

# MEDYCYN A.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 5 kop. —</td> <td rowspan="3">                             Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:                         </td> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>" 2 " 50</td> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> <tr> <td>kwartalnie.....</td> <td>" 1 " 25</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6	półrocznie.....	" 2 " 50	półrocznie.....	rs. 3	kwartalnie.....	" 1 " 25				
		rocznie.....	rs. 5 kop. —		Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6									
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3									
kwartalnie.....	" 1 " 25															

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia z praktyki położniczej. Trzy przypadki drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom. Podał dr. M. Ehrlich, z Płocka.—Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia zwoływane z d. 4 i 18 Grudnia 1877 r. (Dokoficzenie). — Przegląd piśmiennictwa rosyjskiego. Materjały do patologii i terapii durzycy powrotnej. J. Moczutkowskiego. Sprawozdanie d-ra H. Dobrzyckiego. (Dokoficzenie). — Odełek. Krótki opis szpitala barakowego w Rydze. Podał dr. Wł. Piotrowski. — Streszczenia i wyciągi. O soku żołądkowym ludzkim. Apomorfina przeciw padaczce. — Przegląd biblijograficzny. Odpawa p. Kaldlerowi, autorowi broszury o leczeniu przyniotu bez pozostawiania w mieszkaniu i t. d. Przez d-ra E. Klinka. (c. d.)—Odpowiedź na zapytanie: jakim być winien rozczyn stężony chlorku chininy do wstrzykiwań podskórnych przepisywany.—Sprostowanie.

## SPOSTRZEŻENIA z PRAKTYKI POŁOŻNICZEJ.

Trzy przypadki drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom  
(*Eclampsia gravidarum, parturientium et puerperarum*).

Podał dr. Michał Ehrlich, z Płocka.

W ciągu pierwszego półrocza r. z. spostrzegalem trzy przypadki wymienionych drgawek, opis których ogłaszając wraz z spostrzeżeniami przemennie poczynionemi, spełniam jedynie obowiązek wzbogacenia materjału, mającego posłużyć do gruntowniejszego i dokładniejszego poznania tej strasznej dla kobiet choroby.

Przypadek I. Pani J. M. 22 lat wieku; dobrej budowy ciała i tuszy; od 10-ciu miesięcy zamezna, w końcu 9-go miesiąca (słonecznego) ciąży będąca. Od dziecka odznaczała się nadzwyczajną wrażliwością nerwową, a od paru tygodni doznawała ciągłego bólu głowy i obrzmienia kończyn dolnych (*oedema*).

Dnia 23 Grudnia 1876 r. po mocnem przeziębieniu się, obfitym a późnym obiedzie (wigilija) i przygnębiającem wstrząśnieniu umysłowem, uczuła wieczorem o godzinie 8-mej pierwsze bóle przygotowawcze (*dolores praesagientes*), a o 11-tej tejże nocy pojawiły się wymioty i drgawki twarzy i kończyn górnych. O 1-ej po północy chorą znalazłem nieprzytomną, z twarzą nabrzmiałą, siną i usianą ciemno czerwonemi bąblami (*pomphi*), wielkości grochu polnego. Wargi ust ciemno-sine (granatowe), obrzmiałe, zęby zacięte, z jamy ustnej wydobywała się piana krwią zabarwiona; głowa gorąca, obfitym potem pokryta; mięśnie całego ciała w nieustannych drgawkach pojedynczych pęczków mięśniowych (*fibrilläre Zuckungen*); kończyny górne zgięte w łokciach i do klatki piersiowej nakrzyż przyciśnięte

tętno małe, twarde, 100 na minutę; oddech nieprawidłowy, przyspieszony, 34 na minutę, chrapliwy (*stertorosa*). Powłoka zewnętrzna całego ciała przedstawiała wysoki stopień obrzmienia (*anasarca*), barwy była bladej; okolica pęcherza kulisto wypukła; w płucach grube wilgotne rżenia. Przy badaniu przez pochwę maciczną znalazłem: część pochwową macicy jeszcze na 4 ctm. długą, a ujście zupełnie zamknięte. Skurcze maciczne bardzo niewyraźne, powtarzały się mniej więcej co kwadrans. Jak przy badaniu palcem przez pochwę, tak i podczas każdego skurczu macicznego, jak niemniej przy naciskaniu na okolice nerek pojawiały się mocne drgawki (*convulsiones*) w kończynach górnych i twarzy. Od otoczenia dowiedziałem się, że chora nie oddawała moczu w ciągu całej doby. Zaleciłem suche banki na okolice nerek, wypuszczenie moczu za pomocą cewnika, a dla poskromienia drgawek, z powodu niemożności stosowania przez usta, enemy z pół drachmy wodanu chloralu, powtarzając takowe co pół godziny aż do usunięcia skurczu (*contractio*) kończyn górnych. Przystawienie baniek wywołało nadzwyczaj silne drgawki. Po 2-eh enemach drgawki mięśniowe i szczękoscisk (*trismus*) zupełnie ustąpiły; chora zdawała się być pogrążoną w śnie głębokim.

Taki stan przetrwał do god. 8-mej rano dnia 24 Grudnia, gdy chora, przebudziwszy się, użalała się na ból głowy i chęć do wymiotów; język był grubo obłożony, biały, z lewej strony zębami rozcięty. Po kilku skurczach macicznych nastąpiły wymioty i znów pojawiły się drgawki twarzy i kończyn górnych, przyczem jednak chora nie straciła przytomności. Cewnikiem wypuszczono do 2 funtów ciemno-brunatnego, mętnego i cuchnącego moczu, zawierającego znaczną ilość białka. Po enemie przeczyszczającej nastąpił obfity stolec. Przeciwko drgawkom, nierównie łżejszym i rzadszym niż dnia poprzedniego, zadawałem co 2 godziny po pół drachmy bromku potassu.

Przez cały dzień 24 Grudnia pojawiały się mniej więcej przy każdym skurczu macicznym drgawki, ale tylko oddzielnych pęczków mięśniowych; tożsamo spostrzegałem przy każdym badaniu chorej przez pochwę. Chora była ciągle senną (*somnolenta*); przy budzeniu uskarżała się na ból głowy; wymiotowała kilkakrotnie. O god. 8-mej wieczorem wystąpiły drgawki silniejsze; bóle porodowe dobrze rozwinięte; ujście maciczne na 3 ctm. w średnicy otwarte; przez cewnik odeszło blisko funt 1 takiegoż jak zrana moczu. Obawiając się z postępem porodu spotęgowania drgawek, zastosowałem 1 drachmę wodanu chloralu w enemie. Chora zasnęła po 20 minutach i spała zupełnie spokojnie do godziny 11-tej; odtąd, chociaż z powodu silnych bólów porodowych spać nie mogła, zachowywała się spokojnie; jedynie przed rozpoczęciem każdego skurczu macicznego doznawała drgawek w pojedynczych pęczkach mięśniowych twarzy i kończyn górnych.

25 Grudnia o godzinie 5-tej zrana urodziło się, bez pomocy sztuki, dobrze rozwinięte i żywe dziecko płci męskiej. Po odbytych porodzie, chora wpadła w głęboki sen, z którego nie budził jej nawet prawie nieusta-

jący krótki kaszel. O 9-tej zrana znalazłem chorą nie śpiącą, przytomną, uskarżającą się na okropny ból głowy; język obłożony; brzuch i okolica pęcherza wzdęte; co kilka minut drgawki pojedynczych pęczków mięśniowych w kończynach górnych. Wypuszczono półtora funta moczu, takież same przedstawiające własności jak poprzednio. Olej rącznikowy, następnie co 2 godziny po pół drachmy bromku potassu.

26 Grudnia. Drgawki zupełnie ustały; obrzmienie i siniśność twarzy znacznie mniejsze; rżenia w płucach w tym samym stopniu jak 23 Grudnia, oddech jednak nieco swobodniejszy; mocz wypuszcza się 2 razy na dobę. Napój z kwasu azotowego; inne lekarstwa odstawiono.

27 i 28 Grudnia stan chorej bez zmian.

