

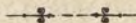
# GAZETA LEKARSKA

## I. NIEDOKR WISTOŚĆ KESONOWA.

Podał

**Jan Świątecki,**

lekarz kolejowy.



Przy budowie mostu kolejowego na Niemnie pod m. Olitą byłem w możności zrobienia kilku doświadczeń, mających na celu wykazać, jakie zachodzą zmiany we krwi zwierząt i ludzi pod wpływem pobytu w kesonie, w powietrzu o ciśnieniu 2—3 atmosfer. Zawdzięczam to życzliwemu poparciu naczelnika budowy, inżyniera komunikacji S. A. BEERA, który pozwolił mi także prowadzić dalej doświadczenia przy budowie mostu na rzece Bobrze, za co poczuwam się do miłego obowiązku złożenia mu w tym miejscu podziękowania, jak również przedstawicielom firmy przedsiębiorczej Pp. RUCZOWI i ROHNOWI, którzy uprzejmie zgodzili się na użyczenie miejsca w kesonach dla moich królików.

Ponieważ większość kolegów z terminami „keson“, „kesonowy“ spotyka się zapewne po raz pierwszy, przeto uważam za konieczne objaśnić ich w tym względzie. Keson jest to przyrząd, umożliwiający przy pomocy ścięzionego powietrza prowadzenie robót pod wodą, najczęściej założenie podwalin pod filary mostowe na głębokości 7—3 i więcej sążni pod dnem rzeki. Za pierwowzór kesonu należy uważać dzwon pneumatyczny, wynaleziony jeszcze w wiekach średnich i udoskonalony przez SMEATON'a w r. 1778; dzwon ten jednak był niewielkich rozmiarów i nie mógł mieć wielkiego znaczenia. W r. 1841 inżynier francuski TRIGER, budując szyb do kopalni węgla kamiennego i natrafiwszy na wodę podskórną, która szyb ciągle zalewała, zaczął wbijać w grunt rurę szybową żelazną, lecz ta wskutek znacznego tarcia, zatrzymała się na głębokości 7 sążni, przyczem zaczęła do niej napływać woda w takiej ilości, że wy-czerpać jej nie było sposobu. Wtedy TRIGER przystawił do rury kamerę cylindryczną z dwoma szczelnie zamykającymi się otworami: zewnętrznym do kamery i wewnętrznym z kamery do rury, poczem napompował do rury powietrze, które wyparło z niej wodę; wtedy robotnicy weszli do rury i podkopali się pod nią, dając jej w taki sposób możność opuszczenia się do pożądanej głębokości. Przystawiona kamera służyła tu oczywiście do tego, aby nie wypuszczając z rury ścięzionego powietrza, dać możność robotnikowi wchodze-



nia do niej i wychodzenia, a także do wydobywania na zewnątrz wybieranej ziemi.

Wynalazek TRIGER'a wyzyskał znakomicie FLEUR-SAINT-DÉNIS, projektując, w 1859 roku dla założenia fundamentów pod filary mostu na Renie pod Kolonią właściwe kesony; od tego też czasu zyskały one prawo obywatelstwa w sztuce inżynierskiej tak dalece, że inne sposoby zakładania fundamentów pod wodą zostały zarzucone. Keson nowoczesny jest to właściwie też sama rura szybowa z aparatem TRIGER'a, zakończona u dołu rozszerzeniem w kształcie pudła, przewróconego do góry dnem; pudło to nosi właśnie z francuska nazwę kesonu (*caisson*) w ściślejszem tego słowa znaczeniu. Wymiary kesonu są takie, że przecięcie jego poprzeczne odpowiada ściśle poprzecznemu przecięciu mającej się budować podwaliny [w naszym przypadku owal o 20 sążniach kw. powierzchni], wysokość zaś wynosi  $1\frac{1}{2}$ —2 sążni. Po ustawieniu kesonu w rzece na tem miejscu, na którem ma stać filar, za pomocą ustawionych na brzegu maszyn parowych tłoczą do przyrządu powietrze, które wypycha zeń wodę, przez co obniża się dno rzeki; wtedy przez aparat TRIGER'a wchodzi do kesonu robotnicy, wybierają ziemię na całej zajętej przezeń powierzchni i podkopują się pod jego ostry brzeg dolny, czyli tak zwany nóż kesonu; wskutek tego keson wrzyna się w grunt, tembardziej, że na całej jego powierzchni górnej mularze wznoszą jednocześnie fundament z granitu. Rzecz prosta, że mularze oraz aparat TRIGER'a muszą znajdować się zawsze ponad wodą, dlatego też w miarę opuszczania się kesonu i leżącego na nim muru, ten ostatni rośnie, nadstawiają ciągle nowe pierścienie rury szybowej, a wybieraną z dna rzeki ziemię wyciągają na zewnątrz wiadrami. Gdy fundament opuści się do pożądanej głębokości, zamurują wewnątrz kesonu i rury szybowej i robota skończona. Zauważyć należy, że przez cały czas trwania robót do kesonu pompują powietrze, aby zrównoważyć ciśnienie wody, grożącej co chwila wtargnięciem do kesonu i zalaniem pracujących w nim ludzi. Ponieważ ciśnienie to mierzy się ciężarem słupa wody od jej poziomu w rzece do noża kesonu, przeto w miarę opuszczania się kesonu musi zwiększać się także ciśnienie natłoczonego doń powietrza; tak np., kiedy słup wody dosięga wysokości 34 stóp, czyli inaczej, kiedy keson siedzi na głębokości 34 stóp, to ciśnienie wtłaczanego powietrza powinno się równać 1 atmosferze, nie licząc normalnej; przy 68 stopach 2 atmosferom i t. d.. Ciśnienie to w technice przyjęto wyrażać w funtach: wiadomo, że 1 atmosfera ciśnie z siłą mniej więcej 15 funtów na cal kwadratowy, to też gdy mówią, że w kesonie ciśnienie równa się np. 30 funtom, to znaczy, że ciśnienie to równa się 2 atmosferom, przyczem normalna nie bierze się w rachubę. Dodać należy, że dolny brzeg kesonu nigdy szczelnie nie przystaje do gruntu, tak, że powietrze nieustannie ucieka z kesonu; zresztą i sam grunt, szczególnie porowaty, przepuszcza powietrze w znacznej ilości — stąd też wentylacja w kesonie odbywa się energicznie: inżynier REINER<sup>1)</sup>, z kąd zaczerpnąłem historyczne dane, podaje np. na str. 99 wyliczenie, że przy 18 obrotach maszyny tłoczącej powietrze przez keson, w gruncie piaszczystym, przechodzi 400 stóp sześć. powietrza, a dodać

<sup>1)</sup> Kesson, jego izgotowienie, spusk i pogrążenie. Moskwa. 1892.



trzeba, że przy końcu robót, gdy keson siedzi na 7—8 sążniowej głębokości, liczba obrotów maszyny dochodzi do 40 na minutę.

Nie wywiązałem się z podjętego zadania dania kolegom ogólnego pojęcia o charakterze robót kesonowych, gdybym nie nadmieniał, że wyjście z kesonu z powietrza o wysokim ciśnieniu do normalnej atmosfery, gdy odbywa się zbyt nagle, może wywołać cały szereg objawów nerwowych, które noszą ogólną nazwę choroby kesonowej (*Caisson-Krankheit, C-disease*). Podstawę anatomiczną tej choroby stanowią zatory powietrzne tętnic mózgowych; pęcherzyki powietrza zjawiają się we krwi na tej samej zasadzie, jak w wodzie, nasyconej gazem przy wysokim ciśnieniu, po odkorkowaniu butelki. Zresztą o chorobie kesonowej mam nadzieję pomówić szczegółowiej w niedalekiej przyszłości.

Jak zachowuje się krew pod wpływem zwiększonego ciśnienia barometrycznego, dotychczas nic nie wiemy, pomimo że ongi były robione i to na wielką skalę próby zastosowania go w terapii, a i obecnie funkcjonują gdzieś t. zw. gabinety pneumatyczne, chociaż wielkiem powodzeniem nie cieszyły się one nigdy.

Można się, co najwyżej, domyślać, że tu krew staje się uboższą w erytrocyty, wychodząc mianowicie z tego niezaprzeczalnego faktu, że krew mieszkańców gór, w których panuje zmniejszone ciśnienie barometryczne, przedstawia zjawiska t. zw. policytemii, bezpośrednich jednak analiz takiej krwi niema. To też, gdy nadarzyła mi się odpowiednia sposobność, podjąłem badania w tym kierunku, tem chętniej, że mogły one rzucić niejakiś światło i na przyczynę powstawania policytemii w klimacie górskim, co dotychczas pozostaje jeszcze kwestią sporną. Ponieważ zaś obie te kwestye „policytemii górskiej“ i, jak sądzę, dowiedzionej przezemnie niedokrwistości kesonowej, ściśle się z sobą wiążą, przeto uważam za stosowne przypomnieć, co wiemy o zmianach, zachodzących we krwi pod wpływem powietrza rozrzedzonego. Posługuję się tu po większej części streszczeniami, podanymi przez LIMBECK'a<sup>1)</sup> w jego znakomitej monografii krwi [str. 222 i nast.].

MUENTZ<sup>2)</sup> badał krew królików, przesiedlonych z równin w góry [2900 m. nad poziomem morza] i stwierdził, że krew u wszystkich generacji w ciągu lat 7-iu zawierała o 40% żelaza więcej, niż u królików, żyjących na nizinach; ztąd wniosek, że krew tu jest bogatsza w hemoglobinę, i rzeczywiście pochłaniała ona  $1\frac{4}{5}$  razy więcej tlenu, niż krew mieszkańców dolin. Przedtem zaś jeszcze VIAULT<sup>3)</sup> we krwi baranów, w okolicach Marocoche, w Kordylierach, na wysokości 4392 m. znalazł tlenu o 13,16—23,30% więcej, niż u zwierząt, pasących się w dolinach, dzięki temu, że krew zwierząt górskich w jednostce objętości zawiera znacznie więcej erytrocytów, tak np. we krwi jagniąt ilość ich dochodzić może do 16000000 w 1 milim. sześć. Własna krew autora, po dwutygodniowym pobycie w Marocoche, zawierała ich 8000000, podczas gdy

1) Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Zweite Aufl. Jena. 1896.

2) Cyt. podług VIRCHOW's Jahresbericht. 1891.

3) Compt. rend. de l'Acad. des se. Tome III. Nr. 24. pag. 917.



przedtem w Limie tylko 5000000. U stałych mieszkańców tej miejscowości znajdował on zawsze wybitną policytemię [7,3—7,9 milionów].

Spostrzeżenia VIAULT'a potwierdziło wielu badaczy, jak: EGGER <sup>1)</sup>, KOEPE <sup>2)</sup>, WOLFF <sup>3)</sup>, MERCIER <sup>4)</sup>, JARUNTOWSKI i SCHROEDER <sup>5)</sup> i ostatnio znów EGGER, KARCHER, VERILLON i SUTER <sup>6)</sup>. KOEPE ułożył nawet tablicę, wykazującą, że w miarę wzniesienia miejscowości nad poziomem morza wzrasta ilość erytrocytów w 1 milim. sześć.

Autor.	Miejscowość.	Wzniesienie nad poziom morza.	Ilość erytrocytów w 1 mlm. sześć..
LAACHE	Christiana	—	4,974 milim.
SCHAPER	Goettingen	148 m.	5,225 „
REINERT	Tübingen	314 „	5,322 „
STIERLIN	Zürich	412 „	5,752 „
KOEPPE	Auebarch	400—500	5,748 „
„	Reiboldgrün	700 „	5,970 „
EGGER	Arosa	1800 „	7,000 „

Przyrost ten nie idzie równomiernie, lecz ze zwiększającą się wysokością staje się coraz mniejszy, tak, że w miejscowościach, wzniesionych o 1000 metrów nad poziom morza, mamy już prawie takie same zmiany, jak w tych, których wysokość sięga 2000—4500 metrów. Zwiększenie ilości erytrocytów następuje bezpośrednio po przybyciu do miejscowości górskiej; jest ono najwybitniejsze podczas pierwszych dni pobytu w górach; po upływie 2—4 tygodni zmiany we krwi są już ustalone. Co się tyczy hemoglobiny, to nie wszyscy badacze stwierdzili zwiększenia jej ilości w górach. Odnotujemy tu spostrzeżenie EGGER'a, że surowica krwi mieszkańców gór pod względem części składowych [sucha pozostałość] nie różni się niczem od surowicy krwi mieszkańców nizin i że ilość hemoglobiny wzrasta wraz z ilością erytrocytów, lecz nie równolegle, ale nieco się opóźnia. Po powrocie z gór ilość erytrocytów i hemoglobiny zmniejsza się do pierwotnych cyfr. KOEPE, opierając się na badaniach krwi ulepszonym przez siebie hematokrytem, utrzymuje, że ogólna objętość erytrocytów, nawet przy znacznym zwiększeniu ich ilości w klimacie górskim, nie zmienia się; ztąd wniosek, że objętość pojedynczego erytrocytu znacznie się zmniejsza. MERCIER zauważył, że w takiej krwi zjawiają się mikrocyty.

