



# NASZA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Pięćdziesięcio-  
lecie drugie

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2763.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9  
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

## DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

# VERONAL

Pewny i silnie działający środek **nasenny i kojący**,  
przy odpowiednim dawkowaniu i sposobie użycia, bez szkodliwego działania obocznego.

W postaci łatwo  
rozpuszczalnego

**VERONAL-NATRIUM**

nadaje się do stosowania pod-  
skórnego i przez odbytnicę.

Do użyciu wewnętrznego: Veronal i Veronal-Natrium w tabletkach à 0,5 gr.

Literatura na żądanie.

W sprawie sprowadzania zwracać się do p. **Nachtlichta i Kamieńskiego**—Warszawa, Tłomackie 1.

**E. MERCK, Darmstadt.**

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM  
STOWARZYSZENIU LEKARZY odwołuje na podstawie badań  
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPİŃSKIEGO  
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej  
zawierającej 4,7 % czystego jodu. Przeto ten związek  
się z wodą, w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku  
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy  
razy dziennie, przyswajając się w ustroju szybko, nie  
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem  
(jodizmu) nawet w dawkach największych i wydala się  
całkowicie w ciągu 3-4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji

Przewodniczący Lekarzy

*Stefan Karpiński*  
Sekretarz

*Opinia powyższa o Jodorolu  
została wyrażona na posiedze-  
niu Komisji 27 i 28 lutego  
1918 r. w Warszawie.*  
*Dr hab. Karpiński*  
*Stefan Karpiński*  
*Sejmowa, 1918*

# JODOROL

## Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.  
Jodorol przyswajają się szybko, nie wywołując objawów po-  
drażnienia ani zatrucia jodem (jodizmu) nawet w dawkach  
najwyższych i wydala się całkowicie w ciągu 3-4 dni.  
Może być stosowany od 10-100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPİŃSKI w Warszawie“  
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-  
łowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

# Orexin

**LEK POBUDZAJĄCY TRAWIENIE.  
ZNAKOMITY LEK PRZECIWWYMIOTNY.**

Nie posiada żadnego smaku, działa pewnie w braku łaknienia, w zwiótczeniu żołądka, niepowścią-  
głych wymiotach u ciężarnych i w wymiotach po chloroformowaniu.

Usuwa odbijanie i inne zaburzenia po ciężkostrawnych pokarmach.

Szczególnie odpowiedni w **praktyce dziecięcej**.

Opakowanie oryginalne: **Tabletki orexynowe** po 0,25 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza: **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.

Warsz. Tow. Akc. „**MOTOR**“ niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż  
**„MOTO FER“**

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. leka-  
rzy i publiczności preparatu pod nazwą:

**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.**

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: **MOTO FER** i **MOTO FER c. ARSENO.**

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

## ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

**Fabryka narzędzi chirurgicznych**  
**Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**  
(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-  
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

## KISSINGEN Naturalne Wody mineralne

o wybitnem działaniu w różnorodnych uszkodzeniach wojennych.

**Rakoczy** uznane powszechnie w chorobach przemiany materii, w cierpieniach żołądka, kiszek,  
wątroby, serca i naczyń i t. p.

**Maxbrunnen** woda lecznicza i stołowa w katarach, w chorobach nerek, pęcherza, w ka-  
mieniacz żółciowych i w dnacie.

**Luitpoldsprudel** w stanach wyczerpania, chorobach zwrotnikowych, chorobach gru-  
czolów, zaburzeniach trawienia, katarach żołądka i kiszek, cier-  
pieniach kobiecych, dnacie, katarach dróg oddechowych i t. p.

**Bockleter Stahlbrunnen** w niedokrwiistości, blednicy, cierpieniach organów ko-  
biecych; wybitne wyniki w kuracjach odżywczych.

(Źródła żelaziste Bocklet)

Napełnienie butelek wodą, wytryskującą ze źródeł, odbywa się nadzwyczaj starannie i dokładnie. Na  
tym właśnie czysto naturalnym sposobie napełniania flaszek polega stwierdzona doświadczalnie siła le-  
cznicza źródeł, bardzo odpowiednich do **leczenia domowego**.

Lekarze otrzymują warunki wyjątkowe, jak również próby bezpłatnie. Prosimy żądać bezpłatnego opisu  
źródeł. Do nabycia wszędzie i bezpośrednio przez Zarząd królewskich wód mineralnych Kissingen i Bocklet.

Stale na składzie w hurtowni wód mineralnych „UNITAS“ w Warszawie.



## HISTORIA LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·Dziesięć lat  
Pismo tygodniowe*Warszawa, d. 16 listopada 1918 r.*

Ogólnego zbioru № 2763.

*16 listopada 1918 r.*

Po raz pierwszy pismo nasze wychodzi w Ojczyźnie naprawdę wolnej, z pęt okupantów trwalszych lub przemijających wyzwolonej.

Dalecy od wszelkiej polityki, która nie wchodzi w zakres działania pisma lekarskiego, uważamy się jednak za uprawnionych do wypowiedzenia w tej chwili szczęśliwej uczuć radości, przepelniającej nasze serca. Zjednoczona Polska zakwitnie niewątpliwie pełnią sił twórczych na wszystkich polach, we wszystkich przejawach kultury. Wierzmy mocno, że dotyczyć to będzie również nauki lekarskiej, jako jednej z najobszerniejszych i najbardziej humanitarnych gałęzi wiedzy ludzkiej. W nowym okresie życia naszego narodu duch twórczy myśli lekarskiej polskiej znajdzie niezawodnie należyte ujście dla swoich porywów i promieniowania. Wierzmy, iż wszystkie czynniki miarodajne przyłożą rękę do stworzenia umysłom lekarskim warunków, sprzyjających wykrzesaniu z nich największej energii i twórczości. Pismo nasze, które w ciężkich warunkach ostatnich lat 50-u starało się spełniać, w miarę sił i możliwości, zadanie jednego z żywych przejawów kultury polskiej, dziś patrzy w przyszłość z ufnością i wiarą, pewne, że odtąd przypadnie mu w zaszczytnym udziale to, że będzie żywym odbłaskiem ustroju prawdziwie swobodnej, a więc wszechstronnie czujnej i wszechstronnie czynnej wiedzy lekarskiej polskiej.

# O uleczałnej postaci zespołu Brown-Sequarda

podał

S. Goldflam.

Niezbyt odległe są te czasy — pamiętają je dobrze starsi lekarze — kiedy w każdym przypadku rdzeniowego porażenia połowiczego, w którym można było wykluczyć uraz lub hematomyelię, rozpoznawano zazwyczaj kile i leczono rtęcią *usque ad finem*. Niezawsze jednak można było zauważyć poprawę; w przypadkach zaś nie poddających się leczeniu powoływano się na fakty, znane również w kile mózgowej, że nie wszystkie sprawy swoiste ustępują pod wpływem swoistego leczenia, że odgrywają tu rolę czynniki osobnicze i inne dotąd niewyjaśnione. Natomiast dodatnie wyniki swoistego leczenia uważane były oczywiście, choć, jak niżej dowiodę, niezawsze słusznie, za dowód właściwego rozpoznania istoty cierpienia.

I dziś jeszcze uzasadnione jest twierdzenie, że zespół objawów Brown-Sequarda występuje często w przypadkach kily rdzenia; dlatego też etyologia ta powinna być zawsze uwzględniana. Wzbogacenie naszych wiadomości pokazało wszakże, że muszą być brane w rachubę jeszcze i inne cierpienia.

