

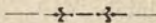
GAZETA LEKARSKA.

I. O WPŁYWIE ZMIANY MIEJSCA NA PRZEBIEG KRZTUŚCA i O ZNACZENIU LECZNICZYM TEGO ŚRODKA PRZY TEJ CHOROBIE ¹⁾.

Skreślił

Feliks Arustein,

lekarz, praktykujący w Kutnie i Ciechocinku.



Na 6 zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1891 w dyskusji nad referatem D-rów ROZENBLATA i KNIAZIOŁUCKIEGO: „O ile skuteczniejsze jest leczenie w krztuścu, miejscowe, czy wewnętrzne“, odzywały się głosy, zachęcające zmianę miejsca, jako najlepszy i najpewniejszy środek w krztuścu.

Zabierając w tej sprawie wówczas głos na mocy osobistego doświadczenia, nie popartego wprawdzie żadnymi dowodami, wyraziłem pewne powątpiewanie co do korzystnego wpływu zmiany miejsca w krztuścu, która, nie przynosząc żadnego lub bardzo mały pożytek dzieciom chorym na krztusiec, daje powód do dalszego szerzenia się choroby między zdrowymi dziećmi i z tego powodu uznałem postępowanie takie za niezupełnie racjonalne i wprost szkodliwe. Pogląd mój między innymi poparł prof. JAKUBOWSKI z Krakowa.

W ciągu 7 lat, jakie od tego czasu upłynęły, bliżej się zająłem tą sprawą, która, jako zupełnie niewyjaśniona, sporna i nigdy w ściśle naukowy sposób nie rozbitrana, zasługuje na szczegółowe rozpatrzenie i nadaje się do dyskusji naukowej.

Przeglądając tak dawniejsze, jak i nowsze podręczniki patologii i terapii niemniej i pedyatrii, jakoteż monografie o krztuścu, znajdujemy w większości ich niczem nieumotywowany i głośny sąd o mniejszej lub większej skuteczności zmiany miejsca przy krztuścu.

Za wiele by miejsca zajęło, gdybym chciał wszystkie te głosy przytoczyć; zmuszony jednak jestem podać ważniejsze dla lepszego uwidocznienia sposobu, w jaki sprawa zmiany miejsca przy krztuścu w literaturze jest traktowana. I tak:

¹⁾ Odczyt, przeznaczony dla VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, a wygłoszony w Tow. Lek. Warsz. w dniu 29 listopada 1898.

STEINER w podręczniku pedyatrii z r. 1877 powiada: „zmiana powietrza [co ma znaczyć miejsca] skraca często nadspodziewanie chorobę w każdym okresie; jednak nie zawsze odnosi ten zbawienny skutek, gdyż, jak się sam przekonałem, nawet wyjazd daleko aż nadmorskie wybrzeże nie zawsze sprawiał oczekiwane polepszenie“.

D'ESPINE i PICOT w podręczniku pedyatrii, wydanym w roku 1877, powiadają: „szczególniej w okresie trzecim choroby należy zalecać zmianę miejsca, która dawała niekiedy świetne wyniki“.

MONTI w *Real-Encyclopedie EULENBURG'a* z r. 1881: „jakkolwiek przez czasową zmianę miejsca zamieszkania nie udaje się przeszkodzić powstawaniu *stadii spasmodici*, można jednak w ten sposób skrócić przebieg choroby. Taka zmiana powietrza będzie tem skuteczniejszą, im są lepsze warunki klimatyczne nowej miejscowości“.

HENOCH w IV wydaniu swego znanego podręcznika powiada: „choć niektórzy uważają zmianę miejscowości przy krztuscu za pożyteczną, ja nie mogę się do nich przyłączyć; wysyłałem dzieci do różnych miejscowości leczniczych i tak kaszlały, jak i poprzednio“.

UFELMANN, a za nim BĄGIŃSKI twierdzi, że nie należy wysyłać dzieci chorych na krztusiec z miejsca na miejsce tembardziej, że często zmiana miejsca pozostaje bez wszelkiego wpływu na przebieg choroby.

LEONHARDI z Drezna zupełnie odmienne w tej kwestyi zajmuje stanowisko; jest on przeciwnikiem zmiany miejsca i przebywania dzieci na świeżem powietrzu we wczesnych okresach choroby (?). Powiada on: „w późniejszych okresach choroby po przejściu 4—5 tygodni zmiana powietrza szczególnie na dobre wiejskie i leśne ma zupełną rację bytu; od wysyłania dzieci, od tak zwanej zmiany miejsca we wczesnych okresach choroby nigdy nie widziałem pożytku, często pogorszenie“.

WIDERHOFER nakoniec powiada: „jeśli można, zmiana powietrza miejskiego na wiejskie“.

Te i tym podobne głosy, nie zupełnie ściśle i jasno sprawę przedstawiające, niedostatecznie umotywowane, znajdujemy w podręcznikach i pracach, zajmujących się krztuscem. Jak z powyższego zestawienia widzimy, poglądy na wpływ zmiany miejsca na przebieg krztusca są sprzeczne w wielu względach. I nic dziwnego; pochodzi to bowiem ztąd, że w chorobie tak przewlekłej, jak jest krztusiec, nie łatwo sobie zdać sprawę z działania i skuteczności czynników terapeutycznych. Autorowie też w różny sposób motywuują wpływ zmiany miejsca na przebieg krztusca: jedni ślepo wierzą w skuteczność wszelkiej zmiany miejsca i w każdym okresie choroby; inni wierzą w skuteczność zmiany miejsca, o ile zmiana ta stawia dzieci chore na krztusiec w warunkach lepszych, np. zmiana miasta na wieś i tylko w niektórych okresach choroby; inni, a między nimi HENOCH i BĄGIŃSKI, albo bardzo mało, albo wcale nie wierzą w skuteczność zmiany miejsca.

Sprawa więc zmiany miejsca przy krztuscu, nie mało ważna pod względem terapeutycznego jej znaczenia, wymaga ściślejszych obserwacyi.

Chcąc ocenić terapeutyczny wpływ zmiany miejsca na przebieg krztuśca, należy, mojem zdaniem, tak jak i przy oceniu innych czynników terapeutycznych, przy tej chorobie zwrócić uwagę na następujące punkty:

- 1) na wpływ zmiany miejsca na czas trwania choroby, t. j. starać się przekonać, czy zmiana miejsca jest w stanie przerwać chorobę, jak to często ma miejsce przy zimnicy lub przynajmniej o wiele skrócić trwanie choroby;
- 2) na wpływ zmiany miejsca na liczbę i natężenie napadów, jakoteż na ciężkość niektórych przypadłości chorobowych i częstość powikłań;
- 3) na wpływ zmiany miejsca w różnych warunkach, jak zmiany miasta na wieś i odwrotnie, zmiany okolicy, mieszkania i t. p.

Zanim przejdę do własnych spostrzeżeń, w tym kierunku zrobionych, poruszyć muszę pewną kwestyę, mającą bezpośredni związek ze sprawą, nas tu zajmującą, t. j.: jaki wpływ wywiera przebywanie dzieci chorych na krztusiec na wolnem, świeżem powietrzu na przebieg choroby? Czy dzieci chore na krztusiec mają przebywać na wolnem powietrzu i w jakiej mierze, czy też być trzymane w mieszkaniu; jest to kwestya, która oddawna zajmowała lekarzy. Kiedy TROUSSEAU, mając na względzie niewątpliwy fakt, że napady krztuśca są o wiele częstsze w nocy, aniżeli w dzień, choć w nocy dzieci podlegają o wiele mniej pobudzeniom nerwowym, gorąco polecał przebywanie dzieci chorych na krztusiec na świeżem powietrzu, ARCHAMBAULT, znany pedyatra francuski, stanowczo się temu sprzeciwiał; żąda on, aby dzieci chore na krztusiec trzymane były w pokoju przy ciepłocie 17 do 18 stopni, a przy najmniejszym niezycie oskrzeli nawet w łóżku i ostrzega lekarzy przed wysyłaniem dzieci na wolne powietrze. RILLIET i BARTHEZ twierdzą, że jakkolwiek świeże powietrze pobudza napady kaszlu, wpływa jednak pomyślnie na ogólny stan i z tego powodu polecają pobyt na świeżem powietrzu i ograniczają go jednak do pogodnych i ciepłych dni; przy najmniejszym zaś cierpieniu płuc mają dzieci podług nich przebywać w pokoju. HENOCH, BAGIŃSKI i MONTI polecają przebywanie na świeżem powietrzu przy krztuścu niepowikłanym i tylko w pogodne dni.

Jakkolwiek więc pomyślny wpływ świeżego powietrza na przebieg krztuśca został przez wielu spostrzeżonym i przebywanie na świeżem powietrzu z różnych względów poleconem, jednak znaczenie lecznicze jego nie było ściśle naukowo dowiedzionem; brakło mianowicie odnośnych, ścisłych spostrzeżeń. Brak ten wypełnił ULMANN z Berlina, który dokładnie określał liczbę napadów kaszlu przy przebywaniu dzieci w pokoju i na wolnem powietrzu, w dzień i w nocy, ich natężenie, przypadłości im towarzyszące i t. p.

Na mocy bardzo licznych spostrzeżeń, w tym kierunku przeprowadzonych, doszedł ULMANN do przekonania:

- 1) że liczba napadów przy przebywaniu na wolnem powietrzu znacznie się zmniejsza i że przerwy pomiędzy napadami są 3 razy dłuższe na świeżem powietrzu, aniżeli w pokoju,
- 2) że natężenie napadów jest wyraźnie mniejszem,
- 3) że same napady trwają krócej i

4) że dzieci, których napadom kaszlu towarzyszyły wymioty, wymiotowały na powietrzu rzadziej, aniżeli w pokoju.

Autor ten przeto uważa przebywanie dzieci chorych na krztusiec na świeżem powietrzu nie tylko za pożyteczne, lecz przyznaje mu przy dzisiejszym stanie naszej terapii krztusca znaczenie najlepszego środka leczniczego i z tego powodu nie ogranicza przebywania dzieci chorych na krztusiec do pięknych dni letnich i ciepłych zimowych, lecz nacisk kładzie na to, by dzieci przebywały na powietrzu i w dni zimowe; podczas lata dzieci powinny przebywać na wolnem powietrzu od rana do wieczora, szczególnie zaś jadać na wolnem powietrzu; nieżyt oskrzeli nie powinien stanowić żadnego przeciwwskazania.

Przechodząc do własnych spostrzeżeń nad wpływem zmiany miejsca na przebieg krztusca, zaznaczyć muszę niemałą trudność, jaka się przedstawia przy zdaniu sobie sprawy z wpływu zmiany miejsca przy chorobie tak przewlekłej, jaką jest krztusiec, tembardziej, że zwykle ze zmianą miejsca idzie w parze częstsze przebywanie na wolnem i świeżem powietrzu, którego pomysłny wpływ na przebieg krztusca, jak to wyżej zaznaczyliśmy, jest niewątpliwy. To też ocenienie wpływu zmiany miejsca przy tej chorobie bynajmniej nie jest łatwem i tylko możliwem wtedy, gdy przy zmianie miejsca wszelkie inne warunki będą te same, co po większej części jest wprost niemożliwem.

Wobec tego ściśle naukowych dowodów, przemawiających za skutecznością lub przeciw skuteczności zmiany miejsca przy krztuscu, trudno mi będzie dostarczyć i o to bynajmniej się nie kuszę. Sądzę wszelako, że ze spostrzeżeń moich jestem upoważnionym do wyprowadzenia niejakich wniosków, nie pozabawionych znaczenia dla sprawy, przezemnie poruszanej.

Nie będę przytaczał dziesiątków przypadków, stanowiących mój materiał spostrzegawczy, zadowolę się tylko ich zgrupowaniem. I tak ośmioro dzieci spostrzegałem, które skutkiem krztusca, jakiego się nabawili w Warszawie, przez wiele tygodni bawiło już to w m. Kutnie, już też na wsi. Były to po większej części dzieci zamożniejszych rodziców: tak w Warszawie, jak i po zmianie miejsca żyły w najlepszych warunkach, większą część dnia przepędzały na wolnem powietrzu. Ani w jednym z tych przypadków choroba nie została przerwana, choć u dwojga dzieci nie przeszła jeszcze w okres skurczowy. Tylko jedno z tych ośmiorga dzieci wyjechało po 6 tygodniach wolne od kaszlu; u siedmiorga dzieci po 6 do 8 tygodniach pobytu na wsi napady kaszlu nie ustaly. Zmiana więc miejsca nie tylko nie wpłynęła na przerwanie choroby, lecz nawet na skrócenie jej trwania, jeśli za średni czas trwania krztusca przyjmujemy 6 tygodni.

