

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 47.

Warszawa d. 24 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 Administracja „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. Wycinowanie macicy porodowego pochodzenia wprawione na drodze operacyjnej. Podał d-r Franciszek Neugebauer. — O postępujących zanikach mięśni Podał d-r J. Rotstadt. (Ciąg dalszy). — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 107. O podskórnym żywieniu tłuszczem. Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Neugebauer — L'inversion de l'utérus après l'accouchement guérie par l'opération. 2) D-r J. Rotstadt — Sur les atrophies musculaires progressives. 3) D-r W. H. Krajewski — Lithiasis 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 F. Neugebauer — Inversio uteri nach einer Geburt geheilt auf operativem Wege. 2) D-r J. Rotstadt — Ueber progressive Muskelatrophien. 3) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein.

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

PRACE ORYGINALNE.

Wycinowanie macicy porodowego pochodzenia wprawione na drodze operacyjnej.

Podał

D-r Franciszek Neugebauer.

Dnia 4 marca r. b. zapisała się do szpitala Ewangelickiego, skierowana do oddziału ginekologicznego przez kol. KOŁUDZKIEGO, 19-letnia Wanda K., od roku zamężna, która dnia trzeciego grudnia 1905 roku powiła własnymi siłami dziecko żywe. Gdy łożysko po jakimś czasie

nie wychodziło, akuszerka starała się usunąć je przy pomocy pociągania za pępowinę, przyczem prawdopodobnie uciskała i na dno macicy od góry drugą ręką. Chora opowiada, że dokładnie nie widziała, w jaki sposób akuszerka postępowała, widziała tylko, że akuszerka wprowadziła rękę do organów rodnych i silnie pociągała, przytem chora nagle doznała wielkiego bólu i zemdląła. Przy manipulacji tej nastąpiło zupełne wycinowanie macicy aż na zewnątrz sromu — oczywiście łożysko akuszerka przytem usunęła, lecz nastąpił gwałtowny

krwotok, długo trwający. Podług słów chorej oraz męża, niezadługo po porodzie wezwano lekarza, który jednak chorej *per vaginam* nie badał, dowiedziawszy się, że łożysko już wyszło, a tylko rękę przyłożył na podbrzusze (?) i zapisał jakieś krople. Lekarz ten nie badał organów płciowych wcale. W dwa tygodnie po porodzie inny lekarz jakoby rozpoznał guz macicy, mąż jednak zwrócił mu uwagę, że chyba to nie może być guzem, bo guz taki chyba nie mógłby wyrosnąć w tak krótkim czasie, jaki od porodu minął, a gdyby chora miała guz taki już przed porodem, toby nie była sama dziecka urodziła, lekarz jakoby zgodził się na takie rozumowanie. W czwartym tygodniu *post partum* chora udała się do kol. BUCHOWIECKIEGO, który rozpoznał *inversionem uteri* i wraz z kol. KOŁUDZKIM skierował chorą do Warszawy do szpitala. Tyle co do wywiadów, opierających się zresztą wyłącznie na słowach chorej i męża. Pacjentka przybyła do szpitala w stanie tak kolosalnej anemii, że już przed badaniem miejscowem zadałem jej pytanie, czy przy porodzie przodowało łożysko, lub czy też nie ma ona wycisowania macicy. Odpowiedź była oczywiście nie nieoczekiwana. Zaraz od pierwszego dnia pobytu w szpitalu zastosowałem codzienne wstrzykiwanie podskórne roztworu *natrii cacodylici* oraz kilka wstrzykiwań podskórnych fizyologicznego roztworu soli kuchennej. W położeniu chorej *à la vache* po wprowadzeniu wziernika Sims'a do pochwy widać było w dnie pochwy guz wielkości średniego jabłka, konsystencji ciastowatej, o powierzchni nieco chropowatej, pokrytej błoną śluzową maciczną obrzękłą. Osada guza tego otoczona była obrączką twardszą w rodzaju wałka, ustami macicznymi; sonda wdrażała dokoła guza na głębokość jednego centymetra mniej więcej, czyli nie wiele brakowało, aby dziś jeszcze nazwać wycisowanie całkowitem. Przy ścisłym oglądaniu powierzchni guza z łatwością można było ujrzeć oba ujścia jajowodów. Do jednego wprowadzono sondę na kil-

ka centymetrów głębokości bez trudności. Przy dotykaniu palcem błona śluzowa krwawiła parenchymatycznie. Przy badaniu dwuręcznem można było skonstatować brak dna macicy na miejscu, gdzie powinno było się wymacywać, a natomiast wymacano lejkowate zagłębienie, do którego z łatwością można było wsunąć cokolwiek wskaźnicy ręki na powłokach brzusznych leżącej. Czyli, w danym przypadku rozpoznanie *inversionis* było odrazu stanowcze i łatwe, ponieważ można było wyłączyć wszelką inną anomalię czy wrodzoną, czy nabytą. Wywiady ujawniły, że chora od czasu porodu aż do przybycia do szpitala, czyli w trakcie trzech miesięcy, miewała częste i silne krwotoki, co kilka dni się powtarzające. Wychudnięcie i woskowa bledłość cery oraz błon śluzowych były jedynie następstwem utraty krwi. Na bóle chora nie narzekała i w chwili przybycia do szpitala nie gorączkowała.

Trzymając się zasady leczenia wycisowania macicy, o ile można, zachowawczego, z wielką cierpliwością stosowałem hydrostatyczny ucisk za pomocą kolpeurynteru, wodą napełnionego. Niestety, chora terapii tej nie znosiła: gdy cokolwiek więcej niż 350 gramów wody do kolpeurynteru wstrzyknięto, już chora płakała z bólu. Pomimo, że kolpeurynter był sterylizowany i gazą wyjałowioną pokryty, pomimo wszelkich aseptycznych warunków opatrywania chorej, przemywań etc., już po dwu- lub trzykrotnem stosowaniu kolpeurynteru musieliśmy na kilka dni zrobić przerwę; po pierwsze, bardzo szybko wytwarzały się odleżyny nie tylko na śluzówce ciała macicy, lecz i nawet na śluzówce pochwowej — widocznie marnie odżywiane błony śluzowe nie znosiły ucisku znaczniejszego. Następnie zniechęcało nas do stosowania kolpeurynteru to, że, jak tylko wystąpiła jaka odleżyna, ciepłota podnosiła się i to nie tylko do 38°, ale nawet raz do 39° C. Nie było bynajmniej manipulacją zachęcającą stosowanie kolpeurynteru u osoby tak wycieńczonej, po każdym

założeniu kolpeurynteru płaczącej jakoby z bólu. Chora akcentowała wyraźnie, że bólu doznaje nie w linii środkowej ciała, lecz wyłącznie po lewej stronie. Gdy tylko balon wodą napędlono, chora mówiła, że odczuwa ból po lewej stronie. Ponieważ nie znalazłem żadnego zapalnego stanu przydatków, nie mogłem sobie tego zjawiska wytłómaczyć. Dopiero teraz w „Wynicowaniu macicy”, opracowanym dla nowego podręcznika położnictwa wydawanego pod redakcją v. WINCKEL’a, przez R. v. BRAUN’a, znalazłem wzmiankę taką: KESMARSKY przyczynę 16 dniowego daremnego stosowania kolpeurynteru upatrywał w dyzlokacji macicy w bok („Beweglichkeit des Uterus nach seitwärts” ponieważ wtedy balon nie działał odpowiednio na dno macicy. Po uprzednim tamponowaniu sklepienia pochwy gazę wprowadzono ponownie kolpeurynter z wynikiem dobrym. Trzymając się wskazówek różnych autorów, którzy wyraźnie piszą: stosując terapię hydrostatyczną zarówno chora jak i lekarz muszą posiadać pewną cierpliwość i wytrwałość, nie zrażając się bólem, krwawieniami a nawet chwilowem podniesieniem ciepłoty, stosowano kolpeurynter kilka razy po kilka dni zrzędu wyjmując go codziennie raz i napędlając po wprowadzeniu na nowo. Gdy chorej przeszkadzał w oddawaniu moczu, wypuszczała sama cokolwiek wody przez kranik. Tak upłynęły dwa miesiące. Pomimo, że znam przypadki, gdzie i w 6 miesięcy po wynicowaniu jeszcze udało się odnicowanie macicy przy pomocy hydrostatycznego ucisku, traciłem nadzieję uleczenia chorej tą drogą i zdecydowałem się na rękoczyn operacyjny.

Jak wiadomo, kwestya wynicowania macicy w piśmiennictwie naszym była trzykrotnie obszerniej traktowaną, po pierwsze przez ś. p. Ojca mego (L. A. NEUGEBAUER: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy. Medycyna. Tom 14. 1886. N. 2—7), z sumiennem uwzględnieniem piśmiennictwa aż do roku 1886. W roku 1894 osobiście opraco-

wałem kwestyę wynicowania macicy tak porodowego jak i nieporodowego pochodzenia monograficznie na zamówienie wydawcy wiedeńskiej encyklopedyi lekarskiej. Kazuistykę i bibliografię wtedy zestawilem wyczerpującą, nieestety, redakcja, uznając podanie bibliografii i kazuistyki *in extenso* jako balast dla encyklopedyi, tę część opuściła i nawet rękopisu tej części mi nie zwróciła. Ponieważ raz pracy podjąłem się, opracowałem ją teraz w języku ojczystym i zaproponowałem koledze WARSZAWSKIEMU zestawienie kazuistyki polskiej wynicowania macicy, co też uczynił.

