

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNI

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 49.

Warszawa d. 8 Grudnia 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych za pomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. (Próba Rivalta'y). Podał W. Janowski. — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski (Ciąg dalszy). — O postępujących zanikach mięśni. Podał d-r J. Rotstadt. (Ciąg dalszy). — List otwarty. — Odcinek. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Janowski — Différentiation des exsudats et transsudats avec une très faible solution d'acide acétique. (la méthode de Rivalta). 2) D-r W. H. Krajewski — Lithiase chronique du ductus choledochus. 2) D-r J. Rotstadt — Sur les atrophies musculaires progressives.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. Janowski — Die Unterscheidung der Exsudate von den Transsudaten mittelst sehr schwacher Essigsäurelösung. — 2) W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein. 3) D-r J. Rotstadt — Ueber progressive Muskelatrophien.

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

PRACE ORYGINALNE.

Odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych za pomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. (Próba Rivalta'y).

Podał

Władysław Janowski,

docent Akademii i Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Niniejsza notatka ma na celu jedynie zwrócenie uwagi szerszego koła kolegów na elementarnie prostą metodę badania w celu odróżnienia płynów wysiękowych od przesięko-

wych. Polega ona na powolnem wpuszczaniu pojedynczych kropeł badanego płynu do szklanki, zawierającej dwie krople bezwodnego kwasu octowego na 100 gramów wody. W braku bezwodnego kwasu octowego, można, zamiast 2-ch jego kropeł, wziąć 20 kropeł zwykłego octu. Jeżeli badany płyn jest wysiękiem, kropła, ostrożnie, powoli wpuszczona do wymienionego słabego roztworu kwasu octowego, opadając stopniowo na dno szklanki, pozostawia na całym swoim przebiegu wyraźną, białą, czasami jakby biało-niebieskawą smugę, podo-

bną do cienkiego kłębaka dymu, wypuszczonego z cygara. Smuga ta jest czasem jakby rozszczepiona na szereg cieniutkich, ale zawsze również wyraźnych i białych pasemek. Każda nowa kropla wysięku, wpuszczona zwolna do rzeczonego roztworu, tworzy nową smugę. Szereg tych smug opada potem na dno i tworzy wyraźny białawy męt, rodzaj osadu na dnie szklanki. Smugi te i ew. męt na dnie szklanki znikają dopiero od dodania do szklanki licznych nowych kropeł bezwodnego kwasu octowego.

Wynik tej próby jest ujemny, jeżeli badany płyn nie jest zapalny, lecz prześiękowy: roztwór kwasu octowego pozostaje w takich razach przezroczystym, gdyż wpuszczona do niego kropla prześięku, nie przebywszy nawet połowy drogi do dna szklanki, ulega rozpuszczeniu bez śladu.

Z płynami, otrzymanymi z trupa, próba to wogóle nie wychodzi, co, nawiasem mówiąc, niema praktycznego znaczenia, bo wtedy odróżnienie wysięku od prześięku jest już łatwe na zasadzie samego wyglądu odnośnej błony surowiczej.

Próba ta, podana z nowszych podręczników przez SAHLI'ego, nie znajduje, o ile mi wiadomo, zupełnie u nas zastosowania. A jednak wyniki, otrzymane przy niej w znacznej liczbie przypadków przez RIVALTA'ę ¹⁾, są nadzwyczaj zachęcające. Zbadał on w ten sposób 286 płynów wysiękowych i 61 płynów prześiękowych i przekonał się, że rzeczywiście ujemny wynik badania tą drogą płynu dowodzi jego istoty prześiękowej, a dodatni — wysiękowej, a mianowicie wysiękowej zapalnej. Wysięki bowiem, powstałe wskutek złośliwych nowotworów, dają wynik badania ujemny, albo wyjątkowo powstaje w nich przytem męt bardzo słaby i szyb-

ko znikający. Czułość tej próby ma być, według RIVALTA'y, tak wielka, że jeżeli, naprz., kilkakrotnie przekłuwać jamę otrzewną w przypadku zebrania się w niej płynu prześiękowego wskutek marskości wątroby, to już to minimalne podrażnienie zapalne, powstałe wskutek szeregu przekłuć w błonie otrzewnej dokoła ranki, wystarczy do otrzymania lekkiego mętu w wypuszczanym następnie płynie prześiękowym, podczas gdy pierwsze jego badanie dało wynik zupełnie ujemny. Z tego samego powodu minimalne podrażnienie błony surowiczej, będące wynikiem bardzo długiego pozostawania w jej jamie płynu prześiękowego, wystarcza do wystąpienia bardzo lekkiego mętu przy badaniu tych płynów omawianą metodą. Przekonałem się o tem przy badaniu dwóch przypadków, w których płyn pozostawał w jamach 3½ i 5 miesięcy. Powstały jednak przytem męt jest tak słaby, w porównaniu ze spostrzeganym w płynach wysiękowych, że dla osobnika, który zbadał chociaż kilka tych ostatnich, pomyłka rozpoznawcza nie jest możliwa.

Ślady krwi w badanym płynie, włącznie aż do różowego jego zabarwienia, na wynik badania nie wpływają: nie dają, mianowicie, mętu w płynach prześiękowych. Przekonałem się o tem sam kilkakrotnie. Próba ta wypada ujemnie z płynem mózgo-rdzeniowym normalnym, z płynem przy bąblowcu wątroby, wodonerczu z płynem owodni, a, przeciwnie, wychodzi wyraźnie z płynami przy uwięzłych przepuklinach, przy torbielach jajnika i przy wodniaku jądra (*hydrocele*) u dzieci.

Ponieważ badanie pomocnicze wypuszczonych z różnych jam płynów ma w niektórych przypadkach znaczenie bardzo poważne, przeto, oprócz przygodnego, stosownie do specjalnej potrzeby, badania bakteriologicznego, wszystkie płyny są w moim oddziale badane stale na ciężar gatunkowy i zawartość białka od lat prawie dziesięciu, cytoskopowane od lat dziewięciu, kryoskopowane od lat pięciu, a nadto od

¹⁾ Rivalta Fabbio. Semaine médicale, 1895, Nr. 26, str. 228 oraz Sem. méd. 1906. Nr. 11, str. 125. Oryginały zaś po włosku: Riforma medica 1895 Aprile; Rivista critica di clin. Med. 1903, p. 655; Policlinico, 1904 Nr. 4; Policlinico 1905, Nr. 10 i 11.

kilku miesięcy określamy ich lepkość za pomocą wiskozymetru i przerabiamy z każdym z nich od połowy marca r. b. (t. j. od chwili przeczytania przeze mnie notatki z pracy RIVALTA'y) próbę z kwasem octowym, rozcieńczonym w wyżej wymieniony sposób. Aczkolwiek dotąd liczba zbędanych przez nas ostatnim sposobem przypadków wynosi zaledwie 52, z których 27 wysięków oraz 25 przesieków, to jednak, mając wnioskowanie znacznie ułatwione przez porównywanie ze sobą wyników wszystkich powyższych metod badania, mogę już na zasadzie tak względnie szczupłego materiału metodę RIVALTA'y gorąco polecić nie tylko dla jej nadzwyczajnej prostoty i szybkości, pozwalającej na wykonanie próby w każdym przypadku, bez żadnych urządzeń pomocniczych, chociażby w praktyce wiejskiej, ale i dla stanowczości i wyrazistości wyników, otrzymywanych na tej tak prostej drodze badania.

Mianowicie, co do wysięków próba ta nie zawiodła nas dotąd ani razu. Wypadała ona stale dodatnio nie tylko w przypadkach, w których rozpoznanie płynu zapalno-wysiękowego nie ulegało wątpliwości zarówno na zasadzie obrazu klinicznego choroby, jak i na zasadzie znacznej zawartości białka w odnośnym płynie, wysokiego jego ciężaru gatunkowego i ew. formuły jego cytoskopowej i wykładnika lepkości, ale, co ważniejsza, wychodziła od razu bardzo wyraźnie w kilku takich przypadkach klinicznie niewątpliwego wysięku, w których właśnie powyższe metody pomocnicze badania pozornie przeczyły naturze zapalnej badanego płynu.

W jednym, mianowicie, przypadku zapalenia gruźliczego otrzewny z bólami brzucha i zupełnie mętnym płynem, zawierającym, jak się potem okazało, mnóstwo limfocytów i pojedyncze eozynofile pod mikroskopem, ciężar gatunkowy wydobytego płynu był 1012; ilość w nim białka wynosiła 1,5%, $\Delta = -565$, $\eta = 1,36$, t. j. otrzymaliśmy liczby, nie pozwalające jeszcze weale na wyłączenie przesieku. Tymczasem

próba RIVALTA'y (tak ją nazywamy w oddziale z powodu licznych i tyloletnich badań tego autora w omawianym kierunku) wypadła w tym przypadku dodatnio, i to bardzo wyraźnie, tak, że wychodziła nawet przy rozcieńczeniu badanego płynu wodą do $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{20}$, $\frac{1}{30}$ a nawet do $\frac{1}{60}$. Nawiasem mówiąc, w kilku innych przypadkach przekonałem się również o dodatnim wyniku próby RIVALTA'y z płynami wysiękowymi nawet po ich rozcieńczeniu do $\frac{1}{10}$ i niżej.

Jeszcze ciekawszy pod tym względem był przypadek prawostronnego wysięku surowiczego opłucny, przebiegający z wysoką temp. ($38^{\circ} - 40^{\circ} \text{C}$) u pewnego 60-letniego mężczyzny. Był to przypadek zupełnie świeży, z licznymi jak się potem okazało, neutrofilami pod mikroskopem, pomimo, iż rozwinął się u osobnika z wyraźnymi zmianami gruźliczemi w prawym szczycie. Zapalenie opłucny nie ulegało w danym przypadku żadnej wątpliwości na zasadzie obrazu klinicznego. Jednakże ciężar gatunkowy otrzymanego płynu był tylko 1012, a zawartość w nim białka wynosiła tylko 1,5%, co mogłoby pozornie z całą stanowczością przeczyć naturze zapalnej płynu, gdyż wiadomo, że nawet znacznie wyższe liczby (1015 i 2,5%) otrzymać można jeszcze w niewątpliwie przesiekowych płynach z opłucny. Tymczasem próba RIVALTA'y wyszła w tym przypadku bardzo wyraźnie, harmonizując od razu z obrazem klinicznym.

Szczególniej efektowny w odwrotnym kierunku był pewien przypadek, przebiegający klinicznie, jak zapalenie otrzewny (nawet z poruszeniem gorączkowym), w którym ciężar gatunkowy i procentowa zawartość białka w płynie przemawiały stanowczo za jego zapalnym charakterem, a próba RIVALTA'y wyszła bardzo słabo i szybko znikła, tak, że musieliśmy ją uznać za ujemną. Na sekcji okazało się, że otrzewna była usypana tysiącem drobnych guzików rakowatych z punktem wyjścia z małego (wielkości kasztana) guza prawej nerki. W przy-

padku tym, w którym klinicznie brakowało jakichkolwiek wskazówek na raka otrzewny jedna tylko próba RIVALTA'y myśl tę nam klinicznie podsuwała, upoważniając do wyrażenia przed sekcją ustnego zastrzeżenia, że wypisane przez nas na karcie rozpoznanie zapalenia gruczoliczego otrzewny może się nie sprawdzić z pomienionego powodu, co też istotnie miało miejsce.

