

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI 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. Szpital Ś-go Ducha (w Warszawie). Niedostateczność aorty wrodzona i zwężenie łuku aorty. (*Insufficiencia totius aortae congenita, stenosis arcus aortae*). Zapalenie kaszakowe ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*). Postrzeżenie D-ra A. Kurcyszusa, Ordyn. klin. ter. fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie). (Dokończenie). — 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. (Dokończenie). — Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra W. O. Leube, Prof. w Jenie. (Dokończenie). — Apopleksya mózgu. Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych, opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Miejscowe leczenie jam płucnych (*cavernae*). — Dodatek. Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 27. — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 17 i 18. — Medycyny sądowej ark. 37. — Choroby nerek ark. 10. — Historii Szpitali T. III ark. 4 (od str. 65—72). — Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 3.

Szpital Ś-go Ducha (w Warszawie).

Niedostateczność aorty wrodzona i zwężenie łuku aorty. (*Insufficiencia totius aortae congenita, stenosis arcus aortae*). **Zapalenie kaszakowe ścian aorty** (*Endoaortitis atheromatosa*).

Postrzeżenie D-ra A. Kurcyszusa, Ordynatora kliniki terapeutycznej fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie).

(Dokończenie).

Rozczłonkowanie ciała (*autopsia*) dokonane w dniu 18 września 1873 r. wykazało co następuje:

Przepełnienie krwią zatok mózgowia, żył opony miękkiej i splotów naczyniowych, oraz lekki obrzęk opon mózgowych (*Hyperaemia cerebri et meningum* — *Oedema meningum*).

Po otwarciu klatki piersiowej płuca mało zapadają, serce z lewej stro-

ny, w znacznej części pokryte brzegiem płuca lewego. W każdej z jam opłucnych, znajduje się około dwóch funtów przezroczystego płynu surowiczego. Płuco prawe miejscami przyrosłe do ścian klatki piersiowej. W górnej i tylnej ścianie całkowicie pozbawione trzeszczenia, które tylko w przedniej części i po brzegach się zachowało. Całe płuco na powierzchni ma barwę ciemno siwą, brzegi tylko zabarwione są białawo (*emphysema*). Z powierzchni rozkroju, wypływa znaczna ilość płynu krwawego, pianistego. Oporność (*consistentia*) mianowicie w górnym i średnim jego zrazie znacznie zwiększona, skórzasta. Na powierzchni rozkroju widać liczne białawe pręgi tkanki łącznej, przebiegające miąższ płuca w różnych kierunkach;—przecięcia średniej grubości oskrzeli wystają po nad otaczający miąższ płuca, ścianki oskrzeli są zgrubiałe — (*Pneumonia interstitialis—peribronchitis—oedema pulmonum*). Płuco lewe nie przyrosłe do ścian klatki piersiowej, przedstawia mniej więcej te same zmiany, tylko ograniczone do znacznie mniejszej przestrzeni, bo widoczne jedynie na górnym zrazie. Ślady zato rozedmy (*emphysema*) na brzegach, daleko mocniej są wyrażone.

Błona śluzowa, wyściełająca tak wielkie jak i drobniejsze oskrzela obu płuc, nosi na sobie ślady mocno rozwiniętego, przewlekłego nieżyty (*Bronchitis catarrhalis chronica*).

W worku osierdzia znaczna ilość surowiczego płynu. Serce samo w momencie rozkurczowym,—powiększone znacznie we wszystkich rozmiarach, z prawej strony siega na dwa centymetry po za linię przymostkową prawą (*Linea parasternalis dextra*), z lewej przekracza linię ssutkową. Ku górze, rozszerzone i mocno przepelnione krwią przedsionki, dosięgają górnego brzegu 2-go żebra. Główne pnie żyłne mocno przepelnione krwią.

Jama komórki lewej wypełniona kruchemi, ciemno-czerwonemi skrzepami, znacznie powiększona, — ścianki jej, mimo rozciągnięcia, grubości prawidłowej (*Hypertrophica excentrica—dilatacio*); mięśnie ich miejscami bladawe. Zastawka dwudzielna i otwór przedsionkowo komórkowy lewy nie przedstawiają żadnych zboczeń chorobnych;—jedno z włókien ścięgnistych (*Chorda tendinea*) przyczepia się zamiast do zastawki, do ścianki serca. Wsierdzie miejscami zgrubiałe, przedstawia matowo białe zabarwienie. Przedsionek lewy mocniej rozszerzony niż prawy, wypełniony skrzepami. Światło otworu tętniczego lewego prawidłowej wielkości. Zastawki półksiężycowe u podstawy gładkie, na brzegach przedstawiają nieznaczne zgrubienia i nierówności, tak, że brzegi ich wolne, w skutek tego okazują się skróconemi zesztyniałemi i wywiniętymi w kierunku ku ścianom aorty. Widocznem jest, iż zastawki te, w chwili rozkurczu, nie mogły dokładnie do siebie przylegać, a tem samem otworu aortycznego całkowicie nie zamykały (*Insuficientia valvularum semilunarium aortae*). Zmiany te nie przedstawiają w ogóle wielkiego nateżenia—tak, że niedostateczność zastawek, mogła mieć miejsce w bardzo nieznacznym tylko stopniu.

• Komórka i przedsionek prawy nie przedstawiają żadnych zboczeń chorobnych, wrodzonych ani nabytych; są mniej wypełnione krwią od przedsionka i komórki lewej. Tętnica płucna również nie przedstawia żadnych śladów przebytej sprawy chorobnej, ani też żadnych zboczeń w budowie anatomicznej.

Główne zmiany napotykaemy w aorcie. Już na pierwszy rzut oka naczynie to przedstawia się względnie do budowy ciała i wieku zmarłego, zbyt wązkim. Ściany jego przy obmacywaniu od zewnątrz, okazują niezwykłą tęgosc (*rigiditas*), miejscami stwardnienia. Po przecięciu, światło naczynia, mianowicie w jego części wstępującej, okazuje się wypełnionem kruchemi skrzepami, podobnemi do tych, jakie znajdowały się w komórce i przedsionku lewym.

Poczynając od opuszki aorty (*bulbus aortae*), światło tego naczynia stopniowo się zwęża, tak, iż najwęższem okazuje się w okolicy łuku aorty, w miejscu przyczepienia do tej ostatniej przewodu tętniczego Botal'a i przeciwległego takowemu ujścia tętnicy podobojczykowej lewej (*art. subclavia sinistra*). Tutaj światło aorty tak jest wązkim, iż z trudnością koniec małego palca można w takowem pomieścić. W dalszym swym przebiegu tętnica rozszerza się nieco, zawsze jednak światło jej pozostaje znacznie węższem niż w stanie prawidłowym bywać zwykło. Dokładniejsze wymierzenie światła naczynia dało następujące wyniki: średnica światła aorty w miejscu największego zwężenia 0,011 m., średnica światła aorty wstępującej, w miejscu najszerszem 0,023 m., takż średnica aorty piersiowej (*a. thoracica*) przy przejściu przez przeponę 0,017 m., aorta brzuszna 0,016 m. Cyfry te same przez się wskazują, iż mieliśmy do czynienia ze zwężeniem całej aorty, najmocniej wyrażonem w jej przesmyku, (*Insufficiencia totius aortae congenita, — stenosis aortae in isthmo*).

Powierzchnia wewnętrzna naczynia, w całej jego długości, pokryta nierównościami ciemno-czerwonej barwy. Błony wewnętrzna i średnia (*tunica intima et media*) zgrubiałe i rozpulchnione. Błona wewnętrzna (*intima*) tu i owdzie wzniesiona, pod nią zaś zbiorniki mass kaszakowych (*atheroma*), zawierających cholestearynę. Niektóre z owych zbiorników, w skutek zniszczenia błony wewnętrznej, łączą się ze światłem naczynia, do którego opróżniły w części swą zawartość. Powstałe tym sposobem owrzodzenia, otoczone są dokoła brzegiem podminowanym, dno mają nierówne i stwardniałe. Części ścian aorty pomiędzy pojedynczemi owrzodzeniami położone, niemniej uległy nacieczeniu, okazują się też zgrubiałemi i rozpulchnionemi. W części naczynia stanowiącej łuk aorty (*Arcus aortae*), sprawa zapalna najmocniej jest wyrażoną i owrzodzenia kaszakowate są najliczniejsze, mniej już ważne zmiany dostrzegamy w aorcie zstępującej piersiowej i brzusznej (*Aorta descendens thoracica et abdominalis*) — a jeszcze mniejsze w części wstępującej (*Aorta ascendens*).

Sprawę zapalną, która spowodowała opisane przez nas zmiany w ścianach aorty, rozpoznaliśmy jako kaszakowate zapalenie wnętrza aorty, z przebiegiem dość ostrym (*Endoaortitis atheromatosa s. hyperplastica, subacuta*).

Ani w głównych pniach tętnicznych z aorty początek swój biorących, ani też w drobniejszych rozgałęzieniach takowych, nie znaleźliśmy żadnych zgoła zmian chorobnych; jak również, na tętnicach, wychodzących z aorty przed miejscem największego zwężenia, nie dostrzegliśmy śladów, aby za pośrednictwem takowych, wytworzyło się krążenie oboczne (*circulatio collateralis*).

Z narzędzi brzusznych zasługuje na uwagę wątroba, która okazuje się nieco powiększoną, ciężką, torebka Glissona mocno napięta, miejscami zgru-

biała, przedstawia szerokie plamy białawe, brzegi są zaokrąglone, powierzchnia rozkroju mocno czerwona, sączy wiele krwi, żyły wątrobowe bardzo znacznie rozszerzone, budowa zrazika mało wyraźna.

Sledziona znacznie powiększona, mięszs skórzasty, torebka lekko pomarszczona (*Tumor lienis chronicus*).

W nerkach nie dostrzegliśmy żadnych zgoła zmian chorobowych.

Ponieważ zapalenie kaszakowe tętnic (*Endoarteriitis atheromatosa*), samo przez się, nie mogło spowodować rozlanego i jednostajnego zwężenia światła całej aorty, a tem mniej mogło być przyczyną tak znacznego zwężenia jakie spotykamy w jej przesmyku, zatem zwężenie owo mogło być tylko wrodzonem i przedstawiać tak zwaną niedostateczność całej aorty (*Insufficiencia totius aortae congenita*) i zwężenie tegoż naczynia w jego przesmyku (*stenosis aortae in isthmo*), które to ostatnie, należy do najczęstszych zboczeń wrodzonych aorty.

Zwężenie to, utrudniając odpływ krwi tętniczej z komórki lewej, zwiększało oczywiście jej pracę, a tem samem stało się przyczyną jej przerostu. Ten ostatni, stanowił ze swjej strony warunek sprzyjający wyrównaniu (kompensacyi) zboczeń krążenia, spowodowanych zwężeniem. przerosła bowiem komórka, kurcząc się silniej, zwiększała szybkość strumienia krwi w aorcie, a tem samem i ilość krwi przepływającej przez to naczynie w jednostce czasu. Przerost ten lewej komórki był koniecznym, aby tkanki ustroju, pomimo istniejącego zwężenia, otrzymywały dostateczną ilość krwi tętniczej. Ze wyrównanie to, do pewnego czasu rzeczywiście przychodziło do skutku, dowodzą: najprzód prawidłowy rozwój ciała i dobre odżywianie chorego, powtóre ta okoliczność, zadziwiająca w pierwszej chwili, iż chory w dzieciństwie swem i latach młodości, nie doznawał żadnych dolegliwości, któreby świadczyły o istnieniu jakichkolwiek zaburzeń krążenia. Ale właśnie owo przyspieszenie strumienia krwi w aorcie, stanowiło warunek usposabiający do cierpień samych ścian tętnicznych, które też pojawić się nie omieszkały. Do tak późnego wystąpienia jednak tych cierpień, przyczyniło się zapewne nie mało skromne i wstrzemięźliwe życie chorego. Dopiero po ożenieniu się, które nastąpiło na półtora roku przed śmiercią, ukazują się pierwsze objawy choroby. Czy sam fakt ożenienia wywarł jakikolwiek wpływ na przyspieszenie wybuchu choroby, przesądzać trudno, zaprzeczyć jednak możliwości takiego wpływu niepodobna. W każdym razie, do tego peryodu odnieść wypada początek zboczeń chorobnych w ścianach aorty, a jest rzeczą nader prawdopodobną, iż zmiana dotychczasowego trybu życia, być może kilkakrotnie powtórzone nadużycie napojów wysokowych, jako też częstsze wzruszenia płciowe, mogły znieść istniejącą do owej epoki równowagę krążenia i przez zwiększenie pracy serca, a tem samem szybkości strumienia i tarcia krwi w aorcie, stać się przyczyną podrażnienia zapalnego samych ścian naczynia, Raz rozpoczęta sprawa zapalna rozwijała się dalej zwykłą koleją, jako zapale-

nie kaszakowe wnętrza aorty (*Endoaortitis hyperplastica s. atheromatosa*). Ze cierpienie to powstało pod wpływem przyczyn miejscowych, działających na samą tylko aortę, a nie na cały system tętniczy, dowodzi ta okoliczność, iż w rozgałęzieniach aorty ani drobniejszych tętniczkach, sprawa chorobna (*Endoarteriitis atheromatosa*) nie rozwinęła się wcale. Jakaż przyczyna mogła działać na samą tylko aortę, a nie wywierać wpływu na inne tętnice, jeśli nie leżąca w wadliwości jej własnej budowy, w nieprawidłowej ciasnocie jej światła?

Jeśli przy prawidłowej gładkości i sprężystości ścian aorty, praca komórki lewej była dostateczną do pokonania nadmiernego oporu i przeprowadzenia dostatecznej masy krwi do naczyń obwodowych, to w miarę jak z utratą owęj gładkości i sprężystości, pod wpływem zapalenia kaszakowego, ilość oporu w aorcie znakomicie wzrosła, praca (wa komórki lewej, okazywać się zaczęła nie wystarczającą. Wtedy to po raz pierwszy wystąpiły objawy zastoju krwi, w małym krwiobiegu. W dalszym dopiero ciągu cierpienia, gdy w skutek postępu sprawy chorobnej w aorcie, odpływ krwi z przedsionka lewego jeszcze bardziej został utrudnionym, w następstwie czego w skutek zastoju zaszły zmiany w samej tkance płucnej, komórka prawa utraciła możliwość dostatecznego opróżniania swęj zawartości do tętnicy płucnej. Od tęg chwili dopiero, zaczęły występować objawy zastoju żylnego w krwiobiegu wielkim.

Punktem przeto wyjścia całego cierpienia było zwięzenie wrodzone aorty, wszystkie bowiem pozostałe sprawy chorobne, nie wyłączając nawet zapalenia samejże aorty, jedynie za choroby następce, już to wprost, już pośrednio zboczeniem owęm wywołane, uważanemi być powinny. Zapalenie ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*) występuje tu w samej rzeczy jako najpierwsza sprawa chorobowa i rozpoczyna niejako szereg zboczeń w rozmaitych narzędziach i narządach, które doprowadziły wreszcie ustrój chorego do zagłady. Ale sprawa ta dołącza się bardzo często do pewnych zboczeń w narzędziach ośrodkowych krążenia, zwłaszcza też połączonych z przerostem komórki lewej, a raczej ze zwiększeniem ciśnienia i tarcia krwi w aorcie; w tych razach występuje ona jako powikłanie, w genetycznym związku z cierpieniem pierwotnem zostające, nie przyjmując jednak na siebie roli tego ostatniego. Toż samo ma miejsce i w opisywanym przez nas wypadku. Tu zwięzenie i niedostateczność aorty, wraz z wywołanym przez nie przerostem komórki lewej, stanowiły niezbędne momenta chorobotwórcze dla zapalenia ścian aorty, bez poprzedniego istnienia których, takowe nie powstałoby wcale.

