

# 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.** Szpital Ś-go Duchy (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. Kurcyusza, Ordyn. klin. ter. fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Duchy w Warszawie).—O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach. Wyciąg z urzędowego sprawozdania Dr. Med. Filipa Czajewicza, Lek. Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w r. 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francyi, Niemiec i Petersburga.—Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra W. O. Leube, Prof. w Jenie. (Dalszy ciąg).—Apopleksya mózgu. Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych, opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu. (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Ś. p. Dr. Teich.—Nagroda konkursowa Ces. Tow. Lekarskiego w Wilnie. — Całkowite wyjęcie krtani wraz z nakrywką. — Dodatek. Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 26. — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 16.—Farmacyi ark. 7. — Medycyny sądowej ark. 36.

## Szpital Ś-go Duchy (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. Kurcyusza, Ordynatora kliniki terapeutycznej fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Duchy w Warszawie).

W dniu 24 lipca 1873 r. przyjętym został na salę kliniczną Ś-go Aleksandra, w szpitalu Ś-go Duchy, chory Jan P..., czeladnik szewcki, żonaty, 35 lat wieku liczący.

Chory w dzieciństwie, o ile pamięć jego sięga, nie przebywał żadnych ciężkich chorób. Nie odznaczał się nigdy wielką siłą ani tuszą, czuł się jednak zdrowym i nie doświadczał żadnych dolegliwości. Biegać mógł wiele i szybko, nie doznając zmęczenia. W dwunastym roku życia przebył odrę, która pozostawiła...

stawiała po sobie mocny i uparty kaszel, po kilku jednak miesiącach takowy znikł i odtąd, aż do rozpoczęcia się cierpienia, któremu obecnie ulega, nie kaszlał wcale. Zatrudnieniu swemu poświęca się od piętnastego roku życia. Prowadzenie się chorego było zawsze nader skromne, nie miał nigdy pociągu do napojów wysokowych i nie używał ich prawie wcale. Z chorób wenerycznych, przed sześciu laty przebył lekką rzeżączkę (*Urethritis blennorrhoeica*), która, po trzytygodniowym trwaniu, ustąpiła prawie bez żadnego leczenia.

Od kilku miesięcy, chory zaczął doświadczać uczucia zmęczenia przy chodzeniu, przy wstępowaniu zaś na wschody pojawiać się zaczęła mocna duszność i zawrót głowy. Objawy te ustępowały natychmiast skoro chory powrócił do spoczynku, a jeśli siedział spokojnie, nawet zajęty swą pracą, nie ukazywały się wcale. Wkrótce jednak zauważył chory, iż kończyny dolne brzękną mu około kostek. Współcześnie odżywianie jego zaczęło upadać, apetyt się zmniejszył, czerstwa poprzednio twarz stała się bladą a osłabienie ogólne i uczucie duszności zwiększały się z dniem każdym, tak, że chory bez pomocy innej osoby, nie mógł wcale wejść na wschody. Na dwa miesiące przed udaniem się do szpitala, pojawił się częsty i męczący kaszel, a duszność zwiększyła się tak dalece, że chory nie mógł już siedzieć na krześle, ale ujrzał się zmuszonym do pozostania w łóżku. Przez ciąg dalszych dwóch miesięcy, stan chorego pogorszał się z dniem każdym—kaszel ze skąpą klejką płwociną stawał się coraz częstszym, a obrzęk rozszerzył się na całe kończyny dolne, części płciowe zewnętrzne i dolną część brzucha.

W tym stanie chory, widząc iż leczenie jakimś poddawał się w domu było bezskutecznym, przeniósł się do szpitala.

Przy szczegółowym badaniu chorego, jakie przedsięwziąłem w dniu 25 lipca 1873 roku, stan jego obecny (*status praesens*) był następujący:

Chory wzrostu średniego, budowy ciała szczupłej, lecz prawidłowej; układ kostny dobrze rozwinięty, mięśnie wiotkie. Powłoki ogólne blade i przeświecające, podobnie jak i błony śluzowe (*Oligocytaemia-Hydraemia*), kończyny dolne w okolicy stawów golenio-stopowych obrzmiałe, podobnie jak skóra na moshnach i napletku (*Oedema scroti et praeputii*). Na brzuchu obrzmienie i ciastowatość skóry sięgają powyżej pępka. Język i wargi, jako też końce palców u rąk, przedstawiają odcień niebieskawo-siny (*cyanosis*).

Ciepłota ciała 37° Cels. Tętno szybkie, drobne, 96 uderzeń na minutę, na obu kończynach górnych jednakowe. Linia sfigmograficzna jego, przedstawia bardzo niskie fale; część jej wstępująca (*anacrotis*) mocno pochyła, nie wiele różni się od zstępującej, która jednak jest nieco dłuższą, więcej poziomą i po środku załamana (*catadirotismus*):—kąt wierzchołkowy zaokrąglony, wachania oddechowe tętna, prawie żadne. Granice tępości serca, ku górze między 3 a 4-m żebrzem, ku prawej stronie na połowie mostka, ku lewej przekracza linię ssutkową na dwa centymetry. Uderzenie wierzchołka serca, pomiędzy czwartem a piątym żebrzem prawie na linii ssutkowej (*linea mamillaris sinistra*), wyczuwają się słabo i nie wstrząsają klatki piersiowej, ani też nie są dostrzegalne dla oka. Stuki serca przy wierzchołku są czyste lecz słabe, oba prawie równej mocy.

W drugim odstępnie międzyżebrowym, z prawej strony, przy mostku, pierwszy stuk jest czysty, drugi nieco dźwięczny. Z lewej strony, pomiędzy drugim i czwartym żebrzem, pierwszy stuk był czysty i wyraźny, zamiast zaś drugiego stuku, słyszalnym był przeciągły, dość mocny szmer piłujący, równy co do czasu trwania, dwa razy wziętemu stukowi pierwszemu. Szmer ten odpowiadał ściśle momentowi rozkurczowemu (diastolicznemu) i w granice momentu przedskórczowego (praesystolicznego) nie wkraczał zgoła.

W tętnicach szyjowych i udowych słyhać zwykły szmer tętniczny nieco przedłużony. Tętnienie pierwszych widoczne dla oka.

Objawy ze strony narządu oddechania były następujące: kaszel dość mocny i częsty ze skąpą śluzową wydzieliną, mało stłuszczone, mocno do szkła przylegająca. Duszność, niewielka przy spokojnym zachowaniu się chorego (38 resp. na minutę), zwiększa się znacznie przy poruszeniach i mówieniu. Granice płuc ku dołowi nieco obniżone. Od tyłu, z prawej strony, pomiędzy łopatkami, nieznaczne podwyższenie odgłosu opukowego, któremu towarzyszy silniejsze nieco w témże miejscu odbrzmiewanie (*resonantio adaucta*), zresztą cała powierzchnia klatki piersiowej, do której przylegają płuca, wydaje odgłos pełny i jasny, z lekkim tu i owdzie, odcieniem bębnowym. Oddech wszędzie mocno zaostrowany, (*resp. vesicularis aspera*), z prawej strony między łopatkami nieokreślony (*resp. indeterminatu*). Zaostrzenie oddechu najmocniej występuje w wierzchołkach płuc, a na całej przestrzeni takowych, słyhać nader liczne rżenia drobno pęcherzykowe, z charakterem wilgotnym, oraz rżenia świszczące (*rh. sibillantes*).

Trawienie opieszale, język szeroki blady, z odciskami zębów, pokryty cienką warstwą nalotu. Łaknienie zmniejszone, brzuch nieco wzdęty, nie bolesny, w okolicy żołądkowej wydaje odgłos bębnowy, wysoki, z oddźwiękiem metalicznym. Częste bezwonne odbijania (*ructus*), stolce skąpe i nie codziennie (*stypsis habitualis*). Granica dolna tępości wątroby obniżona na dwa centymetry.

Wydzielanie moczu zmniejszone (*oliguria*). Ilość jego wynosi 400 do 500 cm. kub. na dobę, zabarwienie jest ciemne (N. 7 skali Vogl'a), odczyn kwaśny c. wł. 1028—1030. Zresztą, mocz nie zawiera zgoła żadnych nieprawidłowych składników. Ilość kwasu moczowego bardzo znaczna, tak, iż ciało to osadza się na ścianach i dnie naczyń, w postaci szklistego czerwonego piasku, który pod drobnowidzem, okazuje się złożonym z wielkich, osłkowatych i skośno czworobocznych kryształów, czerwono-żółtej barwy.

Rozpoznanie choroby (*diagnosis*) w wypadku powyższym, nie małe przedstawiało trudności. Sinica ogólna i obrzek dolnych odcinków ciała wskazywały na utrudnienie krążenia zwrotnego i zastój żylny w krwiobiegu wielkim. Objawy ze strony płuc, dowodziły przedewszystkiem zastoju krwi w małym krwiobiegu i znacznego zwięzienia dróg powietrznych. Zjawiska zgęszczenia miąższu płucnego w obu wierzchołkach, a przedewszystkiem w prawym, odnieść wypadało do spowodowanego tymże zastojem zapalenia śródmiąższowego płuc (*Pneumonia interstitialis chronica, Peribronchitis*) i bliznowego ściągania się tkanki

łącznej. Wielokrotnie podczas przebiegu choroby dokonywane, zawsze z jednymi i temiż samymi wynikami, badanie moczu, pozwalało wykluczyć stanowczo cierpienie miąższa nerkowego; zmniejszenie przeto ilości tej wydzieliny i jej stężenie, przy stanie bezgorączkowym, bez nadmiernych potów i biegunki, stanowiło dowód niezbity, iż istnieje zaburzenie w krążeniu nerkowym, zależne od warunków działających po za obrębem samych nerek. Z drugiej zaś strony, nadmiar kwasu moczowego wskazywał na niedostateczne utlenienie się krwi i ograniczenie sprawy gorzenia (*combustio*) w ustroju.

Zestawienie ze sobą wszystkich powyższych danych doprowadziło nas do wniosku, iż w pewnym odcinku dróg krwionośnych znajdować się musi przeszkoda, naruszająca prawidłowe warunki krążenia i, czy to pośrednio, czy bezpośrednio, utrudniająca odpływ krwi z płuc i tkanek całego ustroju.

Zachowanie się tętna, jego małość i rysunek sfigmograficzny, wskazywały na znaczne zwolnienie krążenia i słabe wypełnienie tętnic. Stan ten, w obec rozszerzenia granic tępości serca, a przy słabych uderzeniach jego wierzchołka, pozwalał wnosić o istnieniu przerostu serca odśrodkowego ze ścięciem ścian lub stłuszczeniem takowych (*Hypertrophia cordis eccentrica—Dilatatio*). Ponieważ przerost taki wytwarza się zwykle wtedy, gdy przy utrudnionym odpływie krwi z komórek i zwiększonej w skutek tego pracy serca, następuje upośledzenie odżywiania mięśni sercowych, przeto sama jego obecność dowodziła istnienia przeszkody, tamującej swobodne opróżnienie się którejkolwiek z rzeczonych komórek.

Przeszkoda taka mogłaby mieć miejsce w płucach, lub też w samych ośrodkach krążenia. Stan narządu oddechowego rozpoznany przy pomocy fizykalnego badania, nie pozwalał odnieść jej do tych pierwszych. Co się tycze ostatnich, to z podanych powyżej wyników badania fizykalnego serca i wielkich naczyń, widzimy, że tak niedostateczność zastawek jak i zwężenie otworów serca, mogły być z góry wykluczonemi. Obecność szmeru rozkurczowego w tętnicy płucnej nie mogła być poczytywaną za objaw niedostateczności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, gdyż w tym ostatnim razie, szmer powyższy byłby słyszalnym i na mostku, w miejscu odpowiadającym komórce prawej. Podobnież można było wykluczyć zbieżenie pierwotne (stłuszczenie—zwyrodnienie maczkowe—tętniak) w samych mięśniach serca, raz dla braku danych etiologicznych, powtóre dla tego, iż przyjęcie takowego, nie objaśniałoby nam owego szmeru słyszalnego w tętnicy płucnej. Jako jedynie możliwe pozostawało tedy przypuszczenie, iż przeszkoda owa znajduje się właśnie w jednym z wielkich naczyń.

Trudniejszym jeszcze okazało się, przypuszczalne nawet oznaczenie, w którym z wielkich naczyń znajduje się owa przeszkoda. Właściwie wchodziły tu w obliczenie tylko aorta i tętnica płucna, obecność szmeru w tej ostatniej zdawała się poniekąd wskazywać na umiejscowienie w niej właśnie zbieżenia. Ponieważ jednak ani natura, ani miejsce powstawania tego szmeru nie były nam wiadome, ten ostatni przeto nie mógł służyć za podstawę do rozpoznania. Ważniejszą nieco wskazówkę stanowił fakt, iż objawy zastoju pojawiły się przedewszystkiem w krążeniu małym, względ

ten pozwalał z niejaką pewnością wnosić, iż przeszkoda znajduje się w aorcie. Gdyby bowiem znajdowała się w tętnicy płucnej, przedewszystkiem musiałyby wystąpić objawy zastoju w układzie żylnym wielkiego krwiobiegu. Do obrazu jednakże zwężenia aorty wrodzonego, nie dostawało objawów wytworzenia się krążenia obocznego (*circulatio collateralis*), które zwykle zboczeniu temu towarzyszą. Jeśliby zresztą przeszkoda znajdowała się w aorcie, jak objaśnić ów szmer w tętnicy płucnej?—szmer zbyt stały, aby go poczytywać za przypadkowy, lub przypisywać niedokrewności.

Również bez odpowiedzi pozostać musiało, niemniej ważne pytanie, co do natury samej przeszkody. Przedewszystkiem mogła ona być następstwem zboczenia wrodzonego lub nabytego. Przeciw pierwszemu przypuszczeniu mówiła naprzód rzadkość podobnych zboczeń w wielkich naczyniach, zwłaszcza też w aorcie, a powtóre brak wszelkich objawów cierpienia w dawniejszych epokach życia chorego, w okresie dojrzewania płciowego, i t. d. Ze zboczeń nabytych, zapalenie wnętrza samego naczynia (*endoarteriitis deformans*) mogło stać się przyczyną ważnych zaburzeń w krążeniu, jednakże wiek chorego i brak wszelkich momentów etiologicznych, zmniejszały prawdopodobieństwo tego przypuszczenia. Dalej, cały przytoczony powyżej obraz chorobny, mógł być spowodowanym zwężeniem światła aorty, zależnem od ugniecenia tego naczynia przez guz (nowotwór), powstały w tkankach sąsiednich, a który, z przyczyny głębokiego swego położenia, mógł nie być dostępnym bezpośrednio badaniu. To ostatecznie przypuszczenie zdawało się mieć najwięcej prawdopodobieństwa za sobą, a przynajmniej przemawiała za niem, wielka liczba podobnych wypadków, w których rozpoznanie okazało się możliwem dopiero na stole sekcyjnym.

W obec takich danych rozpoznawczych, rokowanie mogło być tylko niepomyślnem, jakkolwiek bowiem, przyczyna wywołująca zaburzenie w krążeniu krwi, nie była nam wiadomą, to jednak sądząc z natężenia tych zaburzeń, należało wnosić, iż jest ona natury organicznej, a zatem ani siłami własnymi ustroju, ani nawet przy pomocy odpowiedniego leczenia, usuniętą nie będzie. Szybkość zaś z jaką potęgowały się owe zaburzenia w krążeniu i ich wzrost stopniowy a nieprzerwany, nie pozwalały przypuszczać, by nazwyczajenie ustroju (*accomodatio*) lub wyrównanie powyższych zboczeń (*compensatio*) i zachowanie w ten sposób życia ustroju na czas dłuższy, do skutku przyjść mogło.