Dwie prace od siebie niezależne wyszły wspólnie, wydane pod tytułem Fr. NEUGEBAUER i M. WARSZAWSKI. „Wynicowanie macicy” w Kronice Lekarskiej 1896. W końcu pracy mojej już uwzględniłem operacyę przez KUESTNER’a wymyśloną dla zwalczenia wynicowania macicy zastarzałego, w 1893 r. po raz pierwszy przez niego zastosowaną. W roku 1904 koledzy KARCZEWSKI i KORONKIEWICZ opracowali znów obszernie kwestyę w pracy: O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania macicy, uwzględniające wyniki kliniczne ostatnich lat. Autorowie rozważają krytycznie *pro i contra* każdego ze sposobów leczenia i oddają pierwszeństwo leczeniu zachowawczemu, o ile ono doprowadzi do celu. Nie chcąc powtarzać *in extenso* tego, co piszą owi autorowie, zwracam uwagę czytelnika na, ustęp pracy ich: S p o s o b y k r w a w e:

W roku 1893 KUESTNER ogłosił w Centr. f. Gyn. N. 11 nowy sposób leczenia zastarzałego wynicowania macicy porodowego pochodzenia, polegający na tem, że cięciem poprzecznem otwiera on jamę DOUGLAS’a, wprowadza palec lewej ręki do lejka wynicowanej macicy i wypycha tak macicę wynicowaną *extra vulvam*. Wtedy próbował odnicowania, fiksując obrączkę cerwikalną wskazicielem lewej ręki, w leжку leżącym, i dużym palcem tejże lewej ręki uciskając od strony sromu na dno wynicowanej maci-

cy. Ponieważ rękoczyn ten nie doprowadził do odnicowania, pozostawiając *in situ* wskaziciel lewej ręki *in cavo peritonaei*, resp. wewnątrz lejka macicy wynicowanej, naciął tylną ścianę macicy podłużnem cięciem dwóch centymetrów długości w linii pośrodkowej; cięcie sięgało aż do okolicy dna. Wtedy odnicowanie udało się z łatwością. Po odnicowaniu macicy odrazu teraz do jamy brzusznej wpechniętej retroflektował jej dno i kleszczykami wyciągnął do pochwy przez ranę *in cavo Douglasii*, teraz zaszył kilkoma głębszymi i powierzchownymi szwami tylną ścianę macicy, napowrót macicę do jamy brzusznej wsunął i pochylił ku przodowi, następnie zaszył rany jamy DOUGLAS'a i tylnej ściany pochwy. Wyzdrowienie szybkie i zupełne, pomimo, że drugiego dnia po operacji ciepłota raz podniosła się do 38° C.

Otóż sposób KUESTNER'a uważany jest ogólnie jako wielki postęp, ponieważ pozwala on uniknąć stanowczo wszelkich amputacji, ekstyrpacji wynicowanej macicy i nadaje leczeniu charakter zachowawczy pomimo użycia noża—nóż służy tylko do ułatwienia *restitutionis ad integrum*—o ile można się tak wyrazić, pomimo, że przy takim leczeniu pozostaje na ścianie tylnej macicy etc. blizna pooperacyjna, może nie obojętna dla porodu w przyszłości.

U kobiety klimakterycznej rozsądniejszym może będzie, gdy się już noża używa, amputować inwertowane dno ciała macicy lub całkowicie *per vaginam* usunąć macicę, lecz u osoby młodej, która zapragnie jeszcze doczekać się potomstwa, racjonalniejsze będzie leczenie chirurgiczne zachowawcze.

Podług SPINELLI'ego, piszą KAROZEWSKI i KORONKIEWICZ, zasługa pierwszeństwa co do krwawego odnicowania macicy po uprzednim przecięciu tylnej ściany macicy i rozszerzeniu kanału szyi, należy się BROWN'owi.

(D. n.).

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.

(Z jedną tablicą rysunków).

Podał

D-r JULIAN ROTSTADT

Asystent oddziału.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46).

W pracy swej z roku 1884-go postępującym zanikom mięśni rdzeniowego pochodzenia, pod nazwą *Amyotrophia spinalis progressiva* DUCHENNE-ARANA, ERB przeciwstawia formę idyopatyczną *Dystrophia mnsclorum progressiva*. Pod tą nazwą jednoczy Pseudohypertrofię, dziedziczne formy i swoją postać młodzieńczą (*juvenile*). Za najbardziej charakterystyczne dla tej ostatniej formy ERB uważa następujące cechy: początek cierpienia (długo nieuchwytny) w wieku młodzieńczym, dziecięcym, niekiedy i znacznie później; przewlekły przebieg; zaniki mięśni (często jednocześnie z hipertrofią i pseudohypertrofią), rozpoczynające się zazwyczaj w górnej części tułowia i kończyn górnych, a obejmujące pas barkowy, ramiona, łopatki, pas miednicowy, biodra. Znacznie później natomiast występuje porażenie mięśni (przeważnie rozginaczy) przedramion (z wyjątkiem *m. supinatorlongus*, który ginie wcześniej) i goleni (dziecina nerwów strzałkowych). Małe mięśnie dłoni i stopy albo zupełnie nie zanikają, albo bardzo późno. Jak dla Pseudohypertrofji i dziedzicznej formy, tak również i dla młodzieńczej formy swojej, ERB uważa za charakterystyczne brak drgań włókienkowych, odczynu zwyrodnienia i zmian w układzie nerwowym, które stale wykryć można w *Amyotrophia spinalis progressiva* DUCHENNE-ARANA. Wszystkie jednak 3 postacie Dystrofji są według ERB'a bardzo zbliżone do siebie. Uważa on je za chroniczne, zwolna postępujące cierpienie mięśni, które (w Pseudohypertrofji w wysokim stopniu) w każdym poszczególnym mięśniu może się przejawiać albo w postaci mniej lub więcej znacznego za-

niku, albo w postaci rzeczywistej hipertrofji, albo znów przeważnie pseudohypertrofji. W 1885 r. CHARCOT i jego uczniowie skłaniają się ku poglądom ERB'a. LANDOUZY i DÉJERINE (1885) zajmują nieco odmienne stanowisko. Za główną postać myopatyczną uważają swój typ *Facio-scapulo-humeral*, odpowiadający zresztą dziecinnej (*infantile*) formie DUCHENNE'a. Pseudohypertrofię LANDOUZY i DÉJERINE łączą z dziedziczną formą LEYDEN'a, młodzieńczą zaś ERB'a uważają za sztucznie zbudowaną. Odrębne stanowisko w tej sprawie zajmują też GOWERS (1886) i HITZIG (1888 r.), gdyż za główną postać idyopatycznych zaników mięśni uważają Pseudohypertrofię.

Pewniki, które ugruntowała praca ERB'a, tylko pozornie rozstrzygnęły jednak sprawę postępujących zaników mięśni. Zjawily się niebawem obserwacye dotąd nieznanych postaci klinicznych p. z. m.; następnie powstały wątpliwości co do bezwzględnego braku zmian w rdzeniu w Myopatiach. KAHLER bowiem (1884), MUSSO, HEUBNER, SINGER, STRÜMPFEL (w 1887 r.), PREISZ (1889), SABRAZES et BREUGNES (1899), MAIXNER (1898) wykrywają w przypadkach Myopatji zmiany w rdzeniu (zaniki komórek w rogach i korzeniach przednich). Następnie dziedziczne usposobienie, nieodłączny zazwyczaj czynnik etiologiczny w rozwoju Myopatji, zaczęto notować i w innych amyotrofiach. GUINON i CHARCOT (1886), następnie HOFFMANN (1889 — 1891), DUBREIL (1890 r.), BERNHARDT (1893 r.) i in., a z nowszych SAINTON (1899 r.), STIEFLER (1905) stwierdzają prawie stale dziedziczne usposobienie w nowej postaci p. z. m., którą HOFFMANN nazwał postępującemi neurotycznemi lub neuralnemi zanikami mięśni. Zaniki w tej formie powstają nasamprzód na obwodowych częściach kończyn dolnych, następnie dopiero na dłoniach, z pominięciem zawsze tułowia, twarzy i ośrodkowych części kończyn; chorzy mają bóle, anestetye, mogą być drganie włókienkowe, odczyn zwyrodnienia; zmiany degeneracyjne wykrywa-

no w nerwach obwodowych przypuszczalnie i w rdzeniu. BERNHARDT (1889), STRÜMPFEL (1893), HERVOUET, ETIENNE (1899) mówią o dziedzicznym usposobieniu w przypadkach p. z. m., rdzeniowngo pochodzenia, u chorych w wieku dojrzałym. Wreszcie WERDNIG (1890), HOFFMANN (1892) i później BRUNS, SENATOR (1902) podają opisy dziedzicznych rodzinnych przypadków p. z. m., rdzeniowego pochodzenia, u dzieci. To też gruntowna, przeważnie kliniczna praca ERB'a (1891 r.), uzasadniająca złączenie, przy pomocy całego szeregu przejściowych form, młodzieńczej postaci ERB'a, dziedzicznej LEYDEN-MÖBIUS'a, dziecinnej (*infantile*) DUCHENNE'a i Pseudohypertrofji w jedną całość, pod nazwą *Dystrophia musculorum progressiva*, nie rozstrzyga również kwestyi bezwzględnej odrębności Myopatji od p. z. m. rdzeniowego pochodzenia, nie uzasadnia również, jak to zresztą zdaje się rozumieć sam ERB, istnienia dla Dystrofji odrębnej patogenezy. Istota cierpienia pozostaje nadal tajemnicą, budzi tym większe zainteresowanie, rodzi naturalną potrzebę tworzenia hipotez. Zaznaczyć tu musimy, że cały szereg prac klinicznych i anatomicznych do chwili bieżącej stwierdza wciąż fakty, niweczące zamiary ustalenia ścisłej granicy między oddzielnymi formami p. z. m. Jeżeli np. idzie o lokalizacyę zaników, charakterystyczną, jak sądzono zazwyczaj, dla typu DUCHENNE-ARAN'a (wczesne zaniki drobnych mięśni dłoni), to obserwowano ją również niejednokrotnie już w Myopatyach (ROTH 1895, MIRALLIÉ 1897 r., BREGMANN 1898 r., PICK 1900 r. DÉJERINE i THOMAS 1904 r.). BREGMANN podaje przypadek paradoksalny, chory bowiem miał na jednej kończynie zaniki w częściach obwodowych, a na drugiej w ośrodkowych. Praca HOFFMANN'a (1897 r.) przekonywa dostatecznie, że obecność lub brak drgań włókienkowych (które obserwowali również w Dystrofii—LUMBROSO 1897 r., BREGMANN 1898 r., DÉJERINE i THOMAS 1903 r.) nie mają absolutnego znaczenia dla roz-

