy kompresach błotnych 60—70° przekrwienie jest większe, niż przy stosowaniu gorącego powietrza powyżej 70°, ponieważ przy stosowaniu kompresów błotnych ogrzewanie ciała następuje wskutek kontaktu z substancją ścisłą, przy stosowaniu zaś gorącego powietrza przez kontakt z powietrzem ruchomem, wskutek zaś potów nadmiernych i połączonego z nimi parowania na powierzchni ciała wytwarza się pewnego rodzaju chłód, niszczący znaczenie wyższych temperatur [SALOM].

Nie ma też znaczenia, że przy stosowaniu aeroterapii cała dolna część ciała podlega działaniu gorącego powietrza, albowiem rozszerzenie naczyń krwionośnych pośladkowych wywiera nieznaczny tylko wpływ na krążenie limfy w miednicy i w podbrzuszu. Następnie większą będzie i utrata ciepłota przy aeroterapii, gdyż większy obszar powierzchni ciała podlega działaniu gorącego powietrza. Przy stosowaniu kompresów błotnych nie występuje owa znaczna utrata wody, która podług dochodzeń MENDELSONA przy kąpielach powietrznej gorącej wynosi 500—700 gr., co wywołuje zawsze pewien stopień osłabienia organizmu.

Okłady błotne co do wartości leczniczej współzawodniczą nie tylko z aeroterapią, lecz i z leczeniem przez obciążanie, a to wskutek specyficznej wagi błota. Kompres błotny brzuszny waży od 3-ch—6-u kg. Jeżeli uważamy za czynnik leczniczy ciężar worka z piaskiem na brzuchu leżący, to tem donioślejsze znaczenie pod tym względem musi mieć kompres błotny. Działanie lecznicze leczenia obciążaniem, podług PINKUSA, polega na wywołaniu przez ucisk bezkwestości tkanek w miednicy z następczem przekrwieniem. *Eo ipso* jasnem jest, że działanie kompresu błotnego pod tym względem musi być jeszcze energiczniejsze, gdyż przekrwienie występuje tu równocześnie z działaniem wyciskającym (*gewebsauspressend*).

Równocześnie uciskiem błotny kompres wyciska soki z tkanek, a wskutek jego ciepła rozszerzają się naczynia krwionośne. Oba czynniki działają ręką w rękę i uzupełniają wzajemnie swoje działanie lecznicze.

Jeśli jednocześnie z kompresem błotnym podniesiemy cokolwiek dolny koniec łóżka, na którym chora spoczywa, a więc wytworzymy *planum inclinatum* PINKUSA, to wyzyskamy równocześnie i zalety takiego ułożenia (*Hochlagerung*): przyspieszenie krążenia krwi i ułatwienie powrotu limfy z dolnych kończyn.

Podczas leczenia kąpielowego, gdzie wypada, o ile można, unikać wszelkich rękoczynów miejscowych, proste stosowanie kompresów błotnych daje tak samo dobre wyniki, jak ambarasowane stosowanie gorącego powietrza i stosowanie obciążania, tem bardziej, że błotne kompresy łączą w sobie działanie jednego i drugiego.

Obciążanie brzucha okładem błotnym można połączyć z obciążaniem wewnętrzznem [przez pochwę] przy pomocy rtęci. Błoto 60—65° działa energiczniej, niż wilgotna glina FREUND'a i worek ze śrutem AUWARD'a.

158. Th. Jonnesco [Bukareszt]. O rachianestezyi ogólnej.

Znieczulenie ogólne według własnej metody zapomocą wstrzyknięć śródkręgowych stosuje prof. JONNESCO w Bukareszcie od października 1908 roku we wszystkich operacjach, wykonywanych w klinice uniwersyteckiej, jako też w prywatnej; dzięki skuteczności, łatwemu wykonaniu i zupełnemu bezpieczeństwu tej metody, mógł on zupełnie zaniechać narkozy inhalacyjnej, o której szkodliwości dziś jeszcze mówi się i pisze tak wiele. W Peszcie w klinice DOLLINGER'a, w Wiedniu u EISELSBERG'a i SCHAUTA'y dobre wyniki metody JONNESCO'i znalazły potwierdzenie zupełne; tylko BIER w Berlinie i REHN we Frankfurcie, już *a priori* poczytując ją za niebezpieczną, radzą w praktyce zupełnie jej nie stosować.

JONNESCO podaje statystykę 623 najróżnorodniejszych operacji [między którymi bardzo wiele brzusznych], wykonanych pod znieczuleniem śródkręgowem ogólnem, mianowicie własnych 212, pp. JIANO'a i NASTY 211. Ze statystyki tej przekonać się jednak można, że z powodu zastosowania znieczulenia JONNESCO'i nie było ani jednego przypadku śmierci, a natomiast znieczulenie otrzymano zupełne i doskonałe.

Metoda JONNESCO'i różni się od stosowanej dotychczas rachistowainizacji lędźwiowej w dwu punktach wyraźnie i te właśnie poczytuje J. dla niej za charakterystyczne i nowe, a mianowicie: 1) że może być wykonywana na każdej wysokości kolumny kręgowej i w ten sposób pozwala na znieczulenie każdego odcinka ciała, w którym dokonywana jest operacja i 2) że służy do znieczulenia również i górnej połowy ciała, a to dzięki dodaniu strychniny do roztworu znieczulającego, [stowainy, tropakokainy lub nowokainy], która czyni go nieszkodliwym.

