

Woj. J. Baranowski

N^o. 4.

ROK VIII.

Warszawa 12 (24) Stycznia 1874 r.

TOM XVI

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1874 do 1 lipca 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1874 r. rsr. 138 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TRZEŚĆ. Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika chirurgiczna Prof. *Hueter'a* (w Greifswald). Dwa wypadki zgorzeli starczej (*gangraena senilis*). Podał Dr. *Rydygier*. — O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach. Wyciąg z urzędowego sprawozdania Dr. Med. *Filipa Czajewicza*, Lek. Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w r. 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francyi, Niemiec i Petersburga. — Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra *W. O. Leube*, Prof. w Jenie. — Korrespondencya. Trzeci międzynarodowy kongres lekarski. — Wiadomości bieżące. O działaniu wody zimnej na śledzionę. — Przyczynek do statystyki ospy. — Dodatek. Patologia i ter. szereg. T. I, cz. II-a, ark. 15 i 16 (koniec dzieła, tytuł i treść). — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 12 i 13. — Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 22 i 23.

Klinika chirurgiczna Prof. *Hueter'a* (w Greifswald).

Dwa wypadki zgorzeli starczej (*gangraena senilis*).

Podał Dr. *Rydygier*.

Pomiędzy różnemi przyczynami zgorzeli, których wyliczać nie zamyslam, bo nie tyczą naszych wypadków, znajdujemy dość często zmiany w ścianach tętnic sięgające aż do najmniejszych naczyń, które albo wprost tem samem powodują powstawanie zgorzeli, albo przynajmniej usposabiają do tegoż. Ponieważ zmiany te najczęściej natrafiamy u ludzi w podeszłym wieku, nazwano ten rodzaj zgorzeli zgorzelą starczą, chociaż nie zawsze wiek sędziwy do powstania tego rodzaju zgorzeli jest koniecznym. Przeciwnie pokazuje się także u osób młodych i cierpiących w wysokim stopniu na bezkrwistość i znaczne osłabienie serca. Zwykle zjawia się w ten czas zgorzel jednocześnie na obydwóch kończynach, (zob. *R a y n a u d*, *de l'asphyxie locale et de la gangrene symétrique des extrémités*. Paris 1862), a *Billroth* opisuje wypadek, w którym rozpo-

częła się na końcu nosa. (*Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Berlin 1870 pag. 336*).

Zmiany ścian naczyńowych wyżej wspomniane bywają powodowane zwyrodnieniem miażdżakowem (*degeneratio atheromatosa*). Ponieważ ściany takie ani są sprężyste, ani się skurczą należycie mogą, potrzeba więc nieznacznych tylko przyczyn, żeby wywołać zaburzenie w obiegu krwi, wywierające jak najniekorzystniejszy wpływ na odżywienie przyległych części ciała. Jeśli dołączy się jeszcze do tego podupadła czynność serca, bądź to w skutek tłuszczowego zwyrodnienia, co tak często w podeszłym wieku ma miejsce, bądź też w skutek wad zastawkowych, wtenczas naturalnie jeszcze w daleko wyższym stopniu cierpi obieg krwi w naczyniach zwyrodnionych i zgorzel obszerna dolnej kończyny może powstać bez wszelkich innych przyczyn w skutek utworzenia się zakrzepów mianowicie w małych żyłach, lub też w skutek zapaleń wywołanych stosunkowo nieznaczniemi porażeniami.

Występowanie częste zgorzeli starczej na dolnych kończynach mogłoby na pierwszy rzut oka zadziwić, zważywszy jednakowoż, że właśnie te części najdalej od serca są odległe, łatwo sobie to zjawisko wytłómaczymy: dopóki krew, jak w normalnym stanie, obiega w naczyniach o gładkich i sprężystych ścianach, działa serce równie na odległe, jak na najbliższe naczynia; skoro zaś naczynia stają się niepodatnemi i chropowatemi wewnątrz, wtenczas z oddaleniem od serca zmniejsza się szybkość obiegu.

Rokowanie téj choroby jest nadzwyczaj niepomyślnem, bo często bardzo powraca zgorzel na kikucie, chociaż, jak angielscy lekarze donoszą, przy zgorzeli palców amputujemy w przedudzie.

Dla tego też liczni chirurgowie radzą wcale nie amputować i w ogóle biernie się zachowywać. Właśnie też ze względu na nadzwyczaj szczęśliwy przebieg pierwszy nasz wypadek zasługuje na uwagę i ogłoszenie, i powinien służyć chirurgom jako dowód, że nie zawsze zgorzel starczakończy się zejściem śmiertelnem, a więc że trzeba, choćby nawet tak pomyślny przebieg na kilka set wypadków tylko raz się zdarzył, starać się chorego na drodze operacyi od śmierci uratować.

A. Mierendorf, 45 lat liczący, majtek, w dniu 22 lipca r. z. wszedł do kliniki chirurgicznej prof. Hueter'a, skarżąc się na obumarcie palców i przedniej części stopy lewej nogi.

Chory wzrostu średniego, otyły; tętnica sprychowa, jako i inne tętnice namacalne, pokazują ściany twarde, niepodatne, świadczące o zwyrodnieniu ich miażdżakowem. Badając stan chorej nogi z łatwością przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia ze zgorzelą tych części, a zważając na zwyrodnienie naczyń, stawiliśmy rozpoznanie na zgorzel starczą.

W pierwszych dniach starano się przeszkodzić gniciu części zgorzelinowych za pomocą kwasu karbolowego i zniżyć podwyższoną nieco ciepłotę, co się też udało.

Ponieważ zgorzel nie postępowała w tym czasie, postanowił Hueter części obumarłe, chociaż jeszcze nie silnie odgraniczone (*demarcatio*) za pomo-

ca operacji Pirogowa, od reszty ciała oddalić, ażeby nie zarażały go.— W dniu 3 sierpnia wykonał też tę operację. Podczas operacji mieliśmy sposobność przekonania się, że jedna z tętnic goleniowych była do tego stopnia zwyrodnioną, że możnaby porównać ją z wapiennym kijkiem, krew wcale z niej nie sączyła; z drugiej też tylko mało krwi płynęło. Tkanka przecięta miała suchy wygląd.

Cały okres pooperacyjny był, z małemi wyjątkami, nadzwyczaj pomyślny i dla tego opuszczam opis zmian zaszłych w tętnie, ciepłocie i oddechaniu a wzmiankuję tylko, że jeszcze kilka małych kawałków płata piętowego i kości piętowej zgorzel zniszczyła, podczas których zająć ciepłota cokolwiek się podniosła. W skutek kilku tych małych strat w skórze blizna cokolwiek szeroka się utworzyła, przez co wyzdrowienie się opóźniło.

Daleko więcej przykrości sprawiło nam pojawienie się rwy kulszowej w zdrowej nodze, bo gdy już amputowana noga zupełnie się zagoiła, chory jednakowoż dla słabości i bólów wnieamputowanej nodze tylko bardzo mało i z wielkiem natężeniem mógł chodzić. Po kilku-tygodniowem leczeniu za pomocą elektryczności ustąpiła rwa kulszowa, a chory i w nieamputowanej nodze nabrał tyle sił, że mógł znowu chodzić. Na początku listopada wyleczony opuścił klinikę.

Drugi nasz wypadek zasługuje ze wszech miar na uwagę, że uczy nas, że powinniśmy zawsze w zgorzeli starczej co do rokowania nadzwyczaj być ostrożni.

W czasie gdy pierwszy nasz chory był już rekonwalescentem, przeniesiono z kliniki terapeutycznej chorego K. Wisse do kliniki chirurgicznej. Chory 55 lat wieku, wątłej budowy ciała, znacznie wyniszczony, odznacza się bardzo siwemi włosami; pracował dawniej w Berlinie, później włączył się, co naturalnie nie przysporzyło mu sił ani zdrowia. Zapytany opowiada, że w 10 roku życia swego zapadł na zimnicę (*febris intermittens tertiana*), później cieszył się zawsze czerstwem zdrowiem aż do r. 1850, w którym leczył się ciepłemi okładami w Berlinie na zakrzep w żyłach, jak mniema. W marcu przeszłego roku zaziębił się w podróży z Berlina do Stralsundu, gdzie chorował dwa tygodnie na ranę w nodze powstałą podług niego skutkiem tarcia. Z Stralsundu puszczając się w dalszą podróż, był zmuszony dla powiększających się coraz bardziej bólów w nodze, szukać schronienia w klinice tutejszej. Leczone go przez 3 tygodnie, po którym czasie chory klinikę opuścił choć nie zupełnie wyleczony. Niedługo jednakowoż, jak się spodziewano, pogorszyła się jego rana znacznie i znowu przyjęty został do kliniki najprzód terapeutycznej, później chirurgicznej. Skargi obecne i tego chorego, tak samo jak pierwszego, ściągają się do obumarcia palców i przedniej części prawej nogi.

Przy badaniu chorego na pierwszy rzut oka widzieliśmy tę samą chorobę co i u pierwszego, z tą tylko różnicą, że zgorzel sięgała cokolwiek wyżej na stopie i zwyrodnienie ścian naczyńowych nie było tak daleko rozwinięte jak w pierwszym wypadku.

Chory znajdował się w pierwszych dniach, od 16 do 19 listopada, w sta-

nie bezgorączkowym, ponieważ zdołano kwasem karbolowym zapobiedz zgniliznie i rozpadowi obumarłych części.

W tym wypadku zdawało się Hueterowi, że może rokowanie pomimo podeszlejszego wieku pomyślniejsze stawić i to z następujących przyczyn:

1. Miażdżyca tętnic nie jest w tak wysokim stopniu rozwinięta; naczyń nie są tak twarde i niepodatne, jak w pierwszym wypadku. Ze strony serca oprócz nieznacznie słabszych uderzeń, jak w stanie prawidłowym, nie mamy żadnych powikłań.

2. Zgorzel podczas 4 ostatnich tygodni nie postępowała.

3. Zgorzel odgraniczyła się wyraźną linią od reszty zdrowego ciała.

W obec takiego stanu rzeczy Prof. Hueter tem chętniej postanowił użyć tego samego środka, co w pierwszym wypadku, chociaż zgorzel u drugiego chorego sięgała cokolwiek wyżej, tak, że wykonywając ściśle podług Pirogowa amputację, trzeba było użyć cokolwiek ropiastej tkanki do przedniego płata, albo też nie zupełnie poprzecznie prowadzić wierzchnie cięcie; z małym łukiem do góry. Prof. Hueter zdecydował się do pierwszego, spodziewając się, że kilka kropek ropiejących nie zaszkodzi tyle, ile się przez to zyska, że wszystko akuratniej się będzie stosowało, na czem tak wiele zależy przy operacji Pirogowa. Jeszcze raz przed operacją zwrócił Hueter uwagę na to, że nie zanadto dobre trzeba stawiać rokowanie, pomimo, że operacja w pierwszym wypadku tak szczęśliwym skutkiem uwieczoną została. W d. 19 listopada przystąpił Hueter do operacji. Przed chloroformowaniem zastrzyknięto choremu zaskórnie morfiny przypuszczając, że chory nie należał pewnie do bractwa trzeźwości, przeciwnie było można z jego rzemiosła (włóczegostwo) wnioskować, że jest nałogowym pijakiem. Dr. Uterhart, asystent Huetera w Rostoku, pierwszy zwrócił na to uwagę, że w podobnych wypadkach znieczulenie po zastrzyknięciu morfiny jest daleko mniej niebezpieczne i spokojniejsze. Nawiasowo dodam tu, że Prof. Nussbaum twierdzi, iż za pomocą zaskórnych nastrzykiwań morfiny można także znieczulenie przedłużyć, co mi się zdaje, że nie jest wielkiej wagi, gdyż nieszczęścia podczas chloroformowania bezwyjątkowo nieomal właśnie na początku się zdarzają.

Naciskając krótko przed operacją tętnicę udową, uczuliśmy pod palcem skrobanie (*fremissement*), przez co się przekonaliśmy, że ściągnięta tętnica nie są tak zdrowe jakby się było można spodziewać po wyczuwaniu tętna w sprychowej tętnicy.

Podczas operacji krwawiły tętnice goleniowe nie bardzo obficie; podwiązano i przednią i tylną, poczem krwawienie ustało. W ogóle tkanka bardzo sucha była i nie krwawiła, tylko z kości cokolwiek krwi sączyło. Po ukończonej operacji dobrze wypłókaną i wymytą karbolowym kwasem ranę zeszyto. Badając naczynia w odjętej stopie widzimy w żyłę kostkowej zakrzepy, a w tętnicy goleniowej przedniej czujemy za pomocą zgłębnika chropowate tarcie.

Pierwsze dni po operacji miał się chory dobrze, ciepłota się nie podwyższyła aż do 21 listopada. W tym dniu na wieczór podniosła się do 38,0 Cels. Szukając przyczyny tego aczkolwiek małego podwyższenia ciepłoty, prze-

konaliśmy się, że zależy od zaczynającej się zgorzeli na kikucie. $^{22}/_{11}$ ciepłota rano 38,4; na wieczór 38,2 — zgorzel postępuje dalej: tak samo $^{23}/_{11}$ zgorzel dalej postępuje, ciepłota rano 38,4; na wieczór 39,2; $^{24}/_{11}$ wynosiła ciepłota 38,4, zgorzel rozprzestrzeniła się na całą dolną trzecią część goleni. Po zakostatowaniu tego stanu zdecydował się Hueter do odjęcia kończyny w dolnej trzeciej uda i tegoż dnia wykonał operację za pomocą cięcia owalnego.

Przy badaniu tętnicy kolanowej w odjętej kończynie znaleźliśmy ją w miejscu, gdzie się dzieli, zupełnie wypełnioną zakrzepem już starym jak z jego wyglądu wnioskować należało, a tętnica goleniowa przednia i tylna przedstawiają się jako sznury, w których na przecięciu poprzecznym nie znajdujemy żadnego światła, tylko brunatne kropki, oznaczające miejsce dawniejszego światła — zupełne zarośnięcie (*obliteratio*). Wyżej w tętnicy podkolanowej znajdują się aż do miejsca, gdzie odchodzi pierwsza gałąź, zakrzepy ścienne (*thr. pariet.*). Zupełne zarośnięcie tętnic goleniowych nastąpiło prawdopodobnie w skutek zwyrodnienia wewnętrznej błony ścian tętnicznych (*endarteritis*). W przyległej żyły znajduje się zakrzep zastawkowy; powstanie tegoż możemy sobie tłumaczyć, że ostatnia ilość krwi przepędzonej przez tętnice dla braku ciśnienia z tyłu, (*vis a tergo*), napowrót się spuszczała i zatrzymała się na zastawkach i zakrzep utworzyła.

Cięcie wykonane przy operacji około dwóch cali nad zakrzepem się znajduje. Najbardziej dziwiliśmy się temu, że zgorzel w obec takiego stanu rzeczy już przed wykonaniem operacji Pirogowa szybciej się nie rozprzestrzeniała. Wytłumaczyć można sobie to tylko w ten sposób, że utworzył się, chociaż tylko bardzo mierny obieg poboczny (*circuitus collateralis*) jak tego też dowodzi krwawienie podczas operacji Pirogowa. Że w obec takiej zmiany w naczyniach operacja Pirogowa była bezskuteczną, nie zadziwia wcale; także bezskuteczną musiałaby być wysoka amputacja w przedudzie. Przeciwnie po wykonanej amputacji w dolnej części uda można było się spodziewać jak najlepszych skutków, gdyż cięcie jak już powiedzieliśmy, około dwóch cali nad zakrzepem się znajduje. I rzeczywiście zaraz tego samego dnia jeszcze opuściła chorego gorączka i dnia następnego się nie zjawiała. Chory skarżył się tylko na mocne tętnienie aorty w brzuchu, które można było także wyraźnie wyczuć. Zjawisko to łatwo sobie wytłumaczymy, zważywszy, że przez podwiązanie tętnicy udowej i jej gałęzi napór krwi w aorcie musiał znacznie się powiększyć. Obawialiśmy się, żeby nie nastąpiło pęknięcie aorty, której ściany przypuszczaliśmy, że są zwyrodnione tak samo, jak ściany jej gałęzi. Koło wieczora jednakowoż uspokoiło się tętnienie i chory miał się lepiej; rana także dobrze wygląda. Do 28 listopada stan ogólny chorego zadawalniający, także i rany. Dopiero 28 pokazało się na płacie małe miejsce zgorzelinowe; powstanie tegoż tłumaczył sobie Hueter jako skutek miejscowych stosunków, bo znajdowało się właśnie tam, gdzie płat przylegał do kości, a więc mogło uciśnienie miejscowe zgorzel tę powodować. Naturalnie rokowanie o wiele się pogorszyło. Rzeczywiście spostrzegliśmy w następnych dniach owrzodzenie coraz wyżej do stawu biodrowego pomiędzy mięśniami się posuwające (*phlegmo-*

ne), rana przybrała zabarwienie brudne, ciepłota była: 29 listopada rano 38,4, na wieczór 39,2; 30 rano 38,2, na wieczór 38,8, a 1 grudnia rano 38,0 i chory tego dnia skonał.