poznawania typu DUCHENNE-ARAN'a; że ten ostatni typ p. z. m. może się rozpocząć nie tylko od zaników na obwodowych częściach, lecz i w ośrodkowych, na biodrach, pośladkach; że wreszcie hipertrofia włókien mięsnych, która jako by właściwą być miała jedynie Dystrofji (ERB 1884, SZULTZE 1887), udaje się wykryć i w postaci z. m., typu ARAN-DUCHENNE'a. Istnieją również dane w literaturze, że odczyn zwyrodnienia napotkać można w Dystrofjach, co dawniej obserwowali ZIMMERLIN, SCHULTZE, a potwierdzili w nowszych czasach OPPENHEIMER, ABADIE et DENOYES (1900 r.), SPILLMANN 1921), HAUSHALTER, FREY (1905 r.), KURT MENDEL, OPPENHEIM i CASSIRER i n. inni. Wreszcie objawy bulbarne, które jako objaw wczesny lub późniejszy zwykło się napotykać jedynie w p. z. m., typu DUCHENNE-ARAN'a, zarysować się mogą również jako wybitny objaw kliniczny i w *Dystrophia musculorum progressiva*; przekonywają nas o tym cenne prace HOFFMAN'a (1897; 1898). A więc wiele cech klinicznych, uznawanych za nieomylny objaw rozpoznawczy dla p. z. m., typu DUCHENNE-ARANA, można obserwować w przypadkach p. z. m., idiopatycznego pochodzenia. Nie dziw przeto, że STRÜMPFEL (1893), MARIE (1897) wyrażają nawet wątpliwość, czy istnieją p. z. m., typu DUCHENNE-ARANA. Zdanie o jedności genetycznej wszystkich postaci postępujących zaników mięśni, nie bacząc na stwierdzane w dalszym ciągu przypadki, odpowiadające typowi DUCHENNE-ARAN'a (CROcq 1898 r., RAYMOND 1899 r., ETIENNE 1899, WILLIAMSON 1901 r.), znajdują przeto coraz większą liczbę zwolenników (STRÜMPFEL, SPILLMANN, RAYMOND, JENDRASSIK, HAGER, WINKLER, VANDER WEYDE i inni). W logicznym i naturalnym związku z mniemaniem takim pozostaje pogląd większości badaczy na patogenzę p. z. m. Przeważa myśl, że powstają one na gruncie pewnych, niedających się ściśle określić przyrodzonych właściwości patologicznych, które w sferze rucho-nerwowej nadają kształt

patologiczny budowie układu mięśniowego i nerwowego. Miały też à priori zupełne uzasadnienie niezwykle trudne dociekania naukowe, które wszczynali GRANDENIGO, BABIŃSKI, ONANOW, aby wykryć oznaki cierpienia w najpierwszym okresie rozwojowym płodu, kiedy po segmentacji następuje grupowanie się różnych układów przyszłego organizmu. ROTH i FRIEDREICH myśleli o anomaljach karjoplazmy komórki rozrodczej. Ponieważ różny może być stopień przyrodzonych anomalii, ponieważ mogą one być w niejednakowym stopniu rozwinięte w oddzielnych uczestkach — więcej w układzie nerwowym, mniej w układzie mięśniowym i naodwrot — to też obraz kliniczny cierpienia charakteryzują niezawsze jedne i te same i nie w równym stopniu rozwinięte cechy. Często pewne indywidualne właściwości patologiczne dają postaci klinicznej odrębny, nietypowy charakter, nie mieszczący się w ramach zwykłej klasyfikacji. Takimi naogół są rozumowania tych, którzy są zwolennikami t. zw. unitarnej teorii. Dla ścisłości zaznaczymy jeszcze, że kilku autorów obserwowało kombinacje Dystrofii z innymi cierpieniami układu nerwowego. OPPENHEIM mówi o kombinacji z *Tabes dorsalis*, z chorobą LITTLE'a, NONNE — z chorobą THOMSON'a; TOBY COHN — z *Myotonią*, CASSIRER z *Poliomyelitis anterior acuta*. Teoria unitarna zaspakaja zaciekawione przez zagadkę natury myśli nasze tylko w części, gdyż o istocie patogenyzy nic pewnego nie wiemy.

Czy p. z. m. są rzeczywiście objawem trofoneurozy, jak sądził DUCHENNE i zwolennicy tej teorii (ERB, HITZIG, HAUSHALTER, LEWIN, ROVIGNI, LERI i w inn.); czy możliwym jest, aby spowodować cierpienie mogły jedynie zmiany dynamiczne, funkcyjne w ośrodkach rdzenia, (EISENMANN 1887 i inni) mózgowia lub w hypotetycznych ośrodkach i nerwach odżywczych, doprowadzających w pewnych warunkach do zmian anatomicznych; czy rozwinać się mogą wreszcie na skutek autointoksykacyi (Minor

dla Pseudohypertrofii) lub sprawy patologicznej w układzie — współczulnym (REMACK, SCHNEEVOGT, JACCOUD, SWARZEŃSKI, DUMENIL i inni) — są to wszystko zagadnienia, które czekają dopiero swego rozwiązania. Ściśle wiążą się one z kwestyami fizjologii normalnej i patologicznej układu nerwowego, nad wyjaśnieniem których pracują współcześni badacze.

Przechodzimy z kolei do opisu naszych przypadków i rozpoczniemy, jak to zaznaczyliśmy już na początku, od tego, który się zakończył śmiercią i był przedmiotem badania anatomiczno-patologicznego.

PRZYPADEK I.

G. H., dziewczyna lat 15, przy rodzicach; zapisana do oddziału d. 18.VIII.03. Inteligentna, świadoma swego bezradnego stanu. Opowiada, że jest chorą od 3-ich lat; według słów jej, potwierdzonych przez matkę, pierwszym objawem choroby obecnej było skrzywienie kręgosłupa, wskutek czego przy chodzeniu górna część tułowia wyginała się znacznie ku tyłowi, wydając z początku słabo, następnie coraz wyraźniej cechy wybitnej już dzisiaj lordozy. Chód przez czas dłuższy prawidłowy, stopniowo zamienił się w chwiejny; od 2 — 3 miesięcy przestała zupełnie chodzić. Mniej więcej 2 lata temu nastąpiło pewne osłabienie lewej górnej kończyny, poczym wystąpiło i osłabienie prawej górnej; dopiero od 3 miesięcy, jak twierdzi matka, zauważyć się daje schudnięcie górnych i dolnych kończyn. Od roku chora nie włada lewą górną kończyną, prawa zaś w tym że czasie zachowywała swobodę pewnych ruchów. Bólów nie było. Czynności organów wewnętrznych prawidłowe. Do lat 12 była zupełnie zdrowa; jest najstarszą w rodzinie; nikt z pozostałego rodzeństwa objawów, podobnych do jej cierpienia, nie zdradza. Rodzice i krewni zdrowi. W budowie czaszki i twarzy niema zna-

mion patologicznych. W pasie barkowymi kończynach górnych wyraźne zaniki mięśni. Klatka piersiowa asymetryczna: prawa jej połowa bez zmiany, w lewej zaś, od 2 żebra począwszy, chrząstkowe części żeber zapadają się, tworząc wzdłuż sternum widoczne wklęsnięcie, odcinki zaś kostne odnośnych żeber najbliżej sternum leżące, wyginają się ku przodowi, przyczem w górze słabo, stopniowo zaś ku dołowi coraz widoczniej, tworząc w ten sposób (zwłaszcza począwszy od 7-go żebra) znacznie wypukłą powierzchnię, skierowaną naprzód i na wewnątrz. Łopatki, odsunięte na znaczną przestrzeń od kręgosłupa, przylegają do klatki piersiowej. Nad i podobojczykowe przestrzenie znacznie zapadnięte. W górnej części grzbietowej kręgosłupa widoczna *scoliosis*, skierowana w lewą stronę; krzywizna najbardziej występuje na wysokości 3 — 4 kręgów grzbietowych; ku dołowi zmienia swój kierunek, zwraca się na prawo i znów staje się najbardziej rozwiniętą na wysokości 9 — 10 kręgów grzbietowych. W części lędźwiowej bardzo znaczna lordoza, która występuje niezwykle jaskrawo, gdy chora siada. Budowa miednicy prawidłowa. Kończyny dolne w stawach biodrowym i kolanowym zachowują stale nieco zgiętą pozycję; stopy stale w położeniu *flexio plantaris*. Chora bez pomocy unieść się z łóżka, aby usiąść, nie potrafi; trudno jej też bardzo przewracać się z boku na bok. Posadzona, utrzymuje równowagę; położyć się sama nie może: całym tułowiem opada bezwładnie na poduszkę, gdy uczynić to usiłuje.

