

GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH WEWNĘTRZNYCH D-RA GROSTERNA W SZPITALU STAROZAKONNYCH
W WARSZAWIE.

I. OSTRE, KRWOTOCZNE ZAPALENIE NEREK ORAZ HEMOGLOBINOMOCZ

w następstwie zatrucia pigułkami Cauvin'a ¹⁾.

O t. zw. nephritis haemoglobinurica.

Podał

Stanisław Pechkranc,
asystent oddziału.

W przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, jak również w niektórych zatruciach występuje niekiedy hemoglobinomocz, który łączyć się może ze sprawami zapalnymi nerek. Stosunek, zachodzący między temi 2 sprawami, bywa prawdopodobnie nie we wszystkich przypadkach jednakowy. Według niektórych autorów, istnieją tu 2 możliwości: 1) zmiany we krwi występują pierwotnie i dopiero wtórnie wywołują zmiany zapalne nerek; 2) do istniejącego już zapalenia nerek przyłącza się wskutek zmian, zachodzących w czerwonych krążkach krwi, hemoglobinomocz. Staranne spostrzeganie kliniczne przypadków, w których hemoglobinomocz i zapalenie nerek łącznie występują, mogłoby rzucić nieco światła na zachodzące tu stosunki.

Nadto dotąd jeszcze niema zgody w poglądach na powstawanie hemoglobinurii. Powszechnie prawie przyjęty pogląd brzmi, że bez zmian we krwi krążenia ogólnego (*haemoglobinaemia*) hemoglobinomocz nie może dojść do skutku. Lecz już dawniej, a jeszcze częściej w nowszych czasach dają się słyszeć głosy, przyznające możliwość powstawania hemoglobinomoczu jedynie tylko wskutek rozpadu czerwonych krążków krwi w samych nerkach. Pomijając poszukiwania doświadczalne w tej kwestyi, zdaje się, że i tu spostrzeże-

¹⁾ Pigułki CAUVIN'a zawierają *gummi resinae gutti, aloës, jalappam, rheum*, i t. d. Ich skład ilościowy jest rozmaity. Oto np. jedna formułka: Rp. *Gummi res. gutti, Tub. Jalappae Aloës aa 2,0 Rad. rhei 0,6, Rad. Althaeae 2,25, Spirit. vini q. s. et Aq. destill. q. s. M. f. pil.* Nr. 30 Pigułki te są wzbronione przez farmakopeję rosyjską, lecz mimo to znajdują się, o ile mi wiadomo, w powszechnem użyciu.

nia kliniczne mogłyby znacznie przyczynić się do wyświeetlenia niektórych ciemnych stron. Poniżej przytoczony przypadek, w którym oba cierpienia (*haemoglobinuria et nephritis acuta*) wystąpiły obok siebie po przyjęciu zbyt dużej dawki pigułek CAUVIN'a, przemawia, zdaniem mojem, za istnieniem hemoglobinomoczu pochodzenia nerkowego.

Chory, lat 21 liczący, rządcą domu, przybył na oddział d. 6 czerwca 1898 roku ze skargami na ból w okolicy lędźwiowej, szczególnie z prawej strony, na rżnięcie przy oddawaniu moczu oraz na krwimocz. Cierpiąc od dłuższego czasu na zaparcie stolca, przyjmował dość często najrozmaitsze środki czyszczące. Dnia 3 czerwca wieczorem zażył 2 pigułki CAUVIN'a, nazajutrz rano 1 pigułkę, a gdy skutku nie było, przyjął jeszcze po kilku godzinach 2 pigułki. Tego samego dnia [4. VI.] wieczorem wystąpił krwimocz, który nazajutrz jeszcze się wzmógł, przyczem przyłączył się ból przy oddawaniu moczu. Największego natężenia ból dosięgnął d. 5. VI., a w dniu wstąpienia do szpitala był już znacznie mniejszy. Nigdy przedtem nie doznawał żadnych bólów, ani w okolicy lędźwiowej, ani w okolicy pęcherza moczowego, Mocz dawniej nigdy nie był czerwony, obrzęków również nigdy nie było. Wspomniane pigułki CAUVIN'a zażywał już dawniej kilka razy, lecz nigdy więcej nad 2, najwyżej 3 pigułki w kilku porcjach. Okazywały one zwykle dobry skutek i nigdy nie sprowadzały żadnych dolegliwości. Żadnych innych leków [*kali chloricum* kwasów, eteru, chloroformu, karbolu i t. d.] przed obecnem zachorowaniem nie przyjmował.

Odżywianie chorego mierne, skóra i błony śluzowe nieco blade. Niema ani śladu żółtaczki. Stan gorączkowy [38° C.]. Tętno 90, miękkie, prawidłowe. W płucach nic nieprawidłowego. Falowanie w okolicy serca. Tętno serca czyste, tylko obok pierwszego tonu tętnicy płucnej podmuch. Brzuch nie powiększony, niebolesny. Wątroba i śledziona nie są powiększone. Okolica lędźwiowa prawa wrażliwa przy opukiwaniu. Obrzęków niema.

Mocz ciemno-czerwony, mętny, lecz, jak chory utrzymuje, w mniejszym stopniu, niż dnia poprzedniego. Osad moczu ciemno-brunatny, kłaczkowatoziarnisty. Ciężar właściwy moczu 1020, oddziaływanie obojętne. Odczyn HELLER'a na krew z przesączem moczu bardzo wyraźny [opada gruba warstwa barwy krwisto-czerwonej]. Ilość białka w przesączu dochodzi prawie do 3‰ [ESSBACH]. Odczyn na barwniki żółciowe wypada ujemnie.

Przy badaniu drobnowidzowem osadu znaleziono: komórki nabłonkowe z kanalików nerkowych, zupełnie dobrze zachowane, oddzielnie leżące i ułożone w wałeczki, leukocyty w niewielkiej ilości, bardzo dużo komórek jednobiegunowych i dwubiegunowych [z miedniczek nerkowych]. Co się tyczy czerwonych krążków krwi, to na wielu preparatach nie można było znaleźć ani jednego, na niektórych zaś bardzo nieliczne [1, najwyżej 2 w polu widzenia] krążki wyługowane [cienie, zręby, *stromata*]. Z innych elementów upostaciowanych badanie drobnowidzowe okazało mnóstwo ziaren barwnika krwi, oraz masy barwy brunatnej, kształtu nieprawidłowego, w postaci skibek, niektóre masy barwnikowe w postaci cylindrów różnej długości (*Blutfarbstoffcylinder*). Ten wynik badania drobnowidzowego był o tyle uderzający, że, sądząc z na-

teżonej barwy czerwonej moczu i osadu, spodziewać się można było znaleźć mnóstwo czerwonych krążków⁵ w osadzie.

Dnia 7. VI. ciepłota rano 37,9; wieczorem 37,2. Od tego czasu już nie notowano więcej cyfr gorączkowych. Mocz i osad moczowy mają te same własności, co dnia poprzedniego. Zachowanie się czerwonych krążków takie same. Ilość białka $2\frac{1}{2}\text{‰}$.

Przez kilka dni następnych ilość dobowa moczu wahała się między 1400—1800 ctm. sześć, ilość białka spadła do 1‰ , barwa moczu stawała się coraz jaśniejsza, osad coraz skąpszy i bledszy wykazywał zmniejszającą się stopniowo ilość pierwiastków upostaciowanych nerek, krążków czerwonych krwi niezmiernie mało. Nabłonek z miedniczek z wyrostkami znikł był już dnia 7. VI. Odczyn przesączu na hemoglobinę jeszcze wyraźny.

Dnia 12. VI. bez żadnego dającego się stwierdzić powodu, a szczególnie bez popełnienia błędu w dyecie, mocz o wiele czerwieńszy i mętniejszy, niż dnia poprzedniego, z osadem o wiele obfitszym. Ilość białka w przesączu wynosi około 1‰ . Osad, badany pod drobnowidzem, składa się z mnóstwa czerwonych krążków krwi dobrze zachowanych, niewielkiej ilości nabłonka nerkowego i wałeczków nabłonkowych; miejscami kryształki kwasu moczowego, oddzielne barwy brunatnej skibki i ziarna barwnika krwi [methemoglobiny]. Temu pogorszeniu sprawy nerkowej nie towarzyszyło podniesienie ciepłoty, ani żadne inne zaburzenia. W ciągu kilku dni następnych mocz wyjaśniał się coraz bardziej.

Dnia 15. VI. osad moczu wykazywał jeszcze sporo krążków czerwonych, nabłonka zaś i cylindrów ilość bardzo nieznaczną. Zawartość białka w przesączu wynosiła $0,5\text{‰}$.

Dnia 18. VI. Mocz przezroczysty, bardzo mało zabarwiony, bez osadu. Białka ilość bardzo mała.

Dnia 21. VI. Wypisał się zdrów.

Przez cały czas choroby nie zauważono ani obrzęków, ani żółtaczki. Wątroba i śledziona były stale nie powiększone. Mocz oddawał chory w pierwszym tygodniu często: co 1—2 godziny. Bóle w okolicy lędźwiowej stopniowo zmniejszały się i po tygodniu blisko zupełnie znikły. Chory był przez cały czas na dyecie mlecznej. Z leków, prócz *infus. sennae comp. cum magnesia sulfurica* i roztworu dwuwęglanu sodu, żadnych innych nie dostawał.

W powyższym przypadku mieliśmy, jak to widać z wyników badania moczu, kombinację hemoglobinuryi i ostrego zapalenia nerek [pomijając krótkotrwałe zapalenie miedniczek nerkowych]. W ciągu pierwszych kilku dni pobytu chorego na oddziale nie można było stanowczo silnie krwistego zabarwienia moczu, oraz ciemno-brunatnej barwy osadu objaśnić niezmiernie małą ilością czerwonych krążków krwi, jaką w osadzie znaleziono. Mieliśmy zatem niewątpliwie do czynienia z hemoglobinomoczem, za którym przemawiała także obecność znacznej ilości barwnika krwi w postaci oddzielnych ziaren, krupek i wałeczków. Zauważyć tu musimy, że preparaty do badania drobnowidzowego brano z różnych warstw osadu moczu w kieliszku i że mocz zawsze był badany w stanie świeżym, zaledwie w 2—3 godziny po oddaniu, w jednakowych

warunkach i tych samych, w których później, przez kilka dni z rzędu, znajdowano w osadzie dużo dobrze zachowanych czerwonych krążków krwi. A więc wyłączyć należy rozpad czerwonych krążków krwi zewnątrz ustroju. Znajdowanie, obok tego, znacznej ilości białka w przesączu, jak również pierwiastków morfotycznych nerek, kryształów kwasu moczowego, świadczyło jednocześnie o zajęciu miąższu nerek. Związek cierpienia z zażyciem pigułek CAUVIN'a jest oczywisty i zdaje się żadnej nie ulegać wątpliwości: cierpienie nerkowe wystąpiło tego samego dnia, w którym zostały przyjęte pigułki, podczas gdy przedtem nie było nigdy żadnych zaburzeń ze strony nerek. Jeśli dawniej po tych samych pigułkach nie występowały żadne dolegliwości, to łatwo to objaśnić mniejszą dawką, przyjmowaną dawniej przez chorego. Okoliczność, że dawniej po jakichś 2—3 pigułkach nie występowały zaburzenia ani ze strony nerek, ani ze strony innych narządów, świadczyć może, zdaniem mojem, o tem, że chory nie miał jakiejś szczególnej idyosynkrazyi względem składowych części tych pigułek, lecz że zatrucie spowodowane zostało poprostu zbyt wielką dawką silnie drażniącego środka.

Połączenie tych 2 spraw chorobowych tworzy charakterystyczną całość, dla której SENATOR ¹⁾ zaproponował nazwę *nephritidis haemoglobinuricae*. Cechuje tę postać zapalenia nerek obecność w moczu wolnej, t. j. nie zawartej w czerwonych krążkach krwi hemoglobiny. Od zwykłej hemoglobinurii wyróżnia się ona większą zawartością białka w moczu, oraz większą ilością elementów morfologicznych [nabłonek nerkowy, wałeczki] nerek, jak również obecnością kryształków kwasu moczowego, które tak często występują w ostrem zapaleniu nerek. Opisywano to cierpienie przedewszystkiem w przebiegu lub po ukończeniu rozmaitych chorób zakaźnych. Jeszcze w r. 1874 opisał IMMERMANN ¹⁾ kombinację tych zaburzeń w przebiegu nawrotu tyfusu brzuszego umiarkowanego natężenia i z prawidłowym zresztą przebiegiem. Po upływie 8 dni nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach mocznicowych.