Autor opisuje szczegółowo technikę zastrzyknięć do rachianestezyi ogólnej. Możemy tu podać jedynie ważniejsze jej fazy, odsyłając po szczegóły do oryginału. Po długich próbach i poszukiwaniach przekonał się J., że do zupełnego znieczulenia najrozmaitszych okolic ciała ludzkiego wystarczy wykonywanie wstrzyknięć roztworu znieczulającego w dwu punktach kolumny kręgowej, którym też odpowiadają nakłucia: grzbietowe górne i grzbietowo-lędźwiowe.

1) Nakłucie grzbietowe górne przypada pomiędzy 1-y a 2-gim kręgiem grzbietowym. Jest łatwe; wykonywa się je między wyrostkami ciernistymi 1-go i 2-go kręgu grzbietowego pod wyrostkiem ciernistym t. zw. sterzącym kręgu 7-go szyjnego (*prominens*). Chory siedzi; głowę ma silnie zgiętą ku przodowi z brodą opartą o mostek—w tej pozycji wyrostki cierniste dobrze się uwydatniają i przestrzeń między nimi się powiększa. Przekłucie to służy dla operacji wykonywanych na głowie, szyi, na kończynach górnych i na tułowie.

2) Nakłucie grzbietowo-lędźwiowe między 12-y m kręgiem grzbietowym a 1-y m lędźwiowym, jest też bardzo łatwe dzięki szerokiej przestrzeni, dzielącej oba wyrostki cierniste. Miejsce to wybrał autor zamiast tak zwanego klasycznego [między 3-im a 4-y m wyrostkiem lędźwiowym], gdyż zastrzyknięcie znieczulające, wykonane w tem miejscu, wywołuje znieczulenie całego brzucha i dolnej części ciała o wiele pewniej, aniżeli nakłucie klasyczne. Wyszukanie miejsca łatwe, gdyż wystarczy liczenie wyrostków lędźwiowych z dołu ku górze. Chory siedzi, z tułowiem silnie zgiętym ku przodowi. Oba nakłucia wykonywane są zawsze na linii środkowej.

Pamiętać o tem trzeba, że przy nakłuciu grzbietowym górnem ciecz mózgowo-rdzeniowa, zostająca pod słabszem ciśnieniem, będzie ściekała za-

ledwie kroplami, gdy tymczasem przy nakłuciu grzbietowo-lędźwiowem wyciekać będzie strumieniem obfitym.

W razach wyjątkowych nakłucia mogą być też łatwo wykonane w położeniu chorego na boku prawym.

Cieczy wypuszczać należy tylko tyle, ile wystarcza do przekonania się, że się igłę rzeczywiście wkuło do odstępów podpajęczego. Wypuszczenie większej ilości jest szkodliwe, gdyż może: 1) wywołać objawy zapaści i 2) sprzyjać zbyt śpiesznej dyfuzji roztworu znieczulającego. Po wypuszczeniu cieczy należy przystąpić natychmiast do zastrzyknięcia mieszaniny znieczulającej.

Mieszaninę znieczulającą należy przygotowywać na świeżo w dniu zastrzyknięcia w tym porządku, że najprzód przygotowuje się roztwór strychniny. Do wyjąłowanego słoika szklanego, opatrzonego korkiem szklanym, wlewa się 100 grm. wody wyjąłowanej [nie destylowanej] i wysypuje 5 do 10-u ctgrm. siarkanu obojętnego strychniny. Roztwór z 5-u centygramami strychniny zawiera w centymetrze sześciennym pół miligramu strychniny; roztwór z 10-u centygramami—1 miligram strychniny. Pierwszy z nich używany bywa do nakłucia grzbietowego górnego [w celu znieczulenia górnej połowy ciała], drugi zaś do nakłucia grzbietowo-lędźwiowego [celem znieczulenia dolnej połowy ciała]. Następnie przygotowuje się stowainę: do próbówki szklanej, zaopatrzonej w korek gumowy i wysterylizowanej, wysypuje się tuż przed operacją stowainę w ilości odpowiedniej, a mianowicie: dla zastrzyknięć grzbietowych górnych—3 ctgrm.; dla zastrzyknięć grzbietowo-lędźwiowych—10 ctgrm.

Tuż przed zastrzyknięciem następuje zmieszanie ostateczne obu części składowych płynu znieczulającego. W tym celu strzykawką PRAVAZ'a, zaopatrzoną w igłę wyjąłowaną, służącą do przekłuć lędźwiowych, wciąga się ze słoika, zawierającego roztwór strychniny, 1 ctm. sz. płynu, a więc pełną strzykawkę. Płyn ten ze strzykawki wpuszcza się do próbówki ze stowainą. Zatkawszy korkiem próbówkę, dokonywa się zbełtania jej zawartości, poruszając nieco próbówką. Następnie mieszaninę z próbówki wciąga się na nowo przez igłę do strzykawki; zdjętą ze strzykawki igłą wykonywa się nakłucie przestrzeni międzykręgowej i następnie wstawia się w igłę strzykawkę i zastrzykuje płyn do przestrzeni podpajęczej; czynić to należy bardzo wolno, aby nie nacisnąć zbyt silnie mlecza pacierzowego. Igła, używana do nakłuć, powinna być na końcu zcięta krótko, aby cały jej koniec wkłuty do kanału, pomieścił się w odstępach podpajęczym. Trzeba też pamiętać, że ilość zarówno stowainy, jak i strychniny w mieszaninie zmieniać trzeba stosownie do miejsca zastrzyknięcia, do wieku chorego i do jego stanu ogólnego. Gęstość mieszaniny stowainowo-strychninowej w porównaniu z gęstością cieczy mózgowo-rdzeniowej bywa rozmaita, stosownie do ilości zawartej w niej stowainy i strychniny. Gęstość roztworu, używanego do nakłuć, grzbietowych górnych, jest niższa albo równa średniej gęstości cieczy mózgowo-rdzeniowej. To nam tłumaczy szybkość dyfuzji jej do części szynnej kanału i do jamy czaszkowej i szybkość znieczulenia. Natomiast roztwór, wstrzykiwany przez nakłucie grzbietowo-lędźwiowe ma gęstość wyższą niż ciecz mózgowo-rdzeniowa. To też dyfuzja jego jest powolniejsza, mniej ma on tendencji do wznoszenia się ku górze aż do mózgu i tem się tłumaczy względna powolność znieczulenia i po części nieszkodliwość ułożenia chorego do operacji w położeniu TRENDLENBURGA.

