Nr. 41. Tom X. Warszawa, dnia 11 Października 1890 r. Seryja II. Rok XXV.

GAZETA LEKARSKA.

# I. O WAHANIACH WAGI CIAŁA W PRZEBIEGU TYFUSU BRZUSZNEGO.

Napisał

**D-r M. Zieniec,**

Dyrektor Warszawskiego Instytutu głuchoniemych.

W ostatnich czasach badaniami nad wpływem gorączki na wahania wagi ciała zajmowali się, o ile nam wiadomo, następujący lekarze: Virchow [który pierwszy zaczął ważyć chorych gorączkujących], Liebermeister, Botkin, Leyden, Senator i Wolfram. Badania te, niestety, były dokonane jedynie na szczupłej liczbie przypadków i tylko w tym celu, aby wykazać stosunek pomiędzy wahaniami wagi ciała, a rozmaitemi typami gorączki, stosownie do tego lub owego zapatrywania się na istotę tej ostatniej.

Pragnąc ze wszech stron zbadać wahania wagi ciała i oznaczyć stosunek ich do rozmaitych innych klinicznych i antropologicznych objawów [płeć, wiek, waga ciała], rozpoczęliśmy, za radą prof. Botkina, już przed sześcioma laty szereg odpowiednich badań, dokonywanych na bogatym materyjale klinicznym Aleksandryjskiego miejskiego szpitala barakowego w Petersburgu, przeznaczonego wyłącznie dla chorób zakaźnych ostrych.

Wyniki tych badań ogłosiliśmy w naszej rozprawie doktorskiej, p. t.: „O wahaniach wagi ciała chorych w tyfusie wysypkowym“. Materyjał nasz obejmował 103 chorych. Oto główne wyniki naszej pracy: w przebiego tyfusu wysypkowego waga ciała podczas całego okresu gorączkowego ustawicznie spada; z ustaniem gorączki waga ciała przestaje opadać, niekiedy zaś natępuje to i wcześniej, czasami zaś cokolwiek później. Po ustaniu gorączki waga ciała poczyna podnosić się, albo natychmiast po opadnięciu ciepłoty, albo też w 1—3 dni potem. Spadek wagi wynosił przeciętnie 0,7% [*maximum* 1,5% — *minimum* 0,4%], wznoszenie się 0,8% [*maximum* 1,8% — *minimum* 0,1%] dziennie; cyfry te uważać należy za przeciętne dla wszystkich w ogólności chorych rozmaitego wieku. U chorych w wieku od 16 do 30 lat spadek wynosił 0,9%, wznoszenie się 0,8% *pro die*, czyli, że obie te cyfry były niemal równe; u młodszych [niżej 16 lat] spadek wolniej odbywał się, a wznoszenie się szybciej; u starszych zaś [powyżej 30 lat] zachodził przeciwny stosunek, spadek był szyb-

szym, a wznoszenie się powolniejszem. Wpływ wieku na wagę ciała był bardzo wyraźnym.

Płeć nie wywierała żadnego szczególnego wpływu. Co się tyczy charakteru gorączki, to, jak wiadomo, w przebiegu tyfusu wysypkowego gorączka jest stałą (*febris continua*) i kończy się krytycznie, przyczem zauważono, że im mniejszym okazywał się spadek wagi podczas gorączki, tem większym bywał podczas krytycznego przełomu, i odwrotnie [teoryja zatrzymywania wody w ustroju].

Zauważyliśmy także, że z dwóch kategoryj przypadków, z których pierwsza odznaczała się średnią ciepłotą dzienną, nieprzenoszącą 39,0° C., druga natomiast wyższą nad 39° C., codzienne spadki wagi niższemi były przy wyższej ciepłocie ciała, a przebieg choroby krótszym, z czego wynika, że walka nasza z podwyższoną ciepłotą [za pomocą środków przeciwgorączkowych] bardzo jest wątpliwą co do znaczenia swego.

Jednocześnie zwracamy uwagę na to, że po zastosowaniu środków przeciwgorączkowych [chininy, antyfebryny, kairyny] w większych dawkach, spadek wagi większym się stawał i dłużej trwał, wznoszenie się zaś wolniej odbywało się, a zatem środki te przewlekały chorobę i opóźniały wyzdrowienie.

Rozpatrując bliżej inne dwie kategoryje chorych, z których w pierwszej przeciętna waga ciała wynosiła 151 funtów, a w drugiej 116 funtów, zauważyliśmy, że dzienny spadek wagi wynosił w pierwszej grupie 0,8%, przeciętna zaś ciepłota dzienna 39,3° C., w drugiej natomiast wynosił spadek 1%, przeciętna zaś ciepłota 39° C., co następującem daje się określić równaniem: 151 : 116 = 1,0 : 0,8. A zatem, dzienne straty wagi ciała w przebiegu choroby w odwrotnym znajdują się stosunku do ciężaru chorych [ważonych przed chorobą]. Można się było tego już z góry spodziewać: wiemy wszak, że każdej chorobie w pewnym okresie odpowiada właściwa ciepłota, nie ustępująca pomimo zastosowania energicznych środków przeciwgorączkowych [kąpiele zimne]; naturalnie, osobniki w tłuszcz bogate, a zatem obdarzone stosunkowo mniejszą powierzchnią oziębiania, wyrabiają ową ciepłotę z mniejszą utratą tkanek, skutkiem czego strata ich na wadze jest mniejszą, niż u osobników chudych, których powierzchnia oziębiania stosunkowo do wagi ciała jest znacznie większą; widzieliśmy także, że średnia ciepłota gorączkowa wyższą jest u osób tęgich, niż u chudych, co również zależy od mniejszej powierzchni oziębiania.

Nakoniec przytoczymy jeszcze jeden wniosek z pracy naszej nad tyfusem wysypkowym, ten mianowicie, że dzienne spadki ciepłoty u chorych, którzy zmarli, były dwa razy niemal większe od strat, ponoszonych przez chorych, którzy wyzdrowieli; wynosiły one 1,2% dziennie [*maximum* 2,5%, *minimum* 0,5%]. Ma to wartość dla rokowania.

Streściwszy wyniki naszej pracy nad wahaniami wagi ciała podczas tyfusu wysypkowego, pozwolimy sobie wyłożyć treść badań naszych nad chorymi na tyfus brzuszny. Materyjał nasz obejmuje 384 przypadków tyfusu brzusznego, w których codziennie notowano wszelkie objawy kliniczne, a pomiędzy niemi także wagę ciała, badaną codziennie pomiędzy 9 a 10 godziną zrana. Moglibyśmy korzystać z obfitszego jeszcze materyjału; sądzimy atoli,

że zużyte przez nas przypadki, w których chorobę od najwcześniejszej aż do najpóźniejszej spostrzegano chwili, wystarczają dla wyprowadzenia ścisłych wyników.

Dla badania porównawczego wybieramy przypadki jednakie co do trwania choroby, płci i wieku, a zatem tyfusy o 3—4-tygodniowym przebiegu, u mężczyzn w wieku od 15 do 30 lat, bez powikłań przebiegające; takim warunkom odpowiadało 46 przypadków z naszego materyjału.

Przeglądając wszystkie nasze 384 przypadków, zauważyliśmy, że waga ciała podczas całego okresu gorączkowego stale s p a d a; spadek nie ustaje zazwyczaj z obniżeniem się ciepłoty; niekiedy jednak, dość rzadko, następuje to nieco wcześniej, lub później. Niekiedy przechodzi jeden, dwa lub trzy dni, a nawet więcej, a waga ciała nie podnosi się, ani nie opada przez ten czas. Przeciętny spadek wagi w powyższych 46 przypadkach wynosił 0,6% *pro die*, wznoszenie się 0,7% *pro die*, a zatem spadek i wznoszenie się wagi ciała odbywały się niemal symetrycznie; przy tyfusie brzusznym spadek wynosił u 16—30-letnich osobników 0,9%, a wznoszenie się 0,8% *pro die*, z czego wnosić należy, że tyfus wysypkowy odróżnia się od brzusznego s z y b s z y m spadkiem i wznoszeniem się wagi ciała chorych.

W pierwszym tygodniu choroby spadek wynosi 0,8%, w drugim 0,7%, w trzecim 0,6%, w czwartym 0,5% *pro die*: z każdym więc tygodniem strata staje się mniejszą.

Uważając chorych na tyfus brzuszny za osoby, c z ę ś c i o w o g ł o d z ą c e się wskutek braku łaknienia, a przytem jeszcze mocno gorączkujące, zdołamy objaśnić powyższy objaw w ten sposób, iż w początku choroby gorączka, a więc i głodzenie się, większe są, niż pod koniec cierpienia, skutkiem czego straty na wadze wyższe są w pierwszych tygodniach tyfusu, niż w ostatnich; w pierwszych tygodniach przy wysokiej gorączce ginie więcej tkanek wskutek spalania się, a strata ta z powodu zupełnego braku łaknienia nie zostaje wcale powetowaną; w końcu zaś choroby spalanie się tkanek jest mniejszem, łaknienie zaś lepszem, skutkiem czego więcej środków odżywczych zostaje wprowadzonych do ustroju; tego rodzaju objawy spotykamy, jak wiadomo, zawsze w ostatnim okresie tyfusu.

Co się tyczy przybywania wagi ciała w pojedynczych tygodniach, to zrobione przez nas przy tyfusie wysypkowym spostrzeżenie daje się i tutaj w zupełności zastosować, a mianowicie, że w pierwszym tygodniu zdrowienia przybytek jest największym, w drugim staje się mniejszym, w trzecim jeszcze mniejszym i t. d..

