

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.** Pouczające dwa błędy dyagnostyczne. Przez Prof. *Brodowskiego*. Znieczulenie (anaesthesia) za pomocą tlenku azotu. Skreślił *Alexander Scheller*. **Kronika Zagraniczna.** O przyczynach i zapobieganiu zgorzeli szpitalnej (gangraena nosocomialis). Przez *Dra Ulmer'a*. Streścił *Józef Nowak*. **Krytyka.** Przegląd psychiatryczny za rok 1868. Napisał *St. Chomętowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Oblakanych Śgo Jana Bożego w Warszawie, Członek tow. psych. niemiec. (Dokończenie). **Statystyka Lekarska.** Woda mineralna słono siarczano-alkaliczna Solecka; jej własności fizyczne i skład chemiczny. Przez Prof. *Romana Wawnikiewicza*. **Wiadomości bieżące.** Nowa droga karmienia ludzi. **Dodatek.** Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (Historja szpitala str. 173—180). Przez *Juliana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Farmakologii Tom II-gi arkusz 4ty, Farmakognozyi arkusz 30 i 31szy.

Pouczające dwa błędy dyagnostyczne.

Przez Prof. *Brodowskiego*.

Rozpoznanie choroby należy niezawodnie do najważniejszych zadań lekarza. Od niego zaczyna on swe czynności przy łożu chorego. Stosuje doń całe swe postępowanie. Opiera na niem rokowanie, od trafności którego jak wiadomo, więcej częstokroć niż od stosowności rad przezeń udzielanych dobre imię jego zależy. Byłoby to wielką niewdzięcznością względem współczesnej nauki, gdybyśmy nie uznali położonych przez nią wielkich zasług dla sztuki rozpoznawania chorób. Dzięki udokładnieniu metod badania chorych, wspartemu rozszerzeniem znajomości zmian anatomicznych i ich przebiegu, dziś rozpoznajemy z wszelką częstokroć ścisłością takie stany chorobne, o których bliżcy poprzednicy nasi najmniejszego wyobrażenia nie mieli; pomimo to jednak bardzo daleko nam jeszcze do upragnionej w tym względzie doskonałości. Dwa następujące wypadki najlepiej tego dowiodą.

W dniu 24 czerwca 1868 r. do oddziału mego w szpitalu Ujazdowskim przybył podoficer dymisyonowany Tomasz Włodarczyk, 55 lat wieku mający, mocnej budowy ciała i wcale niezłej jeszcze tuszy. Przywiodła go do szpitala niemożność pracy fizycznej, którą zarabiał na swe utrzymanie, spowodowana

zatchnieniem występującem nie tylko przy każdym większym wysiłku, lecz nawet podczas chodzenia cokolwiek śpieszniejszego. Prócz tego chory doznawał nieustannie uczucia ciężkości w piersiach. Początek swych cierpień Włodarczyk datował od końca roku 1867, t. j. od chwili jak zaczął uczuwać ciężkość w piersiach i doświadczać duszności podczas pracy. Tak jedna, jak druga bywały z początku nie wielkie, zwiększały się stopniowo, powoli, aż po 8miu, jak utrzymuje chory, miesiącach uczyniły go nie zdolnym do wszelkiej pracy. Nadto od kilku tygodni chory doznaje trudności w przełykaniu twardych pokarmów, zwłaszcza większych kęsków. Uprzednio Wł. cieszył się dobrą zdrowiem: podczas całej służby wojskowej, żadnej cięższej choroby nie przebywał, z wyjątkiem chorób oczu, w skutek których na lewe oko zaniewidział. Zrosty tęczy ze zgrubiałą torebką soczewki (*synechia posterior*) świadczą o przebytym mocnym zapaleniu tęczy.

Przy oglądaniu chorego uderzało przedewszystkiem znaczne rozszerzenie żył zaskórnych na szyi, kończynach górnych, klatce piersiowej i brzuchu, oraz wyraźny obrzęk twarzy, kończyn górnych i górnej połowy tułowia. Zarówno rozszerzenie żył, jak obrzęk z prawej strony były nieco znaczniejsze, niż z lewej. Szyja stosunkowo krótka, klatka piersiowa jak u emfizematyków beczkowata; prawa jej strona podczas wdychania słabiej się rozszerza od lewej: usta sinawe, twarz zaczerwieniona.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej z przodu otrzymaliśmy odgłos bezwzględnie tępy na bardzo znacznej przestrzeni. Nadmieniona przestrzeń ograniczała się z lewej strony linią prostą, poprowadzoną przez staw mostko-obojęczykowy lewy i lewą brodawkę piersiową; z prawej zaś strony granicę jej stanowiła linia łamana poczynająca się przeszło o 2 centymetry na zewnątrz od stawu mostko-obojęczkowego prawego, spuszczająca się ztąd ukośnie, równolegle mniej więcej do przedniego brzegu mięśnia trójkątnego ramienia (*m. deltoideus*), aż do górnego brzegu żebra trzeciego; ztąd wreszcie pionowo w odległości przeszło 3 ctm. na zewnątrz od brodawki piersiowej udaje się aż do okolicy wątrobowej. Granicę górną wzmiankowanej przestrzeni stanowił górny brzeg rękojeści mostka, u dołu zaś zlewało się ona bezpośrednio z okolicą tępego odgłosu wątroby. Na zewnątrz wymienionych granic: z prawej strony tak pod obojęczykiem jak i pod pachą pukanie dawało odgłos jasny lecz nie pełny, czyli tak zwany próżny, aż do dolnego brzegu 8go żebra; tu się zaczynał odgłos tępy wątroby i sięgał na jakie 3 ctm. poniżej łuku żebrowego (wątroba więc była cokolwiek obniżona i powiększona); z lewej zaś strony otrzymywaliśmy odgłos jasny i pełny na całej przestrzeni aż do 11go żebra, od którego zaczyna się tępy odgłos śledziony, która daje się z łatwością wymacać pod lewym łukiem żebrowym na przestrzeni blisko 3ch palców poprzecznych. Śledziona więc bardziej jeszcze była obniżona niż wątroba i znacznie od tej powiększona.

Na tylnej powierzchni klatki piersiowej opukiwanie także dawało odgłos tępy, lecz tylko na przestrzeni zawartej pomiędzy stosem kręgowym, 2ma liniami prostopadle doń poprowadzonymi przez 1szy i 6ty kręgi grzbietowe i trzecią równolegle

do tegoż stosu z prawej jego strony w odległości przeszło 4ch ctm. przechodzącą. Poniżej tej przestrzeni odgłos jasny wypukowy był znacznie pełniejszy, aniżeli na zewnętrznej jej stronie. Po lewej zaś stronie stosu kręgowego odgłos wypukowy był jasny i bardzo pełny od góry klatki piersiowej aż do 12go żebra.

P r z y s ł u c h na zewnątrz przestrzeni tępego odgłosu wypukowego z przodu klatki piersiowej z lewej strony i pod lewą pachą wykrywa szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*), z prawej zaś strony i pod prawą pachą osłabiony. W samym miejscu nadmienionego odgłosu tępego żadnych szmerów oddechowych nie słyhać, natomiast głowa badającego za każdym uderzeniem serca chorego doznaje tu lekkiego wstrząśnienia. Z tyłu klatki piersiowej na miejscu odgłosu tępego słyszemy oddech mocno oskrzelowy, poniżej szmer pęcherzykowy tu i owdzie z rżeniami świszczącymi, na zewnątrz zaś oddech pęcherzykowy bardzo osłabiony. Po lewej stronie stosu kręgowego szmer pęcherzykowy wzmocniony tu i owdzie mieszący się także z rżeniami świszczącymi.

Uderzenia serca bardzo słabe dają się wyczuwać w 5 odstępnie międzyżebrowym w odległości 1 ctm. na zewnątrz od linii brodawkowej lewej. W témże samym miejscu słyhać cokolwiek osłabione dosyć wyraźne jednak głosy serca; powyżej zaś ku środkowi kości mostkowej bardzo wyraźne a nawet wzmocnione głosy aorty i tętnicy płucnej, bez towarzyszenia zwykle tak jednym jak drugim żadnych szmerów. Niekiedy jednak przy wierzchołku serca dawał się słyseć obok zwyczajnego głosu słaby podmuch systoliczny. Zdarzało się to zwłaszcza wtenczas, kiedy chory był badany w obec znaczniejszej ilości osób obcych, a mianowicie zaciekawionych tym wypadkiem lekarzy, a więc gdy był wzruszony, niespokojny, lub gdy badanie skuteczniano, rozkazawszy uprzednio choremu przejść się po sali.

Tętno nie wielkie, cokolwiek przyśpieszone (80 na minutę), tak w tętnicach promieniowych, jak domózgowych i udowych najzupełniej współczesne z uderzeniami serca.

Chory niekiedy pokaszluje; oddycha spokojnie 19 razy na minutę, głos jego cokolwiek chrapliwy. Gorączki żadnej, apetyt dobry, trawienie prawidłowe.

R o z p o z n a n i e choroby w tym przypadku nie zdawało się być trudnym.

Najprzód nie wahaliśmy się wyłączyć tu chorób płuca prawego, opłucnej, serca i osierdzia.

Przeciw chorobom płuca świadczył nie tylko brak oddechu oskrzelowego na miejscu tępego odgłosu wypukowego z przodu klatki piersiowej po prawej stronie, lecz przede wszystkim za małe upośledzenie czynności oddechowej, dobry stan ogólnego odżywienia i dosyć znaczne zruszenie serca ze swego miejsca, że nie wspomniemy już o osłabieniu szmeru pęcherzykowego w części tegoż płuca dla powietrza dostępnej, które dowodziło ucisku tego narzędzia.

Co się zaś tyczy opłucnej, to jakkolwiek wysięk w przedniej połowie prawego jój worka wytłumaczyłby nam i ucisk prawego płuca i zepchnięcie serca na lewo, lecz uczyniłby najzupełniej nie możliwem wstrząsanie ręki lub głowy badającego, przyłożonej do téj części klatki piersiowej, za każdym uderzeniem serca.

Przeciw zaś chorobom serca i osierdzia, nie tylko mówiła za nadto wielka rozległość tępego odgłosu wypukowego z przodu, lecz i brak ogólnej wodnej puchliny, która począwszy od kończyn dolnych niezawodnie jużby się była rozwinęła do tego czasu

Pozostawał więc nam wybór pomiędzy tętniakiem workowatym wstępującej części aorty (*aneurysma saccifforme aortae ascendentis*) i nowotworem w śródpiersiu przedniem (*neoplasma in mediastino anteriori*).

Za tętniakiem przemawiało przedewszystkiem to powyżej wzmiankowane uczucie wstrząsania, jakiego doświadczała ręka przyłożona do piersi chorego, zwłaszcza po prawej stronie mostka, za każdym uderzeniem serca chorego; lecz nie podobna było nie uwzględnić braku objawów chorobnych towarzyszących większym tętniakom workowatym znajdującym się w tém miejscu. Pomijam tu brak szmerów mieszkowych, jako dosyć często zdarzający się przy większych nawet workach aneuryzmatycznych, zwłaszcza gdy te szczelnie są wypełnione w większej swój części skrzepem krwi o gładkiej powierzchni, zwróconej do światła naczynia. Lecz daleko większej doniosłości zdawał się być brak przerostu lewej komórki serca, stwierdzony tak osłabieniem uderzenia jego jak i systolicznego głosu przy wierzchołku. Wspomniony przerost przy tak olbrzymim tętniaku, jakiby w tym przypadku przypuszczać należało, tak blisko serca położonym zdawał się być koniecznym. Przy tak wielkich tętniakach aorty tętno w tętnicach po za workiem aneuryzmatycznym biorących początek powinnyby być cokolwiek spóźnione. Tego zjawiska także brakowało w tym przypadku. Zupełna jednostajność pulsu w obydwóch tętnicach promieniowych i domózgowych kazała się domyślać braku zapalenia błony wewnętrznej łuku aorty (*endoaortitis nodosa, s. deformans*): co przy wielkich tętniakach na wstępującej jój części byłoby wielką rzadkością. Przypuszczając nadto, tętniak workowaty wstępującej części aorty musielibyśmy się zgodzić na jedno z dwojga, t. j. że takowy się znajduje albo na wypukłej, albo na wklęsłej jój części. Miejmy zawsze w pamięci, że o innym jak olbrzymim tętniaku, mowy tu być nie mogło. Otóż w pierwszym przypadku powinnyby już oddawna nastąpić wypuklenie ściany klatki piersiowej z prawej strony mostka u góry; w drugim zaś — w skutek znacznego ucisku wywieranego na tętnicę płucną oddawna powinniśmy mieć zastój w całym układzie żylnym i jako następstwo takowego wodną puchliną ogólną, a nie objawy utrudnienia krążenia krwi w układzie żyły głównej zstępującej tylko. W ostatku przypuszczając tym razem w mowie będący tętniak, musielibyśmy się zgodzić na to, że takowy sięga aż do tylnej ściany klatki piersiowej: inaczéj bowiem nie umielibyśmy sobie zdać sprawy z otrzymywania powyżej wzmiankowanego bezwzględnie tępego odgłosu wypukowego z tyłu po prawej stronie stosu kręgowego. Otóż

· pomimo najusilniejszych poszukiwań nie zdołaliśmy wynaleść w literaturze ani jednego podobnego wypadku. Biorąc na uwagę ważność miejscowych stosunków anatomicznych, nam się nawet zdawało, że taki wypadek jest niemożliwy.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

Znieczulenie (*anaesthesia*) za pomocą tlenu azotu.

Skreślił Alexander Scheller.

Dążność humanitarna, do osłodzenia chorym cierpień, doznawanych przy operacjach chirurgicznych, już od najdawniejszych czasów, zniewalała chirurgów do wyszukiwania środków, uczucie bólu łagodzących.

Początek używania anestetyków, sięga już odległej starożytności, gdzie u Greków i Rzymian, używano w tym celu kamienia z Memphis (*Velpéau*); w wiekach średnich chirurgowie włoscy i francuzcy, dla znieczulenia chorych, używali najrozmaitszych środków narkotycznych.

Nie przeto dziwnego, że obecnie, gdzie się we wszelkich umiejętnościach przebija szlachetny postęp, dążność do coraz wyższej doskonałości, gdzie względy ludzkości coraz głośniej przemawiają, każdy nowo się pojawiający środek anestetyczny, chciwie przez chirurgów pochwyconym i przy operacjach zastosowywanym bywa.

Najbardziej rozpowszechnionymi środkami anestetycznymi, są niezaprzeczenie, odkryte ku końcowi pierwszej połowy obecnego stulecia, eter i chloroform. Oprócz nich, liczbę anestetyków w nowszych czasach zwiększyły amylen i wprowadzony przez *Richardsona* chlorek chlorometylu i chlorek trójchlorometylu (dwuchlorek węgla).

Nie jest zamiarem naszym, rozebrać tu w krytycznym poglądzie, znane czytelnikom zalety i wady każdego z wyżej wymienionych środków, dosyć będzie zwrócić uwagę na nieprzyjemną woń eteru i chloroformu, na odrażający zapach amyleny i na drażniący wpływ tych środków na drogi oddechowe, a w razie połykania ich i na przyrząd pokarmowy, — wreszcie, długi stan excytacyi, napady tężca i szczękocisku, przykre następstwa znieczulenia jak ból głowy, nudności, wymioty i zdarzające się czasami nagłe przypadki śmierci.

Oto są powody, odstrasżające nas od zastosowywania anestetyków, przy pomniejszych, a jednakże często niemniej dolegliwych operacjach.

Nad dwoma ostatnio wymienionymi środkami, t. j. chlorkiem chlorometylu i chlorkiem trójchlorometylu jako daleko silniej działającymi od eteru i chloroformu, nadto z powodu znacznej ilości chloru w nich zawartego, daleko niebezpieczniejszemi, nie uważamy potrzeby dłużej się rozwodzić, a przeto z pominięciem ich, pragniemy zwrócić uwagę czytelników, na nowy środek, który przy ostrożnym zastosowywaniu (jak to liczne doświadczenia wykazują) nie jest niebezpiecznym, a nadto któremu żadna z wyżej wymienionych dolegliwości nie towarzyszy.