Nerwy czaszkowe. Przy opukiwaniu głowy chora bólu nigdzie nie odczuwa. Punkty *n. trigemini* niebolesne. Wykonywa ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach prawidłowo. Żrenice równomierne, reagują dobrze na światło i akomodację; wzrok dobry; zdolność mimiczna twarzy zachowana. Siła mięśni-żwaczy dostateczna. Ruchy języka w porządku, mowa prawidłowa; słuch, powonienie, smak

niezmienione. Zaburzeń przy połykaniu niema, fonacja normalna. Wszystkie rodzaje uczucia na twarzy i głowie zachowane. Mięśnie szyi: *cucullaris*, *sternocleidomastoideus* bardzo słabe, z wyraźnymi objawami zaników z obydwóch stron; oba *sternocleidomastoidei*—w postaci cieniutkich sznurków. Czucie na szyi zachowane.

K o ń c z y n y g ó r n e. Wszystkie mię-

potrafi, choć tak słabo, że nie przewyższa najmniejszego oporu; prawy zgina, lecz bardzo słabo, przyczem do pomaga sobie zawsze z początku lewą ręką; rozginanie prawego łokcia, jak z lewej strony. *Pronatio*, *supinatio*, zginanie i rozginanie stawu p i ą s t k o w e g o, jak również wszystkie ruchy palcami, wykonywa bardzo słabo. Odruchów ze ścięgna *m. tricipi-*

Badanie elektryczne	Prąd fa- radyczny	Galwaniczny	Badanie elektryczne	Prąd fa- radyczny	Galwaniczny
M. frontalis dexter . . .	95	1,5 MA K > A skurecz szybki	„ sternocleidomast dext.	85	1,5 MA K > A skurecz szybki
N. radialis „ . . .	74	2 MA K > A „ „	„ „ sinist.	80	2 MA K > „ „
N. medianus „ . . .	82	1,5 MA K > A „ „	„ cucullaris dext . . .	70	1 MA K > „ „
N. ulnaris „ . . .	68	1 MA K > A „ „	„ „ sinist. . .	85	1 MA K > „ „
N. radialis sinister . . .	76	1 MA K > A „ „	N. cruralis dext.	65	3 MA K > A skurecz szybki w m. vastus.
N. medianus „ . . .	78	1,5 MA K > A „ „	„ „ sinist.	65	3 MA K > skurecz szybki w m. vast. intern i adduk.
N. ulnaris „ . . .	60	1,25 MA K > A „ „	M. quadriceps femor dext.	54	4 MA K > A skurecz szybki
M. deltoides dexter . . .	50	10 MA K > A „ „	„ „ „ sinist.	54	9 MA K > A „ „
„ „ sinister . . .	50	6 MA K > A „ „	N. peroneus dexter i si- nister	83	2 MA K > A „ „
„ biceps dext. i sinist. .	0	0	„ „ „ „ „	65	3 MA K = A „ „
„ triceps „ „ . . .	50	5 MA K > A „ „	N. tibialis ant. dext. . .	57	6 MA K = A „ „
„ thenar „	65	1 MA K > A „ „	„ „ „ sinist.	0	4 MA K > A „ „
„ „ sinist.	61	2 MA K > A „ „	M. peroneus long. dext. .	0	0
„ supinator long. dext. i sinist.	60	25 MA K > A „ „	„ „ „ sinist.	0	0

UWAGA. Podajemy wyniki badania elektrycznego tylko niektórych mięśni i nerwów, gdyż we wszystkich wykryliśmy jedynie zmiany ilościowe.

śnie górnych kończyn, zwłaszcza ramienia, mają wyraźne ślady zaników. Chora ruchów w stawie ramieniowym z obu stron wykonywać nie może. Stawy ramieniowe można niezwykle łatwo uruchomić; są one zupełnie rozluźnione, występuje to bardzo wyraźnie, gdy chorą ująć pod pachy i unieść z postania. Lewy łokieć zgina za ledwie do prostego kąta, rozgiąć go

tiś i z okostny wywołać nie można. Wszystkie rodzaje uczucia, nie wyłączając uczucia stereognostycznego i mięśniowego, zachowane.

K o ń c z y n y d o l n e. Wszystkie mięśnie kończyn dolnych są w stanie zaniku, nie posiadają właściwej zdrowym mięśniom jędrności zwłaszcza *extensores cruris* i mięśnie w dziedzi- nie nerwów strzałkowych. Mięśnie łydek są,

zdaje się, w stanie hipertrofii, występują bowiem ku tyłowi w postaci (zwłaszcza prawa) dużych twardawych wałków. Obie kończyny dolne pozostają stale w pozycji zgiętej: w stawie biodrowym pod kątem tępym, a w kolanowym pod kątem 70°; stawy te wyprostować się nie dają. Z ruchów dowolnych wykonywa bardzo nieznaczne zginanie i następnie wyprostowywanie stawu biodrowego; najmniejszy opór wyklucza te ruchy zupełnie.

Zgięcie kolan wykonywa z pewną, lecz bardzo nieznaczną siłą, którą wyczuwamy jeszcze mniej przy wyprostowywaniu kolan. Doprowadzania i odprowadzania kończyn wykonywać nie może. Przedniego zgięcia stopy brak, zgięcie tylne bardzo leniwe i niedostateczne, nie przewyższa nawet lekkiego oporu. Ruchy palców obu stóp zachowane. Odruchów kolanowych z obu stron wywołać nie można. A. R. dość żywe, jednakowe z obu stron. Słaba *flexio plantaris*. Wszystkie rodzaje czucia, jako to: ciepłikowe, bólowe, dotykowe, mięśniowe zachowane. Łydki i mięśnie bioder bołą przy uciskaniu. T u ł ó w. Doprowadzanie łopatek do linii środkowej chora wykonywa, lecz w słabym stopniu; dość użyć lekkiego oporu, aby temu ruchowi przeszkodzić. *M. m. pectorales* funkcjonują bardzo słabo; niemniej słabo działają mięśnie zginające tułów i rozginające: dość się chorej dotknąć silniej z przodu, aby opadła bezwładnie na łóżko. Mięśnie oddechowe, jak również i brzuszne, działają prawidłowo. Odruchy brzuszne słabe z obu stron. Czynności organów wewnętrznych prawidłowe. (Patrz tablicę wyżej).

d. c. n.

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. 46).

10. *Cholelithiasis. Cholecystitis purulenta. Obstructio chronica d. choledochi. Cholecystectomy. Choledochotomy.*

Helena A., żona doktora, lat 52, z Warszawy. Widziałem ją po raz pierwszy 3 czerwca r. b. Mąż chorej dostarczył mi następujących danych z przeszłości: Chora pochodzi z rodziny zdrowej. Pierwszego peryodu dostała w 16-ym roku życia i miewa go bardzo regularnie do obecnej chwili. Rodziła 4 razy prawidłowo i 2 razy roniła. W 22 roku życia, a więc 30 lat temu, miała pierwszy napad bólów w dołku i w prawem podżebrzu, który przyjęto za napad kolki wątrobowej. Od tej pory podobne ataki bólów powtarzały się ciągle w różnych odstępach czasu (czasami $\frac{1}{2}$ roku nie było ataku, czasami znów kilka ataków zjawiało się w tygodniowych zaledwie odstępach). Napady były zazwyczaj krótkie (niekiedy kilka godzin tylko trwały), zawsze bez gorączki i bez żółtaczki. Przed 6-ciu laty chora przebyła *Nephritis parenchymatosa acuta*, która jednak śladów nie pozostawiła żadnych, gdyż corocznie robiony rozbiór moczu nie wykazuje białka ani cylindrów, lecz tylko wysoki ciężar gatunkowy, w osadzie zaś dużo wolnych kryształów kwasu moczowego. Od 3-ch lat ataki bólów w prawem podżebrzu są coraz częstsze, trwają dłużej, stale towarzyszy im gorączka, czasami tylko kilka godzin trwająca, a po niej występuje żółtaczka, która zazwyczaj znika po 4-ch, 6-ciu dniach. Stolec zwykle zaparty, odbarwia się po atakach, lecz wkrótce nabiera

znów normalnego koloru. 20 maja r. b. chora dostała silnego napadu bólów z dreszczami, gorączką do 39° i żółtaczką. Po 3 dniach wszelkie objawy ustąpiły, i żółtaczka znacznie się zmniejszyła, lecz 30-go maja znów się atak powtórzył z wielką siłą, towarzyszyły mu dreszcze i gorączka 39°, wystąpiła bardzo wyraźna żółtaczka. Gorączka nie ustąpiła do chwili mego badania, a dreszcz powtórzył się jeszcze raz rano 2-go czerwca. Przy badaniu znalazłem: osobnik średniego wzrostu, dość otyły, z żółtaczkowym zabarwieniem skóry i białkówki. Ciepłota 38.4, tętno 100, dość słabe, lecz równe. Płuca i serce zdrowe. Brzuch bardzo wzdęty, całe prawe podżebrze na dotyk bardzo bolesne, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, na wysokości pępka, wymacuje się wyraźnie guz wielkości pięści, złączony z wątrobą, której kant wymacuje się bardzo dobrze nieco powyżej guza. Sam guz robi bardzo małe ekskursje podczas oddychania, robi wrażenie takie, jakby był przyklejony do ściany brzusznej. Nic więcej anormalnego w brzuchu nie znalazłem. Mocz, badany następnie w domu zdrowia, wykazał bardzo wybitną reakcję na barwniki żółciowe. Wobec tych danych rozpoznałem przewlekłe niepełne zamknięcie kamieniem przewodu wspólnego (*Obstructio chronica calculosa d. chole-dochi*), do której się, w ostatnich czasach, przyłączyło, prawdopodobnie ropne, zapalenie pęcherzyka (*cholecystitis purulenta*). Wobec silnej gorączki, powtarzających się dreszczów i znacznego osłabienia, uważałem operację za wskazaną i zaleciłem możliwy pośpiech. Pomimo to przeszło jeszcze kilka dni, zanim się chora zdecydowała na operację, przez ten czas ciągle wysoko gorączkowała i miała jeszcze dwa razy silne wstrząsające dreszcze. W końcu, 7 czerwca, przeniosła się do domu zdrowia kol. DYDŃSKIEGO, gdzie, po niezbędnych przygotowaniach, wykonałem operację rano d. 8. VI. 1906 roku przy pomocy kol. KARCZEWSKIEGO, ZIELIŃSKIEGO i DRACA. Cięcie poprzeczne, poczynając od li-

