

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciwo baczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu.—Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; —dodać jeszcze winniemy że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.* wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

STARANIEM I NAKŁADEM Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra Pawła GUTTMANNA. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena złr. 75 c. 2 rs. 50 kop.

2) D-ra Jana STEINERA. Rys Nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr.—3 Rs. 70 kop.

3) D-ra Antoniego JURASZA. Profesora z Heidelberga. Laryngoskopija, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

4) D-ra Oskara WIDMANN, prymar, szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział 1-szy fizylogija i dyetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. radey sanitarnego we Lwowie Syfilidologija. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Złr. wa.

8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. Hydroterapija Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Złr. 85 kr.

9) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 80 kr.

10) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. Hygijena szkolna, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 60 kr.

11) D-ra P. PIENIĄŻKA. Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy, Kraków) 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy wynosi Złr. 4.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w Redakcyi Medycyny oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milkowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie. 0—5

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemicznomikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—4

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rotheo

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—6

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani. — II. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) [Ciąg dalszy]. — III. O. BUJWID. Metoda PASTEUR'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie [Dokończenie]. — T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. OBECNE METODY LECZENIA

GRUŹLICY KRTANI

Opisał

Ludwik Przedborski

ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

Jeżeli pogląd o wyleczalności gruźlicy płuc, aczkolwiek leniwie, coraz trwalsze zyskuje prawo obywatelstwa wśród ogółu lekarzy, to na sprawę podgajania się owrzodzeń gruźliczych krtani, pomimo świetnych wyników ogłoszonych w ostatnich latach przez KRAUSEGO, GOTSTEIN'a, JELINKA, HERYNGA, OETUSZEWSKIEGO, WRÓBLEWSKIEGO i wielu innych badaczy, mnóstwo lekarzy jeszcze po dziś dzień spogląda z niczem nieuzasadnionem niedowierzaniem. Sceptycyzm panujący pod tym względem jeszcze do niedawna mógł być usprawiedliwionym, gdyż opierał się na pewnych za nieomylnie prawie uważanych poglądach, które wszechpotężnie panowały w nauce. Przyzwyczajano się uważać gruźlicę krtani za objaw wtórny, stale towarzyszący wysoko posuniętej już sprawie rozpadowej w płucach; w istnienie samodzielnej formy gruźlicy krtani nie wierzono. Według tegoż samego zdania suchoty krtani, raz przyłączywszy się do gruźlicy płuc, nabrały rozstrzygającego znaczenia, gdyż chory poprzednio już wyniszczony przewlekłym cierpieniem płuc, wskutek niemożliwości łykania, traci zupełnie zdolność do odżywiania się, a tem samem i resztkę swych sił życiowych. Mylne to mniemanie opierało się na teorii powstawania suchot krtani LOUIS'a, według której zetknięcie się zdrowej krtani z wydzieliną wydobywającą się z płuc jest przyczyną powstawania gruźlicy krtani.

Teoryja ta jeszcze przed odkryciem KOCH'a stanowczo została obaloną pod wpływem następujących zarzutów: 1) spostrzegano przypadki, gdzie pomimo istnienia w płucach olbrzymich ognisk rozpadowych, krtani pozostawała zupełnie zdrową; natomiast w licznych przypadkach zupełnego prawie zniszcze-

nia krtani sprawą gruźliczą, fizykalne badanie w płucach nic nieprawidłowego wykryć nie było w stanie; 2) owrzodzenia w krtani są rozsiane, a do pewnego czasu błona śluzowa je oddzielająca przedstawia się niezmienioną, wówczas gdy płwocina styka się z wszystkimi miejscami krtani. 3) Badania HEINZE'go pokazały, że zniszczenie kroczy z głębi ku powierzchni, o czym przekonywają badania drobnowidzowe. Widzimy wówczas, że w najgłębszych warstwach błony śluzowej odszukać łatwo można oddzielne gruzelki prosowate. 4) Teoryja LOUIS'a nie jest w stanie wytłómaczyć powstawania owrzodzeń gruźliczych w jamie noso-gardzielowej, gdyż do niej płwocina się nie dostaje. Liczne spostrzeżenia w ostatnich czasach poczynione dowiodły, że często zmiany gruźlicze w krtani przez lata całe mogą istnieć samodzielnie, przy zupełnie zdrowych płucach, że między zaburzeniami w płucach a sprawą chorobową w krtani nie ma ścisłego związku nawet w tych razach, gdzie obie formy istnieją jednocześnie. STOERCK przytacza przypadek, gdzie w przeciągu lat kilku nie udawało się w płucach żadnych patologicznych stwierdzić zmian, a gdzie pomimo to na strunie wrzekomej i więzie nagłośnio-nalewkowym istniały zmiany niezaprzeczenie natury gruźliczej. ISAMBERT i FRAENKEL ¹⁾ spostrzegali również przypadki samodzielnej gruźlicy gardzieli. M. LENOX BROWN opisał 4 przypadki gruźlicy warg, dziąseł i języka, w których przy badaniu płuca okazały się zdrowymi. Opis kilku przypadków samodzielnej gruźlicy języka znajdujemy u FEURER'a, u JAMES i BRUNCE ²⁾ i u DAWIDA HANSEMAN'a ³⁾. W jednym przypadku LENOX BROWN'a po roku istnienia gruźlicy gardzieli dołączyło się zgęszczenie szczytów, w drugim po 3 latach do owrzodzeń gruźliczych języka dołączyły się wtórne objawy ze strony płuc, nareszcie w trzecim przypadku po 4 latach do owrzodzeń gruźliczych dziąseł przyłączyły się objawy wskazujące na gruźlicze porażenie płuc.

Prawdopodobnie gruźlica miejscowa powstaje w ten sposób, że rozmaite narządy wskutek często przebytych zmian patologicznych, tracą do pewnego stopnia swą prawidłową jędrność i siłę odporną, co ułatwia lasecznikom zagospodarowanie się w nich. W przypadku BROWNA LENNOX'a gruźlica rozwinęła się w gardzieli, ściśle trzymając się miejsca błony śluzowej, poprzednio już często nieżytowanym zapaleniem zajętego. Złowrogie znaczenie, które dawniej przypisywano przyłączającej się do suchot płucnych gruźlicy krtani, wskutek zaburzenia w czynności łykania, obecnie zupełnie zmalało. Roztwór kokainy odpowiedniego stężenia może w najrozpaczliwszych nawet przypadkach stanowczo wpłynąć na usunięcie przeszkód w łykaniu, a sam akt dla chorego uczynić zupełnie bezbolesnym.

Przechodząc do innych przyczyn, sprzyjających utrwaleniu się poglądu o niewyleczalności gruźlicy krtani, przedewszystkiem wspomnieć wypada o ogólnie przyjętem, dotychczas licznych jeszcze posiadającym zwolenników mniemaniu, jakoby owrzodzenia gruźlicze w krtani nie odznaczały się zdolnością do podgajania i zabliznienia. STOERCK, mówiąc o gruźlicy nagłośni powiada: że na kil-

1) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Nr. 16. 1886.

2) Edimb. medicinal Journal. 1886.

3) Ueber die Tuberculose der Mundschleimhaut. VIRCHOWS Arch.. Band 103. str. 364.

ka tysięcy spostrzeganych przez niego przypadków, wszystkiego 2 razy tylko, odnalazł blizny, które bez wszelkiej wątpliwości stanowiły pomyślnie zejście podgojenia się owrzodzeń gruźliczych. Opierając się na swych spostrzeżeniach, STOERCK stara się przeprowadzić pogląd o nieuleczalności owrzodzeń gruźliczych a wszędzie, powiada dalej, gdzie na jakimkolwiek bądź miejscu nagłośni odnajdujemy chociażby jedyną do chrząstki dochodzącą bliznę, możemy z pewnością przyjąć, że mieliśmy do czynienia ze sprawą przymiotową. M. SCHMIDT ¹⁾, do którego pracy wkrótce jeszcze wrócę, opisując liczne przypadki uleczenia suchot krtani, nigdzie w przytoczonej niżej pracy wzmianki o owrzodzeniach nagłośni nie robi, gdyż, jak powiada, nie widział nigdy, by takowe goić się mogły. Na szczęście posiadamy już dziś bogatą kazuistykę uleceń owrzodzeń gruźliczych nagłośni, a dzięki pracom KRAUSE'go, JELINKA, HERYNGA, coraz bardziej się przekonujemy, że przy obecnej metodzie leczenia, owrzodzenia gruźlicze nagłośni właśnie najłatwiej się zablizniają. Słusznie bardzo twierdzi HERYNG ²⁾, że w zbyt późnem rozpoznaniu choroby oraz niewłaściwem zatajeniu przed chorym niebezpieczeństwa w jakim się znajduje, tkwi bardzo poważne źródło niepowodzeń naszych na polu uleczalności owrzodzeń gruźliczych.

Przy leczeniu suchot krtani warunki wyleczalności, w stosunku do suchot płuc, są tak pomyślnie, że od miejscowego leczenia świetnych wyników leczenia spodziewać się pozwalają. 1) Lusterko krtaniowe pozwala śledzić stopniowy rozwój sprawy gruźliczej w krtani, ułatwia nam odnalezienie najwcześniejszych patologicznych zmian, uprzystępnia stosowanie najróżnorodniejszych leków, pozwala nam wpływać bezpośrednio na miejscowe ogniska chorobowe, a wszystkie zmiany interwencją naszą wywołane, stale kontrolować. 2) Przy małej powierzchni chłonnej krtani, środki przeciwnilne, w stężeniu dla zabicia laseczników potrzebnem, śmiało nawet przez czas dłuższy stosować możemy. 3) Przy pomocy kokainy najtrudniejsze rękoczyny po zupełnem znieczuleniu z łatwością wykonać się dają, wskutek czego chirurgiczne leczenie w całej rozciągłości stosować możemy.