Od pozycyi chorego po wstrzyknięciu zależy dyfuzja płynu wstrzykniętego w kierunku pożądanym celem znieczulenia tego odcinka ciała, na którym ma być dokonana operacja. A więc po wstrzyknięciu grzbietowem gór-

nem, celem uzyskania znieczulenia głowy i szyi, trzeba chorego położyć na grzbiecie z głową nieco zwieszoną [znieczulenie szyi] lub poziomą [znieczulenie twarzy i głowy]. Jeśli operacja ma być wykonana na kończynach górnych lub na tułowi, to się chorego pozostawia na 2—3 minuty w pozycji siedzącej, poczem kładzie się go na grzbiecie ze zgięciem nieco tułowiem ku przodowi.

Po zastrzyknięciu grzbietowo-lędźwiowem, jeśli operacja ma dotyczyć organów górnej połowy brzucha, to chory przez 2—3 minuty pozostaje w pozycji siedzącej, następnie kładzie się go na wznak ze wzniesionym nieco tułowiem.

Jeśli zaś operacja ma być dokonana w dolnej części brzucha lub na organach płciowych zewnętrznych, to chory przez 5—6 minut pozostaje w pozycji siedzącej, następnie kładzie się go na wznak ze wzniesionym i zgiętym ku przodowi tułowiem. Położenie TRENDLENBURGA można nadać ciału dopiero po 5-u—6-u minutach siedzenia.

Znieczulenie po zastrzyknięciu grzbietowem górnem jest szybkie; następuje zwykle po 2—3-ch minutach; po zastrzyknięciu grzbietowo-lędźwiowem powolniejsze—po 10-u minutach.

Niepowodzenie wstrzyknięcia zależy przeważnie od wadliwego wklucia igły albo od mimowolnego ruchu chorego podczas wkluwania igły, wskutek czego igła, a następnie płyn znieczulający zamiast utkwąć w odstępie podpajęczynówkowym, znajdują się poza kanałem podpajęczynówkowym: między oponą twardą a kanałem kościstym. W takim razie iniekcję należy powtórzyć.

Podczas znieczulenia chory zachowuje całą świadomość, rozmawia; tylko z tego, że jest operowany, sprawy sobie nie zdaje, a to tem bardziej, że pole operacyjne jest zasłonięte przed jego oczami. Kończyny i szyja pozostają przeważnie unieruchomione. Narządy brzuszne po iniekcji grzbietowo-lędźwiowej ulegają też zupełnemu unieruchomieniu. Objawy zatrucia—jak błądność twarzy, mdłości, poty, wymioty i t. d., tak częste po rachistowainizacji, tutaj bywają rzadkością. Tętno bywa prawidłowe co do siły i liczby, jak się zdaje, dzięki dodaniu strychniny, która neutralizuje działanie deprymujące stowainy.

Trwanie znieczulenia waha się między 1½, a 2-ma godzinami. Jeśli operacja trwa dłużej aniżeli działanie znieczulenia, to się dokonywa nowego zastrzyknięcia w dawce takiej samej lub nieco mniejszej.

Następstwa znieczulenia stowainowo-strychninowego są o wiele mniej burzliwe, aniżeli po rachistowainizacji. Bole głowy, zatrzymanie moczu, gorączka, zdarzają się bardzo rzadko lub trwają bardzo krótko. Wymioty występują też rzadko po operacji. Autor nigdy nie spostrzegł porażen po tem znieczuleniu. Przeciwwskazań do rachianestazyi ogólnej, według autora, niema zupełnie ani ze strony chorych, ani z powodu rachianestazyi.

(*La Presse Médicale* 1909, Nr. 82).

