

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi: w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

**Treść:** I. A. ELSENBERG. Przypadek pryszczycy (*Eczema madidans*), powikłanej zakażeniem septycznym. — II. J. PAWIŃSKI. Przypadek ostrej prosowej gruźlicy płuc (w postaci zaduszającej) z niezwykłą nadrucliwością serca (*Tachycardia*). — *Notatki lekarskie*. 6. T. JOPKIEWICZ. Eteryzacja żołądka przy uporczywych wymiotach. — *Dział sprawozdawczy*. 13. KÜHN. O zaczątkowej (rudymen-tarnej) i zamaskowanej postaci krupowego zapalenia płuc. — Sala operacyjna w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryja — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale  $\frac{1}{100}$  grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po życiu  $\frac{1}{100}$  g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się o-twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po  $\frac{1}{100}$  gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z po-myślnym skutkiem w napadach dusznicy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak nie-mniej okazała się skuteczną w formie mi-greny tak zwanej *hemierania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wiążętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

**M. MUTNIAŃSKI.**



# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—8

Staraniem i nakładem

WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH W KRAKOWIE

wyszło dzieło p. t.

# HYGIENA ŻYWIENIA

przez D-ra Dujardin — Beaumetz  
przełożył D-r Zygmunt Dobieszewski

Cena 2 złr. w. a.

Składy główne w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, I. Miłkowskiego we Lwowie i Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN**, na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

## OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odnacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.)

**Wysyłkę** skuteczniają w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

**Furbach i Striebold.**

26—7



# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK PRYSZCZYCY

(*Eczema madidans*),

POWIKŁANEJ ZAKAŻENIEM SEPTYCZNEM.

Podał

**D-r med. A. Elsenberg,**

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Jedną z częstszych dróg wnikania pasorzytów do ustroju jest bez zaprzeczenia skóra. Pasorzyty przedostają się przez jej naturalne otwory, drobne ranki, zdrapania, na jakie ustawicznie skóra jest wystawioną, a także przez rozległą nieraz, obnażoną z naskórka powierzchnię skóry, powstałą wskutek ostrych lub przewlekłych wysypek, że tu wspomnę tylko o wnikaniu laseczników gruźliczych przez przewody gruczołów lub drobne obrażenia. VERNEUIL np. przy pierwotnej gruźlicy gruczołu piersiowego u kobiety znalazł laseczniki gruźlicze w przewodach mlecznych, NEPVEU zaś znalazł je w gruczołach łojowych <sup>1)</sup>. Tą drogą zarażenia lub przez ranki da się objaśnić i powstawanie tak zwanych „*tubercula anatomica*“ u lekarzy, studentów i t. p., z budowy swej już przez CORNIL'a i RANVIER'a, BESNIER'a za gruźlicze przyjętych, a w których ostatecznie KARG, MERKLEN i inni znaleźli laseczniki gruźlicze. Tutaj też zaliczyć należy i gruźlicę brodawkową (*tuberculosis verrucosa cutis*), RIEHL'a i PALTAUF'a, głośny przypadek TSCHERNING'a, liczne przypadki gruźlicy po obrzezaniu napletka u żydów, przypadek DEMME'go gruźlicy pępka, a następnie i otrzewnej u siedmio-tygodniowej dziewczynki, córki gruźliczej matki, i innych faktów, których od chwili ułatwionego badania pasorzytów gruźliczych namnożyło się bez liku.

Ale i w wykwitach wysypek znajdowano te laseczniki: DEMME u trzechletniego dziecka wykazał je w pryszczycy [*eczema*] i od tego czynił zależnem gruźlicze cierpienie stawu biodrowego. Zdarza się to zapewne dosyć często u dzieci z pryszczycą, a następczem wnikaniem laseczników do gruczołów należy objaśnić obrzmiałe u dzieci tych gruczoły limfatyczne, które właściwie nie zolżowemi, ale gruźliczemi gruczołami nazywaćby należało. Może w ten sam sposób da się objaśnić częste stosunkowo zapalenie gruźlicze opon mózgo-

<sup>1)</sup> Zob. VERCHÈRE'a. Des portes d'entrée de la tuberculose. Paris. 1884.



wych u dzieci, mających długo przyszcycę głowy i twarzy, a co laików do wprost przeciwnego wniosku doprowadziło, nie leczenia takich wysypek, aby dziecku do środka ich nie wpędzić.

Jak gruźlicze laseczniki przez miejsca obnażone i zajęte wysypką przenikać mogą do ustroju, tak i rozmaite inne pasorzyty tą drogą wnikają, wywołując ciężkie zaburzenia, a nawet powodując i zejście śmiertelne, jak to poniżej opisany przypadek poucza.

Mejer K. liczący lat 30, w początkach roku 1887 miał rzerzączkę ostrą cewki, do której w następstwie, w miesiącu Czerwcu, dołączyło się obustronne zapalenie przyjądrzy. Przepisaną mu szaruchę wcierał nieumiarkowanie nietylko w jądra ale i w pachwiny, brzuch i w ogóle tam, gdzie uczuwał promieniejący z przyjądrzy ból, tak, że po dniach kilku wystąpiła obfita wysypka na brzuchu i w pachwinach, która coraz bardziej się szerzyła, podsycana niedbałym trzymaniem się i stosowaniem mocno drażniących środków na chorą skórę. Gdy w miesiącu Listopadzie t. r. stan się znacznie pogorszył, Mejer K. przybył do Warszawy i zapisał się do szpitala.

25 Listopada stan był następujący:

Wycieku z cewki nie ma, tylko w moczu znajduje się dosyć dużo nitek tryprowych, zresztą mocz żadnych nieprawidłowych części nie zawiera. Główki obu przyjądrzy dosyć znacznie powiększone, twarde, spistości bliznowatej. Skóra brzucha do pępka, okolice pachwinowe, wewnętrzne i przednie powierzchnie ud, prącie i moszna, pośladki i okolica lędźwiowa pokryte są wysypką przyszcycową. Główny jej typ: *eczema madidans et pustulosum*. W wyż oznaczonych okolicach skóra jest zlekka nacieczoną na znacznej przestrzeni, przedstawia rozlaną, jednostajną powierzchnię czerwoną, koloru surowego mięsa, obnażoną z naskórka i bardzo łatwo krwawiącą. Z powierzchni tej sączy się żółto-różowawa ciecz, dosyć gęsta, przeświecająca, która zasycha tu i owdzie w grube żółtawe strupy, a na bieliźnie pozostawia sztywne, biało-żółtawe plamki. Nigdzie głębszego owrzodzenia nie ma. Dopiero na obwodzie powyższych miejsc widać rozsiane gęsto pojedyncze wykwity, jako przyszcze, lub pęcherzyki, nieraz wielkości prawie ziarenka soczewicy, napełnione żółtą, ropną cieczą, lub nawet krosty, z suchym na wierzchołku strupem, podminowanym ropną wydzieliną.

Swędzenie i ból są tak znaczne, że chory przez nie bezsenne noce spędza. Ból przy dotknięciu, najlżejszem potarciu obnażonej powierzchni skóry bardzo się powiększa, a ruchy wskutek tego są niezmiernie utrudnione, nawet chodzenie prawie niemożliwe, gdyż chory ani wyprostować się nie może, ani dobrze i śmiało nóg rozstawić, przy najpowolniejszych tych ruchach bowiem napinająca się skóra silny ból powoduje.

Gruczoły limfatyczne w obu pachwinach są powiększone, a przedewszystkiem gruczoły pachwinowe prawe. Ostatnie są nadto bardzo bolesne. Badanie narządów wewnętrznych dało ujemne wyniki. Chory dobrego wzrostu i budowy, jest dosyć wychudzony i osłabiony cierpieniem i bezsennością.

Zaleciłem Mejera smarować po kilkakroć dziennie maścią dyjachylową i owijać w grube prześcieradła. Na noc podawałem mu 1,50 chloralu. Codziennie



kąpiel dwugodzinna. Dyjeta wzmacniająca, wino. Po 5 dniach takiego postępowania, natężenie wysypki zaczęło się zmniejszać, ograniczała się ona od obwodu, sączenie było o wiele mniejsze, bóle umiarkowane. Tylko jeden gruczoł w prawej pachwinie dochodzi do wielkości gołębiego jaja, jest bardzo bolesny, a gdy 3 Grudnia wyczułem w nim chęłbotanie, przeciąłem go i opatrzyłem gazą sublimatową.

Następnych dni wysypka znów się szerzyć poczęła, zaczerwienie całej powierzchni i sączenie się z niej cieczy żółtawej było znów takie, jak w chwili wstąpienia Mejera K. do szpitala. To pogorszenie stanu wysypki przypisywałem podrażnieniu sublimatem, którego obficie używałem przy przecięciu gruczołu i przy każdym opatrunku.

D. 6. XII. Jama po opróżnieniu ropnia w gruczole oczyszcza się i obficie pokrywa ziarniną. Stan wysypki jak powyżej.

D. 8. XII. Wieczorem ciepłota nagle podniosła się do 40,5° C.. Bóle silne mostka i w okolicy serca. Jama ropnia wypełnia się zdrową ziarniną.

D. 9. XII. Chory w pół senny, leży na grzbiecie, jęcząc ciągle. Na pytania z trudnością odpowiada, skarży się na ból w prawej stronie klatki piersiowej i *in praecordio*. Stan gorączkowy, ciepłota rano 40,2° C., tętno 120, małe, miękkie.

Przy badaniu znalazłem, w okolicy podłopatkowej i pachowej prawej skórę zaczerwienioną, ciastowatą i na dotyk bardzo bolesną; tkanka podskórna obrzękła. W teje całej okolicy odgłos opukowy jest mocno stępiony, oddech bardzo osłabiony, obok licznych rżężeń wilgotnych i nieco świstów. W pozostałych częściach płuc oddech zaostrzony. Chory nie kaszle. Wymiary tępości serca prawidłowe, uderzenia wierzchołka serca nie widoczne, tony wszędzie czyste ale słabe.

Co się tyczy innych narządów, to prócz powiększenia śledziony, badanie fizykalne nic nieprawidłowego nie wykazało. Mocz prawidłowy: ani białka, ani cukru nie zawiera.

Wygląd rany zupełnie dobry, jama ropnia wypełniona ziarniną, wydziela nieznaczną ilość ropy. Stan wysypki bardzo szybko się poprawia: sączenia nie ma, łuszczenie naskórka dosyć obfite, wykwity rozsiane na obwodzie zupełnie znikły.

Wieczorem ciepłota 40,5° C. i na tej wysokości 40° C. do 40½° C., ustawnie się utrzymywała.