Nim rozwiemy przed oczyma czytelnika obraz działania tlenku azotu zestawiony podług innych i własnych doświadczeń, podamy choć w krótkości własności chemiczne anestetyku, o którym mówić zamierzamy.

Tlenek azotu (*nitrogenium oxydulatum*) NO, odkryty przez Priestley'a w roku 1776, jest gazem bezbarwnym, smaku słodkawego, ciężaru gąnkowego (uważając powietrze atmosferyczne = 1) 1,527. Gaz ten w niektórych swych własnościach, ma wielkie podobieństwo do tlenu, co spowodowało Davy'go do mniemania, że tlenek azotu, może przez pewien czas zastąpić tenże w organizmie, jednakże mniemanie to, według doświadczeń L. Hermana'a okazało się mylném.

Tlenek azotu, podtrzymuje palenie się ciał, które płoną w nim, z blaskiem podobnym jak w tlenie; zmieszany z dwoma objętościami wodoru, daje mieszaninę piorunującą, przyczém się rozkłada na azot i wodę.

Tlenek azotu jest zgęszczalnym; zamienia się przy 0°C pod ciśnieniem 30—50 *) atmosfer, na płyn, który wrze przy 88°C; płyn ten parując wywiązuje takie zimno, iż się temperatura pozostałej jego części szybko obniża do 105°C, a natenczas tlenek azotu zamienia się na ciało białe, krystaliczne.

Płyn ten, może być przez 1/2 godziny utrzymywany w butelkach szklanych, umieszczonych w mieszaninie oziębiającej; przy doświadczeniach z nim należy być bardzo ostrożnym, gdyż kropelka dostawszy się na skórę, powoduje mocne oparzenie.

Tlenek azotu wdychany, wywołuje rodzaj upojenia, w towarzystwie przyjemnych marzeń, nadto wzbudza żywość i wesołość, a ztąd też otrzymał nazwę gazu wesołości (*Lustgas*). Dłuższe oddychanie nim wywołuje zupełną anestezję.

Davy w roku 1807 zwrócił pierwszy uwagę na własności anestetyczne tlenku azotu i używał go do znieczulenia; w krótee jednakże środek ten zarzuconym został. W roku 1844 amerykańnin Horace Wells, usiłował rozpowszechnić użycie tlenku azotu, lecz śmierć jego i kilka publicznych doświadczeń, które się niezawodnie w skutek zanieczyszczenia gazu, nie udały, spowodowały, że anestetyk ten, powtórnie zapomnieniu podpadł.

W roku 1863, dentysta amerykański Porter, a według innych C olton, na nowo gaz ten do praktyki chirurgicznej wprowadzili i wyjednali mu ogólne uznanie, tak, że się tlenek azotu jako środek anestetyczny, coraz bardziej rozpowszechnia, a tam gdzie się zastosować daje, trzyma palnę pierwszeństwa, przed wszelkimi innymi anestetykami.

Tlenek azotu otrzymuje się najlepiej przez ogrzewanie azotanu amonii, przyczém się sól ta topi, wrze, a następnie rozkłada się na tlenek azotu i wodę; działanie tu zachodzące objaśnia nam następujący wzór: $\text{NH}_4\text{O}, \text{NO}_3 = 2 \text{NO} + 4 \text{HO}$.

*) Autorowie nie zgadzają się co do ciśnienia pod którym się NO zamienia na płyn; i tak podczas gdy Gornp-Besanez potrzebne do tego ciśnienie przy 0°C podaje na 50 atmosfer, Regnault i Wurtz powiadają, że przy 0°C potrzeba tylko ciśnienia około 30 atmosfer.

Nadmienić nam wypada, że azotan amonii nie powinien być ogrzewanym zbyt silnie, gdyż przy temperaturze przewyższającej 260—270° Cels, wywiązuje się tlenek NO_2 , który przy zetknięciu się z tlenem powietrza, przechodzi na kwas podazotny NO_3 , oddziaływający szkodliwie na drogi oddechowe.

Pierwszym warunkiem spokojnej i dokładnej anestezji tlenkiem azotu, jest zupełna jego czystość, która znowu zależy od czystości preparatu, do produkcji używanego.

Azotan amonii, bywa zanieczyszczonym siarczanami, węglanami i chlorkami, które to zanieczyszczenia, w roztworze tej soli, łatwo wykryć się dają, za pomocą roztworu chlorku baryty w dwóch pierwszych i azotanu srebra w ostatnim przypadku. Te same odczynniki mogą posłużyć do badania czystości gazu, który nadto może być zanieczyszczonym tlenkiem azotu.

Ostatnie to zanieczyszczenie, wykrywa siarczan żelaza, barwiący się wtedy na kolor brunatny.

Do produkcji i inhalacji tlenku azotu używam aparatu White'a, którego budowa jest następująca.

Azotan amonii, ogrzewa się po nad lampką spirytusową w retorcie, opatrzonej u góry tubusem, w którym umieszczony jest termometr; długość szyjki retorty wynosi około 35 centymetrów.

Wywiązujący się tu gaz, przechodzi do aparatu Woulffa, składającego się z 3ch butelek o 3ch szyjkach. W 1ej butelce mieści się roztwór siarczanu żelaza, którego przeznaczeniem jest, pochłaniać mogący się wywiązać tlenek azotu; ztąd gaz przechodzi do butelki drugiej, w której się mieści roztwór sody gryzącej, który pochłania wywiązujące się kwasy i chlor; to samo ma się również uskutecznić w butelce 3ej, która zawiera roztwór węglanu sody. Z butelki tej, komunikującej za pomocą rurki, zamkniętej kruczkiem i służącej do badania gazu, na zewnątrz, gaz ostatecznie przechodzi do gazometru.

Ponieważ woda zimna pochłania nierównie więcej gazu, od wody ciepłej, najlepiej przeto jest zbierać takowy nad tą ostatnią, co się jednakże przy produkcji w większych rozmiarach uskutecznić nie daje; natomiast dla zmniejszenia chłonności wody w gazometrze, dodajemy do niej nieco węglanu sody.

Z gazometru którego budowa podobną jest do spirometru, (używanego w laboratorjach fizyologicznych) z umieszczoną po boku skalą, pokazującą ilość zużytego gazu, tlenek azotu wychodzi rurką wdechową (ze średnicą 1½ centym), zakończoną mundsztukiem konstrukcyi Sauer'a. Mundsztuk ten, wyrobiony z kauczuku, obejmuje nos i usta i daje się szczelnie przypasować do każdego składu twarzy. Przed mundsztukiem znajduje się kran, w którym umieszczona jest kłapa, otwierająca się przy inspiracji, pozwalająca wdychać gaz z gazometru, natomiast przy expiracji kłapa ta się zamyka; w dolnej części kranu znajduje się druga kłapa, zamykająca się przy wdychaniu, a pozwalająca wyjść powietrzu z płuc wydychanemu.

Na boku mundsztuka, umieszczony jest wentyl, otwierający się do wewnątrz i służący do przypuszczenia powietrza atmosferycznego, jeżeli nie chcemy, aby chory oddychał czystym gazem.

Do napełnienia gazometru, obejmującego 50 gallonów gazu (1 gallon = 277 1/4 cali kubicznych angielskich) potrzeba około 1 3/4 \mathcal{H} azotanu amonii, a cały proces wywiązywania, zajmuje przeszło trzy godzin czasu.

Roztwory w butelkach W o u l f f a , mogą być używane do 3ch lub 4ch produkcji, a wodę w gazometrze, należy odnawiać co 6-8 tygodni.

Co do samego gazu, takowy nie powinien być przechowywany dłużej nad 2 tygodnie, a gaz dłużej przechowywany, należałoby za każdą razą przed użyciem, wypróbować wskazanemi powyżej odczynnikami.

Jużeśmy nadmienili, że NO jest zgęszczalnym, własność tę zużytkował, pierwszy dentysta paryzki Dr. E v a n s , kazawszy sobie przyrzadzić NO w stanie ciekłym. Tlenku azotu w postaci płynu dostać można u pp. C. A s h e t S o n s w Berlinie, którzy rozsyłają ten gaz w butelkach żelaznych, zawierających około 14 gallonów gazu. NO w stanie ciekłym daje się nierównie dłużej przechowywać od gazu, nadto stan ciekły tlenku azotu daje nam już niejako rękojmię czystości jego.

Z drugiej jednakże strony, jeżeli zwrócimy uwagę, na wysokie ciśnienie pod jakim NO w butelkach pozostaje (30—50 atmosfer) i mogące ztąd wyniknąć przypadki, nadto na połączone z trudnościami nabycie tlenku azotu w płynie, jako téż na wiele innych niedogodności, jakie zastosowaniu jego pod tą formą towarzyszą, odrzucimy NO w stanie ciekłym, uważając zastosowanie jego (jak na teraz przynajmniej) u nas za niepraktyczne i prawie niepodobne.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach i zapobieganiu zgorzeli szpitalnej (*gangraena nosocomialis*). *)

Przez Dr. U l m e r'a.

Streścił Józef Nowak.

Pod zgorzelą, jak wiadomo, rozumiemy zupełne powstrzymanie zmiany materji w pewnej części ciała. Wskutek tego następuje szybki rozpad tkanki, i chemiczny rozkład części zajętej zgorzelą.

Tylko nie zawsze przy zgorzeli większe części obumierają, ale może mieć także miejsce i ograniczony częściowy rozpad: p r o c e s t e n z a t e m g r a n i c z y z f o r m a m i w r z o d ó w , a nawet w pewnym stosunku jest tylko i l o s c i o w ą i c h odmianą.

Zgorzel powstaje albo wskutek od zewnątrz na ciało działających przyczyn, bez względu na to, czy te wówczas działają na cały organizm czy tylko na ograniczone miejsce; albo przez wewnętrzny moment oddawna w ciele obecny i powolnie się wytwarzający, który obecność swą zdradza dopiero przy wadliwej zmianie materji w pewnej części ciała lub w całym organizmie.

Stosownie do tego mamy różne rodzaje zgorzeli. Wszystkie jednak modyfikacje tejsze, wyróżnione na podstawie momentów przyczynowych pozwalają się podciągnąć pod rubryki zgorzeli z i m n é j l u b g o r ą c é j , s u c h é j l u b w i l g o t n é j .

*) Rozprawa konkursowa uwieńczona nagrodą B r e n d l'a przez komisję wojskową zdrowia w Wiedniu, na temat: „Jakie są przyczyny prawie bez przerwy, w niektórych szpitalach, występującej zgorzeli szpitalnej? Jakie są środki potrzebne do powstrzymania tejsze, i które z nich mogą znaleźć zastosowanie w szpitalach wojskowych? Czy jest wskazaném odosobnienie uległych zgorzeli szpitalnej, czy nie?

Naszém zadaniem wyjaśnić tylko zgorzel szpitalną. Ta widocznie co do swego powstawania jest zgorzelą gorącą, a co do produktów patologicznych, jakie składa,— odmianą wilgotną tejże.

Przejrzyjmy określenia zgorzeli szpitalnej a znajdziemy, że w nowszym czasie wyobrażenia rozmaitych chirurgów niezbyt się różnią od siebie.

C h e l i u s widział w zgorzeli szpitalnej właściwy rozkład części organicznych, którego powodem było działanie pewnego zarazka i który objawia się pod różliczną postacią.

E r i c h s o n jest jasniejszym. Rozumie on pod swą „*sloughing phagadaena*“ zgorzel miazszową zarazkową natury, odznaczającą się procesem wrzodzenia szybko się wzmagającym, któremu ulegają otwarte wrzody i rany, i który charakteryzował się mocno przylegającym strupem zgorzeliowym.

B u r g e r znajduje już w tym procesie „zgorzeliowy stan rani wrzodów, spowodowany przez właściwy zarazek, który się w części samodzielnie wytwarza, w części zaś rozmnaża się przez dalsze szerzenie się procesu.

Najjaśniejszym jest jednak E m m e r t. Rozumie on pod zgorzelą szpitalną „zgorzeliowe zwyrodnienie rani wrzodów, wskutek jeszcze nieznanego miazmatyczno-zarazkowego czynnika, który się w części samodzielnie wytwarza, w części zaś rozradza przez dalsze szerzenie się procesu.

Przy tak jasnych wyobrażeniach różnych chirurgów nie potrzebujemy nad tym przedmiotem dalej się zastanawiać. My pod zgorzelą szpitalną rozumiemy właściwy rozpad (częściową śmierć) pewnego miejsca, na powierzchni ciała, przedtém zranionego lub owrzodzonego, wywołany przez przyjęcie specyficznie zarażającego czynnika albo samoistnie wytwarzającego się, albo co się częściej zdarza już obecnego w ciele a tylko szerzącego się dalej. Obumarła część ciała traci swą budowę, i ulega potem, jako położona na zewnątrz zmiany materji, ogólnym procesom chemicznym.

Zaznaczymy tylko to tutaj, że zgorzel szpitalna poniekąd nosi niesłusznie swą nazwę, bo chociaż przedewszystkiem do szpitali, to jednak nie w zupełności do nich tylko jest przywiązana. P i t h a, G r o h, F o e k, G u r l t i inni, wspominają o zgorzeli szpitalnej będącej u chorych znajdujących się w prywatnych mieszkaniach.

P i t h a podaje naprzykład, że obserwował małą epidemię zgorzeli szpitalnej 1850 r. w Pradze, podczas której choroba ta rozszerzyła się i w szpitalach, chociaż wielu z chorych, nie mających żadnego stosunku z dotkniętymi podobnym cierpieniem, przybyło do szpitala ze zgorzelą szpitalną już na zewnątrz tegoż powstałą.

G r o h wspomina, że w 1850 i 1851 r. w wielu miejscowościach Czech zgorzel szpitalna epidemicznie wystąpiła. Między innymi badacz ten widział w Brandeis epidemię, z 59 przypadków złożoną; było to w szpitalu powstałym z tamtejszego zamku, w którym miejscowe wpływy i nieczystość, przyczyniły się do wywołania téj choroby.

F o e k i G u r l t obserwowali, w 1858 r., 6 przypadków zgorzeli szpitalnej na berlińskiej poliklinice. Trzech chorych przybyło do szpitala (z zewnątrz) z tém cierpieniem znacznie już posuniętém. W tymże zakładzie zachorowało wówczas najprzód 2ch mężczyzn: jeden z nich był następcą łóżka, a drugi sąsiadem podobnego chorego. Szósty przypadek wydarzył się znów sporadycznie i tyczył się chorego na zgorzel szpitalną przyjącego z zewnątrz do Hedwigs-Spital.

Te już spostrzeżenia dowodzą nam, że miazma szpitalna jako jedyną przyczynę zgorzeli szpitalnej należy odrzucić; zdanie to zaprzeczające istnienia miazmatu szpitalnego jest jeszcze na innych spostrzeżeniach oparte. R. L i s t o n obserwował 1837 r. epidemię, której 30 chorych uległo; przy tem nie można było przypisać żadnej winy zakładowi; za punkt wyjścia posłużyła będąca już na wyleczeniu rana po odjęciu przedramienia. Podobne spostrzeżenia podali E r i c h s o n 1841 r. w *University College Hospital*; L a w r e n o e i S t a n l e y 1846 r. w *Bartholomäus-Spital*; H a w k i n s 1847 r. w szpitalu St. George'a;

i Fischer 1854 r. w *Berliner Charité*. W Charité powstała zgorzel w listopadzie, na sali zajętej w październiku, a przez całe lato stojącej próżno, dobrze przewietrzonój, obszernej i bardzo jasnej. Tylko 2 sąsiadki pierwszój chorój zachorowały i choroba znikła, ukazując się znów w marcu bez żadnej przyczyny na témże samém miejscu, na którém pierwsza pacjentka leżała.

Zapewnie dostatecznemi są przytoczone tu dane, aby udowodnić najprzód, że wystąpienie zgorzeli szpitalnej jest niezawisłym od szpitali a nawet od przestrzeni zewnątrz szpitalnej i powtórę, że szpitale dopomagają bez zaprzeczenia także do rozpowszechnienia się choroby, nie są jednak urzędzeniami, które poczytujemy za przyczyny zgorzeli szpitalnej.