Jeżeli co do wyleczalności suchot krtani między uczonymi do pewnego stopnia w zapatrywaniach panuje zgoda, to, co się tyczy środków, zdania znacznie się rozchodzą i wiele jeszcze przedstawiają sprzeczne. Pierwszym, który najbardziej sprawę uleczalności suchot krtani posunął naprzód, był MAURICY SCHMIDT. W zacytowanym już dziele: „*Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung*“, SCHMIDT, na 315 przypadków gruźlicy krtani, spostrzeganych w przeciągu lat 3, opisał 19 uzdrowień co stanowi 6%. Z ogólnej liczby, podanej przez SCHMIDT'a, zaledwie $\frac{1}{3}$ część chorych stale się leczyła, gdy przeciwnie znaczna większość chorych wkrótce zupełnie przerywała leczenie. Można więc było się spodziewać, powiada SCHMIDT, że przy większej wytrzymałości ze strony chorych procent wyzdrowień znacznie by urósł. Leczenie stosowane przez

¹⁾ Ueber die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. Deutsches Arch. f. klin. Medizin. XXV Band. 1882.

²⁾ O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy tak zwanych suchotach krtani napotykanich. Medycyna 28 i 29. 1886.

SCHMIDT'a, jak sam utrzymuje, nie przedstawia nic prawie nowego, z wyjątkiem śmiałych i często powtarzanych nacięć. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach spostrzeganych przez SCHMIDT'a dały się stwierdzić również i zmiany w płucach, SCHMIDT stosował leczenie dwoiste: 1) Przy leczeniu gruźlicy krtani powikłanej ze zmianami w płucach, fizjologiczną, jak się sam wyraża, leczeniem, stara się zatrzymać i złagodzić sprawę rozpadową w płucach, do czego służy pobyt na świeżem powietrzu, w górach lub zakładach dla suchotników [Goerbersdorf, Falkenstein, Davos], gimnastyka, hydropatyja, mleko, tran i t. p.. 2) Przy leczeniu suchot krtani najważniejszym warunkiem jest zachowanie zupełnego spokoju, co wobec znanej gadatliwości chorych tego rodzaju jest rzeczą wcale nie łatwą do przeprowadzenia. Przy wyborze potraw wystrzegać się należy wszystkiego co w czemkolwiek bądź mogłoby drażnić krtani; przy znacznem upośledzeniu czynności łykania pokarmy na wpeł płynne lepsze są od płynnych.

Leczenie farmakologiczne polega głównie na stosowaniu metody antyseptycznej; wszelkiego energicznego leczenia, a przeważnie głębszych przyżegań, SCHMIDT stanowczo radzi zaniechać. Ze środków przeciwnilnych SCHMIDT bardzo zachwala wziewania balsamu peruwijańskiego, według następującego przepisu: *balsami peruviani* 10, *spir. vini rect.* 5. Z mieszaniny tej 8—15 kropeł dodaje się do $\frac{1}{2}$ litra wrzącej wody, wziewanie powtarza się 3—4 razy dziennie, po 5 minut. Pod wpływem tych wziewań, przez kilka miesięcy stosowanych, owrzodzenia szybko się oczyszczają, pokrywają ziarniną i goją, obrzęki znikają. W większości przypadków należy uciekać się i do innych środków, wśród zaś tych ostatnich najpewniejszym i najmniej zawodzącym jest podług SCHMIDT'a śmiałe i często powtarzane nacięcia gruźliczo-zwyrodniałych tkanek. Nacięcia SCHMIDT robi wówczas tylko, gdy wziewanie balsamu peruwijańskiego, w przeciągu 4—5 tygodni stale stosowane, żadnego wpływu na zmniejszenie się nasięzków gruźliczych nie wywarły. Do nacięcia posiłkuje się SCHMIDT instrumentem w kształcie nożyczek, swego własnego pomysłu, którym chwyta miejsce nacięcia, najczęściej tylną ścianę krtani i zupełnie przecina. Bóle przy tym ręko-czynnie są nieznaczne, krwawienie bardzo słabe, jedyna niewygoda, że już po 4—6 dniach brzegi ran zupełnie się skleją. Środki zalecone przez SCHMIDT'a, przeważnie zaś nacięcia i wziewania balsamu peruwijańskiego, do obecnej chwili w zupełności zachowały swą praktyczną wartość, wobec zaś ogólnie rozpowszechniającego się poglądu o jedynie racjonalnem chirurgicznem leczeniu miejscowem suchot krtani, zyskują coraz większą między lekarzami wziętość. Prócz balsamu peruwijańskiego najnowsze czasy wskazały nam jeszcze cały szereg środków przeciwnilnych, łatwo do wziewań zastosować się dających. Do tych ostatnich należą: kwas borny 1—4%, kwas karbolowy $\frac{1}{2}$ —2%, tymol 0,1—2%, bendźwinian sodu 2—5%, również kreozot, olej terpentynowy, *ol. pini pumeliae* 0,5—1:200 i *aq. picea aa* z wodą.

Z pomiędzy środków przeciwnilnych, największą obecnie cieszą się popularnością kreozot, kwas borny, jodoform, kwas mleczny i mentol. Kreozotu używa się w postaci pędzlowań, po poprzedniem oczyszczeniu krtani za pomocą wziewań z *natr. chlor.* 1%, według następującego przepisu: *creosoti* 0,5, *spir. vini*

rect. 20, glycerini 30. Znacznie trwalszem jest działanie kwasu bornego, który wdmuchujemy codziennie lub też 3—4 razy tygodniowo w ilości 0,2—0,5 gr.. Kwas borny wdmuchujemy sam przez się lub też z proszkiem *gummi mimosae*. HERYNG przy obfitem ropieniu owrzodzeń, dla dezynfekcyi wydzielinę stosuje mieszaninę z kwasu bornego i jodoformu w stosunku 1:4. Znakomite działanie kwasu bornego w zupełności stwierdzonem zostało przez SCHAEFFER'a. Przesadzone natomiast nadzieje jakie pokładano w jodoformie wskutek prac B. FRAENKEL'a ¹⁾, SCHAEFFER'a ²⁾ i BALMER'a ³⁾, w znacznym stopniu zmalały. Pomimo tego wszakże, że jodoform nie posiada zdolności zabijania laseczników i powstrzymywania dalszego rozwoju sprawy gruźliczej, stanowi on jednakże bardzo cenny środek w leczeniu miejscowem gruźlicy krtani. Spostrzeżenia SCHECH'a, SCHNITZLER'a i MASSER'a dowiodły, że jodoform oczyszcza owrzodzenia gruźlicze, sprzyja rozwojowi prawidłowej ziarniny, a czasami dzielnie wpływa na zmniejszenie się obrzęków gruźliczych.

Największe atoli zaufanie między miejscowo stosowanemi w krtani środkami słusznie bardzo budzą ku sobie mentol i kwas mleczny. [C. d. n.]

II. POWIKŁLANIE WŁÓKNIKOWEGO ZAPALENIA PŁUC

ZAKAŻNEM ZAPALENIEM WSIERDZIA

(*Endocarditis pneumonica*).

Napisał

Dr med. Józef Pawiński.

ordynator szpitala dzieciątka Jezus.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 36].

W krzywej, jaką z przebiegu ciepłoty nakreśliliśmy, zauważyć można dwie części: jedną od dnia przybycia do szpitala do 22 Listopada, drugą od 22 Listopada do dnia śmierci chorej. W pierwszej ciepłota najwyższa dosięgła 40,2° C., najniższa zaś przypadła 22 Listopada rano i wynosiła 38,2° C.. Z wyjątkiem 18 Listopada nasilenia ciepłoty przypadają zwykle w godzinach wieczornych. W drugiej części krzywej wahania ciepłoty są daleko większe, aniżeli w pierwszej, nasilenia przypadają również na godziny wieczorne, tylko różnice pomiędzy wieczorną a ranną ciepłotą są większe, aniżeli w pierwszym tygodniu pobytu chorej w szpitalu. Dwa razy t. j. 22 i 24 Listopada ciepłota doszła do znacznej wysokości, bo 40,6° C.. W dniu śmierci ciepłota opadła do 38,2 wieczorem.

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1872. Nr. 17 i 42.

²⁾ Deut. Mediz. Wochenschr. 1882. Nr. 30.

³⁾ Zeitschrift f. klin. Medizin. V Band. 3 Heft.

Co się tyczy częstości tętna, to przypadek nasz należy do niezwykłych. Była to nadruchliwość serca, którą „*Tachycardia*“ nazywają. *Tachyrrhythmia* byłaby według naszego zdania, właściwszą nazwą. W dniu przybycia chorej do szpitala tętno uderzało około 180—200 na minutę, zupełnie miarowo; to samo powiedzieć można i o uderzeniach serca. Na uwagę zasługuje szybka zmiana rytmu z bardzo przyspieszonego na wolniejszy bez żadnej widocznej przyczyny, przy spokojnem zachowaniu się chorej, przy pozostaniu w łóżku. I tak zrana przy pierwszym badaniu chorej zauważyliśmy, że w kilka minut po osłuchaniu serca, częstość tętna, *resp.* i skurczów serca zmniejszyła się znakomicie, tak, iż z 180—200 spadła do 100, a jednocześnie od czasu do czasu zjawily się w tętnie przerwy których poprzednio nie było. Przerwy te występowały w dość znacznych odstępach czasu, ale wyróżniały się tem, iż trwały stosunkowo bardzo długo. W czasie tych pauz chora doznawała nadzwyczaj silnego bólu w okolicy dołka podsercowego, przyczem i serce bić przestawało (*intermissio vera*). Podobną nadruchliwość serca spostrzegałem przed kilku laty u młodego człowieka, lat 17 liczącego z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty ¹⁾, z tą jednak różnicą, iż *tachyrrhythmia* występowała w stanie bezgorączkowym chorego. Zmiany częstości tętna następowały bardzo często, niekiedy w czasie liczenia tętna i to bez żadnej widocznej przyczyny. Rzecz godna uwagi, że pomimo bardzo wzmózonej czynności serca [160—200 skurczów na minutę] chory czuł się wcale nieźle, a nawet nie uskarżał się na duszność. Podobny przypadek spostrzegał niedawno prof. NOTHNAGEL w Wiedniu ²⁾).