Co się tycze leczenia, to nie mogąc działać na przyczynę choroby, potrzeba było ograniczyć się na przeciwdziałaniu jej następstwom. Z tych dwa przedewszystkiem wymagały nieodzownie wdania się z naszej strony, a mianowicie, ogólne zubożenie krwi (*oligocytaemia—hydraemia*) i cierpienie dróg oddechowych.

Co do pierwszego, ponieważ trawienie było jeszcze dość czynnem, ograniczyliśmy się na dostarczeniu choremu odżywczej diety (mięso pieczone, jaja, mleko) i na podawaniu od czasu do czasu środków gorzkich czystych (*amara pura*).

Co do drugiego, użycie środków, zwykle przeciw podobnym cierpieniom płuc pierwotnym, stosowanych, okazało się nader skutecznem i chwilowo

przynajmniej polepszało stan chorego. Szczególniej środki odciągające (*derivantia et revulsiva*) stosowane na skórę piersi, obok leków wykrztuśnych (*tartar. stib.—r. Cephaelid*). okazywały się skutecznymi, tak, że po ich użyciu, stałe zmniejszały się duszność i kaszel, a nawet i nawodnienie dolnych odcinków ciała.

Uważając należyte odżywienie i prawidłową czynność mięśni serca, za główne warunki, przy których jedynie, narzędzie to będzie w możności poddać zwiększonej pracy i pokonać nieprawidłowe opory, unikaliśmy środków upośledzających jego czynność (*digitalis-veratrinum*). Chwilowe nawet użycie takowych, w celach rozpoznawczych, jakie parę razy miało miejsce, powodowało zawsze powiększenie duszności i pogorszenie stanu chorego.

W dalszym przebiegu cierpienia, potęgowały się tylko i rozwijały objawy, dostrzeżone w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu. Bez względu na chwilowe polepszenia stanu ogólnego, obrzmienie kończyn dolnych i brzucha zwiększało się z dniem każdym. Duszność, która w początkach, podczas spoczynku chorego ustępowała zupełnie, obecnie nie opuszczała go ani na chwilę. Ilość moczu zmniejszała się stopniowo, tętno stawało się coraz drobniejszym, a tony serca mniej wyraźnymi. Linia sfigmograficzna tętna zbliżała się coraz więcej do prostej. Współcześnie, występować zaczęły, obok świszczących, liczne a drobne rżężeria wilgotne, na całej przestrzeni płuc; plwocina stała się obfitszą, bardziej lipką, pienistą; kaszel zawsze męczący i częsty.

Już po upływie miesiąca obrzmienie zajmować zaczęło kończyny górne, a współcześnie, obok znacznego powiększenia się ilości płynu w jamie otrzewnej, począł się on gromadzić w jamach opłucnej (*hydrothorax*) i w worku osierdziowym (*hydropericardium*). Uczucie duszności powiększyło się wtedy niesłychanie, tak, iż chory musiał zachowywać bezustannie położenie siedzące (*orthopnoea*). W pierwszych dniach września, zatem na dwa tygodnie mniej więcej przed śmiercią, po raz pierwszy dał się słyszeć lekki szmer rozkurczowy (diastoliczny) przy wierzchołku serca, a później nieco, można było wykryć obecność podobnegoż szmeru w aorcie. Co do siły, oba te szmery ustępowały znacznie szmerowi słyszalnemu w tętnicy płucnej, który był o wiele głośniejszym i dłuższym.

Wszelkie usiłowania mające na celu zmniejszenie obrzęku ogólnego (*hydrops anasarca*), a z nim duszności, zatem środki moczopędne, (*diuretica*) rozwalniające (*drastica*) i napotne (*diaphoretica*), stosowane w owej chwili, okazały się całkowicie bezskutecznymi; podobnie jak i środki pobudzające i trzeźwiące (*excitantia, analeptica*), które usiłowaliśmy podtrzymać upadającą czynność serca.

Mimo to wszystko, objawy upadku działalności serca i krążenia stawały się coraz groźniejszymi, małe i miękie tętno chwilami ginęło zupełnie, stuki serca przestały być słyszalnymi i 17 września rano, wśród obfitych potów, sinicy (*cyanosis*), śpiączki (*coma*) i objawów zupełnego upadku sił (*adynamia*), chory zakończył życie.

(Dokończenie nastąpi).

## 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.

(Dalszy ciąg \*).

W Bruxelli zatrzymałem się głównie dla zwiedzenia wychwalanego Hôpital Saint Jean. Szpital ten zbudowany w r. 1843 według systemu pawilonowego, w podobny sposób jak Lariboisiere, nie posiada dobrej wentylacji. Ogrzewany jest piecami żelaznymi na środku sali stojącymi — zepsute zaś powietrze wyciągane przez otwory pod sufitem, prowadzące do kanałów dachowych czyli wyciągowych. Na sali mieści się po 24 łóżka, tak iż na chorego przypada przeciętnie 1600 stóp kub. przestrzeni. Powietrze na salach znalazłem niesobliwe. Szpital ten jednak pod względem architektonicznym robi korzystne wrażenie, lubo nie odznacza się taką czystością, jaka uderza w szpitalach paryzkich.

Pomiędzy szpitalami Berlina, największym i bardzo porządnie utrzymanym jest szpital Charité-Krankenhaus, po części przebudowany, gdzie niema sztucznej wentylacji. Na salach znajdują się tylko w niektórych oknach szyby z siatki drucianej, przymykane od wewnątrz lufcikiem z żaluzjami szklanymi. Nie odmykając lufcika, a tylko podnosząc żaluzye szklane, wchodzi swobodnie bez żadnego przeciągu świeże powietrze na sale. Zepsute powietrze na salach wyciągane jest przez otwory pod sufitem, komunikujące z kanałem kominowym. W nowym oddzielnym pawilonie z chorobami zewnętrznymi na salach I-go piętra są urządzone w suficie obszerne kanały 4-ścienne (Schlotte) na kilka stóp wychodzące na poddasze z przegrodą drewnianą w pośrodku, przez które ma miejsce odświeżanie powietrza na sali. Ogrzewanie odbywa się zwyczajnymi piecami. W szpitalu tym, gdzie jest zachowana czystość i porządek, powietrze na salach znalazłem dobre. Oświetlenie na salach i korytarzach gazem. Dogodnie urządzone znalazłem tutaj wanny przesuwalne na kółkach. Wychodki urządzone na waterklozetach.

Najpiękniejszy szpital w Berlinie jest bez zaprzeczenia: Das Normal-Krankenhaus Betanien zbudowany jeszcze w r. 1847 na 250 chorych. Stanowi on podkowę prostokątną, do koła której na każdym piętrze idzie obszerne korytarz, a z niego pojedyncze sale po 10--12 łóżek mieszczące olejno malowane. Ogrzewanie i wentylacja odbywa się za pomocą szerokich pieców płaszczowych z kałanymi płaszczami, stojących pośrodku sali. Obok takiego pieca przechodzą 2 obszerne rury żelazne kominowe przez wszystkie piętra, do których przez otwory przy samej podłodze wyciągane jest zepsute powietrze z sali. Świeże zaś powietrze doprowadzone jest oddzielnymi kanałami pod podłogą z zewnątrz do środka wspomnianych pieców płaszczowych, gdzie ogrza-

---

\*) Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

wszy się wychodzi na salę. Korytarze ogrzewane są rurami żelaznymi przeprowadzającymi parę wodną. Sale oświetlają lampkami z petroleum, korytarze zaś gazem. W szpitalu tym, obsługiwanym przez ewangelickie zakonnice, przy uderzającym wszędzie porządku i czystości, tak na salach jakoteż i na korytarzach, znalazłem wyborne powietrze.

W Berlinie zasługuje na szczególną uwagę mały szpital na 120 chorych, zbudowany przed kilku laty (1865 r.): *Elisabeth-Krankenhaus*, gdzie jak w poprzednim obsługują zakonnice ewangelickie. Jest to jeden frontowy pawilon, w którym z korytarza wzdłuż idącego wychodzą sale przecięciowo po 12 łózek mieszczące, olejno malowane. Sale ogrzane są zwyczajnymi piecami kaflanemi. Wentylacya naturalna odbywa się w ten sposób, że od korytarza nad drzwiami znajdują się otwory z żaluzjami drewnianemi, a w obszernych oknach na prost drzewi są szyby żaluzyjne szklane. Otwierając żaluzye jedne i drugie następuje przeciąg powietrza środkiem sali, tak, że powietrze świeże ogrzane wchodzi na salę z korytarza, zepsute zaś wyciągane jest przez okna na zewnątrz. Korytarze ogrzewane są rurami żelaznymi przeprowadzającymi wodę gorącą. Oświetlanie wszędzie gazem. W szpitalu tym obok wielkiej czystości, na salach i korytarzach znalazłem powietrze dobre. Bardzo też dogodnie urządzone są tutaj wanny przesuwane na kółkach.

Godnym jest uwagi nowy szpital berliński *Lazarus-Krankenhaus*, zbudowany przed 3 laty na 100 chorych, gdzie zastosowano sztuczny system wentylacyi w całym znaczeniu tego wyrazu. Jest to tylko główny gmach środkowy i dwa małe boczne skrzydła. Z korytarza wzdłuż idącego wychodzą sale przecięciowo po 12 łózek mieszczące, są także mniejsze salki na 3 chorych, i pojedyncze na jednego chorego. Na sali spostrzegamy trojaki otwory: 1) pod sufitem otwory prostokątne duże, któremi wchodzi powietrze świeże i ogrzane; 2) w środku ściany otwory gwiazdowate z przesuwalnymi klapkami, któremi wchodzi powietrze gorące; 3) przy podłodze otwory prostokątne z klapkami papierowemi, któremi wyciągane jest powietrze zepsute. Maszyna parowa umieszczona w piwnicy porusza wiatrakiem, który ciągnie świeże powietrze aż z pod dachu i wprowadza je do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie są urządzone piece żelazne karbowe od spodu parą ogrzewane; z komory tej powietrze świeże ogrzane wznosi się oddzielnymi kanałami do każdej sali. W piwnicy jest jeszcze urządzony drugi piec opalany węglami, z którego wychodzą rury żelazne, rozgałęziające się osobno do każdej sali, tak, że każda pojedyncza rura przechodzi w ścianie węzownicowato do otworu gwiazdowatego na sali i zwraca ztamtąd do kanału kominowego. Taż maszyna parowa w piwnicy obraca znowu innym wiatrakiem, który oddzielnymi kanałami wyciąga powietrze zepsute z pojedynczych sal i wprowadza je do ogniska wspomnianego pieca, podniecając tam jeszcze palenie. Na salach są nadto w oknach szyby z kratki drucianej przymykane od wewnątrz lufcikami. Oświetlenie wszędzie gazem. Przy takim urządzeniu ogrzewania i wentylacyi powietrze na salach znalazłem niesobliwe, duszne, zbyt gorące i suche. Chorzy sami mówili mi, że im



w tej atmosferze ciężko oddychać. Lazarus obsługiwany jest także przez ewangelickie zakonnice.

Inne szpitale berlińskie mniej godne są uwagi. Szpital katolicki St. Hedwigs-Krankenhaus, zbudowany także według systemu korytarzowego na 250 chorych, nader porządnie utrzymywany przez siostry miłosierdzia, nie posiada żadnej wentylacji. Szpital żydowski Jüdische-Krankenhaus, systemu korytarzowego na 70—80 chorych, posiada tylko na salach pod sufitem małe otwory komunikujące z kanałem kominowym, przed którymi palą się płomyki gazowe.

Szpital m. Petersburga pod względem wentylacji zajmują obecnie pierwsze miejsce między szpitalami stolic Europy. W ostatnich mianowicie czasach zbudowano kilka pięknych szpitali, gdzie zastosowano doskonałą wentylacją, przy innych szpitalach zbudowano nowe pawilony z zastosowaniem podobnej wentylacji, nareszcie przebudowano niektóre stare szpitale i zaprowadzono w nich wszelkie możliwe ulepszenia odnośnie wentylacji.

Do pierwszorzędnych petersburskich szpitali bez zaprzeczenia należy szpital Александровская больница, zbudowany w 1866 r. według planu pawilono-korytarzowego na 500 chorych. W głównych pawilonach z obszernego korytarza po jednej stronie wychodzą sale po 12 łózek mieszczące; w pawilonach zaś mniejszych łączących pawilony główne z gmachem frontowym, z korytarza wychodzą małe salki na 2 chorych. Na salach w górnej części ścian są otwory, którymi wchodzi powietrze świeże i ogrzane, przy podłodze zaś są otwory, którymi powietrze zostaje wyciągane. Otóż w jednej połowie pawilonów urządzone ogrzewanie i wentylacją (Derschau) w ten sposób: na zewnątrz gmachu są drewniane budki z żaluzjami, którymi powietrze świeże przez pośrednictwo kanałów glinianych wciągane jest do oddzielnych komór w piwnicy, w których urządzone są kaloryfery ceglane i doprowadzona rurką para wodna, ztąd zaś wychodzi oddzielnymi kanałami na sale. Otwory wyciągowe na salach komunikują znowu z kanałami, które schodzą się w piwnicy do wspólnej obszernej rury wyciągowej, przechodzącej przez całą wysokość gmachu aż nad dach; w dolnym końcu tej wyciągowej rury urządzone jest z nieustannie gorejącem ogniskiem piec, którego kanał kominowy przechodzi środkiem wspomnianej rury wyciągowej. W drugiej połowie pawilonów powietrze świeże z zewnątrz wchodzi do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzone (Flawicki) system grubych rur żelaznych, napełnionych wodą gorącą, na które z oddzielnej rurki puszcza się mały strumyk wody dla nasycenia powietrza wilgocią, ztąd zaś powietrze ogrzane rozchodzi się kanałami na sale. W tej drugiej połowie pawilonów wyciągane jest zepsute powietrze z sal podobnie jak w pierwszej. Pod otworami przez które wchodzi świeże i ogrzane powietrze na sale są urządzone regulatory dla powiększania lub zmniejszania tego dopływu powietrza. Na jednego chorego wypada w szpitalu tym 3 sażenie kub. przestrzeni, a przy podobnem urządzeniu wentylacji 60 metr. kub. na godzinę świeżego powietrza. Korytarze są tak samo wentylowane jak sale—ogrzewane są zaś rurami przeprowadzającymi parę wodną. Sa-

le są oświetlane od strony korytarza, przez płomienie gazowe umieszczone przy drzwiach sklannych. W ogólności na salach i korytarzach obok czystości znalazłem powietrze doskonałe. Kuchnia z kotłami parą ogrzewanymi, pralnia parowa, wanny i t. d. bardzo porządnie urządzone. Wychodki na waterklozetach.

Wzorowo jest także urządzone nowy pawilon dla oddziałów chirurgicznych przy szpitalu *Маринская больница*. Pawilon ten zbudowany w r. 1868 stanowi piękny dwupiętrowy gmach, z szerokimi korytarzami, z których, tak jak w Aleksandrowskim szpitalu, po jednej tylko stronie wychodzą prostopadle sale po 12 chorych mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja w pawilonie tym jest urządzona w ten sposób, że po rogach sal umieszczone są piece płaszczone kafilane z paleniskiem od strony korytarza; powietrze świeże doprowadzone jest z zewnątrz kanałami do środka pieca, gdzie ogrzawszy się wychodzi na salę szerokim otworem u góry w przedniej ścianie pieca położonym. Zepsute zaś powietrze z sal wyciągane jest otworami przy podłodze położonymi, w ten sam sposób jak w Aleksandrowskim szpitalu. Gmach ten przedstawia się elegancko, wszędzie zachowana wielka czystość, a powietrze na korytarzach i salach wyborne. Wychodki i pisoary na waterklozetach osłonięte drewnianymi płaszcami umieszczone są w kątach samych sal, nie wydając żadnej woni.

