

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 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.

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 użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od 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-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści 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 skuteczzną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

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

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

(Wilhelmsquelle)

Ewyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—10

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie
w **SAN REMO**

20—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—8

Wyszło z druku dzieło p. t.

Podręcznik Medycyny Praktycznej

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatn ego (9-go), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z r. 1887.

Dzieło powyższe, obejmujące 46 ark. druku, zawiera działy następujące: **Choroby zakaźne, weneryczne, skórne, ustrojowe, choroby narządów oddzielnych, choroby kobiece i otrucia.** Oprócz tego na końcu książki umieszczony jest spis recept, zebranych z całej książki wraz z odnośnikami do odpowiednich rozdziałów.

Obecnie wyszedł z druku zeszyt I. Zeszyt drugi i ostatni wkrótce wyjdzie.

Cena całego dzieła wynosi Rs. 3 kop. 50 (a zatem jest niższą od oryginału niemieckiego), z przesyłką, Rs. 4.

Zamówienia z prowincyi nadsyłać można do wszystkich redakcyj warszawskich pism lekarskich. Nabywać również można i u tłómaczy (Al. Fruchtman, Nowolipie Nr. 23; St. Klejn, Dzika Nr. 30). Przedpłata powinna być z góry uiszczoną za całe dzieło.

0—7

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Z. KRAMSZTYK. O związku łuszczyki z jaglicą. — II. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) [Dokończenie]. — III. L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani [Dokończenie]. — T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 29. RIBERT. Nowsze spostrzeżenia nad czynnością gruczołu tarczowego i nad obrzękiem śluzowym (*Myxoedem*). — Ogłoszenia.

I. O ZWIĄZKU ŁUSZCZKI Z JAGLICĄ.

Skreślił

Zygmunt Kramsztyk.

Kiedy do sprawy jaglicowej, toczącej się na łącznicy, przyłączą się zmiany na sąsiedniej rogówce, to przedewszystkiem nasunąć się musi przypuszczenie, że choroba wprost z jednego narządu na drugi się rozszerzyła. Jeszcze bardziej za tem przypuszczeniem przemawia związek, jaki zachodzi pomiędzy łącznicą, a wierzchnią warstwą rogówki, która właśnie jest siedliskiem łuszczyki. Wszak, ze względu na rozwój, powierzchowne warstwy rogówki nosiły nazwę „łącznicy rogówkowej“, a i pod względem chorób, pokrewieństwa między temi narządami przeoczyć nie można.

Wprawdzie obraz anatomiczny łuszczyki nie jest zupełnie identycznym z obrazem jaglicy łącznicowej, ale też i w stanie prawidłowym rogówka, naczyń pozbawiona, nie jest zupełnie podobną do łącznicy. Łatwo pojąć, że nawet taż sama sprawa chorobowa, w tak odmiennych przebiegająca warunkach, różne musi spowodować obrazy.

I rzeczywiście dawniej pogląd taki był powszechnym; w jakikolwiek sposób objaśniano zmiany, na łącznicy zachodzące, to samo objaśnienie przenoszono i na łuszczkę. Łuszczyka była poprostu jaglicą rogówki.

I zapewne ten pogląd byłby powszechnym i trwałym, gdyby istniała naprawdę ciągłość zmian chorobowych od łącznicy, aż do rogówki. Ale część łącznicy, pokrywająca gałkę oczną, prawie nigdy nie bywa zajęta; tylko powiekowe części błony ulegają zmianom chorobowym, więc łuszczyka szerokim pasem niezajętej błony jest oddzieloną od ogniska choroby.

I dotychczas niektórzy autorowie, częściowo przynajmniej, utrzymują ten pogląd o jednostajnej naturze łuszczyki i jaglicy. Czasami, najczęściej na brzegu zajętej łuszczką rogówki, napotyka się szereg jaglicowych guziczków, są one zupełnie podobne do guziczków, siedzących na łącznicy, choć zwykle całą

przeustrzenia łącznicy gąłkowej od nich są oddzielone. Co do natury tych guziczków nie może być sporu, ale też z drugiej strony każdy przyznać musi, że te guziczki jeszcze łuszczy jaglicowej nie stanowią, lecz tylko małą część jej zajmują. Można je tylko za powikłanie sprawy uważać i powiedzieć, że na pokrytej łuszczyką rogówce, rozwinęły się guziczki jaglicowe; o prostem przesunięciu się sprawy nie może być i mowy w obec braku ciągłości.

Panującą dziś prawie bezpodzielnie jest teoria traumatyczna, która przyczynę łuszczyki upatruje w zmianach mechanicznych, jakim na skutek jaglicy uległa błona łączna.

Sprawa jaglicowa powoduje zgrubienie i stwardnienie łącznicy, a jej powierzchnię czyni nierówną i szorstką; zmieniona w ten sposób łącznica, stykając się z rogówką, drażni ją mechanicznie, a to długotrwałe podrażnienie prowadzi zwolna do rozwoju łuszczyki. Najmocniejszym potwierdzeniem tej teorii jest zwykle siedlisko łuszczyki na górnej części rogówki, bo na górnej właśnie powiece jaglica zwykle najbardziej jest rozwinięta.

W tem ogólnem przedstawieniu teoria traumatyczna dosyć uzasadnioną się zdaje; ale taka słowna, formalna zgodność teorii jeszcze nie wystarcza; na faktach, na pojedynczych przypadkach chorobowych wykazać ona musi swą siłę, należy sprawdzić, czy nam teoria pojedyncze fakty, spostrzeżenia kliniczne, dostatecznie objaśni.

Przedewszystkiem z teorii wypływa wniosek konieczny, że pewien stosunek istnieć musi pomiędzy zmianami, jakie na łącznicy widzimy, a łuszczyką. Im twardszą i grubszą będzie łącznica, im jej powierzchnia bardziej będzie szorstką, tem większych zmian spodziewać się możemy na rogówce, tem bardziej rozwinięta, gęstsza i grubsza powinna być łuszczyka.

Tak nie jest. Czasem przy niewielkich zmianach na łącznicy spotykamy łuszczykę bardzo rozwiniętą; w innym przypadku, gdzie łącznica bardzo jest twardą i szorstką, gdzie zdaje się wszystkie posiadać warunki, aby mechanicznie drażnić rogówkę, nie widać ani śladu łuszczyki. Najwydatniejszymi pod tym względem są często przypadki zwyrodnienia mączkowego; łącznica, tą chorobą dotknięta, przedstawia zmiany, które najmocniej drażnić by musiały rogówkę, a tymczasem rogówki zwykle bywają czyste.

Aby przypadki takie objaśnić, teoria traumatyczna łuszczyki jaglicowej musi koniecznie przyznać rogówkom ogromną rozmaitość pod względem wytrzymałości. Jedna rogówka długotrwałe i znaczne podrażnienia znosi bez szkody, gdy druga na bardzo lekkie bodźce odpowiada zmianami wydatnymi — gęstą łuszczyką. Nie wiadomo od czego zależy ta różnica wrażliwości, bo u rozmaitych osobników znajdujemy najrozmaitsze pod tym względem stosunki.

Taki pogląd jest koniecznym, choć może nie zawsze wprost wypowiedzianym dodatkiem do mechanicznej teorii łuszczyki jaglicowej, a jakkolwiek objaśnienie takie jest nie miłym i wyraźnym naciągnięciem, odeprzeć je trudno, bo opiera się czynniki, który się zupełnie nie daje ująć i obliczyć.

Ale tego przynajmniej mamy prawo wymagać, aby w każdym przypadku łuszczyki jaglicowej znajdowały się na łącznicy pewne, choć niewielkie zmiany,

któreby rogówkę drażnić mogły mechanicznie. Jeżeli spotkamy łuszczkę w obec łącznicy mało zmienionej, miękkiej, a przede wszystkim, jeżeli powierzchnia jej gładką jest zupełnie, to już o traumatycznym pochodzeniu łuszczeni nie może być mowy. Ściśle biorąc, jeden taki przypadek wystarcza, aby teorii traumatycznej wszelkiej odmówić słuszności. Skoro bowiem raz łuszczenka rozwinąć się mogła bez traumatycznych powodów, to i w tych przypadkach, gdzie znaczne zmiany mechaniczne zachodzą, nie one rozwój łuszczeni spowodowały, ale jakiejś innej, wspólnej dla wszystkich przypadków, przyczyny dopatrywać musimy.

Przy dwu postaciach chorób łącznicy, które jej powierzchnię gładką pozostawiają, spotykamy łuszczenkę. Najprzód, gdy łącznica przedstawia pewne przewlekłe zmiany zapalne: jest zaczerwienioną, nieco zgrubiałą, na powierzchni jej widać drobniutki, przerosłe, miękkie brodawki; spotykamy wtedy dosyć często łuszczenkę. Jest to łuszczenka niewątpliwie tego samego rodzaju, jaką widzimy przy rozwiniętej jaglicy. Po ukończeniu już sprawy jaglicowej, gdy łącznica w cienką zamieniła się błonę i powierzchnia jej znowu zupełnie stała się gładką, gdy więc straciła łącznica możność mechanicznego drażnienia rogówki, jeszcze czasami spotykamy łuszczenkę. Nie mówię tu o pozostałościach dawnej choroby, o tych przypadkach, w których łącznica zupełnie się wygładziła, a jednak poprzednio rozwinięta łuszczenka nie znikła. Nie — na rogówkach nieunaczynionych, pod okiem lekarza, rozwija się łuszczenka, gdy łącznica od dawna już jest zablizniona.

Nie tylko pod względem natężenia choroby nie widzimy bardzo często żadnego stosunku pomiędzy zmianami łącznicy a rogówki, któryby pozwalał jedno z tych zjawisk uważać za mechaniczną przyczynę drugiego; tak samo pod względem rozległości łuszczenka nie odpowiada zwykle zmianom chorobowym, jakim łącznica uległa.

Najczęściej jaglica zajmuje łącznicę górnej powieki w wyższym stopniu, niż dolnej; najczęściej też łuszczenkę pod górną znajdujemy powieką: ta właśnie okoliczność stanowi główną podporę teorii o mechanicznym pochodzeniu łuszczeni jaglicowej. Ale tylko przy bardzo powierzchownym spostrzeganiu można temu szczegółowi tak wielką przypisać wagę.

