



DZIESIĄTKA LECZNIKOWA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
TNOŚCI LECZNIKOWEJ

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2764.

Adres Redakcji—Żorawia 22.

Adres Administracji—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.

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

„MOTOFER“

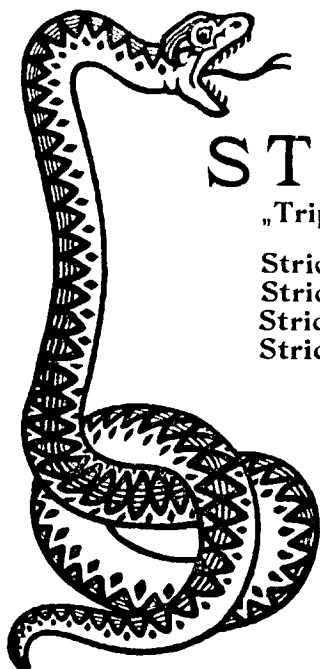
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. leka-
rzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

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

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

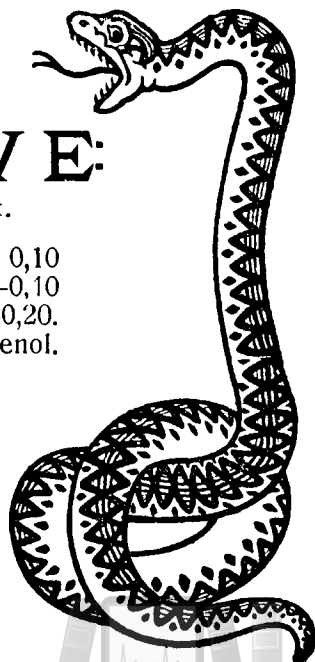
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Algorhin Spiess

(ANTISEPTICUM AD TRACT. RESPIRATOR.).

Skład: Chloreton, Camphora, Menthol, Ol. Cinnamomi Ol. Paraffini puriss.

Użycie: Namazywać lub wkraplać a najlepiej przy pomocy rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtani kilka razy dziennie.

Pojemność flakona ca. 50 g.

Pulverisator Spiess

Rozpylacz do algoryny i płynów tłuszczowych.

Hydrogenium hyperoxydat. stabilisat. Spiess
H₂O₂ 3%.

Pojemność flakona około 100 g.

Gwarantowana pewność pożądanej koncentracji i nieobecność szkodliwych dodatków.

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro.

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szpryc i chirurg. termometry i t. p. Dokładna reparacja i odnawianie tychże. Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

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.



HEMOGEN I ARSOHEMOGEN MAGISTRA KLAWE.

Wychodząc z założenia, że wielokrotnie następuje się w terapii potrzeba stosowania przetworu żelazistego wraz z arsenem, i czyniąc w tej mierze zadość wymaganiom wielu wybitnych lekarzy-praktyków, Labor Mag. Klawe wytwarza prócz zasadniczego przetworu p. n.

Hemogen Mag. Klawe

(zawiera żelaza 0,8% przeważnie w stanie koloidalnym i manganu 0,1%)

również

Arsohemogen Mag. Klawe

z zawartością: żelaza 0,8%, manganu 0,1% i kwasu arsenowego 0,01%.

Leki powyższe zadawane są w dawkach od łyżeczki do łyżki stołowej trzy razy dziennie. Szczegółowa broszura o żelazie w lecznictwie na żądanie.



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Diećdziesięcio-
lecie drugie-

Warszawa, d. 23 listopada 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2764

Dr med. JAN RAUM.

W dniu 22 października r. b. zmarł lekarz naczelny szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze dr med. Roch Jan Raum, urodzony w Warszawie w r. 1854. W r. 1879 ukończył studia lekarskie w Berlinie, gdzie po zdaniu egzaminów i po obronie rozprawy otrzymał stopień doktora medycyny. W r. 1883 otrzymał również stopień doktora medycyny w Dorpacie. Od



r. 1883 pracował, jako asystent na oddziale dra W. Stankiewicza w szpitalu Ewangelickim, gdzie przebył przeszło lat 4. Jednocześnie pracował nad bakteriologią i histologią

patologiczną w uniwersytecie warszawskim pod kierunkiem prof. Łukjanowa. W r. 1891 mianowany został laborantem etatowym przy katedrze patologii ogólnej. W roku 1893 został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu praskim, ustępując jednocześnie z posady laboranta przy uniwersytecie. W r. 1899 został lekarzem naczelnym tegoż szpitala, na którym to stanowisku po 26-letniej pracy szpitalnej na Pradze życia dokonał.

Na kilka tygodni przed zgonem pisał o przebiegu życia swego: „Uważałem się zawsze za polaka. Przez całe dwudziestopięciolecie mojej działalności w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze było mojem dążeniem postawić i utrzymywać szpital, a zwłaszcza mój oddział na wysokości europejskiej“. I rzeczywiście o rozwój szpitala i oddziału chirurgicznego w myśl tego, co sam o sobie napisał, dbał nieustannie. Zabiegał osobiście o budowę nowych pawilonów szpitalnych i w ten sposób szpital znacznie rozszerzył. Przyczynił się do stworzenia dobrze zaopatrzonego laboratorium bakteriologicznoopatologicznego oraz pierwszorzędnej pracowni rentgenologicznej. Zmarły był jednym z naświetlejszych pod względem ogólnolekarskim chirurgów warszawskich. Posiadał obfita, wszechstronną i bardzo cenną bibliotekę. Wiele czytywał, umiał robić odpowiedni z tego, co czytał, wybór. Niejedną myślą, zaczerpniętą z obfitej literatury bieżącej, szybko z nami się dzielił. Najnowsze zdobycze chirurgii wnet u siebie zastosowywał. Był jednym z pierwszych, który zaczął posilkować się w wyjaławianiu materiałów opatrunkowych aparatem pod ciśnieniem. Jeden z pierwszych w Warszawie wprowadził podczas operacji aseptycznych rękawiczki niciane, później gumowe.

W obcowaniu z współpracownikami i młodszymi kolegami był uczynny i wyrozumiały. Cechowała Go dobroć serca,

czasami nawet zbyt wielka... Brał czynny udział, zwłaszcza dawniej, w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, jako jego członek. *Kazimierz Zieliński.*

Drukiem ogłosił:

1. Die wirkliche Dauer der einfachen Muskelzusammenziehung. Dissert. Berlin, 1879. 2. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Cysticercen. Dissert. Dorpat, 1883. 3. Przyrząd do przenoszenia dezynfekowanych ligatur. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1887. LXXXII. 4. Obecny stan wiadomości naszych o wpływie światła na bakterye i na ustrój zwierzęcy. Zdrowie, 1889. № 44—50. 5. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über den Einfluss des Lichtes auf Bakterien und auf thierischen Organismus. Zeitschrift f. Hygiene. Bd. VI. 1889. 6. Zur Aetiologie des Tetanus. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. V. 1889. 7. K'mietodokie izsledowania kletocznych ziarnistostiej. Wiestnik Jestiestwoznania, 1891, № 6 i 7. 8. Zur Morphologie und Biologie der Sprosspilze. Hierzu Taf. 1 i 2. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. X. 1891 i w Pam. Tow. Lek. Warsz. 9. Künstliche Vacuolisierung der Leberzellen beim Hunde. Hierzu Taf. III. Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie. Bd. XXIX 1891. 10. Hämometrische Studien. Arch. f. experiment. Path. u. Pharmak. Bd. XXX, 1892. 11. Łukjanow und Raum. Einige Worte über die Choleraepidemie in Gouvernement Lublin. Berlin. klin. Wochenschr. 1892, № 43. 12. O ziarnistych wartościach w komórkach nowotworów. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 88, str. 107, z jedną tabl., 1892. 13. Über granuläre Einschlüsse in den Geschwulstzellen. Hierzu Taf. VI. Archiv f. mikrosk. Anatomie. Bd. XXXIX. 14. Zur Lehre der Zellnekrose. Centr. f. Allgem. Pathol. und path. Anat. Bd. III. 1892. 15. Przyczynek do nauki o nekrozie komórki. Pam. T. L. W. T. 89. 1892. 16. Komórki olbrzymie w raku pęcherzyka żółciowego. P. T. L. W. 1895, str. 411. 17. Raum J. i Grundzach. Pomyślna gastroenterostomia przy zwężeniu odźwiernika. Pam. T. L. W. 1895, str. 396 i 428. 18. Dwa przypadki usunięcia kamienia z pęcherza cięciem nadłonowem. Pam. T. L. W. 1895, str. 403. 19. Przypadek wycięcia odbytnicy. Pam. T. L. W. 1895, str. 404. 20. Guz zapalny żołądka i poprzeczny, zawierający złamaną ość rybią. Pam. Tow. Lek. Warsz., str. 411. 21. Przypadek pyloroplastyki i gastroenterostomii. Pam. T. L. W. 1895, str. 933. 22. Gastrostomia nowym sposobem Kochera. Pam. T. L. W. 1898, str. 253. 23. Przyrząd prof. Perthesa do bezpośredniego drażnienia elektrycznością pnia nerwowego. Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. 1913. 24. Nadto przetłumaczył na język polski pracę Esmarcha: Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.