Tylko co przytoczone fakty, a głównie nierównomierny, nieodpowiadający liczbie erytrocytów przyrost hemoglobiny, upoważniają do wniosku, że policytemia owa nie zależy od zgęszczenia krwi wskutek nadmiernego parowania tka-

1) Verhandlungen der XII Congr. f. inn. Medicin. Wiesbaden. 1893.

2) München. med. Wochenschr. 1895.

3) Ueber den Einfluss des Gebirgsklimat auf den ges. u. krank. Menschen. Wiesbaden. 1895.

4) Archiv de Physiologie. 5. VI. p. 769.

5) Münch. med. Wochenschr. 1894. Nr. 48.

6) L. c.



nek w suchem powietrzu górskim, jak to mniemał VIAULT, a za nim GRWITZ, ZUNTZ i inni. LIMBECK, chociaż nie odmawia pewnego znaczenia i temu czannikowi, sądzi wszakże, że wszystkiego przez zgęszczenie krwi objaśnić nie można i przypomina doświadczenia CZERNY'ego, który, zgęszczając krew u zwierząt przez odjęcie z tkanek wody, otrzymywał jednocześnie zawsze znaczny spadek wagi ciała, np. kiedy u kociaka po 6-dniowym „wysuszeniu“ ilość erytrocytów w 1 młm. sześć. podniosła się z 7090000 na 10266000, t. j. o 44%, to waga ciała spadła także o 45%. Przy przesiedlaniu się ludzi z nizin na wyniosłości górskie spostrzegano już takie cyfry, utraty jednak wagi ciała nie było, raczej przeciwnie [WOLFF. l. c.]. Obecnie wszyscy autorowie, zabierający głos w tej kwestyi, zgadzają się na jedno, że czynnikiem, wywołującym te zmiany w składzie krwi, może być tylko zmniejszone ciśnienie powietrza w górach i wielu z nich stwierdziło też same zmiany u zwierząt, trzymanyh przez długi czas pod kloszem, w powietrzu rozrzedzonym, a nawet, jak SCHAUMANN i ROSENQUIST <sup>1)</sup> w atmosferze rozrzedzonego, lecz nasyconego parą wodną powietrza, przez co bezpośrednio dowiedli, że „wysychanie“ krwi niema tu miejsca. Pozostaje przyjąć istotne nowotworzenie się erytrocytów przy przesiedlaniu się w góry, względnie ich rozpad przy zejściu w doliny. Na to jednak dotychczas niema zgody, według bowiem zdania wielu autorów w pierwszym przypadku w sprawie tak ostro przebiegającej musielibyśmy niechybnie znaleźć oznaki nadmiernie wzmożonej regeneracyi w postaci czerwonych ciałek krwi z jądrem [normoblasty], w drugim należałoby się spodziewać zjawienia żółtaczki i hemoglobinuryi, czego nikt jeszcze nie widział. Jest to szkopuł, o który dotychczas rozbija się ta najsympatyczniejsza, bo najprostsza hipoteza. Wprawdzie w ostatnich czasach przytoczono pewne fakty, przemawiające na jej korzyść; tak np. wyżej wzmiankowani SCHAUMANN i ROSENQUIST, po wyjęciu królików z pod klosza, w okresie powrotu do normy, znajdowali we krwi znaczną ilość t. zw. „cieni“ (*Schatten*), ztąd wyprowadzili wniosok, że w klimacie górskim zachodzi istotne nowotworzenie erytrocytów; jeśli jednak zwrócimy uwagę na przypuszczenie FICK'a <sup>2)</sup>, że w policytemii górskiej mamy do czynienia nie z rozmnażaniem się, ale tylko z przedłużeniem życia oddzielnych erytrocytów, to musimy przyznać, że wniosek to przedwczesny, gdyż masowy rozpad czerwonych ciałek po powrocie na niziny nie może jeszcze dowodzić ich rozmnażania się w klimacie górskim. Pomijając niczem nieuzasadnione przypuszczenie LIMBECK'a, że, być może, zachodzi tu nieprawidłowe rozmieszczenie erytrocytów w układzie krwionośnym, zatrzymać się muszę na doświadczeniach GOTTSTEIN'a <sup>3)</sup>, który szukał rozwiązania omawianej tu kwestyi w zmianie objętości kamery do liczenia krwi w zależności od zmniejszonego ciśnienia powietrza w górach.

<sup>1)</sup> Zur Frage über die Einwirkung des Höhenklimas auf die Blutbeschaffenheit. Centrbl. f. inn. Med. Nr. 22. 1896.

<sup>2)</sup> PFLUEGER's Archiv. Bd. 60. pag. 580. cyt. u LIMBECK'a.

<sup>3)</sup> G. SCHROEDER. Deutsche medicin. Zeitung, 11 paźdz. 1897. cyt. podług referatu w Gazecie Lek. 1897. N-r 47.



Wychodząc z założenia, że szkiełko, przykrywające zagródkę (*Zählkammer*) w znanym przyrządzie THOMA-ZEISS'a, posiadając pewną elastyczność, może przy zmianach ciśnienia powietrza wyginać się w jedną i w drugą stronę i wywoływać zmianę w objętości i wysokości zagródkki, autor poddawał jeden i ten sam preparat [zawiesina drożdży w jakimś płynie] liczeniu w gabinecie pneumatycznym z początku przy 650 młm. ciśnienia powietrza, a następnie przy 758 młm.: za pierwszym razem otrzymano 20561 komórek drożdżowych w 1 młm. sześć., za drugim 17382. Następne, bardzo pomysłowe doświadczenia GOTSTEIN'a dowodzą, że rozszerzenie komórek w kamerze THOMA-ZEISS'a zmienia się ze zmianą działającego z zewnątrz ciśnienia powietrza; doświadczenia te przeprowadzał GOTSTEIN nad zawiesiną widłaka (*Lycopodium*). Pozostało przekonać się, czy wyniki te stosują się także do krwi. Odnośne doświadczenia wykonał SCHROEDER (*l. c.*). Preparat krwi, 200-krotnie rozcieńczony, poddany został liczeniu z początku przy 745 mm. ciśnienia, następnie 624 mm. i w końcu jeszcze raz przy 745 mm. i otrzymano cyfry 5688000, 6132000 i 5740000, t. j. prawie tyle, ile w początku. Łatwo obliczyć, że odmienny wynik, otrzymany przy ciśnieniu 624 mm., odpowiada zwiększeniu odległości szkiełka przykrywkowego od dna kamery z 0,1 mm. na 0,1078 mm.. A zatem taka minimalna zmiana wywołała zwiększenie liczby erytrocytów prawie o  $\frac{1}{2}$  miliona. Z tem wszystkim SCHROEDER przyszedł do wniosku, że powyższe wyniki nie wyjaśniają w zupełności zwiększenia liczby erytrocytów w miejscowościach górskich; należy tylko, bądź co bądź, poważnie uwzględnić ten znaczny błąd, jaki powoduje zwiększenie objętości kamery w przyrządzie THOMA-ZEISS'a, zależnie od zmniejszonego ciśnienia w górach.

Tak więc kwestya powstawania policytemii górskiej dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą. [D. n.]

---

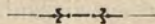
Z ODDZIAŁU DR. MED. A. ELSENBERGA DLA CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH  
W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## II. NIEZWYKLE ROZLEGŁY PARCZ SKÓRY.

[Przypadek, przedstawiony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. d. 21. II. 1899].

Przez

**D-ra Roberta Bernhardta.**



Strupień należy do codziennie spotykanych chorób skóry i włosów. Jednakże powiedzieć to można tylko o strupieniu głowy; na częściach zaś skóry włosem nie pokrytych parcz spostrzegany bywa daleko rzadziej.

Przedstawiony przypadek zasługuje na opis ze względu na niezmierną rozległość strupienia, gdyż zajmuje nie tylko całą głowę, ale też skórę tułowia, kończyn górnych i dolnych.

Chaim Ch..., 18 lat liczący, z Przysuchy w gub Radomskiej [obecnie mieszka w Warszawie], przybył do szpitala 1 lutego r. b.; na oddziale chorób



skórnych jest za drugim powrotem. Przyjęty poraz pierwszy przed 4½ laty z rozpoznaniem „*Favus capitis, trunci et extermitatum*“, leczyl się 12 tygodni, poczem na własne żądanie został wypisany.

Jest on synem handlarza starzyzną, sam zaś jest handlarzem ulicznym. W domu podobno dosyć czysto; pościel zmieniali co 2 miesiące, bieliznę co tydzień lub dwa tygodnie. W kąpieli bywał raz na 2 miesiące. Z rodzeństwa nikt parcha nie miał.

Przed 1½ rokiem zauważył na głowie strupień, który następnie zajął okolicę prawej łopatki, a potem stopniowo tułów, górne i dolne kończyny.

W chwili przybycia do szpitala chory przedstawiał się, jak następuje.

Cała uwłosiona skóra głowy pokryta jakby jedną siarkowej barwy skorupą, wskutek zlania się oddzielnych tarczek powstała i poprzątkana włosami (*favus confertus*). Skorupa ta, która ściśle kończy się na granicy uwłosionej skóry, jest o wiele grubsza na wierzchołku i w części czołowej, niż w innych miejscach; tutaj też znakomicie uwydatnia się budowa skorupy: wskutek zlania się oddzielnych tarczek powierzchnia przedstawia cały szereg niewielkich wgłębień, o wzniesionych nieco brzegach. Wielkość tarczki bywa od łepka szpilki do srebrnej dziesiątki; kształt miseczkowaty, ze środka zaś tarczki wychodzi zmieniony włos. W okolicach ciemieniowych i potylicowej znajdujemy niewielkie cząstki skóry, tarczki nie pokryte i zupełnie pozbawione włosów: skóra jest obnażona z naskórka, czerwona i nacieczona. Włosy rzadkie, szczególnie na wierzchołku i w części czołowej, suche, łamliwe, bez połysku, koloru ciemnopopielatego.

Na obrąbku prawego ucha znajduje się jedna tarczka wielkości ziarnka prosa. Na twarzy w okolicy kości licowej lewej — tarczka wielkości łepka szpilki. W okolicy lewej łopatki i lewego stawu barkowego skóra jest pokryta licznymi już to oddzielnie rozsianymi tarczki wielkości od ziarnka grochu polnego do fasoli, o kształcie miseczkowatym, albo pięknej koncentrycznej budowy, lub też grubymi zlewającymi się, to znowu w grupy ułożonymi tarczki, barwy brudnosiarowej, z środkiem bardziej wklęsłym i z wzniesionymi brzegami, średnicy do 6 ctm.. Takież tarczki w znacznej ilości znajdują się na ramieniu [lewem], szczególnie na wyprostnej powierzchni, na łokciu i przedramieniu [także na powierzchni wyprostnej]; niektóre tarczki, np. na ramieniu, mają średnicy 5—8 ctm..

W okolicy prawej łopatki i stawu barkowego, na prawem ramieniu, łokciu i przedramieniu [na wyprostnej powierzchni] cała prawie skóra jest pokryta licznymi zlewającymi się tarczki do 10 ctm. długości, 6 ctm. szerokości; grubość ich dochodzi do 0,5 ctm.; na ramieniu zalega olbrzymia tarcza długości 18 ctm., szerokości 14 ctm., która pokrywa tylną, zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię ramienia. Miejscami pomiędzy tarczki i wokół nich skóra jest zaczerwieniona i ścięczała, po zdjęciu zaś tarczki widzimy, iż skóra w tem miejscu przedstawia pewne zagłębienie, jest obnażoną z naskórka i łatwo krwawi.

Na tylnej i bocznych powierzchniach tułowia znajdują się dosyć liczne,  
GAZ. LEK. NR. 16.



zlewające się i w grupy ułożone tarczki wielkości do srebrnego rubla; sześć takich taczek znajduje się też na brzuchu w okolicy śródbrzuszej.