D. 11 Grudnia. Stan coraz gorszy, upadek sił; wreszcie 13 z rana chory zmarł, przy powyższych objawach ostrej posocznicy.

Nazajutrz dokonałem rozbioru zwłok.

Na brzuchu, mosznie, udach, w okolicy lędźwiowej i krzyżowej, na miejscach dotkniętych za życia wysypką, skóra blada, pokryta obficie złuszczoneym naskórkiem, nie nacieczona.

Przy otworzeniu klatki piersiowej, płuca słabo opadają. W jamie prawej opłucnej znajduje się przeszło 100 gram. mętnego, ropiastego wysięku, zawierającego kawałki włóknika, nasiąkniętego ropą. Dolny zraz płuca jest uciśnięty i odepchnięty ku górze i przodowi. Opłucna ścienna i powlekająca płuco



zgrubiała, mętna, bez połysku, mocno przekrwiona i zasiana mnóstwem drobnych, punkcikowatych i większych wylewów krwawych. Do podstawy tego zrazu i jego brzegów przylegają obfite i grube naloty włóknikowe.

Prawe płuco w górnej swej części jest puszyste, tylne zaś części ciastowate, obrzękle. Z powierzchni przekroju wypływa dużo różowego, pianistego płynu. Dolny zraz, uciśnięty przez wysięk, w tylnej i dolnej swej części nie zawiera powietrza, w miejscach tych tuż pod opłucną znajdują się nieliczne guziczki szaro-różowe, ziarniste, miękkie, wielkości od ziarnka konopnego do grochu polnego. Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli przekrwiona.

Lewe płuco puszyste, w stanie rozedmy, przedewszystkiem w wierzchołku, słabo opada, w tylnych częściach obrzękle. Żadnych innych zmian nie przedstawia.

W jamie osierdzia znajduje się do 20 gm. surowiczego płynu przezroczystego. Serce wiotkie, mięsień blady, bardzo łatwo się rozrywa. Zastawki i wielkie naczynia niezmiennione.

Śledziona powiększona dosyć znacznie, miękka. Wątroba i nerki na przekroju przedstawiają zmiany właściwe zmeńnieniu miąższowemu w wysokim stopniu.

Pęcherz moczowy ściągnięty, nie zmieniony. Przyjadrza bliznowato zwyrodnione. Przewód pokarmowy prawidłowy.

Jama, po przecięciu ropnia, zupełnie oczyszczona i wypełniona ziarniną.

\*

\*

\*

Przyczyną śmierci było tu więc zakażenie septyczne. Wskazują na to duże zmiany narządów miąższowych i ropne zapalenie opłucnej. To ostatnie samo przez się nie może być poczytywane za przyczynę śmierci, jest ono tylko jednym z objawów zakażenia septycznego, takim samym jak zmeńnienie miąższowe nerek i t. p..

Badanie drobnowidzowe wątroby wykryło bardzo znaczne drobnodziarniste przestoczenie [zmeńnienie] protoplazmy komórek wątrobowych, oraz gdziegdzie w tkance międzyzrazikowej liczniejsze nagromadzenie komórek limfoidalnych. W nerkach także same zmiany nabłonka kanalików krętych. Mięsień sercowy do tego stopnia był zmieniony, że można było przyjąć istnienie *myocarditidis diffusae* w umiarkowanym stopniu. Włókna mięsne utraciły swą prężność, stały się ziarnistymi, a nawet zawierają dosyć duże kropelki tłuszczu; ilość jąder zdawała się być powiększoną; na około naczyń bardzo obfite nacieczenie drobnymi komórkami limfoidalnymi.

Pasorzytów w żadnym z powyższych narządów, ani w śledzionie nie znalazłem. Natomiast w wysięku opłucnej, wydobytym w pół godziny po śmierci Mejera K., znalazłem mnóstwo pasorzytów, wyłącznie koków. Na preparacie były one już to rozrzucone pojedynczo, już też [i to najczęściej] przedstawiały się jako diplokokki, lub tworzyły łańcuszki z 4—7 osobników, z których jeden z końcowych zwykle był 2—3 razy większy od pozostałych. I komórki wysięku opłucnej zawierały bardzo wiele tych mikrokoków. Znajdowały się one w ciele komórki, w formie diplokoków, mających dużo podobieństwa do gonokoków, wypełniających



komórkę, różniły się tylko od ostatnich o wiele większymi rozmiarami. Opłucna, dotknięta sprawą zapalną i guziczki we wspomnianym wyżej zrazie płuca, a składające się tylko ze świeżego wysięku komórkowego, zawierały również dużo tych pasorzytów, tak wolnych jako też i w komórkach. Są to *staphylococci*, tylko hodowlą należało się jeszcze przekonać jakie.

Jednocześnie więc wysięk z opłucnej zaszczyliłem w kilku próbkach żelatyny odżywczej i agar-gliceryny. Po upływie dwóch dni w ciepłocie pokojowej, na żelatynie w miejscu ukłócia rozwinęła się mętna biało-szarawa pręga, na około której, zwłaszcza przy powierzchni, żelatyna się rozplýwała; po 6 dniach żelatyna już do połowy swej wysokości była zupełnie płynną. Później żelatyna zupełnie się rozplýnęła, stała się mętną, a kolonije pasorzyta na dnie usiadły.

Na agar-glicerynie w ciepłocie 35° C., tworzył pasorzyt wilgotny nalot białawy, z lekkim żółtawym odcieniem, z brzegami w delikatne festony wyciętymi. Hodowle więc przekonywają, że był to *staphylococcus albus*.

Badanie drobnowidzowe hodowli przekonało, że są to też same diplokokki, układające się często w krótkie łańcuszki.

Czysta hodowla tych pasorzytów, w małej ilości wprowadzona myszom pod skórę, nie wywoływała żadnego efektu. Wstrzyknięta zaś myszom w dużej ilości pod skórę lub do jamy otrzewnej, w niespełna 12 godzin, zabijała je. Szczepione na żelatynie kawałki wątroby i nerek tych myszy dały takie jak powyżej hodowle *staphylococci albi*.

\*

\*

\*

Jaką drogą ten pasorzyt dostał się do ustroju i wywołał ostre przebiegające zakażenie septyczne, nie trudno się domyślić. Na rozległą obnażoną z naskórka skórę, przedstawiającą wilgotną, sączącą powierzchnię, tak rozpowszechniony *staphylococcus* mógł łatwo paść i rozwijać się na wysięku, jak na dobrym gruncie odżywczym. Następnie drogą naczyń limfatycznych przeniknął do gruczołów pachwinowych. Tu jednak rodzi się kwestyja, czy do krążenia przedostał się z gruczołów czy też z samej powierzchni skóry. Pytanie to trudno rozwiązać. Ale prawdopodobnem jest, że tak jak przedostał się z powierzchni skóry do gruczołów, tak samo mógł się przedostać i do krążenia. Przemawiają za tem 2 fakty: że jama po opróżnieniu ropnia gruczołowego wypełniona była zdrową ziarniną i nigdzie śladów rozpadu jej, ani też szerzenia się ropienia nie było i że wskutek opatrunku sublimatowego wysypka się znacznie pogorszyła, a skóra powróciła do poprzedniego stanu rozległej obnażonej z naskórka i łatwo krwawiącej powierzchni, zdolnej do chłonięcia najrozmaitszych ciał, a tem samem i pasorzytów.



## II. PRZYPADEK OSTREJ PROSOWATEJ GRUŻLICY PŁUC

(W POSTACI ZADUSZAJĄCEJ)

### Z NIEZWYKŁĄ NADRUCHLIWOŚCIĄ SERCA

(*Tachycardia*).

Opisał

**D-r med. J. Pawiński.**

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zmienność i różnorodność objawów, które ostrej prosowatej gruźlicy płuc towarzyszą, są powodem, iż rozpoznanie tej postaci chorobowej przedstawia często dla najbieglejszego klinicysty wielkie trudności. Tyfus brzuszny i wysypkowy, ostry nieżyt drobnych oskrzeli, wrzodziejące zapalenie wsierdza, zimnica przepuszczająca i t. p. mogą niekiedy przedstawiać obraz gruźlicy prosowatej. Przypadek nasz zasługuje na wyróżnienie z tego powodu, iż przebiegał w postaci zaduszającej, której towarzyszyły niezwykła nadruchliwość serca (*Tachycardia*) i nadzwyczaj częste tętno [180—200 na minutę]. Tym sposobem obraz, jaki chora, zwłaszcza w pierwszych dniach, przedstawiała, przypominał t. zw. astmę sercową (*Asthma cardiale*).

Mencka Józefa, służąca, lat 19 licząca, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na salę 36-stą, d. 22 Lutego 1887 r. skarżąc się na kaszel i ogólne osłabienie. Kaszel dokucza chorej od kilku tygodni, gorączka wystąpiła przed tygodniem.

Budowa wątła. Odżywianie podupadłe. Wygląd anemiczny. Mięśnie wiotkie. Tkanki tłuszczowej mało. Stan gorączkowy: ciepłota 38,4° C., tętno 170, oddech 40. Wieczorem dnia poprzedniego ciepłota 40,0° C.. Oddechanie przyspieszone, u wierzchołka lewego płuca w okolicy nadgrzebieniowej odgłos opukowy nieco stłumiony, oddech tamże nieokreślony. Z przodu klatki piersiowej w okolicy podobojczykowej lewej znalazłem przy opukiwaniu także stłumienie, oddech zaś pęcherzykowy. W pozostałych częściach płuc odgłos opukowy niebębenkowy, oddech zaś pęcherzykowy, zaostrozony. Rzężeń żadnych na całej przestrzeni klatki piersiowej nie słyhać. Kaszel suchy, bardzo męczący, bez plwociny. Tępość serca zwykłych rozmiarów. Tętno serca czyste. Tętno bardzo częste, około 170 na minutę, miarowe, dość miękkie, fala słaba. Śledziona powiększona: górna jej granica na VII żebrze w linii pachowej średniej. Język nieco obłożony. Brzuch w okolicy podbrzuszej bolesny na ucisk.

Wieczorem ciepłota 40,2° C., tętno 180, oddech 50.

24 Lutego ciepłota 38,8° C., tętno 180, oddech 51. Kaszel nieco mniejszy. U wierzchołka lewego płuca z tyłu w miejscu stłumienia słyhać wydech oskrzelowy. Plwociny nie ma. Wieczorem ciepłota 39,5° C., tętno 190, oddech 48.