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.

(Dokończenie—patrz № 46).

Zalety metody swej w porównaniu ze zwykłym sposobem zespolenia przewodu wątrobnego z kiszka czczą a nawet z dwunastnicą Dahl upatruje w braku wszelkiego napięcia na miejscu przysycia przewodu do kiszki oraz w należytem zabezpieczeniu dróg żółciowych od zakażenia.

Przypatrzmy się teraz z kolei jak wygląda postępowanie chirurgiczne przy połączeniu pośredniem dróg żółciowych z trzewiami.

II. Połączenie przednie w razie braków większych w drogach żółciowych, gdy nie mogło być mowy o spojeniu bezpośredniem lub gdy zmiany w otaczających tkankach by-

ły na tyle rozległe, że o spojeniu z kiszka lub żołądkiem trudno było myśleć — uskutecziano albo zapomocą rurki gumowej albo zapomocą sąsiedniej tkanki jak również części ściany najbliższego narządu.

Verhoogen wobec podejrzenia raka pęcherzyka żółciowego oraz najbliższych części dróg głównych zmuszony był usunąć pęcherzyk wraz z przewodem żółciowym oraz pewną część przewodu żółciowego wspólnego i wątrobnego; wobec braku między odcinkami obu pomienionych przewodów, wynoszącego co najmniej 6 ctm., nie był w stanie spoić ich bezpośrednio, zatem w kikut przewodu żółciowego wspólnego wprowadził dren

gumowy średnicy 1 cm., w rurce tej na miejscu przypuszczalnego zetknięcia się jej ze światłem odcinka przewodu wątrobnego wyciął niewielki otwór, poczem sączone, zgięty w głębi pod kątem, wyprowadził nazewnątrz; tym sposobem żółć, wypływająca z odcinka przewodu wątrobnego, musiała odnaleźć sobie ten otwór i przedostać się przezeń do dwunastnicy. W przypadku tym usunięto sączone 8 dnia, po miesiącu chora opuściła szpital z raną zagojoną całkowicie, oczywiście bez przetoki.

Operację powyższą wykonali również Jenckel, Wilms, Riedel i Kehr.

Przyznać należy, że jest to zabieg pod względem technicznym nietrudny, wszakże wymaga on szczególniejszego powodzenia; dokładne tamponowanie rany, jak zwracają niektórzy uwagę, podobno ma tu pierwszorzędne znaczenie.

Dobruckiemu przyszło na myśl w przypadkach dużego braku dróg żółciowych obnażony sączone gumowy, jednym końcem wprowadzony do przewodu wątrobnego, drugim do dwunastnicy, otulać siecią, z której po odpowiednim umocowaniu z biegiem czasu powinienby wytworzyć się kanał. Powtórzenie myśli swej odnalazł rychło w pracy Sullivana, który w szeregu doświadczeń na psach pokrywał sączone gumowy siecią i przyszywał ją do więzu żółdkowookrężniczego i do dwunastnicy. Badanie późniejsze zwierząt operowanych wykazało, że po wypadnięciu sączone do jelit na miejscu braku przewodu żółciowego wspólnego i części wątrobnego powstał nowy kanał od wewnątrz pokryty nabłonkiem, posuwającym się z obu końców ku środkowi.

Brewer skorzystał z doświadczeń Sullivana i z powodzeniem zupełnym, wykonał zabieg taki u człowieka w przypadku przetoki żółciowej powstałej po usunięciu obumarłego pęcherzyka żółciowego; sączone gumowy, łączący kikut przewodu wątrobnego z dwunastnicą, pokrył siecią; po kilku miesiącach stwierdzono zupełne wyzdrowienie.

Zamiast sieci możliwe byłoby tutaj zastosowanie do pokrycia sączone płatów na szypule, zapożyczonych z części ściany żółdka lub z całej jej grubości lub z pęcherzyka żółciowego, gdyby część jego ocalała, o czym zresztą była już mowa wcześniej podczas zastanawiania się nad pokryciem częściowego braku w przewodach.

Przechodzimy teraz do ostatniej t. j. do 3-ej grupy (podług naszego podziału), obejmującej przypadki nowotworów usadowio-

nych w tej części przewodu wątrobnego, która zaczyna się na miejscu podziału przewodu wątrobnego na 2 gałęzie i kończy zaraz we wnęce. To rozgałęzienie jest ulubionym miejscem nowotworów, a skoro sięga ono niedaleko wnęki albo jest w samej wnęce, to rzecz oczywista, że doszczętne zabiegi operacyjne są niewykonalne lub zgoła bezcelowe zwłaszcza przy nowotworze złośliwym. Kehr nie znalazł w literaturze ani jednej wzmianki o takim przypadku.

Jeżeli rozgałęzienie się przewodu wątrobnego wypadnie zdaleka od wnęki np. na jednym poziomie z wyjściem przewodu pęcherzykowego z pęcherzyka, to wówczas możemy myśleć o usunięciu guza szczególniej dobrotliwego oraz o następczym postępowaniu z kikutem przewodu podług wyżej wymienionych sposobów. Są to jednak przypadki wyjątkowe, w ogólności zaś rozgałęzienie wypadła znacznie wyżej, a więc przy wnęce. Zdaniem Cotte'go, które w zupełności podziela Kehr, przypadki guzów w tem miejscu przewodu wątrobnego nadają się głównie do laparotomii próbnej, tembardziej, że niepodobna gołym okiem rozpoznać, czy guz w tej okolicy jest dobrotliwy, czy złośliwy. W szczególnych przypadkach zdaniem obu pomienionych autorów może być mowa o zabiegach łagodzących, mających na celu jedynie ułatwienie odpływu żółci.

Zabiegi te są następujące:

a) *hepatocholangiostomia* i

b) *hepatocholangioenterostomia*.

Pierwsza z tych operacji polega na otworzeniu mocno rozszerzonej i przebiegającej w mięszu wątroby niedaleko jej powierzchni drogi żółciowej, z której tym sposobem powstaje stała przetoka.

Zabieg taki wykonał po raz pierwszy Kocher w r. 1882 u chorego, który miał wątrobę przyrośniętą z przodu do powłok brzusznych i wypełnioną kamieniami żółciowymi.

Langenbuch w r. 1886, nie mogąc przedostać się do wątroby z przodu, utorował sobie drogę przez okolicę lędźwiową.

Cholangiostomia brzuszna albo przednia może być wykonana:

a) bez uprzedniego umocowania torebki wątroby do otrzewnej ściennnej (Kocher)

b) z umocowaniem: już po nacięciu wątroby (Bayer),

c) z umocowaniem przed przecięciem wątroby (Baudouin),

d) wreszcie dwuczasowo (Jaboulay) skoro otrzewna ścienna zrosła się z torebką wątroby po obetkaniu gazą dokoła rany.

Rzecz oczywista, że operacja taka może być wskazana i z korzyścią zastosowana w przypadkach zatkania i rozszerzenia dróg żółciowych wątrobnych przez kamienie, zapalenia ropnego, torbielowatych rozszerzeń tychże dróg żółciowych i t. p.; tu w wielu razach przetoka może być czasową, wreszcie zagoić się zupełnie, gdy tymczasem przy zatkaniu przewodów żółciowych przez nowotwór, nie nadający się do usunięcia, jak np. we wnęce, przetoka taka ma wartość rychło przemijającą i zaledwie jest w stanie przedłużyć nieco życie chorego.

Jako pewną odmianę zabiegu powyższego uważać należy operację, poleconą przez Lohse'go i nazwaną przezeń *cholangiocystostomia*.

Sposób ów polega na tem, że przez ścianę otworzonego pęcherzyka żółciowego robi się otwór, sięgający wgłąb miąższu wątroby, do kanału urobionego w ten sposób wprowadza się gruby dren, wylot pęcherzyka żółciowego zwięża się zapomocą szwu i przymocowuje do rany w powłokach brzusznych. W przypadku bardzo ciężkiego zatrucia po olbrzymim odpływie żółci nastąpiła wybitna poprawa, tymczasem krwawienie po takim przewierceniu wątroby było nieznaczne.

Hepatocholangioenterostomia polega na połączeniu rozszerzonej na powierzchni wątroby drogi żółciowej z pętlą kiszki. Pomysł operacji tej powziął w r. 1896 Marcel Baudouin, w roku następnym Langenbuch sprawę zabiegu tego poruszył nanowo; wykazał jej wyższość w porównaniu z operacją poprzednią (*hepatocholangiostomia*).

Lichmeyer zabieg ten wykonywa w sposób następujący: z dolnego brzegu wątroby wycina kawałek miąższu kształtu eliptycznego długości 6 ctm. i szerokości 1—3 ctm., ranę w wątrobie pogłębia zapomocą żegadła poczem brzegi jej łączy szwem węzłkowym z brzegami otworu w dwunastnicy, wynoszącego również 6 ctm. W jednym z późniejszych przypadków zużytkował w tym celu łożysko pęcherzyka po usunięciu narządu tego. Innym znowu razem po otworzeniu pęcherzyka żółciowego cięciem podłużnem, naciął ścianę jego tylną, poczem zapomocą tępych szczypiec wywiercał dość obszerną jamę w miąższu wątroby, wreszcie otwór w pęcherzyku spoił z otworem w żołądku; tym sposobem powstała odmiana zabiegu tego, jako *cholangiocystogastrostomia*; zamiast tępych szczypiec do wiercenia wątroby, można zastosować w tym celu żegadło Paquelina.