Następujące uwagi oparte są już na całym naszym materyjale, mianowicie na wszystkich 384 przypadkach. Donośny wpływ na wahania wagi ciała wywierają następujące objawy: b i e g u n k a, p o t y, k r w a w i e n i a k i s z k o w e; nasilają one spadek wagi i powstrzymują wznoszenie się, a nawet zmieniają to ostatnie na spadek [podczas okresu zdrowienia].

Przy wstąpieniu chorego do szpitala, co zazwyczaj ma miejsce w końcu pierwszego, lub w początku drugiego tygodnia choroby, wielokrotnie zauważyliśmy, że waga ciała przy trwającej w owym czasie stałej gorączce, przez

1—2—3 dni wcale nie zmienia się, a nawet czasem podnosi się cokolwiek, zanim rozpocznie się stały spadek; objaw ten daje się zauważyć w 25% wszystkich przypadków, wstępujących w 1-szym i 2-gim tygodniu choroby. Bardzo niewiele posiadamy takich przypadków, w których chorzy później, niż w 2-m tygodniu, wstąpili do szpitala, tembardziej, iż wystrzegaliśmy się przeprowadzania badań nad takiemi przypadkami. Powyższy fakt tem się prawdopodobnie tłómaczy, iż w początku choroby łaknienie jeszcze niezupełnie zostaje zniesionem, a biedny chory, zazwyczaj z wyrobniczej sfery, znajduje w szpitalu dyjetę pożywną [mleko, rosół], co korzystnie wpływa na wagę ciała, później jednak choroba przezwycięża ten wpływ dodatni, a spadek wagi staje się oczywistym.

Jednoczesne wystąpienie potów i biegunki przy gorączce, silnie zwalniającej, a niekiedy nawet przerywającej, najsilniej oddziaływa na spadek wagi, który wynosi niekiedy do 2%, a nawet więcej *pro die*.

Podczas ciężkiego stanu tyfusowego [majaczenia, nieprzytomność] waga ciała znacznie spada [1—1½% *pro die*], co naturalnie zależy od szczupłego wprowadzenia substancyj odżywczych [mleka, wody] w tym stanie, pomimo najtroskliwszej opieki.

Powikłania, jakoto: *pleuritis*, *pneumonia catarrhalis et crouposa*, *parotitis*, *otitis* i t. p., obniżają wagę ciała, zarówno podczas przebiegu choroby, jakoteż i w okresie zdrowienia, zwiększają spadek, lub powstrzymują wznoszenie się, co nawet na kilka dni przed wybuchem tych powikłań zauważyć się daje, wskutek czego lekarz z objawu tego może wnosić o grożącem powikłaniu [rokowanie]. Podobnież z powstrzymanego wznoszenia się wagi ciała daje się przepowiedzieć powrót choroby; podczas powrotu choroby waga obniża się tak samo, jak w początkowym okresie tyfusu.

Skoro podczas okresu zdrowienia, przy nieobecności wszelkich powikłań, waga ciała powolniej się podnosi, niżby tego ze spadku spodziewać się należało, wówczas z prawidłowych nawet cyfr daje się przepowiedzieć powrót choroby; np. jeżeli ciepłota z 36°—35° C. podnosi się do 38° C., potem opada do 37°—37,5° C., następnie przez dwa tygodnie pozostaje na tej wysokości, a w trakcie tego waga ciała szybko wznosić się poczyna, jak gdyby chciała powetować poprzednie wstrzymanie. Chociaż w owym czasie trudno stwierdzić powiększenie się śledziony, można jednak wypukać powiększoną wątrobę.

W końcu choroby (*per lysin*) wznoszenie się wagi ciała wskazuje, pomimo istniejącej jeszcze wysokiej gorączki, na rozpoczynające się zdrowienie.

Badając codziennie wahania wagi ciała w okresie zdrowienia, mierzyliśmy też w wielu przypadkach siłę mięśniową za pomocą dynamometru i zauważyliśmy, że wzrasta ona przecięciowo o ½ kilograma co dzień; rzadziej o ¾ klgr., a jeszcze rzadziej o cały kilogram; objaw ten wraz z szybszem, lub powolniejszem wzrastaniem wagi wskazuje na szybszy, lub powolniejszy powrót do zdrowia. Ciekawem jest to, że jednocześnie z powstrzymaniem się wzrastania wagi i siła mięśniowa przestaje wzrastać, wobec czego lekarz powinien mieć się na baczności i wyśledzić jakieś ukryte powikłanie, lub zaburzenie zdrowia; i tak

np.: błąd w dyjecie i następujące potem rozwolnienie wywołują niekiedy powyższe objawy.

Na zakończenie niniejszych badań nad wahaniami wagi ciała zauważyć muszę, że wskazują one co do spadku i wzrastania tak wielką prawidłowość, iż domagają się badania czysto matematycznego; wogóle przypominają one krzywe hyperboliczne i paraboliczne, tak dobrze znane matematykom.

Obecnie zbadamy jeszcze krzywe wagi ciała w przypadkach, które skończyły się śmiertelnie. Takich przypadków posiadamy 33; spadek wagi wynosił w nich 0,3%—3% *pro die*, przytem spadek nie większy nad 0,6% zauważono tylko w 6 przypadkach, 0,7%—0,9% w 12 przypadkach, 1—3% w piętnastu; tak wysokich cyfr nie spotykamy prawie wcale w przypadkach, kończących się pomyślnie; w podanych powyżej 46 przypadkach spadek raz jeden tylko przechodził 0,9% [wynosił bowiem 1,2% *pro die*]. W przypadkach niżej 0,6% spadku dziennego wagi ciała niepodobna było przewidywać śmiertelnego zakończenia, które, co prawda, zjawiało się nie wskutek samego tyfusu, lecz w następstwie ciężkiego powikłania, a mianowicie: w pewnym przypadku z 0,3% spadku śmierć nastąpiła wskutek *pneumothoracis*, w trzech przypadkach z 0,5% zaszły następujące powikłania: krwawienie kiszkowe w jednym, *peritonitis* w drugim, a *pneumonia crouposa* w trzecim. Tak ciężkie powikłania mogą wszak i bez tyfusu same przez się być powodem zgonu chorego.

Z przytoczonych uwag możemy wnioskować, że większy lub mniejszy spadek wagi ciała zależy od cięższego lub lżejszego przebiegu danego przypadku, i że straty, przewyższające 1% *pro die*, wzbudzają obawę co do życia chorego.

Co się tyczy trwania choroby w przypadkach śmiertelnych, to możnaby sądzić, że im większe straty na wadze, tem szybciej nastąpi śmierć; lecz rzecz ma się inaczej, albowiem w pierwszych dwóch kategoryjach o spadku, wynoszącym 0,3%—0,9% *pro die*, jakoteż w trzeciej kategoryi ze spadkiem 1—3%, śmierć zjawiała się przeciętnie na 29 dzień choroby; *maximum* i *minimum* tego okresu wynosiło w pierwszych dwóch kategoryjach 48 i 16 dni, w trzeciej 36 i 9, w tej ostatniej zatem oba krańce bardziej były do siebie zbliżone, niż w poprzednich.

Z pojedynczych dziennych strat na wadze we wszystkich tych 33 przypadkach łatwo daje się obliczyć ogólna ilość straty na wadze: wynosi ona przeciętnie 22% [*minimum* 7% w przypadku powikłanym przez *pneumothorax*, *maximum* 35% przy powikłaniach różą, *otitis externa purulenta*], t. j. przeszło połowę tej straty [40%], która przy „zupełnem głodzeniu“ zwierząt i ludzi nieodwołalnie sprowadza śmierć.

Zauważyliśmy już, że wyższe straty na wadze [71%] mają niepomyślne znaczenie dla rokowania; dodamy jeszcze, że we wszystkich 33 śmiertelnych przypadkach, z wyjątkiem jednego, tętno, t. j. ilość uderzeń w 1 minucie, szybko i stale powiększało się, co najmniej na 1—2—3 dni, a niekiedy już na 1—2 tygodnie przed śmiercią, z czego przewidywać można było grożące porażenie serca.

Jednoczesne wystąpienie znacznych strat na wadze i stałego przyspieszenia tętna jest zatem niepomyślnym objawem prognostycznym.

Na tem kończymy króciutkie nasze sprawozdanie o wahaniach wagi ciała w przebiegu tyfusu brzusznego, żywiąc nadzieję, że słowa nasze zwrócą uwagę

lekarzy na ten tak ważny objaw kliniczny, niepozbawiony zarazem naukowego znaczenia.

*P. S.* W redakcyi pracy niniejszej uprzejmie pomagał mi prof. L. M. Łukjanow, któremu niniejszem serdecznie dziękuję.

---

# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 31. Prof. Hofmokl. Przyczynki kliniczne do chirurgii opłucnej i płuc.

W pracy niniejszej, której za przedmiot służy 60 przypadków cierpień opłucnej i płuc, przy których autor dokonał różnych większych operacyj i które następnie do samego końca spostrzegał, krytycznemu rozbiorowi poddane są wszelkie kwestyje, które są, zdaniem autora, dotychczas spornemi.

