

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

N 50.

Warszawa d. 15 Grudnia 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 Ungla 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. Przypadek wrodzonego, rodzinnego zeszytnienia stawów palcowych przez S. Goldflama. — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski (Ciąg dalszy). — O postępujących zanikach mięśni. Podał d-r J. Rotstadt. (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu miejskim S-go Stanisława za czas od 14 października do 14 listopada roku 1906. — Odcinek (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Un cas d'ankylose familiale congénitale des articulations des doigts. — 2) D-r W. H. Krajewski — Lithiase chronique du ductus choledochus. 3) D-r J. Rotstadt — Sur les atrophies musculaires progressives.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. Goldflam — Ein Fall von Kongenitaler, familiärer Ankylose der Fingergelenke. 2) W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein. 3) D-r J. Rotstadt — Ueber progressive Muskelatrophien.

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

PRACE ORYGINALNE

PRZYPADEK WRODZONEGO, RODZINNEGO ZESZTYWNIENIA STAWÓW PALCOWYCH.

przez

S. GOLDFLAMA.

Będące przedmiotem niniejszego artykułu zniekształcenie spostrzeżone zostało przypadkowo u jednej z dotkniętych niem osób. Gdy się okazało, że istnieje ono u wielu członków rodziny, zwrócono na nie baczniejszą uwagę.

Załączone drzewo genealogiczne daje odnośne wyjaśnienie (patrz tabl. str. nast.).

Z pomiędzy dotkniętych cierpieniem członków rodziny było zbadanych w poliklinice 4: B. G. (K) 23 lat, A. G. (M) 22 lat, D. K. (K) 32 lat i M. G. (K) 19 lat. Anomalia przedstawia się u wszystkich prawie w jednaki sposób, jakkolwiek istnieją różnice w stopniu zmian. Wszyscy badani są drobnej budowy, o cienkich kościach, słabych mięśniach, skąpym pokładzie tłuszczowym—wedle relacji dotyczy to i wszystkich członków rodziny; wysokość najniższej z badanych 3-ch osób M. G. wynosi 142 cm.

ruchy jej są we wszystkich kierunkach ograniczone, istnieje też u niego lekka *scoliosis dorsalis* i słaby stopień płaskiej stopy.

U M. G. trwa od urodzenia nie szybki poziomy oczopląs.

wy, mierzona również na radiogramie, równa się 17,2 ctm.; HOFFMAN podaje 17,4 (z częściami miękkimi). Wszystkie kości, wchodzące w skład ręki, które wydają się i cieńsze, niż normalnie, składają się na taki mały wymiar orga-



Przy rozpatrywaniu radiogramu M. G., łaskawie wykonanego przez kol. BARSZCZEWSKIEGO, uderza przede wszystkim drobny wymiar ręki: długość wynosi 15,4 ctm, gdy tymczasem długość ręki kobiety tej samej mniej więcej posta-

nu. Prócz tego widać zagięcia 3 ostatnich palców, zwłaszcza zaś V-go. Brak ostatnich przestrzeni międzystawowych palców jest tylko pozorny i zależy od wadliwej pozycji zgiętych palców, których projekcja w ten sposób wy-

paść musiała na załączonym radiogramie. Na innym radiogramie, gdzie przedstawione są tylko palce w poziomej płaszczyźnie, występują przestrzenie międzyczłonkowe zupełnie prawidłowo.

Pomiary na radiogramie normalnej kobiecej ręki wykazały:

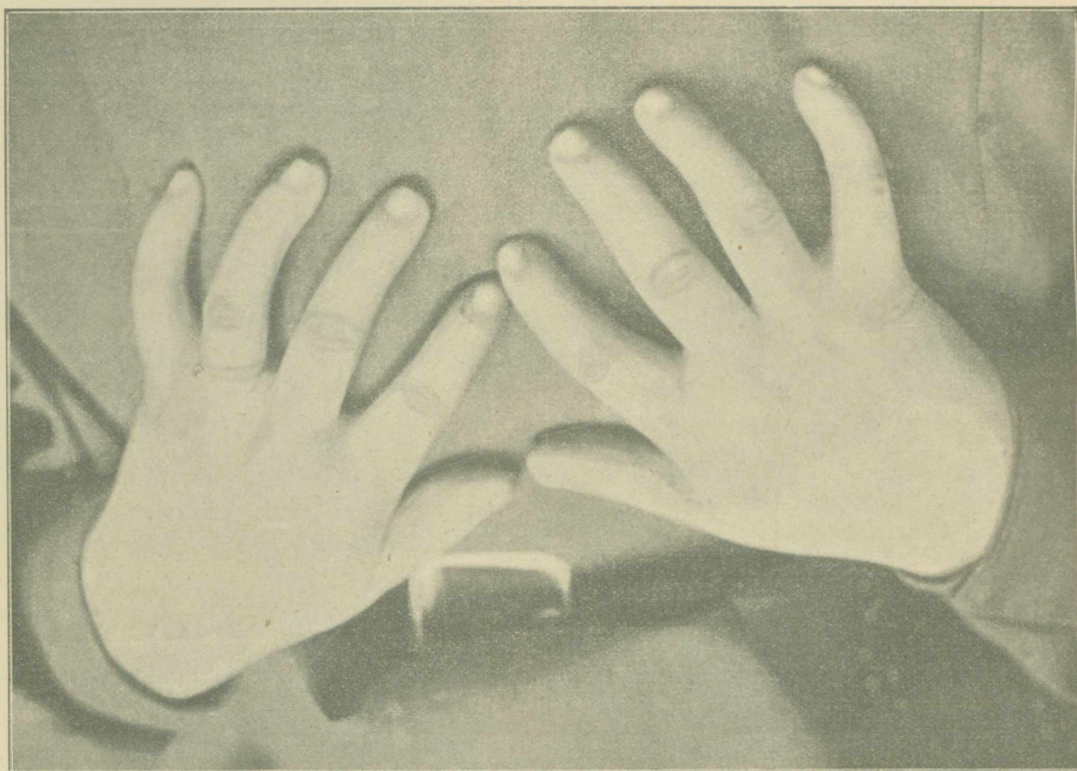
	I	II	III	IV	V
członek paznogiowy	1,8	1,4	1,5	1,4	1,3
„ środkowy	2,5	2,0	2,4	2,2	1,6

kość dłoniowa . . . 4,1 6,4 5,8 5,2 4,8

(Znajdujące się w nawiasach liczby odnoszą się do wyżej wspomnianego radiogramu, nie podanego tutaj).

Wymiarów napiątką, niestety, podać nie mogę. Żadnych zresztą zmian w kościach i końcach stawowych zauważyć się nie daje.

Nie mamy więc tu do czynienia ani z synostozą, ani z synchondrozą lub syndesmozą,



członek podstawowy	—	3,5	4,0	3,9	3,0
kość dłoniowa	4,3	6,0	5,8	5,2	4,8

odpowiednie liczby u M. G. wynoszą:

	I	II	III	IV	V
członek paznogiowy	1,6	0,7(1,2)	1,2(1,2)	1,1(1,3)	1,1(1,2)
członek środkowy	2,5	1,8(2,0)	2,1(2,5)	2,2(2,3)	1,5
członek podstawowy	—	3,2	3,7	3,5	2,7

o ile pod ostatnią rozumieć zupełne zniesienie ruchów w stawie na skutek mocnych łącznotkankowych zrostów pomiędzy powierzchniami stawowymi¹⁾; albowiem małe ruchy zginania są jeszcze możliwe w najbardziej dotkniętych ostatnich stawach międzyczłonkowych. Najprawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że miękkie części — więzy, powięzie, ścięgna, mo-

¹⁾ Eulenburg's Realencyclop. II Wyd. Tom I, str. 477 i nast.

że i torebki stawowe (oraz skóra)—powodują skrzywienie i zeszywnienie palców, pewną niezupełną (włóknistą) ankilozę. Ale jakim zmianom uległy te tkanki, jaka sprawa wpłynęła na zmniejszenie ich elastyczności, i co spowodowało tę sprawę? Jest wogóle kwestią, czy mamy tu do czynienia z zejściem jakiejś sprawy chorobowej w ścisłym znaczeniu, gdyż byłby to jakiś szczególny proces patologiczny, który w życiu wewnątrzmacicznym dotyka ostatnie członki palcowe i występuje rodzinnie. Nasuwa się raczej domniemanie, że mamy tu do czynienia z jakimś zboczeniem zarodkowym.

Jak rzadkie są podobne zniekształcenia palców, dowodzi fakt, że ADERHOLDT²⁾, ogłaszając z chirurgiczno - ortopedycznej kliniki HOFFA'y przypadek wrodzonej ankilozy stawów palców, poprzedza go następującym wstępem: „wrodzone anomalie stawowe palców należą do wielkich rzadkości — pisze JOACHIMSTHAL w Arch. f. Chirurgie, a HOFFA wypowiada to samo zapatrywanie w swoim podręczniku chirurgii ortopedycznej“. Przypadek dotyczy 35-letniego anglika, w którego rodzinie nie zdarzały się dotąd żadne zniekształcenia. Wrodzone zeszywnienie obejmuje podstawowe i środkowe członki 3, 4 i 5 palców obu rąk. Promienie ROENTGEN'a wykazują, że kości przechodzą bezpośrednio jedna w drugą, a więc istnieje prawdziwa *ankylosis ossea*. ADERHOLDT'owi udało się, pomimo dokładnych poszukiwań w literaturze, odnaleźć tylko jedyny tego rodzaju przypadek PAULICKY'ego, dotyczący 20-letniego górnika z wrodzonym obustronnym zrośnięciem pierwszego członka palucha z członkiem paznogciowym.

Pod wpływem pracy ADERHOLDT'a, podaje swoją obserwację HOFFMEYER w Nr. 24 Münch. med. Woch. z roku bieżącego (Beitrag zu den angeborenen Ankylosen der Fingergelenke). Spostrzegł on 25-letniego majstra

mularskiego z zeszywnieniem stawu dłoniopalcowego obu paluchów; biernie udaje się jeszcze zgiąć nieco pierwszy członek palcowy. Co przypadek ten wyróżnia i zbliża go do naszego, pomimo, iż istnieje tu jeszcze niezwykła zmiana w postaci zaniku *musc. flexoris pollicis brevis* kłębu palucha, to ta okoliczność, że toż samo zboczenie istnieje u 68-letniego ojca pacyenta, oraz 27-letnia siostra jego jakoby dotknięta jest tem samem zniekształceniem.