W przypadku HEUBNER'a ²⁾ wystąpiła w okresie zdrowienia po szkarlatynie hemoglobinuria, zakończona po kilku dniach śmiercią. Że w tym przypadku istniało obok hemoglobinurii jeszcze zapalenie nerek, za tem przemawia obecność w osadzie moczu znacznej ilości leukocytów, wałeczków ziarnistych, nabłonka nerkowego i t. d.. Podobieństwo z tem spostrzeżeniem przedstawia przypadek CNOFF'a ³⁾, dotyczący 4½-letniego chłopca, u którego w 7-ym dniu szkarlatyny, powstałej bezpośrednio po odrze, wystąpiło ciężkie zapalenie nerek. Po 4-tygodniowym trwaniu tego zapalenia ilość moczu zaczęła się zmniej-

¹⁾ SENATOR. Die Erkrankungen der Nieren in Spec. Pathologie und Therapie NOTHNA-GEL'a. 1895 i 1896.

²⁾ IMMERMANN. Ein Fall von haematogenem Icterus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. XII. 1874 rok.

³⁾ HEUBNER. Ein Fall von Haemoglobinurie bei Scharlach. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 23. Zesz. 3. 1879.

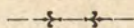
⁴⁾ CNOFF. Casuistische Mittheilungen aus der Kinderpraxis. Münch. med. Woch. 1895. Nr-ty 18 i 19.

sząć, ilość białka powiększać, barwa moczu stała się ciemno-czerwoną, odczyn HELLER'a występował wyraźnie. W osadzie moczu znaleziono wałeczki szkliste, leukocyty i t. d. Po kilku dniach nastąpiła poprawa. Z innych chorób zakaźnych omawiane cierpienie opisane zostało przy malaryi [KELSCH i KIENER¹⁾], przy żółtej febrze i hemoglobinurii noworodków WINCKEL'a, przy *erysipelas capillitii*²⁾. Jeden przypadek *nephritis haemoglobinuricae* spostrzegł SENATOR w przebiegu *polymyositis infectiosae*³⁾. [D. n.]

II. SPRAWA SZCZEPIENIA OSPY U NAS.

Podał

K. Chełchowski.



[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 11].

Na dołączonej do niniejszego artykułu mapce i tablicach widzimy: 1) obraz graficzny postępu i upadku sprawy szczepienia u nas w różnych czasach, 2) śmiertelność z ospy w Warszawie od r. 1877, 3) liczbę szczepień bezwzględną i względną według gubernii w różnych latach, wreszcie 4) obraz graficzny stanu szczepienia w różnych powiatach za czas od 1892 do 1894.

Są to cyfry urzędowe. Cokolwiek można byłoby zarzucić ich ścisłości, zawsze jednak faktem pozostanie, że mogą one wykazywać za dużo szczepień [co leżałoby poniekąd w interesie osób, stykających się ze szczepieniem: soltysów, felczerów, nawet lekarzy], ale nigdy za mało.

Przy obliczaniu odsetek korzystałem jedynie z cyfr ludności urzędowych, i to opracowanych i poprawionych przez komitet statystyczny warszawski. [Trudy warsz. statist. kom. Wypusk 11 i 13. Warszawa. 1894 i 1895/6] oraz z wyników spisu jednodniowego w 1897 roku. Za lata 1895, 1896, 1897 i 1898 nie obliczałem wcale odsetek, bo cyfry, przytoczone dla tych lat, jakkolwiek urzędowe, znakomicie się różnią od cyfr, podawanych przez komitet statystyczny po ostatniem ich opracowaniu.

Brak odpowiedzi od 15 lekarzy powiatowych nie pozwolił mi dać mapki z lat ostatnich. Podałem ją tu za lata 1892 do 1894, biorąc do obliczania odsetek cyfry ludności w powiatach z dnia 1 stycznia 1893 r., przytoczone przez komitet statystyczny warszawski.

Cheąc jednak zużytkować dane z 69 powiatów za lata ostatnie, w tekście przy mapce ułożyłem drugą rubrykę: procent szczepień przeciętny za lata od 1892—1898. W rubryce tej przy obliczaniu odsetek brałem cyfrę ludności

¹⁾ Cyt. u SENATOR'a. Die Erkrankungen der Nieren. Op. cit.

²⁾ LANGNER. Haemoglobinurie als Complication von Erysipelas bei einem 7 Wochen alten Knaben. Prag. med. Woch.; cyt. podług SCHMIDT's Jahrbücher.

³⁾ SENATOR. Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis. Deutsch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 39. *Nephritis haemoglobinurica* wystąpiła w przebiegu 2-go z przytoczonych przez autora przypadków.

w powiatach średnią pomiędzy wykazaną na 1 stycznia 1893 przez komitet statystyczny a znaną przy spisie jednodniowym w 1897 roku.

Liczba szczepień w każdym powiecie ulega z roku na rok dużym wahanom. Zdawało mi się więc, że przeciętne za 3 lata i za 7 lat będą bliższe prawdy, niż liczby i odsetki za rok jeden.

W jaki sposób wyrachowywałem z tych odsetek liczbę nieszczepionych, wytłómaczę się w dalszym ciągu tej pracy.

[Mapka wraz z objaśnieniem dołączona będzie w przyszłym N-rze].

Z mapki i tablic widać, że najbardziej zaniedbaną pod względem szczepienia jest gub. suwalska i że to jej zaniedbanie jest stałe, widoczniejsze w 1859 roku. Powiaty litewskie tej gubernii stoją gorzej od zamieszkałych przez Polaków [suwalski, augustowski, sejneński]. Dalej idą niektóre powiaty gubernii warszawskiej. Gubernie przemysłowe: piotrkowska i warszawska wydają się bardziej zaniedbanymi, niż tego należałoby oczekiwać; może na to wpływa wielki w nich procent ludności niestalej, która łatwo może być pominiętą przy spisach, kwalifikujących do szczepienia, a także ciągły i wielki dopływ ludności wiejskiej. Epidemie ospy najbardziej się srożą właśnie w tych dwóch guberniach przemysłowych [wpływ skupienia ludności] ¹⁾. Najbardziej postępowemi w sprawie szczepienia są: gub. kielecka [w której nawet i rewakcynacja stała się już powszechną], kaliska i łomżyńska. Postęp ten odbywał się w gubernii kaliskiej i łomżyńskiej stopniowo, regularnie; w kieleckiej zaś nastąpił od razu w latach 1892 i 1893 dzięki energii inspektora lekarskiego p. WOROŃSKIEGO. Zwołał on zjazd lekarzy powiatowych gub. kieleckiej i, wypracowawszy z nimi plan szczepienia ospy w gubernii, przeprowadził go konsekwentnie przy pomocy administracji. Być może, że znakomity ten postęp ułatwiło gub. kieleckiej sąsiedztwo z Galicyą, gdzie sprawę szczepienia w tym samym czasie doprowadzono do porządku. Bardzo wysokie liczby szczepień wykazuje gubernia płocka, ale o dokładności tych cyfr mam zkądinąd poważne wątpliwości ²⁾. Zresztą w ostatnich latach sprawa szczepienia w płockiem znowu się cofnęła.

Z powyższemi danemi zgadza się i to, co wiemy o epidemiach ospy i śmiertelności z tej choroby u nas. Póki szczepienie odbywało się nieźle, o większych epidemiach ospy, zajmujących np. kraj cały, nie było słyhać i nie zostało wzmianek w piśmiennictwie. Tak było jeszcze przez czas jakiś nawet i wtedy, gdy już sprawa szczepienia uległa zaniedbaniu. Za to od r. 1871 ospa wciąż u nas grasuje. W latach 1871, 1872 i 1873 epidemia była straszna ³⁾,

¹⁾ W gubernii piotrkowskiej w latach od 1890 do 1893 umierało: 1268, 1915, 1207, 1328 osób. W gubernii warszawskiej [bez Warszawy] zmarło z ospy 1831 osób w r. 1878, 868 w 1883, 1255 w 1892 r.

²⁾ Wątpliwości te powziąłem, przekonawszy się w kilku wsiach gub. płockiej, że trzecia część ludności nie miała tam nigdy ospy szczepionej, co przy odsetkach szczepień przytoczonych byłoby przecieź niemożliwem. Krytyczny rozbiór danych, otrzymanych z powiatów, utwierdził mnie w tych wątpliwościach.

³⁾ W gub. kieleckiej w r. 1873 np. liczono 1634 zmarłych z ospy na 538,000 mieszkańców, [Gaz. Lek. 1874. T. XVI, str. 367].

objęła kraj cały, przypadki ospy czarnej były bardzo liczne, lekarze nasi nie znali ich jeszcze i brali je często za chorobę WERLHOFF'a ¹⁾.

W r. 1892 znowu silna epidemia przeszła przez cały kraj i według statystyki [stanowczo za niskiej, dalekiej od prawdy] zabrała około 7 tysięcy ofiar. Ale i prócz tych wielkich epidemii nie było u nas ani jednego już roku wolnego od epidemii gubernialnych i powiatowych, podczas których co dziesiąta, a nawet co czwarta śmierć w powiecie przypada na ospę ²⁾. Od r. 1887 do 1895 statystyka wykazywała przeciętnie 3283 śmierci z ospy każdego z tych 9 lat. A są to cyfry z pewnością za niskie. Statystyka proboszczów [w ostatnich latach] dokładniejszą jest od lekarskiej. I w ubiegłym 1898 roku panowała u nas silna epidemia ospy w gubernii płockiej, przyległych powiatach łomżyńskiej i warszawskiej, oraz w gub. piotrkowskiej i pojedynczych powiatach innych gubernii ³⁾.

Dobroczynny wpływ szczepienia ospy na epidemie tej choroby i śmiertelność z niej znać u nas jedynie w gubernii kieleckiej i kaliskiej, oraz w Warszawie.

W Warszawie jeszcze w r. 1886 szczepienie ospy bezpłatne było zupełnie zaniedbane, a epidemie ospy wprost przerażające, jak to widać na dołączonej tablicy. W niektórych latach zawiadamiano władze o tysiącu kilkuset śmierciach z ospy. Dopiero w r. 1889 za sprawą pp. TROICKIEGO, inspektora urzędu lekarskiego i Kleigelsa, oberpolicmajstra miasta, rozpoczęto bardzo energicznie szczepić ospę bezpłatnie w kilkunastu punktach miasta, w przytułkach noclegowych, w fabrykach, powołano do szczepienia wielu lekarzy, nawet studentów medycyny. To też od tego czasu epidemie ospy w Warszawie znakomicie zmalały w porównaniu z dawniejszemi, chociaż innym wielkim miastom Warszawa zawsze jeszcze imponować może śmiertelnością z ospy. Od wspomnianego 1889 roku Warszawa asygnuje 1500 rb. rocznie na bezpłatne szczepienie ospy.

Ze środków tych zaszczerpiono bezpłatnie w stacyach miejskich w czasie od 1890—1895 roku na każde 10,000 mieszkańców: 209, 94, 162, 177, 225 i 220 osób. W r. 1896 i 1897, jak mi komunikowano, zaszczerpiono w stacyach miejskich 10803 i 10,078 osób, co dawałoby na 10000 mieszkańców w r. 1896—195, a w 1897 167 osób. Wynikałoby ztąd, że w ostatnich latach wskutek ciągłego wzrostu ludności Warszawy odsetka bezpłatnych szczepień znowu się

¹⁾ GROER. Gaz. Lek. 1871, T. XI, str. 81. KOSZTUŁSKI i TREPKA, tamże, str. 201, 267. CZAJCZYŃSKI, tamże, str. 257. RUSZCZYKOWSKI, tamże, Tom XIV, str. 65.

²⁾ Po 700 śmierci z ospy na jeden powiat i rok liczone np. w powiatach: kútnowskim [1892], będziańskim [1892], rypińskim [w 1872 i tyleż w 1892], maryampolskim [1892], włocławskim [1893], janowskim [1895], augustowskim [1893], nie mówiąc już o powiecie łódzkim, jako bardziej zaludnionym od innych.

³⁾ O ile mogłem się dowiedzieć, ospa w r. 1898 panowała we wszystkich powiatach gub. płockiej, w pow. makowskim, ostrołęckim, kolneńskim, pułuskim, warszawskim, błońskim, nowomińskim, sochaczewskim, grójeckim, skierniewickim, będziańskim, brzezińskim, rawskim, olkuskim, sandomierskim, zamojskim, sokołowskim, garwolińskim.

zniejsza. Dodać trzeba, że parę, czy kilka tysięcy szczepień bezpłatnych dokonywa się nadto i w instytucjach POLAKA i STĘPNIEWSKIEGO ¹⁾.