Skoro nierówności, jakie widzimy na powierzchni łącznicy, pokrywającej górną powiekę, drażnić mają rogówkę i łuszczenkę powodować, to powinna przestrzeń rogówki, łuszczenką zajęta, dokładnie odpowiadać tej części, którą powieka górna pokrywa. Ponieważ powieka przesuwana się po rogówce, więc ta przestrzeń ściśle nie da się określić, ale długość łuszczeni powinna być dosyć stałą. Ponieważ brzeg górnej powieki zawsze poziome zajmuje położenie, więc i dolny brzeg łuszczeni powinien być zawsze taką samą, poziomą, stanowić linię.

To ostatnie żądanie nie jest wcale przesadzone. Znamy dobrze tę linię poziomą w innej chorobie, niewątpliwie traumatycznego pochodzenia: przy tak zwanych „paralitycznych“ wrzodach rogówki. Gdy szczelina powiekowa przez czas długi stale pozostaje otwartą, a powierzchnia rogówki, odpowiadająca szczelinie, wyschnięciu i owrzodzeniu ulega, wtedy granica wrzodu ściśle odpowiada brzegowi górnej powieki i zawsze jest poziomą.

Na łuszcze jaglicowej tej linii poziomej nigdy nie spotykamy, albo spotykamy ją tylko bardzo wyjątkowo; brzeg łuszczyki bywa zwykle nierównym, ząbkowanym, o ząbkach nieraz bardzo wydłużonych.

I długość łuszczyki bywa najrozmaitszą, czasami zajmuje ona tylko wązki pasek pod górnym brzegiem rogówki; w innych przypadkach pokrywa większą część, nawet i całą rogówkę.

Ale i samo siedlisko łuszczyki pod górną powieką, jakkolwiek najczęstsze, nie stanowi wcale pravidła; tworzy się ona i na dolnym odcinku rogówki i z boków, a częściej nierównie współśrodkowym pasem przybrzeżnym całą rogówkę okrąża.

Ponieważ, zarówno przy większych jak i przy nieznaczących zmianach na łącznicy, może istnieć łuszczyka, lub może jej braknąć; ponieważ zajmuje ona wszelkie okolice rogówki, a jej rozległość bywa najrozmaitszą, równie jak i granica: więc istotnie spotkać można czasem i takie przypadki, które z teorią traumatyczną zupełnie by się zgadzały. Przy dosyć znacznych zmianach na łącznicy, górna jedynie połowa rogówki może być zajęta, a brzeg łuszczyki może być dosyć równym, prostoliniowym i poziomym. Takie przypadki z upodobaniem nauczyciele okulistyki pokazują swym uczniom i z czasów nauki takie przypadki, jako typowe, pozostają w pamięci. Ale długo nieraz musi czekać uczeń, zanim w swej własnej praktyce podobnie typowe przypadki napotka. Zboczenia od tego typu są właśnie pravidłem, bo się najczęściej zdarzają, a ów obraz typowy potrzeba za szczególny, za wyjątkowy, uważać.

Możnaby te wszystkie, powyżej wymienione, zboczenia od typu poprzeć ogromną ilością spostrzeżeń klinicznych, ale każdy lekarz, gdy tylko zwróci na nie uwagę, na każdym kroku je spotyka. Owszem, nawet stronnicy rozbieranej teorii znają te zboczenia i opisują, choć im tylko podrzędne nadają znaczenie.

Ale taką już jest natura umysłu ludzkiego, że patrzyć zwykł na zjawiska przez szkiełka swoich teoryj i te przedewszystkiem spostrzega, które z teorią są w zgodzie. A jednak zboczenia od typów w daleko wyższym stopniu zasługują na uwagę i daleko więcej mogą nauczyć.

Najlepiej rozumiemy rozwój naczyń krwionośnych na beznacyniowej rogówce, gdy je obecność wrzodów wywołuje. Skoro z jakiegokolwiek przyczyny wrzód na rogówce powstanie, wtedy od rąbka łącznicowego przesuwają się ku rogówce naczynia krwionośne, które dla sprawy gojenia mają bardzo ważne i bardzo zbawienne znaczenie; noszą one nawet nazwę łuszczyki „zbawczej“.

Wrzody rogówki uważane bywają powszechnie za najczęstsze powikłanie łuszczyki jaglicowej. Powikłanie to nie tylko bardzo często się zdarza, ale można twierdzić stanowczo, że jest stałem, że w każdym przypadku łuszczyki się powtarza.

Wobec tego obudzić się musi przypuszczenie, że może pomieszano porządek i względne znaczenie objawów, może nie łuszczykę za chorobę pierwotną, a wrzody za jej powikłanie uważać należy, ale że naodwrot, każdą łuszczykę ja-

glicową poprzedziły i wywołały wrzody na rogówce. Gdyby to przypuszczenie prawdziwym się okazało, to łuszcza jaglicowa byłaby także łuszcza zbawczą i nie potrzeba oddzielnego dla niej szukać objaśnienia.

Chcąc zrozumieć przyczyny jakichkolwiek zmian anatomo-patologicznych, uciec się trzeba przede wszystkim nie do rozwiniętych, skończonych już obrazów, lecz do zaczątków, do tych okresów choroby, gdzie na zdrowym jeszcze prawie gruncie, w najmniejszym dopiero stopniu spostrzegamy zmiany patologiczne.

Tak samo i w sprawie etjologii łuszczy jaglicowej najbardziej nauczającymi będą te przypadki, gdzie łuszcza rozwija się u chorego w czasie leczenia, u chorego, który się pod okiem lekarza znajduje. Takie przypadki zdarzają się często, a najlepiej w praktyce szpitalnej dają się spostrzegać, bo ludzie długotrwałą chorobą dotknięci lubią zmieniać lekarzy, zwłaszcza, gdy w przebiegu choroby nastąpi pogorszenie. Często ten okres spostrzegać można u chorych, gdzie, przy rozpoczęciu leczenia, jaglica oba oczy dotknęła, ale łuszcza była tylko na jednym, bo sprawa chorobowa często zajmuje oba oczy z symetrią, która podziw istotny budzi; ale nie zawsze te zmiany rozwijają się na obu oczach jednocześnie.

Chory znajduje się w szpitalu z powodu jaglicy; rogówkę ma czystą zupełnie. W czasie leczenia pewnego dnia przylączają się objawy, których dotąd nie było. Chory czuje się gorzej, nie może swobodnie ku światłu spoglądać, oko łzawi; cierpienie jest odmienne i dotkliwsze niż było dotychczas. Przytem powieka lekko obrzękła, cała łącznica nabrzmiała nieco i bardziej zaczerwieniona, a w około rogówki naczynia są nastrożone.

Te wszystkie objawy, które jednocześnie i nagle powstały, tak są charakterystyczne, że, nie widząc jeszcze rogówki, jesteśmy pewni, że na niej wrzodzik znajdziemy. Odnalezienie wszakże wrzodu niezawsze odrazu i łatwo się udaje. Nieraz gołem okiem napróżno poszukujemy zmian spodziewanych, ale skoro lupą rogówkę oświetlimy, dojrzymy je zawsze. Znajdujemy, najczęściej blisko obwodu, drobne, szare, niewyraźne, okrągłe plamki. Niezawsze można stwierdzić, że powierzchnia tych plamek jest obnażoną z nabłonka i nieraz w pierwszej chwili należy im się raczej nazwa nasięków, niż wrzodów.

Wrzody jaglicowe powstają najczęściej blisko obwodu rogówki, choć zawsze pomiędzy brzegiem błony twardej a wrzodem pozostaje pewna przestrzeń nieuszkodzonej rogówki. Lecz i wrzody, znacznie od obwodu rogówki odległe, nie są bynajmniej rzadkością.

Najczęściej spotykamy nie jeden wrzodzik, lecz kilka, a nieraz i w bardzo znacznej występują liczbie. Układ ich bywa albo zupełnie bezładnym, albo, i to częściej, zachowuje pewną prawidłowość. Czasami układają się wrzody w kierunku linii prostej, w kierunku cięciwy; daleko częściej leżą współśrodkowo do obwodu rogówki. Nieraz drobne wrzodziki całą rogówkę okalają, tworząc pierścień przerywany, złożony z oddzielnych, mniej więcej gęsto i czasem zupełnie regularnie ułożonych ognisk.

Dalsze losy tych wrzodów bywają rozmaite. Bardzo często po kilku dniach stają się one coraz mniej wyraźnymi, pokrywają się nabłonkiem i znikają, bez wyraźnego współdziałania naczyń zbawczych. W innych przypadkach naczynia zbawcze się rozwijają. Jednocześnie z pojawieniem się tych plamek, rąbek łącznicowy zostaje nastrzykniętym i jakby nieco wydłużonym. Wkrótce potem widzimy, że niektóre naczynia wydłużają się na samą rogówkę, na przezroczystą jej tkankę, aż wreszcie dosięgają wrzodów. Mamy już wtedy przed sobą obraz chorobowy, który zasługuje zupełnie na nazwę łuszczyki jaglicowej. Lecz przyglądając się od pierwszej chwili rozwojowi sprawy, wiemy, że mamy do czynienia z wrzodami rogówki unaczynionymi, z wrzodami, które się w okresie „reparacyi“ znajdują. [D. n.]

II. POWIKŁANIE WŁÓKNIKOWEGO ZAPALENIA PŁUC

ZAKAZNEM ZAPALENIEM WSIEDZIA

(*Endocarditis pneumonica*).

Napisał

D-r med. Józef Pawiński.

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz N. 38].

Co do czasu, w którym zapalenie wsierdza jako powikłanie zapalenia płuc występuje, to należy rozróżnić 3 możliwości.

1. albo zapalenie wsierdza, zjawia się w okresie gorączki, przed rozejściem się sprawy zapalnej w płucach.

2. albo występuje ono przy pewnym, choć niezupełnym opadnięciu ciepłoty, w okresie jakby poczynającego się częściowego rozejścia się zapalenia.