Co do trwałości zabiegu tego, jako spo-

jenia pomiędzy drogami żółciowymi wątroby i trzewami, istnieje wielka różnica zdań wśród autorów. Podczas gdy jedni, opierając się na doświadczeniach Enderlena i na niektórych wyjątkowych spostrzeżeniach klinicznych, dowodzą, że spojenie takie rychło przestaje działać nawet przy całkowitem zamknięciu światła przewodu wątrobnego lub żółciowego wspólnego; inni natomiast z Kehrem na czele twierdzą, że spojenie takie nie przestaje działać, o ile nie otworzy się droga w przewodach głównych samoistnie, a na poparcie twierdzenia swego przytaczają nader wybitny przypadek Garrégo oraz szereg spostrzeżeń klinicznych przy nowotworach, które oczywiście długo trwać nie mogły.

Enderlen w dowodzeniach swych na zwierzętach przekonał się, że spojenie między wątrobą a jelitem z biegiem czasu przestało działać nawet po podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego.

Przypadek Garrégo dotyczył 36-o letniego mężczyzny, który wskutek przejechania przez ciężki wóz, uległ pęknięciu wątroby we wnęce i rozdarciu przewodu wątrobnego. Podczas 1-ej operacji w 7½ tygodnia po upadku stwierdzono wśród wielkich trudności technicznych rozdarcie przewodu wątrobnego długości 3 ctm; ranę tę oraz 2 cięcia pomocnicze na pęcherzyku i przewodzie żółciowym wspólnym, zasztyto; mimo to żółć dalej przeciekała z głębi wnęki; po 2 miesiącach opuścił szpital z przetoką żółciową, która z biegiem czasu zagoiła się. Wszakże po upływie mniej więcej ½ roku powstała żółtaczka oraz powstały bóle w okolicy lędźwiowej i w krzyżu.

Podczas 2-ej operacji w niespełna 2 lata po wypadku, gdy nie wykryto już żadnej łączności między drogami żółciowymi i pęcherzykiem oraz gdy prawie niepodobna było rozwikłać nagromadzonych tu rozrostów, postanowiono wykonać połączenie drogi żółciowej wątrobną z dwunastnicą (*hepatocholangioduodenostomia*); w tym celu w lewym zrazie wątroby upatrzone rozszerzoną i widoczną przez torebkę Glissona drogę żółciową, tu umocowano zapomocą szwu ciągłego uniesioną ku górze dwunastnicę, a dawniejszy w niej otwór, wykryty podczas operacji, spojono z niewielką dziurą w wątrobie przypaloną zapomocą żegadła. Przez czas pewien po operacji trwała jeszcze przetoka dwunastnicowa, poczem nastąpiło zagojenie zupełne i wyzdrowienie pacjenta. W 3 lata po 2-ej operacji stwierdzono doskonały stan jego zdrowia.

Jest to zatem pierwszy przypadek pomyślnego zejścia po rozdarciu wnęki i przewodu

wątrobnego oraz 1-y przypadek spojenia wątrobnego z dwunastnicą, które przetrwało dłużej niż 8 tygodni. Do powodzenia zabiegu tego niewątpliwie przyczynił się zgodnie z poszukiwaniami Haasler'a wybór drogi żółciowej w lewym zrazie wątroby, zamiast w prawym, jako dłuższej i z niewielu rozgałęzieniami, a więc odpowiedniejszej do spojenia.

Co do wartości spojenia wątrobnokiszkowego, to rzecz oczywista, przy nowotworze złośliwym jest ona rychło przemijająca, albo-

wiem w najpomyślniejszych nawet warunkach, nowotwór dalej robi swoje. Kehr wszakże, pomimo że na mocy wielkiego doświadczenia swego twierdzi nawet, że wszystkie operacje dróg żółciowych, opierające się na spojeniu, należy uważać jako łagodzące tylko, jednakże ustnie zachęca do nich, albowiem bez szkody dla pacyenta możemy choć czasową lecz niezawodną przynieść ulgę w beznadziejnym jego stanie.

L I T E R A T U R A.

1. Kehr. Chirurgie der Gallenwege. Neue deutsche Chir. 1913. Bd. VIII, str. 644.

2. Tenze. Die gut- und bösartigen Neubildungen der Gallenblase und der Gallengänge. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Bd. VIII, 1914, str. 491.

3. G. Bravet. Les tumeurs benignes des voies biliaires extrahepatiques. Lyon—Paris. Maloine. 1913.

4. Dmochowski. Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna. Część II, str. 791.

5. Dobrucki. Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego. Przegl. chir. i ginekol. 1911.

6. Liebold. Plastische Deckung eines Choledochusdefectes durch die Gallenblase. Centr. f. Chir. № 16, 1908.

7. Verhoogen u Kehr. Neue deutsche Chir. 1913, str. 667.

8. Radsiewsky. Die künstliche Gallen-

blasendarmfistel und ihr Einfluss auf den Organismus. Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. Bd. IX, str. 659.

9. Hubicki i Szerszyński. O wpływie na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęcherzyka żółciowego z kiszka. Gazeta Lekarska, 1910, str. 987.

10. Sullivan przyt. u Dobruckiego.

11. Brewer tamże.

12. Pantaloni. Chirurgie du foie et des voies biliaires.

13. Kocher. Chirurgische Operationslehre.

14. Kehr. Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie in Wort und Bild. Bd. I i II.

15. Garré. Traumatisme Hépatocystique guéri par une Hépatocolangioenterostomie. Centr. f. Chir. № 13, 1909 i u Kehr: Chirurgie der Gallenwege.

O uleczałnej postaci zespołu Brown-Sequarda

podał

S. Goldflam.

(Ciąg dalszy—patrz № 46).

S p o s t r z e ż e n i e II. Tego na początku obserwacji 47-letniego chorego H. miałem możność spostrzegania bez dłuższej przerwy przez 13 lat; lata całe już potem, gdy wyzdrowiał ze swego cierpienia rdzenia. Bez widocznej przyczyny, bez przymiotu zaczęło się w r. 1905 od termicznych parestezyi (palenia) w prawym udzie, i na razie wzięto to za jeden z przejawów jego neurastenii. Dopiero po upływie pół roku, gdy parestezye rozpostarły się na zewnętrzne części płciowe, gdy wystąpiły zaburzenia pęcherza i kiszek, znikła potencja, a zmniejszenie czucia bólowego i termicznego można było stwierdzić na prawej nodze, tułowiu aż do pępka, stało się oczywiście, że mamy do czynienia z zachorzeniem rdzenia. Wystąpiły w pewnym stopniu objawy korzonkowe, nie ograniczone do 1 albo 2 korzonków, lecz obejmujące całą prawą połowę brzucha; bóle nie były wyraźne, trwałe, opuszczały chorego na tygodnie, wreszcie na stałe znikły.

Z nieznacznymi wahaniem ku poprawie, choroba w przebiegu najbliższego roku miała chara-

cter postępujący. Przyłączyły się słabość i uczucie ciężkości w nogach, obiektywnie jednak nie dało się stwierdzić żadnego, godniejszego uwagi. osłabienia ruchu, żadnej ataksyi, chód był dobry, Wystąpił wyraźny zespół Brown-Sequarda. Można było umiejscowić sprawę chorobną w dolnej piersiowej i górnej lędźwiowej części rdzenia z lewej strony. Co się tyczy rodzaju sprawy, czy jest ona wewnątrz czy zewnątrzrdzeniową, można było tylko robić przypuszczenia; ja skłaniałem się ku sprawie myelitycznej.

Zaordynowane leczenie swoiste—pomimo braku punktu oparcia, a i dokonana później próba Wassermanna krwi wypadła ujemnie—nie wywarło żadnego ważniejszego wpływu. Choroba sama przez się miała przebieg dobrotliwy. Z początku dał się zauważyć pewien postęp choroby, uczucie drętwienia rozszerzyło się i na palce lewej stopy. W ogólności jednak choroba na razie zatrzymała się, później nawet cofnęła się, tak że w r. 1908—1909, czyli po 3—4-letnim przebiegu, pacjent mógł być uważany za wyleczonego w zwy-

kłym sensie. Od tego czasu aż do ostatniego badania w 1918 r. uważał się on za wyleczonego z poprzedniego cierpienia. Nie zmniejsza znaczenia tego fakt, że badanie kliniczne potwierdza ciągłość zespołu Brown-Sequarda w lekkim stopniu (z prawej strony wzmożenie odruchów ścięgowych i objaw Babińskiego, z lewej strony—niewielkie dysocytacyjne zaburzenia czucia); nie przeszkadza mu to w pracy i korzystaniu z uciech życia; z utratą potencji chory oswoił się.

