

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38

TREŚĆ: **Prace oryginalne.** Kazyistyka gynijatryczna. (Descensus et prolapsus uteri). Przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer'a*, Doc. akusz. (Ciąg dalszy). O ogrzewaniu i opowietrzaniu szpitali. Przez *Franciszka Tournelle*. (z tablicą litografowaną). **Statystyka lekarska.** Epidemia choleryczna w Warszawie, w roku 1867. Przez *G. Maleka*, p. o. inspektora lekarskiego m. Warszawy. **Wiadomości bieżące.** Rezultaty wszystkich operacyj wycięć jajników, wykonanych dotychczas przez Dra *Koeberle'go* ze Strasburga. Ś. p. Dr. *Jan Kosztulski*. Nagroda Konkursowa Gazety Lekarskiej. **Bodatek.** Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (Historja szpitala str. 133 — 140). Przez *Juliana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Farmakologii arkusz 33ci, Farmakognozyi arkusz 16ty, Histologii i histochemii arkusz 30ty, Patologii i terapii szczegółowej ar. 24.

KAZUISTYKA GYNIJATRYCZNA.

Przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer'a*, Doc. akusz.

(Ciąg dalszy). *)

VII.

Opadnienie i wypadnienie macicy
(*descensus et prolapsus uteri*).

Opadnienie i wypadnienie macicy postrzegać miałem sposobność u czternastu chorych. U wszystkich zboczenie to położenia macicy było następstwem częściowego rozdarcia się dna miednicy po odbytym porodzie. To rozdarcie wszelako rzadko tylko dotykało właściwie, tak zwanego śródkrocza, najczęściej toż śródkrocze okazywało się zewnątrznie zupełnie nietkniętém i tylko dołek łódkowaty zatoki moczopłciowej przedstawiał ślady rozdarcia nastąpionego w skutek porodu, to jest blizny muięj więćej znaczne, które wszelako dla ukrytego swego poło-

*) Patrz Nr. 28, Gaz. Lek.

żenia nieraz pewnej przyśledzeniu wymagały baczości, aby nie były przeoczonemi. To rozdarcie dołka łódkowatego według moich postrzeżeń bardzo wielki ma wpływ na rozwinięcie się opadnienia i wypadnienia macicy, wpływ, który jeśli nie równa się wpływowi rozdarcia samego śródkrocza, to przynajmniej nie wiele od niego jest słabszy, i tłumaczy się dostatecznie przez powierzchowne położenie powięzi śródkrocza pod skórą dołka łódkowatego, które sprawia że rozdarcia dotyczące skóry, rzeczonoego dołka, nader łatwo udzielają się wspomnioną powięzi. Gdy zaś nie skóra, a raczej powięź śródkrocza główną stanowią podporę dla części miękkich w jamie miednicy zawartych, i gdy rozdarcie tych powięzi koniecznie usposabiać muszą do obsuwania się owych części na dół i wypadnięcia ich przez otwór sromowy na zewnątrz, z tego przeto wynika, że nie koniecznie potrzeba rozdarcia się, przy porodzie samego śródkrocza, aby kobietę do wypadnienia wnętrzości miednicy, a zwłaszcza macicy przez otwór sromowy na zewnątrz usposobić, lecz że już samo rozdarcie dołka łódkowatego, jest zdolne opadnienie wywołać. Z tego powodu w moich oczach nie tylko rozdarcie śródkrocza w ogólności, ale i rozdarcie wyłącznie dołka łódkowatego pojawiające się u osób dotkniętych wyższymi stopniami opadnienia lub zupełnym wypadnieniem macicy stanowią konieczne wskazanie do założenia, po odprowadzeniu opadłej lub wypadłej macicy, na właściwe miejsce, krwawego szwu czy to samego tylko sromu (*episiorrhaphia*), czy też sromu i śródkrocza (*episioperineorrhaphia*), a to celem zapobiegnięcia powtarzaniu się tego przykrego cierpienia.

Jakoż z tegoż powodu także i u naszych wyżej wspomnianych czternastu chorych, które na tę chorobę w wysokim stopniu cierpiały, operacja jako jedyny radykalny środek musiała być dokonana.

Mimo to pozostawiłem z liczby onęj c z t e r y bez wszelkiej operacji a mianowicie d w i e z powodu, że były już zbyt w wieku posunięte, mając jedna lat 63, druga 85, a drugie d w i e dla tego, że na operacye zezwolić nie chciały. U wszystkich czterech więc zmuszony byłem do ograniczenia się na prostem odłożeniu wypadłej macicy i zastosowaniu środków paliatywnych a mianowicie odpowiednich opasek, ponawianiu się wypadnienia macicy zapobiegających.

Zresztą z rzeczonych co dopiero czterech chorych jedna, a mianowicie kobieta 63 lat licząca, przeto jeszcze na uwagę zasługiwała, że jama wypadłej macicy, w wysokim stopniu zanikłej, była w zupełności zarośnięta. Druga zaś, to jest jedna z tych, które operacyi poddać się nie chciały, kobieta 40-letnia, silnie zbudowana, czyszczenia swe miesięczne należycie odbywająca, niezwykłą objętością istniejącego u niej wypadnienia. Wypadnienie to bowiem stanowiło guz podługowaty, walcowaty, który, stercząc z okolicy rozszerzonego otworu sromowego ku dołowi i tyłowi miał z przodu 6, w tyle $3\frac{1}{2}$ cala i w części swęj podstawowej $3\frac{1}{2}$, w części średniej $3\frac{3}{4}$, w części końcowej 3 cale grubości. Guz ten składał się z macicy, pochwy, w całej swęj długości na zewnątrz wywróconej, części pęcherza moczowego i części kiszki stolcowej. Macica w części swęj pochwowęj ogromnie zgrubiła, zgrubiłą tą częścią stanowiła

część końcową guza, która była jakby w poprzek ucięta. Zarazem część nadpochwowa jęj szyi okazywała się znacznie przedłużoną. Wprowadzając bowiem zgłębnik maciczny do jamy macicy, znalazłem długość tejże jamy wynoszącą 4 1/2 cala. Przytem jednak tak rzeczona część nadpochwowa szyi macicy, jak i ciało macicy bynajmniej nie były zgrubiałe. Co do pęcherza moczowego i kiszki stolcowej, to pierwszy między ścianą przednią wywróconej pochwy a macicą, zstępował do głębokości półtrzecia cala, druga między macicą a ścianą tylną wywróconej pochwy zstępowała do głębokości cala, do wnętrza guza w kierunku ku wolnemu jego końcowi. Błona śluzowa wywróconej pochwy była barwy jasno-różowej i obeschnięta, błona zaś śluzowa części pochwowej macicy była ciemno-różowa i na około ust macicznych, w postaci szpary poprzecznej, cal dłużej przedstawiających się owrzodzona. Odprowadzenie opisanego okazałego wypadnięcia, jak się domyśleć można, z największą tylko trudnością uskutecznić się dało.

Pozostałe dziesięć chorych poddały się epizyo-perineorrafii, która u wszystkich zadawałnający dała wypadek. Szczegóły pojedynczych operacyj były następujące:

1) Anna S. ..., wdowa po wyrobniku, lat 42 licząca, niskiego wzrostu, silnej budowy ciała, dosyć dobrej tuszy, szatynka, dobrém w ogólności pocieszająca się zdrowiem, w czasie od 24go do 32go roku życia swego odbyła siłą natury i szczęśliwie cztery porody. W roku 1861 macica jęj poczęła obsuwać się na dół do otworu sromowego. Obsuwanie się to macicy odtąd wzmagało się coraz bardziej i zmieniło się w końcu na zupełne wypadnienie, a lubo, że wypadła część każdego czasu z łatwością dała się odłożyć, kalectwo to jednak wkrótce tak choręj dolegać zaczęło, iż widziała się zmuszoną do szukania pomocy lekarskiej. W tym celu udała się w dniu 18ym lutego roku 1863go do szpitala Śgo Ducha, gdzie umieszczoną została w moim oddziale.

Śledząc ją po przybyciu znalazłem macicę opadniętą do tego stopnia, że szyją swoją przez otwór sromowy na zewnątrz wystawała. Wraz z nią występowała na zewnątrz i wywrócona pochwa. Macica wprawdzie, jak i pochwa, z łatwością dały się odprowadzać, pozostawały jednak tak długo na miejscu, dopóki chora leżała, zaś występowały natychmiast skoro stanąć usiłowała. Macica była przytem blisko o cal dłuższa, jak w stanie prawidłowym, a przytem katarem dotknięta. Część jęj pochwowa była zgrubiała i mocno owrzodzona. Owrzodzenie to było następstwem tarcia, jakiego chora w czasie chodzenia uniknąć nie mogła. Reszta części płciowych znajdowała się w stanie prawidłowym, wyjąwszy dołek łódkowaty zatoki moczopłciowej, który był z powodu blizn przeistoczony i w kierunku od góry ku dołowi zwężony. Stan ten dołka łódkowatego przekonywał, że część ta przy porodach rozdarciu ulegała. Przy tem wszystkim śródkrocze było w wysokim stopniu wiotkie, zsunięte ku tyłowi i jakby porażone. Od wszystkich innych wad organicznych chora była wolną, ale za to miała od niejakiemu czasu febrę przestankującą. Z tego więc powodu zadałem jęj przedewszystkiem kilka dużych dawek siarczanu

chininy, a uwolniwszy ją tym sposobem od febry, wziętem się w dniu 17ym marca do wykonania epizyorrhafii, przy której assistowali mi D-rowie Gröer i Chwat. Odłożywszy macię na miejsce, obraniłem nasamprzód za pomocą nożyka wypukłego i szczypczyków zębiastych tylną i obie boczne ściany zatoki moczopłciowej w kierunku ku górze aż po same strzępy mirto-wate, w kierunku ku przodowi zaś po okolicę odpowiednią położeniu przed-niego brzegu ujścia pochwy, z wypuszczeniem jednak z tego obranienia ujść przewodów odchodowych gruczołów przypochwowych czyli Bartholina. To uczyniwszy, uspokoilem krwawienie i połączyłem następnie jedną z dwóch bocznych połów podkowatęj rany z drugą, według sposobu mojego w roku 1861 ogłoszonego, najprzód przez cztery lekko skrzywione duże szpilki owadowe, karlsbadzkie, uzbrojone każda dwiema gałkami kościanemi, przymocowanemi do nich szrubkami metalowemi, w taki sposób, że trzy z tych szpilek otrzymały położenie głębsze, leżąc rzędem jedna za drugą w równych od siebie odstępach; czwarta zaś położenie nieco bardziej powierzchowne między szpilką głębszą przednią a średnią, i powtórę przez zwy-czajny szew ścięgowy czyli podwiązkowy, złożony z pięciu ścięgów czyli podwiązek, z cienkiego miękkiego drutu srebrnego, łączając temiż ścięgami same tylko zewnętrzne brzegi warg rany. Ułożenie rzeczonych drutów w pętlice uskuteczniłem za pomocą szczypczyków, za pomocą skręcenia dwóch odnóg drutów pojedynczych z sobą, aż do dokładnego zetknięcia się brzegów rany w odpowiedniem miejscu.

Po operacyi nie założyłem żadnego kateteru, ani téż wiązać kolan choréj nie potrzebowalem, jak to inni robią, i jak sam dawniej robiłem, ale pozostawiłem chorą bez tego wszystkiego, ograniczając się na udzieleniu jéj zalecenia, ażeby po każdym puszczeniu moczu obsuszyła sobie gąbką w wodzie zwilżoną szczelinę sromową i części ją otaczające. Również nie dałem jéj żadnego środka zatrzymującego stolec, lecz przeciwnie nazajutrz po operacyi kazałem dać łyżkę oleju rycinowego. Ranę okładać kompresami maczanemi w zimnej wodzie poleciłem.

W dniu 6 marca chora miała znowu napad febry. Znowu więc dawkę dziesięciogranową siarczanu chininy podać jéj musiałem. Dawkę tę później jeszcze dwa razy powtórzyć musiałem, poczem febra już więcej się nie powtarzała.

W dniu 7 marca oddaliłem ścięgi druciane, tudzież dwie ze szpilek karlsbadzkich, a mianowicie tę, która leżała najbardziej ku tyłowi i tę, która miała położenie bardziej powierzchowne; zaś dwie pozostałe szpilki przez rozsunięcie gałek zwolniłem.

W dniu 8 marca usunąłem znowu jedną szpilkę, a mianowicie pierwszą od przodu, a w dniu 9 marca oddaliłem ostatnią. Rana okazała się w całej swéj rozciągłości jak najdoskonalej w drodze pierwszego zlepiania zgojoną. Otworki jednak w skórze zewnętrznej pochodzące od szpilki w ostatnim dniu

wyjętej, były zropiałe. Zaordynowałem opatrunek z suchej skubanki, do wewnątrz zaś zapisałem parę ćwierciogranowych dawek opium, celem zatrzymania stolca na czas niejaki.

Dopiero w dniu 13 marca chora miała pierwszy znowu, po wyjęciu ostatniej szpilki, stolec i pozbyła się go bez najmniejszej szkody dla rany, która zresztą była już doskonale spojona. Ranki skórne pochodzące od szpilki na ostatku wyjętej zarosły zwolna i w dniu 27 marca chora zupełnie wyleczona wyszła ze szpitala.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O ogrzewaniu i opowietrzaniu szpitali.

Przez Franciszka Tournelle, Budowniczego.

W trzykrotniej mojej podróży za granicę kraju, zwiedziwszy wiele ważniejszych szpitali tak ogólnych jako i specjalnych, a mianowicie szpitali dla obłąkanych, badałem w nich pomiędzy wszelkimi innemi szczegółami różne systematy ogrzewania i opowietrzania, czyli wentylacyi.

Jak jedno i drugie jest ważnem, jak pożądanem i pożytecznem dobre obu urządzenie, zbytecznem byłoby dowodzić; dlatego zebrane tu w krótkości praktyczne wiadomości, wsparte zasadami i rachunkiem czerpanym między innemi z doświadczeń inżyniera francuzkiego generała M o r i n , oddaję na użytek p. p. lekarzy i budowniczych, których ważny ten przedmiot zarówno obchodzi.

Kwestya dobrego ogrzewania w połączeniu z opowietrzeniem szpitali, w ostatnich dopięro czasach na dobre poruszoną została. Główne dane tego zadania przez długi czas były nawet zupełnie błędnemi, i potrzeba było długich lat doświadczeń, aby tymże można było nadać we wszystkich wypadkach odpowiedni stosunek.