M. Zweigbaum.

159. Edmund Falk [Berlin]. O zdolności wchłaniania błony śluzowej pochwy i macicy.

Cały szereg badaczy przeprowadzał swe doświadczenia nad zdolnością wchłaniania lekarstw przez błonę śluzową kanału płciowego kobiecego. Zgodne wyniki tych badań przytacza autor, jak następuje: 1. Najznaczniejsze i najprędsze wchłanianie odbywa się przez błonę śluzową macicy, dlatego za-

leca się ostrożność przy wprowadzaniu do jamy macicy niepołogowej substancji nieobojętnych [FALK, HIGUCHI]. 2. Na zdolność wchłaniania leków przez pochwę wpływa *vehiculum*, w jakim lekarstwo bywa zastosowane. Jod z gliceryną nie wchłania się zupełnie lub też istotnie trudniej, niż jod w połączeniu z wazeliną—maść z jodku potasu [FALK] lub z maścią kakaową [HIGUCHI]. Ponieważ z tem twierdzeniem nie zgadzają się wyniki badań LENBUSCHER'a i MEUSERA, autor kontynuował swe badania, które potwierdziły wniosek jego. Już lepiej odbywa się wchłanianie jodu w roztworze wodnym. Jeżeli chcemy zastosować środek, mający wpływać na wchłanianie wysięków, najlepiej posilkować się przetworami wazogenowymi lub owatami (*ovata*) [jodowo-żelatynowe w postaci jaja trwałe tampony STEPHAN'a z Drezna]. Tampony glicerynowe, zastosowane przy wysiękach przylegających do pochwy, działają pomyslnie, jako odciągające płyny; dodatek jodu lub ichtioliu jednakże nie wzmacnia tego działania, ani też nie wpływa na wchłanianie. Dlatego autor zaleca w odpowiednich przypadkach tampony glicerynowe na 12 godzin, a później same chore wprowadzają sobie wspomniany tampon żelatynowy lub też zaraz zakłada się drugi tampon z jod- lub ichtiol- wazogenem. Gliceryna rozpułchnia nabłonek pochwy [LENBUSCHER i MEUSER] i przez to ułatwia wchłanianie środka działającego. 3. Błona śluzowa normalnej części pochwy i części solnych nie wchłania [FALK].

(*Zentrbl. f. Gynäkol.* 1909, Nr. 5).

Wł. Staniszewski.

160. Prof. P. Lecène. Gruzlica gruczołu Bartholin'a.

Autor podaje dwa przypadki grzylcy gruczołu BARTHOLIN'a, które obserwował osobiście.

Pierwszy przypadek dotyczy 40 letniej kobiety, której dr DUJARIER usunął doszczętnie macicę z powodu jakoby raka szyjki. Niestety, preparatu nie badano, a wiadomo przecież, że gruzlica pierwotna szyjki macicznej posiada wszystkie charakterystyczne cechy raka. Chora wyzdrowiała. W półtora roku po operacji chora wróciła do dra DUJARIER'a z powodu niewielkiego guzka na dużej wardze sromnej. Badanie nie wykazało nawrotu raka, lecz mały guzek zleпка bolesny, leżący na wysokości gruczołu BARTHOLIN'a. Wyłuszczoney guzek prof. LECÈNE poddał badaniu, które wykazało gruzlicę gruczołu BARTHOLIN'a; z charakteru zaś zmian patologicznych tkanki gruczołu wnioskował, że zakażenie szło drogą krwionośną i pod tym względem różniło się zasadniczo od zwykłego *bartholinitis*, przy której zakażenie z powierzchni narządów płciowych idzie przez otwór gruczołu BARTHOLIN'a.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 23-letniej, wątłej budowy, która skarżyła się na bolesność i obrzmienie gruczołów pachwinowych. Badanie wykazało gruczoły pachwinowe z prawej strony w stanie zapalnym, w postaci guza wielkości jaja kurzego, mało ruchomego, twardego z miejscami rozmiękłoми. Skóra, pokrywająca guz, była nacieczona i zabarwiona fioletowo. Z lewej strony wyczuwał się pojedynczy gruczoł powiększony, wielkości jaja gołębiego, mało bolesny, ruchomy i nie zrosnięty z pokrywającą go skórą. Na środku w odległości 5-u cent. od odbytu, znajdowała się przetoka drążąca poniżej zwieracza zewnętrznego. Na prawej wardze sromnej widniało podłużne owrzodzenie powierzchowne wielkości franka; pod tem owrzodzeniem w tkance wyczuwał się guzek wielkości orzecha laskowego, mało bolesny i odpowiadający ze względu na położenie gruczołowi BARTHOLIN'a. Owrzodzenie miało charakter czysto gruzliczy, co zresztą potwierdziło badanie. W okolicy prawego szczytu płuca skonstruowano stłumienie odgłosu wypukowego, osłabienie odde-

chu i nieliczne trzeszczenia. Przed 3-a laty chora przechodziła *broncho-pneumoniam*; od tego czasu ciągle pokaszliwała. Ciepłota wahała się pomiędzy 38,2°—39,0°. Chorą poddano operacyi. Badanie gruczołów pachwinowych wykazało, że były serowato-zwyrodniałe i miejscami zropiałe. Zmiany patologiczne gruczołu BARTHOLIN'a miały również charakter czysto gruczliczy i pozwalały wnioskować, że zakażenie to powstało drogą krwionośną. Owrzodzenie na wardze sromnej, według mniemania autora, było zjawiskiem wtórnem.

Autor przestudyował pracę BENDERA: „Gruczlica sromu“ [*Revue de Gynécologie*, t. X, 1907], lecz wśród znanych dotąd w literaturze ginekologicznej 32-u przypadków gruczlicy sromu, nie znalazł ani jednego przypadku gruczlicy gruczołu BARTHOLIN'a. Autor mniema, że nadzwyczajna rzadkość tego cierpienia jest raczej względna niż rzeczywista i wynika tylko z niedostatecznego badania wyluszczonego gruczołu przy zapaleniu przewlekłym.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstetrique*, luty, 1909). K. Ostrzycki.

Przegląd bibliograficzny.