3. lub wreszcie zapalenie wsierdza zjawia się po zupełnym opadnięciu ciepłoty, w okresie bezgorączkowym, po przesileniu się choroby. Nasze przypadki powyżej podane, wypada zaliczyć do 2-go działu. Spostrzeżenia innych autorów zdają się także przemawiać za tem, że zapalenie wsierdza przyłącza się najczęściej po zupełnym opadnięciu ciepłoty do stanu prawidłowego, t. j. *post crisis*, albo też przy pewnym obniżeniu się ciepłoty (*per lysin*). W zapaleniu opon mózgowych, występującem jako powikłanie zapalenia płuc, zachodzi, zdaje się, stosunek odwrotny, a mianowicie: zjawia się ono najczęściej w okresie gorączki przed rozejściem się sprawy zapalnej w płucach [NETTER]. Czas, jaki upływa pomiędzy opadnięciem ciepłoty, a wystąpieniem zapalenia wsierdza, bywa rozmaity; o ile z dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń można wnosić, może wynosić od 12 godzin do 9 dni.

Co do częstości powikłania zapalenia płuc zakaznem zapaleniem wsierdza, to w ogóle można powiedzieć, że należy ono do rzadkich. Być może jednak, że rzadkość ta jest tylko pozorną i zależną z jednej strony od niedostatecznego zwrócenia uwagi na podobny związek pomiędzy zapaleniem płuc a zapaleniem wsierdza, a z drugiej strony, od przeoczenia tego

ostatniego, które niekiedy zupełnie skrycie przebiega. BRAMWELL ¹⁾ na 14 przypadków wrzodzącego zapalenia wsierdza spostrzegł 10 razy zapalenie płuc: 3 razy rozpoznanie krupowego zapalenia płuc było pewnym, 7 zaś razy rozpoznanie przedstawiało pewne wątpliwości. W dwu przypadkach autor ten znalazł w pęcherzykach płucnych mikrokokki, które jednak nie były identyczne z mikrokokami, znalezionymi na zastawkach serca, a mianowicie były one szersze od tych ostatnich. BRAMWELL podaje następującą tablicę, wskazującą częstość włóknikowego zapalenia płuc i wrzodzącego zapalenia wsierdza według miesięcy. Podane cyfry tyczą się przypadków, spostrzeganych w królewskim szpitalu w Edynburgu w przeciągu lat trzech i stwierdzonych badaniem postmortalnym.

Miesiąc.	1882 — 1883.		1883 — 1884.		1884 — 1885.	
	<i>Pneumonia.</i>	<i>Endocarditis ulcerosa.</i>	<i>Pneumonia.</i>	<i>Endocarditis ulcerosa.</i>	<i>Pneumonia.</i>	<i>Endocarditis ulcerosa.</i>
Listopad . .	2	1	2	0	0	2
Grudzień . .	4	0	1	1	2	0
Styczeń . . .	3	0	1	0	2	0
Luty	5	0	2	0	0	1
Marzec . . .	4	1	2	0	2	0
Kwiecień . .	4	0	4	0	0	0
Maj	4	0	1	0	1	3
Czerwiec . .	3	0	3	0	0	0
Lipiec	2	0	1	1	5	0
Sierpień . . .	0	0	1	1	0	0
Wrzesień . .	2	0	0	0	0	0
Październik .	0	1	2	0	4	2
Razem	33	3	20	3	16	8

BRAMWELL zaznacza, że jakkolwiek w pewnych porach zapalenie płuc i wrzodzące zapalenie wsierdza zdają się występować częściej, to jednakże nie można powiedzieć, aby wtedy kiedy zapalenie płuc zjawia się prawie epidemicznie i wrzodzące zapalenie wsierdza zdarzało się częściej. Co do mnie, to mniej więcej na 100 przypadków które w przeciągu kilku lat w oddziale swoim spostrzegalem, zauważyłem tylko trzy razy *endocard. pneumonica*, które mi za osnowę do niniejszej pracy posłużyły. Z autorów NETER podaje największą liczbę spostrzeżeń zapalenia płuc powikłanego zapaleniem wsierdza.

¹⁾ BRAMWELL. On ulcerative Endocarditis. The American Journal. 1886. July.
GAZ. LEK. NR. 39.

Rozpoznanie zakaźnego zapalenia wsierdza, występującego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, może przedstawiać znaczne trudności. Niekiedy może ono być przeoczonem, tak, że dopiero badanie pośmiertne przekonywa nas o istnieniu ważnych zmian chorobowych na zastawkach serca. Silna gorączka, przyspieszony oddech i tętno, duszność, bóle w okolicy serca występujące, powiększenie tępości serca [zwłaszcza w wymiarze poprzecznym], mogą być na karb zapalenia płuc policzone. Nawet szmery w okolicy zastawek serca słyszalne, jeśli nie są wyraźne, mogą być uważane za objawy osłabienia mięśnia serca i zmian we krwi zachodzących. Niekiedy zmiany chorobowe na zastawkach mogą być stosunkowo nieznaczne, pomimo iż cały przebieg choroby wskazuje na ciężkie i groźne zakażenie całego ustroju. Ma to miejsce głównie w tych przypadkach, w których sprawa zapalna nie dochodzi do owrzodzenia i zgorzeli i w których śmierć następuje wskutek ogólnego zakażenia krwi, nim jeszcze mikrokokki zdołają wywołać zmiany destrukcyjne na zastawkach. Pod wyrażeniem więc zakaźne zapalenie wsierdza nie zawsze tylko postać wrzodzącą rozumieć należy. W naszym 2-iem spostrzeżeniu widzieliśmy, że pomimo iż przebieg choroby był bardzo ciężki, tyfoidalny i pomimo że pod względem swej złośliwości przewyższył prawie inne przypadki, na zastawkach znaleźliśmy tylko wybujałości bez owrzodzeń i zgorzeli. Tym sposobem i objawy wysłuchowe serca będą w takich razach mniej wydatne, aniżeli wtedy, kiedy wskutek spraw niszczących na wsierdzu nastąpi oderwanie nitek ścięgnistych zastawek, przedziurawienie zastawki, lub wytworzenie się tętniaka.

Wreszcie nadmienić należy, że jeśli czynność serca będzie bardzo przyspieszoną (*tachyrrhythmia*), to pomimo znacznych zmian chorobowych na zastawkach, nie usłyszymy szmerów, jak to np. miało miejsce w 2-gim naszym spostrzeżeniu przy *endocarditis vegetans ad val. tricuspidal. localisata*. Przy wyższych stopniach *tachyrrhythmiae*, przy których serce wykonywa 160—200—220 skurczów na minutę, szmery następują po sobie tak szybko, iż prawie zlewają się z sobą, a ucho nasze odbiera wtedy wrażenie nie szmerów, lecz tonów. Podobnie znanym jest fakt, iż przed śmiercią znikają nieraz szmery, poprzednio dobrze słyszalne, wskutek niedowładu serca. W takich więc razach, nie mając pewnych podmiotowych danych, wskazujących na zajęcie wsierdza, możemy jednak je podejrzewać, skoro nasilenie gorączki, dreszcze, duszność, własności tętna, upadek sił i stan przypominający tyfus, nie będą odpowiadały wielkości sprawy zapalnej w płucach i jeśli prócz tego wywiady przemawiać będą za poprzedniem istnieniem pewnych objawów chorobowych w zakresie czynności serca. Samo się przez się rozumie, że inne powikłania muszą być wprzód wykluczone. Winniśmy tu jeszcze dodać, że sprawy zatorowe, które należą do zwykłych objawów zakaźnego zapalenia wsierdza, mogą nam w przypadkach wątpliwych ułatwić rozpoznanie. Tutaj należą: wybroczyny na skórze w postaci plamek lub pęcherzyków, dalej drobne wynaczynienia na błonie śluzowej warg, policzków, krwotoki z nosa, a przedewszystkiem wylewy krwi na siatkówce [LITTEN]. Zatory, powstające wskutek osiadania mikrokoków w drobnych naczyniach wewnętrznych narządów, jak w nerkach, śledzionie, mózgu i t. p., nie zdradzają się wybitnymi cechami klinicznymi i ztąd nie mają wartości pod względem rozpo-

znawczym. Natomiast zatory większych gałęzi, a zwłaszcza mózgu mogą nam niekiedy wyjaśnić rozpoznanie.

Inaczej ma się rzecz, kiedy *endocarditis infectiosa* zjawia się później, t. j. w okresie rozejścia się zapalenia płuc, w okresie bezgorączkowym. Wtedy rozpoznanie staje się o wiele łatwiejszem. Występująca na nowo gorączka, objawy podmiotowe dotyczące serca, jak również szmery, przyspieszone lub niemiarowe tętno, wreszcie stan tyfoidalny przy braku pogorszenia sprawy chorobowej w płucach, pozwalają nam z większem prawdopodobieństwem rozpoznać zakaźne zapalenie wsierdzia. Jeśli jednak jednocześnie wywiąże się zapalenie opon mózgowych, co się dość często zdarza, to takowe powiększy nam jeszcze trudności w rozpoznaniu choroby serca.

R o k o w a n i e. Po tem, co dotychczas powiedziano, łatwo się domysleć, że rokowanie będzie niepomyślne. Wszystkie trzy nasze podane powyżej przypadki zakończyły się śmiercią i to samo stało się z chorymi innych autorów. Wyzdrowienie jest z tego powodu tak rzadkiem zejściem *endocarditidis infectiosae*, iż rozwojowi pasorzytów nadwyzczaj sprzyjają skrzepy, tworzące się na zastawkach i tym sposobem ustrojowi niezmiernie trudno jest pozbyć się takiego złośliwego gościa, który znajdując się w ośrodku krwiobiegu, jest w stanie wywoływać nie tylko miejscowe, lecz i odległe zniszczenia [zatory i ich następstwa w wewnętrznych narządach]. Niekiedy jednak ustrój wychodzi zwycięzko z walki z pasorzytami. O takim właśnie przypadku wspomina prof. JACCOUD ¹⁾ w swoich lekcyjach klinicznych świeżo ogłoszonych. Ponieważ przypadek ten jest bardzo pouczającym, sądzę więc, że nie będzie od rzeczy przytoczyć go w streszczeniu. Dotyczył on młodej kobiety dotkniętej ostrym reumatyzmem, który kilka razy powtarzał się i wywołał zmiany chorobowe w sercu. Na tle choroby wsierdzia powstały zatory (*emboli*) w tętnicy ramieniowej, a później w *art. fossae Sylvii*. Były to więc przypadłości mechanicznej natury. Pewnego dnia wybucha u chorej na nowo *endocarditis* i to w postaci *endocarditidis ulcerosae* z tyfoidalnymi objawami. Od tej pory życie chorej w przeciągu 21 dni było w ciągłym niebezpieczeństwie. Podczas tego ostrego gorączkowego okresu choroby autor znalazł we krwi chorej mikrokokki, które następnie wyhodował. Mikrokokki te były zupełnie identyczne z mikrokokami, jakie się spotyka przy wrzodziejącem zapaleniu wsierdzia. Chora wyszła zwycięzko z tego obostrzenia choroby, a jednocześnie z powrotem do zdrowia zmniejszała się stopniowo ilość mikrokoków. Nagle w okresie zupełnego wyzdrowienia, w 2 miesiące i 6 dni po ustąpieniu gorączki, chora nagle zmarła, wskutek licznych zatorów mózgowych.