Gdy mniej więcej przed 20 laty ustalało się doświadczenie, że guz rdzenia nie jest tak wielką rzadkością, jak się przedtem wydawało, oraz że da się on rozpoznać klinicznie, okazało się, że zespół Brown-Sequarda występuje bardzo często w przebiegu klinicznym tego cierpienia. Nastąpiła era chirurgicznego leczenia tych guzów, zwłaszcza guzów zewnątrzrdzeniowych, oponowych, zapoczątkowana przez Gowersa-Horsleya. Skoro wyniki tego zabiegu wraz z udoskonaleniem dyagnostyki i techniki stały się coraz bardziej zadawalniające (Krause, Oppenheim, Schultze i t. d.), zaczęto słusznie się domagać jaknajwcześniejszego rozpoznawania sprawy. W przypadkach wątpliwych wprowadzono próbną laminektomię, poczytywaną nawet za zabieg niemal niewinny. Dochodziło w tym kierunku do takiej przesady, że robiono lekarzowi zarzut z każdego przypadku, podejrzanego o guz rdzenia, który nie został poddany operacji. Zdarzały się też często rozczarowania, które też przyczyniły się do pogłębienia omawianej sprawy. Okazało się bowiem, że rozpoznanie guza rdzenia jest o wiele trudniejsze, niż się w pierwszych cza-

sach tryumfu dyagnostycznego i terapeutycznego wydawało, że należy tu brać pod uwagę inne stany, które przebiegiem swoim naśladują guz rdzenia. Ograniczono wskutek tego w znacznym stopniu stosowanie laminektomii próbnej, która obecnie jest uważana za zabieg poważny, mogący mieć złe następstwa, zwłaszcza w tych przypadkach, w których stwierdza się w rdzeniu zmiany zapalne lub zwyrodnieniowe.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że na miejscu, w którym rozpoznawano klinicznie guz, nierzadko wykrywano przy operacji nagromadzenie w oponach miękkich płynu mózgowordzeniowego, który przez swoje ciśnienie wywoływał objawy guza zewnątrzrdzeniowego (Oppenheim, Krause i inni). Stworzono wtedy nową postać kliniczną — samostnego, ograniczonego zapalenia opon mózgowych — *meningitis spinalis serosa, chronica circumscripta s. arachnitis chr. circumscripta* — lub też torbieli opon miękkich. Tego rodzaju nagromadzenie się płynu powstaje także i wtórnie powyżej guza rdzenia (niekiedy i poniżej guza) — jest to tak zwane zatamowanie płynu mózgowordzeniowego (*Liquorsperrung*), powodujące trudności rozpoznawcze co do wysokości segmentu, na której guz jest usadowiony. Nie udało się jednak dotąd ustalić metody rozpoznania różniczkowego pomiędzy właściwym guzem a nagromadzeniem się płynu mózgowordzeniowego, ani też ustalić czy, i w jakich warunkach, można wywołać wessanie się takiego płynnego guza. W niektórych z tych przypadków w miejscu nagromadzenia się płynu znajdowano zgrubienia, zrosty, pasma w miękkich oponach, w innych stwierdzano obecność zmian przewlekle zapalnych w korzonkach lędźwiowych i krzyżowych — *arachnoperineuritis chronica serofibrinosa* — z nagromadzeniem się płynu, które klinicznie do złudzenia naśladowały nowotwór i skłaniały do zabiegu chirurgicznego.

Mało jest cierpień, któreby miały tak różnorodny przebieg, dawały tyle nietypowych postaci i tak nierzadko trudne były do rozpoznania, jak stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*). Słusznie też Oppenheim zaznacza bogactwo obrazów tego cierpienia. Znane są przypadki, które przez dłuższy czas przebie-

gały pod postacią zespołu objawów Brown-Sequarda, a nawet zupełnie naśladowały nowotwór rdzenia (Nonne). Należy tu zwrócić uwagę zwłaszcza na postać krzyżową stwardnienia rozsianego (Oppenheim, K. Mendel, H. Curschman), która może być łatwo wzięta za nowotwór w obrębie stożka i ogona końskiego.

Rzadziej znacznie występuje zespół Brown-Sequarda w samoistnym zapaleniu rdzenia (*myelitis genuina*); zdaniem Henneberga, objawy te trwają krótko bardzo i ustępują wkrótce zupełnemu obustronnemu porażeniu. Jak zobaczymy niżej, zdanie to nie jest zupełnie słuszne i wymaga korektury. Według Oppenheima, zdarzają się, wbrew zdaniu dawniejszych autorów, pierwotne zapalne cierpienia rdzenia, które przebiegają z objawami guza rdzenia; dotyczy to zwłaszcza (również według Elsberga) okolicy stożka i ogona końskiego.

Dalsze doświadczenie kliniczne wykazało, że nierzadko w przypadkach, w których objawy guza zewnątrzrdzeniowego skłoniły do wykonania laminektomii, badanie na stole operacyjnym dało wynik zupełnie ujemny lub brak zmian wyraźnych. Ujemny wynik zdarzał się zwłaszcza często tam, gdzie obraz chorobny skłaniał do przyjęcia guza w okolicy stożka i ogona końskiego. Według Oppenheima, należy tu być przygotowanym na niespodziankę nawet w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie nowotworu wydaje się zupełnie pewne.

W ostatniej pracy swojej, dotyczącej spraw tej kategorii, Nonne<sup>1)</sup> opisuje przypadek, dotyczący 15-letniego chłopca, u którego stwierdzono wyraźne objawy organicznego cierpienia okolicy stożkowoogonowej; w ciągu 2 lat sprawa nie postępowała, natomiast stopniowo wystąpiło charłactwo i wskutek tego konieczne było stosowanie coraz silniejszych środków narkotycznych, w ostatnich miesiącach życia wystąpiły odleżyny oraz zapalenie pęcherza i miedniczek. Badanie drobnowidzowe rdzenia, korzonków, oraz zwojów przy zastosowaniu najnowszych metod nie wykazało żadnych zmian. Przypadki podobne należy, według Nonnego, określać jako *pseudotumor spinalis* do czasu, kiedy może ulepszenie metod badania sprawę tę dalej posunąć.

Jeszcze większą niespodziankę sprawiły przypadki z objawami uciskowymi ze strony

rdzenia, w których laminektomia wykazała brak zmian, a jednak operacja wywołała znaczną poprawę lub też nawet zupełne wyleczenie (Oppenheim, Nonne). Mimo to jednak, pojęcie o dekompresji rdzeniowej (*spinaldecompression*), według analogii do trepanacji dekompresyjnej, nie uzyskało sobie prawa obywatelstwa.

W ostatnich czasach okazało się, że i cierpienia rzekomo systemowe rdzenia, t. zw. *myelitis funicularis* (Henneberg), mogą również sprawić trudności różniczkoworozpoznawcze w stosunku do guza rdzenia. Wobec tego, że przez zlanie się pojedynczych ognisk zapalnych rdzenia wytwarza się obraz, naśladujący cierpienia systemowe (Nonne), możliwe są oczywiście najrozmaitsze kombinacje objawów wypadnięcia. Nonne i Fründ<sup>1)</sup> spostrzegali przypadek, w którym rozpoznali guz uciskający rdzenia, na zasadzie, między innymi, bolesności kręgów na ucisk, bólów opasujących, zupełnego znieczulenia do pasa, silnych bólów oraz innych objawów; badanie pośmiertne wykazało jednak obecność *myelitis funicularis*. Podobne przypadki opisali i Levy, Oppenheim, Bruns.

Nowsze prace Nonnego i Fründ'a oraz Fleischmana<sup>2)</sup> przeczą rozpowszechnianym przez podręczniki poglądom Lichtheima i Minnego o postępującym przebiegu i złym rokowaniu w zwyrodnieniu pasmowym rdzenia. Według tych autorów sprawa ta może w każdym okresie zatrzymać się, może jednak również nastąpić nawrót i przybrać charakter postępujący. Objawy kliniczne ze strony rdzenia mogą zmniejszyć się w wysokim stopniu, nawet na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu ustąpić. Sprawa ta może nawet anatomicznie się wyrównać, pozostają jednak wtedy pewne objawy kliniczne, zależne od powstałych w rdzeniu blizn (*gliosis*). Fleischman uznaje wprost postacie wyleczalne oraz poronne *myelitis funicularis*. Autor ten dochodzi do przekonania na podstawie swoich przypadków, że w cierpieniach rdzenia, powstałych na tle zatrucia wyskokiem, zwolnienie objawów może przejść w wyleczenie, o ile ustaje działanie jadu na ustrój. W przypadkach poronnych rokowanie jest zwykle bardzo dobre. Pomyślne to doświadczenie dotyczy spostrzeżeń cierpienia rdzenia pasmowego na tle jadu najczęściej alkoholowego. Wspomniani badacze wykazali też, że sprawa ta niezawsze powstaje tylko wskutek zatrucia, na tle niedo-

<sup>1)</sup> Deut. Ztschr. f. Nerv. T. LV. Z. 5—6. 1916.

<sup>1)</sup> Ibidem. T. XXXV. str. 102.

<sup>2)</sup> Ztschr. f. Nerv. T. 51. str. 402.

krwistości, charłatwa, że wcale nierzadko zdarzają się przypadki, w których etyologii doszukać się nie można.