Płyny przesiękowe dawały nam dotąd stale ujemny wynik badania metodą RIVALTA'y. Dotyczyło to nie tylko niewątpliwego płynu przesiękowego z obrzękłych nóg, w którym i dane były z sobą w zgodzie (c. g. 1005, białka 2%, $\Delta = -0,64$, $\eta = 1,025$) oraz analogicznych 18-u przypadków wodnej puchliny płucnej z typowymi pod względem ciężaru gatunkowego i procentowej zawartości białka danymi, ale i pewnego nader ciekawego przypadku zastarzałej puchliny wodnej brzucha w przebiegu zapalenia mięśnia sercowego u starca z ciężkim zaburzeniem sprawności serca. W przypadku tym ciężar gatunkowy płynu był 1014, a zawartość białka wynosiła 3,5%, podczas gdy liczby 1012 i 1,5% uważane są za przeciętny kres danych, otrzymanych przy badaniu przesięku z otrzewny. Jednakże próba RIVALTA'y wypadła tu zupełnie ujemnie, stojąc w zgodzie z otrzymaną potem formułą cytoskopową płynu i dalszym przebiegiem klinicznym choroby, stwierdzającym, że szło tu o zwykły przesięk, który uległ szybkiemu doszczętnemu wessaniu przy leczeniu serca. Można powiedzieć, że próba RIVALTA'y oddała nam w tym przypadku na razie wielką przysługę, gdyż liczby 1014 i 3,5% dla płynu z otrzewny każą zawsze obawiać się zapalenia gruczoliczego otrzewny, przypadkiem współistniejącego u chorych z dyskompensacją serca, jak to parokrotnie na autopsji się przekonałem. To samo dotyczyło innego przypadku, w którym płyn jamy otrzewny zawierał 4% białka i miał ciężar gatunkowy 1021, w którym zdawałoby się więc, że na zasadzie tych danych

o przesięku mowy być nie może. Tymczasem próba RIVALTA'y wypadła tu ujemnie, popierając sama jedna wynikające z całego obrazu klinicznego przypuszczenie, że mamy do czynienia z przesiękiem. Również ujemnie wypadła próba RIVALTA'y w pewnym przypadku niewątpliwego przesięku płucnej, w którym ciężar gatunkowy płynu wynosił aż 1021, a ilość białka 3%.

Pogląd na powód, dla którego płyny wysiękowe zapalne dają tak wyraźny męt z leciutkim roztworem kwasu octowego, nie jest dotąd wyjaśniony. Pierwotnie (1895) RIVALTA sądził, że odczyn ten zależy od przedostania się do płynów zapalnych nukleoalbuminy z białych ciałek krwi. Tak samo referuje tę sprawę SAHLI w 5-m wydaniu swego podręcznika dyagnostyki, w której zresztą próbę tę przypisuje RÜNEBERG'owi. Jednakże w najnowszej swej pracy RIVALTA zdanie swoje pod tym względem zmienił i twierdzi, że substancją, ścinaną przez lekki roztwór kwasu octowego w płynach wysiękowych zapalnych, jest euglobulina i pseudoglobulina krwi. Rozpatrywanie bliższe tego pytania nie stanowi już jednak zadania niniejszej notatki.

Nie wątpię, że przy stosowaniu tej prostej metody badania przez wielu kolegów na szeroką skalę znajdują się w dużym materiale przypadki wyjątkowe, w których wynik badania starych przesięków nie będzie zupełnie ujemny, jak to powyżej o 2-ach swoich przypadkach mówiłem. Dotychczasowe jednak skromne moje doświadczenie co do badania sposobem RIVALTA'y, w zestawieniu z dużym, przeciwnie, co do wyników badania powyżej wyliczonymi innymi metodami pomocniczymi płynów wysiękowych i przesiękowych, każe mi przesądzać, że zawody przy badaniu sposobem RIVALTA'y, o ile się zdarzą, stanowić będą odsetkę nierównie mniejszą, niż spotykane przy systematycznym stosowaniu wszystkich innych metod badania. Ponieważ zaś poza tym metoda RIVALTA'y jest elementarnie prosta, szybsza od wszystkich innych

znanych w nauce i wymaga nadto do swego wykonania zaledwie jednej do paru kropel badanego plynu, powinna wiec, zdaniem mojém, znaleźć najszersze zastosowanie zarówno we wszystkich oddziałach szpitalnych, jak i w praktyce miejskiej, a nawet wiejskiej. Chęć właśnie spopularyzowania tej metody stanowiła wyłączny cel niniejszej notatki. Wobec takiej zgodności otrzymywanych przy tej próbie wyników nie uważałem nawet za potrzebne czekać z napisaniem niniejszej notatki aż do zebrania większego jeszcze materiału. Nie sądzę bowiem, aby podkopał wartość słów powyższych.

20/VIII 1906 r.

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

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

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48).

Pierwotne zapalenie przewlekłe trzustki, a niekiedy i rak główki trzustki, cierpienia żołądka, połączone z wytworzeniem zrostów, otaczających drogi żółciowe główne, stanowią tyleż rańc niebezpiecznych, o które się rozbić może łódź dyagnostyczna, nawet wprawna kierowana ręką. Myślę jednak, iż staranne badanie w większości przypadków do należytego rozpoznania doprowadzić może. Najtrudniej będzie zawsze odróżnić przewlekłe zatkanie *d. choledochi* kamieniem od przewlekłego pierwotnego zapalenia trzustki, ponieważ jednak i w tym ostatnim razie jedynym leczeniem, dającym pomyślne wyniki, jest drenowa-

nie dróg żółciowych, więc szkoda z pomyłki niewielka.

Muszę tu nakoniec ostrzedz przeciw zbyt uczynnemu poleganiu na możności odróżnienia zapalnej żółtaczki, będącej następstwem chorób dróg żółciowych dodatkowych, od żółtaczki kamicy (rein lithogener Icterus RIEDEL'a). Już wielokrotnie dzięki temu, iż rozpoznano cierpienie li tylko dróg żółciowych dodatkowych, do którego się jakoby przyłączyła zapalna żółtaczka, pozostawiano kamienie w *d. choledochus*. Świeżo ARNSPERGER (37) przytacza dwa podobne przypadki z kliniki CZERNY'ego. Dla mnie jest to jedynie dowodem, iż w każdym przypadku ogół dróg żółciowych powinien być podczas operacji dokładnie zbadany.

Nie myślę powtarzać tu komunalów różniczkowo - dyagnostycznych, mających służyć do odróżnienia kamicy przewodu od nowotworu, uciskającego od zewnątrz, cytowanych w każdym podręczniku. Myślę, iż należyte wczytanie się w skreślony tu obraz kliniczny, no i, naturalnie, własna obserwacja uchroni od zbyt dziś jeszcze częstych pomyłek. Co do mnie, mogę zapewnić, iż, o ile pierwsze moje choledochotomie były zrobione przy niezupełnie ścisłym rozpoznaniu, dzięki temu jedynie, iż zdecydowałem się w każdym przypadku podczas operacji poddawać szczegółowemu badaniu ogół dróg żółciowych, o tyle druga połowa moich przypadków była dokładnie rozpoznana przed operacją.

Jedyny wyjątek będą stanowiły przypadki, w których do istniejącej kamicy dołącza się nowotwór złośliwy, czy to dróg żółciowych, czy kiszek (jak było w jednym moim przypadku). Tu rozpoznanie jest najczęściej zupełnie niemożliwe. Jeśli jednak, wskutek lepszego rozpoznania, szybciej będziemy kwalifikowali takich chorych do operacji, to się coraz rzadziej z takimi koincydencjami spotykać będziemy. Poza tylko co zrobioną restrykcją, mam niepełną nadzieję, że wyrzeczenie NAUNYN'a (43), jakoby: die chronische Choledochusobstruction

stellt eine wenig befriedigende diagnostische Aufgabe, deren Schwierigkeit vielfach unterschätzt wird“ (str. 550), oraz skarga, iż: „die Diagnostik behält hier in ganz besonderem Maße etwas Intuitives“ (str. 519), wypowiedziane w 1905 r., wkrótce już przejdą do historii, dowodząc jeden raz więcej, jak szybko kroczy na przód dzisiejsza nauka.

Nie znaczy to wcale, abyśmy mogli rozpoznać już dzisiaj każdy przypadek przewlekłego zatkania *d. choledochi*. Dzisiaj kwestya przedstawia się tak: Istnieje cały szereg przypadków, w których pomimo powikłań, rozpoznanie jest możliwe. We wszystkich jednak przypadkach, w których chorzy kiedykolwiek przebywali żółtaczkę, później zaś przedstawiają obraz kamicy dróg żółciowych dodatkowych, nigdy nie możemy być pewni, że w *d. choledochus* nie ma kamienia. A więc w każdym takim przypadku jesteśmy obowiązani zbadać ogół dróg żółciowych i to nie tylko przy pomocy obmacywania.

Nad wskazania mi rozwodzić się nie potrzebuję. Przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego kamieniem jest chorobą, nadającą się wyłącznie do leczenia chirurgicznego. Natura już zdała egzamin — nie może wydalić tkwiącego w przewodzie kamienia — prosi o ratunek. Przecież dzisiaj nikt już nie będzie brał na seryo przytoczonego wyżej zdania NAUNY'na i wyczekiwał na wytworzenie się przetoki pomiędzy przewodem a kiską. Dzisiaj rozpoznanie przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego, mojem zdaniem, równoznaczne jest z postawieniem bezwzględniego wskazania do operacyi.

Inna rzecz, czy my, chirurgowie, powinniśmy się podejmować operacyi w każdym zgłaszającym się w tym celu, przypadku. Chorzy zazwyczaj arcydługo sami zwlekają z poddaniem się operacyi, niekiedy znów, przyznajmy to otwarcie, tak długo przez lekarzy bywają poddawani najróżnorodniejszym próbom le-

czniczym, iż dostają się do rąk naszych w opłakanym stanie. Często stoimy wobec zagadnienia, czy w danym przypadku przyniesiemy operacyą jakiś pożytek, czy też nie. Pytanie niewątpliwie pierwszorzędnej doniosłości praktycznej. Jeślibyśmy mogli zawsze na nie kategorycznie odpowiedzieć, ileżbyśmy oszczędzili choremu niepotrzebnych cierpień, a sobie zgryzot moralnych. Spróbujmy więc rozejrzeć się w tem, co do tej pory zrobiono, w celu postawienia możliwie dokładnej przepowiedni p o o p e r a c y j n e j.

Jeśli na chwilę przypuścimy, iż w każdym przypadku możemy zabezpieczyć chorego przed pooperacyjnem zapaleniem otrzewny, zatorem lub zastoinowem zapaleniem płuc i innemi bezpośredniemi następstwami operacyi, że, jednym słowem, nie wydarzy się nam żadne zejście śmiertelne z winy samej operacyi, to najczęściej przyczynami śmierci po operacyach na drogach żółciowych są: 1) *cholangitis septica*; 2) *icterus gravis* w znaczeniu, nadawanem tej nazwie przez ARNSPERGER'a (33. str. 713), a więc *cholaemia* (w znaczeniu anatomicznem), połączona z niedostateczną sprawnością wątroby (*insufficiencia hepatis*); 3) *skaza krwotoczna*, będąca właściwie ostatecznym wynikiem *icterus gravis*; 4) nakoniec niedostateczność czynnościowa trzustki.

1) Ocenic natężenie *cholangitidis infectiosae*, w każdym poszczególnym przypadku, jest rzeczą kolosalnie trudną. Kierować się tu możemy jedynie powszechnie znanymi ogólnymi objawami zakażenia septycznego, których tu rozbierać nie będę. Stwierdzić jedynie wypada stosunkową łagodność septycznego zakażenia dróg żółciowych. Nieraz chorzy, gorączkujący całe miesiące, mający suchy język, pleśniawki w ustach, codzienne wstrząsające dreszcze, poprawiają się bardzo szybko po przedrenowaniu dróg żółciowych. To też, pomimo, iż czasami możemy się zawieść w naszych nadziejach, stwierdzenie ciężkiej *cholangitidis infectiosae*

nie może być dla nas przeciwwskazaniem do wykonania operacji. Dopiero zjawienie się niewątpliwych oznak wytworzenia się ropni przerzutowych (jak w moim przypadku 7-ym) lub przyłączenie się objawów *icterus gravis* powinno być dla nas k a t e g o r y c z n e m p r e c i w w s k a z a n i e m.