W podobny sposób znalazłem zbudowany pawilon nowy przy szpitalu *Петропавловская больница*, gdzie niema wprawdzie takiego zewnętrzznego komfortu jak w poprzednim, powietrze jednak na salach dobre.

W nieco odmienny sposób urządzona jest wentylacja w nowym gmachu położniczym: *Родовспомогательное заведение*. Gmach ten zbudowany jest w podkowę z korytarzami do koła, z których wychodzą małe salki po 6, 4, 2 i 1 łóżko mieszczące. Na salkach otworami w górnej części ścian położonymi wchodzi świeże i ogrzane powietrze, w ten sam zupełnie sposób jak w szpitalu Aleksandrowskim. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest z sal otworami przy podłodze i pod sufitem położonymi, prowadzącymi do oddzielnych kanałów, które łączą się we wspólny kanał na poddaszu, komunikujący z kanałem wyciągowym nad dach wychodzącym; w porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, w kanałach wyciągowych zapalają płomienie gazowe. Korytarze w ten sam sposób są ogrzewane i wentylowane. Powietrze na salach i korytarzach wyborne. W szpitalu tym zwróciła moją uwagę doskonale urządzona suszarnia według pomysłu Gandisajta. W dużej sali na podłodze umieszczony jest obszerny żelazny cylinder, od jednego końca szeroko rozwarty. Cylinder ten wypełniony jest systemem rurek żelaznych mocno ogrzewanych parą wodną. Od drugiego zaś końca cylindra urządzony jest wentylator, który szybko obracany maszyną parowa chwyta powietrze z szerokiego kanału wychodzącego na dach i z wielką siłą wtlacza takowe we wspomniany cylinder. Ztąd, z rozwartego końca cylindra wypada z wielkim pędem gorące i suche powietrze na salę, w której na drążkach drewnianych porozwieszana jest wilgotna bielizna.

Do wzorowo urządzonych szpitali w Petersburgu należą niewątpliwie dwa

nowe szpitale dzieciinne: Дѣтская больница принца Петра Ольденбургскаго і Елисаветинская дѣтская больница.

Szpital dziecienny księcia Piotra Oldenburgskiego, zbudowany w r. 1869 na 200 dzieci, według systemu pawilonowego. W gmachu frontowym z obszernego korytarza obustronnie wychodzą sale, w tylnym zaś pawilonie sale wychodzą tylko po jednej stronie korytarza. Sale mieszczą po 8, 6, 5, 4, 3, 2, i po jednem łóżku; na chorego przypada po  $4\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$  sażeni kub. przestrzeni. Ogrzewanie i wentylacya urządzona w taki sposób: Powietrze świeże z zewnątrz wciągane jest przez pośrednictwo kanałów do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzony system rur żelaznych ogrzewanych krążącą wodą gorącą — z tej zaś komory oddzielnie do każdej sali kanałami wchodzi świeże i ogrzane powietrze. Powietrze zaś zepsute wciągane jest z sal kanałami do wspólnej rury przechodzącej przez wspomnianą komorę, która to rura następnie zakręca się i przechodzi przez całą wysokość gmachu nad dach jako kanał wyciągowy. W porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, wpuszczane jest do wspólnej rury wyciągowej gorące powietrze w komorze, podczas gdy kanały prowadzące powietrze ogrzane na sale są zamknięte. Sale i korytarze ogrzewane są nadto oddzielnie przez rozprowadzone rury żelazne, w których krąży woda gorąca. Widzimy więc, że w szpitalu tym do ogrzewania i wentylacyi zastosowano wodę gorącą (San-Galli). Przy takiej wentylacyi na chorego wypada na godzinę 6 — 8 sażeni kub. świeżego powietrza. Na salach i korytarzach znalazłem powietrze znakomite. W ogólności szpital ten na zewnątrz i na wewnątrz przedstawia się elegancko. W gmachu frontowym są oddziały wewnętrzny, zewnętrzny—w oddzielnym zaś gmachu tylnym mieszczą się oddziały z chorobami zaraźliwymi (ospa, odra, skarlatyna, diphteritis, siphilis i t. p.), nie komunikujące z sobą. Szpital ten posiada wszelkie możliwe wygody dla dzieci.

*(Dokończenie nastąpi).*

---

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

---

### O leczeniu chorób żołądka.

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

*(Dalszy ciąg).*

Przy ustanawianiu prawideł dyetetycznych, sędzę, że przedewszystkiem nie trzeba zapominać, że dla chorego żołądka stanowczo nie ma lepszej diety nad spokój. Zwróćmy tylko uwagę, jak starannie unikamy przy zapaleniu innych części ciała, nawet najmniejszego ruchu, jak, gdy nastąpiło uzdrowienie, dopiero stopniowo pozwalamy organowi podjęcie swoich funkcyj, przypomnijmy sobie tylko, jak absolutne milczenie przy zapaleniu krtani w większości wypadków pomyślnie działa! Niestety, przy zapaleniu organów wewnętrznych prawie nigdy nie jesteśmy w stanie podczas trwania zapalenia postawić takowe w warunkach zupełnej bezczynności. Ale właśnie przy chorobach żołądka możebnem jest za pomocą odpowiedniej metody odżywiania, zostawić chory organ w zupełnym spoczynku, albo przynajmniej pracę jego zredukować do minimum.

Osiągamy zupełny spokój organu tylko wtedy, jeżeli nie doprowadza się pokarmów

zwykłą drogą to jest *per os*, lecz *per anum*. Ponieważ experymenta fizyologiczne, jak i rezultaty otrzymane przy łożku chorego przekonały, że przy użyciu zaleconych przezemnie i wypróbowanych \*) ławaty w przyrządzonych z mięsa i truszczyki (*Fleischpancreasklystiere*) (*Deutsch. Archiv f. klin. Medic. Tom X. 1. ff.*), znaczna ilość azotu zostaje wprowadzoną do organizmu i człowiek tą drogą przez długi czas odżywiany być może, że oprócz tego uczucie głodu przy tym sposobie odżywiania zostaje nasycone, to w takim razie będzie wskazane, w ciężkich wypadkach chorób żołądka, uciec się do tej metody odżywiania. Tą drogą postępując, staje się możebnym, że bez szkody dla ogólnego odżywiania chorego, ściany żołądka przez całe dnie nie zostają drażnione pokarmami i tym sposobem proces chorobny na błonie śluzowej żołądka skończyć się może, lecz osiągamy jeszcze i tę korzyść, że środki zaaplikowane na wewnętrzną powierzchnię ścian żołądka mogą energiczniej działać, niż wtedy, gdy są pomieszane jak zwykle z mniejszą lub większą ilością miazki pokarmowej i rozcieńczone lub zmienione w składzie swoim chemicznym stykają się z chorą błoną śluzową.

W większości wypadków chorób żołądka nie jest wcale potrzebnym zostawić organ w zupełnym spoczynku; już przez to samo dochodzimy w zupełności do celu, jeżeli przepisujemy choremu „łatwo strawne“ pożywienie, przypuszczając z góry, że pokarmy te istotnie są łatwo strawne. Dochodzimy do kwestyi, nasuwającej się codziennie przy łożku chorego, kwestyi o tyle ważnej, o ile z drugiej strony trudno na nią odpowiedzieć, a mianowicie: jaka dyeta odpowiada pojęciu „łatwo strawna“? Przyznajmy się szczerze, że pytanie to już nieraz na skłopotu nabawiło, gdyż z jednej strony czujemy, że od dokładnego rozstrzygnięcia tej kwestyi, zależy cała terapia opisanego przez nas cierpienia żołądka, z drugiej zaś strony, że nie możemy zupełnie utaić naszych wątpliwości względem stosowności naszej ordynacyi, gdy tę lub ową dyetę, jako łatwo strawną przepisujemy. Nie powinniśmy się jednak tej naszej wątpliwości wstydić, gdyż dotychczas nie robiono istotnie przekonujących w tym względzie doświadczeń fizyologicznych. Wprawdzie już przed stoma mniej więcej laty G o s s e, który posiadał dziwną zdolność wydalenia dobrowolnego w każdym czasie zawartości z żołądka, za pomocą połykania powietrza, robił bardzo interesujące doświadczenia nad zmianami, jakie pokarmy ulegają w żołądku podczas pewnego czasu, a rezultatem tych badań było ustanowienie kompletnych „klass strawności“ zamieszczonych w dodatku do dzieła nieśmiertelnego S p a l l a n z a n i'ego, stanowiącego epokę w nauce o trawieniu. Tak samo B e a u m o n t robił doświadczenia na żołądku swego K a n a d y j c z y k a, ściśle oznaczając czas, przez jaki różne pokarmy zostają w żołądku. Wszystkie te jednak doświadczenia nie wiele przyczyniły się do rozstrzygnięcia kwestyi „strawności“ pokarmów, jak to bardzo słusznie zauważyli F r e r i c h s, K ü h n e i inni.

Według doświadczeń B u s c h'a i K ü h n e'go, już po upływie kwadransu do pół godziny po spożyciu pokarmów, wypływały prawie niestrawione kawalki mięsa i białka, jak i nieścięte jeszcze mleko z przetoki kiszki u pewnego indywiduum i na te jak się zdaje prawidłowe bardzo wczesne wyjście pokarmów niestrawionych z żołądka, trzeba zwrócić szczególną uwagę, przy doświadczeniach nad strawnością pokarmów. Ja jednakowoż jestem zdania, że kwestya strawności pokarmów, przy wyłącznym uwzględnianiu tylko wpływu soku żołądkowego na miazgę pokarmową, w ogóle nie może być rozstrzygniętą. Jeżeli przypomnimy sobie nowsze doświadczenia oparte na szybkości, z jaką pokarmy opuszczają górne oddziały kiszki (np. w jednym doświadczeniu R a d z i e j e w s k i e g o \*\*) potłuczone kości cielęce, u psa z przetoką kiszki grubej wstępującej, już w godzinę i 20 minut, pokazały się w otworze przetoki), to z jednej strony pogląd B e r n a r d'a, że funkcya żołądka jest przeważnie tylko przygotowawczą dla aktu trawienia, będzie usprawiedliwiony, z drugiej strony, coraz bardziej dochodzimy do przekonania, że dopiero na początku kiszki grubych odbywa się w znacznej części trawienie. Wszak możność rezorbcyi w tej części przewodu kiszki, szczególnie także na mocy doświadczeń dowodzących, że ławatywy przyrządzone z mięsa i truszczyki zostają strawione, nie ulega żadnej wątpliwości. Tym sposobem upada także stanowisko, z którego mamy wyjść, przy rozstrzygnięciu kwestyi strawności niektórych pokarmów; mniejszej będzie wagi kwestya o ile zmienione, pokarmy opusz-

\*) Porów. najnowsze publikacye Heyfeldera (*Deutsche Zeitschrift für Chir. II. S. 324*) i H. van Halsbeek (*la Charité sur les champs de bataille Vol. VIII S. 270*).

\*\*) Radziejewski, zur physiol. Wirkung der Abführmittel. Dubois-Reichert's Archiv. 1870, str. 1. Hl.

czają żołądek, ale raczej dowiedzieć się, o ile zmienione, pokarmy te przechodzą do kiszek, a nakoniec zjawiają się w kale, o ile podczas przebiegu ich przez cały przewód pokarmowy, zawarty w nich azot, tłuszcz i t. d., istotnie zostały pochłonięte. Dla chorego na żołądek jeżeli pokarmy w żołądku znacznym ulegają zmianom, trawienie się pokarmów w żołądku nie jest wcale bardzo korzystnym, gdyż właśnie te pokarmy, które mało zostają zmienione w żołądku i szybko go opuszczają, o ile tylko z powodu własności swojej powierzchni, konsystencji i t. d. nie drażnią błony śluzowej mechanicznie, daleko mniej obciążają chory organ, niż te pokarmy, które działaniem soku żołądkowego szczególnie łatwo zostają rozpuszczone, przytęm jednak dłuższy czas pozostają w żołądku i utrudniają z powodu patologicznych zmian, działalność żołądka w znacznym stopniu. Nareszcie przy rozstrzygnięciu kwestyi strawności pokarmów trzeba będzie zawsze przy każdym wypadku chorobnym wzięść pod uwagę właściwość danej choroby żołądka, indywidualność i konstytucję chorego.

Z tego co się powiedziało, doszliśmy panowie do przekonania, że z fizyologicznego, naukowego punktu widzenia, kwestya strawności pokarmów, wcale jeszcze nie jest rozstrzygniętą. Mimo to nie jesteśmy usprawiedliwieni, z tej przyczyny nie dawać żadnych przepisów dyetetycznych chorym naszym. Jak w ogóle w terapii musimy się kierować obok rozumowań fizyologicznych empiryą i pierwsze stanowić mają tylko naukowy regulator dla zasad empirycznych wiekiem uświęconych, to powinniśmy zdaje się także i przy dyecie kierować się doświadczeniem, zwłaszcza, że w tym właśnie względzie rozporządzamy ogromnym materiałem zebrany w różnych czasach i przez różne ludy, i my sami codziennie mamy sposobność robienia spostrzeżeń.

Co się tyczy różnych gatunków mięsa, nie można zaprzeczyć, że młoda cielęcina, mięso kurczęcia, gołębia, najmniej obciążają trawienie. Dla niektórych osób trzeba tu jeszcze zaliczyć ryby i mięso wołowe i dobrze jest ryby dozwolić choremu jeść tylko dobrze gotowane, mięso zaś wołowe jako nieco przypieczone, aż do przyjęcia barwy różowej. Stare doświadczenie sztuki kulinarnej przekonało, że mięso przez zbyt długie pieczenie lub długie gotowanie staje się twardem i zgodnie z tym, niedawno ogłoszone badania F i c k a bezpośrednio wykazały, że jedna i ta sama ilość soku trawiącego 3 razy dłuższego czasu potrzebuje dla strawienia gotowanego mięsa, niż surowego. Przy spożywaniu pieczonego mięsa, uświęcony jest u publiczności zwyczaj unikania tłustych sosów (pomijając już dobre zgryzienie kawałków mięsa), zwyczaj ten ma uzasadnienie w tem, że w kęs, otoczony tłuszczem, trudniej wsiąka sok żołądkowy, niż w chudy kawałek mięsa. Na tę okoliczność już G o s s e zwrócił uwagę, przy zestawieniu rezultatów swoich, wyżej wymienionych doświadczeń.

Do pokarmów „łatwostrawnych“ należą dalej tysiącnoletniem doświadczeniem wypróbowane: m l e k o i j a j k a. Że mleko będące najnaturalniejszym środkiem pokarmowym najlepiej się trawi przez wielu chorych na żołądek, jest faktem oddawna znanym, a także i surowe jajka uchodzą jako pokarm mało obciążający żołądek. Ja jednakowoż na zasadzie własnych poszukiwań (*Tagbl. der Rostocker Naturforschervers. S. 112*), muszę temu zaprzeczyć. Gotowane białko okazało mi się przeciwnie łatwiej strawnym, niż surowe, a nowe badania F i c k a tego przynajmniej dokazały, że surowe białko żadnej nie posiada przy trawieniu wyższości. Z tego powodu chorym moim zalecam zawsze jeść jajka na m i ę k o g o t o w a n e.

Z jarzyn pozwalam tylko najdelikatniejsze, najwięcej się w tym względzie zalecają szparagi, młody chmiel, z łupin uwolniony groch cukrowy i młoda marchew. Kartofle trzeba w każdym razie tylko w formie purée dozwolić chorym jeść. Przeciwnie trzeba unikać zupełnie tak ulubionego kleiku z drobnej kaszki, gdyż pojedyncze ziarna kaszy według wszelkiego prawdopodobieństwa posiadają brzegi tak ostre, że mogą błonę śluzową np. u chorego na wrzód żołądka silnie podrażnić, czego niedawno miałem bardzo wybitny przykład. Najstosowniejszym do użycia w tych razach jest chleb biały i to najlepiej czerstwy, gdyż sok żołądkowy łatwiej wsiąka w ten ostatni niż w świeży.