Oszczędzę sobie powtórzenia całego protokołu obdukcji, nie chcąc nużyć czytelnika, a uwydatnię tylko zmiany przyrzędu naczyniowego i samej rany. Serce wątle pomimo że mięsień stosunkowo znacznie rozwinięty; zastawki w stanie prawidłowym z wyjątkiem zastawki dwudzielnej, w której znajdują się małe miejsca żółtawe, stłuszczenie. Przy podstawie aorty i w części jej wstępującej spostrzegamy kilka złogów wapna; ściany łuku i części zstępującej prawidłowe z wyjątkiem kilku miejsc zgrubiałych, mianowicie jedno, gdzie odchodzi gałęź ledźwiowa; sprężystość całej tętnicy cokolwiek zmniejszona. W tętnicy udowej nie znajdujemy nie prawidłowego. Zakrzep na miejscu podwiązania już bezbarwny. W żyłę udowej, w miejscu gdzie odchodzi jej gałęź głęboka znajduje się zakrzep zastawkowy, do którego ku górze i dołowi zakrzepy pośmiertne się dołączają. Pomiedzy tym zakrzepem zastawkowym a zakrzepem na miejscu podwiązania znajdują się także zakrzepy pośmiertne, znakiem, że tu obieg za życia miał jeszcze miejsce. Ściany naczyń goleniowych, jak się to już wyżej powiedziało, zgrubiałe, zwapniałe, a ztąd znacznie zwężone światło, które w tętnicy goleniowej przedniej i tylnej dochodzi do zupełnego zarośnięcia. W naczyniach mózgu nie znajdujemy żadnych zmian, mianowicie zwapnienia. Drobnowidzowe badanie mięśnia sercowego: włókna mięsne węższą, jak zwykle, poprzecznego nakreślenia nie możemy po większej części dostrzedz, a gdzie się znajduje, tam jest bardzo niewyraźne. W środku włókien widzimy dość znaczną ilość żółtego barwniku, obok tego drobno-ziarnisty rozpad i krople tłuszczu. Rana, jak za życia już się przekonaliśmy, barwy brudnej; ropienie sięga pomiedzy mięśniami nieomal aż do stawu biodrowego, obok tego wylew krwi dość znaczny pomiedzy żyłą a tętnicą.

Na zakończenie nadmienię, że przy badaniu pośmiertnym zadziwiało, iż obok tak znacznego zwyrodnienia naczyń obwodowych stosunkowo tak małe zmiany znalazły się w aorcie, a w naczyniach mózgowych nie było żadnych.

O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach (ventilatio).

Wyciąg z urzędowego sprawozdania Doktora Medycyny Filipa Czajewicza, Lekarza Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w roku 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francji, Niemiec i Petersburga.

Wymienioną podróż naukową odbyłem w roku 1873. Za główny cel przy zwiedzaniu znakomitszych szpitali Europy położyłem sobie zbadanie różnych systemów wentylacji, ztąd też w sprawozdaniu mojem przeważnie zajmę się opisem ważniejszych sposobów odświeżania powietrza w różnych szpitalach, ze zwróceniem uwagi o ile one w zastosowaniu okazały się praktycznymi.

Rozpoczynając od przeglądu Szpitali Wiedeńskich, zastanowić się przedewszystkiem wypada nad szpitalem: Allgemeines Krankenhaus. Szpital ten założony jeszcze w r. 1784 przez Cesarza Józefa II, a mogący pomieścić 3,000 chorych, pod względem budowy i rozkładu sal zostawia wiele do życzenia. Pod względem jednak wentylacyi i ogrzewania porobiono ważne ulepszenia. Ogrzewanie i wentylacya na salach w szpitalu Allgemeines Krankenhaus odbywa się za pomocą t. z. pieców płaszczowych (Mantelöfen). Piec płaszczowy stanowi piec żelazny otoczony w pewnej odległości ścianami murowanymi czyli tak zwanym płaszczem, od góry otwartym. Między płaszczem a piecem żelaznym w podłodze jest kanał opatrzonej klapą, którym dochodzi powietrze świeże z zewnątrz; w płaszczu ono ogrzewa się i uchodzi ku górze otwartą powierzchnią na salę. Przy tym piecu płaszczowym na zewnątrz u samego dołu znajduje się kanał wyprowadzający z sali zepsute powietrze. Kanał ten, również opatrzonej klapą, łączy się z rurą kominową pieca żelaznego. Przy ogrzewaniu więc pieca żelaznego, do którego jest przystęp od strony sali przez drzwiczki we frontowej ścianie płaszcza, na zasadzie różnicy temperatury, jednocześnie wciągane jest powietrze świeże z zewnątrz do środka płaszcza i wyciągane zepsute powietrze z sali do kanału kominowego. Wspomniane wentylacyjne piece zaprowadził w Wiedniu Meissner. W porze letniej wentylacya odbywa się przez otwieranie okien, mianowicie przez uchylanie górnych szyb lub lufcików odpowiednio urządzonych. Nadto znajdują się na salach pod sufitem i u podłogi otwory, które powietrze wprost z zewnątrz dochodzi; otwory te od zewnątrz opatrzone są kratką drucianą, a od wewnątrz żaluzjami. Przy takim urządzeniu wentylacyi, w porze zimowej, pomimo przepelnienia szpitala choremi, powietrze na salach znalazłem dosyć dobre. Na salach należących do kliniki położniczej urządzone wentylacyę podług systemu Böhm'a. Wentylacya Böhm'a również polega na urządzeniu pieców płaszczowych, odmiennej jednak budowy jak wyżej opisane, tudzież t. z. kanałów dachowych (Dachkanäle) i kanałów piętrowych (Etagenkanäle). Piec Böhm'a otoczony jest płaszczem kaflanym, do którego, na te same jak wyżej zasadzie, wciągane jest z zewnątrz świeże powietrze. Zepsute zaś powietrze z sali wyciągane jest oddzielnie kanałem dachowym, przeprowadzonym w ścianie, którego otwór dolny opatrzonej klapą znajduje się przy podłodze, otwór górny opatrzonej takąż klapą znajduje się pod sufitem, sam zaś kanał wychodzi nad dach. W środku kanału dachowego, który jest właściwie kanałem wyciągowym, znajduje się klapa z regulatorem od strony sali, dla umiarkowania większego lub mniejszego przypływu świeżego powietrza. Kanał piętrowy, również przeprowadzony w ścianie, w dolnym końcu ma dwa otwory, dolny wewnętrzny (od strony sali) i dolny zewnętrzny (od zewnątrz gmachu), dowolnie przemykane żaluzjami— górny zaś jego koniec otwiera się pod sufitem na salę otworem żaluzjowym. Na sali znajduje się kilka takich kanałów dachowych i piętrowych. W porze zimowej czynnym jest piec i kanały dachowe v. wyciągowe. Na jesieni i na wiosnę czynne są kanały piętrowe i kanały dachowe—mianowicie: otwarty jest otwór dol-

ny zewnętrzny i otwór górny (na salę wychodzący) kanału piętrowego, także otwór górny kanału dachowego; inne otwory są zamknięte. Tym sposobem powietrze świeże z zewnątrz przez kanał piętrowy wchodzi pod sufitem na salę — jako chłodniejsze opada ku dołowi — ogrzawszy się zaś wznosi się znowu ku górze i wyciągane jest pod sufitem przez kanał dachowy. W porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, otwarte są dolne i górne otwory kanałów piętrowych — powietrze świeże wciągane jest dolnymi otworami, a wyciągane górnymi; otwierają także i kanały dachowe, najdogodniejszą jednak w porze letniej jest wentylacja przez otwieranie okien. Na salach wentylowanych sposobem Böhm'a powietrze nie było bynajmniej lepsze, jak na tych salach, gdzie urządzone są zwyczajne piece płaszczone. Urządzenie wentylacji według systemu Böhm'a, rozpowszechnione w Wiedniu, wydało mi się zbyt skomplikowanem i wymagajacem bardzo umiejętnej obsługi. Mnóstwo otworów w ścianach, należących do kanałów dachowych i piętrowych, łatwo wywołuje przeciągi na salach, od których przy podobnem urządzeniu ustrzedz się trudno.

System ogrzewania i wentylacji Böhm'a zaprowadzony jest także w pięciopiętrowym szpitalu wiedeńskim Rudolph-Stiftung. Szpital ten dwupiętrowy zbudowany jest w roku 1865 na 860 chorzych w kwadrat według planu korytarza pawilonowego. W każdym skrzydle gmachu z korytarza prowadzą drzwi do jednej obszernej sali mieszczącej 28—30 łózek, gdzie na chorego przypada przeszło 1200 stóp kubicznych przestrzeni; są nadto i mniejsze sale na 14—18 chorzych. Przy każdej sali znajduje się przedpokój, mała sala dla wenterki, sala do grzania ziółek i kataplazmów, wanna i wychodek urządzone na waterklozetach — nadto znajduje się otwór, którym ciała zmarłe za pomocą windy spuszczone są do suteren, gdzie jest trupiarnia, składy drzewa i t. p. Korytarze oświetlone są gazem, na salach zaś palą lampy olejne. W szpitalu tym zachowana jest wielka czystość, a powietrze na salach dobre.

Z większym jeszcze komfortem zbudowano obecnie w Wiedniu szpital nowoży dla starozakonnych: Salomon-Rotchild-Stiftung. Szpital ten jednopiętrowy mieszczący tylko 100 chorzych, zbudowany jest w podkowie; środek zajęty na administrację, dwa zaś skrzydła stanowią pawilony, wzdłuż których na parterze i na piętrze znajduje się po jednej sali bez bocznego korytarza na 16 łózek — na chorego przypada 1560 stóp kubicznych przestrzeni. Zastosowano tutaj również system ogrzewania i wentylacji Böhm'a, z tą jednak zmianą, że kanały dachowe, w ścianach urządzone, przedłużają się aż do piwnicy hermetycznie zamykanej (w rodzaju obszernej korytarza), z której w porze letniej, zwłaszcza w czasie panującej epidemii, maszyna parowa wyciąga zepsute powietrze, gromadzące się tam z pojedynczych sal chorzych. Są także i małe salki na 1 lub 2-eh chorzych, oddzielnie ogrzewane i wentylowane. Korytarze są także oddzielnie ogrzewane i wentylowane. Na małych salkach i na korytarzach urządzone są małe piece płaszczone żelazne. Przy każdej większej sali są też same pomocnicze pokoiki, jak w wyżej opisanym szpitalu Rudolfa. Oświetlenie na salach i korytarzach gazem. Na salach są łóżka żelazne

z pokładem sprężynowym, na którym umieszczony jest materac włosiany. Wzorowo urządzona jest kuchnia z kotłami parą ogrzanemi, przyrząd do ogrzewania talerzy, umywalnia i t. p.

W Monachium znalazłem dogodnie urządzony szpital *Allgemeines Krankenhaus* przeszło na 500 łózek, założony jeszcze w r. 1803 przez króla Maksymiliana. Z korytarza do kola gmachu wychodzą sale po 12 łózek tylko mieszczące, gdzie obok czystości bardzo praktycznie zastosowano ogrzewanie i wentylację (*Haeberle*). Na każdej sali znajduje się piec żelazny płaszczowy, do którego od podstawy wciągane jest świeże powietrze z zewnątrz, gdzie ogrzawszy się należycie, wychodzi następnie górną otwartą powierzchnią płaszcza na salę. Na dachach gmachu urządzone są budki drewniane żaluzjowane w formie wieżyczek, któremi świeże powietrze z zewnątrz wchodzi do wspólnego kanału na poddaszu, rozdzielającego się potem do każdej sali osobno. Zepsute zaś powietrze z sali wyciągane jest za pomocą kominka urządzonego od strony korytarza, do którego obustronnie otwierają się szeroko dwa kanały, biorące swój początek dwoma szerokimi otworami w bocznych ścianach sali u samej podłogi. Na każdej sali znajduje się naprost drzwi wielkie weneckie okno z podwójnym lufcikiem w środku; lufcik zewnętrzny posiada szybę w formie drobnej kratki, z małemi otworkami obok siebie położonemi, lufcik zaś wewnętrzny opatrzony zwyczajną szybą szklaną. Gdy otwieramy lufcik wewnętrzny, wchodzi świeże powietrze na salę przez szybę metaliczną lufcika wewnętrznego, nie wywołując najmniejszego przeciągu powietrza. W szpitalu tym na salach oświetlają lampkami olejnymi, na korytarzu zaś gazem. W nowym oddzielnym gmachu chirurgicznym, według planu korytarzo pawilonowego zbudowanym, zaprowadzono system ogrzewania i wentylacji *Bohm'a*.

Szpital paryzkie z wielu względów zasługują na uwagę. Najpiękniejszy szpital w Paryżu jest bez zaprzeczenia *Hopital Lariboisiere* zbudowany w r. 1852 przeszło na 1000 chorych, według systemu pawilonowego. W jednej połowie pawilonów zastosowano ogrzewanie i wentylację według systemu *Leona Duvoir*. System ten polega na ogrzewaniu niskich żelaznych pieców wodą gorącą, która wznosi się z kotła umieszczonego w piwnicy na poddasze do oddzielnego rezerwoaru, z którego spływa na piętra i krąży między podwójnymi ścianami wspomnianych pieców, następnie zaś wraca ochłodzona do tegoż samego kotła. Do środka tych pieców doprowadzone jest oddzielnemi kanałami z zewnątrz świeże powietrze, które otwartą powierzchnią uchodzi na salę. Zepsute powietrze na salach wyciągane jest oddzielnemi kanałami, które otaczają rezerwoar z gorącą wodą na poddaszu i otwierają się ostatecznie w kominie. Według tego systemu chory otrzymuje na godzinę do 20 metrów kubicznych świeżego powietrza. W drugiej połowie pawilonów zastosowano ogrzewanie i wentylację według systemu *Grouvelle-Thomas-Laurence*. System ten polega znowu na ogrzewaniu parą wodną podobnych pieców, przez środek których maszyna parowa (umieszczona w piwnicy) za pomocą mechanicznego wentylatora wtłacza oddzielnemi kanałami świeże powietrze z zewnątrz na salę. Zepsute powietrze na sali wyprowadza-

ne jest przez otwory u podłogi znajdujące się, które kanałami otwierają się w kominie. Według tego zaś systemu chory otrzymuje na godzinę do 60 metrów kub. świeżego powietrza. Powietrze na salach jest dobre — łagodniejszym i przyjemniejszym jest ono jednak do oddychania w pawilonach ogrzewanych i wentylowanych według systemu Duvoir'a, jak według Grouvelle-Thomas-Laurence'a. Tak jak we wszystkich szpitalach paryzkich, tak też i w Lariboisiere, sale oświetlają lampami olejnymi a korytarze gazem. W szpitalu tym wybornie jest urządzona pralnia parowa, suszarnia i t. p. Wychodki urządzone na waterklozetach.

W podobny sposób zastosowano ogrzewanie i wentylację w szpitalu paryzkim Neck er, przed kilkunastu laty odbudowanym i urządzonym na 400 chorych. W szpitalu tym są dwa główne pawilony, z których jeden jest ogrzewany i wentylowany według systemu Duvoir'a, a drugi według systemu Grouvelle-Thomas-Laurence'a.

