

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 10.

Warszawa d. 22 Lutego (7 Marca) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabiłakanych zawiązków nadnercza. (Nadnerczak. Struma suprarenalis aberrata renis. s. Hypernephroma renis). Podał L. Lorentowicz. — Przypadek wodowstrętu u człowieka z zejściem pomyślnem. Podali Wł. Palmirski i L. Kozicki. — Z TO-WARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO Posiedzenie z dnia 27 stycznia r. b. — KRONIKA. — ODCINEK. Sprawa sanatoryjów. (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. z. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lutym 1903 r. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Lorentowicz — Contribution à l'étude des tumeurs rénales prenant naissance dans des germes égarés des capsules surrénales (Hypernephroma renis) 2) D-r Palmirski et D-r Kozicki — Un cas de rage chez l'homme. Guérison.

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

„MEDYCYNĄ”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Lorentowicz — Ein Beitrag zur Lehre von Nierentumoren mit Ausgang von verirrten Keimen der Nebennieren. (Hypernephroma renis). 2) D-r Palmirski und Kozicki — Ein Fall von Wuth beim Menschen mit günstigem Ausgang.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z instytutu patologicznego prof. P. GRAWITZ'a w Gryfl.

Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabiłakanych zawiązków nadnercza.

(Nadnerczak. *Struma suprarenalis aberrata renis. s. Hypernephroma renis*).

Podał

Leonard Lorentowicz.

W roku 1883 P. GRAWITZ wykazał w artykule „O tak zwanych tłuszczakach nerek”, że przeważna liczba drobnych guzików, spotykanych w części korowej nerki i barwą przypomi-

nających istotę szarą mózgu, które do tego czasu brano pospolicie za tłuszczaki nerek, nie są niczem innem, jeno odwężonemi w okresie życia płodowego zawiązkami nadnercza.

Za ich pochodzeniem z nadnercza oprócz charakterystycznej budowy histologicznej przemawia przede wszystkim umiejscowienie guzików. Po odciągnięciu torebki włóknistej znajdujemy bardzo często małe cząsteczki nadnercza już to przyrośnięte do samej torebki, już to pogrążone w korze nerki. Niekiedy spotykamy pod torebką włóknistą całe nadnercze, jako narząd dodatkowy, bądź większy lub mniejszy jego

odcinek, w którym gołym okiem można rozpoznać 3 warstwy; innym znów razem mamy do czynienia z zaledwie dostrzegalnymi żółtymi plamkami, nie większymi od plamek tłuszczowych kanalików moczowych, w których dopiero badanie drobnowidzowe pozwala rozpoznać charakterystyczne słupy komórkowe nadnercza.

W stosunku do powierzchni nerki znajduje się guziki nadnercza zarówno na górnym jej odcinku, jak i na dolnym, na wąskim wypukłym brzegu zewnętrznym, na szerokich płaszczyznach przedniej i tylnej. LUBARSCH przypuszcza, że górny biegun nerki bywa częściej zajęty, niż dolny, ale zarazem dodaje, że różnice statystyczne pod tym względem są bardzo nieznaczne. Tylko wnęka (*lulus*) nerki bywa stale wolna. Zjawisko to daje się łatwo wytłumaczyć. Jeżeli zbadamy nerkę i nadnercze u trzymiesięcznego płodu, to zauważymy, że nadnercze jest znacznie większe od nerki i obejmuje całą jej wypukłość. Oba narządy są przedzielone cienką warstwą komórek, z których następnie utworzy się otoczka, i tylko mały odcinek w okolicy wnęki nie jest pokryty przez nadnercze.

Nerka w okresie tworzenia się ma budowę zrazikową. Każdy ze zrazików jest rzeczywiście piramidą z otaczającą ją substancją rdzeniową. Zdarzyć się może, że drobna cząsteczka nadnercza wciska się przy pewnych nieprawidłowościach rozwoju w szczelinę pomiędzy dwa zraziki (*renculi*) nerkowe. W miarę postępu w rozwoju nerki stapiają się sąsiadujące powierzchnie pojedynczych zrazików, narząd tworzy jedną masę, i wtedy znaleźć możemy zabłąkane cząsteczki nadnercza, pogrążone w substancji korowej w kolumnach BERTINI'ego częstokroć na głębokości 5 do 10 milimetrów.

Nadliczbowe zawiązki nadnercza są nadzwyczaj często znajduwane na sekcjach. SCHMORL podaje wysoką liczbę 92% wszystkich przypadków sekcyjnych, w których je znajdował bądź pod otoczką włóknistą, bądź w sąsiedztwie nerki. Natomiast LUBARSCH na 300 sekcji zna-

lazł je zaledwie 8 razy w nerce, nieco częściej wzdłuż *vena suprarenalis* i *vena spermatica interna*. D'AJUTOLO podaje przypadek dodatkowego nadnercza w *plexus pampiniformis*, SCHMORL w wątrobie, ULRICH w przyjądrzu i w pobliżu *plexus solaris*, MARCHAND między listkami więzu szerokiego macicy. I to zjawisko, napozór uderzające, znajduje łatwe objaśnienie na drodze rozwojowej. U dwumiesięcznego płodu względnie duże nadnercze znajduje się w bezpośredniej styczności z *vena cava* (względnie *vena cardinalis*) jakoteż i z *vena renalis*, a więc i z *vena spermatica*, która wnika w pierwszą, bądź drugą. W tym okresie rozwoju wystarcza, aby od nadnercza oderwała się grupa komórek i przylepiła do ściany jednej z powyższych żył. Wskutek wzrostu i osuwania się narządów rodnych odwężony zawiązek, pierwotnie znajdujący się w pobliżu narządu macierzystego, powoli się odsuwa i może się zatrzymać w którymkolwiek miejscu wzdłuż *vena suprarenalis*, *vena spermatica* lub nawet między listkami więzu szerokiego, zawsze jednak w związku z ostatnio wspomnianą żyłą.

Zabłąkane zarodki nadnercza w dużej liczbie przypadków pozostają bez zmiany w ciągu życia osobnika, w innych znowu przypadkach służą za punkt wyjścia dla mniejszego, bądź większego nowotworu — *strumae*, — który atoli za życia nie wywołuje żadnych objawów klinicznych i tylko wypadkowo bywa znajduwany na stole sekcyjnym mimo, że już w tej fazie rozwoju może niekiedy zdradzić swą wybitną cechę złośliwości, ujawniającą się w tworzeniu rozległych przerzutów, zwłaszcza w płucach.

Dalszy wzrost *hypernephromatis renis*, które służy za temat niniejszej pracy, przebiega po ogólnej postaci złośliwego nowotworu nerki. Występują bóle samorzutne w okolicy nerek, niekiedy krwimocz, w końcu chłaczkość. Nie wspominam o objawach, wywołanych przerzutami. Od innych nowotworów można odróżnić nadnierzaka przy pomocy próbnego nakłucia.

Znalezienie charakterystycznych komórek, napełnionych kulkami tłuszczowymi, czyni pewnem rozpoznanie. Drugą osobliwością tego nowotworu jest tworzenie torbieli, które niekiedy dosięgać mogą znacznych rozmiarów — głowy dorosłego człowieka (VILLARET), a tem samem powodować wybitne objawy uciskowe ze strony sąsiednich narządów.

Wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz torbieli może nastąpić niekiedy pęknięcie ściany między torbiel i miedniczkę nerkową.

Przez utworzoną szczelinę, która następnie może zarosnąć, przechodzą do moczu części składowe zawartości torbieli: zwyrodniałe tłuszczowo komórki nowotworu, krople tłuszczu, kryształy cholesteryny, barwnik i ciała krwi. GRAWITZ przytacza opis przypadku KLAATSCH'a, w którym razem z moczem wydzielaly się strzępy nowotworu o charakterystycznej dlań budowie histologicznej.

Chory może żyć z nowotworem niekiedy spory okres czasu. W przypadku GRAWITZ'a 5 lat, Izrael'a—8, BENEKE—10, ASKANAZY'ego około lat 40. W tym ostatnim przypadku pierwsze objawy stwierdzono we wczesnej młodości; po 20-tym roku objawy znikły, dopiero w 53-cim wystąpiły one ponownie i przybrały złośliwy charakter. HANSEMANN podał ciekawy przypadek *strumae* u 60-letniej kobiety. Od 43-ego roku stwierdzono guz nerki wielkości pięści, twarde, który się nie powiększał i nie zdradzał swej złośliwości. Dopiero na kilka miesięcy przed śmiercią zjawił się krwimocz, guz począł szybko rosnąć, i na seceji znaleziono nerkę, zupełnie zniszczoną przez nowotwór. Ten ostatni składał się z dwóch odcinków. Jeden — wielkości jabłka — zawierał torbiel o ścianach zwapniałych, wypełnioną masą kaszowatą, na którą się złożyły tłuszcz i składniki krwi. Niewątpliwie był on dawniejszej daty. Drugi odcinek, miękki, mimo daleko posuniętego rozpadu, zawierał ucząstki, w których stanowczo można było stwierdzić typową budowę *hypernephromatis*.

Struma najczęściej spotyka się między 40 a 80 rokiem życia — 25 razy na 33 przypadki, zestawione z literatury, w których podany jest wiek chorych.

Cechy zgruba anatomiczne w mowie będących nowotworów dadzą się ująć w siedm poniższych pozycyi.

1) Nowotwory są stale umiejscowione pod powłoką włóknistą i wyraźnie odgraniczone od tkanki nerkowej. Rzecz jasna, w końcu powłoka może być przzerwana miejscami, chociaż to następuje bardzo późno.

2) Występują w postaci wielogniskowej.

3) Najświeższe i najmniejsze guziki mają barwę szarozółtą aż do jasnożółtej, przez co stają się bardzo podobne do części korowej nadnercza.

4) Są miękkiego utkania i zrazikowej budowy.

5) Posiadają dużą skłonność do śluzowego rozmiękczenia (tworzenie torbieli), zgorzeli i krwotoków.

6) Łatwo tworzą przerzuty (około 70%).

7) Tworzenie przerzutów skutecznia się drogą przebiccia ścian układu żylnego przez masy nowotworu.

Tym makroskopowo-anatomicznym własnościom w pewnej mierze odpowiadają drobnowidzowe.

Nowotwory zarówno w pierwotnych, jak, i wtórnych ogniskach mają ściśle określoną budowę. Daje się w nich rozróżnić miąższ i podścielisko. To ostatnie tworzą częstokroć jedynie znacznie rozszerzone naczynia o cienkich ścianach, które niekiedy mają jeszcze łącznotkankową otoczkę. Niejednokrotnie doznaje się wrażenia, że podścielisko jest utworzone wyłącznie z tkanki łącznej, pozbawionej naczyń. Bywa to wtedy, gdy naczynia są puste, i ściany ich opadły, śródbłonek naczyń przeważnie występuje wyraźnie, często obficie. Komórki *strumae* są wielorakiej postaci — pod pewnymi względami mają jednak cechy wspólne. Zazwyczaj wielo-

kątne, jak komórki wątroby i nadnercza, spotykamy atoli i cylindryczne i nieprawidłowo zbudowane z wieloma jądrami. Jądro tych komórek jest dokładnie okrągłe i posiada najczęściej jedno jąderko, które w świeżych preparatach występuje bardzo wyraźnie. Zachowanie się jąderka względem barwników jest odmienne, niż jądra (LUBARSCHE).

Zaródź komórki jest wypełniona kropelkami tłuszczu o różnej wielkości i błyszczącymi ziarenkami glikogenu. Obecność kulek tłuszczowych w protoplazmie należy do najbardziej charakterystycznych cech komórek *strumae*. Własność protoplazmy gromadzenia dużych kropel tłuszczowych przy zachowaniu jądra — a więc nacieczenie, a nie zwyrodnienie tłuszczowe spotykamy normalnie w komórkach części korowej nadnercza u ludzi starych, u których właśnie najczęściej tworzy się *hypernephroma*, nigdy zaś w nabłonku nerkowym. Należy jednak zaznaczyć, że nie każda komórka wielokątna zawiera tłuszcz, że nawet w najwięcej bogatych w tłuszcz częściach nowotworu znajdujemy miejsca zupełnie wolne od niego.