O ile możności unikam zupełnie n a p o j ó w alkoholowych u chorych na żołądek. Jeżeli użycie wina jest koniecznie wskazane, to można go zadać choremu jak to szczególnie w Anglii jest praktykowane, równie dobrze *per anum*, jak *per os*.

(Dokończenie nastąpi).

## Apopleksya mózgu.

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

### A etiologia.

(Dalszy ciąg).

Wymienione cierpienie naczyń coraz częstszem jest, poczynając od lat 50, w wieku młodszym jest ono rzadszém, pojedyncze jednak wypadki zdarzają się już w drugim dziesiątku lat.

Najnowsze doniesienia Z e n k e r'a (na zebraniu 45 przyrodników i lekarzy niemieckich) potwierdzają dane powyższe o tętniakach prosowatych; przytacza on jednak, iż badanie drobnowidzowe małych rozszerzeń naczyń i gałązek tętniczych, na których takowe spoczywają, wykazuje też same zmiany sklerotyczne błony wewnętrznej (zgrubienie i niekiedy stłuszczenie), jakie już dawno dowiedzione zostały w większych tętnicach. Utworzenie się przeto tętniaków prosowatych byłoby tedy sprawą sklerotyczną, rozprzestrzenioną aż do najcieńszych gałązek naczyń.

Jednocześnie Z e n k e r ustanawia analogia z krwotokami zewnątrzmoźgowymi podstawy mózgu, zasadzającemi się na pęknięciu tętnic aneuryzmatycznych na podstawie mózgu. Przez to uchyla się dziwne przeciwieństwo, jakie znajdowano w tem, iż oprócz mózgu nigdzie nie zachodzą pęknięcia przerodzonych tętnic, bez poprzedniego utworzenia się tętniaka, podczas gdy w mózgu miano je tak często znajdować.

W końcu niech nadmienię jeszcze o fakcie, znanym mi z własnych spostrzeżeń, iż z pomiędzy tętnic mózgowych największe rozszerzenia i *atheroma* spotykanemi bywają w naczyniach wzgórków prążkowanych i jąder soczewicowatych, aż do wzgórków wzrokowych, a zatem w tworach mózgowych, które są siedliskiem głównem krwotoków. Można również stwierdzić znaczne rozszerzenie naczyń przy krwotokach w węzłach ruchowych mózgu.

Cierpienie naczyń, które nie rzadko przez długi czas istnieje, wtedy tylko otrzymuje znaczenie szkodliwe, apoplektyczne, gdy do istniejącego już z wyrodnienia tętnic przyłącza się podwyższone ciśnienie w układzie naczyniowym.

Powołując się na zebrane powyżej warunki i następstwa powiększonego ciśnienia mózgowego, chcemy tu tylko zauważyć, odnośnie do szkodliwości krwotoku mózgowego, iż takowa zależy tak od wzmocnionego strumienia krwi w tętnicach, jak również i od zastojów żylnych, albo też od powiększonego ciśnienia i rozszerzenia naczyń włosowatych. Rozmaite te czynniki, prowadzące do powiększenia się ciśnienia mózgowego i częstych krwotoków, uwarunkowane są przez zmiany ośrodkowe albo też odwodowe.

Do pierwszych należą przekrwienia tętnicze, wywołane przez trwałe zwiększenie ciśnienia w nkładzie aortycznym, jako też przez mocniejsze bodźce psychiczne i trujące; zmiany w krążeniu spowodowane przez skurcz naczyń w epilepsyi i eklampsyi; zakrzep zatok i żył błony naczyniowej, prowadzący do zastojów biernych; rozszerzenia naczyń włosowatych aż do rozerwania przez zator barwnikowy (V i r c h o w), przez skupienie bezbarwnych ciałek krwi przy ropnicy (R o k i t a n s k y) i leukaemii (O l i w i e r i K a n v i e r). Należą tu również znaczne krwotoki mózgowy, zachodzące w zarodku, które mogą być przyniesione na świat w stanie zagojenia (R o k i t a n s k y).

Przy wyznaczynieniach na przebiegu niektórych tętnic mózgowych należy uwzględnić przestrzenie odżywiane przez naczynia odpowiednie, podług topografii przedstawionej przez H e u b n e r'a, (*Centralbl. f. med. Wiss.* Nr. 72, 1873). Szczególniej odnosi się to do tętnic okolicy podstawowej, składającej się z *circul. Willisii* i pni głównych mózgu, które zaopatrują węzły ruchowe i części należące do śródmózdzia. Jak H e u b n e r najpierw wykazał, gałązki naczyniowe te rozdrabniają się nie łącząc ze sobą w ograniczonych przestrzeniach (jako końcowe tętnice popług C o l n h e i m'a) i jak poprzednio przywiedziono, zajętemi bywają przy apopleksyi części wzgórka prążkowanego, odżywiane przez gałązki naczyniowe, powstające na rozmaitej wysokości. Naczynia kory mózgowej komunikujące ze sobą, po poprzedniem połączeniu się w kształcie sieci jeszcze w błonie naczyniowej, rzadko tylko stają się przyczyną krwotoku.

Do przyczyn obwodowych apopleksyi należą: zwężenie ujść żylnych, wady zastawkowe i połączone z niemi przerost lewego serca, nie wystarczający jednak do ich kompensacyi, po którym dopiero następuje podług T r a u b e'go występuje *arteriosclerosis*, zakrzep i rozerwanie naczyń mózgowych. Może jednak i zmniejszenie się sprężystości tętnic i słab-

bość naczyń włosowatych wywołać zwiększone ciśnienie w układzie naczyniowym i powiększenie się następcze serca. Przerost serca może przyczynić się do powstania krwotoków mózgowych przy przeszkodach obwodowych w krążeniu (rozedma płuc, zanik nerek, rozlana *arteriosclerosis*, uciśnienie żyły głównej górnej i t. d.). I z zewnątrz działające czynniki mogą na rozmaitych miejscach wywołać traumatyczne krwotoki mózgowce.

Przyjęty dotychczas stosunek nieprawidłowego składu krwi do apopleksyi należy podług nowszych spostrzeżeń odnieść do zmian chorobnych ścian naczyń lub też istoty mózgowej. I tak często daje się wykazać zwyrodnienie tłuszczowe małych naczyń mózgowych u dzieci charłacznych. W blednicy, (która niekiedy usposabia do wczesnego występowania apopleksyi) Virchow niedawno opisał tak zwaną przez siebie *Hypoplasiam* układu naczyniowego (*Intelligenzbl.* Nr. 29, 1872), która cechuje się małą średnicą tętnic, cienkością ścianek i falistemi podwyższoniami na błonie wewnętrznej; ostatnia wykazuje usposobienie do przerodzenia tłuszczowego, ale nie w warstwach głębszych, jak to bywa przy *atheroma*, a tylko na powierzchni. Rzadziej występują zmiany błony średniej i mięśnia sercowego, co nader często zachodzi u położnic. Przy skorbucie Meynert (*Wochenbl. d. Ges. d. Aerzte*, lipiec 1864) znalazł tętniaki włosowate w moście i odnogach mózgu. W cierpieniach przymiotowych mózgu z atakami apoplektycznymi, Virchow, Passavant i Heubner znaleźli nawarstwienie wysiękowe na naczyniach podstawowych, jak również na ściankach mniejszych naczyń mózgowych. *Alcoholismus chronicus* również jest częstą przyczyną przerodzenia tłuszczowego naczyń włosowatych mózgu.

Czy zmiany chorobne istoty mózgowej samej w sobie mogą stać się przyczyną apopleksyi, nader jest wątpliwem. Cierpienia istoty mózgowej mniej lub więcej ograniczone, ze współczesnem powstawaniem wynaczynień przy ucisku guzów, rozmięczeniu i t. d., są widocznie skutkiem utrudnionego krążenia obocznego, zmian następczych w naczyniach tętniczych, albo też przerodzenia ziarnisto tłuszczowego ścianek naczyń włosowatych, a zmiany te mogą dać powód do pęknięcia naczyń krwionośnych. Przy pierwotnym zaniku mózgu powstawanie krwotoków jedynie w skutek tak zwanego *horror vacui* i wznoczonego przyplywu krwi po zaniku istoty mózgowej niczem nie zostało dowiedzione. Jak już zauważył H a s s e w razach tych sprawa chorobna postępuje tak wolno, iż czas trwania jej najzupełniej wystarcza do wyrównania utworzonej próżni na drodze odżywczej i wysiękowej. Daleko słuszniej należy uważać za przyczynę krwotoku zmiany w krążeniu i przyrządzie naczyniowym, jakie zwykle znajdują się u osób, w podeszłym już wieku będących. Również przy krwotokach mózgowych powstających skutkiem durzycy, ropnicy i gorączki pologowej, należałoby uważać za czynnik przyczynowy zmiany w odżywianiu ścianki naczyniowej i utworzeniu się zakrzepu w mniejszych naczyniach mózgowych, po większej części bliżej nie badanych.

Za czynniki usposabiające do apopleksyi uważano dawniej temperament i ciało składowe, bezstronne jednak spostrzeganie uczy, iż osoby szczupłe i chude, w stosunkach powyżej wskazanych, niemniej często podlegają apopleksyi, niż osoby otyłe i tłuste, i że osoby temperamentu krwistego nie o wiele więcej są zagrożone niż osoby z usposobieniem spokojnem. Przyjęcie usposobienia chorobnego do apopleksyi jest zarówno niewłaściwe jak i uznanie przyczyn o kolicznosciowych, jakie dawniej nader często przyjmowano, jako to: błędy w dyecie, natężenie cielesne i umysłowe, zgrzanie się, wymioty, nadużycia, usilne ruchy wydechowe, (jak kaszel, śmiech, śpiew) i t. p. Czynniki te mogą mieć znaczenie tylko podrzędne i nie mogłyby pociągnąć za sobą wylewu krwawego, gdyby przyrząd naczyniowy mózgu był nietknięty, lub też inne zmiany czynnościowe nie podtrzymywały niebezpieczeństwa krwotoku mózgowego. W niektórych wypadkach apopleksyi dziedziczność ma wpływ usposabiający do tego cierpienia.

Wiek ma wpływ daleko pewniejszy i częstszy na usposobienie do apopleksyi. Według dochodzeń dawniejszych von B u r o w'a, częstość apopleksyi w wieku od 20 do 30 lat wynosi 5,3 *pro mille*, od 30 do 40 lat 12, od 40 do 50 lat 22,2, od 50 do 60 lat 31,5, w wieku 50 do 60 lat wynosi 31,5; między 60 i 70 rokiem życia 54, a w wieku lat 70 do 80 wynosi 60 *pro mille*.

Podług zestawień statystycznych S o r m a n i'ego z 5678 wypadków *apoplexia fulminans* w Królestwie Włoskiem w latach 1866—67, (*Riv. clin.* ser. 2. Grudzień 1873), krwotoki mózgowce w wieku lat 4 do 22 są najrzadsze i najmniej niebezpieczne; w latach 22 do 50 śmiertelność wzrasta w stosunku prostym do wieku, od 50 roku śmiertelność wzrasta w stopniu jeszcze większym. W wieku dzieciennem, szczególnie w pierwszych la-

tach procent śmiertelności jest znaczny. Według Ledella (*A treatise on apoplexy* 1873) w Nowym Yorku w 1867—69 r. 68 dzieci niżej lat 10 zmarło na apopleksyę, pomiędzy niemi znajdowało się 43 dzieci, które jeszcze nie doszły jednego roku życia. Większość znaczna wypadków przywiedzionych odnosi się widocznie do krwotoków oponowych, podczas gdy właściwe krwotoki mózgowie w kraju tym miewają miejsce zwykle przy wadach rozwojowych serca i naczyń, chorobach mózgu (glioma, guz), przy kokluszu i wysypkach ostrych.

Podług licznych spostrzeżeń statystycznych Sormani'ego i Mandillon'a, apopleksyę są częstsze w porze zimnej, niż letniej, co podług doświadczeń tutejszych zdarza się często, ale nie zawsze. Co się tyczy wpływu rozmaitych godzin dnia, Sormani podaje, iż w ciągu doby znajdują się dwa *maxima*, od 3 do 5 po południu i od 2 do 4 po północy, przy czem rozumie się, należy wziąć pod uwagę pracę dzienną, czas przyjmowania pokarmów, jako też użycie napojów wyskokowych. Nareszcie spostrzeżenia wykazały, iż płeć męzka, przecięciowo częściej podlega apopleksyi niż żeńska, co prawdopodobnie jest w związku z bardziej natężającym sposobem życia i częstszymi cierpieniami serca i naczyń u mężczyzn.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— S. p. Dr. Walery Teich. Ciało lekarskie warszawskie znowu poniosło ciężką stratę: w dniu 24 z. m. zmarł Dr. Teich, lek. ord. w szpitalu Dzieciątka Jezus, w 39 roku życia. Ur. r. 1835, medycynę studyował w Dorpacie, następnie za granicą, a od r. 1862 osiadł w Siedlcach, zkąd w r. 1868 przeniósł się do Warszawy. Zajmował się całą medycyną, przeważnie jednak chorobami ginekologicznemi. Człowiek prawy, zdolny i pilny lekarz zostawił głęboki żal po sobie, a jako autor aczkolwiek drobnych, urywkowych spostrzeżeń ze swej praktyki na zawsze żyć będzie w rocznikach nauki naszej.

— Nagroda konkursowa Ces. Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie. Cesarskie Towarzystwo Wileńskie wyznaczyło nagrodę konkursową w ilości rs. 500 za rozwiązanie pytania: „Czy istnieje koltun (*plica polonica*) jako choroba *sui generis*“. Autor rozprawy lub dzieła o koltunie, ma złożyć dowody naukowe potwierdzające lub też obalające istnienie tej choroby. Rozprawy lub dzieła nadesłane być winny do Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego najpóźniej w dniu 12 października r. b. 1874 z zachowaniem zwykłych prawideł tajemnego konkursu (motto na rozprawie, a w zapieczętowanej kopercie imię i nazwisko autora z powtórzeniem tegoż motto).

— Całkowite wyjęcie krtani wraz z nakrywką wykonał dnia 21 grudnia roku z. Prof. Billroth w Wiedniu na chorym, który cierpiał na raka w krtani. Ponieważ cała krtani była wypełniona masą rakowatą, a więzy głosni tak zniszczone, iż choremu nie było można żadną miarą głosu przywrócić, przeto B. był tego zdania, że rozcięcie krtani i wydalenie nowotworów rakowatych byłyby pozostały bez wszelkiego pomyślnego skutku. Wyjęcie zaś krtani, wśród wyżej wymienionych okoliczności, nie sprawiało żadnego defektu fizyologicznego, a mogło dopomóc gruntownie, ponieważ się cierpienie ograniczało tylko na krtani i nie zajęło dotąd sąsiednich gruczołów. Chory zniósł operacyę bardzo dobrze, oddycha wolno i bezpośrednio z tchawicy, w którą włożono rurkę; gorączka jest nieznaczna i trwa krótko, rana ściągnęła się już znacznie i goi się jak najlepiej. Szczegółowy opis operacyi da B. dopiero po zupełnem uleczeniu chorego; obecnie zajmuje się pytaniem, czyby się nie dało pacjentowi przywrócić mowę za pomocą sztucznej krtani zrobionj z kauczuku.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnj 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.** 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. Kurcyusza, Ordyn. klin. ter. fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie).—O sposobach odświeżania powietrza w szpitalach. Wyciąg z urzędowego sprawozdania Dr. Med. Filipa Czajewicza, Lek. Ordynującego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, delegowanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych w r. 1872 do zwiedzenia znakomitszych szpitali Austrii, Francyi, Niemiec i Petersburga.—Kronika zagraniczna. O leczeniu chorób żołądka. Przez D-ra W. O. Leube, Prof. w Jenie. (Dalszy ciąg).—Apopleksya mózgu. Podług nowszych poszukiwań obcych i własnych, opracował Dr. M. Rosenthal, docent Uniwersytetu w Wiedniu. (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Ś. p. Dr. Teich.—Nagroda konkursowa Ces. Tow. Lekarskiego w Wilnie. — Całkowite wyjęcie krtani wraz z nakrywką. — Dodatek. Chirurgii operacyjnej T. II, ark. 26. — Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 16.— Farmacyi ark. 7. — Medycyny sądowej ark. 36.

