

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 44.

Warszawa d. 3 Listopada 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o kryoskopii wysięków i przesięków. Podał I. Maliniak. — Przypadek szwu tętnicy udowej. Podał Jan Świątecki. — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski. (Ciąg dalszy). — Krytyka i Bibliografia. Sprawy szkolne i wychowawcze. — Ustawa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. (Ciąg dalszy). — Spis prac oryginalnych lekarskich za październik. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

‘GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r I. Maliniak — Quelques remarques sur la cryoscopie des exudats et des transudats. 2) D-r J. Świątecki — Un cas de suture de l'artère fémorale. 3) D-r W. H. Krajewski — Lithiase chronique du ductus choledochus.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r I. Maliniak — Einige Bemerkungen über die Kryoskopie der Exudate und Transsudate. 2) D-r J. Świątecki — Ein Fall von Naht der Arteria femoralis. 3) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z Oddziału doc. d-ra med. Wł. Janowskiego
w szpital. Dz. Jezus.

Kilka uwag o kryoskopii wysięków i przesięków.

Podał

I. MALINIĄK

asystent oddziału.

Gdy przed kilku laty BECKMAN zmodyfikował przyrząd do określania punktu zamarzania płynów, a tem samem dał możność określania

na drodze pośredniej ciśnienia osmotycznego różnych roztworów, rozpoczął się wśród lekarzy żywy ruch w kierunku odnośnych badań. Ponieważ nie mogło ulegać wątpliwości, że prawa osmozy i dyfuzji odgrywają wybitną rolę w sprawach, zachodzących w ustroju, przypuszczano więc, że nowa ta metoda da obfite wyniki i wyjaśni wiele pytań teoretycznych i praktycznych. Kwestya tworzenia się wysięków i przesięków w jamach ciała i ich znikanie, jako sprawa najbardziej zależna od wpływów osmozy i filtracji, tem samem zajęła badaczy.

Wychodząc z założenia, że punkt zamarzania krwi w warunkach normalnych jest wielkością stałą, przypuszczano, że określenie punktu zamarzania płynu, otrzymanego z opłucny lub otrzewny, da bezpośrednio odpowiedź na pytanie, czy płyn będzie ulegał wchłanianiu, czy też nie. Opierano się przytem na znanym fakcie, że jeżeli mamy dwa płyny o różnej koncentracji osmotycznej, rozdzielone błoną nawpół przepuszczalną (za jaką można uważać śródbłonek otrzewny lub opłucny i ściany naczyń włosowatych), to dążyć one będą do wyrównania stężenia, a mianowicie, woda przesiąkać będzie z płynu mniej stężonego do płynu bardziej nasyconego, czyli w zastosowaniu do wysięków: o ile stężenie osmotyczne wysięku będzie większe, niż stężenie krwi, woda będzie przesiąkała ze krwi do wysięku, t. j. ilość płynu będzie wzrastała, o ile zaś stężenie wysięku będzie mniejsze, ilość jego będzie się zmniejszała.

Badania odnośne wykazały jednak wkrótce, że stosunki te nie są tak proste, i że bezpośrednio odpowiedzi na te pytania otrzymać nie można. Gdy przesadne nadzieje, pokładane w nowej metodzie, nie urzeczywistniły się, zainteresowanie się kryoskopią w klinice, zwłaszcza, co się dotyczy przesięków i wysięków, zmniejszyło się, gdyż przekonano się, że stare metody badania dawały prawie też same rezultaty.

Dopiero niedawno HIS¹⁾ znów zwrócił uwagę na tę kwestję, i na zasadzie danych MEYER'a¹⁾, dochodzi do pewnych konkretnych wniosków. Badania MEYER'a wskazują, że porównanie obniżenia punktu zamarzania przesięków lub wysięków oraz krwi pozwala wnioskować, czy płyn ulega wchłanianiu, narasta lub pozostaje bez zmiany. W pierwszym przypadku obniżenie punktu zamarzania jest dla płynu większe, niż dla krwi (większe ciśnienie osmotyczne płynu), w drugim jest dla obu równe, w trzecim zaś obniżenie punktu zamarzania jest dla płynu mniej-

sze, niż dla krwi. Z danych tych wyprowadza HIS wniosek, teoretycznie bardzo ważny, że przy tworzeniu się i wchłanianiu wysięków oraz przesięków bardzo ważną rolę odgrywają życiowe własności opłucny i otrzewny, gdyż na zasadzie samych tylko praw osmozy należałoby oczekiwać wyników wprost przeciwnych.

Ponieważ, na wniosek doc. d-ra W. JANOWSKIEGO, w przeciągu kilku lat (od września 1901 r.) zajmowałem się badaniem kryoskopowem różnych płynów ustroju, pozwolę sobie zestawić pokrótce zebrany materiał (72 przypadki badane 92 razy) i wyprowadzić wnioski, do jakich mnie on, zdaniem mojem, upoważnia.

W badanych płynach: wysięki i przesięki z jamy opłucny i otrzewny, płyny z tkanki podskórnej i z nakłucia kanału kręgowego, określałem zazwyczaj, oprócz punktu zamarzania (w przyrządzie BECKMAN'a), ciężar gatunkowy, ilość białka w albuminimetrze ESSBACH'a (przy rozcieńczeniu 1 : 5 lub 10, a w płynach, zawierających mało białka, bez rozcieńczenia); w pewnej części przypadków określałem nadto zawartość NaCl²⁾ (w 13 przypadkach) oraz popiół³⁾ (w 10 przypadkach). Ponieważ jednak z zestawienia wyników tych ostatnich określeń nie mogłem wyprowadzić żadnych wniosków, omawiać ich szczegółowo nie będę, porzeczając na umieszczeniu w tablicach odnośnych cyfr.

W badaniach moich miałem na względzie rozstrzygnięcie dwóch pytań: 1) czy można odróżnić na zasadzie kryoskopii płyn wysiękowy od przesiękowego; 2) czy można znaleźć na zasadzie kryoskopii kryterium do orzeczenia,

²⁾ Zmodyfikowaną metodą Martius'a.

³⁾ Zważony płyn, po wysuszeniu, węglałem w tyglu platynowym, wylugowywałem z węgla gorącą wodą sole rozpuszczalne i odfiltrowywałem przez bezpopielny filtr; przepalałem mocno pozostały węgiel wraz z filtrem (po wysuszeniu go przy niskiej temperaturze), a roztwór rozpuszczonych soli stężałem na kąpieli wodnej; po doprowadzeniu filtratu do małej objętości wlewałem go do tygla z przepalonymi siłami nierozpuszczalnymi, wysuszałem w piecyku przy temperaturze 400°, a później 1100° i słabo już tylko przepalałem dla uniknięcia strat przez ulatnianie łatwiej lotnych związków. Po doprowadzeniu do stałej wagi ważyłem.

¹⁾ D. Archiv f. Klin. Medicin. 1905 r. Bd. 85. II. 1—2. P. 149 oraz 164.

w jakiej fazie płyn się znajduje: narastania, wchłaniania lub trwania bez zmiany. W kilku przypadkach badałem płyny z różnych jam, a w niektórych (7 przyp.) porównywałem obniżenie punktów zamarzania płynu i krwi. Przejdźmy teraz do rozpatrzenia tablic.

(Patrz tablice w numerze następnym).

Tablica I obejmuje 25 przypadków surowiczego zapalenia opłucny, z których większość rozwinęła się na tle gruźliczem; zmiany gruźlicze u niektórych chorych były bardzo nieznaczne. Przeciętna cyfra dla obniżenia punktu zamarzania wynosi — $0,528^{\circ}$; wahania w granicach od — $0,49^{\circ}$ *minimum* (1 przypadek) (N. 4. Tab. I) do $0,57^{\circ}$ — *maximum* (3 przypadki).

Tablica II.

Ropne zapalenia opłucny w 3 przypadkach (z 4 badanych) dały mi cyfry analogiczne do otrzymanych przy wysiękach surowicznych, t. j. — $0,54$; — $0,545$; — $0,56$; w czwartym jednak otrzymałem $\delta = -0,64$. Gdybym wliczył tę ostatnią cyfrę, otrzymałbym przeciętną — $0,57$; nie uważam się jednak za uprawnionego do wnioskowania, gdyż, niestety, materiał ropny był na naszym oddziale zbyt mały.

Tablica III.

Tablica III obejmuje 14 przypadków przesieków opłucny, głównie w zapaleniu nerek. Nie zgrupowałem oddzielnie przesieków sercowego pochodzenia, gdyż prawie wszystkie były powikłane przez sprawę nerkową. Przeciętna wynosi — $0,592$; wahania od — $0,560$ (1 przypadek) do — $0,64$ (2 przypadki); po za tem w jednym przypadku $\delta = -0,53$; w przypadku tym było po drugiej stronie ognisko zapalne w płucu. Obniżenie punktu zamarzania było w grupie III znacznie większe, niż w I, a nawet II.

Tablica IV A.

Przeciętna więc punktu zamarzania w zapaleniu gruźliczem otrzewny wynosiła — $0,524$ (na 5 badań); *minimum* $0,51$ (2 przyp.), *maximum* $0,56$ (1 przyp.).

Tablica IV B.

W rakowatym zapaleniu otrzewny, obniżenie punktu zamarzania jest znacznie większe, a mianowicie przeciętnie (3 przypadki na 5 badań) $0,562^{\circ}$ (*minimum* $0,55$, *maximum* $0,58$).

Tablica V A.

Jak widać z poniższego zestawienia przypadków puchliny wodnej brzucha w sprawach sercowych i nerkowych, przeciętna z 10 badań wynosi — $0,573$; *minimum* $0,55$ (tylko jeden przypadek $0,525$), *maximum* $0,62$ (2 przyp.).

Tablica V B.

W marskości wątroby przeciętna dla 4 przypadków wynosiła — $0,589$; *minimum* $0,545$; *maximum* $0,66$, przyczem zauważyć należy, że ta cyfra znacznie jest wyższa od wszystkich pozostałych; przeciętna dla wszystkich 14 przypadków grupy V A i B wynosi — $0,578$.

Tablica VI.