Na krótko dopiero przed śmiercią chorego, sprawa zapalna (*Endoarteriitis atheromatosa*) zajęła zastawki półksiężycowe aorty. Dowodzi tego małe nateżenie zmian anatomicznych jakie na zastawkach tych destrzegamy, z drugiej zaś strony późne wystąpienie szmeru rozkurczowego przy wierzchołku serca i u początku aorty. Wystąpienie tego szmeru, uważamy za współczesne wytworzeniem się niedostateczności pomienionych zastawek. Niedostatecz-

ność owa, jakkolwiek w bardzo małym istniała stopniu, powiększyła i tak już znaczne zaburzenia w krążeniu i przyspieszyła śmiertelne zejście choroby.

Najciemniejszym w ogóle i najtrudniejszym do wytłómaczenia faktem, było istnienie rozkurczowego (diastolicznego) szmeru w tętnicy płucnej. Z danych, jakich dostarczyło nam rozczłonkowanie, widzimy, iż warunki powstawania owego szmeru, istniały tylko w aorcie, mianowicie w jej przesmyku. Obecne tu zwięźenie było tak znacznem, iż przeciskający się przez takowe strumień krwi, mógł, a raczej musiał koniecznie wywołać pewien szmer tarcia. Szmer ten, przez słup krwi zawarty w tętnicy płucnej, mógł z łatwością zostać przeniesionym do ucha badającego i przedstawiać się tak, jak gdyby powstawał w tej ostatniej. Dla czego jednak szmer ten okazywał się współczesnym z rozkurczem serca (*diastole*)? Oto pytanie, na które dane anatomo-patologiczne nie dostarczyły nam odpowiedzi. Łatwiejszem do objaśnienia byłoby istnienie, w obec powyższych warunków, szmeru przedskurczowego (praesystolicznego), ale zaznaczamy tutaj, iż słyszany przez nas i przez współpracujących z nami kolegów szmer, był wyraźnie rozkurczowym (diastolicznym) i po za chwilę rozkurczu nie przeciągał się wcale.

Ponieważ w żadnej ze znanych nam, a dotychczas drukiem ogłoszonych historyj chorób, nie znajdujemy podobnego związku, pomiędzy objawami przyżyciowymi a zmianami anatomicznymi, wykrytymi przez rozczłonkowanie, uznaliśmy przeto za pożyteczne przedstawić postrzeżenie nasze publiczności lekarskiej tak, jak się ono nam samym przedstawiło. Bliższe objaśnienie dostrzeżonych faktów a przede wszystkim związku, jaki zachodzi pomiędzy owym szmerem rozkurczowym, słyszalnym w tętnicy płucnej a zwięźeniem aorty w przesmyku, zmuszeni jesteśmy pozostawić przyszłości, gdyż naszym zdaniem, jest ono możliwem jedynie przez zestawienie ze sobą większej liczby podobnych wypadków, czego dzisiaj oczywiście uczynić nie możemy.

Postrzeżenie powyższe, samo przez się ważnem jest o tyle tylko, o ile przyczynia się do zwiększenia materiału dla dalszych badań w tym kierunku. W każdym razie nasuwa nam ono następujące wnioski.

1° że znaczne nawet zwiężenia aorty wrodzone, przy dobrem odżywianiu mięśni serca i pomyślnych zkaąd inąd warunkach, mogą bardzo długo a nawet na zawsze pozostać niedostrzeżonemi i nie wywoływać żadnych objawów chorobnych.

2° że stan takiego utajenia wady wrodzonej, trwać może aż do chwili, gdy wwołane zboczeniem wrodzonem zapalenie ścian aorty, powiększy znacznie poprzednio już istniejące przeszkody krążenia i nakoniec.

3° że zwiężenia aorty oraz jej niedostateczność, wspólnie z wywołanym przez siebie przerostem komórki lewej, stanowią momenta usposabiające do zapalenia kaszakovego ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*), a nawet mogą wywołać wprost takowe, bez współdziałania żadnej innej przyczyny.

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, Francyi, Niemiec i Petersburga.

(Dokończenie).

Drugi szpital dziecienny Елисаветинская дѣтская больница zbudowany w r. 1871 na 70 dzieci, stanowi jeden frontowy pawilon, w którym z szerokiego korytarza wychodzą na południe po jednej stronie obszerne sale po 8, 6, 4 i 2 łóżecka mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja tak urządzona: powietrze świeże z zewnątrz doprowadzone jest do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzony system rur żelaznych napełnionych wodą, która jest rozgrzewana przez parę wodną; nadto w komorze tej urządzone są przy otworach od kanałów idących na pojedyncze sale małe korytka napełnione wodą rozgrzewaną przez parę wodną dla nasycenia powietrza wilgocia. Powietrze świeże tym sposobem ogrzane i nasycone parą wodną wchodzi następnie na sale otworami w górnej części ścian położonemi. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest z sal otworami przy podłodze położonemi do kanałów wyciągowych, idących równolegle i obok kanałów wprowadzających z kamery ogrzane powietrze; kanały wyciągowe łączą się w piwnicy w 5 większych rur wyciągowych, które przechodzą pionowo przez całą wysokość gmachu i otwierają się nad dachem. W porze letniej powietrze zepsute na salach wyciągane bywa przez otwory (od tychże kanałów wyciągowych), urządzone na wysokości otworów wprowadzających w porze zimowej ogrzane powietrze. W porze letniej nadto, gdy chodzi o dostarczenie większej ilości świeżego powietrza, takowe wtłaczane bywa na sale przez oddzielny wentylator urządzony obok wyżej wspomnianej kamery w piwnicy. Przy podobnym urządzeniu wentylacji dostarczonem bywa na 1 chorego na godzinę po 60 metrów kub. świeżego powietrza. Sale i korytarze ogrzewane są oddzielnie przez rozprowadzone rury żelazne, w których znajduje się woda ogrzewana przez parę wodną. Oświetlenie wszędzie gazem. Powietrze na salach i korytarzach znalazłem wyborne. W szpitalu tym urządzono dla dzieci dotkniętych krupem 4 sale ze ścianami cementowanemi, gdzie wpuszczaną jest para wodna dla nasycenia powietrza wilgocia. Елисаветинская больница zresztą obfituje we wszelkie wygody dla chorych dzieci i uderza niezwykłą czystością i elegancją.

Kiedy mowa o dzieciennych szpitalach, wspomnieć mi wypada o petersburskim domu podrzutek: Воспитательный домъ. Gmach ten zbudowany według dawniejszego systemu 3-piętrowy posiada obszerne sale, idące jedna za drugą, z pojedynczemi szerokimi oknami z dwóch stron przeciwnych, mieszczące po 16 łóżek dla matek i tyleż kołyszek dla niemowląt. Łóżecka dla niemowląt zawieszane są na paskach od głowy i nóg, tak, że stanowią rodzaj kołyszek; dla niedonoszonych niemowląt kołyski umieszczone są

w aparacie metalowym ogrzewanym wodą ciepłą. Wentylacja naturalna. Na salach 1-go piętra urządzone są piece z kominkami, gdzie się nieustannie palenie drzewem podtrzymuje; prócz tego w szerokich oknach vis-a vis urządzone są szyby blaszane dziurkowane, po jednej w każdym oknie, przymykane od wewnątrz lufcikami szklannymi. Kominkami wyciągane zostaje zepsute powietrze z sal, przez szyby zaś blaszane wchodzi na sale powietrze świeże, nie powodując żadnego przeciągu. Powietrze chłodne, w porze letniej, przechodzi środkiem sali od jednego lufcika ku drugiemu, nie wywierając szkodliwego wpływu na niemowlęta umieszczone z dwóch stron przeciwnych każdej sali pod ścianami. Na salach 2 i 3-go piętra są kaflane piece tak urządzone, że oprócz paleniska kominkowego, schodzą się jeszcze do kanału kominowego dwa kanały wyciągowe, poczynające się otworami kratowanymi u podstawy pieca: nadto doprowadzane jest z zewnątrz pod podłogą oddzielnym kanałem do środka pieca świeże powietrze, z którego po ogrzaniu się wychodzi na salę górnym otworem przymykanym klapą. W zakładzie tym obok widocznego porządku i czystości, znalazłem na salach powietrze dobre.

Pod względem wentylacji interesującym jest w Petersburgu szpital wojskowy: Семеновскій Александровскій военный госпиталь. W szpitalu tym, przebudowanym w r. 1867, wentylacją urządził inżynier wojskowy Stanisław Wojnicki. Z szerokiego korytarza obustronnie wychodzą sale po 16 łóżek mieszczące. Powietrze świeże z zewnątrz przechodzi przez kamerę kaloryferową i rozchodzi się następnie do pojedynczych sal przez otwory w środku ścian położone. Zepsute zaś powietrze na salach wyciągane jest dolnymi i górnymi otworami do oddzielnych piecyków z paleniskami od strony korytarza, posiadających wysokie kominu wyciągowe. Powietrze na salach dobre. Doskonale są też w tym szpitalu urządzone wychodki. Exkrementa spadają kanałami we wspólny dół. Pod każdym sedesem jest kanał wyciągowy. Kanały te łączą się następnie i otwierają w ognisku dużego pieca, gdzie pierwiastki miazmatyczne zostają spalone i kominem wydalone. Wychodki wentylowane są tak jak sale. Powietrze w wychodkach znalazłem zupełnie czyste bezwonne.

Kończąc opis celniejszych szpitali petersburskich, niepodobna mi zamilczeć o znakomitem urządzeniu nowego gmachu klinik z zapisu Wilje. Jest to piękny gmach zbudowany w formie podkowy z frontem na południe. Wewnętrzny rozkład oddziałów klinicznych, mianowicie pojedynczych sal i przedpokoi, nie ma wcale charakteru szpitalnego—ale przedstawia szereg nader dogodnych mieszkań z wszelkimi potrzebami dla chorych, w rodzaju maison de santé. W każdym oddziale klinicznym spotykamy obszerne przepokoje, z których obustronnie wychodzą sale po 6, 2 i po jednym chorym mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja na salach odbywa się za pomocą pieców kaflanych. U podstawy takiego pieca wentylacyjnego znajdują się otwory od kanałów wyciągowych, otwierających się w kanale kominowym. Powietrze zaś świeże z zewnątrz doprowadzone jest oddzielnym kanałem pod podłogą do środka wspomnianego pieca, gdzie ogrzawszy się wychodzi górnym otworem na salę. Na

małych salach (na 1-go chorego) gdzie niema pieców, powietrze świeże i ogrzane wchodzi otworami komunikującymi z kanałami prowadzącymi to powietrze przez piece z większych sal sąsiednich. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest przez otwory przy podłodze położone, od których pionowo ku górze idą kanały wyciągowe i w tych (przez otwory pod sufitem) zapalają się płomienie gazowe, dla wywołania przez różnicę temperatury przeciągu powietrza. Pojedyncze kanały wyciągowe łączą się następnie we wspólne kanały wyciągowe wychodzące nad dach. Oświetlenie wszędzie gazem. Sale oświetlane są płomieniami gazowymi umieszczonemi między dwoma szybami okna urządzonego nad drzwiami do każdej sali. Wszelkie sprzęty ruchome w klinikach tych, jak łóżka, stoliki, fotele, krzesła, naczynia, wanny i t. d., pokazują wielki dostatek (luxus). W gmachu tym elegancko i dogodnie urządzone mieszczą się: klinika terapeutyczna, chirurgiczna, akuszerska i dziecięca, z audytorjami, ambulatorjami i t. d.

Zwiedzając znakomitsze szpitale Europy, jednocześnie badałem urządzenia szpitali systemu barakowego. Stawianie szeregu baraków dla pomieszczenia chorych, w czasie ostatniej wojny francuzko-niemieckiej, mocno zainteresowało ogół lekarzy. Ten system stawiania oddzielnych parterowych pawilonów wydał się nader korzystnym dla chorych, ztąd też w niektórych miastach starano się zastosować do budowy stałych szpitali system barakowy.

Taki stały szpital systemu barakowego znalazłem w Lipsku. Z obszernego korytarza pod kątem prostym wychodzi 8 baraków, w pewnej odległości jeden od drugiego; prócz tego oddzielnie bez żadnego połączenia zbudowano 4 baraki. Pojedynczy barak jest to pawilon parterowy na wysokim podmurowaniu (2 stopy), tak że pod podłogą znajduje się znaczna przestrzeń, będąca zbiornikiem świeżego powietrza. Ściany są tak zbudowane: od wewnątrz warstwa muru, potem cienka warstwa powietrza, dalej drzewo i od zewnątrz znowu warstwa muru. W szczycie dachu urządzone są okienka z żaluzjami do wentylacji. Tym sposobem ze wszystkich stron baraku jest dostęp świeżego powietrza. Ogrzewanie i wentylacja w porze zimowej odbywa się za pomocą żelaznych płaszczowych pieców, do których powietrze świeże wciągane jest z przestrzeni podpodłogowej, zepsute zaś powietrze wyciągane jest otworami u spodu płaszcza, które schodzą się do rury otaczającej środkową komińową rurę—te dwie koncentryczne rury wychodzą nad dach. W porze letniej wentylacja odbywa się przez też piece płaszczowe, nieogrzewane, przez które wchodzi powietrze świeże z przestrzeni podpodłogowej, zepsute zaś wyciągane jest otworami w dachu. Barak taki mieści po 24 łóżka i posiada salkę dla werterki, wannę i wychodki. Powietrze znalazłem na salach nieosobliwe. Wychodki są wybornie dezynfekowane za pomocą massy Suverne'a, której skład jest taki: 100 funtów wapna gaszonego, 15 funtów kwasu karbolowego i 15 funtów chlorku magnezyi. Przy stałym barakowym szpitalu w Lipsku doskonale są urządzone w oddzielnym budynku kąpiele wszelkiego rodzaju—pralnia—kuchnia i t. d. Oświetlenie wszędzie gazem. Na tém samém terytorjum zbudowane są jeszcze w Lipsku 4 baraki lżejszej budowy. Stoją one na murowa-

nych słupach, tak, że od spodu jest zupełnie wolny przystęp powietrza—ściany zaś składają się od zewnątrz z pojedynczej warstwy cegły, a od wewnątrz z warstwy drewnianej.

Barak stały przy szpitalu Charité w Berlinie, zbudowany jest na wyższem podmurowaniu jak baraki lipskie, tak, że przestrzeń podpodłogowa jest obszerniejsza. Otoczony jest nadto do koła gankiem zamkniętym z oszklonymi oknami. Ściany są z belek drewnianych obłożone z obu stron deskami, wolne zaś przestrzenie wypełnione drobnym zwirem. W szczycie dachu urządzone są okna ze szklannymi żaluzjami. Ogrzewanie i wentylacya odbywa się za pomocą pieców płaszczowych kaflanych. Powietrze świeże wchodzi z przestrzeni podpodłogowej do wnętrza pieca płaszczowego i następnie rozchodzi się po sali. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest małemi okrągłemi otworami położonemi przy samej podłodze; wchodzi ono w przestrzeń podwójnej podłogi, skąd wyciągane jest dalej do oddzielnej rury żelaznej idącej środkiem pieca nad dach, obok rury żelaznej kominowej. W baraku takim mieści się po 26 łóżek. Oświetlenie gazem. Na sali znalazłem powietrze nieosobliwe.

Przed trzema laty z fundacyi królowej pruskiej zbudowano w Berlinie stały szpital według systemu barakowego pod nazwą: *Augusta-Hospital*. Szpital ten mieszczący 50 chorych składa się z gmachu środkowego na administracyą i z dwóch prostopadle po bokach stojących baraków. Z jednej i drugiej strony barak łączy się z gmachem środkowym korytarzem. Baraki te są zupełnie w ten sposób zbudowane i urządzone jak barak w szpitalu Charité. *Augusta-Hospital* zostający pod szczególną opieką królowej, uderza elegancyą, porządkiem i wielką czystością. W szpitalu tym powietrze w barakach znalazłem o wiele lepsze jak w wyżej opisanych.

W *Petersburgu* zbudowano roku zaprzeszłego sposobem próby dla różnych stref 4 stałe baraki, zostające pod szczególną opieką Najjaśniejszej Pani. Baraki te są drewniane, na wysokich podmurowaniach, z obszerną przestrzenią podpodłogową. Barak I letni stoi na fundamencie drewnianym, ma jednak obszerną przestrzeń podpodłogową. Jego ściany, jak również dach, złożone są z pojedynczej warstwy desek. W szczycie dachu urządzone są okna szklane. W baraku tym znajdują się małe piece płaszczowe żelazne, dla ogrzewania i wentylacyi pod jesień. Barak II dla strefy gubernij południowych stoi na słupach murowanych. Ściany złożone są z 3 warstw desek, między którymi przechodzi powietrze—warstwa zewnętrzna od środka wysłana wołłokiem. Dach złożony jest z pojedynczej warstwy desek, pokrytej papierem smołowcowym. Ogrzewanie i wentylacya w baraku tym odbywa się za pomocą pieca płaszczowego kaflanego, którego ceglana podstawa wraz z dwoma ogniskami znajduje się w przestrzeni podpodłogowej. Powietrze świeże doprowadzone jest z zewnątrz oddzielnymi kanałami do środka wspomnianego pieca. Zepsute zaś powietrze w baraku wyciągane jest rurami wystającemi przy podłodze, które następnie zstępują do przestrzeni podpodłogowej i otwierają się w jednem ognisku pieca, w którym podtrzymuje się ciągle ogień dla przecią-

gu powietrza, drugie bowiem ognisko służy do ogrzewania pieca. Te dwa ogniska schodzą się następnie we wspólny kanał kominowy idący srodkiem pieca przez całą wysokość baraku nad dach. Barak III dla strefy środkowych gubernij zbudowany podobnie jak poprzedni, z tą jednak różnicą, że w ścianach między drugą a trzecią warstwą desek (od zewnątrz) znajduje się warstwa gliny ze słomą. Dach jest drewniany gontowy. Nareszcie Barak IV dla strefy gubernij północnych, tem się różni od poprzednich, że stoi na fundamencie całkiem murowanym, ściany jego złożone są z grubych belek, dach zaś pokryty jest blachą. Każdy barak mieści po 18 łóżek i posiada oddzielne miejsce dla służby — do grzania ziółek, kataplazmów i prób chemiczno-patologicznych — pomieszczenie na wannę i wychodki. W wychodkach doskonale zastosowano dezynfekcyą za pomocą masy Suvernea. W baraku tak urządzonym przyływa czystego powietrza na godzinę 150 sażeni kub. — wyciąga się zaś zepsutego powietrza 160 sażeni kub. Na jednego chorego na godzinę wypada 10 saż. kub. świeżego powietrza. Powietrze w barakach petersburskich znalazłem dobre.

Rzuciwszy okiem na cały ten szereg znakomitszych szpitali Europy, zaprzeczyć niepodobna, że zrobiono w nich znaczne postępy pod względem wewnętrznego urządzenia, szczególnież wentylacyi. Kiedy dawniej stawiano obszernie domy zdrowia, nie miano wcale na uwadze niekorzystnych następstw nagromadzenia chorej ludności, nie troszczono się bynajmniej o dobre powietrze na salach — ufano tylko srodkom lekarskim, bez uwzględnienia warunków higienicznych w jakich się chory znajdował. To też z owych czasów mamy po dziś dzień istniejące wielkie gmachy szpitalne, gdzie tylko silne organizmy, przy trafnej opiece lekarskiej, pomyślnie przechodzą choroby, organizmy zaś słabsze łatwo marnieją. Niewątpliwie najważniejszym warunkiem dobrze urządzonego szpitala jest dobra wentylacya. W ostatnich dziesiątkach lat starano się przy budowie szpitali usilnie zadosyć uczynić temu warunkowi, i dlatego zastosowywano różne sposoby wentylacyi, które powyżej miałem honor przedstawić. Za wzorowe szpitale pod względem urządzenia wentylacyi uważam dwa szpitale dziecinne w Petersburgu: Дѣтская больница Принца Петра Ольденбургскаго i Елисаветинская дѣтская больница. Doskonale także zastosowano wentylacyą w szpitalu petersburskim Александровская больница. Najpraktyczniej urządzone piece wentylacyjne napotkałem również w Petersburgu, mianowicie w domu podrzutek i w nowych klinikach Wilje. Ze szpitali zagranicznych najlepiej urządzoną wentylacyę znalazłem: w szpitalu Lariboisiere w Paryżu, Bethanien w Berlinie i Allgemeines Krankenhaus w Monachium. Stosowanie baraków do budowy stałych szpitali według mego zdania nie jest właściwem, albowiem: 1) budowa baraków jest bardzo kosztowna, 2) budynek jako drewniany, grozi niebezpieczeństwem pożaru i nie jest tak trwały jak murowany, 3) trudnem jest urządzenie dobrej wentylacyi w barakach. — W starych szpitalach z korzyścią dają się zastosować piece płaszczowe wiedeńskie Meissnera i piece wentylacyjne według takiego urządzenia jak w domu podrzutek i klinikach nowych w Petersburgu. Okazały się też bar-

dzo praktycznemi w zastosowaniu lufeiki z kratki drucianej lub blachy dziurkowanej na salach.

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

(Dokończenie).

Nie jest mojem zadaniem podać Panom bliższe szczegóły co się tyczy diety chorych. To com powiedział, wystarczy w zwykłych wypadkach, rozumie się jednak, że w tym opisie potraw tu i owdzie pewne zmiany wprowadzić trzeba. Jakkolwiek nawet stosowanie wspomnianej diety w wielu wypadkach chorób żołądka, daje dobre rezultaty pod względem leczniczym, to jednakowoż w większej jeszcze liczbie wypadków, nie osiągniecie przez to celu, gdyż chory nawet tej „łatwostrawnej“ diety nie znosi i zachodzi pytanie, jaką dietę teraz mamy przepisać, jaka dieta jest jeszcze bardziej łatwostrawną. Jasnym jest, że osiągnęlibyśmy w tej kwestyi pożądany cel, gdybyśmy mieli do rozporządzenia środek odżywczy, któryby przy możliwie wielkiej wartości odżywczej, o ile możności najmniej wymagał natężenia chorego żołądka, dla zaasymilowania do soków ciała. Tym wymaganiom odpowiadają najwięcej same p e p t o n y, które powstają w żołądku z wprowadzonych ciał białkowych i łatwo rezorbują się. Przygotowanie ich jednak napotykało dotychczas wielkie trudności, gdyż wymaga oprócz mieszaniny pepsyny i kwasu, stałą temperaturę wynoszącą 40° przez całe dnie. Oprócz tego, według moich bogatych w tym względzie doświadczeń, wszystkie roztwory otrzymani za pomocą naturalnych fermentów, mają zapach tak wstrętny, przypominający materje zwomitowane, że nie mogłem skłonić żadnego chorego do picia w ten sposób przygotowanej polewki. Z tej przyczyny przed rokiem mniej więcej starałem się, razem z moim przyjacielem J. R o s e n t h a l e m w Erlangen, za pomocą wysokiej temperatury i kwasu otrzymać peptony w naczyniach hermetycznie zamkniętych, z mięsa zewnątrz żołądka, co w ciele ludzkim za pomocą pepsyny już przy niższej temperaturze dokonywa się. Tak traktowane mięso pod wpływem dwóch wyżej wspomnianych czynników, tworzy bardzo delikatną emulsję i roztwór zawiera mniejszą lub większą ilość peptonów. Chociaż wprawdzie zawartość pepsyny, stosownie do sposobu przygotowania, może być większa lub mniejsza, to jednakowoż według moich licznych poszukiwań przy łóżku chorego, tworzy ten preparat, od kilku miesięcy jako „r o z t w ó r m i ę s a“ znajdujący się w handlu, najmniej drażniący i pożywniejszy pokarm mięsny, jaki znam i nawet przy najuporczywszych wymiotach doskonale bywa znoszony. Jego wyższość nad innym używanym przy chorobach żołądka pożywieniem, okazuje się z następujących jego własności. A mianowicie:

1) Roztwór ten mięsny posiada miękka konsystencyę i własności podobne do zawięsiny (emulsji). Ponieważ preparat ten przedstawia masę, podobną z konsystencyi do delikatnego mułu, to widocznem jest, że drażnienie mechaniczne, jakie z przyczyny tarcia wywierają na błonę śluzową ścian żołądka, inne pokarmy, przy użyciu roztworu mięsnego w zupełności miejsca nie ma. Ta mułowata konsystencya preparatu, szczególnie przy wrzodzie żołądka jest bardzo korzystną, gdyż z powodu niej unika się wszelkiego drażnienia powierzchni wrzodu. I istotnie pokazuje się, u chorych z wrzodem żołądka od chwili, w której zaczęli konsekwentnie przyjmować solucję mięsną, kardyałgie znikają zupełnie. Tak z klinicznej jak i prywatnej praktyki zebrałem dużo przykładów w tym względzie. Przy leczeniu wspomnianej choroby, postępuję w następujący sposób: zalecam choremu przez dwa do trzech tygodni leżeć w łóżku, na dzień przykład się gorące kataplasma, na noc zaś okład Priesnitzowski na dołek żołądkowy i przez 2 do 3 tygodni, chory nic nie przyjmuje prócz 1 puszki solucji mięsnej (ilość odpowiadająca jednemu i pół futra mięsa wołowego) przez dzień i dwa garnuszki mleka z drobno potłuczonymi, namoczonymi sucharkami. Przy tej diecie chorzy przychodzą do siebie nadzwyczaj szybko, womity ustają, ból znika, a nawet znaczny ucisk wyarty na epigastrium, sta-

je się z każdym dniem mniej bolesny. Po 2 do 3 tygodniach, pozwalam znowu ostrożnie chorym przyjmować pokarmy, posiadające większą konsystencją, gdyż gojenie się wrzodu w tym czasie dostatecznie już postąpiło. Naturalnie, że i teraz także można dozwolić tylko na wyżej wymienione pokarmy, które, jak doświadczenie wykazało, łatwo się trawia.

2) **S m a c z n o ś ć p r e p a r a t u:** Co się tyczy smaku, to przypomina on pod tym względem ekstrakt mięsny Liebig'a, tylko że solucya ma smak nie tak ostry jak ten ostatni. Zadaje albo czysto zachowaną w lodzie, albo z rosółem, albo dla polepszenia smaku dodaje trochę ekstraktu Liebig'a. Na zasadzie bardzo licznych wypadków stanowczo mogę twierdzić, że chorzy solucyę tę bardzo chętnie przyjmują, nie chcą jednak przemileżeć, że niekiedy po dłuższym użyciu solucyi chorzy się skarżą, że „zaczyna być wstrętną i t. d.“ Powiedzmy jednak szczerze, że nie preparat jest tego przyczyną, lecz nasze przyzwyczajenie przyjmowania różnych pokarmów. Komu nie stanie się wstrętną np. gotowana wołowina, jeżeli będziemy ją jeść tygodniami całemi rano, na obiad i wieczorem, chociaż jak wiadomo należy do pokarmów, które się nam najmniej przykrzą? Miałem jednakowoż pacjentów, którzy przez długi nawet czas przyjmowali ją z zupełną obojętnością i także takich znów, którzy spożywali ją z prawdziwym fanatyzmem.

3) **Z n a c z n a w a r t o ś ć o d Ź y w e z a s o l u c y i m i ę s n e j,** okazuje się z tego, że wszystkie części składowe mięsa, cała ilość azotu, soli i t. d., zawarte są w tym preparacie. Rozumie się samo przez się przeto, że w tym względzie solucya ta nie może być wcale porównaną z ekstraktem mięsnym Liebig'a, o którego bezpośredniej wartości odżywczej nikt już teraz nie będzie mówił.

4) **L a t w o s t r a w n o ś ć p r e p a r a t u** z powodu mało watoj konsystencji i przygotowania mięsa z kwasem solnym w naczyniach szczelnie zamkniętych pod wpływem wysokiej temperatury z góry nie może być zaprzeczoną. Czuję jednak, że względy wymienione pod 3 i 4; nie mogą być wprzód umiejętnie uzasadnione, dopóki nie dokona się fizjologicznych poszukiwań w laboratoryach nad zwierzętami i nie oznaczy się ilościowo zawartości azotu w wydzielinach ludzi, karmionych wyłącznie solucyą mięsną, poszukiwania, któremi właśnie zajmujemy się obecnie.

5) **T r w a l o ś ć p r e p a r a t u** jest również zabezpieczoną, jakoteż i odpowiednio przygotowanie, zapewnione *). Przy użyciu, aby zabezpieczyć solucyę od psucia, każdą puszkę trzymać ciągle w wodzie lodowej.

Zakres chorób, w których solucya mięsna może być z korzyścią użyta, nie ogranicza się samo przez się rozumie się, tylko do chorób żołądka. Wszędzie, gdzie idzie o doprowadzenie do żołądka pokarmu, bezwarunkowo niedrażniającego, gdzie trzeba unikać natężonej pracy przewodu kiszkiowego, albo gdzie jest obawa drażnienia mechanicznego, drażnienia ścian przewodu kiszkiowego resztkami pokarmów, będzie pożytecznym zadawanie solucyi mięsnej. Przypominam tylko tyfus, czerwonkę, gruźlicze wrzody w kiszkiach, zapalenie otrzewnej i t. d., krwotoki z żołądka i kiszki, jakkolwiek przy tych ostatnich cierpieniach rozumie się samo przez się, że jeszcze bezpieczniej będzie odżywiać chorych za pomocą lewatyw, przyrządzonych z roztworu mięsa.