Prof. JACCOUD rozumuje w ten sposób: mikroby istniały jeszcze i w chwili śmierci, gdyż otrzymano je zaraz po śmierci, za pomocą przekłucia śledziony i wątroby i wyhodowano skutecznie, istniały one również w wybujałościach zastawek, znalezionych przy sekcji, były one identyczne z temi, które znaleziono we krwi przed 2 miesiącami, lecz były one bardzo nieliczne w porównaniu z kolosalną ich ilością, jaką znajdowano w czasie ostrego wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. Mikroby jednak te, które pozostały, straciły cały swój charakter za-

¹⁾ Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié. 1885—1886. Paris.

każny i to od 2 miesięcy. Dalej prof. JACCOUD dodaje: a zatem ustroj jest w stanie doprowadzić mikroby do utraty ich własności zakaźnych, nawet wtedy, kiedy one znajdują się jeszcze w ustroju, posiadają te same cechy podmiotowe, jak w okresie złośliwym; przy końcu zaś walki, z której ustroj wyszedł zwycięzko, mikroby stały się niezłośliwymi. Ta właśnie zdolność modyfikacji ustroju jest środkiem wyzdrowienia w chorobach zakaźnych, jeżeli się zaś temu przeciwy, to w ogóle należy przyjąć, że powyżej wspomniane mikroby są niewinne.

III. OBECNE METODY LECZENIA

GRUŹLICY KRTANI

Opisał

Ludwik Przedborski

ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

Spostrzeżenie 2. Albina H. majstra mularskiego, lat 29, widziałem po raz pierwszy 16 Września 1886 r. Chorego z powodu cierpienia krtaniowego przysłał do mnie kol. KRUSCHE. Chory skarży się na kaszel suchy, ciągły, szczególnie silnie występujący zrana po przebudzeniu się, na znaczne osłabienie, na zupełną prawie niemożliwość przyjmowania pokarmów, wskutek, jak sam utrzymuje, przeszkody, na jaką napotykają przeważnie pokarmy twarde przy przejściu przez przelyk. Chory wprawdzie już od kilku miesięcy zauważył, że dłuższa rozmowa bardzo go męczy, w ostatnich jednakże czasach silnie ochrypl, a podczas pierwszej narady u A. zupełny prawie bezgłos stwierdzić mogłem. Podczas oddechania chory doznaje uczucia, jakby klapka w krtani umieszczona przeszkadzała powietrzu przedostawać się do płuc. Mężczyzna wysokiego wzrostu, szczupły; narządy wewnętrzne zdrowe. Przymiotu nie przebywał; z rodziny pochodzi zdrowej. Przed kilku laty stracił brata, prawdopodobnie na gruźlicę płuc i krtani. Ciepłota ciała 38° C., chory dużo kaszle, lecz odpluwa bardzo mało, w ostatnim czasie stracił bardzo na wadze, wychudł, miewa częste dreszyczki. Przy badaniu w płucach znalazłem stopień w prawym wierzchołku, oddech nieokreślony z charakteru do oskrzelowego zbliżony, rżenia trzeszczące w nieznacznej ilości; w innych miejscach płuc oddech pęcherzykowy zaostrozony z przedłużonym wydechem, liczne rżenia suche i świszczące. Badanie krtani wykazało co następuje: krtani znacznie zmieniona co do postaci, przesunięta na prawo, nagłośnia, przeważnie prawa jej połowa, wskutek nacieczenia przedstawia grubość wielkiego palca, na tylnej jej powierzchni znajdujemy dwa kraterowate, drażące silnie w głąb owrzodzenia o nieprawidłowych nacieczonych brzegach, pokryte szaro-żółtawą masą rozpadową, prawy wiąz nagłośnio-nalewkowy i struna wrzekoma prawa znacznie obrzmiała, struna prawdziwa prawa przedstawia się jakby rozszczepioną, wskutek podłużnego, całą strunę obejmującego owrzodzenia. Chrzątka nalewkowa prawa w postaci blade-czerwonawego kolbiastego obrzmienia w znacznej części przykrywa wejście do krtani, chrzątka ta prawie 6—7 razy większą jest od lewej i pozwala przy badaniu bardzo tylko małą część struny prawdziwej prawej obejrzeć; lewa połowa krtani zdrowa.

Dla zmniejszenia nacieczenia nagłośni i chrzątki nalewkowej prawej, po poprzednim znieczuleniu krtani kokainą, kilkakrotnie dokonałem głębokiego

nacięcia zwyrodniałych tkanek. Obrzęk nagłośni szybko ustępował, chrząstka atoli nalewkowa prawa okazała się daleko oporniejszą. Kwas mleczny początkowo wcierałem 30%, szybko przechodząc do silniejszych roztworów. Po 10 dniach leczenia, w nagłośnię wtarłem kwas mleczny 80%; na tylnej jej powierzchni powstał szary strup. Po kilku dniach strup odpadł, owrzodzenia zupełnie się oczyściły, na dnie ich powstała prawidłowa ziarnina. Po kilkakrotnym jeszcze nacięciu nagłośni, a następnie po 3-ch pędzlowaniach *acido lactico puro*, takowa jeszcze bardziej się zmniejszyła, owrzodzenia na tylnej jej powierzchni zupełnie się podgoiły. Również szybko pod wpływem 80% kwasu mlecznego zmniejszał się obrzęk więzu nagłośnio-nalewkowego i struny wrzekomej prawej. Wzdłuż struny prawdziwej prawej ukazała się prawidłowa, różowa ziarnina z wyraźną tendencją do zabliznienia się. Po 3 tygodniach miejscowego leczenia, wygląd krtani znakomicie się poprawił, pozostawał tylko nasięk chrząstki nalewkowej prawej, który wprawdzie od poprzednich nacięć nieco się zmniejszył, jednakże, wskutek znacznej jeszcze wielkości, choremu przy łykaniu bardzo dokuczał. Chorego, dla wypoczynku, przez tydzień od wszelkich manipulacji zwolniłem, zaleciłem posiłną dietę, tran, roztwór FOWLER'a, wzięwania balsamu peruwijańskiego, *cum spirito*, mleczne leczenie; zobowiązałem również chorego do absolutnego milczenia i wystrzegania się przeziębień. Po tygodniu, przy tychże zmianach w krtani, w stanie ogólnym chorego znaczna ku lepszemu zaszła zmiana.

Dla zmniejszenia powiększonej chrząstki nalewkowej prawej, jeszcze raz dokonałem głębokiego cięcia przerosłej chrząstki z następczem energicznym wtarciem czystego kwasu mlecznego, żółtawy strup po 4 dniach zeszedł, chrząstka prawie do $\frac{1}{2}$ się zmniejszyła. Dwukrotnem przypaleniem kwasem chromnym, natopionym na srebrny zglębnik krtaniowy, udało mi się nareszcie doprowadzić przerosłą chrząstkę nalewkową prawie do prawidłowej wielkości. W połowie Grudnia 1886 r. przy badaniu znalazłem następujący stan w krtani: nagłośnia nierówna w nieznacznym tylko stopniu przedstawia się zgrubiałą, owrzodzenia na tylnej jej powierzchni zupełnie zagojone, struna prawdziwa prawa zwięziona, przy fonacji przylega do prawej, pozostawiając małą wążutką szparkę, podłużne owrzodzenie na niej znikło, na miejscu tegoż znajdujemy blado-różową bliznę. Obrzęk więzu nagłośnio-nalewkowego prawego i struny wrzekomej prawej znikł, obie chrząstki nalewkowe jednakowej wielkości; lewa połowa krtani przez cały czas leczenia żadnym chorobowym zmianom nie uległa. Podmiotowo chory czuje się bardzo dobrze, bólów przy łykaniu nie ma żadnych, oddech swobodny, kaszel mało chorego niepokoi, głos nieco tylko ochrypli. Albina H. widziałem znowu w Lutym r. bieżącego, a zatem w 3 miesiące po wypuszczeniu chorego z leczenia. Na tylnej powierzchni nagłośni na miejscu owrzodzeń znalazłem 2 białawe, nieprawidłowej postaci blizny, obie chrząstki nalewkowe okazały się jednakowej wielkości obrzęki w krtani znikły. Chory, pomimo 10 godzinnej usilnej pracy w biurze technicznym, czuje się bardzo dobrze. Dnia 5 Kwietnia r. b. blizny na nagłośni i strunie prawdziwej prawej u Albina H. demonstrowałem w Towarzystwie lekarskiem łódzkim. Do obecnej chwili ubiega już 6 miesięcy od chwili, jak chorego od wszelkiego leczenia zwolniłem, pomimo to cieszy się on zupełnem zdrowiem, a ciężka praca, jakiej się oddaje, najmniejszych dolegliwości mu nie sprawia. Głosem chory włada swobodnie, wobec jednakże zniszczenia, któremu uległa struna głosowa prawa, o usunięciu zupełnem chryпки już z samego początku mowy być nie mogło.