Główny kontyngens cierpień narządów, w klatce piersiowej się mieszczących, a chirurgicznemu leczeniu obecnie poddawanych, stanowią surowicze i ropne wysięki opłucnej z odmą piersiową, lub bez niej, z różnych przyczyn powstałe; rzadziej chirurgicznemu leczeniu podlegają wylewy krwi, skutkiem urazów klatki piersiowej powstałe; jeszcze rzadziej ropnie płuc, zgorzelinowe sprawy oskrzeli i płuc, jamy gruźlicze, obce ciała, bąblowce i nowotwory.

Pod względem chirurgicznego leczenia czysto surowiczych wysięków opłucnej panuje zupełna zgodność w poglądach: do usunięcia ich w razie konieczności wystarcza proste przekłucie klatki piersiowej. Bywa ono obecnie częściej wykonywanem, aniżeli dawniej. Nawet lekki stan gorączkowy nie sprzeciwia się przekłuciu, gdy wysięk jest wielkim, trwa wiele tygodni i nie ma skłonności do wessania.

Przy wielkich wysiękach surowiczych, nie mających przy terapeutycznem leczeniu skłonności do rozejścia się, nie należy, zdaniem autora, z przekłuciem dłużej czekać nad 5 do 6 tygodni; zwykle bowiem przy później wykonanem przekłuciu, skutkiem zgrubienia i zrostów opłucnej, płuca nie są w stanie należycie się rozszerzyć, a przytem daleko szybciej i łatwiej następuje nowe nagromadzenie się płynu.

Że niekiedy wielkie wysięki opłucnej po dłuższym jeszcze przeciągu czasu ulegają wessaniu, jest autorowi wiadomem; nie przeczy to wszelako faktowi, że wcześnie wykonane przekłucie skraca przebieg całej sprawy chorobowej i przeszkadza powstawaniu przewlekłego wysięku. W rzadkich tylko przypadkach autor widział po przekłuciu zmianę surowiczego wysięku na krwotoczny, lub ropny; miało to szczególnie miejsce przy gruźlicy i nowotworach.

Przekłucie winno być wykonanem przy zachowaniu ścisłej antyseptyki i tak, by podczas przekłucia i odpływania płynu powietrze nie dostało się do worka opłucnej. Zanim autor zbudował własny trójgraniec, miał on sposobność widzieć w kilku przypadkach przekłucia, skutkiem wadliwego ustroju narzędzia, wniknięcie kilku pęcherzyków powietrza do worka opłucnej, bez szkody jednak dla chorego; w innych jednak przypadkach, wniknięcie powietrza może sprowadzić mniej pomyślny wynik.

Większą część przekłuć autor dokonał własnym trójgrańcem, a odpływ płynu odbywał się w zadawalający sposób, sposobem lewarowym przez rurę gumową 1½ metrową. W ten sposób autor wydalał do 3000 gramów płynu. Wydalanie to odbywa się powoli; bezpieczniej jednak, niż przez aspiracyję, która sprowadza łatwo krwotok i rozerwanie opłucnej.

Miejsce, w którem ma być dokonanem przekłucie i położenie chorego przy niem, zależą od różnych okoliczności, głównie jednak od ilości wysięku.

Co się tyczy ilości płynu, mającego być wydalonym, to bywa ona rozmaitą. Autor pod tym względem stosował się do podmiotowego stanu chorych. Ile razy podczas operacyi wystąpiły jakiekolwiek objawy podrażnienia ze strony serca lub płuc, autor w tej chwili zaprzestał dalszego wypuszczenia płynu.

Wogólności ilość płynu wydalonego wynosiła w przypadkach autora 400 do 3000 gramów. Lewostronne wysięki wymagają, zdaniem autora, większej ostrożności przy przekłuciu, aniżeli prawostronne. Autor niejednokrotnie zauważył przy przekłuciu lewej połowy klatki piersiowej wystąpienie omdlewań, duszności, bólu w klatce piersiowej. Uniknąć można tych przypadków przez częste przerywanie na krótki czas odpływu płynu. Tylko w przypadkach, w których przypadłości takie, jak: omdlewania, drobne i częste tętno, silny kaszel, krwawa plwocina, silny ból, wystąpią z wielkiem natężeniem, należy niezwłocznie przerwać dalszy odpływ płynu. W przypadkach, przez autora spostrzeganych, miało to szczególnie miejsce przy powtórnych przekłuciach i w przypadkach, w których rozszerzenie płuc było absolutnie niemożliwem.

W przypadkach, w których surowiczy wysięk opłucnej był powikłanym odmą piersiową, autor po większej części znajdował przy przekłuciu płyn mętnym, niekiedy zmieszanym z krwią, często ropnym, a nawet posokowatym. Przypadki zatem, w których surowiczy pozornie wysięk jest powikłanym odmą piersiową, nie kwalifikują się do przekłucia, gdyż szybko bardzo następuje zmiana surowiczego wysięku na ropny. Wysięk zaś ropny lub posokowaty, jest, zdaniem autora, przeciwwskazaniem dla przekłucia.

Przy przekłuciu w przypadkach ropnego wysięku autor często, pomimo najstaranniejszej antyseptyki, spostrzegał ropne zapalenie tkanki łącznej wokoło miejsca przekłucia. Szczególnie u chorych na gruźlicę, gorączkujących, autor obawia się zwyczajnego przekłucia; często bowiem już po 12 lub 24 godzinach widział obszerne zropienie tkanki łącznej podskórnej. Przypadków wylewu krwi do worka opłucnej autor niewiele spostrzegał. Dopóki przy wylewie krwi chory dobrze się czuje, nie gorączkuje i nie doznaje żadnych przypadłości ze strony serca, spowodowanych przez ucisk, dopóty zachowywać się można wyczekująco i stosować zimno, wstrzykiwania podskórne ergotyny, do wewnątrz naparstnicę. Nawet wielkie wylewy krwi przy tym sposobie postępowania szybko znikały.

Gdyby jednak po pewnym czasie nie nastąpiło zmniejszenie ilości krwi, a wystąpiła gorączka, duszność i ból w boku, należy wykonać próbne przekłucie, a znalazłszy ropny rozpad, niezwłocznie przystąpić do przecięcia klatki piersiowej. W jednym tego rodzaju przypadku [spostrzeżenie 43], w którym autor dokonał tylko przekłucia, wkrótce nastąpił rozpad, który zmusił autora do przecięcia klatki piersiowej; chory wyzdrowiał.

Przy ropnych wysiękach opłucnej większa część chirurgów dokonywa obecnie przecięcia klatki piersiowej z wycięciem żebra, lub bez wycięcia. Niektórzy wprawdzie autorowie zalecają przekłucie z aspiracyją i przemycie worka opłucnej płynem przeciwgnilnym; codzienne jednak doświadczenie poucza, że w pojedynczych tylko przypadkach udaje się za pomocą tej metody sprowadzić wyleczenie i że w większej części przypadków, leczonych tą metodą, zmuszeni jesteśmy ostatecznie przystąpić do przecięcia klatki piersiowej.

Spornym jest ów moment, na który z różnych stron przy leczeniu ropnych wysięków opłucnej zwracano uwagę, by przy przecięciu klatki piersiowej opatrunek na ranę tak był nałożonym, aby do worka opłucnej nie mogło się dostać powietrze. Wszelkie jednak w tym kierunku próby są, podług doświadczenia autora, zbyteczne, a pod niektóremi względami niemożliwe do przeprowadzenia; z drugiej strony codzienne doświadczenie poucza nas, że chwilowe wniknięcie powietrza do jamy opłucnej nie jest szkodliwem i absolutnie nie przeszkadza rozszerzenia się płuca, jeśli ono tylko jest jeszcze zdolnem do rozszerzenia. Ró-

wnież nieszkodliwie wpływa powietrze na własności ropy, jeśli inne momenty do tego się nie przyczynią [gruźlica, nowotwory]. Autor miał sposobność niejednokrotnie widzieć chorych, u których przecięcie dokonane było niby bez dostępu powietrza; chorzy ci nosili ciągle butelkę szklaną, do której przymocowaną była rura gumowa, łącząca się z drenem; wszelako już zdala można było przy każdym kaszlu słyszeć, jak powietrze ze szmerem przeciskało się około drenu do klatki piersiowej. I odpływ ropy jest przy tego rodzaju urządzeniu nieodpowiednim. Część ropy dostaje się przez rurę gumową do butelki, co chorych bardzo pociesza, gdyż sądzą, że ilość ropy się zmniejszyła, gdy większa jej część nagromadza się w opatrunku. Z wszystkich tych powodów autor uważa wszelkie urządzenia, skierowane ku niedopuszczeniu powietrza do jamy piersiowej, za zbyteczne, a przy posokowatej ropie skutkiem jej zatrzymania się w opatrunku za szkodliwe.

Dalszą kwestyję stanowi, czy jama opłucnej winna być po operacyi i przy każdej zmianie opatrunku przemytą, czy też nie. Autor tylko przy wysięku posokowatym i złowonnym bezpośrednio po operacyi przemywa worek opłucnej 1% roztworem kwasu salicylowego, 2% kwasu karbolowego, lub 0,02% sublimatu; przy zwyczajnym zaś wysięku ropnym autor ani bezpośrednio po operacyi, ani przy zmianie opatrunku worka opłucnej nie przemywa.

Dawniej przemywał autor przy wszelkich wysiękach; przekonał się jednak następnie, że jest to zbytecznem, jeżeli tylko na ranę nałoży się opatrunek przeciwgnilny: jodoform, karbol, lub sublimat. Tylko przy bardzo długo trwających ropieniach autor co 5 do 8 dni wstrzykuje do worka opłucnej emulsyję jodoformową, glicerynową, lub też jeszcze rzadziej 10% eter jodoformowy.