Na pośladkach, na udach i goleniach, prawie wyłącznie na przednich i zewnętrznych powierzchniach, zalegają w niewielkiej ilości oddzielne tarczki, przeważnie zaś zlewające się i ugrupowane; średnica ich dochodzi od 5 do 10 cm.. Ręce i stopy są wolne od taczek; paznogie niezmienione.

Błony śluzowe bez zmian, lecz blade.

Gruzoły chłonne szyjowe, podszczękowe, pachowe i pachwinowe powiększone, ale niebolesne.

Pokład tłuszczowy i muskulatura słabo rozwinięte; szkielet niezmieniony.

Wewnętrzne narządy bez zmian.

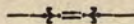
Drobnowidzowe badanie włosów i taczek wykazało obecność grzybka strupienia; z taczek wyhodowałem *Achorion Schoenleini*, i hodowle te na agarze, agarze glicerynowym i kartoflu Sz. Pp. przedstawiam.

### III. TRZYDZIEŚCI PIĘĆ PRZYPADKÓW ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

(*Appendicitis*).

Opisał

**A. Grünbaum.**



[Dalszy ciąg.— Patrz Nr. 15].

*B) Peritonitis circumscripta appendicularis.*

1) Pacyenta F. A., z Łodzi, przyniesiono do lecznicy d. 9. XII. 1896 r., o godzinie 12½ w nocy, 15 dnia choroby.

Wywiady. Pacjent cierpi od 12 roku życia, po przebyciu jakiejś choroby brzusznej, na nawykowe zaparcie stolca. Przed 15 dniami, bawiąc chwilowo w Warszawie, w kilka godzin po spożyciu dosyć niestrawnego obiadu zapadł nagle na gwałtowne bóle w brzuchu i wymioty. Jednocześnie pojawił się silny dreszcz z gorączką około 40°. Stan taki naprzemian z krótkotrwałymi polepszeniami trwa dotychczas bez przerwy. Przed trzema dniami po ławatywie były podobno stolce. Nikt jednak stanowczo nie może powiedzieć, czy w tych wypróżnieniach były masy kałowe. Chorego widziałem pierwszy raz w dniu podanym powyżej o godzinie 10½ wieczorem i przy badaniu stwierdziłem, co następuje: Pacjent F. A., mężczyzna lat 20, średniej budowy ciała i dobrego odżywiania, skarży się na silne bóle w brzuchu, odbijanie, wymioty, zaparcie stolca, pragnienie i nadzwyczajne osłabienie. *Calor mordax*. Tętno 128—130. Oddech żebrowy 38—40. Płuco i serce, o ile je można było zbadać, normalne. Język suchy, kołkowaty, obłożony czarnym nalotem. Brzuch beczukowato wzdęty i nadzwyczaj bolesny za dotknięciem. Mięśnie, szczegó-



niej z prawej strony, silnie napięte. Mocz odchodzi często w małych ilościach. Niewątpliwą tedy było dla mnie rzeczą, że F. A. cierpi na rozlane zapalenie otrzewnej pochodzenia prawdopodobnie wyrostkowego. Dla tego też zaproponowałem rodzicom przenieść chorego natychmiast do mnie do lecznicy dla dokonania na nim jak najprędzej, stosownego zabiegu operacyjnego.

Operacja d. 10. XII. o godzinie 8½ rano. Badając brzuch po uspieniu chorego i opróżnieniu pęcherza moczowego za pomocą cewnika, skonstatowano: 1) że w prawym dole biodrowym znajduje się płaska guzowatość, rozpościerająca się na lewo po za linię środkową i 2) że w *regio pubica* i pod prawym łukiem żebrowym wyczuwa się wyraźnie chęłbotanie. Ponieważ po przeprowadzeniu typowego cięcia i wypuszczeniu nagromadzonej w danym miejscu w ilości około ¼ szklanki cuchnącej kałem i ciemno-brunatno zabarwionej ropy, wzmiankowane wyżej ropnie nie opróżniły się, zrobiono przeto następnie jeszcze dwa dodatkowe cięcia, a mianowicie: w smudze białej między pępkiem a spojeniem łonowym oraz pod prawym łukiem żebrowym w kierunku równoległym do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha, w odległości 2 ctm. od tego ostatniego. Ilość ropy znalezionej w zagłębieniu DOUGLAS'a wynosiła około 150,0 grm., a w okolicy podżebrowej prawej niespełna dwie łyżki stołowe. Ropa ta miała również przenikliwy, kałowy zapach i była zabarwiona na ciemno-żółto. Steżyn kałowych nigdzie nie znaleziono. Ponieważ stan chorego podczas operacji przybrał bardzo groźną postać, postanowiono przeto skończyć ją jak najprędzej, i wyrostka robaczkowego nie odszukano. Po wprowadzeniu do każdej z tych ran po parę sączków, złączono ich brzegi za pomocą szwów na znacznej przestrzeni. Opaska.

Przebieg pooperacyjny. Czkawka trwa w dalszym ciągu. Wymioty stały się rzadszemi. Ciepłota wieczorem 38,8°. Tętno 104—108. Przez całą noc trwały groźne objawy zapaści.

Dnia 11. XII. Ciepłota 37°—37,4°. Tętno 100. Oddech żebrowy 36. Wymioty ustały zupełnie. Czkawka i odbijanie trwają w dalszym ciągu. Język obłożony, wilgotny.

Dnia 12. XII. Wypróżnienie samodzielne. Dalszy przebieg był w dwa tygodnie po operacji zakłócony objawami wysięku w prawej opłucnej. Kilkakrotnie jednak nakłucia próbne ujemny dały wynik. F. A. wypisał się z lecznicy zdrów z zupełnie zagojeniami ranami 23. I. 1897 r.

2) Pacjenta S. Ch., z Góry, dnia 16. II. 1894 r. przyniesiono do lecznicy w bardzo ciężkim stanie.

Wywiady. S. Ch., mężczyzna lat 23, już od 1½ roku zapada bardzo często na silne bóle w dolnym odcinku brzucha, przeważnie z prawej strony, już to z wymiotami, już też bez nich. Bóle te trwały zazwyczaj 1—2 dni, rzadko 3—4 dni. Ile jednak w ciągu tego czasu było napadów i z jakich powodów najczęściej się pojawiały, chory nie mógł ściśle określić. Na zaparcie stolców nigdy nie cierpiał; przeciwnie, dosyć często chorował na rozwolnienie. Przed dwunastu dniami po dźwignięciu ciężaru dostał znowu bólów w brzuchu i rozwolnienia. Po kilku dniach przyłączyła się do tych objawów gorączka, silnym poprzedzona dreszczem.



Stan obecny. Ciepłota 39,3°. Tętno 124. Oddech żebrowy 34. Język suchy, obłożony grubym, żółtawym nalotem. Brzuch z prawej strony średnio wzdęty. Nad więzłem POUPART'a i na wewnątrz od *spin. il. ant. sup. dextr.* wystaje chłobocząca guzowatość wielkości dużego jabłka. Pokrywająca ją skóra znajduje się w stanie zapalnym. Mocz normalny.

Dnia 17. II. Operacja. Cięcie typowe. Cuchnącej, szaro-zielonawej ropy wypuszczono około trzech szklanek. Wewnętrzzną przegrodę jamy ropnia stanowią pętlice kiszek zlepione między sobą i otrzewną ścienną. Uchyłka wyrostkowego nie odszukano. Jamę ropnia wytamponowano gazą wyjałowioną. Opaska. Ciepłota wieczorem 38,2°. Tętno 94. Przebieg pooperacyjny arcypomysłny. Rozwolnienie ustąpiło po upływie kilku dni. Chory 3. IV. wypisał się z lecznicy w zupełnym zdrowiu.

3) Pacjenta L. P. z Warszawy przywieziono do lecznicy 25. X. 1894 r. z objawami ropnicowymi, pochodzącymi od ropnia, umiejscowionego w okolicy kiszki ślepej.

Wywiady. L. P., mężczyzna, lat 52 mający, cierpi już od dosyć dawna na nawykowe zaparcie stolca. Cierpienie datuje się od jakiejś krótkotrwałej choroby [6 dni], która, podług opowiadania chorego, przejawiała się wymiotami i gorączką. Od tego jednak czasu czuł się względnie dość dobrze. Przed 6 tygodniami, wypadając z dorożki, uderzył się w brzuch, wskutek czego pojawiły się silne bóle w prawej stronie. Nie przywiązując do tego wielkiej wagi, zajmował się dalej swymi sprawami i dopiero 8 dnia—po urazie—bóle, wymioty i gorączka zwały go z nóg i zmusiły do położenia się. Pomimo że po upływie kilku dni wymioty zupełnie ustąpiły, a bóle znacznie złagodniały, to jednak ciągnęła gorączka z potami, brak łaknienia, zaparcie stolca i od czasu do czasu wzmagające się bóle w okolicy kiszki ślepej coraz bardziej go wycieńczają i coraz bardziej czuje się osłabionym.

Stan obecny. Ciepłota 39,2—38,3°. Tętno 100—104. Narządy klatki piersiowej normalne. Mocz zawiera ślady białka. Język obłożony grubym, białym nalotem. Skóra zabarwiona nieznacznie na żółto. Wątroba wystaje na jeden palec z poza łuku żebrowego. Brzuch zapadły. Nad prawym więzłem POUPART'a wyczuwa się wyraźnie chłobocząca guzowatość, wypełniająca prawie cały dół biodrowy. Pokrywająca ją skóra blada i obrzękła. Przez kiszkę stołcową również wyczuwa się z prawej strony wyraźnie chłobotanie. Ostatnie stolce były przed dwoma dniami.

Dnia 25. X. operacja. Cięcie typowe. Żółto zabarwionej, kałem cuchnącej ropy wypuszczono przeszło 500 grm.. Uchyłka wyrostkowego—z powodu mocnych zrostów—nie wycięto. Całą jamę wytamponowano wyjałowioną gazą. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Chory 15. XII. wypisał się z lecznicy z raną, pokrytą zdrową ziarniną. Pacjent cieszy się obecnie jak najlepszym zdrowiem.

4) Pacjent K. J., z Nura, przybył do lecznicy 23. VIII. 1895 r., 23-go dnia choroby.



Wywiady. K. J., 9-letni chłopczyk, zapadł 1. VIII. — podobno po zjedzeniu sporej ilości niedojrzałych owoców — na silne bóle w brzuchu i wymioty. Choroba trwała niespełna 3 dni.

Dnia 16. VIII. bóle, szczególnie z prawej strony od dołu, znowu w gwałtowny ponowiły się sposób, przyczem mały pacjent miał dreszcze i gorączkę. Wymiotów po raz drugi nie było. Wypóżnienia odbywały się przez cały ten czas prawidłowo. Ponieważ bóle i gorączka przez ostatnie 7 dni nie opuszczały chorego, przeto przywieźli go rodzice do Warszawy.

Stan obecny. Mały nasz pacjent, dosyć dobrej budowy, skarży się na trapiące go bóle w prawym podbrzuszu i brak łaknienia. Ciepłota 39,2° C. Tętno 110—112. Język mocno obłożony. Od czasu do czasu czkawka. Brzuch zapadły. Mięśnie prawej jego połowy silnie napięte. Nad zewnętrzną połową prawego więzła POUPART'a w kierunku *spin. il. ant. sup.* uwydatnia się nader bolesne i wyraźnie chęłbocące wygórowanie. Chęłbotanie to wyczuwa się również przy badaniu przez kışkę stolcową. Mocz bez zmiany. Narządy klatki piersiowej zdrowe.

Dnia 24. VIII. Operacja. Cięcie typowe. W jamie ropnia znaleziono około 6 łyżek stołowych cuchnącej kałem zawartości. Wyrostka nie odszukano. Po wprowadzeniu do jamy ropnia sączka, złączono brzegi rany za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Opaska. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Mały pacjent pojechał do domu dnia 24. IX. z raną prawie w zupełności zagojoną.