Co wyróżnia powyższy przypadek, to jego powolny przebieg postępujący, przerywany tylko niewielkimi wahaniami w stronę poprawy, a następnie zupełnie dobrotliwy charakter całego przebiegu. Choroba zaczęła się od zaburzeń czuciowych, zrazu subiektywnych (parestezyi termicznych), i one to stoją i nadal na pierwszym planie w obrazie chorobnym. Nawet na szczycie choroby, po paru latach, zaburzenia ruchu są niewielkie, chód utrudniony nieznacznie i to tylko w godzinach rannych, ale nigdy nie zmieniony poważnie, tak że chory bez przerwy mógł się zajmować swymi sprawami. Charakterystycznym w tym względzie jest, że chory przez długie te lata zawsze mnie odwiedzał.

Ale i czuciowy komponent objawu Brown-Sequarda, w postaci rozszczepienia czucia, był słabo wyrażony: nigdy nie było utraty czucia bólowego albo termicznego. Brakło tu właściwych objawów korzonkowych w postaci nerwobólów międzyżebrowych albo międzyłędźwiowych, rozpościerających się na 1 albo 2 okolice korzonkowe, z jednej albo też z dwu stron, jak to bywa przy guzach. Nie można pod tę kategorię podciągnąć bólów w prawej połowie brzucha, które się pokazały w początku choroby, gdyż były one epizodyczne, nie intensywne, więcej rozlane, i wkrótce znikły na zawsze. Należy podkreślić i to, że nie było bólów krzyża, żadnej bolesności przy ucisku na wyrostki cierniste.

Zaburzenia pęcherza też były lekkie, nie doszło ani do zatrzymania, ani też do nietrzymania moczu. Potencja tylko wcześniej ucierpiała i już nie powróciła.

Następuje zatrzymanie sprawy. Na wysokości rozwoju znajduje się ona przez rok. Później ustępuje powoli, znikają zaburzenia pęcherza, kieszek, ze strony ruchu, aż do punktu, gdy pacjent uważa się za zupełnie wyleczonego i ignoruje swoje pozostałe, znacznie wyblakłe parestezye.

I po dalszych 9 latach zupełnego i stałego dobrego samopoczucia — nie licząc drobnych skarg neurastenicznych — można obiektywnie stwierdzić objawy cierpienia rdzeniowego u naszego chorego, a więc wzmożenie lewego odruchu kolanowego i z Achillesa, lewostr. Babiński (ostatni staje się coraz słabszym, łatwo się wyczerpuje), lekkie, skrzyżowane, dysocytacyjne zaburzenia czucia.

I tutaj zwraca uwagę abdukcja małego palca przy drażnieniu podeszwy po czuciowej stronie. Nie można odmówić pewnego znaczenia temu zjawisku, w pewnej mierze jest ono surogatem objawu Babińskiego, wyraża lekkie zajęcie pęczka piramidalnego. Z zakończeniem sprawy znikł i ten znak. Na stronie ruchowej występowała abdukcja ta małego palca obok ekstensji palucha, tutaj jednak, oczywiście, pęczek ten był bardziej schorzały.

W owym czasie, przypuszczałem u chorego powyższego zapalenie rdzenia, umiejscowione w dol-

nej części grzbietowej. I teraz, po tylu latach przypuszczenie to wydaje się usprawiedliwionem. Brak objawów korzonkowych, bólów i bolesności kręgosłupa i t. p. przemawiały przeciwko zachorowaniu zewnątrzrdzeniowemu, przewaga parestezyi raczej za cierpieniem wewnątrzrdzeniowem. Powolny, ciągnący się lata całe, zupełnie dobrotliwy przebieg, wreszcie wyleczenie przemawiały przeciwko guzowi. Zastrzegamy się przytem, że rozważenia powyższe mają tylko względną wartość, gdyż bólów może brakować i przy guzach zewnątrzrdzeniowych, guz wewnątrzrdzeniowy może trwać i 10 lat.

Spostrzeżenie III tyczy 31-letniego wówczas handlarza ulicznego M. R. Gdy w poprzednich przypadkach mieliśmy do czynienia z dobrze sytuowanymi ludźmi, tutaj zaś z proletaryuszem, który nie mógł się dostatecznie pielęgnować, żyjącym w lichych warunkach higienicznych i ekonomicznych, a szczególnie w czasie wojny narażonym na wszelkie szkodliwości niepogody. A jednak w ciągu 13 lat swego trwania choroba nie rozwinęła się u niego niepokojąco, mógł się oddawać swemu trudnemu zajęciu wędrownego handlarza, nigdy nie leżał w łóżku. Mogę twierdzić, że wynik badania po 11½ latach był takiż sam, jak podczas pierwszego przyjęcia: tenże zbiór objawów Brown-Séquarda w lekkim stopniu, czyli sprawa przycichła.

Zarówno anamneza jak obraz kliniczny i dalszy przebieg jest prawie odbiciem tego, cośmy widzieli w powyżej opisanych spostrzeżeniach. Obraz jest dziwnie jednostajny. I tutaj nieznaczny, do pewnego stopnia skradający się rozwój objawów. Początek z parestezjami (drętwienie) w goleni. Do tego przyłącza się prędko słabość prawej nogi, znacznie mniejsza lewej. Już w początku choroby lekkie zaburzenia pęcherzowe, więcej cierpi potencja, która prawie wygasa, zupełnie jak w poprzednich spostrzeżeniach. Ten cały okres wzrostu objawów rozgrywa się prawdopodobnie w ciągu niewielu miesięcy. Chorego zacząłem obserwować dopiero w 15 miesięcy po rozpoczęciu choroby, stwierdziłem zespół Brown-Séquarda. Przypuszczałem sprawę myelityczną, nie dającą się bliżej określić i miałem zgodnie z ówczesnymi pojęciami, powody do mniemania, że sprawa ta będzie się dalej rozwijała, że jesteśmy świadkami tylko pierwszego okresu choroby. Wiedzieliśmy, że to nie przymiot, nie choroba wychodząca z kręgosłupa; *sclerosis multiplex* lub guz rdzenia wydawały się nieprawdopodobnymi oczekiwaliśmy od przyszłości raczej sprostowania dyagnozy. Jak zwykle w podobnych razach, było najsamprzede zastosowane leczenie swoiste—bez rezultatu, co więcej, chory podczas stosowania owego leczenia czuł się gorzej, obiektywnie bez zmiany.

Niemate było zdziwienie, gdy po 2 latach ujrzelśmy pacjenta z takimż jak poprzednio objawami. Wtedy omawiana tu postać chorobna była nieznana. Obecnie, przy obrabianiu tego tematu i przeglądaniu swego materiału, natknęliśmy się i na tego chorego, którego do badania wezwaliśmy. Wsparci na teraźniejszym doświadczeniu, nie dziwiłiśmy się teraz, że stan chorego w ciągu następnych 8 lat nie uległ zmianie, nawet oczekiwaliśmy podobnego wyniku. W pewnym kierunku nawet nastąpiła poprawa: znikły zupełnie parestezye, objaw stopowy osłabł, szczególnie lewy, le-

wostronny Babiński znikł i ustąpił miejsca arefleksji, także zaburzenia pęcherza wydają się łżejszemi. Naogół jednak stan chorego jest taki sam, jak przed 8 laty, nawet jak przed 11 $\frac{1}{2}$ laty, gdyśmy po raz pierwszy oglądali chorego.

W powyższej historii choroby mamy właściwie do czynienia tylko z dwiema fazami rozwoju. W pierwszej fazie postępu choroby, rozwijają się wszystkie objawy względnie szybko, po kilku miesiącach dosięgają one pewnej umiarkowanej wysokości; okres drugi — stacyonarny — w którym chory znajduje się jeszcze teraz, rozciąga się już 11 lat. Jak wyżej zaznaczono, nie da się zaprzeczyć pewien rys poprawy, ustępowania choroby, pomimo to, że pacjent, należy to podkreślić, żył w ujemnych warunkach higienicznych i zajmował się handlem wędrownym, który go na wszelkie szkodliwości atmosferyczne narażał — tak silną jest tendencja wyrównawcza właściwa omawianej sprawie chorobnej.

Wahania w tym przypadku są mniejsze niż w innych tegoż typu, chory stawia je w zależność od pogody; nie przekraczają one, zdaje się, tu zwykłej miary, jaką widzimy i w innych chorobach.

I w tej historii choroby wspomniano przy objawie Babińskiego o abdukcji małego palca, że w pewnym okresie cierpienia, słabszy objaw Babińskiego, po stronie zaburzeń czuciowych, przedstawiał się więcej jako abdukcja, niż ekstensja palucha. Odruch obronny — inaczej niż odruchy skórne, jak brzuszne i z *cremaster* — jest więcej wyrażony po stronie ruchowej, niż po czuciowej, tym sposobem należy nań patrzeć, jako na odruch rdzeniowy.