Co się tyczy liczby i natężenia napadów, to niewątpliwie w większości z tych przypadków dobrze spostrzeganych skutek był widoczny: napady były mniej częste i mniejszego natężenia; dzieci lepiej sypiały. W jednym tylko z tych przypadków do krztusca dołączył się nieżyt oskrzeli z gorączką, kilka dni trwającą.

Jedenaścioro dzieci spostrzegałem, które, zachorowawszy w m. Kutnie, przeniesione były do sąsiednich wsi lub w dalsze okolice, z tych 2 pod-

czas zimy; u 6 dzieci, które przeniesione były w 2 pierwszych tygodniach choroby w okresie kataralnym lub w początku *st. spasmodici*, czas trwania choroby wynosił 6 do 10 tygodni; napady kaszlu stawały się coraz częstsze i silniejsze, co naturalnie przypisać należy właściwemu okresowi choroby; ani w jednym z tych przypadków nie było przez cały czas trwania choroby żadnego powikłania. Z 5 dzieci, przeniesionych w rozwiniętym okresie skurczowym, u 3 napady kaszlu stawały się stopniowo i mniej częste i mniejszego natężenia, u 2 napady w kilka dni wyraźnie się zmniejszyły tak pod względem częstości, jak i natężenia. Trwanie choroby u wszystkich 11 dzieci było długim, gdyż wynosiło 6, 8 i więcej tygodni.

W ostatnich kilku latach widziałem niemało dzieci, które z różnych stron przeważnie z miast przybyły do Ciechocinka z krztuścem po większej części silnie rozwiniętym. Były to po większej części dzieci z wyraźnym usposobieniem żółzowem. U wszystkich prawie pobyt w Ciechocinku był niepomysłnym; napady kaszlu stawały się coraz silniejszymi, choć dzieci większą część dnia przepędzały na wolnym powietrzu, co zmuszało często rodziców do opuszczenia miejscowości. Tu więc zmiana miejsca była wprost szkodliwą, co prawdopodobnie przypisać należy właściwościom klimatycznym miejscowości.

Pięcioro dzieci spostrzegalem, które, dostawszy koklusu na wsi, przybyły do miasta skutkiem przesiedlenia się rodziców, a z tych dwoje skutkiem chłodnych miesięcy jesiennych całe dni przepędzało w pokoju; troje przebywało tak samo, jak i na wsi, na wolnym powietrzu.

U czworga dzieci, t. j. dwojga pierwszych i dwojga drugich, przebieg choroby nie przedstawiał nic szczególnego; nie zauważono pogorszenia, ale też i polepszenia; jedno dziecko 1½-letnie, wzięte w kilka dni po przybyciu do miasta zachorowało na ostre nieżytowe zapalenie oskrzeli i płuc, które spowodowało śmierć dziecka.

Nakoniec 6 dzieci spostrzegalem, które z porady lekarzy w celu przerwania ciężkiego przebiegu choroby, były przeniesione na kilka tygodni lub na stałe do innego mieszkania. Ani w jednym nie osiągnięto pożądanego celu; trwanie choroby nie było krótszem, a przebieg zawsze ciężkim.

Na mocy wyżej podanych własnych spostrzeżeń, jakoteż danych, osiągniętych z odnośnej literatury, czuję się upoważnionym do następujących wniosków:

1) Zmiana miejsca, sama przez się, jakkolwiek by ona była, nigdy nie przerywa krztuśca, ani nie skraca wyraźnie trwania choroby.

2) Zmiana miejsca, sama przez się, bardzo mało wpływa na zmniejszenie liczby i natężenia napadów kaszlu.

3) Korzystny wpływ, jaki dość często zauważyć się daje przy zmianie miejsca, nie zależy wprost od zmiany miejsca, t. j. zmiany powietrza, lecz od warunków, jakie przy tej zmianie następują, najprawdopodobniej zgodnie z ULMANN'em, od przebywania dzieci na wolnym powietrzu, co zwykle ściśle jest związanem ze zmianą miejsca.

4) Ze względu na niewątpliwy pożytek, jaki przynosi przebywanie na świeżym powietrzu dzieci chorych na krztusiec, takowe powinno być w naj-

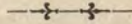
obszerniejszem znaczeniu zalecanem; nie jest jednak koniecznem dla osiągnięcia tego celu zmiana miejsca i wywożenie dzieci do odległych miejscowości.

5) Ze względu na ogromną zaraźliwość krztuśca i na łatwość, z jaką choroba ta może być z miejsca na miejsce przeniesioną, zmiana miejsca winna być z wielką oględnością i tylko przy istnieniu odpowiednich warunków zalecaną; rozpowszechnienie bowiem tego sposobu postępowania przynosi nie mało szkody i nie powinno być przez lekarzy ogólnie i powszechnie zalecanem i stosowanem.

II. SPRAWA SZCZEPIENIA OSPY U NAS.

Podał

K. Chełchowski.



[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 13].

Powszechne szczepienie ospy jest dzisiaj bez porównania łatwiejsze, niż dawniej, dzięki ogromnym postępom w technice otrzymywania materiału do szczepienia i niezmiernemu obniżeniu jego ceny.

Szczepienie limfy humanizowanej, to jest z rączki na rączkę, miało wiele ujemnych stron. Wyglądało ono u nas w sposób następujący. Lekarz powiatowy otrzymywał z instytutu szczepienia ospy w Warszawie kilka piórek z materiałem szczepiennym i szczepił niemi kilkoro dzieci. Po przyjęciu się ospy, dzieciom tym rozdrapywano pryszcze i zbierano z nich na piórka materiały do dalszych szczepień. Rozdrapywanie takie powtarzało się przez kilka dni z każdym dzieckiem i stosowano je na całych seryach dzieci, bo trzeba było zebrać materiał do szczepienia całego powiatu. Oczywiście żadna matka, przywiązana do dziecka, nie patrzyła chętnie na takie z niem manipulacje. Przed pierwszemi więc szczepieniami uciekano, ukrywano dzieci. Zwykle trzeba było matkom płacić za pozwolenie zebrania z dziecka materiału. Wynajęte zaś za pieniądze dziecko, a więc dziecko mało dbałe o nie matki, prędzej mogło mieć syfilis, gruźlicę, lub jakiegokolwiek powikłania ospy ochronnej, niż inne. Tą drogą razem z ospą ochronną można było zaszczepić i wspomniane choroby i faktycznie nieraz je przeszczepiano. Szczepienie więc limfy humanizowanej mogło budzić niechęć w ludności poniekąd usprawiedliwioną.

Ujemne te strony szczepienia znikły prawie zupełnie od czasu wprowadzenia krowianki.

Limfa taka była dla ludu jednak za drogą, kosztuje 30—50 kop. na osobę. Dopiero zużytkowanie miazgi, czyli detrytu ospowego, t. j. nie tylko limfy płynnej, ale pryszczów ospowych w całości z przegródkami i naskórkiem obniżyło cenę materiału szczepiennego tak, że na jedną osobę kosztuje on 7 groszy, brany zaś masowo, na tysiące szczepień—5 groszy, a szczepiony oszczędnie nawet 3 grosze, jak donoszą niektórzy lekarze. I dzisiaj, szczepiąc detrytem z cielęciami, nie mamy pewności matematycznej, że nie zaszczepimy prócz ospy zarazków ropotwórczych lub gruźlicy. W każdym razie jednak obawy te są

minimalne. O zaszczepieniu syfilisu niema mowy, bo cielęta na syfilis nie chorują. Od zarazków ropotwórczych może uchronić przestrzeganie czystości przy szczepieniu cieląt. Pewnej kontroli w tym kierunku nad naszymi instytucjami powinniśmy i musimy się od nich domagać. Co do gruźlicy wreszcie, to każde cielę, użyte do zbierania limfy i detrytu ospowego, powinno być zabite, poddane sekcji i w razie znalezienia przy sekcji gruźlicy [co się zresztą bardzo rzadko zdarza] materiał szczepienny otrzymany z cielęcia powinien ulegz zniszczeniu.

Widzimy więc, że szczepienie ospy jest dziś bez porównania tańsze i bez porównania jest, a przynajmniej może być bezpieczniejsze, niż dawniej.

Temu to postępowi w technice szczepienia przypisać trzeba niezaprzeczoney choć powolny postęp u nas od r. 1886.

Pierwsze próby szczepienia krowianki w Warszawie były daleko dawniejsze. Około r. 1870 założył tu D-r PRYZSTAŃSKI zakład krowiankowy i gorąco propagował szczepienie krowianki. Być może, że nie opanował w zupełności techniki przygotowywania krowianki. Zakład jego bowiem upadł, a nawet między lekarzami nie znalazł uznania i poparcia, chociaż był pionierem postępu. W tutejszem Towarzystwie Lekarskiem, przy rozprawach nad szczepieniem ospy, lekarze ówczesni przyznali wyższość limfie humanizowanej¹⁾. W tym samym prawie czasie istniał krótko zakład ZDZIĘŃSKIEGO.

Potem dopiero w r. 1882 powstał zakład krowiankowy MĄCZEWSKIEGO, prowadzony później wspólnie z SIERPIŃSKIM.

W r. 1885 POLAK, mianowany dyrektorem instytutu szczepienia ospy, wprowadził w nim krowiankę i zaczął próby z detrytem. Wreszcie w 1888 roku STĘPNIEWSKI założył swój instytut i rozwinął niezmiernie energiczną działalność w rozpowszechnieniu detrytu. Zakłady krowiankowe istniały u nas także w Lublinie, Radomiu i Łodzi, ale wkrótce upadały. Na prowincyi pierwszy ocenił ważność detrytu i polecił go innym lekarzom D-r DRECKI²⁾. Limfa humanizowana pokutowała jednak u nas długo, dłużej niż w cesarstwie. Jeszcze w 1891 znajduję wzmianki w sprawozdaniach departamentu lekarskiego o stosowaniu jej w całych powiatach. Lud przyjął krowiankę w całym kraju bardzo życzliwie.

Podobno i dziś jeszcze w nowomińskim, na Podlasiu, felczerzy pieniądze przeznaczone na detryt chowają do kieszeni, a szczepią limfę humanizowaną, która ich nic nie kosztuje. Postępowanie takie, świadczące o złej woli szczepiącego, nie powinno być tolerowane.

Jedynym środkiem do skończenia raz z ospą byłoby obowiązkowe szczepienie i to dwukrotne. Trzeba na to byłoby szczepić corocznie 350 tysięcy dzieci w pierwszym roku życia i 220 tys. dzieci siedmioletnich rewakynować, razem 570 tys. szczepień rocznie zamiast dzisiejszych 300 tys..

¹⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom 66, str. 252.

²⁾ Gaz. Lek. 1891, str. 932.

W pierwszym roku, czy dwóch latach wypadłoby nadto zaszcześcić i zaległości, t. j. te dzieci od 1—7 lat, które dotąd uniknęły szczepienia. Dodałoby to jeszcze 170 tys. szczepień. Razem 740 tys. w pierwszym roku, 570 w następnych.

Czy byłoby to możliwem? Naturalnie, że tak. W gub. Kieleckiej dokonano trudniejszych rzeczy, bo od razu w ciągu paru lat rewakcyonowano wszystkich, od 7 do 15 roku życia, a nadto poszczepiono wszystkie dzieci, które się dotąd od tego usuwały. Przez te parę lat dokonywano tam po kilkanaście do 20 tysięcy szczepień w powiecie, zamiast zwykłych 4 tysięcy. I sił lekarskich na to wystarczyło, i środków pieniężnych, i ludność spokojnie przyjęła tę nowość.

Gdyby chcieć ściśle naśladować gub. Kielecką, to prócz corocznych 570 tysięcy szczepień i rewakcyonacyi, należałoby w ciągu roku, czy paru lat, dokonać jeszcze 1,600,000 tys. szczepień zaniedbanych i rewakcyonacyi.

Zostałby jednak przy pierwszym rachunku 740 tys. w pierwszym roku, 570 tys. w następnych.