Przeciętna płynu obrzękowego z nóg dla 7 przypadków wyniosła $0,584$; przyczem porównywałem tylko obniżenie punktu zamarzania płynów, otrzymanych bezpośrednio po wprowadzeniu trójgrańców pod skórę, gdyż, w miarę wyciekania płynu, ciśnienie osmotyczne jego ulega zmniejszeniu niejednakowemu, w każdym poszczególnym przypadku. *Minimum* wynosiło — $0,53$ w jednym tylko przypadku, *maximum* — $0,64$.

Tablica VII.

Co się tyczy płynów, otrzymanych z kanału kręgowego, to, jak widać z tablicy VII, płyny w sprawach zapalnych (N. 1 i 2) dają mniejsze obniżenie punktu zamarzania, niż płyn w zapaleniu nerek (N. 2 $\delta = -0,68$) i u chorego z obrzękiem mózgu (N. 3 dzień *ante exitum*). Przypadek, w którym żadnych objawów ze strony opon nie było, miał obniżenie pośrednie między obydwoma grupami (N. 5 $\delta = -0,57$).

Tablica VIII.

Z zestawienia przeciętnych cyfr obniżenia punktu zamarzania różnych płynów widzimy, że

na ogół płyny zapalne we wszystkich jamach ciała wykazują mniejsze obniżenie, niż płyny prześiękowe. Dane te nie pozwalają jednak stanowczo odróżnić wysięku od prześięku, gdyż cyfry od — 0,53 do — 0,57, a nawet — 0,58 spotykamy zarówno w prześiękach, jak i w wysiękach. Można jednak ze znacznym prawdopodobieństwem powiedzieć, że, o ile obniżenie punktu zamarzania wynosi — 0,50 lub mniej, to mamy do czynienia z wysiękiem, a przy — 0,60 lub więcej — z prześiękiem. Jednakże co do płynów ze znacznym obniżeniem punktu zamarzania uczynić należy zastrzeżenie, że, o ile płyn taki ma wyraźne inne cechy płynu zapalnego, to sprawa zapalna rozwinęła się, według wszelkiego prawdopodobieństwa, na tle starego prześięku. W przypadkach więc wątpliwych, które nie raz spostrzegać się dają, obniżenie punktu zamarzania może być pomocne dla różniczkowego rozpoznania we wspomnianym kierunku.

(D. n.).

Ze szpitala Ujazdowskiego.

PRZYPADEK SZWU TĘTNICY UDOWEJ.

Podał

JAN ŚWIĄTECKI.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Sekcji chirurgicznej Warsz. Tow. Lek.).

D. 8 stycznia 1906 r. dwudziestokilkoletni stójkowy cyrkułu praskiego przy godzeniu bijących się rekrutów dostał pchnięcie nożem w lewe udo; po otrzymaniu rany zdążył jeszcze podbiec kilkanaście kroków i zastrzelić swego przeciwnika, poczem upadł; podjęło go Pogotowie i przywiozło do szpitala Ujazdowskiego, gdzie lekarz dyżurny zdjął prześięknięty krwią opatrunek i wytamponował mocno gazą krwiąwiącą ranę na zewnętrznej powierzchni górnej

części uda. W karcie szpitalnej odnotowano, że chory był biały, jak kreda, bez tętna, tak że zastosowano autotransfuzję przez zabandażowanie kończyn dolnych i wiano pod skórę dwa litry roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Nazajutrz skonstatowano obrzęk całej kończyny dolnej lewej (zranionej).

Chory zaczął silnie gorączkować (do 40° C.), tak że 3 dnia po zranieniu wyjęto z rany tampon, z obawy jednak nowego krwotoku ranę skórą zaszyto.

15 stycznia po raz pierwszy widziałem chorego, skonstatowałem guz tętniący, rozlany w górnej części przedniej powierzchni uda i, rozpoznawszy tętniak urazowy tętnicy udowej, przystąpiłem niezwłocznie do operacji, którą odrazu zaprojektowałem jako zaszycie rany w tętnicy, o czym uprzedziłem asystujących mi kolegów. Podczas gdy jeden z nich przyciskał palcem tętnicę do kości łonowej, poprowadziłem cięcie podłużne przez środek tętniącego guza, wygarnąłem dużo skrzepów z rany, dodałem cięcie poprzeczne nazewnątrż przez mięsień krwiożerny i wtedy w tętnicy udowej, na 10 ctm. poniżej więzu POUPART'a, dostrzegłem ziejącą owalną ranę podłużną, długości $\frac{3}{4}$ ctm., szerokości $\frac{1}{3}$ ctm. Rana ta podczas przyciskania tętnicy do kości łonowej nie krwawiła, gdy jednak złagodzone trochę ucisk, krew z niej trysnęła strumieniem. Nałożyłem szew ciągły z cienkiego jedwabiu, wkluwając igłę mniej więcej na odległości jednego milimetra od brzegów (zrobiłem cztery ułucia) — i szew ten okazał się zupełnie wystarczającym: rana przestała krwawić zupełnie. W obawie następczego krwotoku ranę mięśniową i skórą, pomimo że chory gorączkował, zaszyłem całkowicie, wprowadziwszy tylko mały sączek z gazy w dolny jej koniec, i posadziłem przy chorym dyżurnych z opaską ESMARCH'a na pogotowiu *). Obawa moja jednak

*) Gdybym w on czas lepiej znał literaturę przedmiotu, to nie przywiązywałbym wagi do owych dyżurów, które, bądź co bądź, trwały 10 dni i nocy.

okazała się płoną: krwotok nie nastąpił, pomimo że chory gorączkował w dalszym ciągu, tak że 19 stycznia zmuszony byłem rozpruć ranę i wypuścić zebrany w niej wysięk sarowiczoropny, poczem w ciągu tygodnia ciepłota spadła do normy, a w trzy tygodnie później rana zagoiła się zupełnie. Dodać trzeba, że, kiedy potem chory po raz pierwszy wstał z łóżka i zaczął chodzić, pękła świeżo utworzona blizna, tak że nad tętnicą powstała znów rana długości 5, głębokości 3 cm., tak że chory znów musiał położyć się do łóżka na trzy tygodnie.

Wspomniałem był o obrzęku kończyny zranionej: wystąpił on nazajutrz po wypadku i trwa w mniejszym stopniu do dnia dzisiejszego (12 czerwca 1906 r.); przy uważnem badaniu i obmacywaniu kończyny przekonywamy się, że tkanka podskórna na całej kończynie dolnej lewej, od więzu POUPART'a aż do pięty, jest nieco grubsza i twardsza, więcej zbita, niż na kończynie prawej, i sama skóra jest jakby soczystsza, chociaż dolków przy ucisku, nawet w okolicy stawu skokowego, niema. Obrzęk ten objaśniam zakrzepem w żyłę udową wskutek uciśnięcia żyły przez, być może, nie dość jałową gazę, którą ranę wytamponowano; wprowadzie przy operacji żyły nie widziałem, a nawet i nie szukałem, obawiając się obnażyć na większej przestrzeni zranioną tętnicę, co upośledziłoby znacznie jej odżywianie, tak więc twierdzić kategorycznie, że był skrzep w żyłę, nie będę, sądząc jednak, że niczem innem, jak tylko zakrzepem w żyłę udową obrzęk tego objaśnić nie można, bo takie rozległe i równomierne stwardnienie tkanki podskórnej, jak to widzimy obecnie, rozwinać się mogło tylko po długotrwałem przekrwieniu biernem. Że o żadnym zakrzepie w tętnicy biodrowej mowy być nie może, dowodzi ten, pilnie przeze mnie obserwowany fakt, że i przed i po zaszyciu rany w tętnicy obrzęknięta kończyna była tak samo ciepła, jak i kończyna zdrowa, i tętno na stopie wyczuwało się po obu stronach jednakowo.

Kiedym z okazji tego przypadku powziął zamiar zestawienia wszystkich opisanych dotychczas przypadków szwu naczyniowego, przekonałem się niebawem, że pracy tej dokonał już w r. z. JACOBSTHAL z Jeny (Ueber die Naht der Blutgefässe. Samml. klin. Vortr. 1905). Pozostało mi więc tylko podać jego pracę w krótkim streszczeniu.

W połowie 18 stulecia chirurg angielski LAMBERT, będąc świadkiem zgorzeli kończyny po podwiązaniu zranionej tętnicy, pierwszy zaproponował nakładanie szwu na rany tętnic. Myśl LAMBERT'a wcielił w czyn współczesnik jego i współrodak HALLOWELL w r. 1759: zamknął on ranę w tętnicy ramieniowej, przekłuwszy jej brzegi igłą, którą usunął w dwa tygodnie potem; rana zagoiła się dokładnie, i lekarze nie mieli najmniejszej wątpliwości, że tętnica pozostała drożną.

W r. 1773 ASSMANN powtórzył na dwóch psach doświadczenie ze szwem tętniczym według LAMBERT'a, lecz przyszedł do wniosku, że szew ten prowadzi do obliteracji światła naczyniowego; odtąd przez sto lat z górną najznakomitsi chirurgowie powoływali się na owe doświadczenia ASSMANN'a i uważali szew tętniczy za zabieg nieracyjny, bo prowadzący tak samo do obliteracji naczynia, jak i przewiązanie. Niezapomnianą zasługą GLUCK'a jest, że podjął na nowo kwestyę szwu naczyniowego, i, chociaż jego własne doświadczenia na zwierzętach z bezpośredniem zszywaniem tętnic nie udały się, jednak mógł on w r. 1882 pokazać na zjeździe chirurgów w Berlinie psa z raną tętnicy biodrowej wspólnej, zagojoną przy pomocy obmyślanego przez GLUCK'a szwu płytkowego. POSTEMPSKIEMU jednak i HOROCHOWI podobne doświadczenia na zwierzętach nie udały się zupełnie, bo otrzymywali zakrzep naczyń. Dopiero JASSINOWSKIEMU z Dorpatu udało się otrzymać wynik zadawalający, a nawet, jak na owe czasy, zadziwiający: na 24 przypadki szwu tętnic u zwierząt nie otrzymał ani razu obliteracji,

ani razu krwotoku następczego. Po JASSINOWSKIM wielu innych powtarzało jego doświadczenia z tym samym dobrym wynikiem: rany podłużne tętnie do dwóch centymetrów, a rany poprzeczne, obejmujące połowę obwodu tętnicy, goiły się bez wyjątku doraźnie. Z początku przypisywano to temu, że unikano chwytania w szew *intimae* naczynia, ale już w roku 1897 MURPHY chwycił w szew wszystkie warstwy, i naczynie pozostawało drożnem; rzecz prosta, że fakt ten ma bardzo wielkie znaczenie praktyczne.