A więc i w tym przypadku mamy do czynienia z zachorzeniem rdzenia w dolnej grzbietowej części, w jego prawej połowie, zajmującym przeważnie pęczek piramidalny. Odsyłam zresztą czytelnika w sprawie dyagnozy różniczkowej i istoty sprawy chorobnej do działu, gdzie ogólnie omawiam całkowity materiał.

Spostrzeżenie IV tyczy się urzędnika bankowego, S. L., lat 30 przy pierwszym badaniu w r. 1906. Jest to przypadek bardzo dobrotliwy, być może, najłagodniejszy ze wszystkich, tutaj podanych. Tak skargi subiektywne, jak zaburzenia obiektywne, nigdy nie były silnie wyrażone. I tutaj na pierwszy plan występowały tak subiektywne, jak obiektywne zaburzenia czucia, na słabość nóg chory wcale się nie skarżył, nigdy nie przeszkodziła mu ona w jego sprawności.

I tutaj choroba zaczyna się od rwących bólów i parestezyi zimna na przedniej powierzchni prawego uda. Jednym z pierwszych objawów, który skłonił chorego do zwrócenia się o poradę do lekarza (chory czynił to wogóle bardzo rzadko, sądząc, że ma do czynienia z chorobą małoważną), było to, że w kąpieli prawa noga wyczuwała ciepło, szczególnie zaś zimno, inaczej i gorzej niż lewa; spotykaliśmy to zresztą już w poprzednim spostrz., a i u Oppenheima znajdują się podobne dane. Zaburzenia pęcherza były bardzo niewielkie. Zmniejszenie się potencji, jak i samo zachorowanie, przypisywał pacjent częstym pollucyom w wieku młodości.

Wahania w przebiegu nie uszły uwagi inteligentnego pacjenta. Po paromiesięcznym z począ-

tku wzrastaniu objawów, nastąpiło uspokojenie, po roku znowu obostrzenia najwydatniejszych objawów, po paru miesiącach znowu okres uspokojenia, w którym to czasie widziałem pacjenta po raz pierwszy.

Badanie to, po 1 $\frac{1}{2}$ -rocznym przebiegu, dało w każdym razie więcej, niżby się tego można było spodziewać, sądząc z anamnezy, a więc zaburzenia w dziedzienie czucia i odruchów. Zaburzenia czucia dotknęły prawą nogę, tułów z przodu do sukty, z tyłu do grzbietu łopatki, po prawej stronie, najbardziej dotknięte było czucie bólowe i termiczne, mniej dotykowe. Zmysł mięśniowy zachowany.

Na słabość nóg nie było skarg, obiektywnie też nie można było nic zarzucić sprawności ruchowej. Jedyne zaburzenie, dające się zauważyć, że przy staniu lewa połowa brzucha więcej się wypukła niż prawa, wskutek słabości lewych mięśni brzusznych. Jedynie tylko odruchy przedstawiały anomalie, właściwe stanem spastycznym. Odruchy kolanowe były wzmożone, lewy jednak więcej niż prawy, z lewej strony i lekki objaw stopowy, po lewej stronie także wyraźny Babiński, niepewny po prawej. Słabości, zmęczenia lewej nogi chory, jak powiedziano, nie odczuwał, nie było też ich obiektywnie. Pacjent uważał tylko swą prawą nogę, z zaburzeniem czuciowym, jako chorą.

Było więc rzeczą jasną, że mamy do czynienia z połowicznym porażeniem typu Brown-Sequarda, że jest to sprawa patologiczna, umiejscowiona w średnim odcinku grzbietowym (brak odruchów brzusznych, granice zaburzeń czucia) i właściwie lewą połowę rdzenia zajmująca. Nie mogliśmy wtedy dokładniej sobie przedstawić, jakiego rodzaju to sprawa i czy zachodzi wewnątrz, czy też zewnątrz rdzenia.

Nieoczekiwanie dla ówczesnych zapatrywań, sprawa rdzeniowa nie rozwinęła się, przeciwnie, nastąpiło cofnięcie się. Po mniej więcej dwuletnim przebiegu niektóre zaburzenia, jak pęcherzowe i kiszkowe, zupełnie znikły, wszystkie inne uległy znakomitej poprawie. Pacjent uważa się za zdrowego więcej niż 10 lat, w rzeczywistości jest zupełnie zdolny do pracy. Istniejące nieznaczne zaburzenia ignoruje on zupełnie. Dotyczą one zmian czucia, jak przed prawie 12 laty, a więc parestezye w prawym udzie, mniej w okolicy krzyża podczas niepogody; i teraz jeszcze w kąpieli prawa noga gorzej czuje ciepłotę wody, niż lewa.

Obecnie również badanie obiektywne daje więcej, niż by się można było spodziewać ze stanu subiektywnego. Wynik jest prawie takiż sam, jak przed 11 $\frac{1}{2}$ laty, a więc dysocjacja czucia na prawej nodze, teraz mniej wyrażona i ograniczona do prawej stopy i goleni. Bardziej jeszcze ciągłość we wzmożeniu odruchów ścięgniowych — z lewa więcej, niż z prawa, lewy Babiński (z prawej jakby tylko naszkicowany) — zupełnie jak wtedy. Mimo powrotu czucia na tułowie i teraz nie można było wywołać odruchów brzusznych, natomiast odruchy z moszny znowu się pojawiły. Dziwna rzecz, i teraz przy staniu wypukła się lewa połowa brzucha.

Ze strony kończyn górnych, nerwów mózgowia obecnie, jak wtedy, żadnych anomalii.

Osobnik więc ten w rzeczywistości jest zdrów w zwykłym sensie tego słowa. Nie zmienia tego fakt, że klinicznie dają się wykazać u niego pewne objawy patologiczne. Można słusznie po 10 latach

dobrego samopoczucia uważać, że wyzdrowiał. Sprawa patologiczna rdzenia niema widocznie tendencji do postępu, przeciwnie, do wyrównania zmian, pozostawiła jednak czy to zrosty, zgrubienia w oponach, czy też blizny w substancji rdzenia (ewentualnie z wstępującem i zstępującem wtórnem zwyrodnieniem), które są przyczyną wspomnianych objawów klinicznych.

Gdy po tyu latach przegląda się historię choroby naszego pacjenta, to więcej prawdopodobnem staje się przypuszczenie, że mamy tu do czynienia ze sprawą wewnątrzrdzeniową. Nigdy podczas całego przebiegu nie było bólów odrędkowych, nigdy nie miał chory sztywności albo bolesności kręgosłupa, a i teraz nic nie wskazuje znacniejszego udziału opon. Jest to pewnie dobrotna sprawa myelityczna, możliwa do wyleczenia, zlokalizowana w średnim odcinku grzbietowym, z lewej strony, zajmująca tu bardzo ograniczone terytorium (*Myelitis hemilateralis dorsalis circumscripta* — Oppenheim). Blizsze omówienie diagnozy różniczkowej patrz niżej.

Przypadku tu nie było. Nie tylko nie było dla niego żadnego punktu oparcia, ale cały przebieg przemawiał przeciw niemu: nie było nagłych pogorszeń w postępie sprawy (*schubartige Progression*), właściwych przymiotów rdzenia, wahaniami też w tym ostatnim bywają zupełnie inne, niż te, które tutaj były; tak długa remisja — więcej niż 10 lat — jest bez leczenia w przymiocie nadzwyczajną rzadkością, a przytem, w przeciągu 13 lat, nie było żadnych objawów ze strony żrenic ani też nerwów czaszkowych.

Co doprowadziło do podobnego pocieszającego wyniku — zupełnego prawie wyzdrowienia? Nawet najlepiej udana operacja nie zdziałałaby lepiej. Nie zastosowano żadnego swoistego leczenia przeciwpriemiotowego, nie leczono chorego i arszenikiem. Sam pacjent swoje wyzdrowienie przypisywał ogólnemu wzmocnieniu, oszczędzaniu się, spokojnemu i unormowanemu trybowi życia, kąpielom. Należy wywnioskować, że poprawa nastąpiła samoistnie.

Przyczyny choroby nie udało się wykazać. Jest mało prawdopodobnem, że sprowadziły ją polucye, jak to mniemał cłory, gdyż w takim razie znacznie częściej spotykalibyśmy podobne przypadki, niż to w samej rzeczy ma miejsce.

Spostrzeżenie V dotyczy silnego, przy pierwszym badaniu 21. I. 14 r. 51-letniego rządcy domów W. K., nie dotkniętego przymiotem (Wassermann we krwi ujemny), u którego nie daje się też wykazać żadnego innego powodu. W przeciągu 8—9 miesięcy rozwija się u niego coraz wzrastające osłabienie lewej nogi. Na bóle, parestezye z początku nie narzekał, o ile nie uważać za promieniujące bóle tych, które na początku choroby odczuwał w prawej części brzucha i które lekarz ordynujący brał za kamicę żółciową. Przypuszczenie to wyda się prawdopodobnem, jeżeli wziąć pod uwagę, że brakło znanych objawów wątrobianych, nie było żółtaczki, nie wyczuwało się ani wątroby, ani pęcherzyka, narządy te nie były bolesne na dotyk; w każdym razie bóle te, zdaje się, nie były intensywne i od owego czasu więcej się nie powtórzyły.