25 Lutego ciepłota 39,6° C., tętno 200, oddech 50. Chora narzeka na suchy, nadzwyczaj dokuczliwy kaszel. Plwociny brak. Opukiwanie lewego płu-



ca wykazuje, iż stłumienie zajmuje większą aniżeli poprzednio przestrzeń, a mianowicie nie ogranicza się tylko do okolicy nadgrzebieniowej, lecz dochodzi prawie do dolnego kąta łopatki. W miejscu stłumienia słychać wydech oskrzelowy i nieliczne rżenia trzeszczące. Wieczorem ciepłota  $40,0^{\circ}$  C., tętno 210, oddech 60.

26 Lutego ciepłota  $39,6^{\circ}$  C., tętno 180, oddech 54. Wieczorem ciepłota  $39^{\circ}$  C., tętno 196, oddech 54.

27 Lutego ciepłota  $39^{\circ}$  C., tętno 200, oddech 56—60. Chora skarży się ciągle na męczący, nie dający jej chwili odpoczynku kaszel, ściskanie w gardle, duszność i ból w okolicy rękoności mostka. Tętno serca czyste, lecz słabe. W okolicy kiszki ślepej przelewanie i bolesność. Brzuch nieco wzdęty. Chora przytomna, lecz słuch przytępiony. Wieczorem ciepłota  $39,2^{\circ}$  C., tętno 180, oddech 56.

28 Lutego ciepłota  $38,8^{\circ}$  C., tętno 200, oddech 50. Noce bezsenne. W płucach stan ten sam. Wymiar poprzeczny serca powiększony, a mianowicie prawa granica znajduje się na prawym brzegu mostka, lewa zaś dochodzi do linii sutkowej lewej. Wieczorem ciepłota  $39,6^{\circ}$  C., tętno 200, oddech 52.

1 Marca, ciepłota  $39^{\circ}$  C., tętno 190—200, oddechów 50. U lewego wierzchołka z tyłu i z przodu klatki piersiowej słychać gdzieś rżenia trzeszczące i podtrzeszczące, oddech nieokreślony. Kaszel ciągle dokuczliwy, jakby nerwowy, podobny do kokluszowego, bez plwociny. Wieczorem ciepłota  $39,6^{\circ}$  C., tętno 194, oddech 58.

2 Marca ciepłota  $39^{\circ}$  C., tętno 180, oddech 46. Wieczorem ciepłota  $39,5^{\circ}$  C., tętno 186, oddech 54.

4 Marca ciepłota  $38,5^{\circ}$  C., tętno 200, oddech 46. Chora narzeka na ból i ściskanie w dolnej części szyi i w górnej części mostka. Wieczorem ciepłota  $39,5^{\circ}$  C., tętno 184, oddech 52.

4 Marca ciepłota  $39,1^{\circ}$  C., tętno 126, oddech 50. U wierzchołka lewego płuca, a mianowicie w okolicy nadgrzebieniowej, odgłos opukowy posiada odcień bębniasty, oddech zaś jest nieokreślony. W okolicy podgrzebieniowej liczne drobno-pęcherzykowe rżenia. Z prawej strony w okolicy odpowiadającej łopatce słychać ogromną ilość rżeń trzeszczących i podtrzeszczących. Wieczorem ciepłota  $40,2^{\circ}$  C., tętno 220, oddech 60.

5 Marca ciepłota  $29,4^{\circ}$  C., tętno 180, oddech 54. Kaszel ciągle suchy, nadzwyczaj męczący. Duszność. W obu płucach — z przodu i z tyłu klatki piersiowej słychać niezmierną ilość rżeń trzeszczących, tak, że nie ma prawie ani jednego miejsca na całej przestrzeni klatki piersiowej, w któremby oddech był czysty, bez rżeń. Oddech zaostrozony i bardzo przyspieszony. Twarz biała. Oczy zapadłe. Wieczorem ciepłota  $40,2^{\circ}$  C., tętno 210, oddech 58.

6 Marca ciepłota  $39,2^{\circ}$  C., tętno 160, oddech 54. Badanie drobnowidzowe nie wykryło laseczników gruzliczych w plwocinie. Wieczorem ciepłota  $40,2^{\circ}$  C., tętno 180, oddech 58.

7 Marca ciepłota  $38,5^{\circ}$  C., tętno 170, oddech 90. Wieczór ciepłota  $40,2^{\circ}$  C., tętno 186, oddech 54.



8 Marca ciepłota 38,4° C., tętno 160, oddech 5 i. Wieczór ciepłota 38,2° C. tętno 140, oddech 46.

9 Marca ciepłota 37,4° C., tętno 120, oddech 50. Wieczorem ciepłota 38,2° tętno 140, oddech 48.

10 Marca ciepłota 38° C., tętno 200, oddech 60. Ogromna duszność, tak, że chora nie może leżeć, lecz zmuszoną jest siedzieć na łóżku z pochyloną ku przodowi głową. Kaszel suchy, dokuczliwy. Skurcze serca słabe, jakby drżące (*tremor cordis*). Na całej przestrzeni klatki piersiowej z tyłu i z przodu liczne rżenia. Wieczorem ciepłota 38,6° C., tętno 180, oddech 58.

11 Marca ciepłota 38,4° C., tętno 120, oddech 42. Duszność, na twarzy sinica, upadek sił. Tętno słabe, nitkowate. W płucach objawy obrzęku płuc.

O godzinie 4½ po południu chora życie zakończyła.

Rozpoznanie przy życiu: ostra prosowata gruźlica płuc (*tuberculosis miliaris acuta pulmonum*).

Badanie pośmiertne wykazało: Lewe płuco o 1/3 powiększone, przyrośnięte do klatki piersiowej za pomocą pasemek włóknistej tkanki. Powierzchnia rozkroju, zwłaszcza w tylnych częściach, czerwona; przy ucisku płuco trzeszczy. Na całej przestrzeni miąższu widać bardzo liczne, małe — wielkości ziarenka prosa guziczki szarżółtawego koloru.

W wierzchołku lewego płuca stwardnienie miąższu i trzy małe jamki wielkości orzecha laskowego z zawartością śluzoropną. Prawe płuco powiększone, na brzegach zauważyć można rozedmę; powierzchnia rozkroju czerwonawa, zasiana mnóstwem małych szarżółtawych guziczków.

Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, pokryta śluzem. Gruczoły oskrzelowe powiększone, czerwonawo-szare, miejscami usiane białoszarawymi guziczkami. Osierdzie żadnych zmian chorobowych nie przedstawia. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Jama lewej komórki rozszerzona. Prawa prawidłowa w stanie nieznacznego przerostu. Mięsień lewej i prawej komórki blade.

Powierzchnia zewnętrzna wątroby zasiana małymi, szarymi guziczkami. Z powierzchni rozkroju wylewa się dość dużo krwi. Konsystencja zwykła. Budowa zrazikowa wyraźna.

Śledziona powiększona w wymiarze podłużnym. Na otoczce widać mnóstwo małych guziczków. Miąższ czerwonawy, łatwo rozrywalny, zasiany wielką ilością ziarnistości.

Nerki w stanie miąższowego zmętnienia. Lewa nerka powiększona, otoczka zdejmuje się łatwo, powierzchnia nerki gładka, pokryta mnóstwem szarawych guziczków. Istota korowa zgrubiała, zasiana guziczkami. Miąższ czerwonawy. Prawa nerka przedstawia się podobnie, jak lewa. Błona śluzowa kiszek grubej blade i w niektórych miejscach przedstawia małe owrzodzenia gruźlicze. Na błonie śluzowej pęcherza moczowego w bliskości trójkąta Lieutod'a widać 2 wrzody gruźlicze okrągłej postaci. Ani w oponach mózgowych, ani w mózgu nie znaleziono gruzelków, mózg przedstawiał cechy niedokrwistości. Badanie dro-



bnowidzowe wykazało w skrawkach, wziętych z płuc, śledziony, nerek i t. d. mnóstwo laseczników gruźliczych.

*Epicrysis.* Z powyższego okazuje się, że badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie za życia chorej zrobione, a mianowicie. *Tuberculosis miliaris acuta disseminata.*

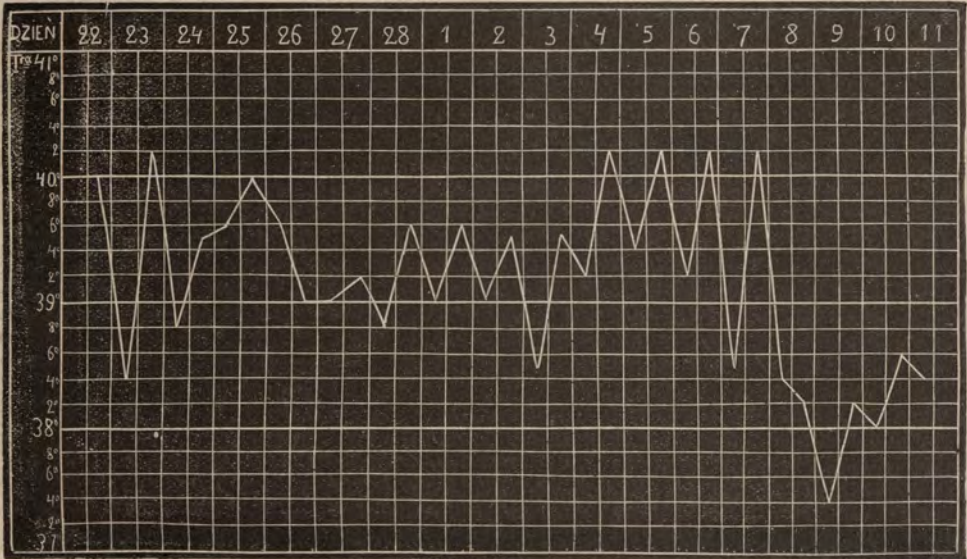
Powodem zaś zakażenia całego ustroju, t. j. wybuchu ostrej rozsianej sprawy gruźliczej były niezawodnie zmiany znalezione w wierzchołku lewego płuca.