Zachodzi teraz pytanie, gdzie szukać przyczyny takiej niezwyklej nadruchliwości serca?. Oczywiście w układzie nerwowym, lecz czy należy ona od paretycznego stanu nerwu błędnego, lub też od podrażnienia narządów mięśnioruchowych serca, na to niepodobna stanowczo odpowiedzieć. Na mocy obserwacji kilku podobnych przypadków byłbym skłonniejszym do przyjęcia w takich razach chwilowego paretycznego stanu nerwu błędnego, aniżeli podrażnienia nerwu sympatycznego i jego zwojów. Z powodu zaś istnienia w danym przypadku zmian chorobowych w mięśniu serca (*myocarditis chronica, deg. adiposa musc. papill. cordis*), należałoby w mowie będącą nadruchliwość odnieść do zboczeń w działalności zakończeń nerwu błędnego w samym mięśniu serca. Być może, że stan gorączkowy [*resp.* zmiany we krwi] odgrywał pewną rolę w powstawaniu wspomnianego objawu, nie był on jednak główną przyczyną, jak o tem przekonywają dwa powyżej przytoczone przypadki, mój i prof. NOTHNAGEL'a, w których *tachycardia* występowała u chorych nie dotkniętych gorączką. To samo dałoby się powiedzieć o zapaleniu wsierdza.

*

*

*

Jeśli teraz zestawimy trzy powyżej przytoczone przypadki, to okaże się, że w każdym z nich spostrzegliśmy jednocześnie zapalenie płuc i zakaźne za-

¹⁾ Badanie kliniczne nad arytmją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek przez J. PAWIŃSKIEGO. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

²⁾ Ein Fall von paroxysmeller Tachycardie bei einem Herzklappen fehler. Allgem. Wiener. Med. Zeitung. Nr. 49 1886.

palenie wsierdza. W 2 przypadkach [1-ym i 2-im] zapalenie wsierdza było wrzodzące (*endocarditis ulcerosa*), w jednym zaś [3-cim] brodawkowate (*endocarditis verrucosa*). Co się tyczy umiejscowienia, to w pierwszym przypadku zajęte były zastawki półksiężycowe aorty, w drugim zastawka trójdzielna, a w trzecim zastawka dwudzielna. Co do poprzedniego stanu serca, to w 1-ym przypadku istniała niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty i przewlekłe zapalenie nerek, w 2-gim rozszerzenie prawej komórki, w 3-cim przewlekłe zapalenie mięśnia serca (*myocarditis chronica*).

Przechodząc do płuc, nadmienić wypada, iż zapalenie płuc we wszystkich trzech przypadkach było zrazowe, ostre (*pneumonia lobaris acuta*), w pierwszym, typowe, w dwóch zaś pozostałych t. zw. *pneumonia cachecticorum*. Co do umiejscowienia sprawy zapalnej, to w pierwszym przypadku zajęty był dolny zraz lewego płuca, w 2-gim i 3-cim wierzchołek; mieliśmy w ogóle do czynienia z jednostronnym zapaleniem płuca.

Wiek naszych chorych był średni i podeszły [35, 50, 68 lat].

Jeśli zapaleniu włóknikowemu płuc towarzyszyło zakaźne zapalenie wsierdza, to następuje się pytanie w jakim stosunku pozostawały do siebie te dwie choroby? W tym względzie mogą być trzy możliwości:

1. albo zapalenie płuc i zapalenie wsierdza powstaje jednocześnie, niezależnie jedno od drugiego, przez wnikanie jednych i tych samych pierwiastków zakaźnych, *resp.* mikroorganizmów do płuc i do serca, czyli inaczej mówiąc wskutek umiejscowienia się jednego i tego samego mikrokoka w różnych narządach [płuco, serce, mózg, nerki].

2. albo zapalenie płuc rozwija się najprzód, a zapalenie wsierdza jest chorobą następczą, powstającą wskutek dostania się drobnoustrojów z ogniska zapalnego na błonę wewnętrzną serca.

3. lub wreszcie zapalenie wsierdza jest chorobą pierwotną, a zapalenie płuc następczą.

W pierwszym i trzecim naszym przypadku możemy stanowczo twierdzić, że zakaźne zapalenie wsierdza wystąpiło po zapaleniu płuc, w drugim przypadku trudno coś pewnego o przyczynowym związku pomiędzy obiema chorobami powiedzieć, bo chora przybyła do szpitala już w pełnym rozwoju zapalenia płuc i zapalenia wsierdza.

Pierwsza nasza chora przybyła do oddziału w stanie bezgorączkowym z niedomykalnością zastawek półksiężycowych, trzeciego dnia pobytu w szpitalu rozwinęło się włóknikowe zapalenie w prawym dolnym zrazie, a początek zakaźnego zapalenia wsierdza przypadł na 6 dzień choroby płucnej. 5-tego dnia choroby nastąpiło zmniejszenie gorączki, ciepłota spadła z 40 do 39,2° C., a jednocześnie w ognisku zapalnym usłyszeliśmy nieliczne trzeszczenia. W nocy wystąpiły dreszcze, a rano ciepłota dosięgła 40,5° C.. Tętno podskoczyło do 140, a w miejscu osłuchiwania zastawek półksiężycowych wystąpił szmer skurczowy, którego poprzednio nie było [poprzednich dni słyszeliśmy tylko szmer rozkurczowy]. Prócz tego zauważyliśmy znaczne powiększenie się śledziony. Trzecia chora przybyła do szpitala z silną gorączką, w 4 dniu choroby z zapaleniem prawego wierzchołka płuca. Zapalenie wsierdza przy-

padło, zdaje się, 9 dnia choroby: tegoż dnia rano ciepłota opadła do 38,2° C., częstość tętna zmniejszyła się z 200 do 80, a w miejscu zapalenia dały się słyszeć nieliczne trzeszczenia. Wieczorem tegoż dnia obraz chorobowy uległ znacznej zmianie: ciepłota podniosła się do 40,6° C., częstość uderzeń serca zwiększyła się do 200, zjawiała się duszność, a zamiast tonów u wierzchołka serca zaczęły powoli występować szmery.

Z powyżej przytoczonego zwraca naszą uwagę głównie ta okoliczność, iż wkrótce po zjawieniu się rzężeń trzeszczących w ognisku zapalnym i zmniejszeniu się ciepłoty, występuje zapalenie wsierdza, któremu towarzyszy silna gorączka. To właśnie nasuwa nam myśl, że być może pierwiastki chorobotwórcze, *resp.* mikrokokki, w chwili kiedy powinny być wydalone z ustroju [rozejście się sprawy zapalnej w płucu], dostają się drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych do innych narządów [serce, mózg, nerki i t. d.] i tam się na nowo rozwijają. Temu nowemu umiejscowieniu się drobnoustrojów towarzyszy zwykle znaczne podniesienie się ciepłoty. Tym sposobem można sobie wytłómaczyć powstawanie zapalenia wsierdza, opou mózgowych, nerek i t. p., które występują jako powikłania zapalenia włóknikowego płuc. Na korzyść podobnego wniosku przemawiają spostrzeżenia, w których w dopiero co wymienionych powikłaniach znaleziono pneumokoki, charakterystyczne dla zapalenia płuc.

Zanim przejdziemy do dalszego rozbioru zapalenia wsierdza, wikłającego zapalenie płuc, ze stanowiska klinicznego wypada nam wprzód wyjaśnić na jakim gruncie stoi obecnie nauka o zapaleniu wsierdza i jaki wpływ na nią wywarły nowsze badania bakteryjologiczne. Jak wiadomo klinicyści oddawna przyjmują dwie postacie zapalenia wsierdza: 1) *Endocarditis verrucosa, granulosa s. proliferans*, cechująca się wytwarzaniem wybujałości na wsierdzu *respective* na zastawkach serca, 2) *Endocarditis ulcerosa*, odznaczająca się tem, iż wytwory zapalne podlegają przemianom wstecznym, wskutek czego powstają owrzodzenia i zgorzel. Ponieważ zaś w postaci tej znajdowano często pasorzyty, ztąd też zapalenie to nazwano zakaźnem, grzybkowem (*e. infectiosa s. mycotica*). VIRCHOW ¹⁾ spostrzegwał wrzodzące zapalenie wsierdza przy sprawach pługowych i pierwszy wypowiedział zdanie, że polega ono na rozwoju pasorzytów. Jednakże obecność mikrokoków wykazali dopiero [w r. 1872] WINGE ²⁾, HJALMAR, HEIBERG ³⁾, EBERTH ⁴⁾, WEDEL ⁵⁾, LARSEN ⁶⁾, EISENLOHR ⁷⁾, BURKHART ⁸⁾, MAIER ⁹⁾, LEHMAN, DEVENTER ¹⁰⁾.

1) Gesamte Abhandlungen. 1853. pag. 711.

2) Mycosis endocardii. Nordisk med. Arkiv. Bd. II.

3) VIRCHOW'S Archiv. 1872. Bd. 56. pag. 407.

4) Correspondenzblatt f. schweitzer Aerzte. 1872. Nr. 12, 13.

5) Mycosis Endocardii. Diss. Berlin.

6) Ondarlet Endocardit. Nord. Magot. -ür Lagerdsk. R. 2. Bd. 3. pag. 273.

7) Ein Fall von Endocard. ulcerosa. Berlin. klin. Woch. 1874. Nr. 32.

8) Ein Fall von Pilzembolie. Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1874.

9) Ein Fall von primärer Endocarditis diphteritica. VIRCHOW Archiv. Bd. 62. pag. 145.

10) Weckblad von bet. Nederlandsch Tijdschr. 1875. Bd. 2. pag. 166.

