

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 43.

Warszawa d. 27 Października 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Uwagi praktyczne w sprawie dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladony oraz w sprawie stosowania morfiny. Podał Wł. Janowski. (Dokończenie) — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski. (Ciąg dalszy). — Nowotwór śródpiersia i rdzenia. Podał E. Flatau i J. Koelichen. (Dokończenie). — IV międzynarodowy Zjazd w sprawie medycyny ubezpieczeniowej. (Dokończenie). — Ustawa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Janowski — Considérations pratiques sur le dosage du camphre, de l'éther et des préparations de la belladone et sur l'application de la morphine. 2) D-r W. H. Krajewski — Lithiasis chronique du ductus choledochus. 3) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Un cas de tumeur du médiastine et de la moelle.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Wł. Janowski — Praktische Bemerkungen über die Dosierung des Camphers, des Ethers und der Belladonnpräparate sowie über die Anwendung des Morphins. 2) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein. 3) D-r E. Flatau u. J. Koelichen — Ein Fall von Neubildung des Mediastinums und des Rückenmarkes.

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

PRACE ORYGINALNE.

Uwagi praktyczne w sprawie
dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladony
oraz w sprawie stosowania morfiny.

Podał

Władysław Janowski,

Docent Akademii i Ordyn. Szpita. Dz. Jezus w Warszawie.
(Odczyt wygłoszony dn. 4. IX. r. b. w Tow. Lek. Warsz.)

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Co do eteru, to używam go względnie
rzadko. Staram się bowiem zapobiedz kamforą
konieczności użycia eteru. O ile go jednak uży-

wam, co miewa miejsce w przypadkach najcięż-
szych, stosuję go w dawkach należytych, to jest
nie mniej, niż pięć strzykawek naraz. Podobne
wstrzykiwania powtarzałem nieraz z bardzo do-
brym skutkiem co godzinę, a wyjątkowo i czę-
ściej, przeplatając je w przerwach kamforą.
Nadmienić tu muszę, że podobnie, jak kamforę,
eter należy zawsze wstrzykiwać głęboko pod
skórę, tylko takie bowiem wstrzyknięcia są zu-
pełnie niebolesne.

Jakkolwiek działanie eteru trwa znacznie
krócej, niż kamfory, to jednak, użyty w porę i

we wspomnianej dawce, nieraz, dzięki szybkości swego działania, eter oddaje nieocenione usługi. Niepodobna jednak liczyć na działanie eteru, stosując go tak, jak to się często u nas widuje, t. j. po 1 strzykawce na dawkę. Podobna dawka jest bezskuteczna, a przyuajmniej bez tego efektu, o który idzie zawsze w tych przypadkach, w których się do eteru uciekamy. Szczególnie pomyślnie działa eter u chorych, nawykłych do używania wina lub wogóle wysoku. Kilka razy udało mi się podobnym chorym uratować życie przez kilkakrotne zastrzyknięcie im 5 — 10 strzykawkę eteru. Otrucia eterem nigdy nie widziałem. Po dużych dawkach jego chorzy są czasem trochę senni, ale senność ta przemija szybko, gdyż eter zostaje z organizmu szybko wydalony.

Powyższe moje zdanie co do dawek eteru zgadza się ze zdaniem wielu autorów. Taki nprz. JURGENSEN ⁹⁾ powiada wprost, że stosowanie eteru w dawkach poniżej 4 grm. (= 5 strzykawkę) jest zupełnie bezcelowe, gdyż eter działa tylko przy pewnej koncentracji we krwi, a wydziela się z organizmu bardzo szybko. Ta prosta wiadomość powinna znaleźć szerokie zastosowanie. Dla mnie bowiem lekarz, który wstrzykuje ciężko choremu 1 strzykawkę eteru, jest formalistą, łudzącym samego siebie pozorami czynu, którego nie wykonywa.

Analogiczne uwagi muszę zrobić i z powodu przetworów belladonny. Jak wiadomo, ostatnimi czasy zyskuje ona na nowo coraz szersze prawo obywatelstwa w lecznictwie, rugując czasami stosowanie przetworów makowca. Działanie belladonny, względnie atropiny i najlepszego jej polymeru eumidryny, która jest azotanem methyl-atropiny, stanowiło ostatnimi czasy temat gruntownych poszukiwań farmakologicznych i klinicznych JACOBY'ego, MAGNUS'a i HAGEN'a ¹⁰⁾. Nie jest moim celem

streszczenie tu tych badań chociażby najbardziej pobieżne. Najogólniejszym ich wynikiem jest, że belladonna i jej przetwory (z których łatwo w wodzie rozpuszczalną i bardzo taną eumidrynę nawet do Warszawy sprowadzić poleciłem), mogą mieć korzystny wpływ na przebieg niedrożności kiszek, kolki wątrobowej i nerkowej i ew. zapalenia wyrostka robaczkowego dlatego, że mają na gładką muskulaturę działanie podwójne, jak autorowie ci piszą, kamleonowe: paraliżujące skurcze, które już istniały, i pobudzające do prawidłowych skurczów części, które uległy przedtem zdrętwieniu lub porażeniu. Z doświadczenia osobistego wiem, że belladonna działa w powyższych przypadkach tylko w dużych dawkach. To też przepisuję ją w tym celu w dawkach po 0.03 kilka razy dziennie. W niektórych przypadkach kamicy nerkowej i zapalenia wyrostka robaczkowego widziałem szybkie i bardzo pomyślne działanie podobnych dawek belladonny. Również nadzwyczaj dobrze działają podobne dawki belladonny z dodatkiem takiej samej dawki strychniny (*extr strychni*) w kamicy żółciowej, zwłaszcza przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Stwierdziłem to w ciągu ostatnich 14 miesięcy z górą 10 razy. Ale powtarzam, że dawka belladonny w tym celu musi być nie mniejsza, niż 0.03. Stosowanie dawki 0.01 żadnego skutku nie wywiera. W dwóch przypadkach zdarzyło mi się nawet być wkrótce po innych kolegach. Skarżono mi się tam na bezskuteczność zalecanej belladonny i proszono o morfinę. Zaleciłem tylko zażywanie jednorazowe 3-ch przepisanych proszków — w obu przypadkach z dobrym skutkiem dla chorego. W cytowanej powyżej pracy HAGEN'a znajduję objaśnienie naukowe dla swego postępowania. Radzi on tak samo stosowanie znaczniejszych dawek eumidryny. W przypadkach kolki nerkowej i wątrobowej oraz zapalenia wyrostka robaczkowego stosuje on po 0.0005 — 0.001 eumidryny 1 — 2 r. dziennie do wewnątrz, ew. pod skórę. W najcięższym zaś przypadku

⁹⁾ L. c. Str. 208.

¹⁰⁾ Hagen. Ueber Atropin-Eumidrinwirkungen bei Magendarmkrankungen. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 86 H. 4 — 5. Str. 403. 1906. Marzec.

niedrożności kiszek zastosował 3 razy co godzinę 0.001 eumidryny pod skórę ze wspaniałym skutkiem. Twierdzi on, na zasadzie poszukiwań farmakologicznych, o preparatach belladonny, że gdy pomagają, należy dawkę ich zmniejszać, gdy zaś nie pomagają lub szkodzą, należy dawkę podwoić lub potroić, a nie lek odstawić.

Ponieważ, jak powiedziałem, właśnie od dużych dawek belladonny widziałem skutki tak pomyślne, przeto radzę zapisywać jej w leczeniu omawianych tu cierpień nie mniej, niż 0.03 po 3 — 4 razy dziennie. Inaczej skutek często zawiedzie. Objawów otrucia dotąd nigdy nie widziałem.

Co się tyczy wreszcie stosowania morfiny, to pragnę tu tylko zaprotestować przeciw utrzymującemu się jeszcze pośród niektórych lekarzy u nas przesądowi, jakoby morfina była przeciwwskazana w cierpieniach serca. Nie mówię tu o płytkim jej nadużywaniu, ale idzie mi o podkreślenie faktu, który wielokrotnie sprawdziłem, a który jest na zachodzie często powtarzany, że w przypadkach gwałtownej duszności, zależnej od niesprawności serca, oraz w przypadkach dusznicy bolesnej niema lepszego środka nasercowego, niż morfina podskórną, zastosowana ew. równocześnie z kamforą lub eterem. Zmniejsza ona zapotrzebowanie tlenu w ośrodku oddechowym, a nadto tonizuje mięsień sercowy, ułatwiając przez to znacznie działanie środkom sercowym, ew. pobudzającym. Rozumie się, że wskazanie musi być postawione z rozwagą, ale skoro np. duszność jest bardzo wielka, nie należy się wahać ze wstrzyknięciem morfiny (najczęściej obok kamfory) dlatego tylko, że chory cierpi na serce. Jest to bowiem wielką krzywdą, wyrządzoną choremu. U wielu moich chorych sercowych poprawa zaczęła się dopiero po zastosowaniu im przezemnie pod skórę w ataku astmy sercowej lub wogóle przy wielkiej duszności 0,01, a czasem nawet 0,015 morfiny, powtarzam obok kamfory — ostrożności tej nie zaniedbuję nigdy

