

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXxiv.

2) p. Medycyna 1904 r.

tej tak ważnej sprawy w piśmiennictwie naszym i nie przyczynił się do wyjaśnienia, czego od surowicy możemy się spodziewać, i co ona nam daje w praktyce. A sprawa to ważna, ponieważ w zwykłych warunkach wobec płonicy jesteśmy bezsilni ³⁾.

Liczba wszystkich dzieci, leczonych naszą surowicą od r. 1903, jest bardzo znaczna. Materiał ten, gdybyby szczegółowo był opracowywany chociaż w większych środowiskach, dostarczyłby nam danych, stanowczo rostrzygających omawianą sprawę.

Dane kliniczne z r. 1904, a dotyczące się 133 przypadków płonicy, leczonych surowicą, zestawione w jedną tablicę, w której oznaczone były zmiany w stanie ogólnym, tętnie, ciepłocie ciała i t. d., pozwoliły przyjść do wniosku, że działanie kliniczne surowicy przeciwploniczej przede wszystkim zaznaczało się poprawą stanu ogólnego, który uwidaczniał się na drugi dzień po zastrzyknięciu. Chory czuł się lepiej, był rzeświejszy, objawy ze strony układu nerwowego ustępowały szybciej, ciepłota ciała obniżała się z 39 — 40°C do 38,5°C — 38°C lub niżej, tętno stawało się mniej częstym i pełniejszym, a dalszy przebieg choroby wraz z łuszczeniem odbywał się przy ciepłocie prawie normalnej, i dziecko nie robiło wrażenia ciężko chorego.

Dla uwidocznienia wyników leczniczych zestawiliśmy nasz materiał statystyczny w tablicy z uwzględnieniem dnia choroby, w którym została zastrzyknięta surowica.

Ponieważ dane liczbowe same za siebie przemawiały, pozwolę sobie je przytoczyć, nadmieniając, że w tablicy tej pominięte zostały 11 przypadków, ponieważ zejście śmiertelne nastąpiło w kilka lub kilkanaście godzin po zastrzyknięciu surowicy, t. j. w czasie, w którym

surowica zaledwie mogła się wessać, wyrzucić zaś zaś jakiegokolwiek bądź działania leczniczego nie miała kiedy.

W którym dniu choroby zastrzyknięto surowicę	Liczba przypadków leczonych	Zmarło	Odsetek śmiertelności
1 dnia	4	0	0%
2 dnia	30	1	3,3%
3 dnia	40	1	2,5%
4 dnia	20	1	5%
5, 6 i później	39	17	43,6%
Razem	133	20	15%
z pominiętych przypadkami	144	31	21,5%

Tablicę powyższą z r. 1904 pozwoliłem sobie przytoczyć, ażeby według przyjętego schematu zgrupować świeży materiał statystyczny z Warszawskiego Szpitala dla dzieci z oddziału kol. MALINOWSKIEGO za czas od 1/VII 1904 r. do 1/X 1906. W owym czasie w szpitalu było dzieci, leczonych surowicą, 168. Dzieci te były pod obserwacją lekarską z małym wyjątkiem w przeciągu 6-u tygodni i dopiero po upływie tego czasu były wypisywane. Z tej liczby 26 przypadków zmuszony jestem wyłączyć, ponieważ zejście śmiertelne nastąpiło w niespełna 24 godziny po zastrzyknięciu surowicy.

Statystyka więc nasza dotyczy się 142 przypadków. Dla uwidocznienia wyników leczniczych ustawię cały materiał statystyczny w tablicy według dawniejszego wzoru z uwzględnieniem

³⁾ Po napisaniu niniejszej pracy kol. Brudziński i Trenkner ogłosili w Czasopiśmie Lekarskim 18 przypadków płonicy, leczonych naszą surowicą. Materiał ten spożytkuję i wyświetlę w przyszłej swej pracy.

niem dnia choroby, w którym została zastrzyknięta surowica. Przy tem nadmienić należy, że przypadki powyższe, biorąc pod uwagę ogólny stan chorego, należały do ciężkich lub średnio ciężkich.

W którym dniu choroby zastrzyknięto surowicę	Liczba przypadków leczonych	Zmarło	Odsetka śmiertelności
1 dnia	1	0	0 ⁰ / ₀
2 dnia	23	5	21,7 ⁰ / ₀
3 dnia	48	11	22,9 ⁰ / ₀
4 dnia	30	13	43,3 ⁰ / ₀
5, 6 i później	40	15	37,5 ⁰ / ₀
Razem	142	44	30,9 ⁰ / ₀
z pominięciem 20 przypadków	168	70	41,7 ⁰ / ₀

Zestawiając powyższą tablicę, miałem na uwadze nie tylko zmiany w stanie ogólnym, tętnie, ciepłocie ciała po zastrzyknięciu surowicy, lecz i powikłania, towarzyszące płonicy u dzieci.

Otóż okazało się, że na 142 przypadki płonicy u dzieci, leczonych surowicą, zapaleń nerek było 4 czyli 2,8%, zapaleń ucha średniego było 16 czyli 11,2%, a zapaleń gruczołów podszczękowych z przejściem w ropienie 20 czyli 10%.

Jak nam wiadomo, surowice lecznicze oprócz dodatnich mają i ujemne strony. Do nich należą wysypki i bóle w stawach. Wysyp-

ki te zjawiały się najczęściej w kilka dni po zastrzyknięciu surowicy w postaci pokrzywki (*urticaria*), albo plamicy (*erythema*) wielopostaciowej. Powikłań tych było 15 czyli 10,5%.

Nim przystąpię do omówienia wniosków, wpływających z zebranego materiału statystycznego, przytoczę dane statystyczne z przypadków, leczonych zwykłymi metodami leczniczymi w tymże okresie czasu t. j. od 1/VII 1904 do 1/X 1906 r. Stytyka nasza tyczyć się będzie 298 przypadków. Z tej liczby zmarło 65, czyli odsetka śmiertelności wnosi 21,8%. Zapaleń nerek było 46 czyli 15,4%, zapaleń ucha średniego 54 czyli 11,4%, zapaleń gruczołów podszczękowych z przejściem w ropienie 26 czyli 9%. Przytem uważam za stosowne nadmienić, że w liczbie 298 dzieci, nie leczonych surowicą, było zaledwie ciężkich i średnio-ciężkich przypadków 100, pozostałe zaś — lekkie lub średnie. Z tych 100 przypadków, odpowiadających z natężenia chorobowego przypadkom, leczonym surowicą, umarło 54 czyli 54%, a ogólna śmiertelność przypadków, leczonych surowicą lub leczonych zwykłymi metodami leczniczymi, w wyżej podanym okresie czasu wynosi 28,4% (na 466 przypadków 135 śmierci).

Dla przedstawienia całokształtu przytoczę dane z lat ubiegłych przed stosowaniem surowicy, zebrane przez kol. SZERYPĘ. Z danych tych wypada, iż w 1900 r. w oddziale płoniczym Warszawskiego Szpitala dla dzieci zmarło 21,1%, zapaleń nerek było 15,5%, w r. 1901 — 27,8%, zapaleń nerek — 12,2%, a w r. 1902 — 25,3%, zapaleń nerek — 29,3%. Zebrawszy w ten sposób materiał statystyczny, możemy przystąpić do omówienia wniosków.

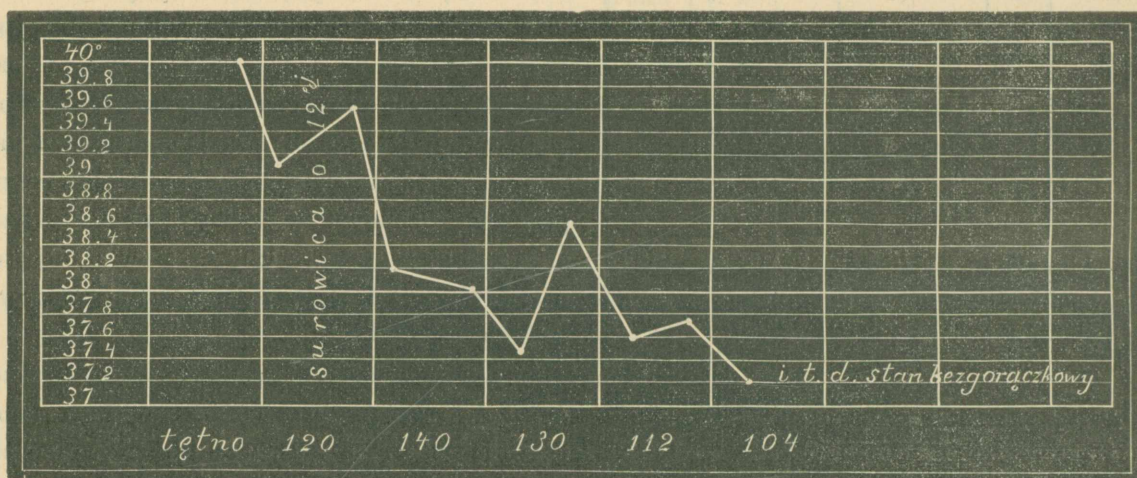
Porównywając dane statystyczne z 1904 r. z 1-szej tablicy z danymi, zebranymi w II-giej tablicy, widzimy znaczne zwiększenie śmiertelności. Co mogło wpłynąć na tak znaczną różnicę w wynikach? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że złośliwy charakter płonicy z ostatnich czasów był jednym z najważniejszych

czynników. O złośliwości epidemii płonicy świadczy nie tylko ogólna odsetka śmiertelności pomiędzy leczonemi i nieleczonemi surowicą lecz i liczba przypadków z zejściem śmiertelnem w niespełna 24 godziny po zastrzyknięciu surowicy (26 śmierci na 168), kiedy w r. 1904 mieliśmy takich zejść 11 na 144 przypadki, lezone surowicą. Oprócz tego niewątpliwie na zwiększenie śmiertelności wpłynęła błonica i odra. Ze 142 przypadków, leczonych surowicą, błonicy notowano 23 czyli 16,2%, z tej liczby 7 zakończyło się śmiercią. Przypadków odry po przebyciu płonicy było 10, z których 7 zakończyło się śmiercią.