Przecięcie klatki piersiowej z wycięciem, lub bez tego, u osobników gruźliczych, autor uważa za mało pożyteczne; nie widział bowiem ani jednego przypadku zupełnego wyleczenia. Udaje się wprawdzie nieraz przedłużyć choremu na pewien czas życie; przysparza mu się zato męk, jakie sprowadza otwór w klatce piersiowej i bardzo obfita posokowata ropa.

W tego rodzaju przypadkach byłoby może racyjonalniejszem za pomocą przekłucia i częściowego opróżnienia worka opłucnej sprawić choremu ulgę.

Z przypadków, przez autora spostrzeganych i operowanych, godne uwagi są: jeden [50] przypadek zgorzeli oskrzeli, przy którym za pomocą wycięcia i następnie użycia Pacquelin'a uzyskano wyleczenie, w innym [6] przypadku jamy gruźliczej płuc po wycięciu i użyciu ostrej łyżeczki i nożyczek otrzymano wyraźną poprawę.

Bardzo interesującemi były przypadki ropnego wysięku, w następstwie pierwotnie istniejącego zapalenia naokoło kiszki ślepej i ropnego zapalenia otrzewnej [przypadek 19, 40, 48, 40]. Wszyscy chorzy umarli wskutek zapalenia otrzewnej. W jednym z tych przypadków nastąpiło przedziurawienie ropnego wysięku opłucnej przez przeponę do jamy brzusznej, w 3 pozostałych, przeciwnie, posokowata ropa z jamy brzusznej skutkiem przedziurawienia przepony dostała się do worka opłucnej.

Z nieprzyjemnych, a nieprzewidzianych przypadłości, jakie się podczas operacyi lub po niej zdarzały, na uwagę zasługuje: w dwóch przypadkach podczas uśpienia przerwanie i dostanie się ropy z worka opłucnej do płuc; operacyja musiała być szybko ukończoną, gdyż skutkiem wielkich mas ropy mogłoby łatwo nastąpić zaduszenie. W innym przypadku w dalszym przebiegu wystąpiły silne krwotoki z worka opłucnej i współcześnie krwioplucie tak, że prawdopodobnie musiał tu mieć miejsce związek między obydwoma krwotokami. Chory ten ku wielkiemu zdziwieniu autora, po zastosowaniu kauczukowego, oziębiającego przyrządu, podskórnych wstrzykiwań ergotyny, wewnętrznego podawania naparstnicy i przemycia worka opłucnej roztworem półtorachlorku żelaza,

wyzdrowiał. Wielkich krwotoków podczas operacyi autor nie spostrzegał. W innym przypadku po przecięciu klatki piersiowej pomimo to, że próbne przekłucie wykazało obecność ropy, autor nie natrafił na ropę, co pochodziło ztąd, że podczas próbnego przekłucia wyciągnięta ropa pochodziła z jamy gruźliczej płuc, o czem się autor w następstwie przekonał.

Autor w dalszym ciągu kreśli 60 historyj chorób, poczem przechodzi do ogólnego ich przeglądu, przyczem podaje następujące cyfry.

Co do płci: 42 przypadki u mężczyzn, 18 u kobiet.

Co do wieku: między 0 a 1 rokiem . . 1 chory.
„ 1 „ 10 laty . . . 25 chorych.
„ 11 „ 15 „ . . . 3 „
„ 16 „ 20 „ . . . 3 „
„ 21 „ 25 „ . . . 6 „
„ 26 „ 30 „ . . . 9 „
„ 31 „ 40 „ . . . 8 „
„ 41 „ 50 „ . . . 4 „
„ 50 „ 60 „ . . . 1 „

Rodzaj choroby opłucnej lub płuc, będącej przyczyną operacyi:

w 1 przypadku . . *sarcoma* opłucnej,
„ 1 „ . . ropny wysięk po urazie,
„ 2 przypadkach . „ „ skutkiem zapalenia otrzewnej,
„ 2 „ . . zgorzel płuc,
„ 7 „ . . ropny wysięk opłucnej po zapaleniu płuc, 4 razy w następstwie odry, 3 razy szkarlatyny,
„ 35 „ . . ropny wysięk opłucnej po zapaleniu płuc u osobników niegruźliczych,
„ 12 „ . . ropny wysięk opłucnej po zapaleniu opłucnej u osobników gruźliczych.

W 33 przypadkach ropny wysięk był po lewej, w 26 po prawej stronie, w 1 po obu stronach.

W 41 przypadkach dokonano wycięcia jednego żebra, w 1 dwóch żeber, w 18 przypadkach dokonano tylko przecięcia klatki piersiowej, a z tych w 7 już się ropny wysięk przez klatkę piersiową samowolnie przedostał na zewnątrz. W 3 przypadkach przed przecięciem dokonano 2 razy przekłucia, w 7 raz jeden.

Ilość wypuszczonej ropy była rozmaitą: wahała się między 1000 a 5000 gramami, w kilku tylko przypadkach nie dochodziła 1000, w jednym przypadku wynosiła tylko 100.

W 26 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie bez przetoki, w 3 z przetoką, 3 są w leczeniu i na drodze do wyleczenia. W 28 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, a śmierć nastąpiła:

w 13 przypadkach skutkiem gruźlicy płuc,
„ 6 „ „ zapalenia płuc,
„ 3 „ „ ropnego zapalenia osierdzia i mięśnia serca,
„ 3 „ „ zapalenia otrzewnej,
„ 1 przypadku „ skrobiowatego zwyrodnienia narządów i wyczerpania sił.
„ 1 „ „ porażenia serca,
„ 1 „ „ nowotworu.

Z chorych wyleczonych 17 wyszło bez skrzywienia kolumny kręgowej [co zostało zanotowanem w historyjach chorób], w 1 przypadku nastąpiło skrzywienie. U 10 chorych nie było pod tym względem wzmianki w historyjach choroby, lecz autor nie przypomina sobie, by w którym rozwijało się skrzywienie.

Czas trwania leczenia wynosił w przypadkach pomyślnych 3 do 8 tygodni, w mniej pomyślnych 3 do 9 miesięcy. U 28 zmarłych zejście śmiertelne nastąpiło w większości przypadków w końcu 3, lub początku 4 tygodnia [z wyjątkiem kilku, w których śmierć nastąpiła już w kilka dni], w 10 pozostałych między 3 a 6 miesiącem. *Feliks Arnstein* [Kutno].

(*Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und Lungen. — Klinische Zeit- und Streitfragen.* Tom III. Zeszyt VI. 1889 r.).

**32. Jaccoud. O zapaleniach ropnych opłucnej, wywołanych przez pneumokoki.**

Autor odróżnia dwie postacie ropnych zapaleń opłucnej, wywołanych przez pneumokoki. Pierwsza, częstsza, występuje po przebyciu zapalenia płuc; znali ją niektórzy lekarze jeszcze przed badaniami bakteryjologicznemi i nazywali ją *pleurésie purulente métapneumonique.* Wysięk ropny opłucnej pojawia się w 7 do 8 dni od czasu wystąpienia pierwszych objawów zapalenia płuc, niekiedy i później, nigdy wcześniej.

Druga postać ropnego zapalenia opłucnej, wywołanego przez pneumokoki, jest pierwotną; wysięk ropny pojawia się bez poprzedniego zapalenia płuc. Wiadomo zresztą, że istnieją inne jeszcze cierpienia, wywołane przez pneumokoki, bez poprzedniego zapalenia płuc [zapalenie błon mózgowych, zapalenie wsierdzia i t. p.]. Przypadek do tej grupy należący autor niedawno spostrzegał; dotyczył on 26-letniego mężczyzny, który w ciągu 15 do 20 dni przed położeniem się do łóżka skarżył się na ogólne niedomaganie i silne kłucie w boku. Dopiero duszność zmusiła go do położenia się, a wezwany lekarz stwierdził z początku przekrwienie dolnej części lewego płuca, lecz już w kilka dni wezwany powtórnie przekonał się, że ma do czynienia z ciężkiem zapaleniem opłucnej. Tegoż dnia pojawił się między dwoma żebrami guz chełboczący, który się samodzielnie otworzył, przyczem wypłynęła obficie ropa; kiedy chory na drugi dzień przybył do kliniki autora, stwierdzono już tylko istnienie jamy wysięk już zniknął; chory był na drodze do wyzdrowienia.

Że w przypadku tym ropny wysięk opłucnej był pierwotnym, a nie następstwem przebytego zapalenia płuc, dowodzi ów 15-dniowy przeciąg czasu, podczas którego chory czuł się ogólnie niezdrowym, a jednak pomimo kłucia w boku nie kładł się do łóżka. Zapalenie płuc zmusiłoby, zdaniem autora, chorego zaraz pierwszego dnia do położenia się do łóżka; w ten sposób tylko rozwijać się mogło i istotnie w ten sposób często rozwija się zapalenie opłucnej; i brak rdzawej plwociny przemawiał w przypadku tym za pierwotnem ropnem zapaleniem opłucnej.

Ropne zapalenia opłucnej, wywołane przez pneumokoki, przedstawiają różne osobliwości, których poznanie jest w praktyce koniecznem.

*A.* Początek tak pierwotnego jak i następczego [metapneumonicznego] ropnego zapalenia opłucnej, wywołanego przez pneumokoki, jest skrytym. Najczęściej dopiero duszność zwraca uwagę chorych.