Pomimo pewne różnice w obrazie klinicznym przytoczonych przypadków, należą one oczywiście do jednej kategorii. Najważniejsze różnice stanowią: *ankylosis ossea* w przypadku ADERHOLDT'a wobec niezupełnej (włóknistej) ankilozy przypadków HOFFMEYER'a i moich, obecność zaniku *musc. flexoris pollicis brevis* w przypadku HOFFMEYER'a, brak dziedzicznego momentu w przypadku ADERHOLDT'a, zajęcie oprócz palców jeszcze i innych stawów w moich przypadkach. Już sama ta okoliczność, że sprawa nie jest postępująca, wyłącza (wrodzoną) sklerodermię.

Dziedziczne usposobienie jest wybitnie zaznaczone w mojem spostrzeżeniu, gdyż z 46-u członków 3-ch pokoleń 26, to jest więcej niż połowa, dotknięta jest zboczeniem. Usposobienie to zdaje się wszakże słabnąć z pokolenia na pokolenie, gdy bowiem wszystkie dzieci (szescioro) pierwszej generacyi odziedziczyły omawiane zboczenie od matki, a w drugim pokoleniu jest ono jeszcze silnie reprezentowane, to w trzecim już znacznie słabiej występuje. Wpływ płci nie zdaje się tu odgrywać roli, nie stwierdzono też przeskakiwania przez jedno pokolenie i pojawiania się w następnem (atawizm).

²⁾ Münch. Medic. Woch. 1906 Nr. 3

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

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

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

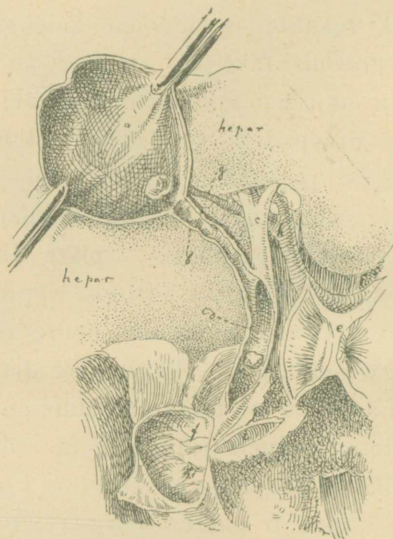
(Ciąg dalszy.—Patrz Nr 49).

Poniższy schemat (rys. VII) przedstawia drogi żółciowe, rozcięte podług metody DELA-GÉNIÈRE'a. Schemat ten o tyle mija się z tem, co widzimy podczas operacji, iż kanały pęcherzykowy i wątrobowy podczas operacji, wskutek pociągania za pęcherzyk, ustawiają się do siebie pod kątem mocno rozwartym, stanowią prawie przedłużenie jeden drugiego, nie stoją zaś nigdy pod kątem tak ostrym, jak to wskazano na rysunku. Nadto *d. choledochus* rozcinam tylko w naddwunastnicowej jego części, a więc nie tak nisko, jak to pokazano na rysunku. Te zboczenia wynikły stąd, iż rysownik wrysowywał cięcie w gotowy schemat z anatomii TESTUT, zachował więc normalne ustawienie kanałów, a nadto ponieważ w schemacie brakuje kawałka dwunastnicy, więc przecięcie *d. choledochi* posunął zbyt nisko. Zdaje mi się jednak, że pomimo tych błędów rysunek uwydatnia należycie to, o co przy operacji chodzi.

Po rozcięciu pęcherzyka, kanału pęcherzykowego i przewodu wspólnego, przystępujemy do zbadania dróg żółciowych głównych. Badania tego dokonywam grubym zgłębnikiem główkowanym, pomagając sobie jednocześnie lewą ręką od zewnątrz. Wprowadzam zgłębnik w kierunku *d. hepatici* i w kierunku dwunastnicy. Jeśli *d. choledochus* jest bardzo rozszerzony, to często nawet można palec wskazujący wprowadzić i dokładnie wewnątrz obmacać. Jeśli natrafie na kamienie to, je usuwam łyżeczką KÖRTE'go, przyczem przed wprowadzeniem łyżki

poniżej kamienia naciskam od zewnątrz w oba-
wie, aby kamienia nie zepchnąć niżej. Nieraz
udaje się od zewnątrz wypchnąć kamień do
szpary, zrobionej w *d. choledochus*.

Skoro kamienie zostały usunięte, a nowe
badanie zgłębnikiem przekonało, iż przewód
wspólny jest wolny, przystępujemy do zaszycia
rozciętych dróg żółciowych. Postępowanie na-
sze będzie różne zależnie od tego, czyśmy po-
stanowili pęcherzyk zostawić, czy też go usu-
nąć.

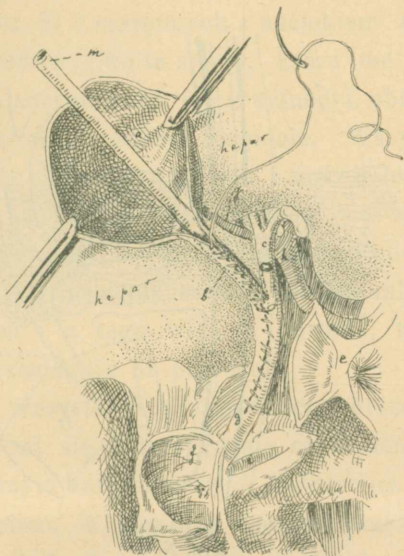


Rys. VII.

a. Pęcherzyk żółciowy. b. d. cysticus rozcięty. c. d. hepaticus. d. d. choledochus rozcięty, zawiera kamień. e. pylorus. f. duodenum. g. art. vesicae felleae. h. art. hepatica. i. d. Wirsungianus.

W pierwszym razie przedewszystkiem umie-
szczam długi dren, mający $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, w
d. hepaticus. Dren ten układam w rynnę, utwo-
rzonej przez rozcięty kanał pęcherzykowy i pę-
cherzyk, na drenie obszywam rozcięte kanały i
pęcherzyk. Szew nakładam dwupiętrowy kuś-
nierski z katgut. Rys. VIII przedstawia sche-
matycznie zaszycanie dróg żółciowych. Do te-
go rysunku stosują się te same uwagi, co do rys.

VII-go, wtedy będzie też zrozumiałem, iż wprowadzony do *d. hepaticus* dren nie jest tak mocno kolankowato zgięty, jak to przedstawiono na rysunku. Dren ten zaopatruję zazwyczaj w jeden tylko boczny otworek, tak umieszczony, aby część żółci z *d. hepaticus* mogła spływać do *d. choledochus*.



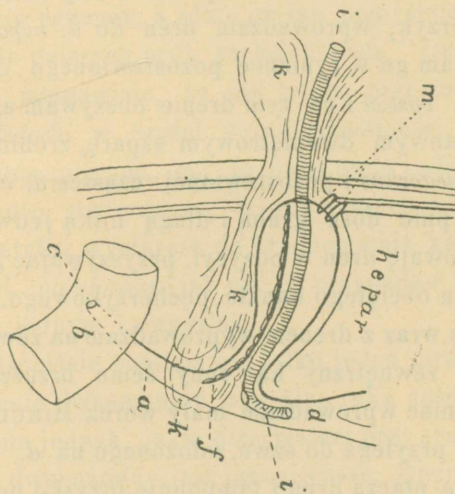
Rys. VIII.

a. Ves. fellea. b. d. cysticus zaszywany. c. d. hepaticus w którym tkwi koniec drenu (m). d. d. choledochus zeszyty. Inne litery mają to samo znaczenie co na rys. VII.

Gdy już drogi żółciowe oraz pęcherzyk zostały zaszyte, przymocowuję dren do pęcherzyka jednym szwem jedwabnym, a sam pęcherzyk przyszywam do górnej wargi rany ścian brzusznych w zewnętrznym jej kącie. Czasami pęcherzyk jest bardzo skurczony, tak, iż przyciągnięcie go do rany skórnej jest niemożliwe. W takim razie jedną nitką jedwabną przymocowuję dren do brzegu otworu, przez który wychodzi z pęcherzyka, a ten ostatni wpuszczam do jamy brzusznej. Szew, nałożony na drogi żółciowe, ewentualnie wpuszczony do brzucha pęcherzyk odgradzam od jamy otrzewny małym

workiem MIKULICZA, którego szyję wyprowadzam przez zewnętrzną kąt rany brzusznej.

Resztę rany ścian brzusznych zaszywam w ten sposób, iż przedewszystkiem nakładam szew katgutowy kuśnierski na otrzewną i tylną ścianę pochwy mięśnia prostego, poczynając od linii środkowej. Gdy dojdę do zewnętrznego krańca tylnej ściany pochwy, zazwyczaj tą samą nitką zaszywam przednią jej ścianę w odwrotnym kierunku (t. j. od zewnątrz ku wewnątrz) i w ten sposób zamykam zupełnie pochwę mięśnia prostego. Po nad nią skórę zaszywam szwami węzłowymi z Fil de Florence. Poniższy szkic (rys. IX), zmodyfikowany ze schematu KEHR'a uzmysławia stosunki, jakie powstaną po takim zaopatrzeniu rany operacyjnej.



Rys. IX.

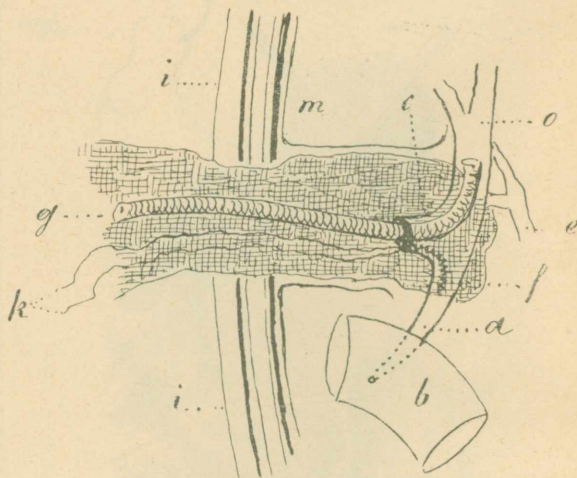
a. d. choledochus. b. duodenum. c. Ampulla Vateri. d. d. hepaticus. f. Szew nałożony na ranę przewodu wspólnego, pęcherzykowego i sam pęcherzyk. i. Dren tkwiący swym końcem w d. hepaticus. k. Worek Mikulicza. m. Szwy umocowujące pęcherzyk do ściany brzusznej.