5) B. I. z Oran przybył do lecznicy 17. VIII. 1896. Wywiady. Pacjent, mężczyzna, lat 25 mający, cierpi prawie od dzieciństwa na zaparcie stolca i już przez cały szereg lat zapada od czasu do czasu na silne bóle w brzuchu, które zazwyczaj trwają jeden lub dwa dni i najczęściej mijają dobrowolnie; zrzadka tylko chory zażywał łyżkę stołową oleju rącznikowego. Od 4 miesięcy niedomaga już ciągle, przyczem doznaje od czasu do czasu większych lub mniejszych bólów w prawym podbrzuszu i cierpi na rozwolnienie, brak łaknienia i często powtarzające się napady wysokiej gorączki. Przed 5 tygodniami zauważono istnienie guzowatości w okolicy kışki ślepej która to guzowatość w następstwie, rosnąc coraz bardziej, stała się widoczną nawet dla samego chorego.

Stan obecny. Dosyć wycieńczony pacjent skarży się na bóle w prawym podbrzuszu, na gorączkę i rozwolnienie. Ciepłota 39—38,8°. Tętno 100. W moczu nieznaczne ślady białka surowiczego. W prawym podbrzuszu uwydatnia się wyraźnie chęłbocąca guzowatość, wielkości średniego jabłka, ograniczona od góry i wewnątrz grubym wałem, a u dołu wnikażąca do jamy małej miednicy. Przez kışkę stolcową wyczuło z prawej strony stwardnienie. Ropy w stolcach nie zauważono.

Dnia 18. VII. Operacja. Po przeprowadzeniu cięcia typowego, wypuszczono z otworzonej jamy cuchnącą ropę w ilości przeszło 1½ szklanki. Ściany i dno jamy były sklezione skrzepami ropnymi dosyć znacznej grubości. Na zewnątrz i z tyłu kışki ślepej znaleziono otwór sporej średnicy, przez który przy lekkim ucisku wydobyla się z jamy małej miednicy nowa porcja ropy w ilości przeszło szklanki. Wyrostka nie można było odnaleźć. Po wprowadzeniu



do zbiornika w małej miednicy grubego drenu, złączono częściowo brzegi rany za pomocą szwów, a resztę rany wytamponowano wyjąłowaną gazą. Opaska. Przebieg pooperacyjny nader pomyślny. Rana goiła się przewybornie i chory bardzo powracał do sił.

Pacjent wypisał się z lecznicy dnia 29. VIII. 1896 w zupełnym zdrowiu.

6) Pacjentka K. L., lat 6 mająca, z Białegostoku przybyła do lecznicy dnia 12. IX. 1896.

Wywiady. W 1895 chorowała na płonicę i od tego czasu ciągle doznaje rozmaitych zaburzeń ze strony narządu trawienia. Od kilku już tygodni dziecko wciąż gorączkuje. Przed dwoma tygodniami spostrzeżono po raz pierwszy wypuklenie w okolicy kiszki ślepej, a od kilku dni mała pacjentka cierpi na nader dokuczliwe parcie ze strony kiszki stolcowej.

Stan obecny. Mała, blada i wycieńczona pacjentka cierpi na ciągle i bardzo bolesne parcie na stolce. W wypróżnieniach znajdują się wyraźne ślady ropy. Język obłożony grubym, czarnym nalotem. W okolicy kiszki ślepej uwydatnia się guz, twardej spistości, z szorstką powierzchnią, wielkości orzecha włoskiego. Ciepłota 39°—38,4°. Tętno drobne i częste 140.

Dnia 13. IX. Operacja. Cięcie typowe. Oddzielenie otrzewnej ściennej od zrosniętej z nią kiszki ślepej dosyć poważne przedstawiało trudności. Znaleziony—po mozolnem szukaniu—na wewnątrz kiszki ślepej ropień zawierał w sobie tylko około łyżki stołowej gęstej i bardzo cuchnącej ropy. Zagięty w górę wyrostek robaczkowy tak mocno był zrosnięty z kłębkami kiszek, stanowiącym wewnętrzną ścianę ropnia, że o całkowitem oswobodzeniu i wycięciu go nie można było nawet myśleć. Wskutek tego zmuszony byłem ograniczyć się na wycięciu owrzodzonego i przedziurawionego ślepego końca, na podwiązaniu pozostałego dośrodkowego jego odcinka i na złączeniu go za pomocą kilku szwów z brzegiem wewnętrznym rany otrzewnej. Po wprowadzeniu do opróżnionej jamy ropnia drenu, złączono brzegi rany za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Opaska. Przebieg pooperacyjny przewyborny. Jeszcze tego samego dnia ustąpiło dokuczliwe parcie. Ciepłota trzeciego już dnia opadła do normy. Wyzdrowienie dosyć szybkim postępowało krokiem i dziecko dnia 21. X. pojechało do domu w zupełnym zdrowiu. W okolicy kiszki ślepej obok blizny wyczuwano jeszcze dosyć znaczne stwardnienie.

7) Pacjent D. S. z Lublina przybył do lecznicy 20. XI. 1896.

Wywiady. Przed dwoma laty chorował, jak utrzymuje, na tyfus brzuszny (?) i od tego czasu zapadał często na kolki w prawem podbrzuszu, połączone zazwyczaj z zaburzeniami w narządzie trawienia. Przed 5 tygodniami w kilka godzin po zjedzeniu niestrawnego obiadu zachorował nagle na gwałtowne kolki w okolicy kiszki ślepej, wymioty i gorączkę, poprzedzoną silnym dreszczem.

Pijawki, proszki wewnątrz [prawdopodobnie makowiec] i lawatywy uśmierzyły bóle i wymioty. Zupełnego jednak wyzdrowienia nie osiągnięto: bóle, gorączka, brak łaknienia i umiarkowane rozwolnienie trapią go przez cały ten



czas bezustannie. W ostatnich dniach przyłączyły się jeszcze objawy wysięku w prawej jamie opłucnej.

Stan obecny. Pacjent, 17-letni młodzieniec, słusznego wzrostu i średniego odżywiania, skarży się na ogólne osłabienie, brak łaknienia, bezsenność, bóle w brzuchu i kaszel. Ciepłota  $38,7^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ . Oddech powierzchowny i częsty 38—40. Objawy wysłuchowe i opukowe: w lewej połowie klatki piersiowej normalne; w prawej przedstawiają się w następujący sposób: szmery oddechowe wysłuchuje się *in lin. mamil.* do 5-go żebra, *in lin. axil.* do 5-go, a *in lin. scap.* do dolnego kąta łopatki. Również stępienie odgłosu opukowego zaczyna się od tylko co określonych granic. *Fremitus* w tem miejscu osłabiony. Wykonane jednak w kilku miejscach nakłucia próbne dały wynik ujemny. W okolicy kiszki ślepej wyczuwa się guz twardej spistości, o nierównej powierzchni, mało ruchomy i bolesny przy dotykaniu, wielkości gęsiego jaja. Guz ten jest ściśle spojony z przednią ścianą brzucha, a w samym jego środku znajduje się ropień wielkości orzecha laskowego.

Dnia 21. XI. Operacja. Po przecięciu wspomnianego ropnia i wypuszczeniu zawartej w nim cuchnącej ropy, przedłużono cięcie w górę i na dół w taki sposób, by przybrało postać typowego. Ponieważ otrzewna ścienna była mocno zlepiona z przednią powierzchnią guza, oddzielenie jej przeto przedstawiało nie mało trudności. Na wewnątrz i ku dołowi od kiszki ślepej wśród błon wrzekomych znaleziono jeszcze inny ropień wielkości jaja kurzego. Wyrostka nie odszukano. Po wprowadzeniu do jam ropni sączków, złączono brzegi ran na znacznej przestrzeni za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Gorączka, około  $38^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$ , trwała jeszcze 8 dni i dopiero z wzmocnieniem szmeru oddechowego i wyjaśnieniem odgłosu opukowego w prawem płucu ciepłota ciała wróciła do stanu prawidłowego. Pacjent następnie bardzo szybko przychodził do sił i dnia 29. XII. wypisał się z lecznicy w zupełnem zdrowiu.

8) Pacjent A. M. z Łodzi przybył do lecznicy dnia 5. I. 1897 r..

Wywiady. Chorób żadnych nigdy nie przechodził. Od czasów szkolnych cierpi na nawykowe zaparcie stolca. Przed 8 tygodniami, po zażyciu gorzkiej wody, która wywołała kilka wodnistych wypróżnień, chory dostał nagle silnych bólów w prawem podbrzuszu; bóle te następnie rozpromieniły się na cały brzuch. Wezwany wtedy lekarz skonstatował obecność stwardnienia w okolicy kiszki ślepej. Od tego czasu trapią chorego ciągle: gorączka, bóle i brak łaknienia. Stolec bywa tylko po stosowaniu ławatywy.

Stan obecny. A. M., mężczyzna lat 26, wysokiego wzrostu i dobrej budowy ciała, ma z prawej strony brzucha u dołu guz wielkości pięści dorosłego człowieka, sięgającą w górę na trzy poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego, wewnątrz do smugi białej, a od dołu kończy się na palec powyżej prawego więzła POUPART'a. Guz chęłboce wyraźnie. Ciepłota ciała  $39^{\circ}$ — $37^{\circ}$ . Tętno 92—96. Narządy klatki piersiowej normalne. Mocz bez zmiany.

Dnia 6. I. 1897. Operacja. Po przecięciu skóry, mięśni, znacznie zmienionej powięzi i otrzewnej przez całą długość guza, wydobyły się z jamy ropnia, 1) nadzwyczaj dużo cuchnących gazów, zdradzających się świstem i 2) około



litra cuchnącej kałem ropy. Jama była wyklejona wszędzie grubymi skrzepami ropnymi. O odszukaniu wyrostka w kłębkach zlepionych kiszek, stanowiącym wewnętrzną przegrodę jamy, mowy nawet być nie mogło. Ranę wytamponowano wyjałowioną gazą i gojono ją *per secundam*. Pacjent, odzyskawszy po operacji zdrowie i siłę, wypisał się z lecznicy 4. IV. 1897 z głęboką zatoką.

[O ile mi wiadomo, operował go następnie prof. MIKULICZ dwa razy bezskutecznie, a za 3-im razem odszukał wyrostek robaczkowy, wyciął go i nastąpiło zagojenie].

9) Pacjent K. I., mężczyzna, lat 19 mający, cierpi od dwóch lat często na rozwolnienie. Przed 6 dniami, po dźwignięciu dużego ciężaru, dostał nagle gwałtownej kolki wyrostkowej, połączonej z wymiotami, zaparciem stolców i gorączką. Pod wpływem makowca i lawatyw zaparcie i wymioty ustały; bóle wszakże i gorączka, jak utrzymuje chory i otoczenie jego, coraz bardziej się wzmagają.

Stan obecny. Młodzieniec, średniego wzrostu i lichej budowy ciała, skarży się na silne bóle w brzuchu, brak łaknienia, ogólne osłabienie i gorączkę. Ciepłota 40,1°—39,7°. Tętno 124—130. Oddech żebrowy 38—40. Brzuch zapadły. Mięśnie po prawej jego stronie mocno napięte. Prawe podbrzusze nadzwyczaj bolesne przy najłżejszym nawet dotknięciu. Na dwa ctm. na wewnątrz od *spin. il. ant. sup. dextr.* wyczuwa się nader bolesne stwardnienie, wielkości gołębiego jaja. Język obłożony grubym, czarnym nalotem. Mocz odchodzi bez bólów i w ilości normalnej.

Dnia 16. II. Operacja. Cięcie typowe. Po przecięciu otrzewnej ściennej wylało się z jamy ropnia około 60,0 grm. septycznego, ciemno-czerwonego i nadzwyczaj cuchnącego płynu. Kiszka ślepa była mocno zaczerwieniona i z lekka zlepiona z przednią ścianą brzucha. Silnie obrzmiały wyrostek robaczkowy leżał swobodnie na zewnątrz od *coecum*. Ślepy jego koniec był w zupełności zniszczony. W jamie okołowyrostkowej znalazłem stężynę kałową postaci płacka, eliptycznej formy, której podłużny wymiar wynosił 2,5 ctm., poprzeczny około 2 ctm., a grubości około 3 mm. Po wycięciu wyrostka i obszyciu pozostałego kikuta, wprowadzono do jamy ropnia dwa sączki i brzegi rany powłók złączono za pomocą odpowiedniej ilości szwów. Opaska. Wycięty wyrostek miał 6,5 ctm. długości i w swoim ciasnym—z powodu silnego obrzęku błony śluzowej—przewodzie nie zawierał żadnych stężyn kałowych. Krezka była bardzo słabo rozwinięta.

Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny. K. I. wypisał się z lecznicy 11. IV. 1897 r. w zupełnym zdrowiu.