Co się tak dobrze udało w gub. Kieleckiej, możliwem jest i we wszystkich innych. Ludność kraju jest przygotowana dostatecznie, boć jeszcze przed 40 laty już się była poddawała powszechnemu niemal szczepieniu. Od bardzo dawna zresztą [zapewne od r. 1824] istnieje u nas, że tak powiem, rodzaj przymusu formalnego, bez stosowania kary za uchylanie się od szczepienia. Corocznie, w kwietniu i maju, odbywa się urzędowe szczepienie ospy. W lutym więc już, lub w marcu wójci i sołtysi przygotowują spisy dzieci, którym ospa winna być zaszczeplona, następnie zaś wyznaczają dzień i miejsce [po kilka punktów na gminę], do którego mają się stawić matki z dziećmi. W oznaczonym czasie i miejscu felczer, wyznaczony przez lekarza powiatowego, a w kilku powiatach, przeważnie w gubernii lubelskiej, lekarz sam, lub z felczerem, szczepią ospę dzieciom. W wielu powiatach po 7—10 dniach lekarz sprawdza, czy się ospa przyjęła. Listy zaszczeplonych lekarz powiatowy przesyła do urzędu lekarskiego. W miastach czynności te załatwiają lekarze miejscy, zwykle także przez felczerów. Odpowiedzialności karnej za uchylanie się od szczepienia—niema. Matki z dziećmi jednak stawić się w oznaczonym miejscu i czasie na wezwanie władz powinny i za niestawienie się mogą być karane. W powiecie hrubieszowskim np. płacą za to rubla. Może jednak taka matka przyjsć z dzieckiem, ale nie dać mu zaszczeplić.

Głównym warunkiem reformy są nie względy pieniężne, jak to zaraz zobaczymy, ale spółdziałanie władz administracyjnych z lekarzem. Jest niemało powiatów, w których w ramki dzisiejszego regulaminu szczepienia, lekarze starają się wtłoczyć jak najwięcej — rewakcyonują, poszukują nieszczeplonych, aż do 10—12—15 roku życia; konieczną jednak jest tu pomoc administracyi, przygotowanie spisów według zamierzonego planu, dopilnowanie, żeby się wszyscy stawili. Jeżeli natomiast sołtysi zaledwie połowę dzieci kwalifikujących się do szczepienia wciągną do spisów, jeżeli nie dopilnują, żeby się stawiły na punkt zborny, to jakimże sposobem wszystkie dzieci mają być zaszczeplone? Jeżeli lekarz nie dostanie ani podwody do gmi-

ny, ani pieniędzy na furmankę, to jakże tam dojedzie dla rozciągnięcia kontroli nad szczepieniem? Kontrola przy okazji — *pri słuczaje*—t. j. kiedyś, w razie przypadkowego wyjazdu, nie może być przecież traktowana seryo. Bywało i tak, że lekarz nie dostawał nawet pieniędzy na detryt, wtedy powierzało się przemysłowi felczera i szczepienie, i zdobycie materiału do szczepienia, i powetowanie sobie straconego czasu i zarobku. Niezmierne różnice liczby szczepień w różnych powiatach zależą właśnie od stopnia spóldziałania lekarzy i administracyi.

Przechodzimy do względów pieniężnych.

Właściwie szczepienie bezpłatnem nie jest. W ten, czy inny sposób płaci się za nie. Przedewszystkiem sołtysi przy spisie dzieci ściągają z matek, których dzieci mają być szczepione, składkę na detryt w ilości około 5 kop. za dziecko. Już te 5 kop. wystarcza, żeby dużo matek cofnęło się od szczepienia. A trzeba jeszcze wynagrodzić i felczera. Felczer nie ma prawa domagać się wynagrodzenia za szczepienie, ale przyjmować dobrowolne datki—może. Trzeba uwzględnić, że lekarz powiatowy bierze 465 rb., a felczer — 90 rb. rocznie. Trudno żeby się za te pieniądze poświęcali i na dłuższy czas opuszczali dom i zarobek. W ten, lub inny sposób biorą oni wynagrodzenie za szczepienie. W każdej gubernii felczerzy dostają wprawdzie 150 rb. gratyfikacyi za gorliwe szczepienie [t. j. za więcej niż 600 szczepień], ale jest to wynagrodzenie niewystarczające, to też szczepieni dopłacają „dobrowolnie“ 5, 6, do 20 i nawet 25 kop. od osoby, najczęściej 15 kop., albo podarki w naturze.

Łatwo sobie wyobrazić, jak fatalnie wpływa to na samą procedurę szczepienia, ile dowcipu i czasu musi zużyć taki felczer, nim nakłoni wieśniaczki do dobrowolnego datku, bez obrazy prawa; jak to wpływa na czystość i szybkość szczepienia. Bezwarunkowe zabronienie wszelkich opłat, czy „datków“ od samych szczepionych, uważam za drugi konieczny, a naglący warunek wszelkiego postępu na lepsze w sprawie szczepienia. Przekonany jestem, że czas marnowany dziś bezużytecznie na ściąganie pieniędzy, wystarczyłby na powszechne szczepienie i rewakcynację; datki zaś, składane „dobrowolnie“ przez matki, wystarczyłyby na zupełnie dobrą organizację szczepienia.

Któż więc ma płacić za wszystkich szczepionych? Miasta i gminy niech płacą za szczepienie. Wtedy już 1) obawa drobnego wydatku nikogo nie wstrzyma od szczepienia. 2) Samo szczepienie będzie szło bez porównania szybciej i czyściej. 3) Ospę szczepić zaczną lekarze, bo im się to opłaci, bo przy dobrej organizacji szczepienia da im to jakieś 7 rubli za dzień pracy¹⁾. Tak jak dziś się dzieje, żaden lekarz nie może podjąć się szczepienia, zbierania miedziakami „dobrowolnych datków“ i wysilania się na pomysły, jakby te datki wywołać. Że lekarz może osobiście szczepić, przy opłacie w stosunku 15 kop. od osoby, nie jest to pomysł zro-

¹⁾ Przeciętny dochód dzienny lekarza na prowincyi wynosi około 4 rb.. Rzecz prosta lekarz powiatowy sam nie wydołałby szczepieniu, wzywałby do pomocy lekarzy wolnopraktykujących, których za wspomniane wynagrodzenie zawsze i wszędzie znajdzie.

dzony przy biurku, ale przykład wzięty z życia. W jednym z powiatów guberni lubelskiej przy takiej opłacie lekarz, przy pomocy felczera, nie tylko sprawdza szczepienie, ale dopełnia go osobiście; ścisły rachunek wykazuje, że daje to lekarzowi 7 rb., felczerowi $2\frac{1}{2}$ rb. za dzień pracy i że jest to możliwem w każdej gminie. A w iluż to gminach felczerzy biorą nie po 15 kop., ale po 20 kop. za szczepienie.

W miastach i osadach opłaciłoby się lekarzom szczepić ospę osobiście już przy niższem wynagrodzeniu: 12 kop., a może nawet 10 kop. za szczepienie. Tu licząc 12 kop. za szczepienie, 30 szczepień na godzinę i 60 sprawdzań na godzinę, lekarz otrzymałby 1 rb. 20 kop. za godzinę pracy, felczer 50, kancelista 10 kop. [12 kop. = 3 kop. na detryt i t. p., +6 kop. lekarzowi, + $2\frac{1}{2}$ felczerowi, + $\frac{1}{2}$ kanceliście].

Samo życie kieruje ku temu, że za szczepienie zaczynają płacić gminy, a nie matki. Przedewszystkiem od czasu, jak miazga ospowa [detryt] wyparła limfę humanizowaną, ktoś musiał kupić tę miazgę. Otóż pieniądze na detryt zaczęły składać gminy w ilości 3, 5, do 10 rb.. Tu i ówdzie, co prawda, powierza się jeszcze dowcipowi felczera, żeby własnym przemysłem zaopatrzył się w materiał do szczepienia na własne ryzyko, ale takie wydzierżawianie szczepienia znika już prawie zupełnie. Zastąpienie limfy humanizowanej detrytem, kupowanym na rachunek gmin, lud przyjął bardzo chętnie. Był to pierwszy krok do tego, żeby cały koszt szczepienia przenieść na gminy. Jakoż najprzód w całej gub. kieleckiej przyjęto ten system: gminy płacą tam z sum, tak zwanych karnych, do kasy powiatowej za wszystkie udane szczepienia, licząc po 6 kop. za jedno. Wkrótce potem w kilku powiatach gub. lubelskiej posunęła się o krok dalej [w hrubieszowskim, lubartowskim, puławskim, zamojskim, a świeżo w tomaszowskim]: gminy płacą tam nieco drożej — przeciętnie po 35 rb., ale za to lekarze szczepią osobiście wszystkie dzieci, wymagające szczepienia. Chociaż reforma ta nie bez trudności dała się tam przeprowadzić ¹⁾, ale raz przeprowadzona, istnieje i bardzo dobroczynnie wpływa i na ilość szczepień i na ich skuteczność; lud coraz bardziej przekonywa się tam o potrzebie szczepienia i coraz to nowy powiat wprowadza tę nowość. I w powiatach ostrowskim i kolneńskim, gubernii łomżyńskiej, lekarze powiatowi niezależnie od lubelskich i kieleckich weszli na tę samą drogę i wymogli za pośrednictwem władz na gminach po 25 rb. rocznie na szczepienie. Suma ta jest za mała, żeby lekarz mógł szczepić osobiście, pozwala mu ona tylko rozciągnąć nad szczepieniem kontrolę prawdziwą, a nie na papierze. Wymienione powiaty wskazały i utorowały drogę do wyjścia z dzisiejszego opłakanego stanu rzeczy. Za przykładem tych powiatów musi pójść kraj cały.

W tym tak pożądanym ruchu jest jednak jeden punkt ciemny: ściąganie od matek opłat na detryt przez sołtysów przy spisach dzieci. Jest to jakby umyślne odstraszenie uboższych od szczepienia. Nie umiem sobie przytem wytłómaczyć, jak może się to praktykować, skoro w wykazach wydatków gmin-

¹⁾ Ciekawe szczegóły w tym względzie patrz w pracy TOZWIŃSKIEGO. Zdrowie. 1899. str. 92.

nych istnieje rubryka: na szpitale i szczepienie ospy. Czyżby mieszkańcy płacili za detryt dwukrotnie: i w formie podatków gminnych i w formie opłat składanych przez matki soltysowi?

Zachodzi teraz bardzo ważne pytanie, kto ma szczepić ospę, czy sami lekarze, jak w lubelskim, czy, jak w kieleckim i łomżyńskim, felczerzy pod kontrolą lekarzy, ale prawdziwą. Naturalnie, że najpożądanym byłoby to pierwsze, a w ostateczności dopiero możnaby się zgodzić na drugie.

Chodzi tu przecież o rzecz zasadniczą. Żeby szczepienie ospy zabezpieczało szczepionych i nie narażało ich na inne choroby, musi być wykonane czyisto, aseptycznie. Na aseptykę zaś felczerów w zasadzie już liczyć nie można.

Rozpatrzmy wreszcie tę sprawę z punktu finansowego i ze stanowiska powszechnej, obowiązkowej wakcynacji i rewakcynacji.

Widzieliśmy, że dla powszechnego szczepienia i rewakcynacji potrzeba nam będzie 570 tysięcy, a w pierwszym roku nawet 740 tys. szczepień. Widzieliśmy, że przy opłacie 15 kop. po wsiach za jedno szczepienie, a 12 w miastach i osadach, znajdzie się u nas dość lekarzy gotowych szczepić obojętnie.

Koszt szczepienia po takiej cenie wyniesie 80,293 rb. na Królestwo. Miasta i osady zapłaciłyby 20,680 rb. [miasta 14,877, osady 5,803, mniej więcej w stosunku $7\frac{1}{4}$ rb. na tysiąc mieszkańców. Gminy z osadami—65,409, a 59,636 same wsie [± 9 rb. na tysiąc mieszkańców]. Koszt ten gminy [z osadami] mogłyby pokryć, albo przeznaczając z gminy pewną sumę na szczepienie [około $50\frac{3}{4}$ rb. z przeciętnej gminy, albo z podatku pogłównego [około 1 kopiejki na głowę], albo z podatku po $\frac{1}{3}$ blisko kopiejki z morga. W pierwszym roku przy 740 tysiącach szczepień koszt byłby większy i wynosiłby dla Królestwa około 100000 rb.¹⁾

Rachunek powyższy opierał się na założeniu, że jedno szczepienie na wsi kosztować będzie 15 kop.. Jest to koszt maksymalny ustanowiony w gub. lubelskiej, gdzie gminy są wielkie, ludność rzadsza, lekarzy mniej. Liczbę szczepień, którą lekarz przy pomocy felczera ma wykonać w ciągu jednego dnia, szacowaliśmy w tym rachunku na 175 [25 na godzinę]. Przypuszczaliśmy też, że na sprawdzenie przyjęcia u szczepionych lekarz i felczer poświęcą także po jednym dniu, na 175 dzieci — 15 kop. płaconych za szczepienie rozdzielaliśmy w stosunku: 3 kop. za materiał do szczepienia [detryt, lancety, wata, benzyna czy eter i t. p.], 3 kop. felczerowi, $8\frac{1}{2}$ kop. lekarzowi, $\frac{1}{2}$ kop. kanceliście, którzyby uwolnił lekarza od pisaniny.