*B.* Charakter gorączki też jest nieco swoistym. Gorączka jest prawie ciągłą, gdy przy innych ropnych zapaleniach opłucnej zwalniającą z wielkiemi nasileniami wieczornemi.

*C.* Charakter ropy jest też odmiennym: przy zapaleniach, wywołanych przez pneumokoki, ropa jest gęstą, zielonawą, zbliżoną do ropy ciepłych ropni; przy zwyczajnych szarawą i surowiczą.

*D.* Przy zapaleniach, wywołanych przez pneumokoki, w wysięku ropnym pływają obficie produkty błoniaste. Często spostrzega się otorbienie wysięku w górnych częściach.

*E.* Za najcharakterystyczniejszy objaw ropnych wysięków opłucnej, wywołanych przez pneumokoki, uważać należy przedziurawienie samodzielne do

oskrzeli. Jest ono bardzo częstem; w czwartej części przypadków można stwierdzić jednę lub więcej jam. Częstość przedziurawień na zewnątrz jest mniejszą; 5 do 6 razy na 100.

*F.* Skłonność naturalna do wyleczenia jest też wybitnym znakiem ropnych wysięków opłucnej, wywołanych przez pneumokoki. Inne zaś postacie ropnych zapaleń opłucnej opierają się wszelkiemu leczeniu i bynajmniej nie okazują skłonności do wyleczenia.

Wyleczenie ropnych wysięków opłucnej, wywołanych przez pneumokoki, następuje: albo 1) przez wykonanie jednego lub kilku przekłuć, albo też 2) samodzielnie przez utworzenie przetoki opłucno-oskrzelowej, lub opłucno-skórnej. W dwóch przypadkach [Jaccoud, Netter] nastąpiło nawet wessanie ropnego wysięku.

Rokowanie więc przy ropnych zapaleniach opłucnej, wywołanych przez pneumokoki, jest względnie dobrem. Przy rokowaniu jednak zwrócić uwagę należy na charakter wysięku. Gdy wysięk zawiera tylko pneumokoki, rokowanie jest zupełnie dobrem; gorszem zaś ono będzie, gdy obok pneumokoków znajdziemy inne drobnoustroje ropotwórcze. Autor przeto radzi odróżniać dwie postacie ropnych zapaleń opłucnej.

1) Ropne zapalenia, wywołane przez pneumokoki, bez domieszki innych drobnoustrojów.

2) Ropne zapalenia, wywołane przez pneumokoki, wraz z innemi drobnoustrojami. *Feliks Arnstein* [Kutno].

(*Des pleurésies purulentes et pneumocoques — Abeille médicale N. 1. 1890*).

**33. Löwenstein. Arystol przy leczeniu przewlekłego cuchnącego nieżytu nosa** *(ozaena simplex).*

Autor, zachęcony wynikami, jakie różni klinicyści otrzymywali, stosując arystol, jako środek odkażający, próbował go w wyżej wzmiankowanem cierpieniu. Jakkolwiek spostrzeżenia jego dotyczą tylko 4 przypadków, z których w 3 był nieżyt nosa zwykły, a w jednym na podstawie przymiotowej, wyniki jednak, jakie otrzymał, były tak zadawalające, że uważa się za upoważnionego do ogłoszenia tych obserwacyj, które być może zachęcą do prób dalszych.

Arystol czyni zadosyć dwóm głównym wskazaniom przy leczeniu ozeny: usuwa odór i zapobiega tworzeniu się strupów. Z początku przestrzykiwał L. nos roztworem *alum. acetico-tartarici*, a następnie po dokładnem usunięciu strupów wdmuchiwał czysty arystol. Aby się upewnić, że na wynik leczenia nie wpływa przestrzykiwanie ałunem, stosował roztwory soli kuchennej, a potem i tych zaniechał i wprost po usunięciu strupów wdmuchiwał arystol.

Po 6—8-dniowem takiem leczeniu chory może sam sobie robić wdmuchiwania dwa razy dziennie. W przypadkach, które autor przytacza, sprawa zanikowa zbyt daleko była już posunięta, aby można było mówić o działaniu arystolu na samą sprawę chorobową, wynik jednak był wogóle bardzo pomyślny, skutkiem czego autor, zgodnie z Semon'em, twierdzi, że żaden inny środek nie „maskuje“ cierpienia lepiej, niż arystol.

Oprócz wdmuchiwań, stosował również autor pędzlowanie owrzodzeń roztworem arystolu, który, ostrzega, należy przygotowywać na zimno i trzymać w ciemnej flaszce. Roztworu używa następującego: *Aristoli, Ol. ricini aa 1,0 Collodii 8,0. D. ad vitr. nigr.*.

(*Intern. klin. Rundschau N. 20. 1890*). *W. Szumlański.*

# TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na pierwszem powakacyjnem posiedzeniu klinicznem, w dniu 16 Września r. b., okazał najprzód kol. Jawdyński chorego, któremu dokonał usunięcia tętniaka traumatycznego w lewym przegubie łokciowym. Chory ten w lecie, z powodu bólu w piersiach, kazał sobie puścić krew, czego dokonano zwyczajnem puszczadłem, po tygodniu na tem miejscu powstał guz, przyczem choremu z owego guza ponownie krew upuszczono; nastąpił obrzęk dość silny, tak, iż lewa kończyna w przegubie łokciowym była o 10 ctm. grubszą od prawej, a guz miał wszelkie cechy tętniaka. Po podwiązaniu tętnic kol. J. guz wyłuszczył; przebieg pooperacyjny był bardzo dobry.

Prócz tego kol. J. okazał nowotwór nerwu kulszowego; powodował on silne bóle, trwające od 9 miesięcy, zmuszające chorego do pozostawania w łóżku; w ostatnich czasach bywały i drgawki. Guz ten w części tylko został przez kol. J. wyłuszczony, resztę musiano wycinać wraz z nerwem, tak, iż pozostało tylko bardzo cienkie pasemko nerwu. Po operacyi żadnych objawów porażenia nie było. Usunięty guz ma wygląd torbielowaty.

Prezes Brodowski zauważył, że zazwyczaj guzy takie bywają n e u r o m a t a m i, tutaj zaś trudno teraz orzec, co się okaże.

Kol. Krysiński komunikuje, że w zupełnie analogicznym przypadku znalazł budowę s a r k o m a t u. Wreszcie kol. Przewoski podaje, że w roku bieżącym miał sposobność widzieć na jednym z nerwów kończyny dolnej guz podobny, który okazał się m y k s o l i p o m a t e m.

Następnie prof. Szokalski przemówił o rozwoju medycyny w ciągu ostatnich lat sześćdziesięciu.

Mówca zaznaczył najprzód, że stan medycyny i stosunki lekarskie przed rokiem 1831 były u nas niezmiernie smutne. Lekarzy było około 70, wszyscy przeważnie cudzoziemcy; zbieranina z różnych stron świata; byli to ludzie z bardzo miernem wykształceniem; zresztą porady u lekarzy szukali wówczas tylko ludzie zamożni; ogół obywał się bez nich. W pojęciach zasadniczych ledwo zaczęły się przejawiać jakieś marzenia o umiejscowieniu chorób, posiłkowano się zaś jedynie pewnemi formami objawowemi chorób i tak je określano. Założenie Uniwersytetu Aleksandryjskiego w Warszawie mało wpłynęło na postęp medycyny u nas. Na wydział lekarski uczęszczało mało słuchaczów, jakkolwiek wykłady niektóre prowadzone były bardzo dobrze, np. wykłady anatomii i fizyjologii, a także nauk przyrodniczych; medycynę wewnętrzną wykładano wówczas po łacinie. W medycynie praktycznej panował systemat Braun'a: zasadą życia, według niego, miała być drażliwość; terapija więc rozpadała się na środki kojące i pobudzające. Gdy po roku 1831 mówca, jeszcze jako student, zmuszony był wyjeżdżać za granicę, w Niemczech znalazł ten sam kierunek i te same pojęcia lekarskie, jakie i u nas panowały. Dopiero w lat kilka po raz pierwszy spotkał się w H e i d e l b e r g u z perkusyją i auskultacyją; w owym to czasie Schoenlein pierwszy opisał oddzielne formy chorobowe. Kiedy wreszcie po latach sześciu pobytu w Niemczech znalazł się we Francyi, zastał tam już zupełnie co innego. Anatomija patologiczna była tam już podstawą wszystkiego w medycynie, a znaną była nietylko w uniwersytetach, lecz między wszystkiemi lekarzami, praktykami. Wielkim był również rozwój fizyjologii: w tym to czasie fizyjologija Burdach'a narobiła dużo wrzenia w świecie naukowym i na jej dopiero podstawie sławny Johanus Mueller ułożył całość swej fizyjologii człowieka i zwierząt. Prócz tego stosunkowo wielkim rozwojem cieszyła się podówczas hygiena. Gdy w r. 1853 mówca powrócił do kraju, znalazł, nie-

stety, u nas małą zmianę w porównaniu z tem, co pozostawił: o tem, co robiono za granicą, ogół nic nie wiedział; postępu nie było żadnego i zaledwo pojedyncze jednostki szły za postępem naukowym zachodu. Dopiero otwarcie u nas w r. 1857 akademii lekarskiej w Warszawie zmieniło postać rzeczy. Na nauczających zebrano zewsząd wszystkie wydatne jednostki, wyrobiło się bardzo dużo ludzi i od tej pory datować możemy początek rozkwitu u nas medycyny. Jak prędko wyrabia się coraz więcej ludzi, widać to na naszych zjazdach lekarskich, licznych i zasobnych w prace. Widać ciągły postęp, stajemy na zasadach i podstawach naukowych ścisłych, nie potrzebujemy już chodzić po omacku. W ostatnich czasach przybyła medycynie nowo kapitalna zdobycz, t. j. bakteryjologija, od której coraz więcej oczekiwać możemy i zasługuje ono na to, aby postawić ją na wyróżniającem stanowisku. Prof. Szokalski nie może się tylko zgodzić, aby istnieć miało tak dużo postaci bakteryj, jak podają, i przypuszcza, że musi istnieć jakaś jedność i łączność oddzielnych form, co może przyczynić się do wyjaśnienia stosunku wzajemnego i łączności między pewnemi formami chorobowemi. Zresztą od p t o m a i n, których odkrycie stanowi postęp w samej bakteryjologii, mamy prawo oczekiwać wyjaśnienia wielu rzeczy niezdecydowanych dotąd. W ciągu lat 60 medycyna ze spekulacyjnej stała się doświadczalną: jest to postęp tak olbrzymi, jakim żadna epoka w historyi medycyny poszczycić się nie może. Przemówienie prof. Szokalskiego przyjętem zostało przez obecnych głośnemi oklaskami.