Wykazy śmiertelności z ospy w naszym kraju nie mogą uchodzić za dokładne. Ospa budzi strach i może być powodem do jakichś zarządzeń policyjnych, których ludność się obawia. To też z pewnością nie o wszystkich zachorowaniach na ospę i śmierciach z niej władze otrzymują wiadomości. Są wprawdzie lekarze powiatowi [w gub. kieleckiej i kaliskiej], którzy stanowczo twierdzą, że żaden wypadek śmierci z ospy nie ujdzie ich wiadomości, ale są to wyjątki. Przeważna liczba lekarzy zapewnia, że rzeczywista liczba śmierci z ospy jest daleko wyższa od podawanej władzom, jako materiał do statystyki. W Warszawie np. według rachunku POLAKA ²⁾ w r. r. 1889 tylko trzecia część wypadków ospy była znaną urzędowi lekarskiemu. Gubernia suwalska, w której, jak widzieliśmy, szczepienie ospy najgorzej stoi, całemi latami nie wykazuje prawie wcale zachorowań na ospę; skłoniło to nawet prof. SIMONENKĘ do przypuszczenia, że w gub. suwalskiej szczepienie ospy musi się odbywać chyba wyjątkowo dobrze ³⁾.

W każdym razie śmiertelność z ospy w Królestwie według statystyki urzędowej jest znacznie wyższą, niż w którejkolwiek prowincyi cesarstwa [z wyjątkiem może Kaukazu]. Zwrócił na to uwagę prof. SIMONENKO ⁴⁾. Widocznem też jest to we wszystkich sprawozdaniach departamentu lekarskiego ⁵⁾. Od r. 1887 do 1892 rejestrowano w Królestwie na 10000 mieszkańców 16 zachorowań na ospę, w całym zaś cesarstwie 10,3. W r. 1893 — w Królestwie Polskiem 17,4, w całym cesarstwie 9,4. W r. 1894 — w Królestwie 9,3, w cesarstwie 6,7. W r. 1895 w Królestwie 8,5, w cesarstwie 6,0. Porównanie z guberniami ziemskimi wypada oczywiście daleko gorzej jeszcze dla Królestwa Polskiego.

Wiadomo, że w latach 1870—1873 epidemia, a raczej pandemia ospy przeszła przez całą niemal Europę. Epidemia ta wzięła początek we Francyi podczas wojny francuzko-pruskiej. Wobec wszystkich przytoczonych już danych nie waham się wypowiedzieć przypuszczenia, że źródłem tej epidemii był nasz kraj. Epidemję we Francyi wywołało wejście Niemców; zarazek przynieśli Niemcy z sobą, ale nie od siebie. U nich przecież ospy tak dobrze jakby wcale nie było. Na wojnę jednak ściągnęli oni nie mało swoich poddanych z Królestwa, gdzie sprawa szczepienia przez szereg lat cofała się i gdzie wkrótce potem rozpoczął się szereg epidemii, trwających wciąż mimo wygaśnięcia pandemii europejskiej. Możliwy byłoby zarzucić temu przypuszczeniu, że u nas epidemie te wybuchły dopiero w 1871 r., więc później, niż we Francyi. Na to

¹⁾ Cyfry szczepień ospy w Warszawie, podane w tablicy, dołączonej do niniejszej pracy, obejmują wszystkie szczepienia, a więc i komunikowane przez lekarzy i felererów.

²⁾ Zdrowie. 1894, str. 5. [O endemii ospy w Warszawie i t. d.].

³⁾ Trudy warsz. statist. komit. Wypusk 13, str. 305.

⁴⁾ Ibidem, str. 288, 304.

⁵⁾ Patrz np. Otczot medicinsk. departam. za r. 1891, str. 28; za r. 1892, str. 28; dodatek do Wiestnika obszczestw. higieny, za r. 1897, str. 72.

odpowiedziałbym, że u nas prócz spotęgowanego zarazka ospowego istniała i większa nań odporność, nabyta stopniowem przyzwyczajeniem.

Ile więc ostatecznie jest w kraju osób nigdy nie szczepionych? Odpowiedź na to pytanie możnaby poniekąd wyrachować z powyżej przytoczonych cyfr. Różnica pomiędzy liczbą urodzeń i liczbą szczepień wskazuje liczbę dzieci nie zaszczepionych w danym czasie. Ztąd procent nieszczepionych $x = (a-b) \frac{100}{a}$ gdzie a oznacza liczbę urodzeń, a b liczbę szczepień. Dużo jednak dzieci umiera jeszcze przed szczepieniem. W naszym kraju śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia jest wyższą, niż w Zachodniej Europie, wynosi bowiem czwartą część śmiertelności ogólnej. Przypuszczam więc, że śmiertelność między nimi przed czasem szczepienia, które się zwykle odbywa w ciągu pierwszego roku życia, nie zaś po jego ukończeniu, równa się piątej części wszystkich śmierci $= \frac{c}{5}$. A zatem liczba nieszczepionych w danej generacji, czy w szeregu generacji $x = (a - b - \frac{c}{5}) \frac{100}{a - \frac{c}{5}}$. W formule tej zamiast liczby

urodzeń (a), szczepień (b) i śmierci (c) można podstawić procenty lub *promilla* urodzeń, szczepień i śmierci — rachunek się przez to nie zmienia. W podanej formule x może wypaść ze znakiem ujemnym [—]: zdarza się to wtedy, gdy odsetka szczepień jest bardzo wysoka i znaczy to, że w danym razie nieszczepionych nie było, przeciwnie—był nadmiar szczepionych, t. j. że miała tu miejsce albo rewakcygrafia na większą skalę, albo szczepienie starszych. Za pomocą tej formuły ¹⁾ z dołączonej do niniejszego tablicy szczepień, wyliczyłem, że pomiędzy obecną ludnością Królestwa, urodzoną między 1883 a 1892 rokiem, [to jest między mającymi dziś 7 do 16 lat] procent nieszczepionych wynosiłby 17,1. Między urodzonymi w r. 1893 procent ten wynosiłby 11,1; przypuszczając, że odsetki urodzeń, szczepień i śmierci od tego czasu do dziś mało się zmieniły, znaczyłoby to, że między naszymi dziećmi do lat 6 procent nieszczepionych zbliża się do tej cyfry [11,1]. Między urodzonymi w r. 1859 procent nieszczepionych wynosiłby tylko 4,2; w roku zaś 1855—24,9. Naturalnie rachunek ten nie uwzględnia tego, że właśnie z pomiędzy nieszczepionych mnóstwo umarło na ospę i między obecną ludnością Królestwa już ich niema. Uwzględniając to, sądzę, że wśród dzisiejszej ludności Królestwa procent nieszczepionych pomiędzy dziećmi do lat 6 wynosi w przybliżeniu około 10%, między dziećmi od 7 do 16 lat—około 15%, między starszymi około 20%.

Takby wypadło z cyfr urzędowych.

Formuły tej nie zastosowałem do swoich tablic, choć na pozór zdawałoby

¹⁾ Formułę tę w odczycie w Towarzystwie higienicznem i streszczeniach z niego podałem nieco odmiennie. Wynikły ztąd i cyfry nieco odmiennie. Nadto odsetkę nieszczepionych między najmłodszymi dziećmi wyliczałem wtedy według 1892 roku, który właśnie różnił się znacznie i od lat poprzedzających i od lat następnych liczbą urodzeń i śmierci. Danych o szczepieniu za lata 1893 i 1894 jeszcze wtedy nie miałem. Ztąd różnica pewna ówczesnego i obecnego rachunku.

się, że dałaby ona od razu odpowiedź na główne pytanie w tej sprawie. Nie zrobiłem tego dla tego, że już małe błędy w wielkościach formuły: a , b i c po ciągają za sobą wielkie różnice w wypadkowej x . A wielkości te bynajmniej pewne u nas nie są, bo statystyka urodzeń i śmierci, zwłaszcza między ludnością żydowską, jeszcze nie jest u nas dokładną. Wołałem więc poprzestać na procencie szczepionych, który to rachunek naraża na daleko mniejsze błędy. W każdym razie formuła może wykazać raczej za mało, ale nie za dużo nieszczepionych. Mówiłem już wyżej, że liczba szczepień (b) może być tylko za wielka. Liczba urodzeń (a) może być w statystyce Królestwa tylko za mała, a nie za wielka. Otóż przypuszczalne te błędy w wielkościach a i b wpływają na rachunek w ten sposób, że procent nieszczepionych wypadnie za mały, niższy od rzeczywistego. W odwrotnym kierunku wpływałyby tylko błędy w wielkości c [ilość śmierci], t. j. gdyby c było za wielkie, co zdaje się podejrzawać trudno. I c raczej zmniejszane bywa u nas.

Czterdziestu lekarzy powiatowych w odpowiedziach swoich na zwrócone do nich zapytania wskazało w przybliżeniu, jaki zdaniem ich procent nigdy nieszczepionych jest w ich powiecie. Odpowiedzi wahają się w bardzo szerokich granicach od 0,9% do 27,5%. Z powiatów gorzej szczepionych zwykle, wskazywano daleko niższą odsetkę, to jest daleko lepiej wyobrażano sobie stan rzeczy, niż w tych, gdzie szczepienie odbywa się dobrze i kontrola jest lepszą. Im gorliwiej lekarz zajmuje się szczepieniem, tem więcej wykrywa nieszczepionych. Średnia z tych 40 odpowiedzi wypadła 8,94% nieszczepionych.

Z 14 powiatów lekarze ograniczyli się tylko do odpowiedzi, jaki procent dzieci unika szczepienia. Średnia wypadła 12,55%.

Cyfry te są poniekąd sprzeczne. Większość bowiem lekarzy zapewnia że między dziećmi mniej jest nieszczepionych, niż między dorosłymi. Tymczasem z odpowiedzi ich wypadaloby, że dzieci nieszczepionych jest 12,5%, a wogóle nieszczepionych w kraju 9%. Którejże cyfrze bardziej wierzyć? Naturalnie, że dotyczącej dzieci. Przecież właśnie ze szczepieniem dzieci mają ci lekarze corocznie do czynienia, więc o dzieciach mogą powiedzieć coś pewnego, kiedy o dorosłych—często tylko przypuszczenia. Zresztą i co do dorosłych, procent nieszczepionych między nimi wypadnie dwa razy większy, jeżeli pominąć odpowiedzi tych lekarzy, których powiaty są źle szczepione, a rachować się tylko z tymi, którzy sprawę szczepienia popchnęli naprzód u siebie. D-r JEDLICKI np. w powiecie kieleckim, pomimo energicznego tam szczepienia przez całe lata, w roku bieżącym znalazł nigdy nieszczepionych o 3 tysiące więcej, niż w roku zeszłym i jeszcze przypuszcza, że 5—10% ludności nie miało ospy szczepionej.

[D. c. n.]

III. OSYRYNGOMYELII

(Z POWODU SPOSTRZEŻENIA PRZYPADKU TEGO CIERPIENIA).

Podał

Wacław Męczkowski,

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

Epicrisis. U 33-letniego mężczyzny, u którego od kilkunastu lat istniały ciężkie zaburzenia odżywcze w postaci zastrzałów bezbolesnych, odpadania członczków palców u rąk, utrata czucia bólu i ciepłoty, skrzywienie kręgosłupa, który jednak pomimo to czuł się względnie zdrowym i zdolnym do pracy do ostatnich prawie dni, nagle wystąpiły objawy ostrego cierpienia rdzenia, porażenie kończyn dolnych, bóle opasujące na wysokości pępka, zatrzymanie moczu i zaparcie stolca, dreszcze z gorączką, wreszcie ostre odleżyny. Po 2 tygodniach chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało istnienie jamy wzdłuż całego rdzenia, zaczynając od rdzenia przedłużonego aż do dolnej części grzbietowego. Badanie drobnowidzowe przekonało, że mieliśmy tu do czynienia z dwiema sprawami.

Przedewszystkiem dawna zasadnicza sprawa polega na gliozie centralnej. Wzdłuż całego rdzenia aż do zgrubienia lędźwiowego znajduje się jama, dająca w różnych okolicach zatoki i szczeliny boczne, to połączone z jamą główną, to zupełnie od niej niezależne. Jama położeniem swoim przeważnie odpowiada kanałowi środkowemu, jakkolwiek ten ostatni zupełnie zamknięty istnieje niekiedy zupełnie niezależnie od jamy. Przedewszystkiem jasno to jest wyrażone w całym rdzeniu przedłużonym, nadto kanał środkowy znajdujemy zamknięty w górnej części szyjowej przed jamą, a w dolnej grzbietowej obok niej. Oprócz tego szczeliny niezależne od kanału środkowego istnieją w całym rdzeniu grzbietowym.