Przechodząc do strony klinicznej przedmiotu, a mianowicie do rozpoznania, wypada mi zaznaczyć, że na rozpoznanie ostrej prosowatej gruźlicy zdecydowałem się dopiero po kilkodniowym pobycie chorej w szpitalu. Z początku rozpoznanie przedstawiało dużo trudności i wątpliwości: chora przybyła do szpitala z dość silną gorączką [ciepłota wieczorna wynosiła 40° C., ranna zaś 38,4° C.], która, według słów chorej, miała trwać od tygodnia. Niezmiernie częste oddechanie [około 50 razy na minutę], niezwykle przyspieszona działalność serca zwracały głównie naszą uwagę; chora zaś uskarżała się na męczący suchy kaszel, duszność i ogólne osłabienie. Płwociny brakło zupełnie. Przyspieszony oddech, znaczna duszność i nadzwyczaj częste tętno [180—190—200 na minutę] wydawały mi się tem więcej zagadkowemi, skoro przy pierwszym badaniu chorej znalazłem tylko nieznaczne stłumienie u lewego wierzchołka z oddechem nieokreślonym. W pozostałych częściach płuc nie można było wykryć żadnych zgęszczeń miąższu, ani też rzeżeń, oddech zaś był na całej przestrzeni klatki piersiowej pęcherzykowy, w niektórych tylko miejscach zaostrzony. W płucach więc nie znaleźliśmy dostatecznego powodu do wyjaśnienia tak znacznej duszności i przyspieszenia oddechu. Badanie narządu krwiobiegu dało także ujemne wyniki: tępość serca zwykłych rozmiarów. Tętno serca czyste, choć słabe. Obrzęków nigdzie nie zauważyliśmy. Uderzała tylko wielka nadruchliwość serca, które wykonywało 180—200 skurczów na minutę (*Tachycardia*). Ta jednak nadruchliwość serca, bez objawów zastoju krwi w małym i wielkim krwiobiegu, nie wydawała się nam dostateczną dla wytłómaczenia sobie znacznej duszności, wiadomo bowiem, że *tachycardia* występuje często bez duszności i w ogóle bez podmiotowych objawów ze strony chorego. Z powodu braku białka w moczu i cylindrów należało wykluczyć cierpienie nerek. Co się tyczy wyglądu chorej, to było on anemiczny, na twarzy zaś malował się głęboki smutek i przygnębienie; chora ze łzami w oczach błagała o pomoc. Przytomność była zachowaną w całości, tylko słuch był mocno przytępiony. Chociaż chora nie wyglądała na suchotnicę i twierdziła, że w bliższym jej pokrewieństwie nikt chorobą piersiową nie był dotkniętym, jednakże rozpoznanie: *bronchopneumonia* uważałem za bliższe prawdy, aniżeli jakiegokolwiek bądź inne.

Później, t. j. 4 dnia pobytu chorej w szpitalu [25 Lutego] skoro stłumienie u lewego wierzchołka stało się wyraźniejszem i przyjęło większe rozmiary, a jednocześnie wydech z nieokreślonego stał się oskrzelowym, przyczem wystąpiły nieznaczne krepitacje, zaważałem się co do poprzedniego rozpoznania, sądząc, że mam do czynienia z zapaleniem górnego zrazu lewego płuca. Wzmożenie się gorączki, zwłaszcza ku wieczorowi [ciepłota 40,0° C.], częstszy oddech i tętno zdawały się potwierdzać moje przypuszczenie. Przez następne 3 dni ciepłota za-



częła stopniowo opadać do 38,8° C., bez wyraźnej jednak zmiany w oddechaniu i tętnie. Jednocześnie z opadaniem ciepłoty zaszła w lewym wierzchołku ta zmiana, iż miejsce oddechu oskrzelowego zajął oddech pęcherzykowy zaostrozony, a ilość rzężeń powiększała się. Zdawało się więc, że następuje rozejście się sprawy zapalnej *per lysin*, dziwnem jednak wydał mi się brak plwociny i nie ustępowanie objawów chorobowych, jako to: duszności, kaszlu, przyspieszonego oddechu i tętna. Kaszel był ciągle nadzwyczaj męczący, suchy i nie ustępował pod wpływem środków narkotycznych, przepisywanych ze środkami wykrztuśnemi.



Przez następne dni [28 Lutego, 1, 2 Marca], ciepłota podniosła się nieco a mianowicie wieczorami dochodziła do 39,6° C., rano zaś opadała do 39,0° C.. W czasie tego wzmaganania się gorączki zauważyliśmy u chorej tylko tę zmianę, iż tępość serca powiększyła się w wymiarze poprzecznym, u lewego wierzchołka wystąpił oddech nieokreślony, a rzężeń wilgotnych drobnopęczkowych słycać było więcej. Wtedy to powzięliśmy przekonanie, że mamy do czynienia z o s t r ą g r u ż l i c ą prosowatą, a mianowicie z jej postacią zaduszającą. O prawdziwości rozpoznania upewnił nas dalszy przebieg choroby, a mianowicie wystąpienie w różnych miejscach klatki piersiowej bardzo licznych rzężeń drobnopęcherzykowych, które wskazywały na rozlany nieżyt drobnych oskrzeli i pęcherzyków. Do postaci więc zaduszającej przyłączyła się postać nieżykowa, co przyczyniło się nie mało do śmiertelnego zejścia. Temu rozlanemu nieżytkowi towarzyszyła silna gorączka. Ciepłota w dniu 4, 5, 6, 7 Marca dochodziła wieczorami do 40,2° C.. W ostatnich dniach przed śmiercią ciepłota zaczęła opadać, raz nawet [9 Marca] wynosiła tylko 37,6° C.. W dniu śmierci [11 Marca] ciepłota była 38,2° C..



Niekiedy z powodu towarzyszących gruźlicy objawów tyfoidalnych może zachodzić wielka trudność w rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy gruźlicą a tyfusem. W naszym przypadku choć stan tyfoidalny był słabo wyrażony, to jednakże krzywa ciepłoty (*fig. 1*), a zwłaszcza niektóre jej części, jak np. z dnia 28 Lutego, 1, 2, 3 Marca i 4, 5, 6 Marca przypominały krzywą tyfusową. Na początku i pod koniec choroby ciepłota przedstawiała większe wahania, w ogóle jednak nasilenia przypadały wieczorem, zwolnienia zaś w godzinach rannych (*typus remittens*), t. j. w ogóle tak, jak to bywa w tyfusie. Niektórzy [BRUENNICHE] utrzymują, iż charakterystycznym dla ostrej gruźlicy mają być ranne nasilenia, a wieczorne zwolnienia gorączki (*typus inversus*), czego spostrzeżenie nasze nie potwierdza.

Na szczególne uwzględnienie zasługuje tętno i oddechanie. Tętno bywa zwykle w ostrej prosowatej gruźlicy przyspieszonym [120—140], przypadki jednak, w których częstość tętna dochodzi do tak znacznych rozmiarów, jak w naszym, należą do wielkich rzadkości, mnie przynajmniej nie udało się odszukać w literaturze gruźlicy podobnej wzmianki. Z tego też powodu sędzę, że spostrzeżenie moje może być pewnym przyczynkiem do zawilej i nierozstrzygniętej jeszcze sprawy *tachycardiae cordis*.

Częstość tętna u naszej chorej doszło do bardzo wysokiej cyfry 220. W dniu przybycia jej do szpitala, tętno uderzało 170 na minutę, a w dalszym przebiegu częstość jego podlegała w ogóle nieznacznym wahaniom; średnio można przyjąć, że częstość tętna wynosiła 180, były jednakże dni, w których serce uderzało, 200, a nawet 220 razy na minutę. Ta nadruchliwość serca utrzymywała się przez cały ciąg choroby, tylko w ostatnich dniach przed śmiercią serce wolniej nieco uderzało 120—140 razy na minutę. W dniu zgonu tętno stało się znowu częstszym i doszło do 200.

Zwiększenie częstości oddechania było również bardzo uderzającym. Chora oddechała przecięciowo około 54 razy na minutę, niekiedy zaś nawet 60 razy.

Co się tyczy stosunku tętna do ciepłoty, to zaznaczyć wypada w ogóle, że częstość tętna była za wielką w stosunku do wysokości ciepłoty, gdyż w pierwszym zaraz dniu przy ciepłocie 38,4° C., tętno uderzało 170 razy na minutę. W dalszym przebiegu choroby mieliśmy sposobność zauważyć kilka razy, że odpowiednio do zwiększenia się ciepłoty i tętno stawało się częstszym, zdarzały się jednak dni, w których częstość tętna zwiększała się nieproporcjonalnie do wysokości ciepłoty.

Zachodzi teraz pytanie, jak wytłómaczyć sobie nadzwyczaj przyspieszony oddech i tętno w naszym przypadku?

Przedewszystkiem nadmienić winniśmy, że objawy powyższe wystąpiły wtedy, kiedy fizykalne badanie nie wykryło ani w płucach, ani w sercu dostatecznych danych, któreby nam mogły wyjaśnić podobne zaburzenia. Przyspieszony oddech i tętno może w części zależeć od gorączki, czyli ściślej mówiąc od zwiększonej ciepłoty krwi, w każdym jednak razie samo podwyższenie ciepłoty nie wystarcza w danym przypadku do wyjaśnienia tak niepomernie przyspieszonego oddechu i tętna. Zresztą wiadomo, że przyspieszony oddech i bardzo częste tętno mogą występować i w okresie bezgorączkowym; należy więc



prócz gorączki szukać innego powodu zbytnej częstości oddechania i działalności serca. W tym względzie zwrócić się musimy do anatomii i fizjologii płuc. Wiadomo, że nerw błędny wysyła do płuc gałązki czuciowe, które się kończą w błonie śluzowej oskrzeli; podrażnienie tych gałązek wywołuje zwiększenie częstości oddechania, a mianowicie w ten sposób, iż podrażnienie przenosi się do rdzenia przedłużonego, a ztamtąd za pomocą rdzenia kręgowego na nerwy rządzące ruchami mięśni oddechowych i przepony. Najczęściej podrażnienie to bywa natury zapalnej, jak się to np. przy nieżycie oskrzeli zdarza, w naszym zaś przypadku należy przypuścić, iż takim bodźcem były rozsiane na po całych płucach gruźelki prosowate, a w dalszym przebiegu i nabrzmienie błony śluzowej oskrzeli.

Co się tyczy duszności, to takową tłómaczyć można zmniejszeniem powierzchni oddechowej, które nastąpiło wskutek rozwoju licznych prosowatych guziczek, zmianami we krwi, jak również szybkością rozwoju sprawy gruźliczej.

Oprócz przyspieszonego oddechu i duszności, dochodzącej niekiedy do *ortopnoë*, bardzo wybitnym objawem był *k a s z e l*. Od samego początku chora narzekała na męczący, suchy kaszel, występujący w postaci jakby nerwowych napadów, przyczem przez pierwszy tydzień pobytu chorej w szpitalu płwociny żadnej nie było. Ponieważ zaś w początku choroby, w czasie najsilniejszego kaszlu, oddech był czysty pęcherzykowy, niekiedy zaostrozony lecz bez rzężeń, należy więc przypuścić, że przy zwiększonej pobudliwości zakończeń czuciowych nerwu błędnego, samo już przekrwienie błony śluzowej oskrzeli, lub wreszcie rozsiane gruźelki mogły się stać przyczyną powstawania kaszlu na drodze odruchowej. Że u naszej chorej podobna nadczułość błony śluzowej oskrzeli istniała, nie ulega najmniejszej wątpliwości, a rozwinąć się mogła na tle bezkrwistości i stanu gorączkowego. Tą właśnie nadmierną wrażliwością błony śluzowej oskrzeli, *resp.* gałązek czuciowych nerwu błędnego wytłómaczyć sobie można występowanie męczącego kaszlu przy t. zw. suchym nieżycie oskrzeli, cechującym się skąpością wydzielin.