Nic dziwnego, że potem na porządek dzienny musiała wystąpić kwestya, czy możliwy jest szew cyrkularny na całym obwodzie tętnicy, inaczej, czy można zeszywać całkowicie przecięte, a nawet resekowane tętnice. Doświadczenia w tym kierunku, podjęte przez GLUCK'a, który stosował w tym celu rozmaite protezy (z glinu, gumy, kości słoniowej), należy uważać za nieudatne. Pierwszym, który otrzymał dobre wyniki przy szwie cyrkularnym tętnie u zwierząt, był MURPHY (1897): przy zeszywaniu tętnicy bout à bout miał on 20% wyników dobrych; nieco lepszą okazała się inwaginacja centralnego końca w obwodowy (30%); przyczyna niepowodzenia tkwiła w tem, na co pierwszy zwrócił uwagę NITZE, że przy tych sposobach *intima* nie styka się z *intimą*, i trudno było temu zaradzić, bo ściany tętnicy są twarde i odwracać się wprost nie dają. Radę jednak dobrą w r. 1900 podał E. PAYR: zastosował on dla szwu cyrkularnego cylinder z magnezu, przez który przewlekał odcinek, mający uleść wgłobieniu, odwracał na nim brzeg tętniczy, przymocowywał go nitką do protezy i dopiero wtedy wgłabiał. Metoda PAYR'a zyskała uznanie ogólne.

Tyle, co do teoretycznej strony kwestyi. Co do tego, jakie zastosowanie znalazł szew tętniczy w klinice, to podług JACOBSTHAL'a dotychczas zastosowano go u ludzi wszystkiego 40 razy, z tych 5 razy był stosowany szew cyrkularny, w 35 zaś przypadkach szew częściowy, a mianowicie: 7 razy na tętnicy ramieniowej,

7 na podobojczykowej, 3 na szyjowej, 5 na podkolanowej, 11 na udowej, 1 na podłędźwiowej zewnętrznej i 1 raz na podłędźwiowej wspólnej, przyczem w 14 przypadkach zraniono przypadkowo tętnicę przy operacyi, w 14 przyp. zaszyto rany klute i postrzałowe, zadane gdzieindziej (tak jak i w moim przypadku), 2 razy zaszyto otwór w tętnicy przy *aneurysma spontaneum* i 3 razy przy *aneurysma arterioso-renosum*. Tylko w 2 przypadkach chirurg umyślnie naciął tętnicę w tej myśli, aby ją później zeszyć, a mianowicie, SABANIEJEW w r. 1896 naciął tętnicę udową, chcąc wyjąć z niej czop, i w r. 1902 LEJARS przy zakrzepie tejże tętnicy; w obu przypadkach wynik był niepomyślny, gdyż SABANIEJEW czopa w tem miejscu nie znalazł, a w przypadku LEJARS'a zakrzep utworzył się na nowo.

We wszystkich jednak 35 przypadkach bezpośredni cel szwu, zatamowanie krwotoku, nie udał się tylko 2 razy: w jednym przypadku szew przeciął łamliwe ściany tętnicy, i wypadło naczynie natychmiast przewiązać, w drugim zaś nastąpił krwotok następczy w 20 dni po operacyi; trzeba jednak dodać, że w tym przypadku, chociaż nie było ropienia, to przebieg rany nie był idealny, bo była i róża i pryszczycja jodoformowa, a co najważniejsza, że rana w tętnicy powstała skutkiem urazu tępego (*repositio luxati humeri*). Mój przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że było znaczne ropienie, a jednak ani do krwotoku, ani do zakrzepu tętnicy nie doszło.

W ilu przypadkach pozostało nienaruszonym światło tętnicy—powiedzieć trudno. Badanie następcze dokonane było w 4 przypadkach, z tych 3 razy światło było zachowane, w 1 zakrzepnięte. Doświadczenia jednak na zwierzętach dowiodły niezbicie, że na szwy boczne (częściowe) zawsze liczyć można tak co do zatamowania krwotoku, jak i co do utrzymania światła naczyniowego.

Co do szwów na całym obwodzie tętnicy, to we wszystkich opisanych dotychczas 5 przy-

padkach zatrzymanie krwotoku było zupełne i trwałe, przyczem w przypadku KRAUSE'go (1899) szew doprowadził do zakrzepu tętnicy, w przypadkach MURPHY'ego (1896 i KÜMMELL'a (1899) tętnica pozostała drożną.

Na zakończenie kilka słów o zeszywaniu żył. W czasach przedantyseptycznych zabieg taki słusznie był uważany za niebezpieczny z powodu następującej zbyt często ropnicy, obecnie jednak, zwłaszcza od roku 1892, kiedy SCHEDE spopularyzował szew żylny, stał się on tak częstym, że odpowiednie przypadki przestano podawać do wiadomości ogólnej. Pomimo to JACOBSTHAL zebrał dane z literatury i podaje, że u ludzi *v. cava inf.* była zeszyta 3 razy (SCHEDE 1888, ZOEGE v. MANTEUFFEL 1899, GARRÉ 1900); *v. portae* 1 raz, *v. anonyma* 2 razy, *subclavia* 7, *axillaris* 6, *jugularis* 10, *iliaca ext.* 1, *femoralis* 23, *poplitea* 2, *saphena* 3, *sinus transversus* 1 raz. We wszystkich tych przypadkach stosowano szew boczny, w kilku jednak zeszyto żyłę na całym obwodzie, i to 3 razy z wynikiem dodatnim (KRAUSE, KÜMMELL, PAYR) i 4 razy z ujemnym.

Doświadczenia na zwierzętach (TADDEI 1901) dowiodły, że przy szwie bocznym można zwięzić światło żyły więcej niż do połowy bez obawy zakrzepu; miarę zaś postępu w tej dziedzinie daje historia t. zw. przetoki Eck'a. W roku 1877 Eck, chcąc krew żyły wrotnej skierować wprost do *v. cava inf.*, łączył bocznie obie te żyły i na 8 psów stracił 7; u STOLNIKOW'a (1882) z 20 psów, operowanych w ten sposób, nie wyzdrowiał ani jeden; we 20 zaś lat później TAUSINI (1902) na 12 psów stracił trzy tylko.

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

(odezytane w skróceniu na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.).

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43).

Już też zgadzam się z tem w zupełności, iż takie bezpośrednie wskazania do operacji na drogach żółciowych, jakie wygłosił kol. MINTZ (8) lub kol. REJCHMAN (9) w 1903 roku, są, w naszym pojęciu, raczej przeciwwskazaniem do operacji, ale czyjaż to wina? Kol. PRUSZYŃSKI (7, 10), formułując daleko bardziej postępowe wskazania, przyznając potrzebę operacji już dla 25% wszystkich przypadków kamicy żółciowej, trafił, zdaje się, w sedno kwestyi, wypowiadając przeswiadczenie, iż: „operowałoby się daleko częściej, gdyby nie obawa przed późniejszymi przetokami” (l. c. str. 588).

Tu, mojem zdaniem, jest główna przyczyna żółwich postępów, jakie u nas czyni chirurgia dróg żółciowych. Jeden chory, wypuszczony z przetoką żółciową, więcej szkody zrobi wyznawanej przez nas zasadzie wczesnego operowania kamieni żółciowych, kolportując z zawziętością pomiędzy analogicznymi chorymi przesadne wieści o swoim nieszczęściu³⁾, aniżeli kilku umarłych wskutek operacji. Sam dotychczas mam dwoje starszków (80 i 76 lat), których, ze względu na wiek i duże zmiany w naczyniach, wcale nie namawiam na radykalną operację, a właściwie wszelkimi możliwymi sposobami bronię się przed jej wykonaniem. Mieli oni przed 8 *resp.* 4 laty wykonane operacje⁴⁾

³⁾ Trzeba zresztą przyznać, iż być skazanym do końca życia na noszenie u boku manierki, do której się żółć gromadzi, to istotnie mordęgą, która najcierpliwszego z równowagi wyprowadzić może. Gastroenterostomia zaś naraża, jak z moich doświadczeń wynika, na niebezpieczeństwo zakażenia dróg żółciowych.

⁴⁾ Szczegóły pomijam.

i dotychczas noszą zbiorniki, do których u jednej częściowo, u drugiego całkowicie żółć się wydziela. Trzeba posłuchać tych ludzi, trzeba się przekonać, jakimi są zawziętymi przeciwnikami operacji, jak chętnie rozpowszechniają to swoje niezadowolenie i zniechęcają innych, aby dojść do przekonania, iż wypuścić chorego z przetoką—to najgorsza przysługa, jaką się może oddać chirurgii dróg żółciowych. To też bezwzględny radykalizm w operowaniu stał się od lat 4 stałą moją zasadą i muszę powiedzieć, iż nie tylko od tej pory nie wypuszczam chorych z przetokami, ale co więcej, bezpośrednio moje rezultaty, zamiast pogorszyć się, jak to przypuszczałem, poprawiły się znacznie.