nii środkowej na 3 palce powyżej pępka, na prawo, aż do chrząstki 10-go żebra. Po otworzeniu jamy brzusznej cokolwiek wyżej wymacowanego przez ściany brzuszne guza, przekonałem się, iż jest on istotnie skleiony z przednią ścianą brzuszną. Skleiny świeże łatwo nsunąć się dały i wtedy udało mi się wyłonić przez ranę olbrzymio rozciągnięty — dość silnie złączony z siecią pęcherzyk żółciowy. Po wydobyciu go na zewnątrz i ochronieniu otoczenia serwetami, zabrałem się do odseparowania zrostu z siecią, udało mi się to stosunkowo łatwo; ponieważ jednak sieć okazała się zgrubiałą i sadłowatą więc zmieniony kawałek sieci odciąłem, po uprzednim nałożeniu kilku ligatur na zdrowy odcinek. Następnie trójgrańcem wypuściłem płynną zawartość pęcherzyka, okazało się, iż zawierał około 200 grm. zielonej gęstej ropy. Osłoniwszy jeszcze raz otoczenie, naciąłem pęcherzyk w podłużnym kierunku i wy dobyłem zeń 113 fasetkowanych kamieni (niektóre były, wielkości średnich orzechów łaskowych inne cokolwiek mniejsze). Rozcinając w dalszym ciągu pęcherzyk, dotarłem nareszcie do miejsca, w którym przechodzi w *d. cysticus*, tu się dopiero przekonałem, iż kanał ten jest zamknięty. Najcieńsza sonda nie wykrywa kanału, a obmacywanie nie napotyka ciała obcego, które by zamykało kanał. Natenczas cokolwiek wyżej, na przebiegu *d. cystici*, zrobiłem cięcie poprzeczne na otrzewnej, wyseparowałem na tępo kanał i przeciąłem go. Zraniłem przy tem *art. v. sicae felleae*, którą uchwyciłem w pince hémostatique. Od tego miejsca udało mi się z wielką łatwością wyseparować pęcherzyk z łożyska. Miąższowe krwawienie było bardzo nieznaczne, tak, iż do zatrzymania go wystarczył miejscowy ucisk gazą. Podwiązawszy tętnicę i dośrodkowy koniec *d. cystici* katgutem, wprowadziłem palec do dziury WINSLOW'a i uniosłem na nim *ligamentum hepato-duodenale*, przy obmacywaniu przewodu wspólnego stwierdziłem w nim obecność kamienia. Naciąłem więc w podłużnym

kierunku przewód i z łatwością usunąłem zeń kamień czarny cylindryczny o powierzchniach płaskich nieco wklęsłych. Wysokość cylindra $1\frac{1}{2}$ ctm., średnica podstawy 1 ctm. Przekonawszy się zgłębnikiem, iż przewód wspólny nie zawiera więcej kamieni, wprowadziłem przez zrobioną szparę sączek cienki do *d. hepaticus* i umocowałem go w tej pozycji jednym szwem jedwabnym, przeprowadzonym przez brzeg zrobionej w *d. choledochus* szpary i przez sączek. Długość końce nitki jedwabnej wraz z drenem wprowadziłem przez zewnętrzny kąt rany ścian brzusznych na zewnątrz. Szpary, zrobionej w *d. choledochus*, nie zaszywałem wcale, oddzieliłem ją tylko od reszty jamy brzusznej workiem MIKULICZA, dość dużym. Worek ten przylegał jednocześnie do łóżyska po usuniętym pęcherzyku, szyja zaś jego ulokowana była pod drenem w zewnętrznym kącie rany brzusznej. Resztę wewnętrzną rany ścian brzusznych zaszyłem jak zwykle (t. j. dwupiętrowy szew katgutowy na pochwę *ml. recti*, skórę jednym piętrem z Fil de Florence).

Przebieg po operacji zupełnie pomyślny. Wprawdzie pierwsze 3 dni ciepłota dochodziła wieczorami do 38.2, ale stan ogólny chorej był bardzo dobry: tętno mocne i spokojne, około 100 uderzeń na minutę. Żółć wydzielala się doskonale przez dren, zbiera jej się około 600 grm. na dobę, pomimo niezaszycia szpary, zrobionej w przewodzie wspólnym, ani kropla żółci nie przesącza w opatrunek. Piątego dnia usunięto połowę szwów skórnych, 8-go zaś resztę. Zasztyła część rany zagojona. 10-go dnia usunięto worek MIKULICZA, a pozostała po nim, dobrze ziarninującą jamę, wypełniono pasami gazy. Od tej pory zaczęło się pokazywać cokolwiek żółci na pasach użytych do tamponowania jamy; ilość jej była jednak bardzo nieznaczna, gdyż większa część wydzielala się przez sączek. We 2 tygodnie po operacji podczas opatrunku wysunął się dren. Niepodobna go było powtórnie założyć, z powodu głębi na jakiej się znajdowała

szpara w *d. choledochus*, to też zadowolniłem się jedynie luźnym wypełnieniem ziarninującej jamy pasami gazy. Od tej pory cała ilość wydzielanej żółci wylewała się do opatrunku, to też trzeba było przynajmniej powierzchowne warstwy zmieniać 2 razy dziennie. Nie trwało to jednak długo. Stolec wywoływany co parę dni lewatywą był stale jeszcze odbarwiony. Gdy jednak po wysłizgnięciu się drenu pierwszy wywołany stolec znów się okazał gliniastym; zaniepokoiło mnie to trochę. Polecilem dać chorej oleju rycynowego i nareszcie miałem przyjemność stwierdzić zupełnie normalne zabarwienie stolca. Było to w 16 dni po operacji. Od tej pory zaczęła się zmniejszać ilość żółci, wydzielanej przez ranę, a w 25 dni po operacji żółć zupełnie przestała przez ranę wypływać. Chora szybko powraca do sił, apetyt ma dobry, żółtaczka zupełnie znika. Po upływie 4 tygodni chora z małą ziarninującą raną przeniosła się do domu. Odwiedzając ją kilkakrotnie, stwierdziłem doskonale ogólny stan zdrowia, jama rany wypełniła się szybko i pozostało jedynie powierzchowne ziarninujące owrzodzenie, długości dwóch ctm., które jednak niepomrotnie długo się trzymało, gdyż trwało jeszcze 20-go sierpnia, gdy chora widział po raz ostatni. Tę powolność w ostatecznem zagojeniu objaśnić mogę tą okolicznością, iż chora, bardzo żywego usposobienia, mało zwraca uwagi na swą ranę: biega, wyjeżdża, krząta się, co w związku z upałami sprawiło, że już dwukrotnie miała moknącą ekzemę wokół rany. Po za tem, chora czuję się zupełnie dobrze, wygląda doskonale, jak by odmłodzona.

* * *

Przytoczone 10 przypadków usunięcia kamieni żółciowych z przewodu wspólnego dowodzą niewątpliwie pożyteczności i względnej łagodności zabiegu; a przynajmniej dowodzą, że, jeśli wyczerpania chorego nie doprowadzimy do krańców, to wytrzyma on zabieg i powróci do zupełnego zdrowia. Na 10 operacji mam do

zanotowania 2 śmierci (przyp. 1 i 7), obie jednak nie znajdują się w żadnej od operacji zależności. W pierwszym przypadku możnaby jeszcze powiedzieć, że chora, która mogła żyć cały miesiąc po operacji, a nawet jakiś czas czuć się odrobinę lepiej, powinna była wyzdrowieć. Istotnie, może nastąpiłaby poprawa, gdybym był już wtedy stosował dziś przezennicę używaną metodę operacyjną, a głównie gdybym był zastosował u chorej drenowanie kanału wątrobowego. Trudno to naturalnie obecnie rozstrzygnąć, mam jednak to wrażenie, iż po za niewątpliwem zakażeniem septycznym umiarkowanego stopnia, w zejściu niepomysłnem danego przypadku ważną rolę odegrało wyczerpanie sprawności wątroby, którego pod on czas naturalnie (było to w r. 1899) rozpoznać przed operacją nie mogłem. Drugi przypadek śmierci był właściwie z góry przewidziany przed operacją i do dziś dnia dziwię się swej uległości, która sprawiła, iż ustąpiłem natarczywym życzeniom otoczenia i wykonałem operację, nie mającą najmniejszych szans powodzenia.

Zaznaczyć tu muszę, iż z opisanych wyżej przypadków zaledwie 2 (6-ty i 8-my) są czystymi przypadkami przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego. Wszystkie inne były to przypadki powikłane czy to ropnicą (przyp. 7-my) czy *cholangitis septica* o mniejszym lub większem natężeniu (przyp. 1-szy, 3-ci, 4-ty) czy *pericystitis purulenta* z wytworzeniem ograniczonego ropnia w jamie brzusznej (przyp 2-gi) czy przez *cholecystitis catharrhalis* lub *purulenta* (przyp 5-ty, 9-ty, 10-ty). Niewątpliwie powikłania te ujemnie wpływają na bezpośredni rezultat operacji. Gdyby przypadki 1-szy i 7-my były zoperowane przed wystąpieniem tych śmiertelnych powikłań, byłyby z pewnością wyleczone.