---

## ODCINEK.

---

# FELCZERYZM W KRÓLESTWIE.

Przez

**D-ra J. Tchórzniekiego.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

To jest robak zły, który toczy organizm korporacyi, a który sprawia niepowetowane szkody i lekarzom i publice i nauce samej.

Tak być niepowinno!

Spieszącemu do udzielenia pociechy w nieszczęściu pogodna myśl winna towarzyszyć, ujmujący wyraz twarzy zniewalać każdego i do stosowania rad przyczyniać się dzielnie. Precz więc z pesymizmem! Kto wierzy w siłę nauki i swą osobistą czystą intencyję, ten zawsze tryumfować musi.

A potem: działanie jednostek na własną rękę, działanie egoistyczne rozstrzela siły i staje na przeszkodzie w wielu razach.

Konkurencyja, jaką w miastach większych i mniejszych bez względu na przepisy etyki prowadzą z sobą lekarze, kompromituje ich w oczach publiki, zrzuca z piedestału, na którym stopień naukowy ich stawia i daje powód do sądów i utyskiwań publiki, do dyskredytowania całej korporacyi.

„Wyrzucanie flaszek za okno“ stało się „*cheval de bataille*“ niektórych arogantów, lekarzy, zdobywających sobie wśród ciemnej publiki w ten brutalny sposób uznanie.

Publika na te harce konkurencyjne z boku patrzy i sprawę sobie zdaje; każdą dostrzeżoną plamkę na stosunkach lekarskich robi przedmiotem gawęd

i plotek, każdą nieostrożność i nieraz błąd lekarza (*errare humanum est*) podnosi do ujemnej apoteozy.

Wiedzieć o tem lekarze powinni i dlatego pracować usilnie nad podniesieniem moralnej i specyjalnej wartości swego ja.

Prawidła etyki winny raz z papieru wejść w sferę czynu i rzeczywistości, a wyrzucanie flaszek kolegi za okno i tym podobne czyny powinny być piętnowane publiczną naganą i koleżeńską pogardą dla lekarza aroganta.

Zaradzić temu jedynie może korporacyja: ogólne stowarzyszenie lekarskie. Jak dziś, mamy Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i kilka prowincyjonalnych; działają one odrębnie każde na swoją rękę i dlatego nie wywierają wyraźniejszego wpływu. Wstęp do Towarzystwa jest utrudniony i oparty na warunkach wyboru i przedstawienia pracy naukowej.

Gdyby prócz naukowego Towarzystwa Lekarskiego lekarze mieli instytucyję lekarską ogólną; gdyby każdy lekarz, zamieszkujący w kraju, po skończeniu uniwersytetu mógł do niej należyć: stworzyłoby to korporacyję liczną, w której młodsi, przypatrując się działalności starszych, szliby tą dobrą drogą i kształcili się na przyszłych członków czynnych.

Taka instytucyja Lekarska Warszawska w łączności ze stowarzyszeniami prowincyjonalnemi stanowiłaby sąd i opinią lekarską, a może i pewien rodzaj władzy moralnej nad lekarzami w kraju. A przedewszystkiem stanowiłaby siłę naukową, siłę moralną i siłę odporną na wszelkie biedy i niewłaściwości, jakie spotykają stan lekarski i naukę.

Asocyjacyja i działanie korporacyjne to siła i na niej oprzeć się winniśmy. Wyjednawszy u rządu pozwolenie na łączność Stowarzyszenia lekarzy warszawskich i prowincyjonalnych, utworzymy ognisko lekarskie, w którego działaniach i losach zainteresowanym będzie kraj cały i ogół lekarzy, a wtedy łatwiej będzie radzić wspólnemi siłami.

Musi nadejść chwila, że medycyna stanowić będzie korporacyjną całość w organizowanej łączności, a państwo przyjdzie do przekonania, że nieodzownem jest utworzenie: „ministeryjum zdrowia“.

Skoro państwo uznało, że medycyna naukowa jest pożyteczną, powinno nie tylko otwierać uniwersytety, ulepszać je, lecz i zapewnić wychowańcom tych instytucyj możność przeprowadzania w życie tego, czego się w uniwersysteckich murach nauczą.

Państwo więc winno posłuchać lekarzy i raz na zawsze zamknąć szkoły felczerskie, w ministeryjum wojny również felczerów zastąpić posługaczami szpitalnemi. To wszystko dla przyszłości.

Dla teraźniejszości zaś: przyznając felczerom cywilnym ten zakres działalności, jaki im nadano w chwili ukończenia szkoły felczerskiej, postawić ich na miejscu przez prawo wskazane, t. j. ograniczyć działalność do wykonywania posług przy chorym i podawania pomocy w wypadkach nagłych tylko tam, gdzie rzeczywiście niemożebnem było zawezwać lekarza; przepisy w tym względzie odpowiadać winny dzisiejszym pojęciom medycyny.

Państwo powinno stanowczo zabronić leczenia felczerom cywilnym i gdzie istnieje fakt kilkakrotnego podania rady przez felczera osobie chronicznie chorej z przepisem leków, uważać to za przestępstwo przeciwko prawu i skutecznie temu zaradzić, używając swej władzy.

Państwo powinno, nie wytwarzając nadal felczerów ni wojskowych, ni cywilnych, szczególną zwrócić uwagę na felczerów wojskowych i tych stanowczo powrócić do zagona, użyć represyi i odpowiednich środków, aby ci ludzie przestali nawet myśleć o tem, że leczyć mogą. Jakie służą ku dosięgnięciu tego celu środki, wie lepiej administracyja państwowa i władze; tu mowa być może tylko o wskazaniu konieczności usunięcia nadużycia, które już jest za zbyt szkodliwe i jawne, aby o niem zamilczeć.

Lecz wobec zabiegów w tym kierunku państwo powinno z wyrozumieniem obecnego stanu rzeczy przyjąć pewną metodę postępowania względem istniejących obecnie felczerów, t. j. specyjalistów, którym toż państwo nadało pewne prawa. Otóż, w logicznem następstwie faktów niepodobna wymagać, ażeby prawa raz nadane mogły być odjęte. Owszem, felczerzy z praw przynależnych im korzystać winni narówni z wszystkiemi innemi stanami, lecz państwo powinnno surowo przestrzegać, aby granic tych praw felczerzy nie przekraczali.

Jak z powyższego opisu widzimy, felczerzy nie są w stanie pomyślnie istnieć, spełniając jedynie swe obowiązki, gdyż zakres tych jest tak szczupły, iż wynagrodzenie na utrzymanie ich nie wystarczy i nie opłaci kosztów nauki. Potrzeba więc:

1-o. Ochronić felczerów dyplomowanych od konkurencyi felczerów wojskowych i znachorów, którzy w zakres czynności ich wchodzą.

2-o. O ile można, zabezpieczyć im byt w postaci pensyi stałych, kas emerytalnych i t. p..

3-o. Utrzymać ich przy szpitalach i lekarzach pod okiem i kontrolą, zabronić zaś surowo praktyki w przypadkach nienagłych i wogóle wybić im z głowy wszelkie praktykowanie. a natomiast zachęcać i pomagać do otwierania razur i izb felczerskich. W tym celu wojskowym felczerom zakazanem być winno surowo wszelkie leczenie, wszelkie pomaganie pod jakimkolwiek pozorem, gdyż od leczenia tego w żadnym razie korzyści oczekiwać nie można. Zwróciwszy felczerów wojskowych i znachorów do właściwej roli, t. j. do zagona i oswobodziwszy lud od tych eksploatatorów, dozwolimy felczerom normalnym istnieć i pracować w sferze ich działalności i przy lekarzach.

To jest główny punkt, na który zwróconą być ma uwaga.

Uwalniając bowiem felczerów cywilnych od działań felczeryzmu wojskowego, uwolnimy lekarzy od felczeryzmu cywilnego, a tem samem sferę działalności czysto lekarskiej rozszerzymy o tyle, o ile to jest możebnem.

Mamy wszelkie prawo sądzić, że, gdy taki stan nastąpi, apteki będą mogły istnieć tak pomyślnie, iż o wydawaniu lekarstw podług kartek felczerów mowy nie będzie.