Potrzeba syntezy, zszeregowania rozproszonych spostrzeżeń i badań ułamkowych i zestawienia z nich wniosków ogólniejszych zauważyć się daje dzisiaj dla wielu kwestyi i w wielu dziedzinach nauki lekarskiej.

Wyrazem odczucia tej potrzeby w naszym piśmiennictwie jest szereg podręczników ogólnych [syfilidologii, okulistyki, anatomii], jakie ukazały się w druku w czasie ostatnim, a których ocenę krytyczną podamy w *Gaz. Lek.* Obok nich, jako fakt wysoce dodatni, zanotować wypada oryginalne opracowanie drobniejszych działów i poszczególnych kwestyi lekarskich, ogłoszone ostatnio w wydawnictwie „Odczytów Klinicznych“. Spodziewać się należy, że śladami autorów niżej wymienionych wzorowych wydawnictw klinicznych, pójdą i inni, zwłaszcza w dziedzinie bakteriologii, która w niektórych swych działach najwięcej może dojrzła do syntezy.

1. **Zasady żywienia dzieci**, przez ST. KAMIENSKIEGO [Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyę *Gazety Lek.*, 1909 r., serya XVIII, zeszyt 1, 2, 3, Nr. 205, 206, 207: str. 84] wypełniają lukę rażącą nie tylko w naszym, lecz i w obcym piśmiennictwie lekarskiem.

Autor szeroko traktowanych „Właściwości fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“ jak najbardziej powołany był do opracowania tematu ściśle związanego treścią z podstawami ogólnej patologii i fizjologii dziecka. Wykład dotyczy zaniedbanej dotąd w piśmiennictwie sprawy żywienia dzieci **s t a r s z y c h**.

Przesłankę do wniosków praktycznych stanowi sumienny rozbiór krytyczny praw, rządzących przemianą materyi u dorosłych, oraz jej właściwości szczególnych w wieku dziecięcym. Część praktyczna obejmuje żywienie dzieci zdrowych [żywienie mas, żywienie dzieci w przytułkach, na koloniach letnich i w szpitalach], oraz dzieci chorych.

Obok mocnego oparcia we wszystkich punktach o zasady ogólnej patologii, pracę kol. KAMIENSKIEGO cechuje czujne i dokładne spostrzeganie faktów

klinicznych. W szeregu uwag praktycznych, rozrzuconych w wykładzie (jak o przekarmianiu dzieci wątłych mięsem i mlekiem, o dyecie w chorobach ostrych i przewlekłych), autor prostuje błędy, pospolite w wychowaniu dzieci u nas, a popiera je nawet przez lekarzy.

2. Odczyt J. SKŁODOWSKIEGO. O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacji w kamicy nerkowej niepowikłanej [serya XVIII, zeszyt 4-y i 5-y, Nr. 208 i 209, str. 56] należy do zaniebanej u nas dziedziny „pogranicza” chirurgii i medycyny wewnętrznej, stanowiąc w niem poniekąd analogon do ostatniej pracy ś. p. W. KRAJEWSKIEGO o *obstructio ductus choledochus*. Dojrzałe przemyślaną i opracowaną odczyt zaleca się wybor-nym układem i sumiennem zużytkowaniem spostrzeżeń własnych autora oraz materiału literackiego. Biorąc za punkt wyjścia 4 nefrolitotomie t. zw. idealne, wykonane przez KRAJEWSKIEGO, autor omawia wyczerpująco dyagno-stykę kamicy nerkowej. W sprawie rozpoznawania kamieni u w i ę z i o n y c h dochodzi do wniosków śmiałych i ważnych we względzie praktycznym, które motywuje w sposób wysoce krytyczny. Wnioski w sprawie leczenia chirurgicznego kamicy nerkowej poprzedza rozbiór danych anatomicznych i fizyolo-gicznych o nerce kamcowej oraz ocena krytyczna poszczególnych metod ope-racyjnych. Odczyt kończy się rozpatrzeniem wskazań bezpośrednich do ope-racji [bole, krwawienie, zatrzymanie odchodu moczu, zakażenie] i przeciw-wskazań do niej.

Doskonałe ujęcie tematu, ogłębność i sumiennność we wnioskowaniu autora obok ważności praktycznej poruszonej kwestyi stanowić będą niezawodnie o trwałem powodzeniu odczytu kol. SKŁODOWSKIEGO.

3. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej, przez A. SOKOŁOWSKIEGO [serya XVIII, zeszyt 6-y, Nr. 210, str. 35], uważaoby można poniekąd za uzupełnienie znanego podręcznika chorób płucnych. Zestawienie krytyczne dzisiejszych metod rozpoznawczych gruźlicy płuc przez autora o takim doświadczeniu, jak SOKOŁOWSKI, stanowiło u nas po-trzebę aż nadto dojrzałą. Tem większą, że nieogłędne szafowanie diagno-zą gruźlicy na podstawie drobnych zmian fizykalnych szczytowych, nieskon-trolowanych metodami bardziej obiektywnymi, spotyka się dzisiaj u nas zbyt może często.

Autor przebiega krytycznie dawniejsze i nowsze metody badania fizy-kalnego chorych gruźliczych, zatrzymując się dłużej na rentgenoskopii w gru-źlicy płuc; rozbiera metody rozpoznawcze tuberkulinowe we wszelkich ich od-mianach oraz metody ścisłej bakteriologiczne [opsoniczną, aglutynacyjną, uchylenia komplementu i t. p.]. Rozpatruje wreszcie szanse zastosowania różnych metod powyższych w poszczególnych odmianach gruźlicy płucnej, nastrocza-jących większe trudności rozpoznawcze, mianowicie zaś w t. zw. skrytych jej postaciach.