29 Grudnia. Przez całą noc nadwyzwyczaj obfite poty; zrana chora pierwszy raz po 6-ciu dniach sama wydalila mocz mętny, ale mniej ciemno zabarwiony i mniejszą ilość białka zawierający; obrzmienie twarzy i kończyn górnych zupełnie znikło, kończyny zaś dolne jeszcze do kolan obrzmiałe; ból głowy zupełnie ustąpił. Z powodu rżeń w płucach i małej ilości płwocin zalecono, co dwie godziny po 5 granów kwasu benzoosowego i po 2 grany kwasu salicylowego.

2 Stycznia 1877 r., kaszel bardzo umiarkowany; białka w moczu zaledwie ślady znaleźć można. *Ferrum carbonicum saccharatum*.

6 Stycznia chora czuła się zupełnie dobrze, a po 2 tygodniach wstała; ślady białka w moczu ukazywały się aż do połowy Stycznia t. r.

Dziecko rozwija się dobrze.

Przypadek II. Dnia 25-go Stycznia r. z. wezwano mię na radę do m. Lipna do zamężnej p. Sz., starozakonnej, lat 23 wieku, lichej budowy ciała. Od lekarza ordynującego, p. GUMOWSKIEGO, dowiedziałem się, że Sz. rodziła przed 4-ma dniami po raz trzeci; ciąża i poród nie przedstawiały żadnych zboczeń; trzeciego dnia po porodzie, bez wiadomych przyczyn, pojawiły się drgawki mięśni całego ciała; chorą znalazłem nieprzytomną, z obrzmiałą ciemno-siną twarzą, zamkniętymi oczami i zacisniętymi zębami (*trismus*); skóra na reszcie ciała blada, zimna i pokryta lepkiem potem; tętno 130, drobne; głośne rżenia w płucach, oddech 56 na minutę, nierówny. Regularnie co 10 minut chora szeroko otwierała oczy, dziko spoglądała przed siebie, poczem zjawiały się drgawki w mięśniach twarzy i kończyn tak górnych jak i dolnych, trwające blisko 2 minuty, a następnie chora wpadała znów w śpiączkę (*sopor*). Odpiływo połogowe krwiste, umiarkowane; stolec i mocz oddawała chora dnia poprzedniego, bez żadnych zboczeń.

Po zastosowaniu enemy z drachmy wodanu chlorału, chora po upływie 20 minut uspokoiła się i zdawała się spać, sądząc z głośnego jej chrapania. Po upływie 4 godzin, gdy znowu wystąpiły drgawki w twarzy i kończynach górnych, powtórzono enemę z chlorału. Odtąd drgawki już więcej się nie powtórzyły, a po kilku godzinach chora zaczęła chwilowo przebudzać się; rżenia w płucach stawały się coraz głośniejszemi (*respiratio stertorosa*), a tętno coraz drobniejszem i częstszem. W nocy z 26 na 27

Stycznia chora straciła znowu przytomność (*sopor*) i skołała pod wieczór dnia 27-go przy oznakach obrzęku płucnego (*oedema pulmonum*).

**P r z y p a d e k III.** Starozakonna S. K. 25 lat wieku, zamężna, dobrej budowy ciała, dość otyła, pochodzi z rodziny skłonnej do cierpień nerwowych i zbocezeń umysłowych: matka cierpi na dychawicę nerwową (*asthma nervosum*) i pewien stopień osłabienia umysłowego (*fatuitas*), a starsza jej siostra po pierwszym porodzie wpadła w melancholię (*m. attonita*), po której obecnie pozostał dość znaczny stopień osłabienia umysłowego. Chorą, pierwiastkę zastałem dnia 8 Maja r. z. o godzinie 5 z rana w końcu drugiego okresu prawidłowego porodu, t. j. główkę dziecka w lewym wymiarze ukośnym z ciemieniem poniżej górnego otworu (*apertura super.*) małej miednicy, nieruchomą, brzegi ujścia macicznego usunięte w górę; woda płodowa przed 2-ma godzinami odpłynęła; miednica rozmiarów prawidłowych. Od kolegi ordynującego, d-ra PERKAHL'A, dowiedziałem się, że poród trwa już od kilkunastu godzin; bóle były częste i silne, ale od kilku godzin skurcze maciczne stały się rzadszemi i słabszemi. Przed pół godziną przy rozpoczęciu bólu, chora dotąd bardzo niecierpliwa i krzykliwa, nagle zamilkła, szeroko rozwarła błędne oczy i dostała mocnego napadu drgawek porodowych.

Przy badaniu przez pochwę napad drgawek ponowił się, a w kwadrans potem, przy rozpoczęciu bólu porodowego pojawił się napad trzeci, z większą jeszcze gwałtownością i z obrażeniem języka zębami. Widząc że skurcze maciczne wywołują napady drgawek i prócz tego, że skurcze owe, z powodu swej niedostateczności wcale nie przyczyniają się do przepchnięcia dziecka przez drogę porodową, nakoniec widząc, że nawet badanie palcem staje się pobudką do drgawek, postanowiliśmy natychmiast zastosować wdychania chloroformu, a po uspieniu rodzącej, bezwzględnie przystąpić do wydobywania dziecka za pomocą kleszczy. Uspienie nastąpiło po kwadransie wdychań chloroformowych i podtrzymywało się aż do wydobywania dziecka, co wszystko trwało nie więcej jak pół godziny; poczem chora obudziła się i była zupełnie przytomną. Po upływie jednak 20 minut, gdy macica zaczęła się kureczyć, wystąpił czwarty napad drgawek. Z powodu znacznego wpływu krwi łożysko wydobyto sposobem CRÉDÉ'GO a dla zapobieżenia ponowieniu się drgawek zastosowano enemę z pół drachmy wodanu chloralu. Spokojny sen przez cztery godziny; po przebudzeniu lekkie drgawki w mięśniach kończyn; powtórzenie enemy poczem 8 godzin snu spokojnego.

Na drugi dzień t. j. 9 Maja, chora uskarżała się na ciężar i ból głowy; rżenia w płucach, kaszel suchy; pęcherz moczowy wezbrany wypróżniono za pomocą cewnika; mocz ciemno-brunatnej barwy bez śladów białka.

W dalszym przebiegu położu, jakkolwiek trzeciego dnia po porodzie rozwinęła się sprawa zapalna otrzewni macicy (*perimetritis*), a dnia siódmego najprawdopodobniej zapalenie wsierdza (*endocarditis*) z nadzwyczajnie wysoką gorączką, stanem durzycowym (*status typhosus*) i głosem

majaczeniem (*deliria*), napady drgawek jednak więcej się nie powtórzyły. Wyzdrowienie nastąpiło po upływie trzech tygodni.

Dziecko urodziło się żywe, dobrze odżywiane i rozwija się zupełnie prawidłowo. (d. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia zwyczajne z d. 4 i 18 Grudnia 1877 r.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 1).