ale też nigdy jeszcze wstrzyknięcia morfiny u takich chorych nie żałowałem. Z pomiędzy wielu takich chorych wspomnę tu o ostatnim, jakiego leczyłem, 67-ioletniego staruszka. Zastąpiłem go w stanie ogólnym rozpaczliwym, po 4-ch nieprzespanych nocach, całego spuchniętego, z wielką, bardzo bolesną wątrobą i głuchymi, zupełnie niemiaryowymi tonami serca, przy nikłym tętnie. Zażywał 3 razy dziennie proszki po 0.06 naparstnicy i 0,05 kamfory. Było *periculum in mora*. Wstrzyknąłem mu od razu 0,5 kamfory i 0,015 morfiny. Spał potem 6 godzin. Nazajutrz zastałem go z tętnem miarowym 100 przy olbrzymiej wątrobie. Rańco postawiłem pijawki do odbytu, a wieczorem znowu zrobiłem to samo, co dnia poprzedniego. Chory spał całą noc i zaczął bardzo obficie urynować. Podobnie, gdy czkawka i mdłości minęły, zaleciłem naparstnicę z diuretyką. Chory po 4 dniach zaczął wychodzić i dotąd (6 tygodni) jeszcze jest w stanie dobrym. Nie przesądzając dalszym niepewnym jego losie, przyznać muszę, że dla męczarni, w których go zastałem, momentem przełomowym były owe 0,5 kamfory i 0,015 morfiny, bez której nie byłby usnął. Takich chorych widziałem wielu; śmiało więc nazwać mogę obawę bezwzględną przed morfiną u sercowych za bezpodstawną. Szczególnie obawę zapaści po morfinie w podobnych przypadkach muszę nazwać niesłuszną, gdyż zapaści tej nigdy nie widziałem. Zdarza się czasem, że wstrzyknięcie morfiny wywołuje wymioty. Ustępują one jednak zazwyczaj szybko. Na powstanie ich, o ile ktoś ma idyosynkrazję do morfiny, zastosowana jej dawka nie ma wpływu. O ile więc chory ma znosić przykre działanie morfiny pod tym względem, niechże, wskutek dostatecznej jej dozy, korzysta i z jej wpływu kojącego na duszność w sposób należyty, t. j. od dawek 0,01, a wyjątkowo i 0,015.

To samo dotyczy chorych nerkowych. W mocznicę, przy drgawkach lub w ciężkiej duszności przy niesprawności serca na tle cierpienia nerek

nie należy wahać się ze wstrzyknięciem morfiny. Nigdy nie jest ona szkodliwa, a często, o ile tylko istnieje jeszcze jakaś wogóle możność poprawy u chorego, wstrzyknięcie jej, jest, analogicznie do ostatnio opowiedzianego przypadku, momentem zwrotnym do poprawy. Z wielu chorych tego rodzaju nie zapomnę nigdy pewnej 60-ioletniej staruszki, do której wezwany byłem na prowincję. Gdy wszedł, powiedziało mi dwóch obecnych tam kolegów osobiście, że chora już prawie kona. Istotnie konała, ale konała, wiążąc się z duszności. Wstrzyknąłem jej od razu 1,5 gr. kamfory i 0,015 morfiny (które to środki mam zawsze przy sobie). Usnęła. Po godzinie wstrzyknąłem jej znowu 1,0 kamfory i mogłem wkrótce spokojnie zbadać chorą, która przed godziną wydawała się nam wszystkim będącą w agonii. Chora ta żyje dotąd ($3\frac{3}{4}$ roku). Kolegom, którzy mi wtedy uznanie za odwagę wyrażali, odpowiedziałem to, co myślę o podobnych stanach: wstrzyknięcie morfiny — obok kamfory — jest w podobnych przypadkach prostym obowiązkiem lekarza, a nie żadną odwagą, jest prostym wynikiem doświadczenia, zamiast obawy, wynikłej właśnie z braku tego doświadczenia.

23 sierpnia 1906 r.

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

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

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 42).

Wprawdzie moja statystyka, ze względu na małą stosunkowo liczbę przypadków, z trudnością tylko może być porównywana ze staty-

styką takiego mistrza chirurgii dróg żółciowych, jak KEHR (13), który ma do rozporządzenia 1000 laparotomii. Ponieważ jednak każda żaba chętnie łapę nadstawia, gdzie konia kuja, więc i mnie wzięła ochota porównania otrzymanych rezultatów. Pierwsze wrażenie było zabójcze. KEHR (l. c. str. 396) podaje, iż w przypadkach operowanych z powodu kamicy żółciowej, miał zaledwie 3,2% śmiertelności. W porównaniu z podanymi przezeń 10,1% śmiertelności różnica to ogromna, którą skłonny byłem z początku objaśnić znacznie lepszą techniką operacyjną autora, no i operowaniem we wcześniejszych okresach choroby.

Dopiero przyjrawszy się bliżej statystyce KEHR'a, stwierdziłem ze zdziwieniem, a przyznać muszę i z niejakim rozczerowaniem, dziwne praktyki, jakie do statystycznego obrobienia swego wielkiego materiału stosował. Przede wszystkim przekonałem się, iż K. właściwie miał tylko 925 chorych, że u nich wykonał 1000 laparotomii, a więc u niektórych wykonał po 2 laparotomie. Wszystkich przypadków śmierci podaje K. 162 i oblicza procent od 1000 laparotomii. Czyżby istotnie w tych przypadkach, w których u jednego i tego samego chorego wykonał 2 laparotomie, a chory ten umarł, liczył aż 2 przypadki śmierci? Rzecz co najmniej wątpliwa, a w każdym razie, jeśli istotnie K. liczył 2 śmierci, gdy mu umierał jeden chory dwukrotnie laparotomizowany, powinien był to z naciskiem zaznaczyć, aby mu nikt nie mógł zrobić słusznego, mojem zdaniem, zarzutu, iż wykazaue 162 przypadki śmierci dotyczą nie 1000, lecz 925 chorych, a więc ogólny procent śmiertelności większy jest od obliczonego przez autora.

Powtóre, K. rozdziela śmiertelność swoich 1000 laparotomii na 5 wielkich grup. Dla 3-ch pierwszych podaje minimalny procent śmiertelności: Cystostomia — 1,8%, Cystectomy — 3,2%, Choledochotomia — 5% śmiertelności. Dla czwartej grupy, do której zalicza przypadki z dodatkowymi rękoczynami na żołądku, kiszkiach i t.d.,

odsetka śmiertelności podskakuje już do 17%. Wyżej zaznaczyłem, że przy moich operacjach powikłanie operacją na przewodzie kiszkowym nie odegrało tak ważnej roli w pogorszeniu wyników, abym aż uznał za potrzebne wyodrębnić całą tę grupę chorych dla poprawienia statystyki pozostałych przypadków. Jest to jednak kwestia zapatrywania i z wyodrębnienia tej grupy nikomu zarzutów robić nie można. Zostaje jedynie do zanotowania fakt, iż, o ile się w ten sposób udaje z ogólnej liczby wysunąć 174 przypadki z 30 zejściami śmiertelnymi, jak to ma miejsce w statystyce KEHR'a, to niewątpliwie bardzo dodatnio wpływa na zmniejszenie odsetki śmiertelności pozostałych przypadków.

Najciekawsza jednak jest ostatnia piąta grupa KEHR'a. Dla ścisłości przytaczam ją tu w dosłownem brzmieniu: „5. 129 gleichzeitige Operationen wegen bösaartiger Komplikationen (Carcinom der Leber, der Gallenblase, des Choledochus, diffuser eitriger Cholangitis etc.) mit 110 Todesfällen... 85%“. Podkreślenia jedynie są moim dodatkiem. Otóż właśnie wskutek braku tych podkreśleń, każdy, kto pobieżnie przeglądał książkę KEHR'a, skłonny jest nawias opuścić i zamknąć książkę z tem przeświadczeniem, iż do grupy złośliwych powikłań autor zaliczył jedynie nowotwory. Zdziwi go może trochę, nawet dla złośliwych nowotworów, niezwykle duża odsetka śmiertelności, bo przecież tacy chorzy zwykle zakład opuszczają jeszcze żywi z zagojoną raną po próbnej laparotomii. Przyszna, iż ja sam przy pierwszym czytaniu książki KEHR'a wpadłem w taką omyłkę i dopiero przy drugim czytaniu odkryłem to niewinnie wstawione: „diffuse eitrige Cholangitis“. Co skłoniło autora do połączenia w jedną grupę tak różnych spraw, orzec trudno, wydaje mi się jednak, iż argumenty, które za takim zgrupowaniem przemawiały, stoją zdala od ścisłości naukowej i ogólnie przyjętej etyki chirurgicznej. *Cholangitis*, u nas przynajmniej, gdzie się chorzy trudniej na operację decydują, sta-

nowi stałe powikłanie, przeciętnie $\frac{3}{4}$ całego kontyngensu operujących się chorych. Czy ono w danym przypadku jest ropne i rozlane, tego nigdy napewno powiedzieć nie można. Jeśli zaś oględziny pośmiertne wykażą u operowanego obecność rozlanego ropnego zapalenia dróg żółciowych, to prawie nigdy z zupełną stanowczością powiedzieć nie można, czy to zapalenie istniało już przed operacją, czyli też dopiero po niej się rozwinęło, a przynajmniej, istniejące znacznie się wzmogło. To też, wyrzucając *cholangitis purulenta* do tego samego kosza, co raki, znakomicie poprawiamy rezultaty operacyjne w kamicy żółciowej, lecz, zdaniem mojem, zupełnie niesprawiedliwie. Gdybym chciał w ten sposób postąpić, to, bym mógł powiedzieć, że po operacjach z powodu kamicy żółciowej, wcale nie miałem śmiertelności¹⁾, a przecież niewątpliwie byłoby to orzeczenie dowolne i nieprawdziwe. Materiału operacyjnego idealnego nikt nie miewa, a jeśli kto miewał najwcześniejsze operacje, to z pewnością KEHR, nie wypada więc takim zgrupowaniu danych statystycznych zupełnie uniemożliwić kontrolę.