Co się tyczy ukształtowania komórek w podścielisku, to najczęściej tworzą one słupy, składające się tylko z dwóch rzędów komórek, tak ściśle przylegających do siebie, że o jakimkolwiek świetle wewnątrz słupa mowy być nie może. W innych za to miejscach spotykamy puste przestwory, które łatwo mogą być wzięte za światło gruczolu, zwłaszcza, gdy komórki, ograniczające owe przestwory, mają kształt walcowaty. W istocie zaś mamy rzadko do czynienia z prawidłowymi światłami, o czym można się przekonać, badając skrawki seryami. Zazwyczaj te przestwory są następstwem rozpadu komórek.

Niektórzy autorowie (HORN) opisują bujanie brodawkowate. Spotykamy je nie często. Zdają się one powstawać jedynie wtedy, gdy w gnieździe komórek obwodowe bujanie komórek i otaczającej je tkanki łącznej przybiera

znaczne rozmiary, i kiedy środkowy rozpad komórek występuje również bardzo wybitnie.

Przemiany wsteczne w nowotworze. Zgorzel i wylewy krwawe nie należą do cech charakterystycznych wyłącznie hypernefromatu, należą bowiem do stałych przemian np. naczyń mięsaka innych narządów. Natomiast prawie w każdym omawianym nowotworze spotykamy obficie pękanie jąder (*karyorrhexis*) w zmartwiałych ogniskach w postaci masy ziarenek chromatyny, które barwią się nie jednakowo; dzięki tej własności można twierdzić, że część tych ziarenek powstała wskutek rozpadu jąder i wyswobodzenia się jąder. Również do stałych przemian wstecznych zaliczyć należy zwyrodnienie śluzowe w podścielisku, którego następstwem bywa tworzenie wielkich przestrzeni, wypełnionych galaretowatą cieczą. Nie są to właściwe torbiele, wysłane nabłonkiem, których zawartość powstaje wskutek wzmożonej czynności wydzielniczej tego ostatniego, ale rozległe ogniska rozplynięcia podścieliska łącznotkankowego. Jeszcze wspomnieć należy o zwyrodnieniu szklistem naczyń i otaczającej je tkanki łącznej.

Otoczka *strumae* wybitnie się różni od otoczki innych guzów, spostrzeganych w nerkach. Ta ostatnia bowiem jest utworzona ze świeżej, bądź starszej tkanki ziarninowej, w końcu z tkanki bliznowatej, w której znajdują się resztki tkanki nerkowej w postaci kanalików moczowych lub kłębków MALPIGIUSZ'a. Oczywiście powstała jako produkt zapalny. W hypernefroma otoczka zachowuje się zgola inaczej. Nie widzimy w niej zazwyczaj ani kanalików moczowych, ani kłębków naczyńiowych MALPIGIUSZ'a. Wyjątek stanowią nowotwory, już bardzo daleko posunięte w rozwoju. Ściana otoczki, zwrócona do powierzchni nerki, jest utworzona przez powłokę włóknistą nerki, i dla tego między nią i guzem nie napotykamy miąższu nerkowego.

Zachowanie się sąsiedniej tkanki nerkowej. Jakkolwiek makroskopowo pojedyncze guziki wyraźnie się odgraniczają od otaczającej tkanki

nerkowej i, zda się, z łatwością pozwalają się wysuszyć, widzimy jednak przy badaniu mikroskopowym, że przejścia są bardzo nieznaczne, prawie nieuchwytnie. Spostrzegamy objawy zaniku, zwyrodnienia lub stan zapalny w przylegającym odcinku nerki, jak wogóle w sąsiedztwie guza przerzutowego. Nigdzie atoli nie widzimy objawów bujania tkanki. Wprawdzie możemy stwierdzić niekiedy powiększenie i pęcznienie komórek nabłonkowych kanalików moczowych, ale zawsze jesteśmy w stanie odróżnić je od komórek nowotworu, te bowiem mają większe jądro i odmiennie barwiące się jąderko, protoplazma zawiera kulki tłuszczowe i drobinki glikogenu. Najwięcej zaś przekonywające jest badanie drobnych guzików, utrwalanych w sublimacie, w których znajdujemy liczne figury karyokinetyczne — podczas gdy tkanka nerkowa znajduje się w stanie zupełnego spokoju.

SUDECK wygłosił zupełnie odmienny pogląd na budowę i powstawanie nadnerczaka. Na podstawie swych badań nad odnośnymi guzami nerki doszedł do wniosku, że wszystkie opisane przez niego nowotwory należą do gruczolaków nerki, a nawet twierdzi, że *strumae* GRAWITZ'a w większej części należą również do grupy gruczolaków. W omawianych nowotworach znajduje się przestrzenie wolne, wysłane dość prawidłowo ukształtowanym jednowarstwowym nabłonkiem walcowatym lub kubicznym. Objaw ten jest dla niego wystarczającym dowodem, aby powyższe nowotwory zaliczyć do rzędu gruczolaków, mniej lub więcej prawidłowo zbudowanych, a ponieważ one znajdują się w nerkach więc — gruczolaków nerek. Toż i we właściwych *adenomata papillaria renis* również niema prawdziwych brodawek, i dlatego między *adenoma papillare cystosum* i *non papillare* istnieje różnica li tylko ilościowa. Zwyrodnienie tłuszczowe komórek tłumaczy zakłóceniem krwioobiegu. Odpowiedzieć można na podniesiony zarzut, że fakt, iż w danym nowotworze tworzą się rozszerzone przestwory, przypominające torbiele,

lub bujania brodawkowate, bynajmniej nie rozstrzyga pytania co do jego histogenezy.

Ważne byłoby tworzenie się istotnych torbieli, czego w nadnerczaku nie spotykamy. Co się tyczy nabłonka walcowatego, to, jak dowodzą badania MARCHAND'a i PFAUNDLER'a, spotyka się on często w istocie korowej nadnercza ludzi i zwierząt. U konia i psa, a podług LUBARSCH'a i u człowieka, chociaż rzadziej, zdarzają się tam również przestrzenie, wysłane walcowatym nabłonkiem; spostrzeganie więc podobnych tworów w *hypernephroma* bynajmniej nie świadczy przeciwko jego pochodzeniu z nadnercza.

Bez wątpienia niektóre odcinki *strumae* odstępują tak wybitnie zarówno makro-, jak i mikroskopowo od typowej budowy, że napotykamy niejednokrotnie ogromną trudność w zrobieniu rozpoznania. Tyczy się to głównie szybko rosnących nowotworów, które przechodzą na sąsiednie narządy. Dużą pomocą wtedy jest, zdaniem BUSSE'go, badanie porównawcze nadnercza płodowego. Badając u czteromiesięcznego płodu nadnercze, znajdujemy na jego obwodzie warstwę, obfitującą w jądra, które barwią się chciwie, leżą bardzo blisko przy sobie. Protoplazma jest prawie niewidoczna, również nigdzie się nie uwidatnia jakiegokolwiek prawidłowe ugrupowanie tych jąder.

Wąski drobnokomórkowy pas obwodowy przechodzi nieznacznie w następny, składający się z wielkich komórek nabłonkowych o pęcherzykowatym jądrze, ubogiem w chromatynę, i drobnoziarnistej treści. Tu komórki grupują się w rzędy i słupy, kierujące się ku środkowi i podzielone drobnymi kanalikami, których ściany są utworzone z płaskich komórek śródbłonka; są to oczywiście naczynia włosowate. Nabłonek bezpośrednio przylega do rurki endotelialnej. Słupy nabłonkowe, które ku zewnątrz składają się z wielu warstw komórek, im bliżej środka, stają się cieńszymi, podczas gdy objętość naczyni powiększa się w stosunku odwrotnym, aż wreszcie w samym środku gruczolu tworzy się

wielka sieć naczyniowa. W niektórych miejscach widzimy kępki drobnych okrągłych komórek z mocno barwiącemi się jądrami, które przypominają grudkę limfatyczną (*folliculus*).

Jeżeli porównamy z wyżej podanym obrazem skrawki nadnercza noworodka i dorosłego, to przekonamy się, że nie znajdziemy tam tych wielkich komórek nabłonkowych warstwy środkowej nadnercza zarodkowego. Główna różnica polega na tem, że u płodu niema jeszcze nacieczenia tłuszczowego w komórkach, jak to ma miejsce u osobników starszych, i dla tego po podziałaniu na komórki wyskokiem, nie tworzą się w nich wakuole — a przez to komórki wydają się większe i więcej zbite.

Krótki przegląd dawniejszej literatury przekonywa nas, że przed odkryciem GRAWITZ'a wszystkie te nowotwory były zaliczane do właściwych gruczolaków nerki. Nie było wtedy dokonywane badanie świeżych preparatów, zaś w skrawkach barwionych doszukiwano się usilnie przejścia bezpośredniego pomiędzy kanalikami moczowymi i nowotworem, gdyż tylko nabłonek kanalików mógł służyć za punkt wyjścia dla nowotworu.

KLEBS i STURM uważali tworzenie się słupów komórkowych z kanalików moczowych za objaw zwyrodnienia rakowatego, nie bacząc na to, że we właściwym raku nie zdarza się taka prawidłowość w ugrupowaniu komórek nabłonkowych. KLEBS nie umie wytłomaczyć wielkiej różnorodności formy spostrzeganych komórek, mimo to twierdzi, że mogą one pochodzić jedynie z nabłonka kanalików moczowych, ponieważ w nerce niema innegołożyska.

(D. n.).

Przypadek wodowstrętu u człowieka z zejściem pomyślnem.

Podali

Wł. Palmirski i L. Kozicki.

Wiadome jest nam rokowanie we wścieklicznie. Gdy choroba wybuchnie, możemy powiedzieć, że chory jest skazany na śmierć pewną i na straszne konanie. Pomimo jednak tak stanowczego rokowania zdarzają się zejścia pomyślne. Są to wyjątki, lecz możliwości ich *a priori* wykluczyć nie możemy z powodu większej odporności człowieka względem zarazka wścieklicznego od psów, a znane są nam fakty doświadczałne, że psy szczepione mogą być dotknięte pierwszymi przejawami choroby i pomimo to wrócić do stanu normalnego.

Ze względu na rzadkość tych przypadków nie wątpimy, że opis choroby naszego pacjenta, jej przebieg i zabiegi lecznicze będą interesujące dla czytelnika.

Nasz pacjent K. lat 34, mieszkaniec Grodna, w połowie października r. z. został pokąsany przez psa niewiadomego w dłoń lewej ręki i w prawą stopę przez but i skarpetkę. Rany były niewielkie, lecz dość głębokie. Rany te po upływie pewnego czasu zagoiły się. Od dnia ukąszenia do 10 grudnia r. z. K. czuł się zupełnie zdrowym, nawet 9. XII. r. z., kładąc się spać. 10 grudnia 1902 r., po wstaniu z łóżka, K. chciał się umyć, lecz coś go odpychało od wody, umyć się nie mógł, następnie chciał zjeść śniadanie, lecz łykać nie mógł.

Przez cały ten dzień i następnego dnia K. czuł się chorym, siedzieć w domu jednakże nie mógł, ciągle chodził, nie jadł, moczu nie oddawał, spać nie mógł, a gdy w miejscach dawnych ukąszeń zjawily się bóle, które mu silnie dokuczały, K. zwrócił się do lekarza po poradę, i ten, jako pokąsanego, skierował go do Warszawy.

12 grudnia r. z. K. po przybyciu do pracy robi wrażenie przygnębitego, opowiada wiele o swojej chorobie i prosi o ratunek.