Wypowiadam przytęm życzenie, aby koledzy ogłaszali rezultaty, jakie otrzymują przy użyciu tego preparatu w praktyce swojej, czy one są korzystne czy niekorzystne. W krótkim czasie preparat ten w całych Niemczech i w innych krajach został wprowadzony w użycie, jak tego mam dowód na licznych obstalunkach w tutejszej aptece (w Jenie), niestety dotychczas jednak nie ma jeszcze drukowanych doniesień o jego działaniu. A jednakowoż tylko przez porównanie pojedynczych postrzeżeń można ściśle ocenić kliniczną wartość solucyi jak i przypadki, w których zadawanie tego nowego środka leczniczego i odżywczego jest wskazane, a według mego zdania, środek ten jest w stanie odgrywać ważną rolę przy leczeniu chorób brzusznych.

*) Przekonałem się niestety, że źle przyrządzone solucye mięsne, były użyte przy łóżku chorego. Z tej przyczyny my z naszej strony zalecamy tylko preparat przyrządzony przez nadwornego aptekarza Dra M i r u s w Jenie, jako zupełnie dobry, który jeden z nas często rewiduje.

Apopleksya mózgu.

Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych,
opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu.

(Dalszy ciąg).

Symptomatologia.

Z wyjątkiem niewielkiej liczby wypadków, w których albo nie ma zwiastunów, albo też takowe przez chorego zauważonemi nie były, atak apoplektyczny zwykle poprzedzany bywa przez objawy podrażnienia mózgu. Tu należą: ból lub ociężałość głowy, zawrót, czerwoność lub też bladość twarzy, szum w uszach, nudności, osłabienie pamięci, powiększone rozdrażnienie, pojedyncze drgania lub neuralgie, uczucie otępienia lub sztywności w członkach, mowa utrudniona, i nareszcie nieprawidłowości w czynności serca, często ze zwolnieniem, a rzadziej z osłabieniem tętna.

Po objawach zwiastunowych powyższych, bardziej lub mniej widocznych, napad apoplektyczny występuje po największej części nagle, albo też wzmaga się powoli, dochodząc do siły sobie właściwej. Odróżnienie pewnych form napadów za przykładem *Abercrombie*'go i innych, nie może być przeprowadzone z odpowiednią ścisłością; daleko praktyczniejszym i ważniejszym jest podział napadów apoplektycznych na lekkie, średnie i ciężkie. Lekkiemi nazywamy te, przy których przytomność nieutraconą bywa wcale, albo też tylko na czas krótki, jako następstwa zaś pozostają lekkie zmiany czuciowe lub też porażenia niezupełne mięśni twarzy, języka lub kończyny, które jednak wkrótce same ustępują.

W wypadkach średniej siły po większej lub mniejszej bezprzytomności występują i pozostają porażenia połowiczne ruchowe i czuciowe, jakoteż utrudniona mowa; powrót przytomności następuje często dopiero po upływie godzin, a w czasie tym pomimo osłabienia ogólnego, strona porażona daje się poznać po natychmiastowem opadaniu biernie podniesionej kończyny i po rysach twarzy z tejże strony opadłych, i jakby wydłużonych; pobudzalność odruchowa najczęściej jest utracona, oddychanie jest widocznie utrudnione i nieprawidłowe, twarz z powodu zastoju żylnego obrzmiała i sina, tętno pełne i częste, połykanie jest możliwe. Przed powrotem przytomności następuje zwykle obudzenie się siły odruchowej; czynności duchowe powoli się ożywiają, chory spoglądający w koło siebie jest jeszcze pomieszany, słabej pamięci, mówi z trudnością, język wysunięty odchyła się na bok, członki porażone poruszalne są tylko ku górze. W dalszym przebiegu następuje polepszenie się porażenia (rzadko zupełne ustąpienie takowego); chory może przez długie lata pozostawać w tymże samym stanie, albo też wytrzymuje większą ilość napadów, które mają wpływ pogarszający na porażenie i stan jego ogólny.

W ciężkich wypadkach apopleksyi (jeśli pominiemy napady bezpośrednio śmiertelne, *apopl. foudroyante*) obszerne zniszczenia części mózgu, wylewy do jam bocznych, jako też ucisk na mózg mogą wywołać śmierć w ciągu kilku godzin lub dni.

Ciężki stan komatyczny, zwolnienie tętna i oddychania, osłabienie wszystkich członków i zwieraczy, stłumienie pobudzalności odruchowej, brak odczynu w źrenicach, wszystkie te objawy winny być uważane za oznaki grożącego niebezpieczeństwa. Przeciągnięcie się stanu komatycznego po za drugą połowę dnia następnego po napadzie, znaczne opadnięcie ciepłoty (do $35,5^{\circ}$ C.) z prędkim podwyższeniem się jej nad 42° C. (*Bourneville*), trwała obecność objawów otępienia, jako też utrata możności połykania, są po większej części zwiastunami zejścia śmiertelnego przy oznakach porażenia ośrodków oddychania i krążenia. W stanach, gdzie siła objawów nie doszła do stopnia powyższego, powolny powrót odczynu w źrenicach, a następnie i pobudzalności odruchowej jest cechą zmniejszenia się ucisku na mózg, co jeszcze bardziej się stwierdza powrotem przytomności.

Rozumie się, iż siła i rozciągłość wzmiankowanych powyżej objawów, dają nam możność ocenienia charakteru danego napadu apoplektycznego. Lecz nawet przy przebiegu napozór szczęśliwym, nowe niebezpieczeństwo zagraża ze strony odczynu zapalnego, wytwarzającego się w miejscu wynaczynienia. Odczyn ten niekiedy tylko jest tak nieznaczny, iż nie bardzo przeszkadza biegowi polepszenia. Najczęściej już w kilka dni po napadzie występują objawy podrażnienia zapalnego, chory niespokojny majączy, w kończynach porażonych poczynają się drgawki z przewagą skurczu zginaczy. Czerwoność nąpływowa twarzy, podwyższenie ciepłoty ciała, przyspieszenie tętna i oddychania i otępienie umysłowe, są cechami podrażnień gorączkowych w mózgu, które w szczęśliwych razach

kończą się po kilku dniach; a najdalej po tygodniu, w wypadkach nieszczęśliwych, przy zapaleniu bardziej rozprzestrzenionem około ogniska apoplektycznego, i obocznym obrzęku istoty mózgowej, takowe przy wystąpieniu stanu komatycznego, przyspieszeniu tętna i oddechania i podwyższeniu ciepłoty (41—42,8° C. podług Bourneville'a), najczęściej prędko prowadzą do zejścia śmiertelnego, daleko rzadziej takowe następuje po długiem charakterwie w skutek niedokrwistości mózgu.

Po upływie okresu ostrego krwotoku mózgowego (t. j. napadu właściwego i następującego po nim odczynu zapalnego), mamy do czynienia z bardziej przewlekłemi następstwami uszkodzenia apoplektycznego.

Pomiędzy niemi należy przedewszystkiem wymienić najnieodgodniejsze i najbardziej zwracające uwagę zmiany ruchowe. Porażenie zupełne i niezupełne można zauważyć na mięśniach jednego oka, połowy twarzy i języka, jako też na kończynach jednej połowy ciała.

Z pomiędzy mięśni oka prosty wewnętrzny częściej bywa porażony niż zewnętrzny. Podług Prévosta skoszenie oka i skręcenie głowy następuje ku stronie półkuli mózgowej, stanowiącej siedlisko ogniska krwotokowego lub rozmiękczonego, a to tem bardziej, gdy uszkodzenie zbliża się do wzgórka prążkowanego i przedłużeń odnogi mózgowej, szczególnie przy nagłych atakach apoplektycznych. Porażenia te mięśni ocznych zwykle są krótkotrwałe, rzadziej pozostają na czas dłuższy.

Z mięśni twarzy przy apopleksyi przedewszystkiem zajętemi bywają mięśnie unoszące skrzydło nosa i kąt ust, niekiedy też trębacz, a tem samem i gałęzie oddechowe nerwu twarzowego, mające w węzłach głównych swe ognisko ośrodkowe. Według doświadczeń czynionych na zwierzętach, podrażnienie wzgórek prążkowanych lub wzrokowych ma wywoływać drgania mięśni strony przeciwnej twarzy (*Experim. Physiol. des Nervensystems Eckhard'a*, 1867, str. 457).

Przy uszkodzeniu przedłużenia pętlicowatego odnogi mózgowej przy podstawie jądra soczewicowatego, może podług Huguenin'a powstać porażenie samego tylko zwieracza powiek. W rzadkich wypadkach, w których cała okolica nerwu twarzowego jest porażona, mogą obok tego być zajęte gałęzie przebiegające aż do kory zrazu przedniego, których ośrodek podług Hitzig'a i Fritsch'a położony jest na granicy między dolną i średnią trzecią częścią przedniego zawoju ośrodkowego, albo też porażonym bywa i zraz skroniowy (jak w wypadku Chwostek'a). Przy ograniczonych ogniskach we wzgórku wzrokowym i prążkowanym Duplay (*Union med.* 1857, Nr. 100), zauważył nader rzadko znajdowane porażenia oddzielnych mięśni twarzy. Przy krwotokach jądra soczewicowatego najczęściej znajduje się jednostronne porażenie twarzy i kończyn.

Przy porażeniu mięśni języka, takowy tylko z trudnością może być wysunięty i zbacza ku stronie porażonej. Objaw ten, który bywa tak przy sztucznem przecięciu jednego nerwu podjęzykowego, jak i przy połowicznem porażeniu języka, należy objaśnić podług Schiff'a, przewagą zdrowego mięśnia bródko-językowego (genioglossus), który stosownie do włókien swych, kieruje koniec języka przy wysuwaniu tegoż ku stronie przeciwnej. Przy odwrotnem wprowadzeniu języka takowy zbacza ku stronie zdrowej w skutek działania m. rylco-językowego (styloglossus).

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Miejscowe leczenie jam płucnych (*cavernae*). Prof. Mosler w Gryfii opisuje (*Deutsche Klinik* Nr. 43, 1873) szczegółowo dwa wypadki, w których próbował leki wprowadzić do jam płucnych z zewnątrz przez ścianę klatki piersiowej. Po raz pierwszy zrobił autor próbę na 50-letnim suchotniku, który się znajdował w ostatnim okresie cierpienia i u którego nie było można się spodziewać ani uzdrowienia, ani też polepszenia. Chory ten posiadał w górnym płacie prawego płuca powierzchownie leżącą jamę, która sięgała aż do czwartego żebra. Dnia 1-go listopada 1872 roku przebito drugi przestwór miążdżobrewy, w odległości 6 ctm. od prawego brzegu mostkowego, za pomocą dość grubej igły od zna-

nej strzykawki aspiracyjnej Thiersch'a, poczem wsunawszy igłę głęboko do jamy wstrzyknięto 20 ccm. rozrzedzonego roztworu nadmanganianu potażu. Odśrubowawszy zaś strzykawkę od igły, pozostawiono ją w jamie płucnej i wstrzyknięto w dniach następnych tę samą ilość roztworu. Dnia czwartego zatkał się otworek w igle, dla czego wysunięto ją zupełnie. Operację tę zniósł chory bez wszelkich dolegliwości i bez wszelkich złych następstw.

W lutym r. 1873 powtórzył autor tę samą próbę na chorym, który skutkiem rozszerzenia oskrzela (*bronchiectasis*) miał w lewem płucu jamę, wydzielającą śluz ropiasty i mocno cuchnący. Po pięciu wstrzyknięciach, które chory zniósł bardzo dobrze, wydzieliny zmieniły się na lepsze i stan ogólny chorego polepszył się także.

Temi okolicznościami ośmielony, robił autor dalsze próby, ale w sposób nieco odmienny, starając się o bezpośredni odpływ wydzielin na zewnątrz. Dokonał zaś tego na 49-letnim malarzu, którego już od 5 lat liczono w klinice autora na jamę w prawem płucu, powstałą skutkiem rozszerzenia oskrzeli; który nadto miał już kilka razy krwotok, był mocno wychudzony, i w którego moczu znajdowało się wiele białka skutkiem skrobiowego zwyrodnienia nerek. Dnia 2 czerwca 1873 r. operację odbyto w sposób następujący: ponad górnym brzegiem trzeciego żebra, mniej więcej w odległości 5 i pół ctm. od prawego brzegu mostkowego, zrobiono nacięcie 3 ctm. długie. Nacięciem tem rozdzieliwszy skórę i powierzchowne mięśnie międzyżebrowe, zaczęto jamę otwierać odpowiednią kornecangą, wdzierając się takową coraz głębiej. Dopięcie żądanego celu dowodził szelest gwizdzący przy wdechnięciu, wystąpienie ropiastych wydzielin, pomieszanych z pęcherzykami powietrza; krwotok był bardzo nieznaczny. Po rozszerzeniu otworu kornecangą wprowadzono dość grubą rurkę srebrną (*Drainageröhre*) do jamy, umocniono ją za pomocą plastra lepkiego i na ranę przyłożono szarpie, zmaczane w karbolu oraz zastosowano pecherz lodowy. Chory zniósł operację bardzo dobrze. Wieczorem tego samego dnia wynosiła ciepłota 37,8° C., częstość tętna 84, częstość oddechu 36. Ropa odpływała przez rurkę obficie, mianowicie przy kaszlu. Opatrzanie zmieniano kilka razy dziennie. Kaszel zaś i płwociny zmniejszyły się. Dnia 12 czerwca pojawił się krwotok, który jednakże ustąpił wkrótce po inhalacyach przez rurkę roztworu *liq. ferr. sesquichl.* Później wstrzykiwano do jamy rozrzedzony roztwór kwasu karbolowego i tynkturę jodu, wstrzykiwania większych ilości nadmanganianu potażu znosił pacjent mniej dobrze. Chory nie skarżył się na żadne dolegliwości w płucach, czuł się nawet daleko silniejszym, jak poprzednio; stan jego cierpienia nie polepszył się jednakże, jak się tego można było zaraz z początku spodziewać. Również nie zmniejszyła się ilość białka w moczu, przez co chory upadał coraz więcej na siłach, tak, iż w końcu musiał nawet ciągle pozostawać w łóżku. Mimo wszelkich środków pożywnych i podniecających; chory słabł coraz silniej i zmarł dnia 5 października 1873 r.

Przy sekyi znaleziono prawe płuco na całym obszarze silnie zrosłe z oplucną żebrą, mianowicie od trzeciego żebra począwszy ku górze. W dolnej i przedniej części górnego płata znajduje się kanał ukośny, idący z przodu i dołu ku tyłowi i górze, co do grubości odpowiadający tejże wyżej wymienionej rurki; kanał ten posiada gładkie brzegi i prowadzi do jednej z największych jam w płucu prawem. Nadto wskazywały tak nerki jak śledziona skrobiowe zwyrodnienie; tę samą zmianę znaleziono także w kosmkach jelitą czczego i krętego.

Z sekyi tej widać wyraźnie, że za pomocą opisaney wyżej operacyi udało się rzeczywiście otworzyć jamę płucną, a nie czasem tylko jamę oplucnej. Również pokazało się z prób autora, że płuco znosi lepiej wdania się zewnętrzne i że wdania te są mniej niebezpieczne i dają się łatwiej wykonać, aniżeli dotąd o tém mniemano.

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.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI 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. Szpital Ś-go Ducha (w Warszawie). Niedostateczność aorty wrodzona i zwężenie łuku aorty. (*Insufficiencia totius aortae congenita, stenosis arcus aortae*). Zapalenie kaszakowe ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*). Postrzeżenie D-ra A. Kurcyszusa, Ordyn. klin. ter. fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie). (Dokończenie). — 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. (Dokończenie). — Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra W. O. Leube, Prof. w Jenie. (Dokończenie). — Apopleksya mózgu. Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych, opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Miejscowe leczenie jam płucnych (*cavernae*). — Dodatek. Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 27. — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 17 i 18. — Medycyny sądowej ark. 37. — Choroby nerek ark. 10. — Historii Szpitali T. III ark. 4 (od str. 65—72). — Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 3.

Szpital Ś-go Ducha (w Warszawie).

Niedostateczność aorty wrodzona i zwężenie łuku aorty. (*Insufficiencia totius aortae congenita, stenosis arcus aortae*). **Zapalenie kaszakowe ścian aorty** (*Endoaortitis atheromatosa*).

Postrzeżenie D-ra A. Kurcyszusa, Ordynatora kliniki terapeutycznej fak. C. U. W.
(w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie).

(Dokończenie).

Rozczłonkowanie ciała (*autopsia*) dokonane w dniu 18 września 1873 r. wykazało co następuje:

Przepełnienie krwią zatok mózgowia, żył opony miękkiej i splotów naczyniowych, oraz lekki obrzęk opon mózgowych (*Hyperaemia cerebri et meningum* — *Oedema meningum*).

Po otwarciu klatki piersiowej płuca mało zapadają, serce z lewej stro-

ny, w znacznej części pokryte brzegiem płuca lewego. W każdej z jam opłucnych, znajduje się około dwóch funtów przezroczystego płynu surowiczego. Płuco prawe miejscami przyrosłe do ścian klatki piersiowej. W górnej i tylnej ścianie całkowicie pozbawione trzeszczenia, które tylko w przedniej części i po brzegach się zachowało. Całe płuco na powierzchni ma barwę ciemno siną, brzegi tylko zabarwione są białawo (*emphysema*). Z powierzchni rozkroju, wypływa znaczna ilość płynu krwawego, pianistego. Oporność (*consistentia*) mianowicie w górnym i średnim jego zrazie znacznie zwiększona, skórzasta. Na powierzchni rozkroju widać liczne białawe pręgi tkanki łącznej, przebiegające miąższ płuca w różnych kierunkach;—przecięcia średniej grubości oskrzeli wystają po nad otaczający miąższ płuca, ścianki oskrzeli są zgrubiałe — (*Pneumonia interstitialis—peribronchitis—oedema pulmonum*). Płuco lewe nie przyrosłe do ścian klatki piersiowej, przedstawia mniej więcej te same zmiany, tylko ograniczone do znacznie mniejszej przestrzeni, bo widoczne jedynie na górnym zrazie. Ślady zato rozedmy (*emphysema*) na brzegach, daleko mocniej są wyrażone.

Błona śluzowa, wyściełająca tak wielkie jak i drobniejsze oskrzela obu płuc, nosi na sobie ślady mocno rozwiniętego, przewlekłego nieżyty (*Bronchitis catarrhalis chronica*).

W worku osierdzia znaczna ilość surowiczego płynu. Serce samo w momencie rozkurczowym,—powiększone znacznie we wszystkich rozmiarach, z prawej strony siega na dwa centymetry po za linię przymostkową prawą (*Linea parasternalis dextra*), z lewej przekracza linię ssutkową. Ku górze, rozszerzone i mocno przepelnione krwią przedsionki, dosięgają górnego brzegu 2-go żebra. Główne pnie żyłne mocno przepelnione krwią.

Jama komórki lewej wypełniona kruchemi, ciemno-czerwonemi skrzepami, znacznie powiększona, — ścianki jej, mimo rozciągnięcia, grubości prawidłowej (*Hypertrophica excentrica—dilatacio*); mięśnie ich miejscami bladawe. Zastawka dwudzielna i otwór przedsionkowo komórkowy lewy nie przedstawiają żadnych zbożeń chorobnych;—jedno z włókien ścięgnistych (*Chorda tendinea*) przyczepia się zamiast do zastawki, do ścianki serca. Wsierdzie miejscami zgrubiałe, przedstawia matowo białe zabarwienie. Przedsionek lewy mocniej rozszerzony niż prawy, wypełniony skrzepami. Światło otworu tętniczego lewego prawidłowej wielkości. Zastawki półksiężycowe u podstawy gładkie, na brzegach przedstawiają nieznaczne zgrubienia i nierówności, tak, że brzegi ich wolne, w skutek tego okazują się skróconemi zesztyniałemi i wywiniętymi w kierunku ku ścianom aorty. Widocznem jest, iż zastawki te, w chwili rozkurczu, nie mogły dokładnie do siebie przylegać, a tem samem otworu aortycznego całkowicie nie zamykały (*Insuficientia valvularum semilunarium aortae*). Zmiany te nie przedstawiają w ogóle wielkiego nateżenia—tak, że niedostateczność zastawek, mogła mieć miejsce w bardzo nieznacznym tylko stopniu.

• Komórka i przedsionek prawy nie przedstawiają żadnych zbożeń chorobnych, wrodzonych ani nabytych; są mniej wypełnione krwią od przedsionka i komórki lewej. Tętnica płucna również nie przedstawia żadnych śladów przebytej sprawy chorobnej, ani też żadnych zbożeń w budowie anatomicznej.

Główne zmiany napotykaemy w aorcie. Już na pierwszy rzut oka naczynie to przedstawia się względnie do budowy ciała i wieku zmarłego, zbyt wązkim. Ściany jego przy obmacywaniu od zewnątrz, okazują niezwykłą tęgosc (*rigiditas*), miejscami stwardnienia. Po przecięciu, światło naczynia, mianowicie w jego części wstępującej, okazuje się wypełnionem kruchemi skrzepami, podobnemi do tych, jakie znajdowały się w komórce i przedsionku lewym.

Poczynając od opuszki aorty (*bulbus aortae*), światło tego naczynia stopniowo się zwęża, tak, iż najwęższem okazuje się w okolicy łuku aorty, w miejscu przyczepienia do tej ostatniej przewodu tętniczego Botal'a i przeciwległego takowemu ujścia tętnicy podobojczykowej lewej (*art. subclavia sinistra*). Tutaj światło aorty tak jest wązkim, iż z trudnością koniec małego palca można w takowem pomieścić. W dalszym swym przebiegu tętnica rozszerza się nieco, zawsze jednak światło jej pozostaje znacznie węższem niż w stanie prawidłowym bywać zwykło. Dokładniejsze wymierzenie światła naczynia dało następujące wyniki: średnica światła aorty w miejscu największego zwężenia 0,011 m., średnica światła aorty wstępującej, w miejscu najszerszem 0,023 m., takż średnica aorty piersiowej (*a. thoracica*) przy przejściu przez przeponę 0,017 m., aorta brzuszna 0,016 m. Cyfry te same przez się wskazują, iż mieliśmy do czynienia ze zwężeniem całej aorty, najmocniej wyrażonem w jej przesmyku, (*Insufficiencia totius aortae congenita, — stenosis aortae in isthmo*).

Powierzchnia wewnętrzna naczynia, w całej jego długości, pokryta nierównosciami ciemno-czerwonej barwy. Błony wewnętrzna i średnia (*tunica intima et media*) zgrubiałe i rozpulchnione. Błona wewnętrzna (*intima*) tu i owdzie wzniesiona, pod nią zaś zbiorniki mass kaszakowych (*atheroma*), zawierających cholestearynę. Niektóre z owych zbiorników, w skutek zniszczenia błony wewnętrznej, łączą się ze światłem naczynia, do którego opróżniły w części swą zawartość. Powstałe tym sposobem owrzodzenia, otoczone są dokoła brzegiem podminowanym, dno mają nierówne i stwardniałe. Części ścian aorty pomiędzy pojedynczemi owrzodzeniami położone, niemniej uległy nacieczeniu, okazują się też zgrubiałemi i rozpulchnionemi. W części naczynia stanowiącej łuk aorty (*Arcus aortae*), sprawa zapalna najmocniej jest wyrażoną i owrzodzenia kaszakowate są najliczniejsze, mniej już ważne zmiany dostrzegamy w aorcie zstępującej piersiowej i brzusznej (*Aorta descendens thoracica et abdominalis*) — a jeszcze mniejsze w części wstępującej (*Aorta ascendens*).

Sprawę zapalną, która spowodowała opisane przez nas zmiany w ścianach aorty, rozpoznaliśmy jako kaszakowate zapalenie wnętrza aorty, z przebiegiem dość ostrym (*Endoaortitis atheromatosa s. hyperplastica, subacuta*).

Ani w głównych pniach tętnicznych z aorty początek swój biorących, ani też w drobniejszych rozgałęzieniach takowych, nie znaleźliśmy żadnych zgoła zmian chorobnych; jak również, na tętnicach, wychodzących z aorty przed miejscem największego zwężenia, nie dostrzegliśmy śladów, aby za pośrednictwem takowych, wytworzyło się krążenie oboczne (*circulatio collateralis*).

Z narzędzi brzusznych zasługuje na uwagę wątroba, która okazuje się nieco powiększoną, ciężką, torebka Glissona mocno napięta, miejscami zgru-

biała, przedstawia szerokie plamy białawe, brzegi są zaokrąglone, powierzchnia rozkroju mocno czerwona, sączy wiele krwi, żyły wątrobowe bardzo znacznie rozszerzone, budowa zrazika mało wyraźna.

Sledziona znacznie powiększona, mięszs skórzasty, torebka lekko pomarszczona (*Tumor lienis chronicus*).

W nerkach nie dostrzegliśmy żadnych zgoła zmian chorobowych.

Ponieważ zapalenie kaszakowe tętnic (*Endoarteriitis atheromatosa*), samo przez się, nie mogło spowodować rozlanego i jednostajnego zwężenia światła całej aorty, a tem mniej mogło być przyczyną tak znacznego zwężenia jakie spotykamy w jej przesmyku, zatem zwężenie owo mogło być tylko wrodzonem i przedstawiać tak zwaną niedostateczność całej aorty (*Insufficiencia totius aortae congenita*) i zwężenie tegoż naczynia w jego przesmyku (*stenosis aortae in isthmo*), które to ostatnie, należy do najczęstszych zboczeń wrodzonych aorty.

Zwężenie to, utrudniając odpływ krwi tętniczej z komórki lewej, zwiększało oczywiście jej pracę, a tem samem stało się przyczyną jej przerostu. Ten ostatni, stanowił ze swjej strony warunek sprzyjający wyrównaniu (kompensacyi) zboczeń krążenia, spowodowanych zwężeniem. przerosła bowiem komórka, kurcząc się silniej, zwiększała szybkość strumienia krwi w aorcie, a tem samem i ilość krwi przepływającej przez to naczynie w jednostce czasu. Przerost ten lewej komórki był koniecznym, aby tkanki ustroju, pomimo istniejącego zwężenia, otrzymywały dostateczną ilość krwi tętniczej. Ze wyrównanie to, do pewnego czasu rzeczywiście przychodziło do skutku, dowodzą: najprzód prawidłowy rozwój ciała i dobre odżywianie chorego, powtóre ta okoliczność, zadziwiająca w pierwszej chwili, iż chory w dzieciństwie swem i latach młodości, nie doznawał żadnych dolegliwości, któreby świadczyły o istnieniu jakichkolwiek zaburzeń krążenia. Ale właśnie owo przyspieszenie strumienia krwi w aorcie, stanowiło warunek usposabiający do cierpień samych ścian tętnicznych, które też pojawić się nie omieszkały. Do tak późnego wystąpienia jednak tych cierpień, przyczyniło się zapewne nie mało skromne i wstrzemięźliwe życie chorego. Dopiero po ożenieniu się, które nastąpiło na półtora roku przed śmiercią, ukazują się pierwsze objawy choroby. Czy sam fakt ożenienia wywarł jakikolwiek wpływ na przyspieszenie wybuchu choroby, przesądzać trudno, zaprzeczyć jednak możliwości takiego wpływu niepodobna. W każdym razie, do tego peryodu odnieść wypada początek zboczeń chorobnych w ścianach aorty, a jest rzeczą nader prawdopodobną, iż zmiana dotychczasowego trybu życia, być może kilkakrotnie powtórzone nadużycie napojów wysokowych, jako też częstsze wzruszenia płciowe, mogły znieść istniejącą do owej epoki równowagę krążenia i przez zwiększenie pracy serca, a tem samem szybkości strumienia i tarcia krwi w aorcie, stać się przyczyną podrażnienia zapalnego samych ścian naczynia, Raz rozpoczęta sprawa zapalna rozwijała się dalej zwykłą koleją, jako zapale-

nie kaszakowe wnętrza aorty (*Endoaortitis hyperplastica s. atheromatosa*). Ze cierpienie to powstało pod wpływem przyczyn miejscowych, działających na samą tylko aortę, a nie na cały system tętniczy, dowodzi ta okoliczność, iż w rozgałęzieniach aorty ani drobniejszych tętniczkach, sprawa chorobna (*Endoarteriitis atheromatosa*) nie rozwinęła się wcale. Jakaż przyczyna mogła działać na samą tylko aortę, a nie wywierać wpływu na inne tętnice, jeśli nie leżąca w wadliwości jej własnej budowy, w nieprawidłowej ciasnocie jej światła?

Jeśli przy prawidłowej gładkości i sprężystości ścian aorty, praca komórki lewej była dostateczną do pokonania nadmiernego oporu i przeprowadzenia dostatecznej masy krwi do naczyń obwodowych, to w miarę jak z utratą owęj gładkości i sprężystości, pod wpływem zapalenia kaszakowego, ilość oporu w aorcie znakomicie wzrosła, praca iwa komórki lewej, okazywać się zaczęła nie wystarczającą. Wtedy to po raz pierwszy wystąpiły objawy zastoju krwi, w małym krwiobiegu. W dalszym dopiero ciągu cierpienia, gdy w skutek postępu sprawy chorobnej w aorcie, odpływ krwi z przedsionka lewego jeszcze bardziej został utrudnionym, w następstwie czego w skutek zastoju zaszły zmiany w samej tkance płucnej, komórka prawa utraciła możliwość dostatecznego opróżniania swęj zawartości do tętnicy płucnej. Od tęg chwili dopiero, zaczęły występować objawy zastoju żylnego w krwiobiegu wielkim.

Punktem przeto wyjścia całego cierpienia było zwięzenie wrodzone aorty, wszystkie bowiem pozostałe sprawy chorobne, nie wyłączając nawet zapalenia samejże aorty, jedynie za choroby następce, już to wprost, już pośrednio zboczeniem owęm wywołane, uważanemi być powinny. Zapalenie ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*) występuje tu w samej rzeczy jako najpierwsza sprawa chorobowa i rozpoczyna niejako szereg zboczeń w rozmaitych narzędziach i narządach, które doprowadziły wreszcie ustrój chorego do zagłady. Ale sprawa ta dołącza się bardzo często do pewnych zboczeń w narzędziach ośrodkowych krążenia, zwłaszcza też połączonych z przerostem komórki lewej, a raczej ze zwiększeniem ciśnienia i tarcia krwi w aorcie; w tych razach występuje ona jako powikłanie, w genetycznym związku z cierpieniem pierwotnem zostające, nie przyjmując jednak na siebie roli tego ostatniego. Toż samo ma miejsce i w opisywanym przez nas wypadku. Tu zwięzenie i niedostateczność aorty, wraz z wywołanym przez nie przerostem komórki lewej, stanowiły niezbędne momenta chorobotwórcze dla zapalenia ścian aorty, bez poprzedniego istnienia których, takowe nie powstałoby wcale.

Na krótko dopiero przed śmiercią chorego, sprawa zapalna (*Endoarteriitis atheromatosa*) zajęła zastawki półksiężycowe aorty. Dowodzi tego małe nateżenie zmian anatomicznych jakie na zastawkach tych destrzegamy, z drugiej zaś strony późne wystąpienie szmeru rozkurczowego przy wierzchołku serca i u początku aorty. Wystąpienie tego szmeru, uważamy za współczesne wytworzeniem się niedostateczności pomienionych zastawek. Niedostatecz-

ność owa, jakkolwiek w bardzo małym istniała stopniu, powiększyła i tak już znaczne zaburzenia w krążeniu i przyspieszyła śmiertelne zejście choroby.

Najciemniejszym w ogóle i najtrudniejszym do wytłómaczenia faktem, było istnienie rozkurczowego (diastolicznego) szmeru w tętnicy płucnej. Z danych, jakich dostarczyło nam rozczłonkowanie, widzimy, iż warunki powstawania owego szmeru, istniały tylko w aorcie, mianowicie w jej przesmyku. Obecne tu zwięźnienie było tak znacznem, iż przeciskający się przez takowe strumień krwi, mógł, a raczej musiał koniecznie wywołać pewien szmer tarcia. Szmer ten, przez słup krwi zawarty w tętnicy płucnej, mógł z łatwością zostać przeniesionym do ucha badającego i przedstawiać się tak, jak gdyby powstawał w tej ostatniej. Dla czego jednak szmer ten okazywał się współczesnym z rozkurczem serca (*diastole*)? Oto pytanie, na które dane anatomo-patologiczne nie dostarczyły nam odpowiedzi. Łatwiejszem do objaśnienia byłoby istnienie, w obec powyższych warunków, szmeru przedskurczowego (praesystolicznego), ale zaznaczamy tutaj, iż słyszany przez nas i przez współpracujących z nami kolegów szmer, był wyraźnie rozkurczowym (diastolicznym) i po za chwilę rozkurczu nie przeciągał się wcale.

Ponieważ w żadnej ze znanych nam, a dotychczas drukiem ogłoszonych historyj chorób, nie znajdujemy podobnego związku, pomiędzy objawami przyżyciowymi a zmianami anatomicznymi, wykrytymi przez rozczłonkowanie, uznaliśmy przeto za pożyteczne przedstawić postrzeżenie nasze publiczności lekarskiej tak, jak się ono nam samym przedstawiło. Bliższe objaśnienie dostrzeżonych faktów a przedewszystkiem związku, jaki zachodzi pomiędzy owym szmerem rozkurczowym, słyszalnym w tętnicy płucnej a zwięźnieniem aorty w przesmyku, zmuszeni jesteśmy pozostawić przyszłości, gdyż naszym zdaniem, jest ono możliwem jedynie przez zestawienie ze sobą większej liczby podobnych wypadków, czego dzisiaj oczywiście uczynić nie możemy.

Postrzeżenie powyższe, samo przez się ważnem jest o tyle tylko, o ile przyczynia się do zwiększenia materiału dla dalszych badań w tym kierunku. W każdym razie nasuwa nam ono następujące wnioski.

1^o że znaczne nawet zwięźnienia aorty wrodzone, przy dobrem odżywianiu mięśni serca i pomyślnych zkaąd inąd warunkach, mogą bardzo długo a nawet na zawsze pozostać niedostrzeżonemi i nie wywoływać żadnych objawów chorobnych.

2^o że stan takiego utajenia wady wrodzonej, trwać może aż do chwili, gdy wwołane zboczeniem wrodzonem zapalenie ścian aorty, powiększy znacznie poprzednio już istniejące przeszkody krążenia i nakoniec.

3^o że zwięźnienia aorty oraz jej niedostateczność, wspólnie z wywołanym przez siebie przerostem komórki lewej, stanowią momenta usposabiające do zapalenia kaszakowego ścian aorty (*Endoaortitis atheromatosa*), a nawet mogą wywołać wprost takowe, bez współdziałania żadnej innej przyczyny.

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, Francyi, Niemiec i Petersburga.

(Dokończenie).

Drugi szpital dziecienny Елисаветинская дѣтская больница zbudowany w r. 1871 na 70 dzieci, stanowi jeden frontowy pawilon, w którym z szerokiego korytarza wychodzą na południe po jednej stronie obszerne sale po 8, 6, 4 i 2 łóżecka mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja tak urządzona: powietrze świeże z zewnątrz doprowadzone jest do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzony system rur żelaznych napełnionych wodą, która jest rozgrzewana przez parę wodną; nadto w komorze tej urządzone są przy otworach od kanałów idących na pojedyncze sale małe korytka napełnione wodą rozgrzewaną przez parę wodną dla nasycenia powietrza wilgocia. Powietrze świeże tym sposobem ogrzane i nasyczone parą wodną wchodzi następnie na sale otworami w górnej części ścian położonemi. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest z sal otworami przy podłodze położonemi do kanałów wyciągowych, idących równolegle i obok kanałów wprowadzających z kamery ogrzane powietrze; kanały wyciągowe łączą się w piwnicy w 5 większych rur wyciągowych, które przechodzą pionowo przez całą wysokość gmachu i otwierają się nad dachem. W porze letniej powietrze zepsute na salach wyciągane bywa przez otwory (od tychże kanałów wyciągowych), urządzone na wysokości otworów wprowadzających w porze zimowej ogrzane powietrze. W porze letniej nadto, gdy chodzi o dostarczenie większej ilości świeżego powietrza, takowe wtłaczane bywa na sale przez oddzielny wentylator urządzony obok wyżej wspomnianej kamery w piwnicy. Przy podobnym urządzeniu wentylacji dostarczonem bywa na 1 chorego na godzinę po 60 metrów kub. świeżego powietrza. Sale i korytarze ogrzewane są oddzielnie przez rozprowadzone rury żelazne, w których znajduje się woda ogrzewana przez parę wodną. Oświetlenie wszędzie gazem. Powietrze na salach i korytarzach znalazłem wyborne. W szpitalu tym urządzono dla dzieci dotkniętych krupem 4 sale ze ścianami cementowanemi, gdzie wpuszczaną jest para wodna dla nasycenia powietrza wilgocia. Елисаветинская больница zresztą obfituje we wszelkie wygody dla chorych dzieci i uderza niezwykłą czystością i elegancją.

Kiedy mowa o dzieciennych szpitalach, wspomnieć mi wypada o petersburskim domu podrzutek: Воспитательный домъ. Gmach ten zbudowany według dawniejszego systemu 3-piętrowy posiada obszerne sale, idące jedna za drugą, z pojedynczemi szerokimi oknami z dwóch stron przeciwnych, mieszczące po 16 łóżek dla matek i tyleż kołyszek dla niemowląt. Łóżecka dla niemowląt zawieszane są na paskach od głowy i nóg, tak, że stanowią rodzaj kołyszek; dla niedonoszonych niemowląt kołyski umieszczone są

w aparacie metalowym ogrzewanym wodą ciepłą. Wentylacja naturalna. Na salach 1-go piętra urządzone są piece z kominkami, gdzie się nieustannie palenie drzewem podtrzymuje; prócz tego w szerokich oknach vis-a vis urządzone są szyby blaszane dziurkowane, po jednej w każdym oknie, przymykane od wewnątrz lufcikami szklannymi. Kominkami wyciągane zostaje zepsute powietrze z sal, przez szyby zaś blaszane wchodzi na sale powietrze świeże, nie powodując żadnego przeciągu. Powietrze chłodne, w porze letniej, przechodzi środkiem sali od jednego lufcika ku drugiemu, nie wywierając szkodliwego wpływu na niemowlęta umieszczone z dwóch stron przeciwnych każdej sali pod ścianami. Na salach 2 i 3-go piętra są kaflane piece tak urządzone, że oprócz paleniska kominkowego, schodzą się jeszcze do kanału kominowego dwa kanały wyciągowe, poczynające się otworami kratowanymi u podstawy pieca: nadto doprowadzane jest z zewnątrz pod podłogą oddzielnym kanałem do środka pieca świeże powietrze, z którego po ogrzaniu się wychodzi na salę górnym otworem przymykanym klapą. W zakładzie tym obok widocznego porządku i czystości, znalazłem na salach powietrze dobre.

Pod względem wentylacji interesującym jest w Petersburgu szpital wojskowy: Семеновскій Александровскій военный госпиталь. W szpitalu tym, przebudowanym w r. 1867, wentylacją urządził inżynier wojskowy Stanisław Wojnicki. Z szerokiego korytarza obustronnie wychodzą sale po 16 łóżek mieszczące. Powietrze świeże z zewnątrz przechodzi przez kamerę kaloryferową i rozchodzi się następnie do pojedynczych sal przez otwory w środku ścian położone. Zepsute zaś powietrze na salach wyciągane jest dolnymi i górnymi otworami do oddzielnych piecyków z paleniskami od strony korytarza, posiadających wysokie kominy wyciągowe. Powietrze na salach dobre. Doskonale są też w tym szpitalu urządzone wychodki. Exkrementa spadają kanałami we wspólny dół. Pod każdym sedesem jest kanał wyciągowy. Kanały te łączą się następnie i otwierają w ognisku dużego pieca, gdzie pierwiastki miazmatyczne zostają spalone i kominem wydalone. Wychodki wentylowane są tak jak sale. Powietrze w wychodkach znalazłem zupełnie czyste bezwonne.

Kończąc opis celniejszych szpitali petersburskich, niepodobna mi zamilczeć o znakomitem urządzeniu nowego gmachu klinik z zapisu Wilje. Jest to piękny gmach zbudowany w formie podkowy z frontem na południe. Wewnętrzny rozkład oddziałów klinicznych, mianowicie pojedynczych sal i przedpokoi, nie ma wcale charakteru szpitalnego—ale przedstawia szereg nader dogodnych mieszkań z wszelkimi potrzebami dla chorych, w rodzaju maison de santé. W każdym oddziale klinicznym spotykamy obszerne przepokoje, z których obustronnie wychodzą sale po 6, 2 i po jednym chorym mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja na salach odbywa się za pomocą pieców kaflanych. U podstawy takiego pieca wentylacyjnego znajdują się otwory od kanałów wyciągowych, otwierających się w kanale kominowym. Powietrze zaś świeże z zewnątrz doprowadzone jest oddzielnym kanałem pod podłogą do środka wspomnianego pieca, gdzie ogrzawszy się wychodzi górnym otworem na salę. Na

małych salach (na 1-go chorego) gdzie niema pieców, powietrze świeże i ogrzane wchodzi otworami komunikującymi z kanałami prowadzącymi to powietrze przez piece z większych sal sąsiednich. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest przez otwory przy podłodze położone, od których pionowo ku górze idą kanały wyciągowe i w tych (przez otwory pod sufitem) zapalają się płomienie gazowe, dla wywołania przez różnicę temperatury przeciągu powietrza. Pojedyncze kanały wyciągowe łączą się następnie we wspólne kanały wyciągowe wychodzące nad dach. Oświetlenie wszędzie gazem. Sale oświetlane są płomieniami gazowymi umieszczonemi między dwoma szybami okna urządzonego nad drzwiami do każdej sali. Wszelkie sprzęty ruchome w klinikach tych, jak łóżka, stoliki, fotele, krzesła, naczynia, wanny i t. d., pokazują wielki dostatek (luxus). W gmachu tym elegancko i dogodnie urządzone mieszczą się: klinika terapeutyczna, chirurgiczna, akuszeryjna i dziecinna, z audytorjami, ambulatorjami i t. d.

Zwiedzając znakomitsze szpitale Europy, jednocześnie badałem urządzenia szpitali systemu barakowego. Stawianie szeregu baraków dla pomieszczenia chorych, w czasie ostatniej wojny francuzko-niemieckiej, mocno zainteresowało ogół lekarzy. Ten system stawiania oddzielnych parterowych pawilonów wydał się nader korzystnym dla chorych, ztąd też w niektórych miastach starano się zastosować do budowy stałych szpitali system barakowy.

Taki stały szpital systemu barakowego znalazłem w Lipsku. Z obszernego korytarza pod kątem prostym wychodzi 8 baraków, w pewnej odległości jeden od drugiego; prócz tego oddzielnie bez żadnego połączenia zbudowano 4 baraki. Pojedynczy barak jest to pawilon parterowy na wysokiem podmurowaniu (2 stopy), tak że pod podłogą znajduje się znaczna przestrzeń, będąca zbiornikiem świeżego powietrza. Ściany są tak zbudowane: od wewnątrz warstwa muru, potem cienka warstwa powietrza, dalej drzewo i od zewnątrz znowu warstwa muru. W szczycie dachu urządzone są okienka z żaluzjami do wentylacji. Tym sposobem ze wszystkich stron baraku jest dostęp świeżego powietrza. Ogrzewanie i wentylacja w porze zimowej odbywa się za pomocą żelaznych płaszczowych pieców, do których powietrze świeże wciągane jest z przestrzeni podpodłogowej, zepsute zaś powietrze wyciągane jest otworami u spodu płaszcza, które schodzą się do rury otaczającej środkową komińową rurę—te dwie koncentryczne rury wychodzą nad dach. W porze letniej wentylacja odbywa się przez też piece płaszczowe, nieogrzewane, przez które wchodzi powietrze świeże z przestrzeni podpodłogowej, zepsute zaś wyciągane jest otworami w dachu. Barak taki mieści po 24 łóżka i posiada salkę dla werterki, wannę i wychodki. Powietrze znalazłem na salach nieosobliwe. Wychodki są wybornie dezynfekowane za pomocą massy Suverne'a, której skład jest taki: 100 funtów wapna gaszonego, 15 funtów kwasu karbolowego i 15 funtów chlorku magnezyi. Przy stałym barakowym szpitalu w Lipsku doskonale są urządzone w oddzielnym budynku kąpiele wszelkiego rodzaju—pralnia—kuchnia i t. d. Oświetlenie wszędzie gazem. Na tém samém terytoryum zbudowane są jeszcze w Lipsku 4 baraki lżejszej budowy. Stoją one na murowa-

nych słupach, tak, że od spodu jest zupełnie wolny przystęp powietrza—ściany zaś składają się od zewnątrz z pojedynczej warstwy cegły, a od wewnątrz z warstwy drewnianej.