Te przytoczone wyżej i stwierdzone fakta zniewoliły mężów jak Schuh, Pitha, Billroth i Groh przyjąć zdanie, że zgorzel szpitalna jest cierpieniem epidemiczném, któremu szpitale dopomagają w natężeniu i rozciągłości, podobnie jak każdój innój epidemicznój chorobie; Pitha nawet posuwa się jeszcze nieco dalej od innych, dowodząc, że zgorzel ta zależy wprost tylko od szkodliwości epidemicznych, że przebiega zupełnie niezależnie od przypadków szpitalnych, a zawsze współcześnie z innymi epidemicznie przytrafiającemi się chorobami, jak cholera, tyfusem, gorączką pologową i plicnicą.

Zgorzel szpitalna jest bezwątpienia dawno znaném cierpieniem. Choroba ta opisana była najprzód w r. 1772 przez francuza La Motte'a pod nazwą *pourriture*, a nieco później jeszcze ściślej przez Pouteau, który sam uległ temu cierpieniu.

Z Anglików między innymi byli Rollo i Galliespie, którym znana była zgorzel szpitalna. Galliespie jednak, wyprowadzając cierpienie to z ukłucia muskietów, widocznie chorobę naszą pomyślał z czarną krostą.

Moment ten Galliespie'a sprowadzający zgorzel szpitalną nie ma dziś znaczenia, ale ze wspomnianych dotąd już jasno widzimy, że etiologia tego cierpienia jeszcze długo nie będzie wyswietloną.

Wielu autorów jest zdania, że zgorzel szpitalna jest czysto miejscowém cierpieniem, powstającym wskutek zaszczepienia (*inoculatio*) lub przeniesienia specyficznego jadu zgorzeli szpitalnej na rany lub owrzodzone części ciała; — fakt, sprawdzony przez szczepienie w części przypadkowe, w części zaś umyślne zgorzelinowój posoki z jednéj osoby na drugą (Oliwier, Rust). W doświadczeniach podobnych niektórzy nawet z badaczy studiowali czas wylegania się (*incubatio*) i znaleźli, że cierpienie to potrzebuje na wyleganie się od 36—48 godzin.

Z powodu udania się tych szczepień znajdujemy mężów, jak Rollo, Wellbank, Blakleder i Delpesch utrzymujących stanowczo, że zgorzel szpitalną uważać należy za cierpienie miejscowe, zaszczepialne i mogące się zaszczepiać. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

RYTYKA.

Przegląd Psychiatryczny za rok 1868.

Napisał Stanisław Chomętowski, Lekarz Ordynujący w szpitalu obłąkanych Śgo Jana Bożego w Warszawie, członek towarzystwa psychiatrów niemieckich.

(Rzecz czytana na posiedzeniu oddziału chorób umysłowych, nerwowych i psychiatry sądowej W. T. L. dnia 11 stycznia 1869 roku.

(Dokończenie)*).

Gazeta Lekarska rozpoczęła opis szpitali w Królestwie Polskiem istniejących, skreśleniem dziejów i stanu obecnego, najmniej może z pomiędzy nich znanego szpitala Śgo Jana Bożego w Warszawie dla obłąkanych mężczyzn, które podał naczelny lekarz tego zakładu Dr. Rothé (2). We wstępie, autor wyluszcza powody jakie go skłoniły do

*) Patrz. Nr 41, Gaz. Lek.

skreślenia opisu szpitala, który nie może iść w porównanie ze znaczną liczbą zakładów zagranicznych tego rodzaju, odpowiadających dzisiejszym wymaganiom nauki tak pod względem leczniczym, jako też urządzeń administracyjnych i architektonicznych, to wszakże nie zasługuje na krzywdzące zdanie wyrzuczone przez L a s s e g n e'a w t. XII *Annales medico psychologiques*, który powiada, że my nie mamy zakładu do leczenia chorób umysłowych we właściwym tych słów znaczeniu, że to są raczej oddziały, „gdzie bat i chłosta, jest jednocześnie i kuracją i dozorem.“ Następnie kreśli autor w części historycznej dzieje szpitala, niegdyś do braci miłośierlzia należącego, założonego pierwotnie przez kanonika Płockiego Tomasza R u p n i n a, na gruncie darowanym przez Bogusława L e s z c z y Ń s k i e g o, wielkiego podskarbiego koronnego w połowie XVII go wieku. Po rozdziale obejmującym historią zakładu, następuje opis budowli i ich urządzenia tak wewnętrznego jak i zewnętrznego. W rozdziale p. t. *zarząd*, wyszczególnia autor władze pod jakimi pozostaje szpital, oraz listę imienną osób w nim służących, z oznaczeniem wysokości płacy rocznie przez nich pobieranej, kreśli obowiązki naczelnego lekarza, lekarzy ordynujących i urzędników administracyjnych, następnie wymienia cel i środki zakładu, warunki i przepisy na jakich przyjmowani są i wypisywani chorzy uleczalni lub nieuleczalni ale nie szkodliwi. Po tém następuje podział chorych, ich żywienie i leczenie. W końcu rozprawy podany jest wykaz statystyczny ruchu chorych za ostatnie lat 24, z którego widoczna jest co rok prawie powiększająca się liczba obłąkanych leczonych w tu-tejszym zakładzie. Tu jeszcze winniem nadmienić, że i w rozdziale: budowle i ich urządzenie autor zwracając uwagę na nieodpowiedniość celowi dzisiejszego zakładu w porównaniu do zagranicznych, budowanych lub przerabianych w nowszych czasach, czyni wszakże wzmiankę, że ulepszenia, jakie porobione zostały w ostatnich czasach w szpitalu Ś-go Jana Bożego wpłynęły stanowczo na znaczne powiększenie liczby chorych, skutkiem coraz więcej budzącego się zaufania do zreorganizowanego w znacznej części instytutu. Wiemy dobrze, jak ścisły zachodzi stosunek pomiędzy nauką o leczeniu obłąkanych a organizacją zakładów do ich pomieszczenia przeznaczonych, z tego też względu rozprawa Dra R o t h e g o jest zarówno zajmująca jak i pożyteczna dla każdego lekarza, którego psychiatria bliżej zajmuje, a dla historii medycyny krajowej stanie się jedynym i nieocenionym źródłem. Autorowi nadto musimy i w tém przyznać zasługę, że pracą swoją połał podobno pierwszy myśl redakcyi Gazety Lekarskiej, do wydania rysu historyczno-statystycznego szpitali w Królestwie Polskiem, którego to dzieła stanowiącego bezpłatny dodatek do Gazety, opis szpitala Ś-go Jana Bożego jest pierwszą częścią. Też samą rozprawę ogłosił drukiem Dr. R o t h e w języku niemieckim (3), w czasopiśmie Berlińskim: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, organie stowarzyszenia psychiatrów niemieckich, wychodzącym pod dyrekcją Dra L a e h r a, i cieszącym się od lat wielu w całym ucylizowanym świecie uznaną wziętością.

O sprawozdaniu z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych (5), napisanej również przez Dra R o t h e g o, powiemy to tylko ze względu na szczupłość rozmiarów niniejszego przeglądu, że takowe tak pod względem wyczerpującej prawie statystycznej części, licznymi komentarzami objaśnionej, jako też z powodu licznej i zajmującej kazuistyki, śmiało może rywalizować z najlepszymi w tym kierunku wypracowaniami, ogłaszanymi w czasopismach specjalnych niemieckich. Musimy tu wreszcie obszerniejszą podać wiadomość o u r z ą d z e n i u i b u d o w i e z a k ł a d ó w d l a o b ł ą k a n y c h (4), rozprawie ogłoszonej w języku ruskim, a stanowiącej sprawozdanie urzędowe Dra R o t h e g o, z 4-miesięcznej podróży naukowej, odbytej przez autora z polecenia J. W. hrabiego Namiestnika Królestwa, w celu zbadania tak rozmaitych sposobów opieki nad obłąkanymi jako też urządzenia i budowy zakładów dla ich leczenia i pielęgnowania przeznaczonych, a to w celu ułożenia planu mającego się budować pod Warszawą centralnego domu dla chorych umysłowo-cierpiących. Autor na początku sprawozdania zwraca uwagę jak zarówno z postępem samej psychiatrii i ze zwiększającą się corocznie prawie liczbą obłąkanych, zakłady dla ich leczenia przeznaczone, ulegały coraz większemu udoskonaleniu. Sposoby, w jakie została rozciągnięta w Europie opieka nad obłąkanymi dadzą się rozdzielić na 5 kategorii:

1) Zakłady zamknięte, przeznaczone zarówno tak dla leczenia jak i dla pielęgnowania chorych, albo wyłącznie dla jednego tylko z tych celów.

2) Opieka tak zwana familijna, to jest wśród własnych rodzin chorych, albo wśród rodzin obcych.

3) Kolonia na podobieństwo Gheel w Belgii.

4) Kolonie rolnicze urządzone przy zamkniętych zakładach, jak np. Einum przy Hildesheim w Niemczech lub Fitz-James i Becqrel przy Clairmont-sur-Oise we Francji.

5) Zakłady zamknięte zostające w jak najściślejszym związku z kolonią, z którą stanowią jedną nierozdzieloną całość.

Autor rozbierając po kolei pięć powyższych kategorii i wykazując niedogodność rozmaitych systematów, a przede wszystkim wyłącznej kolonizacji obłąkanych, oddaje pierwszeństwo zakładom zamkniętym, przeznaczonym zarówno dla leczenia jak i dla pielęgnowania nieuleczalnych chorych (*Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt*), stanowiących jedną nierozdzieloną całość z fermą czyli kolonią rolniczą.

Autor radzi zaprowadzić ten ostatni rodzaj pielęgnowania umysłowo cierpiących, przy urządzeniu nowego zakładu centralnego pod Warszawą, stawiając następujące wnioski:

1) Zakład pozostający w związku z dobrze urządzoną fermą wywiera zbawienny wpływ na leczenie i pielęgnowanie chorych.

2) Rozchody na utrzymanie samego zakładu znacznie zostaną zmniejszone, przez rozumne zużytkowanie i rozdział pracy chorych, wszakże nie w tym stopniu jak utrzymywał Dr. Brandes, aby chorzy sami na całkowite utrzymanie swoje mogli zarobić.

3) Tylko zakład obszerniejszy może dostarczyć odpowiednie środki do pracy, a nawzajem w takim tylko zakładzie praca chorych może mieć pewne znaczenie dla budżetu instytucji.

Zakład i ferma czyli kolonia rolnicza powinny znajdować się pod zarządem wyłącznym naczelnego lekarza, zwanego dyrektorem, we wszystkich zakładach niemieckich, szwajcarskich, a w części i w nowo urządzonych francuskich.

Warszawski zakład ma być przeznaczony zarówno dla leczenia jak i dla pielęgnowania obłąkanych, tak zamożniejszych jak i uboższych, z tego względu przy budowie takowego zwraca autor uwagę na następujące okoliczności:

1) Miejscowość, na której zakład ma stać. 2) Naturę gruntu, powietrze i wodę. 3) Obszerność samej miejscowości. 4) Kształt samego zakładu. 5) Ścisły rozdział pod względem płci. 6) Pensjonat i oddział ogólny. 7) Różne oddziały samego zakładu. 8) Pomieszkania chorych tak dzienne jak i nocne. 9) Urządzenie wewnętrzne. 10) Ogrody i pola otaczające.

Z rozbioru tych dziesięciu punktów wyjmujemy ten tylko szczegół, że miejscowość przeznaczona na budowę nowego zakładu znajduje się tuż po za miastem *) w odległości wszakże tak niewielkiej, że z łatwością nowi chorzy mogą być dostawiani i studenci medycyny będą w stanie odwiedzać zakład w celu praktycznego obznajmienia się z psychiatrią. Jedyną niedogodnością owęj miejscowości według autora jest jej niskie i wilgotne położenie. Ilość wody jest zupełnie wystarczająca na potrzeby całego zakładu. Przestrzeń ziemi na budowę przeznaczoną również jest dosyć rozległą, wszakże autor proponuje jeszcze, aby takową powiększyć, a to ze względu:

1) Że przestrzeń ta byłaby zbyt szczupłą w razie konieczności powiększenia zakładu, a mianowicie, gdyby proponowane fermy zostały urządzone.

2) Żeby zakład nie był ścieśniony budynkami, stojącymi na granicy jego terytorium, gdyż bezwątpienia ściąganie on nowych mieszkańców sąsiednich, rachujących na materialną korzyść.

3) Żeby fabryki i zakłady mogące pobudować się w tej stronie miasta nie sprawiały hałasu szkodliwego dla chorych, oraz żeby nie mogły stać w bliskości karczmy i szynkowni, które mogłyby szkodliwie wpłynąć na służbę.

Dalszych szczegółów odnoszących się do projektowanej budowy nie uważamy tém bardziej za stosowne podawać, że praca Dra Rothego wkrótce o ile nam wiadomo,

*) Na gruntach zakupionych przez rząd od adwokata Flama w bliskości dworca kolei Terespolskiej, pomiędzy tą koleją a drogą bitą do Lublina.

ma być ogłoszoną i w języku polskim w jednym z tutejszych pism lekarskich. Porównując sprawozdanie Dra Rothego z licznymi dziełami wydawanymi na zachodzie, a traktującymi kwestye odnoszące się do budowy i wewnętrznego urządzenia zakładów dla obłąkanych, jak Sajfer'a, Rénaudina i tylu innych autorów, musimy wyznać, że sprawozdanie, które mamy przed sobą przewyższa jasnością, łatwością a nawet pewnym wdziękiem stylu twory wzmiankowanych autorów, — a streszcza doskonale tak ich poglądy, jako też własne uwagi autora z obserwacji zagranicznych zakładów zaczerpnięte. Rozprawa ta nadto zarówno może zająć lekarza specjalistę lub niespecialistę, jak i każdego innego ukształconego człowieka, będąc dla jednych pouczającą a dla drugich ciekawą.

Sprawozdaniu kol. Lubelskiego z oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus (15) podobnie jak i zeszłorocznemu z oddziału epileptyczek w Klinice pomieszczonego, zarzucilibyśmy niewłaściwość tytułu. Artykuł ten bowiem nie tyle ma na sobie cechy ścisłego naukowego sprawozdania, jakich wyborne przykłady mamy w literaturze naszej w sprawozdaniu kol. Rothego, lub w sprawozdaniach szpitalnych i klinicznych ś. p. Le Brun'a. Artykuł kol. Lubelskiego napisany gładkim stylem i zawierający nie jedną pouczającą wiadomość, zaliczyć raczej wypada do kategorii tak zwanych *Causeries médicales*, których liczne przykłady podają nam felietony czasopism lekarskich paryzkich. Mamy wszakże nadzieję że w przyszłości Szanowny kolega zużytkuje obszerną znajomość tak przedmiotu samego, z którym tak gruntownie jest obeznany, również jak i literatury zagranicznej, dotyczącej psychiatrii, na ułożenie ścisłego i obszerniejszego sprawozdania, w któremby zarówno uwzględniona została część statystyczna jak i kazuistyczna. W każdym razie nie chcemy nawet porównywać pracy kol. Lubelskiego, uważanej nawet jako sprawozdanie, ze sprawozdaniem Dra Karcewskiego z Kowanówka (16), które jest po prostu tylko gawędą popularną — ale nie naukową. Z zarzutu uczynionego wytlómaczyć się winienem, aby o stronność nie być posądzonym. Na stronie 331 autor jako formę nosologiczną przyjętą w zakładzie podaje: *szaleństwo jednostronne (monomania)*, na którą z ogólnej liczby chorych 129, leczonych w zakładzie, miało chorować aż 17. Zdumieni bylismy jak w r. 1868 można sobie tak zażartować z czytającą publicznością, gdyż podanie w klasyfikacji naukowej psychiatrycznej nazwiska monomanii, za żart chyba lub mistyfikacją uważać należy. Niepodobna bowiem przypuścić aby lekarzowi specjaliście nie znana była słynna rozprawa Falreta (ojca), przed laty kilkunastu już wydana: *De la non-existence de la Monomanie*, jako też późniejsze prace w tymże samym przedmiocie autorów niemieckich, które udowodniły że *Monomania* w rzeczywistości nie istnieje i istnieć nie może, gdyż *assocyacja idei* nie dozwala nigdy na to, aby chory wśród zdrowego stanu umysłu o jednym tylko przedmiocie miał chorobliwe, obłądne pojęcie. Gdyby tak było nawet w rzeczywistości, to już skutkiem *assocyacji idei*, wszelkie pojęcia mające z owym obłądnym pojęciem jakkolwiek wspólność lub styczność byłyby również obłądne. Tymczasem codzienna obserwacja poucza, że przy tak nazwanym obłądnie częściowym (*mania partialis*), niewłaściwie dawniej *monomanią* nazywanym, istnieje pewne kółko, niekiedy dość nawet liczne, obłądnych pojęć i wyobrażeń, oraz że wszelkie przedmioty mające z temi obłądaniami pewną styczność są również błędnie pojmowane. Drugą, większą jeszcze mistyfikacją znajdujemy na stronie 337 (wiersz 7 od góry), na której autor powiada, że w zakładzie w Kowanówku wyleczono trzech chorych dotkniętych bezwładem postępowym, *paralysis cerebri progressiva*, jak się na innym miejscu wyraża. Tu już nie wiemy doprawdy co więcej podziwiać czy chęć mistyfikacji, czy też brak tej prostej wiadomości ze strony autora, która u nas w Warszawie nie jest obcą słuchaczowi medycyny na I kursie, że bezwład postępowy u obłąkanych jest równie nieuleczalną formą chorobną, jak np. niedomykalność zastawki dwudzielnej, lub inna organiczna wada serca, oraz, że pod względem rokowania daje tę smutną pewność, że najdalej życie chorego do lat czterech lub pięciu, rachując od początku choroby przedłużyć się może. Nie możemy też sobie wytlómaczyć, jak redakcyja Kliniki mogła umieścić na szpaltach swego pisma takie nieprawdy naukowe, a umieściwszy, dla czego przynajmniej ze swojej strony nie dodała objaśnienia dla czytelników: że *monomania* nie istnieje już w dzisiejszych kadrach nosologicznych w psychiatrii i zachowała się dotąd jako zabytek

historyczny przeszłości, oraz, że bezwład postępowy u obłąkanych jest formą chorobną bezwzględnie nieuleczalną, wbrew oświadczeniu Dra K a r c z e w s k i e g o. Pana M a r k i e w i c z a (17), tłumaczenie lekcji wstępnej G r i e s i n g e r'a, którą przed 3-ma laty mieliśmy sposobność słyszenia w Berlinie z ust samego prelegenta, mieści na początku zaczepkę osobistą do tutejszych psychiatrów skierowaną. Odpowiem na nią, idąc za wzorem moich również dotkniętych kolegów milczeniem..... Odbieramy tym sposobem panu M. możność rozgłosu, o który mu podobno najwięcej chodziło.