Niewątpliwie, od czasu do czasu stracimy chorego z powodu niedocenienia ciężkości otrucia septycznego, lecz wyratujemy bardzo wielu, których stan wydawał się nam rozpaczliwym. Pilnować się tylko powinniśmy, aby nie przeoczyć, występujących obok otrucia septycznego objawów upadku sprawności czynnościowej wątroby, chociażby w niezbyt wysokim stopniu. Chorzy tej ostatniej kategorii mają bardzo małe szanse wyzdrowienia po operacji. To też chirurg, podejmujący się operacji w takich razach, winien uprzedzać otoczenie o więcej niż niepewnym jej wyniku.

2) *Icterus gravis*. Jak to wyżej zaznaczyłem, pod tem mianem rozumieć będziemy *cholae-miam* (t. j. dostanie się składników żółci do krwi), powikłaną niedostatecznością czynnościową wątroby. Otóż obserwacya kliniczna stwierdziła już niezbicie, iż wystąpienie objawów *icterus gravis* wcale nie jest zależne od czasu trwania żółtaczki. U chorych, mających żółtaczkę po roku i dłużej, wątroba bywa zupełnie sprawna, gdy tymczasem w innych przypadkach w krótkim stosunkowo przeciągu czasu od wystąpienia żółtaczki stwierdzić możemy niedostateczność czynnościową wątroby. Od czego zależy ta różnica: czy, jak przypuszcza ARNSPERGER (33), zależy od tego, jaka składowa część żółci przechodzi do krwi, czy tylko barwniki, czy kwasy żółciowe, czy od innych niewyjaśnionych dotychczas przyczyn, o tem na tem miejscu rozprawać nie mam zamiaru. Ważny dla nas jest fakt, iż długotrwałość żółtaczki nie może nam dać wskazówek co do upośledzenia sprawności wątroby. Kliniczne objawy, jako to: częste bóle głowy, dyspepsya, nudności (czasa-

mi wymioty), bredzenie (czasami drgawki), przyspieszenie (zamiast zwolnienia) i nieregularność tętna — ważne są do odnotowania. Występujące jednak nieraz tak niejasno, bywają tak zarte objawami septycznego zatrucia, iż niepodobna kierować się nimi przy ocenie sprawności czynnościowej wątroby. To też niezmiernej doniosłości praktycznej są podjęte w ostatnich czasach próby umożliwienia wczesnego rozpoznawania niedostateczności wątroby za pomocą tak dziś wydoskonalonych metod badania moczu i krwi. Są to dopiero próby. Do końca — do osiągnięcia dających się zużyć praktycznie wyników jeszcze daleko, mamy już jednak wiązkę zdobytych faktów, z którymi się liczyć należy. Przez sprawdzanie ich w każdym poszczególnym przypadku zapewnimy im znaczenie praktyczne lub wykryślimy z szeregu badań, którym każdego chorego przed operacją poddać należy.

Przy badaniu uryny dotychczas praktycznie najważniejszym i prognostycznie niepomysłnem okazało się znalezienie białka, chociażby w małej ilości oraz cylindrów. ARNSPERGER (33) z naciskiem powiada, iż czasami jest to jedyny objaw, przemawiający za rozpoczynającą się niedostatecznością czynnościową wątroby. *Urobilinuria*, zdaniem tegoż ARNSPERGER'a, zgodnie z twierdzeniem GERHARDT'a, zjawia się czasami przy żółtaczce zamiast zjawienia się barwników żółciowych i wtedy jest wyrazem upośledzenia sprawności wątroby.

K r y o s k o p i j a. AJELLO, de MEIS i PARASCANDALLO stwierdzili doświadczalnie, jako objaw upośledzenia sprawności wątroby, obniżenie punktu zamarzania krwi do 0,65 (norma 0,54) i podniesienie punktu zamarzania moczu do —0,81 (norma—2,02). Czy te dane doświadczalne sprawdzą się w klinice, dotychczas niewiadomo. Muszę wyznać, iż, gdyby się nawet sprawdziły, toby mnie nie bardzo przekonało o ich wartości praktycznej. Moje osobiste doświadczenia

z kryoskopią, używaną do oceny sprawności nerek, są tak ujemne, tak często wyzdrowiewają chorzy po operacjach, którychbyśmy na zasadzie danych badania kryoskopowego nie powinni wykonywać, iż straciłem wszelkie zaufanie do tej metody.

Metoda STRAUSS'a, polegająca na wywołaniu alimentarnej lewulozury w rękach ARNSPERGER'a nie dała pozytywnych wyników. Ponieważ jednak CHAJES, SAMBERGER, i SACHS otrzymali wyniki dodatnie, ARNSPERGER zaś zaznacza, że, być może, jego próby wypadły ujemnie wskutek innego gatunku użytej lewulozy (SCHERING'a), należałoby te badania powtórzyć, tembardziej, że metoda w zastosowaniu praktycznem jest łatwa⁶⁾. Próba PETTENHOFER'a na obecność kwasów żółciowych w urynie nie dała dotychczas pożądanych wyników i jest zbyt dla praktycznych celów skomplikowana, wskutek zaznaczonej przez LANDOIS'a potrzeby uprzedniego wyizolowania soli kwasów żółciowych.

Badanie krwi daje też ważne wyniki. Ilekroć stwierdzić zdołamy znaczne zmniejszenie ilości hemoglobiny, zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi oraz *poikilocytosis*, tylekroć nawet przy względnie krótko trwającej żółtaczce będziemy musieli sceptycznie się zapatrywać na wynik zabiegu operacyjnego.

Nakoniec wyżej już wspomniałem o metodzie GILBERT'a i HERCHER'a — poszukiwaniu barwników żółciowych w surowicy krwi. Ma ona jednakże więcej dyagnostyczne, aniżeli prognostyczne znaczenie.

Z powyższego zestawienia okazuje się, iż dotychczas, oprócz niezawsze z należytą siłą wyrażonych objawów klinicznych, stwierdzenie białkomoczu, silnej urobilinuryi, znalezienie dużych zmian w ilość-

ci hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi oraz poikilocytozy dowodzą z wielkiem prawdopodobieństwem upośledzenia sprawności wątroby.

Inne podane wyżej metody nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane; powinny być jednak w każdym przypadku stosowane, aby raz nareszcie zdagność ich do zastosowania w celach prognostycznych rozstrzygnąć.

3) Skaza krwotoczna — jest to właściwie wynik *icterus gravis*. Rzadko jednak występuje ona przed operacją z jakiegoś przypadkowego powodu (np. skaleczenie). Tembardziej należałoby mieć metody, umożliwiające rozpoznanie jej przed operacją. Probowano rozstrzygnąć to pytanie, określając w poszczególnych przypadkach czas niezbędny do ścinania się krwi. Podano w tym celu kilka różnych metod, których tu przytaczać nie będę.

Wyniki, otrzymane dotychczas przy ich stosowaniu, są tak różnorodne, nawet u zupełnie zdrowych ludzi, iż metody te praktycznego znaczenia mieć jeszcze nie mogą.

Podczas gdy KEEN przedłużenie czasu ścinania się ponad 10 — 12 minut uważa za anormalne, DEPAGE i TUFFIER uważają za patologiczne ścinanie się krwi dopiero wtedy, jeśli nie następuje po upływie 20 — 45 minut. Takie różnice zdań nie pozwalają na wnioski praktyczne.

Za to godny zaznaczenia jest fakt, uznany przez wielu autorów (jak LITTEN, BROOCK, KÖRTE), iż stosowanie na jakiś czas przed operacją zastrzykiwań z chlorku wapnia zmniejsza skazę krwotoczną. W tym samym celu KAPOSI stosował sterylizowaną żelatynę, a KEEN. *extr. gland. thyreoideae* w 4 przypadkach z pewnem powodzeniem.

4) O częstym udziale trzustki w przewlekłym zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego mówiłem już wyżej, zaznaczyłem też metody badania moczu i kału, używane, jak dotychczas, głównie przez M. ROB-

⁶⁾ Rano naczeczno podać choremu do wypicia 500,0 wody, w której rozpuszczono 100,0 lewulozy. Mocz, oddany w ciągu 4 następnych po wypiciu godzin, zebrać i badać na lewulozę przy pomocy metody polaryzacyjnej, próby fermentacyjnej i redukcyjnej.

son'a, w celu rozpoznania udziału trzustki w cierpieniu. Czy dalsze próby z temi metodami przekonają, że przy ich pomocy będzie można wykryć nie tylko udział trzustki w zapaleniu, lecz ocenić zarazem natężenie zaburzeń czynnościowych tego organu i sądzić o stopniu upośledzenia sprawności trzustki, to dopiero przyszłość wykaże. Dzisiaj żadnych na to nie posiadamy danych.

Mój materyał kliniczny nie daje się zużyć dla oceny nowszych metod badania w celach prognostycznych dla tej prostej przyczyny, żem tych badań nie robił. Zaznaczyć jednak wypada, że w obu śmiertelnych przypadkach istniał wyraźny białkomocz. Nadto w przypadku 7-ym wyraźnem przeciwwskazaniem do operacji był przerzut w mózgu, stwierdzony przed operacją.

Wyjątkowo szczęśliwie mi się zdarzyło, iż w żadnym przypadku nie natrafiłem na skazę krwotoczną już rozwiniętą pomimo nieraz ciężkiego stanu chorych. Był to jednak szczęśliwy zbieg okoliczności, to też na przyszłość nie omieszkam przed każdą operacją zastosować przytoczonych wyżej metod badania w celu możliwego zabezpieczenia się od deceptcyi prognostycznych.

* * *

T e c h n i k a o p e r a c y j n a. Nie myślę tu kreślić historycznego rozwoju techniki operacyjnej na drogach żółciowych. Wobec jednak zalania literatury zajmującego nas przedmiotu pracami KEHR'a i jego uczniów ⁷⁾ zaczyna się powoli wyrabiać wśród chirurgów naszego kraju przeświadczenie, iż przed i po za KEHR'em nie było i nie ma postępów w technice operacyjnej dróg żółciowych. Sprawiedliwość nakazuje zaznaczyć, iż zasługą KEHR'a jest u-systematyzowanie odnośnych rękoczynów, owo-

ena obrona zasady dokładnego badania całej rozciągłości dróg żółciowych podczas dokonywania operacji, наконец konsekwentne przeprowadzenie zasady, iż najdzielniejszym środkiem dla zwalczenia zakażenia dróg żółciowych jest sączkowanie kanału wątrobowego. Te zasługi wystarczą chyba do zapewnienia KEHR'owi nieśmiertelności w historyi operacyjnego leczenia chorób dróg żółciowych, nie potrzeba więc zasług tych powiększać kosztem innych, mniej głośnych chirurgów. Oto przyczyna, dla której zaznaczyć tu muszę, iż ta sławna t. zw. „H e p a t i c u s - d r a i n a g e” wcale nie jest wynalazkiem KEHR'a, wykonał ją bowiem ABBE (44), chirurg amerykański, w roku 1899-ym. Drugie miejsce zajmuje CABBOT (45), który w r. 1895 drenował *d. hepaticus*, a nadto pierwszy nie obszył kanału wokoło drenu, lecz wsunął tylko do kanału sączek i ranę tamponował. Tymczasem pierwsza publikacya KEHR'a o drenowaniu kanału wątrobowego pochodzi z r. 1897-go.