Jeśli głębokie zmiany pęcherzyka zmuszają do usunięcia go, postępuję w następujący sposób. Po wydobyciu kamieni z *d. choledochus* robię na rozciętym *d. cysticus* cięcie w kierunku prostym do osi kanału w odległo-

ści około $\frac{1}{2}$ ctm. od jego ujścia do *d. choledochus*. Po przecięciu kanału i ujęciu odśrodkowego (przypęcherzykowego) jego końca w pince hemostatique, zazwyczaj z wielką łatwością, na tępo, udaje mi się wyseparować kanał i pęcherzyk z łączno-tkankowego podłoża. Otoczkę otrzewnową pozostawiam na miejscu. Często przy separowaniu rozrywa się *art. v. felleae*, którą należy podwiązać. Obfitsze krwawienie mięszone zdarza się tylko wtedy, jeśli wskutek częstych zapaleń pęcherzyka, oddzielająca go od wątroby, luźna tkanka łączna zbliznowiała, tak iż separowanie następuje już między tą blizną a mięszem samej wątroby. Tylko w tym ostatnim razie, po usunięciu pęcherzyka, nakładam szew katgutowy na łożysko dla powstrzymania krwotoku. Jeśli niema krwawienia, to łożyska wcale nie obszywam. Gdy usunąłem pęcherzyk, wprowadzam dren do *d. hepaticus*, układam go w rynience pozostawionego odcinka *d. cystici* i na tym drenie obszywam szwem katgutowym dwupiętrowym szparę, zrobioną w *d. choledochus* i pozostawionej części *d. cystici*. Następnie dość grubą i długą nitką jedwabną umocowuję dren w pozycyi, przyszywając go do brzegu obciętego kanału pęcherzykowego. Nitkę tę wraz z drenem wyprowadzam na zewnątrz przez zewnętrzny kąt rany ścian brzusznych. Nakoniec wprowadzam mały worek MIKULICZA, który przylega do szwu, założonego na *d. choledochus*, otacza dren i tamponuje łożysko po usuniętych pęcherzyku. Pochwę mięśnia prostego i skórę zaszywam, jak w poprzednim przypadku. Stosunki, powstające po operacyi, uzmysławia schemat poniższy. (rys. X).

Zaznaczyć wypada, iż metodę usuwania pęcherzyka, polegającą na wyseparowaniu go z otoczki otrzewnowej, demonstrował u nas kol. SAWICKI (11) na posiedzeniu Tow. Lek. d. 20 czerwca 1903-go roku, nie nadał jej jednak miana nowej metody operacyjnej, no i przeszła niepostrzeżenie dla ogółu. Dopiero ją odnalazł prof. WITZEL (52) i ogłosił w r. b. w Cent. f. Chir.

Tak się przedstawia choletomia DELAGÉNIÈRE'a w tych przypadkach, w których kanał pęcherzykowy jest drożny. W tych rzadkich przypadkach, w których *d. cysticus* jest zarośnięty, jesteśmy zmuszeni do usunięcia pęcherzyka i, mojem zdaniem, należy to przedewszystkiem wykonać. Dalej już tracimy *d. cysticus* jako kierownik do odnalezienia przewodu wspólnego



Rys. X.

a, d. choledochus. b. duodenum. c. Kikut obciętego d. cysticus. o. d. hepaticus. e. Art. hepatica. f. Szew na ranę d. choledochi et cystici. g. Dren wprowadzony do d. hepaticus. k. Nitka umocowująca dren do brzegu kikuta d. cystici. i. Ściana brzuszna m. wątroba.

i musimy go poszukiwać, jak zwykle, t. j. odszukując przedewszystkiem dziurę WINSLOW'a i unosząc na palcu *ligam. hepato-duodenale*. Jest to niewątpliwie daleko trudniejsze zadanie, szczęściem kombinacya taka zdarza się stosunkowo rzadko (mnie się przytrafiła raz tylko na 10 operowanych przypadków). Ilekroć drenuję *choledochus*, który otworzyłem oddzielnie, nie robiąc choletomii, to umocowuję w nim tylko dren jednym szwem węzłowym jedwabnym, leczszwu na ranę przewodu nie nakładam.

Moje osobiste doświadczenie przekonało mię, że choletomia DELAGÉNIÈRE'a, wykonana w ten sposób, jak to wyżej opisałem, jest ope-

racyą stosunkowo łatwo i prędko wykonalną. Operator zdobywa pewność, iż drogi żółciowe są naprawdę wolne od konkrementów, i ma możliwość bardzo dokładnego ułożenia drenu w kanale wątrobowym. Nie potrzebuję oddzielnie drenować pęcherzyka, jeśli się go decyduję zostawić. Nadto muszę tu podnieść jeszcze tę zaletę choletomii, iż pozwala ona na nierozrywanie wszystkich istniejących zrostów. KEHR (13) na str. 81 i następnych z naciskiem zaznacza, iż usuwa tylko te zrosty, które mu przeszkadzają zorientować się w sytuacji, obejrzeć drogi żółciowe i odkryć kamienie. Wszystkie inne zrosty zostawia, gdyż wie z doświadczenia, iż prawie zawsze po operacji znów się wytworzą. Choletomia ze wszystkich innych operacji pozwala na usunięcie zrostów na najmniejszej przestrzeni i z tego właśnie powodu, moim zdaniem, zasługuje na polecenie.

We wszystkich przypadkach, które dotychczas mi się nadarzyły, nie spotkałem się z wkliniowanym kamieniem w *d. choledochus*.

Pomimo, iż niektóre usunięte przezemnie kamienie były bardzo duże, wszystkie jednak były ruchome. Dlatego też nigdy nie miałem sposobności wykonać choledochoduodenostomii.

Pomimo gorących zachwał KEHR'a (13) HANCOCK'a (53) i OHL'a (54) mam niejaki wątpliwości co do tej operacji. Sam miałem jeden przypadek bardzo rozległej rezekcji kiszeki grubej, w którym klampem, niechęć, na chwilę ucisnąłem przednią ścianę zstępującej części dwunastnicy, sądząc, iż chwytam mesocolon. Wkrótce wytworzyła się przetoka dwunastnicza, i chory, pomimo starań, parokrotnego zeszywania i t. p., umarł po 3-ich tygodniach z wycieńczenia. Ucisk był tak nieznaczny i krótkotrwały, iż powstanie przetoki objaśniać sobie muszę małą żywotnością ściany dwunastnicy. Być bardzo może, iż ten przykry osobisty przypadek oddziałał tak na mnie, lecz, przystępując

do choledochoduodenostomii, zawsze bym się obawiał, iż powstanie przetoka dwunastnicza, w najwyższym stopniu narażająca na szwank życia chorego.

Gdy KOCHER (55) ogłosił w 1903-im roku swoją metodę uruchomienia dwunastnicy, odrazu rzucał się w oczy cały pożytek, jaki z tej metody na drodze operacyjnego usuwania kamieni, ułokowanych w przewodzie wspólnym, można będzie osiągnąć. Niedługo też kazały na się czekać odnośne prace. Jeszcze tego samego roku LORENZ (56) i BERG (57) ogłosili odpowiednie badania anatomiczne i doświadczalne, a w r. 1904 pierwszy PAYR (58) ogłosił szczęśliwie zoperowany tym sposobem przypadek. Wkrótce potem LORENZ (59) ogłosił 5 przypadków operowanych podług tej metody w klinice HOCHENEGG'a. Tak więc operacja już zdała pierwszy egzamin, a zdała go tak pomyślnie, iż tylko do dalszych prób zachęcić może. Okazało się mianowicie, że nie tylko przecinanie *d. choledochi* w części pozadwunastniczej nie jest niebezpieczne, jak to pierwotnie sądzono, ale nadto stwierdzono, iż samo uruchomienie dwunastnicy wystarcza do uruchomienia kamienia w *d. choledochus* (jak np. w przypadku PAYR'a i w jednym LORENZ'a).

Osobiście robiłem raz tylko jeden uruchomienie dwunastnicy, operując raka żołądka; wrażenie jednak, jakie otrzymałem przy uruchomieniu dwunastnicy, jest jaknajlepsze. Operację wykonywa się nader łatwo, a *d. choledochus* (na co specjalną zwracałem uwagę) można doskonale obmacać na całej rozciągłości, naturalnie o tyle, o ile otaczająca go główka *pancreatis* na to pozwoli. To też gdybym kiedyś spotkał się z kamieniem, wkliniowanym w dolnym odcinku przewodu wspólnego, to bym się zabrał do uruchomienia dwunastnicy podług KOCHER'a.

Duodenostomię pozostawiłbym jedynie dla kamieni, tkwiących w samej rozciągniętej *ampulla Vateri* i, w obecnej przynajmniej chwili,

uważać ją jeszcze muszę za operację dla życia chorego niebezpieczną.

* * * *

Moje uwagi nad techniką operacyjną, poparte przytoczonymi historiami chorób, upoważniają mnie do następujących twierdzeń:

1) Obecnie wykonywane operacje na drogach żółciowych są już na tyle usystematyzowane, że ich wykonawstwo, trudne niewątpliwie przy obszernych zrostach, nie przedstawia nie dających się przewyciężyć przeszkód.

2) Dobrego wyniku należy oczekiwać tylko od takiej operacji, która daje nam zupełną pewność, iż wszystkie kamienie są usunięte. Innymi słowy — bezwzględny radykalizm jedynie popłaca przy usuwaniu kamieni żółciowych.

3) Najłatwiejsza do wykonania i najradykalniejsza jest choletomia DELAGÉNIÈRE'a, i dlatego polecam ją gorąco do wypróbowania zwłaszcza tym chirurgom, którzy są dopiero na drodze do zdobycia osobistych doświadczeń na polu chirurgii dróg żółciowych. Dla nich choletomia ma jedną kolosalną przewagę nad wszystkimi innymi metodami, wskazuje im bowiem kierunek, w którym mają odklejać zrosty i robić cięcia. Kto, tak jak ja, systematycznie stosując tę metodę, ma jej do zawdzięczenia ochronę od wielu zawodów i pomyłek, ten niewątpliwie, choć zdobywszy odpowiednie doświadczenie, nie raz to lub owo w technice zmieni, pozostanie jej jednak wierny zawsze w głównych przynajmniej zarysach.