Na obu posiedzeniach, o których tu mowa nader żywo zajmowała Towarzystwo zbrodnia, która prof. GIRSZTOWTA dosięgła, oraz zarzuty, jakie po większej części chirurgiczni dyktanci robili leczeniu, prowadząc w błąd opinią publiczną. Wiadomo, że pchnięcie nożem w pachwinę nastąpiło w chwili, gdy morderca nachylił się ku swojej ofierze, jak gdyby miał zamiar w rękę ją całować. Rana bardzo głęboka rozciągała się w skórze od zewnątrz ku wewnątrz i ku dołowi, poczynając od okolicy kolca górnego biodrowego, w kierunku krętarza mniejszego. Ogromny i natychmiastowy krwotok, który sam zraniony przez uciśnięcie ręką powstrzymać usiłował, był dla niego nawet samego dowodem, że tętnica udowa była przecięta. Po rozszerzeniu rany przy najniższym popuszczeniu nacisku, krew kłowała się w jej głębi, jakby woda w źródle i zanim nadeszła pomoc cała tkanka podskórna i międzymięśniowa krwią były nasiąknięte, tak iż samo odszukanie tętnicy, niesłychanie było utrudnione, a o szczegółowym oznaczeniu miejsca w którym skaleczoną została ani nawet mowy być nie mogło. Przewiązano tętnicę udową powierzchowną najwięcej podejrzaną i to najwyżej ile możności; krwotok zatrzymał się zaraz, ale w dziesięć minut potem z nową objawił się gwałtownością i to dopiero okazało dowodnie, że tętnica udowa głęboka była skaleczoną, ale czy nią była sama, czy też obie: powierzchowna i głęboka zarazem, w miejscu gdzie się rozchodzą, było niepodobna rozstrzygnąć. W każdym razie przewiązanie powtórne tętnicy udowej wspólnej (przed jej rozdziałem), było jasno wskazane, dopełnił go też natychmiast kolega ORŁOWSKI, gdyż prof. KOSIŃSKI do tego stopnia był już znęcony, iż musiał prosić o wyreżenie. Ktokolwiek dokonywał przewiązania przy skaleczeniach tętnic ten wie, co to jest walczyć z krwotokiem, oraz szukać naczynia skaleczonego wśród tkanin krwią nasiąkniętych i dziwić się będzie zarozumiałości wielu krytyków, którym się zdaje że tam się tak wszystko odbywa, jak przy przewiązywaniu tętnic na trupie. Po tem następnem przewiązaniu, krwotok zatrzymał się ostatecznie, ale utrata krwi była ogromna i najmniej 5 funtów wynosząca; tętno było jednak wyczuwalnem, oddech swobodny, stan sił stosunkowo dobry, tylko nastąpiły bezprzykładnie obfite poty, trwające aż do dnia następnego. W trzy dni później zaczęła objawiać się zgorzel na palcach i na skórze kończyn, a w tydzień posocznica (*septicaemia*), wskutek której śmierć nastąpiła. Poszukiwanie pośmiertne wykryło, że zranioną była tętnica udowa głęboka, na centimetr od miejsca, gdzie się od powierzchownej odłącza, że nie była zupełnie przecięta, lecz tylko nadcięta do połowy swojej grubości od tyłu na dowód, że nóż zabójczy ostrzem był ku przodowi zwrócony. Wszystkie te szczegóły po części już znane, opowiada prof. KOSIŃSKI i przechodzi do trzech zarzutów, które leczeniu zrobiono. I tak zarzucano najprzód że przy ogromnej utracie krwi nie zrobiono jej przetoczenia (*transfusio*); odpowiedź na to była łatwa, gdyż sama krwi utrata nie stanowi jeszcze do tej operacji wskazania, lecz skutki jej utratą życia zagrażające; że zaś

przytomność ani na chwilę chorego nie opuszczała, tętno było wymagalne chociaż słabe i oddech dobry, znając więc łatwość z jaką się krew odtwarza, postanowiono czekać i na cierpliwości wygrano, gdyż już w dniu następnym tętno znakomicie wzmożniło się. Drugi zarzut który wiele narobił hałasu, sciążał się do przewiązania tętnicy, mniemano bowiem, że gdyby zamiast przewiązywać zrazu tętnicę udową powierzchowną, a następnie wspólną, przewiązano udową głęboką, to nie byłaby prawdopodobnie pokazała się zgorzel na skórze goleni i uda. Zarzut ten miałby za sobą pozór słuszności, gdyby w pierwszej chwili zaraz można było rozróżnić miejsce i jakość skaleczonej tętnicy, o których na nieszczęście dopiero skutek pierwszego przewiązania, a najwięcej samo badanie pośmiertne poinformowało. A zresztą, gdyby nawet cały stan rzeczy odrazu zaraz był jasnym, to przewiązanie tętnicy głębokiej skaleczonej o kilka linii od swego wyjścia, musiałyby nastąpić przy samym owem wyjściu, to jest tuż przy pniu tętnicy powierzchownej, a wtedy wytworzenie się odpowiedniego skrzepu i powstanie z niego przyzwoitej zatyeczki w przewiązaniem naczyniu byłoby niemożliwym i krwotok przy odpadnięciu przewiązki byłby się niechybnie powtórzył. Trzeci zarzut odnosił się do odjęcia; mniemano bowiem, że przy powstającej zgorzeli odjęcie kończyny było wskazaniem. Zważywszy jednak, że wypadaloby tu chyba wykonać wyłuszczenie uda ze stawu biodrowego, to przy małym zadawałających w ogólności wynikach, jakie owo wyłuszczenie przedstawia, przy ogromnem osłabieniu chorego i przy widokach nader długiego gojenia się rany, wymagania takie były wszelkiej pozbawione podstawy.

Na następnem posiedzeniu zabrał głos kol. ORŁOWSKI i dowodził, że w danym razie przewiązanie tętnicy udowej głębokiej oprócz niemożliwości wytworzenia się dostatecznej zatyeczki, nawet wtedy byłoby nieodpowiedniem, gdyby tętnica głęboka o wiele poniżej była nadcięta; na przeszkodzie bowiem stanąć by mu musiały tętnice biorące początek z samego początku tętnicy udowej głębokiej, a mianowicie z a g i ę t a z e w n ę t r z n a i w e w n ę t r z n a. Przystępując do podwiązania tętnicy jakiegokolwiek niezbędną jest nietylko dokładna znajomość jej położenia, oraz jej przebiegu, lecz także i możność dojścia do niej. Otóż tętnica głęboka bierze początek niżej lub wyżej z tyłnej ściany tętnicy powierzchownej, a początek ten jest nader zmienny, tak, iż różnica jaką spotykamy, niekiedy kilku centymetrów dochodzi. Początkowo tętnica skierowana jest ku tyłowi, następnie zstępuje pionowo po za tętnicą powierzchowną i biegnie za nią równoległe, dalej zaś zbliżając się do kości, przechodzi poza mięsień k s o b n y długi, który tutaj oddziela ją od tętnicy udowej powierzchownej. Tym więc sposobem, w celu przewiązania tętnicy głębokiej wypadłoby odpreparować znaczną część tętnicy powierzchownej, idąc rozumie się od zewnątrz; od wewnątrz bowiem znajdujemy tutaj stale żyłą udową. Z tych więc względów w przypadku danym, gdyby nawet była z początku zaraz istniała możność ścisłego rozpoznania zranienia tętnicy głębokiej, w niedalekiej odległości od jej początku, rozpoznanie to nie mogłoby być wpływające na wskazanie stanowczego przewiązania tętnicy udowej wspólnej. Zasada jest niewzruszoną przy skaleczeniu gałęzi obojznych w bliskości pni tętnicznych, z których one pochodzą, przewiązywać pnie owe, a tym więcej zasada ta w danym przypadku na uwzględnienie zasługiwała, że w całej nowożytniej kazuistyce chirurgicznej z przewiązaniem tętnicy udowej głębokiej spotkać się niepodobna. HALL w r. 1844 przewiązał ją był wprawdzie, lecz wprost przez pomyłkę. Zamiarem jego było przewiązać przy skaleczeniu, tętnicę biodrową wspólną w miednicy poza więzadłem POUFART'A i rzeczywiście zamiaru tego dokonał, ale poszukiwanie pośmiertne wykry-

Ło jednak, że przewiązana była tętnica udowa głęboka, która w tym przypadku nieprawidłowo już się w miednicy oddzielała od swego pnia głównego. Z porządku rzeczy kol. ORŁOWSKI rozbiera zarzut również postępowaniu naszych chirurgów zrobiony, że lepiej było przystąpić wprost do przewiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, zamiast dokonywać operacji w miejscu skaleczenia. Odpowiedź na to jest także prosta: właśnie to ostatnie jest przyjęte w chirurgii za niewzruszone prawidło, od którego odstępuje się wtedy jedynie, gdy chodzi o zranienie naczyń głęboko położonych, a stosunki anatomiczne wiele utrudniają dojście do nich, jak to np. przy obrażeniach tętnicy łokciowej lub piszczelowej przedniej ma miejsce. Pomijamy tu usprawiedliwienie tego prawidła gdyż to do rzędu elementarnych należy wiadomości. Mylą się równie krytycy opierając się na fakcie, że zgorzel kończyny następuje częściej przy przewiązaniach tętnicy udowej, aniżeli przy przewiązaniach biodrowej zewnętrznej, fakt ten bowiem dotąd nie wytłomaczony, a jednak jaknajdawniej na statystyce operaty, odnosi się wyłącznie do przewiązań tychże naczyń, z powodu tętniaka (*aneurisma*), a nie z powodu obrażeń urazowych. Statystyka dowodzi właśnie, że przy tych ostatnich zgorzel kończyny, w równej występuje mierze czy to przy przewiązaniu tętnicy udowej, czy też biodrowej zewnętrznej i wynosi około 30% ogólnej liczby operowanych przypadków. W przypadku danym do wytworzenia zgorzeli przyczyniło się jeszcze niemało przecięcie nerwów udowych, które jak wiadomo już samo przez się powoduje zgorzel. Pomijając wreszcie przetoczenie krwi, do którego wskazania nie było, jak to słusznie zauważył kol. KOSIŃSKI, można jeszcze w uzupełnieniu zarzutów dodać słów kilka, dla czego nie przystąpiono do odjęcia całej kończyny. Początkowo o odjęciu mowy być nie mogło, śmiertelność bowiem po odjęciach uda w górnej jego części, jest straszną, równa się bowiem niemal śmiertelności po wyluszczeniach uda i w porównanie nawet iść nie może z niebezpieczeństwem po przewiązaniu tętnicy. Do tej ostateczności więc uciekać się nie należało. Następnie zaś po wystąpieniu zgorzeli, poczynającego się rozpadu w ranie, oraz niewydatnienia się objawów posocznicy, odjęcie kończyny narażałoby tylko chorego na nowe cierpienia bez żadnych powodzenia widoków.