Tak częste zjawianie się chorych z przewlekłym zatkaniem przewodu wspólnego na operację dopiero wtedy, kiedy wystąpiły groźne dla ich życia powikłania, lub przynajmniej ta-

kie, które im to życie nieżnośnem czynią, dowodzi, iż większość chorych akomoduje się dość szybko do zwykłych objawów, towarzyszących przewlekłemu zatkaniu, częste gorączkowe ataki uważa za rzecz konieczną, a każdą poprawę chwilową uważa za dowód, iż atak, który przeszli, był owocny. Co więcej, zdaje mi się, iż dotychczas większość lekarzy-praktyków była tego samego zdania. Każdą remisję w bólach i gorączce lekarz jest też skłonny objaśnić owocnością ataku, a to, że się ataki często powtarzają, tłumaczy mnogością kamieni. Należy raz zerwać z tą tradycją, należy się dokładnie zaznajomić z obrazem przewlekłego zatkania przewodu wspólnego. Wobec świetnych wyników wcześniej dokonanych operacji, a rozpaczliwych rezultatów wyczekiwania niepodobna dalej hołdować zasadzie wypowiedzianej jeszcze w 1899 r. przez NAUNYX'a (32): *Heilung ohne Operation ist keineswegs ausgeschlossen kann vielmehr durch Bildung der meist ganz ungefährlichen Choledochusduodenalfistel noch nach jahrelangem Bestehen des Ikterus durch obstruierenden Gallenstein zustande kommen*⁷. Może być, iż w wyjątkowych arcyrzadkich przypadkach zdarza się takie samoistne wyleczenie; wyczekiwanie jednak na takie zejście jest przy dzisiejszych naszych pojęciach, wobec istotnej łagodności zabiegu operacyjnego i kolosalnych niebezpieczeństw, grożących choremu w okresie wyczekiwania, grzechem nie do darowania. To też mojem zdaniem, każdy lekarz praktyk powinien dziś już obznajmić się dokładnie z obrazem klinicznym przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, aby być w stanie rozpoznać wcześniej zrobić, a, ponieważ rozpoznanie takie równoznaczne jest z bezwzględ-nem wskazaniem do operacji, skierować chorego do chirurga.

Wobec ważności sprawy pozwalam sobie rozejrzeć się dokładniej w poszczególnych ogni-

wach, składających się na typowy obraz przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego.

1. Wywiady u takich chorych wykrywają zazwyczaj jedną z najczęstszych przyczyn kamicy (częste porody, infekcyjne choroby kiszek jak na przykład tyfus brzuszny w 3-ech moich przypadkach). Pod tym względem niema różnicy pomiędzy różnymi gatunkami kamicy. Dalej dowiadujemy się zwykle, iż, podlegając od dawna nie dającym się bliżej określić dolegliwościom w dołku i prawem podżebrzu, określonym jako „ściskanie” lub „nudzenie”, chory dostał naraz silnego ataku bólesci w prawym boku przyczem często wspomina, iż podczas tych gwałtownych bólów wymacywał guz, który się zjawiał w podżebrzu. Czasami temu gwałtownemu atakowi bólów towarzyszy odrazu gorączka, czasami przechodzi on bez gorączki. Chory opowiada, iż zazwyczaj na drugi dzień dostał żółtaczki i stan taki trwał mniej lub więcej długo, czasem parę dni, czasem tydzień, czasami 2 tygodnie, aż naraz bóle ustają, guz wymacywany znika, gorączka, jeśli była, gaśnie, chory powraca do zdrowia. Dotychczas wywiady odpowiadają w zupełności sprawozdaniu każdego chorego, który przebył pierwszy owocny atak ostrego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Od tej chwili dopiero opowieść się zmienia, to też z naciskiem zaznaczyć muszę potrzebę bardzo szczegółowego wypytywania o przebieg cierpienia, poczynwszy od pierwszego osirego napadu zatkania *d. choledochi*. Chory, którego atak był owocny opowie zazwyczaj, iż, po ustaniu bólów i gorączki (jeśli ją miał), żółtaczka wkrótce przeszła i miał się czas dłuższy, czasami rok i więcej zupełnie dobrze. Niekiedy powie, iż szybko po sobie nastąpiło kilka ataków, przegrodzonych mniej lub więcej, długim okresem zupełnego zdrowia. Inna będzie relacja chorego, mającego przewlekłe zatkanie *d. choledochi*. Dowiemy się od niego, iż czasami zaraz po pierwszym ataku ostrego zatkania *d. choledochi*, cza-

sami dopiero po paru lub kilku owocnych atakach, przegrodzonych mniejszymi lub większymi okresami zupełnego zdrowia, przyszedł nareszcie atak, po którym zdrowie wprawdzie powróciło, lecz niezupełnie. Pozostało mianowicie pewne choć niezbyt jaskrawe, żółtawe zabarwienie skóry, codzienne dolegliwości po jedzeniu, ogólne osłabienie. Dalej wyjawi nam, iż od tego znamienego ataku dostaje napadów bardzo często, że się stały znacznie krótsze, ale za to bywają co tydzień, parę razy na tydzień a czasami codziennie. Jeśli główny atak przebiegał z gorączką, to i podczas tych krótkich ataków zjawia się gorączka i znika natychmiast po ustaniu bólów. Jeśli przy głównym ataku gorączki nie było, to początkowo krótkie ataki przebiegały też bez niej. Jeśli się jednak chory dobrze obserwował, to nam powie, iż po pewnym czasie dołączyła się do nich gorączka. Nadto zaznaczy, iż stolec bywa raz zabarwiony, to znów gliniasty, moczu to ciemny to jasny, oraz zwróci naszą uwagę na to, że w ostatnich czasach zaczął widocznie szybko chudnąć. Jednem słowem, sumiennie zbierane wywiady pozwolą nam wykryć w zwyczajnym obrazie kamicy żółciowej moment, w którym obraz się zmienił: peryodyczną chorobę zastąpiło stałe niedomaganie; napady rzadkie i długotrwałe zastąpione zostały napadami krótkimi, często się powtarzającymi; miejsce napadów bez gorączkowych zajęły napady gorączkowe.

Oto główne zadanie podczas zbierania wywiadów. Ponieważ okres, w którym po raz pierwszy chorego widzimy, może być opanowany przez dodatkowe powikłanie, jak: *cholangitis*, *cholecystitis*, *pericholecystitis*, *pylephlebitis* etc., więc nam chory często dobrowolnie tych szczegółów nie dostarczy, będzie wciąż opowiadał fakty, dotyczące tej nowej komplikacji. Dla nas zaś powinno być zawsze rzeczą pierwszorzędną wagi dobadanie się, czy przed wystąpieniem świe-

żego powikłania istniały fakty, o których wyżej.

Przejdźmy do objawów, charakteryzujących przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego:

2. **Żółtaczka.** Słusznie twierdzi CHAUFFARD (26), iż żółtaczka, obserwowana przy przewlekłym zatkaniu kamieniem przewodu wspólnego, ma stosunkowo znacznie mniejsze natężenie, aniżeli się spodziewać należało. Naturalnie większość chorych tej kategorii miewa wyraźnie żółte zabarwienie skóry i białówek, jest ono jednak zawsze daleko mniej wybitne aniżeli u chorych, u których nastąpiło zamknięcie przewodu wspólnego przez nowotwór lub u tych, którzy przebywają napad ostrego zatkania kamieniem przewodu wspólnego (rein lithogener Icterus RIEDEL'a), a nawet u tych, którzy pod wpływem zapalenia dróg żółciowych dodatkowych, dostali żółtaczki zapalnej (entzündlicher Icterus RIEDEL'a). W moim przypadku 8-ym wcale nie można było stwierdzić żółtaczkowego zabarwienia skóry. Tak samo nie stałem się zjawianiem się barwników żółciowych w moczu i odbarwienie kału. Często bardzo w moczu wcale nie można stwierdzić barwników żółciowych, albo li też znajduje się je tylko bezpośrednio po świeżym ataku bólów i wtedy zwykle po jednym dniu reakcja na barwniki żółciowe zupełnie znika. Stolec w takich razach bywają normalnie zabarwione i również tylko stolec, bezpośrednio po ataku następujący, bywa odbarwiony lub nawet tylko cokolwiek bledszy od zwykłego. Ten częsty brak widocznej żółtaczki w niepowikłanych przypadkach przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego, stanowi niewątpliwie wielki szkopuł przy rozpoznawaniu tego rodzaju kamicy żółciowej, a to tembardziej, iż inne spostrzegane objawy mogą wzbudzać podejrzenie wrzodu żołądka, raka żołądka, kamicy nerkowej etc. To też, wydaje mi się ważnem zastosowanie w wątpliwych przypadkach wszelkich możliwych badań w celu wykrycia, przechodzenia barwników żółciowych do

krwi, a więc, przede wszystkim, łatwo wykonanej metody określania obecności barwników żółciowych w surowicy krwi, podanej przez GILBERT'a, HERSCHER'a i TUFFIER'a (33). Próba polega na wykazaniu barwników żółciowych w surowicy krwi przy pomocy odczynnika GMELIN'a. Autorowie twierdzą, że już sam makroskopowy wygląd surowicy krwi wskutek swej czarno-zielonej barwy jest bardzo charakterystyczny. Badania ich przekonały, że w kamicy żółciowej o skrytym przebiegu może istnieć tak zwany „Ictère acholurique” t. j. żółtaczka bez cholestazy, a nawet „cholemie anicterique”, a więc stan, w którym niema ani zabarwienia skóry ani barwników żółciowych w moczu, a jedynie w surowicy krwi możemy wykryć barwniki żółciowe. HAMEL (34) i SYLLABA (35) w pracach swych potwierdzają wywody tych autorów i zgodnie twierdzą, iż poszukiwanie bilirubiny w surowicy krwi jest najczulszą próbą we wczesnych okresach żółtaczki. Ponieważ w praktyce czasami nie znajdujemy żółtaczkowego zabarwienia skóry, innym znów razem pozostajemy w niepewności czy dane zabarwienie jest istotnie żółtaczkowym, powinniśmy więc, zdaniem mojem, uciekać się do próby GILBERT'a i HERSCHER'a.