Przy badaniu, dokonaniem po 9 miesiącach od początku choroby, wykazuje się umiarkowana pareza

prawej nogi z objawami spastycznymi (wzmoczone odruchy kolanowe i Achillesa, objaw stopowy i Bałbiński z pr. strony), prawy górny odruch brzuszny słabszy niż lewy. Osłabienie czucia wszelkiego rodzaju, szczególnie zaś bólowego i termicznego, dotknęło lewą nogę i rozprzestrzeniło ku górze do wysokości pępka. Zmysł mięśniowy wszędzie zachowany. Narazie brak zaburzeń pęcherzowych. Lekkie zaparcie stolca. A więc wyraźny zbiór objawów Brown-Séquarda.

Zastosowane wcieranie rtęci nie dało żadnej poprawy, przeciwnie nawet pareza zwiększyła się, choć stał się trudniejszym, wszakże nie o tyle, aby pacjent był zmuszonym leżeć w łóżku, wystąpiły zaburzenia pęcherzowe w postaci niepowstrzymanego parcia, potencja znikła, zjawyły się bóle między łopatkami z drętwieniem w prawej kończynie górnej.

W wielkiem mieście uniwersyteckiem za granicą myślano o zabiegu operacyjnem, czasowo wstrzymano się z nim i zaordynowano leczenie enezolem. Wynik był zdumiewający: zupełny powrót czynności nóg, potencji i trwałe zniknięcie zaburzeń pęcherza i kiszki.

Od tego czasu upłynęło więcej niż półtora roku. Stan zdrowia pacjenta naogół był bardzo zadawalający, jest on, jak i dawniej, człowiekiem zdolnym do pracy, jednakże z pewnem zastrzeżeniem, nadajacem przypadkowi temu specjalny charakter. Kilka razy do roku — raz tylko była pauza całoroczna — występowały jakoby wskutek wzruszeń moralnych, pogorszenia, można wprost nazwać je nawrotami, na których obraz składa się głównie słabość prawej nogi, utrudniony chód, zmniejszenie się potencji. Osłabienie w przeciągu kilku tygodni zwiększa się — nie sięga jednak pierwotnej wysokości — i bywa usunięte przez spokój i leczenie enezolem (koło 10 zastrzyknięć), tak że pacjent znowu może zajmować się swoimi sprawami i bez szczególnego zmęczenia chodzić w ciągu całego dnia.

Badanie w okresie pauzy — było ono dokonane więcej niż po 4 latach istnienia choroby — wykazuje oznaki drżmiącego resp. przebytego cierpienia rdzenia, mianowicie ten sam zespół Brown-Séquarda ale w słabszym stopniu. Niema właściwie parezy prawej nogi, tylko stwierdza się tu odruchy spastyczne, zaburzenia czucia z lewej strony sięgają tylko do okolicy pachwinowej, z tyłu do linii pośladkowej.¹⁾

Co właśnie wyróżnia ten przypadek, jak i inne powyższe, to mianowicie okoliczność, że pareza nigdy nie przeszła w porażenie, nawet na wysokości cierpienia — mniej więcej w 9 miesięcy od początku choroby. I zaburzenia pęcherza oraz jelit były nieznaczne, było tylko niepowstrzymane parcie na urynę oraz zaparcie stolca. Tylko potencja na wysokości choroby zupełnie znikła. Zaburzenia czucia były również nie tak wielkie, nigdy nie było zupełnego znieczulenia, a tylko zmniejszenie mianowicie czucia bólowego i termicznego (dysocjacyjna pareza

¹⁾ Przypisek przy korekcie. Ostatni list od pacjenta z 27. X. 18 brzmi: stan mego zdrowia nie zmienił się, jestem człowiekiem zdolnym do pracy, wymagającej dużo chodzenia. Jak tylko poczuje palenie, przeważnie w lewej nodze, to robię zastrzyki enezolem, ostatni raz w czerwcu r. b., i to mi bardzo pomaga.

czucia). Zdawało się także, że górna granica zaburzeń czucia ulegała zmianie i obniżala się w ciągu paru tygodni. Samoistne bóle oraz parestezye nie stanowiły żadnego wybitnego objawu, chory tylko przelotnie narzekał na bóle w krzyżu i między łopatkami; może w początku choroby pewną rolę odgrywały bóle międzyżebrowe, ale to nie jest zupełnie pewne.

Najciekawszym jednak jest fakt, że po okresie postępu choroby, trwającym około $\frac{3}{4}$ roku, nastąpiło ustępowanie objawów i nawet zupełny powrót funkcji już po niewielu miesiącach. Nie będziemy rozstrzygać pytania, czy nastąpiło to pod wpływem działania enezolu, głównej składowej jego części rtęci, gdyż leczenie wcieraniem szarej maści, na kilka tygodni przedtem, nie dało żadnego wyniku; tak samo trudno przypisać ten wynik arzenikowi, zasługuje jednak na wzmiankę fakt, że w paru pomyślnych spostrzeżeniach Boettigera również stosowano arzenik.

Wobec opisanych zaburzeń odruchów brzusznych oraz czucia, należy przypuszczać, że zachodzi tu zachorzenie rdzenia na wysokości około 8—11 odcinka grzbietowego i to prawej połowy. W podobnych przypadkach na myśl przedewszystkiem przychodzi guz rdzenia *resp. meningitis serosa circumscripta*. Atoli już wtedy brałem pod uwagę możliwość istnienia omawianego tu typu chorobnego. Wszakże przyznać muszę, że po bezskutecznej próbie z leczeniem swoistem, rozważałem ewentualność zabiegu operacyjnego. I w B. była o tem mowa, zwlekano tam jednak i na razie wypróbowano działania enezolu, jak przebieg późniejszy pokazał, słusznie.

Nizej, w ogólnem zestawieniu rozpatrzmy kwestyę, dlaczego wydaje się prawdopodobnem, że jest to sprawa wewnątrzrdzeniowa, następnie jakiego rodzaju zachodzi tu sprawa anatomiczna, która, rozwijając się już z początku z niewielkim natężeniem, zaczyna ustępować, pozostawiając, że tak powiemy, kliniczne odchylenia, jak wzmoczenie odruchów ścięgnistych, objaw Babińskiego; po pewnym czasie (od 2 miesięcy do roku) znowu występuje na widownię, nie dosięgając już poprzedniej, skromnej zresztą wysokości.

Jasnem jest, że te wszystkie 5 przypadków mają łączność z sobą, stanowią jedną grupę, nie jedynie z tego tytułu, że wykazują zbiór objawów Brown-Sequarda, lecz że to ostatnie posiada jedno i to samo piętno. Wszystkie przypadki dotyczą mężczyzn w wieku dojrzałym, między 30 a 50 rokiem życia (w chwili zachorowania chorzy liczyli 29, 30, 38, 47, 50 lat). Syfilis w grę nie wchodził i obraz kliniczny, jak to zobaczymy, nie odpowiadał obrazowi właściwemu dla syfilisu rdzeniowego. Brak usposobienia do gruźlicy; kręgi zdrowe (co stwierdzono rentgenogramem). Nie poprzedzała żadna infekcja, ani intoksykacja, w szczególności nie było ani alkoholizmu, ani choroby krwi, ani anemii. Większość chorych byli to krzepcy, o tęgich mięśniach mężczyźni. Etiologii nie dało się wogóle wykryć. Nawiasem dodam, że jeden z chorych wska-

zywał częste polucye, inny czynił odpowiednie działania za nasilenia choroby troski i wysiłek fizyczny. Ze wszyscy moi pacyenci byli żydzi, jest to może wynik swoistości materiału, jakim rozporządzam; ale rzecz dziwna, a chyba nie przypadkowa, że chorzy Oppenheima również byli żydzi (rosyjscy).

Obraz chorobny jest dość jednostajny—słabo wyrażony syndrom Brown-Sequarda, ale szczególnego charakteru. Początek niewyraźny, stopniowy, tak iż chorzy początkowo bądź wcale nie szukają pomocy lekarskiej, bądź uchodzą za neurasteników. Sprawa ta zazwyczaj zaczyna się od parestezyi, zwłaszcza termicznych, w jednej nodze, albo jej odcinku, rzadziej w jednej połowie brzucha. Z pomiędzy 5 chorych było 2, którzy jako pierwszy objaw podawali fakt, że w kąpieli jedna noga odczuwała ciepło wody gorzej i inaczej, niż druga. O wiele rzadszy jest początek z bólami w rzeczonych okolicach; a i wtedy bóle te nie są intensywne, nie uporczywe, nie ograniczone do jednego lub paru obrębów korzeniowych, lecz bardziej rozlane, np. w całej jednej połowie brzucha; są one zresztą niedługotrwałe i wkrótce giną. I bóle krzyża i kręgów nie są znaczne. Bolesność na ucisk wyrostków ciernistych prawie nieobecna, lub występuje bardzo niestale. Brak sztywności kręgosłupa lub jakiegokolwiek skrzywienia. Jednym z najwcześniejszych objawów, powtarzających się we wszystkich spostrzeżeniach, było osłabienie potencji, aż do utraty jej zupełnej. Niekiedy ten właśnie objaw kieruje chorego do lekarza.