Jama główna okazuje pewne cechy, które pozwalają wnioskować, że zawdzięcza ona swe pochodzenie pewnym zбочeniom rozwojowym. Za dowód tego uznajemy: 1) obecność nabłonka w jamie na znacznych przestrzeniach i w bardzo odległych od siebie okolicach; 2) stałe rozgrywanie się sprawy całej w najbliższem otoczeniu kanału środkowego, wreszcie 3) istnienie rozdwojonego kanału środkowego w rdzeniu krzyżowym. Nadto fakt, że nabłonek kanału środkowego, tkanka z natury swej bynajmniej przecież nie przeznaczona do rozmnażania się, rozrastał się niezwykle w wielu okolicach rdzenia — fakt ten uważać także należałoby za wynik pewnych zбочeń rozwojowych. Bujanie tego nabłonka najlepiej widać w górnej części grzbietowej, w której tworzy on zamknięte ognisko nawet po za jamą wśród tkanki. Wysłanie nabłonkowe jamy ma swe źródło w nabłonku kanału środkowego, lecz nie zawsze

i nie wszędzie jest bezpośrednią pozostałością rozszerzonego kanału środkowego. Mamy tu wtórne wysłanie jamy i szczelin bocznych, czy to przez bujanie, wrastanie nabłonka w nowopowstające skutkiem rozpadu gliozy jamy, czy też może nawet skutkiem tego, że nowa, jama tworzy się w tkance, zawierającej komórki ependymarne [w pobliżu kanału środkowego]. Takie wtórne wysłanie szczelin nabłonkiem znajdujemy zwłaszcza przy przejściu rdzenia szyjowego w grzbietowy i w górnej części grzbietowej.

Wzdłuż całego rdzenia szyjowego i grzbietowego jamę otacza w postaci mniej lub więcej pełnego pierścienia dość gruba warstwa glii, bardziej lub mniej wyraźnie oddzielająca się od tkanki nerwowej. Tkanka ta przeważnie składa się z niezmiernie delikatnych włókienek, ułożonych w siatkę lub pęczki [barwienie metodą VAN GIESON'a, MALLORY'ego]. W niektórych miejscach widzimy gliozę w momencie tworzenia się: to tkanka nerwowa stopniowo przechodzi w warstwę glii, to znów w zbitej tkance glii znajdujemy resztki włókien myelinowych, których nie zdążyła jeszcze zastąpić całkowicie glia. Warstwa ta w pobliżu jamy jest przeważnie bardziej bezkształta [amorfna], jednorodna [homogenna], o budowie mniej włóknistej, przeważnie postrzępiona i słabiej barwi się barwnikami. W obwodowych zaś częściach tkanka glii mocniej się barwi, bujanie glii jest tu w pełnej sile, budowa jej jest włóknisto-siatkowata, jąder na ogół widać w niej niewiele. Różnice te zależą bez wątpienia od stopnia żywotności glii: wewnętrzne części tkanki glejowej, blizkie rozpadu, tracąc swą budowę, przeistaczając się w masy homogenne, przypominające niekiedy masy serowate; w różnych miejscach powstają szczelinki, luki, początkowo oddzielone, a później skutkiem dalszej sprawy rozpadowej zlewające się w jedną jamę. Natomiast w zewnętrznych częściach tkanki glejowej sprawa rozpadowa jeszcze się nie rozwinęła: tu odżywianie tkanki jeszcze nie wygasło, gleja jest w stanie bujania, życia, co ujawnia się w dokładniejszym i silniejszym przyjmowaniu barwników.

Sprawa ta pozostaje w ścisłym związku z układem naczyń krwionośnych. W pobliskich jamie częściach warstwy glei naczynia są całkiem zamknięte; zapchane skrzepami, zresztą jest ich bardzo niewiele; nadto spotykają się liczne wynaczynienia w postaci rozsianych na brzegach jamy krążków krwi. Tymczasem w obwodowych częściach warstwy glei znajdujemy bardzo liczne naczynia, układające się w postaci wieńca, okalającego z zewnątrz jamę; światło naczyń przeważnie rozszerzone.

Ilość jąder w warstwie glei wogóle zwiększona, lecz wybitnie zaledwie tylko w górnej i w dolnej części grzbietowej.

Charakter powyżej opisanej gliozy zmienia się nieco na rozmaitych wysokościach. W rdzeniu szyjowym, w którym rozpad nowo utworzonej tkanki doprowadził do najrozleglejszych jam, jamę okala względnie wąży pas glei. Nie znajdujemy już w obwodowych częściach glei w stanie bujania. Są to już tylko resztki nierozpadniętej jeszcze masy z zarośniętymi, zatkanymi naczyniami, z obfitemi wynaczynieniami. Tkanka ta, o mniejszym już znacznie stopniu żywotności, nie jest już w stanie przyjmować barwników, co wyraża się słabszym jej zabarwieniem. Jednakże budowa jej włóknista lub siatko-

wata nie zatarła się jeszcze całkowicie; przejście tkanki nerwowej w gleję nigdzie tu nie jest stopniowe: tkanka ta, przeznaczona na śmierć, oddzielona jest od tkanki nerwowej wyraźnie; nadto w tkance glei nigdzie tu nie znajdujemy resztek elementów nerwowych: te bowiem już zostały wyparte.

Inaczej nieco przedstawia się obraz w rdzeniu przedłużonym. Tu nie mamy wyraźnej warstwy glei wokoło szczeliny. Uderzają natomiast ogromne zmiany w naczyniach. W najbliższym otoczeniu szczeliny widać tu jeszcze wyraźne i względnie dość liczne resztki zachowanych elementów nerwowych pośród innych bardziej zniszczonych. Udział naczyń w powstawaniu szczeliny w rdzeniu przedłużonym był niewątpliwie bardzo wybitny.

Jednocześnie i w związku z powyższą sprawą, gliozą, rozegrała się w paru ostatnich tygodniach życia inna, którą klinicznie należało uważać za ostre zapalenie rdzenia. Jednakowoż zmiany mikroskopowe nie zupełnie potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Przedewszystkiem dla anatomicznego obrazu zapalenia rdzenia brakowało drobnokomórkowego nacieczenia. Objawy histologiczne polegały tu na zmianach komórek istoty szarej, na zajęciu całego przekroju rdzenia i opon jego. Obraz, jaki tu widzieliśmy, najbardziej może zgadza się z tem, co nazywamy ostrem rozmiękczeniem rdzenia ¹⁾. Zre-sztą określenie obrazu anatomicznego, nie dość jasnego, utrudnia okoliczność, iż nie zawsze łatwo rozstrzygnąć, jakie zmiany przypisać gliozie, a jakie ostremu cierpieniu. Omawiane zmiany rdzenia najwybitniej ujawniają się w środkowej i dolnej części grzbietowej.

Wracając do przewlekłej sprawy anatomicznej, zaznaczymy, że zwyrodnienia istoty białej są wogóle bardzo rozległe. Na największej przestrzeni zmienione są pęczki piramidalne przednie i boczne, zwłaszcza [prawe. Inne pęczki względnie niezłe, jednakże wzdłuż rdzenia grzbietowego, z wyjątkiem pęczków BURDACH'a, prawie wszystkie są mniej lub więcej dotknięte. Zaznaczyć nadto należy, że uległy zwyrodnieniu w naszym przypadku te okolice rdzenia, które szczególnie często bywają dotknięte w syringomyelii, mianowicie: wewnętrzna część pęczków GOLL'a [pole owalne FLECHSIG'a], pęczek przecinkowaty SCHULTZE'go [między pęczkiem GOLL'a i BURDACH'a], wreszcie okolica u wierzchołka pęczków tylnych (*ventrales Hinterstrangsfeld*). Zwłaszcza wyraźnie występowało zwyrodnienie pęczka przecinkowatego; o zwyrodnieniu zaś pasa wierzchołkowego pęczków tylnych mówić trudno wobec tego, że pas ten przeważnie bierze udział w sprawie rozpadowej i że jego kosztem powstaje jama. Co się tyczy pola owalnego, to zwyrodnienie wewnętrznych części pęczków GOLL'a w naszym przypadku przeważnie było rozleglejsze, niż to odpowiada granicom, nakreślonym przez FLECHSIG'a.

Co się tyczy istoty szarej, to przedewszystkiem ucierpiały rogi tylne, zwłaszcza lewy. Zaczynając od dolnej części rdzenia przedłużonego aż do połowy części grzbietowej, z rogów tylnych pozostały zaledwie ślady. Daleko

¹⁾ Początkowo uważaliśmy tę sprawę jako zapalenie. Lecz zbadanie szeregu świeżo przygotowanych skrawków skłania nas do przechylenia się raczej ku ostremu rozmiękczeniu.

lepiej są zachowane rogi przednie, zwłaszcza prawy. Część środkowa istoty szarej prawie wszędzie zajęta bądź przez gliozę, bądź przez jamy, które przeważnie w tej okolicy się znajdują.

Na całej prawie długości rdzenia, zwłaszcza w rdzeniu grzbietowym znajdują się masy szkliste różnego kształtu i wielkości w świetle jam i szczelin, przy ich ścianach, wreszcie w istocie szarej [szczególnie w rogach przednich]. Już dla gołego oka wydają się one bardziej przezroczystymi. Nie widać w nich śladów jakiegokolwiek budowy. Szczególnie wyraźnie występują one na preparatach karminowych, na których wyróżniają się jednolicie białym zabarwieniem. Częstość daje się zauważyć stopniowe przejście od mas tych do szczelin: towarzyszą one jakby sprawie rozpadowej; znajdują się szczególnie obficie w miejscu świeżo powstających szczelin i ich uchylków, a nadto gdy na jednych skrawkach leżą masy szkliste, na innych pobliskich w odpowiednich miejscach znajdują się już szczeliny [zwłaszcza w dolnej części grzbietowej]. Co się tyczy istoty owych mas szklistych, to przechylalibyśmy się do poglądu, według którego są one produktem szklistego, kolloidalnego zwyrodnienia.

Zastanawiając się ogólnie nad przypadkiem powyżej opisanym, przede wszystkim winniśmy podnieść nieproporcjonalność objawów klinicznych do ciężkich zmian anatomicznych. Pomijając ostre cierpienie rdzenia, które wybuchło w ostatnich dniach życia, niewątpliwie od bardzo dawna istniały rozległe zniszczenia tkanki rdzenia, zwłaszcza w części szyjowej. Pomimo to chory czuł się zdrowym, pracował. Przy dość obszernych zwyrodnieniach istoty białej nie było żadnych porażen ruchowych, ani sztywności.

Zadziwiającym jest również brak zaburzeń odżywczych w mięśniach kończyn górnych wobec wyraźnych zmian odżywczych skóry. Fakt ten wytłumaczyć możemy tylko w ten sposób, że drogi, prowadzące do ośrodków odżywczych do mięśni, są odmienne od przewodników troficznych skóry.

Zwyrodnienie pęczków piramidalnych bocznych [skrzyżowanych] i przednich [prostych] pozwala nam wysnuć pewien wniosek w sprawie zakończenia dolnego w rdzeniu włókien powyższych. Zwyrodnienie pęczków bocznych dochodzi w naszym przypadku do *filum terminale*, zaś przednich do pierwszego odcinka lędźwiowego. Zgadza się to z nowszymi badaniami, według których włókna piramidalne kończą się w rdzeniu znacznie niżej, niż to powszechnie przypuszczano i potwierdza w zupełności wyniki, jakie otrzymali DEJERINE i THOMAS, a następnie EDWARD FLATAU.

Poruszyć musimy tu także sprawę skrzywienia bocznego w syringomyelii, sprawę dotąd niezalutwowaną. Objaw ten występuje dosyć często. Według BERNHARD'a w 25%, według SCHLESINGER'a w 40%. Zdaje się nam, że przyszłość w miarę gromadzenia spostrzeżeń cyfrę ostatnią raczej powiększy, niż zmniejszy.

Lecz główna przyczyna, istota tego objawu jest przedmiotem sporów. Jedni [ROTH] przyjmują myopatyczne pochodzenie skrzywienia kręgosłupa, widząc przyczynę jego w osłabieniu mięśni jednej połowy ciała. Lecz dość przejrzeć krytycznie większą liczbą przypadków syringomyelii, aby przekonać

się, że niepodobna dopatrzeć stałej zależności między cierpieniem mięśni jednej połowy ciała a skoliozą. Inni w skrzywieniu kręgosłupa widzą nie zjawisko wtórne, lecz pierwotne i powstawanie jam w rdzeniu wiązą przyczynowo ze zmianami kręgosłupa.