Te moje własne doświadczenia skłaniają mnie do wniosku, iż przynajmniej część winy spada na nas samych. Operujmy radykalniej, a nie tylko nie będziemy mieli przetok, lecz i bezpośrednie rezultaty, nawet u chorych, może zbyt późno zwróconych do chirurga, będą lepsze. Celem poniższych uwag jest, obok zwrócenia uwagi na specjalną odmianę kamicy żółciowej, wskazanie drogi, po której kroczyłem, aby osiągnąć ten radykalizm w operowaniu. Jeśli się przejrzymy zasadą radykalnego operowania, to jestem przekonany, iż apostołstwo czynu zastąpi nam protekcję lekarzy wewnętrznych, której się domaga kol. KADER. Wyleczeni przez nas chorzy będą tymi apostołami, którzy skierują w nasze ręce falangę kamicowych chorych, dotąd szukających porady u lekarzy wewnętrznych. Czyż inaczej stała kwestya z zachorzeniem wyrostka robaczkowego? A dziś lekarz wewnętrzny w każdym przypadku *appendicitis* czuje się bezpiecznym dopiero wówczas, gdy ma przy boku chirurga, który wspólnie z nim obserwuje chorego.

Mam niepłonną nadzieję, iż za lat kilka powtórzy się to samo z drogami żółciowymi. Zresztą myślę, że i terapeuci zaczną śmieiej doradzać operację. Wskazania SCHLESINGER'a (18), na przykład, są na wskroś chirurgiczne, a nie

wątpię, że i kol. MINTZ i kol. REJCHMAN od 1903 roku znacznie przekonania swe zmienili? Przynajmniej ostatnia narada, którą miałem z kol. MINTZEM nad chorą na kamicę żółciową, wlała we mnie to przekonanie.

Swoją drogą, myślę wraz z EWALDEM (19), iż tak często, jak na wyrostku, nigdy nie będziemy operowali na drogach żółciowych, a to dla tego, iż inny jest stosunek niebezpieczeństwa choroby do niebezpieczeństwa operacji w zapaleniu wyrostka robaczkowego, aniżeli w kamicy żółciowej. W pierwszym bezpośrednie niebezpieczeństwo choroby jest większe, niebezpieczeństwo zaś operacji stosunkowo nie wielkie, a w razie operacji na zimno — żadne, w drugim przeciwnie. Nadto w *appendicitis* powodzenie zagwarantowane jest albo bardzo wczesnem operowaniem lub zoperowaniem chorego na zimno, tymczasem w kamicy żółciowej, bylebyśmy tylko nie dotrzymali chorego do czasu wystąpienia niedostatecznej sprawności wątroby i skazy krwawicowej, możemy mieć zawsze nadzieję uratowania chorego przez operację. To też, narażając się nawet na zarzut, zrobiony przez kol. HERMANA KEHR'owi, iż „kokietuje terapeutów”, wyznaję tu szczerze, że samo stwierdzenie obecności kamieni żółciowych nie będzie dla mnie nigdy dostatecznem wskazaniem dla doradzania operacji. Wbrew RIEDEL'owi i WINIWARTER'owi, a wraz z KEHR'em twierdzę dotychczas, iż nie należy operować pęcherzyków, wypełnionych kamieniami, lecz nie dających żadnych objawów, ani też chorych w ostrym, po większej części owocnym napadzie zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Dopiero objawy zakażenia dróg żółciowych czy to głównych, czy dodatkowych, dolegliwości i niebezpieczeństwa, wynikające z trwałego zatkania *d. cystici*, наконец objawy przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego powinny nas skłonić do zabiegu.

Gdy w r. 1900 odczytywałem swój referat wśród połączonych sekcji medycyny wewnę-

trzej i chirurgii na Zjeździe w Krakowie, rozprawialiśmy nad kamicą żółciową wogóle, nie odróżnialiśmy różnych jej rodzajów. Wprawdzie już wtedy istniały prace, zajmujące się oddzielnymi gatunkami kamicy (naprzykład praca DIEULAFOY (20)); KEHR (21) już w 1899 r. napisał swój podręcznik dla rozpoznawania różnych rodzajów kamicy żółciowej, z którego główniejsze dane wciągnąłem do swojego referatu. Były to jednak próby dopiero, wywołujące uśmiech niedowierzania na ustach wytrawnych nawet klinicystów, a tablica KEHR'a spotkała się z zarzutem schematyczności, której kliniczna obserwacja po większej części kłam zadaje. Minęło od owej chwili zaledwie 6 lat, a wiadomości nasze o różnych rodzajach kamicy żółciowej, dzięki tysiącnym obserwacjom, rozszerzyły się znacznie. Wprawdzie zdobyte doświadczenie przekonało, iż różnice, które chciał wykazać KEHR pomiędzy różnego rodzaju cierpieniami dróg żółciowych, zacierają się w większości przypadków, że tak drobiazgowego różniczkowania, do jakiego dążył, w praktyce przeprowadzić niepodobna; lecz z tem większą jasnością wyłonił się fakt pierwszorzędnej doniosłości, iż zachodzą wielkie różnice tak w objawach klinicznych, jako też w bezpośrednich skutkach dla chorego zależnie od tego, czy kamienie żółciowe wypełniają tylko drogi żółciowe dodatkowe (pęcherzyk i *ductus cysticus*), czy też znajdują się w drogach głównych (*ductus choledochus et hepaticus*). Przekonano się, iż ścisła obserwacja kliniczna pozwala rozróżnić, jakie drogi są u danego osobnika zajęte i to nie tylko w razie ostrego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, co oddawna było znane i rozpoznawane, lecz i w razie przewlekłego pozostawiania kamienia w tym przewodzie, t. j. wtedy, gdy kamień niecałkowicie zamyka jego światło.

Dla każdego jasna jest doniosłość tego postępu. Niebezpieczeństwo, na jakie chory jest narażony, daleko jest większe, jeśli kamień znajduje się stale na głównej drodze, którą żółć

spływa do kiszek, aniżeli wtedy, gdy kamień leży na zewnątrz tej drogi. Nadto, rozpoznawszy przewlekłe pozostawianie kamienia w przewodzie wspólnym, odrazu nabieramy pewności, iż siły natury, same przez się, nie dadzą sobie z nim rady. Ztąd prosty wniosek, iż, o ile rozpoznanie istnienia kamieni w drogach żółciowych dodatkowych lub powtarzających się, od czasu do czasu, owocnych, ostrych obstrukcji przewodu wspólnego pozwala na niejaką zwłokę w stosowaniu energicznych zabiegów leczniczych o tyle stwierdzenie przewlekłego zatkania światła przewodu wspólnego wymaga spiesznego i radykalnego usunięcia. Ta praktyczna ważność rozpoznawania przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, skłania mnie do podania w poniższym obserwowanych przeze mnie przypadków i poczynienia uwag, dotyczących rozpoznawania i leczenia tej, niewątpliwie ciężkiej, odmiany kamicy żółciowej. Mam nadzieję, iż zdołam przekonać czytelnika, że orzeczenie DIEULAFOY (l. c. str. 191, jakoby przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego było: „une maladie des plus graves et habituellement mortelle“, choć wyrzeczone przed 7-iu niespełna laty, należy już do anachronizmów.

W dalszych uwagach moich, dotyczących klinicznego obrazu przewlekłego zatkania przewodu wspólnego, przebiegu tego cierpienia, a przede wszystkim leczenia operacyjnego, będę się musiał powoływać na różne szczegóły anatomiczne. Oto przyczyna, dla której dołączam do niniejszej pracy 2 tablice rysunków topografii dróg żółciowych, zaczerpniętych z najnowszych podręczników: TESTUT et JACOB (22) i ZUCKERKANDL'a (23). Wprawdzie wiem, iż, jak powiada VILLAR (22): „s'il y a des anatomistes chirurgiens, tous les chirurgiens doivent être des anatomistes“ (str. 9), że zatem prawdopodobnie wszyscy nasi chirurgowie nie znajdą dla siebie nic nowego w poniższych szczegółach

anatomicznych, ponieważ jednak nie tylko chirurgowie pracę mają przejrzeć pewno zechcą, ponieważ nawet znającemu się na rzeczy przypomnienie niektórych szczegółów nie zawadzi, myślę więc, że mi to za złe nie będzie poczytane. Nie mam zamiaru wypisywać tu rozdziału o drogach żółciowych z podręcznika anatomicznego, objaśnienia znajdujące się pod każdym rysunkiem, zupełnie wystarczają do zorientowania się czytelnika, na tem miejscu czuję się w obowiązku jedynie podkreślić te szczegóły anatomiczne, które dla omawianej przeze mnie sprawy mają istotne znaczenie. A mianowicie:

1) Przewód żółciowy wspólny leży znacznie bliżej linii środkowej ciała, aniżeli pęcherzyk żółciowy (Fig. I). Nadto ulokowany jest znacznie głębiej (Fig. III). Głębokość, na jakiej leży *d. choledochus*, licząc od przedniej ściany brzusznej, jest rozmaita, zależnie od tuszy chorego. U człowieka o średniej tuszy odległość od przedniej ściany brzusznej wynosi 15 ctm.

2) Cała długość dróg żółciowych głównych, a więc przewodu wspólnego i kanału wątrobowego, počawszy od wrót wątroby aż do brodawki VATER'a wynosi normalnie 9 ctm. Z tego przypada 3 ctm. na kanał wątrobowy, a 6 ctm. na przewód wspólny.

3) Kanał pęcherzykowy i wątrobowy zlewają się zzewnątrz daleko wcześniej, aniżeli się łączą ich światła (Fig. II). Preparując od zewnątrz ma się to wrażenie, iż się już doszło do przewodu żółciowego wspólnego, gdy się go jednak rozetnie, przekonamy się, iż wewnątrz istnieje przegroda, która jeszcze na pewnej przestrzeni rozgranicza oba kanały. Różnica pomiędzy pozornem a istotnem zlaniem się kanałów wynosi normalnie 1,5 ctm.

4) Wiąz wątrobowo-dwunastniczy (Fig. I) normalnie zawiera tylko kanał pęcherzykowy i wątrobowy. Przewód wspólny zaczyna się poniżej górnego brzegu dwunastnicy. Tak się rzecz ma normalnie, jeśli jednak podłożyć gruby walek pod łędźwie chorego, albo też jeśli bę-

dziemy pociągali za pęcherzyk po wyłonieniu wątroby na zewnątrz, to się stosunki normalne zmieniają, i część przynajmniej przewodu wspólnego wysuwa się ponad dwunastnicę. Stwierdziłem to wielokrotnie przy moich operacjach, a obecnie GUILLAUME (25) dowiódł tego poszukiwaniami na trupach pod kierunkiem prof. CUNEO. Chirurgicznie więc istnieje *portio supraduodenalis ductus choledochi*, a długość jej zależy w pewnych przynajmniej granicach od wielkości wałka, podłożonego pod łędźwie, i od siły, z jaką pociągamy pęcherzyk żółciowy *resp.* wątrobę na zewnątrz. W każdym razie długość sztucznie wytworzonej naddwunastniczej części przewodu wspólnego nie przewyższa $1\frac{1}{2}$ ctm.