STATYSTYKA LEKARSKA.

Woda mineralna słono siarczano-alkaliczna Solecka; jój własności fizyczne i skład chemiczny.*)

Przez Dra Fil. Romana Wawnikiewicza, Prof. Szkoły Głównej.

Zakład kąpielowy i źródło mineralne lecznicze znajdujące się w gubernii Kieleckiej, powiecie Stopnickim, we wsi Soleu, w pobliżu miast Stopnicy i Buska znane jest już od lat kilkudziesięciu ze swych leczniczych własności.

Potrzeba nowego dokładnego rozbioru chemicznego, szczególnie przez prof. Dra D i e t l'a podniesiona a uznana przez obecnego właściciela p. G o d e f r o i i lekarza zdrojowego Dra S u l i c k i e g o, który z godną naśladowania troskliwością zajmuje się utrzymaniem Zakładu w stanie kwitnym; spowodowała tych ostatnich do powierzenia mi zbadania własności fizycznych i chemicznych źródła mineralnego. Wypadki mych poszukiwań, znakomitą wartość wody w mowie będącej jasno wykazujące, podaję niniejszem do wiadomości.

Źródło wody mineralnej Soleckiej wytryska z otworu świdrowego, zrobionego we dnie górniczego szybu. Poszukiwania te robione były po roku 1815, z polecenia Dyrekcji Głównej Górniczej, pod kierunkiem Rady górniczego B e c k e r'a, w celu wykrycia źródeł słonych. Szyb górniczy w części opatrzony drewnianą cembrowiną posiada następujące wymiary: długość stóp 10 cali 7, szerokość stóp 5, głębokość stóp 310; na głębokości 170 stóp znajdują się w skale dwa wydrążenia, pierwsze długie stóp 20, wysokie stóp 8, szerokie stóp 5 i drugie 14 stóp długie, wysokie stóp 6, szerokie stóp 5. W ostatnich 100 stopach głębokości, studnia jest o stóp 4 dłuższa. Dwa łokcie powyżej dna jest trzecie wydrążenie długie stóp 10, wysokie 6, szerokie 5 stóp. Już na jesieni woda całą studnię wypełnia tak, że poziom jój kilkanaście stóp od wierzchu studni odległy doskonale obserwoać można. Z całej masy wody studnię wypełniającej wydobywają się na powierzchnię i pękają bańki gazów, z których siarkowódór już na odległość kilkuset kroków od źródła z łatwością po zapachu rozeznac można. Powierzchnia wody pokryta jest w części białym kożuchem siarki z rozkładu siarkowodoru działaniem powietrza powstałej. Obserwacje te robione były przy spokojnym stanie wody w miesiącu grudniu (w czasie sezonu kąpielowego, kiedy woda wydobywana drewnianymi kubkami, w ciągłym zostaje ruchu, wydzielanie się gazów i kożuch trudniej zauważyć). Jak prof. Dr. D i e t l w swój broszurze zawiadamia, zgodnie z objaśnieniami na miejscu poczerpniętymi, dawniej woda dochodziła aż do wierzchu cembrowiny — kilka stóp nad otaczający poziom wystającej i przez wierzch wylewała się na okoliczne łąki. Wszakże od czasu wykopania z boku szybu dwóch rezerwoarów, połączonych ze studnią za pomocą rur zamykanych, poziom wody tak wysoko nie dochodzi, zapewne bokami rezerwoarów ściekając na miejsca niżej leżące. Rezerwoary tu wspomniane okazały się być zbyt czynnymi i jako nieodpowiadające celowi zamkniętymi pozostają. Cały szyb czyli studnia pokryta jest rodzajem altany, z jednej strony otwartej, połączony z kieratem wydobywanie wody ułatwiający.

*) „Wiadomość o wodach mineralnych słono-siarczastych w Solcu w gubernii Krakowskiej.“ Odbitka nieznanego mi pochodzenia, w niej znajduje się rozbiór chemiczny wody z polecenia rządu przez ś p. prof. K i t a j e w s k i e g o dokonany.

J. L i e b c h e n Dr. Med. Woda Solecka, jój działanie do niektórych chorób zastosowane i sposób użycia. Warszawa, 1851. Zawiera rozbiory chemiczne prof. K i t a j e w s k i e g o, O l e a r i u s'a i prof. S a w i c z e w s k i e g o. Prof. Dr D i e t l. Źródła lekarskie w Solcu. Kraków, w drukarni c. k. Uniwersytetu, rok 1858.

Ilość wody przyływającej w danym przeciągu czasu, niedaje się ze ścisłością oznaczyć (a tem mniej zależność przyływu od zmian pór roku), a to z braku robionych w tym celu obserwacyj. Poniżej wymienione dane udzielone mi przez Dr. S u l i c k i e g o, posłużyły do obliczenia.

W roku 1865 w pierwszych dniach lipca, przy wypróżnieniu studni na 18 stóp od wierzchu cembrowiny, poczem nastąpiła przerwa w wydobywaniu wody, w 7 godzin przybyło wody stóp sześciennych 200, na godzinę zatem 28,5; w lipcu tegoż roku przy wyczerpaniu wody na stóp 172, na godzinę przybyło wody stóp 32.

Przyjmując więc w obliczeniu, że cały słup wody aż do dna studni wyczerpany został, to na powyższych liczbach oparty prawdopodobny przyływ wody wynosić powinien stóp 35,2 na godzinę, czyli na dobę stóp 844,8.

Obserwacje za podstawę powyższemu obliczeniu służące są zbyt nieliczne, aby na nich polegać można było i zdaje się, że przyływ wody przy całkowitem wypróżnieniu studni i należytem oczyszczeniu otworu świdrowego, będzie tak znacznym że wszelkim wymaganiom zadość uczyni.

P o ł o ż e n i e G e o l o g i c z n e S o l c a. *) Przy kopaniu szybu i wierceniu otworu świdrowego przebito następujące warstwy:

1. Ziemia urodzajna stóp 3 cali 6.

F o r m a c y a m i j o c e n i c z n a

2. Niebieskawe i szaro ilowe margle, z trzaskami lignitu 122'2"

3. Gips jednostajny szary, w spodzie blaszkowaty, żółty, biały, w najgłębszych warstwach pomieszany z marglem 81'

F o r m a c y a J u r a.

4. Wapień szaro biały, spojny z krzemieniem, podzielony na warstwy zapadające na północ pod 8°; wapień ten staje się jaśniejszym i oolitowym; zawiera drobne ziarenka ziemistego chlorytu, a w spodzie staje się szaro białym i zawiera nieprzeliczone drobne muszle 21'.

5. Marglowy wapień albrawo żółty, w spodzie szary i zielonawy 14'3".

Na północ od Solca rozciągają się nieco wyższe pagórki należące do Zborowa i Magierowa, składające się z wapienia heterestegimowego, stanowiącego wierzchnie ogniwo nad marglem i gipsem.

Do oznaczenia temperatury źródła użytym był termometr wypróbowany, pochodzący z fabryki S a l l e r o n'a, którego stopnie podzielone są na 0,2. Termometr umieszczony w dużej flaszy napelnionej wodą Solecką z wierzchu zacierpniętą, obwiniętą pakułami spuszczone na dno szybu, gdzie pozostawał 24—26 godzin; poczem flaszę szybko wydobyto i odczytanie natychmiast dokonano.

10 Grudnia 1868 r. odczytana temperatura + 12,4°C przy temp. powietrza — 4,6°C

12 Grudnia 1868 r. „ „ „ + 12,4°C „ „ „ — 2,0°C

Średnia temperatura + 12,4°C = 9,92°R.

W celu zbadania własności fizycznych i chemicznych wody mineralnej dobywano ją z blizkości dna szybu za pomocą flaszy pustej zamkniętej wielkim stożkowatym korkiem, opatrzonym rurką szklaną z obu końców otwartą; rurka ta zamknięta została nasadzoną rurką kauczukową 20 centymetrów długą, czopkiem szklannym zatkaną i połączona z drutem do wierzchu studni sięgającym. Flasza spuszczone do dna na sznurze przez pociągnięcie drutu, a więc odetkanie rurki szklanej, napelniała się wodą pod wielkiem ciśnieniem (około 10 atmosfer) wpadającą. Sposób ten przedstawia niektóre niedostatki, gdyż powietrze we flaszy zawarte rozpuszczając się w wodzie, natychmiast tlenem swym rozkłada siarkowódór; azot zaś rozpuszczając się część gazów wypędza. Dla tego téż oznaczenie ilościowe kwasu węglanego i siarkowodoru nie może rościć prawa do ścisłości. W braku wszakże lepszego przyrządu F r e s e n i u s'a musiałem się mym zadowolnić.

Woda z dna szybu wydobyta wlana do naczynia burzy się i perli jak wino szampańskie, silny zapach siarkowodoru wydzielając; jest bezkolorowa, nieco opalizująca, co działaniem tlenu powietrza we flaszy będącego się tłómaczy. W celu dokładnego przekonania się

*) Ludwik Z e j s z n e r. O mijoceniczych gipsach i marglach w południowo-zachodnich stronach Królestwa Polskiego, Biblioteka Warszawska rok 1864 tom 4.

o barwie wody, flaszę powyżej opisaną, wypełniono wodorem i taką na dno szybu spuszczone. Woda w tym razie wydobyta była bezbarwną, przezroczystą. Woda z wierzchu studni zaczerpnięta nie burzy się, przy wlewaniu do naczynia nieco się perli, posiada lekki zielonawo-żółtawy odcień i w naczyniu pełnym zamkniętym pozostawiona daje słaby męt czarny, siarek żelaza zawierający. Podobny męt lecz znacznie słabszy, zaledwo dostrzegalny, daje się widzieć w wodzie ze dna wydobytej. Siarek żelaza w części z żelaznych obręczy kublów pochodzić może, gdyż te działaniem wody mineralnej wyraźnie siarkiem żelaza są powleczone.

Smak wody Soleckiej jest wyraźnie słono gorzkawy, zapach mocny siarkowodorny.

Do oznaczenia ciężaru właściwego użytymi były dwie flaszki, przeszło po 250CC. wody zawierające z zachowaniem wszelkich ostrożności dla wód w gazy obfitych wskazanych *). Temperatura przy oznaczaniu 20°C.

1. Woda zaczerpnięta 10 grudnia 1868 r. c. w. 1,015514. 2. Woda zaczerpnięta 12 grudnia 1868 r. c. w. 1,015499. — Średnia c. w. 1,0155065. 3. Ciężar właściwy wody z wierzchu w listopadzie 1867 r. zaczerpniętej wynosił 1,015493.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— O wchłanianiu pokarmów nastrzykiwanych w tkankę komórkową podskórną. W Nrze 31 „*Wiener Medizinische Wochenschrift*“ z r. b., PP. doktorowie Artur Menzel i Hermann Perco podają treściwą wiadomość o rezultatach czynionych przez siebie doświadczeń nad wchłanianiem środków pokarmowych nastrzykiwanych pod skórę. Doświadczenia robione były przeważnie na psach. Do nastrzykiwań używano: tłuszczów, mléka, cukru i białka. Tłuszcze nastrzykiwano psom 25 razy, a w tej liczbie olejek migdałowy 16, oliwę 6, tran 3 razy. Rozpoczynano od drachmy i dochodzono do uncyi. Przy nastrzykiwaniu tłuszczów, opór był większy niż bywa przy nastrzykiwaniu jakiegobądź innego płynu. Powstawała przytem mała wyniosłość, która szybko traciła ostre swe obrisy, tak, że po 24—48 godzinach miejsca nastrzykania trudno było odszukać. W żadnym wypadku nie przyszło do obrzmienia zapalnego a tém mniej do ropni. Psy miały się przytem całkiem dobrze. Zachęceni tak dobrymi rezultatami autorzy nastrzyknęli na klinice prof. Billroth'a pewnemu choremu pełną szprycę Leiterowską (9 gran) tłuszczu na stronie wyprostnej przedramienia. Wyniosłość rozlała się wkrótce na przestrzeni monety talarowej i znikając powolnie w 36 godzinach już wcale nie dała się dostrzedz. Pod ten czas prostowanie palców było bolesne, zaś przy spokojnem utrzymywaniu przedramienia dawało się uczuwać gniecenie w miejscu nastrzyknięcia. Zapalenia ani nawet zaczerwienienia nie było. Z tego wszystkiego autorowie wnoszą: iż tłuszcze płynne, nastrzykane pod skórę zostają wchłonięte w ciągu 36 do 48 godz., bez żadnych złych następstw miejscowych lub ogólnych. Mléko nastrzykiwane w ilości 1—2 drachm, w ciągu 24 godz. w zupełności zostawało pochłoniętem. Cukier w formie syropu zwyczajnego, nastrzykiwano 10 psom, za każdym razem po 1—2 drachm. Po 24ch godzinach zaledwie udawało się znaleźć miejsce nastrzyknięcia. Żółtko jaj w ilości drachmy 4-krotnie nastrzykiwane za każdym razem w zupełności zostawało wchłaniane. Z doświadczeń powyższych wynika że wymienione wyżej substancye, mianowicie tłuszcze, białko i sole (mléko), oraz wodany węgl (cukier) nastrzykiwane pod skórę psom, wchłaniają się łatwo, bez wywoływania żadnych objawów zapalnych. Czy u człowieka rezultaty podobne osiągnąć się dadzą, jako też czy psy będą mogły być przez czas pewien utrzymywane przy życiu za pomocą podskórnych nastrzykiwań pokarmów, — oto przedmiot dalszych poszukiwań. Należałoby przytem, w celu porównawczym, przeprowadzić doświadczenia nad wchłanianiem pokarmów z jam opłucnej i otrzewnej, oraz z кишки grubiej, jako też nad następstwami bezpośrednich nastrzykiwań białka i roztworów cukru do krwi.

*) R. Fresenius. Anleitung zur quantitativen chemischen Analyse 1863.