W dodatku do powyższych objaśnień kol. SZOKAŁSKI zapytuje, jak sobie objasnić, że po pierwszym przewiązaniu tętnicy udowej powierzchownej, która rzeczywiście uszkodzoną nie była, krwotok się na 10 minut zatrzymał i potem dopiero powrócił. Prof. KOSIŃSKI mniema, że przewiązanie pnia udowego powierzchownego bezpośrednio pod odejściem skaleczonej tętnicy głębokiej, mogło ściągnąć ku przewiązance błonę średnią (*adventitia*), nadeciętego naczynia i chwilową zrzadzić dla odpływu krwi przeszkodę. Prof. HOYER zaś domniemywa się, że przewiązanie sprawiło jak zwykle pęknięcie błony wewnętrznej (*intima*), która w tym razie wywinąwszy się ku wewnątrz utrudniała przepływ krwi do nadeciętego naczynia <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Czasopisma nielekarskie, a nawet i niektóre lekarskie, podając szczegóły o chorobie ś. p. GUSZTOWTA, popełniły tę wielką niewłaściwość, iż na wsze strony świata głośiły jakoby kuracja zmarłego profesora, odbywała się „pod uniejętnem przewodnictwem, pod światłym kierownictwem“ i t. p. jednego z jego kolegów, przy pomocy licznego grona znanych lekarzy i t. d. Falsywne to przedstawienie rzeczy przyznaje niezbyt zaszczytną, bo całkiem podrzędną rolę tym lekarzom, którzy taką troskliwością i staraniem loże cierpiącego otaczali. Nie dziwimy się pismom nielekarskim, gdyż te powtarzały tylko to, co im tendencyjnie donoszono; ale piszący do pism lekarskich wiedzieć powinni i wiedzą o tem aż nadto dobrze, że tam, gdzie kilku lekarzy nad leczeniem chorego obraduje, o żadnem przewodnictwie mowy być nie może, gdyż wszystkie kwestyje doty-

W końcu posiedzenia postawiono wniosek uczczenia pamięci GIRSZOWTA przez ustanowienie dla jednego z uczniów Wydziału lekarskiego, wieczystego s t y p e n d i u m imienia nieboszczyka. Wniosek ten jednomyślnie został przyjęty, że zaś summa mająca być zebraną musi być znaczna, postanowiono więc za pomocą pism peryjodycznych odwołać się do obszernej publiczności i prosić właściwą władzę o pozwolenie zbierania składek.

\* \* \*

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA ROSSYJSKIEGO.

### Materyjały do patologii i terapii durzycy powrotnej.

J. MOCZUKOWSKIEGO, ordynatora odesskiego miejskiego szpitala.

Sprawozdanie II. **Dobrzyckiego.**

(Dokończenie.— Zob. N. 1).

Trzecia, również ważna część pracy autora, ma na celu wykazanie, że poglądy GRIESINGER'A i LEBERT'A, którzy twierdzą, iż durzycy powrotnej i żółciowej stanowią dwie oddzielne i samoistne postaci chorobne, nie są uzasadnione. Autor nasz przeciwnego jest zdania, a w tym względzie zdanie to nie jest odosobnione, albowiem HEIDENREICH i AFANASIEW, również na klinicznych i anatomo-patologicznych spostrzeżeniach oparci twierdzą, że powrotna i żółciowa durzycy wspólnego są pochodzenia. W przebiegu obu tych postaci istnieje wiele bardzo wspólnych objawów. Dopiero od chwili pojawienia się żółtaczki co w dni 4 — 6 ma miejsce, obraz się zmienia, a wszelkie dostrzegane różnice, tak co do samego przebiegu, jako też i zejścia, nagromadzeniem składników żółci we krwi dadzą się objaśnić. Obraz durzycy żółtaczkowej skreślony przez GRIESINGER'A, a skopijowany przez LEBERT'A, jest obrazem durzycy powrotnej, żółtaczką powikłanej. KERNIG zauważył, iż obie te postaci pod względem klinicznym przedstawiają jeden i tenże sam typ, który w durzycy żółciowej właśnie z powodu obecności składników żółci we krwi ulega zmianie, podczas gdy wszelkie inne powikłania w przebiegu tak durzycy powrotnej, jako i żółciowej występujące, zarówno się napotykają. Co się tyczy śmiertelności, to różnice są tu bardzo znaczne, bo gdy przy durzycy powrotnej śmiertelność 2—5% (BRUNNER), lub też blisko 15% (HERMANN) wynosi, to przy durzycy żółtaczkowej dosięga ona 66% (LANGE); zatem widoczną zarazem jest rzeczą, o ile rokowanie w drugiej jest gorszem jak w pierwszej. Zmiany napotymane przy badaniu pośmiertnem: śledziony, wątroby, płuc, przewodu żółciowego wspólnego i przewodu pokarmowego, w obu dwu postaciach chorobnych są wspólne i nie przedstawiają nic cechującego coby dało podstawę do przyjęcia ich za dwie oddzielne i samoistne choroby. Wszelako najsilniej za tożsamością (identycznością) powrotnej i żółciowej durzycy przemawiają zmiany, jakie w obu tych postaciach, za życia we krwi chorych znajdujemy. Według OBERMAIER'A i tych wszystkich, którzy nad zbadaniem durzycy powrotnej pracowali, obecność wyżej opisanych drobnowidzowych ustrojów (nitkowce) we krwi chorych uległych durzycy

czące danego chorego, kolegialnie się rozstrzygają. Takie niewłaściwe postąpienie niektórych pism specjalnych, zniewoliło nas do skreślenia tych słów kilku w obronie kolegów, którzy tak czynnie i umiejętnie pomoc nieboszczykowi nieśli, tembardziej, że nawet podczas rozpraw sądowych, owa chęć przyznawania sobie jakiegoś kierownictwa wyraźnie się ujawniła.

(Red.).



powrotnej, jest zjawiskiem stałym i dla takowej cechującym. Otóż, ponieważ autor od chwili nabrania wprawy w drobnowidzowe badanie rzeczonych ustrojów zawsze obecność tychże i przy durzycy żółtaczkowej stwierdzał, zdążył wniosek, że obie te postaci wspólne są pochodzenia, ponieważ zjawisko, stanowiące niewątpliwie ich swoisty charakter, jest dla nich wspólne. Dla uzupełnienia i wykazania, że durzyca żółtaczką powikłana, odmianę tylko durzycy powrotnej stanowi i że spostrzegana w Odessie, była ściśle tąż samą, jaką GRIESINGER w Kairze spostrzegł i pod nazwą *typhus biliosus* opisał, przytacza autor opis przypadku durzycy powrotnej w przebiegu której dnia 4-go wystąpiła żółtaczką. Otóż opis ten jak również i opis innych przypadków z licznymi powikłaniami przebiegających, z takimiż opisami GRIESINGER'A jest zupełnie zgodny. A jeżeli zwrócimy uwagę na to, co i GRIESINGER'owi było wiadomem, że jego *typhus biliosus* spotyka się w Krymie, to jest miejscowości z Odessą sąsiadującej, to dane wyżej przytoczone, są aż nadto wystarczającymi, aby przekonać że *typhus biliosus* GRIESINGER'A był durzyca powrotną, powikłaną silniejszym zajęciem wątroby. (W tem miejscu uważamy za stosowne dodać ze swej strony, że już w roku 1864—66 w czasie epidemii durzycy powrotnej w Petersburgu panującej, lekarze tameczni bynajmniej nie uważali durzycy żółciowej za oddzielną postać chorobną, lecz za durzyca powrotną z cięższym przebiegiem, a o czem NIEMEYER w 8-mem wydaniu znanego powszechnie swego dzieła wspomina. *Spraw.*).