10) Pacjentka E. H. z Białej przybyła do lecznicy 1. III. 1897 z zatoką ropną w okolicy podbrzusza prawego.

Wywiady. Mała pacjentka, wieku lat 8, zachorowała przed niespełna 5 tygodniami [podobno] na tyfus brzuszny. Najwydatniejszymi objawami były: gorączka i — na początku — wymioty. Przed dwoma tygodniami pojawił się w przednich powłokach brzucha z prawej strony mniej więcej na środku *linae*



*spina-umbilicalis* nie wielki ropień, który po upływie 11 dni—pod wpływem okładów—sam się otworzył, wydzielając nader cuchnącą ropę w dosyć sporej ilości.

Stan łobeczny. Dziewczynka, dosyć wycieńczona, posiada zatokę ropną, otwierającą się mniej więcej w środku wyżej wspomnianej linii.

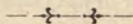
Zgłębnik wnika bardzo głęboko w kierunku *fossae iliacaе dextrae*. Przy ucisku na powłoki prawego podbrzusza wycieka cuchnąca ropa w obfitej ilości. Język obłożony grubym, białym nalotem. Stolce prawidłowe. Gorączka hektyczna. Ciepłota 39,6°—37,7° C. Poty. Tętno 100.

Dnia 2. III. Operacya. Otworzywszy na zgłębniku żłobkowym zatokę w powłokach i wyskrobawszy ją ostrą łyżeczką, znaleziono na dwa palce powyżej więzu POUPART'a na granicy między mniej więcej zewnętrzną i średnią jego 1/3 częścią drugą zatokę, prowadzącą w głąb dołu biodrowego. Przeciąwszy tedy i tę warstwę powłok, natrafiono na jamę, wypełnioną cuchnącą ropą w ilości około pół szklanki. Mocno zgrubiały wyrostek leżał swobodnie we wspomnianej jamie. Wyresekowawszy ten ostatni i zamknąwszy światło kikutą, wprowadzono do jamy ropnia sączek i złączono brzegi powłok za pomocą odpowiedniej ilości szwów. Opaska. Anatomiczne badanie wyciętego wyrostka wykazało, że nie był nigdzie przedziurawiony, że tkanki jego znajdowały się tylko w stanie przewlekłego zapalenia i że na błonie śluzowej nie było nigdzie owrzodzeń. W przewodzie znaleziono kilka zaledwie bardzo drobnych ziarenek kałowych. Długość wyciętego odcinka wynosiła około 4,75 ctm.. Mała nasza pacjentka dosyć szybko przyszła do siebie i dnia 14. IV. wypisała się z lecznicy z zagojoną raną w zupełnym zdrowiu. [C. d. n.]

## IV. SPRAWA SZCZEPIENIA OSPY U NAS.

Podał

**K. Chelchowski.**



[Dokończenie — Patrz Nr. 15].

### D O P E Ł N I E N I E.

D-r TOŁWIŃSKI [Kron. Lek. 1899. str. 354] przytacza dekret FRYDERYKA AUGUSTA z r. 1811, żądający, żeby każde dziecko w ks. Warszawskim miało ospę szczepioną.

Dowodów na to, że sprawa szczepienia w Królestwie między r. 1860 a 1886 z roku na rok upadała, można znaleźć w naszym piśmiennictwie dość dużo.

Tak np. inspektor lekarski gub. radomskiej REWOLIŃSKI wykazuje za rok 1870 [Gaz. Lek. tom XI. str. 283] 19211 szczepień i mówi o licznych rewakcyacjach. Znaczy to, że w roku 1870 zaszczepiono tam 3,7% ludności. Tak wysokiej odsetki szczepionych gub. radomska w ostatnich kilkunastu latach ani razu nie wykazała.



W. LIPIŃSKI ogłaszał w Gazecie Lekarskiej statystykę lekarską powiatu grójeckiego corocznie od 1869 do 1874 [Gaz. Lek. tomy VII do XIX]. Otóż w r. 1869 wykazuje on przeszło sześć procent szczepień na 100 ludności: 2882 szczepień na 43403 ludności. W następnych latach mimo wzrostu ludności liczba szczepień z roku na rok spada i wynosi: 2724, 2202, 1381, 996, wreszcie 1659 szczepień. Dodać trzeba, że w pierwszych latach LIPIŃSKI wspomina o licznych rewakcynacjach, o czem w późniejszych latach niema już mowy.

S. HUZARSKI w powiecie szczuczynskim w r. 1867 podaje liczbę szczepień 1479, co odpowiada 3,3 na 100 ówczesnej ludności. Jest to odsetka daleko wyższa, niż dzisiejsza w tym powiecie. W następnych latach mimo wzrostu ludności liczba szczepień zaczyna już spadać i wynosi 1444 i 1036 [Gaz. Lek. 1870. t. IX. str. 300].

Przykładów przeciwnych, t. j. postępu sprawy szczepienia z roku na rok, w danym powiecie nie udało mi się znaleźć. Nawet w sprawozdaniach tych lekarzy, którzy gorliwiej zajmowali się szczepieniem i pisali w tej sprawie [RYBICKI. Medycyna. 1883. tom XI. str. 196. DRECKI. Gaz. Lek. 1891. str. 932], co najwyżej, można stwierdzić zastój aż do czasu zastosowania miazgi ospowej zamiast limfy humanizowanej. RYBICKI od roku 1871 podaje liczby szczepień w powiecie skierniewickim: 1100, 1177, X, 1159, 1068, 952, 907, 1511, 1229, 1213, 1034, 1240. Uwzględniając przyrost ludności, trudno tu mówić o postępie. Tak samo i w statystyce DRECKIEGO liczba szczepień między 1878 a 1885 r. raczej się zmniejsza, a dopiero od zaprowadzenia szczepień miazgą ospową szybko i wyraźnie wzrasta.

Że szczepienie ospy odbywało się u nas przed laty wcale nieźle, dowodem choćby następujący urywek z pracy MALCZA, czytany w roku 1836 [Pam. Tow. Lek. Warsz. tom I. str. 69]. „...komuż z pism i podań nie wiadomo, jak dawniej dziesiątkowała ospa rodzaj ludzki. I dziś jeszcze, niestety, są okolice, w których mniej zwracają uwagi na szczepienie krowianki...“. A dalej w tejsze pracy te same uwagi i wnioski, do których dziś po 63 latach dochodzimy: „zmuszeni tedy byli lekarze, sami nie mogąc wydołać, szczepienie poruczyć nielekarskim rękóm. Z natury rzeczy wypłynęło, że operacya ta z równą skrupulatnością odbywaną nie była, że uważano krowiankę za przyjętą, gdzie to bynajmniej miejsca nie miało“ [str. 71]. Wreszcie na str. 87 opisuje MALCZ krowiankę fałszywą, to jest pryszczę ropne, gojące się w 6—8 dni.

W r. 1847 DWORZACZEK domaga się rewakcynacji co 5—7 lat [Pam. Tow. Lek. Warsz. tom 17. str. 213]; umiarkowańszy JANIKOWSKI poprzestałby na jednorazowej rewakcynacji [tamże tom 18. str. 169].

Wiadomości o epidemiach ospy w Królestwie w bieżącym stuleciu, jak już wspomniałem, możnaby znaleźć niemało w naszym piśmiennictwie lekarskiem. Są one rozrzucone w sprawozdaniach ze szpitali warszawskich i prowincjonalnych, w sprawozdaniach komitetu warszawskiego do badania chorób panujących, wreszcie w opisach statystyczno-lekarskich pojedynczych powiatów Królestwa. Spiesząc się z ogłoszeniem niniejszego artykułu, dokładnie przejrzeć całego tego materiału nie mogłem. Oto co udało mi się znaleźć z epidemiologii ospy u nas, zastrzegając z góry, że kraj nigdy nie był zupełnie wolnym od ospy.



W r. 1836 ospa łagodna przeszła przez Poznańskie, Galicyę, potem i przez Królestwo. [Pam. Tow. Lek. Warsz. tom I. str. 192].

W r. 1847 epidemia ospy przeważnie łagodnej. Między wybitniejszymi lekarzami zawiązał się długi spór o naturę ospy łagodnej (*variolois*). HELBICH wbrew DWORZACZKOWI, JANIKOWSKIEMU i innym poczytywał ospę łagodną za całkiem odrębną chorobę. DWORZACZEK w szpitalu ewangelickim w tym roku leczył 23 przypadki ospy [z 19 szczepionych nikt nie umarł, z 4 nieszczepionych zmarło 2]. [Pam. Tow. tom 17. str. 230].

W r. 1856 nowa epidemia, przynajmniej w Warszawie: w szpit. Dzieciątka Jezus było aż 110 chorych na ospę, umarło z nich 17. W r. 1857 między kilkudziesięciu chorymi na ospę w tymże szpitalu śmiertelność wynosiła 25%. W innych zaś latach umierało z ospy zaledwie po parę lub kilka osób. [Sprawozdanie LE-BRUNA w Pam. Tow. Lek.].

W następnych dwóch latach ospa w Warszawie znowu zmalała. W 1858 zmarło jeszcze w sz. Dz. Jez. 11 osób; w 1859 chorych było 13 [CHLEBOWSKI].

Zdaje się, że w latach 1860—1862 musiała przejść przez Królestwo silniejsza i rozleglejsza epidemia. O liczniejszych przypadkach w 1860 roku w powiecie radzyńskim mówi BOKIEWICZ w cytowanej już pracy. O ospie w powiecie siedleckim w r. 1860 i 1861 donosi REWOLIŃSKI [Tyg. Lek. 1864. tom 18. str. 193]; ospa tam wogóle była łagodna, tylko w okolicy Węgrowa miała cięższy przebieg. W Warszawie w r. 1862 istniał przez 6 miesięcy oddział ospowy w szpitalu Ś-go Ducha: z 81 chorych zmarło 10; epidemii LAN-GOWSKI nie uważał za ciężką. [Pam. Tow. Lek. Warsz. tom 50. str. 153].

Następnie aż do czasu pandemii europejskiej z r. 1870—1873 nie znajduję u nas wzmianki o liczniejszych zachorowaniach na ospę. Pandemia ta w pochodzie swym, jak już wspominałem, przyszła do nas nieco później. W Warszawie silniejsza ospa zaczęła grasować od pierwszych dni lutego 1871 r. i trwała przez cały rok 1872. Był więc czas na przygotowanie się do ospy. I rzeczywiście, nie mówiąc już o bardzo energicznej działalności PRZYSTAŃSKIEGO, pewne środki zapobiegawcze w Warszawie przedsiębrano wtedy [Sprawozdanie inspektora MALEKA. Gaz. Lek. 1871. tom XI. str. 382 i 430]. Przywrócono szczepienie w cyrkulach, w gmachu Tow. Dobroczynności, w domu przytułku i pracy za rogatką wolską. Zaszczepiono w r. 1870 2361 dzieci, a w pierwszej połowie 1871 r. 1615 osób. Statystyka urzędowa nie wykazywała bardzo wielkiej liczby zachorowań i śmierci. W pierwszej połowie 1871 r. liczono chorych 172, a zmarłych 24 w Warszawie. W r. 1872 [Gaz. Lek. 1873. XIV. str. 64] miało chorować 1471, a umrzeć 213 osób. Zdaje się jednak, że cyfry te obejmują przeważnie chorych szpitalnych tylko, a nie leczonych w domu. W samym oddziale kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus POGORZELSKI miał chorych 183 [nieszczepionych w tem 78] ze śmiertelnością 24% [u nieszczepionych 38%].

Epidemia ospy rozszerzyła się na całe Królestwo w r. 1873 [na gub. płocką jeszcze w roku 1872]. Jednocześnie panowała i cholera, choć niezbyt silna. To też w r. 1873 przyrost ludności w Królestwie wynosił zaledwie  $\frac{1}{5}$  zwykłej cyfry, a w kieleckim i radomskim ludność się zmniejszyła. O śmiertelności



z ospy w gub. Kieleckiej, w pow. rypińskim podczas tej epidemii wspominałem już wyżej. W pow. grójeckim, według LIPIŃSKIEGO, chorowało 904 osoby, t. j. 2% ludności powiatu. W niektórych gminach chorowało 6,4% ludności. Śmiertelność [300 zmarłych] wynosiła 33%, w niektórych zaś gminach 63,3%. Przypadki czarnej ospy były bardzo częste.