¹⁾ Gdyby został przyjęty projekt D-ra POLAKA szczepienia obowiązkowego, jednorazowego, to koszt tegoż wynosiłby dla Królestwa 49,303 rs., dla gmin 40,188, dla wsi 36,618 [31 rs. 20 kop. na gminę przeciętną, albo $\frac{1}{2}$ kop. na głowę, albo 0,2 kop. z morga], dla osad 3570 [około 10 rs. na przeciętną osadę], dla miast 9,115 rs. Osady już i dziś w kilku powiatach płacą po 10 rs. na szczepienie, poniekąd zgodne z powyższym rachunkiem. Z miast—wiem, że Tomaszów piotrkowski płaci na szczepienie 80 rs., Krasnystaw 75, Hrubieszów 60, Łomża i Kolno po 40, Dubienka 30, Ostów 25, Brzeziny 10 rs..

Cały więc powyższy rachunek znaczy to tylko, że, co najwyżej, tyle mógłby u nas wynosić koszt szczepienia. Z pewnością zaś całą wyniesie on mniej. Przedewszystkiem w guberniach po lewej stronie Wisły gminy są znacznie mniejsze, bardzo gęsto zaludnione, lekarzy znacznie więcej, więc tu nie traciłoby się czasu na rozjazdy i daleko więcej szczepień możnaby dokonać z felcerem jednego dnia, niż 175. To samo dotyczy wszystkich osad, a tem więcej miast, gdzie mnóstwo zamożniejszych szczepi osę własnym kosztem, gdzie szczepienie odbywa się w wielu ochronach i t. p.

Wreszcie w razie powszechnej rewakynacji szczepienia masowe odbywałyby się daleko szybciej, a cena detrytu spadłaby.

Koszt więc szczepienia osobiście przez lekarza w guberniach po lewej stronie Wisły z pewnością będzie niższy od 15 kop.¹⁾, a w wielu osadach i miastach od 12 kop.. [D. n.]

Z LEZCNICY CHIRURGICZNEJ D-RA A. GRÜNBAUMA.

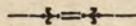
III. TRZYDZIEŚCI PIĘĆ PRZYPADKÓW

ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

(*Appendicitis*).

Opisał

A. Grünbaum.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14].

Na dowód, że żadna z podanych dotychczas teorii ścisłej nie wytrzymuje krytyki, dosyć będzie wspomnieć, iż istnieje ich nadzwyczajna mnogość i wykazać bodaj na jednej, na jakich dowolnych oparte są przypuszczeniach. Weźmy np. teorię TALAMON'a [przekład kol. BIERNACKIEGO, wydawnictwo Gazety Lekarskiej]. Na str. 12 czytamy, co następuje: „Raptowny początek jest swoistym i bardzo charakterystycznym. Wobec częstotści kamieni kałowych w jamie wyrostka robaczkowego, zjawisko to nasunęło nam pomysł teorii pa-

¹⁾ W Warszawie np. za 1500 rb. dopełnia się dziś przeszło 10000 szczepień, czyli jedno szczepienie kosztuje niespełna 15 kop.. A przecież szczepienie w Warszawie bynajmniej nie jest jeszcze dobrze zorganizowane: mnóstwo się bowiem czasu traci wskutek tego, że w dni, przeznaczone na szczepienie, matki z dziećmi nie przychodzą regularnie, zwłaszcza w początkach pory szczepienia. W kieleckiem gmina płaci 6 kop., t. j. 3 kop. za detryt i t. p. i 3 kop. felcerowi. A zatem felcer, pracując tu i za siebie i za lekarza, bierze tyleż, co felcer w lubelskiem, pracujący tylko za siebie, bo wspólnie z lekarzem. Znaczy to, że dzięki mniejszym odległościom i większej masie szczepień, felcer w kieleckiem w ciągu dnia zrobi dwa razy tyle szczepień, co w lubelskiem. Zgodnie z tem możnaby wyrachować, że w kieleckiem szczepienie, dokonane osobiście przez lekarza, przy pomocy felcera, kosztowałoby tylko 10 kop..

tologicznej, która, zdaje się, może tłómaczyć różne odmiany zapalenia wyrostka, a którą zarysowaliśmy w jednej z prac poprzednich. Dla nas uchyłek wyrostkowy przedstawia się jako kanał błoniasto-mięśniowy w rodzaju przewodu żółciowego lub moczowego. Kamień żółciowy, wchodząc do przewodu żółciowego, wywołuje napad kolki z charakterystycznymi objawami, nagłym początkiem, bólem umiejscowionym, bólami rozpromieniającymi się i napadami wymiotami. Takie same przypadłości powstają wskutek utkwienia złożeń lub kamieni moczowych w przewodzie moczowym. Tak samo stężyna jelitowa, przenikając raptownie do przewodu wyrostkowego, sprawia ból nagły, umiejscowiony w dole biodrowym prawym, ból rozpromieniający się i napadowy w postaci kolek brzusznych, umiejscowionych głównie z prawej strony, wymioty i zaparcie z powodu niedowładu kiszki grubej. Są to właśnie objawy cierpienia, nazywanego zapaleniem kiszki ślepej zwykłym lub kałowym (*typhlitis simplex seu stercoralis*)“.

„Paroksyzm bólu, nagle występujący przy zapaleniu wyrostka, polega więc, podług naszego zdania, na tej samej przyczynie, t. j. na wnikięciu ciała twardego do wąskiego i czułego przewodu i posiada ten sam mechanizm, co i napady kolki żółciowej lub nerkowej, t. j. podrażnienie bolesne, które odbija się na nerwach okolic sąsiednich. Ztąd nazywamy go „kolką wyrostkową“ (*colique appendiculaire*) i mniemamy, że ta kolka może zjawić się sama, albo być tylko pierwszym ogniwem przypadłości, prowadzących do przedziurawienia wyrostka i następstw tego faktu, t. j. zapalenia otrzewnej ograniczonego lub rozlanego“. „Podobnie jak bywa przy kamieniach żółciowych, pierwszy napad usposabia do powtórnych przypadłości przez to, że wejście do kanału jest rozszerzone i bardziej sprzyja wnikaniu stężyn; wtedy spostrzegamy zapalenie wyrostka z nawrotami (*appendicite á rechutes*)“. „W kamicy żółciowej jedynym następstwem zatkania przewodu żółciowego jest żółtaczka przewlekła, która może trwać całe tygodnie i miesiące; przedziurawienie przewodu na wysokości lub powyżej zatkania jest rzadkością, mimo ciśnienia, wywieranego przez wydzielaną dalej żółć. Tymczasem w cierpieniach wyrostka robaczkowego przedziurawienie jest prawidłem, ponieważ ściany tego narządu, pozbawione swojej żywotności wskutek ucisku naczyń, nie przedstawiają ochrony przeciw wnikaniu drobnoustrojów, nagromadzonych w rozszerzonym uchyłku“.

Str. 21. „Znaczenie chorobowe kału i stężyn kałowych nie uszło uwagi różnych autorów, którzy spostrzegali przedziurawienie wyrostka robaczkowego. Jednakże z jednej strony rola, przypisywana stężynom, ogranicza się na uznaniu ich za czynniki przedziurawienia; nie zostało zaś bliżej rozebrane, jakim sposobem stężyna może spowodować owrządzenia ścian. Mówi się, że przedziurawienie wyrostka zostaje wogóle wywołane przez stężynę kałową lub obce ciało, a więc możnaby wnioskować z tego, że *scybala* lub pe. tki owocowe ranią wprost ścianę wyrostka na podobieństwo igły lub ości rybiej. Trudno jednak pojąć, by ciało miękkie i zaokrąglone, jak np. kał, działało tak na ścianę wyrostka, jak ciało ostre, np. ość rybia; nie sposób wytłómaczyć, dlaczego w podobnych przypadkach jest rozszerzony, obrzmiały, zgrubiały, blizki zgorzeli; dlaczego w większości przypadków przedziurawienie nie jest umiejscow-

wione na wysokości ciała obcego, ale na pewnej dosyć znacznej odległości i wogóle powyżej ciała obcego". „Ciało obce jakiegokolwiek natury, wpędzone do wyrostka przez skurcze kiszki ślepej, zatrzymuje się w części górnej wązkiego przewodu, co prowadzi za sobą z jednej strony zatkanie ujścia przewodu wyrostkowego do kiszki ślepej, a z drugiej ucisk ścian wyrostka i utrudnienie krążenia w naczyniach tych ścian. Wskutek zatkania ujścia powstaje nagromadzenie wydzieliny błony śluzowej i rozciągnięcie wyrostka, a ztąd ucisk naczyń i osłabienie żywotności narządu. Drobnoustroje, znajdujące się w obfitości na powierzchni błony śluzowej, rozmnażają się w płynie zastoinowym wyrostka, jak w zamkniętem naczyniu. Mikroby te nieszkodliwe w warunkach normalnych i pozostające bez wpływu na komórki zdrowe, ogarniają bez trudu elementy anatomiczne, pozbawione odżywczej surowicy krwi; działając coraz silniej, wprowadzają w stan zapalny, niszczą i owrzadzają ściany wyrostka i nareszcie dziurawią je na jednym lub kilku punktach do jamy otrzewnej“.

„Możnaby zarzucić, że najmniej w $\frac{1}{3}$ przypadków w statystykach przytoczonych powyżej nie skonstatowano obecności, ani zresztą nieobecności ciała obcych w wyrostku. Przypadki jednak, w których na nieobecność nie zrobiono nacisku, można nie uwzględniać, ponieważ autorowie nie zwrócili na nie uwagi; względem innych możliwe są trzy alternatywy:

Popierwsze, ciało obce, usadowione słabo i tylko w części górnej wyrostka, może wpaść napowrót do kiszki ślepej, gdy napięcie ścian zmniejsza się wskutek przedziurawienia; podrugie, płyn, nagromadzony w jamie wyrostka, łatwo może rozmiękczyć stężynę kałową i przemienić ją na masę pół-płynną szarawego lub zielonego koloru, o czem wspomniano w niektórych spostrzeżeniach. Nareszcie stężyna kałowa może wpaść do jamy otrzewnej lub do ropnia wokoło kiszki ślepej, rozpuścić się i zniknąć, jeżeli cierpienie trwa dosyć długo“. Tak mniej więcej przedstawia się w całości teoria TALAMON'a, opierająca się na dwóch momentach: a) na zamknięciu światła wyrostka przez stężynę kałową i ucisku, wywieranym na jej ściany i b) na drażnieniu przez drobnoustroje, zawarte w zamkniętej jamie wyrostka, obrzmiałych jego tkanek.

Sądzę, że kto raz widział stężynę kałową, kamień żółciowy i kamień nerkowy i kto raz badał anatomicznie uchylek wyrostkowy, przewód żółciowy i moczowody musi od razu dojść do wniosku, że teoria ta pozbawiona jest wszelkiej podstawy. Prawda, że wyrostek glistowaty, przewód żółciowy i moczowód są tworami błoniasto-mięśniowymi, ale i to prawda; 1) że uwięzione w nich złogi wiele się różnią między sobą pod względem spoistości i postaci zewnętrznej; gdy kamienie żółciowe i nerkowe wskutek swojej znacznej spoistości i ostrych niekiedy kantów, napierając bardzo mocno na ściany przewodów, mogą je dziurawić, miękka stężyna kałowa, przyjmująca najczęściej formę, nadaną jej przez kanał wyrostka, nie może nigdy bezpośrednio zranić obejmujących ją tkanek; 2) że stężyny kałowe, znajduwane w ropniach okołowystkowych, nie zawsze mają formę, jaką mógłby im nadać kanał wyrostka i 3) że po za zatkany przewodem uchylkowym niema narządów, obficie płyn wydzielających, jakie istnieją po nad zatkany moczowodami i przewo-

dem żółciowym wspólnym. Pytam się tedy, jakim się dzieje sposobem, że miękka i bezpostaciowa stężyna kałowa wywiera taki gwałtowny ucisk na ścianę wyrostka, że ją dziurawi lub wywołuje zgorzel, a twarde, szorstkie i ostre kamienie nerkowe i żółciowe, po za którymi znajduje się zbierający się w coraz większej ilości płyn, wskutek czego zwiększa się co chwila ucisk na ściany, upośledzający krążenie krwi w tkankach uciśniętego odcinka, nadzwyczaj rzadkô je dziurawią?