## 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. Kurcyusza, Ordynatora kliniki terapeutycznej fak. C. U. W. (w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie).

W dniu 24 lipca 1873 r. przyjętym został na salę kliniczną Ś-go Aleksandra, w szpitalu Ś-go Ducha, chory Jan P..., czeladnik szewcki, żonaty, 35 lat wieku liczący.

Chory w dzieciństwie, o ile pamięć jego sięga, nie przebywał żadnych ciężkich chorób. Nie odznaczał się nigdy wielką siłą ani tuszą, czuł się jednak zdrowym i nie doświadczał żadnych dolegliwości. Biegać mógł wiele i szybko, nie doznając zmęczenia. W dwunastym roku życia przebył odrę, która pozostawiła...

stawiała po sobie mocny i uparty kaszel, po kilku jednak miesiącach takowy znikł i odtąd, aż do rozpoczęcia się cierpienia, któremu obecnie ulega, nie kaszlał wcale. Zatrudnieniu swemu poświęca się od piętnastego roku życia. Prowadzenie się chorego było zawsze nader skromne, nie miał nigdy pociągu do napojów wysokowych i nie używał ich prawie wcale. Z chorób wenerycznych, przed sześciu laty przebył lekką rzeżączkę (*Urethritis blennorrhoeica*), która, po trzytygodniowym trwaniu, ustąpiła prawie bez żadnego leczenia.

Od kilku miesięcy, chory zaczął doświadczać uczucia zmęczenia przy chodzeniu, przy wstępowaniu zaś na wschody pojawiać się zaczęła mocna duszność i zawrót głowy. Objawy te ustępowały natychmiast skoro chory powrócił do spoczynku, a jeśli siedział spokojnie, nawet zajęty swą pracą, nie ukazywały się wcale. Wkrótce jednak zauważył chory, iż kończyny dolne brzękną mu około kostek. Współcześnie odżywianie jego zaczęło upadać, apetyt się zmniejszył, czerstwa poprzednio twarz stała się bladą a osłabienie ogólne i uczucie duszności zwiększały się z dniem każdym, tak, że chory bez pomocy innej osoby, nie mógł wcale wejść na wschody. Na dwa miesiące przed udaniem się do szpitala, pojawił się częsty i męczący kaszel, a duszność zwiększyła się tak dalece, że chory nie mógł już siedzieć na krześle, ale ujrzał się zmuszonym do pozostania w łóżku. Przez ciąg dalszych dwóch miesięcy, stan chorego pogorszał się z dniem każdym—kaszel ze skąpą klejką płwociną stawał się coraz częstszym, a obrzęk rozszerzył się na całe kończyny dolne, części płciowe zewnętrzne i dolną część brzucha.

W tym stanie chory, widząc iż leczenie jakimś poddawał się w domu było bezskutecznym, przeniósł się do szpitala.

Przy szczegółowym badaniu chorego, jakie przedsięwzięłem w dniu 25 lipca 1873 roku, stan jego obecny (*status praesens*) był następujący:

Chory wzrostu średniego, budowy ciała szczupłej, lecz prawidłowej; układ kostny dobrze rozwinięty, mięśnie wiotkie. Powłoki ogólne blade i przeświecające, podobnie jak i błony śluzowe (*Oligocytaemia-Hydraemia*), kończyny dolne w okolicy stawów golenio-stopowych obrzmiałe, podobnie jak skóra na moshnach i napletku (*Oedema scroti et praeputii*). Na brzuchu obrzmienie i ciastowatość skóry sięgają powyżej pępka. Język i wargi, jako też końce palców u rąk, przedstawiają odcień niebieskawo-siny (*cyanosis*).

Ciepłota ciała 37° Cels. Tętno szybkie, drobne, 96 uderzeń na minutę, na obu kończynach górnych jednakowe. Linia sfigmograficzna jego, przedstawia bardzo niskie fale; część jej wstępująca (*anacrola*) mocno pochyła, nie wiele różni się od zstępującej, która jednak jest nieco dłuższą, więcej poziomą i po środku załamana (*catadirotismus*):—kął wierzchołkowy zaokrąglony, wachania oddechowe tętna, prawie żadne. Granice tępości serca, ku górze między 3 a 4-m żebrzem, ku prawej stronie na połowie mostka, ku lewej przekracza linię ssutkową na dwa centymetry. Uderzenie wierzchołka serca, pomiędzy czwartem a piątym żebrzem prawie na linii ssutkowej (*linea mamillaris sinistra*), wyczuwają się słabo i nie wstrząsają klatki piersiowej, ani też nie są dostrzegalne dla oka. Stuki serca przy wierzchołku są czyste lecz słabe, oba prawie równej mocy.

W drugim odstępnie międzyżebrowym, z prawej strony, przy mostku, pierwszy stuk jest czysty, drugi nieco dźwięczny. Z lewej strony, pomiędzy drugim i czwartym żebrzem, pierwszy stuk był czysty i wyraźny, zamiast zaś drugiego stuku, słyszalnym był przeciągły, dość mocny szmer piłujący, równy co do czasu trwania, dwa razy wziętemu stukowi pierwszemu. Szmer ten odpowiadał ściśle momentowi rozkurczowemu (diastolicznemu) i w granice momentu przedskórczowego (praesystolicznego) nie wkraczał zgoła.

W tętnicach szyjowych i udowych słyhać zwykły szmer tętniczny nieco przedłużony. Tętnienie pierwszych widoczne dla oka.

Objawy ze strony narządu oddechania były następujące: kaszel dość mocny i częsty ze skąpą śluzową wydzieliną, mało stłuszczone, mocno do szkła przylegająca. Duszność, niewielka przy spokojnym zachowaniu się chorego (38 resp. na minutę), zwiększa się znacznie przy poruszeniach i mówieniu. Granice płuc ku dołowi nieco obniżone. Od tyłu, z prawej strony, pomiędzy łopatkami, nieznaczne podwyższenie odgłosu opukowego, któremu towarzyszy silniejsze nieco w témże miejscu odbrzmiewanie (*resonantio adaucta*), zresztą cała powierzchnia klatki piersiowej, do której przylegają płuca, wydaje odgłos pełny i jasny, z lekkim tu i owdzie, odcieniem bębnowym. Oddech wszędzie mocno zaostroszony, (*resp. vesicularis aspera*), z prawej strony między łopatkami nieokreślony (*resp. indeterminatu*). Zaostrzenie oddechu najmocniej występuje w wierzchołkach płuc, a na całej przestrzeni takowych, słyhać nader liczne rżenia drobno pęcherzykowe, z charakterem wilgotnym, oraz rżenia świszczące (*rh. sibillantes*).

Trawienie opieszale, język szeroki blady, z odciskami zębów, pokryty cienką warstwą nalotu. Łaknienie zmniejszone, brzuch nieco wzdęty, nie bolesny, w okolicy żołądkowej wydaje odgłos bębnowy, wysoki, z oddźwiękiem metalicznym. Częste bezwonne odbijania (*ructus*), stolce skąpe i nie codziennie (*stypsis habitualis*). Granica dolna tępości wątroby obniżona na dwa centymetry.

Wydzielanie moczu zmniejszone (*oliguria*). Ilość jego wynosi 400 do 500 cm. kub. na dobę, zabarwienie jest ciemne (N. 7 skali Vogl'a), odczyn kwaśny c. wł. 1028—1030. Zresztą, mocz nie zawiera zgoła żadnych nieprawidłowych składników. Ilość kwasu moczowego bardzo znaczna, tak, iż ciało to osadza się na ścianach i dnie naczyń, w postaci szklistego czerwonego piasku, który pod drobnowidzem, okazuje się złożonym z wielkich, osłkowanymi i skośnie czworobocznymi kryształami, czerwono-żółtej barwy.

Rozpoznanie choroby (*diagnosis*) w wypadku powyższym, nie małe przedstawiało trudności. Sinica ogólna i obrzęk dolnych odcinków ciała wskazywały na utrudnienie krążenia zwrotnego i zastój żylny w krwiobiegu wielkim. Objawy ze strony płuc, dowodziły przedewszystkiem zastój krwi w małym krwiobiegu i znacznego zwięzienia dróg powietrznych. Zjawiska zgęszczenia miąższu płucnego w obu wierzchołkach, a przedewszystkiem w prawym, odnieść wypadało do spowodowanego tymże zastojem zapalenia śródmiąższowego płuc (*Pneumonia interstitialis chronica, Peribronchitis*) i bliznowego ściągania się tkanki

łącznej. Wielokrotnie podczas przebiegu choroby dokonywane, zawsze z jednymi i temiż samymi wynikami, badanie moczu, pozwalało wykluczyć stanowczo cierpienie miąższa nerkowego; zmniejszenie przeto ilości tej wydzieliny i jej stężenie, przy stanie bezgorączkowym, bez nadmiernych potów i biegunki, stanowiło dowód niezbity, iż istnieje zaburzenie w krążeniu nerkowym, zależne od warunków działających po za obrębem samych nerek. Z drugiej zaś strony, nadmiar kwasu moczowego wskazywał na niedostateczne utlenienie się krwi i ograniczenie sprawy gorzenia (*combustio*) w ustroju.

Zestawienie ze sobą wszystkich powyższych danych doprowadziło nas do wniosku, iż w pewnym odcinku dróg krwionośnych znajdować się musi przeszkoda, naruszająca prawidłowe warunki krążenia i, czy to pośrednio, czy bezpośrednio, utrudniająca odpływ krwi z płuc i tkanek całego ustroju.

Zachowanie się tętna, jego małość i rysunek sfigmograficzny, wskazywały na znaczne zwolnienie krążenia i słabe wypełnienie tętnic. Stan ten, w obec rozszerzenia granic tępości serca, a przy słabych uderzeniach jego wierzchołka, pozwalał wnosić o istnieniu przerostu serca odśrodkowego ze ścięciem ścian lub stłuszczeniem takowych (*Hypertrophia cordis eccentrica—Dilatatio*). Ponieważ przerost taki wytwarza się zwykle wtedy, gdy przy utrudnionym odpływie krwi z komórek i zwiększonej w skutek tego pracy serca, następuje upośledzenie odżywiania mięśni sercowych, przeto sama jego obecność dowodziła istnienia przeszkody, tamującej swobodne opróżnienie się którejkolwiek z rzeczonych komórek.

Przeszkoda taka mogłaby mieć miejsce w płucach, lub też w samych ośrodkach krążenia. Stan narządu oddechowego rozpoznany przy pomocy fizykalnego badania, nie pozwalał odnieść jej do tych pierwszych. Co się tycze ostatnich, to z podanych powyżej wyników badania fizykalnego serca i wielkich naczyń, widzimy, że tak niedostateczność zastawek jak i zwężenie otworów serca, mogły być z góry wykluczone. Obecność szmeru rozkurczowego w tętnicy płucnej nie mogła być poczytywaną za objaw niedostateczności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, gdyż w tym ostatnim razie, szmer powyższy byłby słyszalnym i na mostku, w miejscu odpowiadającym komórce prawej. Podobnież można było wykluczyć zbieżenie pierwotne (stłuszczenie—zwyrodnienie maczkowe—tętniak) w samych mięśniach serca, raz dla braku danych etiologicznych, powtóre dla tego, iż przyjęcie takowego, nie objaśniałoby nam owego szmeru słyszalnego w tętnicy płucnej. Jako jedynie możliwe pozostawało tedy przypuszczenie, iż przeszkoda owa znajduje się właśnie w jednym z wielkich naczyń.

Trudniejszym jeszcze okazało się, przypuszczalne nawet oznaczenie, w którym z wielkich naczyń znajduje się owa przeszkoda. Właściwie wchodziły tu w obliczenie tylko aorta i tętnica płucna, obecność szmeru w tej ostatniej zdawała się poniekąd wskazywać na umiejscowienie w niej właśnie zbieżenia. Ponieważ jednak ani natura, ani miejsce powstawania tego szmeru nie były nam wiadome, ten ostatni przeto nie mógł służyć za podstawę do rozpoznania. Ważniejszą, nieco wskazówkę stanowił fakt, iż objawy zastoju pojawiły się przede wszystkim w krążeniu małym, względ

ten pozwalał z niejaką pewnością wnosić, iż przeszkoda znajduje się w aorcie. Gdyby bowiem znajdowała się w tętnicy płucnej, przedewszystkiem musiałyby wystąpić objawy zastoju w układzie żylnym wielkiego krwiobiegu. Do obrazu jednakże zwężenia aorty wrodzonego, nie dostawało objawów wytworzenia się krążenia obocznego (*circulatio collateralis*), które zwykle zboczeniu temu towarzyszą. Jeśliby zresztą przeszkoda znajdowała się w aorcie, jak objaśnić ów szmer w tętnicy płucnej?—szmer zbyt stały, aby go poczytywać za przypadkowy, lub przypisywać niedokrewności.

Również bez odpowiedzi pozostać musiało, niemniej ważne pytanie, co do natury samej przeszkody. Przedewszystkiem mogła ona być następstwem zboczenia wrodzonego lub nabytego. Przeciw pierwszemu przypuszczeniu mówiła naprzód rzadkość podobnych zboczeń w wielkich naczyniach, zwłaszcza też w aorcie, a powtóre brak wszelkich objawów cierpienia w dawniejszych epokach życia chorego, w okresie dojrzewania płciowego, i t. d. Ze zboczeń nabytych, zapalenie wnętrza samego naczynia (*endoarteriitis deformans*) mogło stać się przyczyną ważnych zaburzeń w krążeniu, jednakże wiek chorego i brak wszelkich momentów etiologicznych, zmniejszały prawdopodobieństwo tego przypuszczenia. Dalej, cały przytoczony powyżej obraz chorobny, mógł być spowodowanym zwężeniem światła aorty, zależnem od ugniecenia tego naczynia przez guz (nowotwór), powstały w tkankach sąsiednich, a który, z przyczyny głębokiego swego położenia, mógł nie być dostępnym bezpośrednio badaniu. To ostatecznie przypuszczenie zdawało się mieć najwięcej prawdopodobieństwa za sobą, a przynajmniej przemawiała za niem, wielka liczba podobnych wypadków, w których rozpoznanie okazało się możliwem dopiero na stole sekcyjnym.

W obec takich danych rozpoznawczych, rokowanie mogło być tylko niepomyślnem, jakkolwiek bowiem, przyczyna wywołująca zaburzenie w krążeniu krwi, nie była nam wiadomą, to jednak sądząc z natężenia tych zaburzeń, należało wnosić, iż jest ona natury organicznej, a zatem ani siłami własnymi ustroju, ani nawet przy pomocy odpowiedniego leczenia, usuniętą nie będzie. Szybkość zaś z jaką potęgowały się owe zaburzenia w krążeniu i ich wzrost stopniowy a nieprzerwany, nie pozwalały przypuszczać, by nazwyczajenie ustroju (*accomodatio*) lub wyrównanie powyższych zboczeń (*compensatio*) i zachowanie w ten sposób życia ustroju na czas dłuższy, do skutku przyjść mogło.