4) W przypadkach wkliniwania kamienia w dolny odcinek *d. choledochi* metoda KOCHER'a, polegająca na uruchomieniu dwunastnicy, zasługuje na pierwszeństwo przed choledochoduodenostomią, gdyż ta ostatnia jest dla chorego niebezpieczniejsza.

5) Wykonywanie u chorych na kamienie żółciowe takich rękoczynów, jak: kruszenie kamieni przez ściany *d. choledochi* [dla którego

świeżo panegiryk napisał OMBRÉDANNE (60)], cholecystenterostomia lub choledochointerostomia (BRIN 61), uważać należy za postępowanie wykrętne i dla chorego niebezpieczne, niegodne współczesnego chirurga. Obie ostatnie operacje mają rację bytu jedynie przy zamknięciu *d. choledochi* przez złośliwy nowotwór.

* * *

Co się tyczy leczenia pooperacyjnego chorych po choletomii, to jest ono bardzo proste. Zazwyczaj przez 5 pierwszych dni wcale opatrunku nie potrzebuję zmieniać. Następnie przy opatrunkach powoli usuwam pasy gazy z worka MIKULICZA, zastępując je coraz cieńszymi paskami i w mniejszej liczbie. Zwykle około 10 dnia odchodzi cały worek, pozostającą jamę wypełniam bardzo luźno paskami gazy sterylizowanej. Dren tkwi jeszcze w pęcherzyku lub obciętym kanale pęcherzykowym i funkcjonuje zupełnie prawidłowo. Dopiero około 2-tych tygodni po operacji, gdy się już jama po worku znacznie zwęziła; nitka, utrzymująca dren na miejscu, przecina, i dren się wysuwa. O ile pęcherzyk umocowałem do skóry, to dren bardzo łatwo wsunąć doń z powrotem. Jeśli jednak pęcherzyk był usunięty lub wpuszczony do jamy brzusznej, staje się to niekiedy zupełnym niepodobieństwem. Rana jest jednak wtedy tak obojona, iż żadne już niebezpieczeństwo otrzewnie nie zagraża. Jedyną nieprzyjemnością jest codzienne nieraz bardzo obfite przemakanie opatrunków, tak iż po dwa razy na dobę zmieniać je musimy. Trwa to jednak po większej części bardzo krótko. Żółć bardzo prędko skierowuje się do kiszek i wydzielanie jej przez ranę staje się coraz mniejsze, aż niezadługo zupełnie ustanie.

Czasami, szczególnie, jeśli pęcherzyk jest przyszyty do ściany brzusznej, otworek nie chce się zamknąć dość prędko, i chorzy są trapieni wydzielaniem się żółci, szczególnie w nocy.

JABOULAY w 1902-im roku na posiedzeniu Tow. Lek. w Lionie zalecił dla takich przypadków t. zw. przez niego: „*traitement alimentaire*“, polegające na częstym podawaniu pokarmów w małej ilości nie tylko w dzień, ale i w nocy. Wyczytawszy w jakimś referacie tę propozycję, zastosowałem ją u moich chorych z uporczywymi przetokami żółciowymi i muszę przyznać, że rezultat przeszedł moje oczekiwania. Przetoki uporczywe, jeśli tylko nie zależą od pozostawionej w *d. choledochus* przeszkody, zamykają się bardzo szybko. W ostatnich czasach z dwóch stron czytam o dobrych wynikach przy stosowaniu tej metody, mianowicie PATEL (62) asystent JABOULAY'a i GROSS (63) gorąco polecają tę metodę. Tego ostatniego oraz moich obserwacji o stronność posądzić nie można — więc też w podobnych razach należy tę metodę zastosować.

Już po skreśleniu w głównych zarysach niniejszej pracy zdarzył mi się jeszcze jeden przypadek przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Nie chcąc przerabiać różnych rozdziałów samej pracy, nie włączyłem go do poprzedniej grupy i podaję opis przypadku na końcu. Poczuję się do takiego obowiązku tembardziej, iż przypadek skończył się niepomyślnie, możnaby więc myśleć, że pragnąłbym lepiej przedstawić sprawę operacyjnego leczenia przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego, aniżeli jest w samej rzeczy.

11. *Obstructio calculosa d. choledochi. Fistula vesiculo - duodenalis. Choledochotomia. Euterorrhaphia.*

Sabina Ł., obywatelka z Mińskiej gub., 70 lat. Przybyła z Karlsbadu do Warszawy w celu poddania się operacji z powodu kamieni żółciowych. Kategorycznie twierdzi, iż po raz pierwszy dostała silnych bólów w podżebrzu prawem przed 3-ma miesiącami, jednocześnie wystąpiła żółtaczka, trwająca do obecnej chwili.

Po paromiesięcznej bezskutecznej kuracji w domu pojechała do Karlsbadu, gdzie ją leczył kol. MALESZEWSKI. Kolega M., jak to widać z jego listu, już po tygodniowej obserwacji doszedł do przekonania, iż kamienie tkwią w przewodzie wspólnym, że kuracja Karlsbadzka nie przyniesie pożytku i namawiał na operację. Gdy dalsze próby wodami nie dały rezultatu, chora zdecydowała się przyjechać na operację do Warszawy. Kol. M. nie mógł z zupełną pewnością wyłączyć nowotworu złośliwego, jak to mi w liście swym doniósł, uważał go jednak za mniej prawdopodobny. Gdym po raz pierwszy widział chorą, znalazłem osobę, niegdyś prawdopodobnie bardzo otyłą, obecnie wymizerowaną, z obwisłymi fałdami pomarszczonej, mocno żółtaczkowo zabarwionej skóry. Ogólne osłabienie bardzo znaczne, z trudnością się rusza i mówi. Chora doznaje bólów kilka lub kilkanaście razy w ciągu jednego dnia. Bóle są bardzo silne, tak iż chora dostaje iniekcje morfiny dla złagodzenia ich.

W płucach dużo rozsypanych rzężeń wilgotnych. Tętno serca głucho, wybitna miażdżyca tętnic peryferycznych. Tętno 90, słabe. Brzuch dość wzdęty, skóra mocno pofałdowana, widocznie wskutek zaniku tkanki tłuszczowej. Wątroba powiększona, wysuwa się na dwa palce z pod łuku żebrowego, twarda, kant wątroby i wcięcia doskonale wymacalne, prawy płąt odsznurony opuszcza się niżej pępka. We wcięciu żadnego guza ani też bolesności namacać nie można. Natomiast wybitnie jest bolesna, na stosunkowo lekki nawet dotyk, *zona pancreatica choledochiana*.

Pacjentka nie ma apetytu, a właściwie wstrzymuje się od jedzenia, gdyż zbyt niemu przepełnieniu żołądka przypisuje zjawienie się bólów. Czy podczas napadów bólów gorączkowała w Karlsbadzie, nie wiem. Podczas mojej obserwacji raz jeden zanotowano ciepłotę 38 stopni. Stolce zaparte, następują tylko po ławatywach, bywają przeważnie odbarwione, od czasu do

czasu jednak zjawia się wypróżnienie prawie normalnego koloru. Mocz zawiera barwniki żółciowe i bardzo nieznaczną ilość białka, cylindrów niema. Nogi nie brzękną. Wobec powyższych danych rozpoznałem przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego (*obstructio chronica ductus choledochi*). Ze względu na wiek nie mogłem naturalnie z zupełną stanowczością wyłączyć powikłania nowotworem, wydawało mi się to jednak mało prawdopodobnem.

Nie mając nadziei samoistnej poprawy, doradzałem operację, nie kryjąc przed otoczeniem możliwości złego zejścia z powodu podeśłego wieku i znacznego osłabienia chorej.

Operację wykonałem w domu zdrowia kol. DYDYŃSKIEGO d. 28. VII. 1906 r., przy pomocy kolegów: DRACA, KORONKIEWICZA i A. ZIELIŃSKIEJ. Cięcie poprzeczne na 3 palce powyżej pępka od linii środkowej do chrząstki 10-go żebra. Po otwarciu jamy brzusznej natrafiłem na tęgi zrost wątroby z żołądkiem i kiszka w miejscu, odpowiadającym pęcherzykowi. Stopniowo udało się na tępo odseparować żołądek i doprowadzić palec pod zrost (tak mi się wydawało) pęcherzyka z kiszka. Ujawszy ten zrost w klampy przeciąłem go, a po rozsunieciu przeciętych części ze zdziwieniem stwierdziłem, iż przy wątrobie pęcherzyka nie ma, lecz tylko wgłębiony rowek jakby po odluszczeniu pęcherzyka od łożyska, z tą jedynie różnicą, iż zamiast krwawiącej tkanki wątrobowej wysłany jest tkanką bliznowatą. O 1 cal powyżej twór, który brałem pierwotnie za kiskę, łączył się znów ściśle z dolną powierzchnią wątroby, symulując dalszy ciąg pęcherzyka. Chcąc się zorientować w sytuacji, zdjąłem klamp z tej części przeciętego zrostu, która przylegała do kiszki, i wtedy stwierdziłem, iż istnieje w tem miejscu otwór wielkości fasoli, z którego obficie sączy się żółć. Nie mogąc rozstrzygnąć, czy mam przed sobą dziurawy pęcherzyk, czy kiskę, rozszerzyłem cokolwiek otwór i wtedy przekonałem się, iż jest to uchyłek dwunastni-

cy, który był przyciągnięty do całkiem zanikłego pęcherzyka i komunikował z nim za pomocą opisanego wyżej otworu. Przedewszystkiem zamknąłem dziurę w dwunastnicy 3 piętrowym szwem kuśnierskim (2 piętra jedwabne, 1 piętro katgutowe). Następnie, zdjawszy klamp z z części przywątrobowej zrostu, znalazłem w nim otwór, prowadzący do pęcherzyka. Ten ostatni był tak skurczony, iż zaledwie cienki zgłębnik można było doń wprowadzić, dlatego to właśnie wydało mi się pierwotnie, iż na zwykłym miejscu zupełnie niema pęcherzyka. Wprowadziwszy zgłębnik do pęcherzyka, udało mi się, kierując się jego twardością, oddzielić uchyłek kiskowy od dalszego ciągu pęcherzyka i dotrzeć do więzu wątrobowo-dwunastniczego.

d. c. n.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flatau
w szpitalu żydowskim na Czystem.