Spostrzeżenie 3. I. Bernbaum, tkacz, lat 26, udał się po poradę do mnie 20 Listopada 1886 r.. Mężczyzna średniego wzrostu, dobrego odżywiania, z prawidłowo rozwiniętym systematem kostnym i mięśniowym. Pochodzi z rodziny zdrowej, przymiotu nie przebywał, żadnych chorób nie przechodził. Przed pół rokiem powrócił z Rosyi, gdzie przez lat 5 w czynnej przebywał służbie. Od

tego czasu skarży się na kaszel, na bóle podczas łykania, na ogólne osłabienie i na zupełną chrypkę, której, pomimo stosowania najrozmaitszych środków, pozbyć się nie był w stanie. Chory dobrze odżywiany, ciepłota ciała prawidłowa 37,4° C., łaknienie dobre, siły zachowane, klatka piersiowa beczkowata, krótka, obie jamy podobojczykowe nieznacznie wklęsnięte. Przy opukiwaniu znajdujemy nieznaczne stępienie szczytu lewego, przy wysłuchiwaniu oddech nieokreślony w szczycie lewym i objawy rozlanego chronicznego nieżytu oskrzeli na całej przestrzeni płuc; w krtani główne zmiany dotyczą strun głosowych prawdziwych i tylnej ściany krtani. Obie struny głosowe, na całej przestrzeni stykających się między sobą brzegów, przedstawiają liczne owrzodzenia rozmaitej głębokości, z których niektóre prawie do $\frac{1}{2}$ szerokości strun sięgają; obie struny, wskutek owrzodzeń tych, wyglądają jakby nadzarte zębami. Na tylnej wewnętrznej ścianie krtani istnieje drażące w głąb owrzodzenie o nacieczonych brzegach, pokryte szaro-żółtawą masą rozpadową. Ponieważ chory wcierania kwasu mlecznego bez kokainy bardzo dobrze znosił, szybko przeszedłem do energicznych wcierań 80% a nawet czystego kwasu mlecznego. Po dwukrotnem pędzlowaniu *acido lactico puro*, na obu strunach prawdziwych powstały białe-szarawe strupy, które po 5 dniach zeszły, zagłębienia na całej przestrzeni brzegów wewnętrznych strun wypełniły się drobną prawidłową ziarniną. Owrzodzenie na tylnej ścianie krtani nieco się oczyściło, lecz wyraźnej tendencji do zagojenia się nie przedstawiało. Po znieczuleniu krtani mocnym roztworem kokainy, ostrą łyżeczką krtaniową dno i brzegi infiltrowane wyskrobałem i wtarłem czysty kwas mleczny.

Po odpadnięciu strupa owrzodzenie na całej przestrzeni wypełniło się ziarniną. Chorego po 6 tygodniach t. j. w Styczniu r. b. zwolniłem z leczenia. W końcu Marca r. b. B. przybył do mnie szukać pomocy przeciw darciom reumatycznym w stawach kończyn dolnych. Przy badaniu krtani, na obu strunach prawdziwych znalazłem owrzodzenia zupełnie podgojonemi, na miejscu ich blizny; również blizną pokryte było owrzodzenie na tylnej ścianie krtani. Głos chorego znakomicie się poprawił, *dysphagia* i kaszel znikły. W tym przypadku, tak jak i w pierwszym, na uwagę zasługuje szybki postęp sprawy gojenia się owrzodzeń, pomimo, że chory leczenie odbywał wśród najniepomyślniejszych warunków higienicznych.

Spostrzeżenie 4. Franciszek Friedrich, lat 25, podmajstrzy z tkalni p. Poznańskiego, zgłosił się do mnie po raz pierwszy 10 Stycznia 1887 r.. Chory pochodzi ze zdrowej rodziny. F. wysokiego wzrostu, miernego odżywiania, ze słabo rozwiniętym systematem mięśniowym, przymiotu nie przechodził. Przed 5 laty przebywał tyfus brzuszny, innym chorobom nie podlegał. Chory mocno wyniszczony, waży 159 fun., gdy jeszcze przed rokiem, jak utrzymuje, ważył 180, [ciepłota ciała 38,5° C.], skarży się na kaszel, duszność, na chrypkę i znaczne osłabienie. Z kaszlem wyrzuca obfitą ilość ropiasto śluzowej płwociny, kaszel powstał przed 10 tygodniami. Początkowo kaszkowi przez dni 10 towarzyszyło krwioplucie, ciepłota, mierzona 2 razy dziennie, wahała się między 38—39° C., chory miewał ciągle poty ranne i dreszcze. W szczycie prawym stępienie, rżenia wilgotne, oddech oskrzelowy, w lewym wierzchołku i jamie podobojczykowej lewej oddech mocno zaostrzony, w pozostałych miejscach płuc objawy chronicznego nieżytu oskrzelowego. Błona śluzowa gardzieli i krtani bezkrwista, w tylnej części struny prawdziwej lewej istnieje półkoliste głębokie owrzodzenie, również na wyrostku głosowym lewym odnajdujemy niegłębokie, pokryte szaro-żółtawym nalotem, owrzodzenie. Choremu zaleciłem przez 3 tygodnie pozostać w domu, zaordynowałem dwie kwarty mleka dziennie, tran, roztwór FOWLER'a 2 razy dziennie po 10 kropel w mleku i wzięwania balsamu peruwijańskiego \mathfrak{S} s, na alkoholu 3jj 4—5 razy dziennie po 5—6 minut. Miejscowe leczenie rozpocząłem wcieraniem 30% kwasu mlecznego, a po tygodniu przeszedłem do 80% kwasu

mlecznego. 19 Stycznia, po 4 krotnem zastosowaniu kwasu mlecznego, owrzodzenia na strunie głosowej lewej i wyrostku głosowym zupełnie się oczyściły i wypełniły ziarniną. Chory po 9 dniach leczenia czuje znakomitą ulgę, głos znacznie czystszy, kaszel bardzo łagodny, ciepłota ciała prawidłowa, przybyło choremu na wadze $2\frac{1}{2}$ funta, poty ranne ustały, dreszcze znikły. Leczenie w dalszym ciągu to samo; obawiając się jednakże, by dłuższe używanie roztworu FOWLER'a, powodując brak łaknienia, nie wpłynęło ujemnie na sprawę odżywiania, chorego od tego leku zwolniłem. 21 Stycznia jeszcze raz wypędziłem krtani kwasem mlecznym 100%. Po odejściu strupów, na co trzeba było dni 5, 25 Stycznia owrzodzenia znalazłem zupełnie zagojonemi. Chory do 1 Lutego pozostawał w domu, ściśle przestrzegając zaleconych mu przezemnie rad. Po 3 tygodniowym leczeniu, ważył 165 funtów, przybyło mu na wadze 6 funtów, stan ogólny był nadspodziewanie dobry, głos prawie prawidłowy, siły znakomicie się poprawiły. Korzystając z tak znakomitej poprawy i z obawy utraty korzystnej posady, F. stanowczo wymagał, abym pozwolił mu na nowo objąć obowiązki. Chory do 5 Marca r. b., a zatem przez 5 tygodni, swobodnie mógł oddawać się swej pracy, a przez ten czas 2 razy tygodniowo regularnie zjawiał się do mnie dla obejrzenia krtani i śledzenia za sprawą gruźliczą w płucach. Nadmienię muszę, że praca, której oddawał się F., była nad wyraz ciężką i mozolną. Jako majster w tkalni, chory przez godzin 14, t. j. od 6 rano do 9 wieczorem bezprześcannie nadzorować musiał nad 2 salami opieki jego powierzonymi. W salach tych ciepłota ciągle dość wysoką, bo 19° C., być musi, prócz tego atmosfera w nich nawskróś przesyconą jest drobnym pyłkiem; chory, zmuszonym będąc już o 6 rano być na swem stanowisku, wstawał o godzinie 5 zrana, miał więc dla odpoczynku po swej ciężkiej pracy nie więcej jak 6 godzin. Pomimo to chory czuł się doskonale, utył, głos pozostawał prawidłowym, kaszel znikł, chory przybierał ciągle na wadze tak, że 5 Marca ważył już 170 funtów, w przeciągu więc 2 miesięcy przybrał na wadze 11 funtów. Od 5 Marca jednakże stan chorego znacznie pogarszać się zaczął, F. czuje się bardzo osłabionym, kaszle, traci stopniowo na wadze, głosem włada dobrze. 10 Marca r. b., gdym chorego ujrzał u siebie, uderzony byłem zmianą, jaka w ogólnym stanie chorego zaszła. Chory znacznie schudł, stracił rumieńce, z trudnością oddecha. F. oświadczył mi, że stracił 6 funtów z wagi swej, przepędza noce bezsenne, łaknienia nie ma żadnego, praca bardzo ciężką mu się wydaje, wciąż mu dokuczają poty ranne i dreszcze. Ciepłota ciała $38,5^{\circ}$ C.. Przy badaniu owrzodzenia w krtani znalazłem zupełnie zagojonemi, na miejscu ich widać blado-różowe blizny, w szczycie prawym mnóstwo rzeżeń wilgotnych, oddech oskrzelowy, znaczne stępienie. W jamie podobojczykowej prawej, przy opukiwaniu słyszemy ton płucny z wyraźnym odcieniem metalicznym, auskultacja wykazuje istnienie jamy: oddech oskrzelowy z odcieniem metalicznym, rzeżenia wilgotne grubo pęcherzykowe (*gargouillement*), często zaś charakter oddechu zbliża się do amforycznego. Zmiany w płucach przy badaniu stwierdzone, a wskazujące na szybki rozwój sprawy rozpadowej, dostatecznie tłómaczyły znaczne pogorszenie się stanu ogólnego u F., rzeczą jednakże godną zastanowienia w tym przypadku pozostaje fakt, że obostrzenie się sprawy rozpadowej w płucach, na dodatni wynik leczenia w krtani żadnego szkodliwego wpływu nie wywarło. Chory od 10 Marca pozostaje w domu i do obecnej chwili regularnie raz w przeciągu tygodnia zjawia się dla zbadania płuc. Przy ładnej pogodzie urządza sobie małe przechadzki, używa wiele nabiału, koniaku, kontynuje dalej wzięwania balsamu peruwijańskiego. F. obecnie skarży się na duszność, brak powietrza i znaczne osłabienie. Dwukrotnie mierzona ciepłota ciała wskazuje na ciągle ranne nasilenia gorączki przy prawidłowej ciepłocie wieczornej. Ciepłota ciała z rana dochodzi do $38-39^{\circ}$ C.. Z środków wewnętrznych dla zwalczenia gorączki chory co wieczór przyjmuje 2 proszki *antipyryni mur.* [gr. xv], a dla łatwiejszego odpluwania środki wykrztuśne. Przy częstokrotnie

powtarzaniem badaniu płuc, główne zmiany występują przeważnie w górnym i średnim płacie płuca prawego z przodu. Na całej przestrzeni dołu podobojczykowego prawego wysłuchiwanie odkrywa mnóstwo rzeżeń wilgotnych, oddech oskrzelowy, a od czasu do czasu oddech amforyczny. W krtani żadnych zmian, prócz istnienia zagojonych blizn, nie stwierdzić się nie daje. Czy usiłowaniami lekarskim uda się Friedrichowi dostarczyć pewnej chociażby ulgi w jego ciężkim cierpieniu płuc, trudno obecnie sądzić, w każdym razie mam zamiar, jeśli pogoda się utrwali i siły chorego na to zezwolą, wysłać go zagranicę.