Zdanie takie wypowiada STRAUB. Sądzi on, że skutkiem skoliozy zjawia się zastój krwi w kanale kręgowym, zwiększona transudacja [prześiękanie], która prowadzi do jam.

Jednakże obecnie niepodobna już obronić twierdzenia o pierwotnych zmianach kręgosłupa w syringomyelii.

SCHLESINGER zgodnie z MORVAN'em BRUEHL'em i innymi widzi w skoliozie wynik zaburzeń odżywczych w kręgach.

Sądziłibyśmy, że zmiany w kręgosłupie należy pojmować jako trofoneurotyczne w związku z zasadniczym cierpieniem rdzenia.

Tu nasuwa się nam następująca uwaga. W syringomyelii niewątpliwie mamy wzmoczenie ciśnienia wewnątrz-rdzeniowego. Przecież wewnątrz rdzenia zjawia się długi pas rozrastającej się nowej tkanki, która musi cisnąć na otoczenie. Wzmoczone ciśnienie może się potęgować jeszcze skutkiem prześiękania do kanału środkowego. Jeśli tak jest, jeśli ciśnienie wewnątrz rdzenia na znacznej przestrzeni wzrasta, to rdzeń powinienby wskutek tego rozszerzać się, wydłużać, a nawet może wyginać się na boki, tak samo, jak to ma miejsce np. w rozszerzonych żyłach, stwardniałych tętnicach i t. p.. Na przypuszczenie to nie mamy żadnych dowodów. Czy nie wartoby było jednak zmierzyć długości rdzeniów syringomyelicznych dla przekonania się, czy nie ulegają one wydłużeniu.

Uwaga powyższa nasuwa nam inną: w kanale środkowym rdzenia syringomyelicznego znajduje się zwykle dosyć spora ilość cieczy. Należałoby zawsze ciecz tę badać na białko i mikroskopowo dla określenia jej charakteru wysiękowego, czy prześiękowego, co jednak zwykle bywa pomijanem ¹⁾.

Pewne upośledzenie czucia dotyku w naszym przypadku nasuwa nam parę uwag w sprawie zachowania się czucia wogóle w syringomyelii. W historii tego cierpienia rozszczenie wrażeń czuciowych, objaw zresztą ważny, odegrało bardzo ważną rolę. Skoro wielokrotne spostrzeżenie wykazało stałą obecność tego objawu w syringomyelii, później ilekroć w jakim przypadku zauważono ten objaw, zaliczano dany przypadek do syringomyelii. Objaw ten stał się decydującym.

Tej okoliczności w pewnej mierze zawdzięczać należy, że różne pod względem anatomicznym i klinicznym cierpienia włączono do kategorii syringomyelii. Przykład najlepiej rzecz wyświetli.

Gdy w pewnym przypadku spostrzegano za życia rozszczenie wrażeń czuciowych, a badanie pośmiertne wykazało istnienie nowotworu [glejaku] w rdzeniu, wnioskowano ztąd, że i nowotwór może wieść do syringomyelii. A jednak zdawałoby się, że słuszniejszym byłby tylko taki wniosek, że i inne cierpienie, jak nowotwór i t. p., może dawać tenże objaw.

¹⁾ Podobnie się stało i w naszym przypadku.

Zresztą kardynalny ten objaw uległ w ostatnich czasach pewnym ograniczeniom. Przekonano się bowiem, że zachowanie czucia dotyku nie jest tak stałym, jak to pierwotnie przypuszczano. Istnieją niewątpliwie przypadki syryngomyelii ze zniesieniem lub pewnym zaburzeniem czucia dotyku, nawet nie w bardzo późnym okresie choroby. Przypadków podobnych literatura posiada już wiele. Powyżej opisany przez nas przypadek przedstawia poniekąd przykład podobny. Grube wrażenia dotykowe były tu zachowane, lecz chory nie rozpoznawał rodzaju przedmiotów, o ile nie mógł posługiwać się zmysłem wzroku: nie odróżniał dotknięcia palcem od dotknięcia kluczem, sukniem, piórem i t. p.. Dowodzi to niewątpliwie, że zmysł dotyku nie był całkowicie zachowany. Zresztą sytuacja chorego wobec pytań: „czy czuje dotyk, czy zimno, czy gorąco“, wydaje się nam podobną do sytuacji człowieka, dotkniętego daltonizmem wobec pytań co do barw. Człowiek taki używa wyrazów: zielone, niebieskie i w umyśle swoim posiada jakieś pojęcia o tych barwach. Lecz niewątpliwie pojęcia jego są zupełnie różne od tych, jakie mają ludzie zdrowi. Podobnie rzecz się ma zapewne u człowieka z utratą czucia dotyku lub ciepłoty. I on posiada pewne pojęcia, lecz są one tak mgliste, niewyraźnie odgraniczone, że niezawsze polegać można na jego odpowiedziach: chory taki często sprawia wrażenie, jakby poprostu zgadywał.

Bardziej pewnych wyników dostarcza badanie czucia bólu, bo można je stwierdzić obiektywnie. Tak np. w przypadku naszym badanie pośmiertne wykryło w płucach igłę, o czym chory nigdy nie wiedział; igła zapewne weszła przez powłoki zewnętrzne, mięśnie, opłucną, nie sprawiając choremu bólu.

Zaznaczyć dalej musimy rzadkie umiejscowienie szczeliny w rdzeniu przedłużonym w naszym przypadku. W przypadkach dotychczas opisywanych szczeliny zajmują typowe miejsca: albo 1) leżą ściśle na linii środkowej, albo też 2) ciągną się od jądra nerwu podjęzykowego lub z boku od niego w kierunku korzenia *n. vagi* ku stronie wentralnej lub bocznej. W naszym przypadku, przeciwnie, szczelina znajdowała się między oliwą a piramidą lewą. Takie niezwykle umiejscowienie szczelin zaznaczyć należy i w rdzeniu kręgowym, mianowicie: w środkowej części grzbietowej rdzenia w pęczku przednio-bocznym prawym i lewym znajduje się po jednej szczelinie.

Wreszcie podnieść należy zejście przewlekłego cierpienia [syryngomyelii] w ostre rozlane cierpienie rdzenia, które w danym przypadku spowodowało śmierć. Zejście takie wyjątkowem nie jest: przykłady podobne znajdują się w opisach przypadków.

Bardzo podobny przypadek spostrzegal przed paru tygodniami kol. WI-
NIARSKI na oddziale D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO. 50-letni mężczyzna od paru tygodni zaczął doznawać osłabienia w dolnych kończynach i zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki prostej. W szpitalu znaleziono: porażenie kończyn dolnych, ostre odleżyny, gorączka pyemiczna, zatrzymanie moczu i kału. Po 2-tygodniowym pobycie w szpitalu chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało istnienie jam w rdzeniu obok ostrej, świeżej sprawy w rdzeniu i *septicaemiae*. Tak więc przez długie zapewne lata istniała syryngomyelia, która nie uja-

wniała się żadnymi szczególnymi objawami, dostrzegalnymi dla chorego. Naraz pod wpływem prawdopodobnie zaburzeń w naczyniach krwionośnych, zaburzeń w odżywianiu tkanki nerwowej wybucha sprawa ostra, która powaliła człowieka dotychczas zdrowego. Badanie pośmiertne dopiero wykazało, że na długo zapewne przed ostatnią chorobą odbywało się tworzenie jam w rdzeniu. Pod względem anatomicznym sprawa prawdopodobnie więc była taka sama, jak to było w naszym powyżej opisanym przypadku.

W końcu uważam za pożyteczne podać, jakie prace posiadamy w literaturze polskiej z zakresu interesującego nas przedmiotu.

Pierwsze prace po polsku o syringomyelii ogłoszone zostały w roku 1892 ¹⁾ mianowicie: 1) 4 spostrzeżenia BERNSTEINA: O syringomyelii. Medycyna. 1892. №№ 11, 12, 13, 14, 15] i jednocześnie 2) spostrzeżenie BIERNACKIEGO [Przyczynek do naki o syringomyelii. Gaz. Lek. 1892. № 12—13].

1) Z pracy BERNSTEINA interesującym jest spostrzeżenie drugie ze względu na zajęcie *n. phrenici* [porażenie przepony] i wyniki badania pośmiertnego. Choroba trwała 2 lata, przebieg był bardzo burzliwy. Badanie pośmiertne [makroskopowe] wykazało w górnej części rdzenia szyjowego nowotwór, glejak, pośrodku którego znajdowała się jama, a naokoło niej ściany z miękkiej, rdzawej, galaretowatej masy.

2) Z pracy BIERNACKIEGO podnieść należy bardzo wczesne wystąpienie skrzywienia bocznego, na 7—8 lat przed innymi objawami. Akcentując ten fakt, autor radzi z tego powodu w przypadkach skoliozy otwierać zawsze kręgosłup dla przekonania się, czy niema jam w rdzeniu.

3) J. PRUS. O stosunku choroby MORVAN'a do syringomyelii. Przegl. Lek. 1893. str. 614, 631, 641, 660, 673. Bardzo dokładny i sumienny opis przypadku, podanego za chorobę MORVAN'a. Badanie krwi wykazało obecność prątków trądu [HANSEN'a], co skłoniło P. do rozpoznania trądu. Ztąd autor wnioskuje o tożsamości choroby MORVAN'a z trądem. Ponieważ zaś chorobę MORVAN'a uważa tylko za odmianę syringomyelii, przeto i syringomyelię i chorobę MORVAN'a utożsamia z trądem, a utworzenie się jam w rdzeniu przypisuje działaniu prątków HANSEN'a. Z wnioskiem tym trudno się zgodzić. Objawy kliniczne, zaznaczone przez autora [a oprócz tego i inne nie wymienione], pozwalały za życia chorego od razu rozpoznać trąd i wyłączyć chorobę MORVAN'a lub syringomyelię. Wobec tego wykrycie we krwi prątków HANSEN'a było naturalnem i żadną miarą nie mogło upoważniać do wnioskowania o tożsamości trądu z syringomyelią.

Fakt, że u nas rzadko daje się słyszeć o przypadkach trądu, nie może w tym razie nasuwać wątpliwości co do słuszności rozpoznania trądu w przypadku PRUSA. Pochodzenie chorego z miejscowości, nie dotkniętej trądem, nie może być bynajmniej dowodem przeciwko możliwości trądu wobec rozszerzenia i różnorodnego powiązania stosunków wszechludzkich, do czego doprowadziło życie współczesne krajów cywilizowanych. Zresztą pojedyncze przypadki

¹⁾ Jak widać z pracy BERNSTEINA, pierwsze pewne rozpoznanie syringomyelii postawił GOLDFLAM w 1889 r., przypuszczenie zaś syringomyelii uczynił w 1887 r.

trądu notowano i w naszej literaturze. Tak KÖEHLER spostrzegał trąd w W. Ks. Poznańskim [pomiędzy Grodziskiem i Kościanem], prof. Kosiński miał przypadek trądu w 1873 r. [chory był rodem z Warki¹⁾].

4) A. CIĄGLIŃSKI. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego. Gaz. Lek. 1896.

Na zasadzie badań doświadczalnych na psach autor dochodzi do wniosku, że w spoidle szarem rdzenia między tylną granicą kanału środkowego i przednimi końcami tylnych pęczków istnieje odrębny pęczek włókien białych. Pęczek ten daje się spostrzegać od górnej części lędźwiowej aż powyżej zgrubienia szyjowego. Należy on, jak sądzi autor, do grupy pęczków czuciowych i służy do przewodnictwa wrażeń bólowych i ciepłoty. Potwierdzenie tego przypuszczenia upatruje autor, między innymi, w objawach klinicznych i obrazie anatomicznym syringomyelii.

5) EDWARD FLATAU. Badanie doświadczalne i patologo-anatomiczne nad przebiegiem włókien w rdzeniu pacierzowym. Now. Lek. 1897. № 2.

6) J. LUKSENBURG. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym. Księga pamiątkowa ku uczczeniu prof. WŁ. BRODOWSKIEGO. Warsz. 1893.

Autor podaje wyniki badania anatomo-patologicznego rdzenia, w którym badanie pośmiertne wykazało istnienie jam. Odnosnego przypadku pod względem klinicznym autor nie spostrzegał. Istotę sprawy określa L., jako pierwotną gliozę centralną w pojęciu HOFFMANN'a.

7) E. BIERNACKI. *Myelopathia endoarteriitica acuta*. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896. [to samo w Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk.].

8) STANISŁAW ORŁOWSKI. Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia, przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu. Odczyt w Tow. Lek. Warsz. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1898. IV. str. 1154.

Opis przypadku i wynik badania drobnowidzowego.

9) RYCHLIŃSKI i ROZENTAL. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. str. 369.