W szpitalu Beaujon, zbudowanym według planu pawilonowego, zastosowano system ogrzewania i wentylacji van-Hecke, gdzie dwuskrzydłowy wentylator umieszczony w oddzielnej kamerze, poruszany maszyną parową, wtlacza świeże powietrze na sale, które w porze zimowej ogrzane zostaje w pomienionej kamerze systemem rur, przeprowadzających parę wodną z maszyny parowej. Zepsute powietrze na salach wychodzi przez otwory pod sufitem położone.

W szpitalu dzieciennym Hospital des enfants malades, w ostatnich czasach po części odbudowanym i urządzonym na 600 łóżek, praktycznie zastosowano wentylację nad każdym łóżkiem, albo też u samej podłogi znajdują się otwory, należące do kanałów przeprowadzonych w ścianach, które łączą się w obszerne kanały wyciągowe wychodzące nad dach. Sale zaś ogrzewane są piecami żelaznymi, których rury kominowe przechodzą środkiem wspomnianych kanałów wyciągowych. Tym sposobem zepsute powietrze wyciągane jest z sal — świeże zaś doprowadzone jest przez otwory znajdujące się przy podłodze wychodzące na zewnątrz. W szpitalu tym znalazłem bardzo dogodnie urządzone wanny i waterklozety dla dzieci.

W innych szpitalach paryzkich, jak w starym Hotel-Dieu, Charité, Notre-Dame-de-Pitié i t. d. niema specjalnych urządzeń wentylacji. Pomimo to przy zachowaniu wszędzie uderzającej czystości i otwieraniu okien w stosownej porze powietrze na salach znajdowałem dobre.

W szpitalu paryzkim Sgo Ludwika, mieszczącym głównie chorych z chorobami skórnymi i syfilitycznymi, znalazłem doskonale urządzone kąpiele, a mianowicie: wanny zwyczajne, kąpiele parowe, różnego rodzaju prysznice i dusze, kąpiele fumigacyjne, kąpiele pulweryzacyjne Mathieu'go (bains a l'hydrofere). Zwróciły też uwagę moją w niektórych szpitalach paryzkich (Charité, Enfants assistés) piecyki gazowe do pieczenia mięsa, w postaci żelaznych zamkniętych szafek, wewnątrz których na obwodzie ściany przeprowadzona jest rurka z otworkami do płomyków gazowych, pośrodku zaś na górnej ścianie zawieszony haczyk do zaczepiania mięsa.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O leczeniu chorób żołądka.

Przez Dra W. O. Leube, Prof. w Jenie.

(Dalszy ciąg).

Sądzę, że potem cośmy powiedzieli, uznacie może Panowie za potrzebne, większą znów zwracać uwagę na kwas solny, przy leczeniu chorób żołądka, niż w ostatnich czasach było zwyczajem, kiedy spodziewano się największych rezultatów z podawania roztworu winnego pepsyny. Szczególniej pożytecznym okazuje się kwas solny u rekonwalescentów, osób bezkrwistych, gorączkujących; nawet przy rozszerzeniu żołądka, w chorobie, jak wiemy opierającej się działaniu wszelkich środków chemicznych, według moich dotychczasowych doświadczeń, kwas solny jest widocznie pożyteczny. Być może, że fakt obserwowany przez *M a n a s s e y n' a* a mianowicie, że u zwierząt, u których wywołał ostrą bezkrwistość i stan gorączkowy, jeżeli nie zadawano im kwasu solnego, zawartość żołądka łatwo ulegała gniciu, ten fakt powtarzamy, może usprawiedliwić potrzebę zadawania kwasu solnego tym chorym, u których zawartość żołądka ulega procesom gnicia. Doświadczenia moje z kwasem solnym, zadawanym w formie wyżej przepisanej w wykazanych szczegółowo cierpieniach żołądka nie są jeszcze niestety tak liczne, abym mógł już z całą, jakąbym życzył sobie, pewnością podać te wypadki, w których zadawanie kwasu solnego zawsze okazuje się pożytecznym. Z powodu jednak wielkiej częstości chorób żołądka w Tübindze, uda się to rozstrzygnąć prędzej jak gdzieindziej. Kładę jednak nacisk na to, że jakkolwiek uważam za racjonalne podawanie kwasu solnego w wielu wypadkach, bynajmniej przez to nie chcę powiedzieć, aby zadawanie pepsyny w żadnym wypadku nie było wskazane. Chciałem tylko zwrócić uwagę Paców na to, że w większości wypadków brak kwasu solnego a nie brak pepsyny w soku żołądkowym jest pierwiastkową przyczyną powstawania dyspepsyi; przeciwnie zadawanie pepsyny obok kwasu solnego będzie koniecznie wskazane w tych wypadkach, w których zadawanie samego kwasu solnego zostaje bez pożądanego skutku, gdyż wszak wiadomo, bez jednakowej ilości kwasu solnego, sok żołądkowy tém szybciej działa, im więcej zawiera pepsyny. Według nowszych doświadczeń *P a n u m a* *), essencya pepsynowa sporządzana podług przepisu *L i e b r e i c h a*, przez aptekarza Scheringa w Berlinie, jest najskuteczniejszym preparatem; tuż obok niego pod względem skuteczności stoi „francuzka“ pepsyna, która jest mieszaniną pepsyny, peptonów i kwasu mlecznego, tak że w tym preparacie obok fermentu znajduje się także kwas.

W jednym szeregu z tylko co wspomnianymi cierpieniami, według mego zdania postawić należy te wypadki, w których ma miejsce w żołądku obfite wydzielanie śluzu. Ponieważ wytwarzanie się śluzu zmniejsza normalną produkcję kwasu, daje przeto powód do wytwarzania się nienormalnych produktów przy trawieniu. Uwzględniając tylko co wspomniany fakt, można dopiero pojąć, niedosyć zkadinałd uzasadnione przypuszczenie, że obecność śluzu w żołądku jest przyczyną fermentacyi w nim, co daje się poznać przez wytworzenie kwasu octowego, masłowego, mlecznego, węglanego i wodoru. Jeżeli wytwarzanie się tych nienormalnych produktów fermentacyi jest za wielkie, to w takich wypadkach nie można się obejść bez podawania dwuwęglanu sody lub innego jakiego środka, dla zobojętnienia kwasów. Będzie to tém bardziej wskazane, ponieważ zasada nietylko zobojętnia ostre kwasy, lecz także, jeżeli zostaje podawane w większych ilościach, wywołuje normalną sekrecyę ścian żołądka.

Oprócz dotychczas opisanych zmian w wzajemnym stosunku części składowych soku żołądkowego, a mianowicie dwóch głównych jego części składowych, to w pewnych razach trzeba przyjąć z m i a n ę w i l o ś c i w y d z i e l o n e g o s o k u ż o łą d k o w e g o i n t o t o za przyczynę dyspepsyi, podczas gdy stosunek pojedynczych części składowych soku żołądkowego może być normalny. Przypominam Panom w tym względzie znane do-

*) Centralblatt für medic. Wissenschaft 1871, str. 805 (sprawozd.). Om Titverjebringelsen of Maresaft etc.

świadczenia Beaumont'a **) który przekonał się, robiąc doświadczenia nad człowiekiem z przetoką żołądka, że gdy człowiek ten dostał gorączki, nie wydzielal się więcej sok żołądkowy, nawet gdy żołądek był drażniony wprowadzonymi węgl pokarmami. Co więcej, pokarmy te, pozostawały bez zmiany w żołądku 24 do 48 godzin. Nawet przy tak zwanem „osłabionem trawieniu“, żołądek nie wydziela dostatecznej ilości soku żołądkowego, przy zwykłym drażnieniu pokarmów. Osoby cierpiące na tę formę dyspepsy, używają korzennych lub tym podobnych potraw, aby pobudzić nieczulą błonę śluzową żołądka do wydzielania. Bezpośredni dowód istnienia takich stanów patologicznych daje się otrzymać w następujący sposób: Jeżeli u zdrowego człowieka wprowadzimy na czezo do żołądka sondę, to mechaniczne drażnienie sondy jako też i drażnienie wprowadzonej wody zimnej jest dostateczne dla pobudzenia błony żołądkowej do słabej sekrecyi i odpowiednio temu przy tym postępowaniu z otworu sondy wypływa słabo kwaśno oddziaływający plyn. To bardzo słabe podrażnienie widocznie nie jest już w stanie przy tak zwanej odrętwiałej formie słabego trawienia, pobudzić gruczoły żołądkowe do wydzielania. Znam pewnego człowieka, cierpiącego na lekkie zaburzenia w trawieniu, z żołądka którego przy powyższem postępowaniu otrzymywałem zawsze plyn obojętnie oddziaływający i dopiero w ostatnim tygodniu, u pewnej damy, którą leczyłem na rozszerzenie żołądka, otrzymałem sok obojętnie oddziaływający przy przemywaniu żołądka. Takie wypadki, gdzie wydzielanie soku żołądkowego jest in toto zmniejszone, leczą zwykle zadawaniem rzewienia, wymiotnicy (ipeca) i innych środków. Ja jestem zdania, że przy tym tak zwanym *torpor mucosae ventric.* mniej trzeba liczyć na działanie tych środków, a wypada raczej żołądek stopniowo odzwyczaić w zupełności od owych silnych bodźców. Wprawdzie to ostatnie postępowanie wymaga wiele cierpliwości ze strony lekarza i chorego. W wypadkach, w których szybsza pomoc jest konieczną, zalecać się będzie podawanie środków, które na zasadzie doświadczenia fizyologicznego są w stanie, jako takie wywołać większe wydzielanie soku żołądkowego. Takimi środkami są: eter, alkohol, zimna woda, alkalia i bardzo prawdopodobnie środki gorzkie (amara) i z tej przyczyny z zadawania źródeł alkalicznych przede wszystkim Vichy, Bilin i t. d., można się spodziewać polepszenia w tych cierpieniach żołądka. Wesprzeć to leczenie można zadawaniem lodu i środków gorzkich, których działanie zresztą jak to ja na zasadzie własnych dawniejszych doświadczeń przyjąć muszę (*Rostocker Naturforschervers. 1871. Tagbl. str. 112*), jest natury czysto zwrotnej, a być może, że działanie ich jest spowodowane jedynie większym wydzielaniem śliny, która polknięta, stanowi silny środek pobudzający dla wydzielania błony śluzowej żołądka.

W skutek działania kwasu chloropepsynowodornego na ciała białkowe i tkanki klej dające powstają peptony, które jak wiadomo pod względem chemicznym jak i fizycznym przedstawiają odmiany białka. Peptony te są o tyle ważnemi w procesie trawienia, o ile w skutek swego małego equivalentu osmotycznego blisko 70 razy łatwiej zostają pochłonięte przez ściany żołądka, niż zwyczajne ciała białkowe. Ta rezorbeyta powstałych w żołądku peptonów, jest dla odżywiania organizmu pierwszorzędnej ważności, ale bez względu na to ciągle wsysanie ich, jest dla odżywiania ciała nieodzownem. Nagromadzenie peptonów w żołądku jest tym sposobem przeszkodą dla dalszego rozpuszczenia się nierozpuszczonych jeszcze ciał białkowych. Jeżeli więc przeto siła rezorbeyi błony śluzowej żołądka zmniejszyła się, to natomiast i przejście ciał białkowych w peptony staje się niemożliwym a koniecznym następstwem tego będą zaburzenia w trawieniu. Tym sposobem objaśnia się fakt zauważony przez Rank'e'go, że z jednej i tej samej ilości mięsa więcej się strawi, jeżeli się spożyje je w małych częściach, niż przy spożyciu całego mięsa odrazu. Tym sposobem objaśniają się też i rozmaite fakty kliniczne. Jeżeli przyjmiemy to za fakt, że nieprawidłowa rezorbeyta peptonów, może być przyczyną dyspepsy, to będziemy musieli pewną część zaburzeń w trawieniu przy przewlekłym nieżycie żołądka odnieść koniecznie do zmniejszonej rezorbeyi błony śluzowej żołądka. Jeżeli jednak zwolnienie rezorbeyi, przy przewlekłych zapaleniach innych organów, daje się codziennie przy łóżku chorego zauważyć, to i znaczniejsza zmiana ścian naczyń przez najnowsze badania nad zapaleniem, stała się bardzo prawdopodobną także i w przewlekłej formie tego patologicznego stanu. Szczególniej jednak według mego zdania widocznemi są skutki zmniejszonej rezorbeyi błony śluzowej żo-

**) Beaumont W. Experiments and observations on the gastric juice etc. Edinburgh, 1838, str. 99.

ładka w trawieniu przy rozszerzeniu żołądka (*dilatatio ventriculi*). Jeżeli wessanie peptonów, przez błonę śluzową żołądka zmniejszyło się, to produkta już strawionych pokarmów, nagromadzą się wraz z niestrawionemi jeszcze massami w żołądku, a przy dłuższem trwaniu tego stanu, muszą wywołać powiększenie objętości żołądka. Samo się przez się rozumie, że szczególnie sprzyja takiemu nagromadzeniu produktów trawienia w żołądku obecność przeszkody mechanicznej, jak np. bliznowate zwężenie *ex causa ulceris* w okolicy odźwiernika (*pylorus*), przeszkadzające wyjściu zawartości żołądka. Chcieć jednak wszystkie objawy występujące przy rozszerzeniu żołądka odnieść do zmniejszenia światła żołądka w okolicy odźwiernika, jest już z tej przyczyny niemożliwe, że rozszerzenie żołądka jakie znajdujemy *post mortem* nie rzadko jest o wiele znaczniejsze, niżby można się było spodziewać ze stopnia zwężenia odźwiernika, a jednakowoż fakt ten łatwo z objawami przy życiu występującemi godzić się da, jeżeli dla objaśnienia weźmiemy w pomoc niedostateczną rezorbeyę błony śluzowej żołądka. Przez przyjęcie tylko co wymienionej nieprawidłowości funkcji żołądka, łatwiej wytłómaczyć sobie można niż dotychczas (f. K u s m a u l, *Deutsch. Arch. für Klin. Med.* VI. 470), dla czego przy rozszerzeniu żołądka w krótkim czasie przy użyciu pompki żołądkowej organ ten jest znów w stanie przez zwężony odźwiernik popchnąć dalej pokarmy. Według mego zdania w opisanych wypadkach, po wyprowadzeniu wielokrotnem z żołądka w wielkiej ilości nagromadzonych niezrezorbowanych pokarmów żołądek znów zaczął rezorbować. Tym sposobem znika pewna część ciężaru podczas całego trwania choroby na mięśnie żołądka, praca mięśni staje się mniejszą i tym sposobem te ostatnie zyskują znów stopniowo możność popychania zawartości żołądka. Ze przy dłuższem trwaniu takiej nieprawidłowej rezorbeyi peptonów, odżywianie musi upaść, nie potrzebuje dalszych dowodów i niejedyn z Panów w praktyce swojej widział wypadki strasznego wychudzenia, występujące u nieszczęśliwych chorych, po długiem trwaniu rozszerzenia żołądka.

Istnienie takiego zmniejszenia rezorbeyi w żołądku, daje się w podobny sposób wykazać, jaki wprzód podaliśmy dla skonstatowania odrętwiałej formy słabego trawienia.

Chory przysłany mi przez czeigodnego mego kolegę P f e i f e r'a, cierpiał od wielu lat na niestrawność, odbijanie, wymiotował od czasu do czasu wielkie massy i był strasznie wychudzony. Gdy chory leżał na boku, płyn w żołądku z wielkim szelestem przelewał się w stronę, na której leżał chory i za pomocą palpacyi można było wyczuć pluskające przelewanie; sam pacjent czuł jak przy picciu, połknięty płyn wyraźnie opadał. Gdy wprowadziłem sondę dochodziła ona aż na 8 Cm. niżej wyrostka mieczykowatego (*proc. xyphoideus*), jednem słowem nie można było wątpić, że mamy tu do czynienia ze znacznem rozszerzeniem żołądka. W przebiegu leczenia wprowadziłem do żołądka „roztwór mięsa“ (patrz niżej) zawierający peptony; przez 24 godzin, żadnych innych pokarmów nie przyjmował, prócz owej peptony zawierający płyn. Po upływie tego czasu, przy wyprowadzeniu z żołądka zawartości jego, pokazało się, że wygląd jej nie różnił się wcale od owej solucyi mięśniowej i że także zawartość peptonów w obu płynach była prawie ta sama, trzeba przeto było ztąd wniesć, że jeżeli w wypadku tym rezorbeya peptonów miała miejsce, to w każdym razie była bardzo niedostateczną. Widzimy także z tego przykładu, jak badanie za pomocą sondy ważnym jest środkiem pomocniczym dla stawienia d y a g n o z y i zdaje mi się, że każdy przy długotrwałych cierpieniach żołądka dla stwierdzenia rozpoznania w ciężkich wypadkach nie omieszka podobnych badań powtarzać.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

KORRESPONDENCYA.