Spostrzeżenie 5. Łazowski, dozorca więzienia Łódzkiego, lat 46, udał się do mnie po poradę z powodu cierpienia krtaniowego 10 Marca r. b. . Mężczyzna wysokiego wzrostu, dobrego odżywiania, z prawidłowo rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym. W młodości przebywał przymiot, z którego w szpitalu wojskowym, po przeprowadzeniu swoistego leczenia, zupełnie został uleczonym, gdyż, jak utrzymuje, do obecnej chwili, pomimo ścisłej nad sobą kontroli, żadnych objawów recydywy nie spostrzegał. Przebywał tyfus brzuszny, a od 10 lat skarży się na ciągły kaszel. Przed dwoma laty chorował na ciężkie zapalenie płuc, od $\frac{1}{2}$ roku ochrypł i doznaje bólów przy łykaniu. Ciepłota ciała prawidłowa, siły zachowane. Klatka piersiowa szeroka, wypukła, granice płuc obniżone, w szczycie prawym stępienie, również na całej przestrzeni płuca prawego z tyłu. Przy wysłuchiowaniu w szczycie prawym odnajdujemy nieliczne rzeżenia trzeszczące, wdech znacznie przedłużony, w płucu prawem mnóstwo rzeżeń wilgotnych i trzeszczących (*rhonchi mucosi et crepitantes, condensatio apicis dextr., pneum. catharrhalis*). Kaszle i odpluwa bardzo wiele. Błona śluzowa przełyku i krtani blada. Nagłośnia zgrubiała i obrzmiała, obrzmienie przechodzi na prawy wiąz nagłośnio-nalewkowy i strunę wrzekomą prawą, na brzegu swobodnym i tylnej powierzchni nagłośni znajdujemy kilka niegłębokich owrzodzeń, na brzegach których występują liczne białe-szarawe prosowate gruzelki; niektóre z submilijarnych tych gruzelków nie uległy jeszcze rozpadowi. Na brzegu wewnętrznym struny prawdziwej prawej istnieją 2 półksiężycowe, otoczone czerwoną obwódką owrzodzenia; przy fonacji więc w głośni powstają 2 półkoliste otwory, przyczem struna wrzekoma prawa przesuwą się po nad struną prawdziwą do środkowej linii. Choremu zaleciłem absolutne milczenie, inhalacje z 2% kwasu mlecznego, mleczne leczenie, koniak, *sol.* FOWLERI, kawior, oliwę i inne tłuste pokarmy. Dla zmniejszenia kaszlu proszki z kodeiny. Miejscowe leczenie polegało na wcieraniach kwasu mlecznego, po poprzednim znieczuleniu krtani 10% roztworem kokainy. Po 6 wcieraniach *acido lateico* 80% nacieczenie nagłośni, więz nagłośnio-nalewkowego i struny wrzekomej prawej znikły zupełnie, owrzodzenia na brzegu swobodnym i tylnej powierzchni nagłośni oczyszczyły się i pokryły zdrową ziarniną, również i owrzodzenia na strunie prawdziwej prawej zagojone. 8 Kwietnia r. b., w miesiąc więc po rozpoczęciu leczenia, krtani przy badaniu okazała się zupełnie zdrową; na swobodnym brzegu i tylnej powierzchni nagłośni w miejscu owrzodzeń znajdujemy blado-różowe blizny. Przy fonacji obie struny prawdziwe schodzą się, głośnia w zupełności zamknięta, gdyż na miejscu półkolistych owrzodzeń na strunie prawdziwej prawej istnieją blizny, wypełniające poprzednią utratę tkanek. Głos chorego czysty, stan bezgorączkowy, wygląd dobry, w płucach ilość rzeżeń wilgotnych skąpsza, kaszel nieznaczny. Ł. do obecnej chwili często mnie odwiedza, czuje się bardzo dobrze. Dla trwalszego wyniku leczenia, choremu zaleciłem wystrzegać się zbytnej mowy, przeziębień, stosować przez kilka jeszcze tygodni inhalacje balsamu peruwijańskiego *cum spirito*, pić dużo mleka, nie palić i wycierać codziennie ciało suchą flanelą.

Jakkolwiek kaszycyka moja nie obfituje w pokaźną ilość przypadków, zasługuje jednakże na uwagę ze względu na pomysłne i zupełnie zadawalające wyniki leczenia. Większa część podanych przezemnie spostrzeżeń przypada

na ostatnie półrocze, w którym po dokładnem poznaniu licznych praktycznie doniosłych odkryć, uczynionych przez KRAUSE'go, HERYNGA i wielu innych badaczy daleko śmieiej i energiczniej przy gruźlicy krtani postępować sobie pozwalałem. We wszystkich spostrzeganych przypadkach, leczenie przezemnie stosowane polegało, prócz uwzględnienia ogólnego stanu chorego, na miejscowem chirurgicznem niszczeniu ognisk chorobowych w krtani i na pobudzaniu tkanek gruźliczozwyrodniałych i owrzodzonych do oczyszczania i zagojenia się za pomocą kwasu mlecznego. W niektórych razach cel ten osiągnąłem wyłącznie przy pomocy kwasu mlecznego, w innych zaś dla uprzystępnienia środkowi lepszemu dostępu do zwyrodniałych tkanek, często do głębokich nacięć uciekać się musiałem. W spostrzeżeniu 3 owrzodzenie na tylnej ścianie krtani zagoiło się pod wpływem kwasu mlecznego po poprzedniem wyskrobaniu dna i nacieczonych brzegów ostrą łyżeczką. Mogłem również stwierdzić, że owrzodzenia ograniczone, niedawno powstałe na nagłośni i strunach prawdziwych, goją się najszybciej, owrzodzenia atoniczne, kraterowate wymagają dłuższego i chirurgicznego leczenia [wyskrobania]. Obrzęki miękkie, natury surowiczej, więzu nagłośnio-nalewkowego i nagłośni ustępują po często dokonanych śmiałych i głębokich cięciach, twarde zaś nasięki, nieczułe na kwas mleczny, częstokroć znikają pod wpływem przyżegań kwasem chromnym. Co się tyczy czasu potrzebnego dla wywołania zabliznienia owrzodzeń gruźliczych, to takowy w przypadkach moich wahał się między 4 a 12 tygodniami. Słusznie więc metodę leczenia suchot krtani za pomocą kwasu mlecznego i nieodłącznych od niego chirurgicznych manipulacyj, obecnie za najracyjonalniejszą uważam, żadna bowiem z dotychczas istniejących metod tak pokazną i w stosunkowo tak krótkim czasie osiągniętą ilością uleceń poszczycić się nie może.

Zarzut przez licznych przeciwników metodzie tej stawiany, jakoby kwas mleczny i chirurgiczne rękoczyny zbyt osłabiały, a nawet wprost szkodziły choremu [MASINI], nie wytrzymuje żadnej krytyki. Energiczna interwencja jest wskazaną w początkowych okresach choroby, przy braku hektycznej gorączki, przy zachowanych siłach i przy niezbyt daleko posuniętej sprawie rozpadowej w płucach; z doświadczeń zaś JELINK'a wynika, że kwas mleczny na zdrowe tkanki nie działa. Cierpienia, na jakie wystawiamy chorych przy miejscowem leczeniu krtani, również w rachubę wziętemi być nie mogą, gdyż kokainą takowe zupełnie usunąć możemy. Gdybyśmy nawet, powiada słusznie KRAUSE, w kokainie nie posiadali tak dzielnego środka pomocniczego, to wobec choroby tak doniosłej, brzemiennej w zgubne dla organizmu naszego skutki, jaką i obecnie jeszcze jest gruźlica krtani, wszelkie, nawet z największemi bólami połączone leczenie, jeśli jest skuteczne, na zupełne uznanie nasze zasługiwać winno.

Z POWODU ZAMIERZONEJ BUDOWY NOWEGO SZPITALA ŻYDOWSKIEGO

Napisał

Teodor Dunin.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 38].

Do instytucyj bezpośrednio związanych z oddziałami chorych należy prosekcyjum. Dotychczas, jak wiadomo, w szpitalu żydowskim sekcjy nie wykonywują, mamy jednak nadzieję, że wraz ze starym gmachem zniknie i ta anomalija, która

w znacznym stopniu pozbawia szpitala cechy instytucji naukowej. Urządzenie prosektoryjum szpitalnego nie przedstawia trudności. W suterenach mieści się trupiarnia, z kądem trupy za pomocą windy podnoszone zostają do sali sekcyjnej; w drugiej połowie sutereny mieszczą się klatki na zwierzęta do doświadczeń. Na parterze mieszczą się: kaplica przedpogrzebowa, mieszkania dla służby, oraz prosektoryjum. To ostatnie składa się z trzech lub 4-ech izb, t. j. sali sekcyjnej, pracowni mikroskopowej, pracowni bakteryjologicznej, oraz pokoju dla doświadczeń.

Niezmiernie ważnym jest budynek administracyjny, przeznaczony na kuchnię i pralnię. Budynek ten powinien składać się z dwóch domków jednopiętrowych, połączonych za pomocą kurytarza. W suterenach mieszczą się pod kuchnią składy na artykuły żywności, pod pralnią zaś osobne pokoje na czystą bieliznę, na brudy, na ubranie.

Na parterze mieści się kuchnia i pralnia. Co do pierwszej, to urządzenie jej należy do odpowiedniego specjalisty; powiem tylko, że obok samej kuchni winien się znajdować pokój dla rozdzielania porcji.