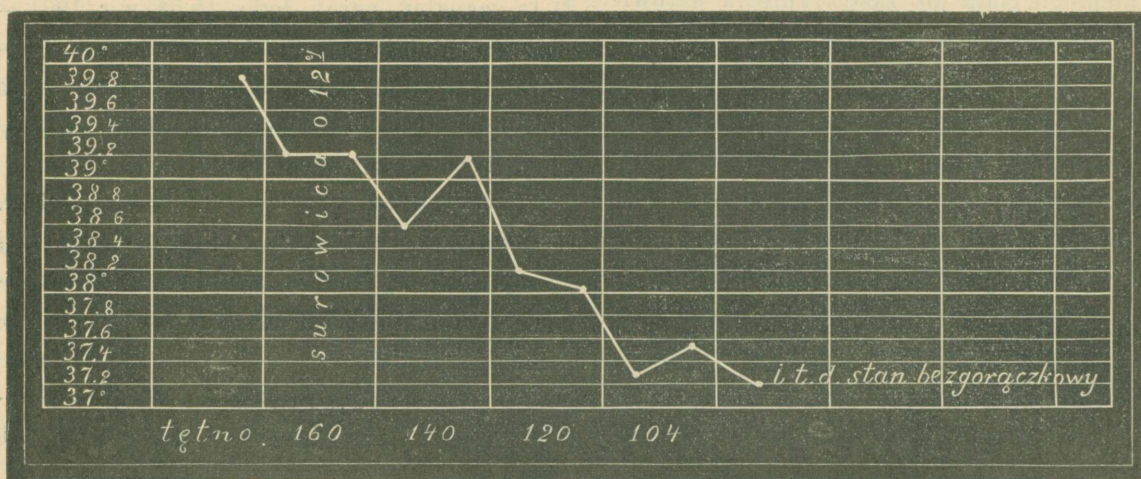
Dalej nasuwa się pytanie, czy własności

lecznicze tej surowicy nie zostałyby. Odpowiedź trudna, surowica ta nie była i nie jest ściśle określana. O jej własnościach leczniczych sądzimy z objawów klinicznych u dzieci. Sądząc jednak z pojedynczych przypadków, trudno coś stanowczego orzec. I obecnie u dzieci leczonych mamy nawet dość znaczne obniżenie ciepłoty, poprawę stanu ogólnego, tętna i t. d., a dalszy przebieg choroby wraz z łuszczeniem w przypadkach, nawet zapowiadających się groźnie, odbywa się przy normalnej ciepłocie ciała. Na poparcie tego pozwolę sobie przedstawić graficznie kilka typów przebiegu płonicy u dzieci po zastosowaniu surowicy.

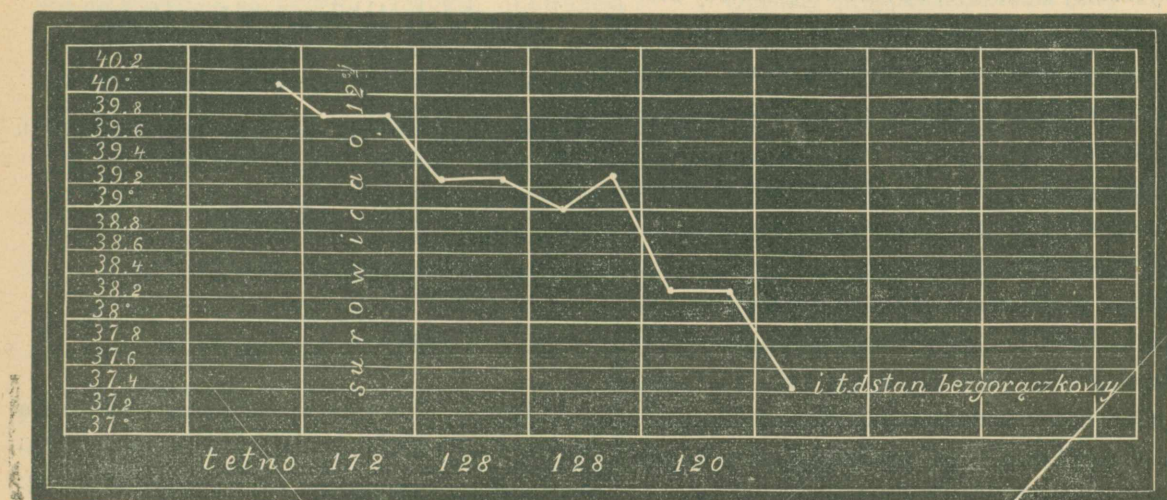
typ I-szy.



typ II-gi.



typ III-ci.



Z takimi typami przebiegu płonicy spotykamy się tych przypadkach, w których oprócz gorączki i wysypki mamy do czynienia tylko z zapaleniem nieżytowym gardzieli. Tam zaś, gdzie występuje zapalenie gardzieli wysiękowe lub nekrotyczne, albo mamy już do czynienia z zapaleniem gruczołów podszczękowych lub ucha średniego, które mogą się rozejść, albo przejść w ropienie, spadek ciepłoty ciała i poprawa stanu ogólnego po surowicy występuje powolnie; a nawet po chwilowej obniżce ciepłoty ciała może nastąpić podwyższenie i pogorszenie stanu ogólnego, dopóki nie nastąpi zropienie zajętych gruczołów lub dopóki zebrana w średnim uchu ropa nie przedziurawi błony bębenkowej i nie wydostanie się na zewnątrz.

Czy te powikłania, t. j. zajęcie gruczołów podszczękowych i ucha średniego, przy leczeniu surowicą występują rzadziej, czy też tak samo jak i przy zwykłym leczeniu. Otóż dane statystyczne z ostatniego okresu czasu przemawiają dość wymownie, że zmniejszenia częstości tych powikłań przy stosowaniu surowicy nie mamy. Przy leczeniu surowicą mieliśmy zapaleń gruczołów podszczękowych 14%, a ucha średniego

11,2%; bez surowicy zapaleń gruczołów podszczękowych — 9%, a ucha średniego — 11,4%. Objaw ten wytłumaczyć sobie możemy w ten sposób, że gruczoły podszczękowe i ucho średnie najczęściej jednocześnie z zajęciem gardzieli występują i są nieledwie pierwszymi objawami choroby.

Przejdziemy obecnie do najpoważniejszego powikłania płonicy — do zapalenia nerek u dzieci, leczonych surowicą.

Wyraźne działanie naszej surowicy w tym kierunku zaznacza się bardzo jaskrawo. Przy leczeniu surowicą zapaleń nerek mieliśmy 2,8%, a bez surowicy 15,4%. Te cyfry stanowczo przemawiają na korzyść surowicy. Z 298 dzieci, leczonych zwykłymi metodami, zapalenia nerek wystąpiły u 46, a zmarło zaś wskutek tego powikłania 6 czyli 13%. Zapobiegając zapomocą surowicy chociażby tylko zapaleniu nerek, w znacznym stopniu przyczyniamy się do zmniejszenia śmiertelności.

Co się zaś dotyczy wogóle wpływu leczniczego surowicy na przebieg płonicy u dzieci, to materiał statystyczny 1 ej tablicy najwyraźniej oznacza jej wpływ, oraz wskazania do jej uży-

cia. Druga tablica nie daje nam tak zachęcających wyników. Jednakowoż i ten materiał najwyraźniej wskazuje, że surowicę należy stosować jaknajwcześniej, wtedy tylko bowiem możemy spodziewać się dodatniego wpływu leczniczego. Zwłoka 1 dnia może unicestwić nasze zabiegi.

Być może, że dane statystyczne 2-iej tablicy przybrałyby inne ugrupowanie, korzystniejsze dla surowicy, gdyby w kartach szpitalnych przebieg i dzień choroby był szczegółowiej notowany. Braki te uzupełnimy, co pozwoli mi w roku przyszłym podzielić się z Sz. kolegami nowymi spostrzeżeniami w tak ważnej sprawie.

W pracy niniejszej miałem na celu zestawienie faktów za ubiegłe 2 lata.

Mogą one nie zadowolić wielu lekarzy, w każdym razie upoważniają mnie do dalszej pracy i nie pozwalają jej zaniechać.

Surowica nasza jest w rękach lekarzy, a zebrany materiał da im wskazówki, co surowica daje, i czego od niej spodziewać się możemy. Gdyby lekarze, stosujący surowicę, zechcieli ogłaszać lub nadsyłać do pracowni swe obserwacje kliniczne, po upływie roku zebrał by się materiał statystyczny, któryby nam wyjaśnił wiele stron ciemnych. Nie zapominajmy, że płonica jest chorobą zakaźną, surowica zatem ma do zwalczenia w ustroju ludzkim nie tylko produkty życiowej działalności zarazków, lecz i same zarazki.

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.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 50)

Dziurę WINSŁOW'a zaklejoną z łatwością udało mi się przekroczyć, a, uniósłszy *lig. hepato-duodenale*, przekonałem się, iż przewód wspólny istotnie zawiera kamienie. Zrobiłem podłużne cięcie na kanale i wydobyłem zeń 3 kanciaste, zupełnie zeczerniałe kamienie, mające od 1 do 1½ ctm. w największym wymiarze. Po usunięciu kamieni i stwierdzeniu zgłębnikiem jego drożności, wprowadziłem sącdek do *d. hepaticus* i umocowałem go jednym szwem jedwabnym do brzegu szpary, zrobionej w *d. choledochus*. Szpary w przewodzie wspólnym nie zaszywałem ze względu na poprzednie moje doświadczenia, które wykazały, że się można zupełnie bez tego obejść. Wobec istnienia dziury w dwunastnicy zaszytej wprawdzie dokładnie, lecz narażonej na szwank tak od strony żołądka, jak i jamy rany, namyślałem się, czyby natychmiast nie dołączyć gastroenterostomii, ale od tego zabiegu powstrzymał mię znaczny upadek sił chorej. Już na stole operacyjnym byliśmy zmuszeni dwukrotnie zastrzyknąć jej po 400 grm. fizjologicznego roztworu soli oraz 2 szpryki PRAWATZ'a roztworu kofeiny. Musiałem więc operację szybko zakończyć. Odprowadziwszy wątrobę do brzucha, ułożyłem dren w zewnętrznym kącie rany, pod wątrobą zaś umieściłem dość duży worek MIKULICZA, zabezpieczający resztę jamy brzusznej od zetknięcia ze szparą w przewodzie wspólnym i szwem, nałożonym na dwu-

nastnicę. Wewnętrzną część rany ścian brzusznych zaszyłem, jak zwykle (2 piętra katgutowe na pochwę mięśnia prostego i 1 piętro z Fil de Florence na skórę). Zwykły opatrunek.