Oprócz stwierdzenia istnienia żółtaczki, w zajmującym nas rodzaju kamicy żółciowej pierwszorzędnej wagi jest rzeczą sprawdzić jej zmienność, skontrolować czy istotnie zachodzą różnice w zabarwieniu skóry, uryny i kału po każdym nowym ataku. To nasilanie się i zmniejszanie żółtaczki przy stałym przebywaniu kamienia w przewodzie wspólnym, zależy od tego, iż zazwyczaj sam kamień nigdy zupełnie przewodu nie wypełnia. Bez względu na jego wielkość przewód rozciąga się odpowiednio i przepuszcza żółć do kiszek, pomiędzy ścianą a kamieniem. Od czasu do czasu, pod wpływem zapalnych podrażnień, powstaje obrzęk błony śluzowej przewodu i skurcz jego włókien mięsnych, wtedy kamień szczelnie jest otoczony ścianami przewodu i ani kropla żółci nie dosta-

je się do kiszek. Skurecz ten ustaje po pewnym czasie i wtedy znów pewna ilość żółci płynie do kiszek. Te przerwy w odpływie żółci muszą się odbić na zabarwieniu skóry, moczu i kału, dla tego też tak ważną jest rzeczą dokładne zwracanie na nie uwagi podczas i po każdym napadzie. Jeśli będziemy w stanie stwierdzić zmienność zabarwienia skóry i kału, zjawianie się i znikanie barwników żółciowych w moczu w zależności od ataków, to rozpoznanie nasze zyskuje znacznie na prawdopodobieństwie. W tych przypadkach, w których żółtaczka istnieje i nasila się podczas napadów, nie znika już ona nigdy w zupełności w przestankach pomiędzy atakami, bez względu na to, czy ataki powtarzają się często, czy też, dzięki odpowiedniemu zachowaniu się chorego, znacznie rzadziej się przytrafiają. Wybitny tego dowód mieliśmy w przypadku, obserwowanym wspólnie z kolegą SKŁODOWSKIM.

Dalej zaznaczyć mi wypada, iż do żółtaczki, wywołanej niepowikłaniem przewlekłym przebywaniem kamienia w przewodzie wspólnym, acyrzadko, a przynajmniej nigdy w takim natężeniu, nie przyłączają się dwaj nieodłączni towarzysze żółtaczki występującej przy nowotworach, uciskających przewód wspólny. Chcę tu mówić o swędzeniu skóry i zwolnieniu tętna. Przy dzisiejszym stanie nauki przyjąć musimy, iż każda żółtaczka jest wątrobowego pochodzenia (hepatogen) i, zgodnie z MINKOWSKIM odróżniać, zależnie od wywołującej przyczyny: *icterus per stasin* wskutek przeszkód w odpływie żółci i *icterus per parapedesin*, zależny od zaburzeń funkcyjnych w komórkach samej wątroby. O ile przeszkody w odpływie żółci nie są zupełne, tak, jak się to właśnie dzieje podczas przewlekłego zatkania kamieniem *d. choledochi*, o tyle objawy zatrucia kwasami żółciowymi nie występują zbyt wybitnie. Jeśli się do przewlekłego zatkania przyłączy *choolangitis diffusa*, lub inna sprawa zapalna nawet chociażby dróg żółciowych dodatkowych, wtedy

dopiero występują objawy zatrucia żółcią z całą swą siłą. Gdzie to jednak nie nastąpiło, gdzie mamy do czynienia z niepowikłaniem lecz tylko długotrwałym, przewlekłym zatkaniem przewodu wspólnego, a gdzie pomimo to już doszło do bardzo mocnej żółtaczki, swędzenia i zwolnienia tętna, tam winniśmy przypuszczać, iż wskutek długotrwałego choć niezupełnego zatamowania toku żółci, przyszło powoli do zmian poważnych w samej komórce wątrobowej, że stoimy wobec *icterus per parapedesin* i uważać te objawy za *signum mali ominis*, gdyż mamy do czynienia z upośledzeniem sprawności samej wątroby. Stopnia zaś tego upośledzenia dotychczas określić nie jesteśmy w stanie, a więc i wnioskować, czy usunięcie mechanicznej przeszkody wystarczy jeszcze na powrót organowi nadwerżonej jego sprawności.

To, co wyżej o żółtaczce przy przewlekłym zatkaniu kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, powiedziałem daje się streścić z następujących ważnych dla praktyki punktach:

a) Zabarwienie skóry, moczu i kału bywa zmienne. Nasilenia w zabarwieniu skóry i odbarwieniu kału odpowiadają atakom bólów.

b) Czasem żółtaczka, szczególnie w odstępach pomiędzy napadami, jest tak mało wybitna, iż dopiero badanie surowicy krwi na zawartość bilirubiny jest w stanie ją wykryć. To też w wątpliwych przypadkach zawsze się do tej metody badania uciekać należy.

c) Obecność ciężkiej żółtaczki ze zwolnieniem tętna i swędzeniem w niepowikłanych przypadkach przewlekłego zatkania przewodu wspólnego zmusza do przypuszczenia upośledzenia sprawności wątroby.

3. Ból. Musimy tu odróżniać ból, zjawiający się samorzutnie podczas napadów, od

bólu, który możemy wywołać unctionem, czy to podczas napadu, czy też w czasie spokoju.

Wszyscy chorzy na przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu wspólnego, zgodnie zaznaczają, iż w pewnym okresie ich choroby napady bólów stały się znacznie krótsze, ale też znacznie częstsze zarazem. Nadto ból zmienił swój charakter, stał się mniej ostry, nie promieniuje w okolicę łopatki, występuje jako nudzenie, mdlenie, „ściskanie“, jak się czasem wyrażają, i rzadko tylko dochodzi do poprzedniego natężenia. W dawniejszych atakach ból, jego siła i długotrwałość występowały na plan pierwszy; przeszedłszy w okres przewlekłego zatkania, chorzy opowiadają, iż podczas niektó-

rych ataków doznają zaledwie niewyraźnego ciśnienia w podżebrzu lub dołku, a uwagę ich daleko więcej zajmuje towarzyszący atakowi dreszcz i gorączka. Badając takich chorych podczas ataku, znajdujemy, naturalnie, wrażliwość całej okolicy wątroby. Jeśli ich jednak poddamy starannemu badaniu w okresie wolnym od bólów, to się przekonamy, że szczególnie wrażliwa jest okolica, leżąca blisko linii środkowej, nieco powyżej pępka. Okolica pęcherzyka żółciowego, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, wcale bolesną nie jest. Stwierdzają to zgodnie CHAUFFARD (26) MOYNIHAN (36), M. ROBSON (29), KEHR (37).

(C. 4 n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

107. H. WINTERNITZ. O podskórnym żywieniu tłuszczem.

Podskórne stosowanie tłuszczu w celach odżywiania podejmowano już wiele razy. LEUBE na mocy poszukiwań doświadczalnych nad wchłanianiem i przyswajaniem tłuszczów, wprowadzonych pod skórę, jeszcze 10 lat temu zalecał stosowanie ich podskórne we wszystkich tych przypadkach, w których konieczne jest odżywianie sztuczne, t. j. z pominięciem dróg naturalnych. LEUBE zaleca zastrzykiwanie lub wlewanie pod skórę 50–100 grm. oliwy. W tym samym celu stosuje STRÜWE olej sezamowy. Od czasu LEUBE'go ukazało się wiele prac, przeważnie klinicznych, w których wychwala się podskórne stosowanie tłuszczów. Sąd autorów często oparty jest na tem, że duże ilości oliwy, zastrzykniętej pod skórę, po kilku godzinach zupełnie znikają z miejsca zastrzyknięcia.

Po części zdanie autorów oparte jest także na badaniach nad przemianą materii, które jednak ścisłej krytyki nie wytrzymują. Ponieważ

szybkie zniknięcie nacieczenia tłuszczowego nie ma wspólnego z wchłanianiem, poszukiwania zaś LEUBE'go nie dają należytego pojęcia o przebiegu w czasie podskórnego wysysania tłuszczu, przeto WINTERNITZ za pomocą odpowiedniej metodyki przeprowadził nad tą kwestyą badania, które doprowadziły do nieoczekiwanego wyniku. Okazało się, że po zastrzyknięciu 500 grm. oliwy wielkość rezorpcyjna u człowieka w ciągu pierwszych 5 dni nie przewyższa 2–3 grm. W ciągu pierwszych 8 dni ilość wchłoniętego tłuszczu jest wogóle bardzo mała. Miesiące przechodzą, zanim wchłoniętą zostaje masa tłuszczu, zastrzyknięta pod skórę w ilości kilkuset gramów. Autor doszedł więc do wniosku, że nasze zapatrywania na wartość leczniczą wprowadzanego pod skórę tłuszczu muszą ulegć gruntownej zmianie, gdyż z badań doświadczalnych wynika, że tłuszcze pomimo swej wysokiej wartości kaloryjnej nie nadają się do odżywiania drogą podskórną.