Z kolei następuje pytanie, w jaki sposób wyjaśnić sobie niezwykłą nadruchliwość serca? Z opisanych dotychczas w literaturze przypadków ostrej prosowatej gruźlicy, występującej w postaci zaduszającej, okazuje się, że postaci tej, daleko częściej aniżeli innym, towarzyszy bardzo częste tętno; w naszym przypadku nadruchliwość serca dosięgała bardzo wysokiego stopnia. Wiadomo, że *tachycardia* może zależeć albo od porażenia nerwów hamujących ruchy serca, a więc nerwu błędnego, albo też od podrażnienia nerwów przyspieszających ruchy serca, a więc nerwu współczulnego. Brak objawów, towarzyszących zwykle podrażnieniu nerwu sympatycznego, a mianowicie rozszerzenia źrenic i zmian dotyczących nerwów naczynioruchowych [zacerwienie niektórych miejsc skóry, poty i t. p.], skłaniają nas raczej do przyjęcia porażenia nerwu błędnego, aniżeli podrażnienia nerwu sympatycznego. Za podobnem przypuszczeniem przemawiają także następujące okoliczności: 1) długie trwanie *tachycardiae* — w przeciągu 18 dni; 2) bezskuteczność podawanej naparstnicy; 3) wysoki stopień nadruchliwości serca. Z dotychczas ogłoszonych przypadków *tachycardiae*, w których punktem wyjścia miało być podrażnienie nerwów przyspieszających ruchy serca,



a które wogóle do bardzo nielicznych należą [KNECHT <sup>1)</sup>, ZUNCHEK <sup>2)</sup>, MOON <sup>3)</sup>, BOWLES <sup>4)</sup>] okazuje się, że tylko w przypadkach, w których nadruchliwość występowała w postaci napadów, tętno dosięgało bardzo znacznej częstości [180—200]. Tam zaś, gdzie *tachycardia* była stałym, długo trwającym objawem i zależała jakoby od podrażnienia włókien nerwu sympatycznego, częstość tętna nie dochodziła nigdy do tak znacznej cyfry jak w naszym przypadku i wogóle przy porażeniu nerwu błędnego. W przypadku EULENBURG'a <sup>5)</sup>, który przedstawiał wielkie podobieństwo do choroby BASEDOW'a, a w którym *tachycardia* miała być zależną od podrażnienia nerwu sympatycznego [wskutek ucisku powiększonego gruczołu tarczowego] częstość tętna wynosiła 128—140 na minutę; w spostrzeżeniach zaś innych autorów, jak OGLE'a <sup>6)</sup> i ROSSBACH'a <sup>7)</sup> częstość tętna była znacznie mniejszą, bo dochodziła zaledwie do liczby 80 na minutę. Z drugiej znowu strony doświadczenia fizjologiczne BEZOLD'a wykazały, że słabe drażnienie nerwu sympatycznego nie jest w stanie przeciwdziałać wpływowi nerwu błędnego i że tylko bardzo silne podrażnienie nerwu sympatycznego wywołuje przyspieszone bicie serca. Tym sposobem należy przypuścić, że w tych przypadkach, w których rzeczywiście ma miejsce przyspieszone bicie serca, wskutek długotrwałego i silnego drażnienia, nerw błędny przechodzi w stan wyczerpalności, a wtedy nerw sympatyczny bierze przewagę.

Uwagi powyższe skłoniły nas do przyjęcia i w danym przypadku za przyczynę *tachycardiae* porażenia włókien hamujących ruchy serca. Jeśli tak jest, to pytanie gdzie szukać źródła owego porażenia? Wiadomo, że porażenie nerwu błędnego może być ośrodkowe [mózgowe], obwodowe [wskutek zmian w zakończeniach nerwu błędnego w sercu], albo też powstaje wskutek zniesienia przewodnictwa w samym pniu, t. j. na przebiegu nerwu błędnego.

Ponieważ w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ostrą prosowatą gruźlicą rozsianą, można by więc przypuścić, że porażenie nerwu błędnego mogło nastąpić wskutek rozwoju gruzelków w mózgu — w miejscu zkad bierze początek nerw, albo też, że pień nerwu błędnego, wskutek sprawy gruźliczej w gruczołach oskrzelowych, *resp.* ucisku, mógł utracić zdolność przewodnictwa. Badanie pośmiertne nie potwierdziło podobnego przypuszczenia, gdyż w mózgu ani w oponach mózgowych nie znaleziono gruzelków, a co się tyczy gruczołów oskrzelowych, to jakkolwiek niektóre z nich znajdowały się w stanie przerostu i zasiane były gruzelkami, jednakże nie wywierały ucisku na nerw błędny. Co się tyczy serca, to w niem, t. j. w mięśniu, ani też w zastawkach, nie znaleźliśmy zmian chorobowych, któreby mogły dać powód do wystąpienia *tachycardiae*. Oprócz zwykłych trudności, jakie dla wyjaśnienia powstawania nadruchliwości serca spotykamy, w naszym przypadku przybyła nam jeszcze jedna, a mianowicie

<sup>1)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1874. Nr. 43.

<sup>2)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1877. Nr. 48—49.

<sup>3)</sup> Referat w Jahresber. VIRCHOW'a. 1874. II.

<sup>4)</sup> Brit. med. Journ. 1867.

<sup>5)</sup> Berlin. klin. Wochenschrift. 1869. Nr. 27.

<sup>6)</sup> Wspomniane w pracy EULENBURG'a i GUTMANN'a. Die pathologie des Sympaticus.

<sup>7)</sup> Jenenser Inaug. Diss. Cytowana w Jahresb. SCHMIDT's Bd. 146. pag. 51.



cie nadzwyczaj przyspieszony oddech. Fizyologija poucza, że po przecięciu nerwów hamujących ruchy serca oddechanie staje się rzadszem, tętno zaś częstszem, z opisu zaś przypadków spostrzeganych u człowieka jako *paralysis n. vagi* okazuje się, że częstość oddechania zwykle zmniejsza się, a niekiedy żadnej zmiany nie ulega. Tymczasem sam spostrzegałem kilka przypadków, oprócz w mowie będącego, w których należało przyjąć porażenie włókien hamujących serca, a jednakże oddech nie był zwolnionym, lecz przeciwnie przyspieszonym. Przeglądając dość dość obszerną literaturę *tachycardiae* zauważyłem, że TUCZEK <sup>1)</sup> i KREDEL <sup>2)</sup> znaleźli się także w kłopotliwym położeniu, nie mogąc z sobą powiązać: przyspieszonego oddechu i częstego tętna w kilku przypadkach astmy sercowej (*astma cordiale*) połączonej z ostrą rozedmą płuc. Według mego zdania, najstosowniejszem objaśnieniem nadruchliwości serca w naszym spostrzeżeniu byłoby następujące, oparte na wynikach doświadczeń fizyjologicznych prof. HERING'a z Pragi i spostrzeżeń klinicznych prof. SOMMERBRODT'a.

HERING przy doświadczeniach swoich nad wpływem zwiększonego wewnątrz-oskrzelowego ciśnienia na krążenie i ciśnienie krwi, zauważył, że skoro psem sztucznie wdmuchiwał powietrze do płuc pod ciśnieniem 30—50 mm. rtęci ciśnienie krwi opadało wskutek zwiększenia ciśnienia w pęcherzykach, częstość zaś tętna znakomicie powiększała się, niekiedy nawet podwajała się.

Według zdania tego autora przyspieszenie czynności serca przychodzi do skutku na drodze odruchowej za pośrednictwem gałązek czuciowych nerwu błędnego. Sądzi on, że przez nadęcie płuc wywołuje się podrażnienie włókien czuciowych nerwu błędnego, podrażnienie to przenosi się do mózgu, do ośrodka hamującego ruchy serca i wprawia go w odmienny stan, a mianowicie tego rodzaju, iż osłabia jego pobudliwość, zmniejsza napięcie (*tonus*) włókien hamujących, czego ostatecznym wynikiem jest zwiększenie częstości ruchów serca. Tym sposobem gałązki czuciowe płucne nerwu błędnego pozostają w tym stosunku do ośrodka hamującego ruchy serca, w jakim pozostają włókna *n. depressoris* do ośrodka naczyń ruchowego, t. j. obniżają jego działanie, są włóknami hamującymi dla tego ośrodka.

Po ogłoszeniu pracy HERING'a zaczęły się odzywać głosy [zwłaszcza WALDENBURG], iż próba VALSALVY [silny wydech przy zamknięciu ust i nosa] i wdechanie zgęszczonego powietrza sprowadza nie zmniejszenie, lecz na odwrót powiększenie ciśnienia, przyczem częstość tętna zmniejsza się. Dla rozstrzygnięcia tej zawilej kwestyi prof. SOMMERBRODT <sup>3)</sup> przedsięwziął szereg doświadczeń klinicznych, przyczem udało mu się potwierdzić dawne wyniki, otrzymane przez HERING'a, a prócz tego dojść do nowych bardzo ciekawych.

Za pomocą rysunków sfigmograficznych autor ten przekonał się, iż u ludzi zdrowych tak przy próbie VALSALVY, jak i przy wdechaniu zgęszczonego powietrza, krzywa tętna wskazywała zawsze na zmniejszenie

<sup>1)</sup> Archiv für klin. Med. Bd. 21. Heft.

<sup>2)</sup> Zur Lehre von den Vagus-Neurosen. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 30. pag. 547.

<sup>3)</sup> Ueber eine bisher nicht gekannte wichtige Einrichtung des menschlichen Organismus. Tübingen. 1882. Referat D-ra GROSSTERNA w Gazecie Lekarskiej. r. 1882. pag. 358.



się napięcia ściany naczyniowej, częstość zaś tętna zwiększała się. Bezpośrednio zaś po doświadczeniach i ciśnienie krwi podnosiło się [co wyrażało się w postaci zwiększenia napięcia ściany naczyń krwionośnych], a tętno stawało się rzadszem. Przyspieszenie ruchów serca objaśnia autor w ten sam sposób, co i HERING, t. j., na drodze odruchowej za pośrednictwem gałązek czuciowych płucnych nerwu błędnego. Co się jednak tyczy zmniejszenia ciśnienia krwi, towarzyszącego zwiększonemu wewnątrz-oskrzelowemu ciśnieniu, to SOMMERBRODT inaczej je objaśnia. HERING i wielu innych fizjologów twierdzi, że wskutek zwiększenia wewnątrz-oskrzelowego ciśnienia, krew zostaje jakby wypchnięta z klatki piersiowej ku obwodowi, tym sposobem mniej krwi dopływa do prawego serca, a więc i do lewego, co oczywiście wywołuje obniżenie ciśnienia krwi. SOMMERBRODT chcąc się przekonać, czy oprócz odepchnięcia krwi ku obwodowi, nie istnieje jeszcze inna przyczyna obniżenia ciśnienia krwi, brał do swoich doświadczeń takie przypadki, w których zastój żylny wsteczny był nieznaczny, jak to bywa przy kaszlu, śpiewie, deklamacyi.