W rozdziale, poświęconym sprawie nowoczesnego leczenia suchot płuc-nych, autor zestawia w jedną całość opinie, które w rozproszeniu wypowia-dał ostatnio na Zjeździe internistów i w naszym Towarzystwie Lekarskiem. Wskazuje więc właściwe miejsce leczeniu farmaceutycznemu; przytacza i oce-nia główne zarzuty, jakie spotykają dziś metodę leczenia sanatoryjnego. Pomysłne względnie statystyki sanatoryjne, uzyskane na materiale chorych zamożnych, nie zasłaniają autorowi oczu na potrzebę szerokich reform społe-cznych zapobiegawczych, których wielką wagę podnosi dobitnie. Z drugiej strony, z właściwym sobie rozsądnym krytycyzmem szkicuje przegląd metod leczenia tuberkulinowego, któremu nie zaprzecza możności wyższego rozwoju, owszem otwiera dlań dalsze szerokie widoki. Ogłębna metoda GÖRSCHE-SÄHLI'ego, w przeciwieństwie do metod KOCHA, ma za sobą całkowicie opi-

nię autora. Leczeniu surowicą, zgodnie ze zdaniem szerzej dziś już przyjętem, S. nie rokuje przyszłości. W zakończeniu autor rozważa metody przeważnie ostatniej doby chirurgicznego leczenia suchot płucnych [FREUND'a, QUINCKE'go, FORLANINIEGO].

Pracę dra SOKOŁOWSKIEGO cechują te same zalety, które stanowią o wysokiej wartości i powodzeniu jego podręcznika chorób płucnych: praktyczne ujęcie tematu, potoczystość wykładu, oparta na bogatym doświadczeniu osobistym, rozważa w ferowaniu wniosków klinicznych. Życzyłoby wypadało, by jako uzupełnienie wykładu, *par excellence* „klinicznego” dra SOKOŁOWSKIEGO, ukazał się inny, uzasadniający teoretycznie omawiane w nim metody bakteriologiczne.

Odczyt dra SOKOŁOWSKIEGO ukazuje się po 35-u latach działalności lekarskiej Szanownego autora. Pozwalamy sobie wyrazić niepełną nadzieję, że w dzisiejszym okresie ożywionych badań fizyologicznych, niejednokrotnie jeszcze ujrzymy w druku doświadczone zdanie zasłużonego autora.

Wł. St.

I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich

w Warszawie, 11-go, 12-go i 13-go października 1909 r.

SEKCJA PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie wtorkowe ranne.

BORNSTEIN MAURYCY i WIZEL ADAM. „Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakałno-depresyjnej i otępienia wczesnego (*dementia praecox*).

BORNSTEIN podkreśla, że zarówno zespoły objawów, t. j. stany chorobne w obu psychozach, jak i poszczególne objawy nie dają w przypadkach wątpliwych pewnego punktu oparcia dla rozpoznania. To samo powiedzieć można o przebiegu obu postaci chorobnych; w mniejszym stopniu dotyczy to zejścia. Wnioski mówcy:

a) stany podniecenia i stany przygnębienia w ich kolejnem następowaniu po sobie są zasadniczem prawem duchowości ludzkiej;

b) u osobników zwyrodniałych owe stany dosięgają stopnia patologicznego i powstaje wtedy psychoza maniakałno-depresyjna, często czysta;

c) te same pierwiastki, które składają się na typowe podniecenie maniakałne lub typowe depresje o charakterze swoistym, występują prawie zawsze we wszystkich psychozach;

d) aczkolwiek występują też one i w otępieniu wczesnem, to jednak istota tej psychozy, prawdopodobnie zależnej od samozatrucia, jest inną od psychozy maniakałno-depresyjnej;

e) trudności rozpoznania różniczkowego płyną tu też i stąd, że w za-

kres otępienia wczesnego wchodzą niektóre postaci kliniczne, które później zostaną wyodrębnione;

f) kliniczny kierunek w psychiatrii, stosowany przez KRAEPELIN'a, grzeszy brakiem pogłębienia analizy psychologicznej oddzielnych objawów psychicznych;

g) systematyczne studia anatomo-patologiczne i chemiczne [przemiana materii] dopomogą do rozwiązania wielu zagadek różniczkowo-rozpoznawczych z dziedziny psychiatrii dzisiejszej.

WIZEL podał krótki rys historyczny nauki o otępieniu wczesnem. Wykazał znaczenie działalności reformatorskiej KRAEPELIN'a, podniósł trudności rozpoznawcze obu chorób. Szczegółowiej zastanowił się nad dwoma objawami wczesnego otępienia, opisywanymi w ostatnich czasach: 1) schizofrenia czyli ataksja intrapsychiczna, 2) zahamowanie podmiotowe. Oba te objawy mówca poddał analizie.

W rozpoznawaniu *imbecillitatis* i psychozy maniakalno-depresyjnej z jednej strony, a stanów mieszanych z drugiej istnieją trudności uboczne. WIZEL poddał też krytyce poglądy WILLMANS'a i URSTEIN'a, które stanowią uzupełnienie poglądów KRAEPELIN'a. W końcu W. mówił o *dementia paranoïdes*, o pracach ważniejszych, dotyczących psychoz degeneracyjnych.