5) Biorąc pod uwagę elastyczność tkanek, pozwalającą na zepchnięcie dwunastnicy ku dołowi i wyciągnięcie przewodu wspólnego ku górze, zaledwie 2 ctm. górne tego przewodu dostępne są dla bezpośredniego obmacywania. Reszta, a więc 4 ctm. przewodu mogą być obmacane tylko pośrednio (poprzez dwunastnicę i trzustkę), a rezultat badania, szczególnie, o ile wypada ujemnie, nigdy nie jest pewny.

6) Dziura WINSLOW'a, jeśli nie jest zaorośnięta, stanowi najdogodniejszą drogę do obmacywania niższych odcinków przewodu wspólnego. Nadto na palcu, wprowadzonym do dziury WINSLOW'a, możemy z łatwością unieść ku górze cały wiąz wątrobowo-dwunastniczy i znakomicie zmniejszyć trudności poszukiwań, zależne od wielkiej głębokości, na jakiej leży przewód wspólny.

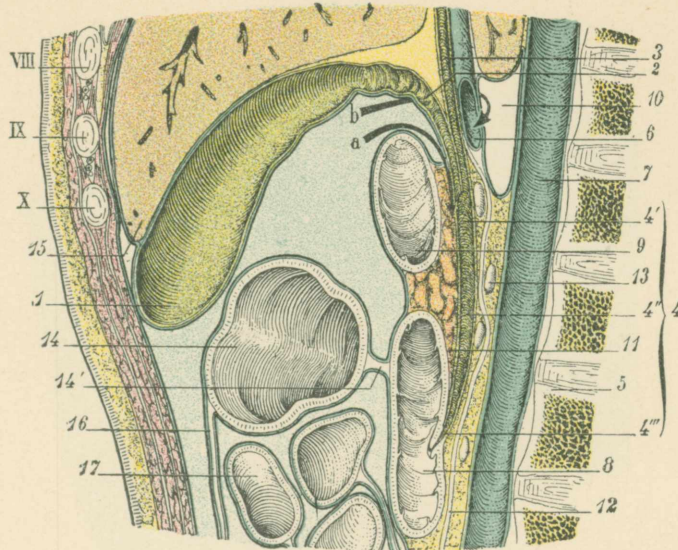
7) Stosunek główki trzustki do przewodu żółciowego wspólnego (Fig. IV) jest nader ścisły, to też wszystkie sprawy zapalne, rozgrywające się w przewodzie, szybko przechodzą na główkę trzustki, co sprawia, iż do objawów właściwych kamicy dróg żółciowych głównych w bardzo stosunkowo prędkim czasie dołączają się zwykle objawy zależne od zapalenia trzustki.

*

*

*

Rys. III.



Kopia z anatomii topograficznej Testut et Jacob.

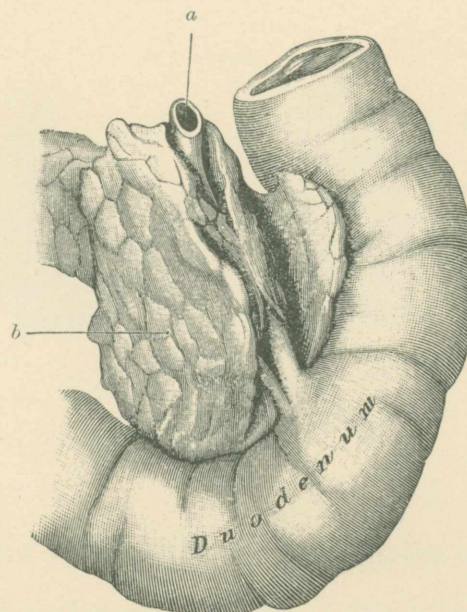
Objaśnienie: Schematyczne przedstawienie dróg żółciowych na cięciu strzałkowym (prawy odcinek przecięcia).

1. Pęcherzyk. 2. Kanał pęcherzykowy. 3. Kanał wątrobowy. 4. Przewód żółciowy wspólny. 4'. Zadwunastnicowa część przewodu. 4'', Zatrzustkowa część przewodu. 4'''. Śródścienna część przewodu. 5. Kręgosłup. 6. Żyła wrotna. 7. Żyła główna dolna. 8. Zstępująca część dwunastnicy. 9. Górna część dwunastnicy. 10. Dziura Winsłowa. 11. Trzustka. 12. Powięź włóknista Treitza. 13. Gruczoły. 14. Poprzecznicza. 14'. Kreska poprzeczniczy. 15. Wątroba. 16. Sieć wielka. 17. Kiszki cienkie. X. IX. VIII. Dziesiąta, dziewiąta i ósma chrząstka żebrowa.

Strzałka a. wskazuje w jaki sposób, przecinając lub obniżając przedni listek małej sieci, można się dostać do początku przewodu żółciowego wspólnego.

Strzałka b. poucza w jaki sposób, wprowadziwszy palec do dziury Winsłowa, można przyciągnąć ku przodowi więz wątrobowo-dwunastniczy i obmacać wszystkie znajdujące się w nim twory.

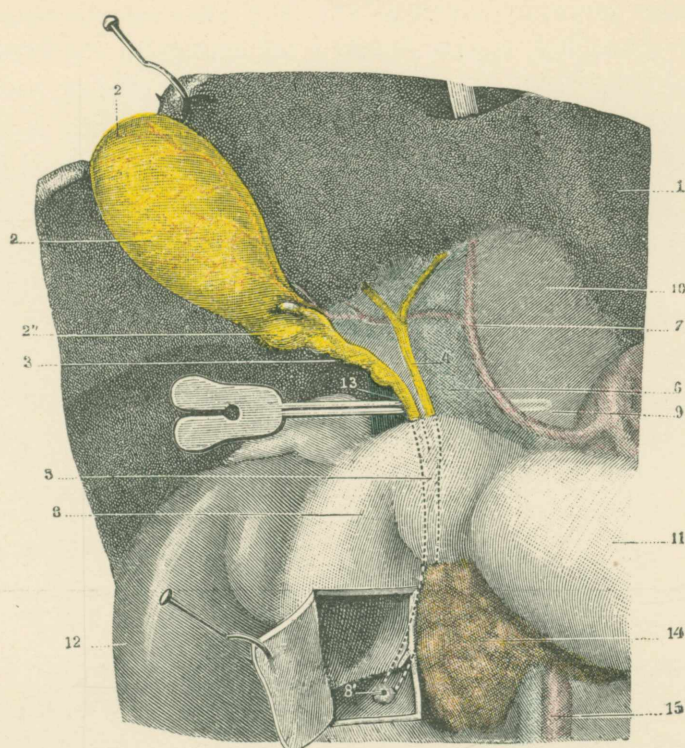
Rys. IV.



Kopia z Atlasu anatomii topograficznej Zuckerkandla.

Tylna powierzchnia dwunastnicy i trzustki: *a.* przewód żółciowy wspólny. *b.* trzustka.

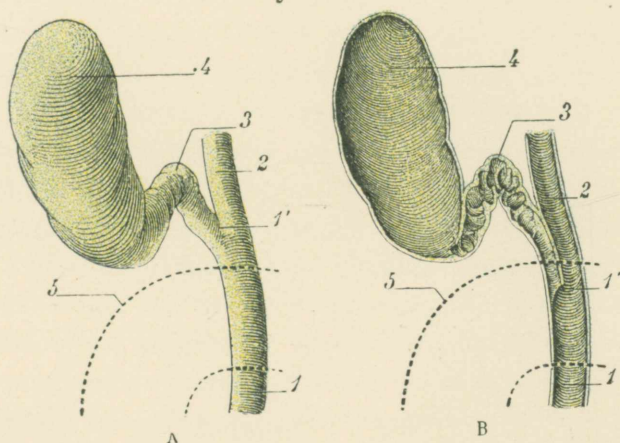
Rys. I.



Kopia z anatomii topograficznej Testut et Jacob.

Objaśnienie: 1. Wątroba uniesiona ku górze. 2. pęcherzyk żółciowy (2' dno, 2'' szyja pęcherzyka). 3. Kanał pęcherzykowy. 4. Kanał wątrobowy. 5. Przewód żółciowy wspólny. 6. Żyła wrotna. 7. Tętnica wątrobo-
wa. 8. Dwunastnica. 8'. Brodawka Vatera. 9. Sieć mała (wiąz wątrobowo-dwunastniczy) uniesiona na zgłębni-
ku. 10. Zrazik Spiegela. 11. Żołądek. 12. Nerka. 13. Dziura Winslowa 14. Główna trzustki. 15. Naczynia
krezkowe górne.

Rys. II.



Kopia z anatomii topograficznej Testut et Jacob.

Objaśnienie: A. Wygląd dróg żółciowych od przodu. B. Podłużne przecięcie dróg żółciowych.
1. Przewód żółciowy wspólny. 1'. Pozorny początek przewodu wspólnego. 1''. Istotny początek przewodu
wspólnego. 2. Kanał wątrobowy. 3. Kanał pęcherzykowy. 4. Pęcherzyk żółciowy. 5. Dwunastnica.

Tyle uwag anatomicznych. Przechodząc do klinicznej strony zajmującego nas cierpienia, pozwolę sobie przedewszystkiem przytoczyć dane, wyszczególnione przez KEHR'a (21) w jego już wzmiankowanej tablicy. (str. 68.).