Pod wpływem pokasywań, a jeszcze więcej silniejszych napadów kaszlu, obok objawów chwilowego zastoju krwi, czynność serca przyspieszała się, a napięcie ścian naczyniowych *resp.* ciśnienie krwi zmniejszało się. To zmniejszenie ciśnienia występowało nawet w tych doświadczeniach, w których autor za pomocą głębokich wdechów i wydechów starał się sprowadzić zastój żylny do *minimum*. Na tejsze zasadzie SOMMERBRODT przypuszcza, że mniejsze napięcie ścian naczyniowych przychodzi do skutku na drodze odruchowej, a mianowicie podrażnienie z gałązek czuciowych przenosi się na nerwy naczynio-ruchowe i wpływa na nie w ten sposób, iż ich *tonus* się zmniejsza, a więc i napięcie ściany naczyń obniża się. Tym sposobem światło tętnic rozszerza się, ciśnienie krwi opada. Każde podwyższenie ciśnienia wewnątrz oskrzelowego drażni nerwy czuciowe płuc i wywołuje ów odruch. Odruchowo przyspieszoną czynność serca, wywołwaną przez prof. HERING'a u psów za pomocą drażnienia nerwów czuciowych, można także wywołać u człowieka, a mianowicie przez zwiększenie wewnątrz-oskrzelowego ciśnienia.

Zobaczmy teraz czy podobne warunki, wśród których wykonywali swe doświadczenia HERING i SOMMERBRODT, miały miejsce w naszym przypadku, a więc czy objaśnienie podane przez powyższych autorów może mieć zastosowanie do naszego spostrzeżenia?

Przyspieszony oddech i kaszel były najwydatniejszymi objawami ze strony narządu oddechania. Za źródło powstawania jednego i drugiego należy bez wątpienia uważać podrażnienie gałęzi płucnych czuciowych nerwu błędnego przez rozsiane po całych płucach gruzelki prosowate, a w części, być może, nabrzmienie błony śluzowej oskrzeli.

Dokuczliwy, suchy kaszel, który całemi dniami nie ustawał, a niekiedy dochodził do napadów, był powodem zwiększonego wewnątrz oskrzelowego ciśnienia. Wiadomo bowiem, że kaszel polega na forsownych wydechach, przyczem zamknięte po uprzednim głębokim wdechu drogi oddechowe zostają nagle rozwarte. Przy tych silnych ruchach wydechowych ciśnienie wewnątrz-oskrzelowe znacznie się powiększa. Podrażnienie zaś wywołane zwiększonym wewnątrz-oskrzelowym



ciśnieniem przenosi się za pomocą gałęzi czuciowych nerwu błędnego na ośrodek mózgowy tego nerwu, osłabia jego pobudliwość i zmniejsza napięcie nerwów hamujących ruchy serca, ztąd *tachycardia*. Wreszcie nadmienić wypada, że stan anemiczny chorej, a więc i bezkrwistość rdzenia przedłużonego, zmiany we krwi, spowodowane chorobą zakaźną, wyczerpanie sił, gorączka, stanowiły bardzo sprzyjające tło, dla powstania nadruchliwości serca. Co się tyczy ciśnienia krwi, to sądząc z napięcia ściany tętniczej, było one w ogóle zmniejszone ponieważ zaś pomimo silnego, uporczywego kaszlu, osłabionej czynności serca, nie istniały objawy zastojów tak w wielkim jak i małym krwiobiegu, należy więc przypuścić, że i w naszym przypadku przez rozszerzenie naczyń, a zatem zmniejszenie oporu i przyspieszenia czynności serca [na drodze odruchowej], szybkość strumienia krwi zwiększyła się, czyli, że objaśnienie SOMMERBRODT'a i w tym względzie zgadza się z kliniczną obserwacją.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 6. Eteryzacja okolicy żołądka przy uporczywych wymiotach.

U dwumiesięcznej, słabo rozwiniętej i odżywianej córeczki Pp. N. wystąpiły w dniu 19 b. m. raptowne, silne wymioty, z ustawicznym krztuszeniem się. Dziecko, poprzednio zdrowe, miało tylko skłonność do zaparcia, karmione przez mamkę zdrową, dobrze odżywianą. Wymioty powstały bez widocznej przyczyny, powtarzały się w przerwach najwyżej kilku minutowych, krztuszenia się zaś były niemal ciągłe. Masy wymiotne, początkowo zabarwione niestrawionym pokarmem, następnie składały się z niewielkich ilości śluzu. Wszelkie próby podania czegokolwiek do wewnątrz pozostały bez skutku, środek przyjęty zrzuciła chora natychmiast, każde podanie nawet czystej wody wywoływało w końcu nowe napady wymiotne.

Środki zewnętrzne: gorące okłady, gorczyczniki, maść z makowcem, dalej nastój miętowy, nastój waleryjanowy, pozostały również bez skutku. Wymioty trwały wciąż z jednakową siłą; twarz wyraz zmieniała, kończyny stały się chłodne, tętno słabe, a w niewielkich ilościach zrzuconego śluzu zaczęły się pojawiać żyłki krwi; następnie zaś cała wydzielina była silnie krwią zabarwiona [krew nie pochodziła ani z jamy ustnej, ani z gardzieli]. Stan podobny trwał około 2-ech godzin i z powodu zwiększającego się wciąż osłabienia dziecka, zdawał się zapowiadać zejście śmiertelne. W tak rozpaczliwym położeniu przypomniał mi się środek proponowany kiedyś w podobnych przypadkach — eteryzacja okolicy żołądka <sup>1)</sup>.

Po zastosowaniu silnego strumienia rozpylonego eteru w ciągu 16—20 sekund na okolicę nadbrzusza, zmiana nastąpiła uderzająca. Wymioty i krztuszenie się od razu ustąpiły, twarz poczęła przybierać wyraz prawidłowy, tętno poprawia się. Po 10 jednak mniej więcej minutach objawił się zwrot ku pogorszeniu, ponowne jednak użycie eteru w ciągu sekund 40 sprowadziło znów poprawę, która odtąd pozostała trwałą.

Jaki mógł być powód tak raptownych i uporczywych wymiotów w tym przypadku orzec trudno. Całość jednak przedstawiała obraz bardzo podobny do tego, jaki bywa przy zatruciach środkami, działającymi w pierwszej linii na żołądek.

T. Jopkiewicz.

<sup>1)</sup> O ile się nie mylą przez D-ra LUBELSKIEGO.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 13. Kühn. O zaczątkowej [rudymen tarnej] i zamaskowanej postaci krupowego zapalenia płuc.

Pod powyższym tytułem ukazała się niedawno dość interesująca i obszerna praca, w której autor, rozporządzając wielkim materiałem [147 przypadków], podczas epidemii ostrego zapalenia płuc w Moringen w ciągu lat trzech [od 1883—1885 r.], z wielką sumiennością opracował te postaci zapalenia płuc, które według wszelkiego prawdopodobieństwa nieraz dawały lekarzom praktykom powód do błędnego rozpoznawania istoty danego cierpienia. Postacie te autor nazywa „zaczątkowymi i zamaskowanymi“ (*rudimentäre und larvirte Pneumonien*).

Pod nazwą „zaczątkowej postaci ostrego zapalenia płuc“ rozumie autor te, jeden lub kilka dni trwające, stany gorączkowe w przebiegu epidemii zapalenia płuc występujące, przy których badanie fizykalne płuc daje nam absolutnie ujemne wyniki.

Podobnie jak w skończonych typowych postaciach zapalenia płuc i tu choroba zaczyna się wstrząsającym dreszczem, ciepłota ciała szybko osiąga znacznej wysokości, istnieje przytem cały szereg przypadłości nerwowych, ból w boku i t. p.. Na drugi dzień, lub dopiero po kilku dniach, ciepłota spada poniżej stanu prawidłowego, spadek to zazwyczaj krytyczny, rzadziej już *per lysin*. Niekiedy w obrazie chorobowym brak nawet kaszlu, lub jeśli takowy istnieje, jest on suchym, bez wydzieliny, w innych wreszcie razach istnieją objawy lekkiego nieżytu oskrzeli ze skąpą wydzieliną, która jednak nigdy nie zawiera ani śladu krwi. Postacie te nie są, jakby się to *a priori* zdawać mogło, cierpieniami rzadkimi, przeciwnie częstość ich pojawiania się podczas epidemii zapalenia płuc jest stosunkową bardzo znaczną, na 147 bowiem przypadków, w 82 było typowo przebiegające zapalenie płuc, zaczątkowe zaś w 65.

Zaczątkowa postać zapalenia płuc znajduje dla siebie analogię i w innych cierpieniach natury zakaźnej, np. w tyfusach, wysypkach ostrych, gdzie cierpienie, zacząwszy się typowo dla danego przypadku, naraz, częstokroć już w dni kilka, najzupełniej ustępuje. Przy omawianem cierpieniu są pewne objawy, nad którymi warto się bliżej zastanowić. Najpierw co się tyczy wyprysku (*herpes*), to ten, podobnie jak i w typowym zapaleniu płuc, jest częstym objawem postaci zaczątkowej, przytem zazwyczaj mamy tu do czynienia z „*herpes labialis*“. Często jednak *herpes* zjawia się i na innych częściach ciała [policzkach, nosie, przedramieniu i t. d.]. Nadzwyczaj charakterystycznym dla danego cierpienia jest przebieg gorączki. Większa część z 65 zaczątkowych postaci zapalenia płuc przebiegała z gorączką, trwającą dzień jeden, w 23 przypadkach gorączka trwała dwa dni, w 3 przypadkach trzy dni, wreszcie raz tylko spostrzegł autor czterodniowe trwanie gorączki. Zawsze prawie, jak to przy typowym zapaleniu płuc ma miejsce, ciepłota odrazu dochodziła do znacznej wysokości i zazwyczaj podniesienie to ciepłoty ciała poprzedzał silny dreszcz wstrząsający. *Maximum* ciepłoty w zaczątkowych postaciach zapalenia płuc wielkim podlegało wahanom, od ciepłoty nieco wyższej nad 38° C., do 41,8° C.. Spadek zwykle nagły, krytyczny, przyczem ciepłota spada poniżej stanu prawidłowego. Przy kilka dni trwającej gorączce czasami daje się zauważyć spadek *per lysin*. Przy wielkiego natężenia epidemijach widywał autor i takie postaci zapalenia płuc, które również do zaczątkowych zalicza, gdzie istniały wszystkie objawy zakażenia, dreszcz, wysoka gorączka, ból w boku i t. d.. 9-go dnia krytyczny spadek ciepłoty poniżej stanu prawidłowego, w płucach jednak zmian żadnych przy najtroskliwszem badaniu nie dało się wykryć.