Wiedeń, dnia 4 Października 1873 r.

Trzeci międzynarodowy kongres lekarski.

(Ciąg dalszy *).

Drugie Posiedzenie.

Wtorek, 2-go września. 9 godzina przed południem.

Drugi punkt programu: Środki zapobiegawcze przeciw przymiotowi z szczególnym względem na uregulowanie nierządu.

*) Patrz Nr. 25 Gaz. Lek. z r. z.

Sprawozdawca: Prof. Sigmund, Prof. Zeissl i Prof. Roder. Specjaliści trzymający pióro: Dr. Grünfeld, Dr. Mises. Przewodniczący: Prof. Warlomont (z Brukseli), Radca ministeryalny Kovacs (z Pesztu). Prof. Sigmund. Prof. Warlomont zagaja posiedzenie o godzinie 9 następującą, w języku francuzkim wypowiedzianą, mową:

P a n o w i e !

Serdecznie dziękuję komitetowi przygotowawczemu w imieniu mojego kraju za zaszczyt jaki okazał Belgii, wybierając mnie, najstarszego z delegowanych tego kraju na przewodniczącego temu posiedzeniu. Tylko z tego tytułu mogłem zasiąść to zaszczytne miejsce. Czuję się jednak przez to szczęśliwym z drugiej jeszcze strony, gdyż kwestya mająca być dziś pod moim przewodnictwem wziętą pod obrady, jest jedną z tych, rozwiązaniem której Belgia wielce się zaprzętała i może się też poszczycić najszcześniejszym rezultatem.

Rozporządzenie prawa dotyczące się organizacyi gminnej w kraju z 30 marca 1836, artykuł 96 mówi:

„Do burmistrza należy nadzór nad osobami i miejscami, które jawnie oddane są nierządowi. W tym celu ma użyć wszelkich środków, które są w stanie dać największą gwarancję bezpieczeństwa, moralności i spokoju publicznego. Zarząd gminy wydaje wszelkie w tym celu rozporządzenia, jakie uważa za konieczne i pożyteczne“.

Nadzór nad nierządem jest przeto wyłącznie atrybutem władz gminnych. Lecz rząd nie był obojętny na wyborną organizacyę tej służby. Bez chęci wmięszania się w sprawy zarządu gminy, rząd uważał sobie jednak za obowiązek objaśnić te ostatnie tak co do ważności powierzonego im zadania, jak i co do środków, służących do spełnienia go. W tym celu rząd rozesłał do zarządów gmin formularze, zawierające wszelkie rozporządzenia, mogące zagwarantować działalność nadzoru ze stanowiska moralności, higieny i porządku publicznego. Według tych typowych przepisów, przez wszystkie gminy przyjętych, przeprowadza się w Belgii nadzór nad nierządem. Dzięki tym zarówno rozumnym jak liberalnym rozporządzeniom, przymiot w Belgii został zredukowany do minimum, tak że możnaby uważać go za wygasły, gdyby nie został przyniesiony z zewnątrz.

Czas nagli Panowie! Pozwólcie mi przeto prosić was, abyście ominęli wszelkie argumenty nie odnoszące się ściśle do naszego przedmiotu, abyśmy mogli w tem jednym posiedzeniu, jakie mamy do rozporządzenia dojść do praktycznych wniosków.

Wice prezydent radca ministeryalny K o v á c s (z Pesztu).

Szanowni Panowie!

Stosownie do porządku dziennego, dzień dzisiejszy przeznaczono na obrady nad drugim punktem programu; a mianowicie nad środkami zaradczymi, przeciwko przymiotowi z szczególnym względem na uregulowanie nierządu. Za ważnością tej kwestyi przemawia ta okoliczność, że będąc dawniej przedmiotem badań specjalistów, uczonych towarzystw i zgromadzeń, stała się nakoniec przedmiotem obrad kongresu.

Przekroczyłoby zakres mego zadania, gdybym miał przedstawić Panom chronologicznie rozmaite zdania uczonych w tym względzie, albo rezultaty już uzyskane, które wam są znane. Sędzę, że najłatwiej dojdziemy do celu, jeżeli poprosimy wielce zasłużonego i uczonego Prezesa i sprawozdawcy Prof.-D-ra S i g m u n d a, aby raczył przeczytać swoje sprawozdanie. Zarazem ogłaszam posiedzenie jako otwarte.

Prof. v. S i g m u n d: Przedmiot, który ma być w tej chwili przedmiotem obrad trzeciego międzynarodowego kongresu lekarskiego, tyczy się przymiotu i chorób wenerycznych, wyłącznie zaś środków zaradczych przeciw tym chorobom. Trzeba przytym zwrócić uwagę i na nierząd, jako na najgłośniejsze i najważniejsze źródło przymiotu.

Nim przystąpimy do obrad nad programem, muszę szczególniejszy kłaść nacisk na to, że treść jego dostatecznie wykazuje, że idzie tu g ł ó w n i e o międzynarodowe przepisy środków zaradczych przeciwko przymiotowi. Co się tyczy nierządu, to w programie jest o nim mowa z stanowiska czysto lekarskiego, i nie mogło też być inaczej; gdyż dla rozbioru tej kwestyi, w ogólności byłyby potrzebne inne prace przygotowawcze i zdania innych specjalistów, a obrady przechodzące granice naszego planu i więcej czasu wymagające, niż go nam przeznaczono dla obrad w kwestyi przymiotu.

Jeszcze na inny fakt, a mianowicie historyczny, chciałbym zwrócić uwagę, i w tym względzie odwołuję się do słów, któreśmy usłyszeli wczoraj z ust naszego protektora. Pierwszy międzynarodowy kongres lekarski (Paryż 1867 r.) zajmował się już kwestyą ogólnie zaprowadzić się mających j e d n o s t a j n y c h przepisów przeciw sze-

rzeniu się przymiotu i chorób wenerycznych i które to środki miały być zalecane Rządowi. Zgodzono się w Paryżu, aby opracowanie na kongresie postawionych propozycji osobnej komisji złożonej z lekarzy rozmaitych krajów oddać i w skutek tego Prof. Crocq (z Belgii) i Rollet (z Lionu), polecieli Dr. Viennois swoje sprawozdanie odczytać *) na drugim międzynarodowym kongresie w Florencji (1869). Sprawozdanie to wykazuje konieczność środków zaradczych przeciw przymiotowi i kończy się odezwą komisji do ministra spraw zagranicznych w Paryżu, proponująca zwolnienie międzynarodowej komisji; której zadaniem ma być ustanowienie jednostajnych we wszystkich krajach obowiązujących przepisów przeciw szerzeniu się tych chorób. Zamierzono, żeby z kwestyą, w ten sam postąpić sposób, jak to niedawno już zrobiło się (1851 i 1866) z międzynarodową komisją mającą się zająć morową zarazą, żółtą febrą i cholera w Paryżu i Konstantynopolu. Niema dotychczas żadnej co do tego podania wiadomości i jak z dobrych źródeł wiemy, nie została przyjęta przez ministerium francuzkie.

Skoro już o historii mówimy, muszę jeszcze wspomnieć, że lata od 1870 do 1872 nie pozwalały bliżej tym przedmiotem się zająć. Kwestya przeto nasza musiała odpoczywać. Z dwóch przeto powodów przedmiot ten znów wzięty został pod obrady. A mianowicie, aby wypowiedzieć wysokie zaufanie dla mężów, którzy położyli wielkie zasługi około przedmiotu tego przez pierwsze swoje sprawozdanie. Z drugiej jednak strony trzeba zwrócić uwagę, jakie ważne zmiany zaszły od lat czterech, a z temi stoi w bezpośrednim związku i pomnożenie się przymiotu.

Tylko w zupełnej zgodności z poglądami obydwóch poprzednich kongresów, co się tyczy ważności i odpowiedniego traktowania naszego przedmiotu włączono kwestyę środków zaradczych przeciw przymiotowi na nowo do programu wiedeńskiego kongresu. Przedmiot ten zresztą w nowszych czasach we wszystkich ucywilizowanych krajach był już wielokrotnie roztrząsany, i przez licznych wykształconych specjalistów był tak gruntownie opracowany**), że ja i moi dwaj koledzy Professorowie Zeissl i Reder mogliśmy być odnośnie do wielu punktów tylko odgłosem wielokrotnie już wygłoszonych poglądów. Z powodu niezmiernie krótkiego czasu przeznaczanego na obrady, wybraliśmy z obfitego bardzo materiału kilka tylko najważniejszych kwestyj, gdyż idzie nam tylko o to, aby obrady nasze o ile możności były treściwymi, a przede wszystkim starać się musimy o osiągnięcie praktycznego celu, mianowicie w ziąść pod rozważę co przy obecnych okolicznościach środkami, jakie mamy do rozporządzenia dokonać się da. W każdym razie muszę zwrócić uwagę, przed przystąpieniem do obrad na kilka kwestyj, które dotychczas wcale nie albo nie dostatecznie były rozważane; mianowicie zapewnione przez prawo gruntowne odpowiednie wykształcenie wszystkich lekarzy odnośnie do leczenia przymiotu i zaprowadzenie lekarzy gminnych, dalej na jak najbardziej możliwe zaprowadzenie wykładu antropologii i higieny, które to przedmioty mają być wprowadzone nietylko do wyższych i realnych szkół, lecz także do wszystkich zakładów i korporacji odpowiednio do wykształcenia słuchaczy. Proszę Panów o zwrócenie szczególniejszej uwagi na te kwestye, ponieważ wykonanie ich w części zależy od lekarza, mniej trudności przedstawia podczas gdy skutki będą bardzo niezmiernie ważne. Jeżeli jednak zwrócim uwagę, co zrobiono w przeciągu czterystu prawie lat, od czasu jak przymiot zaczął zajmować ludzi, dla ograniczenia i złagodzenia tej choroby; to musim się, wyrażając się łagodnie, wstydzic nie nieznaczających i bez skutku zostających rezultatów. Poznanie jednak ciężkiego błędu, jest pierwszym krokiem do poprawy, i aby było naszemu zgromadzeniu dozwolonem takowy zrobić.

Pozwalam sobie zwrócić szczególniejszą uwagę szanownych członków na tę okoliczność, że tylko kilka godzin mamy do rozporządzenia, i z tej przyczyny aby zechcieli pominąć wszystko co nie wiąże się ściśle z naszym przedmiotem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Congrès médical de toutes les nations. Deuxieme session de 1869 á Florence. Bologne 1870, pag. 258—291.

**) Przedewszystkiem musimy przytoczyć wspomniane już sprawozdanie Dr. Crocq i Rollet. Podobna praca wydana została przez Prof. German, pod tytułem: Vorschläge für Abwehr der Syphilis und zur Milderung.

Wiadomości bieżące.

— O działaniu wody zimnej na śledzionę. Pod wpływem doniesień dawniejszych D-ra Fleury, o skutecznym leczeniu zimnicy za pomocą zimnych oblewań (*douches*), zastosowanych na okolicę śledziony, Mosler (*Virchow's Archiv*, tom LVII, zeszyt I), odnośnie do tej kwestyi, wykonał badania kliniczne i doświadczalne. Dowiedziono na psach, iż przy działaniu strumienia zimnej wody na śledzionę wyjętą, lub pokrytą jeszcze ścianami brzuszными, powierzchnia takowej przyjmuje wygląd ziarninowy, mięszsz zaś staje się bardziej jędrnym i twardym, przy czém następuje zmniejszenie się tego narządu o kilka centymetrów w wymiarze podłużnym i szerokim. Na śledzionie wyjętej objawy występowały daleko wyraźniej, niż na pokrytej. Na pierwszej zauważono zmiany podobne do tych, jakie Mosler spostrzegał po znacznych dawkach chininy, podczas gdy działanie wody na śledzionę pokrytą nie dorównywało wpływowi chininy. Z tego powodu można było działanie wody zimnej uważać tylko za pomocnicze przy leczeniu zimnicy. W czterech wypadkach zimnicy pokazywało się wprawdzie po zastosowaniu zimnej *douche*, połączonej z zimnemi kąpielami i przykładaniem pęcherzy lodowych, zmniejszenie znaczne tępości śledziony, która, jak i przy doświadczeniach na zwierzętach, w przerwie między dwiema kąpielami znowu się powiększa; wpływ jednak na właściwe napady gorączkowe jest daleko mniejszym od działania chininy, w jednym wypadku potrzeba było 14 dni dla wstrzymania napadów, podczas gdy obrzmienie śledziony i po tym czasie jeszcze się znajdowało, w innym wypadku po 40 dniach użycia zimnych oblewań, obrzmienie śledziony jeszcze całkowicie nie ustępowało. Przeto chociaż możebnym jest wyleczenie zimnicy zimną wodą, to jednak postępowanie to jest daleko mniej użytecznym od chininy, a powinno tylko wspierać działanie tej ostatniej. Według autora i przewlekłe obrzmienia śledziony nadają się do leczenia i to skutecznego wodą zimną. Mosler widział ustąpienie obrzmienia śledziony leukemicznego i pseudoleukemicznego w wysokim stopniu przy połączonym działaniu chininy i oblewań zimnych, przy czém widocznym było, iż działanie chininy potęgowanym było przez wpływ wody zimnej. Zamiast chininy można używać i tańszej chinoidyny, szczególnie gdy dłuższe użycie jest wskazanym, gdyż działanie jego w połączeniu z oblewaniem zimnym mniej więcej wyrównywa działaniu chininy. Co się tyczy użycia zimnej *douche* przy zimnicy, to takowa zastosowywaną była w temperaturze 11° przez 1 do 2 minut, dwa razy podczas przerwy bezgorączkowej (*apyrexia*).

— Przyczynek do statystyki ospy. Doświadczenia v. Pastera, podczas ostatniej epidemii w Wrocławiu dają procent śmiertelności: nieszczepionych 40,98, szczepionych 12,67; rewakcyonowanych 10,48; tych, którzy już poprzednio chorowali na ospę—12,75. Co się tyczy zachorowań, okazało się, iż w pierwszym roku życia, w którym u nas w ogóle wykonywa się szczepienie, pomimo znacznej przewagi dzieci szczepionych, jednak zapada 10 razy tyle nieszczepionych jak szczepionych; w ciągu pierwszych lat pięciu nieszczepione dzieci w 3 razy większej ilości niż szczepione; od 5 — 15 roku również szczepieni zachorowują rzadziej niż nieszczepieni; po 15 roku jednak ilość zapadań u szczepionych tak znacznie się wzmacnia, iż siła ochraniająca krowianki zdaje się być zupełnie wygasła. Co się tyczy stosunku śmiertelności w rozmaitych okresach życia, to do roku piątego zmarło szczepionych 22,97%, nieszczepionych 42,80%; podczas gdy u szczepionych śmiertelność zmniejsza się aż do 20 roku, tak iż w latach 15—20 zmarło stosunkowo 10 razy tyle nieszczepionych niż szczepionych, po tym czasie śmiertelność zwiększa się znowu u szczepionych tak, iż śmiertelność szczepionych i nieszczepionych ma się w stosunku 1:4. Z rewakcyonowanych w wieku lat 10 do 20 nikt nie zmarł, a nawet do wieku starczego nieszczepieni umierali w większej ilości niż szczepieni. (*Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, tom XII, zeszyt 1 i 2).