Przed epidemią z roku 1892, która ogarnęła całe Królestwo, statystyka urzędowa wykazuje wielką śmiertelność z ospy w gub. warszawskiej w r. 1878 [1831 śmierci], 1879 i 1883; w piotrkowskiej w 1890 [1268 śmierci] i 1891 [1915 śmierci]; w kaliskiej w 1888 [832 śmierci]; w radomskiej w 1879; w lubelskiej w 1888.

Po epidemii z r. 1892 grasowała cięższa ospa w r. 1893 w gub. piotrkowskiej [1328 śmierci] i suwalskiej; w 1894 w siedleckiej [928 śmierci]; w 1895 w lubelskiej [1073 śmierci]; w 1898 w plockiej.

Obawa przed zaraźliwością ospy istniała u nas zawsze. W szpitalu Dz. Jezus np. chorych ospowych zawsze odosabniano, czego nie robiono z innymi chorobami zakaźnymi, wyjąwszy cholere.

Od roku 1882 do 1887 przy szpitalu Dzieciątka Jezus istniał stały oddział ospowy. Mimo ciągłych epidemii w mieście ludność unikała go i ruch w nim był niewielki [jakieś 20 osób rocznie] z wyjątkiem roku 1887, w którym liczba ospowych wzrosła w nim do 111 [śmierci 17]. [Sprawozdania statystyczne ze szpitala Dzieciątka Jezus KRAJEWSKIEGO, GARBOWSKIEGO i POLAKA]. Od roku 1888 przeznaczono dla chorób zakaźnych szpital zapasowy.

Pamięć i obawa ludności przed limfą humanizowaną przetrwały do dziś. I dziś sprawdzanie po 7—8 dniach, czy ospa się przyjęła, trafia na wielkie trudności, matki bowiem nazywają to „stawieniem się do zdejmowania ospy“ i boją się, żeby dzieciom przy kontroli przyszczów nie rozdrapywano.

Około r. 1870 prócz wspomnianych zakładów krowiankowych istniał jeszcze w Warszawie przez czas krótki cielećnik przy szpitalu dziecięcym SIKORSKIEGO. Cielećnik w Lublinie w roku 1891 istniał przy szpitalu Ś-go Wincentego.

W szpitalu w Tworkach D-r RĄDZIWIŁŁOWICZ pomiędzy chorymi i usługą na wspólnych salach [425 osób] znalazł nieszczepionych 18,8%, a dziobatych 10,8%.

## STAN I POTRZEBY

### SZPITALI WARSZAWSKICH.

— † — † —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 15].

Mówiąc o kształceniu felczerów, należy zwrócić uwagę na różnicę wymagań, stawianych pod tym względem mężczyznom i kobietom. Różnica wypływa z następujących powodów.

Do niedawna świadectwo na felczera młodszego mógł wydawać każdy urząd gubernialny lekarski każdemu kandydatowi, który okazał zaświadczenie lekarza szpitalnego o kilkumiesięcznej praktyce w szpitalu i zdał odpowiedni egzamin w obecności gubernialnego inspektora lekarskiego. Ponieważ taki



porządek rzeczy wytworzył całą falangę nieuków, niekiedy nie umiejących się nawet podpisać, władza zaprowadziła reformę, mocą której świadectwa na felczerów młodszych i starszych wydaje tylko szkoła felczerska. Niemniej przeto i dziś nie żąda się od kandydata na felczera młodszego, by tenże obowiązkowo kończył szkołę. Pod tym względem przystępujący do egzaminu na felczera kandydaci dzielą się na internów i eksternów. Interni muszą przedstawić świadectwo z ukończenia dwuklasówki miejskiej, z odbycia czteromiesięcznej praktyki w szpitalu, wreszcie muszą w ciągu dwóch lat słuchać wykładów w szkole felczerskiej. Eksterni mogą natomiast wcale do szkoły nie chodzić, lecz natomiast są obowiązani przedstawić świadectwo z ukończenia czterech klas gimnazjalnych z łaciną, a nadto świadectwo z rocznej praktyki w szpitalu. Otóż ponieważ szkoła uczenie nie przyjmuje, kobiety zostały podciągnięte pod prawo o kandydatach eksternach, t. j. muszą przedstawiać świadectwo z rocznej praktyki szpitalnej oraz z ukończenia czterech klas w gimnazjum żeńskim, a zdania egzaminu z czteroklasowego kursu łaciny w gimnazjum męzkim. Łatwo zrozumieć, że takie podniesienie poziomu wymagań dla eksternów odbiło się ujemnie na ich ilości. Od czasu zastosowania powyższego prawa, t. j. od lat przeszło dziesięciu, zdał egzamin na felczera młodszego jeden mężczyzna ekstern i pięć, czy sześć kobiet. Z tych ostatnich jedna tylko pozostała na miejscu, pełniąc obowiązki dozorczyni chorych w Tworkach; dwie, pochodzące z Cesarstwa, także otrzymały posady felczerek; wreszcie dwie inne, jako doktorzki Uniwersytetu Berneńskiego, zdawały egzamin w celu nabycia jakichkolwiek praw i wcale nie marzyły o stanowisku felczarki szpitalnej.

Z powyższego widać, że dzisiejszy porządek rzeczy ma na widoku prawie wyłącznie kształcenie mężczyzn na felczerów, zupełnie zaś nie sprzyja temu, by kobiety poświęcały się temuż zajęciu. Tymczasem życie domaga się czego innego. Dziś obsługa oddziałów żeńskich, a zwłaszcza ginekologicznych i chirurgicznych przez felczera mężczyznę wydaje nam się nieodpowiednią, a nawet nieprzyzwoitą. Zdarza się wprawdzie, że i obecnie wyrostki praktykanci felczerzcy przemywiają pochwy, wypuszczają mocz i wykonywają inne podobne czynności na oddziałach żeńskich, lecz trzeba przecież wyznać, że nie jest to zgodne ani z przyzwoitością, ani nawet z moralnością. To też szpitale, rozumiejąc to, starają się o zdobycie wykwalifikowanych felczerek, a ponieważ to jest niemożliwe, biorą pierwsze lepsze zgłaszające się niewiasty z dobrą chęcią, a spokojnym usposobieniem. Zwykle są to tak zw. babki lub też aspirantki na felczarki dyplomowane, które zgłaszają się, jako praktykantki z mocnym postanowieniem odbycia rocznej praktyki szpitalnej, zdania egzaminu z czterech klas i z łaciny w gimnazjum, a z przedmiotów specjalnych w szkole felczerskiej. Taka praktykantka, poduczwszy się nieco czynności felczerskich, w braku innych kandydatek, zostaje mianowana pełniącą obowiązki felczarki z lichą pensją a dużą pracą. Marzy ona jeszcze długo o zgłębieniu tajników *accusativi cum infinitivo* i *ablativi absoluti*, kuje na pamięć słowa nieforemne, aż wreszcie z czasem zaczyna wątpić w zdolność umysłu niewieściego do wchłonięcia tej mądrości i postanawia poprzestać na tem, co jej losy już dały. Właściwie mówiąc, szpitalnictwo nie na tem nie traci, że ma felczarki, nie umiejące łaciny, a to tembardziej, że za pomocą rzetelnej pracy te kobiety z czasem stają się nieraz bardziej uzdolnionymi, niż ukończony felczer mężczyzna. Nie mniej przeto są to ptaki, wiszące na gałęzi. Niech się zjawi nowy naczelny lekarz formalista, a wówczas nieopatentowane pomocnice lekarskie będą musiały ustąpić. Dziś szpitale warszawskie, o ile nam wiadomo, posiadają jedną tylko kobietę ze świadectwem felczarki, która notabene ukończyła szkołę w Kijowie.

Z tego, cośmy wyżej mówili, wypływa, że, chcąc mieć dobrych felczerów, szpitale powinny polepszyć ich byt materyalny, a nadto postarać się o grunto-



wną reformę w ich kształceniu. Felczer szpitalny, o ile ma zająć w szpitalu jedynie dłań odpowiednie w dzisiejszych warunkach stanowisko starszego pielęgniarza, musi otrzymać przynajmniej tyle, ile dziś placą swym felczerom fabryki i koleje. Należy mu przeto dać pomieszkowanie takie, by mógł się w niem pomieścić z rodziną, a nadto wyznaczyć pensję 400—600 rubli rocznie oraz wyrobić takąż emeryturę po wysłużeniu 35 lat.

Co się tyczy reformy szkoły felczerskiej, to myśl tę podniósł i gorąco popierał poprzedni inspektor szpitali warszawskich. Wybrano z tego powodu komisję, urządzono kilka posiedzeń, wypracowano odpowiednie projekty, lecz sprawa na tem utknęła, o ile nam wiadomo, z powodu braku środków materialnych. Nie uważamy za możliwe długo się w tem miejscu zastanawiać nad tą sprawą. Musimy jednakże zwrócić uwagę na to, że wyrażone na wspomnianych posiedzeniach przez członków komisji opinie i zaprojektowane reformy niezupełnie nam trafiają do przekonania.

Główną uwagę zwracano przy obradach na stronę teoretyczną wykształcenia felczerów, projektowano przyjmować do szkoły uczniów z czteroklasowym świadectwem gimnazjalnym, w szkole rozpoczynać naukę od fizyki i chemii i t. p. Tymczasem sprawę praktycznego kształcenia uczniów pozostawiano nadal prawie w dzisiejszej postaci [projektowano tylko nieco przedłużyć okres praktyki]. Szkoła felczerska, zdaniem naszym, powinna przede wszystkim dbać o dokładne i praktyczne kształcenie uczniów i starać się urabiać ich w kierunku pielęgnowania chorych. Nie w tem leży istota rzeczy, by uczniowie felczerscy kończyli cztery klasy i nasiąkali w szkole ogromem wiedzy lekarskiej, lecz w tem, by umiejętnie wybrane najpotrzebniejsze dla pielęgniarza wiadomości były przystępnie uczniom wyłożone i odpowiednio przedstawione na praktyce. Toteż miejsce ucznia felczerskiego w szpitalu nie w pokoju dyżurnym, lecz na sali przy chorym; nie felczerzy powinni być instruktorami uczniów, jak chce ustawa z 1842 r., lecz lekarze. Rozspychanie uczniów felczerskich po wszystkich szpitalach bez żadnej kontroli naukowej jest wprost absurdem. Właściwie dla praktycznego kształcenia uczniów felczerskich należałoby urządzić internaty w jednym lub w paru szpitalach warszawskich. Tu uczniowie powinni pod kontrolą i kierunkiem lekarza pełnić całą obsługę przy chorych. Ze szpitala mieliby prawo wydalać się tylko na godzinę lub dwie na wykłady w szkole. Skoro w Anglii studenci medycyny mogą kształcić się w ten sposób, pełniąc obowiązki pielęgniarzy szpitalnych, tembardziej u nas mogliby podobną praktykę odbywać felczerzy. Szpitale, dając uczniom tylko pomieszkowanie i życie, wieleby na tem nie traciły, a to tembardziej, że mogłyby znacznie zredukować ilość służby niższej. Przeszedłszy taką szkołę, felczer żadnejby się roboty nie sromął i stałby się burdzo pożądanym pracownikiem w szpitalu. Za dowód może posłużyć jeden ze szpitali Petersburskich [Roźdiestwienskaja bolnica], który urządził internat dla uczennic felczerskich. Wychowanki tej szkoły, jako świetnie wyszkolone, praktyczne, poszukiwane są i cenione w szpitalach i innych instytucjach. W końcu należy dodać, że ze względu na potrzebę wytworzenia zastępu kobiet felczerek koniecznym jest uprzywilejowanie im zdobywania wiedzy w tym kierunku przez zrównanie wymagań z tem, czego od mężczyzn żądają.

Urządzając internaty, możnaby jeden szpital przeznaczyć dla chłopców, drugi dla dziewcząt, w szkole zaś mogliby wykładów słuchać wspólnie. Właściwie mówiąc i obecnie na wykłady prywatne, za pozwoleniem zarządzającego szkołą, uczęszcza co rok po kilka kobiet, a przecież szkody ztąd żadnej nikt nie ponosi.