Że w sąsiadującym z żołądkiem i dwunastnicą przewodzie żółciowym mogą również znajdować się drobnoustroje, nie mniejszą odznaczające się złośliwością, niż drobnoustroje, przebywające w cienkich kiszkiach, trudno chyba wątpić. Momentów więc, działających przy uwięźnięciu kamieni żółciowych w przewodach, jest więcej, niż przy kałowym zatkaniu wyrostka; tymczasem efekt, wywołany przez nie, jest nieporównanie rzadszy i słabszy od wywołanego obecnością w kanale wyrostka — częstokroć bardzo nikłej stężyny. Wególe widzimy, że żaden z autorów, piszących o tym przedmiocie, nie mógł się jakoś obejść bez tej zatyczki kałowej, t. j. że wszyscy zmienili *typhlitem stercoralem* na *appendicitidem stercoralem*. Nieobecność tej zatyczki w przeszło 40% przypadków usiłują wytłómaczyć w najrozmaitszy sposób, byle tylko wspomnianą teorię utrzymać w całości. Ignorują oni również fakty, wskazujące, że obecność w przewodzie wyrostka ciał obcych znacznej nawet objętości i spoistości nie zawsze wywołuje przedziurawienie lub zgorzel jego tkanek. Najwymowniejszym pod tym względem faktem jest spostrzeżenie LEWIS'a, a mianowicie znalezienie przy sekcji 88-letniego myśliwca w kanale zdrowego wyrostka robaczkowego 122 śrócin.

Otóż mnie się zdaje, że sprawa ta patologiczna w zupełnie inny rozwija się sposób. Zważywszy, że uchyłek wyrostkowy po utracie właściwych sobie ruchów robaczkowych, co zazwyczaj następuje po rozwinięciu się chociażby najmniejszych zmian we włóknach mięśniowych lub w tkance łącznej okołomięśniowej, przybiera cechy zatoki chirurgicznej w ścisłym tego słowa znaczeniu; że zastawka GERLACH'a staje się wtedy niedostateczną i nie zakrywa w zupełności światła otworu uchyłkowego; że mało uodpornione tkanki znajdują się w bezpośrednim zetknięciu z przewodem pokarmowym, w którym nie zbywa na drażniących i trujących substancjach; że choroba dotyka przeważnie mężczyzn [80%], u których, jak wykazały badania ZUKERKANDL'a, unaczynienie tkanek tych jest znacznie słabsze, niż u kobiet; że widoczne objawy zapalenia wyrostka w 80% przypadków miewają miejsce u dzieci — od lat 5 — i młodzieńców, t. j. w wieku, w którym rozpoznanie lżejszych zaburzeń jest tu prawie niemożliwe; że częstokroć zapalenie wyrostka spostrzega się — nie jednocześnie — u kilku członków jednej rodziny, co wskazuje na prawdopodobne istnienie w uchyłku tych osobników wrodzonego zboczenia anatomicznego, sprzyjającego rozwojowi tej sprawy; że wyrostek glistowaty znajdowano, jak wykazały badania TORR'a i wielu innych, nader często chorobowo zmienionym i tam, gdzie jedynie z powodu niejasności objawów klinicznych, choroby tej nie rozpoznano za życia; zważywszy wreszcie, że skrycie przebiegające formy patologiczne bardzo nawet poważny mogą przybierać charakter, t. j. że mogą,

nie zdradzając się żadnymi objawami, wywołać częściową zgorzel ścian wyrostka i ich przedziurawienie; musimy dojść do wniosku, że ostre objawy kliniczne, jakie spostrzegamy, są najczęściej jedynie wynikiem drażnienia chorobowo już zmienionych tkanek uchyłka przez tworzące się w przewodzie pokarmowym toksyny.

Że kliniczne objawy, jakie obserwujemy, zwłaszcza na początku choroby, zależą w przeważnej części od jadowitości drażniącej substancji, nie zaś od natężenia zmian patologicznych, jakim w danej chwili ulegają tkanki uchyłka wyrostkowego, dowodzą: *a*) często wymieniany przez chorych moment etyologiczny, a mianowicie napad kolki, występujący po spożyciu niezdrowego pokarmu lub po wypiciu takiegoż napoju w obfitej ilości, *b*) zmiany w tkankach uchyłka, nie odpowiadające nader często wcale wielce groźnym objawom, jakie obserwujemy przy łóżku chorego podczas napadu kolki wyrostkowej, *c*) [zdarzające się niekiedy już przy wcale nieznacznych zmianach, na wewnętrznej powierzchni wyrostka, np. przy złuszczeniu tylko nabłonka, silnej zatrucie ustroju, zabijające chorego w przeciągu kilku godzin], przy objawach zapaści (*appendicitis septica*), *d*) znajdowane przy operacjach i sekcyach nieznaczne zmiany w budowie anatomicznej uchyłka kiszki ślepej tam, gdzie bardzo często powtarzające się nawroty odznaczały się burzliwością, naodwrot—zmiany bardzo poważnie, bo nawet przedziurawienia, w przypadkach o nieznacznych objawach klinicznych lub żadnych nie zdradzających objawów [spostrzeżenia FERQUSON'a], wreszcie *e*) spostrzegane przez prof. GOŁUBOWA ¹⁾ z Moskwy i MERKLEN'a ²⁾ epidemiczne występowanie tej choroby.

Na przypuszczenia tylko co wyłuszczone naprowadziły mnie następujące spostrzeżenia. Wspomniałem już wyżej, że resekeyę wyrostka wykonano u mnie w lecznicy u 8 z pomiędzy 30 operowanych. Otóż w 3 z pomiędzy 6 operowanych przezemnie znalazłem stężyny kałowe w jamie ropnia okołowyrostkowego; w samym zaś świetle tych uchyłków nie znalazłem takich. U trzech pozostałych badania wykazały, co następuje: u dwóch żadnej nie znaleziono stężyny, u jednego zaś znalazłem wprawdzie kilka drobnych ziarenek kałowych, które jednak nie mogły ostatecznie być uważane za złogi kałowe. Również u dwóch ostatnich, operowanych przez innych chirurgów, żadnych nie znaleziono stężyn. W 7 z tych 8 przypadków ślepy koniec wyrostka był w zupełności zniszczony.

Spostrzeżenia anatomów wskazują: 1) że zapalenie wyrostka od lekkich do najbardziej ciężkich postaci mogą przebiegać zupełnie skrycie i że owrzodzenia i przedziurawienia zarówno mogą zablźnić się, jak i pozostawać bez zmiany wśród uformowanych błon wrzekomych, nie zdradzając się żadnymi objawami klinicznymi dopóty, dopóki nie przyłączy się jakiś moment septyczny lub silnie drażniący.

¹⁾ Berliner klinische Wochenschr. Nr. 1. 1898.

²⁾ Gazet. hebdom. Nr. 24. 1897.

Przejdę teraz do szczegółowego opisu przypadków, spostrzeganych u mnie w lecznicy.

A) *Peritonitis diffusa appendicularis.*

1) L. Ch. z Janowa przywieziony został do lecznicy d. 27. II. 1893 r. o godzinie 11^{1/2} w nocy, 7-go dnia choroby.

Wywiady. L. Ch., mężczyzna lat 24, jak twierdzi rodzina, był dotychczas zupełnie zdrowy, cierpiał tylko od lat kilku na nawykowe zaparcie stolca. Przed 7 dniami, t. j. d. 20. II. w nocy, w kilka godzin po spożyciu obfitej kolacji i wypiciu szklanki piwa owsianego, obudził się z gwałtownymi bólami w brzuchu, umiejscowionymi przeważnie z prawej strony, przyczem jednocześnie wystąpiły wymioty, czkawka i silna gorączka. Po pięciocdniowym leczeniu w domu, przywieźli go do Warszawy, gdzie przez dwa jeszcze dni pozostawał pod opieką kolegów, terapeutów. Dopiero d. 27 wieczorem na naradzie, odbytej o godzinie 7^{1/2}, zdecydowano poddać go leczeniu operacyjnemu. Leczenie wewnętrzne polegało głównie na stosowaniu środków przeczyszczających i lawatyw.

Stan obecny. Pacjent, mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiany, leży nieprzytomnie, czka i wymiotuje bezustannie. Wymiociny mają kałowy zapach. Tętno drobne, małe i nader częste, 160 uderzeń \square a minutę. Oldech żebrowy powierzchowny i częsty 46—48. Brzuch beczułkowato wzdęty i nadzwyczaj bolesny za najłżejszem nawet dotknięciem. *Retentio urinae*. Innych narządów nie badano, gdyż chory nie nadawał się do przeprowadzenia szczegółowego badania wszystkich narządów.

Operacja. Upredziwszy rodzinę, że stan chorego jest beznadziejny i że skutki operacji są bardziej niż wątpliwe, przystąpiono na wyraźne żądanie otoczenia, by wykonano operację, jako *ultimum refugium*, do jej przeprowadzenia, przy uprzednim wstrzyknięciu pod skórę kilku szprycek eteru z kamforą. Po przeprowadzeniu cięcia w smudze białej między pępkiem a spojeniem łonowym, wypuszczono z jamy otrzewnej przeszło 1000,00 kałowo-cuchnącej ropy zielono-szarawego koloru. Wzdęte i flakowate kiszki cienkie były wszędzie pokryte szarym, błonicowym nalotem i zlepione między sobą świeżemi błonami wrzekomemi. Ślepy koniec uchyłka wyrostkowego w zupełności był zniszczony. Pozostały odcinek, obrzmiały i zlepiony z kilku pętlcami kiszek cienkich, po ostrożnem odklejeniu wycięto w całości. Długość wyciętego uchyłka wynosiła około 7 ctm.. Krezka była bardzo słabo rozwinięta, niemal w stanie zaczątkowym. Po zaszcyciu rany, pozostałej w kiszce ślepej, złączono brzegi rany powłok brzusznych za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Chory wkrótce po operacji zmarł przy objawach zapaści. Stężyń kałowych nie znaleziono ani w wypuszczonej ropie, ani w jamie brzusznej, ani nawet w przewodzie wyrostka.

2) G. P. z Białegostoku przywieziony został do lecznicy dnia 4. IX. 1896.

Wywiady. Pacjent, młodzieniec, lat 19, z wyjątkiem płonicy, na którą chorował, mając lat 7, żadnym innym chorobom do ostatnich czasów nie uległ. Przed 14 dniami, po przypadkowym poślizgnięciu się uczuł nagle gwałtowne bóle w pod-

brzuszu przeważnie z prawej strony. Ponieważ żadnych innych objawów na razie nie zauważono, a bóle stopniowo zmniejszały się i po dwóch dniach zupełnie znikły, przeto też najmniejszej na nie nie zwrócono uwagi i chory przez następne cztery dni pędził zwykły swój tryb życia. Szóstego dnia wieczorem po wypiciu szklanki zimnego i prawdopodobnie nie dobrego mleka, uczył nagle znowu gwałtowne bóle w prawym podbrzuszu, do których jednocześnie przyłączyły się wymioty, dreszcze i gorączka. Pijawki i lód, stosowane na okolicę kiszeki ślepej, a makowiec wewnątrz uspokoiły chwilowo ból i wymioty. Gorączka natomiast, przybrawszy typ zwalniający, trwała w dalszym ciągu bez zmiany. Wypróżnienie następowało za każdym razem po stosowaniu lawatywy. Stan ten trwał bez widoczniejszej zmiany do d. 3. IX. Poprzedniego dnia nastąpiło u chorego znaczne pogorszenie, wskutek czego rodzice postanowili przywieźć go do Warszawy.

Stan obecny. P. G., młodzieniec zbudowany i odżywiany niezgorzej, znajduje się w stanie mocno apatycznym. Ciepłota 39,9. Tętno 132—136. Oddech żebrowy 42. Język obłożony grubym, białym nalotem. Wymioty, aczkolwiek rzadsze, trapią go jeszcze dosyć często. Brzuch wszędzie równomiernie wzdęty i nadzwyczaj bolesny za dotknięciem. Ból ten najwyraźniej przejawia się w prawym podbrzuszu. Mocz odchodzi często w małych ilościach. Narządy klatki piersiowej prawidłowe.