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.

(Z jedną tablicą rysunków).

Podał

D-r JULIAN ROTSTADT

Asystent oddziału.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49).

K o ń c z y n y d o l n e. Prawą dolną kończynę chory zgina i rozgina swobodnie, do pełnego wymiaru; unosi ją en masse i potrafi trzymać w powietrzu czas dłuższy. W lewej kończynie zginanie w stawie biodrowym odbywa się z widocznym wysiłkiem, a przy rozginaniu, po kilkakrotnie wykonanych ćwiczeniach, kończyna opada bezwładnie. Opór, jaki chory przezwyciężyć może przy zginaniu kończyn w stawie biodrowym, jest nieznaczny, w lewej słabszy, niż w prawej; przy rozginaniu opiera się

jeszcze słabiej. Zgina kolana sprawnie i prędko, rozgina je znacznie gorzej, stopniowo, niezgrabnie, z widocznym wysiłkiem. Gdy przy zginaniu w obu kolanach opór jest znaczny, przy rozginaniu prawego kolana odczuwamy opór niewielki, lewego zaś wcale. Odprowadza i doprowadza prawą kończynę z łatwością, przewycięża łatwo opór przy abdukcji. Doprowadzanie lewej kończyny jest utrudnione, wykonywa je chory wolno, niezgrabnie, 2-ma, 3-ma rotacyjnymi ruchami.

Sila oporu, jaką tu przewyciężyć może = prawie 0. Zginanie plantarne prawej stopy wykonywa łatwo i w dostatecznym wymiarze; przy rozginaniu występuje wyraźnie przeważająca funkcja *m. tib. antici*, wskutek czego tylna powierzchnia stopy wywraca się zupełnie na zewnątrz, zewnętrzny brzeg stopy opuszcza się ku dołowi, gdy wewnętrzny podnosi się do góry i na wewnątrz. Jednocześnie następuje znaczna addukcja całej stopy. Opór przy fleksji plantarnej znaczny, przy fleksji dorsalnej odczuwamy go jedynie z wewnętrznej strony stopy. Zginanie plantarne lewej stopy prawidłowe; zginanie dorsalne nieznaczne, powolne, wykonywane z wysiłkiem; chory nie przewycięża przy tym ruchu najlżejszego oporu. Rozginanie dorsalne lewej stopy dokonywa się prawie że w linii medialnej, nie widać tutaj przewagi addukcji, jak to było w prawej stopie. Ruchy palców *en masse*, ich zginanie i rozginanie w obu stopach zachowane. Przy dorsalnym zginaniu palców prawej stopy, układają się one nakształt wachlarza. P. R. z obu stron bardzo słabe, bez efektu ruchowego, prawie wyłącznie jako skurcz *m. vasti interni*, zwłaszcza z prawej strony. A. R. z obu stron istnieją, dość żywe. Fl. pl. z obu stron. Wszystkie postacie czucia na obu dolnych kończynach zachowane. Odruchy brzuszne z obu stron żywe, Cr. R. również. Funkcje pęcherza i odbytnicy prawidłowe. (Badanie elektryczne patrz tabl. str. nast).

W przypadku tym znajdujemy w anamne-

zie ciekawy szczegół, który nastroczył pewne wątpliwości, zasługujące na bliższe rozważenie go. Mamy tutaj na myśli twierdzenie matki, że zaobserwowana przez nas amimia chorego, bez odpowiedniego wyrazu w śmiechu lub płaczu, w chwilach radości lub smutku, nieszczelne domykanie powiek, ciągłe spływanie łez, były to objawy, z którymi chory przyszedł na świat, na które otoczenie zwróciło uwagę od pierwszej chwili życia chłopca. Obustronne porażenie nerwu twarzowego, resp. mięśni, unerwianych przez niego, rzadkie wogóle, a w wieku dziecięcym w szczególności, nie może być bezwątpienia w danym przypadku uzależnione od jakiegokolwiek bądź cierpienia opuszkowego mózgu przedłużonego, lub sprawy zapalnej oponowej. Wyłączyć możemy również te warunki patologiczne, które spowodować mogą w pewnych okolicznościach *diplegia facialis*, jako to naprz. nałożenie kleszczy, gdyż ich istotnie, jak sądzić trzeba z anamnezy i dalszego rozwoju fizycznego chorego, nie było. A więc, porażenie mięśni w dziedzinie obu n. n. twarzowych musimy uznać za przyrodzone. O ile wiemy, samodzielnego przyrodzonego porażenia nerwu twarzowego dotąd nie obserwowano, natomiast obserwowano je wraz z częściowym lub ogólnym przyrodzonym porażeniem mięśni ocznych. Möbius przypuszcza, że podłożem tego ostatniego cierpienia być musi przyrodzony zanik komórek (*Aplasia* lub *hypoplasia*) w ośrodkach odnośnych nerwów, co w jednym przypadku HAEBNER'a znalazło potwierdzenie. Sprawa anatomiczna (po części wskutek braku autopsji) w przypadkach przyrodzonych porażenia mięśni ocznych (co dość często stwierdzano) nie jest więc jeszcze przesądzona, powstało przeto w pierwszej chwili pytanie, czy i w naszym przypadku nie ma objawów patologicznych, któreby przemawiały za przyrodzoną aplazją, hypoplazją lub, jeżeli niezupełnie dowierzać obserwacji matki chorego, za powstały we wczesnym dzieciństwie zanik komórek nerwowych ośrodkowych (In-

Badanie elektryczne	Prąd fa- radyeczny	Galwaniczny
M. deltoideus dexter	48	Przy 5 MA skurezu nie wywołuje się
„ „ sinister	74	3 MA KSZ > ASZ skurez szybki
„ triceps dexter	68	1,5 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinist.	55 jako skurez fleksorów	4 MA = 0 występuje skurez fleksorów
„ supinator long. dext.	0	2 1/2 MA ASZ > KSZ skurez szybki
„ „ „ sinist.	70	1,5 MA KSZ > ASZ „ „
N. facialis dexter	80	1 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinister	75	2,5 MA KSZ > ASZ „ „
M. orbicularis orbitae dexter . . .	70	2 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinister	75	1,5 MA KSZ > ASZ „ „ przy badaniu tego mięśnia prądem fa- radyecznym widać tylko bardzo lekki skurez w wewnętrznym kącie oczu, bez zmiany wielkości szpary ocznej.
M. levator menti dexter	79	2 MA KSZ > ASZ skurez szybki
„ „ „ sinister	78	2 MA KSZ > ASZ „ „
„ thenar dexter	80	1 1/4 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ „ sinister	80	3/4 MA KSZ > ASZ „ „
„ M. hypothenar dexter	80	3/4 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ „ sinister.	66	1 1/4 MA KSZ > ASZ „ „
N. radialis dexter	72	1,0 MA KSZ > ASZ „ „ prąd faradyeczny wywołuje tylko roz- ginanie łokcia bez ekstenzyi palców.
„ „ „ sinister.	70	1,0 MA skurez szybki
M. pectoralis dexter	60	3,0 MA KSZ > ASZ skurez szybki

Badanie elektryczne	Prąd fa- radyczny	Galwaniczny
M. pectoralis sinister	50	2,5 MA KSZ > ASZ skurecz szybki
N. peroneus dexter	80	1,5 MA KSZ > ASZ odpowiada tyl- ko m. tibialis anticus.
„ „ sinister	90	1,0 MA KSZ > ASZ skurecz szybki
M. extensor digitor. comm. dexter .	75	Odpowiadają zginacze.
„ „ extensor digitor. comm. sinister .	75	
M. quadriceps femor dexter	70	4,0 MA KSZ > ASZ skurecz szybki
„ „ „ sinister	80	4,5 MA KSZ > ASZ „

UWAGA. Podajemy w tablicy tej tylko niektóre wyniki badania elektrycznego.

fantiler Kernschwund). Brak jednak w naszym przypadku drgań włókienkowych, zarówno jak i wyraźnych znamion odczynu zwyrodnienia w badanych mięśniach twarzy, dwóch czynników, którymi posiłkuje się HOFFMANN, aby wyodrębnić tak zwane nukleäre Bulbaerlähmung przy rozpoznawaniu opisanego przez siebie bulbarnego typu Dystrofii. Okoliczność ta wraz z całokształtem obrazu klinicznego p. z. m., który według typu młodzieńczej formy ERB'a rozwinął się następnie u naszego chorego, każe nam przypuszczać raczej, że w danym przypadku mamy do czynienia z pierwotnem przyrodzonym porażeniem mięśni twarzy, unerwianych przez n. twarzowy. Okres życia, w którym wystąpiło cierpienie, porażenie bardzo wczesne lub przyrodzone mięśni twarzy, brak cech dziedzicznego usposobienia i objawów typowych Pseudohypostrofii, przebieg cierpienia, porządek jego rozwoju i topografia zaników na tułowiu i kończynach, pozwalają nam zaliczyć ten przypadek, z jednej strony, do tej kategorii

dystroficznych p. z. m., która nosi nazwę infantile, z drugiej strony, do kategorii form, zwanych młodzieńczymi (juvenile) ERB'a. Na wczesne zaniki twarzy w dzieciństwie pierwszy zwrócił, jak wiadomo, uwagę DUCHENNE. Opracowali jego formę „Atrophie musculaire de l'enfance” LANDOUZY i DÉJERINE w 1885 r, wyodrębniając typ Facio-scapulo humeral. MENUT podaje (1890) 36 obserwacji tego cierpienia. MARINESCO, SACHS, FLANDRE, SPILLER ogłaszają prace kliniczne i anatomopatologiczne tej formy. Znajdujemy jednak bardzo mało wzmianek w literaturze o tak wczesnym, jak w naszym przypadku, bodaj przyrodzonym, zaniku mięśni twarzy. O ile sprawdzić zdołaliśmy, wspominają o tem zjawisku HOFFMANN (1898), BREGMANN (1899).

PRZYPADEK III.