Demonstracya mózgu ze znacznem rozmiękczeniem na tle przymiotu. W szyjowej części rdzenia istniały jamy, prawdopodobnie pochodzenia ropnowego.

10) E. BREGMAN. *Haematomyelia centralis*. Kron. Lek. 1997. №№ 9—10.

Opis spostrzeżenia.

U 30-letniego osobnika wystąpiły objawy podobne do porażenia typu BROWN-SEQUARD'a, nadto rozszczepienie wrażeń czuciowych. Po nagłym początku cierpienia stopniowa poprawa wszystkich objawów z wyjątkiem zaburzeń czuciowych. Autor rozpoznaje wylew krwawy na wysokości od 8—9 odcinka grzbietowego do 3—4 lędźwiowego.

¹⁾ W pracy GREBIENSZCZYKOWA [Prokazyonyje w Rossii po danym wwiedionnoj IV. 1895. registracyi ich po kartoczkam] znajdujemy wiadomość, że w obrębie Królestwa Polskiego było w 1894 r. sześć przypadków trądu [4 w gubernii Warszawskiej, po 1 w gubernii Piotrkowskiej i Płockiej] i 2 przypadki w 1895 r. w gub. Warszawskiej. W literaturze polskiej nie znajdujemy żadnej wzmianki o tych przypadkach. Być może, że spostrzeżenia te dotyczyły żołnierzy przybyłych z różnych gubernii Cesarstwa [zwłaszcza, że w obrębie Królestwa przebywa wielu żołnierzy z pro wincyi Nadbaltyckich].

11) H. HIGIER. W kwestyi rozpoznawania chorób stożka końcowego rdzenia (*Haematomyelia centralis coni medullaris*) Gaz. Lek. 1897. №№ 18 i 20.

Opis spostrzeżenia.

Po spadnięciu ze znacznej wysokości u 28-letniego N. wystąpiło porażenie poprzeczne kończyn dolnych całkowite z utratą czucia i zatrzymanie moczu i stolca. Po kilku dniach porażenie zniknęło, a pozostało częściowe porażenie czucia oraz nietrzymanie moczu i kału. Rozpoznanie: wylew krwawy urazowego pochodzenia w okolicy 3—5 nerwów krzyżowych.

12) STANISŁAW ORŁOWSKI. Syfilis rdzenia. Warszawa. 1898. [Monografia].

Oprócz prac powyższych, znajdujemy nadto szereg prac kazuistycznych. Tu zaliczyć należy:

13) PRUS. O syringomyelii. Przegl. Lek. 1895. № 18.

14) E. BREGMAN. Przyczynek do rozpoznania syringomyelii. Gaz. Lek. 1895. № 32.

Tenże przypadek był demonstrowany w Tow. Lek. [Pam. Tow. Warsz. 1895. str. 394].

15) K. STRÓŻEWSKI. Przypadek syringomyelii. Gaz. Lek. 1896. str. 1378.

16) TRYARSKI. Przypadek syringomyelii. Gaz. Lek. 1898.

Tenże przypadek demonstrował JANOWSKI w Tow. Lek. [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1898. str. 238].

Z pośród prac kazuistycznych istnieje parę opisów przypadków, w których cierpienie nie mogło być dokładnie rozpoznane, mianowicie:

17) LANDE. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. str. 179.

Demonstracya w Tow. Lek. chorej z cierpieniem, w którym autor upatruje podobieństwo do choroby MORVAN'a.

Sądziłibyśmy raczej, że przypadek ten odnieść należy raczej do sklerodermii.

18) WIZEL i DYDYŃSKI. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 221.

Demonstracya przypadku, który autorowie zaliczają do kategorii trofoneuroz bez bliższego określenia jej rodzaju.

Wreszcie w literaturze naszej posiadamy parę referatów zbiorowych.

19) HIGIER. O syringomyelii. Medycyna. 1896.

20) KROKIEWICZ. O syringomyelii. Przegl. Lek. 1898. № 17—18.

Powodem do napisania pracy posłużył autorowi spostrzegany przypadek, jednakże opisu przypadku autor nie dał.

21) STRÓŻEWSKI. O histeryi, symulującej organiczne choroby układu nerwowego. Gaz. Lek. 1895. str. 732.

Na zasadzie własnych i obcych spostrzeżeń autor rozpatruje różne cierpienia organiczne, które histerya może symulować. Co się tyczy syringomyelii autor podaje dwa spostrzeżenia [CHARCOT'a i WICHMANN'a].

22) Prof. J. KOSIŃSKI. Przypadek trądu. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1873. str. 29.

23) KOELER. Przypadek trądu plamistego kaleczącego. Przegl. Lek. 1877. str. 46, 89, 98.

Objaśnienie tablicy.

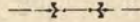
- Rys. 1. Początek dna IV komory. Barwienie WEIGERT'a. Lupa. Wentralna część od przodu. Opis na str. 272.
 Rys. 2. Górna część rdzenia szyjowego. Barwienie WEIGERT'a. Lupa. Opis na str. 274.
 Rys. 3. Zgrubienie szyjowe. Barwienie WEIGERT-PAL'a. Lupa. Opis na str. 275.
 Rys. 4. Dolna część szyjowa. Barwienie WEIGERT'a. Lupa. Opis na str. 276.
 Rys. 5. Górna część grzbietowa. Barwienie pikrokarminem. Lupa. Opis na str. 277.
 Rys. 6. Środkowa część grzbietowa. Barwienie WEIGERT'a. Lupa. Opis na str. 278.
 Rys. 7. Dolna część grzbietowa. Barwienie WEIGERT-PAL'a. Lupa. Opis na str. 280.
 Na rys. 2—7 prawa i lewa a także przednia i tylna strony rysunku odpowiadają zupełnie tymże stronom rdzenia.
 Rys. 8. Przejście rdzenia szyjowego do grzbietowego. Barwienie metodą VAN GIESON'a. Oc. II, obj. DD. Jama z wystaniem nabłonkowym z jednej strony, z drugiej zaś i w świetle jamy czerwone krążki. Pośród tkanki włóknistej (*glia*) jądra i podłużnie przecięte naczynia, wypchane krążkami.

L I T E R A T U R A.

- 1) BERNHARDT. Litterarisch-historischer Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie. Dent. Med. Woch. 1892. Nr. 32. — 2) V. BABES. Untersuchungen über den Lepros bacillus und über die Histologie der Lepra. Berlin. 1898. [Neurol. Centr. 1895. Nr. 5]. — 3) DÉJÉRINE et A. THOMAS. Sur les fibres pyramidales homolatérales et sur la terminaison inférieure du faisceau pyramidal. Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1896. Nr. 2. r. 277. — 4) DÉJÉRINE. Syringomyelie et maladie de MORVAN. Compt. Rend. de la Soc. de Biolog. 1890. Nr. 25. p. 419. — 5) GOLDSCHIEDER u. E. FLATAU. Ueber Haematomyelie Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. Heft 3 u. 4. — 6) GREBIENSZCZYKOW. Prokazownyje w Rossji po dannym wwidionnoj 18 IV. 1895 registracii ich po kartoczkam. Wiestn. Obszczestw. Hygieny. 1898. — 7) HOFFMAN. Syringomyelie. VOLKMANN'S Vorträge. N. F. 1891. Nr. 20. — 8) HOFFMANN. Zur Lehre von der Syringomyelie. Dent. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 3. — 9) JOFFROY et ACHARD. Un cas de la maladie de MORVAN avec autopsie. Arch. de Méd. exper. 1890. p. 540. [Według VIRCH. Jahr. Ber.]. — 10) KLIPPEL. Les lésions de la moelle dans la sclérose de l'enfance. Gaz. hebdom. 1891. Nr. 3. [według VIRCH. Jahr. Ber.]. — 11) KROENIG. Wirbelkrankungen bei Tabikern. Zeitschr. f. klin. Med. 1888. B. XIV. p. 51. — 12) KUDRJAWSKI. Matierjały k woprosu ob otnoszenji prokazy k boleznj MORVAN'a i siringomyelii [dysserit. Petersb. 1896]. — 13) LAEHR. Lepra und Syringomyelie. Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 3. s. 45. — 14) MINOR. Zeitschr. f. klin. Med. 1898. Bd. 32. H. 5 u. 6. — 15) MINOR. Klinische u. anatomische Untersuchungen über traumatische, von central. Haematomyelie u. central. Höhlenbildung gefolgte Affectioren des Rückenmarkes. [Referat na kongres. międzynar. XII w Moskwie]. Neurolog. Centralblatt. 1897. Nr. 18 [według Jahresbericht über die Neurologie. FLATAU, JACOBSON, MENDEL]. — 16) OBERSTEINER. Anleitung beim Studien des Baues der nervösen Centralorgane. Wien. 1896. III wydanie. — 17) PITRES. De la valeur de l'examen bacteriologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lèpre. Bull. de l'Acad. de Méd. 1892. [VIRCH. Jahr. Ber.]. — 18) PESTANA et BETTENCOURT. Ueber die Anwesenheit des Leprabacillus in der Medulla eines an Syringomyelie gestorbenen Individuums. Centralbl. f. Baeter. u. Parasitolog. Abth. I—XIX. Nr. 18. [Według VIRCH. Jahr. Ber.—LAEHRA i SCHLES]. — 19) ROTH. Zur Symptomatologie der centralen Glinatose St. Petersburg. Medic. Woch. 1887. Nr. 10. [Wedł. refer.]. — 20) ROGER. Contribution à l'étude des cavités pathologiques de la moelle. Revue de Méd. 1892. p. 577. — 21) ROSIN. Acute Myelitis u. Syphilis. Zeitschr. f. klin. Med. 1898. Bd. 30. H. 1 u. 2. — 22) SAXER. Anatomische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Syringomyelie. ZIEGLER'S Beiträge. Bd. XX. H. 2. — 23) SCHWARTZ. Ein Fall von Meningomyelitis siphilitica mit Höhlenbildung im Rückenm. Zeitschrift. f. klin. Med. 1898. Bd. 34. H. 5 u. 6. — 24) SCHLESINGER. Syringomyelie. Wien. 1895 [monografia]. — 25) SCHLESINGER. Ueber Hinterstrangdegeneration bei syringomyelie. OBERSTEINER'S Arbeiten III. — 26) SCHLESINGER. Ueber Spaltbildung in der Medulla oblongata und über die anatomischen Bulbärläsionen bei Syringomyelie. [OBERSTEINER'S Arbeiten]. — 27) SCHLESINGER. Beiträge zur Kenntniss d. Schleifendegeneration. [OBERSTEINER'S Arbeiten IV]. 1896. — 28) SCHLESINGER. Syringomyelie, Lepra und MORVAN'sche Symptomencomplex; [referat na XII kongresie Iekarskim w Moskwie. 1897]; Wien. Medic. Wochenschrift. 1897. Nr. 38 i 39. — 29) SCHULTZE. Ueber Befunde von Haematomyelie u. Oblongatablutung mit Spaltung bei Dystokien. Dent. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. VIII. — 30) SCHULTZE. Die Pathogenese der Syring. mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Trauma. Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 39—40 [odeczyt z kongr. międzynar. w Moskwie]. — 31) SCHULTZE. Ueber Spalt-Höhlen u. Gliombildung im Rückenmarke. VIRCH. Arch. 1882. Bd. 87. S. 510. [VIRCH. Jahr. Ber.]. — 32) SOKOLOFF. Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarks. Dent. Zeitschr. f. Chir. Bd. 34. str. 505. — 33) STRAUB. Beitrag zur Lehre von der Hydromyelie. Dent. Arch. f. klin. Med. 1895. Bd. 54. S. 113. — 34) THOMAS. Revue de Médec. 1896; [według VIRCH. Jahr. Ber.]. — 35) WEIGERT. Beiträge zur Kenntniss der normalen menschl. Neuroglia Frankfurt. 1895; [według MINORA-SAXERA i VIRCH. Jahr. Ber.].

STAN i POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 11].