Mniemanie, że zespół objawów Brown-Sequarda jest wyrazem postępującego cierpienia, prowadzącego nieodwołalnie do śmierci, o ile nie zostanie powstrzymane zapomocą leczenia przeciwsyfilitycznego lub drogą operacji, upadło ostatecznie, gdy stwierdzono, że w niektórych przypadkach, nie dotyczących syfilisu, w których napozór słusznie rozpoznano guz rdzenia, zespół Brown-Sequarda występował typowo, a jednnk sprawa zatrzymywała się, albo ustępowała zupełnie bez leczenia swoistego, jakby samoistnie lub pod wpływem obojętnego leczenia. Szczególną uwagę na te fakty z własnego doświadczenia zwracał w dyskusjach Boettiger <sup>1)</sup>, sam widział trwale wyleczenie po upływie 10 lat; przypadki Boettigera wraz ze swoimi własnymi zestawili Nonne w cytowanej powyżej pracy.

Oppenheim następnie w swojej wybitnej pracy <sup>2)</sup> zwraca uwagę, na podstawie licznych spostrzeżeń, na pewną postać porażenia Brown-Sequarda, która uszła dotąd uwagi autora, jakoteż większości neurologów. Przypadki jego dotyczyły mężczyzn od 40 do 50 lat (spostrzeżenie, tyżące jednej kobiety, jest niezupełne). Etiologii brak. W 2 przypadkach podano wstrząśnienie psychiczne. Niema danych na kilę—odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowordzeniowym był ujemny; cierpienie to może wystąpić i u syfilityków, brak mu jednak charakteru swoistego. Obraz chorobny jest uderzająco jednostajny: typowe porażenie Brown-Sequarda, zawsze z umiejscowieniem grzbietowym, zaburzenia pęcherzowe i prawie zawsze impotencja. Porażenie nie jest nigdy zupełne, tak że chorzy ci mogą chodzić. Porażeniu towarzyszy zawsze hipertonia, *clonus*, wzmoczenie odruchów oraz odruch Babińskiego. W naprzeciwniejszej parze dolnej kończynie osłabienie jest nieznaczne, występuje zwykle objaw Rossolimo'a lub który z odruchów spastycznych. Co się tyczy stopnia i charakteru zaburzeń czuciowych, to stwierdza się tu wielka różnaitość. W niektórych przypadkach występują bóle, w innych brak ich zupełnie, bóle umiejscawiają się najczęściej w plecach lub dolnych kończynach, wyjątkowo ukazują się bóle opasujące. Bólów o charakterze korzonkowym nie spostrzegano wcale. Parestezye są niestałe, stosunkowo naj-

częściej występują w dolnych kończynach. Zupełnego znieczulenia brak, zwykle zauważyć można przytępienie czucia ciepła i bólu na kończynie nieporażonej. Na tułowiu, a zwłaszcza na brzuchu — zaburzenia czucia są obustronne.

Według Oppenheima najważniejszym czynnikiem dla oceny istoty tego zespołu objawów jest jego rozwój i przebieg. Niema pod tym względem zupełnej jednostajności, ale następujące dane należy uważać za typowe: zaburzenia rozwijają się w postaci podostrej lub przewlekłej, w ciągu jednego do kilku miesięcy dochodzą do szczytu, niekiedy wszakże rozwój przeciąga się lata. Odtąd sprawa zatrzymuje się lub też następuje poprawa, nigdy zaś zupełne wyleczenie. Właściwie zatrzymanie się rozwoju cierpienia nie jest bezwzględne, gdyż w nateżeniu pojedynczych objawów dają się zauważyć wyraźne wahania. W każdym razie jest to cierpienie, które nie postępuje stale, podlega zwolnieniom i prędzej czy później zatrzymuje się w rozwoju. Oppenheim nie wypowiada się stanowczo, czy to zatrzymanie się sprawy należy uważać za ostateczne, jednak do wyjątków zalicza się przypadki, w których sprawa zaczyna rozwijać się dalej po latach zupełnego spokoju.

Będę jeszcze wielokrotnie powoływał się na wspomnianą pracę, zwłaszcza że autor jej miał sposobność dokładnie zbadać jeden przypadek anatomopatologicznie.

Moje własne doświadczenie zgadza się z danymi Boettigera i Oppenheima. Zauważyłem już od wielu lat, że istnieje postać zespołu Brown-Sequarda, która niema charakteru postępującego, lecz naodwrot ma tendencję do zatrzymania się, do poprawy, a nawet do zupełnego wyleczenia. Przypadki te miałem możność spostrzegać przez dłuższy okres czasu, nawet przez dziesiątki lat. Postać ta nie jest tak bardzo rzadka. Uwzględnię tu tylko spostrzeżenia o trwaniu conajmniej 4-0 letniem, a jest ich 5, gdyż tylko takie dają rękojnię trwałości wyleczenia; obserwacje o krótszym terminie—posiadam ich trzy — tutaj uwzględnienia nie znajdują, choć dla mnie jest jasnem, że tu należą.

Ze względu na nakazaną w obecnych czasach wojennych oszczędność, podaję spostrzeżenia w streszczeniu.

Spostrzeżenie I 40-letniego naówczas kupca M. K. obejmuje okres czasu przeszło 17-letni, ja sam obserwowałem chorego, prawie 15 lat.

Choroba zaczęła się w r. 1900 od bólów w krzyżu, bólu opasającego w dolnej części brzucha, parestezyi (palenia) w nogach, głównie kolanach.

<sup>1)</sup> Neur Centr. 1905 str. 1079, 1908, str. 979.

<sup>2)</sup> Zeitschr. f. gesam. Neur. u. Psych. XXVII. Z 3—4. 1914.

W tymże czasie upadek potencji aż do zupełnego wygaśnięcia. Następnie stopniowe osłabienie nóg, wystąpiły zaburzenia pęcherzowe w postaci częstego oddawania moczu i parcia, lekkie nietrzymanie moczu (tylko nocą).

Badanie obiektywne, dokonane po dwuletnim już istnieniu choroby, dało uderzająco małe wyniki, nie wykazało żadnych wyraźniejszych zaburzeń ruchu lub czucia, jedynie tylko wzmożone odruchy kolanowe mogły nasunąć podejrzenie cierpienia rdzenia.

Pewność istnienia tego ostatniego wystąpiła po roku wraz z ukazaniem się objawu Babińskiego, po lewej stronie silniejszego niż po prawej (po l. i słaby objaw Oppenheima); ta ostatnia okoliczność tembardziej zasługuje na uwagę, że subiektywnie słabsza była prawa noga. Ogólny wynik badania był tenże, jak przed rokiem, a więc w istocie ujemny dało się stwierdzić jeszcze nieznaczne osłabienie czucia na mosznie i prąciu. Więcej były to subiektywne skargi na słabość nóg, bóle, parestezye; zaburzenia płciowe i pęcherzowe trwały dalej. Już w tym okresie występowały wahania w stanie chorego.

Kulminacyjnego punktu, wydaje się, dosięga choroba w r. 1903/4, czyli po jakich 4 latach. Do połowy 1907 stan przedstawia pewne wahania. Ocena subiektywnych skarg chorego — bóle i parestezye, w kręgosłupie i nogach — była tem trudniejsza, że rozwinęła się w międzyczasie neurastenia. Było to raczej subiektywne osłabienie niż istotna pareza nóg. Nigdy chory nie był zmuszony do pozostania w domu, nie mówiąc już o leżeniu w łóżku. Charakterystyczna w tym kierunku jest okoliczność, że nigdy nie prosił mnie on do siebie, a zawsze odwiedzał mnie w mieszkaniu. Bez przerwy prowadził swoje interesa, które wymagały wiele chodzenia po mieście, odbył kilka większych podróży zagranicę. Nigdy nie skarżył się na kurcze, drganie nóg; nie było objawu stopowego (*Fussclonus*), albo też był bardzo słaby; z objawów spastycznych właściwie tylko obustronny Babiński, po lewej stronie silniejszy niż po prawej.

I w tym okresie wahania w stanie zdrowia, kilkomiesięczne poprawy — zwykle po leczeniu w miejscowości kąpielowej albo kąpielach z wcieraniami rtęci (Cieplice, Tenczyn, Hall) — naprzemian z pogorszeniami, także długo albo krócej trwającymi, i jakoby wywołanymi zmęczeniem fizycznym, przemoczeniem albo przeziębieniem nóg, zarówno jak wzruszeniami duchowymi. I w okresie pogorszenia nie można było obiektywnie stwierdzić żadnej wyraźnej parezy, z zaburzeń zaś czucia lekkie obniżenie tegoż koło otworu stolcowego. Także zaburzenia pęcherzowe, które się powiększyły — wystąpiło lekkie nietrzymanie i w ciągu dnia — przedstawiały wahania w intensywności. Potencja tylko wygasła równomiernie.