— Kalendarz Lekarski na r. 1874 jest jeszcze do nabycia po rsr. 1.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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 Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою

Woj. J. Baranowski

N^o. 4.

ROK VIII.

Warszawa 12 (24) Stycznia 1874 r.

TOM XVI

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1874 do 1 lipca 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1874 r. rsr. 138 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ. Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika chirurgiczna Prof. *Hueter'a* (w Greifswald). Dwa wypadki zgorzeli starczej (gangraena senilis). Podał Dr. *Rydygier*. — O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach. Wyciąg z urzędowego sprawozdania Dr. Med. *Filipa Czajewicza*, Lek. Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w r. 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francyi, Niemiec i Petersburga. — Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra *W. O. Leube*, Prof. w Jenie. — Korrespondencya. Trzeci międzynarodowy kongres lekarski. — Wiadomości bieżące. O działaniu wody zimnej na śledzionę. — Przyczynek do statystyki ospy. — Dodatek. Patologia i ter. szereg. T. I, cz. II-a, ark. 15 i 16 (koniec dzieła, tytuł i treść). — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 12 i 13. — Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 22 i 23.

Klinika chirurgiczna Prof. *Hueter'a* (w Greifswald).

Dwa wypadki zgorzeli starczej (*gangraena senilis*).

Podał Dr. *Rydygier*.

Pomiędzy różnemi przyczynami zgorzeli, których wyliczać nie zamyslam, bo nie tyczą naszych wypadków, znajdujemy dość często zmiany w ścianach tętnic sięgające aż do najmniejszych naczyń, które albo wprost tem samem powodują powstawanie zgorzeli, albo przynajmniej usposabiają do tegoż. Ponieważ zmiany te najczęściej natrafiamy u ludzi w podeszłym wieku, nazwano ten rodzaj zgorzeli zgorzelą starczą, chociaż nie zawsze wiek sędziwy do powstania tego rodzaju zgorzeli jest koniecznym. Przeciwnie pokazuje się także u osób młodych i cierpiących w wysokim stopniu na bezkrwistość i znaczne osłabienie serca. Zwykle zjawia się w ten czas zgorzel jednocześnie na obydwóch kończynach, (zob. *Raynaud*, *de l'asphyxie locale et de la gangrene symétrique des extrémités*. Paris 1862), a *Billroth* opisuje wypadek, w którym rozpo-

częła się na końcu nosa. (*Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Berlin 1870 pag. 336*).

Zmiany ścian naczyńowych wyżej wspomniane bywają powodowane zwyrodnieniem miażdżakowem (*degeneratio atheromatosa*). Ponieważ ściany takie ani są sprężyste, ani się skurczą należycie mogą, potrzeba więc nieznacznych tylko przyczyn, żeby wywołać zaburzenie w obiegu krwi, wywierające jak najniekorzystniejszy wpływ na odżywienie przyległych części ciała. Jeśli dołączy się jeszcze do tego podupadła czynność serca, bądź to w skutek tłuszczowego zwyrodnienia, co tak często w podeszłym wieku ma miejsce, bądź też w skutek wad zastawkowych, wtenczas naturalnie jeszcze w daleko wyższym stopniu cierpi obieg krwi w naczyniach zwyrodnionych i zgorzel obszerna dolnej kończyny może powstać bez wszelkich innych przyczyn w skutek utworzenia się zakrzepów mianowicie w małych żyłach, lub też w skutek zapaleń wywołanych stosunkowo nieznaczniemi porażeniami.

Występowanie częste zgorzeli starczej na dolnych kończynach mogłoby na pierwszy rzut oka zadziwić, zważywszy jednakowoż, że właśnie te części najdalej od serca są odległe, łatwo sobie to zjawisko wytłómaczymy: dopóki krew, jak w normalnym stanie, obiega w naczyniach o gładkich i sprężystych ścianach, działa serce równie na odległe, jak na najbliższe naczynia; skoro zaś naczynia stają się niepodatnymi i chropowatymi wewnątrz, wtenczas z oddaleniem od serca zmniejsza się szybkość obiegu.

Rokowanie tej choroby jest nadzwyczaj niepomyślnem, bo często bardzo powraca zgorzel na kikucie, chociaż, jak angielscy lekarze donoszą, przy zgorzeli palców amputujemy w przedudzie.

Dla tego też liczni chirurdowie radzą wcale nie amputować i w ogóle biernie się zachowywać. Właśnie też ze względu na nadzwyczaj szczęśliwy przebieg pierwszy nasz wypadek zasługuje na uwagę i ogłoszenie, i powinien służyć chirurgom jako dowód, że nie zawsze zgorzel starczakończy się zejściem śmiertelnem, a więc że trzeba, choćby nawet tak pomyślny przebieg na kilka set wypadków tylko raz się zdarzył, starać się chorego na drodze operacyi od śmierci uratować.

A. Mierendorf, 45 lat liczący, majtek, w dniu 22 lipca r. z. wszedł do kliniki chirurgicznej prof. Hueter'a, skarżąc się na obumarcie palców i przedniej części stopy lewej nogi.

Chory wzrostu średniego, otyły; tętnica sprychowa, jako i inne tętnice namacalne, pokazują ściany twarde, niepodatne, świadczące o zwyrodnieniu ich miażdżakowem. Badając stan chorej nogi z łatwością przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia ze zgorzelą tych części, a zważając na zwyrodnienie naczyń, stawiliśmy rozpoznanie na zgorzel starczą.

W pierwszych dniach starano się przeszkodzić gniciu części zgorzelinowych za pomocą kwasu karbolowego i zniżyć podwyższoną nieco ciepłotę, co się też udało.

Ponieważ zgorzel nie postępowała w tym czasie, postanowił Hueter części obumarłe, chociaż jeszcze nie silnie odgraniczone (*demarcatio*) za pomo-

ca operacji Pirogowa, od reszty ciała oddalić, ażeby nie zarażały go.— W dniu 3 sierpnia wykonał też tę operację. Podczas operacji mieliśmy sposobność przekonania się, że jedna z tętnic goleniowych była do tego stopnia zwyrodnioną, że możnaby porównać ją z wapiennym kijkiem, krew wcale z niej nie sączyła; z drugiej też tylko mało krwi płynęło. Tkanka przecięta miała suchy wygląd.

Cały okres pooperacyjny był, z małemi wyjątkami, nadzwyczaj pomyślny i dla tego opuszczam opis zmian zaszłych w tętnie, ciepłocie i oddechaniu a wzmiankuję tylko, że jeszcze kilka małych kawałków płata piętowego i kości piętowej zgorzel zniszczyła, podczas których zająć ciepłota cokolwiek się podniosła. W skutek kilku tych małych strat w skórze blizna cokolwiek szeroka się utworzyła, przez co wyzdrowienie się opóźniło.

Daleko więcej przykrości sprawiło nam pojawienie się rwy kulszowej w zdrowej nodze, bo gdy już amputowana noga zupełnie się zagoiła, chory jednakowoż dla słabości i bólów wnieamputowanej nodze tylko bardzo mało i z wielkiem natężeniem mógł chodzić. Po kilku-tygodniowem leczeniu za pomocą elektryczności ustąpiła rwa kulszowa, a chory i w nieamputowanej nodze nabrał tyle sił, że mógł znowu chodzić. Na początku listopada wyleczony opuścił klinikę.

Drugi nasz wypadek zasługuje ze wszech miar na uwagę, że uczy nas, że powinniśmy zawsze w zgorzeli starczej co do rokowania nadzwyczaj być ostrożni.

W czasie gdy pierwszy nasz chory był już rekonwalescentem, przeniesiono z kliniki terapeutycznej chorego K. Wisse do kliniki chirurgicznej. Chory 55 lat wieku, wątłej budowy ciała, znacznie wyniszczony, odznacza się bardzo siwemi włosami; pracował dawniej w Berlinie, później włączył się, co naturalnie nie przysporzyło mu sił ani zdrowia. Zapytany opowiada, że w 10 roku życia swego zapadł na zimnicę (*febris intermittens tertiana*), później cieszył się zawsze czerstwem zdrowiem aż do r. 1850, w którym leczył się ciepłemi okładami w Berlinie na zakrzep w żyłach, jak mniema. W marcu przeszłego roku zaziębił się w podróży z Berlina do Stralsundu, gdzie chorował dwa tygodnie na ranę w nodze powstałą podług niego skutkiem tarcia. Z Stralsundu puszczając się w dalszą podróż, był zmuszony dla powiększających się coraz bardziej bólów w nodze, szukać schronienia w klinice tutejszej. Leczone go przez 3 tygodnie, po którym czasie chory klinikę opuścił choć nie zupełnie wyleczony. Niedługo jednakowoż, jak się spodziewano, pogorszyła się jego rana znacznie i znowu przyjęty został do kliniki najprzód terapeutycznej, później chirurgicznej. Skargi obecne i tego chorego, tak samo jak pierwszego, ściągają się do obumarcia palców i przedniej części prawej nogi.

Przy badaniu chorego na pierwszy rzut oka widzieliśmy tę samą chorobę co i u pierwszego, z tą tylko różnicą, że zgorzel sięgała cokolwiek wyżej na stopie i zwyrodnienie ścian naczyńowych nie było tak daleko rozwinięte jak w pierwszym wypadku.

Chory znajdował się w pierwszych dniach, od 16 do 19 listopada, w sta-

nie bezgorączkowym, ponieważ zdołano kwasem karbolowym zapobiedz zgniliznie i rozpadowi obumarłych części.

W tym wypadku zdawało się Hueterowi, że może rokowanie pomimo podeszlejszego wieku pomyślniejsze stawić i to z następujących przyczyn:

1. Miażdżyca tętnic nie jest w tak wysokim stopniu rozwinięta; naczynia nie są tak twarde i niepodatne, jak w pierwszym wypadku. Ze strony serca oprócz nieznacznie słabszych uderzeń, jak w stanie prawidłowym, nie mamy żadnych powikłań.

2. Zgorzel podczas 4 ostatnich tygodni nie postępowała.

3. Zgorzel odgraniczyła się wyraźną linią od reszty zdrowego ciała.

W obec takiego stanu rzeczy Prof. Hueter tem chętniej postanowił użyć tego samego środka, co w pierwszym wypadku, chociaż zgorzel u drugiego chorego sięgała cokolwiek wyżej, tak, że wykonywając ściśle podług Pirogowa amputację, trzeba było użyć cokolwiek ropiastej tkanki do przedniego płata, albo też nie zupełnie poprzecznie prowadzić wierzchnie cięcie; z małym łukiem do góry. Prof. Hueter zdecydował się do pierwszego, spodziewając się, że kilka kropek ropiejących nie zaszkodzi tyle, ile się przez to zyska, że wszystko akuratniej się będzie stosowało, na czem tak wiele zależy przy operacji Pirogowa. Jeszcze raz przed operacją zwrócił Hueter uwagę na to, że nie zanadto dobre trzeba stawiać rokowanie, pomimo, że operacja w pierwszym wypadku tak szczęśliwym skutkiem uwieczoną została. W d. 19 listopada przystąpił Hueter do operacji. Przed chloroformowaniem zastrzyknięto choremu zaskórnie morfiny przypuszczając, że chory nie należał pewnie do bractwa trzeźwości, przeciwnie było można z jego rzemiosła (włóczegostwo) wnioskować, że jest nałogowym pijakiem. Dr. Uterhart, asystent Huetera w Rostoku, pierwszy zwrócił na to uwagę, że w podobnych wypadkach znieczulenie po zastrzyknięciu morfiny jest daleko mniej niebezpieczne i spokojniejsze. Nawiasowo dodam tu, że Prof. Nussbaum twierdzi, iż za pomocą zaskórnych nastrzykiwań morfiny można także znieczulenie przedłużyć, co mi się zdaje, że nie jest wielkiej wagi, gdyż nieszczęścia podczas chloroformowania bezwyjątkowo nieomal właśnie na początku się zdarzają.

Naciskając krótko przed operacją tętnicę udową, uczuliśmy pod palcem skrobanie (*fremissement*), przez co się przekonaliśmy, że ściany tętnic nie są tak zdrowe jakby się było można spodziewać po wyczuwaniu tętna w sprychowej tętnicy.

Podczas operacji krwawiły tętnice goleniowe nie bardzo obficie; podwiązano i przednią i tylną, poczem krwawienie ustało. W ogóle tkanka bardzo sucha była i nie krwawiła, tylko z kości cokolwiek krwi sączyło. Po ukończonej operacji dobrze wypłókaną i wymytą karbolowym kwasem ranę zeszyto. Badając naczynia w odjętej stopie widzimy w żyłę kostkowej zakrzepy, a w tętnicy goleniowej przedniej czujemy za pomocą zgłębnika chropowate tarcie.

Pierwsze dni po operacji miał się chory dobrze, ciepłota się nie podwyższyła aż do 21 listopada. W tym dniu na wieczór podniosła się do 38,0 Cels. Szukając przyczyny tego aczkolwiek małego podwyższenia ciepłoty, prze-

konaliśmy się, że zależy od zaczynającej się zgorzeli na kikucie. $22/11$ ciepłota rano 38,4; na wieczór 38,2 — zgorzel postępuje dalej: tak samo $23/11$ zgorzel dalej postępuje, ciepłota rano 38,4; na wieczór 39,2; $24/11$ wynosiła ciepłota 38,4, zgorzel rozprzestrzeniła się na całą dolną trzecią część goleni. Po zakostatowaniu tego stanu zdecydował się Hueter do odjęcia kończyny w dolnej trzeciej uda i tegoż dnia wykonał operację za pomocą cięcia owalnego.

Przy badaniu tętnicy kolanowej w odjętej kończynie znaleźliśmy ją w miejscu, gdzie się dzieli, zupełnie wypełnioną zakrzepem już starym jak z jego wyglądu wnioskować należało, a tętnica goleniowa przednia i tylna przedstawiają się jako sznury, w których na przecięciu poprzecznym nie znajdujemy żadnego światła, tylko brunatne kropki, oznaczające miejsce dawniejszego światła — zupełne zarośnięcie (*obliteratio*). Wyżej w tętnicy podkolanowej znajdują się aż do miejsca, gdzie odchodzi pierwsza gałąź, zakrzepy ścienne (*thr. pariet.*). Zupełne zarośnięcie tętnic goleniowych nastąpiło prawdopodobnie w skutek zwyrodnienia wewnętrznej błony ścian tętnicznych (*endarteritis*). W przyległej żyły znajduje się zakrzep zastawkowy; powstanie tegoż możemy sobie tłumaczyć, że ostatnia ilość krwi przepędzonej przez tętnice dla braku ciśnienia z tyłu, (*vis a tergo*), napowrót się spuszczała i zatrzymała się na zastawkach i zakrzep utworzyła.

Cięcie wykonane przy operacji około dwóch cali nad zakrzepem się znajduje. Najbardziej dziwiliśmy się temu, że zgorzel w obec takiego stanu rzeczy już przed wykonaniem operacji Pirogowa szybciej się nie rozprzestrzeniała. Wytłumaczyć można sobie to tylko w ten sposób, że utworzył się, chociaż tylko bardzo mierny obieg poboczny (*circuitus collateralis*) jak tego też dowodzi krwawienie podczas operacji Pirogowa. Że w obec takiej zmiany w naczyniach operacja Pirogowa była bezskuteczną, nie zadziwia wcale; także bezskuteczną musiałaby być wysoka amputacja w przedudzie. Przeciwnie po wykonanej amputacji w dolnej części uda można było się spodziewać jak najlepszych skutków, gdyż cięcie jak już powiedzieliśmy, około dwóch cali nad zakrzepem się znajduje. I rzeczywiście zaraz tego samego dnia jeszcze opuściła chorego gorączka i dnia następnego się nie zjawiała. Chory skarżył się tylko na mocne tętnienie aorty w brzuchu, które można było także wyraźnie wyczuć. Zjawisko to łatwo sobie wytłumaczymy, zważywszy, że przez podwiązanie tętnicy udowej i jej gałęzi napór krwi w aorcie musiał znacznie się powiększyć. Obawialiśmy się, żeby nie nastąpiło pęknięcie aorty, której ściany przypuszczaliśmy, że są zwyrodnione tak samo, jak ściany jej gałęzi. Koło wieczora jednakowoż uspokoiło się tętnienie i chory miał się lepiej; rana także dobrze wygląda. Do 28 listopada stan ogólny chorego zadawalniający, także i rany. Dopiero 28 pokazało się na płacie małe miejsce zgorzelinowe; powstanie tegoż tłumaczył sobie Hueter jako skutek miejscowych stosunków, bo znajdowało się właśnie tam, gdzie płat przylegał do kości, a więc mogło uciśnienie miejscowe zgorzel tę powodować. Naturalnie rokowanie o wiele się pogorszyło. Rzeczywiście spostrzegliśmy w następnych dniach owrzodzenie coraz wyżej do stawu biodrowego pomiędzy mięśniami się posuwające (*phlegmo-*

ne), rana przybrała zabarwienie brudne, ciepłota była: 29 listopada rano 38,4, na wieczór 39,2; 30 rano 38,2, na wieczór 38,8, a 1 grudnia rano 38,0 i chory tego dnia skonał.