Co się tyczy *choledochotomii*, to podług zgodnych zdań VAUTRIN'a (46), TERRIER'a (31) i ELLIOT'a (45) pierwszym, który w Europie przyoblekł w ciało myśl, rzuconą przez LANGENBUCH'a (1884) i PARKER'a (1885), był KÜMMEL, który wykonał pierwszą *choledochotomię* w r. 1890. KEHR (47) na liście, zestawionej przez powyższych autorów, jest 20-ym zrzędu chirurgiem, który ogłosił o dokonanej przez siebie *choledochotomii* w r. 1893-im.

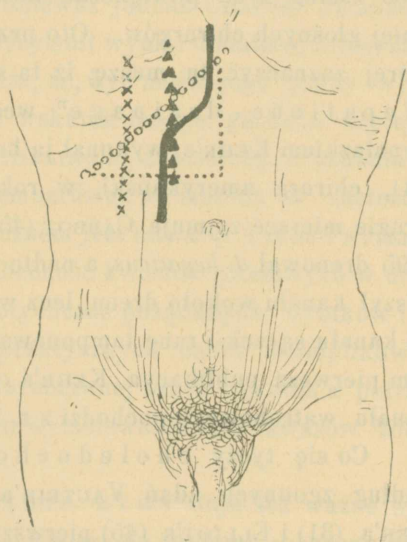
Zwracając się do przeżywanych osobiście okresów doskonalenia się w coraz to radykalniejszym operowaniu chorych z kamieniami dróg żółciowych, muszę zaznaczyć, iż pierwszym etapem na tej drodze była dla mnie zmiana cięcia ścian brzusznych, którem się dotychczas posługiwałem.

Poniższy rysunek uzmysławia główne kierunki cięć ścian brzusznej, używane dotychczas przy operacjach na drogach żółciowych (patrz rysunek VI str. nast.).

Otóż do roku 1900-go używałem we wszy-

⁷⁾ W dziele swem „Technik der Gallensteinoperationen” przytacza Kehr aż 40 publikacyi o drogach żółciowych, które wyszły z jego kliniki.

stkich przypadkach cięcia LANGENBUCH-TAIT'a, operowałem ciągle w głębi, gdyż nie mogłem należycie wyłonić wątroby na zewnątrz. Oryentowanie się, zwłaszcza wśród cokolwiek teższych zrostów, było bardzo utrudnione. Sprawiało to, iż, pomimo mocnego postanowienia przed operacją skontrolowania w każdym przypadku ogółu dróg żółciowych, zwykle kończy-



Rys. VI.

Cięcie Langenbuch-Tait'a	×××××
Cięcie Courvoisier-Kocher'a	~~~~~
Cięcie Czerny'ego	
Cięcie Kehr'a	————
Cięcie Riedel'a	▶▶▶▶▶

łem na powierzchownem ich obmacywaniu, szczęśliwy, że takie obmacanie w większości przypadków pozwalało mi mieć nadzieję, iż nie ma kamieni w przewodzie wspólnym. Wykonana w roku 1899-ym pierwsza moja choledochotomia przekonała mnie ostatecznie o kolosalnych trudnościach, jakie się ma do zwalczenia, operując w głębi pod wątrobą, jeśli się używa cięcia na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. To też zaraz po moim referacie na zjeździe w roku 1900 zabrałem się do wypróbowania cięć in-

nych autorów. Moje doświadczenia z cięciem RIEDEL'a nie były lepsze; może być, napięcie brzegów rany było trochę mniejsze, pozostające po operacji przepukliny nie tak wielkie, ale trudności operowania w głębi nie były mniejsze. Jakiś czas potem jeszcze dodawałem do cięcia RIEDEL'a 2 krótkie cięcia boczne, u góry w kierunku dośrodkowym i u dołu odśrodkowo (pomysł to jakiegoś amerykańczaka, który wyczytałem, zdaje mi się, w *Annals of Surgery*, ale którego obecnie odzaleźć mi się nie udało). Cięcie to istotnie dawało cokolwiek lepszy dostęp, ale manipulowanie w głębi było jeszcze połączone z wielkimi trudnościami. W końcu w r. 1902-im przeszedłem do cięcia COURVOISIER-KOCHER'a i cięcia tego z małymi modyfikacjami używałem z powodzeniem do ostatnich czasów. Cięcie prowadzę równoległe do łuku żebrowego na 3 — 4 ctm. poniżej wego. Rozpaczynam je od linii środkowej, przecinam całą pochwę i sam mięsień prosty prawy ukośnie, a nadto nacinam na mniejszej lub większej przestrzeni mięśnie skośne zależne od wielkości wątroby. Odległość cięcia od łuku żebrowego i długość jego zależą w każdym poszczególnym przypadku od wielkości wątroby i jej opuszczenia. Staram się, aby otwór, zrobiony w ścianie brzusznej, był dostatecznie duży, by z łatwością pozwalał wyłonić wątrobę oraz aby się znajdował możliwie blisko łuku żebrowego. W przeciwnym bowiem razie, po zmniejszeniu się wątroby, przyszyty do ściany brzusznej pęcherzyk przez dłuższy czas sprawia choremu dolegliwości, szarpiąc bliznę. Wskutek tych wymagań cięcie zwykle bywa dość duże, 20 — 24 ctm.

W ostatnich czasach w przypadkach, w których z góry mogę podejrzewać liczne zrosty, stosuję cięcie kątowe CZERNY'ego, z tą jedynie modyfikacją, iż poprzeczne jego ramię znajduje się znacznie wyżej, aniżeli u CZERNY'ego, gdyż sięga od linii środkowej do odstępów pomiędzy 10-em a 11-em żebrzem.

Oba te cięcia dają wyborny dostęp, pozwalają na wyłonienie wątroby na zewnątrz, co znacznie zmniejsza głębieć, na której dnie się operuje. Nadto mają, mojem zdaniem, tę wyższość nad falistem cięciem КЕНН'а, iż pozwalają na zupełne zaszycie pochwy mięśnia prostego po skończeniu operacyi, a więc zmniejszają wielkość przepukliny, pozostającej po wygojeniu rany.

Gdyś się w ten sposób załatwił z wyborem cięcia ścian brzusznych, miałem jeszcze do zwalczenia, w przypadkach z dużymi zrostami, trudności z odszukaniem dróg żółciowych głównych. Staralem się zrosty porozdzielać, odnaleźć dziurę WINSLOW'a, a uniósłszy na palcu wiąz wątrobowo-dwunastniczy, wyszukać w nim *d. choledochus*. Było to jednak czasami zadanie bardzo ciężkie, zwłaszcza, jeżeli dziura WINSLOW'a była zarosnięta, a stosunki z powodu tęższych zrostów nieco więcej zmienione. Nadto nawet szczęśliwe odnalezienie *d. choledochi*, nie było zakończeniem moich kłopotów. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, iż obmacywanie przewodu od zewnątrz wcale nie daje pewności, iż nie zawiera on kamienia. Jeśli zaś dla zbadania naciąłem przewód i następnie drenowałem go, to powstawało pytanie, co zrobić z pęcherzykiem? Czy zawsze go wycinać, jak chce КЕНН? Muszę się przyznać, że od początku uważałem za rzecz bezpożyteczną, a nawet szkodliwą usuwanie pęcherzyka bez względu na to, czy ściany jego są zdrowe, czy patologicznie zmienione. Cieszy mię też bardzo, że w ostatnich czasach zjawili się poważni obrońcy pozostawiania zdrowego pęcherzyka na miejscu, jak MOYNIHAN (36) i M. ROBSON (48). Dla mnie powstawała jednak, wobec tej zasady, nowa trudność. Musiałem, drenując przewód wspólny jednym drenem, drugi wprowadzać do pęcherzyka (co naturalnie bardzo komplikowało leczenie pooperacyjne), albo też otwór w przewodzie wspólnym zaszyć i zadowolić się drenowaniem tylko pęcherzyka. Tak też zrobiłem w

pierwszym moim przypadku. Ponieważ jednak nigdy nie mogłem być zupełnie pewny, czy *d. cysticus* nie jest zwężony wskutek przebytych zapaleń, więc też zawsze pozostawiałem w wątpliwości, czy drenowanie to będzie dostateczne dla dezynfekcyi dróg żółciowych głównych. Szwy nałożone na *d. choledochus* zwykle po pewnym czasie puszczały, a chociaż się zabezpieczałem od zakażenia jamy otrzewny przez wprowadzenie worka MIKULICZA pod pęcherzyk aż do szwu, nałożonego na przewód, to jednak pozostająca w głębi jamy ziarninująca po worku MIKULICZA przetoka żółciowa bardzo nieprzyjemnie wiksła przebieg pooperacyjny. Z wyżej przytoczonych względów dążyłem do metody operacyjnej, któraby mi ułatwiła odszukiwanie *d. choledochi* bez względu na zrosty, nie zmuszała do systematycznego rozrywania wszystkich napotykaných zrostów, a jednocześnie ułatwiała zaopatrzenie rany w przypadkach, w których postanowiłem zostawić pęcherzyk. Rozglądając się w wybornym zestawieniu różnych proponowanych metod operacyjnych PANTALONI'ego (49), zatrzymałem się nareszcie na metodzie DELAGÉNIÈRE'a (l. c. str. 28), ochrzczonej przez P. mianem „Choletomie totale“ i dość sumarycznie we wzmiankowanej książce opisanej.

Pracę oryginalną DELAGÉNIÈRE'a (50), przeczytałem znacznie później i zdążyłem już wyrobić sobie nieco odmienne zasady postępowania. Nadto, jak widać z innej pracy DELAGÉNIÈRE'a (50), stosując proponowaną przez siebie metodę, stara się on przedewszystkiem usunąć wszystkie zrosty, przez co sama metoda traci dużo na swej wartości. Mojem zdaniem, metoda ta warta jest najszerzego rozpowszechnienia, to też podaję tu szczegółowy opis operacyi jak ją obecnie wykonywam.

Cięcie KOCHER'a lub CZERNY'ego, zależnie od przewidywanych zrostów. Po otworzeniu jamy brzusznej, obmacuję okolice pęcherzyka. Jeśli są zrosty, to uwalniam je na tyle abym mógł bezpiecznie, osłoniwszy otaczające trze-

wia serwetami, opróżnić pęcherzyk z zawartości trójgrańcem. Załatwiwszy się z tem, podkładam tampon lub kawałek gazy pod miejsce wkłucia trójgrańca i usuwam ten ostatni. Nożyczkami powiększam otwór, zrobiony trójgrańcem, tak, aby można swobodnie palec wprowadzić (mniej więcej 2 cm.). Jeśli są kamienie to je wydobywam łyżeczką KÖRTE'go. Jednocześnie całą płynną zawartość, która jeszcze pozostała w pęcherzyku starannie wybieram pałkami sterylizowanej gazy. Gdy już wewnątrz pęcherzyka osuszyłem zupełnie, wprowadzam doń zgłębnik WOOD'a, ustawiam go w kierunku szyi pęcherzyka i, jeśli są zrosty, to je odseparowuję na tępo, lecz tylko na tyle, abym miał na zgłębniku wyseparowaną ścianę pęcherzyka. O zrosty, znajdujące się po bokach, nie troszczę się wcale. O ile zrostów nie ma, to ta mozolna część roboty odpada zupełnie. Gdy w ten sposób na pewnej przestrzeni wyseparowałem pęcherzyk na zgłębniku, rozcinam go w tem miejscu nożyczkami. Brzegi cięcia chwytam z każdej strony szczypcami MUSEAUX, oddaję je pomocnikowi, który zlekka za nie pociąga. W ten sposób przybliża się do powierzchni nowa, nierozcięta jeszcze porcja pęcherzyka. Zgłębnik wsuwam głębiej, separuję skleiny w linii cięcia i znów nacinam pęcherzyk. Jeśli zrostów nie ma, jest to rękoczyn, trwający parę minut za ledwie; jeśli są, to naturalnie wszystko zależy od ich tęgości. Już jednak ta okoliczność, że nie potrzebuję rozrywać wszystkich zrostów i że mi zgłębnik wskazuje wyraźnie kierunek, w którym mam to robić, znakomicie ułatwia i skraca rękoczyn. W ten sposób dochodzę do *d. cysticus*. Zgłębnik WOOD'a zastępuję innym, cieńszym, lecz też rowkowanym zgłębnikiem i postępuję z kanałem pęcherzykowym tak, jak z pęcherzykiem, to jest rozcinam go aż do miejsca zlania się z kanałem wątrobowym w jeden wspólny *d. choledochus*. Pomimo krętego kierunku kanału pęcherzykowego udaje się doskonale rozciąć go na zgłębniku; pociąganie za