KEHR odróżnia zatkanie dwunastniczej części przewodu wspólnego od zatkania go w brodawce VATER'a. Dla pierwszej odmiany jako charakterystyczne przytacza: zmienność żółtaczki a wraz z nią zmienność w zabarwieniu stolca, przepuszczającą gorączkę, zjawianie się bólów, które jednak czasami mogą się też nie zjawiać. Nadto zazwyczaj wątroba jest powiększona, pęcherzyk się nie wymacuje, nacisk na linii środkowej, tuż pod wyrostkiem mieczykowatym, bolesny, śledziona powiększona. Jeśli zaś kamień tkwi w brodawce VATER'a, to objawy są te same, tylko żółtaczka wybitniejsza i rzadsze przedstawia wahania.

Już z tego przytoczenia widać, iż odróżnienie tych dwóch odmian zatkania przewodu wspólnego oparte jest na arcyślabej podstawie i w praktyce przeprowadzić go nie będzie można. Ale sam fakt, że w r. 1899 KEHR potrafił wyosobnić tę odmianę kamicy żółciowej i przytoczył w tablicy dane, które późniejsze badania stwierdziły, dodając tylko szczegóły, pochylnie przemawia za spostrzegawczością autora i dowodzi, wielkiego jego klinicznego doświadczenia.

Ponieważ przypadki, napotykanne w praktyce, nie są zupełnie czyste, lecz powikłane, czy to przez *cholangitis infectiosa*, czy przez *cholecystitis*, czy nakoniec *pericholecystitis* różnego natężenia, więc też długi czas klinicyści po większej części powątpiewali o możliwości wyodrębnienia oddzielnej formy klinicznej dla przewlekłego zatkania dróg żółciowych głównych. Dopiero systematycznej pracy całego szeregu wybitnych ludzi, że tu wymienię tylko: RIEDL'a (30), TERRIER'a (31), DIEULAFOY (20), CHAUFFARD'a (26), EHRET'a (27), QUENU (28), M. ROBINSON'a (29) i wielu innych, udało się ustanowić kli-

niczne podstawy dla rozpoznawania przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Dzisiaj śmiało już można, kierując się nagromadzonemi danemi, jeśli nie z matematyczną jeszcze pewnością, to z wielką dozą prawdopodobieństwa rozpoznawać przewlekłe zatkanie dróg żółciowych głównych. A postęp to kolosalny, gdyż doświadczenie przekonywa, iż rozpoznanie tej formy kamicy jest równoznaczne z postawieniem bezwzględniego wskazania do operacji, że zwlekanie, choć nawet przy odpowiednim zachowaniu, złagodzi niekiedy objawy, lecz cierpienia nie usunie, a jednocześnie naraża na szwank życie osobnika, prowadząc wielkimi krokami do wyczerpania sprawności wątroby.

Jako przykład takiego niepowikłanego przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego przytoczę tu historię chorej szpitalnej z oddziału kol. SKŁODOWSKIEGO, którą wspólnie z nim obserwowałem i przedstawiłem nawet na jednym z posiedzeń sekcji chirurgicznej:

Chora, lat 53 licząca, dawniej zupełnie zdrowa. Przed początkiem obecnej choroby odbyła 10 porodów normalnych bez poważniejszych powikłań. 9 lat temu przechodziła chorobę gorączkową, rozpoznawaną jako tyfus brzuszny. Po upływie 6-ciu tygodni, już w okresie zdrowienia, dostała nagle gwałtownych bólów brzucha z wymiotami i gorączką. Po kilku dniach wystąpiła żółtaczka. Objawy powyższe trwały niespełna tydzień, ale ogółem leżała 2 tygodnie w łóżku. Przez następne 3 lata czuła się dobrze, niekiedy tylko dokuczały jej lekkie bóle na przestrzał. Sześć lat temu w kilka miesięcy po 11 porodzie, bóle w dołku stały się dotkliwsze i częstsze, przychodziły prawie codziennie wieczorem. Oprócz dołka odczuwała je chora w podżebrzu prawem jako „ściskanie” i „nudzenie”. Na wiosnę 1900 roku wystąpił nagle bardzo gwałtowny napad bólów z gorączką, wymiotami i żółtaczką. Napad trwał około miesiąca. W pod-

żebrzu prawem wyczuwał się podobno wtedy guz bardzo bolesny, wielkości jaja, który stopniowo potem zmniejszał się i w końcu zniknął. Od tej pory co rok mniej więcej bywał napad podobny, zawsze z gorączką, wymiotami i żółtaczką, trwający parę tygodni. Guz już się więcej nie pokazywał. Przed 15-miesięciami odbył się jeszcze jeden poród normalny. Mniej więcej od roku cera przybrała odcień żółtawy, nigdy doszczętnie nie znikający! Od czasu do czasu doznawała lekkich bólów w dołku i podżebrzu. Od dwóch miesięcy zaczęły występować mniej więcej co tydzień napady krótkie, po kilkanaście godzin trwające, zawsze z podniesieniem ciepłoty i żółtaczką połączone. Badanie wykazało: chora znacznie wychudzona, elastyczność skóry bardzo upośledzona, cera zlekka żółtawa, ciepłota ciała normalna, tętno 70. Płuca i serce zdrowe. Brzuch umiarkowanie wzdęty, wątroba cokolwiek wysuwa się z pod łuku żebrowego, twardawa, niebolesna. Na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego ani śladu nie tylko guza, lecz nawet wzmoczonej odporności lub bolesności. Natomiast żywa bolesność nieco niżej, bliżej linii środkowej i pępka. Wypróżnienia normalnie zabarwione. W moczu próba GMELIN'a nie wykazuje barwników żółciowych. Głównie na zasadzie wywiadów rozpoznano z niejakim prawdopodobieństwem przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego. Położono chorą do łóżka, zalecono przeważnie mleczną dyetę i poddano ścisłej obserwacji. W kilka dni po zapisaniu się do szpitala chora dostała napadu bólów, jak powiada, mniejszych, aniżeli poprzednie. Napad trwał wszystkiego kilkanaście godzin. Ciepłota po dreszczu podniosła się do 39 stopni, wymiotów tym razem nie było. Po napadzie zauważono, iż cera stała się wyraźnie żółciejszą, a w moczu stwierdzono słabą, lecz niewątpliwą reakcję GMELIN'a, która na drugi dzień już znikła. Od tej pory chora pozostawała w oddziale jeszcze około 3-ch tygodni, a atak się więcej nie po-

wtórzył. Waga chorej podniosła się o 2 kilo, a bóle odczuwała zrzadka i w bardzo lekkim stopniu. Cera pozostaje nadal żółtawą. W końcu chora zadowolona ze względnej poprawy, która nastąpiła prawdopodobnie dzięki stałemu przebywaniu w łóżku, opuściła szpital, obiecując powrót w razie nasilenia się objawów.

Drugi, zupełnie podobny pod względem wywiadów i przebiegu przypadek, miałem sposobność widzieć na naradzie z kol. JAKOWSKIM. Dotyczył on mężczyzny, który z powodu złagodnienia dolegliwości też się na razie nie poddał operacji.

Możnaby mi zarzucić, iż przytaczam na początek historye chorych nie operowanych, a więc takich o których nie można twierdzić z zupełną stanowczością, iż rozpoznanie było prawdziwe; czynię to jednak dlatego, że, jak to już zaznaczyłem, w praktyce chirurgicznej rzadko się spotykamy z niepowikłanymi przypadkami przewlekłego zatkania *d. choledochi*. Zazwyczaj okres krótkich gorączkowych napadów przechodzi niepostrzeżenie, zwłaszcza jeśli odstępy pomiędzy napadami są cokolwiek dłuższe. Dostajemy do operacji chorych dopiero wtedy, gdy dołączająca się *cholangitis* lub *cholecystitis*, albo też ropień okołopęcherzykowy wytworzą groźną sytuację, nie pozwalającą na zwłokę. Takie powikłanie zmienia naturalnie obraz choroby, a jednak, chcąc należyte zrobić rozpoznanie, powinniśmy w tym zagmatwanym obrazie odnaleźć elementy, pozwalające wnioskować, czy główne drogi żółciowe są wolne, czy też chronicznie zatkane. Otóż obserwacja mniej skomplikowanych przypadków da nam możliwość zaznajomienia się z obrazem klinicznym, zapamiętania pojedynczych składowych jego części i ułatwi nam odszukanie ich w przypadku zawiłym.

Nie wątpię, iż oba wzmiankowane wyżej przypadki zjawiają się jeszcze, a operacja potwierdzi słuszność rozpoznania. Oby tylko poddały się operacji przedtem, zanim wystąpią gro-

źniejsze powikłania septycznej natury, lub, co gorsza, zanim dojdzie do wyczerpania sprawności wątroby.

Rozpoznanie w przytoczonym wyżej *in ex tenso* przypadku umożliwiły nam:

1) Wywiady, w których odnaleźliśmy 2 najczęstsze momenty etiologiczne dla kamicy żółciowej, a mianowicie: częste porody i tyfus brzuszny, dalej wywiady pozwoliły nam stwierdzić, że chora przebywała kilkakrotnie ostre napady kolki żółciowej, zdaje się owocne. Nakoniec stwierdzić mogliśmy, iż napady od dwóch miesięcy zmieniły charakter, stały się częstsze a krótsze.

2) Cera żółta wa, nie znikająca nawet po zupełnem ustaniu ataku i pomimo, iż się przez kilka tygodni nie powtórzył.

3) Gorączka z dreszczami, występująca podczas ataku i znikająca natychmiast po ustaniu dolegliwości.

4) Zjawienie się barwników żółciowych w moczu na drugi dzień po ataku oraz szybkie ich zniknięcie po ustaniu bólów.

5) Brak powiększenia pęcherzyka żółciowego oraz wszelkiej bolesności w jego okolicy.

6) Ból w bliskości linii środkowej nieco powyżej pępka, odpowiadającej mniej więcej położeniu *d. choledochi*.

7) Znaczne wychudzenie chorej, szczególnie podczas ostatnich często powtarzających się, choć krótkich ataków.