Jako najdotykalszy dowód tożsamości obu postaci niewątpliwie posłużyć może ten fakt, iż krew chorego uległego durzycy żółciowej zawierająca nitkowce zaszczerpią zdrowemu człowiekowi, dnia 7-go wywołała durzyca powrotną prostą, bez powikłań<sup>1)</sup>. Dla ostatecznego rozwiązania rzeczy należałoby wykazać, (mówi autor) na odwrót możność wytworzenia durzycy żółciowej przez zaszczerpienie krwi z chorego uległego durzycy powrotnej niepowikłanej żółtaczką. W tym względzie autor nie miał sposobności wykonania bezpośredniego doświadczenia (eksperymentu); natomiast przytacza przypadek, w którym miało miejsce, jeśli tak powiedzieć można, naturalne zaszczerpienie; chora bowiem która z typowymi objawami durzycy wysypkowej (*t. exanthematicus*) do Odesskiego szpitala przybyła, i w 18 dni potem już w okresie zdrowienia się znajdowała, nazajutrz t. j. dnia 19 dostała silnych dreszczów, będących wstępem do całego szeregu zjawisk durzycę żółtaczkową cechujących. Jestto nader ważne spostrzeżenie, dowodzi bowiem możności przejścia durzycy powrotnej w ściśle znaczeniu tego słowa, w durzyca żółciową czyli dowodzi ściślego pokrewieństwa obydwu tych postaci chorobnych, ich wspólnego źródła, słowem ściślej ich tożsamości (identyczności). Że tak było istotnie, to w danym przypadku przemawia za tem ten fakt, iż podówczas w rzeczonym szpitalu od dwóch miesięcy nie było ani jednego przypadku durzycy żółciowej, a tylko czysta durzyca powrotna. Nadto chora musiała się zarazie nie gdzieindziej, a w samym szpitalu, w czasie przebiegu jej pierwszej choroby, faktem bowiem jest pewnym iż czas trwania okresu wylegania (*incubatio*) durzycy powrotnej prostej lub powikłanej od dni 7—9 wynosi.

Ostatecznym więc wynikiem trzeciej i ostatniej części pracy autora jest uzasadnienie tego twierdzenia, że przyjęcie przez GRIESINGER'A durzycy żółciowej jako samoistnej postaci w znaczeniu nozologicznem,

<sup>1)</sup> Ciekawe doświadczenia zaszczerpienia tego zabójczego jadu na zdrowym człowieku podał autor w *Centrbl. f. d. m. Wissenschaft. 1876. N. 11.* (Zob. MEDYCYNY T. IV. N. 18 str. 293. *Red.*).

jak również i wyróżnianie jej pod względem geretycznym od durzycy powrotnej nie ma podstawy.

Cała powyższa praca, jako na samodzielnych poszukiwaniach oparta, świadcząca o gruntownem i sumiennem przygotowaniu autora, napisana językiem pięknym, treściwie a jasno w obec umiejętnego spożytkowania obszernego materiału biblijograficznego, stanowi cenny przyczynek do rozjaśnienia danego pytania.

## O D C I N E K.

### Krótki opis szpitala barakowego w Rydze <sup>1)</sup>.

Podał dr. Władysław **Piotrowski**, asystent oddziału chirurgicznego w tymże szpitalu.

Szpital barakowy, miejski w Rydze, t. z. po niemiecku „*Allgemeines Stadtkrankenhaus*” albo „*Barackenhospital*”, wykończony został w r. 1873. Położony jest na przedmieściu Petersburgskiem, przy zbiegu dwóch ulic, Ryckerskiej i Mikołajewskiej (*Ritter — u. Nicolaistrasse*). Zajmuje obszerną przestrzeń, wynoszącą 9500 sążni kw. czyli 43244 metrów kw, jest położony stosunkowo dość wysoko, na wzniesieniu naddźwińskiej, na której rozciąga się przedmieście Petersburgskie i oddzielony jest od Dźwiny rozległym pastwiskiem i sztuczniei ogrodami pp. **GOEGGINGER**A i **WAGNER**A. Otoczenie szpitala obszernemi i bardzo mało zaludnionemi ulicami, ułatwia przypływ świeżego powietrza, a wyniosłe położenie i osłonięcie od strony zachodniej, umożliwiają przystęp wiatru i powietrza morskiego.

System barakowy szpitali, datuje się od ostatniej wielkiej wojny w Ameryce. Pod wyrazem barak, w znaczeniu naukowem, rozumieć należy podłużny dom dla chorych, którego główną część składową stanowi duża sala i którego dach jest w środku, wzdłuż, na szerokość 8 stóp przerwany, w górę 12 stóp wyniesiony i dopiero przykryty. Wyniesienie to, opatrzone z obydwóch stron łatwo otwierającemi się oknami, służy wyłącznie do odświeżania powietrza. Podobne urządzenia znajdują się na budynkach, wymagających silnej wentylacji, jak np. na gorzelniach, pracowniach chemicznych, fabrykach gazu i t. p.

Szpital tutejszy obejmuje w sobie łózek 400, składa się z 6-u wykończonych baraków i starego domu szpitalnego. Cztery baraki zostaną dobudowane w następnych paru latach.

Szpital barakowy rygski został wybudowany na wzór szpitala barakowego w Berlinie, wystawionego podług wskazówek **VIRCHOW**A <sup>2)</sup>. Wielkość i urządzenie każdego baraka, jak również podział przytykających doń pokoiów, z małemi zmianami, zostały zachowane też same. Tutejszy klimat wymagał jednak urządzenia dolnego, ogrzewanego korytarza, łączącego z sobą wszystkie sześć baraków, jak również zaprowadzenia gruntowniejszego systemu opalania i dokładniejszej wentylacji. Wszystko to zostało należycie uwzględnionem.

<sup>1)</sup> Obszerny opis tutejszych baraków z planami p. **D** **ER** **WALDHAUER**A jest pomieszczony w „*Zeitschrift für Bauwesen*,” wydawanem przez **ERBKAM**A. Jahrgang XXIII. Heft. 10—12, 1873.

<sup>2)</sup> Bliższe szczegóły o szpitalu barakowym w Lipsku i w Berlinie, znajdują się w *Berliner Communalblatt*. Jahrgang 1868. N. 13, str. 558—580, przez **LANGENBECK**A, **BAUM**A i **ESMARCH**A podane.

Każdy barak składa się z sutereny i znajdującego się nad nią właściwego baraka. Suterena jest tu wyżej wzniesiona, aniżeli zwyczajnie, a to w tym celu, aby korytarz, przebiegający w poprzek, pod barakami, mógł mieć też samą wysokość i tę samą budowę co i suterena. Barak jest jedno-piętrowym, podłużnym budynkiem, na którego obydwóch końcach, znajdują się dwupiętrowe wzniesienia. Frontowe wzniesienie mieści w sobie pokoje pojedyncze i mieszkanie asystenta; tylne zawiera w sobie salę do wypoczynku (*Erholungssaal*), jeden pokój separacyjny, kuchnię do gotowania herbaty, mieszkanie posługacza, umywalnię, wanny, wychodki i zbiornik wody.

Suterena i korytarz są całkowicie wybudowane z cegły. Korytarz łączący baraki z sobą, przebiega pod spodem przedniej części każdego baraka i za pośrednictwem drzwi, schodów i sieni, oddzielony jest dostatecznie od każdej sali, tak, że o przewiew obawiać się nie można. Nadto jest on dobrze przewietrzany, za pomocą odpowiednich w jego szczycie umieszczonych otworów, oświetlany jest gazem, a ogrzewany, jak niżej zobaczymy, temi samymi rurami, które przebiegają przy ścianach wewnątrz baraka. Posadzka w nim jest wyłożona asfaltem. Komunikacja baraków z kuchnią i pralnią (*Oekonomiegebäude*) odbywa się tymże korytarzem, za pomocą wózków, których kółka obłożone są gumą.