W dyskusyi prof. PILTZ podkreślał, iż obaj prelegenci nie uwzględnili w opisie rozpatrywanych chorób objawów somatycznych, zwłaszcza częstych w otępieniu wczesnem. Np. objawy ze strony żrenic PILTZ spostrzegał niemal u połowy swych chorych na wczesne otępienie. P. widział też niemal zupełne wyleczenie w przypadkach otępienia wczesnego.

ŁAPIŃSKI nie widzi dostatecznej racyi do wyodrębnienia w oddzielną postać chorobną *dementia paranoïdes*. Za objaw najbardziej znamieny dla otępienia przedwczesnego Ł. uważa obniżenie zabarwienia uczuciowego pojęć i ruchów. Trudności rozpoznawania różniczkowego obudwu rozpoznawanych chorób nie są tak wielkie.

ŁUNIEWSKI. Wszelkie klasyfikacje psychiatryczne są i będą niedoskonałe, dopóki nie poznamy anatomii albo chemii patologicznej psychoz. Szkoła zuryska [BLEULER, ABRAHAM, JUNG] stoi wyżej pod tym względem od szkoły KRAEPELIN'a.

Prof. LUTOSŁAWSKI mówił o leczeniu depresyi ćwiczeniami psycho-fizycznymi.

HIGIER. Nie może nie być psychologiem w swej klasyfikacyi KRAEPELIN, gdyż pierwszy stworzył pracownię psychologii doświadczalnej. Osoby, dotknięte otępieniem przedwczesnem, wykazują obarczenie neuropatyczne i syfilis dziedziczny. Ujednostajnienie punktów wytycznych w klasyfikacyi psychoz powinno dać klinice dużo korzyści.

STERLING. *Dementia paranoïdes* powinna stanowić oddzielną jednostkę chorobną.

MIKUŁSKI. Wielką wadą szkoły KRAEPELIN'a jest brak psychologicznego pogłębienia kwestyi i zbytne ograniczenie się do eksperymentu. Na uwagę zasługują badania współczesne nad obniżaniem się ciśnienia krwi w pewnych chorobach umysłowych.

ROZENTAL. Znamy przypadki psychozy maniakalno-depresyjnej, trwającej lata i przypadki otępienia przedwczesnego wyleczonego. W drugim razie, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z objawami żrenicznymi, chodzi za-

pewne o objawy zatrucia mózgu, o cierpienie analogiczne z bezwładem postępującym.

W odpowiedzi BORNSTEIN: Objawy somatyczne nie są w żadnej mierze decydujące w rozpoznaniu różniczkowym. Kierunek symptomatologiczny w psychiatrii polega na głębszej analizie psychologicznej oddzielnych objawów.

WIZEL podkreśla uleczalność psychozy maniakalno-depresyjnej. Objawy zrenicze u swych chorych z otępieniem wczesnem widywał bardzo rzadko. KRAEPELIN nadał psychiatrii kierunek przedewszystkiem kliniczny. Poważne zasługi mieć może psychologiczna szkoła zuryska.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Na ogólnem Zgromadzeniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, odbytem w dniu 25-ym z. m., z powodu zrzeczenia się p. WŁADYSŁAWA JANOWSKIEGO wybrano na Sekretarza Towarzystwa p. FRANCISZKA PUŁASKIEGO, a na stanowiska Członków Zarządu Tow. wybrano powtórnie p. WŁADYSŁAWA JANOWSKIEGO, J. K. KOCHANOWSKIEGO i FELIKSA KUCHARZEWSKIEGO.

Na rzeczywistych członków Towarzystwa wybrano Pp. IGNACEGO-TADEUSZA BARANOWSKIEGO, WŁADYSŁAWA DZIEWULSKIEGO i MARCINA ERNSTA.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 14-go do 20-go listopada r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 108 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 32, odrą 8, błonicą 12, błonicą 10, różą 13, tyfusem brzuszny 18, tyfusem plamistym 5, gorączką powrotną 1 i grypą 9.

W tymże czasie zmarło osób 10, mianowicie: na ospę 5, płonicę 3, różę 1 i tyfus brzuszny 1.

— W dniu 25 ym z. m. Ksiądz SEWERYN CZETWERTYŃSKI złożył w darze Towarzystwu Naukowemu Warszawskiemu zebrane przez siebie rub. 10000, które z inicjatywy p. FRANCISZKA PUŁASKIEGO zostały przeznaczone na fundusz wieczysty imienia ś. p. ADAMA hr. KRASIŃSKIEGO. Fundusz ten przez inne osoby powiększany być może. Odsetki od niego używane będą na udzielanie nagród za najlepsze prace naukowe nad literaturą polską w zakresie filologicznym, historycznym i krytycznym, w języku polski dokonane. Gdyby Towarzystwo Naukowe Warszawskie istnieć przestało, fundusz imienia ś. p. ADAMA hr. KRASIŃSKIEGO przejdzie na własność Akademii Umiejętności w Krakowie.

— Porównanie danych o spożyciu spirytusu w Państwie Rosyjskiem za 1-sze półrocze r. b. z danymi za odpowiedni okres czasu w r. 1908, przekonywa o zmniejszeniu się zużycia wódki o 6,63% [40,515 wiader w r. 1908, 37,830 w r. b.].

— Towarzystwo lekarzy wiedeńskich przyznało nagrodę dra GOLDBERGERA [2000 koron] drowi K. PIRQUET'owi, profesorowi chorób dziecięcych w Baltimorze za prace nad rozpoznawaniem gruźlicy.