Urządzenie pralni zasługuje na baczną uwagę. Mieścić ona winna: 1) kotły w których brudy gotowane są na parze pod wysokim ciśnieniem, 2) kamienne baseny, jeżeli można z bieżącą wodą, dla płukania bielizny wyjętej z kotłów, 3) centryfugi t. z. (*hydroextracteurs*) dla pozbawiania bielizny wody, 4) suszarnie, z których jedna na wolnym powietrzu winna się mieścić na dworze w odpowiednim ogrodzeniu, druga zaś ma być sztuczna, t. j. za pomocą ogrzanej powietrza. Do tego służy rodzaj izby szczelnie zamykanej, w której powietrze ogrzać można do potrzebnej ciepłoty. W izbie znajdują się wieszadła, w postaci pionowo ustawionej ramy, na kółkach, tak, że je wysuwać można, nie narażając ludzi na wchodzenie do mocno ogrzanej przestrzeni. W osobnej izbie znajdują się maszyny magle i prasownia, a wreszcie sortownia bielizny, tak, aby czysta bielizna nie stykała się wcale z brudną. Byłoby do życzenia, aby ze składu na brudy prowadziła winda wprost do pralni, tak aby brudów nosić nie było potrzeba. Wreszcie obok pralni znajduje się izba dezynfekcyjna, zbudowana według najnowszych wymagań, t. j. ogrzewaną gorącym powietrzem i parą.

Na pierwszym piętrze znajdują się mieszkania dla dozorczyń, starszej kucharki i t. p., nad pralnią zaś — szwalnia. Cały ten budynek pod jednym pozorem nie powinien być pod jednym dachem z pomieszczeniem dla chorych, z którym łączy się jedynie za pomocą podniesionego nad poziom otwartego chodnika. Po tym chodniku biega szyn dla wózków. Szpital powinien posiadać szczelnie zamknięte wózki, osobne dla brudnej, osobne dla czystej bielizny, a wreszcie ogrzewane za pomocą gorącej wody — dla rozwożenia jedzenia.

Ostatnim budynkiem jest budynek główny, który zarazem może stanowić front szpitala i łączyć się za pomocą długiej na 12 metrów oszklonej, rozbieżnej galerii, z galerią okalającą baraki. Połączenie to winno mieć miejsce w szerokiej części podkowy, a więc przed budynkiem mieszczącym gabinety lekarskie. Gmach ten główny mógłby być nawet dwupiętrowy, jeżeliby tego zachodziła potrzeba. Plan jego, jako bardzo złożony wyjść winien od budowniczego. Ja tylko mogę powiedzieć co budynek taki zawierać winien. A więc w środku najpierw duży, widny i ciepły przedsionek, w którymby interesanci [nie chorzy!] czekać mogli. Z jednej strony przedsionka ma się znajdować ambulatoryjum, złożone z dużej sali poczekalnej i dwóch gabinetów lekarskich. Pozwolę sobie tu powiedzieć, że takie połączenie ambulatoryjum ze szpitalem, aczkolwiek często się praktykuje jest rzeczą najzupełniej sztuczną i wcale nie godną pochwały. Ambulatoryjum, np. w szpitalu żydowskim, jest tak liczne, że pochłania lekarzom zbyt wiele czasu, i odrywa ich od zajęć na salach. Daleko właściwszem by było, gdyby gmina żydowska urządziła zupełnie niezależne ambulatoryjum, rodzaj lecznicy, gdzie

we środku dzielnicy żydowskiej, a szpital zupełnie od tego niepotrzebnego balastu uwolniła.

Co do gmachu głównego, to winien on dalej zawierać kancelaryję lekarską, złożoną z dużego pokoju, będącego nadto salą posiedzeń oraz bibliotekę; obok niej znajduje się mały pokój sypialny dla lekarza dyżurującego. Wreszcie na dole winna się mieścić kancelaryja administracyjna, a także apteka. Z jednego końca budynku, mianowicie ze strony bliższej budynków administracyjnych, znajduje się drugie wejście, przeznaczone li tylko dla wstępujących chorych, którzy tym sposobem nie stykają się wcale ani z interesantami ani z chorymi przychodnimi. Tu znajdować się winien duży pokój z ławkami i tapczanami, aby ciężko chorych położyć było można, tuż obok mały pokoiik dla felczera dyżurnego, wreszcie bezpośrednio z niego wejście do łazienek. Cała ta część winna się znajdować po tej samej stronie gmachu co i kancelaryja lekarska. Część lub całe piętro zajęte być by mogło na pokoje dla pensjonarzy. Są ludzie, w gruncie rzeczy ubodzy, którzyby jednak, przez źle zrozumianą ambycyję, a zresztą nieprzyzwyczajenie, za nic w świecie nie poszli na salę ogólną i wolą leżeć często w najgorszych warunkach, byle sami. Dla takich chorych mogłyby istnieć osobne pokoje na jedno lub dwa łóżka, za umiarkowaną opłatą, np. czterech do pięciu złotych. Jest to filantropija równie pożyteczna, często nawet pożyteczniejsza aniżeli ta, która ma na widoku zupełnie ubogą klasę ludności. Jeżeli pokoje takie miałyby istnieć, to należałoby urządzić dla pensjonarzy wspólną salę jadalną, aby nie potrzebowali dzień cały przepędzać w swych małych pokojach. Do pokoiów tych jednak nie powinni być przyjmowani pod żadnym pozorem chorzy z chorobami zaraźliwymi. Reszta pierwszego piętra, ewentualnie drugie, winno być zajęte na mieszkania dla intendenta, urzędników, a wreszcie lekarzy asystentów. Co do tego ostatniego punktu, to wiadomo, iż szpital żydowski nie posiada płatnych asystentów [czego zresztą żaden ze szpitali warszawskich nie posiada], lecz tylko 2-ch lekarzy miejscowych. Już raz obszernie starałem się uzasadnić, że instytucja miejscowych lekarzy jest środkiem połowicznym, nie przynoszącym szpitalom wielkiej korzyści. Byłoby do życzenia, aby z nowym gmachem powstał na szpital żydowski nowy ożywczy duch i prąd reformatorski, którego pierwszym dziełem byłoby zmniejszenie liczby ordynatorów, zniesienie lekarzy miejscowych, a utworzenie posad asystentów. W takim razie winni oni mieć mieszkania, składające się każde z 2-ch pokoiów, a nadto wspólną salę jadalną, na którą w ostatecznym razie dałoby się użytkować salę posiedzeń.

Wreszcie szpital powinien posiadać zakład hydropatyczny, kąpiel, oraz dzwon pneumatyczny dla leczenia ścieśnionem powietrzem. Co do pierwszego, to chociaż nie ma wątpliwości, że hydropatyję stosować można wszędzie gdzie jest woda, wanna i prześcieradła, i to równie skutecznie jak np. w Kaltenleutgeben, a więc w każdym oddziale, ale do tego potrzeba zręcznej posługi. Dla tego lepiej by było, gdyby istniał centralny, skromnie urządzony zakład, gdzieby się leczyli wszyscy chorzy potrzebujący tego rodzaju leczenia. Cały ten zakład umieścić by można najwygodniej w suterdach, pod budynkiem mieszczącym w sobie pracownię.

Cały plac szpitala winien być zamieniony w ogród; odstępy pomiędzy pawilonami winny być zasiane trawnikami i kwiatami [nie drzewami!], środkowy ogród winien mieć trawniki, ulice i drzewa, tak jednak, aby te nie zasłaniały okien pracowni. Po za pawilonami, o ile by tylko nie zasłaniały okien, winny być posadzone drzewa. Całość ma robić wrażenie parku, a nie koszar lub więzienia. Ogólny plan szpitala przedstawia fig. 2.

Prócz tego, jak mówiłem, powinien posiadać szpital 2 baraki zapasowe, których jednak budowę na później odłożyć by można.

260 × 235 = 61100 □ metrów.

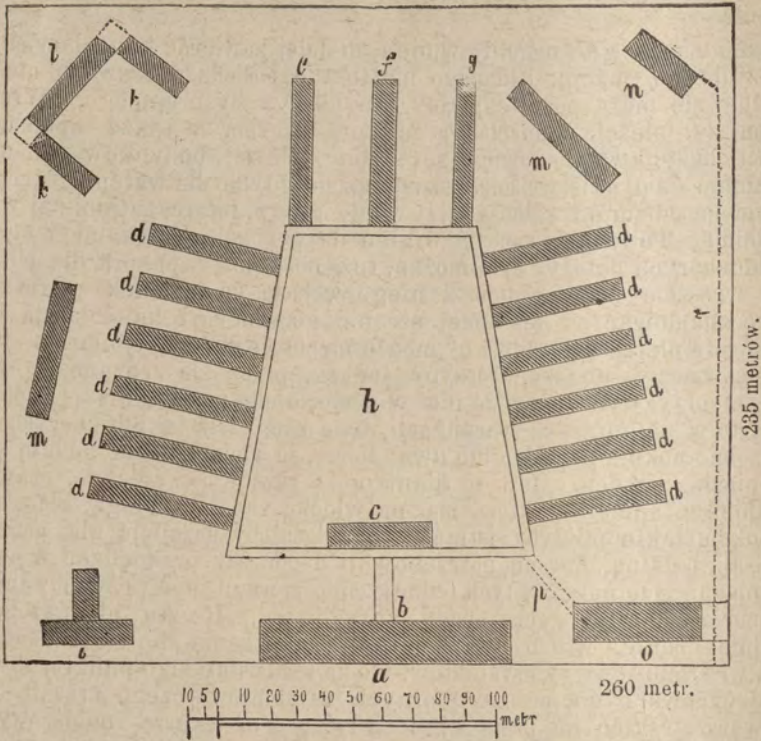


Fig. 2.

Plan sytuacyjny całego szpitala.