brzegi rany pęcherzyka ułatwia rękoczyn, wyprostowując zawoje kanału. Tylko zupełne zarośnięcie kanału pęcherzykowego uniemożliwia takie postępowanie. Zdarza się ono jednak rzadko, a nadto wygląd wypuszczonej zawartości pęcherzyka z góry nas o tem zawiadomi. Nawet w tych razach, gdy przewidujemy, iż kanał zupełnie jest zamknięty, należy, mojem zdaniem, rozciąć pęcherzyk aż do zapory, gdyż dopiero wtedy sprawdzimy, czy przyczyną zamknięcia światła *d. cystici* jest kamyk, czyli też jest on istotnie zarośnięty. Nawet jeśli się spotkamy z tą ostatnią ewentualnością (którą osobiście napotkałem raz tylko jeden w przyp. 10-ym), to i wtedy będziemy bardzo już zbliżeni do *d. choledochus* i będziemy mieli wytknięty kierunek, w którym go mamy poszukiwać. Naturalnie w razie zarośnięcia *d. cystici* będziemy musieli przerwać dalsze rozcinanie — wyszukać poniżej i ku wewnątrz *d. choledochus* (jesli jest nie zamknięta dziura WINSLOW'a, to zadanie jest bardzo łatwe) oraz oddzielnie go naciąć dla zbadania.

d. c. n.

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

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.

(Z jedną tablicą rysunków).

Podał

D-r JULIAN ROTSTADT

Asystent oddziału.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48).

Na specyjalną wzmiankę zasługują jeszcze wewnątrzmięśniowe włókna nerwowe i t. zw. Neuromusculärespindel (KÜHNE, FELIX). Pierwsze są zupełnie niezmienione. Co zaś do dru-

gich, to na preparatach, opracowanych metodą MARCHI'ego, nprz. w *m. triceps sin.*, spostrzegać się daje w nich, mianowicie we włókienkach mięsnych, słabo zaznaczone zwyrodnienie tłuszczowe. Te zagadkowe twory (Muskelknospen KÖLLIKER'a nierwno - myszecznyje stwoliki ROTH'a, Muskelspindel KÜHNE'go, FELIX'a), uznawane przez większość autorów za końcowe organy czucia (KERSCHER wiąże ich rolę z czuciem mięśniowem), wykryliśmy prawie we wszystkich mięśniach. W Dystrofii, o ile wiemy z dostępnej dla nas literatury, znajdowano je zawsze w stanie normalnym. Natomiast zmiany w nich wrywano w z. m. rdzeniowego pochodzenia, naprz. BATTEN w przypadku Tabesu widział zwyrodnienie tłuszczowe we włóknach mięsnych tych organów; HOFFMANN mówi o zmianach w Neuromusculärebbündel w przypadku dziedzicznych p. z. m., rdzeniowego pochodzenia; wreszcie ONANOFF spostrzegał w przypadku *Sclerosis amyotrophica* i *Syringomyelii* zanik włókien mięsnych. Nie zauważyliśmy też, aby w jednym mięśniu było wogóle więcej, w drugim mniej tych nerwomięśniowych pęczków, naprz. w *m. intercostalis* i *hypothernar* liczba ich w polu widzenia nie przekraczała 1 — 2. Zaznaczymy tutaj nawiasem, że autorowie nie wykrywali tych specyficznych organów w mięśniach oczu, w mięśniach twarzy, języka i krtani. Pozostaje nam jeszcze omówić bliżej jeden szczegół, mianowicie przerost mięśni i ich skłonność do transformacji, do podziałów podłużnych, wskutek czego mamy nie tylko objawy hipertrofii, lecz i hyperplazji. Zarówno przerost, jak i dzielenie się podłużne włókien, jest zjawiskiem, znanem oddawna. Wspominają o niem FRIEDREICH, ROTH, KNOLL, P. MARIE, HOFFMANN, HEUBNER, HITZIG, SINGER i inni. Szczególną uwagę zwrócił na nie ERB, opisał i podał pierwsze rysunki, sądził nawet, że włókna przerośnięte mają swoje znaczenie dla charakterystyki procesu patologicznego w Dystrofii. Odkąd jednak za-

często je spostrzegać wogóle w amyotrofiach, a nawet w cierpieniach odrębnych, w sąsiedztwie nowotworów (VOLKMANN), w okresie kacheksji suchotników i inn. chorobach, włókna przerośnięte utraciły swoje znaczenie rozpoznawcze. Niewątpliwie, przeglądając preparaty nasze, przekonywamy się, że w tych mięśniach, w których proces dystroficzny trwa jeszcze w całej pełni lub zaledwie się rozpoczął, (jak naprz. w *m. sterno-cl. mastoideus*, *hypothernar*, *tibial. anticus* znajdujemy wiele zupełnie zachowanych pęczków), włókna przerośnięte stanowią w obrazie histopatologicznym najbardziej charakterystyczną cechę jego. Transformacja włókien przerośniętych i zwykłych — a mamy tutaj na myśli ich podział podłużny na wiele pochodnych wrzecionowatych włókien różnych wymiarów — jest nie mniej ciekawym objawem w preparatach naszych. DURANTE w swej obszernej pracy nazywa zjawisko to: Regression cellulaire par division, multiplication i przeciwstawia je innemu stopniowi Regression plasmodiale ou cellulaire totale; w tym ostatnim wypadku włókno zatracza zupełnie prążkowanie, pozostaje w otoczce włókna, w sarkolemie, nieodróżniewana sarkoplazma wraz z jądrami; tak zmienione włókno otrzymuje stopniowo wrzecionowatą formę i powraca, jak powiada DURANTE, do stanu „protoplasmique primitif“. Czy całe szeregi włókien wrzecionowatych z zatartą w wielu budową, ułożonych ściśle obok siebie, a wypełnionych jądrami, o czym wspominaliśmy wyżej, nie powróciły do takiego stanu pierwotnego wskutek właśnie procesu, który DURANTE zwie regression plasmodiale ou cellulaire totale nie potrafilibyśmy rozstrzygnąć. W każdym razie włókna pochodne, powstałe na skutek zachowanej bioplastycznej zdolności niektórych włókien mięsnych, najprawdopodobniej giną; nie wyrastają, jak twierdzi DURANTE, lecz ulegają na podobieństwo komórek tkanki łącznej transformacji tłuszczowej. Co się tyczy wreszcie zwyrodnienia tłuszczowego,

jakie wykryliśmy w preparatach, to zjawisko to spostrzegano we wielu amyotrofiach, zwłaszcza w rozwoju swoim bardzo posuniętych. W naszym przypadku można je uzależnić, w pierwszym rzędzie, od zaburzeń w krążeniu krwi, jak również i od długotrwałej nieczynności mięśni i ogólnego stanu wyczerpania chorej, która nie zniosła lekkiego przeziębienia — bezpośredniej przyczyny jej śmierci. Czy zestawiając dane anatomopatologiczne, jakie potrafiliśmy wykryć w mięśniach naszej zmarłej chorej, z obrazem klinicznym, możemy stawiać jakie wnioski szersze, co do istoty cierpienia? Nie sądzimy, brak nam bowiem dostatecznego materiału. Ale musimy tutaj zaznaczyć, że uwaga badaczy skierowana być winna przede wszystkim na świeże przypadki Dystrofii; należy też częściej, niż to ma miejsce obecnie, stosować badanie mięśni za życia chorych, gdyż tylko na tej drodze uda się z całą stanowczością wyodrębnić to, co jest pierwotne w obrazie histopatologicznym, a co wtórne. Poza tem nie możemy nie podkreślić faktu, że w przypadku, tak posuniętym w rozwoju swoim, jak nasz, nie wykryliśmy, pomimo najskrupulatniejszych poszukiwań, żadnych z tych zmian w układzie nerwowym, o których wspominają niektórzy badacze (patrz zarys historyczny).

PRZYPADEK II.

J. M., uczeń gimnazjum, lat 13, przy matce, zapisany do oddziału dn. 27/X. 05 r. Roztropny i umysłowo bardzo rozwinięty. Twierdzi, że choroba jego datuje się dopiero od roku: upadł przypadkowo i zwichnął prawą stopę w stawie skokowym, bólu jednak nie odczuwał; spuchlizna i lekkie zaczerwienienie po kilku dniach znikły. Po krótkim czasie zaczął znów uczęszczać do szkoły; na razie żadnych zmian w chodzie, *resp.* stapaniu, nie zauważył, po kilku jednak tygodniach, kiedy wskutek rozluźnienia stawu skokowego prawa stopa coraz bardziej ku stronie zewnętrznej wywracać się za-

częła, zwrócono baczniejszą uwagę na cierpienie chłopca. Na skutek rady lekarza chory włożył aparat ortopedyczny, który po dwóch tygodniach został zarzucony. Od tego czasu w stawie skokowym stan się nie zmienił. We wrześniu r. p. chory po raz pierwszy zwrócił uwagę na to, że mu trudno unosić lewą górną kończynę; prawą, jak sądzi, władał swobodnie. Jako jedenastoletni chłopak, zauważył w lusterku, że nie potrafi szczelnie zamknąć powiek, ani też mrużyć oczu, że między dolną a górną powieką wyraźnie zauważyć się daje białko oczne; sądzi jednak, że łatwiej mu to czynić obecnie, niż dawniej. Długotrwałe czytanie męczy go. Matka chorego twierdzi z całą stanowczością, że od urodzenia chłopiec sypia z nawpół otwartymi oczami; dodaje też, że od kolebki łzawią mu się oczy z łatwością, a pod wpływem wiatru lzy płyną dość obficie. Chory utrzymuje, że od dzieciństwa istniały też same, co i obecnie, objawy ze strony ruchów twarzy, a mianowicie: nie mógł gwizdać, nie umiał marszczyć czoła, ani poruszać ustami. Natomiast twierdzi z całą pewnością, że uczestniczył we wszystkich grach i zabawach kolegów, jako to: szybko biegał, grał w palanta, dobrze podbijał piłkę, na równi z innymi uczył się gimnastyki. Od dzieciństwa uczuwał niekiedy, przy szybkim chodzeniu, klucie w okolicy serca. W dzieciństwie chorował na błonicę, przed kilku laty na zapalenie nerek. Poza tem czuł się przez długie lata zupełnie zdrowym, dobrze sypiał i jadł, był wesół, uczył się chętnie i dużo czytywał. Obecnie w szpitalu czuje się dość dobrze. Ojciec chorego zmarł w 28-ym roku życia na paraliż lewej strony ciała; matka zdrowa; żyjące rodzeństwo zdrowe. Objawów, podobnych do jego cierpienia, wśród rodzeństwa i najbliższych krewnych nie było. Chory urodził się bez kleszczy.