Co się tycze leczenia, to nie mogąc działać na przyczynę choroby, potrzeba było ograniczyć się na przeciwdziałaniu jej następstwom. Z tych dwa przedewszystkiem wymagały nieodzownie wdania się z naszej strony, a mianowicie, ogólne zubożenie krwi (*oligocytaemia—hydraemia*) i cierpienie dróg oddechowych.

Co do pierwszego, ponieważ trawienie było jeszcze dość czynnem, ograniczyliśmy się na dostarczeniu choremu odżywczej diety (mięso pieczone, jaja, mleko) i na podawaniu od czasu do czasu środków gorzkich czystych (*amara pura*).

Co do drugiego, użycie środków, zwykle przeciw podobnym cierpieniom płuc pierwotnym, stosowanych, okazało się nader skutecznem i chwilowo

przynajmniej polepszało stan chorego. Szczególniej środki odciągające (*derivantia et revulsiva*) stosowane na skórę piersi, obok leków wykrztuśnych (*tartar. stib.—r. Cephaelid*). okazywały się skutecznymi, tak, że po ich użyciu, stałe zmniejszały się duszność i kaszel, a nawet i nawodnienie dolnych odcinków ciała.

Uważając należyte odżywienie i prawidłową czynność mięśni serca, za główne warunki, przy których jedynie, narzędzie to będzie w możności poddać zwiększonej pracy i pokonać nieprawidłowe opory, unikaliśmy środków upośledzających jego czynność (*digitalis-veratrinum*). Chwilowe nawet użycie takowych, w celach rozpoznawczych, jakie parę razy miało miejsce, powodowało zawsze powiększenie duszności i pogorszenie stanu chorego.

W dalszym przebiegu cierpienia, potęgowały się tylko i rozwijały objawy, dostrzeżone w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu. Bez względu na chwilowe polepszenia stanu ogólnego, obrzmienie kończyn dolnych i brzucha zwiększało się z dniem każdym. Duszność, która w początkach, podczas spoczynku chorego ustępowała zupełnie, obecnie nie opuszczała go ani na chwilę. Ilość moczu zmniejszała się stopniowo, tętno stawało się coraz drobniejszym, a tony serca mniej wyraźnymi. Linia sfigmograficzna tętna zbliżała się coraz więcej do prostej. Współcześnie, występować zaczęły, obok świszczących, liczne a drobne rżężeria wilgotne, na całej przestrzeni płuc; plwocina stała się obfitszą, bardziej lipką, pienistą; kaszel zawsze męczący i częsty.

Już po upływie miesiąca obrzmienie zajmować zaczęło kończyny górne, a współcześnie, obok znacznego powiększenia się ilości płynu w jamie otrzewnej, począł się on gromadzić w jamach opłucnej (*hydrothorax*) i w worku osierdziowym (*hydropericardium*). Uczucie duszności powiększyło się wtedy niesłychanie, tak, iż chory musiał zachowywać bezustannie położenie siedzące (*orthopnoea*). W pierwszych dniach września, zatem na dwa tygodnie mniej więcej przed śmiercią, po raz pierwszy dał się słyszeć lekki szmer rozkurczowy (diastoliczny) przy wierzchołku serca, a później nieco, można było wykryć obecność podobnegoż szmeru w aorcie. Co do siły, oba te szmery ustępowały znacznie szmerowi słyszalnemu w tętnicy płucnej, który był o wiele głośniejszym i dłuższym.

Wszelkie usiłowania mające na celu zmniejszenie obrzęku ogólnego (*hydrops anasarca*), a z nim duszności, zatem środki moczopędne, (*diuretica*) rozwalniające (*drastica*) i napotne (*diaphoretica*), stosowane w owej chwili, okazały się całkowicie bezskutecznymi; podobnie jak i środki pobudzające i trzeźwiące (*excitantia, analeptica*), któremi usiłowaliśmy podtrzymać upadającą czynność serca.

Mimo to wszystko, objawy upadku działalności serca i krążenia stawały się coraz groźniejszymi, małe i miękie tętno chwilami ginęło zupełnie, stuki serca przestały być słyszalnymi i 17 września rano, wśród obfitych potów, sinicy (*cyanosis*), śpiączki (*coma*) i objawów zupełnego upadku sił (*adynamia*), chory zakończył życie.

(Dokończenie nastąpi).

## 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.

(Dalszy ciąg \*).

W Bruxelli zatrzymałem się głównie dla zwiedzenia wychwalanego Hôpital Saint Jean. Szpital ten zbudowany w r. 1843 według systemu pawilonowego, w podobny sposób jak Lariboisiere, nie posiada dobrej wentylacji. Ogrzewany jest piecami żelaznymi na środku sali stojącymi — zepsute zaś powietrze wyciągane przez otwory pod sufitem, prowadzące do kanałów dachowych czyli wyciągowych. Na sali mieści się po 24 łóżka, tak iż na chorego przypada przeciętnie 1600 stóp kub. przestrzeni. Powietrze na salach znalazłem niesobliwe. Szpital ten jednak pod względem architektonicznym robi korzystne wrażenie, lubo nie odznacza się taką czystością, jaka uderza w szpitalach paryzkich.

Pomiędzy szpitalami Berlina, największym i bardzo porządnie utrzymanym jest szpital Charité-Krankenhaus, po części przebudowany, gdzie niema sztucznej wentylacji. Na salach znajdują się tylko w niektórych oknach szyby z siatki drucianej, przymykane od wewnątrz lufcikiem z żaluzjami szklanymi. Nie odmykając lufcika, a tylko podnosząc żaluzye szklane, wchodzi swobodnie bez żadnego przeciągu świeże powietrze na sale. Zepsute powietrze na salach wyciągane jest przez otwory pod sufitem, komunikujące z kanałem kominowym. W nowym oddzielnym pawilonie z chorobami zewnętrznymi na salach I-go piętra są urządzone w suficie obszerne kanały 4-ścienne (Schlotte) na kilka stóp wychodzące na poddasze z przegrodą drewnianą w pośrodku, przez które ma miejsce odświeżanie powietrza na sali. Ogrzewanie odbywa się zwyczajnymi piecami. W szpitalu tym, gdzie jest zachowana czystość i porządek, powietrze na salach znalazłem dobre. Oświetlenie na salach i korytarzach gazem. Dogodnie urządzone znalazłem tutaj wanny przesuwalne na kółkach. Wychodki urządzone na waterklozetach.

Najpiękniejszy szpital w Berlinie jest bez zaprzeczenia: Das Normal-Krankenhaus Betanien zbudowany jeszcze w r. 1847 na 250 chorych. Stanowi on podkowę prostokątną, do koła której na każdym piętrze idzie obszerne korytarz, a z niego pojedyncze sale po 10--12 łóżek mieszczące olejno malowane. Ogrzewanie i wentylacja odbywa się za pomocą szerokich pieców płaszczowych z kałanymi płaszczami, stojących pośrodku sali. Obok takiego pieca przechodzą 2 obszerne rury żelazne kominowe przez wszystkie piętra, do których przez otwory przy samej podłodze wyciągane jest zepsute powietrze z sali. Świeże zaś powietrze doprowadzone jest oddzielnymi kanałami pod podłogą z zewnątrz do środka wspomnianych pieców płaszczowych, gdzie ogrza-

---

\*) Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

wszy się wychodzi na salę. Korytarze ogrzewane są rurami żelaznymi przeprowadzającymi parę wodną. Sale oświetlają lampkami z petroleum, korytarze zaś gazem. W szpitalu tym, obsługiwanym przez ewangelickie zakonnice, przy uderzającym wszędzie porządku i czystości, tak na salach jakoteż i na korytarzach, znalazłem wyborne powietrze.

W Berlinie zasługuje na szczególną uwagę mały szpital na 120 chorych, zbudowany przed kilku laty (1865 r.): *Elisabeth-Krankenhaus*, gdzie jak w poprzednim obsługują zakonnice ewangelickie. Jest to jeden frontowy pawilon, w którym z korytarza wzdłuż idącego wychodzą sale przecięciowo po 12 łózek mieszczące, olejno malowane. Sale ogrzane są zwyczajnymi piecami kaflanemi. Wentylacya naturalna odbywa się w ten sposób, że od korytarza nad drzwiami znajdują się otwory z żaluzjami drewnianemi, a w obszernych oknach na prost drzewi są szyby żaluzyjne szklane. Otwierając żaluzye jedne i drugie następuje przeciąg powietrza środkiem sali, tak, że powietrze świeże ogrzane wchodzi na salę z korytarza, zepsute zaś wyciągane jest przez okna na zewnątrz. Korytarze ogrzewane są rurami żelaznymi przeprowadzającymi wodę gorącą. Oświetlanie wszędzie gazem. W szpitalu tym obok wielkiej czystości, na salach i korytarzach znalazłem powietrze dobre. Bardzo też dogodnie urządzone są tutaj wanny przesuwane na kółkach.

Godnym jest uwagi nowy szpital berliński *Lazarus-Krankenhaus*, zbudowany przed 3 laty na 100 chorych, gdzie zastosowano sztuczny system wentylacyi w całym znaczeniu tego wyrazu. Jest to tylko główny gmach środkowy i dwa małe boczne skrzydła. Z korytarza wzdłuż idącego wychodzą sale przecięciowo po 12 łózek mieszczące, są także mniejsze salki na 3 chorych, i pojedyncze na jednego chorego. Na sali spostrzegamy trojaki otwory: 1) pod sufitem otwory prostokątne duże, któremi wchodzi powietrze świeże i ogrzane; 2) w środku ściany otwory gwiazdowate z przesuwalnymi klapkami, któremi wchodzi powietrze gorące; 3) przy podłodze otwory prostokątne z klapkami papierowemi, któremi wyciągane jest powietrze zepsute. Maszyna parowa umieszczona w piwnicy porusza wiatrakiem, który ciągnie świeże powietrze aż z pod dachu i wprowadza je do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie są urządzone piece żelazne karbowe od spodu parą ogrzewane; z komory tej powietrze świeże ogrzane wznosi się oddzielnymi kanałami do każdej sali. W piwnicy jest jeszcze urządzony drugi piec opalany węglami, z którego wychodzą rury żelazne, rozgałęziające się osobno do każdej sali, tak, że każda pojedyncza rura przechodzi w ścianie węzownicowato do otworu gwiazdowatego na sali i zwraca ztamtąd do kanału kominowego. Taż maszyna parowa w piwnicy obraca znowu innym wiatrakiem, który oddzielnymi kanałami wyciąga powietrze zepsute z pojedynczych sal i wprowadza je do ogniska wspomnianego pieca, podniecając tam jeszcze palenie. Na salach są nadto w oknach szyby z kratki drucianej przymykane od wewnątrz lufcikami. Oświetlenie wszędzie gazem. Przy takim urządzeniu ogrzewania i wentylacyi powietrze na salach znalazłem niesobliwe, duszne, zbyt gorące i suche. Chorzy sami mówili mi, że im



w tej atmosferze ciężko oddychać. Lazarus obsługiwany jest także przez ewangelickie zakonnice.

Inne szpitale berlińskie mniej godne są uwagi. Szpital katolicki St. Hedwigs-Krankenhaus, zbudowany także według systemu korytarzowego na 250 chorych, nader porządnie utrzymywany przez siostry miłosierdzia, nie posiada żadnej wentylacji. Szpital żydowski Jüdische-Krankenhaus, systemu korytarzowego na 70—80 chorych, posiada tylko na salach pod sufitem małe otwory komunikujące z kanałem kominowym, przed którymi palą się płomyki gazowe.

Szpital m. Petersburga pod względem wentylacji zajmują obecnie pierwsze miejsce między szpitalami stolic Europy. W ostatnich mianowicie czasach zbudowano kilka pięknych szpitali, gdzie zastosowano doskonałą wentylacją, przy innych szpitalach zbudowano nowe pawilony z zastosowaniem podobnej wentylacji, nareszcie przebudowano niektóre stare szpitale i zaprowadzono w nich wszelkie możliwe ulepszenia odnośnie wentylacji.

Do pierwszorzędnych petersburskich szpitali bez zaprzeczenia należy szpital Александровская больница, zbudowany w 1866 r. według planu pawilono-korytarzowego na 500 chorych. W głównych pawilonach z obszernego korytarza po jednej stronie wychodzą sale po 12 łóżek mieszczące; w pawilonach zaś mniejszych łączących pawilony główne z gmachem frontowym, z korytarza wychodzą małe salki na 2 chorych. Na salach w górnej części ścian są otwory, którymi wchodzi powietrze świeże i ogrzane, przy podłodze zaś są otwory, którymi powietrze zostaje wyciągane. Otóż w jednej połowie pawilonów urządzone ogrzewanie i wentylacją (Derschau) w ten sposób: na zewnątrz gmachu są drewniane budki z żaluzjami, którymi powietrze świeże przez pośrednictwo kanałów glinianych wciągane jest do oddzielnych komór w piwnicy, w których urządzone są kaloryfery ceglane i doprowadzona rurką para wodna, ztąd zaś wychodzi oddzielnymi kanałami na sale. Otwory wyciągowe na salach komunikują znowu z kanałami, które schodzą się w piwnicy do wspólnej obszernej rury wyciągowej, przechodzącej przez całą wysokość gmachu aż nad dach; w dolnym końcu tej wyciągowej rury urządzone jest z nieustannie gorejącem ogniskiem piec, którego kanał kominowy przechodzi środkiem wspomnianej rury wyciągowej. W drugiej połowie pawilonów powietrze świeże z zewnątrz wchodzi do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzone (Flawicki) system grubych rur żelaznych, napełnionych wodą gorącą, na które z oddzielnej rurki puszcza się mały strumyk wody dla nasycenia powietrza wilgocią, ztąd zaś powietrze ogrzane rozchodzi się kanałami na sale. W tej drugiej połowie pawilonów wyciągane jest zepsute powietrze z sal podobnie jak w pierwszej. Pod otworami przez które wchodzi świeże i ogrzane powietrze na sale są urządzone regulatory dla powiększania lub zmniejszania tego dopływu powietrza. Na jednego chorego wypada w szpitalu tym 3 sażenie kub. przestrzeni, a przy podobnem urządzeniu wentylacji 60 metr. kub. na godzinę świeżego powietrza. Korytarze są tak samo wentylowane jak sale—ogrzewane są zaś rurami przeprowadzającymi parę wodną. Sa-

le są oświetlane od strony korytarza, przez płomienie gazowe umieszczone przy drzwiach sklannych. W ogólności na salach i korytarzach obok czystości znalazłem powietrze doskonałe. Kuchnia z kotłami parą ogrzewanymi, pralnia parowa, wanny i t. d. bardzo porządnie urządzone. Wychodki na waterklozetach.

Wzorowo jest także urządzone nowy pawilon dla oddziałów chirurgicznych przy szpitalu *Маринская больница*. Pawilon ten zbudowany w r. 1868 stanowi piękny dwupiętrowy gmach, z szerokimi korytarzami, z których, tak jak w Aleksandrowskim szpitalu, po jednej tylko stronie wychodzą prostopadle sale po 12 chorych mieszczące. Ogrzewanie i wentylacja w pawilonie tym jest urządzona w ten sposób, że po rogach sal umieszczone są piece płaszczone kafilane z paleniskiem od strony korytarza; powietrze świeże doprowadzone jest z zewnątrz kanałami do środka pieca, gdzie ogrzawszy się wychodzi na salę szerokim otworem u góry w przedniej ścianie pieca położonym. Zepsute zaś powietrze z sal wyciągane jest otworami przy podłodze położonymi, w ten sam sposób jak w Aleksandrowskim szpitalu. Gmach ten przedstawia się elegancko, wszędzie zachowana wielka czystość, a powietrze na korytarzach i salach wyborne. Wychodki i pisoary na waterklozetach osłonięte drewnianymi płaszcami umieszczone są w kątach samych sal, nie wydając żadnej woni.