— Na posiedzeniu Paryskiej Akademii Nauk dr COMANDON doniósł o otrzymanych przez niego zdjęciach kinematograficznych ultra-mikroskopowych drobno-ustrojów ruchomych, krętków i białych ciałek krwi.

— 4-go listopada odbyło się w Londynie w obecności króla, ministrów i przedstawicieli nauki, uroczyste otwarcie wielkiego szpitala chorób nerwowych; szpital ten, noszący nazwę „*National hospital for the paralysed and epileptics*“ powstał, jak i większość szpitali angielskich, z ofiar publicznych; największą sumę— 50,000 franków — ofiarowała siostra króla, księżna ALBANY.

— Izba lekarska styryjska wydała odezwę do innych izb w sprawie potępienia i zabronienia płacenia przez lekarzy t. zw. komisowego za dostarczanie chorych; pośrednikami są zazwyczaj akuszerki, szwajcarzy hotelowi, różni faktorzy i t. p. Wszystkie izby zgodziły się na tę propozycję.

— ZMARLI: Dr STANISŁAW CIĄGLEWICZ, b. lekarz miejski w Tarnowie; żył lat 61.

Dr EDMUND WINAWER, po zarażeniu się od chorego tyfusem brzuszny, w Ostropolu na Wołyniu, przeżywszy lat 44.

NEKROLOGIA

— + — + —

Ś. p. Tadeusz Żłobiński

zmarł dnia 20-go listopa r. b. po długotrwałej chorobie w Żbikowie pod Warszawą, przeżywszy lat 69.

Był to lekarz niepospolitych zalet serca i umysłu, głęboko odczuwający obowiązki względem chorych i społeczeństwa. Nadzwyczajna dobroć przyciągała do niego ludzi, a w połączeniu ze znajomością zawodu zjednała mu powodzenie w praktyce, której w ostatnich latach pracowitego swego żywota zaniechał.

I On, podobnie jak i całe szeregi innych wychowañców Szkoły Głównej, wstępował w życie z wniosłymi ideałami oddania się nauce i przysłużenia się Krajowi w miarę sił swoich. I Jemu, jak i licznej reszcie kolegów, twarde życie skrzydła do lotu gotowe opaliło.

Po ukończeniu Szkoły Głównej w r. 1864, pracował przy boku sławnego anatoma naszego prof. LUDWIKA HIRSZFELDA, w latach 1867 i 1868 był pomocnikiem prosektora przy katedrze anatomii. Tu zasłynął jako doskonały wykonawca preparatów anatomicznych, które za wzór były stawiane. W tymże prosektoryum dokonał badań nad „nerwem zębo-językowym SAPPY'a, które ogłosił w r. 1870 w Gazecie Lekarskiej i w *Journal de l'anatomie et de physiologie*.

Po zamknięciu Szkoły Głównej przerzuca się s. p. ŻŁOBIKOWSKI na pole działalności praktycznej. Oddawszy się psychiatryi, pracuje najpierw jako asystent przy klinice psychiatrycznej prof. PŁASKOWSKIEGO; stąd przechodzi na stanowisko ordynatora oddziału psychiatrycznego kobiecego, istniejącego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, wreszcie po otwarciu szpitala w Tworkach zostaje tamże do końca życia jako starszy ordynator.

W początkach swojej działalności lekarskiej s. p. ŻŁOBIKOWSKI napisał kilka przyczynków przeważnie z dziedziny neuropatologii i psychiatryi. Do nich należą:

1) „O działaniu wodoru chloralu na zdrowy organizm i zastosowanie jego przy leczeniu chorób umysłowych“. Gaz. Lek. 1870.

2) „Dwukrotne wystąpienie płonicy w przeciągu sześciu tygodni u jednego i tego samego indywiduum“. Gaz. Lek. 1873.

3) „Płasawica, napady epileptyczne, śmierć, zmiany w mózgu“. Gaz. Lek. 1870.

4) „Zdanie sądowno-lekarskie w sprawie Jadwigi K. o zabójstwo obwinionej“. Gaz. Lek. 1873.

5) „Wąpry wśród opony naczyniowej substancji szarej mózgowia“. Pamiętnik Tow. Lek. 1870.

Brał też czynny udział w istniejącej dawniej sekcji psychiatrycznej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem, którego był członkiem czynnym od roku 1874.

Po r. 1878 nazwiska ŻŁOBIKOWSKIEGO już nie znajdujemy w rocznikach piśmiennictwa lekarskiego.

Porwany życiem, już nie miał czasu a później i chęci do studyów samodzielnych. Wykonawstwo lekarskie pochłonęło go, a oddawał mu się gorliwie i zacie.

W życiu rozgłosu nie szukał, był filantropem cichym, w duszy nosił przez całe życie ideały, związane z pojęciem akademika Szkoły Głównej.

Pochowany został na cmentarzu wiejskim w Żbikowie obok swojej małżonki, którą przed rokiem utracił.

Grosz zaoszczędzony a zdobyty ciężką mozolną pracą przeznaczył na cele użyteczności publicznej.

Cześć pamięci zacnego obywatela!

Od Wydawcy.

Upraszamy Szanownych kolegów o nadesłanie prenumeraty na rok 1910. Za-
legających w opłacie za rok bieżący lub lata poprzednie upraszamy o wpła-
cie należności do Administracji [Zielna 11].

Do numeru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie Inż. OKONIEWSKIEGO o urządzeniach
do promieni ROENTGEN'a.

Redaktor, Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.