Radzibyśmy szczerze, aby mogło się obejść bez interwencyi państwa w tym razie.

A teraz społeczeństwo!...

Społeczeństwo winno dopomódz lekarzowi do przeprowadzenia reform w tym względzie, do wytrzymania walki i konkurencyi, do zrobienia dla chorych wszystkiego, czego potrzeba.

Społeczeństwo winno dać środki materyjalne wszędzie tam, gdzie tego zachodzi potrzeba, więc rozwinąć w całem znaczeniu tego wyrazu działalność Towarzystw dobroczynności i szpitali, które już dawno powinny biednych leczyć bezpłatnie, wszystko to w tym celu, aby lekarz mógł udzielić porady, lekarstwa i pokarmu, będąc w tym razie szafarzem korporacyj możnych materyjalnie; gdy jest dość sam zamożny, nie otrzymywać za swą pracę wynagrodzenia, gdy niezamożny wynagrodzenie takie otrzymać, nie od chorego, lecz od społeczeństwa.

To dobrze — odpowiecie, wszystko byłoby to arcy pięknie, lecz bujając w sferze fantazyi, decydujemy, co jest potrzebne, co jest konieczne, ale tego

wszystkiego dziś nie ma. Dziś mamy aptekę małomiasteczkową lub wiejską, lekarza w miasteczku otoczonego siecią felczerów. Jak ten działać winien?

Wyznać musimy, że dopóki wszystko, co wyżej powiedziano, spełnionem nie będzie, dopóty o racyjonalnem rozwiązaniu kwestyi mowy być nie może; pozostaje, jak mówiliśmy, konkurencyja siłą osobistej wartości, osobistych zalet, poświęceń i ustępstw. Zejdźmy do włościańskich i biednych żydowskich sfer i spytajmy się, czego im w razie choroby potrzeba.

Biedakom tym potrzeba, aby w razie choroby poradę mogli otrzymać w punkcie jaknajbliższym od swego domu, lub w domu samym, żeby rady zalecone wypełnić byli w stanie, żeby za te rady zapłacić jak najmniej, a za lekarstwo również jaknajmniej, żeby płacić mogli tem, czem mają, t. j.: dać kurę, jajka, funt masła, garniec kaszy, nie koniecznie pieniądz, żeby w ten sposób mogła być przeprowadzona cała kuracyja od początku do końca, w razie niemożności materyjalnej, żeby cała kuracyja wraz z lekarstwami daną była na kredyt, a w razie biedy darmo.

To są fakty wzięte z życia, podpatrzone w duszy i podsłuchane w mowie kmiotka i biedaka i że tak jest, potwierdzi każdy prowincyjonalny i nieprowincyjonalny lekarz, mający do czynienia z biedakami.

Że działanie jednostek lekarskich jest w tym razie kroplą w morzu, to nie ulega kwestyi, ale i jednostka wiele zrobić może, a mianowicie:

1-o. Zbliżyć się do ludu. Więc jeżeli która z okolic, więcej oddalonych od siedziby lekarza, zmuszona jest zadaleko udawać się do niego, obrać odpowiedni punkt i otworzyć we wsi ambulans, do którego raz, lub dwa razy na tydzień dojeżdżać i przez 3—4 godziny południowe chorych przyjmować.

Ponieważ otwarcie takiego ambulansu potrzebuje urządzenia przynajmniej 2-ch izb, jakich takich stołów i stołków, opału i koni dla dojazdów, wejść więc z jedną, dwiema gminami w ugodę, zawieraną na lat najmniej 3, aby koszta tych rzeczy były ze składek lekarzowi powrócone, więc od 150—200—300 rs. rocznie z zainteresowanej okolicy zebrane. W ugodzie tej lekarz spodziewać się może wielkiego przeciwdziałania ze strony felczerów i ich kumów, może jednak zawsze liczyć na poparcie inteligencyi miejscowej i duchowieństwa. Otwarcie ambulansu potrzebuje pieniężnego poświęcenia ze strony lekarza i punktualności, lecz stwarza *centrum* medyczne, ułatwia otrzymanie porady i leku, gdyż zwykle znajdzie się w tejże miejscowości i wiejska apteka.

W swoim czasie mówiono o lekarzach podróżujących od wioski do wioski z małą apteczką; po pewnych debatach jednak uznano, że kraj nasz jest jeszcze za mało ucywilizowanym, za mało zamieszkałym i oświeconym, aby do tego rodzaju pomocy się nadawał. Z ambulansu zaś mogą być dojazdy do chorych o wiorst kilka, więc pierwszemu wskazaniu zbliżenia się lekarza do ludu stanie się zadość.

2-o. Idzie o to, aby rady zalecone człowiek biedny wypełnić był w stanie. W tym względzie śmieszni są nieraz niektórzy lekarze, radzący biedakowi pić mleko, koniak, jeść kurczęta, kotlety i t. p., gdy on ma tylko chleb czarny, kapustę, kaszę, groch, sól i wodę, a nie posiada krowy, więc cóż tu rada pomoże!

Niestety, nie godzi się w pojęciu dzisiejszego lekarza przepisywanie alkaloidu z użyciem kapusty lub chleba czarnego, nieraz źle wypieczonego. A jednak pamiętać trzeba, że ci ludzie, żyjąc normalnie temi pokarmami, są zdrowi i mają lepsze trawienie od pacyjentów, spożywających ostrygi, popijane szampanem.

Zastosować więc trzeba te rady do sfery, w jakiej działamy: gdy jest stanowczo widocznem, że w domu kuracyi przeprowadzić nie można, namówić trzeba chorego i rodzinę do umieszczenia go w szpitalu, a szpitale starać się winny, by zachęcić i przyjacielsko przytulić biedaka, zostawić w jego duszy najprzyjemniejsze wspomnienie, coby zachęciło innych do naśladownictwa.

Długoletnie nawoływania lekarzy, by szpitale przyjmowały chorych bezpłatnie, zdaje się, zyskują aprobatę sfer miarodajnych i mamy pewne dane przypuszczać, że ustanowionym będzie ogólny podatek szpitalny i wszystkie szpitale będą mogły bezpłatnie leczyć chorych od początku do końca choroby. Gdy jednak chorzy do szpitala się nie godzą, trzeba obmyśleć lek taki, któryby był bardzo tani i łatwy w użyciu i nie narażał chorego na oddanie z woreczka ostatniego grosza.

Tymczasem trzeba wypełnić zadanie trzecie: „żeby ta rada była jak najtańszą“. Co tu począć? Naturalnie trzeba się kontentować tem, co niezamożni chorzy dać mogą i przyjąć w tej formie, w jakiej mogą. Gdy zaskoczy choroba, a w domu nie ma grosza, a jarmark daleko i produkty, za które spodziewają się zyskać gotówkę, nie są sprzedane, chorego nie wiozą do doktora dlatego, że tam trzeba iść z gotówką i że tam nie ma kredytu. Potrzeba więc, aby można iść bez gotowki, lecz z tem, co w domu jest, nieść dary za pracę i pomoc w formie pierwotnej. Cóż w tem, dziwnego? Rzecz to mała na pozór, lecz gra ważną rolę i jak zamienny handel na przedmioty natury w krajach dzikich ma swą racyję bytu, tak otrzymywanie wynagrodzenia w naturze za pracę umysłową, jako ułatwiające przystęp do lekarza, nie winno go obrażać i zrażać.

W razie wyraźnej biedy pozostaje wynagrodzenia nie żądać.

Co do otrzymania tanio lekarstwa, to lekarz winien wpływać na miejscową aptekę, aby wspólnie z lekarzem obmyślała środki najłatwiejszego i najtańszego podania lekarstw w ręce chorych. Taksa istnieje dla zamożnych i ci nie poskąpią swych środków; apteki, gdy tanio dadzą leki, zyskają na ilości i szczęśliwie prosperować będą. Gdy jednak z apteką, jak to często bywa, nie można dojść do ładu, pozostaje jedyna droga: żądać środków prostych bez recepty i uczyć rozumniejszych chorych, jak przyrządzać lek prosty, leczyć medycyną ludową, którą każdy lekarz prowincyjonalno-ludowy znać powinien i stosować może na szeroką skalę z wielkim pożytkiem dla siebie i chorych, uciekając się do recept i apteki tylko w ostatecznych razach.

Śmiało twierdzę, że jeżeli nic się nie zmieni w stosunkach leczniczych i aptecznych, do leczenia medycyną ludową przyjść musi i katedry onej na uniwersytetach oddadzą znakomite usługi.

Katedrę medycyny ludowej pojmujemy w ten sposób:

Wiadomą jest rzeczą, że leczenie choroby poprzedzić musi rozpoznanie onej. Dyjagnostyka więc musi być opartą na podstawach naukowych klinicznych i doświadczalnych, zatem idzie terapija, stosowanie leków i inne rady, podawane choremu.

W terapii naukowej wyliczamy cały szereg środków pożytecznych, arcy-doskonałych, lecz na ich cenę nie zwracamy uwagi. Niestety, te środki są również arcy-drogie i arcy-niedostępne dla biednych.

Dlategoteż katedra medycyny ludowej powinna być właściwie katedrą terapii ludowej.

Studenci, kształcąc się w klinikach, po wyjściu na świat w praktyce swej stosują te środki kliniczne; idzie o to, aby umieli stosować środki tanie, trzymając się legalnie „farmakopei dla biednych“.