Przebieg pooperacyjny jest to niewesoły obraz ciężkiej, zapalczywej, a tak często beznaziejnej walki naszej ze stopniowo wzmagającym się upadkiem sił operowanej. Jak to wyżej zaznaczyłem, już na stole operacyjnym upadek tętna zmusił nas do dwukrotnego zastrzyknięcia znaczniejszej ilości fizyologicznego roztworu soli. Po operacji tętno było ledwie namacalne i bardzo szybkie (120), pod wpływem rozgrzania w łóżku, powtarzanych zastrzykiwań kofeiny i małych lawatyw (100,0) z ciepłej wody ku wieczorowi poprawiło się nieco. Ze względu na dziurę w dwunastnicy obawialiśmy się dawać pić nawet małych ilości płynu; chora więc dostawała pierwszego dnia jedynie lawatywy odżywcze i z roztworu soli. Drugiego dnia stan chorej wydał się nieco lepszy, tętno pełniejsze, 100 uderzeń na minutę. Kończyny jeszcze trochę chłodne i sine, ale przytomność zupełna. Bólów niema żadnych ani też wymiotów. Chora gwałtownie dopomina się o picie, płukanie ust jej nie wystarcza, musiałem uleż natarczywości chorej i pozwoliłem na małe łyki wody. Trzeciego dnia stan bez zmiany, tętno wprawdzie trochę przepuszczające, ale znośne, pozwoliłem na parę łyżeczek zsiadłego mleka. Czwartego dnia, niestety, pokazała się obfita wydzielina z rany, a po usunięciu worka przekonałem się, iż szew dwunastniczy przepuszcza przez mały otworek w samym środku. Probowalem zamknąć ten otwór, nakładając nań kapciuchowaty szew, co ze względu na znaczną głębokość do najłatwiejszych rękoczynów nie należało. Istotnie udało mi się to, lecz niestety wystarczyło tylko na 12 godzin. W ciągu dni następnych jeszcze dwukrotnie probowalem zamknąć szwem tworzącą się dziurę, zawsze jednak z przemijającym tylko skutkiem. Raz całe 24 godziny nie się przez kiskę nie wydziel-

ło. Siły chorej stopniowo nikły, aż w końcu nastąpiła śmierć z wyczerpania bez żadnych objawów ze strony otrzewny w 8 dni po operacji.

Opisany przypadek skłania mię do następujących uwag epikrytycznych:

1. Znalezione połączenie pomiędzy zanikłym pęcherzykiem żółciowym a uchyłkiem dwunastnicy dowodzi niewątpliwie, iż dawniej, aniżeli to nam chora opowiadała, może przed kilkudziesięciu laty, musiała istnieć kamica pęcherzyka, musiała się rozwinąć około-pęcherzykowe zapalenie, które doprowadziło do sklejenia się pęcherzyka z dwunastnicą. Z biegiem czasu wskutek ucisku kamieniami powstała w tem miejscu odleżyna, a w następstwie dziura, przez którą pęcherzyk opróżnił się ze swej zawartości. Chora nasza, bardzo inteligentna osoba, z zupełną stanowczością negowała, aby kiedykolwiek bądź w życiu, z wyjątkiem ostatnich 3-ch miesięcy, miewała najłżejsze objawy ze strony dróg żółciowych. Najbardziej stanowczo zapewniała, iż wogóle żadnych cierpień brzusznych, nawet przemijających boleści w brzuchu, nie miewała. Ciekawy niewątpliwie przyczynek do bezobjawowości niektórych ciężkich nawet zmian patologicznych, w jamie brzusznej się odbywających.

Fakt to nie nowy wprawdzie, wart jednak zawsze zaznaczenia, aby w nas podtrzymać przeświadczenie o potrzebie wielkiej oględności w stawianiu rozpoznania, wygłaszaniu rokowania i operowaniu w jamie brzusznej.

2. Wbrew twierdzeniu KERR'a [(13) str. 86], iż podczas obmacywania zrostów, łączących pęcherzyk z kiską, można, na zasadzie wymacanych stwardnień, przewidzieć istnienie przetoki, w moim przypadku zrost był zupełnie miękki i płaski, a tylko dość szeroki, jakby wstążka, przeciągnięta pomiędzy dwunastnicą a wcięciem wątrobowem. Myślę, iż dowodzi to tylko, że przetoka powstała bardzo dawno, wskutek czego zdążyły wessać się wszelkie zapalne zgrubienia, otaczające przetok-

kę. Jest to niewątpliwie rzecz bardzo zwindnicza, gdyż można w podobnym przypadku, nie podejrzewając przedziurawienia, przecięty pomiędzy klampami zrost od strony кишки tylko podwiązać i, nie zabezpieczywszy w należyty sposób, wpuścić do brzucha. Licząc się z tem, należy, mojem zdaniem, każdy taki zrost przed podwiązaniem, po zdjęciu zaciskającego klampu, dokładnie obejrzeć i dopiero, przekonawszy się o bezpodstawności podejrzenia, zrost zaopatrzyć, lub też, jeśli przetoka istnieje, nałożyć dokładny szew zamykający.

3. Wszelkie powikłanie ze strony przewodu żołądkowo-kiszczowego znakomicie pogarsza rokowanie operacji, dokonanych na drogach żółciowych. Sam KEHR [(13) (str. 391)] oblicza śmiertelność operacji z powikłaniami żołądkowo-kiszczowemi na 17%, podczas gdy po choledochotomiach ma tylko 5% śmiertelności. W moim przypadku wiek chorej i wielkie wyczerpanie sprawiły, iż, pomimo bardzo starannego szwu, brzegi szpary w dwunastnicy nie skleiły się, a powstanie tej przetoki ostatecznie przechyliło ważącą się szalę na niekorzyść chorej. Nie sądzę jednak, aby wyłącznie wiek i wyczerpanie tu zawiniły, myślę, że jedną z przyczyn rozejścia się szwu było bezpośrednie przyleganie doń worka MIKULICZA. Już KEHR [(13) (str. 87)] wspomina o niezbędności odgradzania zaszytych przetok kiszczowych od tamponu, wprowadzonego pod wątrobę i poleca w tym celu pokrywanie zaszytej кишки siecią, umocowaną w kilku punktach szwami. Przyznaję, iż po obecnem smutnem doświadczeniu w przyszłości stale się tej metody będę trzymał. Moznaby jeszcze zadać sobie pytanie, czyby nie było lepiej w przypadkach, w których chodzi o dwunastnicę, dołączyć odrazu gastroenterostomię, aby zmniejszyć pracę dwunastnicy do czasu zagojenia zaszytej dziury. Gastroenterostomia miałaby jeszcze ten cel, aby w razie rozejścia się szwu, zamykającego dwunastnicę, chory nie był pozabawiony odżywiania i nie umarł z wycieńczenia.

KEHR istotnie w jednym przypadku, w którym był zmuszony wyciąć znaczną część zmienionej ścian dwunastnicy, skończył na tem, iż dwunastnicę zupełnie przeciął w poprzek, zaszył oba końce i zrobił gastroenterostomię z dobrym wynikiem. Istotnie myśl jest pociągająca, lecz gastroenterostomia wymaga około 20 minut czasu, co dla chorych wycieńczonych, a już wyczerpanych poprzednim rękoczynem, wcale obojętne nie jest. W moim przypadku, pomimo, iż pragnąłem tak postąpić, musiałem gastroenterostomii zaniechać ze względu na niknące tętno. Zresztą, sądzę, że, gdybym był pokrył siecią dwunastnicę w miejscu szwu, to możeby się ten szew utrzymał, i możeby się udało chorą utrzymać przy życiu. W każdym razie z przypadku tego płynie dla mnie wskazówka, iż do nałożonego szwu kiszczowego nigdy nie powinien bezpośrednio przylegać worek MIKULICZA.

Pomimo iż WITZEL (52) zdaje się uważać istnienie przetok pęcherzykowo kiszczowych za zjawisko dość częste, nie wydaje mi się, aby tak istotnie było. KEHR [(13) (str. 90)] w swej olbrzymiej kazuistyce, obejmującej 1.000 laparotomii, przytacza zaledwie 13 przypadków przetok pomiędzy pęcherzykiem *resp.* drogami żółciowemi z jednej, a kanałem pokarmowym (żołądkiem, dwunastnicą lub poprzecznicą) z drugiej strony. Wobec tego przypuszczam, iż inni chirurgle, mniej często na drogach żółciowych operujący, mają osobiste doświadczenie pod tym względem jeszcze mniejsze, że za tem każdy nowy przypadek, ogłoszony w obecnej chwili, z pożytkiem powiększy jeszcze stosunkowo ubogą pod tym względem ogólną - światową statystykę. Ten wzgląd skłania mię do podania opisu jeszcze jednego przypadku przetoki pęcherzykowo-kiszczowej, który mi się niedawno nadarzył.⁶⁾

⁶⁾ Trzeci przypadek dawniej obserwowany włączyłem do swej rozprawki o appendicita.