Nie ulega kwestyi, że projektowane wyżej przez nas reformy w celu podniesienia stanu felczerów szpitalnych wymagają dość znacznych nakładów, co przy bardzo licznych innej natury potrzebach naszych szpitali nie jest rzeczą



obojętną. O ile jednakże też szpitale zechcą stanąć na tej wysokości, do jakiej one już doszły wszędzie naokół, wydatki i w tym kierunku prawie są nieuniknione. Mówimy prawie, gdyż byłby jeden sposób prostego załatwienia się z tą sprawą, a mianowicie zupełne zniesienie posad felczerów szpitalnych. Postaramy się dowieść, że obecnie jest to w zupełności możliwe. Dziś w szpitalach warszawskich obowiązki felcerskie, jakieśmy to wyżej widzieli, pełnią w części młodzi felczerzy, w części zaś uczniowie felczerscy. Obowiązki te są następujące.

Na oddziale wewnętrznym felczer stosownie do wskazówek ordynatora i siostry miłosierdzia sporządza relewę, t. j. wykaz żywności dla chorych na dzień następny, wpisuje recepty do receptaryusza, a inne zapotrzebowania [pijawki, mydło i t. p.] do książki lub na kartkę i wszystko to wraz z kartami wypisujących się, zmarłych lub podlegających śledztwu chorych przedstawia lekarzowi naczelnemu. Po za tem tenże felczer prowadzi księgę chorych, pisze tabliczki nad łózkami i w razie potrzeby stawia bańki, pijawki i lawatywy oraz mierzy ciepotę. Cała ta arcyprosta czynność mogłaby śmiało być rozebrana pomiędzy lekarza asystenta [sprawy kancelaryjne] a roztropnego posługacza [lawatywy, bańki]. Możliwość to skuteczniej tembardziej, że ważniejsze czynności, przeznaczone ustawą felczerom, już im odjęto. Żywienie chorych, zmiana bielizny i rozdawanie lekarstw należy do siostr miłosierdzia; kąpanie chorych i robienie okładów należy dziś do niższej służby, nad którą nadzór ma także siostra; nawet bańki suche bardzo często same siostry stawiają.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa na oddziałach chirurgicznych, lecz i te mogłyby się obywać bez felczerów tak dobrze, jak dobrze obywają się bez nich w szpitalach zagranicznych.

Mówiąc o służbie przy salach operacyjnych, wskazaliśmy już na to, że terażniejszy felczer, przychodzący na parę godzin do oddziału chirurgicznego, najzupełniej nie odpowiada dzisiejszym wymaganiom. Z pomiędzy czynności, które winny stanowić jego przynależność, jest on w stanie wykonywać część tylko i to przeważnie niedokładnie. Resztę tych czynności spełniają za niego: lekarze, siostra miłosierdzia, uczeń felcerski, wreszcie niższa służba. Chcąc wykonać sterylizację nawet w tak skromnych rozmiarach, jakie są w naszych szpitalach możliwe, felczer musiałby zjawiać się do oddziału, co najmniej, na dwie godziny przed ordynatorem; tymczasem przychodzi on razem z tym ostatnim lub też nie o wiele wcześniej. To też sterylizowaniem materiałów opatrunkowych zajmuje się obecnie bardzo często siostra miłosierdzia, początkujący uczeń felcerski, a niekiedy służący operacyjny pod okiem i przy udziale siostry. Fartuchy, prześcieradła i inna bielizna z sali operacyjnej na znacznej większości oddziałów chirurgicznych bywa sterylizowana tylko przed wielkimi operacjami, rozumie się, także przy małym udziale w tej czynności felczera oddziałowego. Mycie stolów operacyjnych wykonywa przeważnie posługacz; miski i inne naczynia myją, wygotowują i wypalają lekarze. Główne zajęcie felczera z oddziału chirurgicznego stanowią w części te same czynności kancelaryjne, o których była mowa przy oddziałach wewnętrznych, w części zaś przyrządzanie płynów antyseptycznych, gotowanie narzędzi i ligatur oraz pomaganie podczas operacji i opatrunków, t. j. podawanie narzędzi, trzymanie podstawek i tym podobne czynności, które zresztą bardzo często spełniają asystenci lekarze, nie wyłączając nawet mycia chorego przed operacją. Po wyjściu ordynatora z oddziału felczer winien wygotować, wytrzeć i na swoich miejscach ułożyć narzędzia, wykonać rękoćzyny przez lekarza zalecone [bańki, okłady i t. p.], rozwieścić nad łózkami karty, wreszcie przygotować opatrunki do sterylizacji na dzień następny. Wszystko to wymaga pewnego czasu, a ponieważ felczer przeważnie zaraz za lekarzami szpieszny umknąć ze szpitala, przeto znowu te czynności bardzo często spadają na barki służącego operacyjnego lub siostry miłosierdzia. Na-



wet mierzenie ciepłoty na oddziałach chirurgicznych wykonywa siostra. Ona też przeważnie robi dla oddziału gazę jodoformową; gipsowaniem zaś bandaży zajmuje się służący operacyjny.

Z powyższego przeglądu dzisiejszej czynności felczera na oddziale chirurgicznym widać, że bez wielkich trudności można go było z tego oddziału całkowicie usunąć. Niech tylko oddziały chirurgiczne dostaną mieszkających w szpitalu asystentów i porządniejszą, bardziej wyszkoloną służbę przy salach operacyjnych [a to przecież nastąpić musi], to felczer stanie się tak samo zbytecznym, jak się stał zbytecznym za granicą.

Lekarz asystent, związany ściśle z oddziałem, lepiej, niż felczer, dopilnuje porządku. Mając pod ręką wprawnego, mieszkającego przy oddziale służącego, będzie on w stanie i sterylizację należycie poprowadzić i salę czysto zachować i narzędzia w porządku utrzymać. Tenże lekarz asystent i roztwory urządzi i papiery wszelakie załatwi. We Francyi, w Niemczech, w Austrii całą salę operacyjną prowadzi asystent przy pomocy wyszkolonego służącego operacyjnego lub też starszej dozorczyńi, a przecież tam obsługa pokoju sterylizacyjnego, paru lub kilku sal operacyjnych i opatrunkowych i pokoju dla przyrządzania materiałów opatrunkowych jest bez porównania bardziej skomplikowana, niż nasze arcyproste urządzenie.

Wprawdzie w ostatnich czasach w wielkich szpitalach francuskich, w których zaprowadzono centralną sterylizację, od razu dla kilku oddziałów chirurgicznych, dozór nad kamerą sterylizacyjną poruczono specjalnie w tym kierunku wykształconemu człowiekowi [najczęściej farmaceutcie], lecz gdyby nawet szpitale nasze zdobyły się kiedyś na takie kamery, kierunek ich nie mógłby być powierzany nawet najsprytniejszemu felczerowi, gdyż do tej czynności potrzeba specjalnego wykształcenia. To też śmiało twierdzić możemy, że z chwilą wprowadzenia w życie asystentów, mieszkających i dostających utrzymanie w szpitalu, oraz z chwilą zaprowadzenia pożądaných reform w personelu niższej służby, a zwłaszcza dozorców przy sali operacyjnej, felczer stanie się w oddziale chirurgicznym, jako też i wewnętrznym, zbytecznym.

Pozostawałaby jeszcze do omówienia sprawa dyżurów w kancelaryi szpitalnej, z czego dziś zarządy szpitali czynią nieraz rzecz wielkiej wagi. Czynność felczera dyżurnego, o ile szpital posiada w każdej chwili takiegoż lekarza [a to powinno być przecież zaprowadzone we wszystkich szpitalach], sprowadza się do czynności czysto kancelaryjnych, do zawiadamiania lekarza o nowoprzybyłych chorych, wreszcie niekiedy do spełniania drobnych czynności felczerskich, wykonywanych w zastępstwie nieobecnego felczera oddziałowego. Otóż te czynności kancelaryjne, które pełnią dziś dyżurni felczerzy, śmiało może spełniać każdy, kto umie pisać. Najmniej uzdolniony kancelista wywiąże się z tych czynności nie gorzej od dzisiejszego felczera. Przecież dziś w wielu szpitalach dyżurny felczer nawet nazwiska nie napisze porządnie na karcie szpitalnej, zwąc np. Kołodzieja—Kołłodej, Kownacką—Kornacką i t. p. A przecież ta karta szpitalna w każdej chwili może się stać dokumentem sądowym. Sądźmy przeto, że i w kancelaryi szpitalnej da sobie radę lekarz z jednym skromnym kancelistą, który będzie przecież kosztował taniej, niż sztab zmieniających się kolejno felczerów. Takiego kancelistę należałoby przyłączyć do liczby urzędników, prowadzących dziś papiery szpitalne z tem, by dyżury pełnili kolejno.

Zestawiając teraz razem to, cośmy wyżej mówili o felczerach szpitalnych, jeszcze raz powtarzamy, że obecny felczer zupełnie chybia celu. Chcąc go uczynić bardziej użytecznym, należy mu dać odpowiednie utrzymanie i bardziej praktyczne wykształcenie. Ponieważ jednakże pociągnęłoby to za sobą dość znaczne wydatki, przeto uważamy za odpowiedniejsze zupełne zniesienie posad felczerów szpitalnych, oraz rozdzielenie ich czynności pomiędzy asystentów-



lekarzy i dozorców chorych [dzisiejszych posługaczy]. Czy na taką reformę pozwoli rutyna zaśniedziała, jaką się nasze szpitale przeważnie kierują, przesądzać nie możemy. W każdym razie musimy zaznaczyć, że, znosząc posady felczerów, możnaby polepszyć ich kosztem byt części służby szpitalnej, a głównie służby przy salach operacyjnych. Wreszcie bez względu na to, czy szpitale zatrzymają felczerów, czy ich usuną, o ileby nie uznano za odpowiednie zniesienie stanu felczerskiego, niektóre szpitale dla dobra ogółu winny otworzyć dla uczniów felczerskich internaty, o jakich była mowa.

[C. d. n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 41. Egger. O wpływie bólu na działalność serca. Badania nad znaczeniem objawu Mannkopf'a.

Z pomiędzy niektórych cech wrzekomo patognomicznych dla nerwic pochodzenia urazowego przez czas pewien cieszył się popularnością objaw MANNKOPF'a, zasadzający się na tem, że przy ucisku na punkty bolesne występuje przyspieszenie tętna. W następstwie przypisywano temu objawowi znaczenie tylko przy wyniku dodatnim badania; nieobecność jego wszakże rozpoznania przesądzać nie może [STRAUSS]. Autor, chcąc z punktu widzenia fizjologicznego sprawę rozpatrzyć, przedsięwziął szereg badań nad kwestyą wpływu, jaki wywiera ból wogóle na działalność serca, tembardziej, że LOMBROSO i MONTEGAZZA w poszukiwaniach swoich doszli do wyników wręcz odmiennych.

EGGER do liczenia tętna używał sfigmochronografu JAQUET'a, dzięki czemu mógł otrzymać rezultaty daleko ściślejsze od poprzedników swoich, którzy pod palcem tętno liczyli, a dla wywoływania bólu posługiwał się przeważnie prądem przerywanym.

Częstość tętna przy nagle występującym bólu prawie zawsze się wzmacnia. Stopień przyspieszenia zależy od właściwości indywidualnych badanego osobnika, a mianowicie od stopnia wrażliwości serca i narządów, uczestniczących w przenoszeniu odruchów. Ta wrażliwość może być skontrolowana za pomocą innych sposobów, np. wpływu na serce pracy, napięcia mięśniowego lub zmiany w położeniu ciała. Zależy on też od natężenia bólu, przyczem ból słabszy wywołuje mniejsze przyspieszenie, energiczniejszy natomiast—większe przyspieszenie. Można więc z wielkości skutku sądzić o sile bólu przy uwzględnieniu nb. wrażliwości osobniczej. Wpływ psychiczny, wzruszenie zewnętrzne i t. p., według badań autora, odgrywają o wiele mniej wybitną rolę, niż dotychczas przypuszczano. Poruszenie dowolne lub mimowolne, napięcie niewielu nawet mięśni nawet bez efektu miejscowości, silne zwrócenie uwagi na serce, zmiana w tempie oddechania potęgują też częstość tętna; należy więc pilnie baczyć na te okoliczności przy ocenianiu wyników badania. Objaw MANNKOPF'a tedy nie jest wcale patognomicznym dla neurozy traumatycznej.

(Arch.f. Psych. u. Nervenkr. 1 u. 2 H. 1898).