Przy badaniu ciepłota ciała 37°C , tętno 96, rytmiczne, umiarkowanie wypełnione, źrenice nie reagują, wyraźnej aerofobii i hidrofobii nie ma, lecz wodę odstawia z bojaźnią i pić, ani zbliżyć jej do ust nie chce. Uskarża się, że łykać nie może. Na przeciągi wrażliwy, z takich miejsc usuwa się, np. jadąc z Grodna do Warszawy, wyjść z wagonu na ganek nie mógł podczas biegu (*aerophobia*). Odruchy kolanowe wzmożone. Dalej K. uskarża się na pieczenie w okolicy żołądka i ból w miejscach ukąszeń na ręce i na nodze.

Miejsca ukąszenia obrzmiałe, zaczerwienione, ściśle ograniczone, co dość rzadko się widzi u ludzi, dotkniętych wodowstrętem; ból ten rozchodzi się i dosięga już kolana prawej nogi. Na ręce ból ściśle ogranicza się jeszcze miejscem ukąszenia. Na dotyk miejsce to jest bardzo bolesne.

Oprócz tego daje się zauważyć osłabienie w rękach i nogach takie, że chory z wysiłkiem stoi; siła mięśniowa w rękach i nogach bardzo słaba, pomimo tego, że K. pozornie dobrze jest zbudowany. Mocz od 3 dni nie oddaje i nie uskarża się na jakiegokolwiek dolegliwości ze strony pęcherza.

Na podstawie tych danych rozpoznano wodowstręt i w południe tegoż dnia K. był odwieziony do szpitala Jana Bożego.

Naczelný lekarz szpitala Jana Bożego d-r SABASZNIKOW wkrótce po porozumieniu się z innymi kolegami zastosował sublimat podskórníe w ilości $\frac{1}{4}$ grana.

12 grudnia wieczorem stan chorego ten sam, nie jadł, mocz jednakowoż oddał. Uskarża się stale na pieczenie w okolicy żołądka i silne bóle w miejscach ukąszeń, szczególnie na nodze.

Zwykle wodowstręt rozpoczyna się bólem w miejscu ukąszenia, w danym zaś przypadku

miejsca te szczególnie były wydatne i zaznaczały się swoim ograniczeniem i zaczerwienieniem oraz bardzo dokuczliwymi bólami, co skłoniło mnie do zaproponowania d-r SABASZNIKOWI wycięcie tych miejsc, jako głównych ognisk zarazy. Propozycja moja była przyjęta. Nie tracąc czasu zawiezany przezemnie kol. KOZICKI przy pomocy mojej i kol. ŻEBROWSKIEGO dokonał tej operacji 12. XII. 1902 r. w szpitalu Jana Bożego o godz. 11 wieczorem.

Stan miejsc ukąszeń przed samą operacją był następujący:

1) Na lewej dłoni w części środkowej powłoki nieco obrzmiałe. Obrzmienie owo wielkości dużego orzecha tureckiego nie posiada granic wyraźnych, lecz stopniowo przechodzi w skórę niezmienioną. Na brzegu owego obrzmienia od strony palca małego znajduje się skośnie przebiegająca blizna barwy białawej, długości około $1\frac{1}{2}$ ctm. i szerokości do 2 mm. Blizna nie jest wciągnięta, przesuwą się wraz z otaczającą skórą. W części środkowej obrzmienia wyczuwamy pod skórą twór kulisty wielkości małego orzecha laskowego, dosyć ruchomy, o ścianach nieco napiętych. Przy obmacywaniu stwierdzamy jakoby chełbotanie. Przy zginaniu i wyprostowywaniu palców chorej ręki twór ów pozostaje prawie zupełnie nieruchomy.

Barwa skóry na całym obrzmieniu cokolwiek zaczerwieniona. Przy obmacywaniu obrzmienia nawet bardzo lekkim chory uskarża się na ból, i ową bolesność stwierdzamy jeszcze w całej dolnej $\frac{1}{4}$ przedramienia odpowiednio ścięgnom zginaczy. Siła w dłoni lewej znacznie słabsza, niż w prawej.

2) Na powierzchni górnej stopy prawej w okolicy pierwszej kości śródstopia znajdujemy również obrzmienie powłok. Obrzmienie to ma kształt wrzecionowaty, dosięga wielkości średniego orzecha włoskiego i również nie posiada granic zupełnie wyraźnych, skóra w miejscu obrzmienia lekko zaczerwieniona. Zaczerwienienie to nie posiada brzegów ostrościętych. Przy

obmacywaniu obrzmienie to jest bardzo bolesne, i bolesność ta szerzy się ku górze wzdłuż ścięgien mięśni wyprostnych aż do kolana. W środkowej części obrzmienia widać białą, przesuwalną podłużną bliznę, długości 2 ctm. i szerokości 2 mm.

W odurzeniu chloroformowem okolono na dłoni lewej cięciem *en raquette* okolicę obrzmienia. Cięcie poprowadzono dosyć daleko przez skórę, zupełnie niezmienną. W ten sposób wycięto płat skórny wraz z powięzią dłoniową, obnażając pochewki ścięgien zginaczy powierzchownych. Na stopie prawej usunięto również płat skóry niemal tej samej wielkości, co i poprzedni. Przy separowaniu płatów zwracałem szczególną uwagę, aby prowadzić cięcia zarówno na powierzchni, jak i w głębi, daleko po za ogniskami, zawierającymi domniemane zarazki, to też odstępowałem przeszło o 1 ctm. od brzegów widocznych obrzmiń. Wielkość obu płatów nieznaną, ściągliwość skóry na środku dłoni, a również jaknajgorsze warunki czystości wykonanej na prędko operacji w pokoju izolacyjnym dla obłąkanych niespokojnych spowodowały, iż zaniechałem zupełnie nakładania szwów. Pozostałem na razie rany gojeniu drogą ropienia, mając na widoku, w razie ustąpienia objawów wodowstrętu, wykonać później operację plastyczną. Krótko mówiąc, wycięcie ognisk przeprowadzono tak samo, jak czynimy to przy usuwaniu ognisk zarazków np. tężcowych. Usunięty wraz z płatem dłoniowym guzik okazał się tworem torebkowatym, zawierającym masę białawą, kaszowatą. Kaszak ów wielkości orzecha małego laskowego nie przedstawiał najmniejszych zmian zapalnych, którymi można byłoby objaśnić wspomniane wyżej bóle.

13 grudnia chorego widzieliśmy w południe. K. czuje się lepiej, trochę spał, trochę jadł, na ręce i na nodze bóle, rozchodzące się z miejsc ukąszeń, znikły, również chory nie uskarża się na pieczenie w okolicy żołądka. Siła nóg i rąk jakby lepsza, chory nie gorącz-

kuje, tętno 96, mocz oddawał. Tegoż dnia K. dostał podskórnie drugą dawkę sublimatu w ilości $\frac{1}{4}$ grana z polecenia d-ra SABASZNIKOWA.

14. XII. Stan chorego lepszy, cokolwiek więcej jadł, lecz po zjedzeniu wymiotował, w nocy spał lepiej. Wszystkie dolegliwości znikły, chory czuje się znacznie rańniej, siła mięśniowa rąk i nóg znacznie większa, uskarża się tylko na pieczenie w ranach.

15. XII. Siła rąk i nóg normalna, chory czuje się zdrowym, je, śpi i t. d. Gojenie ran szło zupełnie pomyślnie. Opatrunki z muślinu wyjałowionego, zmoczonego w rozcieńczonym 1 : 8 płynie BUROWA, zmieniano co 3—4 dzień.

Wobec najzupełniej pomyślnego stanu chorego po 3 tygodniach pomyśleliśmy o operacji plastycznej, która okazała się szczególniej potrzebą na dłoni, ponieważ chory już przy zbliżeniu ledwie trzeciej części rany zaczął odczuwać ściąganie na dłoni i ograniczenie swobody zginania palców.

3 stycznia 1903 r. w szpitalu Dzieciątka Jezus w oddziale d-ra SAWICKIEGO usunąłem z dłoni i stopy tkankę bliznowatą wraz z pozostałą ziarniną, wyciąłem z przedniej powierzchni uda prawego po środku płat skóry bez warstwy tłuszczowej (płat WOLFFLE'go) i nałożyłem go na okrwawioną powierzchnię dłoni. Płat ten umocowałem w kątach górnym i dolnym, a również i po środku prawego brzegu trzema szwami węzłkowymi. Nałożono opatrunek z muślinu wyjałowionego, zmoczonego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Unieruchomiono kończynę przez nałożenie szyny tekturowej od końca palców do stawu łokciowego. Brzegi okrwawionej rany na stopie po części zeszyto, pozostałość zaś pokryto całkowicie płatkami THIERSCH'a, zdjętym również z przedniej powierzchni prawego uda, opatrunek na stopie składał się z sylku, położonego bezpośrednio na ranę, i muślinu wyjałowionego i zmoczonego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej.

Przebieg pooperacyjny pomyślny, bezgorączkowy. K. wypisał się po 3 tygodniach ze szpitala Dzieciątka Jezus. Płat WOLFLE'go na dłoni przrósł dobrze, prócz paska szerokości około 3 mm. wzdłuż całego płata. W miejscu tem gojenie poszło drogą ropienia. Płat THIERSCH'a na stopie przrósł zupełnie, na miejscu tylko jednego szwu nastąpiło rozejście się brzegów, i gojenie poszło drogą ropienia. Wreszcie rana na udzie zagoiła się przez rychłozrost. Ruchy palców dłoni lewej pozostały najzupełniej swobodne.

Nasuwa się obecnie pytanie, czy mieliśmy do czynienia w danym przypadku z wodowstrętem rzeczywistym, czy nerwowym?

Przeciwko drugiemu przypuszczeniu przemawiają nie tylko nasze badania w tym kierunku, lecz i kol. GOLDFLAMA, który znalazł tylko brak odruchu ACHILLES'a. Żadnych objawów histeryi lub neurastenii nie wykazano. Narządy wewnętrzne prawidłowe. W moczu nie znaleźliśmy białka, ani cukru.

Szkoda, że ślina K. nie była szczepiona królikom, spostrzeżenia w tym kierunku jedynie mogłyby nam rozstrzygnąć nasuwające się wątpliwości. Prawda, szczepiliśmy królikom zawieszinę z tkanki wyciętej na ręce i nodze, lecz bez

rezultatu. Króle, szczepione pod oponę, żyją już miesiąc i są najzupełniej zdrowe.

Przystępując do tych prób, *a priori* można było przewidzieć wyniki ujemne, ponieważ wszelkie próby wykrycia jadu wścieklizny w mięśniach, w skórze, w tkance podskórnej, w wątrobie i we krwi zawsze pozostawały bez żadnych następstw. Obecnie musimy tylko opierać swoje rozpoznanie na objawach klinicznych, wyżej przytoczonych, które stanowczo przemawiają za wodowstrętem. W naszej praktyce od lat kilkunastu notujemy tylko ten jeden przypadek wyleczenia z rozwijającego się wodowstrętu. Nie pozwalamy sobie wyprowadzać jakiegokolwiek bądź wniosków z tego pojedynczego przypadku, zaznaczyć jednak musimy, że chory pozostał przy życiu, a z zabiegów leczniczych były zastosowane: wycięcie miejsc ukąszeń, po których na drugi dzień już znikły bóle miejscowe i rozchodzące się, oraz zastrzykiwania podskórne sublimatu (2 razy po $\frac{1}{4}$ grana).

Oprócz tego były stosowane zastrzykiwania według metody PASTEUR'a w przeciągu 2 tygodni po 2 razy dziennie. Wskazań właściwych nie było, robiliśmy je w celu uspokojenia chorego.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 27 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) F. MALINOWSKI — przedstawienie dwojga dzieci, dotkniętych gruźlicą członka po obrzezaniu. 2) Wł. PALMIRSKI — przedstawienie chorego, wyleczonego z wścieklizny. 3) NEUGEBAUER — przedstawienie kobiety z enterocele vaginalis dużych rozmiarów; przedstawienie termometru z ukrytą skalą pomysłu Forsztetera. 4) J. PILTZ — przedstawienie chorego z luxatio pathologica atlantis et meningo-myelitis cervicalis superior e compressione ze znaczną poprawą.