Barak stały przy szpitalu Charité w Berlinie, zbudowany jest na wyższem podmurowaniu jak baraki lipskie, tak, że przestrzeń podpodłogowa jest obszerniejsza. Otoczony jest nadto do koła gankiem zamkniętym z oszklonemi oknami. Ściany są z belek drewnianych obłożone z obu stron deskami, wolne zaś przestrzenie wypełnione drobnym zwirem. W szczycie dachu urządzone są okna ze szklannemi żaluzjami. Ogrzewanie i wentylacya odbywa się za pomocą pieców płaszcowych kaflanych. Powietrze świeże wchodzi z przestrzeni podpodłogowej do wnętrza pieca płaszcowego i następnie rozchodzi się po sali. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest małemi okrągłemi otworami położonemi przy samej podłodze; wchodzi ono w przestrzeń podwójnej podłogi, z kąd wyciągane jest dalej do oddzielnej rury żelaznej idącej środkiem pieca nad dach, obok rury żelaznej kominowej. W baraku takim mieści się po 26 łóżek. Oświetlenie gazem. Na sali znalazłem powietrze nieosobliwe.

Przed trzema laty z fundacyi królowej pruskiej zbudowano w Berlinie stały szpital według systemu barakowego pod nazwą: *Augusta-Hospital*. Szpital ten mieszczący 50 chorych składa się z gmachu środkowego na administracyą i z dwóch prostopadle po bokach stojących baraków. Z jednej i drugiej strony barak łączy się z gmachem środkowym korytarzem. Baraki te są zupełnie w ten sposób zbudowane i urządzone jak barak w szpitalu Charité. *Augusta-Hospital* zostający pod szczególną opieką królowej, uderza elegancyą, porządkiem i wielką czystością. W szpitalu tym powietrze w barakach znalazłem o wiele lepsze jak w wyżej opisanych.

W *Petersburgu* zbudowano roku zaprzeszłego sposobem próby dla różnych stref 4 stałe baraki, zostające pod szczególną opieką Najjaśniejszej Pani. Baraki te są drewniane, na wysokich podmurowaniach, z obszerną przestrzenią podpodłogową. Barak I letni stoi na fundamencie drewnianym, ma jednak obszerną przestrzeń podpodłogową. Jego ściany, jak również dach, złożone są z pojedynczej warstwy desek. W szczycie dachu urządzone są okna szklane. W baraku tym znajdują się małe piece płaszcowe żelazne, dla ogrzewania i wentylacyi pod jesień. Barak II dla strefy gubernij południowych stoi na słupach murowanych. Ściany złożone są z 3 warstw desek, między którymi przechodzi powietrze—warstwa zewnętrzna od środka wysłana wołokiem. Dach złożony jest z pojedynczej warstwy desek, pokrytej papierem smołowcowym. Ogrzewanie i wentylacya w baraku tym odbywa się za pomocą pieca płaszcowego kaflanego, którego ceglana podstawa wraz z dwoma ogniskami znajduje się w przestrzeni podpodłogowej. Powietrze świeże doprowadzone jest z zewnątrz oddzielnemi kanałami do środka wspomnianego pieca. Zepsute zaś powietrze w baraku wyciągane jest rurami wystającemi przy podłodze, które następnie zstępują do przestrzeni podpodłogowej i otwierają się w jednem ognisku pieca, w którym podtrzymuje się ciągle ogień dla przecią-

gu powietrza, drugie bowiem ognisko służy do ogrzewania pieca. Te dwa ogniska schodzą się następnie we wspólny kanał kominowy idący srodkiem pieca przez całą wysokość baraku nad dach. Barak III dla strefy środkowych gubernij zbudowany podobnie jak poprzedni, z tą jednak różnicą, że w ścianach między drugą a trzecią warstwą desek (od zewnątrz) znajduje się warstwa gliny ze słomą. Dach jest drewniany gontowy. Nareszcie Barak IV dla strefy gubernij północnych, tem się różni od poprzednich, że stoi na fundamencie całkiem murowanym, ściany jego złożone są z grubych belek, dach zaś pokryty jest blachą. Każdy barak mieści po 18 łóżek i posiada oddzielne miejsce dla służby — do grzania ziółek, kataplazmów i prób chemiczno-patologicznych — pomieszczenie na wannę i wychodki. W wychodkach doskonale zastosowano dezynfekcyą za pomocą masy Suverne'a. W baraku tak urządzonym przyływa czystego powietrza na godzinę 150 sażeni kub. — wyciąga się zaś zepsutego powietrza 160 sażeni kub. Na jednego chorego na godzinę wypada 10 saż. kub. świeżego powietrza. Powietrze w barakach petersburskich znalazłem dobre.

Rzuciwszy okiem na cały ten szereg znakomitszych szpitali Europy, zaprzeczyć niepodobna, że zrobiono w nich znaczne postępy pod względem wewnętrznego urządzenia, szczególnie w wentylacyi. Kiedy dawniej stawiano obszernie domy zdrowia, nie miano wcale na uwadze niekorzystnych następstw nagromadzenia chorej ludności, nie troszczono się bynajmniej o dobre powietrze na salach — ufano tylko srodkom lekarskim, bez uwzględnienia warunków higienicznych w jakich się chory znajdował. To też z owych czasów mamy po dziś dzień istniejące wielkie gmachy szpitalne, gdzie tylko silne organizmy, przy trafnej opiece lekarskiej, pomyślnie przechodzą choroby, organizmy zaś słabsze łatwo marnieją. Niewątpliwie najważniejszym warunkiem dobrze urządzonego szpitala jest dobra wentylacya. W ostatnich dziesiątkach lat starano się przy budowie szpitali usilnie zadosyć uczynić temu warunkowi, i dlatego zastosowywano różne sposoby wentylacyi, które powyżej miałem honor przedstawić. Za wzorowe szpitale pod względem urządzenia wentylacyi uważam dwa szpitale dziecinne w Petersburgu: Дѣтская больница Принца Петра Ольденбургскаго i Елисаветинская дѣтская больница. Doskonale także zastosowano wentylacyą w szpitalu petersburskim Александровская больница. Najpraktyczniej urządzone piece wentylacyjne napotkałem również w Petersburgu, mianowicie w domu podrzutek i w nowych klinikach Wilje. Ze szpitali zagranicznych najlepiej urządzoną wentylacyę znalazłem: w szpitalu Lariboisiere w Paryżu, Bethanien w Berlinie i Allgemeines Krankenhaus w Monachium. Stosowanie baraków do budowy stałych szpitali według mego zdania nie jest właściwem, albowiem: 1) budowa baraków jest bardzo kosztowna, 2) budynek jako drewniany, grozi niebezpieczeństwem pożaru i nie jest tak trwały jak murowany, 3) trudnem jest urządzenie dobrej wentylacyi w barakach. — W starych szpitalach z korzyścią dają się zastosować piece płaszczowe wiedeńskie Meissnera i piece wentylacyjne według takiego urządzenia jak w domu podrzutek i klinikach nowych w Petersburgu. Okazały się też bar-

dzo praktycznemi w zastosowaniu lufeiki z kratki drucianej lub blachy dziurkowanej na salach.

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

(Dokończenie).

Nie jest mojem zadaniem podać Panom bliższe szczegóły co się tyczy diety chorych. To com powiedział, wystarczy w zwykłych wypadkach, rozumie się jednak, że w tym opisie potraw tu i owdzie pewne zmiany wprowadzić trzeba. Jakkolwiek nawet stosowanie wspomnianej diety w wielu wypadkach chorób żołądka, daje dobre rezultaty pod względem leczniczym, to jednakowoż w większej jeszcze liczbie wypadków, nie osiągniecie przez to celu, gdyż chory nawet tej „łatwostrawnej“ diety nie znosi i zachodzi pytanie, jaką dietę teraz mamy przepisać, jaka dieta jest jeszcze bardziej łatwostrawną. Jasnym jest, że osiągnęlibyśmy w tej kwestyi pożądaný cel, gdybyśmy mieli do rozporządzenia środek odżywczy, któryby przy możliwie wielkiej wartości odżywczej, o ile możności najmniej wymagał natężenia chorego żołądka, dla zaasymilowania do soków ciała. Tym wymaganiom odpowiadają najwięcej same p e p t o n y, które powstają w żołądku z wprowadzonych ciał białkowych i łatwo rezorbują się. Przygotowanie ich jednak napotykało dotychczas wielkie trudności, gdyż wymaga oprócz mieszaniny pepsyny i kwasu, stałą temperaturę wynoszącą 40° przez całe dnie. Oprócz tego, według moich bogatych w tym względzie doświadczeń, wszystkie roztwory otrzymany za pomocą naturalnych fermentów, mają zapach tak wstrętny, przypominający materje zwomitowane, że nie mogłem skłonić żadnego chorego do picia w ten sposób przygotowanej polewki. Z tej przyczyny przed rokiem mniej więcej starałem się, razem z moim przyjacielem J. R o s e n t h a l e m w Erlangen, za pomocą wysokiej temperatury i kwasu otrzymać peptony w naczyniach hermetycznie zamkniętych, z mięsa zewnątrz żołądka, co w ciele ludzkim za pomocą pepsyny już przy niższej temperaturze dokonywa się. Tak traktowane mięso pod wpływem dwóch wyżej wspomnianych czynników, tworzy bardzo delikatną emulsję i roztwór zawiera mniejszą lub większą ilość peptonów. Chociaż wprawdzie zawartość pepsyny, stosownie do sposobu przygotowania, może być większa lub mniejsza, to jednakowoż według moich licznych poszukiwań przy łóżku chorego, tworzy ten preparat, od kilku miesięcy jako „r o z t w ó r m i ę s a“ znajdujący się w handlu, najmniej drażniący i pożywniejszy pokarm mięsny, jaki znam i nawet przy najuporczywszych wymiotach doskonale bywa znoszony. Jego wyższość nad innym używanym przy chorobach żołądka pożywieniem, okazuje się z następujących jego własności. A mianowicie:

1) Roztwór ten mięsny posiada miękka konsystencyę i własności podobne do zawięsiny (emulsji). Ponieważ preparat ten przedstawia masę, podobną z konsystencyi do delikatnego mułu, to widocznym jest, że drażnienie mechaniczne, jakie z przyczyny tarcia wywierają na błonę śluzową ścian żołądka, inne pokarmy, przy użyciu roztworu mięsnego w zupełności miejsca nie ma. Ta mułowata konsystencya preparatu, szczególnie przy wrzodzie żołądka jest bardzo korzystną, gdyż z powodu niej unika się wszelkiego drażnienia powierzchni wrzodu. I istotnie pokazuje się, u chorych z wrzodem żołądka od chwili, w której zaczęli konsekwentnie przyjmować solucję mięsną, kardyałgie znikają zupełnie. Tak z klinicznej jak i prywatnej praktyki zebrałem dużo przykładów w tym względzie. Przy leczeniu wspomnianej choroby, postępuję w następujący sposób: zalecam choremu przez dwa do trzech tygodni leżeć w łóżku, na dzień przykład się gorące kataplasma, na noc zaś okład Priesnitzowski na dołek żołądkowy i przez 2 do 3 tygodni, chory nic nie przyjmuje prócz 1 puszki solucji mięsnej (ilość odpowiadająca jednemu i pół futra mięsa wołowego) przez dzień i dwa garnuszki mleka z drobno potłuczonymi, namoczonymi sucharkami. Przy tej diecie chorzy przychodzą do siebie nadzwyczaj szybko, womity ustają, ból znika, a nawet znaczny ucisk wyarty na epigastrium, sta-

je się z każdym dniem mniej bolesny. Po 2 do 3 tygodniach, pozwalam znowu ostrożnie chorym przyjmować pokarmy, posiadające większą konsystencją, gdyż gojenie się wrzodu w tym czasie dostatecznie już postąpiło. Naturalnie, że i teraz także można dozwolić tylko na wyżej wymienione pokarmy, które, jak doświadczenie wykazało, łatwo się trawia.

2) **S m a c z n o ś ć p r e p a r a t u:** Co się tyczy smaku, to przypomina on pod tym względem ekstrakt mięsny Liebig'a, tylko że solucya ma smak nie tak ostry jak ten ostatni. Zadaje albo czysto zachowaną w lodzie, albo z rosółem, albo dla polepszenia smaku dodaje trochę ekstraktu Liebig'a. Na zasadzie bardzo licznych wypadków stanowczo mogę twierdzić, że chorzy solucyę tę bardzo chętnie przyjmują, nie chcą jednak przemileżeć, że niekiedy po dłuższym użyciu solucyi chorzy się skarżą, że „zaczyna być wstrętną i t. d.“ Powiedzmy jednak szczerze, że nie preparat jest tego przyczyną, lecz nasze przyzwyczajenie przyjmowania różnych pokarmów. Komu nie stanie się wstrętną np. gotowana wołowina, jeżeli będziemy ją jeść tygodniami całemi rano, na obiad i wieczorem, chociaż jak wiadomo należy do pokarmów, które się nam najmniej przykrzą? Miałem jednakowoż pacjentów, którzy przez długi nawet czas przyjmowali ją z zupełną obojętnością i także takich znów, którzy spożywali ją z prawdziwym fanatyzmem.

3) **Z n a c z n a w a r t o ś ć o d Ź y w e z a s o l u c y i m i ę s n ę j,** okazuje się z tego, że wszystkie części składowe mięsa, cała ilość azotu, soli i t. d., zawarte są w tym preparacie. Rozumie się samo przez się przeto, że w tym względzie solucya ta nie może być wcale porównaną z ekstraktem mięsnym Liebig'a, o którego bezpośredniej wartości odżywczej nikt już teraz nie będzie mówił.

4) **L a t w o s t r a w n o ś ć p r e p a r a t u** z powodu mało watoj konsystencji i przygotowania mięsa z kwasem solnym w naczyniach szczelnie zamkniętych pod wpływem wysokiej temperatury z góry nie może być zaprzeczoną. Czuję jednak, że względy wymienione pod 3 i 4; nie mogą być wprzód umiejtnie uzasadnione, dopóki nie dokona się fizyologicznych poszukiwań w laboratoryach nad zwierzętami i nie oznaczy się ilościowo zawartości azotu w wydzielinach ludzi, karmionych wyłącznie solucyą mięsną, poszukiwania, któremi właśnie zajmujemy się obecnie.

5) **T r w a l o ś ć p r e p a r a t u** jest również zabezpieczoną, jakoteż i odpowiednio przygotowanie, zapewnione *). Przy użyciu, aby zabezpieczyć solucyę od psucia, każdą puszkę trzymać ciągle w wodzie lodowej.

Zakres chorób, w których solucya mięsna może być z korzyścią użyta, nie ogranicza się samo przez się rozumie się, tylko do chorób żołądka. Wszędzie, gdzie idzie o doprowadzenie do żołądka pokarmu, bezwarunkowo niedrażniającego, gdzie trzeba unikać natężonej pracy przewodu kiszkiowego, albo gdzie jest obawa drażnienia mechanicznego, drażnienia ścian przewodu kiszkiowego resztkami pokarmów, będzie pożytecznym zadawanie solucyi mięsnej. Przypominam tylko tyfus, czerwonkę, gruźlicze wrzody w kiszkiach, zapalenie otrzewnej i t. d., krwotoki z żołądka i kiszki, jakkolwiek przy tych ostatnich cierpieniach rozumie się samo przez się, że jeszcze bezpieczniej będzie odżywiać chorych za pomocą lewatyw, przyrządzonych z roztworu mięsa.