Oszczędzę sobie powtórzenia całego protokołu obdukcji, nie chcąc nużyć czytelnika, a uwydatnię tylko zmiany przyrzędu naczyniowego i samej rany. Serce wątle pomimo że mięsień stosunkowo znacznie rozwinięty; zastawki w stanie prawidłowym z wyjątkiem zastawki dwudzielnej, w której znajdują się małe miejsca żółtawe, stłuszczenie. Przy podstawie aorty i w części jej wstępującej spostrzegamy kilka złogów wapna; ściany łuku i części zstępującej prawidłowe z wyjątkiem kilku miejsc zgrubiałych, mianowicie jedno, gdzie odchodzi gałąź ledźwiowa; sprężystość całej tętnicy cokolwiek zmniejszona. W tętnicy udowej nie znajdujemy nie prawidłowego. Zakrzep na miejscu podwiązania już bezbarwny. W żyłę udowej, w miejscu gdzie odchodzi jej gałąź głęboka znajduje się zakrzep zastawkowy, do którego ku górze i dołowi zakrzepy pośmiertne się dołączają. Pomiedzy tym zakrzepem zastawkowym a zakrzepem na miejscu podwiązania znajdują się także zakrzepy pośmiertne, znakiem, że tu obieg za życia miał jeszcze miejsce. Ściany naczyń goleniowych, jak się to już wyżej powiedziało, zgrubiałe, zwapniałe, a ztąd znacznie zwężone światło, które w tętnicy goleniowej przedniej i tylnej dochodzi do zupełnego zarośnięcia. W naczyniach mózgu nie znajdujemy żadnych zmian, mianowicie zwapnienia. Drobnowidzowe badanie mięśnia sercowego: włókna mięsne węższą, jak zwykle, poprzecznego nakreślenia nie możemy po większej części dostrzedz, a gdzie się znajduje, tam jest bardzo niewyraźne. W środku włókien widzimy dość znaczną ilość żółtego barwniku, obok tego drobno-ziarnisty rozpad i krople tłuszczu. Rana, jak za życia już się przekonaliśmy, barwy brudnej; ropienie sięga pomiedzy mięśniami nieomal aż do stawu biodrowego, obok tego wylew krwi dość znaczny pomiedzy żyłą a tętnicą.

Na zakończenie nadmienię, że przy badaniu pośmiertnym zadziwiało, iż obok tak znacznego zwyrodnienia naczyń obwodowych stosunkowo tak małe zmiany znalazły się w aorecie, a w naczyniach mózgowych nie było żadnych.

O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach (ventilatio).

Wyciąg z urzędowego sprawozdania Doktora Medycyny Filipa Czajewicza, Lekarza Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w roku 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francji, Niemiec i Petersburga.

Wymienioną podróż naukową odbyłem w roku 1873. Za główny cel przy zwiedzaniu znakomitszych szpitali Europy położyłem sobie zbadanie różnych systemów wentylacji, ztąd też w sprawozdaniu mojem przeważnie zajmę się opisem ważniejszych sposobów odświeżania powietrza w różnych szpitalach, ze zwróceniem uwagi o ile one w zastosowaniu okazały się praktycznymi.

Rozpoczynając od przeglądu Szpitali Wiedeńskich, zastanowić się przedewszystkiem wypada nad szpitalem: Allgemeines Krankenhaus. Szpital ten założony jeszcze w r. 1784 przez Cesarza Józefa II, a mogący pomieścić 3,000 chorych, pod względem budowy i rozkładu sal zostawia wiele do życzenia. Pod względem jednak wentylacyi i ogrzewania porobiono ważne ulepszenia. Ogrzewanie i wentylacja na salach w szpitalu Allgemeines Krankenhaus odbywa się za pomocą t. z. pieców płaszczowych (Mantelöfen). Piec płaszczowy stanowi piec żelazny otoczony w pewnej odległości ścianami murowanymi czyli tak zwanym płaszczem, od góry otwartym. Między płaszczem a piecem żelaznym w podłodze jest kanał opatrzony klapą, którym dochodzi powietrze świeże z zewnątrz; w płaszczu ono ogrzewa się i uchodzi ku górze otwartą powierzchnią na salę. Przy tym piecu płaszczowym na zewnątrz u samego dołu znajduje się kanał wyprowadzający z sali zepsute powietrze. Kanał ten, również opatrzony klapą, łączy się z rurą kominową pieca żelaznego. Przy ogrzewaniu więc pieca żelaznego, do którego jest przystęp od strony sali przez drzwiczki we frontowej ścianie płaszcza, na zasadzie różnicy temperatury, jednocześnie wciągane jest powietrze świeże z zewnątrz do środka płaszcza i wyciągane zepsute powietrze z sali do kanału kominowego. Wspomniane wentylacyjne piece zaprowadził w Wiedniu Meissner. W porze letniej wentylacja odbywa się przez otwieranie okien, mianowicie przez uchylanie górnych szyb lub lufcików odpowiednio urządzonych. Nadto znajdują się na salach pod sufitem i u podłogi otwory, któremi powietrze wprost z zewnątrz dochodzi; otwory te od zewnątrz opatrzone są kratką drucianą, a od wewnątrz żaluzjami. Przy takim urządzeniu wentylacyi, w porze zimowej, pomimo przepelnienia szpitala choremi, powietrze na salach znalazłem dosyć dobre. Na salach należących do kliniki położniczej urządzono wentylację podług systemu Böhm'a. Wentylacja Böhm'a również polega na urządzeniu pieców płaszczowych, odmiennej jednak budowy jak wyżej opisane, tudzież t. z. kanałów dachowych (Dachkanäle) i kanałów piętrowych (Etagenkanäle). Piec Böhm'a otoczony jest płaszczem kaflanym, do którego, na tejsze jak wyżej zasadzie, wciągane jest z zewnątrz świeże powietrze. Zepsute zaś powietrze z sali wyciągane jest oddzielnie kanałem dachowym, przeprowadzonym w ścianie, którego otwór dolny opatrzony klapą znajduje się przy podłodze, otwór górny opatrzony takąż klapą znajduje się pod sufitem, sam zaś kanał wychodzi nad dach. W środku kanału dachowego, który jest właściwie kanałem wyciągowym, znajduje się klapa z regulatorem od strony sali, dla umiarkowania większego lub mniejszego przypływu świeżego powietrza. Kanał piętrowy, również przeprowadzony w ścianie, w dolnym końcu ma dwa otwory, dolny wewnętrzny (od strony sali) i dolny zewnętrzny (od zewnątrz gmachu), dowolnie przemykane żaluzjami— górny zaś jego koniec otwiera się pod sufitem na salę otworem żaluzjowym. Na sali znajduje się kilka takich kanałów dachowych i piętrowych. W porze zimowej czynnym jest piec i kanały dachowe v. wyciągowe. Na jesieni i na wiosnę czynne są kanały piętrowe i kanały dachowe—mianowicie: otwarty jest otwór dol-

ny zewnętrzny i otwór górny (na salę wychodzący) kanału piętrowego, także otwór górny kanału dachowego; inne otwory są zamknięte. Tym sposobem powietrze świeże z zewnątrz przez kanał piętrowy wchodzi pod sufitem na salę — jako chłodniejsze opada ku dołowi — ogrzawszy się zaś wznosi się znowu ku górze i wyciągane jest pod sufitem przez kanał dachowy. W porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, otwarte są dolne i górne otwory kanałów piętrowych — powietrze świeże wciągane jest dolnymi otworami, a wyciągane górnymi; otwierają także i kanały dachowe, najdogodniejszą jednak w porze letniej jest wentylacja przez otwieranie okien. Na salach wentylowanych sposobem Böhm'a powietrze nie było bynajmniej lepsze, jak na tych salach, gdzie urządzone są zwyczajne piece płaszczone. Urządzenie wentylacji według systemu Böhm'a, rozpowszechnione w Wiedniu, wydało mi się zbyt skomplikowanem i wymagajacem bardzo umiejętnej obsługi. Mnóstwo otworów w ścianach, należących do kanałów dachowych i piętrowych, łatwo wywołuje przeciągi na salach, od których przy podobnem urządzeniu ustrzedz się trudno.

System ogrzewania i wentylacji Böhm'a zaprowadzony jest także w pięciopiętrowym szpitalu wiedeńskim *Rudolph-Stiftung*. Szpital ten dwupiętrowy zbudowany jest w roku 1865 na 860 chorzych w kwadrat według planu korytarza pawilonowego. W każdym skrzydle gmachu z korytarza prowadzą drzwi do jednej obszernej sali mieszczącej 28—30 łózek, gdzie na chorego przypada przeszło 1200 stóp kubicznych przestrzeni; są nadto i mniejsze sale na 14—18 chorzych. Przy każdej sali znajduje się przedpokój, mała sala dla wenterki, sala do grzania ziółek i kataplazmów, wanna i wychodek urządzone na waterklozetach — nadto znajduje się otwór, którym ciała zmarłe za pomocą windy spuszczone są do suteren, gdzie jest trupiarnia, składy drzewa i t. p. Korytarze oświetlone są gazem, na salach zaś palą lampy olejne. W szpitalu tym zachowana jest wielka czystość, a powietrze na salach dobre.

Z większym jeszcze komfortem zbudowano obecnie w Wiedniu szpital nowoży dla starozakonnych: *Salomon-Rotchild-Stiftung*. Szpital ten jednopiętrowy mieszczący tylko 100 chorzych, zbudowany jest w podkowie; środek zajęty na administrację, dwa zaś skrzydła stanowią pawilony, wzdłuż których na parterze i na piętrze znajduje się po jednej sali bez bocznego korytarza na 16 łózek — na chorego przypada 1560 stóp kubicznych przestrzeni. Zastosowano tutaj również system ogrzewania i wentylacji Böhm'a, z tą jednak zmianą, że kanały dachowe, w ścianach urządzone, przedłużają się aż do piwnicy hermetycznie zamykanej (w rodzaju obszernej korytarza), z której w porze letniej, zwłaszcza w czasie panującej epidemii, maszyna parowa wyciąga zepsute powietrze, gromadzące się tam z pojedynczych sal chorzych. Są też i małe salki na 1 lub 2-eh chorzych, oddzielnie ogrzewane i wentylowane. Korytarze są także oddzielnie ogrzewane i wentylowane. Na małych salkach na korytarzach urządzone są małe piece płaszczone żelazne. Przy każdej większej sali są też same pomocnicze pokoiki, jak w wyżej opisanym szpitalu *Rudolfa*. Oświetlenie na salach i korytarzach gazem. Na salach są łóżka żelazne

z pokładem sprężynowym, na którym umieszczony jest materac włosiany. Wzorowo urządzona jest kuchnia z kotłami parą ogrzanemi, przyrząd do ogrzewania talerzy, umywalnia i t. p.

W Monachium znalazłem dogodnie urządzony szpital *Allgemeines Krankenhaus* przeszło na 500 łózek, założony jeszcze w r. 1803 przez króla Maksymiliana. Z korytarza do kola gmachu wychodzą sale po 12 łózek tylko mieszczące, gdzie obok czystości bardzo praktycznie zastosowano ogrzewanie i wentylację (*Haerberle*). Na każdej sali znajduje się piec żelazny płaszczowy, do którego od podstawy wciągane jest świeże powietrze z zewnątrz, gdzie ogrzawszy się należycie, wychodzi następnie górną otwartą powierzchnią płaszcza na salę. Na dachach gmachu urządzone są budki drewniane żaluzjowane w formie wieżyczek, któremi świeże powietrze z zewnątrz wchodzi do wspólnego kanału na poddaszu, rozdzielającego się potem do każdej sali osobno. Zepsute zaś powietrze z sali wyciągane jest za pomocą kominka urządzonego od strony korytarza, do którego obustronnie otwierają się szeroko dwa kanały, biorące swój początek dwoma szerokimi otworami w bocznych ścianach sali u samej podłogi. Na każdej sali znajduje się naprost drzwi wielkie weneckie okno z podwójnym lufcikiem w środku; lufcik zewnętrzny posiada szybę w formie drobnej kratki, z małemi otworkami obok siebie położonemi, lufcik zaś wewnętrzny opatrzony zwyczajną szybą szklaną. Gdy otwieramy lufcik wewnętrzny, wchodzi świeże powietrze na salę przez szybę metaliczną lufcika wewnętrznego, nie wywołując najmniejszego przeciągu powietrza. W szpitalu tym na salach oświetlają lampkami olejnymi, na korytarzu zaś gazem. W nowym oddzielnym gmachu chirurgicznym, według planu korytarzo pawilonowego zbudowanym, zaprowadzono system ogrzewania i wentylacji *Bohm'a*.

Szpitałe paryzkie z wielu względów zasługują na uwagę. Najpiękniejszy szpital w Paryżu jest bez zaprzeczenia *Hopital Lariboisiere* zbudowany w r. 1852 przeszło na 1000 chorych, według systemu pawilonowego. W jednej połowie pawilonów zastosowano ogrzewanie i wentylację według systemu *Leona Duvoir*. System ten polega na ogrzewaniu niskich żelaznych pieców wodą gorącą, która wznosi się z kotła umieszczonego w piwnicy na poddasze do oddzielnego rezerwoaru, z którego spływa na piętra i krąży między podwójnemi ścianami wspomnianych pieców, następnie zaś wraca ochłodzona do tegoż samego kotła. Do środka tych pieców doprowadzone jest oddzielnemi kanałami z zewnątrz świeże powietrze, które otwartą powierzchnią uchodzi na salę. Zepsute powietrze na salach wyciągane jest oddzielnemi kanałami, które otaczają rezerwoar z gorącą wodą na poddaszu i otwierają się ostatecznie w kominie. Według tego systemu chory otrzymuje na godzinę do 20 metrów kubicznych świeżego powietrza. W drugiej połowie pawilonów zastosowano ogrzewanie i wentylację według systemu *Grouvelle-Thomas-Laurence*. System ten polega znowu na ogrzewaniu parą wodną podobnych pieców, przez środek których maszyna parowa (umieszczona w piwnicy) za pomocą mechanicznego wentylatora wtłacza oddzielnemi kanałami świeże powietrze z zewnątrz na salę. Zepsute powietrze na sali wyprowadza-

ne jest przez otwory u podłogi znajdujące się, które kanałami otwierają się w kominie. Według tego zaś systemu chory otrzymuje na godzinę do 60 metrów kub. świeżego powietrza. Powietrze na salach jest dobre — łagodniejszym i przyjemniejszym jest ono jednak do oddychania w pawilonach ogrzewanych i wentylowanych według systemu Duvoy'a, jak według Grouvelle-Thomas-Laurence'a. Tak jak we wszystkich szpitalach paryzkich, tak też i w Lariboisiere, sale oświetlają lampami olejnymi a korytarze gazem. W szpitalu tym wybornie jest urządzona pralnia parowa, suszarnia i t. p. Wychodki urządzone na waterklozetach.

W podobny sposób zastosowano ogrzewanie i wentylację w szpitalu paryzkim Neck er, przed kilkunastu laty odbudowanym i urządzonym na 400 chorych. W szpitalu tym są dwa główne pawilony, z których jeden jest ogrzewany i wentylowany według systemu Duvoy'a, a drugi według systemu Grouvelle-Thomas-Laurence'a.