1) Kol. F. MALINOWSKI przedstawił dwa identyczne przypadki, dotyczące dzieci, dotknię-

tych gruźlicą członka po obrzezaniu. Na resztkach napletka pod wędzidełkiem widać dużą bliznę błyszczącą; po jej bokach widać głębokie, kieszonkowate owrzodzenia, których dno pokryte jest wiotką bladą ziarniną. Skóra naokoło owrzodzenia opuchnięta, przeświecają w niej gruzelki. Gruczoły pachwinowe mocno powiększone. W naloce owrzodzenia znaleziono laseczники gruźlicze. Ten sam operator rytualny zaraził już podobno znaczną liczbę dzieci.

2) Kol. PALMIRSKI przedstawił chorego lat 34, który został pokąsany przez psa niewiadomego w połowie października r. z., a 10 grudnia począł doznawać pierwszych objawów wodowstrętu. Opis tego przypadku podajemy w numerze bieżącym „Medycyny”.

3) Kol. F. NEUGIBAUER przedstawił chorą lat 50 z *enterocoele vaginalis* o kolosalnych wymiarach. W przepuklinie pochwowej znajduje się macica z jajowodami i jajnikami, znaczna część pęcherza moczowego, odbytnica oraz część pęteli kiszki. N. nie radzi stosować zabiegu chirurgicznego, a zaleca chorej pessarium PAPIN’a, czyli t. zw. koleczykowaty krążek.

b) Kol. N. przedstawił termometr z ukrytą skalą pomysłu kol. FORSZTETERA.

4) Kol. J. PILTZ przedstawił chorego z *luxatio pathologica atlantis unilateralis rotatoria et meningo-myelitis cervicalis superior e compressione* ze znaczną poprawą. 16 letni młodzieniec w 4 tygodnie po zapaleniu stawów (*polyarthritidis*) uczył ból w karku. W 6 miesięcy potem poczęły występować objawy ucisku rdzenia, a w 8 miesięcy później chory miał porażone zupełnie wszystkie cztery kończyny. W takim stanie przybył do szpitala na Pradze, gdzie P. oprócz zupełnego porażenia spastycznego wszystkich kończyn stwierdził znaczne zaburzenia czucia, sztywność karku, zwrócenie głowy w prawo i pochylenie jej w lewo, *incontinentia urinae et retentio alvi*. Pod wpływem jodku potasu, kąpeli obojętnych i masażu chory o tyle się poprawił, że dziś chodzi, ma tylko lekki niedowład spastyczny prawej ręki i prawej nogi, zaburzenia ciepłoty po stronie lewej. P. przypuszcza, że mamy tu do czynienia z zapaleniem wysiękowym stawu międzykręgowego w górnej szyjowej części kręgosłupa, zapewne między *atlas* i *epistropheus* po lewej stronie, co doprowadziło do patologicznego jednostronnego t. zw. rotacyjnego zwinięcia atlasu. Na fotografii roentgenowskiej (kol. BARSCZEWSKI) zwinięcie to jest widoczne.

W dyskusji kol. H. LANDAU zwraca uwagę na dziwny brak u przedstawionego chorego udziału cierpienia ostatnich nerwów czaszkowych nerwu podjęzykowego oraz nerwu dodatkowego WILLIS’a i powołuje się na odpowiednie przypadki z literatury.

Kol. St. KOPCZYŃSKI zgadza się jedynie na rozpoznanie lekkiego przemieszczenia kręgów,

za czem przemawia między innymi spastyczne porażenie rdzenia, podnosi pewne objawy, właściwe uciskowi rdzenia (podrzucanie bezwiedne kończynami) i zapytuje o przypuszczalny podkład anatomiczny częściowego objawu BROWN-SEQUARD’a.

Kol. M. BRUNER twierdzi, że w przebiegu choroby nie może dopatrzeć się momentu, w którym mogłoby nastąpić zwinięcie atlasu, choćby częściowe. Sprawę gruźliczą należy tu wyłaczyć, gdyż inny jest jej przebieg. Zwinięcie atlasu wywołałoby śmierć natychmiastową. B. przypuszcza w danym przypadku *meningomyelitis* jako następstwo reumatycznego procesu w stawach kręgowych i ich więzadłach i uzależnia porażenie kończyn od ucisku przez wysięk zapalny. Można by jeszcze przypuścić w tym razie *spondylolisthesis*, lekkie zsunięcie się samego atlasu lub wraz z *epistropheus*, nigdy zaś zwinięcie atlasu. Fotografia roentgenowska, przedstawiona przez mówcę, zdaniem B., zupełnie sprawy nie wyjaśnia. Powoływanie się na chirurgów, jak w danym przypadku, na KOCHER’a, zdaniem B. nie jest uzasadnione, gdyż ci posiadają odrębne sposoby badania.

Kol. SAWICKI odrzuca w danym przypadku gruźlicę kręgów szyjowych, zaznacza, iż przy zwinięciu kręgów szyjowych głowa bywa przechylona na bok, lecz nigdy, jak w danym przypadku, broda nie przechodzi poza linię pośrodkową. S. przyjmuje w danym przypadku sprawę zapalną, może reumatyczną z wysiękiem, którego wessanie się usunęło objawy porażenia.

Kol. W. JANOWSKI wypowiada również podobne zdanie.

W odpowiedzi kol. PILTZ zaznacza, 1) że w wywiadach można było stwierdzić utrudnioną mowę i zaburzenia w łykaniu; 2) że istnieć mogą zwinięcia kręgosłupa bez wszelkich zaburzeń ze strony rdzenia lub jego korzeni, 3) że u danego chorego przypuścić można tylko jednostronne rotacyjne zsunięcie się wyrostka artkulacyjnego jednego kręgu ku przodowi, i powołuje się na zdanie KOCHER’a, opisującego podobne przypadki, 4) że przechodzenie brody poza linię środkową jest dla danego cierpienia wprost charakterystyczne.

St. Kopczyński.

K R O N I K A.

Kasy lekarskie.

W Nr. 8 „Przeglądu Lekarskiego“ znajdujemy następującą odezwę lekarza krakowskiego d-ra Adama LANGIEGO:

„Opłakane stosunki stanu lekarskiego pogarszają się niemal z dniem każdym, a doszło już do tego, że, gdy dziś nawet wyrobnik ma jak-tako zabezpieczony byt na wypadek choroby, jedynie lekarz, zachorowawszy obłożnie, nie ma żadnej pomocy materialnej. Piekącą więc jest sprawa kas chorych dla lekarzy, któreby w razie chwilowej niezdolności do pracy przychodziły każdemu z nas z doraźną pomocą. Izba wschodnio-galicyska, zrozumiawszy potrzebę takiej instytucji, stworzyła ją już dla swych członków; coś podobnego powstać też musi jaknajrychlej i dla lekarzy zachodniej Galicji“. Dalej autor odezwy oświadcza, że ma gotowy szkic projektu kasy, i zwraca się do kolegów z prośbą o odpowiedź na kilka zapytań, dla nas interesu nie przedstawiających.

Idzie mi o sam fakt zwrócenia uwagi na okropne położenie lekarza, którego dłuższa choroba przykuła do łóża, oraz na potrzebę znalezienia radykalnej pomocy w tem położeniu. Lekarz nawet z dobrą praktyką, która pozwala mu, pomimo braku majątku, żyć dostаточно, nawet bardzo dostаточно, nawiedzony dłuższy czas trwającą niemocą, nieraz znaleźć się może w nędzy: zaoszczędzony grosz szybko się wyczerpuje, a świeże dochody nie wpływają. Gdzie w tem położeniu szukać ratunku?

Już sama myśl o potrzebie zaciągnięcia pożyczki u krewnych lub kolegów nie jednemu zartuwa i tak już chorobą zagrożone życie, a cóż dopiero chwila, kiedy dowiaduje się, że zawdzięcza pomoc miłosierdziu kolegów, którzy nań zrobili składkę. Tego rodzaju pomoc jest niewątpliwie tak upokarzająca dla człowieka, przywykłego żyć z własnej ciężkiej pracy, że uważać ją

można jedynie za *ultimum refugium*, którego by każdy z nas z pewnością życzył sobie uniknąć.

Istniejąca od lat kilku Warszawska kasa pożyczkowo - oszczędnościowa lekarzy w minimalnym zaledwie stopniu jest w stanie złemu zaradzić. Celem tej kasy, jak opiewa § 1 ustawy, jest „wydawanie członkom pożyczek krótkoterminowych... oraz dopomaganie członkom do robienia oszczędności“. Wysokość pożyczki, zaciągniętej bez poręczenia, nie może przewyższać 1½ razy wziętego wkładu. Rzeczą jest łatwo zrozumiałą, że, aby w razie potrzeby otrzymać poważniejszą sumę, wypada wnosić wysokie miesięczne składki, na co nie każdy zdobyć się może, albo należeć długie lata do kasy, co w każdym razie w chwili obecnej jest rzeczą niemożliwą ze względu na 3 letnie zaledwie istnienie kasy. Ale i w przyszłości instytucja ta nie będzie w stanie dać doraźnej pomocy materialnej każdemu uległemu chorobie lekarzowi, gdyż zawsze przecież należeć do niej będą i od niedawna zapisani członkowie, ci zatem w razie choroby z jej funduszków korzystać nie będą mogli. A więc warszawska kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy sprawy nie rozwiązuje.

Przyszło mi kiedyś na myśl, czyby towarzystwa asekuracyjne nie mogły wprowadzić działu ubezpieczania wogóle, czy też wyłącznie tylko lekarzy, od choroby, i w sprawie tej mówiłem nawet z przedstawicielem jednej z tych instytucji. Zdawało mi się, że będzie to dla nich interes korzystny, nie wątpię bowiem, że każdy lekarz zechciałby się w ten sposób ubezpieczyć. Objaśniono mnie jednak, że premia musiałaby być bardzo wysoka, aby towarzystwa strat nie ponosiły, i na dowód przytaczano towarzystwa zagraniczne, które, dział ten u siebie wprowadziwszy, z powodu szczupłej liczby ubezpieczonych wykazują zyski minimalne, nie opłacające kosztów administracji. Sądzę wszelako

że i na względnie wysoką premię wielu z nas by przystało, aby tylko odepchnąć widmo nędzy, grożącej na wypadek długotrwałej choroby, małą zaś liczbę ubezpieczeń tej kategorii za granicą możnaby wytłumaczyć tą okolicznością, że tam rozmaici zawodowcy korzystają z dobrodziejstw kas chorych, jakich my nie posiadamy. Nie bez pewnego zresztą znaczenia jest fakt, że pomiędzy ubezpieczonymi na wypadek choroby i niezdolności do pracy w Sztutgardzkiem „Allgemeiner Versicherungs Verein“ naczelnie miejsce zajmują lekarze. Gdyby zatem w tym kierunku rozpocząć akcję energiczniejszą, możeby do jakiegoś celu doprowadziła, jeżeli zaś zawiedzie, to pozostaje jedyny, a zdaniem mojem konieczny środek, założenie kasy pomocy lekarzy warszawskich. Nie leży, co prawda, w charakterze naszym skłonność do tworzenia stowarzyszeń, konieczność jednak sprawiła, że w ostatnich latach powstały: kasa adwokatów, literatów, nauczycieli, konieczność wywołać też musi stworzenie kasy lekarskiej. Nie wiem, na jakich zasadach oparty jest projekt d-ra LANGIEGO, który obiecuje w stosownej chwili przedstawić go Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, może projekt ten okaże się praktycznym i odpowiednim i dla nas, tymczasem zaś sądzę, że moglibyśmy i u siebie znaleźć sposoby i środki zasilania proponowanej przez mnie instytucji, nawet bez uciekania się do „tańcującego“ miłosierdzia. Sami lekarze mogliby pracować na swoją instytucję, wygłaszając od czasu do czasu odczyty publiczne, pisząc popularne broszurki, organizując wystawy, z których dochód przeznaczaliby na kasę. Sądzę, że i na zapisy prywatne kasa liczyłaby mogła, a pewien dość spory kapitał dałby się też osiągnąć z pieniędzy, jakie lekarze wydają często zgoła niepotrzebnie na podarki dla kolegów wzamian za leczenie ich rodzin. Każdemu z nas zdarza się od czasu do czasu otrzymywać takie upominki, nieraz nawet kosztowne, a po większej części zbędne, jako wyraz wdzięczności za opiekę lekarską w domach kolegów: pieniądze, przeznaczane na takie cele, należałoby składać do kasy pomocy, która w ten sposób zyskiwałaby corocznie większą lub mniejszą sumę. Rzecz prosta, że i każdy członek kasy wnosiłby do niej pewną z góry oznaczoną składkę, a zapewnienie pomocy materialnej w razie choroby skłoniłoby za-

pewne każdego lekarza do należenia do kasy. Zwrot pożyczek mógłby być rozłożony tak, aby nie obciążał zbyt dłuźnika, a w razie konieczności byłyby przyznawane i pożyczki bezzwrotne. Jest to, naturalnie, tylko krótki i nie obmyślony jeszcze w szczegółach szkic projektu, który rzucam na papier w nadziei, że nie przebrzmi bez echa.

Nie czekając urzeczywistnienia się tej myśli, uważam za bardziej jeszcze naglącą potrzebę założenia kasy pogrzebowej lekarzy. Jeżeli smutne jest położenie rodziny lekarskiej, której przedstawiciel leży złożony chorobą, to stokroć straszniejsza musi być chwila, kiedy owdowiała żona lekarza zapytuje się w największej rozpacz: za co ja pochowam zmarłego męża i co dam jutro jeść dzieciom? W pierwszym wypadku nadzieja wyzdrowienia głowy rodziny dodaje otuchy otaczającym: wszak znajdzie się ktoś, kto udzieli pożyczki, w najgorszym wypadku znajdzie się chociażby niebezinteresowny wierzyciel, na którego zaspokojenie lekarz po powrocie do zdrowia przecież zapracuje; ale co zrobić ma wdowa po lekarzu, którego stygnące zwłoki nie pozwalają się ludzi żadnymi widokami na przyszłość, a smutna rzeczywistość świadczy, że nie ma pieniędzy na pogrzeb i na pierwsze najważniejsze potrzeby. A jeżeli taka chwila zaskoczy nieszczęśliwą kobietę nagle, niespodzianie, nieprzygotowaną, to na staranie się o pożyczkę, czy o pomoc nawet czasu nie ma — śmierć czeka, trzeba jej złożyć haracz natychmiast. I polisa towarzystwa ubezpieczeń nie ratuje, bo wszakże towarzystwo natychmiast sumy ubezpieczonej nie wypłaci. Takimi myślami przejęty, rozmawiałem kiedyś z jednym z kolegów, który właśnie potrzebę stworzenia kasy pogrzebowej lekarzy uznał za sprawę, nie cierpiącą zwłoki i dającą się wprowadzić w czyn weale niewielkimi środkami. „Gdyby, powiedział mi, 200 lekarzy złożyło po 5 rubli, to już mielibyśmy kapitał 1000 rubli, który wdowie po zmarłym członku wypłaconyby został natychmiast. Oto doraźny ratunek w ciężkiej chwili: za takie pieniądze można już i pogrzeb wyprawić i mieć choć coś na pierwsze potrzeby, dopóki się pewniejszych środków istnienia nie obmyśli. Jeżeli w jakimś niepomyślnym roku zmarł nie jeden, lecz dwóch, trzech, nawet czterech członków, to w najgorszym razie wypadłoby jednego

roku złożyć nie 5, lecz 10, 15 lub 20 rubli, a war- to chyba i taką sumę rocznie poświęcić, byle oszczędzić żonie okropnej męki i troski. Po wy- płaceniu wdowie owego 1000 rubli zaraz wnosi się nową składkę 5 rublową dla tej, w którą w najbliższej przyszłości cios ma ugodzić“.

Projekt istotnie do przeprowadzenia nie- zmiernie łatwy, a kapitał stosownie do liczby za- pisanych członków mógłby być większy lub mniejszy. Gdyby przy oznaczeniu wypłaty na rubli 1000 zapisało się członków nie 200, lecz 250 lub 300, to składka mogłaby być jeszcze mniejsza. Bliższe opracowanie projektu wyma- gałoby jeszcze zastanowienia się nad pytaniem, czy każdy lekarz bez względu na wiek i stan zdrowia miałby prawo przystąpienia do kasy, czy też należałoby pod tym względem ograni- czyć wiek i wymagać świadectwa stanu zdrowia. W każdym razie założenie kasy pogrzebowej by- łoby ważnym krokiem naprzód w sprawie dora- żnej pomocy dla wdów i sierot po lekarzach.

Wdowy i sieroty? Prawda, istnieje prze- cież w Warszawie kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot, po lekarzach pozo- stałych. Nie wielu jest lekarzy u nas, którzyby z praktyki mogli zabezpieczyć byt rodzinie po swej śmierci. *Non dat Galenus opes*: majątek, na praktyce lekarskiej zrobiony, należy już obecnie do rzadkości. Ztąd los wdów i sierot po leka- rzach częstokroć bywa bardzo oplakany, a zało- żona przed 45 laty kasa wsparcia odpowiada istotnej potrzebie ogółu lekarskiego. Zdawałoby się przeto, iż obowiązek zasilania tej instytucji choć skromnymi datkami jest rzeczą tak oczywistą, że żaden lekarz w Królestwie uchylać się odeń nie powinien. Niestety, tak nie jest. Jak wykazuje lista imienna członków kasy wsparcia za r. 1901, z całe- go Królestwa należy do niej zaledwie 885 osób, pomiędzy którymi znajdują się i nielekarze, a do- chód ze składek wynosi 5192 ruble 65 kop. Wy- sokość większości składek nie przekracza 4 ru- bli rocznie, a są i składki 3, 2 i jednorublowe. To też i zapomogi, udzielane w tym stanie rzeczy są wielce skromne: maksymalna w r. 1901 wyno- si 160 rubli, a większość stanowią sumy drobne nawet 20 rublowe. Jeżeli zaś wogółności kasa wsparcia była w stanie wypłacić w r. 1901 prze- szło 9000 rubli, to zawdzięczyć to należy fundu- szowi żelaznemu, wynoszącemu 42 tysiące rubli. O ileżby jednak kasa pomyślniej rozwijać

się mogła i jakaby działalnością się szczęciła, gdyby zrozumienie obowiązku i własnej korzyści wśród naszego ogółu lekarskiego było szersze i dojrzałe. Kto, żyjąc w dostatku, bez troski o przyszłość własnej rodziny, wspomaga kasę, ten ponosi ofiarę dla swoich uboższych współto- warzyszy, co nie za zasługę, lecz za obowiązek uważać należy, kto ze skromnych dochodów swoich poświęca drobną część na ten sam cel, ten daje dla siebie. Rumienić się powinniśmy na myśl, że kasa wsparcia nie może odegrać tej do- niosłej roli, jaka jej w udziale przypaść powin- na. Składkę skromną wnosić może każdy lekarz, a iluż to jest takich między nami, którzyby ofia- rowaną sumę podwoić i potroić mogli! Przy nie- wielkim wysiłku, a odrobinie dobrych chęci mo- żnaby instytucję podnieść, należy tylko nie zapo- minać o niej, nie traktować jej jako czegoś bez znaczenia i przyszłości. Niech każdy z obecnych członków stara się zjednywać dla kasy nowych uczestników i tą drogą fundusze jej powiększyć. Ale i komitet kasy mógłby również rozwinąć energiczniejszą działalność, czego ślady w osta- tniech czasach zresztą dostrzegać się dawały. Możliweby jednak pójść dalej w tym kierunku i rozsyłać chociażby corocznie odezwy do leka- rzy z całego Królestwa, którzy dotychczas nie są członkami kasy: może wielu nie przystępuje do niej ot tak, wprost przez niedbalstwo, ekscyto- wanie tedy maruderów mogłoby się okazać sku- tecznem. Możeby w sprawozdaniach rocznych należało kłaść nacisk na szczupłe środki kasy, na małą wysokość pojedynczych zapomóg, wspo- minać o prośbach, z powodu braku funduszy nie uwzględnionych: możeby takie wyjaśnienia i omawianie sprawozdań wpłynęły na podniesie- nie zadeklarowanych składek ze strony tych, których stać na to. Możeby komitet postarał się przez urządzenie odczytów, czy koncertów i t. d. powiększać środki kasy, co, zdaje mi się, nie sprzeciwiałoby się jej ustawie. Nie o dawanie nauk komitetowi mi idzie, lecz o podniesienie in- stytucji, której dobro każdemu z nas leżeć po- winno na sercu; nie ma zresztą wątpliwości, że zarząd kasy w ostatnich latach spoczywa w rę- kach sprężystych, czego dowodem wzrost skła- dek, wnoszonych przez jej członków. Przypomi- nanie jednak jaknajczęstsze o istnieniu, zada- niach i potrzebie kasy uważam za środek pożą- dany i skuteczny. Jeżeliby przy odpowiednich

staraniach członków kasy oraz jej komitetu udało się ją postawić na właściwej wysokości, to wobec zakresu jej działalności, obejmującego także wspieranie lekarzy w wypadkach choroby, kalectwa i podeszłego wieku, mogłaby ona odgrywać i rolę kasy pomocy, o jakiej wyżej wspominałem, stworzenie zatem tej nowej instytucji

byłoby zbyt wiele. Ale dopóki kasa wsparcia będzie dotychczasowy swój żywot suchotniczy, dopóty myśl o założeniu kasy pomocy nie powinna schodzić z porządku dziennego: nie pamiętamy o losie swych żon i dzieci, może o sobie samych więcej pamiętać będziemy.

Zygmunt Srebrny.

O D C I N E K.

SPRAWA SANATORYÓW.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9).

III.

Tutaj zatrzymajmy się i zapytajmy, jaką wartość ma cała ta „statystyka“ bez względu na to, skąd ona pochodzi—z sanatoryów wysokogórskich czy ludowych. Jaką wartość *per se* mają te wszystkie cyfry i „procenty“?

Odpowiedź brzmieć będzie tak samo, jak przy zapytaniu, czy posiada jakąkolwiek wartość dowodową stwierdzenie, że np. przy danej metodzie leczniczej śmiertelność z cholery wynosi 50%—t.j. same przez się wszystkie te „statystyki“ i procenty nie znaczą i nie oznaczają. Wszelkie ujęcie w cyfry materiału klinicznego, wszelkie wyprowadzanie odsetek śmiertelności, wyzdrowień, popraw i t. d. o tyle mówi cokolwiek o danej metodzie leczniczej, o ile jednocześnie będzie podana statystyka, dotycząca innej metody leczniczej lub też samoistnego przebiegu danej kategorii patologicznej, względnie, o ile oba szeregi będą zestawione i porównane.

Jest to przecież oczywiste, a tymczasem z przeglądu różnych statystyk gruźliczych wynosi się nieraz aż nazbyt wybitne wrażenie, iż autorowie ich czy nie wiedzą, czy zapominają o tej elementarnej prawdzie teoryopoznawczej.

Dowodami mają być właśnie same cyfry *per se*, wyprowadzone „procenty“ wyzdrowień, popraw czy zupełnych wyleczeń.

Owszem, mogą ci autorzy niekiedy, nawet świadomie, uważać za zbyt wiele przytaczanie wyników przebiegu samoistnego choroby, czy

przebiegu przy innym sposobie leczenia, ponieważ w umyśle czytelnika nieodzwonne zestawienie i porównanie ostatecznie odbywa się—wprost bezwiednie: wycytane procenty właśnie dlatego nabierają dlań znaczenia, iż takie porównanie zachodzi. Zestawia je, mianowicie, czytelnik z tem najogólniejszem wyobrażeniem o gruźlicy płuc, iż sama przez się jest to choroba ciężka, pozbawiająca możliwości pracy, wcześniej czy później kończąca się śmiercią. W takim razie oczywiście 15 czy 20% „wyleczeń“, 60% popraw i t. p. są czystym zyskiem, który należy zawdzięczyć danej metodzie leczenia, klimatowi wysokogórskiemu, świeżemu powietrzu i t. d.