Za przykładem VIRCHOW'a większa część badaczy utrzymywała, że tylko wrzodzące zapalenia wsierdza jest sprawą pasorzytniczą, w brodawkowatym zaś zapaleniu pasorzyty nie miały odgrywać żadnej roli. Dopiero w roku 1875 KLEBS ¹⁾, a następnie KOESTER ²⁾, zaczęli wypowiadać zdanie, iż wszystkie ostre zapalenia wsierdza nawet brodawkowate polegają na rozwoju mikroorganizmów. Podobnego zdania trzyma się także LITTEN ³⁾. W przeciwieństwie do powyższych autorów, HAMBURGER ⁴⁾ na 14 przypadków ostrego zapalenia wsierdza znalazł tylko w 4-ech mikrokoki i te właśnie przypadki dotyczyły tylko wrzodzącego zapalenia; w brodawkowej zaś postaci zapalenia nie był w stanie wykazać mikrokoków. Z poważnej pracy WYSOKOWICZA ⁵⁾, nad zapaleniem wsierdza, wykonanej pod kierunkiem prof. ORTH'a w Getyndze, okazuje się, iż autor w 11 badanych przez siebie przypadkach *endocarditidis verrucosae* nie znalazł ani razu w wybujałościach mikroorganizmów. Złogi umiejscowione na zastawkach składały się albo tylko z samego włóknika, albo też w innych razach z włóknika i komórek śródbłonna, jak również i mnóstwa jąder. Ten rodzaj zapalenia przychodzi do skutku, zdaniem autora, bez udziału mikrokoków, a jeśli staje się powodem zatorów w odległych narządach, to w każdym razie zatyczki nie mają charakteru złośliwego i okazują skłonność do zablizniania. W 1-ym zaś przypadku wrzodzącego zapalenia wsierdza autor znalazł pasorzyty: *micrococcus pyogenes aureus*, które nawet w czystej kulturze wyhodował.

BRAMWELL ⁶⁾ w pracy swej o wrzodzącym zapaleniu wsierdza wspomina, iż w 2-wu przypadkach *endocarditidis ulcerosae*, które poddał badaniu, udało mu się w wybujałościach zastawek serca znaleźć mikroorganizmy. Mikrokoki nagromadzone były albo w samej tkance zastawek, albo też na powierzchni wybujałości. W 6 przypadkach te ostatnie były całkiem zapchane mikrokokami. W jednym przypadku wrzodzącego zapalenia wsierdza, typu ropnicowego, autor poddał ścisłemu badaniu drobnowidzowemu kilka narządów. Znalazł on ogromną ilość mikrokoków w wybujałościach wsierdza, w nerkach, oponach mózgowych, w mózgu, w naczyniówce (*chorioidea*) i w jądrach. Doświadczenia z hodowlami i szczepieniem, wykonane przez D-ra HAVE z przypadków spostrzeganych przez BRAMWELL'a, dały ujemne wyniki, gdyż króliki okazały się niewrażliwymi tak przy wprowadzeniu hodowli jak i produktów chorobotwórczych do ustroju.

[C. d. n.].

¹⁾ Archiv für exp. Pathol. 1875. Bd. 4. pag. 409 i 1878. Bd. 9. pag. 52.

²⁾ Die embolische Endocarditis. VIRCHOW Arch. 1878. Bd. 72. pag. 257.

³⁾ Zeitsch. für klin. Med. 1881. Bd. 2. pag. 378 i 558.

⁴⁾ Ueber acute Endocarditis in Beziehung zu Bacterien. Diss. Berlin. 1879.

⁵⁾ Beitrag zur Lehre von der Endocarditis. VIRCHOW Arch. Bd. 103. Heft 2. pag. 309. Streszczenie w Gaz. Lek. 1886. Nr. 37, 38.

⁶⁾ On ulcerative Endocarditis. The American Journal of the Medical Sciences. July 1886.

III. METODA PASTEUR'A.

Ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie.

Podał

O. Bujwid.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 36].

Wymienieni chorzy leczyli się po części ambulatoryjnie, po części zaś w oddziale dla pokąsanych przy szpitalu Wolskim.

Oddział ten utworzyła Warszawska rada miejska dobroczynności publicznej głównie na skutek przedstawienia szanownego radcy tajnego WIEŁUJEWA ¹⁾ oraz Naczelnika zakładów dobroczynnych r. r. st. PUCHALSKIEGO. Od czasu otwarcia nie był ów oddział ani na chwilę bezczynnym, ciągle bowiem znajdowali się potrzebujący pomocy.

Z całej ilości leczonych, wymienionych powyżej, zmarł jeden młody chłopiec [p. N. 27] z choroby niewiadomej, przy objawach opisanych w Nr. 9 Gazety Lekarskiej.

Jak już wyżej wspomniano, do ostatnich czasów mieliśmy w leczeniu 280 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub mocno podejrzone. Szczegółowe dane podamy przy końcu roku, tymczasem wspomnimy tylko, że nie liczymy 42 osób, które zwróciły się o radę, nie uległy jednak leczeniu metodą PASTEUR'a z powodów następujących:

1. rany nie były zrobione do krwi, lub też do krwi ale bez rozdarcia ubrania.

2. psy, o ile sądzić można było z objawów, nie były wściekłe.

Z 280 osób leczonych metodą PASTEUR'a zmarło 5 na wściekliznę, co wynosi 1,8%, a mianowicie:

1. Zaława Walenty, włościanin, z gubernii Kieleckiej, silnie pokąsany przez psa wściekłego w lewą rękę. Leczenie słabe rozpoczęto w 14 dni po kąsaniu, śmierć po 2 miesiącach [p. str. 765].

2. Kozicki Antoni, włościanin, z gubernii Warszawskiej, 7 ran w twarz, leczenie następnego dnia rozpoczęte trwało tylko 8 dni i ograniczyło się do 6 dniowego rdzenia. Śmierć po 2 i pół miesiącach. Królik zaszczipiony rdzeniem jego wściekł się po dniach 17, a zatem chory zmarł wskutek wścieklizny psiej, [gdyby chory zmarł wskutek szczepień, królik jego rdzeniem zaszczipiony zmarłby na 10-ty dzień].

¹⁾ Łaskawemu poparciu Senatora WIEŁUJEWA zawdzięczam również częściowy zwrot kosztów za przyrządy potrzebne do moich zajęć. Obecnie Rada Miejska postanowiła pobieranie zapłaty od każdego chorego w ilości rubli 15 na pokrycie kosztów oddziału dla pokąsanych; dotąd jednak opłatę wnosi zaledwie bardzo nieznaczna część.

3. Hechtkopf Riewen, dziecko 12 roczne, z Warszawy, pokąsane bardzo silnie w twarz przez psa, którego wścieklizna stwierdzoną została przez zaszczepienie królika mózgiem; leczenie trwało również tylko 8 dni, wstrzykiwano małą ilość szczepionki i ograniczono się na 7 dniowym rdzeniu; 4 inne osoby pokąsane mocno i leczone pozostały zdrowe.

4. Łuszczczyńska Maryjanna, dziewczynka 5 letnia, z gubernii Piotrkowskiej. Lewy policzek poszarpany, nozdrze oderwane, wargi rozdarte u kąta ust skutkiem czego trzeba było nałożyć szwy. Pies pokąsany był przed 4 tygodniami przez psa wściegłego. Leczenie słabe rozpoczęte w 30 godzin po pokąsaniu [od 12 do 8 dniowego rdzenia]. Śmierć z wścieklizny po 2 miesiącach.

5. Tomczyk Agnieszka, z gubernii Lubelskiej, silnie pokąsana w obie ręce przez psa wściegłego [sekcya], leczona metodą słabą w 8 dni po pokąsaniu, śmierć przy objawach skurczów oddechowych i niemożności polykania płynów po upływie 2 miesięcy.

Wszystkie skaleczenia jak widzimy były bardzo silne, a u 3-ch zadane w twarz. Te uznane są ogólnie za najniebezpieczniejsze. Nie jest zatem prawdziwym twierdzenie, że słabsze pokąsania są bardzo niebezpieczne, ponieważ w głębokich spływająca w znacznej ilości krew ma splukiwać jad [FRISCH]. Przeciwnie, słabe pokąsania nawet bez leczenia metodą PASTEUR'a bywają często nieszkodliwe, a przy leczeniu śmiertelność spada do zera.

Własności jadu wścieklizny.

Nie znamy dotąd morfologii zarazka który wywołuje wściekliznę, jakkolwiek różni badacze twierdzili [PASTEUR] lub twierdzą [FOL, BABES], że go widzieli pod drobnowidzem, hodowali i zaszczepiając hodowle, wywoływali wściekliznę. W pierwszych miesiącach, gdy rozpoczął badania nad zarazkiem wścieklizny, wierząc w wszechmocność metody płytkowej KOCH'a i uzbrojony w arsenał środków płynnych i stałych, sądziłem już to, że wpadłem na zarazek opisany przez FOL'a i BABES'a, już też, że odkryłem nowy, różniący się od tamtych. Hodowle i szczepienia gorączkowo robione w Paryżu zdawały się przemawiać na korzyść odkrycia. Królik i 2 świnki morskie, zaszczepione hodowlą przez trepanację, padły przy objawach, do wścieklizny podobnych, na 6—7 dzień. Bardziej jednak systematycznie powtórzone doświadczenia w pracowni mojej w Warszawie przekonały mię, że jest to tylko pewna postać posocznicy, tej samej prawdopodobnie, jaka zdarzała się u FRISCH'a. Okres wylegania był bardzo niestały [wahał się pomiędzy 1—7 dniami], nigdy nie dochodził do dni 15, śmierć następowała przy objawach silnego podrażnienia opon mózgo-rdzeniowych, zwierzę znajdowaliśmy z członkami silnie pokurczonemi.

Nie byłem również bardziej szczęśliwy w drobnowidzowych poszukiwaniach. Zdawało mi się z początku, że barwiąc alkalicznym roztworem błękitu metylenowego udało mi się otrzymać w niektórych tkankach koki, które w nerkach grupują się w postaci wysepek (*zoogloea*). Prof. GRANCHER i ROUX, którym pokazywałem te ziarenka, uważali je za daleko bardziej przypominające mikrokoki niż to, co w preparatach FOL'a widzieli. Prof. VIRCHOW, któremu preparaty

pokazywałem, także dość się przychylił do tego przypuszczenia. Nie tak sądził asystent jego D-r ISRAEL, a prof. R. KOCH i nieco później prof. HOYER utwierdzili mię ostatecznie w przekonaniu, że mam do czynienia z szczególnego rodzaju komórkami ziarnistymi (*Mastzellen*).