Skoro nie wiem, ile w tej ostatniej grupie było raków, a ile ropnych zapaleń dróg żółciowych, to już nie mogę sam cyfr, podanych przez KEHR'a, zrektyfikować, a więc nie mogę porównać moich rezultatów operacyjnych w kamicy żółciowej z prawdziwymi rezultatami KEHR'a. Pozostaje więc jedynie możliwe porównanie ogólnej śmiertelności KEHR'a ze śmiertelnością wszystkich moich operowanych. Otóż KEHR na 1000 operacji oblicza 16,2% śmiertelności, podczas gdy na moich 104 chorych przypada 15 śmierci, t. j. 14,4% śmiertelności. Gdybym zaś chciał być nieco złośliwym i obliczył śmiertelność KEHR'a nie w stosunku do liczby wykonanych operacji, lecz w stosunku do liczby opero-

¹⁾ W historyach chorób, które niżej przytaczam, znajdzie czytelnik dwie obserwacje zakończone śmiercią, w których mieliśmy do czynienia z *Cholangitis purulenta* diffusa, a jednak ani na chwilę nie pomyślałem o wyłączeniu tych przypadków z obliczeń statystycznych.

wanych chorych, t. j. tak, jak obliczyłem swoją statystykę, toby wypadło, iż na 925 chorych KEHR stracił 162, a więc miał 17,6% śmiertelności.

Nie chcę tu wczemkolwiek zmniejszać istotnie wielkich zasług KEHR'a dla chirurgii dróg żółciowych. Z uznaniem śledziłem jego nawskroś praktyczne zalecenia w radykalnem operowaniu, drenowaniu przewodu wątrobowego i t.d. Jestem przekonany, iż wyżej wykazana większa jego śmiertelność zależy od większej odwagi, od większego radykalizmu operatora, któremu ja dopiero w ostatnich 4-ach latach holdować zacząłem. Jestem przeświadczony, iż więcej moich chorych, szczególnie w początkowych okresach, pozostało z przetokami, aniżeli chorych KEHR'a. Ale też właśnie u tak zasłużonego na polu chirurgii dróg żółciowych operatora niepomiernie dziwi ta dążność do cyfrowego wykazania lepszych rezultatów, aniżeli są one istotnie. Sam KEHR powiada: „*Prüfet Alles und behaltet das Beste*” (przedmowa l. c. VIII) Otóż mogę zapewnić, iż postaram się możliwie szybko wykreślić z pamięci jego metodę urabiania cyfr statystycznych do z góry nakreślonych przesłanek.

Podając powyższe zestawienie wszystkich wykonanych przezemnie operacji na drogach żółciowych, chciałem dowieść kol. HERMANOWI, iż chirurgia dróg żółciowych w praktyce u nas istnieje. W tem samem, co ja, położeniu, t. j. iż wykonanych operacji ma dużo, a nie ogłosiło o tem *urbi et orbi*, jest bardzo wielu u nas w Warszawie chirurgów. Wymienię chociażby na przykład kol. KARCZEWSKIEGO. Rozporządza on w obecnej chwili kilkunastu obserwacyami, a wyniki ma bardzo dobre. Prawie wszystkie te przypadki osobiście widziałem i mógłbym bez trudu uzyskać zgodę kol. KARCZEWSKIEGO na włączenie ich do mojej statystyki, nie uczyniłem tego jednak, chcąc się oprzeć tylko na przypadkach, zoperowanych własnymi rękami. Mam też niepłonną nadzieję, iż ten nie wyzyskany jego

własny materiał stanie się dla kol. KARCZEWSKIEGO w najbliższej przyszłości pobudką do ogłoszenia cennych przyczynków do chirurgii dróg żółciowych, a to tembardziej, iż sam wprowadził bardzo praktyczną modyfikację wszywania pęcherzyka żółciowego w ranę ścian brzusznych przy cholecystostomii. Gdy dodam, iż z rozmów z kolegami: SAWICKIM, LEŚNIEWSKIM, CIECHOMSKIM, GĄBSZEWICZEM, KIJEWSKIM, ODERFELDEM i wielu innymi wywnioskować mogłem, iż każdy z tych kolegów rozporządza sporą liczbą własnych obserwacji, to widzę się upoważnionym do wypowiedzenia zdania, iż istniejąca u nas *de facto* w praktyce chirurgia dróg żółciowych nie posiada jedynie literackiego obrobienia.

Ale pod tym ostatnim względem chirurgia dróg żółciowych nie jest jedynym działem chirurgii, po macoszemu w naszej literaturze traktowanym. Gdy kol. KIJEWSKI na początku r. b. pisał o nefrektomiach, mógł zgromadzić z naszej literatury zaledwie 14 nefrektomii, wykonanych z powodu *nephrolithiasis*. Tymczasem ja sam posiadam więcej przypadków nefro- i nefrektomii, wykonanych z powodu kamicy, tylko obserwacje te spoczywają dotychczas w archiwach szpitalnych i notatkach osobistych — nie były ogłoszone drukiem.

Powiedzą mi, że obserwacje nie ogłoszone tak jakby nie istniały. Tak, dla literatury, to prawda, dla życia praktycznego — nie. Ludzie, przez nas zoperowani z powodu kamicy nerkowej czy żółciowej, o ile wyzdrowieli, stają się żywymi dokumentami sprawności naszej, chodzącą reklamą, przyciągającą takież sam materiał, siejącą przeświadczenie, że i u nas można się z powodzeniem operować. Reklama to na razie mniej głośna, mniej szerokie obejmująca koła, ale, z własnego doświadczenia zapewnić mogę, kto wie, czy nie skuteczniejsza.

Na zasadzie tego, co wyżej powiedziałem, stwierdzić jedynie należy, iż obecna nasza literatura peryodyczna wcale nie odzwierciedla

istotnego praktycznego życia naszego. Jest to niewątpliwie fakt bardzo niepokojący, ale fakt ten wynika z ograniczenia, powiem nawet więcej, zupełnego odebrania nam praw do aspiracji uniwersyteckich. My, chirurdowie warszawscy, (mówię ciągle o tutejszych stosunkach) nie mogliśmy, dotychczas przynajmniej, ludzi się nadzieją, iż zdobędziemy jaką profesurę lub docenturę w uniwersytecie tutejszym. Jedyną drogą do zdobycia sławy, rozgłosu i materialnego bytu jest dla nas praktyka szpitalna i prywatna. To też wszystkie wysiłki nasze skierowane są ku zdobyciu dostatecznej ilości wiadomości praktycznych i wprawy technicznej. A praktyka — to wielki Moloch, pochłaniający wszystkie siły adepta, który się zaciągnął w jego szeregi. Pierwsze lata, najprodukcyjniejsze, przechodzą w ciężkiej walce o kęs czarnego chleba. A dalej, gdy jaki chirurg wypłynie na równiejszą drogę, musi w obecnych naszych warunkach sam stworzyć sobie cały warsztat dla klinicznej obserwacji. Sami urządaliśmy sobie sale operacyjne, sami sprowadzali urządzenia, sami tworzyli laboratoria, sami gromadzili zbiory muzealne, ryciny i fotografie. A ile to wymaga czasu, ile poświęceń, o tem najłżejszego nawet pojęcia nie ma taki pan profesor, zarządzający wzorowo urządzoną kliniką, wyposażoną świetną dotacją na cele naukowe. W dodatku taka inicjatywa prywatna z konieczności nie sprostą wszystkim zadaniom; w zbieranym przez nas materiale klinicznym zjawiają się luki, które niejednokrotnie pozbawiają nas możliwości zużytkowania czasem nader cennych obserwacji.

My dotychczas naszym pomocnikom, tym murzynom pawilonowym, nie możemy ani zapewnić stałej pensji, ani ich olśniewać podtrzymywaniem nadziei docentury lub profesury. My im z góry powiedzieć musimy: „Stajecie się wyrobnikami wyjątkowego, jak na dzisiejsze stosunki, rodzaju, gdyż bez względu na skromność dziennego lonu nigdy strajkować nie macie prawa, a u-

padając nawet z ciężkiego znoju, winniście wyso-ko nieść sztandar nauki i godności stanu lekarskiego”. Piękne, niezawodnie, lecz to nie nakarmi. To też, czy możemy swym asystentom stawiać te wymagania, które gdzieindziej wydają się słuszne? Czy możemy karcić niedokładne napisanie karty szpitalnej lub krzyczące w niej braki? ²⁾ Przenigdy, i tak podziwiać należy stoicyzm, z jakim znoszą najróżnorodniejsze przywacze, i ochotę, z jaką poświęcają bezpłatnie kilka, ba nawet kilkanaście godzin pracy dziennie chorym szpitalnym.

Oto 2 fazy z życia chirurga warszawskiego obecnej doby: pierwsza — to wywalczanie bytu, borykanie się z brakiem; druga — to rwący potok praktyki w połączeniu z dążeniem do wydoskonalenia swych urządzeń operacyjnych i gromadzeniem materiału obserwacyjnego. W tej drugiej fazie, o ile praktyka dopisze, zjawia się po pewnym czasie przesyt: już nie tylko strawić, ale nawet dobrze zmagazynować napływające masami materiału chirurg często nie jest zdolny. Porwany zawrotnym pędem szybko, jak w kalejdoskopie, zmieniających się obrazów i wydarzeń, zahipnotyzowany powodzeniem, wyczerpany duchowo i fizycznie bezustanną zawodową pracą, rozgorączkowany związanymi z nią radościami i ciężkimi zmartwieniami, chirurg w tym okresie nie rozróżnia zupełnie pojedynczych dni swego żywota; żyje etapami, od jednego wypoczynku do drugiego; liczy swój wiek nie na lata, lecz na liczbę przebytych kampanii, a każda z nich po przeżyciu wydaje mu się jedną ciężką zmorą. Czyż żyjąc tak gorączkowo, poświęcając wszystkie siły na praktykę, jest chirurg w możności napisać coś porządnego, a głównie czy może usystematyzować swą literacką pracę? Zaprawdę — nie. To też prace jego noszą charakter dorywczych komunikatów, pisanych podczas wypoczynków, o ile te ostatnie są dość dłu-

²⁾ Związszcza, że tych kart dotychczas trzeba było pisać dwie: jedną oficjalną, drugą zaś polską, dla własnego użytku.

gie na to, iż pozwalają mu nie tylko ochłonać, dojść do jakiej takiej równowagi, lecz i zabrać się do pisania.