Poty obfite częściej autor widywał przy postaciach zaczątkowych, niż w skończonych.

Co się tyczy działalności nerek, to takowa w obu postaciach jednakowa się zachowywała.

Godnem zaznaczenia jest znaczny stopień osłabienia, jaki zostawia po sobie jedno lub kilkodniowa gorączka przy omawianem cierpieniu.

Co się tyczy wreszcie zmian anatomo-patologicznych, przy zaczątkowej postaci zapalenia płuc, to autor w 3 przypadkach z zejściem śmiertelnem takowe miał sposobność badać. We wszystkich przypadkach były stare zrosty opłucnej na przestrzeni całego, lub połowy tylko płuca, do czego autor zdaje się przywiązywać szczególne znaczenie, mianowicie uważa on je za moment sprzyjający sprawom zastoinowym w narządach jamy brzusznej, zwłaszcza wątroby i nerek. W jednym przypadku miało miejsce znaczne stłuszczenie wątroby, w drugim marskość takowej (*cirrhosis*). Co się tyczy zmian w płucach, to takowe polegały jedynie na przekrwieniu i obrzęku oddzielnych płatów płuc; że nie był to opadowy obrzęk, przeciwko temu świadczy zbyt krótki przebieg cierpienia, wreszcie znajdowane przez autora w chorobowo zmienionej tkance płuc, swoiste dla zapalenia płuc pasorzyty.

W drugiej części swej pracy rozбира autor objawy nerwowe, w przebiegu zapalenia płuc występujące często na pierwszy plan, wskutek czego mogą one zatrzeć rzeczywisty charakter cierpienia; są to tak zwane przez autora maskowane postaci zapalenia płuc (*larvite Pneumonien*). Objawy te są według autora następstwem trującego działania wytworów życiowej działalności pasorzytów *resp.* ptomainów na ośrodki nerwowe. Już TROUSSEAU zauważył, że u dzieci dreszcz początkowy przy zapaleniu płuc bywa niekiedy zastąpiony przez napad drgawkowy, zdarzyć się to jednak może i u dorosłych. I tak naprzykład u histeryczek, zapalenie płuc niekiedy zaczyna się napadem histero-epileptycznym, na poparcie czego przytacza autor odnośny przykład. Dalej u epileptyków spostrzegać się dają, zarówno w typowym jako też i zaczątkowym zapaleniu płuc, napady epileptyczne zamiast dreszczu początkowego. Autor miał sposobność obserwować podczas epidemii w Moringen 4 takie przypadki, z których 2 z typową, 2 zaś z zaczątkową postacią zapalenia płuc. Autor wypowiada zdanie, że większość napadów drgawkowych u dzieci podczas epidemii zapalenia płuc odnieść należy do tak zwanych maskowanych postaci zapalenia płuc. Również i większa część gorączek, występujących u osób dotkniętych porażeniem, podczas epidemii, daje się podciągnąć pod miano postaci zaczątkowych mianowicie w tych przypadkach, gdzie ciepłota odrazu dosięgła znacznej wysokości, gdzie jednak wyłączyć możemy prawdopodobieństwo innej jakiejś choroby zakaźnej. Szczególnie często jednak gorączka taka przyłącza się do napadów epileptycznych i apoplektycznych u osób sparaliżowanych. I tu, jak zawsze, kilka odnośnych przykładów z bogatej kazuistyki autora, ilustruje wywody jego.

Przechodzi następnie autor do nerwobólów, zjawiających się niekiedy w początkach zapalenia płuc, zwłaszcza obszernie zastanawia się nad charakterystycznym bólem w boku, zależnym od podrażnienia nerwów międzyżebrowych. Należy jednak odróżniać ból ten, w pierwszych dniach występujący, od późniejszego, który zależnym jest od podrażnienia opłucnej [objaw uciskowy wtórny]. Ból ten występuje zarówno przy skończonych, jako też i zaczątkowych postaciach zapalenia płuc, pod wpływem wstrzyknięć podskórnych morfiny bardzo szybko ustępuje. Przytem wyjątkowo tylko ból ten odpowiada miejscu, sprawie zapalnej podległemu i tak najczęściej umiejscawia się on w przedniej części klatki piersiowej, podczas gdy sprawom zapalnym ostrym zazwyczaj podlegają tylne części płuca i w przypadkach nawet *pneumoniae superioris* ból ten



chorzy umiejscawiają w 4—7 odstępach międzyżebrowych. Nerwoból ten również autor czyni zależnym od trującego działania ptomain.

Następnie przytacza autor 2 przypadki typowego i 2 zaczątkowego zapalenia płuc, w których, zamiast wstrząsającego dreszczu początkowego, wystąpił nerwoból 5-ej pary nerwów czaszkowych, w innym zaś nadzwyczaj silny ból w przebiegu nerwu kulszowego prawego. W obu przypadkach wstrzyknięcie pod skórę morfiny usunęło na zawsze ten dolegliwy dla chorych objaw. Obok tych nerwowych objawów, maskujących istotne zapalenie płuc, spostrzegać się dają i takie postaci, przeważnie do rzędu zaczątkowych zaliczyć się dające, gdzie zakażenie jedynie ujawniło się w mniej, lub więcej wyraźnem zajęciu górnych dróg oddechowych, co ze swej strony również istotną naturę cierpienia maskowało. I tak nie rzadko jedynym objawem [prócz gorączki] takiej rudymentalnej postaci bywał nieżyt gardzieli, tak, że według autora wszystkie w przebiegu epidemii zapalenia płuc występujące, nie dyfterytryczne, zapalenia gardła z wysoką gorączką, bez zmian fizykalnie dających się określić w płucach, są zaczątkowymi postaciami zapalenia płuc. Bywa niekiedy i tak, że z początku występuje nieżyt gardzieli, na drugi dzień przyłącza się nieżyt krtani, wreszcie na 3 lub 4 zjawiają się objawy nieżytu oskrzeli, dalej zaś albo dochodzi do zmian, fizykalnie dających się określić jako zwątrobieńnię płuca [skończona typowa postać zapalenia płuc], lub też chory powraca do zdrowia, bez zajęcia tkanki płucnej [zaczątkowa postać]. Owe wreszcie postaci zapalenia płuc, zaczynające się objawami cholerynowymi, to jest silnemi, wymiotami i biegunką, uważa autor również za zamaskowane postaci zapalenia płuc; czyni on je zależnemi od wtórnego zakażenia, mianowicie gnilnemi pierwiastkami.

(*Deutsches Archiv für klin. Medicin.* 4, 5 i 6 zeszyt 1887 r. str. 364—395—583—600).

J. Sędziak.

## SALA OPERACYJNA

w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryi.

W miarę postępu i rozwoju aseptyki przy traktowaniu chorych operowanych zaczęto zwracać baczną i troskliwą uwagę i na odpowiednie aseptyczne urządzenie sali operacyjnej. Wszystkie starania lekarza, aby ochronić ranę od zakażenia wskutek zetknięcia się z nią rąk czy instrumentów (*Contactinfection*) mogą ukazać się bezowocnemi, jeżeli też sama rana nie będzie zabezpieczoną od zakażenia przez powietrze (*Luftinfection*), jest to rzecz pierwszorzędnej wagi, dla tego też każdy chirurg dzisiaj wszystkich starań winien dokładać, aby swą salę operacyjną możliwie aseptycznie urządzić. Jeżeli jednak pierwsza strona przedmiotu, t. j. uchronienie rany od zakażenia przez dotknięcie, prawie że wyłącznie w rękach lekarza spoczywa, to druga za to strona, a więc uchronienie rany od zakażenia przez powietrze *resp.* urządzenie aseptycznej sali operacyjnej najczęściej leży zewnątrz jego mocy. I pod tym jednak względem pewien postęp i u nas spostrzegać się daje, a niektóre w naszych szpitalach sale operacyjne, choć bardzo dalekie jeszcze od sal, urządzonych według dzisiejszych wymagań aseptyki, jakże dalece się różnią od tych w których pierwsze stawialiśmy kroki. Nie mam zamiaru obecnie podawać choćby w grubych zarysach wzoru sali operacyjnej ściśle aseptycznej, tem więcej iż przedmiot ten poruszył w roku zeszłym w N-rze 41 *Gazety Lekarskiej* w artykule p. t. „Jaką powinna być sala operacyjna?” kol. MATLAKOWSKI, który, jak wyznać należy, był jednym z pierwszych lekarzy u nas, którzy nauczyli się z n a l e ż n y m s z a c u n k i e m odnosić do sali operacyjnej. Na jedno wszelako muszę zwrócić uwagę, a mianowicie na niezbędnosć dwóch sal operacyjnych, jednej dla ran zupełnie czystych, drugiej dla ran już zakażonych.



Wymaganie to nie będzie uważanem za przesadne przez tego, kto dowie się, że NEUBER w szpitalu aseptycznym uważa za niezbędne 5 sal operacyjnych, a mianowicie: 1-szą dla świeżych obrażeń i wyluszczenia guzów; 2-gą dla zapaleń tkanki łącznej i róży; 3-cią dla przewlekłych chorób kości i stawów; 4-tą dla bezkrwawych operacji i 5-tą dla badania i operacji na kiszce prostej i drogach moczorodnych. Zeliczbę tę zredukować można a przynajmniej w przeznaczeniu sal zmianę zaprowadzić, kwestyi nie ulega, jedna wszelako sala operacyjna ścisłej aseptyki zadowolić nie może. Czy można operować chorego z uwięzniętą przepukliną, lub z otwartem złamaniem kończyny na tejże samej sali, na której tylko co operowano chorego z zakaźnem zapaleniem tkanki łącznej, a przecież powyżej wymienionych operacji bardzo często i na kilka godzin nawet odłożyć nie można. Jeżeliby więc w myśl kolegi MATLAKOWSKIEGO w wielkich szpitalach, za przykładem szpitali angielskich, dosyć było jednej sali operacyjnej, to może być tu mowa o sali dla takich tylko operacji, które od początku do końca wykonane być mogą w warunkach ścisłej aseptyki, dla wszelkich zaś innych ran i operacji każdy oddział musi mieć swoją własną salę operacyjną. Nie należy zapominać, że ideałem, do którego dążymy, nie jest antyseptyka, ale aseptyka; osiągnięcie tego ideału nie będzie możliwem przy jednej sali operacyjnej.