W podobny sposób znalazłem zbudowany pawilon nowy przy szpitalu *Петропавловская больница*, gdzie niema wprawdzie takiego zewnętrzznego komfortu jak w poprzednim, powietrze jednak na salach dobre.

W nieco odmienny sposób urządzona jest wentylacja w nowym gmachu położniczym: *Родовспомогательное заведение*. Gmach ten zbudowany jest w podkowę z korytarzami do koła, z których wychodzą małe salki po 6, 4, 2 i 1 łóżko mieszczące. Na salkach otworami w górnej części ścian położonymi wchodzi świeże i ogrzane powietrze, w ten sam zupełnie sposób jak w szpitalu Aleksandrowskim. Zepsute zaś powietrze wyciągane jest z sal otworami przy podłodze i pod sufitem położonymi, prowadzącymi do oddzielnych kanałów, które łączą się we wspólny kanał na poddaszu, komunikujący z kanałem wyciągowym nad dach wychodzącym; w porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, w kanałach wyciągowych zapalają płomienie gazowe. Korytarze w ten sam sposób są ogrzewane i wentylowane. Powietrze na salach i korytarzach wyborne. W szpitalu tym zwróciła moją uwagę doskonale urządzona suszarnia według pomysłu Gandisajta. W dużej sali na podłodze umieszczony jest obszerny żelazny cylinder, od jednego końca szeroko rozwarty. Cylinder ten wypełniony jest systemem rurek żelaznych mocno ogrzewanych parą wodną. Od drugiego zaś końca cylindra urządzony jest wentylator, który szybko obracany maszyną parowa chwyta powietrze z szerokiego kanału wychodzącego na dach i z wielką siłą wtlacza takowe we wspomniany cylinder. Ztąd, z rozwartego końca cylindra wypada z wielkim pędem gorące i suche powietrze na salę, w której na drążkach drewnianych porozwieszana jest wilgotna bielizna.

Do wzorowo urządzonych szpitali w Petersburgu należą niewątpliwie dwa

nowe szpitale dzieciinne: Дѣтская больница принца Петра Ольденбургскаго і Елисаветинская дѣтская больница.

Szpital dziecienny księcia Piotra Oldenburgskiego, zbudowany w r. 1869 na 200 dzieci, według systemu pawilonowego. W gmachu frontowym z obszernego korytarza obustronnie wychodzą sale, w tylnym zaś pawilonie sale wychodzą tylko po jednej stronie korytarza. Sale mieszczą po 8, 6, 5, 4, 3, 2, i po jednem łóżku; na chorego przypada po  $4\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$  sażeni kub. przestrzeni. Ogrzewanie i wentylacya urządzona w taki sposób: Powietrze świeże z zewnątrz wciągane jest przez pośrednictwo kanałów do oddzielnej komory w piwnicy, gdzie jest urządzony system rur żelaznych ogrzewanych krążącą wodą gorącą — z tej zaś komory oddzielnie do każdej sali kanałami wchodzi świeże i ogrzane powietrze. Powietrze zaś zepsute wyciągane jest z sal kanałami do wspólnej rury przechodzącej przez wspomnianą komorę, która to rura następnie zakręca się i przechodzi przez całą wysokość gmachu nad dach jako kanał wyciągowy. W porze letniej, gdy mała jest różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, wpuszczane jest do wspólnej rury wyciągowej gorące powietrze w komorze, podczas gdy kanały prowadzące powietrze ogrzane na sale są zamknięte. Sale i korytarze ogrzewane są nadto oddzielnie przez rozprowadzone rury żelazne, w których krąży woda gorąca. Widzimy więc, że w szpitalu tym do ogrzewania i wentylacyi zastosowano wodę gorącą (San-Galli). Przy takiej wentylacyi na chorego wypada na godzinę 6 — 8 sażeni kub. świeżego powietrza. Na salach i korytarzach znalazłem powietrze znakomite. W ogólności szpital ten na zewnątrz i na wewnątrz przedstawia się elegancko. W gmachu frontowym są oddziały wewnętrzny, zewnętrzny—w oddzielnym zaś gmachu tylnym mieszczą się oddziały z chorobami zaraźliwymi (ospa, odra, skarlatyna, diphtheritis, siphilis i t. p.), nie komunikujące z sobą. Szpital ten posiada wszelkie możliwe wygody dla dzieci.

*(Dokończenie nastąpi).*

---

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

---

### O leczeniu chorób żołądka.

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

*(Dalszy ciąg).*

Przy ustanawianiu prawideł dyetetycznych, sędzę, że przedewszystkiem nie trzeba zapominać, że dla chorego żołądka stanowczo nie ma lepszej diety nad spokój. Zwróćmy tylko uwagę, jak starannie unikamy przy zapaleniu innych części ciała, nawet najmniejszego ruchu, jak, gdy nastąpiło uzdrowienie, dopiero stopniowo pozwalamy organowi podjęcie swoich funkcyj, przypomnijmy sobie tylko, jak absolutne milczenie przy zapaleniu krtani w większości wypadków pomyślnie działa! Niestety, przy zapaleniu organów wewnętrznych prawie nigdy nie jesteśmy w stanie podczas trwania zapalenia postawić takowe w warunkach zupełnej bezczynności. Ale właśnie przy chorobach żołądka możebnem jest za pomocą odpowiedniej metody odżywiania, zostawić chory organ w zupełnym spoczynku, albo przynajmniej pracę jego zredukować do minimum.

Osiągamy zupełny spokój organu tylko wtedy, jeżeli nie doprowadza się pokarmów

zwykłą drogą to jest *per os*, lecz *per anum*. Ponieważ experymenta fizyologiczne, jak i rezultaty otrzymane przy łóżku chorego przekonały, że przy użyciu zaleconych przezemnie i wypróbowanych \*) ławaty w przyrządzonych z mięsa i truszczyki (*Fleischpancreasklystiere*) (*Deutsch. Archiv f. klin. Medic. Tom X. 1. ff.*), znaczna ilość azotu zostaje wprowadzoną do organizmu i człowiek tą drogą przez długi czas odżywiany być może, że oprócz tego uczucie głodu przy tym sposobie odżywiania zostaje nasycone, to w takim razie będzie wskazane, w ciężkich wypadkach chorób żołądka, uciec się do tej metody odżywiania. Tą drogą postępując, staje się możebnym, że bez szkody dla ogólnego odżywiania chorego, ściany żołądka przez całe dnie nie zostają drażnione pokarmami i tym sposobem proces chorobny na błonie śluzowej żołądka skończyć się może, lecz osiągamy jeszcze i tę korzyść, że środki zaaplikowane na wewnętrzną powierzchnię ścian żołądka mogą energiczniej działać, niż wtedy, gdy są pomieszane jak zwykle z mniejszą lub większą ilością miazki pokarmowej i rozcieńczone lub zmienione w składzie swoim chemicznym stykają się z chorą błoną śluzową.

W większości wypadków chorób żołądka nie jest wcale potrzebnym zostawić organ w zupełnym spoczynku; już przez to samo dochodzimy w zupełności do celu, jeżeli przepisujemy choremu „łatwo strawne“ pożywienie, przypuszczając z góry, że pokarmy te istotnie są łatwo strawne. Dochodzimy do kwestyi, nasuwającej się codziennie przy łóżku chorego, kwestyi o tyle ważnej, o ile z drugiej strony trudno na nią odpowiedzieć, a mianowicie: jaka dyeta odpowiada pojęciu „łatwo strawna“? Przyznajmy się szczerze, że pytanie to już nieraz na skłopotu nabawiło, gdyż z jednej strony czujemy, że od dokładnego rozstrzygnięcia tej kwestyi, zależy cała terapia opisanego przez nas cierpienia żołądka, z drugiej zaś strony, że nie możemy zupełnie utaić naszych wątpliwości względem stosowności naszej ordynacyi, gdy tę lub ową dyetę, jako łatwo strawną przepisujemy. Nie powinniśmy się jednak tej naszej wątpliwości wstydić, gdyż dotychczas nie robiono istotnie przekonujących w tym względzie doświadczeń fizyologicznych. Wprawdzie już przed stoma mniej więcej laty G o s s e, który posiadał dziwną zdolność wydalenia dobrowolnego w każdym czasie zawartości z żołądka, za pomocą połykania powietrza, robił bardzo interesujące doświadczenia nad zmianami, jakie pokarmy ulegają w żołądku podczas pewnego czasu, a rezultatem tych badań było ustanowienie kompletnych „klass strawności“ zamieszczonych w dodatku do dzieła nieśmiertelnego S p a l l a n z a n i'ego, stanowiącego epokę w nauce o trawieniu. Tak samo B e a u m o n t robił doświadczenia na żołądku swego K a n a d y j c z y k a, ściśle oznaczając czas, przez jaki różne pokarmy zostają w żołądku. Wszystkie te jednak doświadczenia nie wiele przyczyniły się do rozstrzygnięcia kwestyi „strawności“ pokarmów, jak to bardzo słusznie zauważyli F r e r i c h s, K ü h n e i inni.

Według doświadczeń B u s c h'a i K ü h n e'go, już po upływie kwadransu do pół godziny po spożyciu pokarmów, wypływały prawie niestrawione kawalki mięsa i białka, jak i nieścięte jeszcze mleko z przetoki kiszkiowej u pewnego indywiduum i na te jak się zdaje prawidłowe bardzo wczesne wyjście pokarmów niestrawionych z żołądka, trzeba zwrócić szczególną uwagę, przy doświadczeniach nad strawnością pokarmów. Ja jednakowoż jestem zdania, że kwestya strawności pokarmów, przy wyłącznym uwzględnianiu tylko wpływu soku żołądkowego na miazgę pokarmową, w ogóle nie może być rozstrzygniętą. Jeżeli przypomnimy sobie nowsze doświadczenia oparte na szybkości, z jaką pokarmy opuszczają górne oddziały kiszki (np. w jednym doświadczeniu R a d z i e j e w s k i e g o \*\*) potłuczone kości cielęce, u psa z przetoką kiszki grubej wstępującej, już w godzinę i 20 minut, pokazały się w otworze przetoki), to z jednej strony pogląd B e r n a r d'a, że funkcya żołądka jest przeważnie tylko przygotowawczą dla aktu trawienia, będzie usprawiedliwiony, z drugiej strony, coraz bardziej dochodzimy do przekonania, że dopiero na początku kiszki grubych odbywa się w znacznej części trawienie. Wszak możność rezorbcyi w tej części przewodu kiszkiowego, szczególnie także na mocy doświadczeń dowodzących, że ławatywy przyrządzone z mięsa i truszczyki zostają strawione, nie ulega żadnej wątpliwości. Tym sposobem upada także stanowisko, z którego mamy wyjść, przy rozstrzygnięciu kwestyi strawności niektórych pokarmów; mniejszej będzie wagi kwestya o ile zmienione, pokarmy opusz-

\*) Porów. najnowsze publikacye Heyfeldera (*Deutsche Zeitschrift für Chir. II. S. 324*) i H. van Halsbeek (*la Charité sur les champs de bataille Vol. VIII S. 270*).

\*\*) Radziejewski, zur physiol. Wirkung der Abführmittel. Dubois-Reichert's Archiv. 1870, str. 1. Hl.

czają żołądek, ale raczej dowiedzieć się, o ile zmienione, pokarmy te przechodzą do kiszek, a nakoniec zjawiają się w kale, o ile podczas przebiegu ich przez cały przewód pokarmowy, zawarty w nich azot, tłuszcz i t. d., istotnie zostały pochłonięte. Dla chorego na żołądek jeżeli pokarmy w żołądku znacznym ulegają zmianom, trawienie się pokarmów w żołądku nie jest wcale bardzo korzystnym, gdyż właśnie te pokarmy, które mało zostają zmienione w żołądku i szybko go opuszczają, o ile tylko z powodu własności swojej powierzchni, konsystencyi i t. d. nie drażnią błony śluzowej mechanicznie, daleko mniej obciążają chory organ, niż te pokarmy, które działaniem soku żołądkowego szczególnie łatwo zostają rozpuszczone, przytęm jednak dłuższy czas pozostają w żołądku i utrudniają z powodu patologicznych zmian, działalność żołądka w znacznym stopniu. Nareszcie przy rozstrzygnięciu kwestyi strawności pokarmów trzeba będzie zawsze przy każdym wypadku chorobnym wziąć pod uwagę właściwość danej choroby żołądka, indywidualność i konstytucję chorego.

Z tego co się powiedziało, doszliśmy panowie do przekonania, że z fizyologicznego, naukowego punktu widzenia, kwestya strawności pokarmów, wcale jeszcze nie jest rozstrzygniętą. Mimo to nie jesteśmy usprawiedliwieni, z tej przyczyny nie dawać żadnych przepisów dyetetycznych chorym naszym. Jak w ogóle w terapii musimy się kierować obok rozumowań fizyologicznych empiryą i pierwsze stanowić mają tylko naukowy regulator dla zasad empirycznych wiekiem uświęconych, to powinniśmy zdaje się także i przy dyecie kierować się doświadczeniem, zwłaszcza, że w tym właśnie względzie rozporządzamy ogromnym materiałem zebrany w różnych czasach i przez różne ludy, i my sami codziennie mamy sposobność robienia spostrzeżeń.

Co się tyczy różnych gatunków mięsa, nie można zaprzeczyć, że młoda cielęcina, mięso kurczęcia, gołębia, najmniej obciążają trawienie. Dla niektórych osób trzeba tu jeszcze zaliczyć ryby i mięso wołowe i dobrze jest ryby dozwolić choremu jeść tylko dobrze gotowane, mięso zaś wołowe jako nieco przypieczone, aż do przyjęcia barwy różowej. Stare doświadczenie sztuki kulinarnej przekonało, że mięso przez zbyt długie pieczenie lub długie gotowanie staje się twardem i zgodnie z tym, niedawno ogłoszone badania F i c k a bezpośrednio wykazały, że jedna i ta sama ilość soku trawiącego 3 razy dłuższego czasu potrzebuje dla strawienia gotowanego mięsa, niż surowego. Przy spożywaniu pieczonego mięsa, uświęcony jest u publiczności zwyczaj unikania tłustych sosów (pomijając już dobre zgryzienie kawałków mięsa), zwyczaj ten ma uzasadnienie w tem, że w kęs, otoczony tłuszczem, trudniej wsiąka sok żołądkowy, niż w chudy kawałek mięsa. Na tę okoliczność już G o s s e zwrócił uwagę, przy zestawieniu rezultatów swoich, wyżej wymienionych doświadczeń.

Do pokarmów „łatwostrawnych“ należą dalej tysiącnoletniem doświadczeniem wypróbowane: m l e k o i j a j k a. Że mleko będące najnaturalniejszym środkiem pokarmowym najlepiej się trawi przez wielu chorych na żołądek, jest faktem oddawna znanym, a także i surowe jajka uchodzą jako pokarm mało obciążający żołądek. Ja jednakowoż na zasadzie własnych poszukiwań (*Tagbl. der Rostocker Naturforschervers. S. 112*), muszę temu zaprzeczyć. Gotowane białko okazało mi się przeciwnie łatwiej strawnym, niż surowe, a nowe badania F i c k a tego przynajmniej dokazały, że surowe białko żadnej nie posiada przy trawieniu wyższości. Z tego powodu chorym moim zalecam zawsze jeść jajka na m i ę k o g o t o w a n e.