Teraz następuje okres 10-letni względnie dobrego samopoczucia, kiedy objawy rdzeniowe ustąpiły, albo były ignorowane przez chorego, nawet funkcja płciowa częściowo się polepszyła, gdy neurastenia tylko zmusza go szukać pomocy lekarskiej. Ale i teraz zjawiają się okazyjnie, wywołane przez takżeż czynniki, lekkie zaburzenia, mianowicie pęcherzowe, szybko jednak ustępują. Obu-

stronny Babiński — świadczący o cierpieniu rdzenia — stale występuje i w tym okresie.

Dopiero po 3 latach wojny, kłopotach, znacznym wychudnięciu wystąpiło pogorszenie tak neurastenii, jako też — w słabszym stopniu — pierwotnego cierpienia, a więc lekkie zaburzenia pęcherzowe, słabość nóg, przeważnie prawej, bóle krzyża. Poprawa po pobycie na wsi. Badanie teraz wykazuje zlekka naszkicowanego Brown-Séquarda, mianowicie w lekkim stopniu dysocacyjne zaburzenie czucia na lewej nodze, więcej wyrażone na lewej połowie brzucha aż do łuku żebrowego, Babiński po prawej stronie silniejszy niż po lewej. Żadnej parezy, jednakże pewna niezgrabność przy stawianiu nóg podczas chodzenia.

Chory przyszedł nie z powodu wspomnianych objawów, w tym kierunku uważa on się za wyleczonego, do nieznacznych zaburzeń jakby już przywykł, przybył po poradę z powodu napadów stenokardycznych, które — rzecz jawna — nie stoją w żadnym związku z powyższem cierpieniem.

Przeglądając cały ten 17-letni przebieg choroby, można rozróżnić w nim 3 okresy. W okresie pierwszym, zajmującym 3 do 4 lat, objawy rozwijają się bardzo wolno, z początku czuciowe o naturze subiektywnej, zaburzenia płciowe oraz pęcherzowe, później i ruchowe, więcej subiektywne uczucie słabości nóg niż istotna pareza. Okres 2-i obejmuje przeciąg czasu prawie 7-letni — zachorowanie dosięgło punktu najwyższego — te same lekkie zaburzenia czuciowe oraz ruchowe, silniejsze pęcherzowe, zwłaszcza płciowe. Następuje osłabienie objawów, przeważnie skarg subiektywnych, też poprawa funkcji płciowej i pęcherza, chory, poza neurastenią resp. stenokardią, czuje się pod względem cierpienia rdzeniowego dobrze; tak znowu zeszło 7 lat.

Zasługuje na szczególną uwagę, że objawy nigdy — nawet na szczycie rozwoju — nie dosięgły wysokiego natężenia, nawet zaburzenia pęcherza były natury względnie lekkiej, i że podczas całego przebiegu, także w okresie 3-im regresji — tutaj w mniejszym zakresie — występowały wahania, to polepszenie, to pogorszenie, ale i w ostatnich żadnej istotnej zmiany w objawach obiektywnych.

Na pytanie, czy wspomnianego osobnika faktycznie należy uważać za zdrowego — abstrahując tu jego neurastenię, a ostatnio i stenokardię — to jest za wyleczonego z choroby rdzenia, należy, uwzględniając stronę praktyczną, odpowiedzieć twierdząco, gdyż wypełnia on swoje obowiązki i nie odczuwa żadnych szczególnych dolegliwości. W sensie klinicznym jednak tak nie jest, gdyż właściwie i obecnie istnieją te same zmiany, co i na wysokości choroby, a nawet otecnie wyraźniej zarysowuje się Brown-Sequardowski typ choroby rdzenia, a Babiński otrzymuje się taki sam, jak na wysokości rozwoju choroby. Jednakże należy sprawę patologiczną uważać za zakończoną, mimo czasem występujących nieznacznych obostrzeń. Po 17 latach można już twierdzić, że istota sprawy jest dobrotliwa, że w danym przypadku niema tendencji do wzrastania, przeciwnie, nawet do zmniejszenia się.

Nie ulega wątpliwości, że mamy tutaj do czynienia z zajęciem rdzenia, zlokalizowanym w



dolnej części odcinka piersiowego. Czy proces chorobny, i jaki mianowicie, tkwi wewnątrz, czy też zewnątrz rdzenia, omówimy to łącznie po przedstawieniu całkowitego materiału. (C. d. n.)

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## Rzadki przypadek gruczolaka dobrotliwego w przewodzie wątrobnym.

### Przyczynek do kazuistyki nowotworów dróg żółciowych.

Podał

**A. Ciechoński,**

ordynator oddziału.

(Ciąg (dalszy—patrz № 45).

Ogłędziny pośmiertne wykazały zmiany następujące: wątroba zmniejszona przynajmniej o połowę oraz wybitnie żółto zabarwiona; żyła wrotna niezwykle rozszerzona, przewód żółciowy, poczynając od wylotu jego w dwunastnicy, na całej swej długości drożny i nie rozszerzony. W przewodzie wątrobnym zaraz przy wejściu jego do wątroby wyczuwa się guzik o powierzchni gładkiej, niezbyt twardy, oczywiście ten sam, który stwierdzono już podczas operacji. Po przecięciu przewodu wątrobnego, obficie wypełnionego krwią, na miejscu podziału jego na 2 ramiona, zarazem przy przejściu jego w miąższ wątroby widać dwa guziki stożkowatego kształtu, wierzchołkiem swym zwrócone w kierunku ośrodkowym i do światła przewodu; guziki te są pokryte zwłaszcza na wierzchołku swym polipowatymi wyrostkami na kształt długich rzęsek; rzęski te są oblepione świeżymi skrzepami krwi, co świadczy o ich obfitym unaczynieniu i zarazem tłomaczy nam owo żywe krwawienie z przewodu, wątrobnego podczas operacji; podstawa obu guzków jest wspólna i zarazem dość szeroka; tylko pewna część jej jest widoczna na przekroju przewodu wątrobnego, reszta zaś szerzy się na ścianie jego już ukrytej w miąższu wątroby. Wogóle wielkość i kształt guzków przypomina truskawkę średnich rozmiarów (rys. 1).

Badanie drobnowidowe guza, wykonane łaskawie przez kol. E. Lipskiego, wykazało zmiany następujące: guz nie oddziela się od ściany przewodu jakąś tkanką, która byłaby dla niego torebką, lecz bierze początek bezpośrednio z błony śluzowej przewodu wątrobnego; utkanie jego składa się z nader licznych cewek gruczolowych, wystających na błonką słupkową i poddzielanych od sie-

bie wąskimi pasmami tkanki łącznej; twory gruczolowe układają się albo w postaci długich sznurów, albo też mają bieg kręty

Rys. 1.



w miarę oddalania się od podstawy guza. Unaczynienie guza zwłaszcza w częściach jego bliżej podstawy—nie jest zbyt obfite (rys. 2).

Na zasadzie szczegółów powyższych rozpoznano gruczolak (adenoma) przewodu wątrobnego bez wyraźnych cech złośliwości. Rozpoznanie to stwierdził również prof. E. Przewoski.

Mając wszakże na względzie owe brodawkowate twory na powierzchni guza, dostrzegalne gołym okiem, należałoby rozpoznanie to nieco dopełnić, mianowicie zgodnie z opisem Bravet'a guz ten nazwać gruczolakiem brodawkowatym.

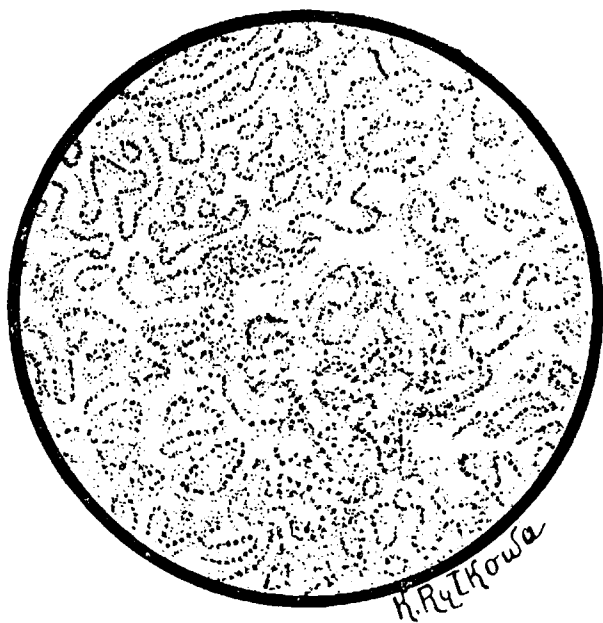
Opisany przypadek nasuwa szereg rozważań zarówno co do rozpoznania podczas



operacji, jako też i co do postępowania leczniczego.