12. *Cholelithiasis. Cholecystitis. Pericholecystitis. Cholecystectomy. Enterorrhaphia coli transvers.*

Panna K., lat 31, przybyła do szpitala Dz. Jezus 7 lipca 1906 r. Przed tem dwukrotnie widziałem chorą w domu, wezwany przez kol. ŁOGUCKIEGO. Podówczas sprawa była uważana za ropne zapalenie około-wyrostkowe z otwarciem się ropnia do kiszki. Chora ciągle oddawała dosyć ropy wraz z kałem, a pomimo to nacieczenie mało się zmniejszyło, i stan był podgorączkowy. Przy badaniu stwierdzić jedynie mogłem spore nacieczenie, niezwykle dla wyrostka wysoko leżące, gdyż na wysokości pępka, sięgające na dół do połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem. Przy badaniu przez odbytnicę, jamę DOUGLAS'a znalazłem wolną od nacieków. Podczas drugiej mojej bytności ktoś z członków rodziny opowiedział, iż choroba rozpoczęła się od chwili, gdy pacjentka połknęła sztuczny ząb, co zniewalało do przypuszczenia, czy przypadkiem to obce ciało nie jest powodem całej sprawy. Dopiero dokładne wywiady, zebrane przez kol. A. ZIELIŃSKĄ, rzuciły nieco światła na tę ciemną sprawę. Brzmiały one, jak następuje: Pacjentka pochodzi z rodziny nerwowej, sama była jakiś czas w zakładzie z powodu silnego rozdrażnienia nerwowego. W dzieciństwie chorowała na szkarlatynę i 3 razy na dyfteryt (?). Od 15-go do 19-go roku życia miała silną blednicę, oraz bardzo często cierpiała na bóle w kiszkiach i rozwolnienie. 10 lat temu usuwano jej polipy z nosa. W grudniu 1905-go roku zaczęła doznawać bólów w brzuchu po jedzeniu i mieć rozwolnienie.

18 stycznia 1906-go roku dostała nagle bardzo silnych bólów w dołku, w prawem podżebrzu i pod łopatką. Bólom towarzyszyły dreszcze i gorączka, a wkrótce przyłączyła się żółtaczka. Obserwował ją wtedy kol. SIERPIŃSKI i stwierdził obecność małego guzika wysoko

w prawym dole biodrowym oraz wyraźną żółtaczkę. W ciągu stycznia chora miała 4 ataki mocnych bólów w podżebrzu, i żółtaczka trwała do połowy lutego. W maju kol. ŁOGUCKI znalazł w prawym dole biodrowym guz wielkości głowy noworodka i stwierdził wysoką gorączkę, ani śladu żółtaczki. Ciepłota dochodziła do 39 stopni. W połowie czerwca przez kışzkę stołcową wydzielilo się sporo ropy, i ciepłota opadła. Od tej pory chora miewa tylko niewielkie podwyższenia ciepłoty (do 37.8), ale przez kışzkę wydzielalo się stale dużo ropy do obecnej chwili.

B a d a n i e: Chora wymizierowana, chuda, bardzo nerwowa. Ciepłota 37.5, tętno 100. Płuca i serce zdrowe. W brzuchu na wysokości pępka guz wielkości małej pomarańczy, twardy, kulisty, nieruchomo złączony z przednią ścianą brzuszną, na ucisk bardzo bolesny. W wypróznieniach stwierdzono obecność znacznej ilości ropy.

Badanie przez odbytnicę dało wynik ujemny. W moczu żadnych składników patologicznych nie znaleziono, a przedewszystkiem nie stwierdzono barwników żółciowych. Kał normalnie zabarwiony. Ani śladu żółtaczki.

Wobec tych danych rozpoznano ograniczony ropień wewnątrzożrzewny, komunikujący z grubą kışzką. Co do pochodzenia ropnia, to uznano za najprawdopodobniejszy związek jego z przebytymi przez chorą napadami *cholecystidis calculosae*. Pozostawała wprawdzie niejaka wątpliwość ze względu na połknięte ciało obce, przechylaliśmy się jednak więcej ku wyżej wypowiedzianemu przypuszczeniu. 27 lipca r. b. wykonałem operację. Cięcie, ze względu na pozycję guza i przyrost do przedniej ściany brzusznej, zrobiłem podłużne wpośród włókien *mli recti dextri*, sięga ono od łuku żebrowego na 3 palce poniżej pępka. Wkrótce, otworzywszy jamę otrzewny w górnej części cięcia, przekonałem się, że leżący w niej guz ściśle jest zespółony ze ścianą brzuszną. Nie mogąc odseparować

guza na tępo, obkroiłem tę część ściany brzusznej wokół, i wtedy udało się z łatwością cały guz wyłonić na zewnątrz. Ochroniwszy jamę brzuszną serwetami, przystąpiłem do rozplątanania wyłoniętego konglomeratu. Okazało się, że z wyciętym kawałkiem przedniej ściany brzusznej sklejona jest sieć i poprzecznicą. Sieć w zdrowym miejscu podwiązałem i odciąłem. Separując poprzecznicę, natrafiłem na jamę ropnia wielkości orzecha włoskiego, leżącą pod siecią. Okazało się, iż w poprzecznicy istnieje dziura wielkości grochu, komunikująca z tym ropniem. Kiszki odseparowałem zupełnie, a otwór w niej zaszyłem 3-ma piętrami szwów. Do tego samego ropnia otwierał się od góry pęcherzyk żółciowy, a wprowadziwszy do tego otworu zgłębnik, przekonałem się, że w pęcherzyku tkwi duży kamień. Pęcherzyk rozciąłem, wydobyłem kamień owalny, mający 4 cm długości a 2 cm średnicy. Ze względu na ropną zawartość pęcherzyka postanowiłem go usunąć. W tym celu, pociągając za pęcherzyk ku zewnątrz i ku górze, uprzystępnilem sobie *lig. hepato-duodenale* obmacałem kanały i przekonałem się, że nie zawierają namacalnych kamieni. Zresztą ze względu na cały przebieg choroby było to nieprawdopodobne. Następnie przeciąłem poprzecznicę *d. cysticus*, przekonałem się, iż jest zarośnięty, więc go wcale nie podwazywałem. Uchwyciwszy w pince hemostatique odśrodkowy koniec przeciętego *d. cystici*, z łatwością wyseparowałem na tępo pęcherzyk z łożyska. Tętnicę pęcherzykową trzeba było podwiązać. W górny kąt rany wprowadziłem mały worek MIKULICZA, przylegający do łożyska po pęcherzyku, dolną zaś połowę rany zaszyłem 3-ma piętrami szwów.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Pierwszego dnia tylko ciepłota dosięgła 38,0, i, ze zdziwieniem, stwierdziliśmy na opatrunku cokolwiek żółci. Widocznie *d. cysticus* nie był zupełnie zarośnięty, jak mi się pierwotnie zdawało. Ten wpływ żółci ustał już 3-go dnia po operacji, ciepłota normalna, stan ogólny dobry. Wo-

rek MIKULICZA usunięto w 10 dni po operacji. We 4 tygodnie chora opuściła szpital ze znakomitą poprawą stanu ogólnego oraz małą niedogojoną raną, która się wkrótce zagoiła w domu, jak mi doniesiono.

Skończyłem. Wiem dobrze, iż chirurg, obznajmiony z literaturą obcą, nie znajdzie w mym artykule nic więcej nad poparcie własnem do świadczeniem rzeczy znanych. Nie żałuję jednak włożonej pracy, gdyż mam głębokie przekonanie, iż chirurgom rodakom wskazałem praktyczną drogę samokształcenia się w operowaniu radykalnem kamicy dróg żółciowych. Jestem przeświadczony, iż, postępując wskazaną drogą, chirurgowie nasi nie będą wypuszczali chorych z przetokami, ani też żaden terapeuta nie opisze recydywy po ich operacji, chyba, żeby się miała powtórzyć znów sławna historia z tak zwanem: „Mohn-Körnerrezidiv“ HERMANN-KÖRTE.

* * *

LITERATURA.

1. HERMAN. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. Przegl. Lekar. 1903 r. str. 579, 594, 606 i 621.
2. JAWDYŃSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. Przegl. Chirur. 1893 r. tom I. str. 9.
3. DROBA. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materiału prof. A. OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac, wydany ku uczczeniu pamięci prof. A. OBALIŃSKIEGO 1899 roku, str. 127.
4. SZUMAN. Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Nowiny lek. 1901 r. str. 78, 160, 429, 569.
5. SZUMAN. Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Przegl. chirurgiczny 1903 r. tom V. str. 159.
6. KRAJEWSKI. Referat o kamicy żółcio-

wej i dyskusja na IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. *Gaz. Lekar.* 1900 r. str. 989.

7. KADER. Choroby wątroby i dróg żółciowych. Referat na XIII-ym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. *Przeg. Lekar.* 1903 r. str. 587. Demonstracja w Tow. lekar. Krakowskiem. *Przegląd Lekarski* 1904 r. str. 589.

8. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej. *Medycyna*, 1903 r. str. 277, 311, 336, 354 i 376.

9. REJCHMAN. Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu spraw zakaźno - zapalnych pęcherzyka i przewodów żółciowych. *Gaz. Lek.* 1903 r. str. 292.

10. PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. *Gaz. Lek.* 1903 r. str. 842, 872, 891.

11. SAWICKI. Demonstracja. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1903 r. str. 736.

12. GĄBSZEWICZ. Przypadek kamienia w przewodzie wspólnym. *Gaz. Lek.* 1896 r. str. 679 i 714.

13. KEHR. Technik der Gallensteinoperationen. München. 1905 r.

14. LANG J. W. Common duct obstruction. *Ref. Centr. f. Chir.* 1906 r. str. 688.

15. KEHR. Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München. 1906 r.

16. COURVOISIER. Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig. 1890 r.

17. CZERNY. Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1904. *Beitr. z. klin. Chir.* t. 46. Supplement str. 157.