St. praes. Chory jest średniego wzrostu, szczupły, blady; twarz mizerna, bez wyrazu. Przy uważnem obejrzeniu chorego zwracają

uwagę następujące szczegóły. Ramiona są znacznie opuszczone, przyczem, zwłaszcza ze strony prawej, wskutek wyraźnych zaników mięśni, występują główki *humeri* i części łopatek i obojczyków w stawie ramieniowym. Z przodu wychudzona klatka piersiowa tworzy płaską powierzchnię, przez co do poziomu szóstego, występują plastyczne żebra. Z tyłu przestrzeń między łopatkami bardzo znaczna i spłaszczona, wskutek czego obie łopatki, nakształt skrzydeł, odstają od tułowia, uwydatniając kąty i tworząc w ten sposób między sobą a klatką piersiową znaczną przestrzeń. Kręgosłup przegina się w postaci litery S, przyczem dość wyraźnie występują *processus spinosi* 3—4—5 kręgów grzbietowych i lędźwiowych. Gdy chory stoi, zarysowuje się lordoza dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej części kręgosłupa: brzuch wysuwa się naprzód, a pośladki znacznie ku tyłowi. Chód chorego ma dużo cech, właściwych chorym na dystrofię mięśni i paraliż mięśni, unerwianych przez nerw strzałkowy: jest powolny, kaczkowaty, chwilami sprawia wrażenie stąpania bocianiego, chory bowiem unosi z pewnym wysiłkiem dolne kończyny, które wskutek rozluźnienia stawów kolanowych i ustania funkcji mięśni strzałkowych, zwłaszcza z prawej strony, opadają bezwładnie. Jeżeli chorego ułożyć na podłodze na brzuchu, to podnoszenia się dokonywa przy pomocy rąk: podpie-
ra się niemi, a wyginając się stopniowo w pa-
łak, przesuwając kolejno to jedną, to drugą ręką po podłodze ku obwodowym częściom dolnych kończyn; następnie opiera się lewą dłonią o dolną część lewej goleni i wtedy unosi tułów. Ob-
jawów tak zwanego „drabiniastego” przebie-
rania rękami niema. Jeżeli choremu kazać przy-
kucnąć, to czyni to z pewną ostrożnością i wy-
siłkiem, gdyż wskutek widocznego rozluźnienia
stawów kolanowych tułów całym ciężarem opa-
da ku dołowi: chory przytem chwytając się za
przednie części obu goleni. Następuje to oczy-

wicie z przyczyny osłabienia *m. m. quadricip. femoris*. Powstaje z kucek z trudnością.

Nerwy cząstkowe. Chory oczu zamknąć
szczelnie nie potrafi; nawet przy znacznym wy-
siłku między powiekami przegląda wyraźnie
białko oczne (patrz Fig. VII str. nast.). Siła opo-
ru przy wykonywaniu ćwiczeń w podnoszeniu
i opuszczaniu powiek bardzo słaba. Przy
forsownem zamykaniu oczu zauważyć można
towarzyszące mu ruchy mięśni, opuszczających
głowę ku dołowi. To usiłowanie chorego od-
bija się na górnych kończynach, które wykony-
wa ruchy, jak gdyby pomocnicze. Przy naj-
większym wysiłku jednak pozostaje między po-
wiekami szpara od 2—3 m. m. szerokości, nieco
szersza z prawej strony. Dmucha i gwiżdże słabo,
bez widocznego udziału dolnej wargi, a zwa-
szcza górnej, zupełnie nieruchomej. Chory nie
potrafi szczerzyć zębów, uchyla wargi zaledwie
na szerokość 3—4 m. m., przyczem górna warga
pozostaje nieruchoma, dolna zlekka wysuwa się
naprzód. Ruchy języka normalne. Mowa za-
chowana dobrze i wyraźnie, lecz głos przytłu-
miony, monotony, o brzmieniu nosowem; spół-
głoski wymawia wyraźnie. Wyrazistości mi-
micznej brak. Łykanie twardych i płynnych
pokarmów odbywa się bez przeszkody. Funk-
cje mięśni żwaczy i *m. m. pterygoid.* zachowane
dobrze. Ruchomość języczka prawidłowa. Ru-
chy gałek ocznych zachowane, oczopląsu nie-
ma; źrenice jednakowe, reagują na światło i a-
komodację; dno oka normalne. Zwraca uwagę
łzawienie się, zwłaszcza prawego oka, oraz nie-
zwykły blask oczu. Mimiki podczas płaczu i
śmiechu brak prawie zupełnie. Czucie wszel-
kiego rodzaju na twarzy i głowie zachowane.
Ruchy głowy, jako to: ruch do góry, na dół,
w tył, na bok, półobrotowy, wykonywa dobrze.
Siła oporu przy wykonywaniu tych ćwiczeń do-
stateczna.

K o ń c z y n y g ó r n e: Chory podnosi i
opuszcza swobodnie cały pas barkowy i oddziel-

nie każdą jego stronę, bez szczególnego wysiłku. Przy tem ćwiczeniu jaskrawo występuje zupełnie luźne osadzenie łopatek, które dolnymi kątami odstepują daleko od linii środkowej. W postawie żołnierskiej (komenda: odsłoń pierś) dolne kąty łopatek zbliżają się ku linii środkowej bardzo nieznacznie; przestrzeń między nimi równa się kilkunastu ctm. Łopatki sterczą,

przód i wtył dosyć sprawnie, z pewnym wysiłkiem. Przy tych ćwiczeniach przewyżcza zaledwie nieznaczny opór. Lewą górną kończyną działa tak samo, jak prawą, trudniej mu tylko z lewej strony doprowadzić kończynę do położenia pionowego. Prawa kończyna swobodnie dotyka lewego ramienia i naodwrot: lewa — prawego. Zginanie i rozginanie stawu łokciowego w obu

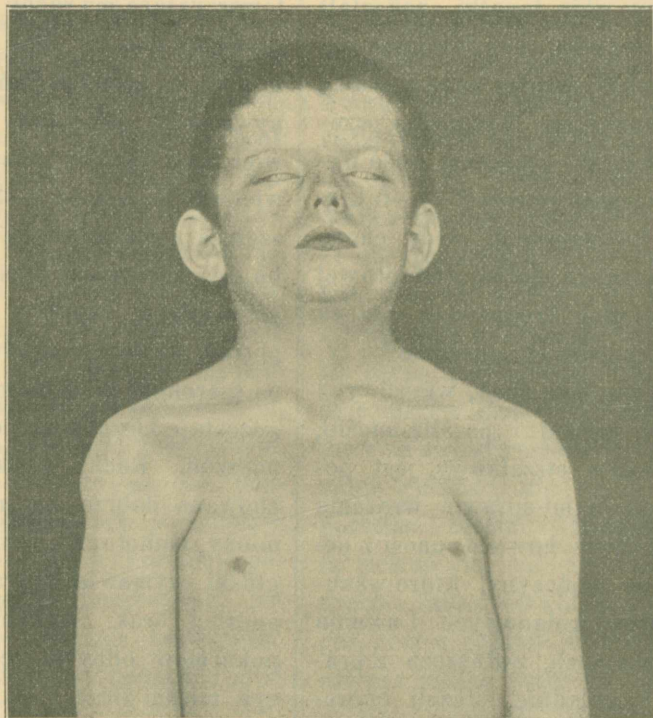


Fig. VII.

nakszałt skrzydeł, tworząc w ten sposób między sobą a klatką piersiową znaczną przestrzeń. Prawą kończynę unosi do góry całą, doprowadza ją do położenia pionowego. Czyni to ze znacznym wysiłkiem, jak to bywa przy podnoszeniu ciężarów jedną ręką na znaczną wysokość. Przy tem ćwiczeniu występują plastycznie wszystkie ruchy stawu ramieniowego i łopatek. Podniesioną ku górze prawą kończynę utrzymuje w linii pionowej bez znacznego wysiłku, przez dłuższy czas. Odprowadza i doprowadza górną prawą kończynę, przesuwając ją na-

kończynach wykonywa łatwo i dość sprawnie, w lewej kończynie nieco gorzej, niż w prawej. Siła oporu w prawej kończynie przy rozginaniu nieco słabsza, niż przy zginaniu; w lewej przy rozginaniu równa się ona prawie $= 0$. Supinatio i pronatio całych kończyn i przedramion wykonywa dobrze. Siła oporu przy rozginaniu stawu piąstkowego $= 0$; przy zginaniu jest nieznaczna. Wszelkie ruchy palców, jako to: zginanie, rozginanie, rozstawianie i łączenie, jak również opozycya dużego palca względem pozostałych, udają się choremu łatwo. Odruchów ze

ścięgnię m. *triceps* niema; niema też i odruchów z okostny. Czuć ciepłikowe, mięśniowe, dotykowe, bólowe i stereognostyczne zachowane

z obu stron. Mięśnie i nerwy przy uciskaniu niebolesne.

(C. d. n.)

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Kilka słów w sprawie dawkowania kamfory z powodu artykułu w tym przedmiocie kolegi Janowskiego, drukowanego w N. 42 i 43 Medycyny.

Kolega JANOWSKI w obszernym artykule poruszył sprawę tak ważną pod względem praktycznym, że niepodobna nad nią przejść do porządku dziennego, raczej powinna ona pobudzić lekarzy praktyków do dyskusyi, czego też spodziewa się kol. J. To jest powodem, że zabieram głos w tej sprawie, a to tembardziej, że kol. J. zaznacza, że i ja w N. 17 Medycyny z r. b. zrobiłem krótką wzmiankę, namawiającą do śmielszego, niż dotąd, dawkowania kamfory.

Kol. J. stwierdza fakt, od wielu lat i przeziemnie zauważony, że stosowane u nas powszechnie dawki kamfory żadnego niemal nie przynoszą pożytku, że są o wiele za małe, że lekarze nasi z niczem nieusprawiedliwionych powodów obawiają się większych dawek tego leku. Ja sam, stosując dawniej małe dawki kamfory (najwyżej 0.5 do 0.6 na dobę), nie mogłem nigdy zauważyć pożądanego skutku w przypadkach upadku sił i zapaści i z tego powodu przerzucałem się od jednego leku pobudzającego do drugiego. Przed 9 czy 10 laty, bawiąc za granicą, poznałem jednego z młodych asystentów kliniki prof. NOTHNAGEL'a w Wiedniu, który mi opowiadał, że przechodził niedawno ciężkie zapalenie włóknikowe płuc i że tylko dzięki wewnętrznemu zażyciu i zastrzykiwaniom podskórnym kamfory w ciągu kilku dni w ilości 5 do 6 gramów na dobę zawdzięcza swe ocalenie. Byłem tak głęboko przekonany o szkodliwości tak wielkich dawek kamfory, że nie wierzyłem niemal kiedzie. Od tego jednak czasu powróciłem w odpowiednich przypadkach znowu do kamfory, którą już od pewnego czasu zarzuciłem, i zacząłem ją podawać w znacznie większych dawkach

i wtedy dopiero się przekonałem o wielkiej skuteczności kamfory, a co ważniejsza, zupełnej nieszkodliwości wielkich dawek kamfory. Już w przypadkach ostrych chorób zakaźnych, połączonych z upadkiem sił i zapaścią, widziałem najlepsze skutki ze stosowania wielkich dawek kamfory; o skuteczności jednak bardzo wielkich dawek tego leku przekonały mnie głównie przypadki ostrej zapaści, spowodowanej wewnętrznymi krwotokami, a przede wszystkim przypadki ostrych chorób zakaźnych (płonica, gorączka płożowa, zapalenie płuc i t. p.) z charakterem septycznym. W tego rodzaju przypadkach kamfora, podawana w dużych dawkach do wewnątrz, a szczególnie w postaci zastrzykiwań podskórnych, znakomicie wpływała na poprawę tętna i oddychania, gdy dawniej stosowane w tego rodzaju przypadkach powszechnie dawki kamfory nie odnosiły żadnego skutku.