Zaznaczono już wyżej, że rozpoznanie sprawy takiej przed operacją jest zgoła niemożliwe, albowiem ani badania przedmiotowe ani też wywiady choćby bardzo szczegółowe nie pomogą nic w tym względzie. Wiadomo, że kamienie żółciowe oraz sprawy zapalne w drogach żółciowych, jeżeli mają jakiś wpływ na powstawanie tych guzów, to w każdym razie wpływ ten istotnie musi być bardzo nieznaczny, skoro kamienie i sprawy zapalne dróg żółciowych stanowią zjawisko bardzo częste, tymczasem nowotwory dobreśliwe tychże dróg są niezmiernie rzadkie.

Rys. 2.



Dlatego też Kehr w pracy swej o nowotworach dróg żółciowych szczegół ten podkreśla i twierdzi zarazem, iż skoro w Niemczech przeszło dwa miliony ludzi cierpi na kamienie żółciowe, a setki tysięcy na gruźlicę, to zgodnie z twierdzeniem niektórych autorów należałoby spodziewać się dużej ilości nowotworów dobreśliwych dróg żółciowych, tymczasem rzecz się ma przeciwnie, zatem ani kamienie ani sprawy zapalne najwidoczniej nie mają żadnego wpływu na powstawanie guzów.

Co do rozpoznania guzów dobreśliwych to wywiady częstokroć nietylko nie pomagają, lecz nawet przeciwnie wprowadzają na fałszywą drogę, albowiem w tych przypadkach, gdzie były wyraźne objawy kamicy żółciowej, łatwiej przypuszczać w danym razie dalszy ciąg owej kamicy lub sprawy zapalnej w drogach żółciowych, aniżeli pominąć to wszystko i rozpoznać sprawę niezwykle rzadką, mianowicie nowotwór.

Savy, Bonnet Martin, a wraz z nimi i Kehr jednogłośnie twierdzą, że rozpoznanie guzów dobreśliwych pęcherzyka i dróg żółciowych jest niemożliwe zwłaszcza u osób, które miały już jakieś przypadłości w pomienionych narządach.

Co do rozpoznania podczas operacji—to pewne szczegóły tutaj mogą mieć niezaprzeczoną wartość; jeżeli guzy te, jako dobreśliwe, zazwyczaj nie przekraczają śluzówki, z której biorą swój początek, lecz rozrastają się do światła przewodu, to zachowanie kształtu przewodu, choćby przy powiększeniu się jego objętości, lecz bez wszelkiej zmiany na powierzchni ściany jego, powinno nasunąć nam pewne uwagi co do rozpoznania. Skoro zaś do powyższego dodamy dość miękką spistość guza, to możemy wykluczyć kamień oraz poniekąd nowotwór złośliwy, który zwykle ma większą zbitość, aniżeli guz dobreśliwy, nade wszystko zaś dość szybko ogarnia ścianę przewodu, a potem draży przez nią nazewnątrz.

W opisanym tu przypadku rozpoznanie podczas operacji byłoby możliwe na zasadzie cech dopiero co przytoczonych, gdyby granica górna guza była widoczna. Tymczasem rozpoznano guz złośliwy, drażący w miąższ wątroby i zaniechano wszelkich prób usunięcia. Do rozpoznania takiego upoważniał początki stan ogólny chorej, mianowicie jej charłactwo, które najwidoczniej było w ścisłym związku z zastojem długotrwałym żółci.

Przechodząc do leczenia, na wstępie musimy powtórzyć to, co powiedziano już wyżej, mianowicie tylko postępowanie operacyjne doszczętne ma rację bytu z uwagi na łatwe i niedostrzegalne przeistaczanie się nowotworu dobreśliwego w złośliwy, zatem wycięcie całkowite pęcherzyka żółciowego, dotkniętego nowotworem, albo wycięcie częściowe przewodu żółciowego lub wątrobnego, zależnie od miejsca usadowienia się guza.

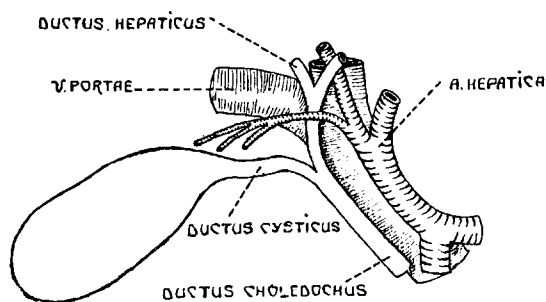
Wszelkie inne postępowanie, jak np. rozszerzenie na tępo przewodu wątrobnego, co zresztą robił Kehr nawet przy nowotworze złośliwym, ma skutek rychło przemijający.

Co do przewodu wątrobnego, to miejsce, z którego bierze początek guz, rozstrzyga o możliwości zabiegu operacyjnego doszczętnego; zatem guz, usadowiony na przebiegu przewodu poniżej podziału jego, nadaje się do wycięcia całkowitego oraz spojenia odcińków przewodu, zależnie od wielkości guza. Tymczasem usadowienie się guza na podziale przewodu i szerzenie się ku wnętrzu, albo też powstanie w samej wnęce czyni usunięcie zgoła niemożliwym lub w najlepszym razie zmusi

nas do niedostatecznego i niepewnego bądź co bądź drenowania, skoro spojenie dolnego odcinka przewodu wątrobnego z odcinkiem górnym już we wnęce jest niewykonalne (rys. 3).

Jakkolwiek rany przewodów żółciowych goją się łatwo i szybko, co podkreśla na początku pracy swej Dobrucki i zaznacza, że w ranach poprzecznych wystarczy choćby częściowe spojenie odcinków, to jednak owo zbliżenie do siebie odcinków jest nieodzowne, a nie zawsze jest ono możliwe wobec dużego braku w przewodzie po wycięciu guza.

Rys. 3.



Zastanówmy się teraz szczegółowo nad sposobami postępowania operacyjnego po wycięciu części ściany lub części samego przewodu wątrobnego z powodu nowotworu jego.

W celu ułatwienia sobie pomienionego rozpatrywania, podzielmy dowolnie przewód wątroby na 3 części, zatem część 1-a będzie obejmowała koniec obwodowy przewodu, a więc najbliższy wylotu przewodu pęcherzykowego; część 2-ga, środkowa, będzie kończyła się ku górze na miejscu podziału przewodu na 2 gałęzie; wreszcie część 3-a — od owego podziału aż do wnęki.

Co do ściślejszego określania długości powyższych części, to każda z dwóch pierwszych będzie obejmowała połowę długości przewodu, zawartej pomiędzy wylotem żółciowego a rozgałęzieniem wątrobnego, trzecia w warunkach prawidłowych będzie miała granice dość ściśle. Podług dokładnych obliczeń Rugego, przeciętna długość przewodu wątrobnego wynosi 4,3 ctm., zatem na każdą część naszego podziału wypadłoby 1,4 ctm.

Skoro guz usadowił się w 1-ej części przewodu, przypuśćmy na ścianie jego wewnętrznej, i jest niewielki, to dla usunięcia jego może w zupełności wystarczyć podłużne przecięcie przewodu z następczym zaszyciem (*hepaticorrhaphia*) całkowitem lub częściowym, o ile nie jest nieodzowne. przytem drenowanie. Zresztą zaszycie całkowite przewodu wątrobnego po usunięciu nowotworu uważać należy jako postępowanie niezwykle zarówno z

uwagi na rzadkość guzików takich, jako też z uwagi na konieczność drenowania przewodu wobec zastoju w wątrobie żółci z powodu mniejszej lub większej niedrożności przewodu.

Wycięcie części ściany przewodu w celu usunięcia guza z końca obwodowego przewodu może nie pociągać za sobą większego zabiegu, o ile brak ten w ścianie nie będzie zbyt duży, a pozostanie z niej pasek dostateczny do podtrzymania odżywiania i ciągłości przewodu. Wówczas wystarczy częściowe choćby tylko zeszywanie ściany obok koniecznego drenowania przewodu. Rzecz prosta, że przy braku większym w ścianie przewodu, choćby nawet w obecności ocalałego szerszego lub węższego paseczka, samo drenowanie z zeszyaniem lub bez niego nie wystarczy, w najlepszym bowiem razie pozostanie po niem zwężenie przewodu ze wszystkimi następstwami, nieodwołalnie więc w takich przypadkach należy rozległy ów brak zastąpić tkanką lub częścią ściany sąsiedniego narządu (sieć, pęcherzyk żółciowy, żołądek i t. p.). Dobrucki radzi brak taki pokrywać płatem, wyciętym ze ściany pęcherzyka żółciowego, co inni polecali czynić w razie braków w przewodzie wspólnym. Kehr w przypadku, opisanym przez Libolda, po wycięciu całkowitem przewodu wspólnego aż do dwunastnicy, z powodu zwężenia bliznowego, kikut przewodu przyciągnął i przymocował szwem do ściany dwunastnicy, cały zaś brak pozostały pokrył rozciętym od wierzchołka i opuszczonym na dół ku dwunastnicy pęcherzykiem.