Zaburzenia pęcherzowe należą do zwykłych i wczesnych skarg pacjentów. Najczęściej istnieje tylko niepowstrzymane parcie na mocz, rzadziej pewien stopień nietrzymania moczu, które najczęściej występuje tylko w nocy. Do znaczniejszych zaburzeń czynności pęcherza w moich przypadkach nie dochodziło, nie wypadało uciekać się do cewnikowania, brakło też następstw nietrzymania moczu, jak zapaleń pęcherza i t. p. Zaburzenia odbytnicze mało co występują na jaw; zazwyczaj istnieje zaparcie, rzadko, i przemijająco tylko, nieznaczna niewydolność zwieracza.

Zazwyczaj nie ma się okazji obserwowania chorego od początku choroby lub też nie zwraca się należytej uwagi na jego subiektywne dolegliwości, tak iż nie zna się dokładnie kolejności objawów, specjalnie zaś nie wiadomo ściśle, kiedy zjawia się rozwinęty już zbiór objawów Brown-Sequarda. Zdaje się, że osłabienie nóg, zwłaszcza zaś

jedną, daje się zauważyć dopiero po miesiącach. Chory męczy się szybciej, niż dawniej, ale jest to nieznaczne utrudzenie w chodzeniu, nie zakłcające mu poważnie jego zajęć. Niekiedy, jak w przypadku L., wcale niema skarg na osłabienie nóg. Niekiedy ma się wrażenie, że zaburzenia czuciowe zbiegają się w czasie z ruchowymi.

Gdy się bada chorego w tym okresie, a więc po upływie kilku miesięcy, jest się w pewnej mierze zaskoczonym, że się stwierdza oznaki syndromu Brown-Sequarda. Na czuciowo dotkniętej nodze stwierdzamy rozszczepione porażenie czuciowe, a więc obniżenie uczucia bólowego i termicznego; czucie dotykowe i zmysł mięśniowy pozostają nie naruszone. Zaburzenie czuciowe rozszerza się mniej lub więcej wysoko na tułów. Na przeciwległej nodze głównie peryferyczne odcinki, palce i stopa, ulegają niedowładowi. Jakkolwiek zarówno czuciowe, jak i ruchowe zaburzenia są słabo wyrażone, tak dalece, że przy badaniu pobieżnym można je przeoczyć, to jednak pierwsze, zdaje się, są silniej zaznaczone, niż niedowład ruchowy. Jednakże do analgezji i grubych braków zmysłu termicznego rzecz nie dochodzi. Stale też brak pasa naczulności na tułowiu.

Wydatne zato są zaburzenia ze strony odruchów, stałem jest wzmożenie odruchów ścięgowych dolnych kończyn aż do nieznacznego *clonus* po stronie paretycznej, po tej stronie jest odruch kolanowy w każdym razie mocniejszy niż na nodze czuciowo porażonej, i tam tylko obecny jest zazwyczaj objaw Babińskiego. Przy drażnieniu stopy po stronie porażenia czuciowego dawało się najczęściej stwierdzić rozstawianie 4 ostatnich palców, zwłaszcza małego oraz brak poruszenia palucha. Odruchy brzuszne zaznaczane bywały bądź jako nieobecne, bądź nierówne, to jest po stronie paretycznej osłabione lub wygasłe, bądź wszystkic 3, bądź tylko jeden z nich—objaw, jak wiadomo, wysokiej wartości rozpo-

znawczej. W tym samym sensie i jako wyraz niedowładu mięśni brzusznych, tłomaczyć wypadło w jednym przypadku większe wypuklenie dolnej części brzucha po jednej stronie.

Już w tym okresie rozwoju choroby, jej stopniowego postępu, zdarzają się w większości przypadków wahania, ale nie owe drobne, szybko przemijające, właściwe prawie każdej chorobie; tu są one bardzo wyraźne, trwają dłuższy czas, tak iż zdawać się na razie może, że cierpienie ma tendencję do ustępowania. Ale tylko rzadko udaje się i obiektywnie stwierdzić polepszenie w postaci obniżenia się górnej granicy zaburzeń czuciowych, które się dokonać może nawet w ciągu paru dni. Z pomiędzy 5 przypadków tylko w jednym nie zanotowano wahań. Naogół wszakże, w tym okresie choroby przebieg jest, mimo tych wahań, postępujący.

Do zupełnego rozwoju cierpienia upływają miesiące, niekiedy lata. W rzadkich przypadkach rozwój aż do szczytu wydaje się być szybszy, ograniczony do niewielu miesięcy. I na wysokości cierpienia natężenie objawów jest tylko średnie. Sprawa nie dochodzi do porażen, sprawność i zdolność zarobkowa pacjentów mało co ucierpiały. Wszyscy chorzy byli przychodni. I teraz, w ośrodku choroby dominują najczęściej parestezye termiczne. Obiektywnie nic prawie się nie zmieniło, zarówno co do odruchów jak i stopnia hypalgezji i termohypestezyi.

Następuje okres stacyonarny, podczas którego objawy pozostają na osiągniętej wysokości i który trwać może miesiące i lata; przypadek III. jeszcze po 13 latach zdaje się być w tej fazie choroby. I w tym okresie zdarzają się wahania, o których wyżej wzmiankowano. Niekiedy, jak w przypadku IV, okresu tego zdaje się brak, lub też bywa on krótkotrwały; raczej ma się wrażenie, że choroba z okresu postępującego przechodzi bezpośrednio w okres regresyjny, o którym zaraz poniżej.

(Dok. n.).

Przegląd bibliograficzny.

Dr St. Kopczyński. Wskazówki do badań higieniczno-szkolnych. (Prowadzenie „Karty Zdrowia“). Warszawa. 1918. Wydawnictwo Wydziału Opieki Państwowej nad Dzieckiem i Matką Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Jedną z najważniejszych czynności lekarza szkolnego—to peryodyczne oględziny młodzieży szkolnej, badanie jej strony fizycznej i psychicznej oraz prowadzenie t. zw. „karty

zdrowia“, t. j. wypełnianie specjalnego dla każdego ucznia szematu. Nie posiadaliśmy jednak dotychczas broszury, w którejby dokładnie były podane wskazówki, jak te oględziny prowadzić należy i w jaki sposób swoje spostrzeżenia notować. Dlatego też „Wskazówki“ dra Kopczyńskiego ukazały się bardzo na czasie.

Znajdujemy tu nader dokładną instrukcję, jak należy badać wzrost, wagę uczniów.

obwód klatki piersiowej, siłę mięśniową, budowę, odżywianie i ukrwienie, stan skóry i włosów, wzrok i stan oczu, słuch i stan uszu, jamę nosowogardłową i t. p. Na szczególną uwagę zasługują i specjalnie szczegółowo zostały opracowane wskazówki, jak badać kościec, stan kręgosłupa i sferę seksualną. W końcu broszury podana została instrukcja dla lekarzy szkolnych w zakładach naukowych średnich męskich i żeńskich, opracowana przez komisję międzyministerialną do spraw higieny szkolnej; prócz tego znajdujemy tu wzory formularza, przesyłanego do opieki domowej w sprawie czynności lekarza szkolnego oraz formularza, wręczanego uczniowi dla powiadomienia jego rodziców o wynikach badania; w końcu załączony został kwestyionaryusz w sprawie warunków domowych ucznia.

Broszura zaopatrzona jest na wstępie w odezwę do lekarzy szkolnych, w której autor zwraca się do nich z usilnem poleceniem należytego wypełniania szczytnych obowiązków, jakie im przypadają w udziale: czuwania nad całokształtem zdrowia młodzieży szkolnej, bronięcia idei równorzędności wychowania fizycznego z wychowaniem umysłowem, wcielanie w czyn zasady indywidualizacji nauczania, wreszcie dodatnie oddziaływanie na uczniów podczas samych oględzin przez wdrażanie w nich zdrowych przyzwyczajeń higienicznych.

Z gorących słów tej odezwy widać, jak szczerze i głęboko autor sprawę higieny szkolnej umiłował.

Nie potrzebujemy oczywiście dodawać, że broszura ta powinna się znaleźć w każdym zakładzie naukowym w ręku lekarzy i pielęgniarów szkolnych.

T. Jar.

Dr St. Kopczyński. Co samorządy miejskie dla spraw higieny szkolnej zrobiły, a co zrobić powinny. Warszawa. 1918. Referat, odczytany na Zjeździe przedstawicieli Związku Miast w kwietniu r. b.

W celu zaznajomienia się ze stanem szkół w miastach Królestwa Polskiego pod względem higienicznym, autor za pośrednictwem Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego zwrócił się z kwestyionaryuszem higienicznoszkolnym do wszystkich magistratów polskich miast i miasteczek i na podstawie tego materiału doszedł do nader pouczających wniosków.