P. M. włościanka, lat 35, panna, zapisana na oddział 19-go marca 1906 r. Podaje o cho-

robie swojej następujące szczegóły. Jako ośmioletnia dziewczynka, po raz pierwszy uczuła bóle w dolnych kończynach, zwłaszcza w kolanach, na całej przestrzeni od kolan do stawów skokowych, niekiedy w stopach. Bóle te nazywałam łamaniem. Zjawiały się one przez krótki czas, przeważnie w nocy; po roku ustały. Gdy miała lat 12, straciła matkę. Śmierć matki, jak opowiada chora, osierociła ją bardzo, pozostała bowiem wśród niezgodnego rodzeństwa. Jako najstarszą, obarczono ją odrazu ciężkimi obowiązkami gospodarskimi. Chora nie umiała sobie radzić. Od tego czasu zmieniła się bardzo, zaczęła niedomagać, często płakała, ubolewając nad losem swym. Stała się też kłótliwą, niezgodną; opadły jej ręce. Wkrótce po śmierci matki zauważyła, że, chodząc bosą, za wadza dużym palcem lewej nogi o przedmioty — często przewraca się nawet; wskutek tego tak sobie kaleczyła palce, że w końcu zmuszona była chodzić w obuwiu. Okoliczność ta skierowała uwagę chorej na palce stóp, i już wtedy sama spostrzegła, że nie potrafi zupełnie poruszać dużym palcem u lewej stopy. Jednocześnie zauważyła, że nie może tak, jak dawniej, wspinać się na palcach. W 14-ym roku życia zdrowie pogorszyło się jeszcze bardziej. Coraz częściej uczuwała przy chodzeniu, po dłuższych wycieczkach w szczególności, zmęczenie i ociężałość w nogach; wędrówki do kościoła, odległego o kilka wiorst, powodowały bóle w kostce, w kolanach, a na drugi dzień występowały

obrzemienia obu stawów skokowych. Obrzmienia te, zarówno jak bóle, przechodziły dopiero po kilku dniach wypoczynku. Niekiedy znów, nawet po nocy dobrze przespanej, a działo się to najczęściej, gdy na dworze było wietrzno, chwiała się na nogach, doznawała uczucia, jak gdyby je skrępowano. W tym okresie czasu również musiała zaniechać, wskutek wielkiej wrażliwości stóp, chodzenia bosą; chodzenie po słomie naprz. parzyło ją, jak ogniem. W 16-m roku życia spostrzegła, że przy chodzeniu, staniu lewa noga bardzo prędko się męczy, mdleje, ugina się w kolanie, a stopa lewa wywraca się niekiedy to w jedną, to w drugą stronę i dopiero po dłuższym wypoczynku powraca w niej sprawność. Już wtedy również zaczęło się niezwyczajnie ziębienie dolnych kończyn, zwłaszcza najbardziej obwodowych ich części, które sztywniały, jakby je lodem ścięto.

Dziesięć lat temu wystąpiło u chorej naszej drżenie w dłoniach, zwłaszcza w prawej, zarówno podczas roboty, jak i w spokoju. Pięć lat temu, po raz pierwszy, odczuwać zaczęła pewną niesprawność, osłabienie ruchów przy wykonywaniu szybkich drobnych robót ręcznych, naprz. skubaniu pierza. Chora mogła jednak wykonywać roboty, nie wymagające zbytnej siły, a nadewszystko szybkości; roboty takie, nawet po kilku godzinach pracy, także nie powodowały zmęczenia.

(C. d. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 października do 14 listopada 1906 r.

Płonica jeszcze jest dominującą postacią infekcyi w miesiącu sprawozdawczym.

Ogólna liczba chorych przybyłych w miesiącu sprawozdawczym wynosi 151 (77 m. 74 k.), pozostałych z poprzedniego miesiąca — 123 (67 m. 56 k.), uznanych za zdrowych 121 (59 m. 62 k.), zabranych ze szpitala bez polepszenia 2,

przeprowadzonych do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 2 (1 m. 1 k.), zmarłych 27, pozostałych na miesiąc następny 123 (67 m. 56 k.).

Według poszczególnych postaci ostrej infekcyi było chorych na:

Płonicę: z poprzedniego miesiąca 44

(29 m. 15 k.), nowych chorych przybyło 56 (29 m. 27 k.), wyzdrowiało 41 (23 m. 18 k.), 1 dziew. bez polepszenia zabrana do domu, zmarło 13 (6 m. 7 k.), na miesiąc następny pozostało 44 (29 m. 15 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 4 przypadkach skutkiem ciężkiej formy płonicy w 1-ym lub 2-im dniu po przybyciu do szpitala, w 2-ch przypadkach skutkiem powikłania płonicy kataralnym zapaleniem płuc, w 2-ch przyp. skutkiem ciężkiej formy płonicy z ostrem obustronnym ropnym zapaleniem gruczołów szyjowych, w 1-ym przyp. skutkiem następczego zakażenia krwi w 2-im tygodniu choroby, w 2-ch przyp. skutkiem następczego powikłania flegmoną na szyi, w 1-ym przyp. ciężkiego zapalenia nerek i rzekomej błonicy nosa i warg ustnych i na koniec w 1-ym przyp. skutkiem ciężkiej błonicy nosa, jamy nosogardzielowej i ogólnego zakażenia. Dni szpitalnych przebyli chorzy na płonice 1396 (58 m. 841 d., 42 k. 555 d.).

Przybyli chorzy na płonice z 34 ulic Warszawy, a mianowicie: Browarna 12, Bugaj 21, Chłodna 7, 53, 60 (2 przyp.), Dobra 51, Długa 2 (2 przyp.), Dzielna 79, Gęsia 57 (2 przyp.), Górcewska 7, Grzybowska 57, 63, 80, Krochmalna 69, Leopoldyna 7, Maryańska 11, Muranowska 8, Nowolipki 2, Nowo-Karmelicka 7, 15, Nieprojektowana 4 (2 przyp.), Nowowiejska 2, Nowowska 5, 10, Nowolipie, 60, Pawia 66, Pańska 52, 85, Pokorna 5, Radzymińska 38, Śliska 22, Solec 68, Solna 15, S-to Jerska 16, Targowa 5, Stawki 55, Wielka 46, Wolska 24, Złota 25, 28, Żelazna 45 i ze wsi Czyste, Koło i Wola.

Ospa. Pozostało z poprzedniego miesiąca 28 (15 m. 13 k.), przybyło nowych 35 (23 m. 12 k.), w tem 18 (13 m. 5 k.) wcale nieszczepionych, wyzdrowiało 24, (14 m. 10 k.), zmarło 5 (2 m. 3 k.). Zejścia śmiertelne u chorych ospowych nastąpiły: w 2 przypadkach nieszczepionych skutkiem ciężkiej formy ospy, w 1-ym przyp. skutkiem ciężkiej formy ospy i następczego paraliżu kończyn dolnych, w 1-ym przyp. skutkiem formy zlewającej się, w 1-ym przyp. skutkiem powikłania ospy zapaleniem płuc. Na miesiąc następny pozostało 34 (22 m. 12 k.) Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 1041 (37 m. 637 dni, 35 k. 407 dni.).

Przybyli chorzy z 24 następujących ulic Warszawy, a mianowicie: Chmielna 55, Czerniakowska 24, Dzielna 60 (2 przyp.), Grzybowska

57, 69, Grodzka 23, Kaliksta 17, Krochmalna 73, Lochowska 26, Młynarska 17, Nalewki 41, Nowokarmelicka 14, Nowy Świat 69, Pawia 67, Pańska 36, 66, Stawki 71, Szpitalna 4, S-to Jerska 30, Szara 6 (3 przyp.), Sienna 67, Wolska 27, Wolowa 6, Wronia 32) Wróbla 13, Żąbkowska 36 i ze wsi Pelcowizna i Sielce.

Błonica. Przybyło nowych chorych 11 (6 m. 5 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 3 (2 m. 1 k.), wyzdrowiało 7 (3 m. 4 k.) na miesiąc następny pozostało 7 (5 m. 2 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 122 (8 m. 65 d. 6 k. 60 d.).

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Chłodna 3, Leszno 11, Młynarska 24, Nowowska 4, Ogrodowa 8, Piwna 47, Smocza 50, Towarowa 48 (2 przyp.), Złota 43.

Odra. Pozostało z poprzedniego miesiąca 7 (3 m. 4 k.), przybyło nowych 12 (2 m. 10 k.), zmarło 2 k., pozostało na miesiąc następny 9 (6 m. 3 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły w 1-ym przyp. skutkiem powikłania ciążą, w 2-im skutkiem kataralnego zapalenia płuc.

Róża. Z poprzedniego miesiąca pozostało 17 (5 m. 12 k.), nowych chorych przybyło 5 (3 m. 2 k.), wyzdrowiało 11 (7 m. 4 k.), z polepszeniem 1 m., zejścia śmiertelne nastąpiły skutkiem uwięźnięcia starczego i powikłania flegmoną na głowie i przedramieniu, w 2-im skutkiem róży ogólnej wędrującej. Dni szpitalnych przebyli chorzy na różę 330 (5 m. 81 d.; 14 k. 249 dni.).

Tyfus brzuszny. Z poprzedniego miesiąca pozostało 15 (7 m. 8 k.), nowych przybyło 4 (2 m. 2 k.), pozostało na miesiąc następny 6 (4 m. 2 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły w 2-ch przypadkach skutkiem ciężkich obfitych krwotoków kiszkiowych, 1 przypadek przywieziony w stanie b. ciężkim, nieprzytomny w ciągu pierwszej doby pobytu w szpitalu, w jednym skutkiem ciężkiej postaci tyfusu. Dni szpitalnych przebyli chorzy 340 (9 m. 184 d.; 10 k. 156 d.).

Tyfus wysypkowy. Pozostało z poprzedniego miesiąca 3 (2 m. 1 k.), przybyło nowych 2 (1 m. 1 k.), wyzdrowiało 3 (2 m. 1 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 27 (3 m. 88 dni, 2 k. 9 dni.).

Przybyli chorzy z Pańskiej 64.

W drugiej połowie miesiąca sprawozdawczego chorych na tyfus wysypkowy, tyfus brzu-

szny i na różę przestano przyjmować, pozostałe oddziały przeznaczono dla chorych na płonicę.

Oprócz tego z ubiegłego miesiąca pozostawali chorzy na karbunkul złośliwy 1 m., na włóknikowe zapalenie płuc 1 m., na ostry nieżyt oskrzeli 2 k., na ogniskowe zapalenie gardzieli 1 k., na ostry nieżyt żołądka i kiszek.