W szpitalu Beaujon, zbudowanym według planu pawilonowego, zastosowano system ogrzewania i wentylacji van-Hecke, gdzie dwuskrzydłowy wentylator umieszczony w oddzielnej kamerze, poruszany maszyną parową, wtlacza świeże powietrze na sale, które w porze zimowej ogrzane zostaje w pomienionej kamerze systemem rur, przeprowadzających parę wodną z maszyny parowej. Zepsute powietrze na salach wychodzi przez otwory pod sufitem położone.

W szpitalu dzieciennym Hospital des enfants malades, w ostatnich czasach po części odbudowanym i urządzonym na 600 łóżek, praktycznie zastosowano wentylację nad każdym łóżkiem, albo też u samej podłogi znajdują się otwory, należące do kanałów przeprowadzonych w ścianach, które łączą się w obszerne kanały wyciągowe wychodzące nad dach. Sale zaś ogrzewane są piecami żelaznymi, których rury kominowe przechodzą środkiem wspomnianych kanałów wyciągowych. Tym sposobem zepsute powietrze wyciągane jest z sal — świeże zaś doprowadzone jest przez otwory znajdujące się przy podłodze wychodzące na zewnątrz. W szpitalu tym znalazłem bardzo dogodnie urządzone wanny i waterklozety dla dzieci.

W innych szpitalach paryzkich, jak w starym Hotel-Dieu, Charité, Notre-Dame-de-Pitié i t. d. niema specjalnych urządzeń wentylacji. Pomimo to przy zachowaniu wszędzie uderzającej czystości i otwieraniu okien w stosownej porze powietrze na salach znajdowałem dobre.

W szpitalu paryzkim Sgo Ludwika, mieszczącym głównie chorych z chorobami skórnymi i syfilitycznymi, znalazłem doskonale urządzone kąpiele, a mianowicie: wanny zwyczajne, kąpiele parowe, różnego rodzaju prysznice i dusze, kąpiele fumigacyjne, kąpiele pulweryzacyjne Mathieu'go (bains a l'hydrofere). Zwróciły też uwagę moją w niektórych szpitalach paryzkich (Charité, Enfants assistés) piecyki gazowe do pieczenia mięsa, w postaci żelaznych zamkniętych szafek, wewnątrz których na obwodzie ściany przeprowadzona jest rurka z otworkami do płomyków gazowych, pośrodku zaś na górnej ścianie zawieszony haczyk do zaczepiania mięsa.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A .

O leczeniu chorób żołądka.

Przez Dra W. O. Leube, Prof. w Jenie.

(Dalszy ciąg).

Sądzę, że potem cośmy powiedzieli, uznacie może Panowie za potrzebne, większą znów zwracać uwagę na kwas solny, przy leczeniu chorób żołądka, niż w ostatnich czasach było zwyczajem, kiedy spodziewano się największych rezultatów z podawania roztworu winnego pepsyny. Szczególniej pożytecznym okazuje się kwas solny u rekonwalescentów, osób bezkrwistych, gorączkujących; nawet przy rozszerzeniu żołądka, w chorobie, jak wiemy opierającej się działaniu wszelkich środków chemicznych, według moich dotychczasowych doświadczeń, kwas solny jest widocznie pożyteczny. Być może, że fakt obserwowany przez M a n a s s e y n ' a a mianowicie, że u zwierząt, u których wywołał ostrą bezkrwistość i stan gorączkowy, jeżeli nie zadawano im kwasu solnego, zawartość żołądka łatwo ulegała gniciu, ten fakt powtarzamy, może usprawiedliwić potrzebę zadawania kwasu solnego tym chorym, u których zawartość żołądka ulega procesom gnicia. Doświadczenia moje z kwasem solnym, zadawanym w formie wyżej przepisanej w wykazanych szczegółowo cierpieniach żołądka nie są jeszcze niestety tak liczne, abym mógł już z całą, jakąbym życzył sobie, pewnością podać te wypadki, w których zadawanie kwasu solnego zawsze okazuje się pożytecznym. Z powodu jednak wielkiej częstości chorób żołądka w Tübindze, uda się to rozstrzygnąć prędzej jak gdzieindziej. Kładę jednak nacisk na to, że jakkolwiek uważam za racjonalne podawanie kwasu solnego w wielu wypadkach, bynajmniej przez to nie chcę powiedzieć, aby zadawanie pepsyny w żadnym wypadku nie było wskazane. Chciałem tylko zwrócić uwagę Paców na to, że w większości wypadków brak kwasu solnego a nie brak pepsyny w soku żołądkowym jest pierwiastkową przyczyną powstawania dyspepsy; przeciwnie zadawanie pepsyny obok kwasu solnego będzie koniecznie wskazane w tych wypadkach, w których zadawanie samego kwasu solnego zostaje bez pożądanego skutku, gdyż wszak wiadomo, bez jednakowej ilości kwasu solnego, sok żołądkowy tém szybciej działa, im więcej zawiera pepsyny. Według nowszych doświadczeń P a n u m a *), essencya pepsynowa sporządzana podług przepisu L i e b r e i c h a, przez aptekarza Scheringa w Berlinie, jest najskuteczniejszym preparatem; tuż obok niego pod względem skuteczności stoi „francuzka“ pepsyna, która jest mieszaniną pepsyny, peptonów i kwasu mlecznego, tak że w tym preparacie obok fermentu znajduje się także kwas.

W jednym szeregu z tylko co wspomnianymi cierpieniami, według mego zdania postawić należy te wypadki, w których ma miejsce w żołądku obfite wydzielanie śluzu. Ponieważ wytwarzanie się śluzu zmniejsza normalną produkcję kwasu, daje przeto powód do wytwarzania się nienormalnych produktów przy trawieniu. Uwzględniając tylko co wspomniany fakt, można dopiero pojąć, niedosyć zkadinań uzasadnione przypuszczenie, że obecność śluzu w żołądku jest przyczyną fermentacyi w nim, co daje się poznać przez wytworzenie kwasu octowego, masłowego, mlecznego, węglanego i wodoru. Jeżeli wytwarzanie się tych nienormalnych produktów fermentacyi jest za wielkie, to w takich wypadkach nie można się obejść bez podawania dwuwęglanu sody lub innego jakiego środka, dla zobojętnienia kwasów. Będzie to tém bardziej wskazane, ponieważ zasada nietylko zobojętnia ostre kwasy, lecz także, jeżeli zostaje podawane w większych ilościach, wywołuje normalną sekrecyę ścian żołądka.

Oprócz dotychczas opisanych zmian w wzajemnym stosunku części składowych soku żołądkowego, a mianowicie dwóch głównych jego części składowych, to w pewnych razach trzeba przyjąć z m i a n ę w i l o ś c i w y d z i e l o n e g o s o k u ż o łą d k o w e g o i n t o t o za przyczynę dyspepsy, podczas gdy stosunek pojedynczych części składowych soku żołądkowego może być normalny. Przypominam Panom w tym względzie znane do-

*) Centralblatt für medic. Wissenschaft 1871, str. 805 (sprawozd.). Om Titverjebringelsen of Maresaft etc.

świadczenia Beaumont'a **) który przekonał się, robiąc doświadczenia nad człowiekiem z przetoką żołądka, że gdy człowiek ten dostał gorączki, nie wydzielal się więcej sok żołądkowy, nawet gdy żołądek był drażniony wprowadzonymi węgl pokarmami. Co więcej, pokarmy te, pozostawały bez zmiany w żołądku 24 do 48 godzin. Nawet przy tak zwanem „osłabionem trawieniu“, żołądek nie wydziela dostatecznej ilości soku żołądkowego, przy zwykłym drażnieniu pokarmów. Osoby cierpiące na tę formę dyspepsy, używają korzennych lub tym podobnych potraw, aby pobudzić nieczulą błonę śluzową żołądka do wydzielania. Bezpośredni dowód istnienia takich stanów patologicznych daje się otrzymać w następujący sposób: Jeżeli u zdrowego człowieka wprowadzimy na czezo do żołądka sondę, to mechaniczne drażnienie sondy jako też i drażnienie wprowadzonej wody zimnej jest dostateczne dla pobudzenia błony żołądkowej do słabej sekrecyi i odpowiednio temu przy tym postępowaniu z otworu sondy wypływa słabo kwaśno oddziaływający płyn. To bardzo słabe podrażnienie widocznie nie jest już w stanie przy tak zwanej odrętwiałej formie słabego trawienia, pobudzić gruczoły żołądkowe do wydzielania. Znam pewnego człowieka, cierpiącego na lekkie zaburzenia w trawieniu, z żołądka którego przy powyższem postępowaniu otrzymywałem zawsze płyn obojętnie oddziaływający i dopiero w ostatnim tygodniu, u pewnej damy, którą leczyłem na rozszerzenie żołądka, otrzymałem sok obojętnie oddziaływający przy przemywaniu żołądka. Takie wypadki, gdzie wydzielanie soku żołądkowego jest in toto zmniejszone, leczą zwykle zadawaniem rzewienia, wymiotnicy (ipeca) i innych środków. Ja jestem zdania, że przy tym tak zwanym *torpor mucosae ventric.* mniej trzeba liczyć na działanie tych środków, a wypadła raczej żołądek stopniowo odzwyczaić w zupełności od owych silnych bodźców. Wprawdzie to ostatnie postępowanie wymaga wiele cierpliwości ze strony lekarza i chorego. W wypadkach, w których szybsza pomoc jest konieczną, zalecać się będzie podawanie środków, które na zasadzie doświadczenia fizyologicznego są w stanie, jako takie wywołać większe wydzielanie soku żołądkowego. Takimi środkami są: eter, alkohol, zimna woda, alkalia i bardzo prawdopodobnie środki gorzkie (amara) i z tej przyczyny z zadawania źródeł alkalicznych przede wszystkim Vichy, Bilin i t. d., można się spodziewać polepszenia w tych cierpieniach żołądka. Wsprzeć to leczenie można zadawaniem lodu i środków gorzkich, których działanie zresztą jak to ja na zasadzie własnych dawniejszych doświadczeń przyjąć muszę (*Rostocker Naturforschervers. 1871. Tagbl. str. 112*), jest natury czysto zwrotnej, a być może, że działanie ich jest spowodowane jedynie większym wydzielaniem śliny, która polknięta, stanowi silny środek pobudzający dla wydzielania błony śluzowej żołądka.

W skutek działania kwasu chloropepsynowodornego na ciała białkowe i tkanki klej dające powstają peptony, które jak wiadomo pod względem chemicznym jak i fizycznym przedstawiają odmiany białka. Peptony te są o tyle ważnemi w procesie trawienia, o ile w skutek swego małego equivalentu osmotycznego blisko 70 razy łatwiej zostają pochłonięte przez ściany żołądka, niż zwyczajne ciała białkowe. Ta rezorbeyta powstałych w żołądku peptonów, jest dla odżywiania organizmu pierwszorzędnej ważności, ale bez względu na to ciągle wsysanie ich, jest dla odżywiania ciała nieodzownem. Nagromadzenie peptonów w żołądku jest tym sposobem przeszkodą dla dalszego rozpuszczenia się nierozpuszczonych jeszcze ciał białkowych. Jeżeli więc przeto siła rezorbeyi błony śluzowej żołądka zmniejszyła się, to natomiast i przejście ciał białkowych w peptony staje się niemożliwym a koniecznym następstwem tego będą zaburzenia w trawieniu. Tym sposobem objaśnia się fakt zauważony przez Ranke'go, że z jednej i tej samej ilości mięsa więcej się strawi, jeżeli się spożyje je w małych częściach, niż przy spożyciu całego mięsa odrazu. Tym sposobem objaśniają się też i rozmaite fakty kliniczne. Jeżeli przyjmiemy to za fakt, że nieprawidłowa rezorbeyta peptonów, może być przyczyną dyspepsy, to będziemy musieli pewną część zaburzeń w trawieniu przy przewlekłym nieżycie żołądka odnieść koniecznie do zmniejszonej rezorbeyi błony śluzowej żołądka. Jeżeli jednak zwolnienie rezorbeyi, przy przewlekłych zapaleniach innych organów, daje się codziennie przy łóżku chorego zauważyć, to i znaczniejsza zmiana ścian naczyń przez najnowsze badania nad zapaleniem, stała się bardzo prawdopodobną także i w przewlekłej formie tego patologicznego stanu. Szczególniej jednak według mego zdania widocznemi są skutki zmniejszonej rezorbeyi błony śluzowej żo-

**) Beaumont W. Experiments and observations on the gastric juice etc. Edinburgh, 1838, str. 99.

ładka w trawieniu przy rozszerzeniu żołądka (*dilatatio ventriculi*). Jeżeli wessanie peptonów, przez błonę śluzową żołądka zmniejszyło się, to produkta już strawionych pokarmów, nagromadzą się wraz z niestrawionemi jeszcze massami w żołądku, a przy dłuższem trwaniu tego stanu, muszą wywołać powiększenie objętości żołądka. Samo się przez się rozumie, że szczególnie sprzyja takiemu nagromadzeniu produktów trawienia w żołądku obecność przeszkody mechanicznej, jak np. bliznowate zwężenie *ex causa ulceris* w okolicy odźwiernika (*pylorus*), przeszkadzające wyjściu zawartości żołądka. Chcieć jednak wszystkie objawy występujące przy rozszerzeniu żołądka odnieść do zmniejszenia światła żołądka w okolicy odźwiernika, jest już z tej przyczyny niemożliwe, że rozszerzenie żołądka jakie znajdujemy *post mortem* nie rzadko jest o wiele znaczniejsze, niżby można się było spodziewać ze stopnia zwężenia odźwiernika, a jednakowoż fakt ten łatwo z objawami przy życiu występującemi godzić się da, jeżeli dla objaśnienia weźmiemy w pomoc niedostateczną rezorbeyę błony śluzowej żołądka. Przez przyjęcie tylko co wymienionej nieprawidłowości funkcji żołądka, łatwiej wytłómaczyć sobie można niż dotychczas (f. K u s m a u l, *Deutsch. Arch. für Klin. Med.* VI. 470), dla czego przy rozszerzeniu żołądka w krótkim czasie przy użyciu pompki żołądkowej organ ten jest znów w stanie przez zwężony odźwiernik popchnąć dalej pokarmy. Według mego zdania w opisanych wypadkach, po wyprowadzeniu wielokrotnem z żołądka w wielkiej ilości nagromadzonych niezrezorbowanych pokarmów żołądek znów zaczął rezorbować. Tym sposobem znika pewna część ciężaru podczas całego trwania choroby na mięśnie żołądka, praca mięśni staje się mniejszą i tym sposobem te ostatnie zyskują znów stopniowo możność popychania zawartości żołądka. Ze przy dłuższem trwaniu takiej nieprawidłowej rezorbeyi peptonów, odżywianie musi upaść, nie potrzebuje dalszych dowodów i niejedyn z Panów w praktyce swojej widział wypadki strasznego wychudzenia, występujące u nieszczęśliwych chorych, po długiem trwaniu rozszerzenia żołądka.

Istnienie takiego zmniejszenia rezorbeyi w żołądku, daje się w podobny sposób wykazać, jaki wprzód podaliśmy dla skonstatowania odrętwiałej formy słabego trawienia.

Chory przysłany mi przez czeigodnego mego kolegę P f e i f e r'a, cierpiał od wielu lat na niestrawność, odbijanie, wymiotował od czasu do czasu wielkie massy i był strasznie wychudzony. Gdy chory leżał na boku, płyn w żołądku z wielkim szelestem przelewał się w stronę, na której leżał chory i za pomocą palpacyi można było wyczuć pluskające przelewanie; sam pacjent czuł jak przy picciu, połknięty płyn wyraźnie opadał. Gdy wprowadziłem sondę dochodziła ona aż na 8 Cm. niżej wyrostka mieczykowatego (*proc. xyphoideus*), jednem słowem nie można było wątpić, że mamy tu do czynienia ze znacznem rozszerzeniem żołądka. W przebiegu leczenia wprowadziłem do żołądka „roztwór mięsa“ (patrz niżej) zawierający peptony; przez 24 godzin, żadnych innych pokarmów nie przyjmował, prócz owej peptony zawierający płyn. Po upływie tego czasu, przy wyprowadzeniu z żołądka zawartości jego, pokazało się, że wygląd jej nie różnił się wcale od owej solucyi mięśniowej i że także zawartość peptonów w obu płynach była prawie ta sama, trzeba przeto było ztąd wniesć, że jeżeli w wypadku tym rezorbeya peptonów miała miejsce, to w każdym razie była bardzo niedostateczną. Widzimy także z tego przykładu, jak badanie za pomocą sondy ważnym jest środkiem pomocniczym dla stawienia d y a g n o z y i zdaje mi się, że każdy przy długotrwałych cierpieniach żołądka dla stwierdzenia rozpoznania w ciężkich wypadkach nie omieszka podobnych badań powtarzać.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

KORRESPONDENCYA.