Pod względem więc skuteczności i tolerancji wielkich dawek kamfory w stanach groźnego upadku sił i zapaści w zupełności podzielam pogląd kol. J. i nad tą sprawą nie uważam za potrzebne się zatrzymywać. Chciałbym tylko jeszcze poruszyć jeden szczegół, dotyczący stosowania kamfory, wymagający bliższego zastanowienia, a mianowicie, kiedy należy zacząć podawać kamforę w dużych dawkach w chorobach ostrych zakaźnych. Kolega J. w tym względzie powiada: „kto chce mieć prawdziwie dobre skutki od stosowania kamfory w wymienionych dawkach, powinien ją przepisać wcześniej“. Nie określa wprawdzie kol. J., jak to rozumie „wcześniej“, ale domyśleć się można, że autor ma na myśli, jeśli nie początek, to wczesny okres chorób ostrych zakaźnych, skoro w jednym miejscu mówi o dawce zapobiegawczej, którą stanowi dawka 0.06 po 3 — 4 razy dziennie, a w innym: „takiego prawie wyłącznego leczenia chorób zakaźnych kamforą i to zarówno

u dorosłych, jak i dzieci, nigdy żałować nie miałem potrzeby⁴. Nie sądzę, by ten sposób postawienia kwestyi i tak wczesne podawanie kamfory było racjonalne i odpowiadało potrzebie. Kol. J. stwierdza, że małe dawki kamfory, a do takich należą podane przez autora dawki zapobiegawcze, pozostają bez skutku; w jakim więc celu zacząć podawać kamforę wcześniej; czy nie lepiej czekać na odpowiednią chwilę (naturalnie, nie zapóźno) i od razu przystąpić do dawek skutecznych, a zatem większych. Autor czyni lekarzom słuszny zarzut, że stosują zbyt małe dawki; ja bym raczej zrobił zarzut, że zbyt wcześnie zaczynają już dawać małe dawki kamfory i

skutkiem może tego obawiają się zwiększać dawki. Ja bym sądził, tak przynajmniej ja postępuję, że lepiej nie rozpoczynać za wcześnie podawania małych dawek kamfory, lecz gdy raz znajdziemy wskazanie dla leków pobudzających, od razu zaczynać od dużych dawek kamfory, które stosować należy tak długo, aż nie otrzyma się pożądanego skutku. Ten sposób postępowania jest, mojem zdaniem, praktyczniejszy i dla chorych, zmuszonych nieraz następnie przez dłuższy czas brać kamforę, przyjemniejszy.

D-r Feliks Arnstein.

Kutno. d. 29/XI 1906 r.

ODCINEK.

O zadaniach Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

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

przez

D-ra Teodora Dunina.

Dzisiejszem posiedzeniem inaugurujemy Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Nowe to zrzeszenie, którego tak gorąco pragnęliśmy, i od którego tak wiele lekarze nasi oczekują, czego dowodem choćby tak znaczna liczba członków, rozpoczyna swą pracę, a Zarząd, na którego barki Koledzy włożyli trudne zadanie kierowania nową instytucją, chce, przez usta swego przewodniczącego, wypowiedzieć, jak pojmuję swe obowiązki i jaki kierunek Stowarzyszeniu nadać zamierza.

Stowarzyszenie powołane zostało do życia nie dlatego, aby pomagało rozwojowi wiedzy lekarskiej; do tego mamy nasze Towarzystwo Lekarskie ze swemi licznymi sekcjami, które zadanie swoje wybornie spełnia. Zadaniem Stowarzyszenia jest wypełniać te braki i luki, jakie istnieją w naszym życiu lekarskiem, czy to ekonomicznem, czy społecznem. Musimy więc przede wszystkim ogarnąć wzrokiem nasze życie lekarskie, przedstawić je sobie, jakim ono jest,

aby dojrzeć w niem te braki, z któremi nam walczyć wypadnie.

W tym celu rozpatrzę życie naszego stanu lekarskiego pod względem etycznym, ekonomicznym, naukowym i społecznym.

Co do pierwszego, to stanowczo powiedzieć możemy, że etyczny poziom lekarzy w Warszawie stoi wysoko, bynajmniej nie niżej, lecz przeciwnie, być może, wyżej od innych grup społecznych i nie niżej od etycznego poziomu lekarzy w innych państwach. Pod tym względem nie cofamy się wstecz, lecz stanowczo idziemy naprzód. Kto przez ostatnich 30 lat patrzy na nasze stosunki lekarskie, ten dojrzeć w nich musi stałą poprawę; mniej jest dziś zawiści, mniej chęci dojścia do praktyki *per fas et nefas*, a różnice, dzielące lekarzy między sobą, nie są tak wielkie, jak to gdzieindziej ma miejsce. Kto wie, jaka przepaść dzieli zagranicą skromnego praktyka na krańcach miasta od Geheimratha, zamieszkującego własną willę w arystokratycznej dzielnicy, ten musi przyznać, że u nas stosunki koleżeńskie lepiej się układają. Stwierdzić też z dumą możemy, że stan lekarski zajmuje wybitne i bardzo poważne stanowisko w naszym społeczeństwie, a to zawdzięcza on swej wiedzy, sumiennosci, gotowości do spełniania obywatelskich obowiązków, a nie w najmniejszym stopniu i swej bezinteresowności i gotowości w każ-

dej chwili do ponoszenia ofiar dla dobra swych chorych. Pod tym względem polski stan lekarski niewątpliwie korzystniej się przedstawia od naszych zachodnich sąsiadów, gdzie często chory, szczególniej też przyjezdny, traktowany bywa, jako obiekt, na którym można zrobić dobry interes. Wprawdzie i u nas odzywają się głosy, któreby na medycynę chciały się zapatrywać z punktu widzenia czysto handlowego, ale życzyliby sobie należało, aby głosy te i nadal pozostały odosobnione. Nie należy zapominać, że lekarze, o ile występują w swem głównem, że tak powiem, przyrodzonym zadaniu, t. j. jako leczący pojedynczych chorych, spełniają czysto indywidualne usługi, i, jeżeli pomimo to ogół od różnia zawód lekarza od innych fachów, z których usług korzysta, to czyni to niewątpliwie dla dużej wiedzy, jaką przypuszcza w lekarzach, ale też więcej jeszcze może dlatego, że odczuwa w nich coś więcej, niż prostego zawodowca. Chory, oddając lekarzowi w opiekę najdroższy skarb, jaki posiada, t. j. zdrowie, nieraz instynktownie czuje, że nie jest w stanie dostatecznie materialnie opłacić oddanej mu usługi: daje, co chce lub może, raz daje za mało, ale też często daje i za dużo, bo płaci za radę, która mu żadnej korzyści przynieść nie może. Ztąd też ułożenie stosunków między lekarzem a chorym w sposób czysto handlowy jest niemożliwe, w interesie zaś powagi naszego stanu życzyliby sobie należało, aby lekarz nie pozbywał się w zupełności tego pierwiastku filantropijnego, z jakim od najpierwszych swych początków medycyna była związana.

Po tem, co powiedziałem, widocznem jest dla mnie, że Stowarzyszenie nasze w tym dziale naszego życia nie ma żadnych luk do wypełnienia; ma ono tylko dbać, aby poziom moralny naszego stanu się nie obniżył, do czego niewątpliwie przyczyni się przez stworzenie ogniska, w którym wszyscy lekarze skupiać się będą mogli, a, co zawsze w takich razach za tem idzie, przez wytworzenie opinii publicznej, z którą przynajmniej członkowie Stowarzyszenia będą musieli się rachować. Do tego działu naszego życia należeć będzie utworzony już Sąd koleżeński, któremu życzyć należy, aby jaknajmniej miał do roboty.

Przechodzimy teraz do ekonomicznego położenia naszego stanu lekarskiego. Położenie

to jest w stosunku prostym do zamożności naszego kraju, a więc jest skromne. Warszawa nie jest stolicą wszechświatową, ani nawet stolicą wielkiego państwa, najzamożniejsi ludzie, t. j. przemysłowcy, właściciele towarzystw akcyjnych, są cudzoziemcami i w kraju naszym nie mieszkają; pozostaje więc garstka magnatów oraz przemysłowców polaków, którzy także znaczną część życia spędzają zagranicą i tam się leczą; w wynagradzaniu lekarzy stosują się oni mniej więcej do ogólnie przyjętej normy, a więc dość niskiej. Tę niską normę wyrabia stan średni, na którym opiera się nasza egzystencja; niską normę zaś wyrabia dlatego, że jest ubogi i więcej wynagradzać nie może. Poprawy tych stosunków tak łatwo spodziewać się nie można, wszystko jedno, czy będziemy postępowali w dotychczasowy sposób, czy też chcielibyśmy oprzeć się na zwyczajach czysto handlowych. Za dowód tego mogą służyć inne kraje, gdzie, pomimo, iż handlowy sposób załatwiania rachunków więcej jest rozpowszechniony, niż u nas, pomimo zamożności większej, niż u nas, położenie lekarzy, na ogół biorąc, bynajmniej nie jest lepsze, niż u nas. Zresztą, z drugiej strony, stwierdzić należy, że, na ogół biorąc, lekarze pod względem ekonomicznym nie stoją gorzej od innych grup społecznych. Wprawdzie życie lekarza, jego praca zawodowa wymaga większych wydatków, których nie ponoszą inne zawody, ale też i dochody lekarza zazwyczaj, nawet u nas, są większe.

Gdyby stosunki polityczne szły u nas prawidłowym trybem, t. j. gdyby wszystkie urzędy były obsadzone przez polaków, wtedy nauczyciel, sędzia, prokurator, a nawet profesor uniwersytetu, którzy tak samo kończą uniwersytet i życie całe nad sobą pracować muszą, po najdłuższej służbie zarabialiby 3000—4000 rb., gdy tymczasem lekarze w Warszawie o wiele wcześniej osiągają tę sumę i często po za nią przechodzą. Nawet w zawodach t. zw. wolnych, jako to: inżynierowie, adwokaci, budowniczowie, zarobki z małymi wyjątkami nie bywają większe, niż u lekarzy; oczywiście, możemy mieć na uwadze jedynie tych, którzy nie robią spekulacyi lub nie zupełnie prostą drogą dochodzą do majątku.

Nie tyle więc na niskiem wynagrodzeniu i małych zarobkach, na co zresztą nie możemy

nie poradzić, polega smutna strona ekonomicznego życia lekarzy. Polega ona przede wszystkim na tem, że lekarze wogóle przeciążeni są pracą, zarówno w dzień, jak w nocy, w takim stopniu, jak to się nie dzieje w żadnym innym zawodzie, następnie — że zmuszeni są do pracowania darmo nie tylko dla biednych ludzi, z czem można się zgodzić, ale, co już jest nadużyciem, dla wielu instytucji społecznych, a, co gorsza, rządowych (np. szpitale), czego już stanowczo niema w żadnym innym zawodzie. Dlatego to lekarze daleko prędzej, aniżeli ludzie innych zawodów, terają swe siły, stają się wcześniej niezdolni do pracy i nieraz bardzo młodo umierają. A tymczasem znaczna część lekarzy, nawet zarabiających dość dużo, ani nie ma zapewnionego dochodu na wypadek choroby lub niezdolności do pracy, ani też nie może być pewna, że po śmierci ich rodziny nie będą potrzebowały wyciągać ręki o pomoc. Wina tego leży zapewne po części w naszej nieogłędności, ale więcej daleko w tem, że nie mamy instytucji, na wzajemności opartych, któreby pozwalały lekarzom ubezpieczać się na wypadek choroby, starości lub śmierci. Na tem polu nie prawie u nas nie zrobiono; kasa wsparcia wdów, ta, że się tak wyrażę, dziadowska instytucja, raczej wstyd, niż zaszczyt nam przynosi. Czyż to nie jest śmieszne, aby lekarz dla zabezpieczenia bytu swej rodziny wydawał 4 ruble rocznie? To też jednym z najważniejszych i najpilniejszych zadań Stowarzyszenia winno być zaprojektowanie, a następnie stworzenie instytucji ubezpieczenia lekarzy. Rzecz prosta, że nie mogę tu wchodzić w żadne jakiegokolwiek szczegóły, mogę tylko powiedzieć, że nie będzie to rzecz łatwa i że wymagać będzie wielu wysiłków i ofiar. Na pomoc społeczeństwa rachować w tym względzie nie można; prędzej już byłaby zasada zwrócić się do rządu z żądaniem, aby w ogólnem prawodawstwie socyalnem, na którą to drogę rząd, czy to centralny, czy też nasz autonomiczny, wejść musi, uwzględnił i ubezpieczenia lekarzy, którzy ze względu na charakter swego zarobkowania nie różnią się od innych klas pracujących, a cieszących się np. w Niemczech opieką rządu. Gdyby to się nie udało, wtedy pozostaje, kto wie, czy nie najpewniejsza, droga samopomocy: wszyscy lekarze polacy, bez względu, gdzie mieszkają, po-

winni się skupić i, czy to sami, czy w połączeniu z innymi zawodami wolnymi, utworzyć instytucję, któraby zabezpieczała byt im samym i ich rodzinom. Nie powinni od tego uchylać się i ci lekarze, którzy mają być zabezpieczeni, chodzi tu wszak nie tylko o pojedyncze jednostki, ale i o godność całego stanu; nie ulega bowiem wątpliwości, że zabezpieczony byt materyalny stanowi jeden z ważniejszych warunków wysokiego moralnego poziomu.