Nakoniec w miesiącu spawozdawczym przybyli chorzy na grypę 2 (1 m. 1 k.), na biegunkę 1 k., na zapalenie opon mózgowych 1 m. zmarł (sekcya sądowo-lekarska), 1 m. po-

został na miesiąc następny, na ostry nieżyt oskrzeli 9 (1 m. 8 k.), na ostry nieżyt kiszek 1 m., na zapalenie wnętrza macicznego 1 k. wyzdrowiała i na rumień zwyczajny 1 k.

Ogółem w miesiącu spawozdawczym 274 chorych przebyli 3810 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 18 (8 m. 10 k.).

Z braku miejsc wydano 28 biletów odmownych, z innych przyczyn 14.

Śmiertelność miesięczna 9, 89%.

ODCINEK.

O zadaniach Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Mowa wygłoszona na pierwszym Zgromadzeniu Ogólnem
d. 28-XI 1906 r. w imieniu Zarządu

przez

D-ra Teodora Dunina.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 49).

Aczkolwiek Stowarzyszenie nasze na początek działalność swoją ogranicza do Warszawy, to wszelako w krótkim czasie będziemy musieli zająć się jedną z najważniejszych reform, jaka nas czeka, a mianowicie sprawą pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego. Sprawa ta ma dla nas dwie strony: jedną społeczną, o której jeszcze niżej będzie mowa, a drugą — ekonomiczną, która sprowadzi kompletną przemianę w sposobie praktykowania na wsi.

W jaki sposób reforma ta będzie przeprowadzona, tego jeszcze stanowczo rozstrzygać nie można. Zarysowują się pod tym względem dwa poglądy w społeczeństwie. Jedni żądają, aby ustawę o kasach chorych, jaka niewątpliwie będzie uchwalona dla robotników, rozciągnąć i na ludność bezrolną oraz parobków wiejskich, gdy tymczasem posiadacze kolonii byłiby pozostawieni własnemu staraniu o swe zdrowie. W tym wypadku tak dodałni nieraz typ niezależnego lekarza prowincjonalnego ocalałby choć w części i tylko musiałby się nagiąć do innych warunków pracy. Inni natomiast są zdania, że organa samorządu powinny wziąć w swe ręce organizację całej służby lekarskiej na wsi, przyczem lekarze weszliby na stanowi-

sko płatnych urzędników. Jakikolwiek obrót ta sprawa weźmie, zawsze jednak lekarze więcej pozbawieni będą w znacznej części swej praktyki i albo staną się lekarzami kas chorych, albo będą wprost płatnymi urzędnikami, a tak w jednym, jak i w drugim wypadku niewątpliwie zarówno kasy, jak i organa samorządu starać się będą, aby uzyskać jaknajtańszą pomoc lekarską, czyli — wyzyskiwać ciężkie położenie lekarzy.

I tu więc lekarze całego Królestwa winni się zrzeczyć, aby wzamian za odebraną im możliwość swobodnego zarobkowania uzyskać możliwe wynagrodzenie. Jedynie tylko Stowarzyszenie może taką akcyę w swych rękach skupić. Bardzo pożytecznem we wszystkich tych sprawach okaże się biuro pośrednictwa pracy, które Zarząd ma zamiar zorganizować; nawet i dziś jest ono już bardzo potrzebne, nieraz bowiem koledzy osiedlają się w miejscowościach, nie posiadających warunków po temu, czy to dla nieznamomości stosunków miejscowych, czy też wprowadzeni w błąd przez stronne ogłoszenia lub niesumienne obietnice.

Żadne wszakże zrzeczenia, żadne walki nie wpłyną na poprawę ekonomicznych warunków, jeżeli liczba lekarzy stale i nadmiernie będzie się powiększała. Jest to bowiem niewzruszone prawo ekonomiczne, które, wątpię, aby kiedykolwiek przestało obowiązywać, że zwiększone zaofiarowanie musi wpłynąć na obniżenie ceny czy to produktu, czy pracy. A przysiętem zawód lekarza nie należy do twórczych: z przyrostem lekarzy nie otwierają się nowe

horyzonty, które można eksploatować, jak to ma miejsce w zawodach: inżyniera, górnika, kupca, przemysłowca. Pomoc lekarska musi być ściśle zastosowana do potrzeb ludności, a ze wzrostem liczby lekarzy nie wzrasta liczba chorych. Przeludnienie zawodu lekarskiego jest główną przyczyną złego ekonomicznego położenia lekarzy. Wprawdzie ani Stowarzyszenie nasze, ani nikt nie może ustanowić praw, któreby regulowały i oznaczały liczbę potrzebnych lekarzy, co zresztą byłoby środkiem bardzo niebezpiecznym. Zrobić to tylko może samo życie, ale Stowarzyszenie przez zbieranie odpowiednich ankiet i oddziaływanie w pismach na opinię publiczną może skutecznie przyczynić się do tego, aby młodzież na innych polach szukała zajęcia i nie powiększała kadrów medycyny. W Galicji, gdzie przeludnienie lekarzy było nadzwyczajne, skutkiem agitacji i perswazyi lekarzy, liczba studentów na obu fakultetach zeszła do normy, odpowiadającej miejscowym potrzebom.

Przechodzę do naukowego położenia naszego stanu lekarskiego. Trzydzieści pięć lat trwający ostracyzm względem wszystkiego, co polskie, nie mógł pozostać bez zgubnego wpływu na naszą naukę. Jeżeli z początku Uniwersytet Warszawski nie tylko dawał dyplomy studentom, ale do pewnego stopnia pomagał do naukowego kształcenia się lekarzy, to z biegiem czasu zrywał on coraz bardziej wszystkie nici, łączące go ze społeczeństwem z jednej, a z nauką z drugiej strony. Od lat co najmniej 20 lekarze nasi zupełnie niemal stronią od pracowni i klinik uniwersyteckich, a nauka, jaka u nas istnieje, jest już naszą własną i za naszą zasługę poczytana być winna. To też zmieniła ona zupełnie swój charakter, kiedy bowiem za czasów Szkoły Głównej i w początkach Uniwersytetu ogłaszano wyłącznie niemal prace z zakresu medycyny teoretycznej, dziś ten dział medycyny zupełnie zanikł u nas, a praca przeniosła się do jedynie dostępnych dla nas ognisk wiedzy, t. j. do szpitali.

Pomimo takiego ograniczenia pola naszej działalności, ogólny poziom wiedzy naszych lekarzy bynajmniej nie upadł; przeciwnie, możemy powiedzieć, że w tych działach, które mogliśmy uprawiać, stoimy o wiele bliżej ogólnej nauki, niż to było lat 30 temu. Braków, istniejących

w nauce naszej, przeważnie teoretycznej, Stowarzyszenie nie będzie mogło usunąć; jak to na wstępie mówiłem, praca naukowa w ścisłym znaczeniu nie jest jego celem, do czego zresztą nie ma środków. Musimy żyć nadzieją, że Uniwersytet przejdzie w nasze ręce, i że pod jego opieką nauka normalnie rozwijać się będzie. Gdyby to nie nastąpiło, pomimo największych wysiłków z naszej strony, musimy być przygotowani, że rozwój nauki u nas nie będzie mógł podążyć za wiedzą współczesną, albowiem odcięcie nauk praktycznych od teorii, tej karmielki, musi w końcu doprowadzić i praktyczne gałęzie medycyny do zbagatelizowania i zniknięcia. Stowarzyszenie nasze zajmować się może jedynie tem, co bym nazwał surrogatem — pomocniczymi stronami nauki. Tu należą najpierw kursy wakacyjne dla kształcenia lekarzy, mianowicie też prowincjonalnych, których urządzenie będzie możliwe zaraz z przejściem szpitali pod Zarząd Miasta. Na drugim planie postawić należy reformę naszej prasy lekarskiej. Musimy, niestety, to sobie powiedzieć, że pomimo wysiłków całych grup kolegów, pomimo dość wysokiego poziomu nauki, nasza prasa lekarska nie stoi na wysokości swego zadania. Wprawdzie odbywa się i u nas dyfferencyacja piśmiennictwa, co jest dowodem rozwoju nauki, wprawdzie posiadamy tak wzorowe wydawnictwo, jak Przegląd Piśmiennictwa polskiego, ale nasze czasopisma lekarskie ogólnie nie rozwijają się, jakby należało, ale, być może, nawet cofają się wstecz. Przyczyna tego leży prawdopodobnie w tem, że mamy, jak na nasze stosunki materialne i naukowe, pism za dużo. Stowarzyszenie powinno zaprojektować reformę i wpłynąć na pojedyncze grupy Kolegów-wydawców, aby w imię dobra naszego piśmiennictwa połączyły swe usiłowania w jedno i stworzyły wzorowy organ. Wogóle cały nasz ruch wydawniczy chłama i zdany jest na łaskę przygodnych filantropów; być może, że z czasem uda się go zreformować w ten sposób, że stanie na własnych i silnych podstawach.

Do kategorii wymagań naukowych zaliczyłbym jeden projekt, który właściwie więcej związany jest z wykonaniem naszego zawodu, niż z nauką. Mam tu na myśli stworzenie zakładu, w którym moglibyśmy zaopatrywać się w narzędzia, służące do badań nauko-

wych, do badania chorych i do wykonywania operacji, oraz budować instrumenty według naszych własnych pomysłów, a publiczność nabywać utensylia, służące do leczenia i pielęgnowania chorych oraz do higieny w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu. Dzisiaj, gdy nam wypada kupić jakiś najprostszy przyrząd albo część jego musimy umyślnie pisać o to do Berlina, a śmiesznem jest powiedzieć, że przyrządu do leczenia gorącem powietrzem stawów, który każdy blacharz mógłby wykonać, w Warszawie dostać nie można. W Berlinie zawiązało się w podobnym celu akcyjne towarzystwo t. zw. Medicinisches Waarenhaus, które wybornie prosperuje. U nas tem powinno się zając Stowarzyszenie, a jeżeli nie będzie w stanie uskutecznić zadania teraz, bo to wymaga dość znacznych funduszków, to dążyć do tego będzie w najbliższej przyszłości. Tymczasem Stowarzyszenie postara się urządzić pod tym względem przynajmniej pośrednictwo, ewentualnie reprezentację firm zagranicznych, tak, aby kiedzy lub chorzy, potrzebujący instrumentów i t.p. z zagranicy, znaleźli w Stowarzyszeniu wskazówki i pomoc.