Pozatem Kehr i Stubenrauch polecają braki w przewodzie wspólnym pokrywać płatem snrowiczomięśniowym a nawet surowiczomięśniowośluzowym, wyciętym z żołądka lub dwunastnicy.

Wreszcie Luderlen i Justi radzili dla pokrycia braków w przewodach stosować sieć.

Tyle co do częściowego wycięcia ściany przewodu wątrobnego.

Usunięcie części przewodu na całym jego obwodzie i na większej już długości stwarza warunki o wiele trudniejsze, niż poprzednie.

Bezpośrednie zeszywanie odcinków jest możliwe przy niewielkim braku w ciągłości przewodu; takie atoli małe braki są rzadkością; przy braku większym kikut przewodu pokarmowego może być spojony: 1) bezpośrednio albo też 2) pośrednio.

Połączenie bezpośrednie może być wykonane: a) z pozostałym odcinkiem przewodu żółciowego wspólnego, b) z dwunastnicą (*hepatico-duodenostomia*); c) z żołądkiem (*he-*

*patico-gastrostomia*), d) z jelitem czczem (*hepatico-jejunostomia*).

I. Bezpośrednie spojenie kikuta przewodu wątrobnego, wogóle niepodatnego, z niepodatnym również przewodem żółciowym wspólnym, a połączonym z nieruchomą dwunastnicą—jest zabiegiem trudnym, częstokroć niewykonalnym.

II. Połączenie przewodu wątrobnego z dwunastnicą (*hepatico-duodenostomia*) wykonał pierwszy Mayo. Zalecony przezeń sposób postępowania jest następujący: po przecięciu przewodu niedaleko połączenia jego z przewodem wspólnym i żółciowym starannie oddziela się kikut od otaczających tkanek na przestrzeni 1 ctm, wówczas przesuwa się na niewielkiej przestrzeni dwunastnicy oraz z boku i nieco ku tyłowi od 1-ej rany robi się 2-gi otwór, przez oba otwory przeciąga się kikut przewodu, poczem umocowuje się go zapomocą szwów węzłkowych u brzegów 1-ej rany, prowadzącej do wnętrza dwunastnicy; ranę 2-ą zaszywa się całkowicie. Zabieg wykonali niektórzy chirurdzy z zupełnem zadowoleniem jak np. Terrier, Bunge, Völcker, Kehr i inni, ostatni z przytoczonych 8 razy.

Jako odmianę powyższego postępowania poczytać należy spojenie boczne przewodu wątrobnego z dwunastnicą; oczywiście jest ono możliwe przy znacznem rozszerzeniu przewodu.

c) Połączenie odcinka przewodu wątrobnego z żołądkiem (*hepatico-gastrostomia*) jest zabiegiem niewątpliwie wyjątkowym i i wskazanym tam, gdzie szczególne warunki techniczne sprzyjają raczej zespoleniu kikuta przewodu z żołądkiem aniżeli z nadającą się więcej ku temu dwunastnicą lub kiszka czczą. Zresztą Kehr, jako zwolennik spajania pęcherzyka żółciowego z żołądkiem zamiast z kiszka cienką przy nowotworze złośliwym przewodu żółciowego wspólnego, nie widzi również przeszkód w łączeniu kikuta przewodu wątrobnego z żołądkiem w przypadkach odpowiednich i nie obawia się bynajmniej szkodliwego wpływu żółci na czynność żołądka.

Quénu wykonał zabieg taki z powodu bliznowatego zwężenia przewodu żółciowego; wspólnego; operacja nie nastęrczyła większej trudności z uwagi na podatność przewodu wątrobnego, który łatwo dał się przesunąć ku żołądkowi. Podczas oględzin pośmiertnych w kilka dni po operacji stwierdzono, że szew trzymał się dobrze.

d) Połączenie odcinka przewodu wątro-

bnego z jelitem czczem (*hepatico-jejunostomia*).

Oddawna wśród chirurgów istniała obawa łatwego zakażenia dróg żółciowych po zespoleniu ich z kanałem pokarmowym, obawa była tem większa, że odcinek trzew, wzięty do zespolenia, był dalszy od środka z uwagi na obfitość w nim i jakość drobnoustrojów. Wszakże z biegiem czasu przekonano się, że obawy te są zbyt przesadzone; do nawróconych między innymi należał i Kehr. Tymczasem rzecz szczególna, wyniki doświadczeń na zwierzętach zupełnie nie szły w parze z wynikami spostrzeżeń klinicznych u ludzi.

Radziejowski (Radsiewsky) wykonał na klinice Mikułicza szereg doświadczeń na zwierzętach i przyszedł do przekonania, że zespolenie dróg żółciowych z trzewami nie pociąga za sobą zakażenia pierwszych, oraz wątroby. W doświadczeniach tych R. łączył pęcherzyk żółciowy z kiszka po uprzednim podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego; psy zabijał po upływie 1—2½ miesięcy.

Bozzi powtórzył doświadczenia powyższe; cztery psy operowane przezeń w ten sposób zdechły po upływie 5 mies.; na sekcji u wszystkich znaleziono wybitne zmiany pochodzenia zakaźnego w mięszu wątroby i drogach żółciowych.

Hubicki i Szerszyński, mając na względzie sprzeczność wyników u obu pomienionych badaczy, wykonali 7 podobnych doświadczeń na psach. Po roku z liczby 7 psów z przetoką pęcherzykowokiszkową, u 4-ch stwierdzono niewątpliwie ropienie w drogach żółciowych i wątrobie.

Opierając się na poważnej liczbie spostrzeżeń klinicznych, w których nie stwierdzono zakażeń wtórnych dróg żółciowych i wątroby po zespoleniu pęcherzykowojelitowem, większość chirurgów przyszła do przekonania, że przyczyny odmiennych wyników w doświadczeniach na psach szukać należy w polykaniu przez zwierzęta te różnych drobnych ciał obcych, które później przedostają się z kiszek do dróg żółciowych i tam wywołują zapalenie.

W okresie jednak czasu, gdy ciągle obawiano się o zakażenie wtórne dróg żółciowych, powstał szereg dopełnień technicznych w zespoleniu pęcherzykowojelitowem.

Teodor Krause po nałożeniu przetoki pęcherzykowojelitowej w odległości 18 cm. od niej zespolił ze sobą oba ramiona kiszek cienkiej, t. j. odprowadzające z doprowadzającym, aby tym sposobem zawartość kiskowa

nie mogła żadną miarą przedostać się do pęcherzyka żółciowego; słowem, dopełnienie według sposobu Brauna, stosowane w zespoleniu żołądkowojelitowym.

Monprofit radzi wykonywać zespolenie pęcherzyka z jelitem według znanej metody Roux'a i często stosowanej przy gastroenterostomii. Zatem przecina kiskę czczą, koniec odprowadzający zespała z pęcherzykiem żółciowym, doprowadzający zaś wszywa w ramię odprowadzające; zabieg ten również ma na celu zabezpieczenie pęcherzyka żółciowego od przedostania się do niego treści kiskowej.

Niepodobna przytaczać tego długiego szeregu zmian technicznych polecanych przez różnych autorów, a mających na celu zapobieganie zakażeniu dróg żółciowych i wątroby po nałożeniu przetoki pęcherzykowojelitowej; na tem miejscu należało przytoczyć sposoby główne, które z tą lub ową odmianą znalazły zastosowanie przy wszczepieniu kikutu przewodu wątrobnego do kiszki cienkiej.

W typowy sposób postąpił Enderlen w przypadku nader ciężkim: u osoby, która przebyła 2 duże operacje brzuszne, zmuszony był wyciąć pęcherzyk żółciowy z powodu kamienia w przewodzie pęcherzykowym; po 4 miesiącach wobec przetoki żółciowej z wielkim

możem dotarł do wnęki i oddzielił przewód wątroby, odcinek tegoż wszczepił w kreskę czczą, którą przymocował do zgrubiałej torebki wątroby, naostatek spoił z sobą ramiona kiszki użytej do wszczepienia. Po upływie 1½ tygodnia śmierć wskutek krwotoku z tętniaka tętnicy wątrobovej, nakłutej podczas szycia.