Obie wyż wzmiankowane fazy życia chirurga pożerają lwia część energii nawet dobrze zasobnego w nią osobnika.

Przychodzi 3-cia faza: syt praktyki i mamony (naturalnie, jeśli ma dość skromne wymagania, bo chirurgia u nas to nie interes bankierski, który dawałby krociowe zyski) chirurg chciałby zestawić swój bilans życiowy, i oto stają mu na zawadzie:

1) Luki, napotymane w gromadzonym z takim trudem i poświęceniem materiale klinicznym, wymagające porządnej pracy dla jakiego takiego dopełnienia, jeśli nie chce fantazyować. Niekiedy luki są tak znaczne, iż wcale wypełnić się nie dają, co po wysiłkach, robionych w tym kierunku, sprowadza zniechęcenie do utrwalenia w druku przeżytych swych czynów.

2) Długie lata praktyki, to bezustanne stykanie się z chorym i operowanie, wytworzyły narów — nałóg, do pijackiego podobny, który z nieprzepartą siłą ciągnie od stołu pisarskiego w stronę sali operacyjnej lub na coraz to nowe piętra domów warszawskich, aby co raz to nowych widzieć chorych, już nawet nie dla zysku, lecz w celu zadośćuczynienia tej wewnętrznie odczuwanej potrzeby.

3) Tak zwane zaufanie publiczności, którym na każdym kroku pochlebiają mu chętnie klienci, jest trzecim czynnikiem, wytrącającym chirurgowi pióro z odwyklej od dzierżenia go ręki. Dzieje się to tem łatwiej, iż jest to woda na jego młyn, on tylko czeka na zachętę, aby sobie z zadowoleniem powiedzieć, iż byłoby to zbyt wielką dla społeczeństwa krzywdą, gdyby się uchylał od obywatelskiego obowiązku niesienia pomocy bliźniemu. A jeśli jeszcze potrafią mu podszeptać, iż robi to lepiej od innych, to już i po nim. Tak to jest przecież przyjemnie czuć się jeszcze potrzebnym, iż nie ma chy-

ba chirurga-praktyka, któryby się na lep ten wziąć nie dał i nie zaniedbał hamulców, które obiecywał sobie nałożyć z czasem na wykonawstwo praktyki lekarskiej. No i wciąga się taki chirurg znów powoli w dawny wir praktyki, ze szkodą dla swoich prac literackich i trwa w tym manewrze (z rzadkimi wyjątkami), dopóki go też sama publika zeń nie wytrąci.

Każdy mi chyba przyzna, iż nie są to warunki życia, usposabiające do literackiego twórczenia. Najczęściej się też zdarza, iż dożywamy 4-ej fazy życiowej, w której, choć już wytrąceni z pola praktycznej działalności, nie mamy już ani dość sił, ani zapалу do pisania.

Powiedzmy to raz przecież bez ogródki, iż samo pisanie artykułów lekarskich do zabawnych zadań nie należy. Zajmujące jest zbieranie obserwacji; pociągające rozwikłanie trudnych, nastroczających się w praktyce zagadnień; porywające, entuzjazmujące, całą istotę człowieka pochłaniające, jak dla mnie przynajmniej, jest torowanie sobie drogi przez napotymane trudności do zrozumienia związku, zachodzącego pomiędzy pewnymi objawami chorobowymi a zmianami w organizmie, do wyrobienia odpowiedniej techniki, umożliwiającej co raz to radykalniejsze usuwanie napotykaných zmian chorobowych. Każdy postęp nas wtedy cieszy, każda przegrana smuci. Gdy się jednak już raz stanęło na pewnej wysokości, przedstawiającej w danej chwili summę tego, do czego dojść można, gdy się, banalnie mówiąc, rozgryzło dawny dział chirurgii, to niewątpliwie daleko więcej interesu przedstawia gromadzenie coraz to nowych spostrzeżeń, doskonalenie się własne, aniżeli mozolenie się nad przybraniem swych o danej kwestyi pojęć w mniej lub więcej udatną literacką sukienkę. Nie jest to wcale zabawne spisywać wybornie znane historie chorób i robić komentarze, które się dawno już samemu sobie zrobiło, a móżół tem większy, im się mniej posiada literackiej wprawy.

Każdy mózół wtedy tylko ma rację bytu, jeśli jest podjęty w imię czegoś, dla dopięcia jakiegoś celu. Platoniczny mózół — to nonsens. Dla nas chirurgów warszawskich do dziś dnia odpadała jedna z najważniejszych, kto wie czy nie jedyna racjonalna, a przynajmniej materialnie usprawiedliwiona pobudka do takiego mozolu. Pracą literacką katedry w uniwersytecie zdobyć nie mogliśmy. Placówki pedagogicznej tą drogą osiągnąć nie byliśmy w stanie. Karyera naukowa jest dla nas na trzy spusty zamknięta.

Pozostają, powiedzą mi, inne pobudki: miłość dla nauki, chęć godziwej reklamy, obowiązek utrzymania ojczystej literatury na poziomie wiedzy, chęć pozostawienia śladów swej działalności praktycznej, наконец — narów pisanania.

Gdyby platoniczna miłość do nauki była jedyną pobudką do pisarskiej pracy, to jestem tego pewien, nie tylko nasza literatura, lecz i ogólnie europejska skurczyłaby się do niebawale skromnych rozmiarów, któreby dozwoliły objąć ją niezawodnie jednemu człowiekowi, podczas gdy dzisiaj jest to zadanie nie do spełnienia. Pozostałe z wymienionych wyżej pobudek istnieją, naturalnie, i u nas, nie wystarczają one jednak do zapewnienia literaturze naszej tej ciągłości, tego pędu, którym się odznacza cała literatura europejska. W dzisiejszych zmateryalizowanych czasach trzeba materialnych bodźców do wykrzesania zbawiennego ruchu na polu naszej literatury lekarskiej, a takim bodźcem może być tylko otworzenie dla wszystkich dostępu do kariery naukowo pedagogicznej. Gdy to nastąpi, wierzę niezmiennie, iż, podobnie jak dotychczas, pomimo istnienia w murach naszego miasta uniwersytetu i jego *quasi* koryfeuszów, nie daliśmy sobie wydrzeć berła praktyki lekarskiej nie tylko między swoimi, lecz i pomiędzy najzawziętszymi polakofobami miejscowymi, tak młodzi następcy nasi wstępnym bojem zdobędą wszystkie dostępne dla nich placówki. Wtedy

zakwitnie lekarska literatura polska i nie będziemy już utyskiwali, że ten lub ów dział nie jest w niej reprezentowany.

Dzisiaj, niestety, musimy zadowolić się tem: że kilku znarowionych do pisania ludzi, których zresztą na palcach wyliczyć można, zalewa ryzy drukarskiego papieru; że corocznie, mniej więcej w powakacyjnym okresie, zjawiają się artykułiki różnych specjalistów, przypominających swe nazwiska pamięci kolegów prowincjonalnych; że kogoś zrzadka ruszy sumienie, i że złoży on na ołtarzu ojczystej literatury ofiarę pod postacią sumiennie obrobionej pracy; że na koniec ktoś, jak ja na przykład, zechce dowieść kol. HERMANOWI, iż chirurgia dróg żółciowych, choć w skromnych rozmiarach, jednak u nas istnieje, a jednocześnie zapragnie zostawić choć jaki taki ślad swej działalności praktycznej.

Żywotności, systematyczności, tego, aby była dokładnem zwierciadłem naszego praktycznego życia, żądać od naszej literatury warszawskiej nie mamy prawa, gdyż nie rozporządzamy dostateczną liczbą zachęt materialnych, któreby w tę stronę zwróciły masowy pęd sił młodych, wyrażających się, praktycznie tworzących.

Proszę mi wybaczyć tak długą wycieczkę po za ramy przedmiotu, który zamierzyłem omówić. Dotknąwszy jednak tak ciężkiej bolączki, jaką jest dla każdego Polaka kolosalny rozdźwięk istniejący pomiędzy literaturą naszą a tem, czego dokonywamy w życiu praktycznem, nie mogłem się oprzeć pokusie zwrócenia uwagi na niektóre właściwości naszego warszawskiego życia, które, jeśliby nawet nie odegrały roli okoliczności łagodzących w sądzie o współczesnych lekarzach praktykach tutejszych, to przynajmniej prawdziwie tłumaczą przyczyny braków w naszej literaturze współczesnej.

Zawracając do zajmującego nas przedmiotu, muszę zaznaczyć, iż pierwsze operacye na drogach żółciowych u nas zostały wykonane wtedy, gdy w całej wogóle Europie zaledwie zaczynano zajmować się tym działem chirurgii

Podczas, gdy COURVOISIER (16) w swej przedmowie szczyli się, iż w roku 1890 miał 14 chorych, u których wykonał operacye na drogach żółciowych, a od KOCHER'a, KRÖNLEIN'a, SOCIN'a FRITZCH'a, KAUFMAN'a, KUNZ'a i NIEHANS'a mógł zgromadzić razem tylko 27 przypadków, u nas już KOSIŃSKI, ZAGÓRSKI, ZIELEWICZ i JAWDYŃSKI ogłosili pierwsze swe spostrzeżenia. Dopiero w ostatnich 16-u latach uderza kolosalny rozwój tego działu chirurgii za granicą i niebywała częstość tych operacyi w porównaniu z tem, co u nas widzimy w praktyce. Wobec takich cyfr, jak 1325 operacyi, wykonanych przez braci MAYO (17), albo li też 1111 operacyi KEHR'a (15), gdyż do tej liczby doszedł w ostatnim swoim komunikacie, moja cyfra 104 operacye jest niepomniernie mała. A jednak bodaj czy nie jest to największa cyfra, do jakiej doszedł pojedynczy chirurg polak (obym się mylił!).