Tę właśnie bardzo ważną okoliczność uwzględniono przy aseptycznem urządzeniu sali operacyjnej w szpitalu dzieciennem. Do niedawna, tak jak to zresztą w wielu oddziałach jeszcze się odbywa, wszystko w tej sali wykonywano. Tutaj operowano i opatrywano bez wyjątku chorych, tutaj przyjmowano i operowano bardzo licznych chorych ambulatoryjnych, tutaj zbierali się lekarze na pogawędkę, tu wreszcie felczerzy i praktykanci felczerscy załatwiali różne czynności, w zakres ich zajęć wchodzące. Dopiero dzięki zabiegom kolegów JASIŃSKIEGO i PEZKEGO [ordynatorów oddziału] oraz nadzwyczajnej troskliwości o dobro szpitala ze strony zarządu tegoż, rzeczy te nawskróś zmieniono. Sali operacyjnej pozostawiono właściwe jej przeznaczenie, operacje zakaźnych chorych są dokonywane na salce utworzonej tymczasowo z korytarza obok sali chorych, a salę ambulatoryjną utworzono w zupełnie oddzielnym budynku, w którym z drugiej strony sieni, a więc zupełnie oddzielnie, istnieje sala dla przyjmowania dzieci z chorobami zewnętrznymi. Sama sala operacyjna znajduje się w wyjątkowo jak u nas szczególnych warunkach. Pomieszczona w narożniku głównego budynku szpitala, na pierwszym piętrze ze strony prawej, nie jest ona izolowaną w zupełności, ale przynajmniej nie łączy się bezpośrednio z salą chorych. Jedyne drzwi, jakimi jest opatrzona, otwierają się na korytarz, z którego również wchodzi się do sali chorych, do oddzielnego pokoju z 2 łózkami dla chorych, po wyjątkowo ciężkich operacjach, do łazienki i pokoju wraz z kuchenką dla służby. Przy wysokości 16 stóp angielskich, objętość jej wynosi 4880 sześć. stóp angielskich. Posiada jedno okno weneckie ze strony zachodniej, dwa wyższe okna ze strony południowej, tym sposobem pomimo, że światło z góry nie pada, oświetlenie jest zupełnie wystarczające. Po przeróbce dokonanej w ostatnich miesiącach, przedstawia się nam dzisiaj w sposób następujący: Wszystkie węgły tak poziome jak i pionowe są zaokrąglone, a tym sposobem dokładne oczyszczenie sali od kurzu i brudu nadzwyczaj ułatwione. Cała sala pomalowana jest olejną farbą jasno-perłowego koloru, wskutek czego z jednej strony zyskuje ona bardzo dużo światła przez odbicie, a z drugiej strony możliwem się staje dokładne wymycie całej sali płynami antyseptycznymi. Podłoga nieprzepuszczalna wykonana jest z mieszaniny okrawków marmuru z cementem. W celu zebrania płynów ściekających ze stołu operacyjnego, jak również ze ścian i podłogi przy obmywaniu tychże, w jedno miejsce, w samym środku sali pod stołem operacyjnym znajduje się płytkie ale dość szerokie zagłębienie; zebrane płyny mają być z owego miejsca za pomocą ścierek wyciśnięte. Pomysł ten uważany za mniej szczęśliwy, raz dlatego, że podczas dłużej trwającej operacji za dużo płynu



zbierać się będzie pod nogami operatora i asystentów a powtórę, że podobne zmywanie podłogi jest i mozolne i nie nazbyt estetyczne. Nie wieleby to kosztów pociągnęło za sobą, ażeby podłogę urządzić spadziwą do jednego punktu, choćby do jednego z kątów, w którymby znajdował się otwór rury wyprowadzającej płyny nazewnątrz. Ujemną stronę sali stanowią dzisiaj piece, drzwi i okna. Pierwszy lubo cofnięto w ścianę, tak, że powierzchnia jego wychodząca na salę, stanowi ze ścianą teje jedną płaszczyznę, wszelako powstawiano kafe, na miejscach połączenia, których znajdują się głębokie rowki; w rowkach tych może się zbierać kurz a razem z nim zarazki i dokładna aseptyka sali staje się prawie zupełnie niemożliwą<sup>1)</sup>. Drzwi i okna pozostawiono po dawnemu. Jak wiadomo do kardynalnych warunków sali aseptycznej należy, aby drzwi, wewnętrzna powierzchnia, których powinna być powleczonea materyją nieprzenikliwą, oraz okna znajdowały się ze ścianami na jednej płaszczyźnie.

Nie powinno być żadnych fug, rowków, zagłębień i t. p., oprawy szyb powinny być żelazne. Ze lekarze w planie przeróbki zmianę tę wskazali jako niezbędną, łatwym jest do przypuszczenia, fundusze tylko szpitala na tyle zmian od razu okazały się niewystarczającami. Nie wątpimy jednak, że zarząd szpitala, okazujący tak wiele dobrych chęci w zadośćuczynieniu wszystkim racjonalnym wymaganiom lekarzy, zatroszczy się o to, aby z nastaniem cieplejszej pory i te zmiany zaprowadzić, wówczas bowiem dopiero sala operacyjna w szpitalu dzieciennym będzie miała pewne prawo do nazwy aseptycznej i rzeczywiście zawstydzi swoje wtórne siostry, którym za wzór służyć będzie mogła. Umeblowanie sali stanowią następujące przedmioty: 1-o stół operacyjny żelazny, olejno malowany, z blatem szklanym, na nim wielki materac kauczukowy, odpowiadający wymiarami swemi wymiarom stołu i mogący być wedle potrzeby mniej lub więcej nadęty powietrzem i takąż sama poduszeczka pod głowę; 2-o szafa żelazna oszklona ze szklanemi półkami do narzędzi<sup>2)</sup>; 3-o półka szklana przymocowana do jednej ze ścian, a służąca do nałożenia narzędzi potrzebnych podczas operacyi; 4-o stół żelazny z marmurowym blatem pod opatrunki; 5-o wodociąg i pod nim miednica porcelanowa do umycia rąk.

*Fr. Jawdyński.*

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Dowiadujemy się, iż Pan Inspektor szpitali cywilnych, prof. WALTER, nosi się z myślą utworzenia oddziału chirurgicznego przy szpitalu Wolskim. Myśli podobnej szczerze przyklasnąć możemy. Jakkolwiek materyjał chirurgiczny nie przeciąża dotychczasowych oddziałów chirurgicznych, wszelako utworzenie nowego oddziału w tak zaludnionej i wskutek licznych fabryk bogatej w liczne wypadki dzielnicy miasta, nietylko niebyłoby zbytceznem, ale nawet nader pożądanem, tembardziej, że wskutek specjalnych warunków zazwyczaj na klinice chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducho, szczególnie na oddziale mężczyzn, zwykle miejsca nie ma. Na korzyść danego projektu i to jeszcze przemawia, że według naszego zdania przy każdym bez wyjątku szpitala powinien być bezwarunkowo oddział chirurgiczny, tak jak to się dzieje za granicą, a na pierwszym planie pod tym względem powinny stać szpital Ś-go Łazarza i szpital Wolski. Wreszcie utworzenie nowego oddziału dałoby możność jeszcze jednemu koledze do pracy samodzielnej. Spodziewamy się też, że dzięki inicjatywie i poparciu prof. WALTERA niezadługo pojawią się ogłoszenia, o mającym się odbyć konkursie na objęcie posady ordynatora nowego oddziału chirurgicznego.

— Dowiadujemy się, że zakład leczniczy w Nałęczowie zaangażował na sezon letni jako lekarza chorób nerwowych D-ra HENRYKA NUSSBAUMA. Powinszować możemy Zakładowi tak odpowiedniego wyboru.

<sup>1)</sup> Dowiadujemy się obecnie, że przeróbka pieca została już postanowiona.

<sup>2)</sup> W podobne szafy, bardzo porządnie a nawet elegancko wykonane, o ile wiem, zaopatrzone zostaje oprócz szpitala dzieciennego, oddział kol. MATLAKOWSKIEGO i oddział chirurgiczny w szpitalu Pragskim. Zostały one wykonane w fabryce p. GOSTYŃSKIEGO przy ulicy Ciepłej. W fabryce tej wykonywano również stoły operacyjne aseptyczne, stoliki, nosze i t. d., w które tak rąco w ostatnich czasach zaopatrują się wszystkie oddziały chirurgiczne.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Katalog nowych dzieł lekarskich księgarń E. Wendego i Ski za miesiąc Luty b. r.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wl. Gajkiewicz.**

Довзлено Цензурою. Варшава 16 Марта 1888 р.

Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 29.



Wyszła z druku rzecz p. t.

**O BADANIU I ROZPOZNAWANIU CHORÓB ŻOŁĄDKA**Wskazówki praktyczne, napisał D-r Henryk Pacanowski  
b. ordynator kliniki terapeutycznej.

Cena kop. 25 z przesyłką kop. 30.

Tegoż autora:

**Nerwice żołądka (Neuroses Gastricae)****ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.**

Cena kop. 50, z przesyłką kop. 60. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp. 0—5

**BARWNIKI****Z pracowni D-ra G. Grüblera w Lipsku**oraz wszelkie przetwory do celów fizyjologicznych i mikroskopowych  
poleca**Apteka J. Rutkowskiego dawniej E. Wenera w Warszawie,**  
ulica Długa N. 16.

12—1

**„VICTORIA”**

Naturalna

Woda

Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambi.**—Prospekta wysła gratis Dyrekcya. Wien, Stefansplatz.— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

10—3

**Levico**

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbior prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie.

10—9

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteriologicznych rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33.

Redakcyja Gazety Lekarskiej podaje do wiadomości pp. prenumeratorów swoich, iż znajduje się u niej na składzie pewna ilość egzemplarzy dziełka, pod tytułem **Praca i zarobki**, którego tłumacz, kurator Szpitala na Pradze dochód czysty ze sprzedaży przeznaczył na korzyść tegoż szpitala. Kto przeto z pp. prenumeratorów zyczylby sobie dziełko to nabyć, raczy nadesłać do Redakcyi Gazety Rubli 1 kop. 25 za egzemplarz

0—3