Wypowiadam przytęm życzenie, aby koledzy ogłaszali rezultaty, jakie otrzymują przy użyciu tego preparatu w praktyce swojej, czy one są korzystne czy niekorzystne. W krótkim czasie preparat ten w całych Niemczech i w innych krajach został wprowadzony w użycie, jak tego mam dowód na licznych obstalunkach w tutejszej aptece (w Jenie), niestety dotychczas jednak nie ma jeszcze drukowanych doniesień o jego działaniu. A jednakowoż tylko przez porównanie pojedynczych postrzeżeń można ściśle ocenić kliniczną wartość solucyi jak i przypadki, w których zadawanie tego nowego środka leczniczego i odżywczego jest wskazane, a według mego zdania, środek ten jest w stanie odgrywać ważną rolę przy leczeniu chorób brzusznych.

*) Przekonałem się niestety, że źle przyrządzone solucye mięsne, były użyte przy łóżku chorego. Z tęj przyczyny my z naszej strony zalecamy tylko preparat przyrządzony przez nadwornego aptekarza Dra M i r u s w Jenie, jako zupełnie dobry, który jeden z nas często rewiduje.

Apopleksya mózgu.

Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych,
opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu.

(Dalszy ciąg).

Symptomatologia.

Z wyjątkiem niewielkiej liczby wypadków, w których albo nie ma zwiastunów, albo też takowe przez chorego zauważonemi nie były, atak apoplektyczny zwykle poprzedzany bywa przez objawy podrażnienia mózgu. Tu należą: ból lub ociężałość głowy, zawrót, czerwoność lub też bladość twarzy, szum w uszach, nudności, osłabienie pamięci, powiększone rozdrażnienie, pojedyncze drgania lub neuralgie, uczucie otępienia lub sztywności w członkach, mowa utrudniona, i nareszcie nieprawidłowości w czynności serca, często ze zwolnieniem, a rzadziej z osłabieniem tętna.

Po objawach zwiastunowych powyższych, bardziej lub mniej widocznych, napad apoplektyczny występuje po największej części nagle, albo też wzmaga się powoli, dochodząc do siły sobie właściwej. Odróżnienie pewnych form napadów za przykładem *Abercrombie*'go i innych, nie może być przeprowadzone z odpowiednią ścisłością; daleko praktyczniejszym i ważniejszym jest podział napadów apoplektycznych na lekkie, średnie i ciężkie. Lekkiemi nazywamy te, przy których przytomność nieutraconą bywa wcale, albo też tylko na czas krótki, jako następstwa zaś pozostają lekkie zmiany czuciowe lub też porażenia niezupełne mięśni twarzy, języka lub kończyny, które jednak wkrótce same ustępują.

W wypadkach średniej siły po większej lub mniejszej bezprzytomności występują i pozostają porażenia połowiczne ruchowe i czuciowe, jakoteż utrudniona mowa; powrót przytomności następuje często dopiero po upływie godzin, a w czasie tym pomimo osłabienia ogólnego, strona porażona daje się poznać po natychmiastowem opadaniu biernie podniesionej kończyny i po rysach twarzy z tejże strony opadłych, i jakby wydłużonych; pobudzalność odruchowa najczęściej jest utracona, oddychanie jest widocznie utrudnione i nieprawidłowe, twarz z powodu zastoju żylnego obrzmiała i sina, tętno pełne i częste, połykanie jest możliwe. Przed powrotem przytomności następuje zwykle obudzenie się siły odruchowej; czynności duchowe powoli się ożywiają, chory spoglądający w koło siebie jest jeszcze pomieszany, słabej pamięci, mówi z trudnością, język wysunięty odchyła się na bok, członki porażone poruszalne są tylko ku górze. W dalszym przebiegu następuje polepszenie się porażenia (rzadko zupełne ustąpienie takowego); chory może przez długie lata pozostawać w tymże samym stanie, albo też wytrzymuje większą ilość napadów, które mają wpływ pogarszający na porażenie i stan jego ogólny.

W ciężkich wypadkach apopleksyi (jeśli pominiemy napady bezpośrednio śmiertelne, *apopl. foudroyante*) obszerne zniszczenia części mózgu, wylewy do jam bocznych, jako też ucisk na mózg mogą wywołać śmierć w ciągu kilku godzin lub dni.

Ciężki stan komatyczny, zwolnienie tętna i oddychania, osłabienie wszystkich członków i zwieraczy, stłumienie pobudzalności odruchowej, brak odczynu w źrenicach, wszystkie te objawy winny być uważane za oznaki grożącego niebezpieczeństwa. Przeciągnięcie się stanu komatycznego po za drugą połowę dnia następnego po napadzie, znaczne opadnięcie ciepłoty (do $35,5^{\circ}$ C.) z prędkim podwyższeniem się jej nad 42° C. (*Bourneville*), trwała obecność objawów otępienia, jako też utrata możności połykania, są po większej części zwiastunami zejścia śmiertelnego przy oznakach porażenia ośrodków oddychania i krążenia. W stanach, gdzie siła objawów nie doszła do stopnia powyższego, powolny powrót odczynu w źrenicach, a następnie i pobudzalności odruchowej jest cechą zmniejszenia się ucisku na mózg, co jeszcze bardziej się stwierdza powrotem przytomności.

Rozumie się, iż siła i rozciągłość wzmiankowanych powyżej objawów, dają nam możność ocenienia charakteru danego napadu apoplektycznego. Lecz nawet przy przebiegu napozór szczęśliwym, nowe niebezpieczeństwo zagraża ze strony odczynu zapalnego, wytwarzającego się w miejscu wynacznienia. Odczyn ten niekiedy tylko jest tak nieznaczny, iż nie bardzo przeszkadza biegowi polepszenia. Najczęściej już w kilka dni po napadzie występują objawy podrażnienia zapalnego, chory niespokojny majączy, w kończynach porażonych poczynają się drgawki z przewagą skurczu zginaczy. Czerwoność nąpływowa twarzy, podwyższenie ciepłoty ciała, przyspieszenie tętna i oddychania i otępienie umysłowe, są cechami podrażnień gorączkowych w mózgu, które w szczęśliwych razach

kończą się po kilku dniach; a najdalej po tygodniu, w wypadkach nieszczęśliwych, przy zapaleniu bardziej rozprzestrzenionem około ogniska apoplektycznego, i obocznym obrzęku istoty mózgowej, takowe przy wystąpieniu stanu komatycznego, przyspieszeniu tętna i oddechania i podwyższeniu ciepłoty (41—42,8° C. podług Bourneville'a), najczęściej prędko prowadzą do zejścia śmiertelnego, daleko rzadziej takowe następuje po długiem charakterwie w skutek niedokrwistości mózgu.

Po upływie okresu ostrego krwotoku mózgowego (t. j. napadu właściwego i następującego po nim odczynu zapalnego), mamy do czynienia z bardziej przewlekłemi następstwami uszkodzenia apoplektycznego.

Pomiędzy niemi należy przedewszystkiem wymienić najnieodgodniejsze i najbardziej zwracające uwagę zmiany ruchowe. Porażenie zupełne i niezupełne można zauważyć na mięśniach jednego oka, połowy twarzy i języka, jako też na kończynach jednej połowy ciała.

Z pomiędzy mięśni oka prosty wewnętrzny częściej bywa porażony niż zewnętrzny. Podług Prévosta skoszenie oka i skręcenie głowy następuje ku stronie półkuli mózgowej, stanowiącej siedlisko ogniska krwotokowego lub rozmiękczonego, a to tem bardziej, gdy uszkodzenie zbliża się do wzgórka prążkowanego i przedłużeń odnogi mózgowej, szczególnie przy nagłych atakach apoplektycznych. Porażenia te mięśni ocznych zwykle są krótkotrwałe, rzadziej pozostają na czas dłuższy.

Z mięśni twarzy przy apopleksyi przedewszystkiem zajętemi bywają mięśnie unoszące skrzydło nosa i kąt ust, niekiedy też trębacz, a tem samem i gałęzie oddechowe nerwu twarzowego, mające w węzłach głównych swe ognisko ośrodkowe. Według doświadczeń czynionych na zwierzętach, podrażnienie wzgórek prążkowanych lub wzrokowych ma wywoływać drgania mięśni strony przeciwnej twarzy (*Experim. Physiol. des Nervensystems Eckhard'a*, 1867, str. 457).

Przy uszkodzeniu przedłużenia pętlicowatego odnogi mózgowej przy podstawie jądra soczewicowatego, może podług Huguenin'a powstać porażenie samego tylko zwieracza powiek. W rzadkich wypadkach, w których cała okolica nerwu twarzowego jest porażona, mogą obok tego być zajęte gałęzie przebiegające aż do kory zrazu przedniego, których ośrodek podług Hitzig'a i Fritsch'a położony jest na granicy między dolną i średnią trzecią częścią przedniego zawoju ośrodkowego, albo też porażonym bywa i zraz skroniowy (jak w wypadku Chwostek'a). Przy ograniczonych ogniskach we wzgórku wzrokowym i prążkowanym Duplay (*Union med.* 1857, Nr. 100), zauważył nader rzadko znajdowane porażenia oddzielnych mięśni twarzy. Przy krwotokach jądra soczewicowatego najczęściej znajduje się jednostronne porażenie twarzy i kończyn.

Przy porażeniu mięśni języka, takowy tylko z trudnością może być wysunięty i zbacza ku stronie porażonej. Objaw ten, który bywa tak przy sztucznem przecięciu jednego nerwu podjęzykowego, jak i przy połowicznem porażeniu języka, należy objaśnić podług Schiff'a, przewagą zdrowego mięśnia bródko-językowego (genioglossus), który stosownie do włókien swych, kieruje koniec języka przy wysuwaniu tegoż ku stronie przeciwnej. Przy odwrotnem wprowadzeniu języka takowy zbacza ku stronie zdrowej w skutek działania m. rylco-językowego (styloglossus).

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Miejscowe leczenie jam płucnych (*cavernae*). Prof. Mosler w Gryfii opisuje (*Deutsche Klinik* Nr. 43, 1873) szczegółowo dwa wypadki, w których próbował leki wprowadzić do jam płucnych z zewnątrz przez ścianę klatki piersiowej. Po raz pierwszy zrobił autor próbę na 50-letnim suchotniku, który się znajdował w ostatnim okresie cierpienia i u którego nie było można się spodziewać ani uzdrowienia, ani też polepszenia. Chory ten posiadał w górnym płacie prawego płuca powierzchownie leżącą jamę, która sięgała aż do czwartego żebra. Dnia 1-go listopada 1872 roku przebito drugi przestwór miążdżobrewy, w odległości 6 ctm. od prawego brzegu mostkowego, za pomocą dość grubej igły od zna-

nej strzykawki aspiracyjnej Thiersch'a, poczem wsunawszy igłę głęboko do jamy wstrzyknięto 20 ccm. rozrzedzonego roztworu nadmanganianu potażu. Odśrubowawszy zaś strzykawkę od igły, pozostawiono ją w jamie płucnej i wstrzyknięto w dniach następnych tę samą ilość roztworu. Dnia czwartego zatkał się otworek w igle, dla czego wysunięto ją zupełnie. Operację tę zniósł chory bez wszelkich dolegliwości i bez wszelkich złych następstw.

W lutym r. 1873 powtórzył autor tę samą próbę na chorym, który skutkiem rozszerzenia oskrzela (*bronchiectasis*) miał w lewem płucu jamę, wydzielającą śluz ropiasty i mocno cuchnący. Po pięciu wstrzyknięciach, które chory zniósł bardzo dobrze, wydzieliny zmieniły się na lepsze i stan ogólny chorego polepszył się także.

Temi okolicznościami ośmielony, robił autor dalsze próby, ale w sposób nieco odmienny, starając się o bezpośredni odpływ wydzielin na zewnątrz. Dokonał zaś tego na 49-letnim malarzu, którego już od 5 lat liczono w klinice autora na jamę w prawem płucu, powstałą skutkiem rozszerzenia oskrzeli; który nadto miał już kilka razy krwotok, był mocno wychudzony, i w którego moczu znajdowało się wiele białka skutkiem skrobiowego zwyrodnienia nerek. Dnia 2 czerwca 1873 r. operację odbyto w sposób następujący: ponad górnym brzegiem trzeciego żebra, mniej więcej w odległości 5 i pół ctm. od prawego brzegu mostkowego, zrobiono nacięcie 3 ctm. długie. Nacięciem tem rozdzieliwszy skórę i powierzchowne mięśnie międzyżebrowe, zaczęto jamę otwierać odpowiednią korneangą, wdzierając się takową coraz głębiej. Dopięcie żądanego celu dowodził szelest gwizdzący przy wdechnięciu, wystąpienie ropiastych wydzielin, pomieszanych z pęcherzykami powietrza; krwotok był bardzo nieznaczny. Po rozszerzeniu otworu korneangą wprowadzono dość grubą rurkę srebrną (*Drainageröhre*) do jamy, umocniono ją za pomocą plastra lepkiego i na ranę przyłożono szarpie, zmaczane w karbolu oraz zastosowano pecherz lodowy. Chory zniósł operację bardzo dobrze. Wieczorem tego samego dnia wynosiła ciepłota 37,8° C., częstość tętna 84, częstość oddechu 36. Ropa odpływała przez rurkę obficie, mianowicie przy kaszlu. Opatrzanie zmieniano kilka razy dziennie. Kaszel zaś i płwociny zmniejszyły się. Dnia 12 czerwca pojawił się krwotok, który jednakże ustąpił wkrótce po inhalacyach przez rurkę roztworu *liq. ferr. sesquichl.* Później wstrzykiwano do jamy rozrzedzony roztwór kwasu karbolowego i tynkturę jodu, wstrzykiwania większych ilości nadmanganianu potażu znosił pacjent mniej dobrze. Chory nie skarżył się na żadne dolegliwości w płucach, czuł się nawet daleko silniejszym, jak poprzednio; stan jego cierpienia nie polepszył się jednakże, jak się tego można było zaraz z początku spodziewać. Również nie zmniejszyła się ilość białka w moczu, przez co chory upadał coraz więcej na siłach, tak, iż w końcu musiał nawet ciągle pozostawać w łóżku. Mimo wszelkich środków pożywnych i podniecających; chory słabł coraz silniej i zmarł dnia 5 października 1873 r.

Przy sekcji znaleziono prawe płuco na całym obszarze silnie zrosłe z oplucną żebrą, mianowicie od trzeciego żebra począwszy ku górze. W dolnej i przedniej części górnego płata znajduje się kanał ukośny, idący z przodu i dołu ku tyłowi i górze, co do grubości odpowiadający tejże wyżej wymienionej rurki; kanał ten posiada gładkie brzegi i prowadzi do jednej z największych jam w płucu prawem. Nadto wskazywały tak nerki jak śledziona skrobiowe zwyrodnienie; tę samą zmianę znaleziono także w kosmkach jelitą czczego i krętego.

Z sekcji tej widać wyraźnie, że za pomocą opisaney wyżej operacyi udało się rzeczywiście otworzyć jamę płucną, a nie czasem tylko jamę oplucnej. Również pokazało się z prób autora, że płuco znosi lepiej wdania się zewnętrzne i że wdania te są mniej niebezpieczne i dają się łatwiej wykonać, aniżeli dotąd o tém mniemano.

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-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.