Tak więc ani hodowla, ani drobnowidz nie wykazują dotąd nic takiego, coby można było na pewno za zarazek wścieklizny uważać.

Hodowla nie jest możebną z temi środkami odżywczemi jakie obecnie posiadamy, dla czego, wyjaśnią to własności jadu wścieklizny, bardzo szczególne, u innych zarazków nie spotykane. Jeżeli cząstkę jakiegokolwiek tkanki, krwi, gruczołu wyjętych z zwierzęcia żywego lub najwyżej w godzinę po śmierci zaszczepimy innemu zwierzęciu za pomocą trepanacyi, wywołamy u niego wściekliznę, jakkolwiek nie zawsze. Otrzymamy ją zaś prawie zawsze, jeżeli zaszczepimy w ten sposób cząstkę krwi królika padającego [ale jeszcze żywego lub zaraz po śmierci] na wściekliznę wzmocnioną o 7 dniowym okresie wylęgania. Królik zaszczepiony padnie po okresie nieco dłuższym, 8—10 dni wynoszącym. Widzimy więc, że jad znajduje się w krwi żywej a czkolwiek w małej ilości [według doświadczeń BARDACH'a i w mleku].

Jak już wiemy, wściekliznę wywołujemy zawsze tylko przez zaszczepienie rdzenia, lub mózgu zwierzęcia za pomocą trepanacyi; wścieklizna zwykła, uliczna, przebiega wtedy w ciągu 15—18 dni, wścieklizna wzmocniona [sztucznie otrzymana przez przeszczepianie jadu z królika na królika] w ciągu 10 dni.

A zatem po śmierci znajdujemy stale jad wścieklizny tylko w mózgu, rdzeniu, dużych nerwach i w części w śliniankach [PASTEUR].

Jeżeli zaszczepimy jakąkolwiek tkankę [prócz powyżej wymienionych], zwierzęcia padłego na wściekliznę bądź to zwykłą, bądź to wzmocnioną, po upływie 12 godzin po śmierci, wtedy wścieklizny nie wywołamy, ponieważ jad wścieklizny znika po śmierci z innych tkanek w ciągu 12 godzin.

Jeżeli cząstkę rdzenia zawiesimy w powietrzu, to już po upływie 1—2 dni zaczyna on tracić własności zakaźne i przy ciepłocie 18—20° C. w ciągu 5 dni zupełnie je utracić może. Przy ciepłocie 0—8° własności te zachowują się daleko dłużej, od dni 15—30. Przy ogrzaniu do 35° C., traci je już po upływie jednej doby, zaś po ogrzaniu do 60° C. natychmiastowo. Gdy rdzeń zawiesimy w przestrzeni pozbawionej tlenu, np. w atmosferze bezwodnika węglowego [CO₂], własności zakaźne przechowują się jeszcze dłużej.

A więc tlen i ciepło nie sprzyjają rozwojowi zarazka wścieklizny.

Tu właśnie tkwią przyczyny, dla czego nie możemy wyhodować sztucznie zarazka wścieklizny. Trzebaby znaleźć grunt pozbawiony tlenu, składem zbliżony do tkanki nerwowej.

Warunki powyższe razem wzięte nie są łatwe do otrzymania.

W ślinie i w śliniankach człowieka nie udało mi się znaleźć jadu wścieklizny [doświadczenia na 10 królikach].

Z powyższych spostrzeżeń łatwo wyprowadzić wniosek, że żadna dezynfekcyja przedmiotów powalanych śliną lub wydzielinami przy wściekliznie nie

jest potrzebną. Dość krótkotrwałego wystawienia na działanie powietrza oraz wysuszenia. Ztąd wynika również, że przedmioty suche nie mogą być przenośnikami jadu wścieklizny.

Nie wspomnieliśmy o jednej jeszcze bardzo ważnej własności jadu wścieklizny. Przy doświadczeniach uprzednio wyliczonych poruszaliśmy już wprawdzie tę sprawę, tutaj jednak omówimy ją obszerniej.

Jeżeli wstrzykniemy zwierzęciu pod skórę cząstkę rdzenia wysuszonego wścieklizny wzmocnionej, rdzenia, który nie utracił jeszcze własności zakaźnych, [suszonego np. w ciągu dni 5—6], to otrzymamy w niektórych przypadkach wściekliznę o bardzo długim okresie wylęgania, wynoszącym 1—1½ miesiąca. Jeżeli teraz z tego królika [po śmierci jego] przeszczepimy cząstkę rdzenia świeżego innemu królikowi, okres wylęgania będzie znów 7 dniowy. Żadnego spóźnienia nie otrzymamy. Wścieklizna odzyskała już przez to jedno przejście całkowitą siłę.

Z tej własności możemy wyprowadzić sposób przekonania się, czy danemu choremu pokąsanemu przez psa wściekłego i zmarłemu pomimo leczenia, nie zaszkodziło samo leczenie: innemi słowy czy zmarł on wskutek pokąsania czy szczepienia?. Jeżeli wskutek pokąsania — rdzeń jego da u królika 13—15 dniowy okres wylęgania, jeżeli zaś wskutek szczepienia — 7 dniowy tylko.

Przeszczepiając w ten sposób rdzeń ludzi i zwierząt zmarłych na wściekliznę pomimo stosowania metody PASTEUR'a, ani razu nie otrzymano 7 dniowego okresu. A zatem szczepienia nie są szkodliwe.

Czy jad wścieklizny może się udzielić pokarmami?

Wykonane w pracowni naszej doświadczenia dały odpowiedź twierdzącą. Króliki pojone rozartym mózgiem zwierząt wściekłych i szczury karmione tymże materiałem dostawały wścieklizny. Co więcej, zwierzęta karmione wścieklizną wzmocnioną padały na takową; rdzeń ich zaszczipiony królikowi dawał 7 dniowy okres wylęgania. Ponieważ z drugiej strony z doświadczeń naszych wiadomo, że krew zwierząt żywych zawiera zarazek wścieklizny, [według doświadczeń BARDACH'a i mleko] zatem: psy i inne zwierzęta, zjadając świeże mięso zabitych, chorych na wściekliznę zwierząt lub też mózgi rdzeń takowych nawet w kilka dni po ich zabiciu mogą dostawać wścieklizny. Gotowane tkanki są zupełnie i zawsze nieszkodliwe. Niegotowane mleko wściekłych krów może stać się przyczyną wścieklizny u człowieka.

Opatrunek ran zadanych przez zwierzęta podejrzane.

Natychmiast po ukąszeniu, jeżeli takowe dokonaniem zostało do krwi, należy ranę wymyć wodą i przypalić mocno żelazem rozpalonem lub silnym kwasem mineralnym [siarczanym, solnym lub azotnym]. Przypalanie potażem żrącym może być również dobrem. Alkohol, ocet i t. p., nie są wystarczające

Przy powierzchownych ranach, jeżeli podobne oczyszczenie rany nastąpiło szybko, w ciągu kilku minut, dalsze leczenie może nie być koniecznem. Jeżeli rana zaczyna ropieć, najlepszym środkiem będzie opatrunek z muslinu zmaczanego w 1:1000 roztworze sublimatu.

Wypalenie i oczyszczenie nastąpione po 10 minutach należy uważać za spóźnione [p. str. 764].

Teoryja działania szczepień ochronnych.

Przed paru laty MIECZNIKOW wykazał, że jeżeli zwierzęciu zaszczepimy bakteryje osłabionego karbunkułu, to niektóre białe ciała krwi posiadające szczególną własność chłonięcia bakteryj usuną je ze krwi całkowicie. Ciała te nazwał on fagocytami ¹⁾. Jeżeli teraz temu zwierzęciu wstrzykniemy bakteryje karbunkułowe nieosłabione, zostaną one również pochłonięte i zwierzę na karbunkuł nie padnie. Tymczasem jak wiadomo, królik, któremu zaszczepimy karbunkuł zwykły pada często już po upływie 24 godzin, gdyż białe ciała nie posiadają własności pochłaniania zarazka i trzeba ją w nim wyrobić.

Widzimy ztąd, że białe ciała można przyzwyczaić do działania jadu. Wiemy, że jad wściekliczny działa daleko wolniej, niż jad karbunkułu; jeżeli więc wkrótce po ukąszeniu czyli wprowadzeniu jadu silnego [który się wolno rozmnaża i przez fagocyty pochłoniętym nie jest], zaczniemy wprowadzać jad osłabiony, to przyzwyczaimy odpowiednią ilość białych ciałek do pochłonięcia silnego jadu przedtem, zanim on zdoła się rozwinąć w ilości zdolnej do zabicia ustroju.

Przytaczamy tutaj w kilku słowach teoryję tę, jako najlepiej i w sposób najprostszj tłumaczącą działanie szczepienia po zakażeniu. Na tej zasadzie moglibyśmy np. dziś szczepić ospę ochronną; jeżeli jesteśmy przekonani, że dzisiaj ulegliśmy zarażeniu ospą zwykłą.

Wnioski komisji Angielskiej o szczepieniu wściekliczny.

Komisya, wybrana w początku roku zeszłego do zbadania kwestyi w mowie będącej, złożona z fizjologów i lekarzy znanych naukowemu światu, jak: HORSLEY, BURDON SANDERSON, przed niedawnym czasem ogłosiła wyniki swoich poszukiwań. Oto ich treść:

1. Szczepienia ochronne metodą PASTEUR'a pozwalają otrzymać u psów i innych zwierząt odporność przeciwko wścieklicznie wprowadzonej jaką bądź drogą.
2. Szczepienia leczniczo-ochronne wykonane po wprowadzeniu jadu zdolne są uchronić zwierzę od wybuchu choroby.
3. U ludzi pokąsanych szczepienia posiadają wartość leczniczą.

¹⁾ Brak miejsca nie pozwala mi na szerszy rozbiór „teoryi fagocytów”, która znajduje potwierdzenie w coraz nowych faktach i tłumaczy wiele zjawisk dotąd niezrozumiałych.

Dla przekonania się o ile metoda PASTEUR'a działa u ludzi pokąsanych komisya wybrała z listy PASTEUR'a 90 osób leczonych, u których czas po dokonaniem leczenia wynosił nie mniej jak 18 miesięcy. Zdaniem komisji z tej liczby, bez zastosowania metody PASTEUR'a uległo by wściekliznie 8—10 osób. Członkowie komisji odwiedzili wszystkich wybranych i przekonali się o ich dobrem zdrowiu.

Dodamy jeszcze, że jeżeli sądzić będziemy metodę PASTEUR'a według danych statystycznych, żadna z dawnych statystyk nie podaje tak małej cyfry śmiertelności, jaką otrzymujemy przy stosowaniu metody PASTEUR'a.

BOLLINGER podaje śmiertelność pokąsanych na 47%. ROELL 35%. FABER 19%. LEBLANC 16%.

Kończąc pracę niniejszą czuję się w obowiązku złożyć podziękowanie Szanownemu Radcy Tajnemu p. WILUJEWOWI, za chętną i życzliwą pomoc, jaką mi zechciał ofiarować przy otwarciu oddziału dla pokąsanych, oraz Szanownemu Naczelnikowi Z. D. Rzeczywistemu Radcy Stanu p. PUCHALSKIEMU i Opiekunowi szpitala Wolskiego Szanownemu Radcy Stanu RADOSZKOWSKIEMU za łaskawe poparcie jakiego z ich strony doświadczyłem.

Niemniejszą podziękę winienem za wskazówki naukowe Szanownemu prof. HOYEROWI. Pracę dzielił z nami jak zwykle St. Medycyny GRODECKI. Miejsca na doświadczenia z psami użyczył magister weterynaryi KOTŁUBAJ, redaktor Hodowcy i Rolnika, któremu niniejszem oświadczam podziękę.

L I T E R A T U R A .

- JACCOUD. Wykład Patologii Szezegółowej. T. 3. str. 721.
NIEMEYER. Rukowódstwo k ezastnoj Patologii. T. 2. str. 671.
PASTEUR, ROUX et CHAMBERLAND. Comptes rendus de l'Académie des sciences, od roku 1881, oraz Annales de l'Institut PASTEUR.
GAMALEIA. Annales de l'Institut PASTEUR. 1887. passim.
BUJWID. Ibid.
BAUER. Incubationsdauer del Tollwuth beim Menschen. Münch. Med. Woch. 1885 oraz Annales de l'Inst. PASTEUR.
BARDACH. Annales de l'Inst. PASTEUR. str. 84 i 180.
METSCHNIKOFF. Annales de l'Inst. PASTEUR. str. 321.
Wrac Nr. 32. 1887. Rezultaty Angielskiej komisji
PERRONCITO et CARITA. Annales de l'Institut PASTEUR. str. 181.
PETER. Bulletin de l'Académie de Médecine. 1887.
FRISCH. Die Behandlung der Wuthkrankheit. 1887. Wien.
FOL. Comptes Rendus de l'Académie. 1885. Decembre.
BABES et CORNIL. Les Bactéries.
-

Z POWODU ZAMIERZONEJ BUDOWY NOWEGO SZPITALA ŻYDOWSKIEGO

Napisał

Teodor Dunin.

Zamierzona budowa nowego szpitala żydowskiego jest faktem, który powinien obudzić najwyższe zainteresowanie w kołach lekarzy, miłujących sprawy szpitalne i postęпами tychże się interesujących. Nikomu nie jest tajem, że Warszawa nie posiada ani jednego szpitala, któryby odpowiadał wymaganiom stawianym przez obecną naukę. W ostatnich 30 latach założono wprawdzie kilka szpitali, na które jednak zużyto stare budowle [szpital na Pradze, za Wolskimi rogatkami, w ogrodzie Ohma], o jakiej bądź więc racjonalności, wygodzie i higienie ani mowy nawet być nie może. Oba szpitale dziecinne, założone kosztem osób prywatnych, wzniesione były, o ile się zdaje, bez żadnych wskazówek lekarskich, przez ludzi niewielkie mających pojęcie o stanie budowli szpitalnych; są to gmachy starego systemu, z korytarzami, czasami nawet ciemnymi, w zacieśnionych miejscach, bez odpowiednich sal dla zabaw, wypoczynku i t. p. Barak znów Czerwonego Krzyża, aczkolwiek piękny, tak jest mały i przytem wyłącznie dla chorych chirurgicznych przeznaczony, że stanowi za ledwie pewną drobną cząstkę szpitala i przy urządzeniu wielkich trudności nie przedstawiał. Pozostaje więc jedyny szpital Ś-go Ducha, który zbudowany jest według do pewnego stopnia racjonalnego planu. Niestety i tu szczegóły, jako to: wychodki, pracownie, trupiarnia, zabudowania gospodarskie tak wiele do życzenia przedstawiają, że i ten szpital daleki jest od tego, aby go za wzór stawiać można, nie mówiąc już o tem, że nie posiada żadnej z tych rzeczy, które już znajdują się we wszystkich nowszych szpitalach, a mianowicie: sal jadalnych i rekreacyjnych, otwartych galerij dla ciężko chorych, ogrodów dla mogących się przechadzać i t. p.

Obecnie zdarza się sposobność zbudowania szpitala wzorowego, sposobność okazania, że nie jesteśmy dotychczas tak ciemni, aby nas nie było stać na racjonalny i konsekwentny plan; byłoby też wielkim błędem, gdyby ze sposobności nie skorzystano i znów wystawiono budę, za którą nietylko my, ale i nasi potomkowie rumienił by się musieli. O ile wiem, zarząd gminy żydowskiej bierze się do dzieła z godną wszelkiego uznania oględnością, zasięga opinii lekarzy i chętnie przyjmuje wskazówki i rady. Oby tylko nie zabrakło mu odwagi potrzebnej do wykonania wielkiego dzieła, bo takim jest szpital na 400 łózek; oby zrażony wielkością planu nie uląkł się kosztów i nie zrobił czegoś połowicznego, niby dobrego, a w gruncie rzeczy nie wiele wartego. Słusznie tu powtórzyćbym mógł to, co powiedział pan Wojciech GERSON z okazji budowy naszych kościołów. Tak kościół jak i szpital to nie domy prywatne, budowane dla jednego pokolenia; to gmachy mające przetrwać wieki, to też z ich budową spieszyć się nie należy, lecz przedewszystkiem zakreślić sobie należy plan choćby najobszerniejszy, ale o ile można zbliżony do idealnego, który powoli lecz systematycznie wypełniać trzeba. Spójrzmy naprzykład na kanalizację Berlina. Czyż to wiekopomne dzieło mogłoby przyjść do skutku, gdyby je chciano wykonać w kilka lat. Żadne fundusze nie starczyłyby na nie i tylko wytrwała choć powolna praca, przy obmyślanym z góry planie, zdołała doprowadzić je do końca. Niech więc i gmina żydowska się nie spieszy, niech zamiast w 3, wybuduje szpital w lat 15, ale niech wykona dzieło wzorowe, z którego długie po-

kolenia z pożytkiem korzystać będą mogły. A brak planu lub liche plan nie łatwo naprawić się dadzą, jak to widzimy np. na Warszawskim szpitalu dla dzieci. Zbudowano go bez żadnej idei przewodniej, bez oglądania się na przyszłość, to też już w kilka lat trzeba było w ciemnym i ciasnym kącie podwórza stawiać pawilon dla chorych wysypkowych.

Chęć przysłużenia się ogółowi, jak również i szlachetna powaga z jaką zarząd gminy żydowskiej bierze się do pracy, pobudziła mię do skreślenia tych kilku uwag i myśli. Pracując przez lat dziesięć w jednym z największych szpitali w ogóle, przeszedłszy przytem kilka stopni w hierarchii szpitalnej, od najniższych począwszy, nietylko szczerze interesuję się wszystkim co się szpitali dotyczy, ale nadto miałem sposobność wyrobienia sobie własnego doświadczenia w tych rzeczach. Porównując me własne myśli z tem, co widziałem w innych, słusznie za wzorowe uznanych szpitalach, nakreśliłem sobie plan, według którego w mojem pojęciu wzorowy szpital zbudowany być winien. Dziś gdy zdarza się jedyna zapewne sposobność myśli me praktycznie zużytkować, przystosowałem mój plan do konkretnych potrzeb szpitala żydowskiego i podaję go pod ocenę tak szerszego koła kolegów, jak i tych z nich, którzy powołani będą do kierowania budową nowego szpitala; podaję go w tej myśli, że jeżeli nie całość, to może przynajmniej pewne szczegóły dadzą się zużytkować. Dodaję przytem, że nie mając należytego pojęcia o budownictwie, nie podaję dokładnych stosunków liczbowych, jak również nie wdaję się w ocenę sposobów ogrzewania, wentylacyi, kanalizacyi i t. p., które to rzeczy już do budowniczego wyłącznie należą.

Rozpaczynam od wyboru placu. Mam tu na myśli nie ogólne warunki zdrowotności [suchość, przyroda gruntu], które powszechnie są znane i co do których nie ma wątpliwości, lecz chcę zwrócić uwagę na jego obszerność i kształt. Boję się aby pod tym względem nie popełniono błędu, któryby już później nie dał się naprawić. Plac powinien być jaknajwiększy, bo jeżeli nie ulega wątpliwości, że i na największym placu, choćby w puszczy Białowięzkiej, może stanąć liche szpital, czego najlepszy dowód mamy na szpitalu S-tego Łazarza, który pomimo, iż leży w ogromnym i ślicznym parku, posiada celki więzienne z najwstrętniejszem powietrzem, to jednak nie potrzeba dowodzić, że tylko na dużym placu dobry szpital stanąć może. W nowszych szpitalach zużytkowano od 150 do 320 kwadratnych metrów na każde łóżko. Przyjąwszy tę pierwszą cyfrę, która raczej za małą jest niż za dużą, wypadnie 60000 metrów kwadratowych na 400 łóżek. Kształt placu rozumie się mniejszej jest wagi, aczkolwiek także nie jest bez znaczenia. Plac bardzo wązki, a długi, jak to właśnie ma miejsce w danym przypadku, byłby bardzo niedogodnym. Gmina żydowska posiada mianowicie plac, który na wybudowanie szpitala zużytkować ma zamiar. O ile wiem plac ten jest tak mały, że uawet mowy być nie może o wybudowaniu na niem przyzwoitego szpitala; nadto jest on długi lecz bardzo wązki; taki kształt placu wymaga ustawiania pawilonów w jednej linii, co dla administracyi jest bardzo niedogodnem, a nadto, jak to zobaczymy, uniemożliwia stworzenie ogólnego miejsca przechadzek, rzeczy w szpitalu niezbędnej. Nie wątpię też, że zarząd gminy żydowskiej, rzecz lepiej zbadawszy, sam przyjdzie do przekonania o niezbędnej potrzebie rozszerzenia posiadanej placu lub też nabycia innego.

Przechodzę obecnie do rzeczy najważniejszej, t. j. do systemu, według jakiego szpital ma być zbudowany. Szpital Żydowski jest szpitalem powszechnym, t. j. zawierać ma oddziały dla wszystkich chorób, z wyjątkiem domu dla obłąkanych, który pozostanie w dotychczasowem pomieszczeniu. W takim szpitalu jednostajny system budowy we wszystkich szczegółach przeprowadzić się nie da; zawsze jednak należy wybrać najodpowiedniejszy typ, a wyjątki od niego ograniczyć do jak najmniejszej liczby. Dwa są główne typy szpitali: koszarowy czyli korytarzowy, oraz pawilonowy ewentualnie ba-

rakowy. Że o pierwszym dziś już mowy być nie może, jako o panującym typie, tego chyba dowodzić nie potrzeba. To też sędzę, że projekty, robione podobno, aby zbudować domy o korytarzach pośrodku, a salach z dwóch jego stron, nie wzbudzą nawet dyskusyi. Byłoby to cofnięcie się o cały wiek wstecz. Gmach taki posiada wszystkie zle strony, o jakich zamarzyć można. Korytarz z masą swoich kątów i załamek jest zbiorowiskiem złego powietrza; sale znów otrzymują światło i powietrze z jednej tylko strony i nigdy należycie przewietrzone być nie mogą. Czyż najprostsze doświadczenie nie uczy, że otwarcie okna z jednej tylko strony nie wzbudza najmniejszego ruchu powietrza w pokoju. Sędzę, że tej okoliczności przypisać należy, iż w domach prywatnych w pokojach chorych, pomimo otwierania okien, powietrze nigdy nie bywa dobre i często gorsze nawet, niż na salach szpitalnych w naszych starych szpitalach. Tylko system oddzielnych domków, będących same w sobie niejako skończonym małym szpitalem, gdzie sale otrzymują światło i powietrze z czterech, a co najmniej trzech stron, odpowiada dzisiejszym wymaganiom higieny. Idzie tylko o to, czy domki te mają być dwupiętrowe [t. j. parter i piętro — system pawilonowy w ścisłem znaczeniu tego słowa], czy jednopiętrowe [t. j. tylko parter — system barakowy]. I pod tym względem większość lekarzy i budowniczych nie ma wątpliwości: system barakowy jest w dzisiejszym stanie nauki i sztuki ideałem szpitala; wszystko za nim przemawia.

Barak, pod którym to wyrazem nie trzeba rozumieć drewnianej budowy, lecz jednopiętrowy, murowany dom, formalnie cały, prócz z dołu, kąpie się w świeżem powietrzu; sale, prócz ścian i okien, otrzymują powietrze z góry, i to jest jeden z najważniejszych sposobów wentylacji, który ginie przy dwupiętrowych budowlach. Tymczasem te wszystkie sposoby naturalnej wentylacji, nawet przy istnieniu sztucznej, bardzo są ważne, mianowicie w miesiącach letnich, w których wentylacja sztuczna, zazwyczaj połączona z ogrzewaniem, przestaje być czynną. I w zimie jednak jest ona rzeczą pierwszej wagi, a często nawet sama wystarcza, choć na to w zupełności spuszczać się nie należy. Dalej w pawilonach piętrowych sale nigdy nie posiadają potrzebnej wysokości; dolne są ciemne i ponure, górne zaś posiadają zawsze gorsze powietrze, o czem bardzo łatwo w którymkolwiek z naszych szpitali przekonać się można. Prześtrzeń między sufitem i podłogą jest zbiorowiskiem wszelkich zarazków, jak tego nawet doświadczalne badania EMMERICH'a dowiodły.

Na tem nie kończą się korzyści baraków; unika się w nich schodów, co jest rzeczą niezmiernie ważną dla posługi, a jeszcze ważniejszą dla chorych, którzy bez zmęczenia mogą wyjść do ogrodu, lub też z łatwością przeniesieni być mogą do sali operacyjnej i t. d.

Wiem, że nasi konserwatyści wystąpią z całym arsenałem zarzutów. Powiedzą mi, że wzorowy szpital Friedrichshain ma pawilony w dwóch kondygnacjach; prawda, ale za to szpitale w Wiesbaden, Heidelbergu, szpital Moabit w Berlinie, t. j. najnowsze szpitale, zbudowane są według systemu barakowego. Nikt nie zdoła opisać uczucia rozkoszy, jakiego doznałem na widok 20 domków parterowych, rozrzuconych w pośród obszernego parku Moabitu w Berlinie. Najwspanialsze szpitale pawilonowe koszarami mi się potem wydały. Zarzucają szpitalom barakowym, że są drogie. Jest to fałsz. Pawilony piętrowe potrzebują być budowane massiw, kiedy tymczasem baraki w Moabicie zbudowane są z cienkiego muru i wybornie opierają się klimatowi, który przecież nie jest łagodniejszym od naszego. Zresztą, mamy już przykład na baraku Czerwonego Krzyża, który, chociaż jest drewniany i posiada w dachu otwarte wentylatory, i podczas zimy dobrze funkcjonuje, a ciepłota sal wynosi 14° R. To też kiedy w szpitalach pawilonowych koszt jednego łóżka wynosił np. w Lariboisière 13,000 marek, w Frie-

drichshain 9,000 marek, to w szpitalu barakowym w Heidelbergu już tylko 5,000 marek, we Frankfurcie nad Menem 4,500 m., a znany inżynier TOLLET, który sposobem barakowym zbudował już kilka szpitali we Francyi, oblicza koszt jednego łóżka od 5,000 [szpital w St. Denis] do 2,500 [w Montpellier] franków.

W istocie wszystko przemawia za systemem barakowym, który tak jak zagranicą coraz bardziej się rozpowszechnia, tak też i przez Zarząd gminy Żydowskiej wybranym być powinien.

Zachodzi obecnie pytanie, na wiele łóżek mają być sale? Jeżeli przyjmujemy za zasadę, że typem szpitala ma być barak lub nawet pawilon o dwóch kondygnacjach, to rzecz ta rozstrzyga się sama przez się, boć przecie baraku na 6 lub 10 łóżek budować nie można. Tym sposobem wypadnie, że sala winna mieć 24 łóżek; więcej — byłoby źle ze względu na zbyt znaczne nagromadzenie chorych; mniej nie można, bo nie opłaciłoby się budować baraku. Chyba więc trzeba by barak podzielić na 2 lub więcej sal. Tym jednak sposobem ogranicza się dobre strony baraku, wprowadza się bowiem ściany, które zawsze przeszkadzają swobodnemu ruchowi powietrza, tworzy kąty, owe przestrzenie, że tak powiem, martwe, a wreszcie podnosi się znacznie koszt budowy. Nadto ze względów administracyjnych sali mniejszej nad 12 łóżek budować nie można; mniejsze, np. na 6 łóżek, utrudniają ogromnie posługę w takim razie chyba trzeba ilość posługaczy podwoić [zamiast 2-ch na 24 łóżek — 4-ch]. Przytem jaką korzyść osiągamy z takiego drobienia sal? Jedyną niewątpliwą do pewnego stopnia, t. j. że niektórym, bo bynajmniej nie wszystkim, przyjemniej jest leżyc w małych pokojach. Względ ten jednak upada wobec sal dla przebywania dziennego, które pozwalają choremu na cały dzień oderwać się od widoku ciężko chorych. Co do odosobnienia, to chyba byłoby iluzją mówić o niem wobec sal łączących się z sobą za pomocą szerokich i ciągle otwartych drzwi. Wobec tego, co powiedziałem, niema nic dziwnego, że w żadnym z nowych szpitali nie budują mniejszych sal nad 20 do 24 łóżek. O ile wiem, jeden tylko szpital w Kopenhadze posiada sale mniejsze [6 łóżek], nie musiało się to jednak okazać praktycznym, jeżeli nie zachęciło do naśladownictwa.

Zwolennicy małych sal posuwają się tak daleko, że zgodziliby się na każdy plan szpitala, nawet z korytarzem pośrodku, byleby tylko pokoje były małe. Oprócz powyższego względu moralnego, który w mojem przekonaniu stanowczo jest przesadzonym, powołują się na to, że lekarzowi bardzo jest przyjemnie, jeżeli może odosobnić chorych, łączyć w jednej sali te same choroby i t. p. Najpierw muszę jeszcze raz powiedzieć, że odosobnienie chorych w salach, połączonych korytarzem prowadzącym wprost do pokoiów, jest iluzją. Po drugie, przyznaję, że w pewnych oddziałach zachodzą potrzeby oddzielnych pokoiów, np. w ocznym, syfilitycznym, i dlatego też powiedziałem na wstępie, że w szpitalu powszechnym nie uda się przeprowadzić jednego typu konsekwentnie; ale w mojem przekonaniu to drobienie powinno być dopuszczane jedynie w razie istotnej potrzeby.