Z drugiej strony katedra medycyny ludowej uwzględnić może stosowanie w sposób ludowy leków, uznanych przez medycynę naukową za pożyteczne. Takie sposoby istnieją, są bardzo przystępne i skuteczne, nie zmuszają chorych do opuszczenia zajęć, które im dają chleb powszedni. Nie pędzą chorych co dzień do lekarza, nie wydzierają z ich kieszeni ostatniego grosza dla apteki, nie ostawiają ich dziesiątkami flaszek i setką porad, z których żadna wykonaną być nie może, słowem: pozwalają się biedakom leczyć długo tanio i dobrze. Stosowanie tych metod zapewniło tysiącom powodzenie. Poznać je dokładnie, opisać, sprawdzić, zebrać już opisane, wybrać te, co są dobre i nauczyć studentów: oto zadanie katedry medycyny ludowej. Dla doścignięcia tego, aby cała kuracyja przeprowadzoną była od początku do końca, potrzeba najprzód zastosować wszystko powyżej wskazane, a potem zyskać zaufanie kmiotka i biednego żyda, nie liczyć się z każdą wizytą, lecz coś ryzykować i dbać głównie o ostateczny rezultat — wyzdrowienie.

Niezawsze się to uda, w wielu jednak razach dużo zrobić można, a gdy szpitale postawione będą dobrze, gdy dobra strawa, czyste powietrze, świeża pościel i ubranie czekać chorego w szpitalu będą, uda się i kmiotka do szpitala namówić.

Ostatnie żądanie, by kuracyję przeprowadzić na kredyt lub darmo, jest rzeczą osobistych zapatrywań lekarza na materyjalną możność chorego i zapatrywań lekarza na filantropiję wogóle. W pierwszym razie należy się pewna względność, która czasami zawodzi, lecz często budzi sympatyję dla lekarza.

W drugim razie pamiętać należy, że są biedacy, którzy potrzebują pomocy lekarskiej w tej mierze, jak biedny wyciągający dłoń po jałmużnę: nie mamy prawa mu odmówić. Nareszcie jest dużo ludzi, wstydzących się przyznać do niedostatku i zwlekających przez to leczenie do ostatniej chwili. Przeczuć ich położenie, okazać potrzebną pomoc, powinno być jedną z przyjemności lekarza.

Oto główny plan! Gdy wypełnimy go w całości i uczciwie, konkurencyja z felczerami nie będzie trudną i pytanie rozwiązane. Dziś innej drogi nie ma...

Felczeryzm usiadł na gruncie nieprzygotowanym do racyjonalnych urządzeń społecznych, felczeryzm kwitnie dlatego, że brak organizacyi w tem społeczeństwie pozwala mu działać, a izolowani lekarze nie są w stanie skutecznie oprzeć się złemu.

Felczeryzm zniknąć może wtedy, gdy państwo, społeczeństwo i lekarze wspólnemi siłami przeprowadzą reformy dla ludzkości pożyteczne i położą koniec złemu.

Miejmy tę błogą nadzieję, że prąd racyjonalny, jaki od pewnego czasu panować zaczął wśród wyższych władz medycznych, że przychylność dla spraw zdrowia, jaka zyskuje prawo obywatelstwa wśród publiki, dzielnie dopomogą w tym względzie.

Radzibyśmy czynnie przychodzić z pomocą sferom miarodajnym swem słowem i spostrzeżeniem, a z obowiązku publicysty musieliśmy podjąć ciężki i przykry obowiązek dotknięcia tyle bolesnej strony stosunków lekarskich w tem przekonaniu, że podnosimy tę kwestyję dla dobra i zdrowia ogółu.

# Wiadomości terapeutyczne.

17. **Wabainum, s. Ouabainum.** Jest to glukozyd, otrzymywany z wodnego wyciągu korzenia i kory drzewa, *Wabaïo*, rosnącego na stokach gór Somali we wschodniej Afryce. Lud tameczny przygotowuje z kory tego drzewa jad do zatruwania strzał.

Arnaud [1888] otrzymał ten glukozyd z kory wzmiankowanego drzewa i nadał mu nazwę: *ouabainum*. Jest to proszek krystaliczny, biały, o połysku masy perłowej. Smak posiada gorzki. Rozpuszcza się nieco w wodzie zimnej, a bardzo łatwo we wrzącej; rozpuszcza się również łatwo w alkoholu średniego stężenia.

D-r William Gemmel (*British med. Journ. April. 1890. Wiener klin. Wochenschr. 1890. 26*) zastosował wabainę w 49 przypadkach kokluszu u dzieci. Podczas trwania całej kuracyi notowano starannie ciepłotę ciała, częstość tętna, częstość oddechów, zwracano uwagę na mocz i pot, po części również na wagę ciała, a oprócz tego, rozumie się, na częstość napadów kaszlu.

Leczenie wabainą rozpoczynano dopiero po 8-dniowej obserwacyi dziecka w szpitalu, dlatego, aby można ocenić stan dziecka przed podawaniem wzmiankowanego leku, podczas stosowania wabainy i po odstawieniu jej. Wszystkie dzieci trzymano w szpitalu przez dwa tygodnie, już po ustaniu napadów kaszlu.

Na mocy spostrzeżeń Gemmel podaje następujące wnioski:

We wszystkich okresach kokluszu wabaina dawała bardzo zadawalające wyniki.

Wabaina nie posiada własności kumulacyjnych: w odpowiedniej dawce można ją stosować przez dłuższy czas.

Pod wpływem wabainy ciepłota ciała, częstość oddechów i częstość tętna opadały niżej normy, wydzielanie potu wzmagało się, a ruch robaczkowy kiszek nieraz zwiększał się, tak, że stolce łatwiej, niż zwykle, następowały, a tylko w jednym przypadku pojawiła się biegunka.

Napady kaszlu kokluszowego stanowczo zmniejszały się co do częstości i co do natężenia, tak, że cały przebieg choroby o wiele bywał krótszym i łagodniejszym, aniżeli zwykle. Z powodu łagodnienia i ustępowania objawów chorobowych, stan ogólny dzieci kokluszowych znacznej ulegał poprawie, a mianowicie: waga ciała, sen, łaknienie i t. p..

D a w k a nie powinna przewyższać $^1/_{15}$ miligrama *pro dosi*, a $^1/_3$ miligrama *pro die*. Podawać należy co trzy, lub co cztery godziny dawkę.

Dzieciom od 6 do 12 roku życia, przy bardzo silnych i częstych napadach, można podawać $^1/_8$ miligrama *pro dosi*, ale w tych razach trzeba bardzo starannie czuwać nad działaniem leku.

18. **Leczenie tężca podskórnemi wstrzykiwaniami kwasu karbolowego.** Przed trzema laty jeszcze prof. Baccelli zwrócił uwagę na skuteczność wstrzykiwań podskórnych kwasu karbolowego przy tężcu urazowym. Od tego czasu tak on, jako też inni mogli w dalszym ciągu na kilku nowych przypadkach przekonać się o istotnej wartości wzmiankowanej metody. To-też obecnie prof. Baccelli na nowo występuje z zaleceniem podskórnych wstrzykiwań kwasu karbolowego przeciw tężcowi urazowemu. Radzi on wstrzykiwać co godzina lub przynajmniej co dwie godziny 0,01 [gr. $^1/_6$] kwasu karbolowego; w niektórych razach można wstrzykiwać i większą dawkę 0,02 [gr. $^1/_3$]. Jeżeli objawy tężcowe łagodnieją, to przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami powinny być dłuższe.

Według Baccelli'ego, kwas karbolowy działa głównie przez to, że bardzo znacznie obniża nadmierną pobudliwość rdzenia, będącą główną cechą tężca. Przy tej metodzie leczniczej natężenie skurczów mięśniowych znacznie ma się zmniejszać, a stan ogólny chorych podobno wydatnej ma ulegać poprawie.

*Wiktor Grostern.*

## *Nadesłano do Redakcyi.*

Bornhaupt. Rukowodstwo k chirurgiczeskoj patołogii i terapii. Część I. Kijów. 1890.

Zadania i wyniki badań stereochemicznych. Odczyt prof. Meyer'a, tłómaczenie Znatowicza. Warszawa. 1890.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 28 Сентября 1890 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

59.

# ZAKŁAD LECZNICZY

## DLA UMYSŁOWO CHORYCH I NERWOWYCH

**w Kowanówku pod Obornikami w W. Ks. Poznańskiem,**

w uroczej okolicy, wśród najkorzystniejszych warunków zdrowotnych położony, we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychijatryi i neuroterapii zaopatrzony, z wygodami wszelkiego rodzaju, elegancyją i komfortem urządzony, przyjmuje każdego czasu na kuracyją chorych płci obojej.

Na żądanie wysyła się prospekta z warunkami.

52—36 *D-r Winklewski.* *D-r Karczewski.*

---

64

# DRAGEAE KREOSOTI 0,05

***własnego wyrobu***

o połowę tańsze od kapsułek żelatynowych kreozotowych

## 100 sztuk kop. 100

poleca apteka

## E. GESSNERA

w Warszawie, Aleja Jerozolimska Nr. 27 róg Kruczej.

**Apteka przyjmuje do dragowania wszelkie pigułki, lecz nie w mniejszej ilości jak ½ funta wagi t. j. około 1000 pigułek.** 0—13

---

20.

# APTEKA

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH

## NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

# D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

**przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.**

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specyjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

52—41