Druga ciemna strona naszego życia ekonomicznego polega na tem, iż młodzi lekarze zaraz po ukończeniu studyów nie mają żadnego materyalnego oparcia. Stawia to ich nie tylko w kłopotliwym materyalnym położeniu, popycha niekiedy do szukania zarobków w sposób, nie mający związku z medycyną, ale nadto nie pozwala im zajmować się pracą naukową w tych właśnie latach, w których najwięcej do tego mają czasu. Tu już nie pomoże bezpośrednio nasze Stowarzyszenie, ale musi ono starać się u odpowiednich władz, aby w szpitalach naszych zaprowadzono nareszcie posady płatnych asystentów. Gdyby tak, jak się to na całym świecie dzieje, na 40 chorych szpitalnych był jeden płatny asystent, t. j. otrzymujący mieszkanie, życie i około 300 rub. pensyi, to już dziś 60 młodych kolegów znalazłoby na 3 — 4 lat zabezpieczony byt materyalny, ze wzrostem zaś liczby łóżek do cyfry normalnej, t. j. odpowiadającej potrzebom miasta, mogłoby ich 100 pierwsze lata po skończeniu uniwersytetu spędzić bez troski o jutro.

Sprawę tę już niejednokrotnie poruszano u nas, przy dzisiejszym jednak stanie naszego szpitalnictwa o żadnej reformie nie można było myśleć. Przy przejściu szpitali pod zarząd miasta Stowarzyszenie powinno z całą stanowczością upomnieć się o reformę w tym duchu i przedstawić projekt reorganizacji służby lekarskiej w naszych szpitalach.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w naszym życiu lekarskiem przygotowują się ważne zmiany.

Jest niemal rzeczą pewną, że jedną z pierwszych reform, jakie konstytucja za sobą pociągnie, będzie ochrona klas pracujących, oparta na t. zw. socyalizmie państwowym. Wśród tej reformy zabezpieczenie zdrowia pracujących w postaci kas chorych zajmie poważne miejsce.

Jeżeli reforma w państwie Rosyjskiem wzorować się będzie na prawodawstwie niemieckiem, wtedy nie tylko pracujący w fabrykach i t. d., ale wogóle wszystkie osoby, których dochód nie przewyższa pewnej kwoty, mają prawo pod opieką rządu zrzeszać się w kasy chorych. Wiadomem jest, o ile prawo to, tak chwalebne w swej zasadzie, fatalnie wpłynęło na położenie lekarzy w Niemczech. Kasy chorych wystąpiły w roli kapitalistów i starały się lekarzom, występującym tu w charakterze proletaryatu, narzucać jaknajuciążliwsze warunki, korzystając z obfitej podaży. Dopiero po uciążliwej walce, w której uciekano się nawet do bojkotów i strajków, zaczęli sobie lekarze wywalczać znośne warunki płacy, a to osiągnięto tylko w ten sposób, że do walki ze zrzeszeniem się pacjentów wystąpiło zrzeszenie się lekarzy. I my winniśmy skorzystać z przykła-

du naszych niemieckich kolegów, musimy być przygotowani na tę reformę i na ewentualną walkę. Będzie to też zadaniem Zarządu zapoznać się dokładnie z zasadami, na jakich opiera się urządzenie kas chorych w Niemczech, oraz przyjrzeć się kolejom, jakim one w ciągu 20-letniego istnienia ulegały, a rezultaty tych badań będą przedstawione ogółowi Kolegów. I dziś już jednak, choć kasy chorych jeszcze nie mamy, Koledzy nasi są wyczerpani przy obsadzaniu posad lekarzy fabrycznych, a dzieje się to dlatego, że nie występują oni zrzeszeni, lecz każdy na własną rękę o posadę się stara. Tu już dziś możemy zaprowadzić reformę przez przeprowadzenie ankiety i ustalenie pewnych norm, od których kolegom, przynajmniej należącym do Stowarzyszenia, nie wolno będzie odstępować.

(D. n.).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 29 z. m. w lokalu Stowarzyszenia techników odbyło się zgromadzenie ogólne Stowarzyszenia lekarzy polskich. Członków obecnych było około 160. Po zagajeniu zebrania przez prezesa Zarządu kol. DUNINA i proponowaniu na przewodniczącego tegoż posiedzenia kol. SZWAJCERA, kol. SZWAJCER udzielił głosu kol. DUNINOWI, który odczytał deklarację Zarządu. Deklarację tę zaczynamy drukować in extenso w dzisiejszym numerze naszego czasopisma, chcąc, aby jak najszerszy ogół lekarzy zaznajomił się z projektami proponowanych do rozpatrzenia spraw i prac, czekających nowopowstałe Stowarzyszenie.

Deklaracja Zarządu została przyjęta bez dyskusji przez ogół zgromadzonych członków. Następnie rozpatrywano projekt regulaminu Sądu koleżeńckiego Stowarzyszenia lekarzy polskich oraz Regulaminu Komisji wyborczej tegoż Stowarzyszenia. W końcu kol. HEWELKE odczytał referat w sprawie felczerskiej. Kol. HEWELKE, naturalnie, również przychodzi do wniosku, że szkoła felczerska winna być zniesiona, i instytucja felczerska *eo ipso* winna stopniowo przestać istnieć. Zamiast szkoły felczerskiej przy szpitalach winny być utworzone szkoły pielęgniarzy i pielęgniarek.

W dyskusji, która z powodu spóźnionej

pory nie mogła być dosyć wyczerpująca, na wniosek prezesa Zarządu Zgromadzenie ogólne zgodziło się, aby sam Zarząd wybrał Komisję dla rozpatrzenia wszechstronnego sprawy felczerskiej w naszym kraju.

— Skład sądu koleżeńckiego stanowią: koledzy GABSZEWICZ, KAMOCKI, CIECHOMSKI, BRONOWSKI, ED. ZIELIŃSKI, NUSSBAUM, BĄCZKIEWICZ, DOBRZYCKI, JAKIMIAK, GAJKIEWICZ, W. ŁAPIŃSKI, GIEDROYÉ i MĘCZKOWSKI. Na przewodniczącego sądu wybrano kol. H. NUSSBAUMA.

— Zaproszony przez Komitet II-go zjazdu międzynarodowego „kropli mleka” w Brukselli do objęcia referatu o stanie kwestyi niemowlęcej w dzielnicach Polskich, upraszam na tej drodze wszystkie instytucje i organizacje, z tą kwestyą związane, a w szczególności poświęcone ochronie wieku niemowlęcego, o łaskawe nadesłanie mi swoich sprawozdań lub, o ile możliwa, szczegółowych informacji. Również tym pp. kolegom, którzy w działalności swej stykali się z kwestyą niemowlęcą u nas, byłbym niezmiernie wdzięczny za nadesłanie mi swoich cennych prac i informacji.

Dr. Tadeusz Zieliński.

Kraków, ul. Karmalicka 6.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
(Rosja).

B. Kuniuszennaja
1/8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

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

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

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

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

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



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 śródmięszowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystycznej. 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 przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurcerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazani: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

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

Hämogailol

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

Iodipin 10%

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

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięszkowe 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.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzler'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—
Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolse-
rum.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

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

Tannoform

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

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

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność państwowa francuska

Koleży dobrze oznaczyć nazwisko przepisującego użyć Wód.

VICHY CÉLESTINSSłabość kośćca,
porosty.

dniegiwości wtrząsach, podagra, cukrzyca

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabość wątroby i organów kółt wydzielających.

VICHY HOPITALSłabość kośćca
kiszekWytwory ze soli naturalnej otrzymywanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Mozolac trawienia, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydajęc wyjątkowo cawit wodę
alkaliczną gazową do przyspieszenia trawienia

SKROFULY

ANEMIA

SYFILIS

PILULES DE BLANCARD

DE PARIS

UZNANE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGĄC
Etykiety zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
PIGULEKI BLANCARD

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

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

KAPSUŁKI COGNET

z czystym EUCALYPTOLEM JODOFORMO-KREOZOTOWYM

zmniejszają wydzielanie i sprowadzają szybkie wyleczenie

W GRUŻLICY

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

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

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

Dr. Romualda Bindera

Zakład Wodoleczniczy i sanatorium

Willa Stefania w Meranie

otwarty od 1-go września do czerwca.

Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, owocami, dietą i wernadowaniem.

Terapia sportowo-terenowa.

Wszelki komfort, wspaniałe urządzenie. Piersiowo-chorych zakład nieprzyjmuje.

Prospekty wysyła **D-r Binder**

(leczy po za zakładem i dozwala korzystać z urządzeń zakładowych także eksternistom).

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO“

pod Mentoną.

Dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdrowieńców.



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

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a

wyrabiają się pod kierunkiem lekarzy w zdrojowisku Soden w Taunus ze soli znanych od kilku set lat i wypróbowanych Sodeńskich źródeł leczniczych № III i XVIII.

Obok źródeł zdrojowisk Soden w Taunus, Panowie lekarze polecają również z najlepszym rezultatem Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a

w wypadkach: kaszlu, chrypki, a także wszelkich przewlekłych katarów gardła, krtani i płuc.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a są do nabycia we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Na żądanie wyślemy P. P. lekarzom na próbę pudełko pastylek gratis i franko.

Wyłączny reprezentant na Cesarstwo i Królestwo Polskie

F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

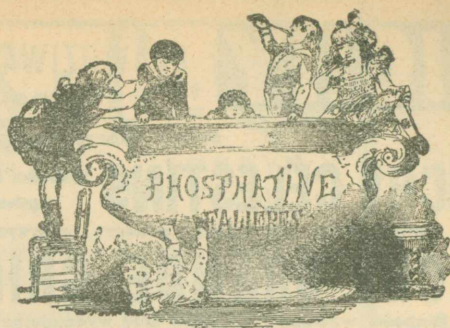
Były asystent kliniki chorób wewnętrznych. Uniw. Jagiell.

D-r Zygmunt Wąsowicz

ordynuje od 1 października do 15 maja

w **ZAKOPANEM** willa **Stella**

(Latem, jak zwykle w Krynicy).



FOSFATYNA FALIERA,

przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia. Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości. Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. Ostrzegamy przed naśladownictwami.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Dom Zdrowia dla chorych chirurgicznych i ginekologicznych z oddziałem dla rodzących.

D-rów REICHSTEINA i KRUKOWSKIEGO

Warszawa Leszno 38 tel. 2208.

Przyjmuje chorych na stały pobyt z leczeniem od 2 rb. dziennie.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.