Z jarzyn pozwalam tylko najdelikatniejsze, najwięcej się w tym względzie zalecają szparagi, młody chmiel, z łupin uwolniony groch cukrowy i młoda marchew. Kartofle trzeba w każdym razie tylko w formie purée dozwolić chorym jeść. Przeciwnie trzeba unikać zupełnie tak ulubionego kleiku z drobnej kaszki, gdyż pojedyncze ziarna kaszy według wszelkiego prawdopodobieństwa posiadają brzegi tak ostre, że mogą błonę śluzową np. u chorego na wrzód żołądka silnie podrażnić, czego niedawno miałem bardzo wybitny przykład. Najstosowniejszym do użycia w tych razach jest chleb biały i to najlepiej czerstwy, gdyż sok żołądkowy łatwiej wsiąka w ten ostatni niż w świeży.

O ile możności unikam zupełnie n a p o j ó w alkoholowych u chorych na żołądek. Jeżeli użycie wina jest koniecznie wskazane, to można go zadać choremu jak to szczególnie w Anglii jest praktykowane, równie dobrze *per anum*, jak *per os*.

(Dokończenie nastąpi).

## Apopleksya mózgu.

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

### A e t i o l o g i a.

(Dalszy ciąg).

Wymienione cierpienie naczyń coraz częstszem jest, poczynając od lat 50, w wieku młodszym jest ono rzadszém, pojedyncze jednak wypadki zdarzają się już w drugim dziesiątku lat.

Najnowsze doniesienia Z e n k e r'a (na zebraniu 45 przyrodników i lekarzy niemieckich) potwierdzają dane powyższe o tętniakach prosowatych; przytacza on jednak, iż badanie drobnowidzowe małych rozszerzeń naczyń i gałązek tętniczych, na których takowe spoczywają, wykazuje też same zmiany sklerotyczne błony wewnętrznej (zgrubienie i niekiedy stłuszczenie), jakie już dawno dowiedzione zostały w większych tętnicach. Utworzenie się przeto tętniaków prosowatych byłoby tedy sprawą sklerotyczną, rozprzestrzenioną aż do najcieńszych gałązek naczyń.

Jednocześnie Z e n k e r ustanawia analogia z krwotokami zewnątrzmożgowymi podstawy mózgu, zasadzającemi się na pęknięciu tętnic aneuryzmatycznych na podstawie mózgu. Przez to uchyla się dziwne przeciwieństwo, jakie znajdowano w tem, iż oprócz mózgu nigdzie nie zachodzą pęknięcia przerodzonych tętnic, bez poprzedniego utworzenia się tętniaka, podczas gdy w mózgu miano je tak często znajdować.

W końcu niech nadmienię jeszcze o fakcie, znanym mi z własnych spostrzeżeń, iż z pomiędzy tętnic mózgowych największe rozszerzenia i *atheroma* spotykanemi bywają w naczyniach wżórków prążkowanych i jąder soczewicowatych, aż do wżórków wzrokowych, a zatem w tworach mózgowych, które są siedliskiem głównem krwotoków. Można również stwierdzić znaczne rozszerzenie naczyń przy krwotokach w węzłach ruchowych mózgu.

Cierpienie naczyń, które nie rzadko przez długi czas istnieje, wtedy tylko otrzymuje znaczenie szkodliwe, apoplektyczne, gdy do istniejącego już z wyrodnienia tętnic przyłącza się podwyższone ciśnienie w układzie naczyniowym.

Powołując się na zebrane powyżej warunki i następstwa powiększonego ciśnienia mózgowego, chcemy tu tylko zauważyć, odnośnie do szkodliwości krwotoku mózgowego, iż takowa zależy tak od wzmocnionego strumienia krwi w tętnicach, jak również i od zastojów żylnych, albo też od powiększonego ciśnienia i rozszerzenia naczyń włosowatych. Rozmaite czynniki, prowadzące do powiększenia się ciśnienia mózgowego i częstych krwotoków, uwarunkowane są przez zmiany ośrodkowe albo też odwodowe.

Do pierwszych należą przekrwienia tętnicze, wywołane przez trwałe zwiększenie ciśnienia w nkładzie aortycznym, jako też przez mocniejsze bodźce psychiczne i trujące; zmiany w krążeniu spowodowane przez skurcz naczyń w epilepsyi i eklampsyi; zakrzep zatok i żył błony naczyniowej, prowadzący do zastojów biernych; rozszerzenia naczyń włosowatych aż do rozerwania przez zator barwnikowy (V i r c h o w), przez skupienie bezbarwnych ciałek krwi przy ropnicy (R o k i t a n s k y) i leukaemii (O l i w i e r i K a n v i e r). Należą tu również znaczne krwotoki mózgowo, zachodzące w zarodku, które mogą być przyniesione na świat w stanie zagojenia (R o k i t a n s k y).

Przy wynaczynieniach na przebiegu niektórych tętnic mózgowych należy uwzględnić przestrzenie odżywiane przez naczynia odpowiednie, podług topografii przedstawionej przez H e u b n e r'a, (*Centralbl. f. med. Wiss.* Nr. 72, 1873). Szczególniej odnosi się to do tętnic okolicy podstawowej, składającej się z *circul. Willisii* i pni głównych mózgu, które zaopatrują węzły ruchowe i części należące do śródmózdzia. Jak H e u b n e r najpierw wykazał, gałązki naczyniowe te rozdrabniają się nie łącząc ze sobą w ograniczonych przestrzeniach (jako końcowe tętnice popług C o l n h e i m'a) i jak poprzednio przywiedziono, zajętemi bywają przy apopleksyi części wżórka prążkowanego, odżywiane przez gałązki naczyniowe, powstające na rozmaitej wysokości. Naczynia kory mózgowo komunikujące ze sobą, po poprzedniem połączeniu się w kształcie sieci jeszcze w błonie naczyniowej, rzadko tylko stają się przyczyną krwotoku.

Do przyczyn obwodowych apopleksyi należą: zwężenie ujść żylnych, wady zastawkowe i połączone z niemi przerost lewego serca, nie wystarczający jednak do ich kompensacyi, po którym dopiero następuje podług T r a u b e'go występuje *arteriosclerosis*, zakrzep i rozerwanie naczyń mózgowych. Może jednak i zmniejszenie się sprężystości tętnic i słab-

bość naczyń włosowatych wywołać zwiększone ciśnienie w układzie naczyniowym i powiększenie się następcze serca. Przerost serca może przyczynić się do powstania krwotoków mózgowych przy przeszkodach obwodowych w krążeniu (rozedma płuc, zanik nerek, rozlana *arteriosclerosis*, uciśnienie żyły głównej górnej i t. d.). I z zewnątrz działające czynniki mogą na rozmaitych miejscach wywołać traumatyczne krwotoki mózgowce.

Przyjęty dotychczas stosunek nieprawidłowego składu krwi do apopleksyi należy podług nowszych spostrzeżeń odnieść do zmian chorobnych ścian naczyń lub też istoty mózgowej. I tak często daje się wykazać zwyrodnienie tłuszczowe małych naczyń mózgowych u dzieci charłacznych. W blednicy, (która niekiedy usposabia do wczesnego występowania apopleksyi) Virchow niedawno opisał tak zwaną przez siebie *Hypoplasiam* układu naczyniowego (*Intelligenzbl.* Nr. 29, 1872), która cechuje się małą średnicą tętnic, cienkością ścianek i falistemi podwyższoniami na błonie wewnętrznej; ostatnia wykazuje usposobienie do przerodzenia tłuszczowego, ale nie w warstwach głębszych, jak to bywa przy *atheroma*, a tylko na powierzchni. Rzadziej występują zmiany błony średniej i mięśnia sercowego, co nader często zachodzi u położnic. Przy skorbucie Meynert (*Wochenbl. d. Ges. d. Aerzte*, lipiec 1864) znalazł tętniaki włosowate w moście i odnogach mózgu. W cierpieniach przymiotowych mózgu z atakami apoplektycznymi, Virchow, Passavant i Heubner znaleźli nawarstwienie wysiękowe na naczyniach podstawowych, jak również na ściankach mniejszych naczyń mózgowych. *Alcoholismus chronicus* również jest częstą przyczyną przerodzenia tłuszczowego naczyń włosowatych mózgu.

Czy zmiany chorobne istoty mózgowej samej w sobie mogą stać się przyczyną apopleksyi, nader jest wątpliwem. Cierpienia istoty mózgowej mniej lub więcej ograniczone, ze współczesnem powstawaniem wynaczynień przy ucisku guzów, rozmięczeniu i t. d., są widocznie skutkiem utrudnionego krążenia obocznego, zmian następczych w naczyniach tętnicznych, albo też przerodzenia ziarnisto tłuszczowego ścianek naczyń włosowatych, a zmiany te mogą dać powód do pęknięcia naczyń krwionośnych. Przy pierwotnym zaniku mózgu powstawanie krwotoków jedynie w skutek tak zwanego *horror vacui* i wznoczonego przyplywu krwi po zaniku istoty mózgowej niczem nie zostało dowiedzione. Jak już zauważył Hasse w razach tych sprawa chorobna postępuje tak wolno, iż czas trwania jej najzupełniej wystarcza do wyrównania utworzonej próżni na drodze odżywczej i wysiękowej. Daleko słuszniej należy uważać za przyczynę krwotoku zmiany w krążeniu i przyrządzie naczyniowym, jakie zwykle znajdują się u osób, w podeszłym już wieku będących. Również przy krwotokach mózgowych powstających skutkiem durzycy, ropnicy i gorączki pologowej, należałoby uważać za czynnik przyczynowy zmiany w odżywianiu ścianki naczyniowej i utworzeniu się zakrzepu w mniejszych naczyniach mózgowych, po większej części bliżej nie badanych.

Za czynniki usposabiające do apopleksyi uważano dawniej temperament i ciało składowe, bezstronne jednak spostrzeganie uczy, iż osoby szczupłe i chude, w stosunkach powyżej wskazanych, niemniej często podlegają apopleksyi, niż osoby otyłe i tłuste, i że osoby temperamentu krwistego nie o wiele więcej są zagrożone niż osoby z usposobieniem spokojnem. Przyjęcie usposobienia chorobnego do apopleksyi jest zarówno niewłaściwe jak i uznanie przyczyn o kolicznosciowych, jakie dawniej nader często przyjmowano, jako to: błędy w dyecie, natężenie cielesne i umysłowe, zgrzanie się, wymioty, nadużycia, usilne ruchy wydechowe, (jak kaszel, śmiech, śpiew) i t. p. Czynniki te mogą mieć znaczenie tylko podrzędne i nie mogłyby pociągnąć za sobą wylewu krwawego, gdyby przyrząd naczyniowy mózgu był nietknięty, lub też inne zmiany czynnościowe nie podtrzymywały niebezpieczeństwa krwotoku mózgowego. W niektórych wypadkach apopleksyi dziedziczność ma wpływ usposabiający do tego cierpienia.

Wiek ma wpływ daleko pewniejszy i częstszy na usposobienie do apopleksyi. Według dochodzeń dawniejszych von Burowa, częstość apopleksyi w wieku od 20 do 30 lat wynosi 5,3 *pro mille*, od 30 do 40 lat 12, od 40 do 50 lat 22,2, od 50 do 60 lat 31,5, w wieku 50 do 60 lat wynosi 31,5; między 60 i 70 rokiem życia 54, a w wieku lat 70 do 80 wynosi 60 *pro mille*.

Podług zestawień statystycznych Sormani'ego z 5678 wypadków *apoplexia fulminans* w Królestwie Włoskiem w latach 1866—67, (*Riv. clin.* ser. 2. Grudzień 1873), krwotoki mózgowce w wieku lat 4 do 22 są najrzadsze i najmniej niebezpieczne; w latach 22 do 50 śmiertelność wzrasta w stosunku prostym do wieku, od 50 roku śmiertelność wzrasta w stopniu jeszcze większym. W wieku dzieciennem, szczególnie w pierwszych la-

tach procent śmiertelności jest znaczny. Według Ledella (*A treatise on apoplexy* 1873) w Nowym Yorku w 1867—69 r. 68 dzieci niżej lat 10 zmarło na apopleksyę, pomiędzy niemi znajdowało się 43 dzieci, które jeszcze nie doszły jednego roku życia. Większość znaczna wypadków przywiedzionych odnosi się widocznie do krwotoków oponowych, podczas gdy właściwe krwotoki mózgowie w kraju tym miewają miejsce zwykle przy wadach rozwojowych serca i naczyń, chorobach mózgu (glioma, guz), przy kokluszu i wysypkach ostrych.

Podług licznych spostrzeżeń statystycznych Sormani'ego i Mandillon'a, apopleksye są częstsze w porze zimnej, niż letniej, co podług doświadczeń tutejszych zdarza się często, ale nie zawsze. Co się tyczy wpływu rozmaitych godzin dnia, Sormani podaje, iż w ciągu doby znajdują się dwa *maxima*, od 3 do 5 po południu i od 2 do 4 po północy, przy czem rozumie się, należy wziąć pod uwagę pracę dzienną, czas przyjmowania pokarmów, jako też użycie napojów wyskokowych. Nareszcie spostrzeżenia wykazały, iż płeć męzka, przecięciowo częściej podlega apopleksyi niż żeńska, co prawdopodobnie jest w związku z bardziej natężającym sposobem życia i częstszymi cierpieniami serca i naczyń u mężczyzn.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— S. p. Dr. Walery Teich. Ciało lekarskie warszawskie znowu poniosło ciężką stratę: w dniu 24 z. m. zmarł Dr. Teich, lek. ord. w szpitalu Dzieciątka Jezus, w 39 roku życia. Ur. r. 1835, medycynę studyował w Dorpacie, następnie za granicą, a od r. 1862 osiadł w Siedlecach, zkąd w r. 1868 przeniósł się do Warszawy. Zajmował się całą medycyną, przeważnie jednak chorobami ginekologicznemi. Człowiek prawy, zdolny i pilny lekarz zostawił głęboki żal po sobie, a jako autor aczkolwiek drobnych, urywkowych spostrzeżeń ze swej praktyki na zawsze żyć będzie w rocznikach nauki naszej.

— Nagroda konkursowa Ces. Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie. Cesarskie Towarzystwo Wileńskie wyznaczyło nagrodę konkursową w ilości rs. 500 za rozwiązanie pytania: „Czy istnieje koltun (*plica polonica*) jako choroba *sui generis*“. Autor rozprawy lub dzieła o koltunie, ma złożyć dowody naukowe potwierdzające lub też obalające istnienie tej choroby. Rozprawy lub dzieła nadesłane być winny do Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego najpóźniej w dniu 12 października r. b. 1874 z zachowaniem zwykłych prawideł tajemnego konkursu (motto na rozprawie, a w zapieczętowanej kopercie imię i nazwisko autora z powtórzeniem tegoż motto).

— Całkowite wyjęcie krtani wraz z nakrywką wykonał dnia 21 grudnia roku z. Prof. Billroth w Wiedniu na chorym, który cierpiał na raka w krtani. Ponieważ cała krtani była wypełniona masą rakowatą, a więzy głosni tak zniszczone, iż choremu nie było można żadną miarą głosu przywrócić, przeto B. był tego zdania, że rozcięcie krtani i wydalenie nowotworów rakowatych byłyby pozostały bez wszelkiego pomyślnego skutku. Wyjęcie zaś krtani, wśród wyżej wymienionych okoliczności, nie sprawiało żadnego defektu fizyologicznego, a mogło dopomóc gruntownie, ponieważ się cierpienie ograniczało tylko na krtani i nie zajęło dotąd sąsiednich gruczołów. Chory zniósł operacyę bardzo dobrze, oddycha wolno i bezpośrednio z tchawicy, w którą włożono rurkę; gorączka jest nieznaczna i trwa krótko, rana ściągnęła się już znacznie i goi się jak najlepiej. Szczegółowy opis operacyi da B. dopiero po zupełnem uleczeniu chorego; obecnie zajmuje się pytaniem, czyby się nie dało pacjentowi przywrócić mowę za pomocą sztucznej krtani zrobionj z kauczuku.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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