Okazało się przede wszystkim, że na 113 miast, które nadesłały odpowiedzi, tylko w 14-tu zaprowadzony został dozór higienicznolekarski. Instytucji lekarzy szkolnych dla szkół miejskich nie posiada wcale Lublin,

Piotrków, Kalisz, nie mówiąc już o wielu miastach powiatowych, niektóre zaś miasta, jak Łódź, Częstochowa, Łomża, dopiero w roku bieżącym organizują dozór higienicznolekarski nad szkołami. Jest to fakt nader smutny, zwłaszcza, gdy zważymy, że np. w Lublinie liczba dzieci w szkołach miejskich wynosi 4166, w Piotrkowie 2499, w Tomaszowie 2800 i na tyle dzieci niema w tych miastach ani jednego lekarza szkolnego.

Inne pytanie kwestyionaryusza dotyczyło pomocy ambulatoryjnej dla dziatwy szkolnej. Z odpowiedzi wynikało, że sprawa ta została postawiona dobrze tylko w Warszawie i Łodzi, w pozostałych miastach organizacja tej sprawy pozostawia wiele do życzenia. Zwłaszcza, gdy chodzi o nader ważną dla sprawy higieny szkolnej pomoc ambulatoryjną, dentystyczną i okulistyczną—fakt ten należy uważać za nader ujemny. Podobnie niekorzystnie wypadły odpowiedzi w sprawie korzystania przez dziatwę szkolną z natrysków i kąpeli: z 113 miast tylko 23 zajęły się tą sprawą, a 90 miast wcale tej kwestyi nie poruszało. Szwankuje też wydawanie posiłku w szkołach, a jak ta pomoc jest ważna dla dziatwy, dowodzi fakt, że według ankiety w Warszawie 19% dzieci przychodzi do szkoły naczczo, 16% zaś jada w domu raz dziennie.

Sprawa wychowania fizycznego w szkołach pozostawia również wiele do życzenia, w większości miast bowiem gimnastyki uczyć nie specjaliści, lecz nauczyciele ogólni. Rzadko które miasta posiadają boiska do gier i zabaw. Co do samych budynków szkolnych, to sprawa ta poza prowincją stoi źle przede wszystkim w Warszawie, która zdobyła się tylko na 3 specjalnie wzniesione dla szkoły budynki (dla porównania przytoczyć warto, że o połowę mniejszy Sztokholm posiada 30 wzorowych gmachów szkolnych).

Na podstawie tego cennego materiału, zebranego drogą kwestyionaryusza, z którego tylko ważniejsze pytania przytoczyliśmy, autor stawia szereg postulatów higienicznoszkolnych, wymagających możliwie szybkiej realizacji ze strony samorządów miejskich w Polsce. Prócz tego broszura zaopatrzona jest w szereg aneksów, jak: najważniejsze wymagania higieny z zakresu budownictwa szkolnego, regulamin dla lekarza szkolnego miejskiego oraz dla pielęgniarów szkolnych, przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych w szkole i t. p.

Nader interesującą broszurę dra Kopczyńskiego, wybitnego u nas znawcy higieny szkolnej, możemy polecić każdemu, interesującemu się tą ważną sprawą.

T. Jar.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zesz. 7—10 Seryi XXII Odczytów klinicznych, obejmujący pracę dra Władysława Janowskiego p. t. „Prawidło-

wa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu w kilku innych stanach chorobnych“.

— Fundusz rezerwowym im. dra Mi-kołaja Rejchmana na rzecz „Gazety Lekarskiej” w sumie 3000 mk. złożony został na ręce kol. J. Jaworskiego przez p. inż. St. Rejchmana, syna zmarłego, w imieniu Rodziny tegoż, dla uczczenia Jego pamięci.

Dar ten odpowiada intencjom ś. p. M. Rejchmana, który nie tylko przez swe prace naukowe, które Mu zapewniły imię w nauce, „Gazetę Lekarską” popierał, lecz zawsze, w razie potrzeby, materialnie współdziałał, gdy chodziło bądź o samą „Gazetę Lekarską”, bądź o jej wydawnictwa; będzie on drogą pamiątką po nieodżałowanym kole-dze dla wydawnictwa, z którym łączyły Go—pra-ca, oraz ideały i dążenia.

— Z pośród młodzieży, zwłaszcza akademi-ckiej, która wstąpiła do wojska, wielu osobników zapadło na zdrowiu już w ciągu pierwszego tygo-dnia. Kandydaci przyjmowani są bez wyboru i bez badania lekarskiego, albo też badanie odby-wa się w sposób powierzchowny i w bardzo złych warunkach higienicznych. Młodzież wartuje nieraz po kilkanaście godzin w zwykłym ubraniu, co na-

raża na choroby nawet osobniki skądinąd zdrowe. Szanujemy święty zapał młodzieży do służby oby-watelskiej, rozumiemy trudne okoliczności, w jakich się odbywa werbunek, ale nie możemy zapominać, że chodzi tu o zdrowie i życie kwiatu naszej mło-dzieży, naszej nadziei i ostoji. Należy jaknajprędzej i od samego początku zorganizować dokładne oglę-dziny lekarskie, rozłożyć nad nowozaciężnymi tro-skliwy nadzór sanitarny, ażeby nie zapełniać sze-regów naszego wojska materiałem niezdatnym, który potem zalega lazarety i staje się niezdolnym do pracy na innym polu; żeby nie zmarnować ani jednej siły, mogącej się przydać Ojczyźnie. W do-brze zorganizowanych armiach całego świata zwró-cona jest w czasach obecnych baczna uwaga na zdrowotność wojska, na odpowiednie dobieranie żołnierzy.

— Towarzystwo Lekarskie Kra-kowskie nie mogło odbyć posiedzenia w d. 23 b. m. z powodu zachorowania prelegentów na grypę.

— We Lwowie wznowiono po 4-letniej przer-wie wydawnictwo „Ruchu filozoficznego” pod re-dakcją prof. Twardowskiego.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie magistra Klawego o hemogenie i arsohemogenie.

Od Administracji.

Gazeta Lekarska jest jedynym pismem lekarskim polskim, które przez cały czas ubie-głej wojny, pomimo rozlicznych przeszkód i strejków, wychodziło bez przerwy. W miarę sił i w miarę tego, jak pozwalały krępujące warunki rządu okupacyjnego, staraliśmy się, obok działów specjalnych, uwzględniać w wiadomościach bieżących to wszystko, co w danej chwili zasługiwało na uwzględnienie.

Pomimo znacznego wzrostu cen druku i papieru, wydawaliśmy pismo na warunkach przedwojennych, t. j. nie podwyższając opłaty prenumeracyjnej. Obecnie jednak, pomimo skończonej wojny, zmuszeni jesteśmy prenumeratę Gazety podnieść, gdyż koszt druku i pa-pieru wzrosły przeszło o 200%, a zasoby materialne Gazety w ciągu ubiegłych lat 4-ch wyczerpały się prawie zupełnie.

Powiększamy natomiast każdy numer o 4 strony i, zależnie od warunków, w jakich pracować będziemy w roku przyszłym, starać się będziemy powrócić do rozmiarów przed-wojennych.

Prenumerata Gazety od 1 stycznia 1919 wynosić będzie:

w Warszawie rocznie marek 36, półrocznie marek 18,
na prowincyi „ „ 40, „ „ 20.

Wyjątkowo wysoka cena papieru wymaga ustalenia nakładu pisma, zwracamy się przeto z prośbą do wszystkich prenumeratorów prowincjonalnych o nadesłanie prenu-meraty przed Nowym Rokiem, miejscowych zaś abonentów prosimy o zawiadomienie, czy życzą sobie nadal pismo otrzymywać.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
K. Zieliński. Jan Raum. Wspomnienie pośm.	377	Przegląd bibliograficzny. St. Kopczyński.	
A. Ciechomski. Rzadki przypadek gruczol- laka dobrotliwego w przewodzie wątro- bnym. Przyczynę do kazuistyki nowo- tworów dróg żółciowych (dok.)	378	Wskazówki do badań higienicznoszkolnych St. Kopczyński. Co samorządy miej- skie dla spraw higieny miejskiej zrobiły, a co zrobić powinny. Ocenil T. Jar.	386
S. Goldflam. O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda (c. d.)	381	Wiadomości bieżące.	387

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

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

Administracja otwarta w dni powszednie od 4^{1/2} 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.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, pół-
rocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75
na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska
Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu **Popiela i Zweigbauma**
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu **prof. A. Dieudonné'go.**

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez **Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.**

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. **H. N u s b a u m a.**

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra **R o m a n a J a s i ń s k i e g o.**

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. **O s k a r a W i d m a n a.**

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra **R o t h e g o.**

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracji.

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.

POLSKA KRAJOWA
LOTERYA
KLASYCZNA



R. G. O.

Warszawa, ul. Kredytowa 4.

**4-ta Loterya Klasyczna Rady Głównej Opiekuńczej na II pół-
rocze 1918 r.**

SUMA
WYGRANYCH **6 milionów 440 tys. mar.**

Wielka wygrana: pół miliona marek.

Ciągnięcie 5 klasy od 29 listopada do 21 grudnia 1918 r.

Losy 5 klasy już są w sprzedaży.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.