Operacja. Badanie, przeprowadzone po uśpieniu chorego, wykazało, że w jamie otrzewnej istniały dwa ropnie: jeden w prawym dole biodrowym, drugi w zagłębieniu DOUGLAS'a i że oba te ropnie są oddzielone od siebie grubym wałem. Po opróżnieniu pęcherza moczowego za pomocą cewnika, przecięto powłoki brzuszne: a) w miejscu typowym i b) w smudze białej między pępkiem i spojeniem łonowym. Ropa, która wydobyła się *ex fossa iliaca dextra* w ilości około szklanki, miała wybitnie kałowy zapach i zielonawe zabarwienie. W dolnym kącie tej rany znalazłem dwie stężyny kałowe: jedna z nich miała kształt i wielkość ziarenka grochu, druga z postaci była zupełnie podobna do ziarenka palonej kawy. Wyrostek robaczkowy, grubości średniego palca leżał na przedniej powierzchni kiszeki ślepej i był skierowany ku dołowi i na wewnątrz. Ślepy jego koniec był w zupełności zniszczony. Długość wyciętego odcinka wynosiła około 4,5 ctm.. Światło przewodu było u dolnego końca w zupełności zarośnięte. Przez cięcie w smudze opróżniono po oddzieleniu na tępo sieci, zlepionej na znacznej przestrzeni z otrzewną ścienną, w ilości również około szklanki rzadką i cuchnącą ropę, znajdującą się w dole pęcherzoprostnicowym. Jama tego ropnia była ze wszech stron zamknięta świeżymi lepami. Wprowadziwszy do niej worek MIKULICZA, a do jamy dołu biodrowego dwa sęczki, złączono brzegi tych ran za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Opaska. Przebieg pooperacyjny był, aczkolwiek nie bez zakłóceń, dosyć pomyślny. Ciepłota wieczorna 38,8. Tętno 122—125. Czkawka i wymioty.

Dnia 6. IX. Ciepłota 38,7—38,2. Tętno 120. Oddech żebrowy. Wymioty ustały. Pragnienie. Chory mniej apatyczny. W ciągu dnia odeszło kilka wiatrów. Przez następne 7 dni stan chorego o tyle się poprawił, że ciepłota

ciała spadła do normy, wypróżnienia odbywały się samodzielnie i pacjent zaczął już przyjmować płynne pokarmy.

Dnia 14. IX. Wieczorem ciepłota 38,9.

Dnia 15. IX. Z pod górnego kąta bocznej rany brzucha sączy się ropa w dosyć obfitej ilości. Usunięcie szwów i rozdzielenie zlepionych już brzegów górnego odcinka rany. Ropa, w ilości około łyżki stołowej, zgromadziła się w zagłębieniu na zewnątrz kieszki ślepej. Lekkie wytamponowanie oczyszczonej jamy paskami wyjałowionej gazy jodoformowej. Wieczorem 37,4.

Dnia 2. X. Spostrzegłem przy nieznacznym podniesieniu ciepłoty, ponad więzem *POUPART*'a z lewej strony tuż pod *spin. il. ant. sup.* chelbocącą guzowatość wielkości mniej więcej włoskiego orzecha. Ropień ten, jak się okazało po nacięciu, był podskórny i wcale nie łączył się z jamą otrzewnej. Od tego czasu wyzdrowienie chorego odbywało się bez wszelkiego zakłócenia i pacjent d. 31. X. 1896 wypisał się z lecznicy zdrów i ze zupełnie zagojonymi ranami. [C. d. n.].

STAN i POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

— † — † —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 13].

Samo jednakże polepszenie bytu służby szpitalnej nie wystarczy jeszcze, by ją uczynić odpowiadającą potrzebie. Minęły już czasy, gdy przypuszczano, że kobieta rodzi się uzdolnioną do wychowywania dzieci i pielęgnowania chorych, że dobra obsługa chorego jest rzeczą intuicyjną. Nie przecząc, że pielęgnowanie chorych, jak zresztą każde inne zajęcie, wymaga pewnego daru w tym kierunku, musimy jednakże zaznaczyć, że stanowi ono już w swoim rodzaju naukę, z którą trzeba się zapoznawać teoretycznie i praktycznie. Dziś w pewne formy ujęto nie tylko mniejsze zabiegi lecznicze [pędzlowanie, wcieranie maści, stosowanie zimnych lub gorących okładów i t. p.], lecz nawet takie rękoczyny, jak: przenoszenie chorych, prześcielenie im, zmienianie bielizny, karmienie, kąpanie, obmywanie i t. d.. Wykład tej umiejętności, na nieszczęście teoretyczny tylko, oddawna już zaprowadzono w szkole felezerskiej. Obecnie, idąc za przykładem innych, należałoby postarać się o praktyczne obznajmianie służby szpitalnej ze sztuką pielęgnowania chorych. Za granicą, gdzie dawno już pozaprowadzano takie wykłady, dziś szpitale mają dobrą, stałą obsługę chorych i mogły się pozbyć stosunkowo droższej, a mało produkcyjnej pomocy felezerów. Tymczasem u nas, gdy zajdzie potrzeba umiejętnej obsługi nawet w zamożnym prywatnym domu, trzeba nieraz sprowadzać służącego z Niemiec. To też sprawę kształcenia posługaczy szpitalnych uważamy za rzecz pierwszorzędnej wagi. Co się tyczy sposobu, w jaki ma być to kształcenie przeprowadzone, to mamy tu na widoku dwa wzory: albo oddzielną szkołę przy jednym ze szpitali [Austria i poniekąd Francja], albo też rodzaj demonstracji z krótkimi wykładami [Niemcy].

Nam się wydaje bardziej odpowiednią, przynajmniej dla naszych stosunków, ta druga postać nauczania. Pominąwszy już ten wzgląd, że łatwiej uży-

skąć pozwolenie na praktyczne demonstracje, niż na formalną szkołę, balibyśmy się, by taka szkoła nie przeładowywała swych uczniów nazbyt teorią i nie wypuszczała niedouczków z dużemi pożądaniami a małą wiedzą. Tak się do pewnego stopnia dzieje w Austrii, gdzie pootwierano, przeważnie za prywatną inicjatywą, szkoły pielęgnowania chorych. Wychowawcy tych szkół bardzo niechętnie idą do szpitali, a przeważnie starają się o zarobkowanie w domach prywatnych. Natomiast w Niemczech zaprowadzono stosowne wykłady z demonstracjami, które lekarze-asystenci urządzają w większych szpitalach dla służby szpitalnej podniósł się znacznie i obecnie projektowane jest rozszerzenie zakresu wykładów. Taki stopniowo prowadzony system nauczania wydaje się nam najodpowiedniejszym. Należałoby wypracować odpowiedni program wykładów z demonstracjami i wykonanie jego powierzyć lekarzom miejscowym, czy też lekarzom-asystentom, mieszkającym w szpitalu. Raz lub dwa razy w roku odbywałyby się takie kursa, a posługacz, któryby je wysłuchał i zdał egzamin w obecności naczelnego lekarza, miałby prawo do podwyższenia pensyi oraz do otrzymania odpowiedniego świadectwa. Takie wykłady należałoby wprowadzić nie tylko w szpitalach ogólnych, lecz i w specjalnych, a zwłaszcza w szpitalach dla obłąkanych. W Niemczech, Francyi, a zwłaszcza w Anglii zakłady dla chorób umysłowych stoją o całe niebo wyżej od naszych, a przewagę tę w znacznym stopniu zawdzięczają inteligencyi i wyszkoleniu służby, pielęgnującej chorych. Dość zobaczyć karmienie sztuczne, obezwładnianie podnieconych i t. p. u nas i tam, by pojąć całą różnicę pomiędzy naszym a tamtejszym służącym. O tem wiedzą nie tylko lekarze, lecz nawet publiczność. Pomimo to zgoła nie pomyślano o tem, by naszego służącego szpitalnego choć nieco okrzesać. Obecnie, przy innych reformach szpitalnych, należałoby i na tę potrzebę zwrócić pilną uwagę.

Role instruktorem niższej służby szpitalnej muszą z konieczności pełnić siostry miłosierdzia i dzięki im tylko chorzy mają obecnie jakąkolwiek opiekę. Niemniej przeto dola tych siostr jest nie do pozazdroszczenia. Siostry miłosierdzia w szpitalach naszych dozorują niższą służbę oraz zajmują się pielęgnowaniem chorych, kuchnią, spiżarnią, pralnią i apteką. Wszystkie one są zawalone pracą od wczesnego rana do późnego wieczora, a żyją przytem w takich warunkach, które domagają się niezwłocznej reformy. Oddziałowa siostra opiekuje się zwykle 30—40 i więcej chorymi, musi się przeto troszczyć o bieliznę i pościel dla nich, dzieli im jedzenie i sama karmi ciężko chorych, daje lekarstwa, mierzy ciepłotę, pomaga przy prześcielaniu, sama wykonywa niektóre rękoczynny, jako to: okłady, szprycowania, inhalacje i t. p.. Wprawdzie niektóre z tych czynności powinnyby spełniać służba, lecz wobec częstego jej zmieniania się, niedostatecznej zdolności i niskiego poziomu inteligencyi przeważnie bywa to niemożliwe, wskutek czego siostra sama musi wykonywać znaczną część obsługi chorych. W oddziałach chirurgicznych siostra miłosierdzia obowiązana jest przechowywać, wydawać, a często i przyrządzać materiały opatrunkowe. Po za tem do siostry należy cały kłopot o szycie i naprawianie bielizny, szpitalnego ubrania i pościeli. To też, o ile jej czas pozwoli, sama szyje, a nadto wyszukuje do tego mniej chore kobiety oraz tak sztukuje z pracą służby, by im i na szycie czasu starczyło. Wprawdzie w szpitalu Dzieciątka Jezus od niedawna przeznaczono na ten cel 100 rubli rocznie i powierzono szycie, naprawianie i cerowanie wychowanicom szpitalnym pod zarządem siostry, która po za tem ma inne zajęcia, nie wystarcza to jednakże i większość siostr oddziałowych musi, jak dawniej, spieszyć z pomocą. W mniejszych szpitalach dotąd nie pomyślano o urządzeniu jakiegokolwiek szwalni, tak, że siostry [szpital pragski] z własnej inicjatywy mu-

szą wynajmować szwaczkę. Otóż urządzenie przy szpitalach prawidłowo funkcjonujących szwalni, pozostających pod nadzorem siostr, przedstawia jedną z pilniejszych potrzeb. Mówiąc o siostrach, pielęgnujących chorych, trzeba dodać, że muszą one w większych szpitalach kolejno w nocy pełnić deżury. Co się tyczy siostr, pełniących obowiązki w kuchni i pralni, to praca ich bynajmniej nie jest lżejsza, jak się to zresztą łatwo można było przekonać z tego, cośmy o niższej służbie gospodarczej mówili. Wreszcie należy nadmienić, że siostry muszą prowadzić liczne księgi rachunkowe, inwentarzowe i t. d., co też im niemało czasu pochłania.

Pracując bardzo ciężko, siostry miłosierdzia żyją przytem w warunkach, nie odpowiadających najprostszym wymaganiom higieny. Pomieszczenie, gdzie spiąją, bywa ciasne i niewygodne, obsługa tegoż licha, infirmarya dla chorych, o ile istnieje, nie odpowiada celowi. Siostry nie mają oddzielnych łazienek i muszą się kąpać w wannach, przeznaczonych dla chorych. Jedną z najbardziej ujemnych stron życia pracujących w szpitalach siostr miłosierdzia przedstawia brak wypoczynku. Spowodowane tem przepracowanie wywołuje liczne choroby, jakim one podlegają, a które zależą li tylko od złych warunków życia i zmęczenia [niedokrwistość, blednica, charactwo i t. p.]. Polepszenie bytu siostr miłosierdzia powinno leżeć na sercu zarządom szpitali, boć przecież one stanowią pierwszorzędnej wagi czynnik w szpitalach naszych. Zawdzięczając ich zapobiegliwości, pracy, samozaparcia się, szpitale, pomimo dzisiejszych marnych warunków swego istnienia, mogą jednakże dać chorym jakąś opiekę i zaprowadzić jakikolwiek ład. To też obowiązkiem jest zarządu szpitali dbać o te ciche, mało potrzebujące, a dużo dające pracownice. Tymczasem, jak dotąd przynajmniej, zarząd szpitali nader mało uwzględniał ich potrzeby, kierując się widocznie zasadą, że kto nie domaga się natrętnie, nie potrzebuje. Nie tylko nie postarano się o umożliwienie wypoczynku dla siostr miłosierdzia, lecz nie przedsięwzięto prawie nic w tym celu, by im poprawić warunki życia w szpitalu. Zgodziwszy się nawet do pewnego stopnia na to, że w starych szpitalach trudno jest zrobić wiele pod tym względem, niepodobna przecież nie zwrócić uwagi na tę okoliczność, że w nowobudującym się szpitalu na folwarku Ś-to Krzyskim pomieszczenie dla siostr będzie mniej wygodne, niż obecne ich pomieszkanie w szpitalu Dzieciątka Jezus! W pierwotnie zatwierdzonym projekcie pomieszczenie dla siostr miało być mniejsze, niż jest ono teraz. Dopiero, zawdzięczając inicjatywie obecnego pana inspektora szpitali, projekt ten zmieniono i, o ile nam wiadomo, przeznaczono dla siostr nieco więcej miejsca. Niemniej przeto i dziś nie można nazwać szczęśliwym pomysłu pomieszczenia siostr w domu administracyjnym, a zatem w znacznej odległości od wielu pawilonów. Przecież niektóre z tych siostr będą zmuszone kilka razy dziennie chodzić do pawilonów, odległych od domu administracyjnego na pół kilometra i więcej, co przecież nie jest rzeczą obojętną w czasie zimy, a to tembardziej, że siostry muszą być już o 5-ej rano na salach. Mając to na względzie budowniczy w pierwotnych swych planach zaproponował dla siostr oddzielny budynek, położony w środku placu, a zatem w odległości możliwie najbliższej od wszystkich zabudowań. Projekt ten ze względu na powiększenie kosztów odrzucono, a szkoda wielka, gdyż szpitale oszczędzają na siostrach tyle, że można było wykosztować się dla nich na taki wydatek. Przecież siostra pobiera tylko 45 rubli rocznie na ubranie [starsza siostra 60 rubli] i 35 kopiejek dziennie na życie, za jaką to cenę nie tylko dozorczyń, lecz nawet lichej służącej nie dostanie się.