Skąd pochodzi ta względna rzadkość operacyi na drogach żółciowych u nas, czy sama choroba jest rzadsza, czy pośp do operowania się jest mniejszy, czy lekarze wewnętrzni bródzą tu chirurgom, jak podejrzuwa kol. HERMAN (l. c. str. 607), żaląc się, iż „chirurgdzy uwolnieni są właściwie od trudu wyszukiwania wskazań“, czy istotnie złe wyniki, będące następstwem operowania zbyt późno przysłanych przez internistów chorych, jak tego chce KADER (l. c. str. 588), odstraszą innych chorych od operowania się, trudno na razie orzec.

Zaznaczyć jednak muszę, że kolosalne liczby KEHR'a nie mogą być miarodajne. Do Halberstadt u odbywała się i odbywa dotychczas jeszcze formalna wędrówka narodów z całej prawie Europy. Niepotrzebnie się też dziwi kol. HERMAN (l. c. str. 607) tej wielkiej liczbie operacyi na drogach żółciowych, dokonanych w mieście „dorównywajacem zaledwie Przemyśłowu“. Fama to magnes, który przyciąga. Jeśli zaś przejrzymy sprawozdania wielkich nawet klinik zagranicznych, to znajdziemy tam cyfry, nie tak znów bardzo odskakujące od tych, które i my

pochwalić się możemy. Tak naprzykład, przeglądając sprawozdanie z kliniki CZERNY'ego (17) za 1904 rok, znajdujemy, iż operacye na drogach żółciowych stanowiły 2,5% wszystkich operacyi, dokonanych w ciągu roku, gdy tymczasem w naszym oddziale w tym samym roku operacye, wykonane na drogach żółciowych, stanowiły 1,3%. Taką przewagę już łatwiej objaśnić wyższym poziomem kultury społeczeństwa, wśród którego funkcyonuje dany zakład, oraz wzrostem zaufania do danego zabiegu wśród lekarzy i otoczenia.

Wzbudzić zaufanie do danego zabiegu operacyjnego jest pierwszorzędnym naszym obowiązkiem i niezawodną drogą do powiększenia liczby tego rodzaju rękoczynów.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szp. Żydowskim na Czystem.

NOWOTWÓR ŚRÓDPIERSIA I RDZENIA.

(O powstawaniu rozsianych drobnych ognisk naczyniowo-sklerotycznych w rozmaitych cierpieniach rdzenia i o pochodzeniu ciałek amyloidowych).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 42)

Mając na widoku powyższe poglądy i wyniki badań, rozpatrzmy teraz dokładnie ciałka amyloidowe, spotykane w naszym przypadku, zarówno pod względem ich umiejscowienia, jak i pod względem zachowania się wobec barwników.

Zwracamy szczególną uwagę na niezwykłą liczbę t. zw. *corpora amylacea*, którąśmy stwierdzili w naszym przypadku. Na topografii tych ciałek na przekroju i na główne ich umiejscowienie na pewnych wysokościach rdzenia wskazywaśmy już powyżej. Stwierdziśmy te ciałka przeważnie w istocie białej. W isto-

cie szarej spostrzegaliśmy je w nader ograniczonej liczbie i to przeważnie w częściach obwodowych rogów przednich, przylegających do istoty białej. Czasami, można je było stwierdzić nawet w częściach środkowych istoty szarej w przestrzeni okołonaczyniowej lub też luźno w tkance. W istocie szarej ciała te posiadają

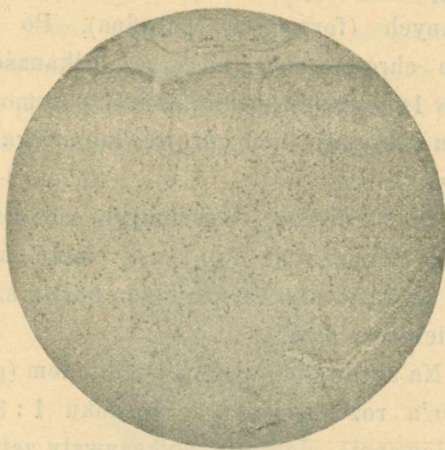


Fig. III.

Słup tylny, w którym już przy słabym powiększeniu widać ogromną liczbę ciałek amyloidowych. Zabarwienie hematoksylina-afunową. Powiększenie 1:60.

mniejszy kaliber, niż w istocie białej. W większej liczbie spotykaliśmy je w okolicy kanału centralnego. Tutaj leżały one rozrzucone pomiędzy obwodami (przeważnie bocznymi) komórkami ependymarnymi kanału. Dość znaczną liczbę ciałek amyloidowych wykazały również spoidła przednie i tylne.

W istocie białej skupienia tych ciałek były (np. w słupach tylnych i w tylnej części słupów bocznych) tak wielkie, że wprost przykuwały do siebie oko podczas badania drobnowidzowego. Po zatem ciała te były rozrzucone po całym polu słupów przednio-bocznych, aczkolwiek w mniejszej znacznie liczbie. Specjalnie zaznaczamy, że ciała te napotykał się czasami dość obficie w miejscach, które tkanki nerwowej nie posiadają, a więc w t. zw. pasie obwodowym neuroglei (gliose Randschicht), szczególnie zaś w miejscach wejścia przegród *piae metris* do rdze-

nia, wzdłuż samych tych przegród, w t. zw. *spatium epispinale*, w okolicy kanału centralnego, pomiędzy komórkami ependymarnymi i bardzo często i to w wielkiej liczbie w przestrzeniach limfatycznych (okołonaczyniowych), otaczających szczególnie duże naczynia.

Nigdzie nie mogliśmy spostrzedz ugrupowania układowego (systemowego) tych ciałek, t. j. nigdzie nie trzymały się one pewnych szlaków anatomicznych. Jedyne związki ściślejsze polegały na tem, że dość często ciała te skupiały się w olbrzymią wprost liczbę w okolicy naczyń.

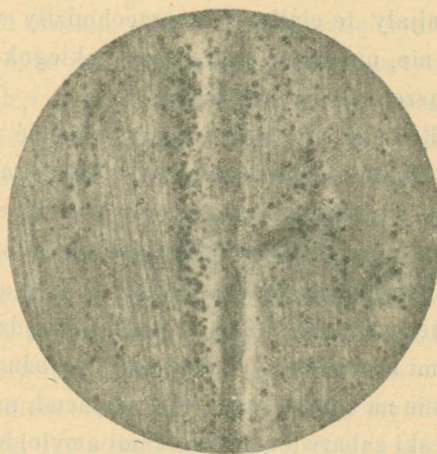


Fig. IV.

Skrawek podłużny rdzenia, barwiony hematoksylina-afunową. Powiększenie 1:135. Podłużnie trafione naczynie krwionośne wraz z jego rozgałęzieniem. Na zewnątrz (na lewo) jaśniejsza przestrzeń okołonaczyniowa i kolumna ciałek amyloidowych. Te ostatnie pokrywają również okolicę rozgałęzienia naczynia i są w mniejszej liczbie porzucane w istocie białej. W tej ostatniej widać podłużne wyrostki osiowe szczególnie po lewej stronie fotografii.

Fakt ten występował szczególnie jaskrawo na skrawkach podłużnych. Na skrawkach tych spostrzegaliśmy okolicę większych naczyń trafionych podłużnie jakby usiane wprost temi ciałkami; leżały one w rozszerzonych przestrzeniach okołonaczyniowych i nieopodal naczyń, lecz i tutaj ciała te nie trzymały się niewolniczo naczyń, ani też nie wykazywały wyraźnych pasów podłużnych, któreby towarzyszyły naczyniom; leżały one prędkiej kępkami, grupkami

najrozmaitszej wielkości i gęstości. Ten brak jednolitości i równomierności występował jeszcze wybitniej na skutek tego, że oddzielne ciała amyloidowe wykazywały bardzo znaczne wahania swej wielkości. Różnice były tak wielkie, że napotykalismy ciała, mierzące tylko 6 μ ., i ciała, których średnica wynosiła 22 μ . (wymiary średni ciałek = 10 — 12 μ .).

Podkreślamy następująco fakt znamieny, że nigdzie nie zdołaliśmy stwierdzić jakiegokolwiek związku pomiędzy poszczególnymi włóknami nerwowymi i ciałkami amyloidowymi. Używając immersyi, widzieliśmy, jak włókna nerwowe omijały te ciała lub przechodziły wprost przez nie, nie wykazując nigdy jakiegokolwiek ściślejszego związku z niemi.

Również nie zdołaliśmy stwierdzić związku morfologicznego pomiędzy ciałkami amyloidowymi i jądrami neuroglei. Na skrawkach, najbardziej się nadających do studyów odpowiednich (barwionych hematoksyliną alunową), występują bardzo wyraźna różnica pomiędzy temi jądrami neuroglei, wykazującemi wyraźne kropkowanie na dość jasnym tle i ciemnymi, na kolor niebieski zabarwionymi ciałkami amyloidowymi, przeważnie zupełnie okrągłymi i znacznie większemi od jąder glei.

Co dotyczy budowy wewnętrznej ciałek amyloidowych, to spostrzegaliśmy następujące właściwości tej budowy. Przedewszystkiem podkreślamy ten fakt, że najlepsze obrazy drobnovidzowe otrzymaliśmy ze skrawków, pochodzących z kawałków rdzenia niechromowanych i barwionych (po uprzednim zalaniu w parafinie) wyłącznie hematoksyliną alunową. Krótkie nawet podbarwienie eozyną lub fuksyną (metoda v. GIESON'a) daje kolor mieszany ciałek i zamazuje ich budowę wewnętrzną. Ciała te barwiliśmy również najrozmaitszymi innymi barwnikami (Jodgrün, Methylenblau, Safranin), lecz barwniki te nie dają tak jasnych obrazów, jak hematoksyliną alunową. Ciała, barwione tymi odczynnikami, wykazują kolor

podstawowy barwnika t. j. nie zmieniają go na skutek przemiany chemicznej na inny kolor. Barwione fioletem metylowym wykazują zabarwienie fioletowe, podczas gdy reszta skrawka występuje w kolorze niebieskim. Barwione płynem v. GIESON'a (bez uprzedniego podbarwienia jąder za pomocą hematoksyliny), ciała te nie występowały wyraźnie na skrawkach niechromowanych (formalina, parafina). Po uprzednim chromowaniu (np. przez kilkanaście godzin w 1% roztworze *acidi chromici* w termostacie) ciała nabierały słabo różowej lub amarantowej barwy.