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.** Pouczające dwa błędy dyagnostyczne. Przez Prof. *Brodowskiego*. Znieczulenie (anaesthesia) za pomocą tlenku azotu. Skreślił *Alexander Scheller*. **Kronika Zagraniczna.** O przyczynach i zapobieganiu zgorzeli szpitalnej (gangraena nosocomialis). Przez *Dra Ulmer'a*. Streścił *Józef Nowak*. **Krytyka.** Przegląd psychiatryczny za rok 1868. Napisał *St. Chomętowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Oblakanych Śgo Jana Bożego w Warszawie, Członek tow. psych. niemiec. (Dokończenie). **Statystyka Lekarska.** Woda mineralna słono siarczano-alkaliczna Solecka; jej własności fizyczne i skład chemiczny. Przez Prof. *Romana Wawnikiewicza*. **Wiadomości bieżące.** Nowa droga karmienia ludzi. **Dodatek.** Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (Historja szpitala str. 173—180). Przez *Juliana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Farmakologii Tom II-gi arkusz 4ty, Farmakognozyi arkusz 30 i 31szy.

Pouczające dwa błędy dyagnostyczne.

Przez Prof. *Brodowskiego*.

Rozpoznanie choroby należy niezawodnie do najważniejszych zadań lekarza. Od niego zaczyna on swe czynności przy łożu chorego. Stosuje doń całe swe postępowanie. Opiera na nióm rokowanie, od trafności którego jak wiadomo, więcej częstokroć niż od stosowności rad przezeń udzielanych dobre imię jego zależy. Byłoby to wielką niewdzięcznością względem współczesnej nauki, gdybyśmy nie uznali położonych przez nią wielkich zasług dla sztuki rozpoznawania chorób. Dzięki udokładnieniu metod badania chorych, wspartemu rozszerzeniem znajomości zmian anatomicznych i ich przebiegu, dziś rozpoznajemy z wszelką częstokroć ścisłością takie stany chorobne, o których bliżcy poprzednicy nasi najmniejszego wyobrażenia nie mieli; pomimo to jednak bardzo daleko nam jeszcze do upragnionej w tym względzie doskonałości. Dwa następujące wypadki najlepiej tego dowiodą.

W dniu 24 czerwca 1868 r. do oddziału mego w szpitalu Ujazdowskim przybył podoficer dymisyonowany Tomasz Włodarczyk, 55 lat wieku mający, mocnej budowy ciała i wcale niekłej jeszcze tuszy. Przywiodła go do szpitala niemożność pracy fizycznej, którą zarabiał na swe utrzymanie, spowodowana

zatchnieniem występującem nie tylko przy każdym większym wysiłku, lecz nawet podczas chodzenia cokolwiek śpieszniejszego. Prócz tego chory doznawał nieustannie uczucia ciężkości w piersiach. Początek swych cierpień Włodarczyk datował od końca roku 1867, t. j. od chwili jak zaczął uczuwać ciężkość w piersiach i doświadczać duszności podczas pracy. Tak jedna, jak druga bywały z początku nie wielkie, zwiększały się stopniowo, powoli, aż po 8miu, jak utrzymuje chory, miesiącach uczyniły go nie zdolnym do wszelkiej pracy. Nadto od kilku tygodni chory doznaje trudności w przełykaniu twardych pokarmów, zwłaszcza większych kęsków. Uprzednio Wł. cieszył się dobrą zdrowiem: podczas całej służby wojskowej, żadnej cięższej choroby nie przebywał, z wyjątkiem chorób oczu, w skutek których na lewe oko zaniewidział. Zrosty tęczy ze zgrubiałą torebką soczewki (*synechia posterior*) świadczą o przebytym mocnym zapaleniu tęczy.

Przy oglądaniu chorego uderzało przedewszystkiem znaczne rozszerzenie żył zaskórnych na szyi, kończynach górnych, klatce piersiowej i brzuchu, oraz wyraźny obrzęk twarzy, kończyn górnych i górnej połowy tułowia. Zarówno rozszerzenie żył, jak obrzęk z prawej strony były nieco znaczniejsze, niż z lewej. Szyja stosunkowo krótka, klatka piersiowa jak u emfizematyków beczkowata; prawa jej strona podczas wdychania słabiej się rozszerza od lewej: usta sinawe, twarz zaczerwieniona.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej z przodu otrzymaliśmy odgłos bezwzględnie tępy na bardzo znacznej przestrzeni. Nadmieniona przestrzeń ograniczała się z lewej strony linią prostą, poprowadzoną przez staw mostko-obojęzyczny lewy i lewą brodawkę piersiową; z prawej zaś strony granicę jej stanowiła linia łamana poczynająca się przeszło o 2 centymetry na zewnątrz od stawu mostko-obojęzycznego prawego, spuszczająca się ztąd ukośnie, równolegle mniej więcej do przedniego brzegu mięśnia trójkątnego ramienia (*m. deltoideus*), aż do górnego brzegu żebra trzeciego; ztąd wreszcie pionowo w odległości przeszło 3 ctm. na zewnątrz od brodawki piersiowej udaje się aż do okolicy wątrobowej. Granicę górną wzmiankowanej przestrzeni stanowił górny brzeg rękojeści mostka, u dołu zaś zlewało się ona bezpośrednio z okolicą tępego odgłosu wątroby. Na zewnątrz wymienionych granic: z prawej strony tak pod obojęzkiem jak i pod pachą pukanie dawało odgłos jasny lecz nie pełny, czyli tak zwany próżny, aż do dolnego brzegu 8go żebra; tu się zaczynał odgłos tępy wątroby i sięgał na jakie 3 ctm. poniżej łuku żebrowego (wątroba więc była cokolwiek obniżona i powiększona); z lewej zaś strony otrzymywaliśmy odgłos jasny i pełny na całej przestrzeni aż do 11go żebra, od którego zaczyna się tępy odgłos śledziony, która daje się z łatwością wymacać pod lewym łukiem żebrowym na przestrzeni blisko 3ch palców poprzecznych. Śledziona więc bardziej jeszcze była obniżona niż wątroba i znacznie od tej powiększona.

Na tylnej powierzchni klatki piersiowej opukiwanie także dawało odgłos tępy, lecz tylko na przestrzeni zawartej pomiędzy stosem kręgowym, 2ma liniami prostopadle doń poprowadzonymi przez 1szy i 6ty kręgi grzbietowe i trzecią równolegle

do tegoż stosu z prawej jego strony w odległości przeszło 4ch ctm. przechodzącą. Poniżej tej przestrzeni odgłos jasny wypukowy był znacznie pełniejszy, aniżeli na zewnętrznej jej stronie. Po lewej zaś stronie stosu kręgowego odgłos wypukowy był jasny i bardzo pełny od góry klatki piersiowej aż do 12go żebra.

P r z y s ł u c h na zewnątrz przestrzeni tępego odgłosu wypukowego z przodu klatki piersiowej z lewej strony i pod lewą pachą wykrywa szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*), z prawej zaś strony i pod prawą pachą osłabiony. W samym miejscu nadmienionego odgłosu tępego żadnych szmerów oddechowych nie słyhać, natomiast głowa badającego za każdym uderzeniem serca chorego doznaje tu lekkiego wstrząśnienia. Z tyłu klatki piersiowej na miejscu odgłosu tępego słyszemy oddech mocno oskrzelowy, poniżej szmer pęcherzykowy tu i owdzie z rżeniami świszczącymi, na zewnątrz zaś oddech pęcherzykowy bardzo osłabiony. Po lewej stronie stosu kręgowego szmer pęcherzykowy wzmocniony tu i owdzie mieszący się także z rżeniami świszczącymi.

Uderzenia serca bardzo słabe dają się wyczuwać w 5 odstępnie międzyżebrowym w odległości 1 ctm. na zewnątrz od linii brodawkowej lewej. W témże samym miejscu słyhać cokolwiek osłabione dosyć wyraźne jednak głosy serca; powyżej zaś ku środkowi kości mostkowej bardzo wyraźne a nawet wzmocnione głosy aorty i tętnicy płucnej, bez towarzyszenia zwykle tak jednym jak drugim żadnych szmerów. Niekiedy jednak przy wierzchołku serca dawał się słyseć obok zwyczajnego głosu słaby podmuch systoliczny. Zdarzało się to zwłaszcza wtenczas, kiedy chory był badany w obec znaczniejszej ilości osób obcych, a mianowicie zaciekawionych tym wypadkiem lekarzy, a więc gdy był wzruszony, niespokojny, lub gdy badanie skuteczniano, rozkazawszy uprzednio choremu przejść się po sali.

Tętno nie wielkie, cokolwiek przyśpieszone (80 na minutę), tak w tętnicach promieniowych, jak domózgowych i udowych najzupełniej współczesne z uderzeniami serca.

Chory niekiedy pokaszluje; oddycha spokojnie 19 razy na minutę, głos jego cokolwiek chrapliwy. Gorączki żadnej, apetyt dobry, trawienie prawidłowe.

R o z p o z n a n i e choroby w tym przypadku nie zdawało się być trudnym.

Najprzód nie wahaliśmy się wyłączyć tu chorób płuca prawego, opłucnej, serca i osierdzia.

Przeciw chorobom płuca świadczył nie tylko brak oddechu oskrzelowego na miejscu tępego odgłosu wypukowego z przodu klatki piersiowej po prawej stronie, lecz przede wszystkim za małe upośledzenie czynności oddechowej, dobry stan ogólnego odżywienia i dosyć znaczne zruszenie serca ze swego miejsca, że nie wspomniemy już o osłabieniu szmeru pęcherzykowego w części tegoż płuca dla powietrza dostępnej, które dowodziło ucisku tego narzędzia.

Co się zaś tyczy opłucnej, to jakkolwiek wysięk w przedniej połowie prawego jój worka wytłumaczyłby nam i ucisk prawego płuca i zepchnięcie serca na lewo, lecz uczyniłby najzupełniej nie możliwem wstrząsanie ręki lub głowy badającego, przyłożonej do téj części klatki piersiowej, za każdym uderzeniem serca.

Przeciw zaś chorobom serca i osierdzia, nie tylko mówiła za nadto wielka rozległość tępego odgłosu wypukowego z przodu, lecz i brak ogólnej wodnej puchliny, która począwszy od kończyn dolnych niezawodnie jużby się była rozwinęła do tego czasu

Pozostawał więc nam wybór pomiędzy tętniakiem workowatym wstępującej części aorty (*aneurysma saccifforme aortae ascendentis*) i nowotworem w śródpiersiu przedniem (*neoplasma in mediastino anteriori*).

Za tętniakiem przemawiało przedewszystkiem to powyżej wzmiankowane uczucie wstrząsania, jakiego doświadczała ręka przyłożona do piersi chorego, zwłaszcza po prawej stronie mostka, za każdym uderzeniem serca chorego; lecz nie podobna było nie uwzględnić braku objawów chorobnych towarzyszących większym tętniakom workowatym znajdującym się w tém miejscu. Pomijam tu brak szmerów mieszkowych, jako dosyć często zdarzający się przy większych nawet workach aneuryzmatycznych, zwłaszcza gdy te szczelnie są wypełnione w większej swój części skrzepem krwi o gładkiej powierzchni, zwróconej do światła naczynia. Lecz daleko większej doniosłości zdawał się być brak przerostu lewej komórki serca, stwierdzony tak osłabieniem uderzenia jego jak i systolicznego głosu przy wierzchołku. Wspomniony przerost przy tak olbrzymim tętniaku, jakiby w tym przypadku przypuszczać należało, tak blisko serca położonym zdawał się być koniecznym. Przy tak wielkich tętniakach aorty tętno w tętnicach po za workiem aneuryzmatycznym biorących początek powinnyby być cokolwiek spóźnione. Tego zjawiska także brakowało w tym przypadku. Zupełna jednostajność pulsu w obydwóch tętnicach promieniowych i domózgowych kazała się domyślać braku zapalenia błony wewnętrznej łuku aorty (*endoaortitis nodosa, s. deformans*): co przy wielkich tętniakach na wstępującej jój części byłoby wielką rzadkością. Przypuszczając nadto, tętniak workowaty wstępującej części aorty musielibyśmy się zgodzić na jedno z dwojga, t. j. że takowy się znajduje albo na wypukłej, albo na wklęsłej jój części. Miejmy zawsze w pamięci, że o innym jak olbrzymim tętniaku, mowy tu być nie mogło. Otóż w pierwszym przypadku powinnyby już oddawna nastąpić wypuklenie ściany klatki piersiowej z prawej strony mostka u góry; w drugim zaś — w skutek znacznego ucisku wywieranego na tętnicę płucną oddawna powinniśmy mieć zastój w całym układzie żylnym i jako następstwo takowego wodną puchliną ogólną, a nie objawy utrudnienia krążenia krwi w układzie żyły głównej zstępującej tylko. W ostateku przypuszczając tym razem w mowie będący tętniak, musielibyśmy się zgodzić na to, że takowy sięga aż do tylnej ściany klatki piersiowej: inaczey bowiem nie umielibyśmy sobie zdać sprawy z otrzymywania powyżej wzmiankowanego bezwzględnie tępego odgłosu wypukowego z tyłu po prawej stronie stosu kręgowego. Otóż

· pomimo najusilniejszych poszukiwań nie zdołaliśmy wynaleść w literaturze ani jednego podobnego wypadku. Biorąc na uwagę ważność miejscowych stosunków anatomicznych, nam się nawet zdawało, że taki wypadek jest niemożliwy.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

Znieczulenie (*anaesthesia*) za pomocą tlenu azotu.

Skreślił Alexander Scheller.

Dążność humanitarna, do osłodzenia chorym cierpień, doznawanych przy operacjach chirurgicznych, już od najdawniejszych czasów, zniewalała chirurgów do wyszukiwania środków, uczucie bólu łagodzących.

Początek używania anestetyków, sięga już odległej starożytności, gdzie u Greków i Rzymian, używano w tym celu kamienia z Memphis (*Velpéau*); w wiekach średnich chirurgowie włoscy i francuzcy, dla znieczulenia chorych, używali najrozmaitszych środków narkotycznych.

Nie przeto dziwnego, że obecnie, gdzie się we wszelkich umiejętnościach przebija szlachetny postęp, dążność do coraz wyższej doskonałości, gdzie względy ludzkości coraz głośniej przemawiają, każdy nowo się pojawiający środek anestetyczny, chciwie przez chirurgów pochwyconym i przy operacjach zastosowywanym bywa.

Najbardziej rozpowszechnionemi środkami anestetycznemi, są niezaprzeczenie, odkryte ku końcowi pierwszej połowy obecnego stulecia, eter i chloroform. Oprócz nich, liczbę anestetyków w nowszych czasach zwiększyły amylen i wprowadzony przez *Richardsona* chlorek chlorometylu i chlorek trójchlorometylu (dwuchlorek węgla).

Nie jest zamiarem naszym, rozebrać tu w krytycznym poglądzie, znane czytelnikom zalety i wady każdego z wyżej wymienionych środków, dosyć będzie zwrócić uwagę na nieprzyjemną woń eteru i chloroformu, na odrażający zapach amyleny i na drażniący wpływ tych środków na drogi oddechowe, a w razie połykania ich i na przyrząd pokarmowy, — wreszcie, długi stan excytacyi, napady tężca i szcękocisku, przykre następstwa znieczulenia jak ból głowy, nudności, wymioty i zdarzające się czasami nagłe przypadki śmierci.

Oto są powody, odstrasżające nas od zastosowywania anestetyków, przy pomniejszych, a jednakże często niemniej dolegliwych operacjach.

Nad dwoma ostatnio wymienionemi środkami, t. j. chlorkiem chlorometylu i chlorkiem trójchlorometylu jako daleko silniej działającemi od eteru i chloroformu, nadto z powodu znacznej ilości chloru w nich zawartego, daleko niebezpieczniejszemi, nie uważamy potrzeby dłużej się rozwodzić, a przeto z pominięciem ich, pragniemy zwrócić uwagę czytelników, na nowy środek, który przy ostrożnem zastosowywaniu (jak to liczne doświadczenia wykazują) nie jest niebezpiecznym, a nadto któremu żadna z wyżej wymienionych dolegliwości nie towarzyszy.

Nim rozwiemy przed oczyma czytelnika obraz działania tlenu azotu zestawiony podług innych i własnych doświadczeń, podamy choć w krótkości własności chemiczne anestetyku, o którym mówić zamierzamy.