Na wysokiem podmurowaniu, mieszczącym w sobie sutereng, spoczywa właściwy barak. Ściany baraka zbudowane są z podwójnych, grubych desek, pomiędzy którymi znajduje się warstwa tektury. Z zewnątrz pokryte są ściany również tekturą, na której przymocowana jest gwoździami płaska dachówka, a to wszystko nakoniec obłożone warstwą wapna. W ten sposób wybudowane ściany, zawierają w sobie odpowiednią ilość powietrza i, — jak doświadczenie nauczyło, — stawiają dostateczny opór, wpływom zmiennej pogody tutejszego klimatu. Warstwa zewnętrzna wapna, nadaje barakowi wygląd budowy murowanej, usuwa potrzebę częstego olejnego malowania, a w razie pożaru, na co VIRCHOW tak silny kładzie nacisk, zmniejsza znakomicie niebezpieczeństwo.

Wielkość sali dla chorych każdego baraka, jest zupełnie tą samą, jak w szpitalu barakowym w Berlinie: 80 stóp długości, 29½ szerokości, 18½ od podłogi do wzniesienia wentylacyjnego, a 30 stóp w środku sali od podłogi do szczytu tegoż wzniesienia. Po obydwóch stronach sali, stoją żelazne łóżka w liczbie 32, — 16 łóżek po każdej stronie. Chorzy leżą głowami zwrócenii ku oknom. Łóżka oddalone są od ścian na 3 stopy. W każdej ścianie podłużnej znajduje się 7 okien. Pomiędzy łóżkami stoją małe stoliczki. W środku sali, wzdłuż, swobodna znajduje przestrzeń w której samym środku wznosi się czterokątny, murowany komin, przebiegający od sutereny na dach baraka i służący do odprowadzania dymu z obydwóch kaflowych pieców (w suterenie), ogrzewających powietrze wentylacyjne. Po obydwóch stronach owego kolumna, również w linii środkowej sali, wznoszą się dwa owalne, 8 stóp wysokie kaflane pseudo-pieczę, które w środku są puste, a w górze otwarte i służą do przypiływu do baraka świeżego, zewnętrznego, a w piecach kaflowych w suterenie będących ogrzanego powietrza. Przy wejściu do sali, po prawej i lewej stronie, znajdują się dwa pokoje dla służby barakowej (felezer i służąca albo dwie służące). Na końcu sali węższa znajduje się przestrzeń, z której po jednej stronie prowadzą drzwi do umywalni i wanien, po drugiej, do wychodków; w środku tej przestrzeni, przez dwoje drzwi szklanych, wychodzi się do obszernej, przez dwa piętra idącej sali, która służy albo do wypoczynku, albo też za jadalnię dla tych chorych, którzy się z łóżek już mogą podnosić (rekonwalescentów).

W umywalni znajdują się przy ścianie trzy miedziane miednice, z przyprowadzającymi i odprowadzającymi wodę rurami; przy drugiej ścianie stoją dwie wanny z takim samym urządzeniem dla wody gorącej i zimnej, przepływającej i odchodzącej. W wychodkach ma miejsce sztuczne przemywanie wodą w czasie ich użycia. Pissoir jest do pewnej wysokości ustawicznie wodą napełniony i przy tem ciągle zostaje przemywany, gdyż przy stałym strumieniu świeżej wody przyplływającej, tyle jej odchodzi ile przybywa. Wychodki są zaopatrzone w system wentylacyjny (patrz niżej), tak, że żadne z nich wyziewy miejsca mieć nie mogą. Umywalnia, łazienki, wychodki i kuchenka do gotowania herbaty, są wylane asfaltem. Za wychodkami znajdują się schody idące w górę i na dół: pierwsze prowadzą do pokoju separacyjnego nad umywalnią, do zbiornika wody i do stancyi posługacza; drugimi schodzi się do ogrodu, położonego pomiędzy barakami.

Przeszedłszy frontowe schody prowadzące od korytarza do sieni przed salą barakową, po jednej i po drugiej stronie tejsze sieni, są dwa pokoje dla assystenta, odpowiedniego oddziału. W drugim końcu tejsze sieni, wprost sali barakowej, prowadzą szklane drzwi na balkon. Przed temi drzwiami idą schody w górę do przedsionka, z którego po obydwóch stronach prowadzą drzwi do pokoiów oddzielnych, a w środku idą drzwi na galeriją, obiegającą wewnątrz (na początku tego opisu wzmiankowane) wyniesienie dachu. Galeryja ta przebiega pod oknami, znajdującymi się w obydwóch podłużnych ścianach tegoż wyniesienia i służy do otwierania albo zamykania okien, które w pierwszym razie niezmiernie silny odływ powietrza z sali barakowej powodują.

Przechodzę teraz do technicznej, a więc najważniejszej części każdego baraka. Daje się ona podzielić na trzy następujące systemy: I. Ogrzewanie baraka wodą. II. Wentylacja t. j. ogrzewanie i przepływ czystego powietrza. III. Zaopatrywanie baraka w potrzebną wodę gorącą i odływ zepsutego powietrza.

I. Ogrzewanie wodą zwykle zasadza się na systemie rur, których woda zostawszy ogrzaną w pewnym środkowym punkcie, podług pewnych praw fizycznych, zostaje wprowadzoną w ruch, przebiega przez rury i teniż rurami w dalszym ciągu powraca nazad do miejsca, z którego wyszła. Tak też jest i tutaj. W suterenie znajduje się wielki, żelazny piec <sup>1)</sup>, w którego wnętrzu urządzone są dwa zbiorniki wody, górny i dolny, połączone z sobą rurami. W środku tego pieca mieści się ognisko. Z górnego zbiornika wody, wychodzi główna rura, rozdzielająca się wkrótce na dwa wielkie ramiona, które po krótkim przebiegu w suterenie, wchodzą do sali barakowej: jedno na prawą, drugie na lewą stronę. Tutaj każde z nich rozdziela się na cztery gałęzie (rury), przebiegające wzdłuż ścian podłużnych, pod wszystkimi oknami sali barakowej; przy drugim końcu sali te cztery gałęzie schodzą się we dwie, które znowu swoją koleją przebiegłszy przez wszystkie pojedyncze pokoje, zstępują na korytarz pod sufit, zakreślają tu dwie długie linije, wchodzą napowrót do suterenu, łączą się z sobą, tworzą jedną rurę i ta nakoniec otwiera się do dolnego zbiornika wody w wielkim piecu BOWER'A. Tym systemem ogrzewania, przy zewnętrznej ciepłocie — 1<sup>o</sup> R., bez wielkiego natężenia w paleniu i przy zamkniętej wentylacji, można podnieść temperaturę baraka do + 40<sup>o</sup> R. Przy średnim mrozie (— 10<sup>o</sup> R.), ze czterech rur w sali dwie muszą być zamknięte, a tylko drugie dwie ogrzewane. Jeśli tem-

<sup>1)</sup> Konstrukcyi BOWER'A w Londynie.

peratura w sali barakowej, w zimie, jest 16°, to w suterynie 13 — 14°, a w korytarzu tylko 10° R.