18. SCHLESINGER. Die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. t. II. str. 1 — 65.

19. EWALD. Die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit. Wien, med. Presse 1906 r. N. 5.

20. DIEULAFOY. Clinique médicale. Paris 1899 r. str. 191.

21. KEHR. Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. Berlin. 1899 r.

22. L. TESTUT et O. JACOB. Traité d'anatomie topographique. Paris. 1905. t. II.

23. L. ZUCKERKANDL. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Wien. 1904. str. 336.

24. F. VILLAR. Chirurgie du pancreas. Paris. 1906.

25. GUILLAUME. De la choledocotomie. Thèse. Paris 1906.

26. CHAUFFARD. La lithiase du choledoque. *Semaine médicale.* 1906. str. 13.

27. H. EHRET. Zur Diagnostik der Choledochussteine. *Münch. med. Wochenschr.* 1906. str. 108.

28. QUENU et DUVAL. Pancreatites et lithiase biliaire. *Revue de Chir.* 1905. t. II. str. 401.

29. M. ROBSON. Common duct cholelithiasis. *Ref. Centr. f. Chir.* 1906. str. 854.

30. RIEDEL. Zur Pathogenese und Diagnose des Gallensteinkolikafalles. *Mitteil. aus den Grenzgeb.* t. 3. str. 167.

31. TERRIER. *Bull. de la Soc. de Chir.* 1892. str. 761; De la choledochotomie proprement dite. *Revue de chir.* 1892. t. 12. str. 897; De la choledochostomie. *Revue de Chir.* 1892. t. 13. str. 81.

32. NAUNYN. Ueber die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indication zur Operation entscheiden. *Mitteil. aus den Grenzgebieten.* 1899 r. t. 4. str. 1.

33. L. ARNSPERGER. Die chirurgische Bedeutung des Icterus. *Beitr. zur klin. Chir.* t. 48. str. 673.

34. HAMEL. Zur Frühdiagnose des Icterus. *Deut. Med. Woch.* 1902. N. 39.

35. SYLLABA. W sprawie rozpoznawa-

nia słabszych stopni żółtaczki. Ref. w Przegl. Lek. 1905 r. str. 797.

36. B. S. H. MOYNIHAN. Remarks upon the surgery of the common bile duct. The Lancet 1906. 20 stycznia.

37. KEHR. Verletzungen und chirurgische Erkrankungen der Leber etc. Handbuch der praktischen Chirurgie 1900. t. 3. str. 476 — 554.

38. CHARCOT. Maladies du foie et du rein. str. 148.

39. COUTURIER. Obstruction du cholédoque. Paris 1896.

40. P. DELBET. Sur certaines particularités des voies biliaires. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. 1905. str. 1126; oraz dyskusya. Bull. de la Soc. de chir. de Paris. Hartman 1906. str. 8. Bazy 1906. str. 390. Delbet 1906. str. 306.

41. W. WOROBIEW. O symptomach cholelitijazy pri stradaniach podżeludocznoj zelezy. Chirurgia 1903 r. str. 76.

42. KÖRTE. Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Berlin 1905 r.

43. B. NAUNYN. Zur Naturgeschichte der Gallensteine und zur Cholelithiasis. Mitheil. aus d. Grenzgebieten f. Med. und Chir. 1905. t. 14. str. 536.

44. TERRIER. Le drainage des voies biliaires principales. Bull. de la Soc. de Chir. 1905 r. str. 1090. Dyskusya: Hartmann str. 1104. LEJARS 1906 r. str. 150. QUENU 1906. str. 200 TERRIER 1906. str. 111.

45. J. W. ELLIOT. Immediate suture of the gall ducts and the gall bladder after extraction of stone. With cases. Annals of surgery. 1895 r. str. 86.

46. VAUTRIN. Obstruction calculuse du choledoque. Revue de chirurgie 1896 r. str. 446.

47. KEHR. Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteins aus dem d. cysticus durch Incision dieses Ganges. Arch. v. Langenb. t. 48. str. 624.

48. A. W. MAYO · ROBSON. On the indications and contraindications for the removal of the gallbladder. Brit. med. Journ. 1906. t. I. str. 430.

49. PANTALONI. Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris. 1899.

50. DELAGENIÈRE. Technique général des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase. Revue de Gyn. et de Chir. abdominale. 1899. str. 127.

51. H. DELAGENIÈRE. Hepaticotomie pour calculs. Extraction de 2 calculs du canal hépatique. Suture du canal et drainage par les voies biliaires accessoires. Guérison. Arch. provinciales de Chir. 1903 r. str. 201.

52. O. WITZEL. Zur Gallenblasenexstirpation. Centr. f. Chir. 1906 r. str. 865.

53. C. HANCOCK. The value and place of duodenocholedochotomy in gallstone surgery. Annals of surgery. 1906 r. str. 69.

54. OHL. Beiträge zur Frage der Cholecho - duodenostomia interna. Deut. Zeitschr. f. Chir. t. 72. str. 83.

55. KOCHER. Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomia. Centr. f. Chir. 1903. str. 554.

56. H. LORENZ. Mobilisierung des Duodenum und Eingriffe am Gallensystem Centr. f. Chir. 1903. str. 554.

57. A. BERG. Retroduodenale Cholechochotomie zur Entfernung der eingeklemmten Gallensteine aus dem retroduodenalen und papillären Teile des Ductus communis. Centr. f. Chir. 1903. str. 713.

58. E. PAYR. Die Mobilisierung des Duodenum nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Cholechochussteine. Deut. Zeitschr. f. Chir. 1904. t. 79. str. 337.

59. H. LORENZ. Ueber den Wert der Mobilisierung des Duodenum bei Operationen wegen Steinen in den tiefen Gallenwegen. Deut. Zeitsch. f. Chir. t. 79. str. 337.

60. L. OMBRÉDANNE. Le broiement des

calculus du choledoque. *Revue de Chirurgie*. 1905. t. II. str. 703.

61. M. BRIN. Sur un cas de choledoco - enterostomie (operation de RIEDEL). *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*. 1905. str. 945, oraz dyskusja: TUFFIER, ROUTIER, TERRIER.

62. M. PATEL. Un mode de traitement des fistules biliaires de la vesicule (la cure alimentaire). *Gaz. des hopitaux*. 1905. str. 1443.

63. H. GROSS. Die alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallen-fistel. *Centr. f. Chir.* 1906. str. 127.

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. 50.)

Do wskazanych wyżej szczegółów o rozwoju swego cierpienia chora dodaje, że oddawna już zauważyła zmiany w samopoczuciu pod względem ciepłoty ciała. Zmiany te występowały przeważnie podczas zmęczenia; jeżeli naprz. długo chodziła, to robiło jej się tak gorąco, że oblewała się potem, to znów naprzemian — uczuwała zimno w całym ciele. Podobne objawy występują i teraz w szpitalu, kiedy męczy się zbyt długą rozmową lub ma jakie przykrości: czerwieni się wtedy, poci się, niepokój ogarnia ją całą. Niekiedy znów zwykła rozmowa przyprawiała ją, jak to i teraz bywa w szpitalu, o ból głowy, palenie w gardle, pragnęła

wtedy jedynie spokoju i ciszy zupełnej dokoła. Taki stan zdrowia w ogólnych zarysach trwał, jak twierdzi chora, z pewnemi wahaniami do 1904 roku. W ciągu tego czasu stała się jeszcze bardziej nerwową: ścisnęło ją, paliło w gardle, przestała zupełnie władać sobą. Dwa lata temu cierpienie nóg znacznie się wzmogło: chodzić przez dłuższy czas, stać, już zupełnie nie mogła, nogi bowiem ciążyły jej, jakby w nie „piasku nasypiano“; musiała ciągle odpoczywać. Gdy znów długo siedziała, nogi drętwiały, sztywniały; w kolanach i stawach skokowych zjawiały się dokuczliwe bóle, które od wiosny przeszłego roku wzmogły się znacznie i występowały sporadycznie i przy chodzeniu. Obrzmienia nóg od dwóch lat chora już nie spostrzega, być może, dlatego, jak sądzi sama, że prawie wcale nie chodzi. Od trzech miesięcy ma palenie w oczach. Obecnie skarży się na osłabienie siły w kolanach, w stawach skokowych, na bóle w nogach, zwłaszcza w prawym kolanie, na drżenie obu dłoni, na częste uczucie duszności, wreszcie na uczucie męczącego zimna w obwodowych częściach dolnych kończyn. Chora ma zdrowych braci i siostry. Ojciec zdrów.

Wśród bliższych i dalszych krewnych nie ma, jak chora twierdzi, cierpiących na podobną chorobę. Pierwsza miesiączka przypadła w 14-m roku życia; odtąd prawidłowa, co miesiąc. W dzieciństwie przebyła tylko odrę.

St. praes. Chora średniego wzrostu, blada, źle odżywiana. Prawie stale pozostaje w łóżku.

Nerwy czaszkowe. Bolesności głowy przy opukiwaniu nie ma. Wszelkie ruchy głowy wykonywa chora dobrze. Mimika zachowana; wogóle mięśnie twarzy, unerwiane przez n. twarzowy, funkcjonują prawidłowo. Ruchy gałek ocznych normalne.

Oczopląsu nie ma. Żrenice równe, akomodują prawidłowo. Przy badaniu oddziaływania światła na żrenice (lupa, lampa gazowa), spostrze-

gamy niezupełnie normalną ich reakcję pod tym względem, że rozmiary ruchów źrenic są małe; źrenice kurczą się szybko, lecz niedostatecznie, przy naświetlaniu dłuższem są one bowiem szersze, niż w normalnych warunkach. Jeżeli natomiast badać reakcję źrenic bez lupy, gasząc i rozwidniając na dość znacznej odległości od oka płomień lampy gazowej, to otrzymujemy szybkie i znaczne (silne) zwężenia źrenic. Osłabienia wzroku niema, dno oka normalne. Słuch dobry. Ruchy języka zachowane dobrze. Mowa, głos nie mają cech patologicznych. Połyka, żuje dobrze. Smak, powonienie zachowane. Punkty n. *trigemini* są bolesne przy uciskaniu. Czucie wszelkiego rodzaju na twarzy i głowie jest normalne.

K o ń c z y n y g ó r n e. Ruchy obu kończyn górnych w stawach ramieniowych, łokciowych i napiętkowych wykonywa zupełnie sprawnie i w dostatecznym wymiarze; przy odpowiednich próbach przewycięża dość znaczny opór. Chora ceruje, szyje i t. d., wogóle wykonywa roboty, wymagające sprawności drobnych mięśni dłoni; twierdzi jednak, że ruchy te w prawej dłoni są obecnie mniej sprawne, niż dawniej i prędkiej powodują zmęczenie w niej; lewą dłoń, chora uważa za silniejszą i sprawniejszą. Zapinać i odpinać, naprz. guziki, łatwiej jej jest lewą dłonią, niż prawą.

Zmęczenie w dłoniach przy robocie dotyczy głównie ruchów palców, ich zginania i rozginania; 2-gi palec prawej ręki najtrudniej utrzymuje przez czas dłuższy w rozgięciu. Widoczne zmiany zanikowe stwierdzamy w obu dłoniach; są one spłaszczone z obu stron, zwłaszcza okolica prawego m. *thenaris*; przestrzenie międzypalcowe, zwłaszcza pierwsza prawej dłoni, są głębsze, niż być powinny. Spłaszczone dłonie mają kształt t. zw. małpiej łapy. Spostrzegamy w obu dłoniach, głównie w palcach, stałe drobne drżenie; w mięśniach prawego przedramienia, zarówno jak w pierwszej przestrzeni

międzypalcowej obu dłoni, podobneż drżenie zauważyć się daje.

Od czasu do czasu widoczne też są i skurcze jakiegoś większego pęczka mięśniowego, wyraźnych jednak drgań włókiennokowych obecnie stwierdzić nie można. Objawów ataktycznych niema. Czucie wszelkiego rodzaju niezmienione. Pnie nerwowe przy uciskaniu nie są bolesne. Odruchy ze ścięgna m. *tricip.* z obu stron umiarkowanie żywe. Odruchy z okostny żywe. Zmian w stawach niema.

K o ń c z y n y d o l n e. Ruchy dowolne w stawach biodrowym i kolanowym wykonywa kończynami sprawnie i w dostatecznym wymiarze; uniesione kończyny utrzymuje z łatwością w powietrzu; przewycięża przy próbach znaczny opór. Odprowadza i doprowadza kończyny dobrze, opiera się przeszkodom z dostateczną siłą. Ruchy prawej stopy, jak zginanie i rozginanie, odprowadzenie i doprowadzenie, chora wykonywa dość szybko, lecz wymiary tych ruchów nie są pełne; z lew. strony ruchy te są jeszcze mniej pełne, chora wykonywa je wolniej, jak gdyby przewyciężała jakąś przeszkodę. Ruchy palcami prawej stopy *en masse* są minimalne, lewej = 0. Poruszać oddzielnie palcem dużym lewej stopy (zginać i rozginać go) zupełnie nie może; w prawej ruchy tym palcem są minimalne. Goleń lewa jest szczuplejsza od prawej (prawa 29 ctm. w górn. połowie, lewa w tem samym miejscu ma 27½ ctm.). Stopy są niekształcone, wskutek zaników drobnych mięśni, co im nadaje formę t. zw. Klumpffuss. Pnie nerwowe nie są bolesne przy uciskaniu, nie są też przerośnięte. Objawów ataktycznych nie wykrywa się. P. R. z obu stron jednakowe, żywe. A. R. brak z obu stron. Odruch podszwowy = 0, niekiedy występują podczas badania ruchy obronne. Wzmoczenia napięcia mięśniowego niema.

Chora powstaje z łatwością z łóżka; chodzi bardzo małymi krokami, stąpa ciężko,

niepewnie, niekiedy chwiejnie. Najbardziej charakterystyczną cechą chodu jest to, że brak normalnego zginania stopy w rozmaitych stadiach chodzenia, chora bowiem opuszcza na podłogę odrazu całą stopę. Długo chodzić nie może: nogi się męczą, ciężą jej; wspinać się na palcach, chodzić po schodach zupełnie nie potrafi. Z zamkniętymi oczami ani na chwilę ustać na miejscu nie może: niespokojnie przebiera nogami, traci równowagę, chwieje się, jak to czynią tabetycy z bardzo rozwiniętym objawem ROMBERG'a. Z oczami otwartymi stoi również niepewnie, chwieje się lekko na nogach. Co się tyczy zmian czucia na dolnych kończynach, to zauważyć można następujące. Zarówno dotyk, jak i ukłucia chora odróżnia wszędzie, utrzymuje jednak, że wrażenia dotyku i bólu są poniżej kolana mniej intensywne, aniżeli powyżej, i że słabną w kierunku ku obwodowi. Co się z kolei tyczy odczuwania zmian cieplikowych — zimna i ciepła, to obiektywnie stwierdzić można wyraźne opóźnienie w otrzymywaniu wrażeń i to tem większe, im bardziej przesunąć się ku palcom stóp: naprz. dobrze ogrzaną epruwetkę z wodą chora odczuwa natychmiast, tuż powyżej kolana; niżej zaś, w dolnej części goleni — dopiero po upływie dwóch sekund, na samych wreszcie palcach, chora wogóle nie odczuwa zimna i ciepła, sądzi jedynie, że jest to dotknięcie obojętnem pod względem ciepłoty, ciałem. Co do położenia palców stóp w przestrzeni, to zupełnie dobrze określa je dla dużych palców, natomiast przy określaniu położenia drugiego palca prawej i lewej stopy, często się myli; gdy poruszać 3, 4, 5 palce obu stóp, chora oznaczyć nie może kierunku, w jakim się je porusza.

Odruchy brzuszne wywołać się nie dają. Konfiguracja klatki piersiowej i kręgosłupa nie ma znamion patologicznych.

Działalność serca rytmiczna, wady niema. Zaburzeń pęcherza i odbytnicy niema; chora zaznacza tylko, że pod koniec urynowania nie czu-

je przejścia uryny przez cewkę, niekiedy znów, dopiero po kilku chwilach wyczekiwania, oddawać urynę zaczyna. Badanie elektr. patrz str. nast.

Mamy oto przed sobą obraz cierpienia przewlekłego. Rozpoczęło się ono w bardzo wczesnym wieku, bodaj że w 8-ym roku życia, od bólów. Rozwijając się zwolna, lecz stopniowo, coraz bardziej i bardziej uwydatniło jeden objaw kliniczny, mianowicie osłabienie i niesprawność dolnych kończyn. Niesprawność ta, jak wskazuje badanie, jest skutkiem zaniku drobnych mięśni stóp oraz tych, które znajdują się w dziedzinie rozgałęzienia nerwów strzałkowych, zwłaszcza lewego. Po 22-ach latach od początku cierpienia, a 5 lat temu, wystąpiły objawy niesprawności ruchów prawej dłoni, w której, zarówno jak i w lewej, stwierdzamy dzisiaj z łatwością istnienie zaników, nadających prawej kształt patologiczny, t. zw. małpiej łapy. Ze skarg chorej zwracając przede wszystkim uwagę — zmęczenie i omdlenie, a często zupełny brak władzy w kolanie lewym, stawach skokowych i stopach oraz uczucie męczącego zimna w obwodowych częściach kończyn dolnych. Niewątpliwie chora nasza cierpi na p. z. m. mięśni, które rozpoczęły się w obwodowych częściach dolnych kończyn w drugiej połowie okresu dzieciennego. Do jakiej jednak kategorii p. z. m. zaliczyć możemy omawiany przypadek kliniczny? Przegląd prac, poświęconych badaniu różnych postaci p. z. m., każe nam przy rozpoznawaniu ostrożnie opierać się na takich objawach, jak lokalizacja zaników lub wiek, w którym one występują, gdyż objawy te, wzięte luźno, utraciły już dzisiaj tę wartość, jaką im jeszcze niedawno przyznawano. Wiadomo bowiem, że p. z. m. rdzeniowego naprz. pochodzenia mogą się rozwinąć w wieku dziecięcym, wiemy również, że Dystrofia może rozpocząć się od zaników na obwodowych ucztach górnych i dolnych kończyn, że wreszcie obraz kliniczny p. z. m. typu ARAN - DUCHENNE'a rozpocząć się może przez rozwój zaników

Badanie elektryczne	Prąd fa- radyzny	Galwaniczny
N. facialis dexter	85	3 MA KSZ > ASZ skurecz szybki
„ „ sinister	80	2 MA KSZ > ASZ „ „
M. levator menti dexter	85	3 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ „ sinister	85	2 1/2 MA ASZ > KSZ „ „
M. deltoideus dexter	70	2 1/2 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinist.	80	2 1/2 MA KSZ > ASZ „ „
M. biceps dexter.	80	3 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinister	90	6 MA KSZ > ASZ „ „
„ triceps dexter	75	4 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ sinister	70	2 1/2 MA KSZ > ASZ „ „
M. extensor digitorum communis dexter	75	3 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ „ „ sinister	70	4 MA KSZ > ASZ „ „
„ flexor digitorum communis dexter	75	6 MA KSZ > ASZ „ „
„ „ „ „ sinister	70	4 MA KSZ > ASZ „ „
„ thenar dexter	przy 70 bar- dzo słab. ad- dukcya przy siln. prądzie ekstenzya	z m. adduk. otrzymuje się tylko z An. bardzo słaba addukcya, natomiast z Ka zawsze ekstenzya; z m. abduk. pollicis otrzymuje się ruch powolny robaczkow- y przy 3 MA KSZ = ASZ.
„ „ „ „ sinister	75	4 MA KSZ > ASZ skurecz szybki
„ hypothenar dexter	65	przy 4 MA powolny przy An; przy Ka przechodzi w ekstenzyę
„ „ „ „ sinister	65	przy 6 MA robacz KSZ > ASZ
„ interosseus secundus dexter . . .	75	przy 4 MA z An. abduk. i fleksya, przy Ka ekstenzya;
„ „ „ „ sinister	70	przy 4 MA przy Ka ekstenzya

Badanie elektryczne	Prąd fa- radyczny	Galwaniczny
N. peron. sinister	60	6 MA KSZ > ASZ skurez szybki
N. popliteus dexter	przy 45 nie- ma skurezu	
„ „ sinist.	przy 45 nie- ma skurezu	
M. gluteus dexter	55	

na obwodzie dolnych kończyn, a następnie do-
piero górnych. Musimy przeto oprzeć się na
takich objawach naszego obrazu klinicznego,
które by nam dały pewniejszy punkt wyjścia. Są-
dzimy, że za takie objawy służyć nam mogą sta-
łe bóle, jakich doznaje chora nasza w obu dol-
nych kończynach, i obiektywne zmiany czucia

mięśniowego i cieplikowego na obwodzie goleni
i na stopach. Te bóle i zmiany czucia po-
zwalają wyłączyć całą grupę dystroficznych
form p. z. m. oraz te formy, które zwykle się je-
dnoczyć pod nazwą typu ARAN-DUCHENNE’a.

(D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

109. A. ALBU. Istota i leczenie t. zw. *enteritis membranacea* (*colica mucosa* i *myxorrhoea coli*).

Pod nazwą *enteritis membranacea* lekarze często rozumieją różne stany chorobowe. Jedni utożsamiają *enter. membr. z colica mucosa*, inni oznaczają temi nazwami rozmaite choroby. Jedni uważają te cierpienia za zapalne, inni za nerwowe, jeszcze inni za kombinacye stanu zapal-

nego z nerwowym. A zatem zdanie o istocie tych chorób nie jest jeszcze ustalone.

Prawidłowa błona śluzowa kiszek wydziela minimalne ilości śluzu, którego w kale osób zdrowych prawie znaleźć nie można. Składają-
ca się ze śluzu cienka powłoczka lśniąca, pokry-
wająca często twarde cylindryczne kawałki ka-
łu, już jest zjawiskiem chorobowem. Pochodzi
ona z dolnych części kiszek grubych, wzgl. z od-

bytnicy, i wytwarza się dzięki podrażnieniu błony śluzowej przez stagnujące masy kałowe. Przy każdym silniejszym niezycie okrężnicy wydzielanie śluzu powiększa się. Ilość i forma wydzielanego śluzu bardzo się wahają w zależności od natężenia sprawy zapalnej. Zmieniają się one także z dnia na dzień u tego samego chorego. Wielki wpływ na ukształtowanie się mas kałowych wywiera także częstość wypróżnień oraz tak częste w cierpieniach okrężnicy naprzemienne występowanie zaparcia i biegunki. Śluz, pochodzący z кишки grubej, da się zawsze rozpoznać już makroskopowo, podczas gdy śluz, pochodzący z кишek cienkich, przedstawia się w postaci b. drobnych, szklistych, silnie przelamujących światło punkcików, rozrzuconych w masie kałowej, i rozeznąć się daje najczęściej dopiero przy badaniu drobnovidzowem. W prawdziwej *colitis* śluz bardzo rzadko występuje w postaci owych rurkowatych odlewów światła кишки, albo tasiemkowatych, suchych błon, które uważamy za tak charakterystyczne dla *enteritis membranacea*. W każdej prawdziwej *colitis*, przebiegającej nawet z najsilniejszym i najuporczywszym zaparciem, silnie przeważa lub nawet wyłącznie występuje tylko bezkształtny śluz.

Od właściwej *colitis* różni się co do istoty *enteritis membranacea*. Nie mamy tu do czynienia z cierpieniem zapalnym, lecz z nerwowym wzmożeniem wydzielania śluzu przez błonę śluzową okrężnicy. To wzmożone wydzielanie śluzu, stanowiące pewną analogię z *hypersecretio* i *hyperchlorhydria* żołądka, klinicznie występować może w dwóch postaciach: jako *enteritis (colitis) membranacea* i jako t. zw. *colica mucosa*. Obydwa te cierpienia różnią się tem, że w drugim występują silne bóle okresowe, których nie ma w *enteritis membranacea* w ścisłym znaczeniu tej nazwy. Wspólne zaś dla obu chorób cechy są: przewlekłe zaparcie i wydzielanie rurkowatych mas śluzowych. Pozatem zachodzi istotna różnica w patogenecie obu cierpień, a właściwie towarzyszącego im zaparcia. W *enteritis membranacea* przyczynę zaparcia stanowi atonia кишки grubej, w *colica mucosa* zaś przeciwnie toniczny skurecz ściany kiskowej. Taśmowate lub rurkowate masy śluzowe w obu razach zawdzięczają swoje powstawanie zbyt dłu-

giemu przebywaniu śluzu w okrężnicy w następstwie opieszalych wypróżnień.

Prawdziwa *colica mucosa* należy, podług autora, do stosunkowo rzadkich cierpień. *Enteritis membranacea* zdarza się, według statystyki autora, 10 razy częściej. Spotykamy *colicam mucosam* wyłącznie u osobników silnie nerwowych i nie tylko kobiet, u których *enteritis membranacea* głównie się zdarza, lecz także u mężczyzn z usposobieniem nerwowem.

Rozpoznanie *colicae mucosae* nie zawsze jest łatwe, gdyż stwierdzenie skurezu кишки nie-rzadko jest dość trudne albo nawet niemożliwe. Wyczuć skurezowy odcinek кишки udaje się najlepiej na poprzecznicy, kątnicy i zgięciu esowatem. Przedstawia się on jako długi, grubości palca, twardy, elastyczny i wrażliwy na dotyk powrózek. Ten stan skurezowy chory odczuwa jako ucisk, ból, a często jako silną kolkę.

W tych skurczonych pętlicach zalega stwardniały, wyschnięty kał z przylegającym doń taśmowatym, również wysuszonym śluzem. Śluz, wydzielany podczas napadu, ma zawsze kształt błon, w okresach zaś wolnych od napadu przedstawia się on rozmaicie ukształtowanym. A zatem autor uważa *colicam mucosam* jako nerwicę кишek, polegającą na pierwotnym czysto nerwowym skurczu okrężnicy. Zdarzają się także formy przejściowe między „kolką śluzową” i „błoniastym niezycem okrężnicy”.

W *enteritis membranacea* w sensie ścisłym tworzy błoniaste lub rurkowe wydalone zostają bez kolki i bez długich przerw (co kilka tygodni), lecz stale w ciągu kilku miesięcy, a nawet lat z niejednakowymi krótszymi lub dłuższymi przestankami. Wydalane tworzy śluzowe są nadzwyczaj rozmaite, tak co do długości, jak i co do kształtu. Często zostają one wykryte przez lekarza zupełnie przypadkowo, gdyż wydalaniu ich najczęściej nie towarzyszy ból. Chorzy tej kategorii są to również po większej części neurastenicy, często małokrwieści i źle odżywiani. Jako powikłanie znajdujemy tu często opuszczenie okrężnicy albo wogóle jelit (*coloptosis, enteroptosis*), także atonię i opuszczenie żołądka, przedewszystkiem zaś przewlekłe atoniczne zaparcie. Zwiotczenie ściany okrężnicy stanowi, zdaniem autora, przyczynę całej-

go cierpienia, które autor uważa za nerwicę na gruncie pierwotnej atonii kiszek grubej. Ze wszystkich nazw, które zaproponowane zostały dla tej choroby, nazwa EWALD'a *myxoneurosis intestini*“ najlepiej wyraża patogenezę. Autor proponuje inną jeszcze nazwę: *myxorroea coli (nervosa)*.

Dane kliniczne, histologiczne i anatomo - patologiczne przemawiają przeciw zapalnej naturze choroby. Przedewszystkiem niema żadnego punktu oparcia do przyjęcia zapalnego pochodzenia. Co się tyczy wyników badania histologicznego, to masy śluzowe nigdy nie zawierają włókniaka. Tam, gdzie mamy pewną wątpliwość pod tym względem, kwestyę rozstrzyga barwienie triacydem albo tyoniną. Po większej części znajdujemy w masach śluzowych dużo zmienionych komórek nabłonkowych, jako następstwo t. zw. złuszczonego nieżyty (*catarrhus desquamativus*). Nie ma to jednak nie wspólnego z właściwym zapaleniem, stanowi raczej następstwo czysto mechanicznego działania przylegających do błony śluzowej tworów błoniastych, które przy wydalaniu z kiszek odrywają powierzchowny nabłonek. Również pojedyncze leukocyty, napotymane w błonach, nie pozwalają wnioskować o rzeczywistej sprawie zapalnej. Przeciw temu przemawiają także wyniki badania pośmiertnego. Autor w jednym przypadku *enter. membr.* przekonał się na stole sekcyjnym o zupełnym braku zmian zapalnych w błonie śluzowej okrężnicy. Do takich samych wyników doszli: EDWARDS, OSLER, ROTHMANN, ELSNER i inni. Dodać jednak należy, że zdarzają się, jakkolwiek bardzo rzadko, formy mieszane, w których do poprzednio istniejącej *enter. membr.* przyłącza się prawdziwa sprawa zapalna (*colitis*). W tych razach odpadnięcie na pewnej przestrzeni powierzchownej warstwy nabłonka sprzyja przedostaniu się sprawców zapalenia do błony śluzowej okrężnicy.

Leczenie *colicae mucosae* w wielu punktach istotnie różni się od leczenia *enter. membr.* Przedewszystkiem w kolce śluzowej mamy do zwalczenia najważniejszy objaw choroby, t. j. skurcz kiszek. W tym celu stosujemy ciepło w postaci gorących okładów, kataplazmów, termoforu i t. d., jak również gorących kąpeli nasiadowych i pełnych. Następnie stosujemy środki

narkotyczne w postaci czopków z beladonną, ewent. z dodatkiem kodeiny. Makowiec przy częstszem stosowaniu wywołać może niedowład kiszek i zwiększenie zaparcia. W rzadkich przypadkach z bardzo silną kolką uciekamy się do morfiny.

W obu cierpieniach trwałych wyników, o-czekiwać możemy tylko od leczenia choroby podstawowej. Prócz długotrwałych gorących kąpeli nasiadowych lub pełnych (30—33° R., 20—25 min., 3 razy na tydzień) stosujemy, celem usunięcia skurczu kiszek, ławatywy z ciepłej oliwy ($\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ litra *ol. lini*, *ol. sesami* i t. d.), niekiedy z dodatkiem mydlin, zwolna i pod niewielkim ciśnieniem. Dyetą najodpowiedniejszą jest mleczno-roślinna w postaci papkowatej z usunięciem łusek i wogóle części, zawierających drzewnik, jako drażniących silnie błonę śluzową.

Stosowanie wewnętrzne bromu i innych *nervina* do celu nie prowadzi. Leczenie neurastenii osiągnąć może trwały skutek tylko przy pomocy metod fizyczno-dyetycznych.

W *colitis membranacea* zaparcie zwalczać musimy zupełnie inną drogą. Polega ono tu na atonii kiszek, przeciw której stosujemy następujące środki: ostrożne mięsienie okrężnicy ręką albo przyrządem wibracyjnym, faradyzację okrężnicy przy nienapiętych pokrywach brzusznych w postaci częstych i krótkich uderzeń, mniej więcej grubą dyetę roślinną z jednoczesnem podawaniem maślanki, kefiru, miodu, marmelad owocowych, grubego chleba, cukru mlecznego, winogron i t. d., i wreszcie ławatywy lub czopki glicerynowe, ławatywy z zimnej wody i t. d. W obu chorobach przeciwwskazane jest stosowanie środków ściągających, które tylko zwiększają podrażnienie kiszek i w następstwie tego wydzielanie śluzu. Niejeden przypadek *enterit. membr.* wywołany został przez stosowanie środków ściągających.

Mechaniczne wydzielanie mas śluzowych korzystne jest zarówno dla uregulowania wypróżnień, jako też dla wypoczynku i poprawy odżywiania błony śluzowej okrężnicy, i dlatego w tych razach, w których ławatywy z wody lub oliwy skutku nie sprawdzają, stosować należy od czasu do czasu, np. raz w tygodniu, łagodny środek czyszczący (*ol. ricini*), gdyż im dłużej blo-

ny pozostają w kiszce, tem większe jest niebezpieczeństwo powstania napadu kolki brzusznej. Oba cierpienia odznaczają się skłonnością

do nawrotów. Główną przyczynę tego stanowi niewyleczona neurastenia.

Die Therapie d. Gegenwart. 6 Zesz. 1905.
S. P.

Wiadomości bieżące.

Odezwą Towarzystwa Kultury Polskiej.

Towarzystwo K. P. we wszystkich kierunkach swej działalności będzie się starało zwrócić ją na pola, dotąd niezajęte i wyrazić w formach, dotąd nieużytkowanych. W pustce, jaką przedstawia nasza kultura, owych pól jest tak dużo, a owych form tak mało, że obawa o krzyżowanie się dążeń podobnych i o marnowanie energii na przedsięwzięcia podobne dziś i długo jeszcze pozostanie płonną. Cele naszego Towarzystwa nie są celami żadnego innego organu społecznego. Chociaż bowiem przygarniemy pod jego skrzydła każdą, najskromniejszą robotę kulturalną, która się pod nie schronić zechce, to przecież jego własna inicjatywa będzie obracała się głównie w kole stwarzania modeli kultury. Nie możemy nigdy skupić w naszym ognisku ani tytułu środków, ani tytułu sił ludzkich, ażebyśmy w dziedzinach naszego wielostronnego programu zdołali zadośćuczynić wszystkim potrzebom życia. Ale możemy pokusić się o zakładanie w tych dziedzinach instytucji wzorowych, które dla społeczeństwa będą widomą, pouczającą galerią najdoskonalszych typów kultury, ku którym dążyć winny jego myśli i starania. Nie będziemy tedy zabiegali o to, ażeby gdziekolwiek otworzyć jakąkolwiek szkołę, jakiekolwiek stowarzyszenie, jakikolwiek związek roboczy, ale o to, żeby u nas poswatały instytucje, odpowiadające najwyższym wymaganiom kultury powszechnej i polskiej. Rozrzucenie po kraju takich modeli da narodowi wytyczne punkty dążeń, zawrze w określonych i pożądaných postaciach jego rozwiewne

i błakające się pragnienia. Naturalnie, granice tego wielkiego przedsięwzięcia i sposoby jego wykonania zależeć będą od stopnia ufności i ofiarności, jaki nam okaże społeczeństwo.

Wkrótce przedstawimy szczegółowiej nasze zamiary; dziś ogłaszamy pierwszy, który według nas powinien stanąć na ich czele:

DOM LUDOWY.

Wszystkie społeczeństwa są dłużnikami swego ludu, bo wszystkie zawdzięczają mu nieopłacone usługi. On jest twórcą ich dobrobytu i siły, on w swej pracy otwiera im niewyczerpane źródła bogactw, on je odradza, gdy chorują, wskrzesza, gdy zamierają. Im więcej narody ten dług spłaciły, tem dalej posunęły się w rozwoju. Nasz lud pozostał dotąd wierzycielem skrzywdzonym, ubogim, ciemnym, posiadającym zaledwie tyle wiedzy i mienia, ile potrzeba na przetrwanie w niedoli, na udźwignięcie brzemion niesprawiedliwości i opuszczenia. Towarzystwo Kultury Polskiej, podejmując swoje rozległe zadania, przedewszystkiem winno między niemi umieścić troskę o materyalne i duchowe dobro tych warstw społecznych, które leżały na dnie naszego życia, po których fale historii przepływały, nie porywając ich z sobą i osadzając na nich coraz grubsze pokłady mułu. Troska ta nie może poprzestać na współczujących słowach, lecz musi się wyrazić w ofiarnych czynach. Towarzystwo nasze zamierza w kraju, we wszystkich wsiach

i miastach, wywołać zakładanie instytucyj, które w całym świecie stały się rozsądnymi kulturą, mianowicie domów ludowych rozmaitej skali, zależnie od potrzeb miejsca. Największy w swym przeznaczeniu, najpełniejszy wzniesiemy w ognisku kraju — w Warszawie. Będzie to ogromny gmach, łączący w sobie wszystkie urządzenia, które ludowi dać mogą pomoc, rozrywkę, radę, światło umysłowe, a więc: sale dla zebrań, odczytów, przedstawień teatralnych i koncertów, czytelnię, magazyny tanich towarów, giełdę pracy, restaurację, pokoje gościnne i t. d. Będzie to wszechprzybytek ludu, będzie to opatrność społeczna, nie pytająca tych, którzy do niej się zwrócą, ani o ród, ani o religię, ani o przekonania. Ile razy ktoś zechce ciemną drogę swego życia rozwidnić, ile razy odezwą się w nim idealne pragnienia człowieka, ile razy ujrzy się w szponach niedostatku lub bezprawia, będzie wiedział, że ma swój dom, że w tym domu znajdzie światło, znajdzie uszlachetniającą rozkosz dla duszy swojej, znajdzie bratnią radę i opiekę.

Szczegółowy plan tego przedsięwzięcia, wzorowany na słynnych Domach Ludowych za granicą, przedstawimy później, kiedy ogół dostarczy nam dla niego środków. Dziś kładziemy tylko nasz zamiar we wszystkie rozумы i ser-

ca, w każdą szlachetną pamięć i wolę, polecamy go uwadze i życzliwemu poparciu obywatelskiej prasy, stowarzyszeniom, związkom roboczym i kooperatywom. Niech cały naród złoży się na ten piękny pomnik kultury, niech bogaci dadzą sowite ofiary, niech lud jaknajliczniej da swoje grosze w tem dumnieprzeświadczeniu, że on nimi przyczynił się do wzniesienia swojego domu — Domu Ludowego.

Wszelkie składki na ten cel przyjmuje Biuro Towarzystwa Kultury Polskiej, w Warszawie, Zielna 19.

O rozpowszechnienie naszej odezwy prosimy wszystkich, dla których jej idea jest obowiązkiem rozumu i potrzebą serca

Zarząd Towarzystwa Kultury Polskiej.

Zarząd Towarzystwa Kultury Polskiej stanowią: Gustaw Daniłowski, dr. Anna Tomaszewicz-Dobrzańska, Wacław Jezierski, dr. Zygmunt Kramsztyk, Aleksander Lednicki, dr. Wacław Męczykowski, Wacław Natkowski, Kazimierz Natanson, Stanisław Patek, dr. Rafał Radziwiłłowicz vice prezes) Bolesław Rotwand, Aleksander Świętochowski (prezes).

Od Administracji.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok

1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

B. Kuniuszennaja
19/8.

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

ktem na zwierzętach; w razie otrzymania odatnich 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, Takadiastaza i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadaćcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowieca antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowieca streptokokowa—Menzer'a
Surowieca pnenmokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

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

Paranephryn

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 przeciwnie ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskazan.: 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, bladezeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie 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 i. 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: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoïdin Möbins

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 własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannuform

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

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

SKROFULĘY

ANEMIA

SYFILIS

UZNAWE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGAĆ
Etykietę zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ
Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
PIGULKI BLANCARD

PILULES DE BLANCARD

DE PARIS

Rada Lekarska w Petersburgu orzekła,
że wyrób Pigulek Blancard wymaga
wielkiej zręczności, którą osiąga się
tylko przy produkcji wyłącznej i ciągłej
„Journal de St. Petersburg“ z dnia
8/20 Czerwca 1860 r.

LEUCORRHEA

BLEDNICA

STAN LIMFATYCZNY

Salit

nego działania na narządy wewnętrzne.

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Najmniej drażni skórę. Bez ubocz-

Novargan

Rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny do leczenia trypra, szczególnie w ostrym okresie. Nie drażni błon śluzowych i znosi się w mocnej koncentracji, działa słabo ściągająco.

Unguentum Heyden

Maść z calomelolu (calomel colloidalne) do kuracji przeciwsyfili-tycznej (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W tubkach z przedziałką do przesuwania po 30 i 60 g.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

Oszczędność. Garderobę zniszczoną, poplamioną, bez wartości przyprowadzam do stanu zupełnej świeżości tak, że wprawne oko nieodróżni od zupełnie nowej, źle lub niemodnie skrojonej, nadaję piękną formę, farbuję, piorę chemicznie, reparuję, przyjmuję obstalunki w zakresie krawiectwa.

Pierwszy Zakład reparacyjno-krawiecki
Marszałkowska 143 „JAN“

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-łciowych, mleka kobiecego, nalołów dyfteryty-cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 12 (Zielna № 722).