I tak, weźmy oddział chorób wewnętrznych: tutaj oddzielać potrzeba jedynie chorych niebezpiecznych dla swego otoczenia, np. dotkniętych wściekliczną, nosacizną, nieuleczalnych s t a l e [nie czasowo!], zanieczyszczających się; dla tych chorych winny być osobne pokoje, t. z. seperatki, o których później będzie mowa. Łączenie w jednym pokoju chorych na tę samą chorobę chroniczną nie miałoby żadnego celu, gromadzenie zaś w małym pokoju chorych dotkniętych tyfusem brzuszny, różą, zapaleniem płuc, byłoby błędem, którego dopuszczać nie należy, z tego bowiem wytwarza się tylko potęgowanie zarazka, które łatwo dać może powód do wytwarzania ognisk miejscowej epidemii. Wiemy przecież, że zapalenie płuc, na salach szpitalnych nie udzielające się

innym chorym, w ciasnych i źle odwietrzanych mieszkaniach wznosi się do po-
tegi choroby epidemicznej.

Co do oddziałów chirurgicznych, to najpierw zachodzi tu potrzeba oddzie-
lania chorych, dotkniętych chorobą przyranną, np. ropnicą, różą, gangreną
szpitalną; ci chorzy winni być wyniesieni po za obręb oddziału i umieszczeni
w separatkach. Druga kategoria, którą u nas starannie odosabiają, są to
chorzy po ciężkich operacjach, mianowicie też w jamie brzusznej; dla takich
chorych także wymaga się nie małych sal, ale zupełnie osobnych pokojów. Czy
jednak taka praktyka nie jest tylko prostym przyzwyczajeniem, powziętem
wobec naszych źle przewietrzanych ogólnych sal? Wszak to właśnie na cho-
rych po ciężkich operacjach po raz pierwszy doświadczone cudownych skutków
baraku. Czy lepiej jest pomieścić chorego, wprawdzie samego, ale za to w ma-
łym, dusznym, źle przewietrzonym pokoju, niż na pięknej wspólnej sali, gdzie czy-
ste powietrze przyspiesza każdą rekonwalescencyję? Niechaj nasi postępowi chi-
rurgowie na to odpowiedzą, mnie jednak zastanawia, dlaczego nigdzie chirur-
gowie nie żądają małych pokojów, tylko o ile możliwości otwartych baraków.

W mojem przekonaniu [oprócz chorych z cierpieniami przyrannymi], na
oddziałach chirurgicznych powinna być tylko dwójaka klasyfikacja chorych;
w jednej sali winni się znajdować chorzy po operacjach; w drugiej zaś chorzy
dotknięci owrzodzeniami, ropiejącymi ranami i przetokami. Tak jeden jak
i drugi rodzaj chorych wymaga jaknajlepszego powietrza — pierwsi dla praw-
idłowego gojenia rany, drudzy dla poprawienia stanu ogólnego i miejscowego.
Obie zatem kategorie winny leżeć nie w małych salkach, ale w dużych, o ile
możliwości otwartych dla dostępu powietrza barakach.

Stosownie do tego oddział chirurgiczny na 100 łózek winien się mieścić
w 4-ch barakach. Rozumie się, że podobny rozdział jest możliwy tylko wtedy,
kiedy cały oddział należy do jednego chirurga. Powiem też otwarcie, że nie
powinien szpital Żydowski posiadać 2 oddziałów chirurgicznych. W oddzia-
le na 50 chorych chirurg nie prawie nie ma do roboty, jak to powszech-
nie się skarżą nasi koledzy chirurgowie; czyż więc nie lepiej postawić
na czele oddziału jednego lekarza z kilkoma asystentami, niż dzielić niepo-
trzebnie materyjał? Jakkolwiekbyż zdaje mi się nie ulegać wątpliwości, że
i dla sal chirurgicznych barak powinien być panującym typem.

Co do oddziałów ocznych i syfilitycznych, to przyznaje, że zachodzić tu
mogą potrzeby mniejszych sal, np. dla chorych potrzebujących ciemności.
Dla chorych ocznych małe i gorzej wentylowane sale o tyle mniej są szkodli-
we, że mamy tu zazwyczaj do czynienia z ludźmi ogólnie zdrowymi, którzy
łatwiej zniosą gorsze powietrze. Natomiast w oddziałach syfilitycznych do-
brzeby się należało namysleć, co jest lepsze: odosobnienie, czy dobre powie-
trze? mamy tu bowiem do czynienia z jednej strony z chorymi, którzy bardzo
psują powietrze [np. chorzy skórni], a z drugiej strony, u których często po-
prawa ogólnego stanu więcej przynosi korzyści, aniżeli leczenie specyficzne.

Jednem słowem hasłem nowożytnego szpitala powinno być: precz z małemi
pokojami, precz z korytarzami i wszelkiemi zaułkami.

Powracamy do budowy baraku.

Barak taki stać ma na odpowiednio wysokiej i widnej suterenie [sądzę,
że 1,5 metra wysokości nad powierzchnią byłoby najwłaściwszem]. Jakie
winny być ściany, to pozostawiam uznaniu budowniczego, dodaję wszakże, że
w Moabicie ściany są z cienkiego muru pruskiego, a jednak opierają się naj-
silniejszym zimom. Zresztą całe północne Niemcy w ten sposób są zbudowa-
ne. W każdym razie mury winny być izolowane, podłoga sutereny wyasfal-
towana [konieczni!] dla zapobieżenia podnoszeniu się gazów. Suterena

służy za skład w połowie czystej bielizny i pościeli, w drugiej połowie — łóżek, podwójnych okien i t. p.. Wejście do niej prowadzi od zewnątrz. Sam barak składa się: 1) z sali dla chorych [ewentualnie 2 ch jednakiej wielkości], 2) z sali t. z. rekreacyjnej, a zarazem jadalnej, 3) werendy na jednym końcu baraku, 4) przystawki zawierającej dodatki na drugim końcu baraku. Wysokość baraku u ścian wynosić winna 4,5 metra; ponieważ, jak wiadomo, barak nie ma sufitu, lecz dach odpowiednio urządzony jest sufitem, przeto w środkowej części sali wysokość o odpowiednią miarę będzie wyższa. Nie potrzebuję dodawać, że w dachu znajduje się t. z. górna wentylacja [t. z. *Reiterdach*].

Co do rozmiarów samej sali dla chorych, to najpierw szerokość jej, a więc i baraku, wynosić winna 8 metrów, rachując mianowicie w następujący sposób: 2 rzędy łóżek, każde łóżko po 2 metry = 4 m.; odstęp pomiędzy łóżkami 3 m., a dwa odstęp pomiędzy szczytem każdego łóżka a ścianą po 0,5 = 1 m., co razem stanowi 8 metrów. Ponieważ dla każdego łóżka żądanem jest 10 metrów kwadratowych powierzchni, a więc dla 24 = 240, wypadnie więc, że długość sali wynosić winna 30 metrów¹⁾. Tym sposobem wypada na jedno łóżko 45 sześciennych metrów przestrzeni, co mniej więcej odpowiada wymaganiom stawianym przez higienę. Sala taka winna mieć co najmniej 50 kwadratowych metrów powierzchni okien; ilość okien jest rzeczą dowolną. Najlepiej jest rozrachować tak, aby albo każde łóżko wypadło między dwoma oknami, albo dwa łóżka między dwoma oknami. Podłoga w sali ma być albo drewniana, dębowa, olejem napuszczana, albo też ze sztucznego kamienia. Tej ostatniej zarzucają, że jest zbyt zimna.

Gdyby uznano za właściwe salę tę podzielić na dwie mniejsze, to nie powinno stanowić to wielkiej trudności. W takim razie drzwi z jednej sali do drugiej winny być szerokie, oszklone, a u góry ściany okno okrągłe otwierane, t. z. *œil de boeuf*, o którym jeszcze później będzie mowa.

Obok sali sypialnej znajduje się sala rekreacyjna, w której chorzy jadają, i o ile chcą przepędzają cały czas w dzień do godziny, w której obowiązkowo udają się na spoczynek. Potrzeba takich sal dziś już powszechnie uznaną została; znajdują się one też w szpitalach Lariboisière, Friedrichshaiw, Dreznie, Monachium. Z tego ostatniego miasta mianowicie donoszą, że od czasu wprowadzenia sal dla rekonwalescentów, okres zdrowienia uległ znacznemu skróceniu. W niektórych szpitalach w Anglii budują wspólne sale rekreacyjne dla chorych rozmaitych oddziałów. Jest to może mniej kosztowne, ale za to utrudnia ogromnie kontrolę i wprowadza ogromny zamęt w szpitalu. [C. d. n.]

NADESŁANO DO REDAKCYI:

D-r KONRAD RUMSZEWICZ. Przyczynek do kazuistyki polipów spojówki oka.

¹⁾ Cyfry wszędzie stawiam przybliżone bardzo jednak bliskie rzeczywistości.

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

6-1

LEKARZ

potrzebny jest do m. Terespoła gub. Siedleckiej, Stacja Kolei Terespolskiej.

Bliższych informacji udzieli Apteka Czekalskiego tamże.

3-3

SPRZEDAŻ „MARIENBAD“ w Dubbeln-Majorenhof pod Rygą

na brzegu morza Bałtyckiego.

Istniejący od r. 1870, a założony przez ś. p. D-ra von Nordström Zakład Lecznico-Kąpielowy jest do sprzedania z wolnej ręki wraz z całym inwentarzem i sześciu budynkami gospodarskimi.

Zakład, urządzony z zastosowaniem siły parowej, zbudowanym jest częścią z kamienia częścią z drzewa i zawiera: 40 umeblowanych pokoi mieszkalnych, 34 numerów kąpielowych do ciepłych kąpeli morskich, oraz kąpeli: szlamowych, gazowych i parowych, duszy, kąpeli rzymskich, kąpeli w wannach i t. p., oraz oddzielny budynek do gimnastyki leczniczej i mięsienia.

Sześć drewnianych budynków gospodarskich zawiera: 42 mieszkań umeblowanych wraz z kuchniami i innymi gospodarskimi urządzeniami.

Plac około zabudowań zajmuje 3 dziesiątyny, 1451 sążni □ (około 11 Sofstellen), pięknie nad morzem położony, lesisty, ozdobiony parkiem, w położeniu zdrowym.

Reflektanci zechcą zgłaszać się, celem poinformowania się co do warunków, do inspektora zakładu „Marienbad“.

3-2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0-8

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0-2