Wyżej już mówiliśmy, że wobec ciężkiej pracy, szybko wyczerpującej siły siostr miłosierdzia, należałoby dawać im czas na wypoczynek. W tym celu potrzeba zwiększyć liczbę siostr w szpitalach o tyle, by wypoczywające mogły być zastępowane przez inne. Po za tem należy wyszukać jakieś odpowiednie miej-

see na wsi [może w którym z folwarków, należących do szpitali], gdzie mogłyby spędzać czas latem siostry, wypoczywające kolejno. Wreszcie dla chorych sióstr należałoby odpowiednio uprzystępnąć leczenie w zakładach kąpielowych i wodoleczniczych. [D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

38. G. Zuelzer. Pleuritis diaphragmatica.

Pierwszym, który podał charakterystyczny opis tego obrazu chorobowego, był GUÉNEAU DE MUSSY w roku 1853. Znaczenie praktyczne ma tylko rozpoznanie formy ropnej przeponowego zapalenia płucnej. Choroba rozpoczyna się od objawów wspólnych wszystkim ostrym zapaleniom płucnej; lecz ból jest silniejszy, a zwłaszcza rozleglejszy, niż w zwykłych formach. Przy obmacywaniu można stwierdzić istnienie punktów bolesnych na całym obwodzie klatki piersiowej, na wysokości przyczepu przepony, w dolnej części szyi tam, gdzie *n. phrenicus* przeciąga obok *mm. scaleni*, wreszcie w punkcie, który DE MUSSY nazywa „*bouton diaphragmatique*”; jest to punkt, w którym przecinają się dwie linie: pionowa, biegnąca wzdłuż zewnętrznego brzegu mostka i pozioma, wyobrażona przez przedłużenie dziesiątego żebra. Niekiedy występują bóle promieniujące na przedziegu nerwów międzyżebrowych, a nawet pojedynczych gałęzi splotu szyjowego. Podżebrze i podstawa klatki piersiowej ze strony chorej prawie są nieruchome; opukiwanie podstawy płuca wykazuje z tej strony pas odgłosu bębniściego, odpowiadający uciskanemu przez wysięk dolnemu płatowi płucnemu. Póki wysięk ogranicza się pomiędzy przeponą a podstawą płuca, jedynymi oznakami wypukowemi są: osłabiony oddech pęcherzykowy i pojedyncze rżenia trzeszczące i podtrzeszczące. Największe znaczenie rozpoznawcze przypisuje DE MUSSY omówionemu „*bouton diaphragmatique*”. Sądzi on, że gdyby na ten punkt zwracano uwagę, częściej rozpoznawanoby zapalenie płucnej przeponowe i nie poprzestawanoby na rozpoznaniu pleurodynii. Sam DE MUSSY widział dwa przypadki, w których, jakkolwiek nakłucia próbne dały rezultat ujemny, jednakże postawiono rozpoznanie *pleurit. diaphragmaticae* i przez operacyjne opróżnienie ropy uleczono chorych. ZUELZER opisuje przypadek, obserwowany w klinice giessenkiej. Rozpoznanie postawił głównie na zasadzie bolesności w lewym podżebrzu i niezmierniej bolesności „*bouton diaphragmatique*”. Prócz tego były inne objawy ropnego zapalenia płucnej [gorączka i t. d.], i lewy *n. phrenicus* na szyi był niezmiernie na ucisk wrażliwy. Po kilku dniach pacjent wykrztusił około 180 ctm. sześć. cuchnącej płwociny, barwy w części żółtozielonej, w części brunatnej, poczem nastąpiła niejako poprawa. Gdy wszakże wkrótce stan znów się pogorszył, wówczas, pomimo ujemnego rezultatu dwu próbnych nakłuć, przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny i, opierając się na rozpoznaniu *pleuritis diaphragmaticae (abscessus pleuro-diaphragmaticus) sinistrae*, przystąpiono do operacji. Po resekcji dziesiątego żebra nakłucie naprowadziło na ropień, położony pomiędzy wypukłością przepony a podstawą lewego płuca. Następnego nocy pacjent zmarł. Badanie pośmiertne potwierdziło, że ropień nadprzeponowy był otorbiony i że otwór drążący do płuca znów się zasklepił. Widać, jak próbne nakłucie w podobnych przypadkach nie może mieć zupełnie znaczenia rozstrzygającego.

39. Rumpf. O przemianie białkowej i wydzielaniu cukru przy moczowce cukrowej.

W ciężkich przypadkach moczówki cukrowej ustrój może stracić zupełnie zdolność przyswajania substancji krochmalowych; jeżeli do ustroju takiego wprowadzimy pewną ich ilość, nieraz wydzielanie cukru znacznie się wzmacnia, przyczem nadmiar jego przewyższa ilość podanych wodorów węgla tak, iż należy przypuszczać, że po części powstaje on i ze zwiększonego rozpadu białka, co zresztą udowodnić się daje za pomocą ścisłych obliczeń ogólnej ilości wydzielanego przez organizm azotu. Autor jednak opisuje dwa przypadki, w których nadmiaru cukru po ścisłym obliczeniu ogólnej przemiany azotowej, nie można było położyć na karb rozpadania się substancji białkowych, wypowiada więc przypuszczenie, że tłuszcz w pewnych razach może być też dostarczyćcelem cukru. Jakoż tłuszcze składają się z kwasów tłuszczowych i gliceryny. FISCHER dowiódł, że gliceryna utlenić się daje w związek z szeregu cukrów [gliceroza], a wstrzykiwanie gliceryny u zwierząt sprowadza znaczne zwiększenie się zawartości glikogenu w wątrobie, słowem, wytwarzanie się cukru z gliceryny jest rzeczą prawdopodobną, jakkolwiek do dziś dnia za sporną kwestyę jest uważaną. Dalej w ten sposób wytłómaczyć można obecność w moczu pewnych lotnych kwasów tłuszczowych, znajdujących w przypadkach ciężkiej moczówki. I kwas oksymasłowy, jak wykazują badania chemiczne [MARKOWNIKOW], powstawać może z kwasu masłowego, o czym się zresztą autor przekonał u pewnego dyabetyka; a kwas masłowy z łatwością z substancji tłuszczowych wydzielać się może. Natomiast przypuszczenie dotychczasowe, że kwas oksymasłowy w ustroju pochodzenie swe zawdzięcza białku, nie znajduje potwierdzenia w żadnym odczynie chemicznym.

Autor więc ostatecznie dochodzi do wniosku, że w niektórych cięższych przypadkach dyabetu, w pewnych przynajmniej okresach czasu, w zależności zresztą od cech indywidualnych osobnika źródłem wydzielanego cukru mogą być nie tylko substancje białkowe, ale i tłuszczowe.

(Berl. klin. Wochensh. Nr. 9. 1899).

A. Lande.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział higieny szpitali i przytułków.

Posiedzenie z dnia 17. III. 1899.

Z. KRAMSZTYK wygłosił odczyt w sprawie ambulatoryów dla chorych przychodzących.

Szpital ogólny nie dawno jeszcze miał starczyć na wszystkie potrzeby leczenia publicznego; dziś ta instytucja coraz bardziej specjalizuje się i rozdziela: powstaje Pogotowie Ratunkowe, uzdrowiska, szpitale specjalne. I ambulatoryum ma swe specjalne zadanie, specjalne potrzeby i powinno stanowić instytucyę oddzielną. Do ambulatoryum udają się chorzy z lekkimi chorobami, zład pewne lekceważenie całej instytucji. Ale każda choroba powinna być poważnie leczona. Konieczność udawania się po poradę zależy nie tylko od ciężkości choroby, ale też od organu, chorobą dotkniętego. Chorzy, lecący się ambulatoryjnie, to ogromna większość chorych i już z powodu swej liczby zasługują na opiekę należyłą. Ambulatorya należycie urządzone mogą przejąć znaczną część dzisiejszej działalności szpitalnej. Ale powinny licznym zadość czynić wymaganiom. Przedewszystkiem chory mieć winien blisko ambulatoryum, a więc tych zakładów winno być dużo rozproszonych po mieście. Ambu-

latoryum powinno mieć obszerne pomieszczenie, urządzenia do różnych badań, salę operacyjną i kąpiele lecznicze. Wobec tych wymagań dzisiejsze ambulatorya szpitalne bardzo nędznie się przedstawiają. Nowe szpitale są zbyt odległe, jako punkty ambulatoryjne; ambulatorya są szczupłe i niezupełne, więc chorzy muszą korzystać z urządzeń szpitalnych i wnoszą do szpitala zgiełk i brud, największych wrogów szpitalnych. Dla różnych wyradzających się potrzeb, zawsze szpitale używać będą pokoiów ambulatoryjnych, bo wobec potrzeb poważniejszej instytucji ambulatorya przy szpitalach zawsze jako mniej ważne dodatki będą traktowane. Ordynator szpitala wobec wielkich operacji musi mniejszą uwagę zwracać na chorych ambulatoryjnych, a lekarze specjalni ambulatoryjni wobec ordynatorów szpitalnych mają jakieś podrzędne, niewłaściwe stanowisko. Jedynym motywem połączenia ambulatoryum ze szpitalem są względy finansowe: ambulatoryum takie prawie nie nie kosztuje, ale też nie przynosi tych korzyści, jakie dawać winno. Oszczędność ta połączona jest z uszczerbkiem dla obu instytucji: szpitali, a przedewszystkiem ambulatoryów.

W dyskusyi MĘCZKOWSKI stwierdza opłakany stan ambulatoryów szpitalnych, lecz przyczyna tego tkwi nie w istocie instytucji, ale w fatalnych urządzeniach, wspólnych i dla szpitali. Stan taki nie wymaga oddzielenia ambulatoryów od szpitali, lecz odpowiedniego ich ulepszenia. Uznając konieczność liczniejszych ambulatoryów w mieście, M. pragnąłby utrzymać ambulatorya przy szpitalach, ponieważ: 1) bardzo wielu chorych po krótkim pobycie może opuszczać szpitale dla leczenia ambulatoryjnego; gdyby ambulatoryum przy szpitalu nie było, tacy chorzy musieliby dłużej pozostawać w szpitalu lub z miasta przychodzić na oddziały; 2) ambulatoryum przy szpitalu dostarcza materiału naukowego dla oddziałów.

CHŁECHOWSKI zwraca uwagę, że powstające w ostatnim czasie ambulatorya po wsiach oddają bez porównania mniej pożytku chorym, niż szpitaliki. Badanie i leczenie chorych, schodzących się masowo zdaleka, musi odbywać się niemal niesumienne; jednocześnie demoralizuje to lekarzy, zwłaszcza młodych, przyzwyczajając ich do powierzchowności w badaniu i leczeniu. Takie ambulatorya po wsiach w pewnych warunkach mogą być wprost niebezpieczne i szkodliwe.

KLJEWSKI i KOZERSKI zaznaczają, że udoskonalenie urządzeń i pomocy lekarskiej w ambulatoryach szpitalnych jest konieczne i że gdzie to uczyniono [zwłaszcza bardzo porządnie w szpitalu Wolskim], tam wartość pomocy lekarskiej o wiele wzrosła, co się wyraża między innymi znakomicie zwiększoną liczbą chorych.

SOKOŁOWSKI pragnąłby tworzenia nowych ambulatorów oddzielnych od szpitali; Jul. KRAMSZYK sądzi, że przynajmniej w szpitalach specjalnych [np. dziecięcych] ambulatorya utrzymać należy.