Wiedeń, dnia 4 Października 1873 r.

Trzeci międzynarodowy kongres lekarski.

(Ciąg dalszy *).

Drugie Posiedzenie.

Wtorek, 2-go września. 9 godzina przed południem.

Drugi punkt programu: Środki zapobiegawcze przeciw przymiotowi z szczególnym względem na uregulowanie nierządu.

*) Patrz Nr. 25 Gaz. Lek. z r. z.

Sprawozdawca: Prof. Sigmund, Prof. Zeissl i Prof. Roder. Specjaliści trzymający pióro: Dr. Grünfeld, Dr. Mises. Przewodniczący: Prof. Warlomont (z Brukseli), Radca ministeryalny Kovacs (z Pesztu). Prof. Sigmund. Prof. Warlomont zagaja posiedzenie o godzinie 9 następującą, w języku francuzkim wypowiedzianą, mową:

P a n o w i e !

Serdecznie dziękuję komitetowi przygotowawczemu w imieniu mojego kraju za zaszczyt jaki okazał Belgii, wybierając mnie, najstarszego z delegowanych tego kraju na przewodniczącego temu posiedzeniu. Tylko z tego tytułu mogłem zasiąść to zaszczytne miejsce. Czuję się jednak przez to szczęśliwym z drugiej jeszcze strony, gdyż kwestya mająca być dziś pod moim przewodnictwem wziętą pod obrady, jest jedną z tych, rozwiązaniem której Belgia wielce się zaprzętała i może się też poszczycić najszcześniejszym rezultatem.

Rozporządzenie prawa dotyczące się organizacji gminnej w kraju z 30 marca 1836, artykuł 96 mówi:

„Do burmistrza należy nadzór nad osobami i miejscami, które jawnie oddane są nierządowi. W tym celu ma użyć wszelkich środków, które są w stanie dać największą gwarancję bezpieczeństwa, moralności i spokoju publicznego. Zarząd gminy wydaje wszelkie w tym celu rozporządzenia, jakie uważa za konieczne i pożyteczne“.

Nadzór nad nierządem jest przeto wyłącznie atrybutem władz gminnych. Lecz rząd nie był obojętny na wyborną organizację tej służby. Bez chęci wmięszania się w sprawy zarządu gminy, rząd uważał sobie jednak za obowiązek objaśnić te ostatnie tak co do ważności powierzonego im zadania, jak i co do środków, służących do spełnienia go. W tym celu rząd rozesłał do zarządów gmin formularze, zawierające wszelkie rozporządzenia, mogące zagwarantować działalność nadzoru ze stanowiska moralności, higieny i porządku publicznego. Według tych typowych przepisów, przez wszystkie gminy przyjętych, przeprowadza się w Belgii nadzór nad nierządem. Dzięki tym zarówno rozumnym jak liberalnym rozporządzeniom, przymiot w Belgii został zredukowany do minimum, tak że możnaby uważać go za wygasły, gdyby nie został przyniesiony z zewnątrz.

Czas nagli Panowie! Pozwólcie mi przeto prosić was, abyście ominęli wszelkie argumenty nie odnoszące się ściśle do naszego przedmiotu, abyśmy mogli w tym jednym posiedzeniu, jakie mamy do rozporządzenia dojść do praktycznych wniosków.

Wice prezydent radca ministeryalny K o v a c s (z Pesztu).

Szanowni Panowie!

Stosownie do porządku dziennego, dzień dzisiejszy przeznaczono na obrady nad drugim punktem programu; a mianowicie nad środkami zaradczymi, przeciwko przymiotowi z szczególnym względem na uregulowanie nierządu. Za ważnością tej kwestyi przemawia ta okoliczność, że będąc dawniej przedmiotem badań specjalistów, uczonych towarzystw i zgromadzeń, stała się nakoniec przedmiotem obrad kongresu.

Przekroczyłoby zakres mego zadania, gdybym miał przedstawić Panom chronologicznie rozmaite zdania uczonych w tym względzie, albo rezultaty już uzyskane, które wam są znane. Sędzę, że najłatwiej dojdziemy do celu, jeżeli poprosimy wielce zasłużonego i uczonego Prezesa i sprawozdawcy Prof.-D-ra S i g m u n d a, aby raczył przeczytać swoje sprawozdanie. Zarazem ogłaszam posiedzenie jako otwarte.

Prof. v. S i g m u n d: Przedmiot, który ma być w tej chwili przedmiotem obrad trzeciego międzynarodowego kongresu lekarskiego, tyczy się przymiotu i chorób wenerycznych, wyłącznie zaś środków zaradczych przeciw tym chorobom. Trzeba przytym zwrócić uwagę i na nierząd, jako na najgłówniejsze i najważniejsze źródło przymiotu.

Nim przystąpimy do obrad nad programem, muszę szczególniejszy kłaść nacisk na to, że treść jego dostatecznie wykazuje, że idzie tu g ł ó w n i e o międzynarodowe przepisy środków zaradczych przeciwko przymiotowi. Co się tyczy nierządu, to w programie jest o nim mowa z stanowiska czysto lekarskiego, i nie mogło też być inaczej; gdyż dla rozbioru tej kwestyi, w ogólności byłyby potrzebne inne prace przygotowawcze i zdania innych specjalistów, a obrady przechodzące granice naszego planu i więcej czasu wymagające, niż go nam przeznaczono dla obrad w kwestyi przymiotu.

Jeszcze na inny fakt, a mianowicie historyczny, chciałbym zwrócić uwagę, i w tym względzie odwołuję się do słów, któreśmy usłyszeli wczoraj z ust naszego protektora. Pierwszy międzynarodowy kongres lekarski (Paryż 1867 r.) zajmował się już kwestyą ogólnie zaprowadzić się mających j e d n o s t a j n y c h przepisów przeciw sze-

rzeniu się przymiotu i chorób wenerycznych i które to środki miały być zalecane Rządowi. Zgodzono się w Paryżu, aby opracowanie na kongresie postawionych propozycji osobnej komisji złożonej z lekarzy rozmaitych krajów oddać i w skutek tego Prof. Crocq (z Belgii) i Rollet (z Lionu), polecieli Dr. Viennois swoje sprawozdanie odczytać *) na drugim międzynarodowym kongresie w Florencji (1869). Sprawozdanie to wykazuje konieczność środków zaradczych przeciw przymiotowi i kończy się odezwą komisji do ministra spraw zagranicznych w Paryżu, proponująca zwolnienie międzynarodowej komisji; której zadaniem ma być ustanowienie jednostajnych we wszystkich krajach obowiązujących przepisów przeciw szerzeniu się tych chorób. Zamierzono, żeby z kwestyą, w ten sam postąpić sposób, jak to niedawno już zrobiło się (1851 i 1866) z międzynarodową komisją mającą się zająć morową zarazą, żółtą febrą i cholera w Paryżu i Konstantynopolu. Niema dotychczas żadnej co do tego podania wiadomości i jak z dobrych źródeł wiemy, nie została przyjęta przez ministerium francuzkie.

Skoro już o historii mówimy, muszę jeszcze wspomnieć, że lata od 1870 do 1872 nie pozwalały bliżej tym przedmiotem się zająć. Kwestya przeto nasza musiała odpoczywać. Z dwóch przeto powodów przedmiot ten znów wzięty został pod obrady. A mianowicie, aby wypowiedzieć wysokie zaufanie dla mężów, którzy położyli wielkie zasługi około przedmiotu tego przez pierwsze swoje sprawozdanie. Z drugiej jednak strony trzeba zwrócić uwagę, jakie ważne zmiany zaszły od lat czterech, a z temi stoi w bezpośrednim związku i pomnożenie się przymiotu.

Tylko w zupełnej zgodności z poglądami obydwóch poprzednich kongresów, co się tyczy ważności i odpowiedniego traktowania naszego przedmiotu włączono kwestyę środków zaradczych przeciw przymiotowi na nowo do programu wiedeńskiego kongresu. Przedmiot ten zresztą w nowszych czasach we wszystkich ucywilizowanych krajach był już wielokrotnie roztrząsany, i przez licznych wykształconych specjalistów był tak gruntownie opracowany**), że ja i moi dwaj koledzy Professorowie Zeissl i Reder mogliśmy być odnośnie do wielu punktów tylko odgłosem wielokrotnie już wygłoszonych poglądów. Z powodu niezmiernie krótkiego czasu przeznaczanego na obrady, wybraliśmy z obfitego bardzo materiału kilka tylko najważniejszych kwestyj, gdyż idzie nam tylko o to, aby obrady nasze o ile możności były treściwymi, a przede wszystkim starać się musimy o osiągnięcie praktycznego celu, mianowicie w ziąść pod rozważę co przy obecnych okolicznościach środkami, jakie mamy do rozporządzenia dokonać się da. W każdym razie muszę zwrócić uwagę, przed przystąpieniem do obrad na kilka kwestyj, które dotychczas wcale nie albo nie dostatecznie były rozważane; mianowicie zapewnione przez prawo gruntowne odpowiednie wykształcenie wszystkich lekarzy odnośnie do leczenia przymiotu i zaprowadzenie lekarzy gminnych, dalej na jak najbardziej możliwe zaprowadzenie wykładu antropologii i higieny, które to przedmioty mają być wprowadzone nietylko do wyższych i realnych szkół, lecz także do wszystkich zakładów i korporacji odpowiednio do wykształcenia słuchaczy. Proszę Panów o zwrócenie szczególniejszej uwagi na te kwestye, ponieważ wykonanie ich w części zależy od lekarza, mniej trudności przedstawia podczas gdy skutki będą bardzo niezmiernie ważne. Jeżeli jednak zwrócim uwagę, co zrobiono w przeciągu czterystu prawie lat, od czasu jak przymiot zaczął zajmować ludzi, dla ograniczenia i złagodzenia tej choroby; to musim się, wyrażając się łagodnie, wstydzic nie nieznaczających i bez skutku zostających rezultatów. Poznanie jednak ciężkiego błędu, jest pierwszym krokiem do poprawy, i aby było naszemu zgromadzeniu dozwolonem takowy zrobić.

Pozwalam sobie zwrócić szczególniejszą uwagę szanownych członków na tę okoliczność, że tylko kilka godzin mamy do rozporządzenia, i z tej przyczyny aby zechcieli pominąć wszystko co nie wiąże się ściśle z naszym przedmiotem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Congrès médical de toutes les nations. Deuxieme session de 1869 á Florence. Bologne 1870, pag. 258—291.

**) Przedewszystkiem musimy przytoczyć wspomniane już sprawozdanie Dr. Crocq i Rollet. Podobna praca wydana została przez Prof. German, pod tytułem: Vorschläge für Abwehr der Syphilis und zur Milderung.

Wiadomości bieżące.

— O działaniu wody zimnej na śledzionę. Pod wpływem doniesień dawniejszych D-ra Fleury, o skutecznym leczeniu zimnicy za pomocą zimnych oblewań (*douches*), zastosowanych na okolicę śledziony, Mosler (*Virchow's Archiv*, tom LVII, zeszyt I), odnośnie do tej kwestyi, wykonał badania kliniczne i doświadczalne. Dowiedziono na psach, iż przy działaniu strumienia zimnej wody na śledzionę wyjętą, lub pokrytą jeszcze ścianami brzuszными, powierzchnia takowej przyjmuje wygląd ziarninowy, mięszsz zaś staje się bardziej jędrnym i twardym, przy czém następuje zmniejszenie się tego narządu o kilka centymetrów w wymiarze podłużnym i szerokim. Na śledzionie wyjętej objawy występowały daleko wyraźniej, niż na pokrytej. Na pierwszej zauważono zmiany podobne do tych, jakie Mosler spostrzegał po znacznych dawkach chininy, podczas gdy działanie wody na śledzionę pokrytą nie dorównywało wpływowi chininy. Z tego powodu można było działanie wody zimnej uważać tylko za pomocnicze przy leczeniu zimnicy. W czterech wypadkach zimnicy pokazywało się wprawdzie po zastosowaniu zimnej *douche*, połączonej z zimnemi kąpielami i przykładaniem pęcherzy lodowych, zmniejszenie znaczne tępości śledziony, która, jak i przy doświadczeniach na zwierzętach, w przerwie między dwiema kąpielami znowu się powiększa; wpływ jednak na właściwe napady gorączkowe jest daleko mniejszym od działania chininy, w jednym wypadku potrzeba było 14 dni dla wstrzymania napadów, podczas gdy obrzmienie śledziony i po tym czasie jeszcze się znajdowało, w innym wypadku po 40 dniach użycia zimnych oblewań, obrzmienie śledziony jeszcze całkowicie nie ustępowało. Przeto chociaż możebnym jest wyleczenie zimnicy zimną wodą, to jednak postępowanie to jest daleko mniej użytecznym od chininy, a powinno tylko wspierać działanie tej ostatniej. Według autora i przewlekłe obrzmienia śledziony nadają się do leczenia i to skutecznego wodą zimną. Mosler widział ustąpienie obrzmienia śledziony leukemicznego i pseudoleukemicznego w wysokim stopniu przy połączonym działaniu chininy i oblewań zimnych, przy czém widocznym było, iż działanie chininy potęgowanem było przez wpływ wody zimnej. Zamiast chininy można używać i tańszej chinoidyny, szczególnie gdy dłuższe użycie jest wskazanem, gdyż działanie jego w połączeniu z oblewaniem zimnym mniej więcej wyrównywa działaniu chininy. Co się tyczy użycia zimnej *douche* przy zimnicy, to takowa zastosowywaną była w temperaturze 11° przez 1 do 2 minut, dwa razy podczas przerwy bezgorączkowej (*apyrexia*).

— Przyczynek do statystyki ospy. Doświadczenia v. Pastera, podczas ostatniej epidemii w Wroclawiu dają procent śmiertelności: nieszczepionych 40,98, szczepionych 12,67; rewakcyonowanych 10,48; tych, którzy już poprzednio chorowali na ospę—12,75. Co się tyczy zachorowań, okazało się, iż w pierwszym roku życia, w którym u nas w ogóle wykonywa się szczepienie, pomimo znacznej przewagi dzieci szczepionych, jednak zapada 10 razy tyle nieszczepionych jak szczepionych; w ciągu pierwszych lat pięciu nieszczepione dzieci w 3 razy większej ilości niż szczepione; od 5 — 15 roku również szczepieni zachorowują rzadziej niż nieszczepieni; po 15 roku jednak ilość zapadań u szczepionych tak znacznie się wzmacnia, iż siła ochraniająca krowianki zdaje się być zupełnie wygasła. Co się tyczy stosunku śmiertelności w rozmaitych okresach życia, to do roku piątego zmarło szczepionych 22,97%, nieszczepionych 42,80%; podczas gdy u szczepionych śmiertelność zmniejsza się aż do 20 roku, tak iż w latach 15—20 zmarło stosunkowo 10 razy tyle nieszczepionych niż szczepionych, po tym czasie śmiertelność zwiększa się znowu u szczepionych tak, iż śmiertelność szczepionych i nieszczepionych ma się w stosunku 1:4. Z rewakcyonowanych w wieku lat 10 do 20 nikt nie zmarł, a nawet do wieku starczego nieszczepieni umierali w większej ilości niż szczepieni. (*Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, tom XII, zeszyt 1 i 2).

— Kalendarz Lekarski na r. 1874 jest jeszcze do nabycia po rsr. 1.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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 Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою