

GAZETA LEKARSKA

Szanowni Koledzy!

Jak to powszechnie wiadomo, w łonie Towarzystwa Hygienicznego powstała myśl założenia sanatorium dla niezamożnych suchotników. Jeżeli całe społeczeństwo nasze sympatycznie myśl tę przyjęło, to tembardziej, sądzimy, powinien poprzeć ją ogół naszych lekarzy. Z jednej strony wszyscy jesteśmy dokładnie świadomi tego straszego spustoszenia, jakie czynią suchoty i potrzeby wystąpienia z niemi do walki, a z drugiej lekarz codziennie niemal jest świadkiem tych bolesnych, prawdziwie tragicznych scen, kiedy suchotnik i jego rodzina widzą, iż jedynie dla braku środków ratować się nie mogą. Opiekowanie się chorym, dla którego niema ratunku z powodu nieuleczalnej choroby, należy niewątpliwie do ciężkich chwil naszego zawodu, ale o wieleż przykrzejszem jest to położenie, kiedy ratunek jest i to często niezawodny, a jedynie ubóstwo stoi na przeszkodzie do zastosowania go. Sprzedaj Pan wszystko, powiadamy choremu, a ratuj się, i tak też nieraz robią nasi pacyenci; ale jeżeli i sprzedać nie ma co, cóż wtedy pozostaje? Czyż serce nie drgnie w takiej chwili?

Powagę i zaszczytne stanowisko, jakie zajmuje wśród społeczeństwa stan nasz lekarski, zawdzięcza nie tylko wiedzy i sumiennosci w pełnieniu swych obowiązków, ale jeszcze i temu, że wśród niego znajdowały się jednostki, zdolne gorąco odczuwać potrzeby i nędze społeczne: przykład DIETLA, MARCINKOWSKIEGO, BĄCEWICZA i tylu innych zawsze nam powinien stać przed oczami. Nie należy też zapomnieć, że aczkolwiek żyjemy z ciężkiej nieraz naszej pracy, to zawsze jednak źródłem naszych dochodów jest cierpienie i choroba: jest więc rzeczą poniekąd nawet naturalną, że część tych dochodów oddamy na użytek biednych i potrzebujących naszych pacjentów. Niema między nami takich, którzyby sami mogli wznosić sanatoria, ale ogół lekarzy mógłby, bez uszczerbku dla swego budżetu, znacznieszą ofiarą przyczynić się do powodzenia tej sprawy. Udział lekarzy miałby nadto to wielkie znaczenie, że pociągnąłby za sobą cały ogół społeczeństwa,

wskazując mu dobitnie na potrzebę takiego zakładu. W imię więc tego wszystkiego zwracamy się do wszystkich kolegów z propozycją, aby składali ofiary na projektowane sanatorium; chcielibyśmy, aby za pieniądze, złożone przez lekarzy, wybudowano albo cały pawilon, albo część jego, albo wreszcie jedną salę, które na wieczne czasy nosiłyby nazwę „pawilonu [lub sali] lekarzy“ i były zawsze świadectwem, że lekarze doby naszej gorąco odczuwali nędzę i potrzeby swych ubogich pacjentów.

Redakcja.

Wszystkie pisma lekarskie prosimy o przedrukowanie niniejszej odezwy.

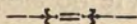


Z LEZCNICY CHIRURGICZNEJ D-RA A. GRUENBAUMA.

I. TRZYDZIEŚCI PIĘĆ PRZYPADKÓW ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO (Appendicitis).

Cpisał

A. Gruenbaum.



Każdemu chyba musi to bardzo dziwnem się wydawać, że nasze piśmiennictwo lekarskie posiada dotychczas tak mało materiału naukowego, omawiającego tę arcyważną, nader często zdarzającą się i w najrozmaitszych postaciach występującą sprawę chorobową. Ponieważ w ostatnich czasach spostrzegłem dosyć znaczną liczbę przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, które — wraz z poprzednio obserwowanymi przezemnie — stanowią podaną w nagłówku cyfrę, przeto postanowiłem do ogólnej podać je wiadomości.

Muszę tu zawczasu nadmienić, że wszyscy ci chorzy — z wyjątkiem 5 — kwalifikowali się wyłącznie do leczenia operacyjnego i w tym tylko celu przybyli do mnie do lecznicy. W jednym tylko przypadku sprawę tę rozpoznano dopiero po otwarciu jamy brzusznej. Wskazaniem do operacji było tu istnienie przewlekłej niedrożności jelit.

Pytanie więc, czy leczyć chorych tych terapeutycznymi środkami, t. j., czy można pozostawić sprawę chorobową naturalnemu biegowi, należało zadać sobie tylko u pięciu pacjentów i rozstrzygnięto je twierdząco; jeden z tych chorych jednakże, jak mnie następnie zawiadomiono, zmarł podczas trzeciego nawrotu.

W trzydziestu zaś przypadkach, ze względu na bardzo groźny stan, w jakim się znajdowali chorzy w chwili przybycia do lecznicy, natychmiastowa operacja była stanowczo wskazaną. Dla tego też kwestyi, czy zapalenie uchyłka wyrostkowego należy od samego początku leczyć operacyjnie, wcale tu nie dotknę. Na zasadzie bowiem spostrzeżeń, które przeprowadziłem u sie-

bie w lecznicy i o których tu wyłącznie mówić będę, nie można kwestyi tej rozstrzygnąć. Jeżeli rozdzielimy chorych podług okresu, w jakim się choroba znajdowała w chwili ich przybycia, zobaczymy: 1) że w pierwszym okresie, trwającym podług zdania większości autorów od chwili pojawienia się napadu kolki wyrostkowej do 7-go mniej więcej dnia, przybyło 2-ch, z tych zmarł po operacyi jeden, 2) że ci, którzy przybyli między 12 — 15 dniem, w najgroźniejszym znajdowali się stanie, z pomiędzy bowiem 5-u, należących do tej kategorii, zmarło dwóch i 3) że przeważna część chorych, dotkniętych ograniczonym ropniem okołowyrostkowym, przybyła w okresach choroby bardzo późnych—od 2-go do 20, a nawet 25-go tygodnia.

Pod względem rozprzestrzenienia sprawy ropnej należy 30 operowanych podzielić: A) na 3-ch z rozlanem zapaleniem otrzewnej (*peritonitis diff. appendicularis*) i B) na 27 z *peritonitis circumscripta*. Chorych, dotkniętych ograniczonym zapaleniem otrzewnej, należy znowu podzielić na 26, u których wskazaniem do operacyi był ropień w okolicy wyrostka i jednego, u którego wskazanie do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego stanowiły objawy przewlekłej niedrożności kiszek.

Wzmiankowane powyżej ograniczone ropnie otrzewnej były ściśle umiejscowione: 16 razy w prawym dole biodrowym, 2 razy w jamie małej miednicy, 2 razy w prawym dole lędźwiowym, 2 razy w tkance łącznej pozaotrzewnowej i 4 razy w tkance łącznej przedotrzewnowej.

O zmianach anatomo-patologicznych, jakie istniały w wyrostku robaczkowym u operowanych, mogę tylko tyle powiedzieć, że u 8 z nich, t. j. we wszystkich przypadkach, w których nastąpiła resekcya, uchyłek był przedziurawiony i w znacznej części zmieniony; w pozostałych zaś przypadkach zmiany te pozostały nieokreślone, gdyż operatorowie, powodując się mniej lub więcej słusznymi powodami, po większej części nie starali się nawet go odszukać.

Muszę tu zaraz wspomnieć o pewnem zboczeniu anatomicznem, jakie spostrzegalem w wyrostkach wyresekowanych. Zboczenie to polegało albo na tem, że wyrostek był znacznie dłuższym, niż to bywa zazwyczaj, albo też, że jego kreska [mezentoryalna] była słabo rozwinięta, lub znajdowała się tylko w stanie zaczątkowym.

Rozpatrując w różnych monografiach pojedyncze postaci tej sprawy chorobowej, widzimy taką ich mnogość i rozmaitość, że z konieczności musimy dojść do wniosku, iż niema dwóch autorów, którzyby jednakowy mieli pogląd na istotę i formę jej kliniczną. I tak, gdy jedni opierają swój podział wyłącznie na symptomatologii, inni opierają go na przebiegu klinicznym; ci na zmianach anatomo-patologicznych, tamci anowu na połączeniu objawów klinicznych z anatomo-patologicznymi zmianami i t. d.. Wobec tego ogólnego braku zgody i chaotyczności poglądów, musimy wyprowadzić wniosek, iż zarówno anatomii, jak i stronie klinicznej tej sprawy chorobowej zbywa jeszcze bardzo dużo na jasności i dokładności. Niejasność tę widzimy szczególnie w stosunku, zachodzącym między anatomicznym podkładem tej choroby a jej objawami klinicznymi. Doprawdy, niema chyba innej choroby, w której, szczególnie na początku, tak trudno byłoby określić zmiany anatomiczne, jakie rozwinęły się

w narządzie, będącym przyczyną chorobowego stanu ustroju, jak to nazbyt często zdarza się przy zapaleniu uchyłka wyrostkowego. W bardzo wielu bowiem przypadkach widzimy, że przy mało znacznych nawet zmianach, zachodzących w anatomicznej budowie wyrostka, występują nader groźne objawy kliniczne, i naodwrot przy przedziurawieniu i całkowitem nawet jego zniszczeniu objawy kliniczne są bardzo nieznaczne.

Aby zrozumieć owe olbrzymie różnice, jakie istnieją w poglądach chirurgów na tę sprawę, dosyć będzie przytoczyć kilka tylko klasyfikacji, jakie znajdujemy w poświęconych tej kwestyi monografiach rozmaitych autorów. SONNENBURG, który z pomiędzy niemieckich chirurgów najwcześniej podobno zaczął stosować przy omawianej chorobie leczenie operacyjne i który też najwięcej tych operacji wykonał, dzieli sprawę tę pod względem anatomo-patologicznym na: I. *Appendicitidem simplicem*, II. *Appendicitidem perforativam* i III. *Appendicitidem gangraenosam*. Klinicznie zaś dzieli on każdą z podanych tu form patologicznych na kilka oddzielnych grup. Do pierwszej tedy postaci anatomicznej należą: 1) przypadki, w których *colica appendicularis* występuje wskutek nagromadzenia w kanale wyrostka śluzu i uformowania dokoła luźnych zlepiów włóknikowych, 2) przypadki, w których objawy chorobowe są wynikiem nagromadzenia się w kanale wyrostka krwawo-ropnej zawartości i uformowania w około zgrubiałego lub zagiętego uchyłka błon wrzekomych, łączących go z sąsiednimi tkankami lub narządami, 3) przypadki, w których uchyłek glistowaty z powodu zawartych w nim koprolitów znajduje się w stanie przewlekłe-zapalnym, a jego błona śluzowa w stanie owrzodzenia, 4) otoki ropne i 5) *appendicitis spl.* z powikłaniami. Na tyleż mniej więcej grup dzieli i każdą z dwóch następnych postaci anatomicznych. Mamy tedy, podług SONNENBURG'a, 14 rozmaitych postaci tej choroby, które przy łóżku chorego powinniśmy już w samym początku cierpienia dokładnie rozróżnić. Nie wiem, czy sam autor jest w stanie określić *a priori* każdą z podanych przez się form; nie wątpię przecież, że wszystkie powyższe odmiany określone zostały wyłącznie i li tylko *a posteriori*.

W zupełnie inny sposób systematyzuje chorobę tę prof. ROTHER; wyróżnia on mianowicie: 1) przypadki, w których sprawa ta, rozpoczynając się nagle bardzo wysoką gorączką [40°] 3-go lub 4-go dnia traci swój ostry charakter, a 5-go lub 6-go dnia znika już w zupełności; 2) przypadki, w których choroba rozpoczyna się w również nagły sposób, jak u pacjentów poprzedniej kategorii, lecz wyzdrowienie następuje daleko powolniej; 3) przypadki, w których ciepłota po upływie 5 dni jeszcze sięga wyżej 39°; gorączka, co prawda, po upływie pewnego czasu spada do normy, ale tylko na kilka dni, gdyż niebawem podnosi się znowu do wyżej wspomnianej wysokości; 4) przypadki z gorączką przepuszczającą i 5) przypadki, które kończą się zawsze nadzwyczaj szybko śmiercią przy objawach zapaści i przy podnormalnej ciepłocie. Francuski autor TALAMON dzieli zapalenia wyrostka na: 1) zapalenie wyrostka ostre, dziurawiące, 2) zapalenie ostrawe (*subacutum*) z przebiegiem zdradliwym, 3) zapalenie ostre z częściowem ropnem zapaleniem otrzewnej, 4) zapalenie przewlekłe z nawrotami i 5) zapalenie ścian wyrostka z kolką wyrostkową. Muszę tu

zaraz nadmienić, że każdą z tych form z osobna dzieli znowu na pewną liczbę odmian.

Najprościej dzieli chorobę tę francuski autor, LEQUEU, a mianowicie na: 1) zwykłe zapalenie wyrostka, już to z charakterem swoistym (*tuberculosis*), co się rzadko zdarza, albo też wyłącznie z właściwymi mu zmianami anatomicznymi, co najczęściej się spostrzega, 2) zapalenie tkanki około-wyrostkowej z charakterem zlepnym lub ropnym, 3) zapalenie, wywołujące ropienie w tkankach lub narządach, znajdujących się w większej lub w mniejszej od wyrostka odległości i 4) zapalenie otrzewnej ropne, rozlane.

Gdybym chciał tu wymienić wszystkie klasyfikacje, jakie znajdują się w rozmaitych, odnoszących się do omawianej kwestyi, monografiach, zważywszy, że obca literatura tego przedmiotu jest nadzwyczaj bogata, musiałbym dosyć obszerny napisać traktat, co wcale nie było moim zamiarem.

Nadmienię tu tylko, że różnorodność i chaotyczność tych klasyfikacji, jakie widzimy u wszystkich autorów, wskazują dowodnie, że dotychczas jeszcze nie zdołano wyrobić sobie dokładnego pojęcia o wszelkich zmianach patologicznych, zachodzących w uchyłku wyrostkowym przy rozwinięciu się tej sprawy chorobowej, a najmniej o porządku, w jakim te ostatnie po sobie następują, tudzież o objawach klinicznych, odpowiadających ściśle każdej z nich poszczególne. Niedokładność ta wynika, o ile zdołałem rzecz tę wyrozumieć, z następujących przyczyn: 1) anatomo-patologowie, wykonywając swoje badania pośmiertne, nie dosyć może zwracali uwagi na spostrzegane w jamie brzucha i klatki piersiowej sprawy chorobowe, będące wynikiem zmian patologicznych w wyrostku glistowatym; cała bowiem kwestya podjęta została w najnowszych dopiero czasach za sprawą chirurgów amerykańskich, którzy, po wprowadzeniu antyseptyki, zaczęli z arcy pomyslnym skutkiem operować tego rodzaju pacjentów; 2) nie wszyscy chirurgowie ogłaszają swoje pod tym względem spostrzeżenia; 3) terapeuci, u których największa część tych chorych jeszcze dotychczas się leczy, ignorują tę sprawę i żadnych nie ogłaszają sprawozdań ze swych pod tym względem obserwacji klinicznych, a przedewszystkiem tych, które następnie zestawione zostały z danymi anatomicznymi, stwierdzonymi przy badaniu pośmiertnym; wreszcie 4) brak jeszcze większej ilości doświadczeń na zwierzętach.

Że zmiany chorobowe w uchyłku wyrostkowym pozostawały i pozostają jeszcze obecnie nazbyt często — z powodu braku objawów klinicznych za życia i niedostatecznego badania przy autopsjach — w ukryciu, dowodzą cyfry, podane w najnowszych czasach przez TUENGL'a, TOFT'a, RIBBERT'a i FERQUSON'a. Anatomowie ci, przeprowadzając swoje w tym względzie poszukiwania pośmiertne, znajdowali u poważnej liczby osobników, zmarłych na choroby, nie mające nic wspólnego z omawianem tu cierpieniem, w wyrostku robaczkowym zmiany chorobowe większego lub mniejszego natężenia pomimo braku objawów za życia. I tak TUENGL przy sekcjach, jakie wykonał w ciągu dwóch lat, stwierdził: a) u 30 trupów całkowity lub częściowy zanik kanału uchyłkowego; b) u 43 zmiany nieżyłowe i dawne złogi kałowe; c) u 12 zlepienie wyrostka za pomocą błon wrzekomych z sąsiednimi narządami i tkankami i d) w 11 owrzo-

dzenia gruźlicze. TOFT na zasadzie swoich spostrzeżeń twierdzi, iż na 3 przypadki w jednym istnieją w wyrostku ślady zmian chorobowych; u 5% badanych przez się trupów, znajdował w wyrostku owrzodzenia rozmaitych rozmiarów i głębokości. RIBBERT pomiędzy 400 trupami znalazł u 99, t. j. 25% zupełne lub częściowe zarośnięcie światła wyrostka. FERQUSON u 7 z pomiędzy 200 trupów znalazł znaczne zmiany i przedziurawienie wyrostka. W trzech przypadkach mógł twierdzić stanowczo, że zmiany te zaszły już bardzo dawno. Prac doświadczalnych mamy jeszcze dotychczas bardzo mało.

Na zasadzie więc danych, jakie posiadamy, nie mamy jeszcze najmniejszego prawa określać zwykłego przebiegu klinicznego tej choroby, któryby odpowiadał w każdym przypadku zosobna rozwijającym się w wyrostku i tkankach sąsiednich zmianom anatomicznym.

Jedynymi wartościowemi pod tym względem danemi są dotychczas tylko spostrzeżenia, przeprowadzone przy operacjach. Te ostatnie jednak odznaczają się taką różnorodnością, a towarzyszące im objawy tak są odmienne, że każdy chirurg obserwator, opierający się na własnych tylko spostrzeżeniach, musi w części przynajmniej dojść do oddzielnego zupełnie poglądu na omawianą sprawę chorobową.

Widzimy też, że zdania autorów co do leczenia danego cierpienia również są krańcowo odmienne. I tak, gdy amerykańscy, angielscy, francuscy i część niemieckich chirurgów operują chorych tego rodzaju możliwie najwcześniej, t. j. w ciągu pierwszej lub drugiej doby, to pozostała część niemieckich lekarzy traktuje sprawę tę dosyć konserwatywnie.

Najmniejszej nie ulega wątpliwości, że w obecnej chwili nie można mieć do żadnego lekarza pretensyi o to, że nie aprobuje zdania, wypowiedzianego przez DIEULAFOY'a, mianowicie: „*qu'il n'existe pas de traitement medicale de l'appendicite*“, ale też nikomu nie wolno nie pamiętać o innem orzeczeniu, przyjętem przez wszystkich chirurgów, mianowicie „*on regrettera peut-être d'avoir opéré trop tard, on ne regrette jamais d'avoir opéré trop tôt*“ i ociągać się zbyt długo z wezwaniem do pacjenta chirurga w celu wykonania wskazanej operacyi w warunkach, możliwie jeszcze sprzyjających wyzdrowieniu. Zwlekając bowiem tak długo, jak to widziałem u większej części swoich chorych, lekarz przyczynia się do tego, że rokowanie chirurgiczne staje się stanowczo wątpliwem. Wszyscy owi pacjenci w chwili przybycia do lecznicy, znajdowali się w tak rozpaczliwym stanie, że można było im niechybną rokować śmierć.

Nie myśląc bawić się w tworzenie nowych teoryi, zastanowię się tu tylko nad niektórymi wyżej przytoczonymi spostrzeżeniami anatomo-patologicznymi, które wraz z częściej spotykanymi objawami klinicznymi mogą do pewnego stopnia wyjaśnić ową dziwną różnorodność, jaką nierazko widzimy na początku tej choroby. Przytoczone wyżej pośmiertne badanie uchyłka wyrostkowego, przeprowadzone przez TUENGL'a, TOFT'a, RIBBERT'a i FERQUSON'a dowodnie wskazują: a) że w tkankach uchyłka kiszki ślepej dosyć często rozwijają się zmiany chorobowe; b) że zmiany te mogą w ściśle utajony przebiegać sposób, t. j. nie zdradzać się żadnymi objawami klinicznymi i c) że mogą bar-

dzo poważny przyjąć charakter i doprowadzić nawet do przedziurawienia tkanek.

Jeżeli jeszcze dodamy, że tylko w 450 z pomiędzy 760, t. j. w 59,29% zbadanych wyrostków znaleziono obce ciało lub złogi kałowe, a w 40,79% nie podobnego nie było, musimy dojść do wniosku, że objawy kliniczne, zachodzące na początku zapalenia wyrostka, są najczęściej wynikiem drażnienia zmienionych już chorobowo jego tkanek tworzącym się w danej chwili w przewodzie kiszkowym w większym lub mniejszym stopniu zakażonym i mocno drażniącym płynem. Samo się przez się rozumie, że przypadkowa obecność stężyny kałowej w kanale wyrostka może również przy rozwinięciu się w jego tkankach zapalenia niepoślednią odgrywać rolę. [D. c. n.]

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

II. OSTRE, KRWOTOCZNE ZAPALENIE NEREK ORAZ HEMOGLOBINOMOCZ

w następstwie zatrucia pigułkami Cauvin'a ¹⁾.

O t. zw. nephritis haemoglobinurica.

Podał

Stanisław Pechkranc,

asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Z tego krótkiego przeglądu odnośnej literatury widzimy, że omawiane cierpienie spostrzegane było w różnorodnych chorobach zakaźnych. I w przebiegu hemoglobinomoczu napadowego (*haemoglobinuria paroxysmalis seu periodica*) spotykamy się niekiedy z tem cierpieniem. Na dowód tego przytoczyć można opisane w r. 1897 spostrzeżenia TRUMPP'a ⁴⁾. U obojga rodzeństwa w anamnezie figuruje *lues hereditaria*, która, nawiasem mówiąc, stosunkowo często notowaną bywa u chorych z hemoglobinomoczem napadowym. Chłopiec 8-letni przed 4 laty przechodził szkarlatynę; 5-letnia siostra tegoż również przechodziła szkarlatynę. Poprzednio po zaziębieniu kilkakrotnie występowała u nich hemoglobinurya. Mocz zawierał dużo białka i hemoglobiny. W osadzie znaleziono wiele mas barwnika krwi, bardzo dużo komórek nabłonkowych z kanalików moczowych, leukocyty, wałeczki nabłonkowe i pokryte leukocytami. Po kilku dniach nastąpiło w obu przypadkach wyzdrowienie. Hemoglobinomocz można było w tych przypadkach wywołać doświadczalnie przez zimną kąpiel, do której dodano kawałki lodu. Jak widać z wyników

⁴⁾ TRUMPP. Zwei Fälle von paroxysmaler Haemoglobinurie bei Geschwistern. Münch. med. Woch. 1897. Nr. 18.

badania moczu, miał autor w swych przypadkach do czynienia nie z czystą hemoglobinurią, lecz z połączeniem hemoglobinury i zapalenia nerek.

Następną grupę cierpień, w których występować może *nephritis haemoglobinurica*, stanowią zatrucia. Należą tu przede wszystkim te substancje, które działają niszcząco na czerwone krążki krwi, wywołując ich rozpad (*cythaemolysis*). Wymienić tu należy: *kali chloricum*, kwas siarczany, szczawiowy, arsenowódór, pyrogalol, chloroform, eter, terpentynę, karbol, weieranie dziegciu, nafolu i t. d.. Większa część wyliczonych tu substancji, prócz niszczącego wpływu na krew, wywiera jeszcze działanie drażniące na miąższ nerek, przez co wystąpić może *nephritis haemoglobinurica*. Lecz możliwe tu: jest jeszcze inne tłumaczenie powstawania tego cierpienia.

Prócz wspomnianych tu przetworów, inne jeszcze w stanie są wywołać zapalenie hemoglobinomoczowe nerek.

A. MURRI¹⁾ spostrzegał występowanie tego cierpienia po przyjmowaniu chininy, co już dawniej spostrzegał TOMASELLI. Po zażyciu chininy występowały wkrótce silne dreszcze, wymioty, żółtaczkowe zabarwienie skóry, mocz stawał się ciemno-brunatnym, zawierał białko, hemoglobinę, a w osadzie pierwiastki upostaciowane nerek. Podobne napady, przebiegające z podniesieniem ciepłoty, potami, śpiączką, powiększeniem wątroby i śledziony można było wywołać przez podawanie małych nawet dawek [0,1] chininy. W czasie takich napadów we krwi nie znajdowano pasożytów malaryi, lecz tylko zmniejszenie liczby erytrocytów. Według doświadczeń MURRI'ego, przy bezpośrednim działaniu chininy na krew *in vitro* nie następuje rozpad czerwonych krążków.

Podobne cierpienie, w następstwie zatrucia sulfonalem, opisał KOBER²⁾. Po kilkumiesięcznym stosowaniu małych i średnich dawek sulfonalu wystąpił pewien rodzaj hemoglobinomoczu: z moczem wydzielał się czerwony barwnik, pozostający w bardzo bliskim związku z hemoglobiną; w następstwie tego wytworzyło się ostre cierpienie nerek z silnym białkomoczem i chory zmarł wskutek zwiększającego się osłabienia.

SENATOR sądzi, że zapalenie hemoglobinomoczowe nerek występować może także zupełnie samodzielnie, niezależnie od wszelkiego dającego się stwierdzić zatrucia lub zakażenia. Na poparcie tego poglądu przytacza SENATOR³⁾ przypadek, w którym cierpienie wystąpiło po wypiciu, jak utrzymywała chora, lodowo-zimnej wody. Przesącz moczu zawierał dużo białka i dawał przy próbie HELLER'owskiej wyraźny odczyn na barwnik krwi. Obfity osad zawierał czerwone krążki krwi w bardzo małej ilości, liczne leukocyty, nabłonek nerkowy, wałeczki gruboziarniste i szkliste i t. d.. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. SENATOR wspomina jeszcze o jednym przypadku⁴⁾, w którym

¹⁾ A. MURRI. Ueber Chininvergiftung. Deutsch. med. Woch. 1896. N-ra 8 i 9.

²⁾ KOBER. Ueber Sulfonalvergiftung. Centr.-Bl. f. klin. Med. 1892. Nr. 10; cyt. podług SCHMIDT's Jahrbücher.

³⁾ Die Erkrankungen der Nieren. Op. cit.

⁴⁾ Ibidem.

nephritis haemoglobinurica wystąpiła po zaziębieciu. W obu przypadkach cierpienie rozwinęło się, podobnie jak w naszym przypadku, przy lekkich ruchach gorączkowych i przebiegało przy nieznacznych zaburzeniach w ogólnym stanie chorych.

Jaka jest patogeneza tego, odbiegającego od zwykłego typu, ostrego zapalenia nerek? Powstawanie tego cierpienia można sobie rozmaicie tłómaczyć. Jak się już wyżej rzekło, hemoglobinurya może istnieć przedtem i wtórnie dopiero sprowadzić zapalenie nerek, albo też hemoglobinurya przyłącza się do już istniejącego zapalenia nerek. Mówiąc, że hemoglobinomocz w stanie jest, wywołać zapalenie nerek, nie chcemy przez to powiedzieć, że hemoglobina sama przez się stanowi tu bodziec, wywołujący zapalenie. Stosunki tu zachodzące są zapewne o wiele więcej złożone. Przy rozpadzie krążków czerwonych dostają się do surowicy krwi obok hemoglobiny jeszcze inne substancje, które normalnie albo wcale tam nie występują, albo tylko w śladach, jak np. potas, żelazo, ciała nukleinowe i t. d.. Nadto hemoglobina, krążąca swobodnie w plazmie, niszczy białe ciała krwi, wskutek czego zwiększa się liczba fibrinfermentu; zwiększenie to pociąga za sobą zakrzepy, zastoje krwi, zatory i t. d.. Wszystkie te zmiany krwi wywołują zaburzenia cyrkulacyjne w różnych okolicach ustroju, szczególnie w nerkach, jak: zastoje, zwyrodnienie nabłonka nerkowego, a w dalszym ciągu sprawy zapalne nerek [SENATOR¹⁾].

Czy ogólna hemoglobinemia jest koniecznym warunkiem powstawania hemoglobinomoczu? Pytanie to u różnych autorów znajduje różne odpowiedzi. LICHTHEIM jest zdania, że hemoglobinurya jest zawsze następstwem ogólnego cierpienia krwi. Inni, jak ROSENBACH, LÉPINE, A. ROBIN²⁾, odszczepienie barwnika krwi od krążków czerwonych umiejscawiają wprost w nerkach, tłómacząc tę sprawę po części zaburzeniami krążenia w tym narządzie. Kwestyę tę rozbiera także O. HEUBNER³⁾, podając następujące dane, któreby mogły przemawiać w jego przypadku za miejscowem pochodzeniem hemoglobinuryi: częstość występowania zapalenia nerek w ówczesnej epidemii, istnienie podrażnienia nerek [białkomocz, cylindry...] jeszcze przed hemoglobinurą, szybkie przyłączenie się silniejszego białkomoczu. Bardzo prawdopodobnem jest, mówi HEUBNER, że w następstwie nieznanych bliżej przyczyn, krew, wynaczyniona dzięki zapaleniu nerek, uległa rozpadowi już w nerkach. Niektóre znów dane przemawiały, w spostrzeżeniu HEUBNER'a, za ogólnem cierpieniem krwi: nadzwyczajna bladość skóry z odcieniem zielonkawym jeszcze przed wystąpieniem hemoglobinuryi, oraz powiększenie śledziony, jakkolwiek we krwi nie znaleziono żadnych składników nieprawidłowych, żadnych śladów zniszczonych krążków. Ostatnich nie znalazł w swych przypadkach także LICHTHEIM.

Jeśli zwrócimy się teraz do naszego spostrzeżenia, to będziemy musieli, uprzytomniwszy sobie dane ze strony ogólnego stanu chorego, jak również za-

¹⁾ Ibidem.

²⁾ Cytowani u SENATOR'a w Erkr. der Nieren.

³⁾ L. c.

burzenia ze strony nerek, dojść do wniosku, że wiele danych przemawia tu za miejscowem pochodzeniem hemoglobinomoczu.

Przy hemoglobinemii ogólnej mamy przedewszystkiem powiększenie śledziony, t. zw. przez PONFICK'a *tumor lienis spodogenes*¹⁾, gdyż odłamki erytrocytów nagromadzają się w śledzionie, co powoduje powiększenie tego narządu, trwające tak długo, aż przeróbka tych odłamków nie zostanie ukończoną. Oswobodzony barwnik krwi zostaje przez komórki wątrobowe przerobiony na żółć, względnie barwniki żółciowe, przyczem występuje powiększenie wątroby i przejściowe nadmierne wydzielanie żółci (*hypercholía*). Tłómaczy nam to, dlaczego przy hemoglobinemii znajdujemy często w moczu barwniki żółci, a na skórze i błonach śluzowych zabarwienie żółtaczkowe.

U naszego chorego nie zauważono ani powiększenia śledziony, ani powiększenia wątroby, nie było również ani śladu żółtaczkii, a w moczu barwniki żółciowe nie zostały wykryte. Ogólny stan chorego był zadawalający, znacznej bladeści skóry lub zielonkawego odcienia nie zauważono. Badanie krwi, ze względów od nas niezależnych, nie mogło być dokonane. Zresztą wynik takiego badania bywa często ujemny pomimo istnienia zmian we krwi.

Wszystko to, zdaniem naszym, świadczy o braku ogólnej hemoglobinemii, t. j. o nerkowem pochodzeniu hemoglobinuryi. Jeśli do tego dodamy, że substancye, wchodzące w skład pigułek CAUVIN'a, w pierwszej linii drażnią miąższ nerek, to zdanie powyższe zyska jeszcze większą podstawę.

Należy rozważyć także i to, że już w pierwszym dniu spostrzegania chorego, t. j. po upływie zaledwie 2 dób od przyjęcia pigułek C., mieliśmy silnie rozwiniętą sprawę zapalną nerek i miedniczek nerkowych, jak o tem świadczy wysoka zawartość białka w moczu, oraz obfitość w osadzie pierwiastków morfotycznych nerek i nabłonka miedniczek. Wywołane przez to zapalenie zmiany cyrkulacyjne nerek spowodowały prawdopodobnie rozpad czerwonych krążków krwi w samych nerkach; ztąd obok silnie rozwiniętej sprawy zapalnej nerek hemoglobinomocz przy bardzo szczupłej ilości erytrocytów, która, jakeśmy już wyżej rzekli, nie w stanie była nam objaśnić natężonej barwy czerwonej moczu. Po kilku dniach, gdy sprawa zapalna w nerkach poczęła słabnąć [zwiększenie się ilości moczu, zmniejszenie zawartości białka i elementów morfotycznych nerek w osadzie], we własnościach moczu zaszła ciekawa zmiana: otóż bez dającego się stwierdzić powodu, bez poruszeń gorączkowych i wogóle bez wszelkiego pogorszenia w stanie ogólnym chorego, przy tej samej zawartości białka w przesączu i zmniejszeniu nawet ilości elementów upostaciowanych nerek, zjawia się w moczu mnóstwo dobrze zachowanych czerwonych krążków krwi: *nephritis haemoglobinurica* przechodzi w *nephritis haemorrhagica*. Zmianę tę tłómaczę sobie tem, że wraz z osłabieniem sprawy zapalnej w nerkach znikły w nich warunki dla rozpadu czerwonych krążków

²⁾ σπρόδος = żużle, strużki. Według PONFICK'a [VIRCHOW's Archiv. LXII. 1874] odszczepienie barwnika krwi od erytrocytów odbywa się w sposób dwojaki: 1) niektóre erytrocyty rozpadają się na części, przyczem odłamki przez czas pewien krążą we krwi i później znikają z niej, po części dopiero po odszczepieniu od nich barwnika; 2) hemoglobina oddziela się od nie-rozpadłych krążków, pozostawiając t. zw. cienie (*Schatten*).

krwi, wskutek czego do moczu przejść mogły erytrocyty w stanie dobrze zachowanym.

Jeśli zdanie wyżej przytoczonych autorów o możliwości powstawania hemoglobinomoczu wskutek rozpadu czerwonych krążków krwi w samych nerkach znajduje jeszcze w ostatnich czasach przeciwników, którzy twierdzą, że hemoglobinurya bez hemoglobinemii ogólnej powstać nie może,¹⁾ to jednak przyznać należy, że na korzyść tego pierwszego poglądu przemawiają tak poszukiwania doświadczalne [CHVOSTEK], jak i spostrzeżenia kliniczne. Bądź co bądź, powiada SENATOR¹⁾, pogląd, że istnieje hemoglobinomocz pochodzenia nerkowego, zasługuje na uwzględnienie, i to nie tylko dla niektórych przypadków typowego hemoglobinomoczu okresowego, lecz także, jak się zdaje, w stopniu jeszcze większym dla przypadków innej kategorii, a szczególnie dla tego rodzaju hemoglobinuryi, który bywa niekiedy spostrzegany w ciężkich chorobach zakaźnych, oraz w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia nerek, gdzie o istnieniu hemoglobinemii nic nie wiadomo.

III. SPRAWA SZCZEPIENIA OSPY U NAS.

Podał

K. Chelchowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Wielu lekarzy jednoznacznie zwraca uwagę, że ludność żydowska poddaje się szczepieniu starannie, że najgorzej jest ze szczepieniem między ludnością chrześcijańską w osadach, że po wsiach najwięcej nieszczepionych jest między służbą dworską, że więcej jest nieszczepionych między dorosłymi, niż między dziećmi.

Z powyższego widać, że procent nieszczepionych, wyliczany z cyfr urzędowych, nie różni się zbyt od tego, jaki w przybliżeniu podają, czy też wyobrażają sobie lekarze powiatowi. Co do dzieci, to zgodność danych, otrzymanych temi dwiema różnymi drogami, jest widoczna. I co do dorosłych nie byłoby wielkich różnic, gdyby uwzględnić tylko zdanie tych lekarzy, którzy się gorliwiej zajmują szczepieniem. Lekarze powiatowi bardzo często widzą sprawę szczepienia w lepszym świetle od rzeczywistego choćby z tego powodu, że przyjmują za dobrą monetę coroczne spisy dzieci, kwalifikowanych do szczepienia przez sołtysów. Niestety, spisy te bywają nader niedokładne; nieraz brakuje w nich trzeciej części, niekiedy nawet połowy dzieci. Przeciętny powiat ma 100 tysięcy mieszkańców, czemu odpowiada liczba urodzeń z górą 4 tysiące rocznie. Dzieci więc, kwalifikujących się do szczepienia, powinno być corocznie blisko 4 tysiące. Niestety, spisy sołtysów wykazują ich często 2000, a nawet 1500 czasami.

Zobaczymy teraz, jak sprawa szczepienia wygląda w życiu, to znaczy w pojedynczych grupach bądź wiejskiej, bądź miejskiej ludności; ilu ludzi w danej wsi, fabryce i t. p. nie miało ospy szczepionej i ilu chorowało na ospę?

¹⁾ Die Erkrankungen der Nieren. Op. cit.

Dane pochodzą od:	Miejscowość.	Dane obejmują osób:	W tem nieszczepionych. ‰	Rewakcy-nowanych.*	Ospę przebywało: ‰	Z nieszczepionych przebywało ospę. ‰	Ze szczepionych przebywało ospę. ‰	Uwagi. [+oznacza, że dzieci do 3 miesięcy życia nie brano w rachunek].
1) +P. ŚNIECHOWSKA.	Wieś Śnichy pow. Rypiński.	100	35	—	23	50	7,7 [po szczepieniu].	—
2) P. MILEWSKA.	Wieś Rembówko pow. Ciechanowski.	90	21	10	28	68	17 [po szczepieniu].	—
3) " "	Wieś Kotermań, p. Ciechanowski.	79	32	11	33	80	12 [po szczepieniu].	Dane zebrane już po szczepieniu nadzwyczajnem wywołaniem epidemii.
4) +S. CHEŁCHOWSKI.	Wieś Chojnowo pow. Przasnyski.	252	13,1 [właściwie 25]	2	32,1	87,9	23,75	Tak samo. Inaczej procent nieszczepionych byłby 25.
5) P. WĄSOVICZ.	Wieś Kamień, p. Lipnowski.	155	16,8	18,7	36,8	52,8	31,9	—
6) +P. WERNICKA.	Wieś Czesławice, p. Puławski.	398	17,3	—	23,5	44,4	20	—
7) + " "	" [służba folwarczna].	230	20,3	—	27,6	35,6	25,6	—
8) + " "	Wieś Piotrowice, pow. Puławski.	306	9,6	—	23,3	34,8	23	—
9) D-r HARRUSSEWICZ.	Pow. Ostrowski.	Kilkanaście wsi podczas epidemii.	5	—	—	—	—	—
10) D-r DEHNEL.	Fabryka w pow. Będzińskim.	2000 robotników bez rodzin.	2,5 między robotnikami, 4—5 między kandydatami do fabryki	—	—	—	—	Fabryka nie przyjmuje robotników nieszczepionych.
11) D-r BIEGAŃSKI.	Fabryka w Częstochowie.	—	12	—	7 wyraźnie dziobatyeh.	—	—	—
12) D-r PADEREWSKI.	Fabryka w pow. Rawskim.	187 [z rodzinami.	12,5	46,1	21,9	22	22	D-r P. rewakcy-nując uparcie przez całe lata, szczepił i tym, którzy już ospę przebywali.
13) +D-r WOLFRAM.	Fabryka w Pruszkowie.	34	14,7	3	29,4	60	24	—
14) D-r MĘCZKOWSKI.	Fabryka w Warszawie.	137 [bez rodzin]. Z 43 szczepionych.	11,7	— 25,0	21,2	80	11,1	—

Dane pochodzą od:	Miejscowość.	Dane obejmują osób:	W tem nie-szczepionych: %	Rewakcy-nowanych: %	Ospę prze-bywało: %	Z nieszczepionych przebywało ospę: %	Ze szczepionych przebywało ospę: %	Uwagi. [oznacza, że dzieci do miesięcy życia nie brano w rachunek].
15) CHEŁCHOWSKI i SADOWSKI.	Szpit. Dz. Jezus.	130	14,6	—	17,7	94,1	3,6 [po szczepieniu]	—
16) CHEŁCHOWSKI.	"	40	17,5	—	22,5	85,7	9,1 [po szczepieniu].	—
17) D-r DRECKI.	Rekruci z pułku w pow. Kaliskim.	241	12,0	—	—	—	—	—
18) + D-ROWA RUPPERTOWA.	Niższa służba kolejowa w pow. Niezawskim. [Aleksandrów].	597	11,5	6,7	7,5	41,2	2,9 [po szczepieniu].	—
19) + Dr. GRODECKI.	Miasto Preny, pow. Maryampolski.	493	11,2	1,6	7,1	43,6	2,5 [po szczepieniu].	—
20) J. KRAMSZTYK.	Ambulatoryjum szpitala dzieciennego Starozakonnych.	500	100 między 1/2-rocznymi dziećmi. 84 — rocznymi 35 — 1 1/2-rocznymi 17 — 2-letniemi.			—	—	—
21) D-r WOLFRAM.	Pruszków. Zakład Magdalenek.	104	3,9	28,9	15,4	75	12,9	—
22) D-r MĘCZKOWSKI.	Felczerzy w szpit. Dz. Jezus.	15	0	26,7	20	—	—	—
23) D-ROWA JAKOWSKA.	Służący w Warszawie.	38	5,3	52,6	28,9	100	25	—
24) D-ROWA JAKOWSKA.	Warszawa. Średnia inteligentna klasa ludności.	118	1,7	65,2	10,2	—	Z rewakcy-nowanych nikt nie chorował.	Dzieci do lat 15 wyłączone.
25) CHEŁCHOWSKI i MĘCZKOWSKI.	Lekarze, ich żony i dorosłe dzieci.	112	0	62,5	9,82	—	Z rewakcy-nowanych 2,86	"
26) D-r DOBRZYŃSKI.	Studenci uniwersytetu.	575	0	55,3	9,04	—	—	—

Z góry zastrzedz się muszę, że i takie dane bynajmniej nie są nieomyłne. Pomijając możliwe pomyłki co do ospy prawdziwej i wietrznej, zapominam o tem, że się małem dzieckiem przebywało ospę, głównym szkopułem jest

niezmierna nieufność ludu do inteligencji, zwłaszcza gdy lud zbiorowo gromadnie o coś zapytywać.

Na dołączonej tablicy [p. str. 332] przytaczam dane, zebrane przez różne osoby i w różnych miejscach do niniejszej pracy.

W tablicy tej rzuca się w oczy: wysoki procent nieszczepionych, zwłaszcza po wsiach i przerażający procent osób, które chorowały na ospę. A dodać muszę, że odsetka nieszczepionych jest za mała: nie liczone tych, którym się ospa nie przyjęła. Za niski także jest procent tych nieszczepionych, którzy chorowali na ospę: nie policzone w tej rubryce zmarłych z ospy oraz tych, którzy byli szczepieni już po przebyciu ospy. Należy to bowiem do smutnej charakterystyki szczepienia u nas, że pod koniec lub po epidemii ospy w miejscowościach spustoszonych przez nią następuje nierzadko zbyt późne już masowe szczepienie wszystkich, i tych co chorowali i tych co okazali się odpornymi. Z tego właśnie powodu za wysoka jest po wsiach ostatnia rubryka, t. j. procent szczepionych, którzy przebywali ospę: właściwie wielu przebyło ją przed szczepieniem. Wysoki procent po wsiach w tej rubryce tłumaczą sobie jeszcze i złem szczepieniem: używaniem antyseptyków przez felczerów przy szczepieniu, przez co pierwiastek ospowy ginie, oraz zniszczeniem pierwiastka ospowego przy powikłaniach ropnych ¹⁾.

Między inteligencją 9—10% takich, którzy przebywali ospę, jest to cyfra całkiem nieoczekiwana. Wielu lekarzy nie chce jej wierzyć, mówiąc, że przecież w praktyce zamożniejszej rzadko się z ospą spotykamy. Przyznaję, że tak jest dzisiaj, ale wykazy te dotyczą osób starszych, które już żyły podczas ciężkich epidemii w Warszawie.

Ostatecznie tablica nasza stawia sprawę szczepienia i zachorowań na ospę w gorszym świetle, niż dane urzędowe i lekarzy powiatowych.

Jedna jeszcze droga, ale jeszcze mniej dokładna, byłaby do poznania sprawy szczepienia u nas: wiadomości z instytutów krowiankowych, ile się limfy

¹⁾ W kilku wykazach odróżniano ospę silną i słabą. W Kamieniu [Nr. 5] na 29 przypadków ospy silnej podano 28 słabej. D-r PADEREWSKI ze swej fabryki na 24 przypadki silnej podaje 17 słabej [Nr. 11]. D-r DOBRZYŃSKI między studentami na 16 przypadków silnej podaje 36 słabej.

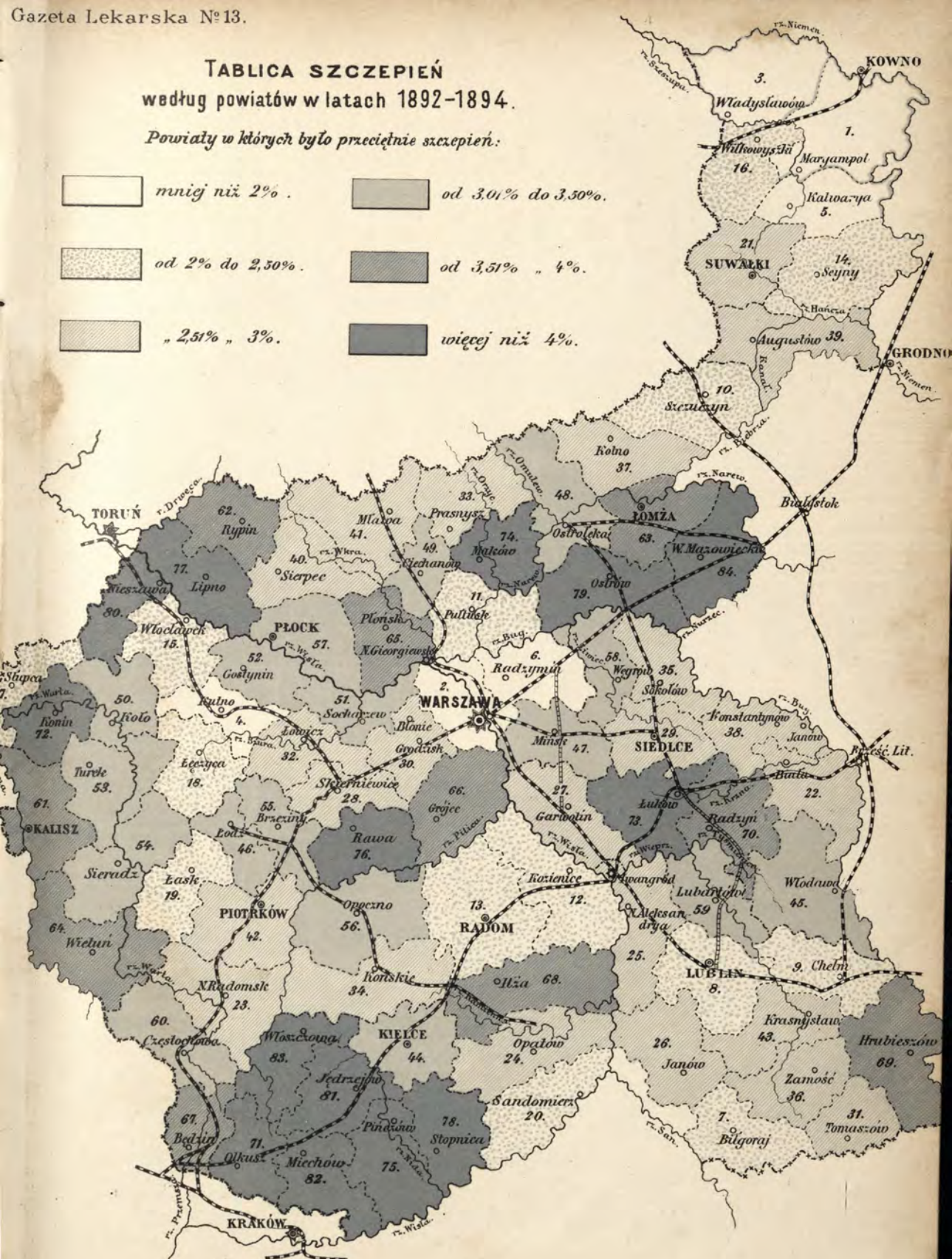
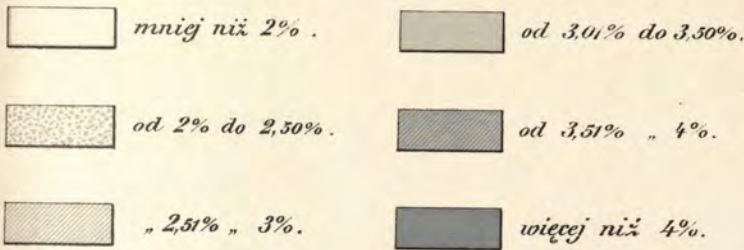
Oczywiście w wykazach tych ospa wietrzna nie miała być brana w rachubę, chociaż odróżnienie ospy wietrznej od najłagodniejszej prawdziwej może być trudnem nawet dla lekarza. Studenci prócz 52 zachorowań na ospę wykazują 24 na ospę wietrzną.

Z 27 studentów, którzy wiedzieli dokładnie o czasie przebycia ospy, 8 chorowało zanim im zdołano zaszczerpić, 3 pomimo rewakeynacji a 16 nie rewakeynowanych lub przed rewakeynacją.

Niektóre wykazy pozwalałyby przypuszczalnie obliczyć procent odpornych na ospę między naszą ludnością. Między studentami 10 [około 2%] i nie chorowało na ospę, i szczepienie im się nie przyjęło. [Z tych 10 odpornych trzem, co prawda, raz tylko (!) ospę szczepiono, a jednak dostali się i do gimnazjum i do uniwersytetu! Inni szczepili ospę bezskutecznie 2—5 razy]. Podobnie około 2% odpornych wypada z wykazu D-rowej JAKOWSKIEJ [3 osoby odporne ze 118 mimo 4—6 szczepień], D-ra PADEREWSKIEGO [4 odpornych ze 187, mimo licznych szczepień]. W rodzinach Iekarskich [112 osób] odpornych nie znaleziono. 2 osobom przyjęła się ospa dopiero po 5-em i 7-em szczepieniu.

TABLICA SZCZEPIEŃ według powiatów w latach 1892-1894.

Powiaty w których było przeciętnie szczepień:



i detrytu rozchodzi na kraj. Zasięgałem i tych wiadomości: bardzo gruby rachunek wykazywał około 250 tysięcy szczepień na Królestwo. O dokładności niema tu nawet mowy, bo niektóre powiaty zkaładnąd sprowadzają detryt.

Rozpatrując krytycznie wszystkie te dane: urzędowe, od lekarzy powiatowych i od osób prywatnych, dochodzę do wniosku, że, co najmniej, 15% ludności naszego kraju, to jest $1\frac{1}{2}$ miliona, nie miało nigdy ospy szczepionej. Połowa ich zapewne chorowała na ospę, a więc około 750 tysięcy ludzi. I z pomiędzy szczepionych chorowało na ospę bardzo wielu, już co najmniej tylu, ilu między inteligencją warszawską, a więc 10%, czyli 800 tysięcy ludzi. A zatem przynajmniej $1\frac{1}{2}$ miliona ludzi u nas przebywało ospę. Są to cyfry przypuszczalne, ale z pewnością bliższe prawdy, niż dane urzędowe o liczbie zachorowań i śmierci z ospy. Te ostatnie z pewnością są niedokładne i z pewnością za niskie.

Przyпускаjąc, że ospa, napastując nieszczepionych, zabiera z nich tylko 25% [czyli 187,500], a napastując szczepionych, tylko 5% ofiar [czyli 40 tysięcy]. Wypadnie ztąd, że między żyjącą ludnością kraju brakuje co najmniej 230 tysięcy ludzi zmarłych z ospy.

Cyfry te są wprost straszne. A jednak cała ich groza leży w tem dopiero, że ospa nie jest jakąś niezwykłą klęską żywiołową, ale chorobą od lat stu zupełnie opanowaną. W każdym przypadku ospy właściwie należałoby szukać winowajcy, a tym jest rozdział między inteligencją a ludem i niedbalstwem obu.

Po przytoczeniu tych cyfr, zbytecznem chyba już będzie dodawać, jak konieczną i palącą u nas jest potrzeba powszechnego obowiązkowego szczepienia ospy. To też domagają się go w swych listach prawie wszyscy lekarze powiatowi. Wielu z nich żąda jednocześnie i obowiązkowej powszechnej rewakcynacji i to wczesnej [w 7 roku życia]. To ostatnie żądanie uważam za najzupełniej słuszne; zdaje mi się, że najbliższa i najpraktyczniejsza droga do obowiązkowego szczepienia prowadzi u nas przez obowiązkową rewakcynację.

O co bowiem głównie chodzi? O to przecież, żeby ludność jak najprędzej się przekonała o pożytku i konieczności szczepienia, żeby przymus po paru latach przestał być przymusem, a stał się zwyczajem. Dotąd niechęć ludu do szczepienia, trzeba to przyznać, miała pewne racje. Przy szczepieniu limfy humanizowanej z rączki na rączkę zdarzały się zarażenia syfilisem, gruźlicą i t. p. Zdarzały się i nadużycia na większą nawet skalę, np. szczepienie olejku krotonowego zamiast ospy ochronnej w całym powiecie. Brak czystości przy szczepieniu przez felczerów często bywa źródłem przykrych powikłań ospy ochronnej: róży, ropienia, zapalenia gruczołów i naczyń chłonnych. Najważniejszym jednak jest to, że wobec rozwielenienia się u nas ospy zapadają na nią i szczepieni i nieszczepieni. Ludność więc nie widzi tego zabezpieczenia, które właśnie miało dać szczepienie. Otóż te rzucające się w oczy dobrane korzyści ze szczepienia najprędzej może dać rewakcynacja.

Zresztą sama praktyka życiowa popycha w tym kierunku. W Kieleckiem ogromny postęp szczepienia nastąpił w ten sposób właśnie, że lekarze zaczęli szczepienia powtórne na wielką skalę i dziś całe niemal pokolenie

młodsze, do 23 roku życia, jest już rewakcyonowane. To samo w mniejszych rozmiarach ma miejsce i w Kaliskiem. Liczą tam około 12%, a w pow. kaliskim D-r DRECKI nawet 20—25% szczepionych powtórnie. Inne gubernie pod względem rewakcyonacji stoją bardzo lichy; najczęściej jeszcze dokonuje się ich pod grozą epidemii. W roku ubiegłym prócz gubernii Kieleckiej i Kaliskiej po 1000 i więcej rewakcyonacji wykazują powiaty: płoński, noworadomski, sierpecki, hrubieszowski i wieluński. [W latach poprzednich takie masowe rewakcyonacje bywały w powiatach: mazowieckim, rawskim, brzezińskim]. Po 100 do 1000 rewakcyonacji wykazuje jeszcze 14 powiatów [prócz wspomnianych wyżej 2 gubernii].

Objaśnienie do mapki dołączonej do tego artykułu.

Powiaty z odsetką szczepień do 2% [odpowiadałyby 40—60% nieszczep.]		Z odsetką szczepień do 3½% [do 10% nieszczepionych]	
	1892—1894	1892—1898	1892—1898
1. Maryampolski . . .	1,28	1,31	3,01
2. Warszawski . . .	1,72	—	3,02
3. Władysławowski . . .	1,72	1,91	3,03
4. Kutnowski . . .	1,82	2,11	3,05
5. Kalwaryjski . . .	1,95	2,37	3,05
6. Radzyński . . .	1,99	2,56	3,13
Z odsetką do 2½% [25—40% nieszczep.]			
7. Biłgorajski . . .	2,05	—	3,15
8. Lubelski . . .	2,10	—	3,17
9. Chełmski . . .	2,17	—	3,18
10. Szczuczynski . . .	2,19	2,24	3,18
11. Pułtuski . . .	2,23	2,13	3,18
12. Kozienicki . . .	2,24	2,77	3,23
13. Radomski . . .	2,32	2,89	3,26
14. Sejneński . . .	2,33	3,33	3,26
15. Włocławski . . .	2,39	2,62	3,30
16. Wólkowyski . . .	2,42	—	3,32
17. Słupecki . . .	2,43	4,09	3,41
18. Łęczycki . . .	2,47	2,96	3,53
19. Łaski . . .	2,45	2,92	3,55
20. Sandomierski . . .	2,50	2,34	3,60
Z odsetką szczep. do 3% [10—25% nieszczep.]			
21. Suwalski . . .	2,53	2,22	3,63
22. Białski . . .	2,57	2,78	3,63
23. N. Radomski . . .	2,58	3,28	3,74
24. Opatowski . . .	2,61	—	3,82
25. Puławski . . .	2,61	2,97	3,90
26. Janowski . . .	2,63	2,68	3,91
27. Garwoliński . . .	2,63	2,82	—
28. Skierniewicki . . .	2,65	3,36	4,06
29. Siedlecki . . .	2,69	2,70	4,09
30. Błoński . . .	2,72	2,94	4,11
31. Tomaszowski . . .	2,72	2,87	4,59
32. Łowicki . . .	2,74	—	4,65
33. Przasnyski . . .	2,81	2,82	4,74
34. Koński . . .	2,81	—	5,15
35. Sokołowski . . .	2,83	2,83	5,78
36. Zamojski . . .	2,85	—	5,94
37. Kolneński . . .	2,87	3,08	6,0
38. Konstantynowski . . .	2,86	3,09	6,93
39. Augustowski . . .	2,88	2,77	—
40. Sierpecki . . .	2,92	3,87	6,93
41. Mławski . . .	2,95	—	8,02
42. Piotrkowski . . .	2,96	2,67	9,69
43. Krasnostawski . . .	2,99	3,21%	10,89
Z odsetką szczepień do 4% [5—20% rewakcyonacji]			
44. Kielecki . . .	3,01	4,95	3,41
45. Włodawski . . .	3,02	3,26	3,53
46. Łódzki . . .	3,03	—	3,77
47. Nowomiński . . .	3,05	2,68	3,84
48. Ostrołęcki . . .	3,05	3,05	3,84
49. Ciechanowski . . .	3,13	3,39	4,24
50. Kolski . . .	3,15	3,27	3,77
51. Sochaczewski . . .	3,17	3,29	3,20
52. Gostyński . . .	3,18	3,22	3,79
53. Turecki . . .	3,18	3,36	3,90
54. Sieradzki . . .	3,23	4,02	4,03
55. Brzeziński . . .	3,26	3,21	—
56. Opoczyński . . .	3,26	—	—
57. Płocki . . .	3,30	3,47	—
58. Węgrowski . . .	3,32	3,33	—
59. Lubartowski . . .	3,41	3,88	—
60. Częstochowski . . .	3,49	—	—
Z odsetką szczepień nad 4% [20% rewakcyonacji i więcej]			
61. Kaliski . . .	3,51	3,41	3,95
62. Rypiński . . .	3,53	2,73	4,39
63. Łomżyński . . .	3,55	—	3,30
64. Wieluński . . .	3,60	3,84	4,36
65. Płoński . . .	3,63	4,24	4,36
66. Grójcecki . . .	3,63	3,77	3,99
67. Będziński . . .	3,74	3,20	3,98
68. Pżeciński . . .	3,82	3,79	—
69. Hrubieszowski . . .	3,90	3,90	—
70. Radzyński . . .	3,91	4,03	—
71. Olkuski . . .	4,06	3,95	—
72. Koniński . . .	4,09	4,39	—
73. Łukowski . . .	4,11	3,30	—
74. Makowski . . .	4,59	4,36	—
75. Pińczowski . . .	4,65	4,36	—
76. Rawski . . .	4,74	3,99	—
77. Lipnowski . . .	5,15	3,98	—
78. Stopnicki . . .	5,78	—	—
79. Ostrowski . . .	5,94	5,21	—
80. Nieszawski . . .	6,0	4,93	—
81. Jędrzejowski . . .	6,93	—	—
82. Miechowski . . .	8,02	7,02	—
83. Włoszczowski . . .	9,69	7,47	—
84. Mazowiecki . . .	10,89	—	—

Wogóle liczbę szczepień powtórnych w roku ubiegłym z danych, które otrzymałem z powiatów, szacowałbym w przybliżeniu na 55 tysięcy, nie licząc rewakcynowanych w wojsku [pewnie ze 20 tysięcy].

Niedbalstwo pod względem szczepień powtórnych panuje nawet i między inteligencją, zwłaszcza prowincjonalną, która je stosuje dopiero pod grozą epidemii. I wśród inteligencji warszawskiej, jak widać z podanej tu tablicy, daleko jeszcze do powszechnej rewakcytacji. Pomijając nawet tych, którzy kiedykolwiek przebywali ospę, zawsze jeszcze zostaje 30% osób zaniedbujących powtórne szczepienie bez żadnego powodu, bo brak czasu np. trudno uznać za dobrą rację. Niedbalstwo to widoczne nawet w rodzinach lekarskich niczem się usprawiedliwić nie da. [C. d. n.].

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

— * — * —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 12].

Samo atoli podwyższenie płacy służbie szpitalnej nie rozstrzyga jeszcze ostatecznie sprawy zabezpieczenia jej bytu. Pomimo nader ciężkich warunków życiowych tej służby, zdarzają się jednostki, które dziesiątki lat życia poświęcają szpitalowi, aż je wreszcie choroba lub starość uczyni niezdolnymi do pracy. O ile zarząd szpitala wchodzi w smutne położenie takich weteranów, kołaczą się oni i nadal wśród służby szpitalnej, przyczem z konieczności znaczna część ich obowiązków spada na barki ich współtowarzyszy. Często jednakże taki zużyty weteran zostaje usuwany, a wówczas los jego nie jest do pozazdroszczenia. Nie wątpimy ani na chwilę, że zarząd szpitali wkrótce zajmie się sprawą polepszenia warunków bytowych niższej służby szpitalnej, a wówczas zwiększy się bezwarunkowo ilość chcących całe swe życie poświęcić na usługi chorych. Otóż, reorganizując służbę szpitalną, wypadnie pomyśleć jednocześnie o zabezpieczeniu jej przyszłości. My tu nie uważamy za odpowiednie wchodzić w szczególności tej sprawy. Krótko wspomniamy tylko, że, o ileby wypadło wybierać pomiędzy upaństwowieniem służby lub kasą zaliczkowo-wkładową, przechyliłibyśmy się na stronę ostatniej. Urządzenie takiej kasy napotkałoby, sądzimy, mniej przeszkód, a po za tem byłaby ona dla służby o tyle wygodniejszą, że pozwalałaby wycofać wkłady już po latach kilku. Miałoby to duże znaczenie dla tych służących, którzyby z powodu zawarcia związku małżeńskiego lub też wskutek jakiejś innej przyczyny byli zmuszeni zmienić swe zajęcie. Gdyby jednakże zarząd szpitali z jakiegokolwiek względu uznał za odpowiedniejsze upaństwowienie niższego personelu szpitalnego, wówczas uważalibyśmy za konieczne zmniejszenie liczby lat służby do 30 lub najwyżej 35, gdyż niewiele chyba zajęć pod względem ciężaru pracy i zużywania sił może się porównać z pracą szpitalną. * Zanim jednakże cośkolwiek w tym kierunku uczynione będzie, pożądanem by było, aby Rada Miejska postarała się, by tymczasem weterani szpitalni mieli chociaż pierwszeństwo przed innymi kandydatami do pomieszczenia w zakładach dobroczynnych. Po za tem jeszcze jedna uwaga: służba szpitalna, narówni z ogółem niższej służby prywatnej, musi opłacać podatek szpitalny i wykupywać książeczki służbowe. W domach prywatnych, gdzie służba bez porównania jest lepiej uposażona, wymienione ciężary całkowicie

lub przeważnie ponosi pracodawca; tem bardziej powinno się to dziać w szpitalach, gdzie służba jest licho płatna, a pracuje ciężko.

Do rzędu najczarniejszych stron żywota posługaczy szpitalnych należy ich żywienie, nad które trudno sobie wyobrazić coś nędzniejszego. Posługacz dostaje jeść trzy razy dziennie. O 8-ej rano dają mu śniadanie, które trzy razy na tydzień stanowi wodzianka i cztery razy — kasza. Wodzianką zwie się dziwnej natury zupa, składająca się z ciepłej wody i odrobiny pływającego na powierzchni tłuszczu, do czego dodają kawałek chleba [$\frac{1}{4}$ funta na osobę]. Nie o wiele lepiej przedstawia się dawana cztery razy tygodniowo kasza. Jest to coś w rodzaju jęczmiennego kleju, gdzie dużo wody, mało kaszy, a zaledwie ślady zjełczalej okrasy. Siostry miłosierdzia próbowały wprowadzić uczynić go znośniejszym przez oszczędniejsze dolewanie wody, lecz wówczas otrzymywano tak niewielką ilość potrawy, że nie było co jeść. To też po licznych próbach trzeba było znowu dla względów ilościowych uciec się do rozleglejszego stosowania wody, jako produktu najtańszego. Dziś jest to zupka, podawana wprawdzie obficie, lecz mogąca co do jakości śmiało konkurować z wodzianką.

Nielepiej przedstawia się obiad, wydawany służbie po 12-ej. Składa się on zwykle z cienkiego rosółu lub krupniku, z $\frac{1}{4}$ funta gotowanej wołowiny i wreszcie z miseczki gęstej, lecz licho okraszonej kaszy lub też jarzyny [marchew lub brukiew]. Mięso dawane jest przytem chude, żyłaste, w znacznie gorszym gatunku niż chorym, którzy przecież także przedniego mięsa nie dostają. W piątki i soboty obiad składa się tylko z barszczu i kartofli lub też z kapusty i grochu.

Na kolację [o godz. 8-ej wieczorem] służba dostaje płynną kaszę jęczmienną, rzadziej inną, a jeszcze rzadziej kartoflaną lub kluski. Wszystko to tak samo niesmacznie przyrządzone i źle okraszone. W niedzielę na kolację dodawany bywa służbie zazwyczaj niewielki kawałek wołowej pieczeni. Nadto służący otrzymuje $1\frac{1}{2}$ funta chleba dziennie.

Do rzędu najcięższych chwil żywota służby szpitalnej należy wielki post, w ciągu którego ona wcale nie dostaje mięsa, śledź zaś bywa jej wydawany tylko trzy razy tygodniowo. O takich pokarmach, jak: mleko, kawa mleczna [choćby żytnia lub z żołądź], ryba i t. p., służba w najśmielszych swych pragnieniach zamaryć nie może.

Na ogół biorąc, pomimo że na żywienie służby szpitale wydają stosunkowo więcej, niż na żywienie chorych [na służącego dziennie przeznaczono 20 kop., gdy na chorego 17,6 kop.], niemniej przeto pokarmy chorych są o wiele lepsze, niż jedzenie służby.

Przyczyny tego, sądzimy, należy szukać w konieczności dawania służbie większych porcji, w przeznaczaniu wszystkich lepszych produktów dla chorych [naprz. mięso], wreszcie w ciasności i nieodpowiedniem urządzeniu, oraz w niedostatecznej obsłudze kuchni, przyczem zaledwie można dać sobie jakąkolwiek radę z przyrządzaniem pokarmów dla chorych, niższy zaś personel służbowy z konieczności trzeba pozostawiać na ostatnim planie. Otóż należy na wszystkie te czynniki zwrócić uwagę, a przede wszystkim należy powiększyć środki na wyżywienie chorych i służby. W takim razie nie będzie potrzeby wybierać najlepszych kęsków dla chorych, a służbie dawać resztki. Dzielne wyżywienie służącego w domu prywatnym wynosi 35 do 40 kop.

Wprawdzie szpitale mogą mieć produkty spożywcze o wiele taniej, niż dom prywatny, pomimo to jednakże za 20 kop. niepodobna dać dobrego pożywienia i w takiej ilości, jakiej zdrowy nasz robotnik wymaga. Ażeby to osiągnąć, należałoby podnieść dzienną cenę pożywienia do 25 kop. To, cośmy wyżej mówili o żywieniu służby szpitalnej zarówno, jak i wiele innych uwag, w tej pracy zawartych, stosuje się przede wszystkim do szpitali, będących pod ogólnym zarządem Rady Miejskiej. Słuszność każe przyznać, że w szpitalach,

rzadzonych przez własne zarządy [naprz. szpital ewangelicki, szpital staroza-konnych, szpital dla dzieci], jako rozporządzających większymi środkami, służ-ba jest nieco lepiej żywiona.

Wobec strasznej ciasnoty, jaka panuje obecnie w szpitalach warszaw-skich, zaledwie tylko służba gospodarcza może otrzymać jakieś oddzielne po-mieszczenie, które jednakże nie odpowiada zwykle nawet najskromniejszym wymaganiom higieny. Natomiast cała służba, pielęgnująca bezpośrednio, a nie-kiedy nawet tylko pośrednio [łaziennicy w szpitalu Dzieciątka Jezus] chorych, sypia razem z tymi na salach. Niektórzy tylko posługacze mają łóżka; prze-ważna ich liczba sypia na podłodze na siennikach, które w ciągu dnia bywają przechowywane na strychu bez względu na porę roku. Ztamtąd wieczorem nieraz wilgotne lub przemarznięte sienniki służba znosi bezpośrednio na sale i układa przy łóżkach pacjentów. W razie większego napływu chorych do szpitala, gdy z powodu braku miejsc trzeba tychże kłaść na podłodze, sala szpitalna, zastawiona łóżkami i założona siennikami pacjentów i posługaczy, nabiera wyglądu izby noclegowej najniższego gatunku. Znamy sale, w których wypada w razie większego napływu chorych około 10 do 12 metrów sześcien-nych powietrza na osobę w nocy. Łatwo pojąć, jakie to może być powietrze zimą, gdy przy szczelnie zamkniętych drzwiach i oknach wszelka wentylacja ustaje.

Dzienna służba przy chorych kładzie się spać o 9 lub 10 wieczorem, a wstaje o 5 rano. Jednakże i w ciągu tego czasu niezawsze może spać spo-kojnie. Nieraz się zdarza, że musi wstawać na żądanie chorego, ponieważ deżurującego posługacza nie było właśnie na sali w chwili zapotrzebowania lub tenże posługacz sam nie mógł dać sobie rady z ciężko chorym. Jeszcze gorsze warunki noclegowe ma służba nocna. Kładą się oni o 6-ej rano i mogą spać do 12-ej. O ile szpital zdążył urządzić jakiś kącik, przeznaczony do wy-poczynku deżurujących, położenie jest jeszcze znośne. W wielu jednakże od-działach szpitalnych posługacz nocny sypia na sali chorych, o ile spać może wśród rannego stuku i hałasu.

Posługacze nie tylko sypiają, lecz właściwie i mieszkają na salach chorych, gdzie stoją w różne kąty powtykane skrzynki z całą ich chudobą. Jadają tyl-ko oni nie salach, lecz w kuchenkach. Zarówno dla dobra służby, jako też i dla dobra chorych, szpitale powinny pomyśleć o tem, by oddzielić dla teźże służby jakiś kąt, w którym posługacz mógłby się wyspać i przebrać.

Do rzędu bardzo dziwnych zwyczajów naszych szpitali należy zaliczyć i ten, że cała niższa służba obowiązana mieć swoje własne ubranie i bieliznę. Przy lichej płacy, z której część należy poświęcić na zakupy jedzenia, posłu-gacz może się zdobyć tylko na najlichszą tandetę, którą nosi, dopóki z nie-go nie opadnie. I co tu mówić o jakiegokolwiek czystości w podobnych warun-kach! Siostry miłosierdzia, najlepiej rozumiejące całą nędzę tych ludzi, po-starzały się z własnej inicjatywy i pod tym względem choć cośkolwiek uczynić. To też w większych szpitalach [szpital Dzieciątka Jezus, szpital Ś-go Ducha] skrętnie zbierają one resztki z płótna, dla chorych przeznaczonego, stare worki (*sic!*) i t. p., by z tego materiału szyć koszule dla służby. Zawdzię-czając takiej zpobiegliwości sióstr, jakoteż i temu, że pralnie obarczyły siebie pracą opierania tych improwizowanych koszul, służba chorych większych szpitali naszych otrzymuje choć koszule, które jej wydają raz na tydzień. Na-tomiast w mniejszych szpitalach, w których niema z czego sztukować, służba musi mieć własną bieliznę, której nawet czasami szpital nie chce zadarmo opie-rać [szpital Ś-go Rocha].

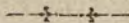
Dla pokrycia łachmanów swej służby szpitale wydają jej oficjalnie tylko fartuchy i bluzy [te ostatnie miała do niedawna tylko służba mężka], wreszcie takie same niemożliwe pantofle, jakie noszą chorzy. Fartuch jest zrobiony

z grubego szarego płótna i pokrywa tylko nogi od przodu oraz piersi. Posługacz otrzymuje świeży fartuch raz lub 2 razy na tydzień. Bluza jest krótka i uszyta z płótna, ciemno-granatowej barwy oczywiście dla tego, by brudu nie było znać na niej, a to tembardziej, że bywa wydawana raz na tydzień lub rzadziej. Ze względu na nieodpowiedni kształt, a także na zbyt rzadkie zmienianie, fartuchy i bluzy naszych szpitali uważamy za najzupełniej nieodpowiadające wymaganiom czystości. Takiegoż zdania musiał być i zarząd szpitala Ewangelickiego, który już oddawna zaprowadził długie fartuchy z rękawami, uszyte z grubego białego lub szarego płótna; powinny je zaprowadzić u siebie wszystkie szpitale. Zaraz po zabrudzeniu jednego fartucha należy posługaczowi wydawać drugi. Po za tem służba szpitalna powinna otrzymywać odpowiednie ubranie oraz bieliznę, którą należałoby zmieniać dwa razy tygodniowo, gdyż niepodobna dopuścić, aby, pielęgnując chorych, posługacze chadzali po kilka dni w tygodniu w zasmolonej i przepoczonej koszuli. Specyjalną uwagę pod tym względem należy zwrócić na służbę przy salach operacyjnych, która i w tym razie traktowana jest narówni z resztą posługaczy.

Ordynator-chirurg, nie mogący znieść w sali operacyjnej widoku zasmolonego posługacza, sprawia dlań za swoje pieniądze długie, białe, płócienne fartuchy, lecz nie koniec na tem, gdyż musi sobie dobrze jeszcze nasuszyć głowy, gdzieby te fartuchy uprać można było, ponieważ pralnie nie chcą przyjmować takiej nadetatowej bielizny.