W końcu dyskusyi, w której brali udział, oprócz powyższych, DUNIN, PERKOWSKI, KRZYŻE, TCHÓRZNIKI, przewodniczący podał wniosek, który zebrani przyjęli, mianowicie: należy dążyć do przekształcenia i poprawy urządzeń i obsługi lekarskiej w ambulatoryach szpitalnych, nadto zaś zakładać nowe ambulatorya niezależnie od szpitali.

W. M.

Wydział higieny zdrojowisk i stacyi klimatycznych.

Na posiedzeniu z d. 24 marca H. DOBRZYCKI mówił o Inowłodzu, jako o stacyi klimatycznej. Inowłódz posiada osadę letniczą, oddaloną o 2 wiorsty od miasteczka tegoż nazwiska, położonego w pow. rawskim nad Pilicą. Mieszkania letnie istnieją tu od r. 1884. Inowłódz posiada dość znaczne wzniesienie, grunt przepuszczalny, dobrą wodę do picia i do kąpiei, otoczony jest lasami od północy i zachodu. Przestrzeń leśna wynosi tu około 6 mil kwadrato-

wych. Mieszkania [120 pokoiów w 10 willach] są urządzone bez zarzutu. Inowłódz kilkakrotnie był zwiedzany przez grono kompetentnych lekarzy, którzy wydawali o tej miejscowości sądy bardzo pochlebne. DOBRZYCKI uważa Inowłódz za jedną z lepszych u nas stacyi klimatycznych, leśnych. Ujemną stronę Inowłódza stanowi trudny dojazd, ale jest nadzieja, że będzie tu przeprowadzona kolej wązkotorowa, urządzona dla eksploatacyi niedawno odkrytych pokładów rudy żelaznej.

W dyskusyi A. SOKOŁOWSKI zapytuje: jakie są ujemne strony Inowłódza i co uczyniono dla poprawy tychże? Na to odpowiada TCHÓRZNICKI, który należał do komisyi, dającej opinię o Inowłódzu, że w swoim czasie znaleziono tam bardzo złą asenizacyę, drożyznę produktów spożywczych i złą komunikacyę. Właściciel letnich mieszkań w Inowłódzu, adw. BIRENZWEJG, odpowiada, iż obecnie zaprowadzony jest tu wywozowy system asenizacyi: we wszystkich willach znajdują się wychodki na torfie oraz murywane śmietniki, z których codziennie są wywożone nieczystości. Co się tyczy ulepszenia komunikacyi, to starania p. BIRENZWEIGA dotychczas nie odnoszą skutku: sprowadził statek, który miał kursować od Tomaszowa do Inowłódza, jednakże z powodu ciąglego niskiego stanu wody ten sposób komunikacyi okazał się niemożliwym. Starania o utworzenie przystanku kolejowego rozbiły się o nieprzychylną opinię ministerjum dóbr państwa, które obawia się, że ruch związany ze stacyą kolejową będzie ploszył zwierzynę w okolicznych lasach. W ostatnich czasach odkryto około Inowłódza pokłady rudy żelaznej; poczynione już są starania o przeprowadzenie kolejki wązkotorowej dla eksploatacyi rudy.

Dyskusya w dalszym ciągu toczyła się koło tego, czy Inowłódz można uważać za stacyę klimatyczną, czy tylko za miejsce letniego pobytu, które może przedstawiać materiał na stacyę leśną.

Wszyscy, biorący udział w tej dyskusyi [RYCHLIŃSKI, BIAŁOBRZESKI, CHEŁCHOWSKI, J. ZAWADZKI], wyrazili opinię, iż Inowłódz obecnie nie może być uważany za stacyę klimatyczną, ani za miejscowość leczniczą, gdyż nie posiada zakładu dla chorych, stałego lekarza, stacyi meteorologicznej, kanalizacyi, łatwej i wygodnej komunikacyi, t. j. najważniejszych warunków miejscowości leczniczej. Należy być ostrożnym w nadawaniu tytułów stacyi klimatycznej miejscowościom, które mogą być dobre tylko jako mieszkania na lato. Sam właściciel Inowłódza, adw. BIRENZWEJG, oświadczył, iż nie rościł nigdy pretensyi, aby Inowłódz uważano za stacyę klimatyczną. Staraniem jego było stworzenie wygodnej i zdrowej siedziby letniej, przeznaczonej nie dla chorych. Wobec tego oświadczenia upada w stosunku do Inowłódza cała wyżej przytoczona dyskusya, w końcu której SOKOŁOWSKI wyraził uznanie dla adw. BIRENZWEJGA za podejmowane przezeń starania w celu uzdrowotnienia Inowłódza, która to miejscowość, sądząc z opinii tak kompetentnego balneologa, jakim jest DOBRZYCKI, posiada wszelkie warunki, aby z czasem stać się dobrą stacyą klimatyczną, leśną.

Drugą część posiedzenia zajął odczyt adw. BIRENZWEIGA p. t. „Projekt praktycznego zastosowania prac wydziału balneologicznego do mieszkań letnich“. Podczas drugiej wystawy higienicznej opracowany został bardzo szczegółowy kwestyonaryusz, dotyczący warunków niezbędnych dla miejscowości, nazwanych letniami mieszkaniem. Składa się on z dwóch części: 1) właściwego szematu dla kwestyonaryusza [zapytania i miejsca na odpowiedź], 2) wyliczenia wszystkich warunków, wymaganych od dobrego mieszkania letniego. Kwestyonaryusz rozesłano w 120 egzemplarzach. Odebrano 25 odpowiedzi po większej części od lekarzy. Materiał ten został dość pobieżnie opracowany w „Zdrowiu“. Prelegent proponuje, ażeby Wydział zajął się rozesłaniem tego kwestyonaryusza oraz popularyzowaniem tegoż za pomocą prasy codziennej. Dalej proponuje utworzenie stałej komisyi, któraby przed sezo-

nem objeżdżała letnie mieszkania, informowała właścicieli o wadach letnich mieszkań, oraz zdawała sprawę przed Wydziałem ze swoich rewizyi. Pożądanem byłoby, ażeby taż komisya zwiedzała letnie mieszkania w czasie sezonu dla skontrolowania, o ile stało się zadość wymaganiom higieny. Właściciele letnich mieszkań powinnyby przystępować do Towarzystwa Hygienicznego i uczestniczyć w obradach wydziału stacyi klimatycznych. Większość uwag prelegenta przyjęto z uznaniem, protestowano tylko [J. ZAWADZKI] przeciwko stałej kontroli mnd. mieszkaniami letniami, gdyż Towarzystwo Hygieniczne może tylko informować i wydawać swoje opinie. Komisya do zbadania letnich mieszkań już się utworzyła i rozpocznie niebawem swoje czynności. Na wydatki [na opłacenie techników oraz analiz] Wydział uzyskał od Rady Towarzystwa rubli 150.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia D-ra J. Mianowskiego ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 listopada 1891 r. WŁADYSŁAW PEPEŁOWSKI 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 rękodziel 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, jakieby 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 N^o 7, lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań, wyluszczonych na piśmie.

Członek Komitetu, Sekretarz,

Feliks Kucharzewski.

Prezes Komitetu,

H. Struwe.

Sprostowanie: W N-rze 13 Gaz. Lek. Str. 340, w. 8 od góry po zdaniu, „Takiego zdania musiał być i zarząd szpitala Ewangelickiego, który już oddawna zaprowadził długie fartuchy z rękawami“ opuszczono: „pokrywające dokładnie posługacza. Fartuch taki jest szyty z płótna w białe i niebieskie paski i bywa służącemu wydawany w miarę potrzeby i na żądanie. Otóż takie długie fartuchy z rękawami“, na teźże stronie w. 22 od góry po słowach „w szpitalu Ś-go Ducha“ dodać należy: „i w niektórych innych“, w. 23 od góry zamiast „o żadnych t. zw. wychodnych mowy tu niema“ powinno być: „po za tem jednakże o żadnych t. zw. wychodnych we wszystkich szpitalach naszych mowy niema“.

— W tymże N-rze na str. 343, wiersz 20 od góry zamiast: „rosyjskie“ czytają: wiejskie“.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 25 Марта 1899. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Dragées.

| |
|--|
| Dragées Acid. arsenicos. 0,001 |
| Aloës 0,10 |
| Balsami peruviani 0,05 |
| " " 0,05 c. acid. arsen. 0,001 |
| Chinini ferro-citrici 0,05 |
| " muriatici 0,05 |
| " sulfurici 0,05 |
| Camphorae bromat. 0,05 |
| extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5 |
| " Hydrast Canadens. fluid. 0,5 |
| " Rhei comp. 0,05 |
| " " simpl. 0,05 |
| " Valerianae spir. 0,1 |
| Ferri albuminati 0,5 |
| " carbonici Blandii minor. ãã 10,00=100. |
| " " " Blandii major. ãã 15,00=100. |
| " " " Blandii c. acid. arsen. 0,001. |
| " " " Valletti |
| " " dialisati peptonati 0,05. |
| " " lactici 0,05. |
| " " oxydulati Kirchmani |
| Gujacoli carbonici 0,05 |
| " " 0,05 c. extr. Belladon. 0,001 |

Granulae.
à 0,0005

| |
|--|
| Granulae c. Atrophin. sulfur Merck. |
| " " Digitalin. pur. Germ. Merck. |
| " " Strichnin. arsenicos. Merck. |
| " " " nitric. Merck. |
| " " Strophantin. Merck. |
| " " à 0,001 |
| " " Acid. arsenicos. pur. alb. et ros. |
| " " Apomorphin. muriat. Merck. |
| " " Cocain. muriat. Merck. |
| " " Codein pur. |
| " " Chinini arsenicos. pur. |
| " " Ferr. arsenicos. pur. |

Pilulae.

| |
|--|
| Pilulae Extr. rhei simpl. 0,05 |
| " " Cascar. sagrad. fl. 0,5 c. Cacao obd. |
| " " Ferri carbonic. Valletti c. argent. obd. |
| " " " " Cacao obd. |
| *) " " carbonici Blandii minor ãã 10,0=100. |
| " " " " Blandii major ãã 10,0=100. |
| " " Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd. |

*) Zielone w rozłame.

Dragées i granulki, cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem słazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na dragées i granulki z żadaną kompozycją apteka jaknajchętniej przyjmie, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych ilości tak pigułek jak i granulek jest niemożliwym.

Dragées.

| |
|--|
| Dragées Guajacoli 0,05 |
| " " 0,10 c. Codeino 0,01 |
| " " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001 |
| " Hydrastinini hydrochlorici 0,025 |
| " Ichtyoli 0,05. |
| " Jodoformi 0,05 |
| " " " c. Acid. arsenicos. 0,001 |
| " " " c. extr. Belladon. 0,001 |
| " " " c. Morph. muriatic. 0,004 |
| " Kreosoti carbonici 0,05 |
| " " " Fagi 0,03 |
| " " " 0,05 |
| " " " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001 |
| " " " 0,10 |
| " " " 0,10 c. Acid. arsenicos. 0,001 |
| " " " 0,15 |
| " " " c. Balsam. toltutan. ãã 0,05 |
| " Picis 0,05 |
| " pulv. Rad. Rhei 0,10 |

Granulae
à 0,001

| |
|-----------------------------------|
| Granulae c. Kalii arsenicos. pur. |
| " " Natr. arsenicici. pur. |
| " " " arsenicicos. pur. |
| " " " Morphini acetic. pur. |
| " " " muriatic. pur. |
| " " " 0,01 |
| " " Podophilini pur. |
| " " " à gutt I. |
| " " Liquor. arsenic. Fowleri |
| " " " " Pearsoni |
| " " Tinct. Strophanti |

Pilulae.

| | |
|---|----------------------------|
| Pilulae Ferri carbonic. Blandii minor ãã | } zielone w rozłame. |
| " " " 10,0=100 c. argent. obd. | |
| " " " carbonic. Blandii minor ãã | |
| " " " 10,0=100 c. Cacao obd. | |
| " " " carbonic. Blandii major ãã | |
| " " " 15,0=100 c. argent. obd. | |
| " " " carbonic. Blandii major ãã | |
| " " " 15,0=100 c. Cacao obd. | |
| " " Pepsini 00,5 c. Cacao obd. | |

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

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacja. 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.

Komunikacja z morzem za pomocą dylizansów 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.

Dyrektor Zakładu D-r Med. A. Sotin.

8—7



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, Goliner, Panegrossi, Conti, Klein, Fridrich, Muggia, Gray, Suchomlin, Plehn, Tauser, Solontzeff, Filatow, Alexiejeff, etc. etc. można przyjmować w postaci eunatrolowych pigułek carymi 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, Caffeina, Preparaty jodu. 26—20



Franciszka Józefa Woda przeczyszczająca.

Poleca uwadze Panów Lekarzy Dyrekcyja w Budapeszcie.