Na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a (KULCZYCKI-WOLTERS), ciała amyloidowe wykazywały bardzo bladą barwę szarawą z odcieniem sinym.

Na skrawkach, barwionych jodem (płynem LUGOL'a rozcieńczonym w stosunku 1 : 3 wody destylowanej), ciała te wykazywały zabarwienie, wybitnie się różniące od tkanki. Ta ostatnia nabierała zabarwienia żółtego, ciała zaś amyloidowe występowały w postaci okrągłych ciałek koloru szarego, który przypomina najbardziej kolor stali. Kolor ten nie wykazywał zmiany, gdy skrawki, barwione uprzednio płynem LUGOL'a, poddawano wpływowi kwasu siarczanego (1%).

Na skrawkach, zabarwionych metodą MARCII'ego, ciała amyloidowe można było wyraźnie odróżnić, używając powiększeń immersyjnych i wąskiej dyafragmy. Ciała te występują w postaci okrągłych bezbarwnych *resp.* słabo szarych krążków bez wyraźnej budowy wewnętrznej. Nie zawierały one zgoła żadnych bryłek albo ziaren czarnych.

Na skrawkach, barwionych hematoksyliną alunową i rozpatrywanych przy średnim powiększeniu (LEITZ'a okular I, obiektyw 6 = 255 $\times$), ciała te wydają się na pierwszy rzut oka jednolitemi co do wewnętrznej swej budowy. Są one zabarwione przeważnie na dość intensywny kolor niebieski i tylko w jaśniejszych nieco ciałkach można roz-

poznać ciemniej zabarwione jądro. Dopiero przy użyciu obiektywu immersyjnego stwierdzić można z łatwością, że ciała amyloidowe zawierają w środku okrągłe, intensywniej się barwiące jądro, w jądrze tem można było czasami stwierdzić niewyraźną granulację. Pozatem spostrzedz można w wielu jądrach jeszcze intensywniej zabarwione jąderko (w postaci przeważnie eliptycznej). Samo ciało tych *corpora amylacea* t. j. część obwodowa, leżąca nazewnątrz jądra wykazywało przeważnie zabarwienie jednolite. W niektórych jednak mniej intensywnie zabarwionych *corpora amylacea* można było spostrzedz w niem pewną budowę koncentryczną.

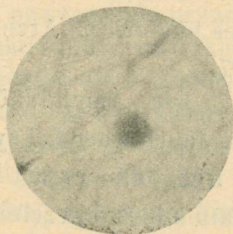


Fig. V.

Ciało amyloidowe. Barwienie alunową hematoksyliną. Powiększenie immersyjne 1:500.

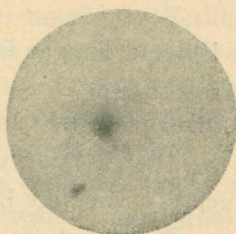


Fig. VI.

Ciało amyloidowe. Skrawki spoczywały przez $\frac{1}{2}$ godziny w % roztworze kwasu octowego, następnie — barwione fioletem metylowym. Powiększenie immersyjne 1:500.

Forma zewnętrzna ciałek jest prawie zawsze zupełnie okrągła. Niektóre mają postać bardziej wyciągniętą (formę elipsy, a nawet podobną do kielbaski).

Na podstawie szczegółowego rozpatrzenia wszystkich tych właściwości ciałek amyloidowych, napotkanych w naszym przypadku w rdzeniu, doszliśmy do następujących wniosków. Wy-

daje się nam najbardziej prawdopodobne przypuszczenie, że ciała te stanowią twory komórkowe. Jest to sąd najogólniejszy, i wyznajemy otwarcie, że nie byliśmy w stanie wyjść po za jego ramy. Jakie jest pochodzenie tych tworów — nie wiemy. Czy *corpora amylacea* pochodzą z jąder neuroglei, czy też z innych komórek (krwi, naczyń), pozostało dla nas niewykryte, głównie z tej przyczyny, że nigdzie nie mogliśmy stwierdzić, ani form przejściowych (np. pomiędzy jądrami neuroglei i ciałkami amyloidowymi), ani też bliższej topograficznej zależności od pewnych specjalnych części składowych rdzenia. Jedno tylko pragnęlibyśmy zaznaczyć, że zarówno postać zewnętrzną tych ciałek, jak i pewien ich stosunek do przestrzeni limfatycznych nasuwały myśl o ich podobieństwie do ciałek ziarnistych (Körnchenzellen).

Przypuszczenie nasze o komórkowym charakterze ciałek amyloidowych, nie zaś o ich pochodzeniu z włókien nerwowych opieraliśmy głównie na tem, że z jednej strony nigdzie nie spostrzegliśmy jakiegokolwiek związku ani z wyrostkiem osiowym, ani z otoczką myelinową, z drugiej zaś strony ciała te wykazywały budowę komórkową. Można by wprawdzie uczynić zarzut, że spostrzegane w ciałkach amyloidowych intensywniej zabarwione krążki nie są ani jądrem, ani jąderkiem, lecz że stanowią części składowe jakiegoś koncentrycznie zbudowanego ciała krochmalowego. Biologiczne jednak właściwości znajdujących w naszym przypadku tworów przemawiają przeciwko temu. Niewątpliwie ścisły stosunek, zachodzący pomiędzy temi ciałami i przestrzeniami limfatycznymi (okołonaczyniowymi, z okolicą kanału centralnego i z t. zw. *spatium epispinale*) rzuca pewne światło na prawdopodobną rolę aktywną tych ciałek. I tutaj występuje również pewna analogia z komórkami ziarnistymi.

Koledze STEINHAUSOWI składamy serdeczne podziękowanie za łaskawe wykonanie zdjęć mikrofotograficznych.

LITERATURA.

BIKELES. Zur Kenntniss des Symptomencomplexes bei disseminirter Hinter-Seitenstrangerkrankung (auf Grund von Befunden in einem Fall von Meningo-Myelitis probabil. luetica). Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1902. T. 21.

BREGMAN i STEINHAUS. Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego. Medycyna. 1903.

FINKELNBURG. Ueber Rückenmarksveränderungen bei Hirndruck. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1902 r. T. 21.

FÜRSTNER. Ueber multiple Sklerose und Paralysis agitans. Archiv für Psychiatrie. T. 30. 1898.

HOCHE. Ueber die bei Hirndruck im Rückenmark auftretenden Veränderungen. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. T. 11.

KÖLPIN. Ueber den klinischen und anatomischen Befund in einem Falle von tuberculöser Erkrankung des rechten Atlanto - Occipitalgelenks. Archiv für Psychiatrie. T. 37. 1903 r.

LUBARSCH. Ueber Rückenmarksveränderungen bei Carcinomatösen. Zeitschrift f. Klin. Med. 1897 r. T. 31.

MAYER. Ueber anatom. Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor. Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurologie. T. 12.

MINNICH. Zur Kenntniss der im Verlauf der perniciosen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. Zeitschr. f. Klin. Med. 1890 r. T. 21 i 22.

NAGEOTTE. Sur la nature et la pathogénie des lésions radiculaires de la moelle qui accompagnent les tumeurs cerebrales. Revue Neurologique. 1904 r.

NONNE. Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciosen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. Archiv f. Psychiatrie. T. 25. 1893 r.

NONNE. Rückenmarksuntersuchungen in Fällen von pernicioser Anämie, von Sepsis und von Senium. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1899 r. T. 14.

OBERSTEINER. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Wien.

RAYMOND. Tumeur cérébrale avec abolition des réflexes tendineux. Archives de Neurologie. 1904. N. 97.

REDLICH. Die Amyloidkörperchen des Nervensystems. Jahrbücher f. Psychiatrie. T. 10.

REDLICH. Ueber eine eigenthümliche durch Gefässdegeneration hervorgerufene Erkrankung der Rückenmarkshinterstränge. Arbeiten aus dem Lab. von Prof. Obersteiner. Heft 2.

SCHMAUS. Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. Wiesbaden. 1901.

SIEGERT. Untersuchungen über corp. amyloidea. Virch. Arch. T. 129.

STROEBE. Degenerative und reparatorische Vorgänge bei der Heilung von Verletzungen des Rückenmarks. Zieglers Beiträge. T. 15.

STRÜMPPELL. Zur Kenntniss der Haut- und Sehnenreflexe bei Nervenkranken. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. T. 15. 1899.

WOLF. Die Amyloidkörperchen des Nervensystems. Inaug. Diss. München.

IV międzynarodowy Zjazd w sprawach medycyny ubezpieczeniowej.

Podał

Józef Luxenburg.

(Dokończenie. — Zob. N. 42).

Statystyka.

W myśl powszechnie uznanej potrzeby możliwie wszechstronnego zużytkowania materyału, gromadzącego się w archiwach towarzystw ubezpieczeniowych, podaje D-r CARRUTHERS (Londyn) projekt tabeli, nader pracowicie ułożonej.

W tym samym kierunku przemawia D-r SNELLEN (Zeist), wskazując korzyści z urządzenia międzynarodowego biura statystycznego.

Wypadki nieszczęśliwe w stosunku do chorób wewnętrznych.