Po drugie — pomijając zestawienia cyfrowe różnych zakładów, wzajemnie konkurujących, kiedy odbywa się prawdziwa licytacja *in plus* różnych „procentów“ pomyślnych — od czasu do czasu porównują statystyki sanatoryjne z wynikami szpitalnymi. W ostatnim wypadku — powiadamy — jest 20 — 40% śmiertelności i niema wcale wyleczeń; tymczasem nawet w sanatoriach ludowych mamy nie tylko kilkanaście procent wyleczeń i kilkadziesiąt popraw, ale śmiertelność nieraz nie dojdzie tam i 5%.

Co mogą być warte tego rodzaju porównania i wnioski, nie potrzeba długo objaśniać, zważywszy, iż pierwszym i podstawowym warunkiem porównań poznawczych jest jednorodność materiału. Tymczasem wszyscy powtarzamy, iż do szpitali suchotnicy przychodzą prawdziwie tylko „na umarcie“; co zaś do sanatoryów, to wszyscy wołają o przypadki „wczesne“, i ostatecznie bardzo dużo takich tam się znajduje. Porównywa się, jednym słowem, dwa szeregi niejednorodne,

z których na stronie jednego są wszystkie plusy, na stronie drugiego — wszystkie minusy.

Przypomnijmy nawiasem jeszcze inne ciekawe rzeczy. Przypomnijmy, jak to skrzętnie i chętnie różne sławne sanatoria — „by nie psuć statystyki“ — pozbywają się z pośród swych murów pacjentów, którym „niewiele już się należy“... Przy pewnej zręczności w „dobrze urządzonym“ sanatorium może też wcale nie być wypadków śmiertelnych... Wszystko to, zapewne, można sobie robić — tylko po co dokumenty handlowe, jakimi są sprawozdania niejednego sławnego sanatorium, uważać za materiały naukowe?

Ale czy wiele lepsze są „statystyki“ nowych sanatoriów ludowych? Są przynajmniej o tyle sumienniejsze, iż, jak sami autorzy nieraz podkreślają, dotyczą „materiału dobranego“. Chodzi właśnie o osobliwy fakt, iż, jak w Niemczech, obecnie „wybiera się“ przypadki do sanatoriów swoich. Cóż jest posunięte w chorobie, co obiecuje szybki koniec, to — jaknajdalej od sanatorium: „pasują“ zaś tam przedewszystkiem suchotnicy „początkujący“. Na takim sposobie postępowania niewątpliwie wygrywa „statystyka“, ale jednocześnie trudno oprzeć się przypuszczeniu, iż, jak obecnie, nie sanatoria są dla suchotników, ale suchotnicy dla sanatoriów!

Pozostawmy jednakże jeszcze inne, a podstawowe braki współczesnych statystyk gruźliczych tymczasowo na uboczu, a zapytajmy, czy istotnie materiał szpitalny przedstawia się tak bez względu nie niekorzystnie w przeciwstawieniu do materiałów sanatoryjnych, jak to ciągle sobie powtarzamy, i czy nas nic nie poucza obserwacya gruźlicy płucnej w szpitalu?

W roku zeszłym spostrzegałem przypadek, posiadający znaczenie zasadnicze w tym kierunku. Do oddziału mojego w szpitalu Wolskim przybyła (12. XII. 1901) szesnastoletnia chora (od roku) z wysoko posuniętą gruźlicą płucną. Silna gorączka hektyczna, poty, wyniszczenie, zaburzenia trawienia, zajęcie obu płuc, kawerna w lewym wierzchołku i t. d. nakazywały oczekiwać rychłego końca: wogóle przypadek w danej chwili czynił wrażenie „*phthisis floridae*“. Tymczasem stała się rzecz nieoczekiwana. W przeciągu 3½ miesięcy, jakie chora przebyła w moim oddziale, gorączka stopniowo prawie zupełnie ustąpiła, kaszel znacznie zmniejszył się, a płuca

oczyściły (choć objawy kawerny pozostały), zaburzenia trawienia ustąpiły, a waga ciała zwiększyła się o kilkanaście funtów. Chora chodziła po sali i ogrodzie. Nastąpiła, jednym słowem, taka poprawa, że chorą nie jeden nazwałby „wyleczoną“. Zapewne, dalszy przebieg pokazał, jak należy być ostrożnym z terminem „wyleczenie“ względem tego rodzaju przypadków. Chora przez kilka miesięcy czuła się dobrze, w jesieni poszła do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie poddawana była kuracji „na werandzie“, wróciła w styczniu r. b. w stanie opłakanym do mojego oddziału i tutaj wkrótce życie zakończyła.

To wszystko nie zmniejsza ważności teoretycznej danego przypadku: nastąpiła bowiem w szpitalu tak znaczna poprawa, że i Davos by się nią pochlubił. I co ważna — jaknajmniej wolno było mniemać, iż ta poprawa nastąpiła przez leczenie. To jedno było bardzo prawdopodobne, iż mimo wcale nie świetne urządzenie szpitala Wolskiego chora (córką kowala z przedmieścia) znalazła w nim na ogół lepsze warunki dyetetyczno-hygieniczne, niż je miała w domu; poza tem nie było nic takiego, coby mogło przyczynić się specjalnie do tak zastanawiającego złagodnienia przebiegu choroby. Oddawna przestałem stosować u mych suchotników szpitalnych jakiegokolwiek specyfiki (kreozot, gwajakol i t. p.), całe leczenie farmaceutyczne ograniczam do proszku DOVER'a, kodeiny czy morfiny przy uporczywym kaszlu, bizmutu przy bieguncie i t. d.; chorych jaknajmniej poruszam i fatyguję, zalecam siostrze odżywiać, czem się da i jak się da najlepiej — i koniec.

Nie łatwo mi przypomnieć za kilkanaście lat pracy szpitalnej przypadek podobnie wybitny, jak opisany: niewątpliwie był to przypadek wyjątkowy. Ale wyjątkowy tylko co do stopnia poprawy. Jeśli chodzi o to, czy wogóle może być „poprawa“ w szpitalu, na to odpowiem nam twierdząco cały szereg spostrzeżeń odnoszących. Przejrzyjmy choćby krzywe gorączki suchotników, po kilka miesięcy przebywających w naszych oddziałach, a łatwo dostrzeżemy, jak okresy dwu-, trzy- czy więcej tygodniowe, a kiedyindziej tylko kilkodziennie temperatury wysokiej przechodzą stopniowo w okresy znacznie niższych (bezwzględnie lub przeciętnie) podniesień ciepłoty, niemal zupełnej apyrektyi (nie mam tu na myśli przedśmiertnych obniżzeń), poczem

znów następuje krzywa cechy półeliptycznej podniesień wyższych i t. d. Równolegle z tem będzie szło i natężenie niektórych innych objawów klinicznych; spostrzegając zaś i te, każdy poszczególnie, można wykreślać fale półeliptyczne „polepszeń” i „pogorszeń”. Wobec takiego stanu rzeczy przy używaniu jakiegokolwiek specyfiku — kreozotu czy gwajakolu — można potem spostrzegać „poprawy”, jak je niezłudnie widywano i opisywano. Chodzi zasadniczo o to, iż — że powtórzę — te wahania ku lepszemu i gorszemu stwierdza się niezależnie o wszelkiego leczenia.

„Poprawy” omawiane mają naturalnie w przeważającej większości przypadków tylko teoretyczne znaczenie. Po za przypadkami, zazwyczaj bezgorączkowymi „*phthisis fibrosae*”, istotnie rzadko poprawa ma takie natężenie, by chory chętnie wstawał, chodził, myślał o pracy. Ale też jest zupełną prawdą, faktem, że do szpitala trafiają chorzy, jak to się mówi, przeważnie „w ostatniem stadyum”, innemi słowy — osobnicy, którzy już się wychorowali na suchoty. Choćby w tej chwili, kiedy to piszę, z szeregu suchotnic, leżących na mojej sali, jedna z nich (20 lat) przyszła co najmniej w ósmym miesiącu choroby, druga i trzecia (39 i 54 lata) — w 1—2½ roku, czwarta (44 lata) w 5 roku, piąta, trzydziestokilkuletnia, najwcześniej, bo w 4 miesiącu i t. d. Ale wypytajmy oto, jakie były losy naszych pacjentek, zanim przyszły do szpitala, w jaki sposób one do tego czasu chorowały — a dowiemy się rzeczy ciekawych, a dla naszych wywodów bardzo ważnych. Okazuje się — mówiąc własnym językiem naszych pacjentów szpitalnych — iż cały ich szereg poprzednio bywał „wyleczony” i to nieraz, ale i po kilka razy. Chorzy się „zaziębił” czy przemokł, czy co innego, i znowu zapadł na zdrowiu; „na dobre” każdy z naszych suchotników choruje właściwie dopiero od kilku tygodni czy kilku miesięcy... Choćby z wyliczonych 44 letnia suchotnica 5 lat temu miała krwiotłucie, przyszła po tem gorączka i kaszel, po kilku tygodniach „wyleczyła się”, była „zupełnie zdrowa”, później znowu bywały kaszle, raz lepiej, raz gorzej, to znów krwiotłucie, aż od kilku tygodni chora jest obłożnie. Młoda 20-letnia suchotnica 8 miesięcy temu przez

kilka tygodni miała silny kaszel, z sił opadła, później się znacznie poprawiła, ale od trzech miesięcy jest coraz gorzej i t. d.

I to jest zwykła, codzienna historia. Mogą komukolwiek tego rodzaju dane anamnestyczne wydać się zawodnemi: przypomnijmy więc sobie naszych pacjentów z mieszkań rzemieślniczych, wysokich pięt, niezamównej inteligencji, którzy nie mieli na wyjazd zagranicę, ale mieli na to, by leczyć się u „swego doktora”, choćby w lecznicy, nieraz od wczesnych początków choroby. Czyż, po za przypadkami „suchot galopujących”, przebieg gruźlicy nie był u nich prawidłowo właśnie taki, jak opowiadają o sobie chorzy szpitalni? Czyż przez cały czas naszej obserwacji, rok, dwa, lub trzy — choroba szła r ó w n o m i e r n i e ciągle naprzód, bez wahań ku lepszemu i gorszemu, bez nadziei dla nas, a otuchy dla chorego? Bynajmniej — odpowie każdy uważny lekarz. Było np. krwiotłucie z kaszlem i gorączką, czy bez tego, lub był przez pewien czas dokuczliwy kaszel łącznie z wyraźnymi objawami lokalnymi, trwał kilka tygodni lub miesięcy, chory „poprawił się”, znowu coś przyszło, znów lepiej, chory „ciągnie”. I takich pacjentów „ciągnących” wśród najgorszych warunków każdy lekarz posiada całą seryę. Widuję choćby od czasu do czasu młodego urzędnika, lat 28, który już z powodu podejrzanego wierzchołka uwolniony został od wojska, a który posiada najwyraźniejsze zmiany w prawym wierzchołku; pracuje stale, mieszka wysoko razem z bratem w dwóch pokojach, w których nie brak tytoniowego dymu. Bywało już z nim gorzej i lepiej; rok temu, około Wielkiejnocy gorączkował, dużo kaszlał i pluł, zdawało się, że będzie najgorzej — mimo to jest „lepiej” aż do dzisiaj. To znów „pochowałem” w roku przeszłym trzydziestokilkuletnią żonę dorożkarza z izby wilgotnej i zimnej, pełnej dzieciaków i zaduchu. „Ciągnęło się” z ośm miesięcy w moich oczach; z początku „wyglądało” na tyfus, choć staranne badanie stwierdzało zmiany wierzchołkowe, po paru miesiącach chora zaczęła wstawać, pracować, czuła się znacznie lepiej, po paru znowu się położyła, jeszcze raz trochę lepiej, aż wreszcie rozchorowała się „na dobre” przy wybitnych objawach wierzchołkowych.