II. Wentylacja ma na celu dostarczanie świeżego powietrza, po poprzednim tegoż ogrzaniu. W suterenie, pod spodem dwóch, w baraku znajdujących się, wyżej wspomnianych pseudo-pieców (*Luftschlotte*), są pomieszczone dwa wielkie kafłane piece, z których każdy otoczony jest mурowanym płaszczem (*Mantel*). Dwa te płaszcze, które w górze są otwarte, przedłużają się bezpośrednio w ściany owych dwóch pseudo-pieców, tak, że te ostatnie razem z temi płaszczami, stanowią dwa nierozdzielne, wielkie kanały. Pod każdy płaszcz, w dolnej ich części, otwierają się dwa o 4-ch stopach kwadratowych mniejsze kanały, z których jeden na jednej, drugi na drugiej, podłużnej, zewnętrznej stronie baraka, bierze początek. Temi to ostatnimi kanałami, powietrze zewnętrzne, świeże, wchodzi pod owe przykrycia, tutaj w zetknięciu z piecami kafłowymi zostaje ogrzanem, wstępuje szybko w górę i dwoma wielkimi kanałami wchodzi do sali barakowej; a będąc chłodniejszym (13—14°) od powietrza w sali, rozlewa się po niej w ten sposób, że tworzy najniższą warstwę powietrza, znajdującego się w sali barakowej. Ilość przyplwającego w ten sposób powietrza, jest regulowaną za pomocą dwóch klap: jednej znajdującej się w dużym, drugiej, w małym kanale. Klapy te mogą być dowolnie na  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{2}{3}$ , albo całkowiec zamknięte. Temperatura tegoż powietrza jest kontrolowaną za pomocą termometru, umieszczonego w dużym kanale.

W ten sposób urządzony przyplw świeżego powietrza, zimową porą ma cel czysto wentylacyjny. Przeciwnie na wiosnę i w jesieni, kiedy ogrzewanie wodą nie ma miejsca, powietrze wentylacyjne do odpowiedniej ciepłoty ogrzane, służy jednocześnie za środek do ogrzewania sali barakowej. W lecie zaś służy ono nietylko do wentylacji, ale i do zniżenia ciepłoty, przez wstawienie lodu do wielkiego kanału.

III. Zaopatrywanie baraka w potrzebną wodę gorącą polega na tych samych zasadach co i ogrzewanie z tą tylko różnicą, że tu w przebiegu rur umieszczone są dwa zbiorniki wody <sup>1)</sup> (w tylnej, górnej części baraka), z których jeden zawiera w sobie stale pewien zapas wody gorącej. I w tym systemie znajduje się, w centralnym punkcie (w suterenie), mniejszy piec BOWER'A, w którego górnej połowie bierze początek rura, idąca w górę do zbiornika wody gorącej i ogrzewająca tę ostatnią. Ze zbiornika wody gorącej i zimnej, idą dwie rury bezpośrednio do miednic i wanien w unywalni.

Ponieważ system ten, jako dostarczający wodę gorącą, pozostaje przez cały rok w ciągłym ruchu; zatem był on najodpowiedniejszym do urządzenia przy nim odpływu zepsutego powietrza. W tym celu jedna dwucalowa rura, ze zbiornika wody gorącej, zstępuje do sali barakowej, rozdziela się tu na dwa ramiona, które przebiegają nad wszystkimi oknami, wzdłuż sali, aż do ostatnich kanałów, odprowadzających z baraka powietrze zepsute. W kanałach tych rury zginają się pod kątem prostym, zstępują do sutereny, biegną pod sufitem (obok rur powrotnych systemu ogrzewania), łączą się z sobą, tworzą jedną rurę i ta nakoniec otwiera się do dolnej części małego pieca BOWER'A. Pomiędzy rurą przebiegającą w sali, nad oknami i rurą powrotną, idącą w suterenie, przebiegają cztery rury czterocalowe. Rury te pomieszczone są w osobnych kanałach, 180 cali kw. w świetle mających i kończących się rurami cynkowymi nad dachem każdego baraka. Do kanałów tych prowadzą z sali ba-

<sup>1)</sup> Zasilane z wodociągów miejskich.

rakowej jedną stopę szerokie i dwie stopy wysokie otwory, opatrzone ła-two zasuwającymi się kłapami. Otwory te umieszczone są na połowie wysokości sali barakowej. W tych kanałach wentylacyjnych, powietrze zostaje ogrzane przez owe rury, prowadzące wodę gorącą. Ogrzane powietrze wstępuje kanałem w górę i wychodzi na zewnątrz przez rury cynkowe, znajdujące się nad dachem.

W jadalni, pomiędzy dwiema drzwiami, prowadzącymi z sali, przebiega wielki komin, o p a t r z o n y p ł a s z e z e m, a służący do odprowadzania dymu z obydwóch pieców BOWER'A. W zimie zostaje on ogrzewany przez obydwie piece, a w innych porach roku, tylko przez piec mniejszy. Pod płaszc tego komina, z jadalni otwiera się odpowiednia kłapa, a z umywalni i wychodków prowadzą rury żelazne. Przez ogrzanie komina, zostaje również ogrzane i powietrze, znajdujące się pomiędzy nim a płaszczem. Ogrzane w ten sposób powietrze wstępuje obok komina w górę, wychodzi na zewnątrz i, — że się tak wyrażę, ciągnie za sobą powietrze z wyżej wymienionych miejscowości.

Dla pokoiów oddzielnych i dla ich wychodków są urządzone osobne kanały wentylacyjne, ogrzewane tym samym systemem rur, które służą do przewietrzania sali barakowej.

Woda zużyta i wszystkie seiki z baraków, są odprowadzane osobnym podziemnym systemem rur do Dźwiny. Wszystkie sześć baraków oświetlone są gazem, a zaopatrywane w wodę zimną z wodociągów miejskich.

Wyżej opisany system przewietrzania, zapewnia barakom rzeczywiście najlepsze powietrze, jakie tylko w szpitalu mieć można; a zaprowadzony od roku, przez wprawnego chirurga dra H. JANSEN'A, opatrunek ran LISTER'A, wydaje tak świetne wyniki, jakich nawet w klinice dorpaciej niepostrzegalem.

Dyrektorem szpitala jest dr. BOCHMANN, ordynatorami oprócz JANSEN'A, dr. V. HOLST i L. GIRGENSOHN.

Ryga, 28 Listopada 1877 r.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**O soku żołądkowym ludzkim.** Ch. RICHTER (*in Jour. de Med. de Bruxelles*), z doświadczeń swych dokonanych w klinice VERNERIL'A na młodym człowieku, mającym przetokę żołądkową, wyprowadza następujące wnioski: Średnia zawartość kwasu w soku żołądkowym czystym lub zmieszany z zawartością pokarmową żołądka wynosi na 1000 gramów płynu 1,7 grm. kwasu; mniej niż 0,5 i więcej niż 3,2 grm. nigdy nie znalazł. Hość zawartego w żołądku płynu nie ma żadnego wpływu na jego kwaśność; czy żołądek jest czysty czy też wydładowany pokarmami, to jego zawartość kwasu pozostaje prawie bez zmian. Wino i wyskok zwiększają ilość kwasu; cukier zaś takową zmniejsza. Wprowadzając do żołądka płyny kwaśne lub alkaliczne, zarówno bardzo szybko zawartość jego przybiera prawidłowy stosunek kwasu tak dalece, że już po upływie godziny poprzedni stosunek ma miejsce. Podczas zawieszenia trawienia sok żołądka jest mniej kwaśnym aniżeli podczas odbywającego się trawienia; pod koniec trawienia sok żołądkowy staje się nieco kwaśniejszym. Uczucie głodu lub pragnienia nie zależy ani od ilości kwasu ani też od tego, że żołądek jest pustym.

**Apomorfiną przeciw padaczce (epilepsia).** VACLEDER u chorego, który miewał po 10 do 15-stu napadów padaczki dziennie, wstrzykiwał pod skórę podczas zapowiedzi (*aura epileptica*) 0,005 grm. apomorfiny, co przerywało napad i zamiast niego następowało lekkie omdlenie. Zwolna autor zmniejszał dawkę o połowę, przyczem napady stawały się coraz lżejszemi, aż w końcu całkiem ustały. Oprócz tego dwa inne przypadki w podobnie pomysłny sposób miały się zakończyć.

(*Ref. w Allg. wien. med. Zig. 1877 N. 52*).

J. R.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

## Odprawa p. Kadlerowi,

Autorowi broszury p. n. O leczeniu przymiotu bez pozostawiania w mieszkaniu i odrywania się od codziennych zajęć.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 1).

R. CARMICHAEL <sup>1)</sup>, w odczycie szóstym pisze: „Okolicznością, na którą przy użyciu rtęci największą uwagę zwrócić musimy, jest pobyt chorego w mieszkaniu podczas trwania leczenia rtęciowego chyba, że powietrze jest wyjątkowo ciepłe i łagodne. Gdy to ograniczenie chorego, jest niemożliwym do wykonania, uważam za właściwe raczej zupełnie wyrzec się użycia rtęci i kuszę się o wyleczenie choroby i innymi środkami”.

L. V. LAGNEAU <sup>2)</sup> w tomie I str. 472, mówiąc o leczeniu choroby przymiotowej pisze: „Jakkolwiek zawsze można przystąpić do leczenia choroby przymiotowej o ile tego wymaga gwałtowność objawów, trzeba tu jednak zauważyć, że nie każda pora roku jest równie przyjazną dla pomyślnego skutku. Upały letnie jako też ostra zima nie są właściwymi do leczenia, pierwsze zwiększając nad miarę czynność skóry mogą powiększyć stan ogólnego osłabienia, jaki wynika zwykle skutkiem przedłużonego użycia rtęci. Zimno przeciwnie ściskając pory skóry (*ou resserant les pores cutanés*) sprzeciwia się wprowadzeniu środka lekarskiego, gdy go się stosuje przez wcierania, jak również przeszkadza wydzielaniu się wytworów chorobliwych, jeżeli natura wybiera tę drogę leczenia”.

W tomie II na str. 275, w rozdziale: *Différences du traitement antisiphilitique suivant les climats*, mówi: „We Francji zwłaszcza w miejscowościach bardziej ku północy położonych..... najmniejsze zboczenie od przepisanego zachowania się, najmniejsze zaniedbanie w użyciu lekarstw, nieroztropne wystawienie się na zimno, wilgoć i t. d. wystarcza, aby zniweczyć skutki leczenia przeciwprzymiotowego, chociażby jak najwłaściwiej zastosowanego pod wszystkimi punktami względami. Wreszcie ważną rzeczą jest zwracać uwagę na znaczną różnicę ciepłoty różnych okolic Francji, gdy chcemy sobie zjednać wszystkie okoliczności przyjazne dla leczenia choroby przymiotowej zadawnionej, która oparła się już wielu leczeniom prawidłowo przeprowadzonym”.

W tym tomie na str. 276 w rozdziale: *Différences du traitement anti-syphilitique suivant les saisons* — pisze: „Pory roku mają ten sam wpływ na powodzenie leczenia przeciwprzymiotowego co i klimat. Zima, podczas której pory skóry są ściśnione (*les pores cutanés sont resserés*) a zmiany ciepłoty bardzo częste, sprzyja daleko mniej leczeniu, niż pora jednostajnie ciepła, podczas której rozszerzalność porów skóry i łatwość jej czynności, upraszczają działanie lekarstw. Mojem zdaniem, można przystępować do leczenia choroby przymiotowej we wszystkich krajach w każdej porze roku, lecz powodzenie zapewniamy sobie wówczas, gdy przy pomocy największych ostrożności usuniemy wszystkie różnice ciepłoty, jakie się napotykać mogą. I tak mieszkańcy północy pozostając podczas leczenia przeciwprzymiotowego, w dobrze ogrzanyj pokoju a wychodząc z niego nie inaczej jak owinięty dobrem futrem, wyleczy się tak jak i mieszkańcy południa zawiądzający jednostajność ciepłoty swojemu klimatowi.”

F. A. SIMON <sup>3)</sup>, w rozdziale p. t. *Allgemein, für jede Behandlungsweise der Syphilitis gültige Curregeln* — pisze: „Przepisy, które przez dobrych i doświadczonych lekarzy są zawsze zalecane i używane są następujące: 1. Dyjeta. 2. Spokój ciała, tu S. pomieścić następujący ustęp: „W praktyce prywatnej napotykaemy często trudności, które wynikają z życia i zajęcia chorego, przez co leczenie i wyleczenie choroby przymiotowej istotnie bywa utrudnione i przedłużone.“ 3. Możliwie jednostajną ciepłotę i świeże po-

<sup>1)</sup> *Clinical Lectures on venereal Diseases* Dublin, 1842, w przekładzie niemieckim pomieszczone w *Behrend's Syphilidologie*. T. V. str. 76.

<sup>2)</sup> *Traité pratique des malaies syphilitiques*. T. I. II. Paryż, 1828.

<sup>3)</sup> *Handbuch der specellen Pathologie und Therapie* Virchow'a. T. II. Część I. Erlangen, 1855, str. 455.

wietrze. Ciepłota od 16—20° R. jest potężnym dodatkiem do każdego leczenia, mianowicie przy użyciu rtęci”.

„...Nietylko jednak idzie nam o ciepłotę ale także o czystość powietrza.... Dla tego użycie rtęci w praktyce szpitalnej, nie daje nigdy tak pomyślnych wyników, jak leczenie w praktyce prywatnej.

F. SWEDIAUER <sup>1)</sup>, w rozdziale: *Méthode curative* — pisze: „Pora roku zasługuje na naszą uwagę, tak ze względu na objawy choroby, jako też i metodę leczenia. Pora roku albo klimat są ważniejsze niż w ogóle mniemają i mogą uczynić tak zarazek przymiotowy jako też i działanie rtęci mniej lub więcej skutecznymi, i to co często przypisują, albo małej dawce rtęci, albo złemu przygotowaniu tego środka lekarskiego, powinno iść raczej na rachunek zimna, albo opieszałego ustroju chorego, przez które opóźnia się, a niekiedy i psuje działanie rtęci na zarazę przymiotową”. SWEDIAUER sądzi, że ciepłota pokoju powinna wynosić od 75—78° FARENHEIT'A lub 18—19° R. Pozwala chorym wychodzić odzianym w flanelową koszulę.

(d. c. u.)

## ODPOWIEDŹ

na pytanie: jakim być winien rozczyń chlorku chininy, do wstrzykiwań podskórnych przepisany?

Korzystając z gotowości p. KARPIŃSKIEGO, który w naszej obecności różne roztwory chlorku chininy przygotował i pozostawił nam takowe dla osobistego ich spostrzegania, podajemy ostateczne wyniki naszych dociekań:

1° I dr. chlorku chininy w 4 dr. wody ciepłej bez kwasu rozpuszczona, w miarę stygnięcia tworzy z a w s z e osad obfity dwojakiego rodzaju: brodawkowaty z igielkowatych kryształów złożony, głównie na dnie, a po części i na ścianach buteleczki się tworzący, po nad którym pozostaje znaczna ilość wody; albo też cały roztwór zamienia się w osad z tak drobnych igielek złożony, że te prawie całą ilość wody pochłaniają tak, że cała zawartość przedstawia się jak mialka kreda z niewielką ilością wody zmieszana. Pierwszy osad powstaje wtedy, gdy buteleczka rozczyń zawierająca, pozostaje w zupełnym spokoju przez kilka godzin; drugi zaś gdy takowa od czasu do czasu doznaje wstrząśnienia. Z tego zatem wypada:

2° Że ile razy z apteki zostaje zabrany rozczyń przed zupełnem ostudzeniem i wykrystalizowaniem w spokoju, co najczęściej ma miejsce, wtedy osad kredowaty się utworzy; w przeciwnym zaś razie będzie on brodawkowatym. Jeden i drugi znamionuje rozczyń podług przepisu przygotowany.

3° Jedyńie rozczyń z dodatkiem kwasu solnego przygotowany nie tworzy po ostudzeniu żadnego osadu.

4° Wreszcie nadmienić wypada, że w handlu znajduje się chlorek chininy z tak różną ilością wody wykrystalizowany, że zdarza się i taki, który do 40% wody zawiera i taki to chlorek (najtańszy) może dawać rozczyń bez osadu na zimno, chociażby doń nie dodano dla rozpuszczenia kwasu.

Zatem tylko rozczyń dający na zimno osad obfity, jest takim któremu nie zrzucić nie można.

J. Rogowicz.

Sprostowanie. W N-rze 1 z r. b., na str. 16, na początku wiersza 7 od góry, zaszła omyłka drukarska: zamiast nie mogła HARDSON'A powinno być, tyków: RICHARDSON'A.

<sup>1)</sup> *Traité complet sur les symptomes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques.* Paryż, 1801, 4 wydanie. Tom 2, str. 124.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakeyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.

Доводжено Цензурою. Варшава, 29 Декабря 1877 г. — Członkami M. Ziemiękiewicza i W. Noakowskiego.  
Krak.-Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złr. 1).