Tlenek azotu (*nitrogenium oxydulatum*) NO, odkryty przez Priestley'a w roku 1776, jest gazem bezbarwnym, smaku słodkawego, ciężaru gąnkowego (uważając powietrze atmosferyczne = 1) 1,527. Gaz ten w niektórych swych własnościach, ma wielkie podobieństwo do tlenu, co spowodowało Davy'go do mniemania, że tlenek azotu, może przez pewien czas zastąpić tenże w organizmie, jednakże mniemanie to, według doświadczeń L. Hermana'a okazało się mylném.

Tlenek azotu, podtrzymuje palenie się ciał, które płoną w nim, z blaskiem podobnym jak w tlenie; zmieszany z dwoma objętościami wodoru, daje mieszaninę piorunującą, przyczém się rozkłada na azot i wodę.

Tlenek azotu jest zgęszczalnym; zamienia się przy 0°C pod ciśnieniem 30—50 *) atmosfer, na płyn, który wrze przy 88°C; płyn ten parując wywiązuje takie zimno, iż się temperatura pozostałej jego części szybko obniża do 105°C, a natenczas tlenek azotu zamienia się na ciało białe, krystaliczne.

Płyn ten, może być przez 1/2 godziny utrzymywany w butelkach szklanych, umieszczonych w mieszaninie oziębiającej; przy doświadczeniach z nim należy być bardzo ostrożnym, gdyż kropelka dostawszy się na skórę, powoduje mocne oparzenie.

Tlenek azotu wdychany, wywołuje rodzaj upojenia, w towarzystwie przyjemnych marzeń, nadto wzbudza żywość i wesołość, a ztąd też otrzymał nazwę gazu wesołości (*Lustgas*). Dłuższe oddychanie nim wywołuje zupełną anestezję.

Davy w roku 1807 zwrócił pierwszy uwagę na własności anestetyczne tlenu azotu i używał go do znieczulenia; w krótee jednakże środek ten zarzuconym został. W roku 1844 amerykańnin Horace Wells, usiłował rozpowszechnić użycie tlenu azotu, lecz śmierć jego i kilka publicznych doświadczeń, które się niezawodnie w skutek zanieczyszczenia gazu, nie udały, spowodowały, że anestetyk ten, powtórnie zapomnieniu podpadł.

W roku 1863, dentysta amerykański Porter, a według innych C olton, na nowo gaz ten do praktyki chirurgicznej wprowadzili i wyjednali mu ogólne uznanie, tak, że się tlenek azotu jako środek anestetyczny, coraz bardziej rozpowszechnia, a tam gdzie się zastosować daje, trzyma palnę pierwszeństwa, przed wszelkimi innemi anestetykami.

Tlenek azotu otrzymuje się najlepiej przez ogrzewanie azotanu amonii, przyczém się sól ta topi, wrze, a następnie rozkłada się na tlenek azotu i wodę; działanie tu zachodzące objaśnia nam następujący wzór: $\text{NH}_4\text{O}, \text{NO}_3 = 2 \text{NO} + 4 \text{HO}$.

*) Autorowie nie zgadzają się co do ciśnienia pod którym się NO zamienia na płyn; i tak podczas gdy Gornp-Besanez potrzebne do tego ciśnienie przy 0°C podaje na 50 atmosfer, Regnault i Wurtz powiadają, że przy 0°C potrzeba tylko ciśnienia około 30 atmosfer.

Nadmienić nam wypada, że azotan amonii nie powinien być ogrzewanym zbyt silnie, gdyż przy temperaturze przewyższającej 260—270° Cels, wywiązuje się tlenek NO_2 , który przy zetknięciu się z tlenem powietrza, przechodzi na kwas podazotny NO_3 , oddziaływający szkodliwie na drogi oddechowe.

Pierwszym warunkiem spokojnej i dokładnej anestezji tlenkiem azotu, jest zupełna jego czystość, która znowu zależy od czystości preparatu, do produkcji używanego.

Azotan amonii, bywa zanieczyszczonym siarczanami, węglanami i chlorkami, które to zanieczyszczenia, w roztworze tej soli, łatwo wykryć się dają, za pomocą roztworu chlorku baryty w dwóch pierwszych i azotanu srebra w ostatnim przypadku. Te same odczynniki mogą posłużyć do badania czystości gazu, który nadto może być zanieczyszczonym tlenkiem azotu.

Ostatnie to zanieczyszczenie, wykrywa siarczan żelaza, barwiący się wtedy na kolor brunatny.

Do produkcji i inhalacji tlenku azotu używam aparatu White'a, którego budowa jest następująca.

Azotan amonii, ogrzewa się po nad lampką spirytusową w retorcie, opatrzonej u góry tubusem, w którym umieszczony jest termometr; długość szyjki retorty wynosi około 35 centymetrów.

Wywiązujący się tu gaz, przechodzi do aparatu Woulffa, składającego się z 3ch butelek o 3ch szyjkach. W 1ej butelce mieści się roztwór siarczanu żelaza, którego przeznaczeniem jest, pochłaniać mogący się wywiązać tlenek azotu; ztąd gaz przechodzi do butelki drugiej, w której się mieści roztwór sody gryzącej, który pochłania wywiązujące się kwasy i chlor; to samo ma się również uskutecznić w butelce 3ej, która zawiera roztwór węglanu sody. Z butelki tej, komunikującej za pomocą rurki, zamkniętej kruczkiem i służącej do badania gazu, na zewnątrz, gaz ostatecznie przechodzi do gazometru.

Ponieważ woda zimna pochłania nierównie więcej gazu, od wody ciepłej, najlepiej przeto jest zbierać takowy nad tą ostatnią, co się jednakże przy produkcji w większych rozmiarach uskutecznić nie daje; natomiast dla zmniejszenia chłonności wody w gazometrze, dodajemy do niej nieco węglanu sody.

Z gazometru którego budowa podobną jest do spirometru, (używanego w laboratorjach fizyologicznych) z umieszczoną po boku skalą, pokazującą ilość zużytego gazu, tlenek azotu wychodzi rurką wdechową (ze średnicą 1½ centym), zakończoną mundsztukiem konstrukcyi Sauer'a. Mundsztuk ten, wyrobiony z kauczuku, obejmuje nos i usta i daje się szczelnie przypasować do każdego składu twarzy. Przed mundsztukiem znajduje się kran, w którym umieszczona jest kłapa, otwierająca się przy inspiracji, pozwalająca wdychać gaz z gazometru, natomiast przy expiracji kłapa ta się zamyka; w dolnej części kranu znajduje się druga kłapa, zamykająca się przy wdychaniu, a pozwalająca wyjść powietrzu z płuc wydychanemu.

Na boku mundsztuka, umieszczony jest wentyl, otwierający się do wewnątrz i służący do przypuszczenia powietrza atmosferycznego, jeżeli nie chcemy, aby chory oddychał czystym gazem.

Do napełnienia gazometru, obejmującego 50 gallonów gazu (1 gallon = 277 $\frac{1}{4}$ cali kubicznych angielskich) potrzeba około 1 $\frac{3}{4}$ \mathcal{H} azotanu amonii, a cały proces wywiązywania, zajmuje przeszło trzy godzin czasu.

Roztwory w butelkach W o u l f f a, mogą być używane do 3ch lub 4ch produkcji, a wodę w gazometrze, należy odnawiać co 6–8 tygodni.

Co do samego gazu, takowy nie powinien być przechowywany dłużej nad 2 tygodnie, a gaz dłużej przechowywany, należałoby za każdą razą przed użyciem, wypróbować wskazanemi powyżej odczynnikami.

Jużeśmy nadmienili, że NO jest zgęszczalnym, własność tę zużytkował, pierwszy dentysta paryzki Dr. E v a n s, kazawszy sobie przyrzadzić NO w stanie ciekłym. Tlenku azotu w postaci płynu dostać można u pp. C. A s h e t S o n s w Berlinie, którzy rozsyłają ten gaz w butelkach żelaznych, zawierających około 14 gallonów gazu. NO w stanie ciekłym daje się nierównie dłużej przechowywać od gazu, nadto stan ciekły tlenku azotu daje nam już niejako rękojmię czystości jego.

Z drugiej jednakże strony, jeżeli zwrócimy uwagę, na wysokie ciśnienie pod jakim NO w butelkach pozostaje (30–50 atmosfer) i mogące ztąd wyniknąć przypadki, nadto na połączone z trudnościami nabycie tlenku azotu w płynie, jako téż na wiele innych niedogodności, jakie zastosowaniu jego pod tą formą towarzyszą, odrzucimy NO w stanie ciekłym, uważając zastosowanie jego (jak na teraz przynajmniej) u nas za niepraktyczne i prawie niepodobne.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach i zapobieganiu zgorzeli szpitalnej (*gangraena nosocomialis*). *)

Przez Dr. U l m e r'a.

Streścił Józef Nowak.

Pod zgorzelą, jak wiadomo, rozumiemy zupełne powstrzymanie zmiany materji w pewnej części ciała. Wskutek tego następuje szybki rozpad tkanki, i chemiczny rozkład części zajętej zgorzelą.

Tylko nie zawsze przy zgorzeli większe części obumierają, ale może mieć także miejsce i ograniczony częściowy rozpad: p r o c e s t e n z a t e m g r a n i c z y z f o r m a m i w r z o d ó w, a nawet w pewnym stosunku jest tylko i l o s c i o w ą i c h odmianą.

Zgorzel powstaje albo wskutek od zewnątrz na ciało działających przyczyn, bez względu na to, czy te wówczas działają na cały organizm czy tylko na ograniczone miejsce; albo przez wewnętrzny moment oddawna w ciele obecny i powolnie się wytwarzający, który obecność swą zdradza dopiero przy wadliwej zmianie materji w pewnej części ciała lub w całym organizmie.

Stosownie do tego mamy różne rodzaje zgorzeli. Wszystkie jednak modyfikacje tejże, wyróżnione na podstawie momentów przyczynowych pozwalają się podciągnąć pod rubryki zgorzeli z i m n é j l u b g o r ą c é j, s u c h é j l u b w i l g o t n é j.

*) Rozprawa konkursowa uwieńczona nagrodą B r e n d l'a przez komisję wojskową zdrowia w Wiedniu, na temat: „Jakie są przyczyny prawie bez przerwy, w niektórych szpitalach, występującej zgorzeli szpitalnej? Jakie są środki potrzebne do powstrzymania tejże, i które z nich mogą znaleźć zastosowanie w szpitalach wojskowych? Czy jest wskazanem odosobnienie uległych zgorzeli szpitalnej, czy nie?

Naszém zadaniem wyjaśnić tylko zgorzel szpitalną. Ta widocznie co do swego powstawania jest zgorzelą gorącą, a co do produktów patologicznych, jakie składa,— odmianą wilgotną tejże.

Przejrzyjmy określenia zgorzeli szpitalnej a znajdziemy, że w nowszym czasie wyobrażenia rozmaitych chirurgów niezbyt się różnią od siebie.

C h e l i u s widział w zgorzeli szpitalnej właściwy rozkład części organicznych, którego powodem było działanie pewnego zarazka i który objawia się pod różliczną postacią.

E r i c h s o n jest jasniejszym. Rozumie on pod swą „*sloughing phagadaena*“ zgorzel miazszową zarazkową natury, odznaczającą się procesem wrzodzenia szybko się wzmagającym, któremu ulegają otwarte wrzody i rany, i który charakteryzował się mocno przylegającym strupem zgorzeliowym.

B u r g e r znajduje już w tym procesie „zgorzeliowy stan rani wrzodów, spowodowany przez właściwy zarazek, który się w części samodzielnie wytwarza, w części zaś rozmnaża się przez dalsze szerzenie się procesu.

Najjaśniejszym jest jednak E m m e r t. Rozumie on pod zgorzelą szpitalną „zgorzeliowe zwyrodnienie rani wrzodów, wskutek jeszcze nieznanego miazmatyczno-zarazkowego czynnika, który się w części samodzielnie wytwarza, w części zaś rozradza przez dalsze szerzenie się procesu.

Przy tak jasnych wyobrażeniach różnych chirurgów nie potrzebujemy nad tym przedmiotem dalej się zastanawiać. My pod zgorzelą szpitalną rozumiemy właściwy rozpad (częściową śmierć) pewnego miejsca, na powierzchni ciała, przedtém zranionego lub owrzodzonego, wywołany przez przyjęcie specyficznie zarażającego czynnika albo samoistnie wytwarzającego się, albo co się częściej zdarza już obecnego w ciele a tylko szerzącego się dalej. Obumarła część ciała traci swą budowę, i ulega potem, jako położona na zewnątrz zmiany materji, ogólnym procesom chemicznym.

Zaznaczymy tylko to tutaj, że zgorzel szpitalna poniekąd nosi niesłusznie swą nazwę, bo chociaż przedewszystkiem do szpitali, to jednak nie w zupełności do nich tylko jest przywiązana. P i t h a, G r o h, F o e k, G u r l t i inni, wspominają o zgorzeli szpitalnej będącej u chorych znajdujących się w prywatnych mieszkaniach.

P i t h a podaje na przykład, że obserwował małą epidemię zgorzeli szpitalnej 1850 r. w Pradze, podczas której choroba ta rozszerzyła się i w szpitalach, chociaż wielu z chorych, nie mających żadnego stosunku z dotkniętymi podobnym cierpieniem, przybyło do szpitala ze zgorzelą szpitalną już na zewnątrz tegoż powstałą.

G r o h wspomina, że w 1850 i 1851 r. w wielu miejscowościach Czech zgorzel szpitalna epidemicznie wystąpiła. Między innymi badacz ten widział w Brandeis epidemię, z 59 przypadków złożoną; było to w szpitalu powstałym z tamtejszego zamku, w którym miejscowe wpływy i nieczystość, przyczyniły się do wywołania téj choroby.

F o e k i G u r l t obserwowali, w 1858 r., 6 przypadków zgorzeli szpitalnej na berlińskiej poliklinice. Trzech chorych przybyło do szpitala (z zewnątrz) z tém cierpieniem znacznie już posuniętém. W tymże zakładzie zachorowało wówczas najprzód 2ch mężczyzn: jeden z nich był następcą łóżka, a drugi sąsiadem podobnego chorego. Szósty przypadek wydarzył się znów sporadycznie i tyczył się chorego na zgorzel szpitalną przyjącego z zewnątrz do Hedwigs-Spital.

Te już spostrzeżenia dowodzą nam, że miazma szpitalna jako jedyną przyczynę zgorzeli szpitalnej należy odrzucić; zdanie to zaprzeczające istnienia miazmatu szpitalnego jest jeszcze na innych spostrzeżeniach oparte. R. L i s t o n obserwował 1837 r. epidemię, której 30 chorych uległo; przy tem nie można było przypisać żadnej winy zakładowi; za punkt wyjścia posłużyła będąca już na wyleczeniu rana po odjęciu przedramienia. Podobne spostrzeżenia podali E r i c h s o n 1841 r. w *University College Hospital*; L a w r e n o e i S t a n l e y 1846 r. w *Bartholomäus-Spital*; H a w k i n s 1847 r. w szpitalu St. George'a;

i Fischer 1854 r. w *Berliner Charité*. W Charité powstała zgorzel w listopadzie, na sali zajętej w październiku, a przez całe lato stojącej próżno, dobrze przewietrzonój, obszernej i bardzo jasnej. Tylko 2 sąsiadki pierwszój chorój zachorowały i choroba znikła, ukazując się znów w marcu bez żadnej przyczyny na témże samém miejscu, na którém pierwsza pacjentka leżała.

Zapewnie dostatecznemi są przytoczone tu dane, aby udowodnić najprzód, że wystąpienie zgorzeli szpitalnej jest niezawisłym od szpitali a nawet od przestrzeni zewnątrz szpitalnej i powtóre, że szpitale dopomagają bez zaprzeczenia także do rozpowszechnienia się choroby, nie są jednak urzędzeniami, które poczytujemy za przyczyny zgorzeli szpitalnej.