Z tego, cośmy wyżej widzieli, wypływa, że ilość służby oddziałowej na ogół jest niewystarczająca, a nadto, że podział pracy bardzo często bywa nieodpowiedni. Co się tyczy służby gospodarczej, to jej stosunek liczbowy przeważnie się przedstawia także niewystarczająco. Główna część tej służby pełni obowiązki w pralni i kuchni. Zarówno pralnie, jak i kuchnie szpitali warszawskich, z małymi wyjątkami, nie odpowiadają pod względem swych wymiarów i urządzeń nawet bardzo skromnym wymaganiom. Nie posiadając stosownych maszyn i udogodnień, pralnie i kuchnie szpitalne wymagają znacznej ilości służby, by móc znośnie szpital obsłużyć. Tymczasem obecna obsługa tych działów gospodarstwa szpitalnego nie może zadość uczynić nawet najbardziej ograniczonym żądaniom. Za dowód niech posłużą zaczerpnięte z bieżących stosunków dane. Szpital Dz. Jezus żywi przeszło 1000 osób. W kuchni szpitalnej pracują dwie siostry miłosierdzia, które mają do rozporządzenia 4 służące [1 niby kucharkę i 3 pomywaczki] i 4-ch parobków do dźwigania kotłów, węgla i t. p.. Nie potrzeba być wielkim znawcą sztuki kuchennej, by zrozumieć, że taka ilość służby nie jest w stanie podolać zadaniu; przecież tam, gdzie na jedno danie idzie pięć korec kartofli, samo obieranie tychże [maszyny do tego szpital nie posiada] zajęłoby całej wymienionej służbie dzień czasu. To też służba kuchenna skromnego swego chleba po próżnicy nie je. Kładą się spać po 9-ej, a wstają o 3½, jeden zaś parobek musi wstawać o 2½, by palić pod kotłem. Ponieważ jednakże zachodzi obawa, by tenże niedołęga parobek nie wysadził kotła w powietrze, musi razem z nim wstawać dla dozoru i jedna z wymienionych wyżej dwóch siostr miłosierdzia. Trzeba wprost podziwiać pracę i energię tych sióstr, jak one mogą sobie dać radę z tak małą ilością licha płatnej i nic nie umiejącej służby, w kuchni z urządzeniami pierwotnymi. Wprawdzie do pomocy służbie kuchennej ściągana bywa i służba wszelkich innych kategorii, a nawet chorzy, jest to jednakże pomoc dorywcza, nieprawidłowa, nieumiejętna, która niewiele może zaradzić potrzebie, i na którą się liczyć nie powinno. Nie lepiej przedstawia się pralnia w szpitalu Dzieciątka Jezus. Przedewszystkiem pranie wykonywane jest w sposób nader pierwotny, za pomocą rąk, a suszenie odbywa się bądź to w najzupełniej nieodpowiadającej celowi suszarni, bądź też, o ile pogoda i czas roku pozwala, na dworze. W pralni pod zarządem 2 sióstr miłosierdzia znajduje się 17 praczek i 2 parobków. Praczk, kładąc się o 12-ej, a bardzo często o 2-ej w nocy i wstając o 4-ej, zaledwie mogą podolać pracy. Dość powiedzieć, że zaprowadzenie chustek dla chorych i zwiększenie ilości ręczników oraz fartuchów wprawia siostry miłosierdzia w zakłopotanie, czy pralnia wystarczy na to. I siostry mają rację, gdyż bardziej wycisnąć zdolność do pracy ze służby, niż to pralnia czyni, prawie niepodobna. Nawet niedzieli, ściśle biorąc, służba ta nie ma, gdyż z niedzieli na poniedziałek musi stawać do balii o 12-ej w nocy.

Przytoczyliśmy umyślnie szczegółowej dane, zaczerpnięte ze szpitala Dzieciątka Jezus, ponieważ, bądź co bądź, stanowi on prototyp dla większości naszych szpitali. Że jednakże i w większości innych szpitali stosunki w kuchni i pralni nie o wiele lub wcale nie są lepsze, dowodzą liczby, dotyczące paru innych szpitali w chwili obecnej. W szpitalu św. Ducha na 300 osób żywnych i opieranych [wobec wahań ilości chorych podaję liczbę w przybliżeniu]

kuchnia posiada 2 siostry, 4 służące i 1 parobka [stosunek nieco lepszy, niż w szpitalu Dzieciątka Jezus]; pralnia zaś — 1 siostrę, 6 praczek i 1 parobka. W szpitalu pragskim na ogólną liczbę karmionych i opieranych 220 osób kuchnia ma 2 siostry, 2 służące i 1 parobka; pralnia zaś 1 siostrę, 5 praczek i 1 parobka.

W szpitalu św. Rocha na ogólną liczbę 150 osób, kuchnia posiada 1 siostrę i 3 służące, pralnia zaś 1 siostrę i 5 praczek; nadto w kuchni i pralni pomagają dwaj podwórzowi parobcy. Widzimy przeto, że i tu, obok mniej więcej pierwotnych urządzeń, istnieje brak rąk do pracy. Służba i w tych szpitalach jest zapracowana i ledwie może podobać najskromniejszym wymaganiom. W pragskim szpitalu naprzykład praczki muszą stawać do t. zw. maczania bielizny już o 8-ej wieczorem w niedzielę.

Z powyższego wypływa wniosek, że tam, gdzie to jest możebne, należy poprowadzać nowsze urządzenia do kuchni i pralni, gdzie zaś to jest niemożliwe, trzeba zwiększyć ilość rąk roboczych. Inaczej nie może być mowy o tem, by szpitale warszawskie mogły kiedykolwiek dostarczać swym chorym smacznego pożywienia i w dostatecznej ilości bielizny.

Dotąd staraliśmy się wykazać, że personel służbowy w dzisiejszej swej postaci nie wystarcza pod względem ilościowym, o wiele smutniej jednakże przedstawia się on jakościowo.

Niższa służba szpitali warszawskich składa się w części z mieszkańców Warszawy, w części zaś z ludności wiejskiej, świeżo do miasta przybyłej. Znając ciężkie warunki życia w szpitalu i mając przy niewielkich nawet zdolnościach względną łatwość otrzymania lżejszej pracy, mieszkaniec Warszawy nie kwapi się zbyt do stanowiska posługacza szpitalnego. Ztąd pochodzi, że to źródło pracowników daje szpitalom naszym przeważnie krańcowych próżniaków lub niedołęgów, którzy nigdzie miejsca nie zagrzeją i wśród ciągłych wędrowek swych od czasu do czasu do czazu zawadzają o szpital. Wskutek braku kandydatów szpitale muszą i takich pracowników tolerować, pomimo że stanowią oni przyczynę ciągłych utrapień i irytacyi zarządu szpitalnego, a specjalnie lekarzy i siostr miłosierdzia, którym zatruwają i bez tego niezbyt słodki żywot.

O wiele lepiej pod względem moralnym przedstawia się ta część służby, która się rekrutuje ze świeżo przybyłych do miasta wieśniaków. Są oni wprawdzie pod względem znajomości swych obowiązków *homines rudes*, niemniej przeto odznaczają się cichością, potulnością i posłuszeństwem, są, jednym słowem, jak się w szpitalu mówi, „chętni“. Wielu z pomiędzy tej kategorii posługaczy nawet dość prędko obywa się ze swem zajęciem i staje się rzeczywiście mniej więcej znośnymi pracownikami. Cóż z tego jednakże, kiedy taki człowiek wskutek niezmiernie przykrych warunków życia zniechęca się szybko do swego zajęcia i, obznajmiwszy się nieco ze stosunkami miejscowymi, opuszcza szpital. Ztąd pochodzi ciągle zmiana służby: pierwszą kategorię posługaczy po wyczerpaniu cierpliwości szpital wyrzuca, drugą kategorię — sama porzuca szpital. Najbardziej przywiązany do szpitala i, być może, najlepszy żywioł wśród służby szpitalnej stanowią kaleki, a zwłaszcza ludzie wstrętnie oszpeчени chorobą. Niedawno jeden z organów publicystycznych w imię dobra chorych wystąpił tu ostro przeciwko przyjmowaniu takich ludzi do pielęgnowania chorych w szpitalu. Otóż, aczkolwiek niepodobna zaprzeczyć, że obsługa chorych przez ludzi ze wstrętnymi owrodzeniami i strupami na twarzy, bez nosów i t. p. nie należy do stron dodatnich leczenia szpitalnego, to jednakże ze względu na trudność zdobycia choćby znośnej służby, szpital musi tym nieszczęśliwym powierzać pielęgnowanie chorych. Ci ludzie przynajmniej, mając z powodu swego kalectwa trudność zarobkowania, trzymają się stale szpitali i z czasem nabierają wprawy w pełnieniu swych obowiązków.

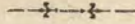
Przyczyną niemożności wytworzenia dobrej służby w szpitalach Warszawskich należy przede wszystkim upatrywać w nędznych warunkach tejże służby. Posługa w szpitalu, w którym się ma wciąż do czynienia z najwstrętniejszymi objawami niedoli ludzkiej, nigdy i nigdzie nie może być zaliczana do zajęć przyjemnych. Tembardziej można to powiedzieć o naszych szpitalach. Wyżej już widzieliśmy, że praca w nich jest nader wyczerpująca z powodu niedostatecznej liczby służących oraz niezupełnie odpowiedniego podziału zajęć. Do tego trzeba dodać liche wynagrodzenie i prawie niemożliwe warunki życia.

Służba w szpitalach warszawskich bez względu na zajęcie i czas służenia pobiera miesięcznie: 5 rubli mężczyzna, a 4 ruble kobieta. Wyjątek stanowi tylko pierwsza kucharka i pierwsza praczka w szpitalu, które pobierają po 5 rubli, oraz pomywaczki w szpitalu Św. Ducha, otrzymujące tylko po 3 ruble. Nie trzeba być wielkim znawcą stosunków miejscowych, by zrozumieć, że za taką płacę niepodobna znaleźć nawet znośnej służby. Przecież wszyscy wiemy, jak to trudno zdobyć dobrą służącą w domu prywatnym, pomimo że tam płaca jest większa, a praca i warunki bytu bez porównania lepsze. Zwłaszcza obecnie, przy rozwoju przemysłu, ludność najchętniej ciśnie się do fabryk, gdyż tam robotnik znajduje stosunkowo dobre zarobki, a mniej jest skrupowany i więcej ma czasu wolnego. To też szpitale, chcąc przycisnąć do siebie lepsze siły robotnicze, muszą bezwarunkowo oodwyższyć płacę swej służbie. Przytem, zwiększając płacę, należy wprowadzić pewne stopniowanie, jak to już do pewnego stopnia zaprowadziły z powodzeniem szpitale dla obłąkanych. W ten sposób szpital miałby możność wynagradzania większej pilności i pracowitości owej służby, ta ostatnia zaś znajdowałaby zachętę do pracy w nadziei polepszenia swego bytu. Najniższy stopień płacy powinna pobierać służba, pełniąca najprostsze czynności gospodarcze. Posługacze, pielęgnujący chorych, winni brać większą płacę, lecz i tu należy zaprowadzić pewne stopniowanie, oparte na ilości lat pracy oraz na uzdolnieniu służącego.

Najlepiej uposażyć wypada służącego przy sali operacyjnej, pierwszą kucharkę i pierwszą praczkę. Wyżej już widzieliśmy, jak ważne czynności spoczywają na barkach służby operacyjnej, ile wymagają od niej pracy, sumienności wreszcie umiejętności. W Niemczech służący przy sali operacyjnej — to osoba, odpowiadająca swem stanowiskiem naszemu laborantowi w pracowni naukowej i to jest zupełnie słuszne. Tam służący taki pobiera 600 marek obok całkowitego porządnego utrzymania i pełni tylko obowiązki, ściśle z salą operacyjną i rękoczynami chirurgicznymi związane. U nas tenże człowiek służy do wszystkiego i otrzymuje zarówno, jak reszta służby, 60 rubli rocznie przy marnych warunkach życia. Za takie wynagrodzenie nawet porządnego parobka mieć nie można. To też u nas dbający o swój oddział chirurg, o ile zdołał natrafić na nieco roztropniejszego posługacza, dopłaca mu z własnej kieszeni, by go dłużej na miejscu zatrzymać. Zresztą takie dopłacanie praktykuje się często i na oddziałach wewnętrznych, na których dla lekarza także jest ważną rzeczą mieć choć jedną osobę, nieco wybiegającą ponad przeciętny typ naszego posługacza, leniucha lub gamonia. Niemniej dziwną od pensyi służby operacyjnej wydaje się nam płaca, pobierana przez pierwszą kucharkę i praczkę. Pięć rubli miesięcznie dla pierwszej kucharki tam, gdzie się gotuje dla przeszło tysiąca osób, to wprost śmieszne. Przecież taką pensję w domu prywatnym pobiera nawet najmniej rozgarnięta służąca.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



35. Salvioli i Spangero. W jaki sposób należy objaśnić wpływ układu nerwowego na przebieg zakażeń.

W pracy dawniejszej SALVIOLI starał się dowieść, że tak zwane zmiany troficzne [owrzodzenia skóry, zgorzel, zanik mięśni i t. p.], jakie spostrzegamy na kończynach przy porażeniach obwodowych, nie tyle zależą od braku troficznego wpływu nerwowego, ile od przyczyn drugorzędnych, np. od urazów zewnętrznych wskutek upośledzonego czucia, lub zupełnej bezczynności wskutek porażenia. W dalszym ciągu poszukiwań swoich, mających na celu obalenie poglądu o swoistem tak zwanem troficznem działaniu układu nerwowego na tkanki, autorowie starali się zbadać przyczynę odporności gołębi na karbunkuł, a właściwie dowieść, że niema tu miejsca wcale owe swoiste działanie układu nerwowego. Liczny szereg doświadczeń doprowadził autorów do wniosków następujących:

1) Wskutek resekcji nerwu mieszanego (*nn. ischiadicus, cruralis*) przebieg zakażenia karbunkułowego na kończynie porażonej ulega zmianom różnym zależnie od tego, czy operacji dokonywamy tuż przed zakażeniem, czy też znacznie wcześniej. W pierwszym przypadku sprawa zapalna wskutek porażenia naczynio-ruchowego przebiega z wybitnie występującymi objawami; gdyż odczyn ze strony tkanki lepiej odżywianej bywa energiczniejszy; w drugim przypadku — odwrotnie; wskutek upośledzonego odżywiania — tkanki, uległszy daleko posuniętemu zanikowi, lichy reagują na bodziec, a więc oznaki zapalenia reaktycznego mniej jaskrawo się manifestują.