W szpitalu S-go Ducha służba szpitalna może się wydalić poza mury szpitala tylko za specyjalnem pozwoleniem swej władzy. O żadnych t. zw. wychodnych mowy tu niema. Zazwyczaj wówczas tylko wychodzi posługacz na miasto, gdy go wysłają w sprawie chorych lub szpitala. Jeżeli taka okazywa się nie zdarzy, mogą mieć tygodnie i miesiące, a służący od rana do nocy, bez niedzieli i święta, drepcze przy chorych swoich. A przecież dla samego zdrowia służby, dla większej produktywności ich pracy należałoby urządzić dni wychodne, coby pozwalało każdemu posługaczowi raz na tydzień w ciągu kilku godzin wypocząć, odetchnąć świeżem powietrzem, wreszcie załatwić swe interesy osobiste. Należałoby wprowadzić do tego powiększyć nieco ogólną liczbę służby, lecz i z innych względów, jakieśmy wyżej wykazali, jest to niezbędne. Zresztą w każdej innej gałęzi pracy robotnik miewa wyznaczony czas do wypoczynku, dla czegoż więc tylko nasz posługacz szpitalny ma być białym murzynem. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



36. H. Senator. Uwagi nad higieniczno-dyetycznym, a szczególnie klimatycznym leczeniem przewlekłych chorób nerek.

Jakkolwiek spotykają się jeszcze dziś lekarze, którzy próbują leczyć naprz. białkomocz za pomocą rozmaitych środków farmaceutycznych, jako to: tanniny, strontu, błękitu metylenowego i inn., wszakże już samo ciągle wynajdywanie wciąż nowych środków wskazuje na to, iż dotychczasowe nie są wystarczające i jeśli częstokroć sprowadzają polepszenie, to je zawdzięczać należy działającemu współcześnie innemu czynnikom.

Za pomocą przetworów farmaceutycznych możemy osiągnąć pomyślny wpływ na cierpienia nerek tylko wtedy, jeśli będziemy działać na polepszenie stanu ogólnego, na zmianę składu i ciśnienia krwi i t. d., i tu zaliczyć można jod, żelazo i t. p.

Główny jednakże nacisk przy leczeniu cierpień nerek należy kłaść na postępowanie higieniczno-dyetyczne. A więc dyjeta odgrywa tu pierwszo-

rzędną rolę; należy możliwie unikać wszelkich ostrych, drażniących nerki, pokarmów, ograniczyć ilość wprowadzanego do ustroju azotu; im bieg cierpienia jest bardziej przewlekły i powolny, tem mniejsze należy czynić ograniczenia.

Drugim ważnym czynnikiem jest spokój mięśniowy. Przy sprawach ostrych stanowczo należy unikać wszelkiego ruchu, gdyż częste proste podniesienie się z łóżka pociąga za sobą znaczne powiększenie białkomoczu; przy sprawach przewlekłych można zezwolić na małe, nie męczące spaceru, zabronić jednakże stanowczo większych wysiłków fizycznych, wchodzenia na góry, jazdy konnej lub kołowej.

Wobec znanego oddawna szkodliwego wpływu powietrza zimnego suchego, a szczególnie wilgotnego, pożądanem jest przy zmiennej temperaturze zaopatrzenie się w wełnianą lub półwełnianą odzież spodnią.

Według prof. SENATOR'a, nieroztrzygniętą pozostaje dotychczas kwestya, dlaczego ochłodzenie skóry działa szkodliwie na nerki. Powszechnem jest mniemanie, że skóra może w pewnym stopniu wypełniać funkcje nerek, jakkolwiek przez skórę mogą być wydzielane tylko woda i sól kuchenna, podczas gdy owe t. zw. „specyficzne“ części składowe moczu [mocznik, kwas moczowy, kreatynina i t. d.], których zatrzymanie w ustroju właśnie tak szkodliwie oddziaływa, przy silnem poceniu bywają wydzielane w tak nieznacznej ilości, że nie może być mowy o zastąpieniu w tym względzie nerek. Wątpliwem jest również, czy kwasy tłuszczowe, które normalnie wydalane bywają przez skórę, przy upośledzonej czynności tejże wywierają ów wpływ szkodliwy na nerki, gdyż mogą wszak być wydalone przez płuca i kiszki.

Bardzo duże wreszcie znaczenie, zbyt mało przez lekarzy oceniane, posiada w cierpieniach przewlekłych nerek leczenie klimatyczne i częstokroć osiągnąć możemy, dzięki niemu, znaczną poprawę, szczególnie w sprawach niezbyt zastarzałych, podprzewlekłych. Ilość białka w moczu się zmniejsza, mocz staje się przezroczystym, znikają w nim elementy morfotyczne; obrzęki zmniejszają się i słabną będące w związku z porażeniem nerek zaburzenia nerwowe i żołądkowe, słowem: stan ogólny się poprawia i życie chorego przedłuża. Daje się to zauważyć tak w rozmaitych postaciach przewlekłego zapalenia nerek, jak i w zwyrodnieniu męzkowatym i stanach zapalnych nerek, wywołujących się z ropienia dróg moczowych [*pyelonephritis*, *nephritis ascendens*].

Klimat winien być przedewszystkiem ciepły, suchy; po za tem nieodzowny warunek stanowi działanie promieni słonecznych, co pozwala choremu przez czas dłuższy przebywać na świeżem powietrzu.

Powyższym warunkom odpowiadają najprzód miejscowości położone w Egipcie [Kair, Heluan, Luxor, Assuan] i w Algierze; lekarze angielscy chwala bardzo Indye [Bombay]. W Ameryce — Texas, Georgia Południowa i inn. Z bliżej położonych miejscowości, choć mniej już odpowiednich, poleca autor Sycylię [Palermo, Catania], okolice Neapolu [Amalfi, Capri], Malagę. Gdy i powyższe miejscowości uznamy za zbyt dalekie, musimy ograniczyć się suchemi okolicami Rivieri [Nizza, Bordighera, San-Remo, Cannes, Hyères]. Wreszcie, jeśli zachodzi konieczność wyboru najbliższej miejscowości, to pozostaje jeszcze Meran, Arco.

Porę letnią powinni chorzy na nerki przepędzać w suchych miejscowościach górzystych, niezbyt wysoko położonych, lub na wybrzeżu morskiem możliwie najmniej wilgotnem, jako to: Bornemouth, Torquay, tam wszakże korzystają pacjenci mają jedynie z powietrza, nie zaś z kąpieli morskich.

37. T. Jonnesco. Wycięcie części szyjowej nerwu współczulnego przy chorobie Basedow'a, padaczce i jaskrze.

Autor podaje wyniki 61 resekcji nerwu współczulnego, dokonanych w ostatnich latach przy wyżej wzmiankowanych chorobach; z tych 61 razy w 42 przypadkach wykonał dwustronne wycięcie wszystkich 3 węzłów szyjowych. Ani jeden przypadek nie zakończył się śmiercią z przyczyny samej operacji; niezależnie zaś od rękoczynu operacyjnego zmarło 6-iu epileptyków w czasie napadu wkrótce po operacji (?).

Autor odrzuca stanowczo metodę, polegającą tylko na przecięciu nerwu, zalecaną pierwotnie przez JABULAY'a, gdyż metoda ta nie może dać żadnych dodatnich wyników z tego powodu, że część szyjowa nerwu współczulnego składa się 3-ch węzłów, z których każdy łączy się z mózgiem i rdzeniem za pomocą odpowiednich gałązek nerwowych. Przy chorobie Basedow'a autor jest za całkowitem wycięciem całej części szyjowej nerwu, gdyż wtedy znosi się działanie gałązek naczynioruchowych, wychodzących z węzłów, a dochodzących do gruczołu tarczowego, oka i serca; przytem zaleca najpierw nerw wyciąć z jednej strony, a po 8 dniach dopiero z drugiej.

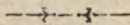
Przy padaczce również zaleca całkowite wycięcie części szyjowej nerwu, a przy jaskrze wystarcza tylko wycięcie górnego węzła szyjowego, przez który udają się gałązki naczynioruchowe do oka, czego wynikiem będzie rozszerzenie naczyń, zmniejszenie ciśnienia w naczyniach i t. d..

Co się tyczy wyników leczniczych, to przy chorobie Basedow'a na 10 operowanych u 6 miało miejsce zupełne wyzdrowienie, a w 4 przypadkach nastąpiła poprawa. Przy padaczce na 45 operowanych 6-ciu zmarło, w 10 razach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, w 6-ciu poprawa, a w 2-óch nie osiągnięto żadnego wyniku; pozostałe przypadki są zbyt jeszcze niedawno operowane, aby z nich można było czynić wnioski. Przy jaskrze autor w kilku przypadkach otrzymał świetne wyniki, mianowicie w 2-ch przypadkach jaskry przewlekłej prostej i w jednym obustronnej przewlekłej, w których poprzednio dokonane już było wycięcie tęczówki bez najmniejszej poprawy.

(Centr. für Chirurgie. Nr. 6. 1899).

A. Gabszewicz.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Posiedzenie z dn. 11. marca r. b..

Kol. DOLIŃSKI odczytał zapowiedziany regulamin higieny szkolnej, przeznaczony głównie dla szkół początkowych, miejskich i wiejskich, a obejmujący obok wstępu o położeniu budynku szkolnego, wiadome 4 działy [ob. pos. z dn. 14 stycznia r. b.], t. j. porządek, powietrze, ogrzewanie i światło w szkole. Prócz tego kol. DOLIŃSKI dołączy przepis prawidłowej budowy ławek, ponieważ jest to także sprawa paląca. Przytem zgodzono się, aby się porozumieć ze stolarzami, jakby w prosty i prymitywny sposób można regulować wysokość siedzenia u stolika.

Regulamin ów będzie wydrukowany najprzód w jednym z pism ludowych, a następnie, jako odbitka, rozesłany w formie broszurki dla spopularyzowania jej, gdzie należy, zgodnie z poprzednimi postanowieniami wydziału.

Kol. POLAK podał wiadomości statystyczne o wielu szkołach ludowych zagranicą. Praca ta wyjdzie drukiem w najbliższym N-rze Zdrowia. Najbardziej wzorowe szkoły są w Danii i Skandynawii, gdzie niektóre gmachy szkolne czy-

nią wrażenie pałaców. Wydatki Warszawy na oświatę są stosunkowo 2 razy mniejsze, niż Petersburga lub Moskwy, a przeszło 6 razy mniejsze, niż Krakowa lub Berlina. W końcu P., zaznaczając, że władze miejskie uznają potrzebę reformy, proponuje, aby wydział przyczynił się do powodzenia tej sprawy, rozpisując np. konkurs na plan budowy szkoły normalnej.

Wniosek powyższy przyjęto do przedstawienia Radzie Towarzystwa.

W końcu ks. GRALEWSKI [przewodniczący] zakomunikował obecnym ze swej strony dwa nowe wnioski do omówienia na przyszłym posiedzeniu, a mianowicie:

- 1) projekt zbiorowych wycieczek wakacyjnych młodzieży po kraju, oraz
- 2) w jaki sposób ułatwić uboższym uczniom spędzenie wakacji na świeżem powietrzu, odwołując się do chętnych obywateli wiejskich. Zgromadzenie przyjęło zapowiedź obu tych projektów bardzo przychylnie, wyrażając podziękowanie inicjatorowi za podjęcie tak żywotnej kwestyi. *J. Pi.*

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu d. 18 III. z rozpraw nad ochronkami wiejskimi okazało się, że od roku 1858 do 1867 przeznaczono 5 tysięcy rs. rocznie na ochronki w kraju. W r. 1859, prócz 8 ochronek w Warszawie, było 6 prowincjonalnych czynnych, a 13 zamierzonych. W r. 1867 Warszawa miała ich 17, prowincya 20, w tem 4 rosyjskie i nadto 16 ochron na prowincyi było zaledwie postanowionych. Za czas od r. 1867 mamy wiadomości tylko o ochronach warszawskich, które się znakomicie rozwinęły. O ochronach prowincjonalnych miejskich, fabrycznych i wiejskich wiadomo bardzo mało.

Ochrony wiejskie mają ogromną doniosłość dla higieny ludu: zabezpieczają działalność od strasznych wypadków z niedozoru, niestety, tak częstych u nas; dzieciom w wieku, narażonym bardzo na przeróżne choroby, pozwalają spędzać znaczną część dnia w lepszych warunkach higienicznych, uczą czystości działalności, a poniekąd i jej rodziców, wreszcie dają dzieciom pewne uobyczenie.

Jeżeli mimo to ochron tych mamy jeszcze tak mało [na posiedzeniu zaledwie 10 udało się wyliczyć], zależy to od nieznamomości i niestosowania się do istniejących przepisów. Ochrony mogą przyjmować dzieci tylko do lat 7, o nauce książkowej w nich nie może być mowy, zakładane być mogą tylko po uzyskaniu pozwolenia. Tymczasem tu i owdzie nie rachowano się z tymi przepisami. Takie ochrony zostały też zamknięte przez władze. Kilka ochron wiejskich zaniedbali i wreszcie zamknęli sami właściciele.