Te przytoczone wyżej i stwierdzone fakta zniewoliły mężów jak Schuh, Pitha, Billroth i Groh przyjąć zdanie, że zgorzel szpitalna jest cierpieniem epidemiczném, któremu szpitale dopomagają w natężeniu i rozciągłości, podobnie jak każdój innój epidemicznój chorobie; Pitha nawet posuwa się jeszcze nieco dalej od innych, dowodząc, że zgorzel ta zależy wprost tylko od szkodliwości epidemicznych, że przebiega zupełnie niezależnie od przypadków szpitalnych, a zawsze współcześnie z innymi epidemicznie przytrafiającemi się chorobami, jak cholera, tyfusem, gorączką pologową i plicnicą.

Zgorzel szpitalna jest bezwątpienia dawno znaném cierpieniem. Choroba ta opisana była najprzód w r. 1772 przez francuza La Motte'a pod nazwą *pourriture*, a nieco później jeszcze ściślej przez Pouteau, który sam uległ temu cierpieniu.

Z Anglików między innymi byli Rollo i Gallespie, którym znana była zgorzel szpitalna. Gallespie jednak, wyprowadzając cierpienie to z ukłucia muskietów, widocznie chorobę naszą pomyślał z czarną krostą.

Moment ten Gallespie'a sprowadzający zgorzel szpitalną nie ma dziś znaczenia, ale ze wspomnianych dotąd już jasno widzimy, że etiologia tego cierpienia jeszcze długo nie będzie wyswietloną.

Wielu autorów jest zdania, że zgorzel szpitalna jest czysto miejscowém cierpieniem, powstającym wskutek zaszczepienia (*inoculatio*) lub przeniesienia specyficznego jadu zgorzeli szpitalnej na rany lub owrzodzone części ciała; — fakt, sprawdzony przez szczepienie w części przypadkowe, w części zaś umyślne zgorzelinowój posoki z jednéj osoby na drugą (Oliwier, Rust). W doświadczeniach podobnych niektórzy nawet z badaczy studiowali czas wylegania się (*incubatio*) i znaleźli, że cierpienie to potrzebuje na wyleganie się od 36—48 godzin.

Z powodu udania się tych szczepień znajdujemy mężów, jak Rollo, Wellbank, Blakleder i Delpesch utrzymujących stanowczo, że zgorzel szpitalną uważać należy za cierpienie miejscowe, zaszczepialne i mogące się zaszczepiać. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

RYTYKA.

Przegląd Psychiatryczny za rok 1868.

Napisał Stanisław Chomętowski, Lekarz Ordynujący w szpitalu obłąkanych Śgo Jana Bożego w Warszawie, członek towarzystwa psychiatrów niemieckich.

(Rzecz czytana na posiedzeniu oddziału chorób umysłowych, nerwowych i psychiatry sądowej W. T. L. dnia 11 stycznia 1869 roku.

(Dokończenie)*).

Gazeta Lekarska rozpoczęła opis szpitali w Królestwie Polskiem istniejących, skreśleniem dziejów i stanu obecnego, najmniej może z pomiędzy nich znanego szpitala Śgo Jana Bożego w Warszawie dla obłąkanych mężczyzn, które podał naczelny lekarz tego zakładu Dr. Rothé (2). We wstępie, autor wyluszcza powody jakie go skłoniły do

*) Patrz. Nr 41, Gaz. Lek.

skreślenia opisu szpitala, który nie może iść w porównanie ze znaczną liczbą zakładów zagranicznych tego rodzaju, odpowiadających dzisiejszym wymaganiom nauki tak pod względem leczniczym, jako też urządzeń administracyjnych i architektonicznych, to wszakże nie zasługuje na krzywdzące zdanie wyrzuczone przez *L a s s e g n e'a* w t. XII *Annales medico psychologiques*, który powiada, że my nie mamy zakładu do leczenia chorób umysłowych we właściwym tych słów znaczeniu, że to są raczej oddziały, „gdzie bat i chłosta, jest jednocześnie i kuracją i dozorem.“ Następnie kreśli autor w części historycznej dzieje szpitala, niegdyś do braci miłośierdzia należącego, założonego pierwotnie przez kanonika Płockiego *Tomasza R u p n i n a*, na gruncie darowanym przez *Bogusława L e s z c z y ń s k i e g o*, wielkiego podskarbiego koronnego w połowie XVII-go wieku. Po rozdziale obejmującym historią zakładu, następuje opis budowli i ich urządzenia tak wewnętrznego jak i zewnętrznego. W rozdziale p. t. *zarząd*, wyszczególnia autor władze pod jakimi pozostaje szpital, oraz listę imienną osób w nim służących, z oznaczeniem wysokości płacy rocznie przez nich pobieranej, kreśli obowiązki naczelnego lekarza, lekarzy ordynujących i urzędników administracyjnych, następnie wymienia cel i środki zakładu, warunki i przepisy na jakich przyjmowani są i wypisywani chorzy uleczalni lub nieuleczalni ale nie szkodliwi. Po tém następuje podział chorych, ich żywienie i leczenie. W końcu rozprawy podany jest wykaz statystyczny ruchu chorych za ostatnie lat 24, z którego widoczna jest co rok prawie powiększająca się liczba obłąkanych leczonych w tu-tejszym zakładzie. Tu jeszcze winniem nadmienić, że i w rozdziale: budowle i ich urządzenie autor zwracając uwagę na nieodpowiedniość celowi dzisiejszego zakładu w porównaniu do zagranicznych, budowanych lub przerabianych w nowszych czasach, czyni wszakże wzmiankę, że ulepszenia, jakie porobione zostały w ostatnich czasach w szpitalu Ś-go Jana Bożego wpłynęły stanowczo na znaczne powiększenie liczby chorych, skutkiem coraz więcej budzącego się zaufania do zreorganizowanego w znacznej części instytutu. Wiemy dobrze, jak ścisły zachodzi stosunek pomiędzy nauką o leczeniu obłąkanych a organizacją zakładów do ich pomieszczenia przeznaczonych, z tego też względu rozprawa *Dra R o t h e g o* jest zarówno zajmująca jak i pożyteczna dla każdego lekarza, którego psychiatria bliżej zajmuje, a dla historii medycyny krajowej stanie się jedynym i nieocenionym źródłem. Autorowi nadto musimy i w tém przyznać zasługę, że pracą swoją połał podobno pierwszy myśl redakcyi *Gazety Lekarskiej*, do wydania rysu historyczno-statystycznego szpitali w Królestwie Polskiem, którego to dzieła stanowiącego bezpłatny dodatek do *Gazety*, opis szpitala Ś-go Jana Bożego jest pierwszą częścią. Też samą rozprawę ogłosił drukiem *Dr. R o t h e* w języku niemieckim (3), w czasopiśmie Berlińskiem: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, organie stowarzyszenia psychiatrów niemieckich, wychodzącym pod dyrekcją *Dra L a e h r a*, i cieszącym się od lat wielu w całym ucylizowanym świecie uznaną wziętością.

O sprawozdaniu z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych (5), napisanej również przez *Dra R o t h e g o*, powiemy to tylko ze względu na szczupłość rozmiarów niniejszego przeglądu, że takowe tak pod względem wyczerpującej prawie statystycznej części, licznymi komentarzami objaśnionej, jako też z powodu licznej i zajmującej kazuistyki, śmiało może rywalizować z najlepszymi w tym kierunku wypracowaniami, ogłaszanymi w czasopismach specjalnych niemieckich. Musimy tu wreszcie obszerniejszą podać wiadomość o *urządzeniu i budowie zakładów dla obłąkanych* (4), rozprawie ogłoszonej w języku ruskim, a stanowiącej sprawozdanie urzędowe *Dra R o t h e g o*, z 4-miesięcznej podróży naukowej, odbytej przez autora z polecenia *J. W.* hrabiego Namiestnika Królestwa, w celu zbadania tak rozmaitych sposobów opieki nad obłąkanymi jako też urządzenia i budowy zakładów dla ich leczenia i pielęgnowania przeznaczonych, a to w celu ułożenia planu mającego się budować pod Warszawą centralnego domu dla chorych umysłowo-cierpiących. Autor na początku sprawozdania zwraca uwagę jak zarówno z postępem samej psychiatrii i ze zwiększającą się corocznie prawie liczbą obłąkanych, zakłady dla ich leczenia przeznaczone, ulegały coraz większemu udoskonaleniu. Sposoby, w jakie została rozciągnięta w Europie opieka nad obłąkanymi dadzą się rozdzielić na 5 kategorii:

1) Zakłady zamknięte, przeznaczone zarówno tak dla leczenia jak i dla pielęgnowania chorych, albo wyłącznie dla jednego tylko z tych celów.

2) Opieka tak zwana familijna, to jest wśród własnych rodzin chorych, albo wśród rodzin obcych.

3) Kolonia na podobieństwo Gheel w Belgii.

4) Kolonie rolnicze urządzone przy zamkniętych zakładach, jak np. Einum przy Hildesheim w Niemczech lub Fitz-James i Becqrel przy Clairmont-sur-Oise we Francji.

5) Zakłady zamknięte zostające w jak najściślejszym związku z kolonią, z którą stanowią jedną nierozdzieloną całość.

Autor rozbierając po kolei pięć powyższych kategorii i wykazując niedogodność rozmaitych systematów, a przede wszystkim wyłącznej kolonizacji obłąkanych, oddaje pierwszeństwo zakładom zamkniętym, przeznaczonym zarówno dla leczenia jak i dla pielęgnowania nieuleczalnych chorych (*Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt*), stanowiących jedną nierozdzieloną całość z fermą czyli kolonią rolniczą.

Autor radzi zaprowadzić ten ostatni rodzaj pielęgnowania umysłowo cierpiących, przy urządzeniu nowego zakładu centralnego pod Warszawą, stawiając następujące wnioski:

1) Zakład pozostający w związku z dobrze urządzoną fermą wywiera zbawienny wpływ na leczenie i pielęgnowanie chorych.

2) Rozchody na utrzymanie samego zakładu znacznie zostaną zmniejszone, przez rozumne zużytkowanie i rozdział pracy chorych, wszakże nie w tym stopniu jak utrzymywał Dr. Brandes, aby chorzy sami na całkowite utrzymanie swoje mogli zarobić.

3) Tylko zakład obszerniejszy może dostarczyć odpowiednie środki do pracy, a nawzajem w takim tylko zakładzie praca chorych może mieć pewne znaczenie dla budżetu instytucji.

Zakład i ferma czyli kolonia rolnicza powinny znajdować się pod zarządem wyłącznym naczelnego lekarza, zwanego dyrektorem, we wszystkich zakładach niemieckich, szwajcarskich, a w części i w nowo urządzonych francuskich.

Warszawski zakład ma być przeznaczony zarówno dla leczenia jak i dla pielęgnowania obłąkanych, tak zamożniejszych jak i uboższych, z tego względu przy budowie takowego zwraca autor uwagę na następujące okoliczności:

1) Miejscowość, na której zakład ma stać. 2) Naturę gruntu, powietrze i wodę. 3) Obszerność samej miejscowości. 4) Kształt samego zakładu. 5) Ścisły rozdział pod względem płci. 6) Pensjonat i oddział ogólny. 7) Różne oddziały samego zakładu. 8) Pomieszkania chorych tak dzienne jak i nocne. 9) Urządzenie wewnętrzne. 10) Ogrody i pola otaczające.

Z rozbioru tych dziesięciu punktów wyjmujemy ten tylko szczegół, że miejscowość przeznaczona na budowę nowego zakładu znajduje się tuż po za miastem *) w odległości wszakże tak niewielkiej, że z łatwością nowi chorzy mogą być dostawiani i studenci medycyny będą w stanie odwiedzać zakład w celu praktycznego obznajmienia się z psychiatrią. Jedyną niedogodnością owęj miejscowości według autora jest jej niskie i wilgotne położenie. Ilość wody jest zupełnie wystarczająca na potrzeby całego zakładu. Przestrzeń ziemi na budowę przeznaczoną również jest dosyć rozległą, wszakże autor proponuje jeszcze, aby takową powiększyć, a to ze względu:

1) Że przestrzeń ta byłaby zbyt szczupłą w razie konieczności powiększenia zakładu, a mianowicie, gdyby proponowane fermy zostały urządzone.

2) Żeby zakład nie był ścieśniony budynkami, stojącymi na granicy jego terytorium, gdyż bezwątpienia ściąganie on nowych mieszkańców sąsiednich, rachujących na materialną korzyść.

3) Żeby fabryki i zakłady mogące pobudować się w tej stronie miasta nie sprawiały hałasu szkodliwego dla chorych, oraz żeby nie mogły stać w bliskości karczmy i szynkowni, które mogłyby szkodliwie wpłynąć na służbę.

Dalszych szczegółów odnoszących się do projektowanej budowy nie uważamy tém bardziej za stosowne podawać, że praca Dra Rothego wkrótce o ile nam wiadomo,

*) Na gruntach zakupionych przez rząd od adwokata Flama w bliskości dworca kolei Terespolskiej, pomiędzy tą koleją a drogą bitą do Lublina.

ma być ogłoszoną i w języku polskim w jednym z tutejszych pism lekarskich. Porównując sprawozdanie Dra Rothego z licznymi dziełami wydawanymi na zachodzie, a traktującymi kwestye odnoszące się do budowy i wewnętrznego urządzenia zakładów dla obłąkanych, jak Sajfer'a, Rénaudina i tylu innych autorów, musimy wyznać, że sprawozdanie, które mamy przed sobą przewyższa jasnością, łatwością a nawet pewnym wdziękiem stylu utwory wzmiankowanych autorów, — a streszcza doskonale tak ich poglądy, jako też własne uwagi autora z obserwacji zagranicznych zakładów zaczerpnięte. Rozprawa ta nadto zarówno może zająć lekarza specjalistę lub niespecialistę, jak i każdego innego ukształconego człowieka, będąc dla jednych pouczającą a dla drugich ciekawą.

Sprawozdaniu kol. Lubelskiego z oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus (15) podobnie jak i zeszłorocznemu z oddziału epileptyczek w Klinice pomieszczonego, zarzucilibyśmy niewłaściwość tytułu. Artykuł ten bowiem nie tyle ma na sobie cechy ścisłego naukowego sprawozdania, jakich wyborne przykłady mamy w literaturze naszej w sprawozdaniu kol. Rothego, lub w sprawozdaniach szpitalnych i klinicznych ś. p. Le Brun'a. Artykuł kol. Lubelskiego napisany gładkim stylem i zawierający nie jedną pouczającą wiadomość, zaliczyć raczej wypada do kategorii tak zwanych *Causeries médicales*, których liczne przykłady podają nam felietony czasopism lekarskich paryzkich. Mamy wszakże nadzieję że w przyszłości Szanowny kolega zużytkuje obszerną znajomość tak przedmiotu samego, z którym tak gruntownie jest obeznany, również jak i literatury zagranicznej, dotyczącej psychiatrii, na ułożenie ścisłego i obszerniejszego sprawozdania, w którymby zarówno uwzględniona została część statystyczna jak i kazuistyczna. W każdym razie nie chcemy nawet porównywać pracy kol. Lubelskiego, uważanej nawet jako sprawozdanie, ze sprawozdaniem Dra Karcewskiego z Kowanówka (16), które jest po prostu tylko gawędą popularną — ale nie naukową. Z zarzutu uczynionego wytlómaczyć się winienem, aby o stronność nie być posądzonym. Na stronie 331 autor jako formę nosologiczną przyjętą w zakładzie podaje: *szaleństwo jednostronne (monomania)*, na którą z ogólnej liczby chorych 129, leczonych w zakładzie, miało chorować aż 17. Zdumieni bylismy jak w r. 1868 można sobie tak zażartować z czytającą publicznością, gdyż podanie w klasyfikacji naukowej psychiatrycznej nazwiska monomanii, za żart chyba lub mistyfikacją uważać należy. Niepodobna bowiem przypuścić aby lekarzowi specjalście nie znana była słynna rozprawa Falreta (ojca), przed laty kilkunastu już wydana: *De la non-existence de la Monomanie*, jako też późniejsze prace w tymże samym przedmiocie autorów niemieckich, które udowodniły że *Monomania* w rzeczywistości nie istnieje i istnieć nie może, gdyż *assocyacja idei* nie dozwala nigdy na to, aby chory wśród zdrowego stanu umysłu o jednym tylko przedmiocie miał chorobliwe, obłądne pojęcie. Gdyby tak było nawet w rzeczywistości, to już skutkiem *assocyacji idei*, wszelkie pojęcia mające z owym obłądnym pojęciem jakakolwiek wspólność lub styczność byłyby również obłądne. Tymczasem codzienna obserwacja poucza, że przy tak nazwanym obłądnie częściowym (*mania partialis*), niewłaściwie dawniej *monomanią* nazywanym, istnieje pewne kółko, niekiedy dość nawet liczne, obłądnych pojęć i wyobrażeń, oraz że wszelkie przedmioty mające z temi obłądanymi pewną styczność są również błędnie pojmowane. Drugą, większą jeszcze mistyfikacją znajdujemy na stronie 337 (wiersz 7 od góry), na której autor powiada, że w zakładzie w Kowanówku wyleczono trzech chorych dotkniętych bezwładem postępowym, *paralysis cerebri progressiva*, jak się na innym miejscu wyraża. Tu już nie wiemy doprawdy co więcej podziwiać czy chęć mistyfikacji, czy też brak tej prostej wiadomości ze strony autora, która u nas w Warszawie nie jest obcą słuchaczowi medycyny na I kursie, że bezwład postępowy u obłąkanych jest równie nieuleczalną formą chorobną, jak np. niedomykalność zastawki dwudzielnej, lub inna organiczna wada serca, oraz, że pod względem rokowania daje tę smutną pewność, że najdalej życie chorego do lat czterech lub pięciu, rachując od początku choroby przedłużyć się może. Nie możemy też sobie wytlómaczyć, jak redakcyja Kliniki mogła umieścić na szpaltach swego pisma takie nieprawdy naukowe, a umieściwszy, dla czego przynajmniej ze swojej strony nie dodała objaśnienia dla czytelników: że *monomania* nie istnieje już w dzisiejszych kadrach nosologicznych w psychiatrii i zachowała się dotąd jako zabytek