Na wyniki tych badań autorowie nie zwró-

cili jednak uwagi, a tacy lekarze, jak FRIEDRICH i GUMPRECHT, w dalszym ciągu występują w obronie podskórnego dowozu tłuszczu w celu odżywiania. WINTERNITZ przeto podjął nowy szereg badań z wprowadzeniem tłuszczu, zawierającego jod, pod skórę. Badając przytem zawartość jodu w moczu i krwi, autor przekonał się o zupełnej słusznosci swych dawnych poglądów. Zastrzyknięty pod skórę tłuszcz nie znajduje się w ustroju jako tłuszcz organizowany, ani też nie krąży we krwi w zwiększonej ilości, lecz jako obce ciało wypełnia przestrzenie i szczeliny tkankowe. Wchłanianiu ulegają w bardzo powolnem tempie nadzwyczajnie drobne ilości tłuszczu.

Na podstawie kilku spostrzeżeń na stole sekcyjnym u ludzi, którym wprowadzano *intra vitam* tłuszcz pod skórę, WINTERNITZ doszedł do wniosku, że wchłanianie tłuszczu poprzedzane jest przez emulsjonowanie tegoż w szczelinach tkankowych. To skłoniło autora do przeprowadzenia poszukiwań nad kwestyą, czy wprowadzenie pod skórę tłuszczów emulsjonowanych przedstawia lepsze warunki rezorpcyjne. Przy pomocy żelatyny udało się autorowi otrzymać

odpowiednie, nadzwyczajnie rozdrobione, dające się wyjaławiać, nie drażniące emulsye. Okazało się, że przy stosowaniu tłuszczów emulsjonowanych wielkość rezorpcyjna staje się rzeczywiście 2—3 razy większą, przy sprzyjających warunkach zwiększa się nawet pięciokrotnie. Ale i wtedy ilości bezwzględne pozostają małe, tak że wynik ma raczej znaczenie teoretyczne. Pamiętać przytem należy, że nawet przy niewielkich ilościach wstrzykniętej emulsyi tłuszczowej i pomimo wszelkich ostrożności istnieje niebezpieczeństwo zapalenia tkanki łącznej podskórnej.

Wreszcie autor dokonał jeszcze próby zwiększenia wchłaniania tłuszczu za pomocą fermentu trzustkowego. Ale już po pierwszym zastrzyknięciu występowały ropne nacieczenia. Prócz tego dodatek fermentu nie wywoływał zwiększenia rezorpcyi w znaczniejszym stopniu.

Ze wszystkich swych poszukiwań autor wyprowadza ostateczny wniosek, że tłuszcze w żadnej postaci nie nadają się do odżywiania podskórnego.

(Die Therapie der Gegenwart. Zeszyt 6. 1906).

S. P.

Wiadomości bieżące.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich niniejszem zaprasza pp. Członków Stowarzyszenia na zebranie nadzwyczajne mające się odbyć d. 29-go listopada r. b. w sali Techników przy ul. Włodzimierskiej punktualnie o g. 7½ p. p., przyczem osobne zaproszenia członkom rozsyłane nie będą. Porządek dzienny zebrania następujący:

1) Prezes Zarządu T. DUNIN — Deklaracya Zarządu.

2) Przedstawienie zebraniu do zatwier-

dzenia regulaminów: a) komisji Sądu Koleżeń-
skiego, b) komisji wyborczej.

3) Udział Stowarzyszenia w Zjeździe Lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

4) O. HEWELKE — Sprawa felczerska.

Prezes Zarządu T. Dunin.

Sekretarz S. Bronowski.

— Dziesiąty zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Lwowie w roku 1904, odbędzie się w lipcu 1907. Ówczesny wydział gospodarczy, którego przewodniczącym był prof. E. MACHEK, jego zastępcą prof. I. ZAKRZEWSKI, a sekretarzem głównym prof. W. SIERADZKI, był już niemal w połowie swej pracy, która zapowiadała świetne powodzenie zjazdu, gdy wojna stanęła na przeszkodzie odbyciu się tegoż. Odroczony do 1905 znów bez terminu został odwołany, gdyż w tym roku uznano warunki za takie, któreby zjazdowi nie mogły rokować zupełnego powodzenia.

Gdy jednak w roku bieżącym trzy zjazdy polskie, mianowicie: Rejowski, prawników i ekonomistów oraz górników odbyły się w Krakowie i pod względem liczby uczestników, ze wszystkich stron przybyłych, jak i obfitością materiału naukowego przeszły wszelkie oczekiwania, śmiało można wnioskować, że nie stoi na przeszkodzie i tradycyjnemu powodzeniu zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Dlatego też stała delegacja tych zjazdów na posiedzeniu swem, odbytem w Krakowie 16 z. m. postanowiła, by zjazd dziesiąty odbył się w lipcu 1907. Lwów jako miejsce zjazdu wybrany został już w r. 1900 na zjeździe, w Krakowie odbytym.

Postanowienie to spotkało się jednak prawie że z zupełnem rozwiązaniem się poprzedniego wydziału gospodarczego, gdyż tak przewodniczący, jak i jego zastępcą i sekretarz główny w obec niepewności co do terminu dwa razy odraczanego zjazdu, zwrócili czynność swą w innym kierunku tak, że dwu obowiązkom za-

dość uczynićby nie mogli. Dlatego też stała delegacja zjazdów zmuszona była zamianować przewodniczącym wydziału gospodarczego i jego zastępcą niżej podpisanych, którzy pospieszają podać do wiadomości wszystkich lekarzy i przyrodników polskich, co następuje:

1) Prawie wszyscy gospodarze dwudziestu sześciu sekcji zjazdu pozostają ci sami, którzy rozpoczęli byli swe czynności w odroczonej zjeździe.

2) W połączeniu ze zjazdem odbędzie się wystawa przyrodniczo-lekarska, której dyrektorem, jak poprzednio, pozostaje nadal d-r Kalikst KRZYŻANOWSKI (namiestnictwo),

3) Osobiste zaproszenia z wymienieniem bliższej daty zjazdu oraz wszystkich sekcji i ich gospodarzy każdy z lekarzy i przyrodników polskich otrzyma albo wprost od wydziału gospodarczego lub za pośrednictwem istniejących lub mających się na nowo utworzyć komitetów organizacyjnych z siedzibą w Krakowie, Poznaniu i Warszawie.

4) Wszystkich bliższych informacji, wyjąwszy dotyczących wystawy przyrodniczo-lekarskiej, udzielać będzie sekretarz główny doцент d-r Adam SZULISŁAWSKI w sekretaryacie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich (Lwów. ul. Jagiellońska 8).

Za wydział gospodarczy:

d-r *Władysław Bylicki* przewodniczący,

d-r *Maryan Raciborski* zastępcą przewodniczącego

d-r *Adam Szulistański* sekretarz główny,



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

B. Kuniuszennaja
1/8.

LONDYN
(Anglia).

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

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepsując 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 samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem nie zwierzając; 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.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokko-
wa—Menger'a
Surowica pneumokokko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrilysin

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

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

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

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostryżnościami ze świeżego materyału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego. morfiny 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, roztrój 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, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach i ziała 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: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzem. 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 mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI). Wskazania: trzyczorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości 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 przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych ze daw. podawane.

Tannoform

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

Stypticin. Zaplazuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obito miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. Robin'a

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Srodek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropel podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w większych sklepach aptecznych.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenie reprezentant
Władysław Hoffman

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „LEW” i nazwiska fabrykanta „ROBIN”.

Wstrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

**W PRZEWLEKŁYCH ZAPALENIACH OSKRZELI LUB Z OSTRYM PRZEBIEGIEM,
ŚLIZOTOKU, ROZSZERZENIU OSKRZELI, BRONCHO-PNEUMONII**

KAPSUŁKI COGNET

z czystym EUCALYPTOLEM JODOFORMO-KREOZOTOWYM
zmniejszają wydzielanie i sprowadzają szybkie wyleczenie

W GRUŹLICY

Kapsułki powyższe powstrzymują rozwój choroby, wzmacniają odżywianie, leczą gorączkę i mogą spowodować zagojenie uszkodzeń wewnętrznych.

PARYŻ. Rue de Saintonge, 43 i we wszystkich aptekach.

Główny Skład: Fr. Karpiński, Warszawa Elektoralna 35, Tel. 600.

„Hélouan les Bains” w Egipcie.

Stacya klimatyczna dla chorych nerkowych i reumatycznych. 40 minut jazdy koleją od Kairu.

Otwarcie sezonu od 15-go października.

Hotel-pension „villa Wanda” W. Bilińskiej. Pensjonat przeniesiony od roku do nowej willi, urządzonej według wszelkich wymagań higieny. Własna kuchnia dyetyczna. W miejscu lekarze specjaliści. Utrzymanie całodzienne z elektrycznością i wannami na żądanie, 12 franków. Przy pomieszczeniu 2 osób w jednym pokoju ustępstwo.

Adres: Egypte Hélouan, „villa Wanda” M-me Wanda de Bilińska.

Jako długoletnia mieszkanka Hélouanu, zwracam uwagę Sz. Kuracjuszków; iż Listopad i Grudzień więcej korzyści chorym przynoszą, niż koniec Kwietnia lub Maj i dlatego radzę wczesną jesienią przyjeżdżać, a na wiosnę wyjeżdżać z Egiptu.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicz, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

www.dlibra.wum.edu.pl