Dahl znacznie zmienił powyższy sposób postępowania, mianowicie: przeciął kiskę czczą poprzecznie w odległości 40 cm. od fałdy dwunastniczoczczej oba końce zaszył naглуcho, koniec odśrodkowy, a więc bliższy żołądka, zespolił bocznie i dość nisko z końcem odśrodkowym, t. j. bliższym odbytnicy, ten zaś przez szczelinę, zrobioną w krezce poprzeczniczej wyciągnął ku górze poza poprzecznicą i umocował zapomocą kilku szwów węzełkowych do więzadła wątrobnodwunastniczego; wierzchołek wyciągniętej kiszki spoił kilku szwami z tylną powierzchnią przewodu wątrobnego, zaraz przy tem umocowaniu prze palił żegadłem otwór w kiszce i przyszył doń wolny koniec przewodu, spojenie to wzmocnił dokoła szwami dodatkowymi; naostatek przymocował szwem ramię kiskowe do szczeliny w krezce poprzeczniczej. Operowana wyzdrowiała bez przetoki żółciowej. (Dok. n.).

## Przegląd bibliograficzny.

**F. Erbrich. Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych** str. 117 z licznymi rysunkami w tekście i z 5 tablicami barwnymi. Warszawa. 1918. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Sam fakt ukazania się w dzisiejszych, niezwykle ciężkich wydawniczych warunkach, oryginalnej polskiej pracy monograficznej, ilustrowanej bogato, zasługuje na uwagę, tembardziej, jeśli praca ta stanowi wybornie i umiejętnie opracowany temat z dziedziny niezwykle ważnej dla każdego lekarza praktyka, tak chirurga, jak internisty. Praca Erbricha ma przytem charakter swojskości, tak nam zawsze, a szczególnie dziś potrzebny, nie tylko bowiem autor oparł studium swoje kliniczne na przeważnie bogatym materiale, zaczerpniętym z własnych spostrzeżeń, lecz jednocześnie wszystkie a liczne rysunki są oryginalne, a przepiękne tablice barwne, wykonane na podstawie znakomitych preparatów, odrobionych w instytucie anatomicznym prof. Lotha. Ta, jak powiedziałam, swojskość pracy już sama przez się przemawiałaby za jej wartością, tembardziej że treść jej nie ustępuje szacie zewnętrznej, wykład jest opracowany gruntownie i krytycznie, omawiany jest temat niezwykle doniosłości klinicznej, dzięki jednej z najnowszych zdobyczy dyagnostycznych, t. j. bronchoskopii, z którą musi się zaznajomić dokładnie nie tylko lekarz specjalista, lecz

każdy lekarz praktyk, gdyż znajomość tej metody i jej stosowanie nie tylko w celach dyagnostyki, lecz i terapii stanowi niepospolity postępek wiedzy lekarskiej.

Treść pracy składa się z 12 odrębnych rozdziałów. Po wstępie anatomicznym, ilustrowanym pięknymi, wyżej wspomnianymi barwnymi tablicami, autor omawia w krótkości etyologię zwężeń, przechodząc następnie do rozdziału najobszerniejszego, bo zajmującego niemal trzy czwarte pracy, t. j. do ciał obcych tchawicy i oskrzeli. Słusznie poświęcił autor lwia część swej pracy tej niesłychanie ważnej z punktu widzenia praktycznego kwestyi i umieścił w dziale rozpoznawczym obszerny opis metodyki stosowania bronchoskopii, poparty licznymi rysunkami, ilustrującymi opis wykonywania tego zabiegu, narzędzi, odpowiednich zdjęć rentgenowskich, ujawniających obecność ciała obcego. Dalej zestawia autor szczegółowo aż 21 przypadków własnych ciał obcych, podaje ich opis kliniczny i wyniki lecznicze. Wszystkie przypadki są wysoce interesujące a niektóre z nich, jak np. spostrzeżenia na str. 18 i 20, są wprost zdumiewające wspaniałym wynikiem usunięcia długo uwięzionych ciał obcych, dających ciężkie powikłania a ostatecznie zakończone zupełnem wyzdrowieniem pacjentów. W końcu tegoż rozdziału, po szczegółowym



opisanie symptomatologii podaje autor wskazania i przeciwwskazania do zastosowania bronchoskopii przy wydobywaniu ciał obcych. Rozdział ten jest opracowany wybornie pod każdym względem.

Rozdział następny traktuje o twardzieli (scleroma) tchawicy i oskrzeli. Opisuje w nim Erbrich zwężenia, wywołane przez to cierpienie. Rozdział ten, jakkolwiek jasny wedle mego zdania, jest traktowany nieco pobieżnie, a szkoda, gdyż właśnie autor, jako długoletni asystent mojego oddziału szpitalnego, a obecnie samodzielny kierownik ambulatorium laryngologicznego, posiada wielkie w tym kierunku doświadczenie w chorobie dość, niestety, pospolitej u ludu wiejskiego w niektórych okolicach naszego kraju i o wiele częstszej od przymiotu tchawicy, któremu autor poświęca odrębny rozdział. Nowotwory tchawicy i oskrzeli są opracowane również zwięźle lecz jasno i dokładnie. Dalej idzie rozdział o zwężeniach tchawicy, wywołanych przez ucisk wolem (*struma*). Dalsze rozdziały są poświęcone opisowi zwężeń dolnego odcinka, tętniakowi aorty, powikłaniom guzów śródpiersia (białaczka, gruczlica). I w tym rozdziale odnosne dane kazuistyczne są ilustrowane licznymi zdjęciami rentgenowskimi. Zbyt, niestety, pobieżnie omawia autor nowotwory śródpiersia, za to w końcowych rozdziałach podaje niezwykle ciekawą kazuistykę wyniku stosowania bronchoskopii w leczeniu zgorzeli płuc, cuchnącego kataru oskrzeli i rozszerzenia oskrzeli. Dalej opisuje i podaje ciekawą kazuistykę stosowania skutecznego bronchoskopii w t. zw. astmie oskrzelowej. Podaje wreszcie autor na zakończenie spis główniejszych prac, dotyczących zwężeń tchawicy i oskrzeli. Dowiadujemy się z przyjemnością z tego spisu, jak znaczny udział wzięli polscy autorowie w opracowywaniu tej najnowszej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Tak jest bogatą w treść praca kol. Erbricha, odznaczająca się jednocześnie wybornym i krytycznym zestawieniem, pisana jasno i potocznie. Wprawdzie, jak w każdej pracy ludzkiej i w tej znaleźć można pewne, niewielkie zresztą usterki, niedomówienia, niektóre poglądy, na które ja osobiście nie mógłbym się zgodzić, np. na pogląd, wypowiedziany na str. 14, że symptomatologia ze strony klatki piersiowej przy uwięzieniu ciała obcym w oskrzeli daje zawsze wyraźne objawy fizykalne, co, zdaniem mojem, szczególnie u dzieci, niezawsze, a nawet rzadko, ma miejsce. Dalej na stronie 116 nie podzielałbym poglądu autora, że wynik dodatni z zastosowania bronchoskopii w leczeniu astmy oskrzelowej stawiać należy w związku bezpośrednim z tą metodą, gdyż autor powiada wyraźnie, że przed wprowadzeniem bronchoskopu znieczulał mocno błonę śluzową tchawicy i oskrzeli kokainą i adrenaliną, które to leki, jak wiadomo, same przez się, wpływają nieraz bardzo skutecznie na usunięcie napadów astmy, wchodzą one bowiem w skład różnych specyfików antyastmatycznych, jako też znanego powszechnie aparatu ten-Tuckera i t. p.

Są to jednak tylko sporne punkty, a tu i owdzie spotykane niedomówienia i nieścisłości, nie zmniejszają bynajmniej w niczem wartości dzieła, w które autor włożył nie tylko dużo pracy, opartej na własnych samodzielnych doświadczeniach, ale nie szczędził dużego nakładu merytorycznego. Wykazane powyżej zalety pracy stanowią prawdziwą zasługę autora. A nagrodą najlepszą dla niego będzie, jeżeli praca ta, o czym nie wątpię, znajdzie, na co w zupełności zasługuje, chętnych czytelników pośród ogółu naszych lekarzy.

Dr Alfred Sokołowski.

## LEOPOLD TABACZYŃSKI.

Wspomnienie pośmiertne.