Ochrony wiejskie niekoniecznie mają być powtórzeniem warszawskich, mogą być daleko skromniejsze, mieć przewodniczki bez kwalifikacyi naukowych; i zajęcia w ochronach wszystkich powinny się stosować do zwyczajów i przyszłych potrzeb wieśniaków. Natomiast mogą i powinny być zakładane nie tylko przez właścicieli ziemskich, ale i przez samych włościan.

Dalsze rozprawy nad ochronami odbędą się d. 22 maja.

W sprawie szczepienia ospy p. inspektor urzędu lekarskiego zapowiedział w r. b. prócz szczepienia wiosennego jeszcze i jeśienne. Jak ważnem to będzie, widać z obliczeń D-ra KRAMSZTYKA. Na 500 dzieci w ambulatoryum szpitala dziecinnego starozakonnego — półroczne wszystkie nie były jeszcze szczepione, z rocznych 84%, z 1½ rocznych 35% i dopiero z 2-letnich 17% było nie-szczepionych, i to u chrześcijan więcej, niż u żydów.

20 młodych lekarzy ofiaruje się szczepić ospę za minimalnem wynagrodzeniem, np. 2 rs. za 3 godziny pracy.

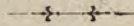
Dziś za 1500 rs., przeznaczonych przez miasto na szczepienie, dokonywa się z górą 10 tysięcy szczepień, a więc jedno kosztuje 15 kop. Przyjęcie wspomnianej ofiary zniżyłoby koszt i powiększyło liczbę szczepień i to aseptycznych. Lekarze ci gotowi byłiby zająć się i okolicami podmiejskimi. Chętnych w razie potrzeby znalazłoby się z pewnością dużo więcej jeszcze.

Instytut D-ra STĘPNIWSKIEGO obowiązuje się przez cały rok szczepić bezpłatnie w pewnych oznaczonych porach.

Dla szczepienia należałoby wyszukać miejsca odpowiednie. Szczepienie w cyrkulach jest niedogodne zarówno dla cyrkulów, jak i dla poddających się szczepieniu. I ambulatorya mało się nadają do szczepienia ospy: prowadzenie zdrowych dzieci w miejsca, odwiedzane przez chorych ze wszelkimi cierpieniami zakaźnymi, chirurgicznymi, nie jest pożądanem i ze względu na możliwe powikłania ospy i wogóle na zdrowie szczepionych. Jako miejsca, które mogłyby służyć do szczepienia, wymieniono przytułki noclegowe, kuchnie przy wielkich fabrykach.

Postanowiono zwiedzić instytuty szczepienia ospy.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



5. Jodipinum. Jodipina. Jest to związek chemiczny jodu z olejem sezamowym, albo z olejem migdałowym.

Przetwór, o którym mowa, zawiera 10% jodu i przedstawia się pod postacią płynu żółtawego, mającego smak albo oleju sezamowego, albo migdałowego. Zresztą wzmiankowany przetwór posiada i inne własności fizyczne takie same, jak oleje tłuste.

Jodipina różni się od innych przetworów, zawierających jod i tłuszcz, jak od jedwazogenu i od jodwazolu, tem, że jest istotnym związkiem chemicznym, gdy tymczasem dopiero co wspomniane przetwory są tylko roztworami jodu w węglowodorach typu wazeliny.

Jodipina jest związkiem trwałym: nawet po całomiesięcznem przechowaniu nie można wykazać odszczepiania się jodu.

W organizmie, jak to wykazały doświadczenia H. WINTERNITZ'a na zwierzętach, jodipina po części się rozszczepia na jod i tłuszcz, po części zaś, jako taka, odkłada się i przechowuje przez czas krótszy lub dłuższy w rozmaitych narządach, a szczególnie w tkance tłuszczowej.

Odszczepianie się jodu z jodipiny odbywa się w organizmie tak wolno, że po ostatniej dawce, jak wykazał H. WINTERNITZ, można jeszcze całymi tygodniami wykazywać jod w moczu. FRESE u chorych, którym podawał jodipinę, znajdował jod w moczu w 10 dni po odstawieniu wzmiankowanego leku, gdy tymczasem już na trzeci dzień po odstawieniu jodku potasu jodu w moczu wykryć nie można.

Nawet do mleka przechodzą znaczne ilości wzmiankowanego związku tłuszczu z jodem, jak to przekonały doświadczenia H. WINTERNITZ'a na zwierzętach i poszukiwania BENDIX'a u ludzi.

W każdym razie to na pewno można powiedzieć, że jodipina jest najzupełniej nieszkodliwą dla organizmu ludzkiego i że nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów. BENDIX wykazał, że za pośrednictwem jodipiny można bez szkody wprowadzić do organizmu ludzkiego w ciągu 5-ciu dni aż 5,2 jodu czystego.

Z tego wszystkiego łatwo wnieść można, że jodipina znalazła już zastosowanie w terapii, zwłaszcza tam, gdzie wskazane są przetwory jodowe.

Przedewszystkiem zachwalają jodipinę w syfilisie. Szczególniej skuteczną ma się okazywać w przypadkach, w których mamy do czynienia z objawami trzeciorzędnyimi, a mianowicie przy cierpieniach mięśni i kości.

Zalecają również wzmiankowany środek leczniczy przeciwko *z o ł z o m* (*scrophulosis*).

FRESE podaje cały szereg spostrzeżeń nad wpływem jodipiny przy *astmie oskrzelowej* (*asthma bronchiale*) i przy rozedmie płucnej (*emphysema pulmonum*).

Należy tu zaznaczyć, że, według FRESE'go, działanie jodipiny przy wyżej wzmiankowanych cierpieniach dróg oddechowych okazało się wogóle skutecznem, a w niektórych razach nawet „zadziwiająco skutecznem“.

W każdym razie spostrzeżenia nad chorymi dowodzą, że w jodipinie mamy nowy środek leczniczy, który podobnie skutecznie działa, jak dotychczas stosowane jodki alkaliczne.

Fakt ten jest bardzo ważnym choćby ze stanowiska farmakologicznego. Wiadomo, że większość lekarzy [BUCHHEIM, SCHMIEDEBERG] przypisuje działanie jodków alkaliu nie tylko jodowi w nich zawartemu, ale—i to może jeszcze w wyższym stopniu—i soli alkalicznej; w ten sposób np. objaśniają silniejsze działanie jodku potasu, niż jodku sodu. Otóż przy jodipinie nie może być mowy o działaniu soli alkalicznej, a pomimo to przetwór ten jodowy działa w tem samym znaczeniu, jak i jodki alkaliczne. Z tego wnosić należy, że i przy stosowaniu jodków alkalicznych główną i jedyną rolę leczniczą odgrywa jod, odszczepiający się ze związku.

Wprowadzenie nowego przetworu jodu do terapii przedstawia pewne korzyści.

P o p i e r w s z e, czasami, zwłaszcza przy długich, przewlekłych chorobach wcale nie jest rzeczą obojętną, jeżeli po pewnym czasie możemy środki lecznicze zmieniać i to bez uszczerbku dla chorego.

P o w t ó r e, jodipina nigdy nie drażni żołądka, a co do kiszek, to w nich nieraz wywołuje pożądane ruchy perystaltyczne.

P o t r z e c i e, nigdy nie spostrzegano żadnych objawów intoksykacyjnych [jak: zapalenie łązniczki, bóle głowy, trądzik i t. d.]. Nawet katar, objaw tak powszechnie towarzyszący przyjmowaniu jodków alkalicznych, rzadko bardzo występuje i to tylko przemijająco.

P o c z w a r t e, jodipina działa przez dłuższy nawet czas po jej odstawieniu, np. spostrzegano, że po kilkudniowym stosowaniu jodipiny napady astmy oskrzelowej przez parę tygodni nie występowały. Fakt ten zresztą można łatwo sobie objaśnić, przypominwszy sobie doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia u ludzi, wykazujące, że odszczepianie się jodipiny w organizmie przychodzi do skutku bardzo wolno i że w parę tygodni po odstawieniu jodipiny jeszcze jod w moczu wykazać można. Wskutek tej własności można wzmiankowany środek leczniczy od czasu do czasu odstawić. A zatem w ten sposób możemy przez bardzo długi czas jod podawać, nie obawiając się wywołania jakichś objawów intoksykacyjnych.

Co się tyczy dawki, to podaje się jodipinę łyżeczkami raz, najczęściej dwa, a czasami i trzy razy dziennie. Można podawać i większe dawki, jak np. łyżkę deserową, stołową.

Ponieważ jodipina ma 10% jodu, przeto jedna łyżka stołowa, czyli 15 gramów, zawiera 1,5 jodu czystego, co odpowiada prawie 2 gramom [1,96] *kalii jodati*. łyżeczka, czyli 3,5 jodipiny, zawiera 0,35 czystego jodu, co odpowiada 0,457 *kalii jodati*. A zatem, jak widzimy, dawka dobową jodu w jodipinie jest wogóle mniejszą od dobowej dawki jodu, jaką zwykle dajemy w postaci soli alkalicznej. Fakt ten objaśnia FRESE silniejszym działaniem jodipiny, aniżeli jodków alkalicznych.

Chorzy po większej części przyjmują jodipinę bez wstępu; dla niektórych wszakże nieprzyjemnym jest smak oleisty rzeczzonego środka. Można jednak uniknąć tej odrazy, przepisawszy na 100 gramów jodipiny 3—5 kropel olejku mięty pieprzowej (*ol. Menthae piperitae*), albo zaleciwszy, by przyjmować ją w gorącym mleku. Zresztą smak oleisty, pozostający w ustach po zażyciu jodipiny, daje się łatwo usunąć przez dokładne zżucie kawałka suchego chleba zaraz po wyżyciu lekarstwa.

Jodipinę można przepisywać w sposób następujący:

Rp. Jodipini 100,0

Ol. Menthae pip. gtt V.

M. D. S. Trzy razy dziennie łyżeczkę.

Rp. Jodipini 50,0

Vitell. ovi recent. № I

Pulv. Cacao

Sacch. albi ana partes aequales

Ol. Cinnamomi aeth. gtt j.

M. f. l. a. electuarium.

M. D. S. Jedna lub dwie łyżeczki dziennie.

[Dla dzieci przy syfilisie].

LITERATURA.

H. WINTERNITZ. *Deutsche medic. Wochenschr.* 1897. 23.

H. WINTERNITZ. *Zeitschr. für physiol. Chemie.* 1898. Bd. XXIV.

BENDIX. *Deutsche med. Wochenschr.* 1898. 14.

FRESE. *Munch. med. Wochenschr.* 1899. 7.

MERCK. *Bericht.* 1898.

MERCK. *Bericht.* 1899.

Wiktor Grostern.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra J. Mianowskiego ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 listopada 1891 r. WŁADYSŁAW RYŁOWSKI uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodzieł w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie, poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych, na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa pomocy właściwe zezwolenie Władzy rządowej uzyskała, Komitet Zarządzający Kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z pp. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyluszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakiego się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby, pragnące uzyskać dla swych dzieł, czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie, przy ulicy Niecałej № 7, lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań, wyluszczonych na piśmie.

Członek Komitetu, Sekretarz,

Feliks Kucharzewski.

Prezes Komitetu,

H. Struve.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów mapka do artykułu D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO oraz „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. luty.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 18 Марта 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju win preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

	Za całą butelkę		Za pół butelki	
	Rs.	k.	Rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze.	1	50	—	80
Wino Chinowe czyste na Maladze.	1	50	—	80
„ „ z żelazem, zawiera 1% żelaza	1	75	—	90
Wino Condurango czyste na Xeresie	1	75	—	90
„ „ z żelazem, zawiera 2% żelaza	2	—	1	—
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnodrzewu (<i>Erythroxyton coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1	50	—	80
Wino goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie.	1	50	—	80
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny.	2	25	1	15
Wino Kwassyowe na winie węgierskiem wytrawnem	1	50	—	80
„ „ na Xeresie.	1	50	—	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie.	2	—	1	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	1	75	—	90
Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze.	1	75	—	90
Wino senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resina</i>) na Xeresie. Jedna do ½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie	1	75	—	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-mangani peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati	2	—	1	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu.	2	—	1	—
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	1	50	—	80

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Kefir czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanym.

Grzybki Kefirowe mokre i suche.

44—23

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.

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-igłowiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno - igłowiowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skrofulicznymi, 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.

Komunikacya z morzem za pomocą dylżansów 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—6

Dyrektor Zakładu D-r Med. A. Sotin.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala S-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki dokonywa wszelkich rozbiorów, wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle.



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, Heft 4.

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

Inne specjalne wytwory:
Chinina, Cocaina, Coffeina, Preparaty jodu.

26—20