Przechodzę do ostatniej strony naszego życia, t. j. społecznej. Pod tym względem działalność nasza ze względu na ogólny panujący system rządowy w kraju była bardzo ograniczona. Wolno nam było zajmować się jedynie filantropią, w którym to kierunku lekarze nasi zawsze szli na czele, czy to dając inicjatywę do nowych instytucji, czy też służąc radą i pracą innym. I na przyszłość nie powinniśmy się wyrzekać pracy w tym kierunku; doświadczenie poucza, że nawet w krajach, w których instytucje społeczno-lekarskie wypełniają jaknajlepiej swoje zadania, pozostaje jeszcze obszerne pole dla filantropii prywatnej, i co więcej, widzimy, że czule serce prywatnego człowieka łatwiej dostrzeże potrzeby biednych i chorych, aniżeli zarządy instytucji czy to rządowych, czy społecznych. Widzimy też, że we wszystkich krajach powstają zupełnie nowe instytucje, stwarzane przez dobroczynność prywatną, które później dopiero wchodzą w zakres działania organów społecznych.

Z nastaniem nowej ery w naszym życiu narodowym, otworzy się dla nas obszerne pole działalności społecznej. Wprawdzie w tym

względzie Stowarzyszenie nie będzie mogło odgrywać roli twórczej, może ono jedynie występować z inicjatywą i radą. Ale od nas zależy, aby rady nasze były szanowane i brane pod uwagę, a stanie się to wtedy, jeżeli elaboraty nasze odznaczać się będą powagą i gruntowną znajomością przedmiotu, jeżeli z nich wiać będzie duch miłości społeczeństwa, jeżeli wreszcie będziemy musieli nawet nasz własny interes podporządkować interesowi ogółu. Znając uczucia, ożywiające nasz stan lekarski, ani wątpić można, aby tak nie było.

Bieg wypadków w kraju wysunie niewątpliwie na porządek dzienny wiele spraw społecznych, zbliżka obchodzących lekarzy. Stowarzyszenie czuwać będzie nad tem, aby żadna z tych spraw nie była załatwiona bez naszego udziału, i we właściwej chwili zabierze głos. Dziś już możemy wskazać na dwie pierwszorzędnej doniosłości sprawy, nas bliżej obchodzące: mam tu na myśli reformę szpitalnictwa w Warszawie i na prowincyi oraz urządzenie pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. Co do pierwszego, to dla Warszawy przynajmniej nagromadzono już dużo materiału, który tylko przejrzeć i w czyn wprowadzić należy. Reforma szpitali w Warszawie objąć wianna: powiększenie ich liczby, decentralizację, dopuszczenie ogółu do kontroli, reformę służby lekarskiej, a mianowicie zmniejszenie liczby ordynatorów oraz ustanowienie odpowiedniej liczby płatnych asystentów.

O pomocy lekarskiej na wsi już wyżej była mowa. Aczkolwiek dotyka ona zbliżka bytu lekarzy, to jednak nie będziemy na nią patrzeli jedynie z tego punktu widzenia. Niema żadnej wątpliwości, że, odczuwając całą nagłą potrzebę reformy stosunków zdrowotnych na wsi, lekarze nasi, pomimo iż będą pamiętali i o tem, aby nie zostali pokrzywdzeni, na pierwszym jednak miejscu, powyżej swych własnych interesów, postawią potrzeby i dobro ludu, dla którego już oddawna pracują i z którym tyłoma węzłami są złączeni. Do rozstrzygnięcia tej ostatniej sprawy Stowarzyszenie zaprosi we właściwym czasie prowincjonalnych kolegów.

Dalej mamy do rozpatrzenia sprawę społeczną, lecz już czysto, że tak powiem, wewnętrzną zawodu lekarskiego. Mam tu na myśli izby lekarskie, które czynne są w Niemczech i

Austrii z dużym powodzeniem. Jest to organ, posiadający władzę prawodawczą w zakresie stosunków między lekarzami i publicznością, jednocześnie zaś ma charakter urzędowy w stosunku do władz. Zarząd będzie się starał dołączyć do władz, na jakich oparte są izby lekarskie za granicą, ustawy te porównać i zaprojektować władzom stworzenie podobnej instytucji u nas, jeżeli się okaże, że od niej spodziewać się możemy korzyści.

Nareszcie kwestya felczerska, choć nie najważniejsza ze wszystkich, z powodu zbiegu okoliczności, pierwsza będzie oddana pod rozpatrzenie Członków Stowarzyszenia.

Z tego sumarycznego wyliczenia Szanowni Koledzy mogą się przekonać, jaki ogrom pracy czeka nasze Stowarzyszenie. Trzeba będzie włożyć wiele pracy i ofiar materyalnych, aby uskutecznić reformy, których nasze życie się domaga. Nie wątpimy, że lekarze nasi powoławszy do życia nową instytucję, nie pozwolą jej zaniknąć, lecz dadzą dowód żywotności swe-

go stanu przez otoczenie opieką Stowarzyszenia. Zarząd sam ani chce, ani może podolać tej pracy, do obradowania nad każdą z wymienionych spraw będzie powoływał kolegów z poza Zarządu, a już dojrzałą rzecz przedstawi ogółowi Członków.

Stosując się wreszcie do życzenia Członków, Zarząd postara się stworzyć własne ognisko, rodzaj klubu, poświęconego towarzyskiemu życiu Kolegów. Klub taki prócz zabawy będzie też miał i poważniejsze znaczenie: stworzy on neutralny grunt, na którym lekarze nasi będą mogli się zbierać i porozumiewać co do wszystkich interesujących ich spraw. Zarząd ze swej strony doloży wszelkich starań, aby życie towarzyskie utrzymać na wysokim poziomie, a do zabawy wprowadzać będzie i poważniejsze rozrywki w postaci odczytów z dziedziny filizologii i biologii.

Pod temi oto hasłami zapraszamy Kolegów do wspólnej z nami pracy.

Wiadomości bieżące.

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Odroczona w r. 1904 z powodu wojny na dalekim wschodzie wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, która była już wówczas w najdrobniejszych szczegółach przygotowana i rokowała świetne wyniki, gdyż do chwili odwołania t. j. do lutego 1904 r. wpłynęło już było 485 zgłoszeń pierwszorzędných wystawców, przyjdzie wreszcie do skutku w r. 1907.

Odbędzie się ona mianowicie przy sposobności X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w czasie od 16-go czerwca do 25-go lipca 1907 r. w pałacu sztuki na placu wystawowym we Lwowie.

Ruchliwy komitet, na którego czele stoi ponownie D-r Kalikst KRZYŻANOWSKI, czyni już wszelkie starania i przygotowania, by przedsięwzięcie powiodło się w całej pełni i osiągnęło wytyczne cele, jakimi są: uwidocznienie postępów polskiej nauki w dziedzinie przyrodniczo-lekarskiej, rozpowszechnienie tych postępów w sposób dydaktyczno-informacyjny wśród najszerszych warstw społeczeństwa i podniesienie przemysłu polskiego, stojącego bądź to w zależności, bądź też w jakiegokolwiek bądź łączności do tych nauk. Cele to szczerne i godne najszerszego poparcia. To też życzyć należy komitetowi, by i obecnie osiągnął takie same zainteresowanie się ogólne dla swego przedsięwzięcia, jak tego dopiął był w roku 1904, i by zmuśna praca, jakiej się podjął, wyszła na pożytek kraju i naszego narodu.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „M e r a u — Willa „Stefania” D-ra BINDERA.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

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 i in. chorobach.

Odznacza 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 lecytynę), 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 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek 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. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

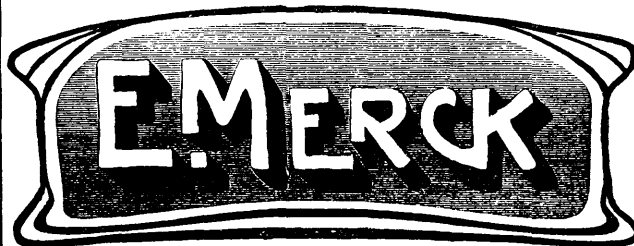
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzler'a
Surowica pneumokokko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

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.

Paranephrin

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

Zelatylna sterylizowana

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

R/L. Utrom 0,3 grm

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. 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, 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 Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotliwości 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 własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

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

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

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



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
19/8.

B. Kuniuszennaja
19/8.

Telefon № 233-81.

LONDYN
(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 samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

klem 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.

Collargol

wywołuje dreszczy. Również do leczenia ran i przemywań pęcherza.

Omorol

i rogówki.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest najskuteczniejszym antiphtisicum, bardzo wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach pewnym i szybko działającym środkiem we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych (pneumonia etc.)

Próby i literaturę dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel—Ludwik Freider Leszno 60.



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słojuowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagrada, wolna dzięki naszemu specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacji lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

Ządać podpis **L. MIDY**.

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 faubourg St-Honoré, 113 w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: **H. MENDELSSOHN**, Warszawa, Leszno 12.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY.

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zażywa się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „**Lew**” i nazwiska fabrykanta **Robin**
Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

ALFONS MANN Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Tłomackie 3.—Telefon 1025.

Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, denty-styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły operacyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szpryki Pravaza nowego systemu „Record”. Wyroby gumowe fabryki Porgès. Bandaże rupturowe.

Cennik ilustrowany franko.

Zakład Leczniczy D-ra Emmericha

dla chorych

Morfinistów - (Heroin. Cocain etc.), **Alkoholików**
i nerwowych B.-BADEN Założ. 1890 r.

Najłagodniejsze sposoby odzwyczajania od morfiny bez przymusu przy natychmiastowem usuwaniu szpryki w ciągu 4—6 tygodni. Odzwyczajanie od alkoholu według wypróbowanego sposobu. Prospekty darmo (Chorzy umysłowi wyłączeni). Właściciel i lekarz zarządzający Dr Arthur Meyer. 2-ch lekarzy.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEJYCZNY D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Marszałkowska 149, telefon 42,17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych. Gimnastyka ortopedyczna, masaż. Przy zakładzie własna pracownia przyrządów ortopedycznych.

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO” pod Mentoną.

Dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdowieńców.



Zakład położony w najpiękniejszej i najzdrowszej części południowej Francji (Alpy morskie), otoczony ze wszystkich stron lasami. Hydroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Wodne ogrzewanie. Prospekty wysyła administracja — Gorbio près Menton.

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.