historyczny przeszłości, oraz, że bezwład postępowy u obłąkanych jest formą chorobną bezwzględnie nieuleczalną, wbrew oświadczeniu Dra K a r e z e w s k i e g o. Pana M a r k i e w i c z a (17), tłómaczenie lekcji wstępnej G r i e s i n g e r'a, którą przed 3-ma laty mieliśmy sposobność słyszenia w Berlinie z ust samego prelegenta, mieści na początku zaczepkę osobistą do tutejszych psychiatrów skierowaną. Odpowiem na nią, idąc za wzorem moich również dotkniętych kolegów milczeniem..... Odbieramy tym sposobem panu M. możność rozgłosu, o który mu podobno najwięcej chodziło.

STATYSTYKA LEKARSKA.

Woda mineralna słono siarczano-alkaliczna Solecka; jój własności fizyczne i skład chemiczny.*)

Przez Dra Fil. Romana Wawnikiewicza, Prof. Szkoły Głównej.

Zakład kąpielowy i źródło mineralne lecznicze znajdujące się w gubernii Kieleckiej, powiecie Stopnickim, we wsi Soleu, w pobliżu miast Stopnicy i Buska znane jest już od lat kilkudziesięciu ze swych leczniczych własności.

Potrzeba nowego dokładnego rozbioru chemicznego, szczególnie przez prof. Dra D i e t l'a podniesiona a uznana przez obecnego właściciela p. G o d e f r o i i lekarza zdrojowego Dra S u l i c k i e g o, który z godną naśladowania troskliwością zajmuje się utrzymaniem Zakładu w stanie kwitnącym; spowodowała tych ostatnich do powierzenia mi zbadania własności fizycznych i chemicznych zdroju mineralnego. Wypadki mych poszukiwań, znakomitą wartość wody w mowie będącej jasno wykazujące, podaję niniejszem do wiadomości.

Źródło wody mineralnej Soleckiej wytryska z otworu świdrowego, zrobionego we dnie górniczego szybu. Poszukiwania te robione były po roku 1815, z polecenia Dyrekcji Głównej Górniczej, pod kierunkiem Rady górniczego B e c k e r'a, w celu wykrycia źródeł słonych. Szyb górniczy w części opatrzony drewnianą cembrowiną posiada następujące wymiary: długość stóp 10 cali 7, szerokość stóp 5, głębokość stóp 310; na głębokości 170 stóp znajdują się w skale dwa wydrążenia, pierwsze długie stóp 20, wysokie stóp 8, szerokie stóp 5 i drugie 14 stóp długie, wysokie stóp 6, szerokie stóp 5. W ostatnich 100 stopach głębokości, studnia jest o stóp 4 dłuższa. Dwa łokcie powyżej dna jest trzecie wydrążenie długie stóp 10, wysokie 6, szerokie 5 stóp. Już na jesieni woda całą studnię wypełnia tak, że poziom jój kilkanaście stóp od wierzchu studni odległy doskonale obserwować można. Z całej masy wody studnię wypełniającej wydobywają się na powierzchnię i pękają bańki gazów, z których siarkowódór już na odległość kilkuset kroków od zdroju z łatwością po zapachu rozeznąć można. Powierzchnia wody pokryta jest w części białym kożuchem siarki z rozkładu siarkowodoru działaniem powietrza powstałej. Obserwacje te robione były przy spokojnym stanie wody w miesiącu grudniu (w czasie sezonu kąpielowego, kiedy woda wydobywana drewnianymi kubkami, w ciągłym zostaje ruchu, wydzielanie się gazów i kożuch trudniej zauważyć). Jak prof. Dr. D i e t l w swój broszurze zawiadamia, zgodnie z objaśnieniami na miejscu poczerpniętymi, dawniej woda dochodziła aż do wierzchu cembrowiny — kilka stóp nad otaczający poziom wystającej i przez wierzch wylewała się na okoliczne łąki. Wszakże od czasu wykopania z boku szybu dwóch rezerwoarów, połączonych ze studnią za pomocą rur zamykanych, poziom wody tak wysoko nie dochodzi, zapewne bokami rezerwoarów ściekając na miejsca niżej leżące. Rezerwoary tu wspomniane okazały się być zbyt czułym i jako nieodpowiadające celowi zamkniętymi pozostają. Cały szyb czyli studnia pokryta jest rodzajem altany, z jednej strony otwartej, połączony z kieratem wydobywanie wody ułatwiającym.

*) „Wiadomość o wodach mineralnych słono-siarczastych w Solcu w gubernii Krakowskiej.“ Odbitka nieznanego mi pochodzenia, w niej znajduje się rozbiór chemiczny wody z polecenia rządu przez ś p. prof. K i t a j e w s k i e g o dokonany.

J. L i e b c h e n Dr. Med. Woda Solecka, jój działanie do niektórych chorób zastosowane i sposób użycia. Warszawa, 1851. Zawiera rozbiory chemiczne prof. K i t a j e w s k i e g o, O l e a r i u s'a i prof. S a w i c z e w s k i e g o. Prof. Dr D i e t l. Źródła lekarskie w Solcu. Kraków, w drukarni c. k. Uniwersytetu, rok 1858.

Ilość wody przyływającej w danym przeciągu czasu, niedaje się ze ścisłością oznaczyć (a tem mniej zależność przyływu od zmian pór roku), a to z braku robionych w tym celu obserwacyj. Poniżej wymienione dane udzielone mi przez Dr. S u l i c k i e g o, posłużyły do obliczenia.

W roku 1865 w pierwszych dniach lipca, przy wypróżnieniu studni na 18 stóp od wierzchu cembrowiny, poczem nastąpiła przerwa w wydobywaniu wody, w 7 godzin przybyło wody stóp sześciennych 200, na godzinę zatem 28,5; w lipcu tegoż roku przy wyczerpaniu wody na stóp 172, na godzinę przybyło wody stóp 32.

Przyjmując więc w obliczeniu, że cały słup wody aż do dna studni wyczerpany został, to na powyższych liczbach oparty prawdopodobny przyływ wody wynosić powinien stóp 35,2 na godzinę, czyli na dobę stóp 844,8.

Obserwacje za podstawę powyższemu obliczeniu służące są zbyt nieliczne, aby na nich polegać można było i zdaje się, że przyływ wody przy całkowitem wypróżnieniu studni i należytem oczyszczeniu otworu świdrowego, będzie tak znacznym że wszelkim wymaganiom zadość uczyni.

P o ł o ż e n i e G e o l o g i c z n e S o l c a. *) Przy kopaniu szybu i wierceniu otworu świdrowego przebito następujące warstwy:

1. Ziemia urodzajna stóp 3 cali 6.

F o r m a c y a m i j o c e n i c z n a

2. Niebieskawe i szaro ilowe margle, z trzaskami lignitu 122'2"

3. Gips jednostajny szary, w spodzie blaszkowaty, żółty, biały, w najgłębszych warstwach pomieszany z marglem 81'

F o r m a c y a J u r a.

4. Wapień szaro biały, spojny z krzemieniem, podzielony na warstwy zapadające na północ pod 8°; wapień ten staje się jaśniejszym i oolitowym; zawiera drobne ziarenka ziemistego chlorytu, a w spodzie staje się szaro białym i zawiera nieprzeliczone drobne muszle 21'.

5. Marglowy wapień albrawo żółty, w spodzie szary i zielonawy 14'3".

Na północ od Solca rozciągają się nieco wyższe pagórki należące do Zborowa i Magierowa, składające się z wapienia heterestegimowego, stanowiącego wierzchnie ogniwo nad marglem i gipsem.

Do oznaczenia temperatury źródła użytym był termometr wypróbowany, pochodzący z fabryki S a l l e r o n'a, którego stopnie podzielone są na 0,2. Termometr umieszczony w dużej flaszy napelnionej wodą Solecką z wierzchu zacierpniętą, obwiniętą pakułami spuszczone na dno szybu, gdzie pozostawał 24—26 godzin; poczem flaszę szybko wydobyto i odczytanie natychmiast dokonano.

10 Grudnia 1868 r. odczytana temperatura + 12,4°C przy temp. powietrza — 4,6°C

12 Grudnia 1868 r. „ „ „ + 12,4°C „ „ „ — 2,0°C

Średnia temperatura + 12,4°C = 9,92°R.

W celu zbadania własności fizycznych i chemicznych wody mineralnej dobywano ją z blizkości dna szybu za pomocą flaszy pustej zamkniętej wielkim stożkowatym korkiem, opatrzonym rurką szklaną z obu końców otwartą; rurka ta zamknięta została nasadzoną rurką kauczukową 20 centymetrów długą, czopkiem szklannym zatkaną i połączona z drutem do wierzchu studni sięgającym. Flasza spuszczone do dna na sznurze przez pociągnięcie drutu, a więc odetkanie rurki szklanej, napelniała się wodą pod wielkiem ciśnieniem (około 10 atmosfer) wpadającą. Sposób ten przedstawia niektóre niedostatki, gdyż powietrze we flaszy zawarte rozpuszczając się w wodzie, natychmiast tlenem swym rozkłada siarkowódór; azot zaś rozpuszczając się część gazów wypędza. Dla tego też oznaczenie ilościowe kwasu węglanego i siarkowodoru nie może rościć prawa do ścisłości. W braku wszakże lepszego przyrzędu F r e s e n i u s'a musiałem się mym zadowolnić.

Woda z dna szybu wydobyta wlana do naczynia burzy się i perli jak wino szampańskie, silny zapach siarkowodoru wydzielając; jest bezkolorowa, nieco opalizująca, co działaniem tlenu powietrza we flaszy będącego się tłómaczy. W celu dokładnego przekonania się

*) Ludwik Z e j s z n e r. O mijoceniczych gipsach i marglach w południowo-zachodnich stronach Królestwa Polskiego, Biblioteka Warszawska rok 1864 tom 4.

o barwie wody, flaszę powyżej opisaną, wypełniono wodorem i taką na dno szybu spuszczone. Woda w tym razie wydobyta była bezbarwną, przezroczystą. Woda z wierzchu studni zaczerpnięta nie burzy się, przy wlewaniu do naczynia nieco się perli, posiada lekki zielonawo-żółtawy odcień i w naczyniu pełném zamkniętém pozostawiona daje słaby męt czarny, siarek żelaza zawierający. Podobny męt lecz znacznie słabszy, zaledwo dostrzegalny, daje się widzieć w wodzie ze dna wydobytej. Siarek żelaza w części z żelaznych obręczy kublów pochodzić może, gdyż te działaniem wody mineralnej wyraźnie siarkiem żelaza są powleczone.

Smak wody Soleckiej jest wyraźnie słono gorzkawy, zapach mocny siarkowodorny.

Do oznaczenia ciężaru właściwego użytymi były dwie flaszki, przeszło po 250CC. wody zawierające z zachowaniem wszelkich ostrożności dla wód w gazy obfitych wskazanych *). Temperatura przy oznaczaniu 20°C.

1. Woda zaczerpnięta 10 grudnia 1868 r. c. w. 1,015514. 2. Woda zaczerpnięta 12 grudnia 1868 r. c. w. 1,015499. — Średnia c. w. 1,0155065. 3. Ciężar właściwy wody z wierzchu w listopadzie 1867 r. zaczerpniętej wynosił 1,015493.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— O wehłanianiu pokarmów nastrzykiwanych w tkankę komórkową podskórną. W Nrze 31 „*Wiener Medizinische Wochenschrift*“ z r. b., PP. doktorowie Artur Menzel i Hermann Perco podają treściwą wiadomość o rezultatach czynionych przez siebie doświadczeń nad wehłaniem środków pokarmowych nastrzykiwanych pod skórę. Doświadczenia robione były przeważnie na psach. Do nastrzykiwań używano: tłuszczów, mléka, cukru i białka. Tłuszcz nastrzykiwano psom 25 razy, a w tej liczbie olejek migdałowy 16, oliwę 6, tran 3 razy. Rozpoczynano od drachmy i dochodzono do uneyi. Przy nastrzykiwaniu tłuszczów, opór był większy niż bywa przy nastrzykiwaniu jakiegobądź innego płynu. Powstawała przytem mała wyniosłość, która szybko traciła ostre swe obrisy, tak, że po 24—48 godzinach miejsca nastrzykania trudno było odszukać. W żadnym wypadku nie przyszło do obrzmienia zapalnego a tém mniej do ropni. Psy miały się przytem całkiem dobrze. Zachęceni tak dobrymi rezultatami autorzy nastrzyknęli na klinice prof. Billroth'a pewnemu choremu pełną szprycę Leiterowską (9 gran) tłuszczu na stronie wyprostnej przedramienia. Wyniosłość rozlała się wkrótce na przestrzeni monety talarowej i znikając powolnie w 36 godzinach już wcale nie dała się dostrzedz. Pod ten czas prostowanie palców było bolesne, zaś przy spokojném utrzymywaniu przedramienia dawało się uczuwać gniecenie w miejscu nastrzyknięcia. Zapalenia ani nawet zaczerwienienia nie było. Z tego wszystkiego autorowie wnoszą: iż tłuszcze płynne, nastrzykane pod skórę zostają wehłonięte w ciągu 36 do 48 godz., bez żadnych złych następstw miejscowych lub ogólnych. Mléko nastrzykiwane w ilości 1—2 drachm, w ciągu 24 godz. w zupełności zostawało pochłoniętem. Cukier w formie syropu zwyczajnego, nastrzykiwano 10 psom, za każdym razem po 1—2 drachm. Po 24ch godzinach zaledwie udawało się znaleźć miejsce nastrzyknięcia. Żółtko jaj w ilości drachmy 4-krotnie nastrzykiwane za każdym razem w zupełności zostawało wehłaniane. Z doświadczeń powyższych wynika że wymienione wyżej substancye, mianowicie tłuszcze, białko i sole (mléko), oraz wodany węgla (cukier) nastrzykiwane pod skórę psom, wehłaniają się łatwo, bez wywoływania żadnych objawów zapalnych. Czy u człowieka rezultaty podobne osiągnąć się dadzą, jako téż czy psy będą mogły być przez czas pewien utrzymywane przy życiu za pomocą podskórnych nastrzykiwań pokarmów, — oto przedmiot dalszych poszukiwań. Należałoby przytem, w celu porównawczym, przeprowadzić doświadczenia nad wehłaniem pokarmów z jam opłucnej i otrzewnej, oraz z кишки grubiej, jako téż nad następstwami bezpośrednich nastrzykiwań białka i roztworów cukru do krwi.

*) R. Fresenius. Anleitung zur quantitativen chemischen Analyse 1863.

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.