W sumie składają się te objawy na bardzo wybitny obraz kliniczny, który, raz widziany, pozostanie na zawsze w pamięci obserwatora. HUCHARD, zdaje się, powiedział: „Le medecin trouve toujours, quand il sait, ce qu'il doit chercher”. Otóż nie wątpię, iż, gdy raz praktyk przyswoi sobie świadomość, jakie objawy odpowiadają przewlekłemu zatkaniu kamieniem dróg żółciowych głównych, to je z łatwością odróżni nawet w zagmatwanych przypadkach.

Pojedyncze objawy, które się składają na ten objaw kliniczny, omówię szczegółowiej po przytoczeniu historii chorych, u których miałem sposobność je obserwować i stwierdzić operacyjną obecność kamieni w drogach żółciowych głównych. Zaznaczyć muszę, iż wywiady niektórych moich operowanych nie są dokładne, ale to nie dziwnego, gdyż pierwsze operacje wykonane były jeszcze wtedy, gdyśmy nie mieli jasnego pojęcia o tem, czego właściwie w przypadkach szukać należy.

Oto moje przypadki:

1. *Cholelithiasis. Cholangitis septica. Cholecystostomia. Choledochotomia.*

Gitla K., lat 36, mężatka, przybyła do szpitala Dz. Jezus d. 12. XII. 1899r. Miała 4-ro dzieci, ostatnia ciąża przed dwoma laty, w związku z ostatnią ciążą zjawiało się kilka krótkotrwałych napadów bólów w brzuchu bez ścisłego umiejscowienia. 1½ miesiąca temu zaczęła doznawać silnych bólów w prawem podżebrzu. Bóle zjawiały się napadowo i stosunkowo często, po 2 tygodniach dołączyła się gorączka. Kiedy dostała żółtaczkę, nie pamięta. Pierwotkowo i bóle i gorączka zjawiały się i znikwały jednocześnie, od kilku dni bólów już niema, ale gorączka jest stała.

Chora bardzo zmizerowana, zabarwienie skóry ciemno-żółte. Ciepłota 39, tętno drobne 120. Płuca i serce zdrowe. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w prawem podżebrzu, szczególnie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, na dotyk bolesny. Kant powiększonej wątroby wymacuje się wyraźnie na 2 palce poniżej łuku żebrowego, pęcherzyka żółciowego, jako wyraźnego guza, wymacać nie można, obmacywanie jednak na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego sprawia wrażenie wzmożonej odporności. Wydaje się, jakby bolesność, wywoływana obmacywaniem tego miejsca, zmuszała mięśnie do kurczenia się, co zaciera granice is-

tniejącego w głębi guza. Stolec — gliniasty. Mocz daje bardzo wyraźną reakcję na barwniki żółciowe, białka zaledwie małe ślady, cylindrów nie ma. Rozpoznanie nasze przed operacją brzmiało: *Cholelithiasis, Cholecystitis, pericholecystitis, Obstructio choledochi acuta, Cholangitis septica*

14. XII. 1899 r. wykonałem operację. Cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha. Po otworzeniu jamy brzusznej i uniesieniu wątroby przekonałem się, iż pomiędzy skurczonym pęcherzykiem, otaczającymi kiszki, żołądkiem i siecią istnieją dość luźne skleiny, które z łatwością udało się rozdzielić. Pęcherzyk skurczony, o dość grubych ścianach. Po otworzeniu go okazał się pustym, t. j. oprócz niewielkiej ilości żółci, kamieni nie zawierał. Po wprowadzeniu palca do dziury WINSLOW'a przekonałem się, iż w przewodzie wspólnym tkwi kamień. Chcąc go usunąć, uniosłem na wprowadzonym do dziury WINSLOW'a palcu wiąz wątrobowo-dwunastniczy, naciąłem przewód w kierunku podłużnym i przez tak zrobioną szparę z łatwością usunąłem kamień. Kamień gładki, zupełnie biały, owalny, miał 2½ ctm. długości i 1 ctm. szerokości. Przekonawszy się za pomocą zgłębnika, wprowadzonego do przewodu wspólnego w kierunku ujścia dwunastnicowego, iż innych kamieni w nim nie ma, zaszyłem szparę, zrobioną w przewodzie, za pomocą dwupiętrowego szwu jedwabnego. Do pęcherzyka wprowadziłem dren i, obszywszy pęcherzyk na nim, umocowałem go w górnym kącie rany. Pod pęcherzyk wprowadziłem mały worek MIKULICZA, aż do bezpośredniego zetknięcia z zaszytą

raną przewodu wspólnego. Dolny kąt rany ścian brzusznych zaszyłem głębokimi i powierzchownymi szwami jedwabnymi.

Przebieg pooperacyjny od samego początku nie był pomyślny. Na razie ciepłota opadła do 37,8, ale język był suchy, chora bredziła, łaknienia nie było żadnego. Tętno było zawsze wyżej 120. Przez dren wypływała niewielka ilość żółci. Trzeciego dnia po operacji stan chorej wydał się znacznie lepszy: przytomność powróciła, zażądała mleka, po ławatywie było wypróżnienie, mocno zabarwione żółcią. Stan taki utrzymywał się przez 3 dni, tętno jednak było zawsze wyżej 100 uderzeń. Przy zmianie opatrunku stwierdzono, że niektóre szwy rozpięły, tak, iż musiałem część rany rozpruć. 25. XII, a więc w 11 dni po operacji, wystąpiły objawy zapalenia płuc z prawej strony. Jednocześnie, po usunięciu worka MIKULICZA i zastąpieniu go pasami gazy sterylizowanej, zaczęła powoli przesączać się żółć do jamy rany, dowodząc tem samem, iż szew, nałożony na szparę w *d. choledochus*, przepuszcza. Ciepłota podniosła się do 38,5 i odtąd stale trzymała się wieczorami około 38, podczas gdy rano nie dochodziła do 36 stopni. Równocześnie siły zaczęły podupadać coraz bardziej, zjawily się bredzenia początkowo chwilami, a w końcu stale. Chora do stała rozwolnienia i nie chciała przyjmować żadnych pokarmów. Rozwinęła się mała odleżyna na krzyżu. Ostatecznie chora wyczerpana umarła 12. I. 1900 r., a więc prawie w miesiąc po dokonanej operacji. Sekcyi nie robiono.

(C. d. n.).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

SPRAWY SZKOLNE i WYCHOWAWCZE.

Odczyty wygłoszone w wydziale wychowawczym Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Serya I. Nakład Gebethnera i Wolffa. 1906. Str. VIII i 163.

Wydział wychowawczy naszego Towarzystwa Higienicznego dał godny naśladowania przykład, wypuszczając w świat seryę odczytów, wygłoszonych w tymże wydziale w r. 1905 i na początku r. 1906. Że właśnie ten wydział zapoczątkował pożyteczne wydawnictwo, tłumaczy się to poniekąd wysunięciem na pierwszy plan w obecnej chwili kwestyi szkolnej, stanowi jednak i niezaprzeczoną zasługę ruchliwego prezesa sekcji wychowawczej.

Zbiorowe wydanie odczytów, wygłoszonych w Towarzystwie Higienicznym, dotychczas ma, co prawda, tylko znaczenie szerzenia wśród ogółu zdrowych poglądów na rozliczne sprawy, higieny dotyczące, w przyszłości jednak, miejmy nadzieję, stanowić będzie mogło cenne źródło informacyjne przy odbudowywaniu walącego się gmachu naszego gospodarstwa krajowego. Bo przypuszczać przecież należy, że w niedalekiej przyszłości nadejdzie czas, kiedy i nam wolno będzie decydujący głos we własnych sprawach zabierać. A gdy głosy takie, jak zebrane we wspomnianej w nagłówku książce, posłuch znaleźć będą musiały, wtedy wielkim krokiem naprzód dźwignie się nasze szkolnictwo.

„Sprawy szkolne i wychowawcze”, oprócz krótkiego słowa wstępnego pióra przewodniczącego wydziału wychowawczego d-ra W. Kosmowskiego, zawierają następujące odczyty:

O środkach kształcenia charakteru młodzieży, przez prof. Kacpra Tosio.

Etyka i karność młodzieży szkolnej, przez Anielę SZYCÓWNĘ.

Szkoły wieczorne w Londynie, przez inż. Rafała KORNILOWICZA.

Sprawy seksualne w higienie szkolnej, przez d-ra Zygmunta SREBRNEGO.

Higiena nauczycieli i nauczycielek, przez d-ra Matyldę BIEHLEROWĄ.

O ubraniu reformowanem uczennic, przez prof. W. JEZIERSKIEGO.

Uwagi dla zakładających szkoły średnie ogólnie-kształcące i dla wychowawców, przez prof. Pawła SOSNOWSKIEGO.

O gimnastyce oddychania u młodzieży szkolnej, przez Helenę KOWALEWSKĄ.

Przyczynki do higieny nauczania i wychowania, przez d-ra Władysława CHODECKIEGO.

O instytucji lekarzy szkolnych za granicą, przez d-ra Józefa PIOTROWSKIEGO.

O zadawaniu lekyi do domu uczniom szkół średnich, przez d-ra Wiktoryna Kosmowskiego.

Myśli, w powyższych odczytach zawarte, z pożytkiem przeczyta zarówno szeroka publiczność, jak i specjaliści.

Książka, wydana nader starannie, na pięknym, gładkim papierze, opatrzona tam, gdzie tego zachodziła potrzeba, ilustracjami, zaszczyt przynosi firmie wydawniczej Gebethnera i Wolffa.

Z. S.

U S T A W A

STOWARZYSZENIA LEKARZY POLSKICH,

wniesionego do rejestru stowarzyszeń i związków gub. warszawskiej za № 14 na mocy postanowienia warszawskiej komisji gubernialnej dla spraw stowarzyszeń i związków z dnia 11-go sierpnia 1906 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. N. 43).

IV. Zarząd sprawami Stowarzyszenia.

§ 14. Sprawami Stowarzyszenia zawiaduje Zebranie ogólne i Zarząd.

§ 15. Zarząd składa się z 12-u członków i 6-u zastępców, wybieranych na 3 lata na ogólnym Zebraniu.

Uwaga 1. Co roku ustępuje z Zarządu $\frac{1}{3}$ członków i zastępców, w ciągu pierwszych 2-ech lat przez losowanie, potem według starszeństwa. Ustępujący mogą być wybrani ponownie.