A. Lande.

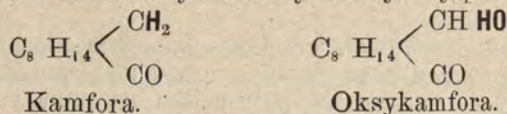


## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

6. **Oxycamphora: Oxaphor. Oksykamfora. Oksafor.** W roku 1897 HEINZ i MANASSE (*Deutsch. med. Woch. 1897. 27.—Therap. Wochenschr. 1897. 32*) ogłosili swą pracę o oksykamforze, o której zresztą już w swoim czasie na tem miejscu wzmiankowaliśmy. Ponieważ, o ile się zdaje, oksykamfora znajdzie obszerniejsze zastosowanie w terapii, przeto kilka szczegółów o niej tu powtórzymy, a w końcu podamy ostatnie wyniki lecznicze.

Oksykamfora przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego. W zimnej wodzie rozpuszcza się w stosunku 2‰; w gorącej zaś wodzie, w alkoholu, w eterze łatwo się rozpuszcza.

Oksykamfora jest to kamfora, w której jeden atom wodoru [H] został zastąpionym przez jednowartościowy rodnik hydroksylowy [HO]:



A zatem pod względem chemicznym jest to najbliższy produkt utlenienia kamfory, ale pod względem działania fizyologicznego oksykamfora przedstawia szereg właściwości, że jest antagonistą kamfory. Kamfora, jak wiadomo, jest środkiem, pobudzającym układ nerwowy ośrodkowy, a mianowicie rozmaite środki funkcjonalne, mieszczące się w rdzeniu przedłużonym. Otóż oksykamfora prawie wcale tej własności nie posiada, ale przeciwnie—nawet w dużych dawkach zmniejsza pobudliwość ośrodka oddechowego. A ponieważ wzmiankowane działanie przychodzi do skutku bez żadnych objawów nieprzyjemnych, niepożądanych, przeto zaczęto stosować oksykamforę przeciwko rozmaitym postaciom duszności. W istocie, najprzód HEINZ i MANASSE (*Deutsche med. Woch. 1897. 27*) otrzymali w dwóch przypadkach tak zwanej duszności sercowej bardzo dobry wynik, a następnie i EWALD (*Berl. klin. Wochenschr. 1897*) wychwala skuteczne działanie oksykamfory przeciwko duszności.

Podawano z początku oksykamforę wprost w proszku po 0,5, albo po 1,0 dwa lub trzy razy dziennie.

Obecnie proszku już nie używa się, ponieważ przekonano się, że oksykamfora łatwo ulega rozkładowi. Wprowadzono za to roztwór 50‰ oksykamfory w alkoholu i ten przezwano oksaforem, *oxaphor*.

Przepisywać należy w sposób następujący:

Rp. *Solutionis oxycamphorae* [50‰] 10,0  
*Aquae amygdalarum amarar.* 4,0  
*Succ. Liquiritae* 10,0  
*seu*  
*Spirit. vini gallici* 20,0  
*Aquae destillatae q. s. ad* 150,0

MDS. Dwa, trzy, lub cztery razy dziennie łyżka stołowa.

Sprawozdanie MERCK'a (*MERCK. Bericht. 1899*) podaje, że RUMPEL, stosując oksafor, otrzymywał bardzo szybkie uspokojenie duszności przy rozmaitych chorobach, a mianowicie: przy chorobach serca, przy rozedmie płucnej, zapaleniu oskrzeli, daleko posuniętej gruźlicy płucnej, przy astmie oskrzelowej.

W ostatnich czasach JACOBSON (*Berliner klin. Woch. 1899. 16*) podaje z kliniki prof. SENATOR'a spostrzeżenia, jakie przeprowadził nad działaniem oksaforu



u chorych, cierpiących na duszność (*dyspnoe*) przy chorobach płuc [9 przypadków], przy chorobach serca [5 przypadków] i przy chorobach nerek [4 przypadki].

Z dziewięciu przypadków chorób płuc, tylko w jednym oksykamfora nie wywołała żadnej poprawy. Za to w innych przypadkach, a pomiędzy nimi wiele było bardzo ciężkich, wynik otrzymano zadawalający.

W czterech przypadkach duszności, zależnej od choroby serca, rezultat otrzymano bardzo dobry; w jednym zaś oksykamfora zawiodła.

We wszystkich czterech przypadkach duszności, zależnej od choroby nerek, paliatywne działanie oksykamfory było bardzo wyraźne i zadawalające.

Takie same wyborne paliatywne działanie oksykamfory wobec duszności spostrzegali prof. SENATOR w dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, w jednym przypadku rozedmy płucnej i w jednym przypadku duszniczy bolesnej (*angina pectoris*).

Co się tyczy ubocznego działania, to zaznaczyć należy, że z liczby wyżej wzmiankowanych chorych jeden zupełnie oksykamfory przyjmować nie mógł z powodu nieprzewyciężonego do niej wstępu, a w dwóch przypadkach wystąpiły wymioty i rozwolnienie. Wszelako jeden z tych chorych następnie przyjmował oksykamforę bez żadnych zaburzeń. Wreszcie w jednym przypadku stosowano z dobrym skutkiem oksykamforę *per rectum*.

Wiktor Grostern.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W odczycie D-ra DUNINA p. t.: „Walka z gruźlicą“, na str. 40 znalazłem ustęp następujący: „żałować należy, że zakład w Otwocku, zamiast obracać się w sferze ogólników i przytaczać historie chorób, nie podał nam wyczerpującej statystyki rezultatów, jakie otrzymał w ciągu kilku lat istnienia“.

Wobec tego uważam za konieczne prosić o zamieszczenie następującego wyjaśnienia.

Jakkolwiek zakład w Otwocku istnieje lat kilka, to jednakże do r. 1898 nie był to zakład przeznaczony dla chorych piersiowych i do zakładu przyjmowani byli chorzy z wszelkimi cierpieniami przewlekłymi, a przeważali chorzy nerwowi.

Do r. 1898 zakład rozporządzał nie wielką ilością pomieszczeń dla chorych. Nadto pamiętać należy, że chorzy gruźliczy—w pierwszych zwłaszcza latach—z niedowierzaniem i nieufnością poddawali się kuracyi w Otwocku, wyczekując tylko chwili, kiedy, wzmocniwszy się nieco w Otwocku, będą mogli udać się w góry, na południe, do jakiegokolwiek zagranicznego zakładu, gdyż tam tylko spodziewali się odzyskać zdrowie. Dla tego też chorzy tacy leczyli się w Otwocku zbyt krótko: zwykle zaledwie kilka tygodni. Czy wobec tego statystyka z lat ubiegłych mogłaby dać prawdziwe wyobrażenie o rezultatach kuracyi chorych gruźliczych w zakładzie Otwockim? Bynajmniej; co więcej, mogłaby nawet doprowadzić do najfałszywszych wniosków w tej tak ważnej sprawie. Wiadomo powszechnie, że statystyczne dane wtedy tylko mogą zasługiwać na uwagę i stanowić faktyczną podstawę do wnioskowania, gdy są oparte na dużych cyfrach [prawo wielkich liczb]. Z drugiej znowu strony nie można porównywać rezultatów kuracyi gruźliczego chorego, który leczyl się w sanatorium Otwockim przez 4—6 tygodni, z podobnym pacjentem jednego z zagranicznych zakładów, gdzie chory leczy się przeciętnie kilka miesięcy do pół roku, a przecie chorzy, leczący się tam rok czasu i dłuższy nawet, nie należą do wyjątków. Z tych to właśnie powodów w broszurce mojej p. t.: „Otwock, jako miej-



scowość lecznicza<sup>4</sup> statystykę pominąłem zupełnie. Przypuszczałem, że w danej chwili [pisałem moją broszurę w 1897 r.] jedynie obiektywne przedstawienie kazuistyki może przekonać lekarzy, że rezultaty, otrzymane z kuracji w sanatorium Otwockiem, śmiało rywalizować mogą o lepsze z rezultatami, otrzymywanymi z kuracji zagranicą.

Wiem wprawdzie, że wielu lekarzy warszawskich miało sposobność osobiście sprawdzić rezultaty kuracji w Otwocku i że dla nich historie chorób były zbyt cenne, ogromna jednak większość lekarzy z Królestwa i dalszych miejscowości nie miała dotychczas możliwości zapoznania się z nimi.

W połowie ubiegłego roku sanatorium w Otwocku zostało znacznie rozszerzone i odpowiednio dla chorych gruźliczych urządzone; obecnie też przyjęło ono charakter zakładu, wyłącznie dla tego rodzaju chorych przeznaczanego. Teraz dopiero statystyczne dane z zakładu w Otwocku będą mogły mieć wartość i dla tego będą corocznie podawane do wiadomości ogółu.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy wysokiego szacunku i poważania,  
*Władysław Wroński,*  
lekarz Sanatorium w Otwocku.

*Otwock, d. 12 kwietnia 1899 r.*

---

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Nowiny Lekarskie.* № 4. T. DROBNIK, Uwagi i spostrzeżenia, dotyczące opatrywania ran. E. FLATAU, Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań, [Dok.]. — *Przegląd Lekarski.* № 15. J. GAWLIK, W sprawie leczenia operacyjnego przetok moczowo-pochwowych i macicznych. J. LASKOWSKI, O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka. [Dok.]. — *Kronika Lekarska* Z. 8. W. ŚWIĄTECKI, Przypadek wysokiego stopnia zwężenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego [wskutek oparzenia lugiem]. W. OLTUSZEWSKI, Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii, [Dok.]. — *Medycyna.* № 15. A. TUCHENDLER, Przyczynek do rozpoznawania nieznanej choroby i spraw wrzodzących żołądka. [Dok.] S. KOSSOBUDZKI, I. Dwa przypadki uwięźnięcia tyłozgiętej ciężarnej macicy, II, Dermatitis scarlatiniformis exfoliativa benigna, NISENSEN, Przypadek ostrego zwężenia krtani wskutek oparzenia gorącym kartoflem.

---

### ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]

złożyli:

D-r ANTONI PUŁAWSKI rb. 25, D-r ADAM CHELMOŃSKI rb. 25, D-r EDWARD KORNIŁOWICZ rb. 25, D-r JÓZEF PAWIŃSKI rb. 25, D-r JAN BĄCZKIEWICZ rb. 10, razem rb. 110, łącznie z poprzednimi rb. 260.

---

### DO PP. PRENUMERATORÓW.

— 3 — 3 —

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

---

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 8 Апрелья 1899. Друк Ковалевського, 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 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 Krasnodrzowu ( <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 dossierowom, 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 przegotowanem.

Grzybki Kefirowe mokre i suche.

44—24

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.



**TRENCZYŃSKIE**

**Kąpiele siarczane** od 27°—32° R. na Węgrzech w Małych Karpatach, 20 minut drogi od stacyi Tepla Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski ciepłoty naturalnej. Zakład urządzeniem swem odpowiada wszelkim wymogom.—Najbliżej kąpiele położone domy mieszkalne są: Hotel Teplitz, Drei Herzen, Castell, Sinahaus, Quellenhof. Stosując się do życzenia ogółu urządzono w b. r. **zakład hydropatyczny.**

**Sezon od 1 Maja do końca Września.**

W maju i wrześniu mieszkanie i stół („pension“) wraz z kąpielą za 3 zlr. dziennie.

**Dyrekcya** rozsyła prospekty bezpłatnie.

**Dr. Filipkiewicz**, lek. zakładu (zimą Kraków), udziela wszelkich objaśnień. **Broszura** jego do nabycia w celniejszych księgarniach.

**Wydawnictwo dzieł lekarskich Polskich w Krakowie.**

pragnie nabyć w drodze antykwarzkiej parę egzemplarzy dzieł własnego wydania, których nakład został wyczerpanym, a mianowicie:

1. **Guttmana**. Dr. P. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Warszawa 1877.
2. **Steinera**. Dr. I. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Kraków 1877.
3. **Jordana**. Prof. Dr. H. Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy. Kraków 1851.
4. **Smoleńskiego**. Dr. St. Hydroterapia. Kraków 1884 (Wyd. I).
5. **Brauna**. Doc. Dr. St. O operacjach położniczych. Kraków 1891.
6. **Bylickiego**. Dr. Wł. Nauka o chorobach kobiecych. Kraków 1894.

3-3

Łaskawe zgłoszenia przyjmuje **Dr. Stanisław Kwiatkowski** w Krakowie. Klinika lekarska.

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, Golinier, Panegrossi, Conti, Klein, Fridrich, Muggia, Gray, Suhomlin, Plehn, Tauser, Solontzeff, Filatow, Alexiejeff, etc. etc. można przyjmować w postaci eunatrolowych pigulek całymi miesiącami, nie podlegając uboższemu 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.**

26-21