D-r FEILCHENFELD (Berlin). Nauka współczesna nie zna chorób wewnętrznych, które wyodrębniłyby się dały ze względu na pochodzenie urazowe. Równie trudne do określenia, a w praktyce nawet znacznie ważniejsze są te przypadki, w których należy orzec, o ile wypadek nieszczęśliwy pociągnął za sobą pogorszenie już istniejącej poprzednio choroby wewnętrznej. Względnie do większej lub mniejszej możliwości wpływu wypadku na istniejące już choroby, autor podzielił te ostatnie na 5 grup. Opierając się na materyale towarzystw ubezpieczeniowych, autor roztrząsa wyniki badań 250 przypadków chorób wewnętrznych po urazie: gruźlicę, cukrzycę, choroby serca i naczyń, nerek, żołądka i kiszek, guzy, choroby mleczka, psychozy, nerwice, wreszcie — tak często spotykane „natręctwo odszkodowania” (Rentensucht), które odróżnić należy od „histeryi odszkodowania” (Rentenhysterie). Pierwsze należy uznać w tych razach, gdy skutki wypadku dawno przeszły, a poszkodowany domaga się ciągle odszkodo-

wania; objawów nerwowych niema, a skargi dotyczą się poprzednio uszkodzonej części. „Histerya odszkodowania” — to postać, dobrze znana w odnośnej praktyce; psychicznie — przypomina chorobliwe pieniacstwo, klinicznie zaś — zwykłą histeryę; i tu należy odróżniać postać, zjawiającą się, jako taka, od początku — od postaci, występującej w późniejszym okresie. Wyleczyć z tej choroby można albo za pomocą odszkodowania, albo też przez odrzucenie tegoż. Odnośna kazuistyka daje pouczające przykłady.

Stronę prawną stosunku wypadku do istniejącej uprzednio choroby podniósł GERKRATH i proponuje pewne zmiany w dotychczas panujących poglądach.

Choroby umysłowe — ostre pogorszenie po wypadku.

WEBER (Getynga). Pogorszenie możliwe jest jedynie przy uprzednio istniejącem usposobieniu do choroby lub też przy już rozwiniętej chorobie. Najczęściej niepodobna jest wykazać w sposób niewątpliwy usposobienia — i wtedy urazowi należy przypisać (z małymi wyjątkami) znaczenie „*causae efficientis*”, a nie momentu pogarszającego. Naogół jednak należy uznać, że wypadek wykrywa, a nie wywołuje chorobę umysłową. W szczególe istnieje między przymiotem a paraliżem postępującym tego rodzaju stosunek, że uraz może spowodować paraliż wobec usposobienia na tle przymiotu.

Uraz przy skrytych i jawnych cierpieniach organicznych mleczka i mózgowia.

RIEDINGER (Würzburg) zadał sobie pracę przestudyowania większej liczby akt związków

zawodowych i towarzystw ubezpieczeniowych, z których zdołał wybrać 213 przypadków, stanowiących materiał dla referatu.

Licznie przytoczona kazuistyka, ilustrowana klinicznie i sądowno-lekarsko, dotyczy następujących postaci: *atrophia musculorum spinalis progressiva*, *paralysis spinalis spastica*, *sclerosis later. amyotrophica*, *tabes dorsalis*, *syringomyelia*, *sclerosis multiplex*; guzy układu nerwowego ośrodkowego.

Sprawa wpływu podrażnienia urazowego na powstawanie i istotę tych cierpień ma znaczenie więcej praktyczne, aniżeli naukowe. Wyniki ścisłego badania naukowego przemawiają przeciw prawdopodobieństwu takiego wpływu; w odpowiednich więc przypadkach należy przypuścić istnienie chorobliwego usposobienia układu nerwowego. Natomiast wskazuje doświadczenie na możliwość wpływu na przebieg choroby, na zaostrzenie oddzielnych objawów, i w tym razie staje się uraz komplikacją choroby. Przy rozbiorze stanu choroby należy uwzględnić wpływ zmian organicznych na myśl i samopoczucie dotkniętego przez uraz. Ogólne prawidła do procentowego określenia w podobnych przypadkach ułożyć się nie dają.

VULPIUS (Heidelberg). Świadcstwa lekarskie stwierdzają pochodzenie urazowe cierpienia nerwowego organicznego częściej, aniżeli objawy na to pozwalają. Przy stwierdzaniu takiego pochodzenia choroby należy uwzględnić związek urazu z chorobą w czasie, który nie może przekraczać pewnych granic (jako humorystykę przytacza autor z literatury przypadki, gdzie syringomyelia powstawała w ciągu 8—49 lat po urazie). Dalej, uraz ma dotknąć wprost i dość silnie głowy lub pleców. Wpływ wypadku z obwodu na ośrodek jest wyłączony — zapalenie wstępujące nerwów nie istnieje. Anatomopatologicznie nie stwierdzono dotychczas bezpośredniego wpływu urazu na cierpienie organiczne mleczka pacierzowego. Klinicznie jednak niektórzy autorzy przypisują urazowi wpływ, przyspieszający rozwój choroby — szczególnie w stwardnieniu wieloogniskowym, a także — do pewnego stopnia — w guzach mózgowia, ale — w tych ostatnich — o tyle, o ile objawy miejscowe wskazują na związek z urazem głowy lub gdy na sekcji wykrywa się guz w miejscu, odpowiadającym na zewnątrz przebytemu urazowi.

Sposób wypłaty odszkodowania w przypadkach nerwicy urazowej.

WIMMER (Kopenhaga) przytacza wynik 8-letniego doświadczenia duńskiego ubezpieczenia robotników, gdzie dopuszczalne jest jedynie odszkodowanie jednorazowe. Taki system wypłaty okazuje się jednak niemożliwym wobec wielkich trudności, z jakimi jest połączone określenie inwalidności w krótkim przeciągu czasu. Przyjęto więc w Danii w tych przypadkach system wypłaty w 2 ratach przy dwukrotnych oględzinach po upływie 1—2 lat. Wynik doświadczenia jest nader zadawalający. W połowie spostrzeganych przypadków powtórne badanie stwierdziło zupełny powrót zdolności do pracy, w innych zaś dało się postawić racjonalne rozpoznanie cierpienia organicznego, co przedtem było niemożliwe. System ten jest więc i terapeutycznie i finansowo racjonalny.

Pogorszenie się nerwic czynnościowych pod wpływem urazu (ocena krytyczna).

CRAMER (Getynga). By poznać cechy pogorszenia się nerwicy, należy wiedzieć, w jaki sposób pogorszenie powstaje. Nie każdy wypadek nieszczęśliwy pociąga za sobą nerwicę. Obok tego jednak wiadomo, że lekki wypadek wywołuje nieraz ciężką nerwicę; dotyczy to osobników, które z domu już tę małą odporność wyniosły. Z drugiej zaś strony — po ciężkich wypadkach występuje nieraz bardzo lekka nerwica, a w razie jej uprzedniego istnienia — brak nawet pogorszenia. W przebiegu nerwicy widzimy samoistne (bez wypadku) pogorszenia. Zauważyć też należy, że wypadek w omawianej kwestyi nie ma bynajmniej obejmować okolicy głowy — specjalnie mózgu. Wynika więc, że krytyczna ocena pogorszenia jest nader trudna. Neuropatyczne usposobienie, zwykle wahania w przebiegu nerwicy — oto punkty, o których pamiętać należy nawet wobec przebiegu wypadku. Jakościowe i ilościowe pogorszenie objawów nerwicy po wypadku muszą być przypisane temu ostatniemu. Dokładna anamneza pogorszenia winna być uwzględniona przy opisie wypadku.

Część szczegółową omawianej sprawy referuje

WINDSCHEID (Lipsk). Epilepsja ulega pogorszeniu w tem znaczeniu, że przy istnjącem usposobieniu może pierwszy napad wywołany zostać przez wypadek. Pozatem może się do istniejącej już epilepsji przyłączyć histerya urazowa, tak samo jak do płasawicy (*chorea*), która pod wpływem wypadku może się pogorszyć. Choroba BASEDOW'a ulega zwykle po wypadku znacznemu nasileniu, tem większemu, gdy się przyłącza histerya. W drżączce porażennej (*paral. agitans*) możliwe jest pogorszenie, dotychczas jednak nieznane. W histeryi i neurastenii możliwe jest wobec wrodzonego usposobienia pogorszenie po wypadku, — tem silniejsze, im wyraźniejsze były objawy nerwowe przedtem. Wypadek przeistacza zwykłą neurastenię i histeryę w nerwicę urazową, mianowicie pod wpływem możliwości otrzymania odszkodowania; rodzące się natręctwo odszkodowania trafia na nerwowo osłabioną odporność i rozwija się nadmiernie. Rozmiar wypadku nie gra tu roli, a pogorszenie pochodzi głównie ztąd, że obok istniejących objawów ogólnych na pierwszy plan występują miejscowe, na których ześrodkowują się wrażenia chorego. Rodzi się skłonność tłamaczenia wszelkich dolegliwości skutkami wypadku, a to dlatego, że — ciągle pod wpływem natręctwa odszkodowania — zjawia się chęć otrzymania odszkodowania i za te choroby. Nie ma tu mowy o udawaniu lub złej woli. Leczenie jest tu niezwykle trudne, gdyż odszkodowanie bywa tu wyżej cenione, aniżeli zdrowie. Typowy chory z wypadku nigdy sam nie przyzna, że nastąpiła poprawa w zdrowiu.

W dyskusyi, która się na temat powyższy rozwinęła, ujawniły się dwa wprost przeciwne poglądy. Tak, między innymi, utrzymuje UNVERRICHT, że do podtrzymania owego natręctwa przez przyznanie odszkodowania nie ma wskazań lekarskich nawet z ogólniejszego punktu widzenia; objawu chorobowego w zjawisku tem dopatrzyć się trudno, a usunąć je można również nie tylko przez przyznanie odszkodowania, ale i wprost przeciwnie — odmawiając odszkodowania.