Po co zresztą mnożyć pospolite przykłady: każdy lekarz widzi to samo²⁾. „Ciagnie“ suchotnik, jak wiemy, zazwyczaj tem dłużej, w im późniejszym wieku rozwija się gruźlica: lata „Jezusowe“ mają w tym względzie znaczenie i dla szerokiego ogółu nielekarskiego. Za to „ciągnięcie“, za te poprawy, chwali sobie jeden lekarz kreozot, drugi gwajakol, trzeci mleko, dawniej ten chwalił balsam peruwiański, inny znów — jodoform, czy jeszcze co innego. Jak to jednak z temi pochwałami należy być wstrzemięźliwym i ostrożnym, nauczyć mogą przedewszystkiem przypadki gruźlicy „włóknistej“, przypadki u ludzi starszych, kiedy osobnik wprost „żyje się“ ze swą chorobą. Znam np. jednego zasłużonego pedagoga, obecnie człowieka lat koło 60, z objawami gruźlicy płucnej od lat kilkunastu. Co pół roku, co rok występuje coś groźnego, i świeżo przywołany lekarz wysyła chorego „na tamten świat“ — a pacjent tymczasem żyje i, „wyzdrowiawszy“, cieszy się dobrem usposobieniem, kawalerskim humorem, niemałym apetytem, nareszcie niesłabnącą energią w działalności naukowo-piśmienniczej. Parę lat temu wystąpiły np. objawy gruźlicy przyjądrza, łącznie z obostrzeniem objawów płucnych: chory znakomicie poprawił się w Otwocku. Ubiegłego lata zastałem mego pacyenta plującego krwią, zbiedzonego, kaszlącego i gorączkującego w pokoju kawalerskim, pełnym książek, papierów, ubrania wszędzie porozwieszanego, kurzu, od roku nieścieranego. Chory do Otwocka, czy choćby na wieś nie mógł wyjechać, ale także doskonale się poprawił — czy przez ten kurz, który codzień łyka w swoim apartamencie?

Nie używając, jak mówiłem, żadnych specyfików przeciwgruźliczych i widując na równi z innymi poprawy sprawy płucnej nawet wśród najgorszych warunków sanitarnych, osobiście chwale sobie za nie coraz bardziej s a m o l e c z n i e t w o ustrojowe i fakty omawiane streszczam w następujący sposób: przebiegowi gruźlicy płucnej właściwe są s a m o i s t n e poprawy. Uprzytomniając sobie fakt, iż po za kategorią „*phthisis floridae*“ trudno przypomnieć przypadek gruźlicy bardziej prze-

wlekłej bez obecności popraw choćby znaczenia teoretycznego, wniosek niniejszy możemy sformułować jeszcze w następujący sposób: s a m o i s t n e poprawy są prawidłem w gruźlicy płucnej, jako chorobie na ogół przewlekłej³⁾.

IV.

Po co nam to wszystko autor powtarza — zapyta nie jeden czytelnik; przecież wszystko to są rzeczy znane. Czyż nie nauczyła nas przedewszystkiem anatomia patologiczna, iż istnieje samolecznictwo gruźlicy płucnej, czyż właśnie nie na tej zasadzie wierzymy w jej uleczalność?

Wszystko to, istotnie, mogą być rzeczy znane, — zapytam tylko, dla czego tak mało pamiętają o nich klinicyści współcześni w chwili potrzebnej? Dla czego tak mało widać, by samolecznictwo przy gruźlicy kładziono w podstawę odnośnych wywodów terapeutycznych? Być może — przyczyną tego stanu rzeczy jest okoliczność, iż w umysłach współczesnych obecne są przeważnie wyobrażenia anatomiczne samolecznictwa, ale nie uświadomienie kliniczne tego rodzaju, jak oto je podajemy. A właśnie takie uświadomienie jest podstawą, bez której w sądach terapeutycznych względem suchot płucnych kroku naprzód uczynić nie wolno. Właśnie takie uświadomienie przedstawia w zupełnie innym świetle różne „statystyki“ gruźlicze, niż mniemają ich twórcy. Dajcie nam do szpitali suchotników „początkujących“, a wyprowadzimy wam takie cyfry „wyleczeń“ i „popraw“, iż niejedno sławne sanatorium mocno się zawstydzi! Leczymy w sanatoriach nietylko „świeżem powietrzem“, ale psiem czy komarowem sadłem, jak leczy medycyna ludowa, a zawsze otrzymać musimy szereg „wyleczeń“ i „popraw“. W obu wypadkach „procen ty“ będą znakomite, wyleczenia i poprawy tem pewniejsze, im chętniej unikać będziemy wieści, co się stało z chorym w miesiąc, pół roku, czy rok po wyjściu z sanatorium, jak długo trwało owo „wyleczenie“ lub poprawa!

³⁾ Por. wywody w podobnym duchu u A. SOKOŁOWSKIEGO, loc. cit. str. 10—12.

(C. d. n.).

E. Biernacki.

²⁾ Por. pociągające przykłady w tym kierunku u A. SOKOŁOWSKIEGO: Leczenie klimatyczne suchot płucnych. Odczyty kliniczne, Nr. 53, str. 6—8. 1894

Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. z.

Rozpoczęliśmy rok nowy z niewielką liczbą chorych. Wybitną cechą sprawozdania styczniowego stanowi nadzwyczaj mała liczba przyjętych chorych obok znacznej liczby badań pośmiertnych. Na podniesienie się odsetki śmiertelności do 10% wpłynęło zjawienie się prócz zwykłych chorób gorączkowych tak ciężkich zakażeń, jak gorączka płożowa, nosacizna i gruźlica prosówkowa. W ciągu zaledwie jednego tygodnia przywieziono trzech chorych, jako dotkniętych tyfusem, u których badanie pośmiertne ustaliło nasze przypuszczenie kliniczne o istocie choroby, gruźlicę prosówkową z zajęciem opon mózgowych.

Pozostało z ubiegłego roku chorych 79 (m. 33, k. 46); przybyło 69 (m. 32, k. 37), w tej liczbie 11 osób z prowincyi; wypisano chorych 62 (m. 28, k. 34); przeniesiono do innych szpitali 7; zmarło 15 (m. 6, k. 9); pozostało na luty 64 (m. 25, k. 39).

Pierwsze miejsce pod względem liczby chorych zajęła róża, która stale liczebnie wysuwa się na pierwsze miejsce w okresach wolnych od epidemii. Chorych na różę mieliśmy 22 (m. 8, k. 14); trzy przypadki u chorych chirurgicznych, gdzie róża wystąpiła jako powikłanie, zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Krakowskie Przedmieście 42, Marszałkowska 42, Elektoralna 30 i 32, Krochmalna 16, Ciepła 7, Chłodna 8, Daniłowiczowska 14, Orla 4, Stara 2, Muranowska 24, Kupiecka 9, Złota 56, Grzybowska 72, i ze wsi: Dąbrowa, Koło, Łomianki, Brwinów, Wilanów, Jabłonna, osady Okuniew.

Drugie miejsce zajmuje płonica, której przybyło przypadków 7 (m. 1, k. 6); jeden zakończył się śmiertelnie u osoby dorosłej. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowy-Zjazd 3 (dwa przypadki z dwóch różnych mieszkań), Chłodna 12 (trzy przypadki z jednego mieszkania) i po jednym przypadku z Senatorskiej 30 i Krochmalnej 83.

Trzecie miejsce zajmuje ospa, której przybyło 6 przypadków. Jeden chory zmarł przy

objawach ospy krwotocznej. Chorzy przybyli z ulic i domów: Hoża 30, Nowogrodzka 60, Krochmalna 81, Leszczyńska 7, Wołowa 29.

Czwarte miejsce zajęła gruźlica, której przybyło przypadków cztery; trzy zakończyły się śmiertelnie przy objawach ostrej choroby zakaźnej, pośmiertne badanie stwierdziło gruźlicę prosówkową.

Następnie 3 przypadki odry, z których jeden, dotyczący dorosłego mężczyzny, chorego poprzednio na zapalenie nerek, zakończył się śmiertelnie; chorzy przybyli z ulic i domów: Wilcza 56, Żytnia 18 i wieś Wola. Również 3 przypadki grypy, które zakończyły się pomyślnie; chorzy przybyli z ulic i domów: Leszno 80, Grójecka 3, Nowolipki 86.

Z innych chorób gorączkowych zanotowaliśmy: 5 przypadków zapalenia gardła (*angina follicularis*), 2 przypadki błonicy gardła (z ul. Widok 19 i z Dubienki, gub. Lubelskiej), po 2 przypadki biegunki krwawej i zapalenia płuc, po jednym przypadku tyfusu wysypkowego (Leszno 62), gorączki płożowej (Młynarska 9), nosacizny z gubernii grodzieńskiej, z miasteczka Rosie, której ofiarą padł leśniczy z dóbr hr. Stefana Potockiego.

Zaznaczyć trzeba, że nie mieliśmy ani jednego przypadku tyfusu brzuszego.

Śmiertelność miesięczna wynosi 10%.

Badan pośmiertnych dokonano w 13 przypadkach na 15 zmarłych.

Chorzy przepędzili 2297 dni szpitalnych (m. 952, k. 1345).

Biletów odmownych chorem, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 13 (m. 5, k. 8). Nikomu gorączkującemu lub ciężko choremu nie odmówiono przyjęcia do szpitala.

Szczepień ospy ochronnej dokonano 36 (m. 14, k. 22).

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Wiadomości bieżące.

— Wyszło dzieło p. t. Kant i jego nauka, przez Fr. Paulsen. Przekład polski uzupełniony wyjątkami z „Krytyki czystego rozumu“ i innych dzieł Kanta p. J. Wł. Dawida. Dzieło to, opracowane gruntownie, a bardzo przystępnie, po raz pierwszy zapozna czytelników polskich z Kantem, który, rzec można, stanowi dziś ognisko

i punkt wyjścia w roztrząsaniu zagadnień zarówno teoretyczno - naukowych, jak moralnych i społecznych, tak iż w żadnej z tych dziedzin niemożliwe jest oryentowanie się bez znajomości przynajmniej głównych podstaw jego systemu. W języku niemieckim wyszły już trzy wydania tego dzieła. Cena rb. 2 kop. 50 z przesyłką.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lutym 1903 r.

Gazeta Lekarska.

Nr. 6. 1) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący.

2) N. SIEBEROWA. Badania i poglądy prof. Marcellego NENCKIEGO, dotyczące się barwnika krwi oraz powinowactwa jego z chlorofilem. (Dok.).

3) Witold ZAŁĘSKI. Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901) porównawczo z innemi miastami.

Nr. 7. 1) Władysław WRÓBLEWSKI. Powikłania, zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych.

2) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (C. d.).

3) Witold ZAŁĘSKI. Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901) porównawczo z innemi miastami (C. d.).

Nr. 8. 1) Władysław WRÓBLEWSKI. Powikłania, zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych. (Dok.).

2) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (C. d.).

3) W sprawie ordynatur szpitalnych.

Nr. 9. Nekrolog ś. p. A. ROTHGO, podał Ludwik DYDYŃSKI.

1) N. HALEE i B. MOTZ. O gruźlicy cewki przedniej.

2) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (Dok.).

Kronika Lekarska.

Zeszyt 3. 1) W. D. MORACZEWSKI. O jednoczesnem wydzielaniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w moczu ludzkim.

2) Kazimierz NIEDZIELSKI. O mięsakach sutki. (Dok.).

3) Kazimierz DUDREWICZ. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. (C. d.).

Zeszyt 4. 1) W. ZENCZYKOWSKI. Przyczynę do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcem pochodzenia mózgowego.

2) Kazimierz DUDREWICZ. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

Nr. 2. 1) H. HÖYER. O pracowniach naukowych. (Dok.).

2) Adam WRZOSEK. Listy Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego. (Dok.).

Zdrowie.

Zeszyt 2. 1) A. SOKOŁOWSKI. O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach warszawskich.