O g r z e w a n i a są trzy główne sposoby :

- 1^o za pomocą zwykłych kominków i pieców,
- 2^o za pomocą kominków i pieców wentylacyjnych, i nareszcie
- 3^o za pomocą kaloryferów.

Tych ostatnich są cztery główne rodzaje :

- a) kaloryfery tak zwane p o w i e t r z n e,
- b) kaloryfery p a r o w e,
- c) kaloryfery w o d n e i
- d) kaloryfery m i ę s z a n e, to jest: p a r o w o - w o d n e, i p o w i e t r z n o - w o d n e.

O p o w i e t r z a n i a czyli wentylacyi są również trzy sposoby :

- 1^o przez proste otwieranie drzwi i okien, wtenczas kiedy to miejsce mieć może,
- 2^o wentylacya przez w c i ą g a n i e, (*par aspiration*), tak zwana f i z y c z n a, oparta na zerwaniu równowagi powietrza, i nakoniec :
- 3^o wentylacya przez w t ł a c z a n i e (*par insufflation*) mechaniczna, odbywająca się za pomocą w ruch wprawionych wentylatorów.

Zadaniem ogrzewania jest doprowadzić temperaturę w salach szpitalnych od 15° do 16° R. Zadaniem zaś dobrego opowietrzania jest przy utrzymaniu stale téjże temperatury, wyprowadzać z sal zepsute powietrze, a jednocześnie zaopatrywać je w taką samą ilość świeżego, ogrzanego.

Ilość do wyprowadzenia zepsutego powietrza, a tém samym do wprowadzenia w jego miejsce świeżego na godzinę i na osobę jest:

- 1) dla chorych zwykłych od 60-ciu do 70-ciu metrów sześć.,
- 2) w salach chorych zewnątrz i w instytutach położniczych 100 metrów sześć.
- 3) w szpitalach podczas epidemii 150 metrów sześć. *)

Nadmienić tu zaraz będzie na swoim miejscu, iż pożądanem jest ilość chorych w stosunku do wielkości sal tak regulować, aby na każdego chorego przypadło od 1800 do 2000 stóp sześć. objętości. **)

Objętości te w różnych szpitalach europejskich są następujące:

1° w pruskich wojskowych lazaretach, podług przyjętej zasady bywa na jednego chorego	800 stóp sześć.
2° w szpitalu Ś-go Ducha w Frankfurcie n. M., oraz w zakładzie dla obłąkanych w Prefargier, jak niemniej w Hamburgskim, żydowskim szpitalu	1000 „ „
3° w szpitalu w Zürich	1180 „ „
4° w szpitalu w Bremen	1260 „ „
5° w szpitalu w Bambergu	1432 „ „
6° w szpitalu Bethanien w Berlinie w ogóle	1489 „ „
a w salach chorych, tylko	1155 „ „
7° w nowym żydowskim szpitalu w Berlinie	1536 „ „
8° w szpitalu St. Gallen	1575 „ „
9° w szpitalach angielskich prawie w ogóle przyjmują po	1600 „ „
10° w szpitalu gorączkowych w Londynie	2100 „ „
11° w szpitalu Lariboisière w Paryżu	2200 „ „

Po tém ogólném orzeczeniu przystąpmy do szczegółowego opisanie wykazanych powyżej sposobów ogrzewania i opowietrzania.

1° O zwykłych kominach i piecach, jako powszechnie znanych mało mielibyśmy do powiedzenia, dlatego przejdziemy odrazu do drugiej kategorii.

2° Kominek i piec wentylacyjny.

Celem ich jest powiększenie ilości ciepła, przez naprowadzenie z zewnątrz świeżego ogrzanego powietrza, w miejsce tego jakie podczas palenia uchodzi kanałem kominowym.

*) 1 metr sześć. = 41,861 stóp sześcienn. Warsz.

**) Mowa tu jest o ogólnych szpitalach. W domach dla obłąkanych bowiem jako u chorych nieobłożonych ilość ta do $\frac{2}{3}$ części i więcej zmniejszoną być może. (Wylacza się tu także naturalnie oddział paralityków i nieczystych jako obłożonych chorych).

Doświadczenie pokazało że najlepszymi dotąd są kominki wentylacyjne kapitana inżynierii angielskiej p. G a l t o n.

Jak widać na Fig. 1 i 2, kominiek jego składa się ze zwyczajnego ogniska do opału drzewem lub kamiennym węglem, oddzielonego zupełnie od tylnego muru. Rura kominowa z żelaza lanego przez całą wysokość miejsca, danego do ogrzania, stoi osobno w kanale na ten cel urządzonym, do którego spodem wchodzi zewnętrzne, świeże powietrze. Powietrze to, po ogrzaniu się około powierzchni żelaznej rury, wychodzi otworem pod sufitem, opatrzonym w klapę regulacyjną.

Spostrzeżenia nad temi kominkami czynione pokazały: że przy dobrém ich urządzeniu i przy nadaniu im wymiarów odpowiednich do wielkości sal, są w stanie na godzinę odświeżać w nich pięć razy całą ilość powietrza; jak niemniej: że napływ ogrzanego, będąc prawie równy ilości zepsutego, uchodzącego kanałem dymowym, niemal zupełnie neutralizuje napływ powietrza zimnego szczelinami drzwi i okien. A nadto: powietrze ogrzane w połączeniu z promieniującym ciepłikiem ze ścian kominka i ognia, powiększa znacznie ciepło jakie też kominki wydają; gdy bowiem zwyczajne dają tylko 0,12 całego ciepła rozwiniętego przez palenie, kominki wentylacyjne dają go 0,35.

M o r i n ułożył następującą tablicę proporcji dla kominków wentylacyjnych.

Objętość części do ogrzania danych.	Ilość powietrza do wyprowadzenia i wprowadzenia przez jedną godzinę.	Wielkość przecięcia rury kominowej.	Wielkość otworu do przejścia powietrza.	Wielkość w przecięciu kanału doprowadzającego świeże powietrze.
metry sz.	metry sz.	metry kw.	metry kw.	metry kw.
100	500	0,050	0,025	0,140
120	600	0,060	0,030	0,168
150	750	0,075	0,038	0,210
180	900	0,090	0,045	0,252
220	1100	0,110	0,055	0,308
260	1300	0,130	0,065	0,364
300	1500	0,150	0,075	0,420

Nadmienić tu jednak wypada: że wielkość tych kominków nie może być przekroczona nad wymiary ostatnie powyższej tablicy; w większych zatem salach, gdyby jeden był niedostatecznym, można ich urządzić dwa; osobliwie że kominki wentylacyjne i tę jeszcze mają zaletę, że ciąg jednego nie niweczy ciągu drugiego.

W razie potrzeby ogrzania części na wyższym piętrze położonej, można kanał wentylacyjny także wyżej poprowadzić; ale w takim razie należy pomiędzy piętrami urządzić kłapy regulacyjne, dające możność rozrządzania napływem ogrzanego powietrza podług potrzeby.

Piecy wentylacyjne Fig. 3, są najoszczędniejszym sposobem ogrzewania. Urządzone z blachy, z żelaza łanego, albo téż z kafli, dają 0,85 do 0,90 całego ciepła rozwiniętego przez palenie; ale ilość powietrza uchodzącego kanałem dymowym nie większą jest jak 5 metrów sz. na kilogram spalonego drzewa, a 6—7 m. sz. na kilogr. węgla kamiennego; piecy zatem tego rodzaju odprowadzają zepsute powietrze zaledwie w $\frac{1}{10}$ części objętości miejsca do ogrzania przeznaczonego, czyli że w 10 godzin dopiero może być w niem całkowicie powietrze odświeżone.

Piecy powyżej opisane pożyteczne bardzo być mogą przy kominkach wentylacyjnych, potrzeba tylko aby ich powierzchnia ogrzewająca wynosiła mianowicie jak u nas, przynajmniej $\frac{1}{50}$ część objętości sali.

Sale szpitala Bethanien w Berlinie ogrzane są z dobrym skutkiem także piecami wentylacyjnymi, ale innego rodzaju. Rysunek ich łącznie z urządzeniem tychże sal przedstawią Fig. 4, 5, 6, 7, 8 i 9.

Fig. 4. Część planu szpitala z korytarzem A, salą chorych B, na 10 łózek, pokoikiem C dla dwóch dozorczyń, z których każda dozoruje jedną salę. D jest skład na utensylia i rzeczy chorych, E kuchenka, F, F' dwie małe kloaki z watterklozetami h, h.

Fig. 5. Jest przecięciem poprzeczném budynku przez sale chorych.

Fig. 9. Przecięcie na zwiększoną podziałkę parapetu okiennego z kanałem do zimnego powietrza i klapą do regulowania jego napływu.

Fig. 6, 7 i 8. Są planem, przecięciem i elewacją żelaznych kolumn, które w środku sal stoją i służą zarazem jako rury dymowe od pieców i jako podpory powały sali.

Sale chorych są 35 stóp długie, 22 stóp szerokie i 15 stóp wysokie i zawierają objętości 11550 stóp sz.; ztąd na każdego chorego przypada w niej 1155 tychże stóp powietrza. Dwa okna mają po 5 stóp szerokości, a po 10 wysokości.

Sale ogrzane są dwoma kaflanemi piecami połączonemi z sobą i stojącemi na środku. Dym z pieców wchodzi w kolumny które na parterze służą jedynie jako podpory, a na pierwszym i drugim piętrze jako rury kominowe. Rury te w poddaszu obmurowane są cegłą i jako zwykłe kominy po nad dach wychodzą.

W obydwóch piecach razem palą jedynie tylko podczas większych mrozów; — gdy mniej zimno, ogrzewa się tylko jeden piec — osobliwie że ciepło powiększają żelazne kolumny do których dym wchodzi, oraz przyptyw powietrza przez kanalik z pod okna, które przechodząc rurą żelazną pod podłogą ułożoną, idzie następnie takąż rurą przez piec w miejscu nie zbyt na gorąco ognia wystawioném, i ogrzane wierzchem tejże rury do sali napływa.

Dla odprowadzenia zużytego powietrza, służą naprzód ogniska pieców — dalej otwory *g, g*, w kolumnach Fig. 8, — regulowane zaprowadzonym na nich pierścieniem z blachy; oraz kanał *x, x*, Fig. 4 i 5, wzdłuż korytarza po sklepieniu pod podłogą idący. Powietrze z sal dochodzi do tegoż kanału kanalikami

y, y. Dla wyprowadzenia powietrza z kanału *x, x*, a tém samem i z sal dla chorych, służą kanaliki *z* w poprzecznych murach urządzone, a pod ogniska kuchenek *E* doprowadzone. Nakoniec w górnych częściach okien znajdują się wentylatory z góry na dół, pod 45° otwierające się. Podług opinii miejscowego Zarządu tak ogrzanie jako i wentylacya w salach dla chorych zupełnie odpowiadają potrzebie.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

STATYSTYKA LEKARSKA.

Epidemia choleryczna w Warszawie w roku 1867.

Przez G. Maleka. p. o. Inspektora lekarskiego m. Warszawy.

Już lat trzydzieści ośm minęło od chwili, w której raz pierwszy cholera nawiedziła Europę. W ciągu tego czasu napadała ona ją po kilkakroć razy epidemicznie, sprowadzając za sobą mniejsze lub większe zniszczenia.

Wszelkimi sposobami starano się zniweczyć zgubne działanie tego bicia ludzkości, lecz niepodolano temu, nauka została do pewnego stopnia bezsilną przeciw niemu, gdyż wszystkie jej poszukiwania nad określeniem istoty pierwiastka tej choroby, nie przyniosły przynajmniej aż do téj pory, pożądanego skutku.

Badanie statystycznych danych odnoszących się do epidemij cholerycznych, wiadomych miejscowości; uwzględnienie warunków sprzyjających ich powstawaniu, a wreszcie poznanie własności epidemii, może doprowadzić naukę do wykrycia istoty i najbliższej przyczyny tej choroby, i w ten sposób wskazać na radykalne środki, które powinny być przeciw niej stosowane. Tego rodzaju materiał zebrany w rozmaitych miejscowościach, będzie miał niezaprzeczoną wartość i przyniesie prawdziwą przysługę ludzkości i nauce.

W tej myśli przystąpiliśmy do przedstawienia wykazu z epidemii cholerycznej w Warszawie w r. 1867.

Zadaniem naszym było szczegółowe zebranie faktów dotyczących się zjawienia i rozwoju cholery w Warszawie, ułożenie w pewien porządek odnośnych tu cyfr, i wykazanie środków higienicznych, przedsięwziętych przez administracyę miasta, w celu możliwego ograniczenia choroby.

Zaczynamy naszą pracę od krótkiego rysu geograficznego szerzenia się ostatniej epidemii, która zjawiała się w 1865 r. w Europie, i śledzimy ją aż do ukazania się jej w Warszawie w 1866 i 1867 roku. Cholere z roku 1867 uważamy za dalszy ciąg epidemii z roku 1866, która w pewnych przestankach czasu choć i nie grasowała w Warszawie, nie ustawała jednak w prowincjach Królestwa, napastując szczególnie południowo zachodnią jego stronę.

Już w r. 1866, w skutek rozporządzenia JW. Namiestnika w Królestwie Polskiem, utworzono Komitet pod przewodnictwem Prezydenta miasta, w celu przyjęcia środków zaradczych przeciw cholere. Dzięki energicznym działaniom Komitetu, cholera wkrótce ustała, nie zrządziwszy znacznego zniszczenia pomiędzy ludnością miasta. Zjawienie się jej w roku następnym, zmusiło do zastosowania tych samych sanitarnych środków, których skuteczność była oczywistą.

W niniejszym wykazie zastanowimy się naprzód nad początkiem, rozwojem, przebiegiem i ustaniem cholery; następnie przejdziemy do opisu sanitarnego stanu miasta przed pojawieniem się epidemii, a w końcu szczegółowo rozbierzemy warunki miejscowe i indywidualne, sprzyjające rozwojowi choroby. Czytelnik znajdzie to wszystko w 7miu pierwszych działach naszego wykazu.

Ostatniej epidemii ze względu na stosunek liczby chorujących do ludności, niemożna zaliczać do groźnych, chociaż była to epidemia w całym znaczeniu tego wyrazu, gdyż z liczby zapadających trzecia część umierała. Z 248,668 mieszkańców miasta zachorowało tylko 7249; liczba ta więc nie jest znaczną, w stosunku do epidemii w innych miejscowościach, i pomimo woli wzbudza pytanie, co było przyczyną tak małej odsetki zapadających. Co do nas, to najbardziej jesteśmy skłonni przypisać ten fakt tym środkom policyjno-lekarskim, które polepszając sanitarne warunki miasta i ustanawiając w celu natychmiastowej pomocy lekarskiej i ciągłej opieki o zdrowiu mieszkańców, sanitarne rewiry, mogły pod wielu względami przyczynić się do ograniczenia szerzenia się epidemii. I oto przyczyna, dla której staraliśmy się poniżej szczegółowo podać wszystkie rozporządzenia komitetu dla cholerycznych.

W następnych rozdziałach naszej pracy zamieściliśmy anatomie patologiczną, symptomatologią i sposoby leczenia, oparte na doświadczeniach poczynionych przez lekarzy podczas ostatniej epidemii. Przy tym unikaliśmy wszelkich teoryj lub przypuszczeń, jako niemających miejsca w naszej pracy praktycznej. W końcu przytaczamy ogólne wnioski.

Do pracy niniejszej dołączyliśmy dziesięć tablic, wyjaśnienie których czytelnik znajdzie w tekście. Oprócz tego, dla uzupełnienia, uważaliśmy za potrzebne zamieścić, w rodzaju uwag wszystkie główne rozporządzenia komitetu dla cholerycznych, które będą mogły w czasie przyszłym, w podobnym wypadku, posłużyć za pożyteczną wskazówkę. Dodana na końcu tej pracy mappa sanitarna miasta, przedstawia dokładnie sposób szerzenia się epidemii w mieście.

Pomocą w tej usilnej naszej pracy były: z jednej strony — doniesienia i rapporta ze szpitalów dla cholerycznych, rewirowych i wolno praktykujących lekarzy, z drugiej — wiadomości, dostarczone przez magistrat o ludności i w ogóle o tegoczesnej statystyce miasta.

Poczytuję sobie za obowiązek wyrazić, że zjawienie się obecnej pracy zawdzięczam światłemu pogładowi na ważność przedmiotu i współczuciu JW. N a m i e s t n i k a w K r ó l e s t w i e, J e n e r a ł F e l d m a r s z a ł k a H r a b i e g o B e r g a. Nie mogę przytem nie wspomnieć że za wykazane w tej pracy pomyślnie rezultaty, osiągnięte za pomocą środków policyjno-lekarskich, wielce jesteśmy obowiązani światłemu i energicznemu współdziałowii Prezydującego w Komitecie dla cholerycznych, Prezydentowi miasta, Jeneralnego Sztabu Jeneral-majorowi W i t k o w s k i e m u.

W końcu z prawdziwą przyjemnością składamy szczerze podziękowanie Inżynierowi miasta P. S p o r n e m u, za udział w ułożeniu tablic — i wszystkim lekarzom, którzy przez sumienne prowadzenie doniesień i dokładne rapporta o postępie epidemii, w najtrudniejszej dla nich epoce, dostarczyli mi materiału, który jest podstawą obecnej mej pracy.

1. Rys geograficzny szerzenia się cholery.

Cholera Indyjska, napastująca w Arabii w r. 1865 muzułmanów, zebranych tłumnie w Mekce i Gibel — Arafacyi podczas mahometańskiego święta K u r b a n - b a j r a m'u, przerzedzała tamtejszą ludność z nadzwyczajną gwałtownością, czeniu sprzyjało nader liczne zebranie się ludu, brak wody i wielkie upały.

Pielgrzymi wracając z Mekki szerzyli zarazę w Azji suchą drogą, i przenieśli ją przez morze Czerwone do Afryki.

Z Suezu cholera dostała się do Aleksandryi, objawiając się u ludzi mających styczność z pielgrzymami. Ztąd zaczęła się szerzyć w różnych kierunkach i w krótkim czasie przenikła do wnętrza południowej Europy, zjawiając się prawie jednocześnie w południowych Włoszech, Turcyi, południowej Francyi, Hiszpanii i w miastach leżących nad brzegami Adryatyckiego i Śródziemnego morza. Z tych miejsc rozchodząc się z wielką szybkością ogarnęła znaczną część Europy w kierunku ku zachodowi i północo-zachodowi. Stosunki handlowe Europy, prędką komunikacya za pośrednictwem kolei żelaznych, a przedewszystkiem ostatnia wojna Austryi z Prusami, ułatwiały spieszne przenoszenie się zarazy z jednego miejsca do drugiego. Jednocześnie cholera zjawiała się w różnych miejscowościach Rossyi, miano-

wicie na Kaukazie i w Odessie, zkał spiesznie przeniosła się w kierunku południowo-północnym i niweczyła ludność zamieszkałą w południowej części Rosyi.

Podczas lata w r. 1866, Królestwo Polskie z dwóch stron było zagrożone epidemią — z z a c h o d n i é j dla tego iż cholera grasowała w Prusach, z wschodniej — ponieważ też zaraza nawiedziła gubernię Wołyńską: tak więc złowieszczy gość dwoma drogami zbliżał się ku Warszawie. Widząc grożące niebezpieczeństwo, administracya miejscowa zmuszoną była do przyjęcia wszystkich środków ostrożności. Pierwszy wypadek cholery ze wszystkimi objawami, cechującymi epidemiczny obraz tej choroby, zauważano w Warszawie, d. 17/29 lipca 1866 r., i od tej chwili epidemia grasowała aż do 2/14 listopada.

W ciągu 109 dni zachorowało 3644 osoby, z których umarło 675 ¹⁾.

2. Początek epidemii w Warszawie i szerzenie się jój w roku 1867.

Po wygaśnięciu cholery w Warszawie w r. 1866, w ciągu całego prawie półrocza nie zauważano ani jednego wypadku tej choroby, bez względu na to, że w różnych miejscowościach Królestwa, cholera w tym samym czasie choć w małym stopniu trwała ciągle, a w Lublinie, nawet zimową porą, zjawiały się wypadki cholery, zakończone śmiertelnym zejściem.

W dniu 18 (30) kwietnia 1867 r., przyjechał do Warszawy z Lublina, urzędnik, z Rządu Gubernialnego L a s k o w s k i i zatrzymał się u swego ojca, na Furmańskiej ulicy, w domu pod Nr. 2701, w dolnej stronie miasta, nad rzeką. W kilka godzin po przybyciu L. umarł, podług zdania lekarzy, na cholere; zachorował zaś w Lublinie, gdzie nie ustały jeszcze wypadki cholery.

W dniu 21 maja (2 czerwca), zachorował przy wszystkich objawach cholery azyatyckiej, rzeźnik W a c ł a w W i s n i e w s k i, mieszkający przy ulicy Maryensztadt, w domu pod Nr. 2650a, w dolnej części miasta, i zmarł w 18 godzin później w szpitalu Śgo Rocha. Dnia następnego objawiła się cholera na ulicy Kłopot w przeciwległej stronie miasta, u wyrobnika S t a n i s ł a w a K a l i n o w s k i e g o i jego siedmioletniej córki E m i l i i. Oboje zostali odesłani do szpitala Śgo Ducha, jako posiadający objawy rozwiniętej cholery; K a l i n o w s k i, w nocy tegoż dnia umarł.

Ciepłota w ciągu tych miesięcy była niewielką, czas spożywania niedojrzałych owoców nie nastąpił jeszcze.

W domach, w których zjawily się pierwsze wypadki cholery nie wykryto żadnych szczególnie usposabiających przyczyn. Wzmiankowani chorzy nie mieli z sobą żadnych stosunków, żyli, wśród stosunkowo dobrych warunków higienicznych; gdybyśmy więc przypuścili że pierwszy chory przywiózł z a r a z ę z Lublina, to nie moglibyśmy sądzić aby t a k o w a w ciągu więcej jak miesiąca nie objawiła się faktycznie i pozostawała w tak zwanym stanie ukrycia.

23 maja (4 czerwca) zachorowało na cholere 5 osób. Od tej chwili codziennie zjawiało się po kilka wypadków cholery; w celu niedopuszczenia większego rozszerzenia się epidemii, administracya miejscowa, widziała się zmuszoną do zastosowania energicznych środków zapobiegających złemu.

W dniu 30 maja (11 czerwca), liczba zapadających na cholere doszła do 33 osób na dobę. Poczem w ciągu 34ch dni, liczba ta zmniejszała się stopniowo; wtedy bowiem zapadało przecięciowo po 13 osób na dobę, z tych umierało 5. Nagle po wielkim wylewie Wisły w dniu 3 (15) lipca, liczba chorych na cholere naraz podskoczyła z 13 do 102 na dobę, a liczba umierających z 3 do 18.

Dzień ten był początkiem spieszego wzrostu i natężenia epidemii, która w dniu 18 (30) lipca doszła do najwyższego szczytu: zachorowało bowiem wtedy 314 osób, — umarło 98.

¹⁾ Wykaz epidemii cholerycznej w Warszawie z r. 1866, ułożony przez b. inspektora służby zdrowia Dra F r a y e r'a zamieszczono w „Klinice“ Nr. 18. 1867 r.

Przez 20 dni prawie epidemia utrzymywała się na tym samym stopniu wysokości, poczem zaczęła zwolna słabnąć, a liczba zapadających i umierających na cholereę zmniejszyła się.

W końcu sierpnia, epidemia widocznie gasnąć poczęła, co jeszcze wyraźniejszém stało się we wrześniu. Pojedyncze jednak wypadki cholery zdarzały się aż do początku października; ostatni wypadek widziano w dniu 6 (18) tegoż miesiąca.

Dołączona do niniejszego wykazu mappa (tablica I), ¹⁾ wskazuje każdodzienną liczbę zapadających, zdrowiejących i umierających na cholereę.

Cholera od chwili swego powstania aż do końca nieprzedstawiała żadnego postępowego porządku pod względem szerzenia się w mieście. Wzrost jej był szybki lecz nieprawidłowy; nietrzymała się bowiem ani kierunku ulic, ani umiejscowienia domów. Choroba występowała jednocześnie w przeciwległych miejscach miasta, często bez widocznych przyczyn; napadła odrazu na kilku ludzi w jednym domu, mijając tymczasem domy sąsiednie, znajdujące się pod wpływem zupełnie takich samych warunków higienicznych.

Tablica II wykazująca domy, w których zdarzyły się wypadki cholery ze śmiertelném zejściem, przekonywa jak dalece nieprawidłowo choroba ta szerzyła się w mieście.

Chociaż epidemia grassowała w całym mieście, nie na wszystkich jednak miejscach z jednakowém zjawiała się natężeniem. W ogóle główne jęj siedlisko stanowiła nadbrzeżna, niżej leżąca część miasta; tu szerzyła ona śmierć i zniszczenie. Z mapy stanu zdrowia i tablicy VI przekonywamy się, że odnośnie odsetki śmiertelności, pierwsze miejsce zajmuje cyrkuł II (z 1000 ludzi umierało 14,94), za nim idzie cyrkuł XI (z 1000 ludzi umierało 13,33), dalej cyrkuł I, (z 1000 ludzi umierało 12,10), dalej cyrkuł IV, (z 1000 ludzi umierało 10,74). Mniej zgubną była cholera w cyrkuł IX (z 1000 ludzi umierało 5,80) i w cyrkuł XII (z 1000 ludzi umierało 6,49).

Z wyjątkiem małych, nielicznie zaludnionych ulic, jak: S k ó r z a n é j (cyrkuł VII), K o n w i k t o r s k i é j (cyrkuł IV), S z k o l n é j (cyrkuł X), S m u t n é j (cyrkuł IV), — cholera nie szczędziła żadnej ulicy, lecz z każdej zabierała mniejszą lub większą liczbę ofiar, jak się o tem przekonać możemy z mapy stanu zdrowia miasta Warszawy.

Tablica VII przekonywa nas, że cholera szczególnie srożyła się na następujących ulicach.

1.	Na	Franciszkańskiej cyrkuł II i IV zachorowało	299
2.	„	Pańskiej cyrkuł VIII zachorowało	289
3.	„	Browarnej cyrkuł XI zachorowało	251
4.	„	Nalewkach cyrkuł IV zachorowało	195
5.	„	Rybakach cyrkuł II zachorowało	194
6.	„	Krochmalnej cyrkuł VII zachorowało	191
7.	„	Nowolipiu cyrkuł V i VI zachorowało	182
8.	„	Furmańskiej cyrkuł XI zachorowało	178
9.	„	Twardej cyrkuł VIII zachorowało	171
10.	„	Gęsięj cyrkuł V i VI zachorowało	170
11.	„	Chmielnej cyrkuł VIII i X zachorowało.	163
12.	„	Muranowskiej cyrkuł IV zachorowało	154
13.	„	Grzybowskięj cyrkuł VII i VIII zachorowało	133

¹⁾ Tablice tu odnoszące się będą dołączone do jednego z następujących numerów Gaz. Lek. (Przyp. Red).

W następujących domach cholera wystąpiła z największą siłą (patrz tab. II).

Nr.	Cyrkuł.	Nazwa Ulicy.	Nr. Domu.	Ilość ludzi zmarł.
1	I.	Schodki Kamienne.	2605	8
2	I.	Krakowskie Przedmieście.	370	10
3	II.	Ś-to Jerska.	1769e	8
4	II.	Franciszkańska.	1807	9
5	II.	Franciszkańska.	1808	14
6	II.	Rybaki.	2567/8	14
7	II.	Franciszkańska.	1809a	17
8	III.	Nowowiniarska.	1791/2	9
9	IV.	Muranowska.	2201	22
10	IV.	Pokorna.	2221	15
11	IV.	Franciszkańska.	1796a	11
12	IV.	Franciszkańska.	1799	8
13	IV.	Muranowska.	2197a	7
14	V i VI.	Pawia.	2335	8
15	V i VI.	Gęsia.	229a	7
16	VII.	Krochmalna.	1010	8
17	VII.	Krochmalna.	987	9
18	VIII.	Pańska.	1186	11
19	VIII.	Chmielna.	1549t	8
20	VIII.	Pańska.	1229	8
21	VIII.	Chmielna.	1551	7
22	VIII.	Twarda.	1099	7
23	X.	Solec.	2902 3	9
24	XI.	Browarna.	2720	15
25	XI.	Browarna.	2728	8
26	XI.	Browarna.	2729	8
27	XI.	Browarna.	2732	8
28	XI.	Furmańska.	2704	8

3. Statystyka.

Podług wiadomości zaczerpniętych z oddziału statystycznego istniejącego przy tutejszym Magistracie widzimy, iż ogólna liczba ludności m. Warszawy w początku r. 1867 dochodziła do 247,688 mieszkańców; w tej liczbie mieszkańców stałych było 186,147, niestałych 61,521. Z liczby tej zachorowało na cholere 7,249, wyzdrowiało 5,027, umarło 2,222. Stosunek więc chorujących do ludności jest jak 1 : 34, śmiertelności 1 : 111, zmarłych do chorujących 1 : 3. Z 1000 mieszkańców zachorowało 29,26, umarło 8,97, napadniętych chorobą umarło 306,52.

Tablica statystyczna (III) wykazuje, że śmiertelność mieszkańców na cholere była 4 razy mniejszą o! zwyczajnej śmiertelności rocznej wywołanej innymi chorobami, t. j. na cholere umierał 1 z 111 ludzi, a na inne choroby 1 z 30. Z 1000 ludzi całej ludności, w ciągu roku zmarło na cholere 8,9, a na inne choroby 33,1. Cokolwiek wyższą odsetkę śmiertelności cholery przedstawiają mężczyźni względem kobiet, — chrześciance względem starozakonnych.¹⁾

¹⁾ W rubryce przeznaczonej dla starozakonnych zamieszczeni są i inni niechrześcijańscy mieszkańcy, których liczba jest nader małą.

Wykaz szczegółowy osób, które chorowały na cholereę, z oznaczeniem odsetki śmiertelności.

	zachorowało		umarło		wyzdrowiało		Odsetka śmiertelności	
	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.
Mężczyźni	1695	828	568	211	1127	617	3,51	25,60
Kobiety	2233	891	622	187	1611	704	6,96	20,98
Dzieci	787	815	364	270	423	545	46,25	33,12
	4715	2534	1554	668	3161	1866	32,95	25,96
	7249		2222		5027		30,65	

W wojsku stojącym załogą w Warszawie zachorowało 397 żołnierzy, z téj liczby zmarło 152, wyzdrowiało 245 — odsetka śmiertelności 38,28, (podług wiadomości dostarczonych przez Zarząd okręgowy wojenno-medycznego Inspektora).

Z całej liczby tych którzy zachorowali, leczono się w domu 4,722, w szpitalach dla cholerycznych 2,527. Ztąd wypada, że ze 100 chorych 65 leczono się w szpitalach a 35 w domu.

Z liczby leczonych w domu zmarło 1,234 (odsetka śmiertelności 26,13), z liczby zaś leczonych w szpitalach zmarło 988 (odsetka śmiertelności 39,09),

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— Rezultaty wszystkich operacyj wycięć jajników, wykonanych dotychczas przez Dra Koeberle'go ze Strasburga. Prof. K o e b e r l e ze Strasburga, jak wiadomo naszym czytelnikom, nie tylko najwięcej na europejskim kontynencie wykonał operacyj wycięć jajnika, ale nadto z najszcześniejszymi rezultatami. Nie będzie więc bez interesu, dowiedzieć się o rezultatach wszystkich operacyj, do tego czasu przez niego wykonanych. Wiadomości te poczerpnięte zostały z przeglądu wypadków owariotomij, przedstawionego w ostatnich czasach paryzkiej akademii lekarskiej, przez samego autora.

Na wstępie przytacza K o e b e r l e zasadę, według której prawdziwie i niezawodnie ocenianym być ma skutek owariotomii. Mówi on: wypadki bez zrostów winny dawać 90—95 % uzdrowień; z nieznaczniemi zaś zrostami 70—80 %. W wypadkach powikłanych, połączonych ze zrostami bardzo obfitującemi w naczynia, śmiertelność bywa rozmaita; wieszować sobie można, jeżeli na 100 wypadków zdoła się 30—50 wyleczeń osiągnąć.

Po postawieniu tego dogmatu, daje autor w XIII tablicach przegląd rezultatów swych operacyj. Z tablic tych wynika co następuje:

Tab. I. (Bezwzględna statystyka wypadków, oraz porównanie jej ze statystyką 100 wypadków S p e n c e r - W e l l s'a najczynniejszego owariotomisty angielskiego):

W y p a d k i K o e b e r l e'go:

- a) bez zrostów 20; z tych uzdrowień 17; śmierci 3; zatem strata wynosi $\frac{1}{7}$.
- b) z małemi zrostami 16; „ 13; „ 3; „ $\frac{1}{5}$,
- c) z znaczniemi „ 33; „ 15; „ 18; „ $\frac{1}{2}$,

100 wypadków owariotomij S p e n c e r - W e l l s'a wydało :

co do a)	wypadków 38;	uleczeń 31;	śmierci 7;	zatem strata . . .	$\frac{1}{6}$,
co do b)	„ 40;	„ 30;	„ 10;	„ . . .	$\frac{1}{4}$,
co do c)	„ 22;	„ 11;	„ 11;	„ . . .	$\frac{1}{2}$.

Razem więc miał K o e b e r l e na 69 wypadków 45 uleczeń i 24 śmierci, S p e n c e r - W e l l s zaś na 100 wypadków 72 uleczenia a 28 zejść śmiertelnych.

Tab. II. (Dotycząca utraty krwi). Skutek operacyi szedł ręka w rękę z utratą krwi jaka przytém miała miejsce. Z 18 operowanych, u których ilość utraconej krwi nie przeniosła 50 gramów, 1 tylko umarła. Przy utracie od przeszło 50-ciu do 1000-ca gramów, śmiertelność była mniej więcej taka: na 43 wypadków 16 śmierci, zatem 37 $\frac{0}{10}$. Po utracie od 1000 — 2000 gramów krwi, miał K. na 6 wypadków 5 śmierci. W 2 wypadkach, w których utrata krwi przeniosła 2000 gramów, obie chore umarły.

Tab. III. (Związek czasu trwania operacyi ze śmiertelnością.) Śmiertelność po wycięciach jajnika stała w prostym stosunku do czasu trwania operacyi; im ten był dłuższym, tem tamta większą. Z 9 wypadków, w których operacya nie trwała dłużej nad $\frac{1}{2}$ godziny, wszystkie się udały. Z 28 wypadków, w których operacya trwała od $\frac{1}{2}$ do 1ej godziny, $\frac{1}{4}$ zakończyła się niepomyślnie. Jeżeli operacya trwała 1 do 1 $\frac{1}{2}$ godziny, niepomyślnie kończyła się $\frac{1}{3}$ wszystkich wypadków; jeżeli trwała 2 godziny — $\frac{2}{3}$ wypadków kończyło się śmiercią. Pięć wypadków, w których operacya trwała przeszło 2 godziny, zakończyły się wszystkie śmiercią.

Tab. IV. (Przyczyna śmierci.) Następne były przyczyny śmierci: posocznica 6 razy, zapalenie otrzewnej 5 razy, zapalenie otrzewnej z posocznicą 6 razy, zaciśnienie wewnętrzne 1 raz, rozdęcie kiszek gazami (*tympanitis intestinalis*) 1 raz, zapalenie kiszek 1 raz.

Tab. V. (Dzień śmierci po operacyi). Śmierć nastąpiła: pierwszego dnia w 1-m wypadku; 2-go dnia w 5-ciu wypadkach; 3-go dnia w 7-miu wypadkach; 4-go dnia w 4-ch wypadkach; 6-go dnia w jednym wypadku; 7-go dnia w 3-ch wypadkach; 8-go dnia w 2-ch wypadkach; w 1 m wypadku śmierć przyszła w miesiąc po operacyi.

Tab. VI. (Organa wyluszczone.) W 13-tu z 69 ciu wypadków wycięto od razu oba jajniki; w pozostałych tylko po jednym. W 2-ch z 13-tu powyższych wypadków wyluszczoneo zarazem i macicę. Z tych 13-tu wypadków, 7 zakończyło się wyzdrowieniem, 6 zaś śmiercią.

Tab. VII. (Wiek chorych.) Wiek dotkniętych cierpieniem jajników przypadał między 17—72 rokiem. Najczęściej zdrowiały chore liczące 30—35 lat wieku. Po roku 50-m życia, śmiertelność jest bardzo znaczna: 5 śmierci na 7 wypadków.

Tab. VIII. (Zrosty.) Zrosty guzów jajnikowych z ścianami brzuszными, z siecią i kiszkami spostrzeżanemi były w większej liczbie wypadków zakończonych wyzdrowieniem niż śmiercią. Zrosty z ścianami miednicy a szczególnie z macicą przyczyniały się do zwiększenia cyfry śmiertelności; to samo miało miejsce z przyrostami do wątroby i kiszek.

Tab. IX. (Nakłucia i śmiertelność.) Chore, którym poprzednio nie robiono nakłuc (*punctio*) dały cyfrę śmiertelności — $\frac{1}{3}$; jeżeli nakłucie robiono 1 raz — $\frac{1}{4}$; 6 chorych, którym poprzednio robiono nakłucie 2 razy, wszystkie w y z d r o w i a ł y (!); inne chore, którym nakłucia dopełniano 6—8 razy u m i e r a ł y prawie wszystkie. Z pomiędzy trzech, którym wstrzykiwano jod, jedna tylko wyzdrowiała.

Tab. X. (Śmiertelność odnośnie do długości cięcia.) Śmiertelność stała w ogóle w prostym stosunku do długości cięcia brzuszного. Mimo to z pomiędzy 3-ch chorych, u których długość tego cięcia przechodziła 35 ctm., dwie wyzdrowiały.

Tab. XI. (Śmiertelność w stosunku do wagi guza.) Śmiertelność stała w prostym stosunku do wagi guza jajnikowego. W 8 wypadkach, gdzie waga wynosiła 1—5 kilogramów (2—10 funtów) wszystkie operowane wyzdrowiały. Przy wadze 5—20 kilogramów (10—40 funtów) na 51 wypadków nastąpiło 35 uleczeń, zatem $\frac{2}{3}$.

Tablica XII. (Wymioty i śmiertelność.) Wymiotowanie w następstwie chloroformowania, pozostawało bez wpływu na wypadki bez zrostów; miało zaś bardzo wyraźny wpływ szkodliwy na śmiertelność po operacjach w trudniejszych warunkach.

Tab. XIII. (Przegląd wycięć jajnika, dokonanych przez Koerberle'go według dat.) Operacje Koerberle'go wykonane od 2-go czerwca 1862 r. do 1go czerwca 1868 roku dzielą się w następujący sposób: W pierwszym roku na 6 wypadków 1 śmierć; w drugim na 4 wypadki 2 śmierci; w trzecim na 8 wypadków 2 śmierci; w czwartym na 9 wypadków 4 śmierci; w piątym na 19 wypadków 9 śmierci; w szóstym na 23 wypadki 6 śmierci.

Rezultaty po ciężkich owariotomiach polepszyły się nierównie w 1867—1868 roku. W tym bowiem czasie na 11 ciężkich wypadków było 6 uleceń, gdy tymczasem w ciągu 2-ech lat poprzednich na 12 wypadków 2 tylko były uleczenia. Pomyślniejsze te rezultaty przypisać należy nie indywidualnościom operowanych, lecz ulepszeniom w postępowaniu operacyjnym, w zaprowadzeniu których Koerberle ważny miał udział.

(Wiener Med. Wochenschrift Nr. 2, 1869.)

— † Ś. p. Dr. Jan Kosztulski. W dniu 8 b. m. umarł w Warszawie Dr. Kosztulski, a w dniu 11 t. m. czcigodne zwłoki jego złożone zostały na miejscu wiecznego spoczynku. Jak przed 8miu miesiącami (w dniu 28 maja z. r.) warszawskie ciało lekarskie godnie uczciło zasługi Kosztulskiego obchodem uroczystym 50-letniego jubileuszu sędziwego weterana; tak obecnie licznym zebraniem się dla oddania mu ostatniej posługi wymownie dowiodło, że zasługi ś. p. Jana były rzetelne i że koledzy w zupełności je oceniali. Rzeczywiście uczciwe służenie ludzkości w ciągu lat 50ciu, jedna dla siebie niezaprzeczona prawa wdzięczności ze strony publiczności i czci ze strony współkolegów: a każdemu wiadomo, że życie Kosztulskiego ubiegło wśród ciężkiej pracy dla bliźnich i dla nauki. Lekarze Warszawy utracili w osobie ś. p. Jana swego patryarchę, bo najstarszego ze wszystkich wiekiem. Dr. Kosztulski ur. 2 października 1790 r. na Białej Rusi (gubernia Witebska), nauki lekarskie studyował w Wilnie, gdzie w roku 1818 otrzymał stopień Dra po obronie rozprawy: „*de castratione.*“ Następnie praktykował w Kownie, zkąd w roku 1828 przeniósł się do Warszawy, której zatem służył przez lat 40. Tutaj różne piastował urzędy (członek urzędu lekarskiego i rady lekarskiej, akuszer miasta, lekarz obu więzień), czyniąc im zaszczyt niezmierną pracą, połączoną z głęboką znajomością rzeczy. Cześć jego ceniom!

— Nagroda konkursowa Gazety lekarskiej. W Nrze 26 z dnia 28 grudnia 1867 r. Redakcyja Gazety Lekarskiej celem zachęty do samodzielnych badań i wzbogacenia piśmiennictwa lekarskiego pracami treści poważniejszej, przeznaczyła r. sr. 150 jako nagrodę konkursową za najlepszą rozprawę, wypracowaną na temat następnego brzmienia:

„Wykazać doświadczeniami na zwierzętach źródła odradzania się kości w ogóle, a w szczególności udział okostnej (periosteum) w tej sprawie, oraz obserwacyami na chorych (operowanych) ludziach dowieść, jak wielkie jest znaczenie zachowania okostnej przy rezekcyach (resectio subperiostealis) w następstwie rozmaitych wskazań dokonywanych (próchnienie, zgorzel, rany kości, stawy rzekome i t. p).“

Ponieważ na czas wyznaczony ani jedna praca nadesłana nie była, Redakcyja nie cofa nagrody, ale utrzymuje tenże temat na rok bieżący, to jest do 1go stycznia 1870 roku.

Rękopisma nadesłane być winny do Redakcyi w m. grudniu b. r. z zachowaniem zwykłych warunków tajemnego konkursu.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej. Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38

TREŚĆ: **Prace oryginalne.** Kazyistyka gynijatryczna. (Descensus et prolapsus uteri). Przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer'a*, Doc. akusz. (Ciąg dalszy). O ogrzewaniu i opowietrzaniu szpitali. Przez *Franciszka Tournelle*. (z tablicą litografowaną). **Statystyka lekarska.** Epidemia choleryczna w Warszawie, w roku 1867. Przez *G. Maleka*, p. o. inspektora lekarskiego m. Warszawy. **Wiadomości bieżące.** Rezultaty wszystkich operacyj wycięć jajników, wykonanych dotychczas przez Dra *Koeberle'go* ze Strasburga. Ś. p. Dr. *Jan Kosztulski*. Nagroda Konkursowa Gazety Lekarskiej. **Bodatek.** Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (Historja szpitala str. 133 — 140). Przez *Juliana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Farmakologii arkusz 33ci, Farmakognozyi arkusz 16ty, Histologii i histochemii arkusz 30ty, Patologii i terapii szczegółowej ar. 24.

KAZUISTYKA GYNIJATRYCZNA.

Przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer'a*, Doc. akusz.

(Ciąg dalszy). *)

VII.

Opadnienie i wypadnienie macicy
(*descensus et prolapsus uteri*).

Opadnienie i wypadnienie macicy postrzegać miałem sposobność u czternastu chorych. U wszystkich zboczenie to położenia macicy było następstwem częściowego rozdarcia się dna miednicy po odbytym porodzie. To rozdarcie wszelako rzadko tylko dotykało właściwie, tak zwanego śródkrocza, najczęściej toż śródkrocze okazywało się zewnętrznie zupełnie nietkniętém i tylko dołek łódkowaty zatoki moczopłciowej przedstawiał ślady rozdarcia nastąpionego w skutek porodu, to jest blizny muięj więćej znaczne, które wszelako dla ukrytego swego poło-

*) Patrz Nr. 28, Gaz. Lek.

żenia nieraz pewnej przyśledzeniu wymagały baczności, aby nie były przeoczonemi. To rozdarcie dołka łódkowatego według moich postrzeżeń bardzo wielki ma wpływ na rozwinięcie się opadnienia i wypadnienia macicy, wpływ, który jeśli nie równa się wpływowi rozdarcia samego śródkrocza, to przynajmniej nie wiele od niego jest słabszy, i tłumaczy się dostatecznie przez powierzchowne położenie powięzi śródkrocza pod skórą dołka łódkowatego, które sprawia że rozdarcia dotyczące skóry, rzeczonoego dołka, nader łatwo udzielają się wspomnioną powięzi. Gdy zaś nie skóra, a raczej powięź śródkrocza główną stanowią podpórę dla części miękkich w jamie miednicy zawartych, i gdy rozdarcie tych powięzi koniecznie usposabiać muszą do obsuwania się owych części na dół i wypadnięcia ich przez otwór sromowy na zewnątrz, z tego przeto wynika, że nie koniecznie potrzeba rozdarcia się, przy porodzie samego śródkrocza, aby kobietę do wypadnienia wnętrzości miednicy, a zwłaszcza macicy przez otwór sromowy na zewnątrz usposobić, lecz że już samo rozdarcie dołka łódkowatego, jest zdolne opadnienie wywołać. Z tego powodu w moich oczach nie tylko rozdarcie śródkrocza w ogólności, ale i rozdarcie wyłącznie dołka łódkowatego pojawiające się u osób dotkniętych wyższymi stopniami opadnienia lub zupełnym wypadnieniem macicy stanowią konieczne wskazanie do założenia, po odprowadzeniu opadłej lub wypadłej macicy, na właściwe miejsce, krwawego szwu czy to samego tylko sromu (*episiorrhaphia*), czy też sromu i śródkrocza (*episioperineorrhaphia*), a to celem zapobiegnięcia powtarzaniu się tego przykrego cierpienia.

Jakoż z tegoż powodu także i u naszych wyżej wspomnianych czternastu chorych, które na tę chorobę w wysokim stopniu cierpiały, operacja jako jedyny radykalny środek musiała być dokonana.

Mimo to pozostawiłem z liczby onęj c z t e r y bez wszelkiej operacji a mianowicie d w i e z powodu, że były już zbyt w wieku posunięte, mając jedna lat 63, druga 85, a drugie d w i e dla tego, że na operacye zezwolić nie chciały. U wszystkich czterech więc zmuszony byłem do ograniczenia się na prostem odłożeniu wypadłej macicy i zastosowaniu środków paliatywnych a mianowicie odpowiednich opasek, ponawianiu się wypadnienia macicy zapobiegających.

Zresztą z rzeczonych co dopiero czterech chorych jedna, a mianowicie kobieta 63 lat licząca, przeto jeszcze na uwagę zasługiwała, że jama wypadłej macicy, w wysokim stopniu zanikłej, była w zupełności zarośnięta. Druga zaś, to jest jedna z tych, które operacyi poddać się nie chciały, kobieta 40-letnia, silnie zbudowana, czyszczenia swe miesięczne należycie odbywająca, niezwykłą objętością istniejącego u niej wypadnienia. Wypadnienie to bowiem stanowiło guz podługowaty, walcowaty, który, stercząc z okolicy rozszerzonego otworu sromowego ku dołowi i tyłowi miał z przodu 6, w tyle $3\frac{1}{2}$ cala i w części swęj podstawowej $3\frac{1}{2}$, w części średniej $3\frac{3}{4}$, w części końcowej 3 cale grubości. Guz ten składał się z macicy, pochwy, w całej swęj długości na zewnątrz wywróconej, części pęcherza moczowego i części kiszki stolcowej. Macica w części swęj pochwowęj ogromnie zgrubiła, zgrubiłą tą częścią stanowiła

część końcową guza, która była jakby w poprzek ucięta. Zarazem część nadpochwowa jęj szyi okazywała się znacznie przedłużoną. Wprowadzając bowiem zgłębnik maciczny do jamy macicy, znalazłem długość tejże jamy wynoszącą 4 1/2 cala. Przytem jednak tak rzeczona część nadpochwowa szyi macicy, jak i ciało macicy bynajmniej nie były zgrubiałe. Co do pęcherza moczowego i kiszki stolcowej, to pierwszy między ścianą przednią wywróconej pochwy a macicą, zstępował do głębokości półtrzecia cala, druga między macicą a ścianą tylną wywróconej pochwy zstępowała do głębokości cala, do wnętrza guza w kierunku ku wolnemu jego końcowi. Błona śluzowa wywróconej pochwy była barwy jasno-różowej i obeschnięta, błona zaś śluzowa części pochwowej macicy była ciemno-różowa i na około ust macicznych, w postaci szpary poprzecznej, cal dłużej przedstawiających się owrzodzona. Odprowadzenie opisanego okazałego wypadnięcia, jak się domyśleć można, z największą tylko trudnością uskutecznić się dało.

Pozostałe dziesięć chorych poddały się e p i z y o - p e r i n e o r - r a f i i, która u wszystkich zadawałnający dała wypadek. Szczegóły pojedynczych operacyj były następujące :

1) Anna S. ..., wdowa po wyrobniku, lat 42 licząca, nizkiego wzrostu, silnej budowy ciała, dosyć dobrej tuszy, szatynka, dobrém w ogólności pocieszająca się zdrowiem, w czasie od 24go do 32go roku życia swego odbyła siłą natury i szczęśliwie cztery porody. W roku 1861 macica jęj poczęła obsuwać się na dół do otworu sromowego. Obsuwanie się to macicy odtąd wzmagało się coraz bardziej i zmieniło się w końcu na zupełne wypadnięcie, a lubo, że wypadła część każdego czasu z łatwością dała się odłożyć, kalectwo to jednak wkrótce tak choręj dolegać zaczęło, iż widziała się zmuszoną do szukania pomocy lekarskiej. W tym celu udała się w dniu 18ym lutego roku 1863go do szpitala Śgo Ducha, gdzie umieszczoną została w moim oddziale.

Śledząc ją po przybyciu znalazłem macicę opadniętą do tego stopnia, że szyją swoją przez otwór sromowy na zewnątrz wystawała. Wraz z nią występowała na zewnątrz i wywrócona pochwa. Macica wprawdzie, jak i pochwa, z łatwością dały się odprowadzać, pozostawały jednak tak długo na miejscu, dopóki chora leżała, zaś występowały natychmiast skoro stanąć usiłowała. Macica była przytem blisko o cal dłuższa, jak w stanie prawidłowym, a przytem katarem dotknięta. Część jęj pochwowa była zgrubiała i mocno owrzodzona. Owrzodzenie to było następstwem tarcia, jakiego chora w czasie chodzenia uniknąć nie mogła. Reszta części płciowych znajdowała się w stanie prawidłowym, wyjąwszy dołek łódkowaty zatoki moczopłciowej, który był z powodu blizn przeistoczony i w kierunku od góry ku dołowi zwężony. Stan ten dołka łódkowatego przekonywał, że część ta przy porodach rozdarcie ulegała. Przy tem wszystkim śródkrocze było w wysokim stopniu wiotkie, zsunięte ku tyłowi i jakby porażone. Od wszystkich innych wad organicznych chora była wolną, ale za to miała od niejakiego czasu febrę przestankującą. Z tego więc powodu zadałem jęj przedewszystkiem kilka dużych dawek siarczanu

chininy, a uwolniwszy ją tym sposobem od febry, wziętem się w dniu 17ym marca do wykonania epizyorrarii, przy której assistowali mi D-rowie Gröer i Chwat. Odłożywszy macię na miejsce, obraniłem nasamprzód za pomocą nożyka wypukłego i szczypczyków zębiastych tylną i obie boczne ściany zatoki moczopłciowej w kierunku ku górze aż po same strzępy mirto-wate, w kierunku ku przodowi zaś po okolicę odpowiednią położeniu przed-niego brzegu ujścia pochwy, z wypuszczeniem jednak z tego obranienia ujść przewodów odchodowych gruczołów przypochwowych czyli Bartholina. To uczyniwszy, uspokoiłem krwawienie i połączyłem następnie jedną z dwóch bocznych połów podkowatęj rany z drugą, według sposobu mojego w roku 1861 ogłoszonego, najprzód przez cztery lekko skrzywione duże szpilki owadowe, karlsbadzkie, uzbrojone każda dwiema gałkami kościanemi, przymocowanemi do nich szrubkami metalowemi, w taki sposób, że trzy z tych szpilek otrzymały położenie głębsze, leżąc rzędem jedna za drugą w równych od siebie odstępach; czwarta zaś położenie nieco bardziej powierzchowne między szpilką głębszą przednią a średnią, i powtórę przez zwy-czajny szew ścięgowy czyli podwiązkowy, złożony z pięciu ścięgów czyli podwiązek, z cienkiego miękkiego drutu srebrnego, łączając temiż ścięgami same tylko zewnętrzne brzegi warg rany. Ułożenie rzeczonych drutów w pętlice uskuteczniłem za pomocą szczypczyków, za pomocą skręcenia dwóch odnóg drutów pojedynczych z sobą, aż do dokładnego zetknięcia się brzegów rany w odpowiedniem miejscu.

Po operacyi nie założyłem żadnego kateteru, ani téż wiązać kolan choréj nie potrzebowalem, jak to inni robią, i jak sam dawniej robiłem, ale pozostawiłem chorą bez tego wszystkiego, ograniczając się na udzieleniu jéj zalecenia, ażeby po każdym puszczeniu moczu obsuszyła sobie gąbką w wodzie zwilżoną szczelinę sromową i części ją otaczające. Również nie dałem jéj żadnego środka zatrzymującego stolec, lecz przeciwnie nazajutrz po operacyi kazałem dać łyżkę oleju rycinowego. Ranę okładać kompresami maczanemi w zimnej wodzie poleciłem.

W dniu 6 marca chora miała znowu napad febry. Znowu więc dawkę dziesięciogranową siarczanu chininy podać jéj musiałem. Dawkę tę później jeszcze dwa razy powtórzyć musiałem, poczem febra już więcej się nie powtarzała.

W dniu 7 marca oddaliłem ścięgi druciane, tudzież dwie ze szpilek karlsbadzkich, a mianowicie tę, która leżała najbardziej ku tyłowi i tę, która miała położenie bardziej powierzchowne; zaś dwie pozostałe szpilki przez rozsunięcie gałek zwolniłem.

W dniu 8 marca usunąłem znowu jedną szpilkę, a mianowicie pierwszą od przodu, a w dniu 9 marca oddaliłem ostatnią. Rana okazała się w całej swéj rozciągłości jak najdoskonalej w drodze pierwszego zlepiania zgojoną. Otworki jednak w skórze zewnętrznej pochodzące od szpilki w ostatnim dniu

wyjętej, były zropiałe. Zaordynowałem opatrunek z suchej skubanki, do wewnątrz zaś zapisałem parę ćwierciogranowych dawek opium, celem zatrzymania stolca na czas niejaki.

Dopiero w dniu 13 marca chora miała pierwszy znowu, po wyjęciu ostatniej szpilki, stolec i pozbyła się go bez najmniejszej szkody dla rany, która zresztą była już doskonale spojona. Ranki skórne pochodzące od szpilki na ostatku wyjętej zarosły zwolna i w dniu 27 marca chora zupełnie wyleczona wyszła ze szpitala.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O ogrzewaniu i opowietrzaniu szpitali.

Przez Franciszka Tournelle, Budowniczego.

W trzykrotniej mojej podróży za granicę kraju, zwiedziwszy wiele ważniejszych szpitali tak ogólnych jako i specjalnych, a mianowicie szpitali dla obłąkanych, badałem w nich pomiędzy wszelkimi innemi szczegółami różne systematy ogrzewania i opowietrzania, czyli wentylacyi.

Jak jedno i drugie jest ważnem, jak pożądanem i pożytecznem dobre obu urządzenie, zbytecznem byłoby dowodzić; dlatego zebrane tu w krótkości praktyczne wiadomości, wsparte zasadami i rachunkiem czerpanym między innemi z doświadczeń inżyniera francuzkiego generała M o r i n , oddaję na użytek p. p. lekarzy i budowniczych, których ważny ten przedmiot zarówno obchodzi.

Kwestya dobrego ogrzewania w połączeniu z opowietrzeniem szpitali, w ostatnich dopięro czasach na dobre poruszoną została. Główne dane tego zadania przez długi czas były nawet zupełnie błędnemi, i potrzeba było długich lat doświadczeń, aby tymże można było nadać we wszystkich wypadkach odpowiedni stosunek.

O g r z e w a n i a są trzy główne sposoby :

- 1^o za pomocą zwykłych kominków i pieców,
- 2^o za pomocą kominków i pieców wentylacyjnych, i nareszcie
- 3^o za pomocą kaloryferów.

Tych ostatnich są cztery główne rodzaje :

- a) kaloryfery tak zwane p o w i e t r z n e,
- b) kaloryfery p a r o w e,
- c) kaloryfery w o d n e i
- d) kaloryfery m i ę s z a n e, to jest: p a r o w o - w o d n e, i p o w i e t r z n o - w o d n e.

O p o w i e t r z a n i a czyli wentylacyi są również trzy sposoby :

- 1^o przez proste otwieranie drzwi i okien, wtenczas kiedy to miejsce mieć może,
- 2^o wentylacya przez w c i ą g a n i e, (*par aspiration*), tak zwana f i z y c z n a, oparta na zerwaniu równowagi powietrza, i nakoniec :
- 3^o wentylacya przez w t ł a c z a n i e (*par insufflation*) mechaniczna, odbywająca się za pomocą w ruch wprawionych wentylatorów.

Zadaniem ogrzewania jest doprowadzić temperaturę w salach szpitalnych od 15° do 16° R. Zadaniem zaś dobrego opowietrzania jest przy utrzymaniu stale téjże temperatury, wyprowadzać z sal zepsute powietrze, a jednocześnie zaopatrywać je w taką samą ilość świeżego, ogrzanego.

Ilość do wyprowadzenia zepsutego powietrza, a tém samym do wprowadzenia w jego miejsce świeżego na godzinę i na osobę jest:

- 1) dla chorych zwykłych od 60-ciu do 70-ciu metrów sześć.,
- 2) w salach chorych zewnątrz i w instytutach położniczych 100 metrów sześć.
- 3) w szpitalach podczas epidemii 150 metrów sześć. *)

Nadmienić tu zaraz będzie na swoim miejscu, iż pożądanem jest ilość chorych w stosunku do wielkości sal tak regulować, aby na każdego chorego przypadło od 1800 do 2000 stóp sześć. objętości. **)

Objętości te w różnych szpitalach europejskich są następujące:

1° w pruskich wojskowych lazaretach, podług przyjętej zasady bywa na jednego chorego	800 stóp sześć.
2° w szpitalu Ś-go Ducha w Frankfurcie n. M., oraz w zakładzie dla obłąkanych w Prefargier, jak niemniej w Hamburgskim, żydowskim szpitalu	1000 „ „
3° w szpitalu w ZÜRICH	1180 „ „
4° w szpitalu w Bremen	1260 „ „
5° w szpitalu w Bambergu	1432 „ „
6° w szpitalu Bethanien w Berlinie w ogóle	1489 „ „
a w salach chorych, tylko	1155 „ „
7° w nowym żydowskim szpitalu w Berlinie	1536 „ „
8° w szpitalu St. Gallen	1575 „ „
9° w szpitalach angielskich prawie w ogóle przyjmują po	1600 „ „
10° w szpitalu gorączkowych w Londynie	2100 „ „
11° w szpitalu Lariboisière w Paryżu	2200 „ „

Po tém ogólném orzeczeniu przystąpmy do szczegółowego opisanie wykazanych powyżej sposobów ogrzewania i opowietrzania.

1° O zwykłych kominach i piecach, jako powszechnie znanych mało mielibyśmy do powiedzenia, dlatego przejdziemy odrazu do drugiej kategorii.

2° Kominek i piec wentylacyjny.

Celem ich jest powiększenie ilości ciepła, przez naprowadzenie z zewnątrz świeżego ogrzanego powietrza, w miejsce tego jakie podczas palenia uchodzi kanałem kominowym.

*) 1 metr sześć. = 41,861 stóp sześcienn. Warsz.

**) Mowa tu jest o ogólnych szpitalach. W domach dla obłąkanych bowiem jako u chorych nieobłożnych ilość ta do $\frac{2}{3}$ części i więcej zmniejszoną być może. (Wylacza się tu także naturalnie oddział paralityków i nieczystych jako obłożnych chorych).

Doświadczenie pokazało że najlepszymi dotąd są kominki wentylacyjne kapitana inżynierii angielskiej p. G a l t o n.

Jak widać na Fig. 1 i 2, kominiek jego składa się ze zwyczajnego ogniska do opału drzewem lub kamiennym węglem, oddzielonego zupełnie od tylnego muru. Rura kominowa z żelaza lanego przez całą wysokość miejsca, danego do ogrzania, stoi osobno w kanale na ten cel urządzonym, do którego spodem wchodzi zewnętrzne, świeże powietrze. Powietrze to, po ogrzaniu się około powierzchni żelaznej rury, wychodzi otworem pod sufitem, opatrzonym w klapę regulacyjną.

Spostrzeżenia nad temi kominkami czynione pokazały: że przy dobrém ich urządzeniu i przy nadaniu im wymiarów odpowiednich do wielkości sal, są w stanie na godzinę odświeżać w nich pięć razy całą ilość powietrza; jak niemniej: że napływ ogrzanego, będąc prawie równy ilości zepsutego, uchodzącego kanałem dymowym, niemal zupełnie neutralizuje napływ powietrza zimnego szczelinami drzwi i okien. A nadto: powietrze ogrzane w połączeniu z promieniującym ciepłkiem ze ścian kominka i ognia, powiększa znacznie ciepło jakie też kominki wydają; gdy bowiem zwyczajne dają tylko 0,12 całego ciepła rozwiniętego przez palenie, kominki wentylacyjne dają go 0,35.

M o r i n ułożył następującą tablicę proporcji dla kominków wentylacyjnych.

Objętość części do ogrzania danych.	Ilość powietrza do wyprowadzenia i wprowadzenia przez jedną godzinę.	Wielkość przecięcia rury kominowej.	Wielkość otworu do przejścia powietrza.	Wielkość w przecięciu kanału doprowadzającego świeże powietrze.
metry sz.	metry sz.	metry kw.	metry kw.	metry kw.
100	500	0,050	0,025	0,140
120	600	0,060	0,030	0,168
150	750	0,075	0,038	0,210
180	900	0,090	0,045	0,252
220	1100	0,110	0,055	0,308
260	1300	0,130	0,065	0,364
300	1500	0,150	0,075	0,420

Nadmienić tu jednak wypada: że wielkość tych kominków nie może być przekroczona nad wymiary ostatnie powyższej tablicy; w większych zatem salach, gdyby jeden był niedostatecznym, można ich urządzić dwa; osobliwie że kominki wentylacyjne i tę jeszcze mają zaletę, że ciąg jednego nie niweczy ciągu drugiego.

W razie potrzeby ogrzania części na wyższym piętrze położonej, można kanał wentylacyjny także wyżej poprowadzić; ale w takim razie należy pomiędzy piętrami urządzić kłapy regulacyjne, dające możność rozrządzania napływem ogrzanego powietrza podług potrzeby.

Piece wentylacyjne Fig. 3, są najoszczędniejszym sposobem ogrzewania. Urządzone z blachy, z żelaza lanego, albo téż z kafli, dają 0,85 do 0,90 całego ciepła rozwiniętego przez palenie; ale ilość powietrza uchodzącego kanałem dymowym nie większą jest jak 5 metrów sz. na kilogram spalonego drzewa, a 6—7 m. sz. na kilogr. węgla kamiennego; piece zatem tego rodzaju odprowadzają zepsute powietrze zaledwie w $\frac{1}{10}$ części objętości miejsca do ogrzania przeznaczonego, czyli że w 10 godzin dopiero może być w niem całkowicie powietrze odświeżone.

Piece powyżej opisane pożyteczne bardzo być mogą przy kominkach wentylacyjnych, potrzeba tylko aby ich powierzchnia ogrzewająca wynosiła mianowicie jak u nas, przynajmniej $\frac{1}{50}$ część objętości sali.

Sale szpitala Bethanien w Berlinie ogrzane są z dobrym skutkiem także piecami wentylacyjnymi, ale innego rodzaju. Rysunek ich łącznie z urządzeniem tychże sal przedstawia Fig. 4, 5, 6, 7, 8 i 9.

Fig. 4. Część planu szpitala z korytarzem A, salą chorych B, na 10 łózek, pokoikiem C dla dwóch dozorczyń, z których każda dozoruje jedną salę. D jest skład na utensylia i rzeczy chorych, E kuchenka, F, F' dwie małe kloaki z watterklozetami h, h.

Fig. 5. Jest przecięciem poprzeczném budynku przez sale chorych.

Fig. 9. Przecięcie na zwiększoną podziałkę parapetu okiennego z kanałem do zimnego powietrza i klapą do regulowania jego napływu.

Fig. 6, 7 i 8. Są planem, przecięciem i elewacją żelaznych kolumn, które w środku sal stoją i służą zarazem jako rury dymowe od pieców i jako podpory powały sali.

Sale chorych są 35 stóp długie, 22 stóp szerokie i 15 stóp wysokie i zawierają objętości 11550 stóp sz.; ztąd na każdego chorego przypada w niej 1155 tychże stóp powietrza. Dwa okna mają po 5 stóp szerokości, a po 10 wysokości.

Sale ogrzane są dwoma kaflanemi piecami połączonemi z sobą i stojącemi na środku. Dym z pieców wchodzi w kolumny które na parterze służą jedynie jako podpory, a na pierwszym i drugim piętrze jako rury kominowe. Rury te w poddaszu obmurowane są cegłą i jako zwykłe kominy po nad dach wychodzą.

W obydwóch piecach razem palą jedynie tylko podczas większych mrozów; — gdy mniej zimno, ogrzewa się tylko jeden piec — osobliwie że ciepło powiększają żelazne kolumny do których dym wchodzi, oraz przyptyw powietrza przez kanalik z pod okna, które przechodząc rurą żelazną pod podłogą ułożoną, idzie następnie takąż rurą przez piec w miejscu nie zbyt na gorąco ognia wystawioném, i ogrzane wierzchem tejże rury do sali napływa.

Dla odprowadzenia zużytego powietrza, służą naprzód ogniska pieców — dalej otwory *g, g*, w kolumnach Fig. 8, — regulowane zaprowadzonym na nich pierścieniem z blachy; oraz kanał *x, x*, Fig. 4 i 5, wzdłuż korytarza po sklepieniu pod podłogą idący. Powietrze z sal dochodzi do tegoż kanału kanalikami

y, y. Dla wyprowadzenia powietrza z kanału *x, x*, a tém samem i z sal dla chorych, służą kanaliki *z* w poprzecznych murach urządzone, a pod ogniska kuchenek *E* doprowadzone. Nakoniec w górnych częściach okien znajdują się wentylatory z góry na dół, pod 45° otwierające się. Podług opinii miejscowego Zarządu tak ogrzanie jako i wentylacya w salach dla chorych zupełnie odpowiadają potrzebie.

(Dalszy ciąg nastąpi).

STATYSTYKA LEKARSKA.

Epidemia choleryczna w Warszawie w roku 1867.

Przez G. Maleka. p. o. Inspektora lekarskiego m. Warszawy.

Już lat trzydzieści ośm minęło od chwili, w której raz pierwszy cholera nawiedziła Europę. W ciągu tego czasu napadała ona ją po kilkakroć razy epidemicznie, sprowadzając za sobą mniejsze lub większe zniszczenia.

Wszelkimi sposobami starano się zniweczyć zgubne działanie tego bicia ludzkości, lecz niepodolano temu, nauka została do pewnego stopnia bezsilną przeciw niemu, gdyż wszystkie jej poszukiwania nad określeniem istoty pierwiastka tej choroby, nie przyniosły przynajmniej aż do téj pory, pożądanego skutku.

Badanie statystycznych danych odnoszących się do epidemij cholerycznych, wiadomych miejscowości; uwzględnienie warunków sprzyjających ich powstawaniu, a wreszcie poznanie własności epidemii, może doprowadzić naukę do wykrycia istoty i najbliższej przyczyny tej choroby, i w ten sposób wskazać na radykalne środki, które powinny być przeciw niej stosowane. Tego rodzaju materiał zebrany w rozmaitych miejscowościach, będzie miał niezaprzeczoną wartość i przyniesie prawdziwą przysługę ludzkości i nauce.

W tej myśli przystąpiliśmy do przedstawienia wykazu z epidemii cholerycznej w Warszawie w r. 1867.

Zadaniem naszym było szczegółowe zebranie faktów dotyczących się zjawienia i rozwoju cholery w Warszawie, ułożenie w pewien porządek odnośnych tu cyfr, i wykazanie środków higienicznych, przedsięwziętych przez administracyę miasta, w celu możliwego ograniczenia choroby.

Zaczynamy naszą pracę od krótkiego rysu geograficznego szerzenia się ostatniej epidemii, która zjawiała się w 1865 r. w Europie, i śledzimy ją aż do ukazania się jej w Warszawie w 1866 i 1867 roku. Cholere z roku 1867 uważamy za dalszy ciąg epidemii z roku 1866, która w pewnych przestankach czasu choć i nie grasowała w Warszawie, nie ustawała jednak w prowincjach Królestwa, napastując szczególnie południowo zachodnią jego stronę.

Już w r. 1866, w skutek rozporządzenia JW. Namiestnika w Królestwie Polskiem, utworzono Komitet pod przewodnictwem Prezydenta miasta, w celu przyjęcia środków zaradczych przeciw cholere. Dzięki energicznym działaniom Komitetu, cholera wkrótce ustała, nie zrządziwszy znacznego zniszczenia pomiędzy ludnością miasta. Zjawienie się jej w roku następnym, zmusiło do zastosowania tych samych sanitarnych środków, których skuteczność była oczywistą.

W niniejszym wykazie zastanowimy się naprzód nad początkiem, rozwojem, przebiegiem i ustaniem cholery; następnie przejdziemy do opisu sanitarnego stanu miasta przed pojawieniem się epidemii, a w końcu szczegółowo rozbierzemy warunki miejscowe i indywidualne, sprzyjające rozwojowi choroby. Czytelnik znajdzie to wszystko w 7miu pierwszych działach naszego wykazu.

Ostatniej epidemii ze względu na stosunek liczby chorujących do ludności, niemożna zaliczać do groźnych, chociaż była to epidemia w całym znaczeniu tego wyrazu, gdyż z liczby zapadających trzecia część umierała. Z 248,668 mieszkańców miasta zachorowało tylko 7249; liczba ta więc nie jest znaczną, w stosunku do epidemii w innych miejscowościach, i pomimo woli wzbudza pytanie, co było przyczyną tak małej odsetki zapadających. Co do nas, to najbardziej jesteśmy skłonni przypisać ten fakt tym środkom policyjno-lekarskim, które polepszając sanitarne warunki miasta i ustanawiając w celu natychmiastowej pomocy lekarskiej i ciągłej opieki o zdrowiu mieszkańców, sanitarne rewiry, mogły pod wielu względami przyczynić się do ograniczenia szerzenia się epidemii. I oto przyczyna, dla której staraliśmy się poniżej szczegółowo podać wszystkie rozporządzenia komitetu dla cholerycznych.

W następnych rozdziałach naszej pracy zamieściliśmy anatomie patologiczną, symptomatologią i sposoby leczenia, oparte na doświadczeniach poczynionych przez lekarzy podczas ostatniej epidemii. Przy tym unikaliśmy wszelkich teoryj lub przypuszczeń, jako niemających miejsca w naszej pracy praktycznej. W końcu przytaczamy ogólne wnioski.

Do pracy niniejszej dołączyliśmy dziesięć tablic, wyjaśnienie których czytelnik znajdzie w tekście. Oprócz tego, dla uzupełnienia, uważaliśmy za potrzebne zamieścić, w rodzaju uwag wszystkie główne rozporządzenia komitetu dla cholerycznych, które będą mogły w czasie przyszłym, w podobnym wypadku, posłużyć za pożyteczną wskazówkę. Dodana na końcu tej pracy mappa sanitarna miasta, przedstawia dokładnie sposób szerzenia się epidemii w mieście.

Pomocą w tej usilnej naszej pracy były: z jednej strony — doniesienia i rapporta ze szpitalów dla cholerycznych, rewirowych i wolno praktykujących lekarzy, z drugiej — wiadomości, dostarczone przez magistrat o ludności i w ogóle o tegoczesnej statystyce miasta.

Poczytuję sobie za obowiązek wyrazić, że zjawienie się obecnej pracy zawdzięczam światłemu pogładowi na ważność przedmiotu i współczuciu JW. Namiestnika w Królestwie, Jenerał Feldmarszałka Hrabiego Berga. Nie mogę przytem nie wspomnieć że za wykazane w tej pracy pomyślnie rezultaty, osiągnięte za pomocą środków policyjno-lekarskich, wielce jesteśmy obowiązani światłemu i energicznemu współdziałowii Prezydującego w Komitecie dla cholerycznych, Prezydentowi miasta, Jeneralnego Sztabu Jenerał-majorowi Witkowskiemu.

W końcu z prawdziwą przyjemnością składamy szczere podziękowanie Inżynierowi miasta P. Spornemu, za udział w ułożeniu tablic — i wszystkim lekarzom, którzy przez sumienne prowadzenie doniesień i dokładne rapporta o postępie epidemii, w najtrudniejszej dla nich epoce, dostarczyli mi materiału, który jest podstawą obecnej mej pracy.

1. Rys geograficzny szerzenia się cholery.

Cholera Indyjska, napastująca w Arabii w r. 1865 muzułmanów, zebranych tłumnie w Mekce i Gibel — Arafacyi podczas mahometańskiego święta Kurban-bajram'u, przeredzała tamtejszą ludność z nadzwyczajną gwałtownością, czeniu sprzyjało nader liczne zebranie się ludu, brak wody i wielkie upały.

Pielgrzymi wracając z Mekki szerzyli zarazę w Azji suchą drogą, i przenieśli ją przez morze Czerwone do Afryki.

Z Suezu cholera dostała się do Aleksandryi, objawiając się u ludzi mających styczność z pielgrzymami. Ztąd zaczęła się szerzyć w różnych kierunkach i w krótkim czasie przenikła do wnętrza południowej Europy, zjawiając się prawie jednocześnie w południowych Włoszech, Turcyi, południowej Francyi, Hiszpanii i w miastach leżących nad brzegami Adryatyckiego i Śródziemnego morza. Z tych miejsc rozchodząc się z wielką szybkością ogarnęła znaczną część Europy w kierunku ku zachodowi i północo-zachodowi. Stosunki handlowe Europy, prędką komunikacya za pośrednictwem kolei żelaznych, a przedewszystkiem ostatnia wojna Austryi z Prusami, ułatwiały spieszne przenoszenie się zarazy z jednego miejsca do drugiego. Jednocześnie cholera zjawiała się w różnych miejscowościach Rossyi, miano-

wicie na Kaukazie i w Odessie, zkał spiesznie przeniosła się w kierunku południowo-północnym i niweczyła ludność zamieszkałą w południowej części Rosyi.

Podczas lata w r. 1866, Królestwo Polskie z dwóch stron było zagrożone epidemią — z z a c h o d n i é j dla tego iż cholera grasowała w Prusach, z wschodniej — ponieważ też zaraza nawiedziła gubernię Wołyńską: tak więc złowieszczy gość dwoma drogami zbliżał się ku Warszawie. Widząc grożące niebezpieczeństwo, administracya miejscowa zmuszoną była do przyjęcia wszystkich środków ostrożności. Pierwszy wypadek cholery ze wszystkimi objawami, cechującymi epidemiczny obraz tej choroby, zauważano w Warszawie, d. 17/29 lipca 1866 r., i od tej chwili epidemia grasowała aż do 2/14 listopada.

W ciągu 109 dni zachorowało 3644 osoby, z których umarło 675 ¹⁾.

2. Początek epidemii w Warszawie i szerzenie się jój w roku 1867.

Po wygaśnięciu cholery w Warszawie w r. 1866, w ciągu całego prawie półrocza nie zauważano ani jednego wypadku tej choroby, bez względu na to, że w różnych miejscowościach Królestwa, cholera w tym samym czasie choć w małym stopniu trwała ciągle, a w Lublinie, nawet zimową porą, zjawiały się wypadki cholery, zakończone śmiertelnym zejściem.

W dniu 18 (30) kwietnia 1867 r., przyjechał do Warszawy z Lublina, urzędnik, z Rządu Gubernialnego L a s k o w s k i i zatrzymał się u swego ojca, na Furmańskiej ulicy, w domu pod Nr. 2701, w dolnej stronie miasta, nad rzeką. W kilka godzin po przybyciu L. umarł, podług zdania lekarzy, na cholere; zachorował zaś w Lublinie, gdzie nie ustały jeszcze wypadki cholery.

W dniu 21 maja (2 czerwca), zachorował przy wszystkich objawach cholery azyatyckiej, rzeźnik W a c ł a w W i s n i e w s k i, mieszkający przy ulicy Maryensztadt, w domu pod Nr. 2650a, w dolnej części miasta, i zmarł w 18 godzin później w szpitalu Śgo Rocha. Dnia następnego objawiła się cholera na ulicy Kłopot w przeciwległej stronie miasta, u wyrobnika S t a n i s ł a w a K a l i n o w s k i e g o i jego siedmioletniej córki E m i l i i. Oboje zostali odesłani do szpitala Śgo Ducha, jako posiadający objawy rozwiniętej cholery; K a l i n o w s k i, w nocy tegoż dnia umarł.

Ciepłota w ciągu tych miesięcy była niewielką, czas spożywania niedojrzałych owoców nie nastąpił jeszcze.

W domach, w których zjawily się pierwsze wypadki cholery nie wykryto żadnych szczególnie usposabiających przyczyn. Wzmiankowani chorzy nie mieli z sobą żadnych stosunków, żyli, wśród stosunkowo dobrych warunków higienicznych; gdybyśmy więc przypuścili że pierwszy chory przywiózł z a r a z ę z Lublina, to nie moglibyśmy sądzić aby t a k o w a w ciągu więcej jak miesiąca nie objawiła się faktycznie i pozostawała w tak zwanym stanie ukrycia.

23 maja (4 czerwca) zachorowało na cholere 5 osób. Od tej chwili codziennie zjawiało się po kilka wypadków cholery; w celu niedopuszczenia większego rozszerzenia się epidemii, administracya miejscowa, widziała się zmuszoną do zastosowania energicznych środków zapobiegających złemu.

W dniu 30 maja (11 czerwca), liczba zapadających na cholere doszła do 33 osób na dobę. Poczem w ciągu 34ch dni, liczba ta zmniejszała się stopniowo; wtedy bowiem zapadało przecięciowo po 13 osób na dobę, z tych umierało 5. Nagle po wielkim wylewie Wisły w dniu 3 (15) lipca, liczba chorych na cholere naraz podskoczyła z 13 do 102 na dobę, a liczba umierających z 3 do 18.

Dzień ten był początkiem spieszego wzrostu i natężenia epidemii, która w dniu 18 (30) lipca doszła do najwyższego szczytu: zachorowało bowiem wtedy 314 osób, — umarło 98.

¹⁾ Wykaz epidemii cholerycznej w Warszawie z r. 1866, ułożony przez b. inspektora służby zdrowia Dra F r a y e r'a zamieszczono w „Klinice“ Nr. 18. 1867 r.

Przez 20 dni prawie epidemia utrzymywała się na tym samym stopniu wysokości, poczem zaczęła zwolna słabnąć, a liczba zapadających i umierających na cholereę zmniejszyła się.

W końcu sierpnia, epidemia widocznie gasnąć poczęła, co jeszcze wyraźniejszém stało się we wrześniu. Pojedyncze jednak wypadki cholery zdarzały się aż do początku października; ostatni wypadek widziano w dniu 6 (18) tegoż miesiąca.

Dołączona do niniejszego wykazu mappa (tablica I), ¹⁾ wskazuje każdodzienną liczbę zapadających, zdrowiejących i umierających na cholereę.

Cholera od chwili swego powstania aż do końca nieprzedstawiała żadnego postępowego porządku pod względem szerzenia się w mieście. Wzrost jej był szybki lecz nieprawidłowy; nietrzymała się bowiem ani kierunku ulic, ani umiejscowienia domów. Choroba występowała jednocześnie w przeciwległych miejscach miasta, często bez widocznych przyczyn; napadła odrazu na kilku ludzi w jednym domu, mijając tymczasem domy sąsiednie, znajdujące się pod wpływem zupełnie takich samych warunków higienicznych.

Tablica II wykazująca domy, w których zdarzyły się wypadki cholery ze śmiertelném zejściem, przekonywa jak dalece nieprawidłowo choroba ta szerzyła się w mieście.

Chociaż epidemia grassowała w całym mieście, nie na wszystkich jednak miejscach z jednakowém zjawiała się natężeniem. W ogóle główne jęj siedlisko stanowiła nadbrzeżna, niżej leżąca część miasta; tu szerzyła ona śmierć i zniszczenie. Z mapy stanu zdrowia i tablicy VI przekonywamy się, że odnośnie odsetki śmiertelności, pierwsze miejsce zajmuje cyrkuł II (z 1000 ludzi umierało 14,94), za nim idzie cyrkuł XI (z 1000 ludzi umierało 13,33), dalej cyrkuł I, (z 1000 ludzi umierało 12,10), dalej cyrkuł IV, (z 1000 ludzi umierało 10,74). Mniej zgubną była cholera w cyrkuł IX (z 1000 ludzi umierało 5,80) i w cyrkuł XII (z 1000 ludzi umierało 6,49).

Z wyjątkiem małych, nielicznie zaludnionych ulic, jak: S k ó r z a n é j (cyrkuł VII), K o n w i k t o r s k i é j (cyrkuł IV), S z k o l n é j (cyrkuł X), S m u t n é j (cyrkuł IV), — cholera nie szczydziła żadnej ulicy, lecz z każdej zabierała mniejszą lub większą liczbę ofiar, jak się o tem przekonać możemy z mapy stanu zdrowia miasta Warszawy.

Tablica VII przekonywa nas, że cholera szczególnie srożyła się na następujących ulicach.

1.	Na	Franciszkańskiej cyrkuł II i IV zachorowało	299
2.	„	Pańskiej cyrkuł VIII zachorowało	289
3.	„	Browarnej cyrkuł XI zachorowało	251
4.	„	Nalewkach cyrkuł IV zachorowało	195
5.	„	Rybakach cyrkuł II zachorowało	194
6.	„	Krochmalnej cyrkuł VII zachorowało	191
7.	„	Nowolipiu cyrkuł V i VI zachorowało	182
8.	„	Furmańskiej cyrkuł XI zachorowało	178
9.	„	Twardej cyrkuł VIII zachorowało	171
10.	„	Gęsięj cyrkuł V i VI zachorowało	170
11.	„	Chmielnej cyrkuł VIII i X zachorowało.	163
12.	„	Muranowskiej cyrkuł IV zachorowało	154
13.	„	Grzybowskięj cyrkuł VII i VIII zachorowało	133

¹⁾ Tablice tu odnoszące się będą dołączone do jednego z następujących numerów Gaz. Lek. (Przyp. Red).

W następujących domach cholera wystąpiła z największą siłą (patrz tab. II).

Nr.	Cyrkuł.	Nazwa Ulicy.	Nr. Domu.	Ilość ludzi zmarł.
1	I.	Schodki Kamienne.	2605	8
2	I.	Krakowskie Przedmieście.	370	10
3	II.	Ś-to Jerska.	1769e	8
4	II.	Franciszkańska.	1807	9
5	II.	Franciszkańska.	1808	14
6	II.	Rybaki.	2567/8	14
7	II.	Franciszkańska.	1809a	17
8	III.	Nowowiniarska.	1791/2	9
9	IV.	Muranowska.	2201	22
10	IV.	Pokorna.	2221	15
11	IV.	Franciszkańska.	1796a	11
12	IV.	Franciszkańska.	1799	8
13	IV.	Muranowska.	2197a	7
14	V i VI.	Pawia.	2335	8
15	V i VI.	Gęsia.	229a	7
16	VII.	Krochmalna.	1010	8
17	VII.	Krochmalna.	987	9
18	VIII.	Pańska.	1186	11
19	VIII.	Chmielna.	1549t	8
20	VIII.	Pańska.	1229	8
21	VIII.	Chmielna.	1551	7
22	VIII.	Twarda.	1099	7
23	X.	Solec.	2902 3	9
24	XI.	Browarna.	2720	15
25	XI.	Browarna.	2728	8
26	XI.	Browarna.	2729	8
27	XI.	Browarna.	2732	8
28	XI.	Furmańska.	2704	8

3. Statystyka.

Podług wiadomości zaczerpniętych z oddziału statystycznego istniejącego przy tutejszym Magistracie widzimy, iż ogólna liczba ludności m. Warszawy w początku r. 1867 dochodziła do 247,688 mieszkańców; w tej liczbie mieszkańców stałych było 186,147, niestałych 61,521. Z liczby tej zachorowało na cholere 7,249, wyzdrowiało 5,027, umarło 2,222. Stosunek więc chorujących do ludności jest jak 1 : 34, śmiertelności 1 : 111, zmarłych do chorujących 1 : 3. Z 1000 mieszkańców zachorowało 29,26, umarło 8,97, napadniętych chorobą umarło 306,52.

Tablica statystyczna (III) wykazuje, że śmiertelność mieszkańców na cholere była 4 razy mniejszą o! zwyczajnej śmiertelności rocznej wywołanej innymi chorobami, t. j. na cholere umierał 1 z 111 ludzi, a na inne choroby 1 z 30. Z 1000 ludzi całej ludności, w ciągu roku zmarło na cholere 8,9, a na inne choroby 33,1. Cokolwiek wyższą odsetkę śmiertelności cholery przedstawiają mężczyźni względem kobiet, — chrześciance względem starozakonnych.¹⁾

¹⁾ W rubryce przeznaczonej dla starozakonnych zamieszczeni są i inni niechrześcijańscy mieszkańcy, których liczba jest nader małą.

Wykaz szczegółowy osób, które chorowały na cholereę, z oznaczeniem odsetki śmiertelności.

	zachorowało		umarło		wyzdrowiało		Odsetka śmiertelności	
	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.	Chrześcian.	Staroz.
Mężczyźni	1695	828	568	211	1127	617	3,51	25,60
Kobiety	2233	891	622	187	1611	704	6,96	20,98
Dzieci	787	815	364	270	423	545	46,25	33,12
	4715	2534	1554	668	3161	1866	32,95	25,96
	7249		2222		5027		30,65	

W wojsku stojącym załogą w Warszawie zachorowało 397 żołnierzy, z téj liczby zmarło 152, wyzdrowiało 245 — odsetka śmiertelności 38,28, (podług wiadomości dostarczonych przez Zarząd okręgowy wojenno-medycznego Inspektora).

Z całej liczby tych którzy zachorowali, leczono się w domu 4,722, w szpitalach dla cholerycznych 2,527. Ztąd wypada, że ze 100 chorych 65 leczono się w szpitalach a 35 w domu.

Z liczby leczonych w domu zmarło 1,234 (odsetka śmiertelności 26,13), z liczby zaś leczonych w szpitalach zmarło 988 (odsetka śmiertelności 39,09),

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— Rezultaty wszystkich operacyj wycięć jajników, wykonanych dotychczas przez Dra Koeberle'go ze Strasburga. Prof. K o e b e r l e ze Strasburga, jak wiadomo naszym czytelnikom, nie tylko najwięcej na europejskim kontynencie wykonał operacyj wycięć jajnika, ale nadto z najszcześniejszymi rezultatami. Nie będzie więc bez interesu, dowiedzieć się o rezultatach wszystkich operacyj, do tego czasu przez niego wykonanych. Wiadomości te poczerpnięte zostały z przeglądu wypadków owariotomij, przedstawionego w ostatnich czasach paryzkiej akademii lekarskiej, przez samego autora.

Na wstępie przytacza K o e b e r l e zasadę, według której prawdziwie i niezawodnie ocenianym być ma skutek owariotomii. Mówi on: wypadki bez zrostów winny dawać 90—95 % uzdrowień; z nieznaczniemi zaś zrostami 70—80 %. W wypadkach powikłanych, połączonych ze zrostami bardzo obfitującemi w naczynia, śmiertelność bywa rozmaita; wieszować sobie można, jeżeli na 100 wypadków zdoła się 30—50 wyleczeń osiągnąć.

Po postawieniu tego dogmatu, daje autor w XIII tablicach przegląd rezultatów swych operacyj. Z tablic tych wynika co następuje:

Tab. I. (Bezwzględna statystyka wypadków, oraz porównanie jej ze statystyką 100 wypadków S p e n c e r - W e l l s'a najczynniejszego owariotomisty angielskiego):

W y p a d k i K o e b e r l e'go:

- a) bez zrostów 20; z tych uzdrowień 17; śmierci 3; zatem strata wynosi $\frac{1}{7}$.
- b) z małemi zrostami 16; „ 13; „ 3; „ $\frac{1}{5}$,
- c) z znaczniemi „ 33; „ 15; „ 18; „ $\frac{1}{2}$,

100 wypadków owariotomij S p e n c e r - W e l l s'a wydało :

co do a)	wypadków 38;	uleczeń 31;	śmierci 7;	zatem strata . . .	$\frac{1}{6}$,
co do b)	„ 40;	„ 30;	„ 10;	„ . . .	$\frac{1}{4}$,
co do c)	„ 22;	„ 11;	„ 11;	„ . . .	$\frac{1}{2}$.

Razem więc miał K o e b e r l e na 69 wypadków 45 uleczeń i 24 śmierci, S p e n c e r - W e l l s zaś na 100 wypadków 72 uleczenia a 28 zejść śmiertelnych.

Tab. II. (Dotycząca utraty krwi). Skutek operacyi szedł ręka w rękę z utratą krwi jaka przytém miała miejsce. Z 18 operowanych, u których ilość utraconej krwi nie przeniosła 50 gramów, 1 tylko umarła. Przy utracie od przeszło 50-ciu do 1000-ca gramów, śmiertelność była mniej więcej taka: na 43 wypadków 16 śmierci, zatem 37 $\frac{0}{10}$. Po utracie od 1000 — 2000 gramów krwi, miał K. na 6 wypadków 5 śmierci. W 2 wypadkach, w których utrata krwi przeniosła 2000 gramów, obie chore umarły.

Tab. III. (Związek czasu trwania operacyi ze śmiertelnością.) Śmiertelność po wycięciach jajnika stała w prostym stosunku do czasu trwania operacyi; im ten był dłuższym, tem tamta większą. Z 9 wypadków, w których operacya nie trwała dłużej nad $\frac{1}{2}$ godziny, wszystkie się udały. Z 28 wypadków, w których operacya trwała od $\frac{1}{2}$ do 1ej godziny, $\frac{1}{4}$ zakończyła się niepomyślnie. Jeżeli operacya trwała 1 do 1 $\frac{1}{2}$ godziny, niepomyślnie kończyła się $\frac{1}{3}$ wszystkich wypadków; jeżeli trwała 2 godziny — $\frac{2}{3}$ wypadków kończyło się śmiercią. Pięć wypadków, w których operacya trwała przeszło 2 godziny, zakończyły się wszystkie śmiercią.

Tab. IV. (Przyczyna śmierci.) Następne były przyczyny śmierci: posocznica 6 razy, zapalenie otrzewnej 5 razy, zapalenie otrzewnej z posocznicą 6 razy, zaciśnienie wewnętrzne 1 raz, rozdęcie kiszek gazami (*tympanitis intestinalis*) 1 raz, zapalenie kiszek 1 raz.

Tab. V. (Dzień śmierci po operacyi). Śmierć nastąpiła: pierwszego dnia w 1-m wypadku; 2-go dnia w 5-ciu wypadkach; 3-go dnia w 7-miu wypadkach; 4-go dnia w 4-ch wypadkach; 6-go dnia w jednym wypadku; 7-go dnia w 3-ch wypadkach; 8-go dnia w 2-ch wypadkach; w 1 m wypadku śmierć przyszła w miesiąc po operacyi.

Tab. VI. (Organa wyluszczone.) W 13-tu z 69 ciu wypadków wycięto od razu oba jajniki; w pozostałych tylko po jednym. W 2-ch z 13-tu powyższych wypadków wyluszczoneo zarazem i macicę. Z tych 13-tu wypadków, 7 zakończyło się wyzdrowieniem, 6 zaś śmiercią.

Tab. VII. (Wiek chorych.) Wiek dotkniętych cierpieniem jajników przypadał między 17—72 rokiem. Najczęściej zdrowiały chore liczące 30—35 lat wieku. Po roku 50-m życia, śmiertelność jest bardzo znaczna: 5 śmierci na 7 wypadków.

Tab. VIII. (Zrosty.) Zrosty guzów jajnikowych z ścianami brzuszными, z siecią i kiszkaami spostrzeżanemi były w większej liczbie wypadków zakończonych wyzdrowieniem niż śmiercią. Zrosty z ścianami miednicy a szczególnie z macicą przyczyniały się do zwiększenia cyfry śmiertelności; to samo miało miejsce z przyrostami do wątroby i kiszek.

Tab. IX. (Nakłucia i śmiertelność.) Chore, którym poprzednio nie robiono nakłuc (*punctio*) dały cyfrę śmiertelności — $\frac{1}{3}$; jeżeli nakłucie robiono 1 raz — $\frac{1}{4}$; 6 chorych, którym poprzednio robiono nakłucie 2 razy, wszystkie w y z d r o w i a ł y (!); inne chore, którym nakłucia dopełniano 6—8 razy u m i e r a ł y prawie wszystkie. Z pomiędzy trzech, którym wstrzykiwano jod, jedna tylko wyzdrowiała.

Tab. X. (Śmiertelność odnośnie do długości cięcia.) Śmiertelność stała w ogóle w prostym stosunku do długości cięcia brzuszного. Mimo to z pomiędzy 3-ch chorych, u których długość tego cięcia przechodziła 35 ctm., dwie wyzdrowiały.

Tab. XI. (Śmiertelność w stosunku do wagi guza.) Śmiertelność stała w prostym stosunku do wagi guza jajnikowego. W 8 wypadkach, gdzie waga wynosiła 1—5 kilogramów (2—10 funtów) wszystkie operowane wyzdrowiały. Przy wadze 5—20 kilogramów (10—40 funtów) na 51 wypadków nastąpiło 35 uleczeń, zatem $\frac{2}{3}$.

Tablica XII. (Wymioty i śmiertelność.) Wymiotowanie w następstwie chloroformowania, pozostawało bez wpływu na wypadki bez zrostów; miało zaś bardzo wyraźny wpływ szkodliwy na śmiertelność po operacjach w trudniejszych warunkach.

Tab. XIII. (Przegląd wycięć jajnika, dokonanych przez Koerberle'go według dat.) Operacje Koerberle'go wykonane od 2-go czerwca 1862 r. do 1go czerwca 1868 roku dzielą się w następujący sposób: W pierwszym roku na 6 wypadków 1 śmierć; w drugim na 4 wypadki 2 śmierci; w trzecim na 8 wypadków 2 śmierci; w czwartym na 9 wypadków 4 śmierci; w piątym na 19 wypadków 9 śmierci; w szóstym na 23 wypadki 6 śmierci.

Rezultaty po ciężkich owariotomiach polepszyły się nierównie w 1867—1868 roku. W tym bowiem czasie na 11 ciężkich wypadków było 6 uleceń, gdy tymczasem w ciągu 2-ech lat poprzednich na 12 wypadków 2 tylko były uleczenia. Pomyślniejsze te rezultaty przypisać należy nie indywidualnościom operowanych, lecz ulepszeniom w postępowaniu operacyjnym, w zaprowadzeniu których Koerberle ważny miał udział.

(Wiener Med. Wochenschrift Nr. 2, 1869.)

— † Ś. p. Dr. Jan Kosztulski. W dniu 8 b. m. umarł w Warszawie Dr. Kosztulski, a w dniu 11 t. m. czcigodne zwłoki jego złożone zostały na miejscu wiecznego spoczynku. Jak przed 8miu miesiącami (w dniu 28 maja z. r.) warszawskie ciało lekarskie godnie uczciło zasługi Kosztulskiego obchodem uroczystym 50-letniego jubileuszu sędziwego weterana; tak obecnie licznym zebraniem się dla oddania mu ostatniej posługi wymownie dowiodło, że zasługi ś. p. Jana były rzetelne i że koledzy w zupełności je oceniali. Rzeczywiście uczciwe służenie ludzkości w ciągu lat 50ciu, jedna dla siebie niezaprzeczone prawa wdzięczności ze strony publiczności i czci ze strony współkolegów: a każdemu wiadomo, że życie Kosztulskiego ubiegło wśród ciężkiej pracy dla bliźnich i dla nauki. Lekarze Warszawy utracili w osobie ś. p. Jana swego patryarchę, bo najstarszego ze wszystkich wiekiem. Dr. Kosztulski ur. 2 października 1790 r. na Białej Rusi (gubernia Witebska), nauki lekarskie studyował w Wilnie, gdzie w roku 1818 otrzymał stopień Dra po obronie rozprawy: „*de castratione.*“ Następnie praktykował w Kownie, zkąd w roku 1828 przeniósł się do Warszawy, której zatem służył przez lat 40. Tutaj różne piastował urzędy (członek urzędu lekarskiego i rady lekarskiej, akuszer miasta, lekarz obu więzień), czyniąc im zaszczyt niezmiordowaną pracą, połączoną z głęboką znajomością rzeczy. Cześć jego ceniom!

— Nagroda konkursowa Gazety lekarskiej. W Nrze 26 z dnia 28 grudnia 1867 r. Redakcja Gazety Lekarskiej celem zachęty do samodzielnych badań i wzbogacenia piśmiennictwa lekarskiego pracami treści poważniejszej, przeznaczyła r. sr. 150 jako nagrodę konkursową za najlepszą rozprawę, wypracowaną na temat następnego brzmienia:

„Wykazać doświadczeniami na zwierzętach źródła odradzania się kości w ogóle, a w szczególności udział okostnej (periosteum) w tej sprawie, oraz obserwacjami na chorych (operowanych) ludziach dowieść, jak wielkie jest znaczenie zachowania okostnej przy resekcyach (resectio subperiostealis) w następstwie rozmaitych wskazań dokonywanych (próchnienie, zgorzel, rany kości, stawy rzekome i t. p).“

Ponieważ na czas wyznaczony ani jedna praca nadesłana nie była, Redakcja nie cofa nagrody, ale utrzymuje tenże temat na rok bieżący, to jest do 1go stycznia 1870 roku.

Rękopisma nadesłane być winny do Redakcyi w m. grudniu b. r. z zachowaniem zwykłych warunków tajemnego konkursu.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej. Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