W związku ze sprawą przyznania lub odmówienia odszkodowania znajduje się cała wogóle sprawa stanowiska lekarza

względem przebiegu nieszczęśliwego wypadku i ostatecznego określenia skutków. Jest to, jak wiadomo, obowiązek nader niemiły. To też ogólny poklask znalazła myśl jednego z uczestników — pozostawienia świadectw ostatecznych lekarzom ubezpieczeniowym. W myśl tego postulatu przemawiał FRANK (Berlin), który żąda, aby każdy wypadek od początku do końca kontrolowany był przez lekarza towarzystwa, który w ten sposób ma prawo do wydania decydującego poglądu*). Tą drogą nabiera się niezwykłego doświadczenia, co jedynie z pożytkiem dla obu stron być może. Rzecz prosta, że lekarza na tem stanowisku należy całkowicie zabezpieczyć materyalnie, tak aby mógł on zupełnie od praktyki się usunąć.

Alkoholizm i ubezpieczenie.

Interesująca sprawa wzajemnego stosunku wstrzemięźliwości i ubezpieczenia została odmiennie oświetlona bądź dla różności materiału naukowego, bądź też dla różnorodności krajów. W Niemczech nie uważają wstrzemięźliwości w używaniu napojów wysokowych za okoliczność, zmniejszającą ryzyko towarzystwa ubezpiecz.; co najmniej, brak na to dostatecznych danych statystycznych, a powoływanie się na pomyślne statystyki angielskie nie wyłącza bynajmniej innych wpływów poza wstrzemięźliwością.

Tem nie mniej szwedzkie towarzystwo ubezpiecz. wykazuje na ogół mniejszą śmiertelność wśród abstynentów, tak samo jak w Danii, gdzie dwa towarzystwa ubezpiecz. przyjmują członków towarzystw wstrzemięźliwości na łatwiejszych warunkach. W Anglii zaś istnieje towarzystwo ubezpiecz. dla abstynentów, które innych kandydatów przyjmuje podług wyższej taryfy.

Pozostaje sprawa ubezpieczenia ludzi, których zajęcie naraża na nadużywanie napojów wysokowych (szynkarze, restauratorzy i t. d.). Przyjęto tu zasadę wyjątkowych premii, co również należy uważać za broń w walce z alkoholizmem.

*) Sprawozd. przyjemnie było zaznaczyć, że dezyderaty, ogłoszone pod adresem niemieckich tow. ubezpiecz., są u nas faktem w Warsz. Tow. Wzaj. Ubezpiecz. od nieszczęśliwych wypadków robotników — od początku istnienia towarzystwa.

U S T A W A

STOWARZYSZENIA LEKARZY POLSKICH,

wniesionego do rejestru stowarzyszeń i związków gub. warszawskiej za № 14 na mocy postanowienia warszawskiej komisji gubernialnej dla spraw stowarzyszeń i związków z dnia 11-go sierpnia 1906 r.

I. Zadania Stowarzyszenia.

§ 1. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zajmuje się sprawami zawodowo-społecznymi, zawodowymi i towarzyskimi.

Uwaga. Stowarzyszenie nie ma barwy politycznej i stoi poza stronnictwami.

§ 2. Dla osiągnięcia swych zadań Stowarzyszenie:

1) Tworzy teren do omawiania i formułowania przez lekarzy swych potrzeb i życzeń w sprawach zawodowych.

2) Stoi na straży powagi i godności stanu lekarskiego.

3) Dąży do wytworzenia Izby Lekarskiej Królestwa Polskiego.

4) Opracowuje projekty reorganizacji służby lekarskiej i szpitalnictwa w Królestwie Polskiem i dąży do ich urzeczywistnienia.

5) Opracowuje, rozpatruje, przedstawia Władzom i popiera projekty reform w sprawach lekarskich, higienicznych i policyjno-lekarskich.

6) Dąży do wytworzenia Rady Krajowej [centralnej] zdrowia publicznego.

7) Dopomaga powstawaniu i rozwojowi szkolnictwa lekarskiego polskiego.

8) Organizuje lub popiera kursa dla lekarzy celem uzupełnienia ich wiadomości.

9) Urządza, popiera czynnie i reorganizuje zjazdy i wystawy lekarskie.

10) Udziela zapomóg na cele naukowe i kształcenia.

11) Zakłada pracownie, muzea, biblioteki i inne instytucje naukowe, techniczne i lecznicze.

12) Wydaje czasopisma lekarskie lub da-

je inicjatywę do ich wydawania oraz kształcenia.

13) Wydaje dzieła lekarskie.

14) Zakłada, wspiera, lub reorganizuje kasy lekarskie wzajemnej pomocy, pożyczkowe, posagowe, pogrzebowe, wsparcia i ubezpieczeń na wypadek choroby, niezdolności do pracy, starości lub śmierci.

15) Pośredniczy w poszukiwaniu posad i lekarzy.

16) Opracowuje projekty praw i obowiązków lekarzy fabrycznych, kolejowych, miejskich i wiejskich.

17) Broni praw i interesów materialnych lekarzy.

18) Pośredniczy pomiędzy lekarzami i władzami, przedstawiając władzom opinie i żądania lekarzy w sprawach lekarsko-sanitarnych oraz udzielając odpowiedzi na zapytania Władz w tych sprawach.

§ 3. W sprawach etycznych Stowarzyszenie: 1) ustanawia sądy polubowne i koleżeńskie [§ 35 — 49]; 2) ustala wytyczne w wątpliwościach, nastroczanych przez zmieniające się warunki życia, a dotyczących stosunków lekarzy pomiędzy sobą, z chorymi i publicznością, oraz stosunku lekarzy do społeczeństwa.

§ 4. W celach towarzyskich Stowarzyszenie urządza dla członków, ich rodzin i gości czytelnię z biblioteką, zebrania towarzyskie, literackie, artystyczne, odczyty i t. p.

II. Skład Stowarzyszenia.

§ 5. Członkowie Stowarzyszenia dzielą się na: a) honorowych, b) założycieli i c) rzeczywistych.

§ 6. Członkami honorowymi mogą być osoby, które na wniosek zarządu ogólne zebranie Stowarzyszenia uzna za godne tego zaszczytu.

U w a g a. Członkowie chonorowi zwolnieni są od obowiązkowej składki pieniężnej.

§ 7. Członkami założycielami są: Zdziśław SŁAWIŃSKI, Witold HORODYŃSKI, Władysław BRUNER, Kazimierz RZĘTKOWSKI, Witold SZUMLAŃSKI, Henryk NUSBAUM, Bronisław SAWICKI, Józef JAWORSKI, Antoni GĄBSZEWICZ, Andrzej CIECHOMSKI, Kazimierz ZIELIŃSKI.

§ 8. Członkami rzeczywistymi mogą być lekarze bez różnicy płci i narodowości, którzy ukończyli wydziały lekarskie w Królestwie, Cesarstwie lub zagranicą. Członkowie rzeczywisti opłacają składkę roczną w wysokości *minimum* 6 rubli rocznie.

§ 9. Kandydat na członka Stowarzyszenia lub na stałego gościa składa do Zarządu krótki opis swego życia i podanie, w którym winien powołać się na 2-eh Członków Stowarzyszenia. Nazwiska kandydatów wywieszone są w lokalu Stowarzyszenia przez 4 tygodnie. O przyjęciu kandydatów decyduje komisja wyborcza [§ 50 i 51].

§ 10. Stowarzyszenie dąży do tworzenie oddziałów na prowincyi w granicach Królestwa Polskiego. Siedliskiem Zarządu jest Warszawa.

III. Środki Stowarzyszenia.

§ 11. Środki Stowarzyszenia stanowią: a) składki członków; b) jednorazowe lub stałe zapomogi, ofiary, darowizny i zapisy; c) wpływy z zabaw, koncertów, odczytów i widowisk; d) opłaty za wprowadzonych gości i t. p.

§ 12. Określona przez Zebranie ogólne część wpływów przeznaczona się na kapitał zapasowy; do kapitału tego zaliczają się również ofiary, jakie na ten cel przeznaczają sami ofiardawcy. Wydatkowanie sum z kapitału zapasowego odbywa się tylko na podstawie uchwały Zebrania ogólnego.

§ 13. Sposób przechowywania i lokowania kapitału zapasowego oraz wszelkich innych kapitałów i sum Stowarzyszenia proponuje corocznie Zarząd i zatwierdza Zebranie ogólne.

(D. n.).

Wiadomości bieżące.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Na posiedzeniu dnia 13-go października r. b. członkowie Zarządu Stowarzyszenia doktorzy: S. BRONOWSKI, K. CHEŁCHOWSKI, O. HEWELKE, B. JAKIMIAK, W. KOSMOWSKI, W. KAMOCKI, W. KRAJEWSKI, H. NUSBAUM, A. PRZYBOROWSKI, B. SAWICKI, i W. SZUMLAŃSKI dokonali ze swego grona głosowaniem wyboru urzędników Zarządu, a mianowicie: na prezesa Zarządu powołany został d-r T. DUNIN, na wiceprezesa — d-r H. NUSBAUM, na sekretarza —

d-r S. BRONOWSKI, na skarbnika — d-r A. PRZYBOROWSKI i na gospodarza lokalu d-r W. SZUMLAŃSKI. Tak ukonstytuowany Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich niniejszem uprasza pp. Członków Stowarzyszenia o niezwłoczne wnie sienie składki członkowskiej za ostatni kwartał roku bieżącego w wysokości 3 rb. na ręce skarbnika d-ra A. PRZYBOROWSKIEGO. O terminie oddania lokalu Stowarzyszenia do użytku jego członków Zarząd ogłosi osobno.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

B. Kuniuszennaja
1/8.

LONDYN
(Anglia).

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

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadoma, 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 fizjologicznym. Po licznych samodzielnym badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizjologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przede wszystkim

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

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Ziukperhydrol

Methylatrop. bromatum



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

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

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

Paranephrin

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

Zelatina sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieśniewnymi ostryżami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma 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, roztręb nerwowo. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

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

Iodipin 10%

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

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

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

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

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

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieśniewny, specyfik przeciw noenym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.