Zmarły d. 13 b. m. dr medycyny Leopold Tabaczyński urodził się w r. 1840 w Redczu na Kujawach z rodziny ziemiańskiej. Nauki gimnazyalne ukończył w r. 1859 w Księstwie Poznańskim w Trzemesznie i zaraz potem zapisał się na wydział lekarski uniwersytetu Berlińskiego. Skoro wybuchło powstanie opuścił niezwłocznie wraz z licznymi kolegami ławę uniwersytecką i już w miesiącu lutym wstąpił do oddziału powstańców w celu niesienia pomocy lekarskiej ranionym i chorym, dzieląc wszelkie trudy i niebezpieczeństwa tej nierównej walki i biorąc udział w licznych potyczkach. I w tych okoliczno-



ściach poznałem go d. 8 maja 1863 we wsi Lubstowie.

Przekonawszy się z doświadczenia 4-miesięcznej kampanii w obozach, iż działalność lekarza jest niezmiernie ograniczona, powrócił do Berlina w celu ukończenia studiów. a po złożeniu egzaminów i napisaniu rozprawy: „*De resectione subperiostali maxillae inferioris*”, otrzymał dyplom doktora medycyny i chirurgii. We wrześniu tegoż roku udał się do Pragi, gdzie przeszedł kurs praktycznej akuszerii w zakładzie położniczym prof. Seiferta. Stąd udał się do Wiednia, gdzie przez cały semestr zimowy pracował w klinikach chorób wewnętrznych Opolzera i Skody. Na wiosnę 1864 r. pojechał do Paryża; tu uczęszczał na wykłady chirurgii prof. Velepeau, Jobert de Lamballe'a i in. W jesieni tegoż roku bawił w Londynie, uczęszczając na kliniki chirurgiczne i oczne. Ztamtd wrócił do Berlina i pracował przez kilka miesię-



cy u Virchowa w instytucie anatomii patologicznej, w klinice chirurgicznej Langenbecka i wewnętrznej Frerichsa. W przejeździe do Dorpatu jesienią 1865 r. uczęszczał w Królewcu na wykłady Burowa i Recklinghausena. W r. 1867 po złożeniu egzaminu, otrzymał w Dorpacie dyplom dra medycyny, skąd przybył do Warszawy w zamiarze poświęcenia się pracy naukowej na polu anatomii patologicznej. W tym celu uczęszczał stale do pracowni prof. Brodowskiego i Hoyera a jednocześnie do oddziału chirurgicznego dra Orłowskiego. Nadzieje atoli ś. p. Tabaczyńskiego na otrzymanie stanowiska prosektora spełżyły na niczem wobec stanowczego zakazu władzy przyjmowania Polaków na stanowiska naukowe w Uniwersytecie Warszawskim. Straciwszy nadzieję kariery naukowej, miał do wyboru: albo pozostać w Warszawie, gdzie przy gruntownym i wszechstronnym wykształceniu lekarskim oraz zaletach osobistych mógł bez trudności osiągnąć pierwszorzędne stanowisko w praktyce, albo też poświęcić się skromniejszej lubo równie, pożytecznej pracy lekarza wiejskiego. Bez wahania wybrał to ostatnie. W r. 1869 osiedlił się na stałe w swym majątku Racięcinie na Kujawach, gdzie urządził małą klinikę w celu operowania i leczenia chorych, których stan tego wymagał, aby przez czas pewien znajdowali się pod okiem lekarza. Rozległa wiedza, nabyte doświadczenie i miłe obejście zjednały Mu szybko szacunek i zaufanie całej okolicy zarówno w sferach wyższych społecznych jak i ludu prostego. Obdarzony z natury bystrym umysłem, a nadto niezmiernie sumienny w traktowaniu chorych, przejmował się niemal stanem każdego chorego i ścisłość badania posuwał do najwyższego stopnia, aż do rozchwiania wszelkich nastroczających się wą-

pliwości. Głębokie poczucie obowiązków swego zawodu i niezmordowana praca dniem i nocą, czy to w dworach zamożnych, czy też w chatkach włościańskich, nie pozwalała Mu na dłuższy odpoczynek, tak potrzebny w ciężkim zawodzie lekarskim.

W czasie pobytu w Warszawie T. brał czynny udział w ruchu naukowym, ogłaszał w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego sprawozdania z dzieł lekarskich, drukowanych w obcych językach, a nadto w Gazecie Lekarskiej opisy niektórych spostrzeżeń klinicznych z praktyki prywatnej. W późniejszym czasie, pomimo zaabsorbowania praktyką, nie zaniedbał pracy naukowej, nieustannie śledził postęp nauki i wszelkie nowe metody, o ile zgadzały się z nabytym doświadczeniem, stosował w praktyce.

Zastanawiając się nad życiem zgasłego kolegi, mimowolnie nasuwa się pytanie: czy, poświęciwszy się medycynie naukowej, przyniósłby większy pożytek społeczeństwu, aniżeli oddając się praktyce lekarskiej na prowincyi? Jeśli ostatecznym celem nauki lekarskiej jest ulga i ratunek cierpiącej ludzkości, nieboszczyk trafnie postąpił, osiadając wśród ludu, gdyż nie tylko spełniał najważniejszy cel swego zawodu, ale zarazem pełnił misję kulturalną, wzbudzając zaufanie do stanu lekarskiego i oddziaływając na stronę moralną ludu rozumem z nim postępowaniem. Tak wzniosłe i rozumnie pojmował swe stanowisko ś. p. Tabaczyński, a ogólne uznanie i wdzięczność całego społeczeństwa osładzały Mu lata spoczynku. Odszedł, pograżając w żalu wszystkich, co Go znali, ale pamięć Jego trwać będzie długo, bo był chlubą zawodu lekarskiego, wielkim obywatelem i najlepszym synem Polski!

W. Stankiewicz.

## Wiadomości bieżące.

— Redaktor naszego pisma i dotychczasowy ordynator oddziału wewnętrznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus kol. Antoni Puławski został mianowany lekarzem naczelnym tego szpitala.

— Kol. Stanisław Kopczyński i Feliks Malinowski otrzymali w Uniwersytecie Krakowskim tytuł doktora medycyny bez zdawania egzaminów.

— W Warszawskim Towarzystwie Lekar-

skim na konkursie im. R. Płaskowskiego nagrodzona została praca R. Radziwiłłowicza p. t. „Psychiatria sądowa“. Na konkursie im. J. Wszebora nagrodzono pracę St. Sierakowskiego p. t. „O wpółaglutynacji w cholerze“. Na konkursie im. W. Koczorowskiego przyznano nagrodę pracy Marty Erlichówny i Karola Jonschera p. t. „Z hematologii dziecięcej“.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie Magistra Klawego o argokolu.

### TREŚĆ NUMERU.

|                                                                                                                                              | Str. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| S. Goldflam. O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda                                                                                     | 365  |
| A. Ciechomski. Rzadki przypadek gruczolaka dobrotniowego w przewodzie wątrobnym. Przyczynek do kazuistyki nowotworów dróg żółciowych (c. d.) | 370  |

|                                                                                          | Str. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Przegląd bibliograficzny. F. Erbrich. Zwężenia tchawicy i oskrzeli. Ocenil A. Sokolowski | 374  |
| Nekrologia. Dr Leopold Tabaczyński                                                       | 375  |
| Wiadomości bieżące.                                                                      | 376  |

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Stankiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żółwia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4½ do 6-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

## WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

# Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

**Cena 8 mk.**

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —  
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety  
Lekarskiej.

## Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

# Odczyty Kliniczne

Serya XX.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Postaci kliniczne suchot płucnych.  
 № 4, 5, 6. **W. Gajkiewicz.** O objawach przedsiolkowych (westybularnych) i ich  
 znaczeniu fizyologicznem i patologicznem (z 13 rysunkami i 2 ta-  
 blicami).  
 № 7, 8. **Józef Jaworski.** Cięża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.  
 № 9. **Alfred Sokołowski.** Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach  
 patologicznych.  
 № 10, 11, 12. **A. Puławski.** O chorobie Basedowa.

**Cena zeszytu pojedynczego m. 1.**

**Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.**

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



**ASTHMIN-  
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu  
Usuwa szybko napady duszności  
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**  
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN  
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubabarum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”  
Marszałkowska 23.

# Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

**Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.**

**ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY**

**I ZANDEROWSKI**

**Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego**

**Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.**

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

## Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

**T A D E U S Z K O R Z O N .**

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.  
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wyszło z druku dzieło p. t.

## Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisali

**Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb**

Wiedeń

Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

**Dr JAN PRUSZYŃSKI**

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena mk. 9.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.