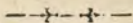
2) Przy wyluszczeniu jednej albo obu półkul mózgowych otrzymujemy odmienne wyniki, zależne od tego, w jaki sposób postępować będziemy ze zwierzętami. Jakoż gołębie, pozostawione samym sobie lub sztucznie karmione ziarnem, z łatwością ulegają zakażeniu karbunkułowemu, przyczem pozbawione całego mózgu — łatwiej niż pozbawione jednej półkuli, a to niezależnie od czasu, jaki upłynął między operacją a chwilą zakażenia. Natomiast gołębie, karmione specjalnie przyrządzanemi substancjami [mieszanina 100 części wody, 40 glukozy, 3 peptonu i 0,75 soli kuchennej] i dzięki temu nie tracące nic na wadze swego ciała, przenoszą bardzo dobrze zakażenie karbunkułowe, przyczem zwierzęta pozbawione jednej półkuli zachowują się nawet tak jak zupełnie normalnie.

U gołębi z wyluszczonego narządem ośrodkowym nerwowym występuje znaczne wychudnienie, które zależy nie tylko od chwilowej lub trwałej niemożności przyjmowania pokarmów, ale przedewszystkiem od upośledzenia czynności narządu trawiennego, tak, iż zwierzę nie jest w stanie przetrwać zwykłego pokarmu, aby utrzymać w równowadze swoją przemianę materii i dzięki temu, ulega w walce z karbunkułem. Jeżeli jednak dostarczać mu będziemy substancji, które od razu bez przygotowawczej przeróbki mechaniczno-chemicznej ze strony żołądka i kiszki mogą być wessane, wtedy ustrój zachowuje się odpornie. Nie może tu więc być mowy o swoistem, zanikowem działaniu ośrodków nerwowych, które kierują odżywianiem tkanek tylko drogą pośrednią, pobudzając narządy do ruchów i dostarczając im krwi podostatkami.

(*Virchow's Archiv. 1899. 1 H.*)

A. Lande.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział biologiczny, chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny.

1) Kol. FABIAN odczytał streszczenie pracy SKWORCOWA, w której ten autor do poglądów na wszechświat wogóle i na sprawy życiowe w szczególności wprowadza, zamiast panującej obecnie teorii ciepłotwórczej [termogenicznej], nową teorię elektrotwórczą [elektrogeniczną]. Według hipotezy S., zjawiska fizyczne [ciepło, światło] i fizyologiczne zależą wyłącznie od powstawania i wyrównywania różnic potencjałów energii, a więc od powstawania i znikania prądów elektro-dynamicznych. Zamiast przemiany materii, jako podstawy życia, przyjmuje S. przemianę sił.

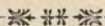
2) Kol. NUSSBAUM wypowiedział rzecz p. n.: „Wyjątkowe warunki, ograniczające możność karmienia niemowląt przez matki i wynikające ztąd szczególne wskazania dla higieny“. Rzecz ta będzie wydrukowana w Gazecie.

W dyskusji kol. BĄCZKIEWICZ wyraża zdanie, iż higiena zawsze domagać się winna, by dzieci były piersią swych matek karmione. Od tej zasady, wskutek warunków szczególnych, odstępować mogą tylko te matki, którym karmienia zabroni lekarz - patolog. Kobiety, niekarmiące swych dzieci wskutek warunków socyalnych, u nas rzadziej napotkać można, niż w Bawaryi, gdzie takich matek naliczono 20 na 100 niekarmiących: u nas nawet ciężko pracujące robotnice fabryczne karmią same, a co najwyżej, podkarmiają dzieci mlekiem. W przytoczonej przez prelegenta statystyce na 100 kobiet niekarmiących 58 czyni to z powodu fizycznej niemożności karmienia. Wysoka ta odsetka, według kol. B., wzrastać będzie z czasem dzięki temu, że w zamożniejszych szczególnie warstwach ludności zwyczaj niekarmienia dzieci przechodzi z pokolenia na pokolenie; z czasem dojść może nawet do zaniku gruczołu mlecznego. Miesiączkowania podczas okresu karmienia nie uważa kol. B. za powód, wymagający bezwzględnie odstawienia dziecka, często bowiem matki miesiączkujące są zdrowe zupełnie, a chociaż niekiedy zwiększona ilość cukru w mleku miesiączkującej powoduje u dziecka biegunkę, to jednak zaburzenie takie nigdy poważniejszem nie bywa. Mamki z konieczności zdarzają się u nas rzadko; częściej wskutek zwiększającego się stale zapotrzebowania spotkać można mamki z profesyi, namówione do tego przez rajfurki. Mamka najlepiej wprawdzie zastępuje niemogącą karmić matkę, ale ze względów społecznych niezawsze takie zastępstwo jest pożądane: mamka porzuca czasami swoje zdrowe dziecko, które marnieje potem, a sama idzie karmić dziecko suchotnicze. Sztuczne karmienie mlekiem nie może zastąpić pokarmu matki, nie tylko ze względu na zanieczyszczenie i zakażenie mleka, ale i z powodu odmiennego składu mleka krowiego. Mleko kobiece ścina się pod wpływem fermentu podpuszczkowego zupełnie inaczej, niż krowie: żołądek dziecka, nie wydzielający kwasu solnego, nie może dać sobie rady z nieodpowiednio ściętym sernikiem, powstają zaburzenia trawienia. Surogaty mleka, wogóle nieodpowiednie, szczególniejszymi są dla dzieci do 3-go miesiąca, zawsze bowiem zawierają w swym składzie krochmal.

Kol. KRAUSHAR z materiału, spostrzeżanego w Warszawie, wyprowadza wniosek, iż u nas jest tylko około 7% dzieci, karmionych sztucznie.

3) Kol. NENCKI wypowiedział: „Kilka słów o stosowaniu tuberkuliny u bydła ze względu na zdrowotność mleka“.

Po dyskusyi postanowiono rozważyć szczegółowej sprawę uzdrowotnienia obór na następnem posiedzeniu Wydziału, na którym komisya, złożona z kol. BĄCZKIEWICZA, FABIANA i NENCKIEGO oraz pp. BIAŁOBRZESKIEGO i JANASZA przedstawić ma projekt odpowiednich przepisów dla hodowców.

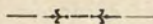


Wiadomości bieżące.

— W mieście naszym od dłuższego już czasu panuje stale tyfus wysypkowy; w ostatnich wszakże latach zdarzały się już tylko pojedyncze przypadki, świadczące, że epidemia bynajmniej nie wygasła. Obecnie daje się zauważyć pewne, dość znaczne nasilenie epidemii, cechujące się nie tylko zwiększeniem się liczby pojedynczych przypadków, lecz nawet utworzeniem się kilku ognisk, w których zdarzają się liczniejsze zachorowania. Tak naprzykład w jednym z domów przy ulicy Wroniej zachorowało kilka osób, z których 7 należy do jednej rodziny, a w przytulku noclegowym na Pradze zdarzyło się w ostatnich dniach również kilka przypadków tyfusu wysypkowego. Szczególniej to ostatnie ognisko zasługuje, by nań zwrócono baczną uwagę; może się bowiem zdarzać, że ci, co już są dotknięci chorobą, zamiast udawać się do szpitala, będą jeszcze przez pewien czas korzystali z pobytu w przytulku, dopóki niemoc ostatecznie ich z nóg nie zwali. Spędzając tam nocę, będą zarażali swych towarzyszy, a zmuszeni do opuszczenia przytulku na dzień, mogą się bardzo przyczynić do szerzenia zarazy po mieście.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* № 10 E. MACZEK. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit na podstawie 156 przypadków. — № 11 R. SERRA. O rwie usznej. E. MACZEK. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki. [Dok.]. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. [Dok.]. — *Medycyna.* № 10. A. GROSLIK. Przypadek wczesnych trzecziorzędnych objawów przymiotu. I. STEINHAUS. Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków. [Dok.]. — № 11. W. PALMIRSKI. O otrzymywaniu surowicy przeciwbłonniczej. T. HEIMAN. Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny. — *Kronika Lekarska.* Zeszyt 6. K. WISŁOCKI. Przyczynek do nauki o padaczkę. — *Zdrowie.* № 3. W. TOŁWIŃSKI. Postępy szczyepienia ospy ochronnej. R. MERECKI. Niedośyt powietrza w Królestwie Polskiem. [Dok.].

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni Wende i S-ka za m. Luty.

A P T E K A

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).

Srodki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.

Acid benzoic. c. Camphor. aa 0,10. Spirit. Vini.		Ergotinum dialysat. Bombel.	0,10 in 1 CC.
Antipirin. Knorr. 0,25 in 1 CC.		” ” ”	0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.		” ” Bonjean	0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal. dulce.		” ” Denzel	0,10 in 1 CC.
Chininum bimuriatic.	0,10	” ” Wigersi	0,10 in 1 CC.
” ” ”	0,20		
” dihydrobromic.	0,10	Kali cartharidinici	0,0002
Coffeinum nitro-benzoicum	0,20	Morphin. muriat. Merck	0,01
Cornutin Kobert	0,005	” ” ”	0,02
Cocain. muriat. Mere.	0,01	” ” ”	0,03
” ” ”	0,03	” phtalicum	0,01
” ” ”	0,05	Pilocarpin. muriatic.	0,01
Eucain. hydrochlor.	0,05	Strychnin. nitricum	0,001

Srodki lecznicze, jak eter i sole rtęciowe, niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.

Aether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.
” depurat 1 CC.
” ” c. Camphora 0,10.
” ” ” 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C.C.
Hydrarg. benzoicum 0,02—Na Cl 0,02 in 1 CC.
” bichlorat. corrosiv. 0,01—Na Cl 0,20 in 1 CC.
” cyanatum 0,01 in 1 CC.
” formamidat 0,01 in 1 CC.
” glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in 1 CC.
” peptonatum 0,01 in 1 CC.

Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

Srodki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w płótno, zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.

KEMMERN

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 46 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tukkumską. Sezon r. 1899 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września.— Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno - igliwiowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykocy, kamera inhalacyjna, elektryzacja. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skroflicznymi, skórnymi i kobiecemi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 kop. tygodniowo.

Komunikacja z morzem za pomocą dyliżansów po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem:

KEMMERN, powiat Rygski.

8—5

Dyrektor Zakładu **D-r Med. A. Sotin**.

D-r W. MAYZEL b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne i mikroskopowe i bakteryologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krew mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A.



ZJEDNOCZONE FABRYKI CHININY

ZIMMER & Co FRANKFURT n. M.

EUCHININA

EUNATROL

VALIDOL

Działanie lecznicze takie same jak chininy. **Euchinina** nie ma gorzkiego smaku. Literatura: von Noorden, Overlach, Gollner, Panegrossi, Conti, Klein, Fridrich, Muggia, Gray, Suchomlin, Plehn, Tauser, Solontzeff, Filatow, Alexiejew, etc. etc. można przyjmować w postaci eunatrolowych pigulek całymi miesiącami, nie podlegając ubocznym szkodliwym działaniom. Literatura: Blum. Der ärztliche Praktiker 1897 Nr. 3.

Literatura: D - r Schwersensky, Therapeutische Monatshefte Now. 1897, Scognamiglio: Giornale Internazionale di Medicina Practica, 1898, Hest 4.

Próby, literatura i wszelkie inne objaśnienia chętnie mogą być udzielane.

Inne specjalne wytwory:

Chinina, Cocaina, Coffeina, Preparaty jodu.

26—19