2) F. ERBRICH. Badanie bakteryologiczne kart szpitalnych na obecność laseczników gruźliczych.

3) G. STOLZMAN. Wynik badań chemiczno-bakteryologicznych powietrza sal szpitalnych.

Przegląd dentystyczny.

Nr. 1. D-r JESENSKY Jan. O charakterystycznych objawach próchnicy zębów.

Przegląd Felczerski.

Nr. 3. 1) D-r M. D. Syfilis i choroby weneryczne.

2) D-r E. L. RAK. Szkic anatomo-patologiczny i kliniczny. (C. d.).

Nr. 4. 1) D-r E. L. Rak — szkic anatomo-patologiczny i kliniczny. (C. d.).

2) D-r M. Opieka nad położnicą.

Nr. 5. 1) D-r M. Opieka nad położnicą (Dok.).

2) SIDOROWICZ. Wypadnięcie gałki ocznej.

3) ŁAPIŃSKI. Zapobieganie szerzeniu się chorób zaraźliwych na wsi. Samarytanizm. (Dok.).

Czasopismo Lekarskie.

Nr. 2 nie otrzymaliśmy.

Przegląd Lekarski.

Nr. 6. 1) L. POPIELSKI. O sposobie działania wysoku na czynność gruczołów trawienicowych.

2) A. MARS. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. (Dok.).

3) Franciszek NOWOTNY. W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej. (Dok.).

Nr. 7. 1) Odo BUJWID i Norbert GERTLER. Wyniki badań nad surowicą przeciwpaciorkow-

cową (*strept. scarlatinae*), dokonanych w latach 1895—1897 w Zakładzie higieny i oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika w Krakowie.

2) Franciszek WÓBR. Czynniki lecznicze przewlekłej gruźlicy płuc.

Nr. 8. 1) Stanisław JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy.

2) J. T. LENARTOWICZ. Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego (*favus*).

Nr. 9. 1) Ed. BIERNACKI. Sprawność lecznicza żelaza.

2) J. T. LENARTOWICZ. Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego (*favus*). (Dok.).

3) Stanisław JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy. (C. d.).

Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 2. Karol RYCHLIŃSKI. Dwa przypadki *Menigitis circumscripta luetica* i jeden przypadek *Encephalitis diffusa*.

Przegląd Weterynarski.

Nr. 2. 1) Stanisław FIBICH. Promienica prosówkowa pierwotna mięśni krowy.

2) Jan KOWALEWSKI. O znaczeniu anatomo-patologicznych zmian, napotykanych w gruczołach chłonnych przy oględzinach mięsa. (C. d.).

3) Fryderyk FRIED. Poglądy uczonych specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spostrzeżenia nad niektórymi urządzeniami weterynaryjnymi za granicą, poczynione w podróży naukowej. (C. d.).

4) Wincenty GORECKI. Nowa rzeźnia miejska we Lwowie. (C. d.).

Przegląd Higieniczny.

1) Ignacy ROSNER. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902.

2) J. SZPILMAN. D-ra BEHRING'a jenneryzacja jako środek zwalczania gruźlicy bydła. (Dok.).

Postęp okulistyczny.

Nr. 1. 1) J. STRZEMIŃSKI. Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki.

2) T. BAŁŁABAN. Mięczak zaraźliwy (*moluscum contagiosum*) spojówki gałkowej.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krzących we krwi bakterij, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się każde ciało, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najzwyczajniejsze mieszanek. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

KILKA NOWSZYCH OPINII LEKARSKICH.

Stosowałem Hematogen D-ra Hommela w leczeniu czystej postaci anemii u 6 osób. Spostrzeżenia moje nad działaniem Hematogenu są dla tego tak zajmującymi, że w roku zeszłym u tych samych 6 osób stosowałem różne preparaty żelaza z bardzo niewielkim rezultatem; po zastosowaniu Hematogenu Hommela otrzymałem wyniki bardzo dobre, które nawet po upływie 1½ miesiąca od zaprzestania używania Hematogenu się utrzymują a nawet się potęgują. Jednym z najbardziej znaczących działań Hematogenu jest szybko poprawienie łaknienia (Starszy lekarz Władysław kaukaskiego Korpusu Kadetów Dr med. Szulc. Władysławkaukaz).

Hematogen D-ra Hommela stosowałem u dwóch chorych z uporczywą przewlekłą neurastenią: przy braku apetytu, ogólnem upadku odżywiania w przynębnionem stanie ducha. Doskonały i stały wynik wystąpił wkrótce: u obu chorych bardzo szybko zjawił się apetyt, humor się poprawił, i widoczna wystąpiła poprawa ogólnego odżywiania. Tymczasem w ciągu trzech miesięcy z wielkim niezadowolaniem zmuszony byłem zmieniać jeden środek na drugi, bez żadnego pożądanego wyniku, (Dr med. Rzezywisty Rad. Stanu Mojż. Mik. Popow S. Petersburg).

Hematogen Hommela rzeczywiście działał skutecznie przy anemii, objawiającej się osłabieniem, zawrotami głowy, złym apetytem przy niepramidlowym i bolesnem miesiączkowaniu, i po czterotygodniowym używaniu tego środka chora zupełnie wyzdrowiała.

(Lekarz Korpusowy Dr med. Tajny Radea Willamowskyj. Wilno. Im częściej wypada mi leczyć małych dzieci swych pacjentów

z Hematogenem D-ra Hommela, tem bardziej się przekonuję, że Hematogen w wielu przypadkach nie da się niczem zastąpić. Przedewszystkiem okazał się skutecznym przy upadku sił i odżywiania, przy anemii, krzywicy zółzach, w okresie zdrowienia po chorobach wyniszczających przy rozwolnieniu i t. p. Wygląd chorego szybko się poprawia, prędko następuje zwiększenie wagi ciała, kolor skóry przybiera normalny odcień, siły wracają, objawy krzywicy i zółzów przycichają, jednym słowem Hematogen Hommela bardzo często musi, być uważany w praktyce dzieciennej jako potężny i niedający się niczem zastąpić środek leczniczy. Lekarz ambulatoryjny Warszawskiego żydowskiego szpitala dla dzieci Dr. Kraushar. Warszawa.

Hematogen D-ra Hommela wypróbowałem w przypadku uporeczywej anemii u 37 letniego mężczyzny i w przypadku silnej anemii u 14 letniego chłopca w okresie zdrowienia po resekcji żebra przy ropnem pleuritis przyczem działanie Hematogenu było bardzo skuteczne głównie w pierwszym przypadku, w którym przedtem długotrwałe podawanie innych preparatów żelaza i arsenu nie wywierało żadnego wpływu.

Ordynator szpitala na Pradze D-r K. Zieliński Warszawa.

Hematogen Hommela stosowałem kilka razy w przypadkach wybitnej anemii po silnych krwotokach porodowych i poronieniach i jestem z wyników zupełnie zadowolony, widząc zawsze poprawę ogólnego stanu i subiektywną u chorych przyjmujących Hematogen Hommela. Ordynator Kijowsko-Kirylowskiego szpitala Dr Jarowej Kijów.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE w S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbat z mlekiem (temperatura zwykłego napoju). Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaz we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¼, unoyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chinu (żółtej, czerwonej i szarej) w połączeniu z fosfatami ziem i sody.

Jest to wszechpółężny środek w walce z **Wycięczeniem**, z **Brakiem apetytu**, z **Gorączką** i t. d.

CLIN & COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris.

Użyty przed posiłkiem ułatwia trawienie, ponieważ wydziela kwas węglany, pobudzający funkcję żołądka.

Le Perdriel et C^{ie}, Paris.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.
Telefonu Nr. 1360.



Przedstawiciel firmy na Król. Pol. A. Mustaki.
Agenci są pp. Szware i Stucki.

Jedyna firma w kraju zaszczycona najwyższą nagrodą
„Grand Prix“ na wszechświatowej wystawie w Paryżu w 1900 r.
„Prawit, Wiestnik Nr. 10“

PIGUŁKI CASCARA MIDY.

Każda pigułka zawiera po 0,12 wodno-spirytusowego ekstraktu z promieni mlecza drzewnego, lubu i wewnętrznych warstw kory Cascara Sagrada, specjalnym naszym sposobem (1884) oczyszczzonej z znajdującego się w niej oleju (substancji ostrej i podrażniającej) i po 0,10 świeżego proszku.

zalecane przy zwykłej obstrukcji i towarzyszącym jej zaburzeniach. Pigułki Cascara Midy mogą być przepisywane mamkom i kobietom ciężarnym.

SPOSÓB UŻYCIA: przyjmowanie 2—3 pigułek przy kolacji lub przed udaniem się na spoczynek jest dostatecznem dla wywołowania codziennego wypróżnienia.

„Generalny agent: Henryk Mendelsohn w Warszawie.”



Nie wywołują ani kolek ani biegunk.

Żądać podpisu

 **L. Midy** 

Apteka Midy

istniejąca od r. 1828,

Faubourg St. Honoré 113, w Paryżu.

Sprzedają się w Rosyi w znaczniejszych aptekach i składach materiałów aptecznych.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne — Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ściśle tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chinu 1,3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

Dawka: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach. — Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie). 19 rue Jacob w Paryżu

Na składzie posiadają:

Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny.

L. Mrozowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa № 8.

Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd № 5.

Apteka K. Wendy ul. Krakowskie-Przedmieście № 45.

Wacław Różycki, Skład materiałów aptecznych ul. Krakowskie-Przedmieście № 17.

Emil Skomorowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Długa № 27.

WODA KROŚCIENSKA

ze źródła **Stefana** — naturalna szczawa jest według orzeczeń pierwszych powag lekarskich jedyną wodą wysmienicie działającą w chorobach żołądka, w niezycie jelit, w niezżytach dróg oddechowych, ostrych lub przewlekłych, w skazie moczanowej, w kamicy nerkowej, w niezżytach przewodów żółciowych i w kamicy wątrobowej.

!!! Przy influency nieodzowny środek !!!

! Baczność na korek !

Skład główny dla Warszawy i Królestwa:

w Domu Handlowym **BERNARD LAUER**, Żelazna 58. Telefonu 560.

D-r W. Róbin
mieszka obecnie **Orla 12.**
Choroby żołądka i kiszek.

Okulistyczne narzędzia

szkła do mierzenia wzroku, oraz atlasy anatomiczne, tanio sprzedam. — **Tłomackie 3, m. 12, od 2-ej do 5-ej.**

Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & C^o, Frankfurt n. M.

EUCHININ wolny od gorzkiego smaku ARISTOCHIN Antipyreticum UROSIN przeciw pedogrze i skazie moczanowej FORTOIN przeciw bieguncce	EUNATROL Chola gogum VALIDOL Analeptic., Antihysterio. Stomachicum DYMAL antiseptyczny proszek do przesypywania ran SALOCHININ przeciw newralgii
--	--

SALOCHININ SALICYLIC.
od reumatyzmu.

Próby, broszury i wszelkie bliższe wiadomości udzielają się na żądanie.

Inne specjalności fabryki: Chinina, pigułki z chininy, kokaina, koffeina, Ekstrakty, preparaty z jodu i t. p.

Instytut szczepienia ospy D-ra T. Stępniewskiego

Warszawa, Żłota 28.

Posiada wypróbowany materiał krowiankowy.
Wysyłka za zaliczeniem.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

Dr-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

- 1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

Składy Główne materiałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Bo- rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylizacyjna

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).

w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.

w Kielcach: Apteka W-go Wierzbickiego.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

- 6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Bandaże 5—10—20 ctm. sześć 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza hygroskopijna po 0,5 i 1 m

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

KĄPIELE NAUHEIMSKIE

wytwarzające kwas węglowy

WARSZAWSKIEJ FABRYKI

dostać można w składach Tow. Akc.

Ludwik Spiess i Syn.

OPUŚCIŁO PRASĘ DZIEŁO

D-ra Teodora HEIMANA

p. t.

Choroby narządu słuchowego.

Podręcznik dla lekarzy i studentów. Cena 3 rb.

Skład główny w Księgarni E. WENDE i Sp.