§ 16. Wybór członków Zarządu i zastępców odbywa się przez głosowanie tajne; o wyborze stanowi prosta większość głosów osób, biorących udział w głosowaniu.

§ 17. Ci z pomiędzy członków Stowarzyszenia, którzy otrzymają największą liczbę głosów, uważani będą za wybranych do Zarządu; następni za nimi według liczby głosów zostają zastępcami.

§ 18. Jeżeli członek Zarządu z jakiegokolwiek bądź przyczyn nie może spełniać włożonych nań obowiązków, to Zarząd na jego miejsce wybiera zastępcę.

§ 19. Zastępca pełni obowiązki członka Zarządu w razie choroby lub nieobecności do czasu jego przyjścia do zdrowia lub do powrotu; w innych razach do czasu kadencji.

§ 20. Wszyscy członkowie Zarządu mają równe prawa, i żaden z nich nie korzysta z jakiegokolwiek przywilejów większych od innych. Członkowie Zarządu wybierają z pomiędzy siebie Prezesa, jego Zastępcę, Sekretarza, Skarbnika i Gospodarza lokalu i rozdzielają pomiędzy sobą włożone na nich obowiązki według wzajemnego porozumienia się.

§ 21. Posiedzenia Zarządu odbywają się przynajmniej raz na miesiąc; w razach zaś, nie cierpiących zwłoki, Prezes może zwoływać członków na posiedzenia w każdym czasie.

§ 22. Posiedzenia Zarządu są prawomocne w razie obecności przynajmniej połowy członków, nie licząc Prezesa lub jego zastępcy.

§ 23. Sprawy, podlegające rozpatrywaniu Zarządu, decydują się prostą większością głosów obecnych na posiedzeniu członków Zarządu, w razie równości głos Prezesa przeważa.

§ 24. Do atrybucyi Zarządu należą wszelkie obowiązki organizacyjne i wykonawcze, leżące w zakresie działalności Stowarzyszenia i wyszczególnione w § 2 Ustawy niniejszej, a niezdzi innymi zarząd:

a) reprezentuje Stowarzyszenie we wszelkich stosunkach z władzami, jako też instytucjami i osobami prywatnymi;

b) zwołuje zebrania ogólne;

c) układa budżet wpływów i wydatków na rok następny;

d) układa sprawozdania z działalności Stowarzyszenia za rok ubiegły;

Uwaga. Sprawozdania, budżet i protokół Komisji Rewizyjnej komunikują się członkom Stowarzyszenia wraz z zaproszeniem ich na Zebranie ogólne, któremu sprawozdanie i budżet mają być przedstawione do zatwierdzenia.

e) przygotowuje projekty instrukcyi i regulaminów dla przedstawienia ich Zebraniu Ogólnemu;

f) wykonywa postanowienia Zebrania Ogólnego;

g) zawiaduje sprawami Stowarzyszenia pod

względem gospodarczym, zawiera kontrakty i prowadzi szczegółowy inwentarz lub spis całego majątku Stowarzyszenia;

h) mocen jest podnosić wszelkie fundusze Stowarzyszenia;

i) mocen jest przyjmować wszelkie ofiary, darowizny i zapisy bezwarunkowe;

j) wydaje wszelkie pełnomocnictwa do prowadzenia wszelkich spraw Stowarzyszenia, do zawierania wszelkich kontraktów i umów, aktów hipotecznych, rejentalnych i prywatnych;

k) oznacza dni na zebrania familijne, literackie, muzyczne i t. p.

l) zatwierdza wysokość opłaty za bilety wejścia dla gości

U w a g a. Korespondencyę Zarządu podpisuje Przewodniczący lub jego Zastępca i Sekretarz Zarządu; akty zaś zawiera osoba lub osoby, upoważnione przez Zarząd.

(D. n.).

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w październiku 1906 r.

Gazeta Lekarska.

N. 89. 1) Leon Karwacki. Wpływ uodparniania czynnego przeciwko ziarnikom DOYEN'a na przebieg nowotworów złośliwych.

2) Franciszek Kijewski. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

N. 40. 1) J. Pawiński. Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju.

2) Franciszek Kijewski. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. (c. d.).

N. 41. 1) Józef Jaworski. O stosowaniu drożdży sterylizowanych w ginekologii.

2) J. Pawiński. Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju. (c. d.).

3) Franciszek Kijewski. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy. (c. d.).

N. 42. 1) St. Cykowski. Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej.

2) J. Pawiński. Dusznica bolesna jako objaw samozatrucia ustroju. (c. d.).

3) Franciszek Kijewski. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. (c. d.).

Kronika Lekarska.

Zes. 19. 1. Matylda Biehler. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

2) Noël Hallé i Bolesław Motz. Gruźlica moczowodów i miedniczki.

3) Wacław Biehler. Przekrwienie jako środek leczniczy.

Zesz. 20. 1) Matylda Biehler. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

2) Noël Hallé i Bolesław Motz. Gruźlica moczowodów i miedniczki.

3) Wacław Biehler. Przekrwienie jako środek leczniczy.

Krytyka Lekarska.

N. 10. 1) Adam Wrzosek. O przeszkodach w postępie patologii doświadczalnej.

2) H. Goldszmit. Luźne myśli.

3) Józef Bieliński. Gabinety i muzea wydziału lekarskiego Królewskiego uniwersytetu Warszawskiego.

4) Ramoszyński. O wiejskiej praktyce lekarskiej.

Zdrowie.

Zesz. 10. 1) A. Chmielińska. O życiu stróżów w Płocku.

2) T. Jaroszyński. O kwestyi alkoholizmu wobec dzisiejszego ustroju społecznego.

Czasopismo Lekarskie.

Zesz. 9. 1) Józef Poczubut. Drugie sprawozdanie z przebiegu epidemii płonicy w Łucku 1906 r. i kilka słów o jej leczeniu.

2) J. Brudziński i H. Trenkner. Przyczynę do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą.

3) Seweryn Sterling. Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

N. 9. 1) Bukovsky. Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki.

2) Karwacki. O florze spraw płciowych.

Przegląd Lekarski.

N. 40. 1) Adam Wrzosek. Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

2) Napoleon Cybulski. Bakterie mleczone jako środek walki ze starością i niektórymi chorobami.

N. 41. 1) Władysław Janowski. O nerwobólu międzyżebrowym głównie ze stanowiska skarg chorego.

2) Bronisław Skalkowski. Uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych.

3) Napoleon Cybulski. Bakterie mleczone jako środek walki ze starością i niektórymi chorobami.

4) Adam Wrzosek. Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

N. 42. 1) L. K. Glinński. Wrodzony brak śledziony.

2) Władysław Janowski. O nerwobólu międzyżebrowym głównie ze stanowiska skarg chorego.

3) Napoleon Cybulski. Bakterie mleczone jako środek walki ze starością i niektórymi chorobami.

4) Adam Wrzosek. Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Tygodnik Lekarski.

N. 40. 1) S. Czarnik. Dwa przypadki przedziurawienia jelita w przebiegu duru brzuszno-go u dzieci.

2) R. Rencki. Polycythaemia myelopathica.

N. 41. 1) S. Czarnik. Dwa przypadki przedziurawienia jelita w przebiegu duru brzuszno-go u dzieci.

2) R. Rencki. Polycythaemia myelopathica.

N. 42. 1) N. Schneider. Przyczynę do kwestyi poliglobulii.

2) R. Rencki. Polycythaemia myelopathica.

Nowiny Lekarskie.

N. 10. 1) Wł. Janowski. O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawek aorty.

2) Jan Sędziak. Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo uszne w przebiegu chorób serca i naczyń.

Postęp okulistyczny.

N. 9. Adam Bednarski. O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowem pochodzenia wewnętrznego.

Przegląd Hygieniczny.

N. 10. 1) Kazimierz Panek. Higiena turysty.

2) Jan Lewiński. Higiena budowli jako podstawa dla zmienić się mającej ustawy budowniczej m. Lwowa.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytyny), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

— Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D^{ra} HOMMELA**. —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżki stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33.

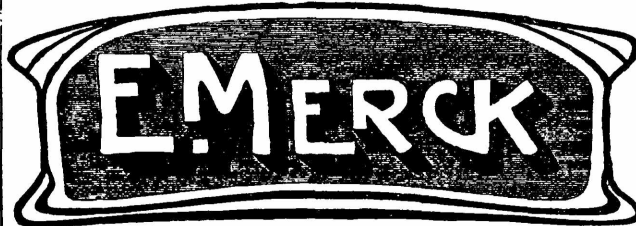
Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Ziukperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Mereck'a
Surowica streptokokowa—Menzera
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephlin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatina sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Oionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfyny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, rozstrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwdadczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nocnym potem suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potem turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapłtuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesięczk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesięczkowe krwotoki.

**Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.**

VICHY PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność państwowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisujuce używać Wód.

VICHY CÉLESTINS *Stabski łożyska, psoriasis, dolegliwości wkrzyśców, podagra, cukrzyca.*

VICHY GRANDE-GRILLE *Stabski łożyska i organów śluzowych wydzielających.*

VICHY HOPITAL *Stabski łożyska kieszek*

PASTILLES VICHY-ÉTAT *Wosółac trawienia, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.*

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT *Wydajace wydatnej chwili wody alkaliczne gazowe do łatwiejszego trawienia.*

Apteka i Fabryka Pastylek Modliński i Lilpop

WARSZAWA Czerniakowska 83.
Środki lekarskie dozowane w tabletkach
Tabletki Sublimatowe.

Alfons Mann
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
Tłomackie 3 – Telefon 1025.
Egzystuje od 1819 r.

Poleca: Apparaty ssące d-rów Bier'a i Klapp'a
z Bonn, do leczenia chorób zapalnych.
Jedwab', Catgut.

Igły chirurgiczne (Patent) w największym wyborze. Cennik ilustrowany franco.

 **PARKE, DAVIS & Co.** 

DETROIT * ST. PETERSBURG, B. Kuniuszennaja 1/8. * LONDYN
(Ameryka). Telefon № 233-81. (Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnich badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

ktem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.
Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.