- | | |
|--|--|
| a) Gmach główny [wielkość nieokreślona]. | k) [26×8] 2 baraki dla chorób zakaźnych. |
| b) Galeryja łącząca gmach główny z barakami. | l) [36×8] barak dla rekonwalescentów po chorobach zakaźnych. |
| c) [25×8] pracownia i sala operacyjna. | m) Dwa baraki zapasowe. |
| d) [46×8] 12 baraków po 24 łóżek. | n) Prosektoryjum. |
| e) [50×8] pawilon dla chorób ocznych. | o) Pralnia i kuchnia. |
| f) [Wielkość nieokreślona] separatki. | p) Chodnik niekryty łączący kuchnię z barakami. |
| g) " " pawilon dodatkowy syfilityczny. | r) Droga oparkaniona prowadząca z prosektoryjum na zewnątrz. |
| h) Ogród. | |
| i) [Wielkość nieznaczone] instytut położniczy. | |

Tym sposobem projektowany szpital odpowiadałby, co do ilości łóżek, potrzebom gminy żydowskiej. I tak mamy 12 baraków po 24 łóżek = 288

pawilon oczny	40
dodatkowy pawilon syfilityczny	24
pawilon seperatek	24
zakład położniczo-ginekologiczny	20
oddział chorób zakaźnych	48
Suma	<u>444</u>

Co do kosztów, jakichby podobny szpital wymagał, to tych nie mogę nawet w przybliżeniu obrachować. Wspomniałem jednak, że koszt szpitalów barakowych staje się coraz to mniejszym; zresztą mamy pewne dane co do szpitala w Tworkach, który ma zawierać około 450 łóżek, a którego koszt obrachowany

został na 800000 rubli. Bardzo jest prawdopodobnem, że dla szpitala żydowskiego, któryby część przynajmniej materyjałów budowlanych otrzymał w naturze, czego po znanej ofiarności żydów spodziewać się można, koszt ten dałby się o wiele zmniejszyć. W każdym jednak razie grubo by się mylił ten, ktoby sądził, że dobry szpital na 450 łózek można za jakie 200000 rubli zbudować. Za te pieniądze z jednej budy wlażłoby się do drugiej, a to chyba się nie oplaci.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

29. Ribert. Nowsze spostrzeżenia nad czynnością gruczołu tarczowego i nad obrzękiem śluzowym (*Mucoedem*).

Przez długi czas gruczoł tarczowy stał w rzedzie narządów krwiotwórczych, bez określonego jednak ściśle pojęcia jego czynności. HORSLEY mniemał, że między innemi praca gruczołu polega na tworzeniu białych ciałek krwi, znalazł bowiem w śródmiąższowej tkance łącznej limfatyczne guziczki, które VIRCHOW porównał z ciałkami MALPIGHI'ego śledziony.

Dalsze wnioski HORSLEY'a, który jakoby w żyłach gruczołu naliczył białych ciałek krwi o 7% więcej, aniżeli w tętnicach, nie były uznane przez VIRCHOW'a i WALDEYER'a.

Gdyby nawet w rzeczy samej białe ciała tworzyły się w większej ilości w gruczole tarczowym, to na tem nie zawisła jeszcze cała jego czynność. Wiadomo bowiem, że po wyluszczeniu narządów, do takich celów służących, czynność ich bez szkody dla ustroju może być zastąpioną przez inne; tymczasem liczne doświadczenia poszukiwania i kliniczne spostrzeżenia pouczają, że gruczoł tarczowy stanowi bardzo ważny i niezbędnny przyrząd i jako taki bez uszczerbku usuniętym być nie może.

Początkowo doświadczenia na psach, podjęte wielokrotnie, przeczyły sobie. Obecnie stanowczo można twierdzić, że zwierzęta nie znoszą całkowitego wycięcia. Po operacji, pomyślnie przebiegającej, stają się one sennie i obojętne, wreszcie giną wśród wzrastających tężcowych skurczów lub włókienkowych drgań mięśniowych.

Pierwszy SCHIFF dokładnie wykazał, że po częściowem wycięciu narządu, jeżeli wspomniane zjawiska występują, to tylko przemijająco, dalej, że króliki jak najlepiej znoszą całkowite wyluszczenie.

WAGNER, COLZI, ZESAS, SARQUIRICO i CANALIS stwierdzili te poszukiwania. Inni jednak badacze przyszli do wprost przeciwnych wniosków. Tak np. PHILPEAUX utrzymywał, że psy zawsze znoszą dobrze wycięcie; KAUFMANN oskarżał samą operację, sąsiednie uszkodzenia, lub nareszcie niedokładne stosowanie metody przeciwnilnej; TAUBER, zgadzając się w zupełności z ostatnim, dodaje, że w wielu razach nie mógł znaleźć gruczołu tarczowego.

Najnowszą, szczegółową pracę dostarczył nam FUHR. Autor przyszedł do następujących wniosków:

1. Całkowite wycięcie u psów pociąga za sobą niechybną śmierć; zwierzęta giną w ciągu najbliższego tygodnia.

2. Po usunięciu połowy narządu psy zostają zupełnie zdrowe; przy dwóch trzecich przemijająco tylko chorują.

3. Pozostały odcinek, pełniąc czynność odjętej części gruczołu, nie koniecznie ulega przerostowi, jak to WAGNER spostrzegał u psów i HORSLEY u małp.

4. Psy umierają i po operacji wykonanej w ciągu dwóch odległych od siebie posiedzeń, za czem, wbrew twierdzeniu SCHIFF'a, jeszcze przed autorem oświadczył się COLZI.

5. Przeczące wyniki KAUFMANN'a i TAUBER'a należy objaśniać sobie tym sposobem, że obaj w swych doświadczeniach wycinali nie gruczoł tarczowy, lecz gruczoły limfatyczne lub ślinianki.

Chcąc przekonać się o ile uszkodzenie tkanek podczas operacji wywiera wpływ na następcze objawy, FUHR wykonał na psach, bez wyluszczenia gruczolu, rozległe zniszczenia w obrębie przebiegających tu nerwów; wynik jednak w zupełności był ujemny; zjawiska te wystąpiły dopiero po podwiązaniu liczniejszych i większych naczyń pomienionego narządu.

Doświadczenia SCHIFF'a i FUHR'a sprawdził R. EWALD. Skutki operacji widzi on w niejednostajnych skurczach m. żwaczów, m. barkowych i w robaczkowych ruchach układu mięśniowego języka. Objawy mózgowie, a później cuchnienie z pyska stałe poprzednim zjawiskom towarzyszą.

Wycięcie, podjęte w dwóch odstępach czasu, zarówno pociąga za sobą śmierć jak i wykonane odrazu.

Widzimy więc, że psy nie znoszą całkowitego wyluszczenia gruczolu tarczowego; co się zaś tyczy ludzi, to tu po takiej operacji występuje charłactwo (*cachexia strumipriva*) pierwszy raz opisane przez KOCHER'a. W tej chwili dalecy jeszcze jesteśmy od wytlómaczenia skutków wycięcia gruczolu; pojmujemy znaczenie narządu tego dla życia, lecz czynności jego wszystkie dotąd poszukiwania nie wyświetliły.

Dawno już przypuszczano, że gruczoł tarczowy jest regulatorem krwobiegu mózgowego, że liczne i obszerne jego naczynia przy gwałtownym napływie zabierają znaczną ilość krwi i odwrotnie przy niedokrwistości mózgu kurcząc się, przepuszczają większą jej ilość do ośrodków nerwowych. Twierdzenie powyższe znalazło obrońcę w osobie WALDEYER'a. Zwraca on uwagę, że tętnica szyjowa wewnętrzna, jak wykazał STAHEL, zaraz nad podziałem tętnicy szyjowej wspólnej posiada torebkowate rozszerzenie, z którego odbiega tętnica tarczowa górna. Przy mocnem parciu krwi do głowy tętnica szyjowa wewnętrzna, zawarta w wązkim kostnym kanale na podstawie czaszki, bardzo niewiele może poddawać się ciśnieniu; liczne poniżej znajdujące się jej zakręty, zarówno jak i wspomniane rozszerzenie osłabiają pęd krwi i nadmiar po części kierują ku tętnicy tarczowej. Podobny stosunek zachodzi między tętnicą kręgową i tarczową dolną. Wreszcie W. dowodzi, że gruczoł tarczowy posiada i naczynia włosowate, mogące rozszerzać się kielichowato i przyjmować wielką ilość krwi.

Jakkolwiek miarkowanie ciśnienia krwi nie pozbawione jest znaczenia, najważniejszej jednak czynności gruczolu gdzieindziej szukać należy. Sądzić raczej wypada, że narząd ten ma istotny udział w przemianie materji, że w nim albo powstaje ważny dla ustroju wytwór, lub też ginie — szkodliwy. Pierwsze z tych zapatrywań podziela SCHIFF, który widział, jak pies zniósł całkowite wyluszczenie, po włożeniu mu do jamy brzusznej gruczolu, wyciętego innemu psu. Za drugim więcej przemawia doświadczenie R. EWALDA, który, rozgniotłszy świeżo wycięty u psa gruczoł, wstrzyknął pod skórę miążgę innemu zdrowemu psu. W pięciu, z wielu doświadczeń, zwierzę stało się bezwładne, pogrążone w osobliwsze, około 2-ch godzin trwające, odurzenie, a raczej uspienie, wśród którego nieruchomo pozostawało w najniewygodniejszym położeniu; gwałtowny krzyk i szarpanie tylko na chwilę mogło je poruszyć. Objawy te w niedługim czasie znikaly powoli. EWALD nie roztrząsa, czy zgubna materja, jaką należy przypuszczać w soku gruczolu, wytwarza się w nim samym, czy też stanowi niezniszczoną jeszcze pozostałość, a nagromadzoną z reszty ciała.

Z tem wszystkim drugie zapatrywanie, zgodnie z doświadczeniami HORSLEY'a, za prawdopodobniejsze uważane być powinno.

Ostatni, wyluszczyjąc gruczoł tarczowy u małp, spostrzegł śluzowe (*mucinoide*) przeistoczenie tkanek, wśród którego we krwi, w skórze, mięśniach i ścięgnach mógł zauważyć znakomicie powiększoną ilość mucyny, jak również wzmoczone jej wydzielanie się przez ślinianki. VIRCHOW, wysoko ceniąc te po-

szukiwania. przypuszcza, że są blisko rozwiązania zagadki; podług niego gruczoł tarczowy skutecznia przemianę ciał białkowatych, które w braku tego narządu obficie pod postacią mucyny gromadzą się w ustroju.

Obecnie powszechnie się zgadzają, że objawy występujące u psów, a szczególnie u małp, wielkie mają podobieństwo z cechami choroby nawiedzającej ludzi, którą pierwszy ORD dokładnie spostrzegał i nazwał obrzękiem śluzowym (*Myxoedem*). Tu obok zaburzeń nerwowych uderza zgrubienie skóry na twarzy, wreszcie na innych częściach ciała, które na pierwszy rzut oka począć można za puchlinę podskórną; różnica polega na tem, że ucisk palca nie pozostawia żadnego śladu.

Jak wskazuje samo nazwisko, zgrubienie to skóry powstaje wskutek obrzęku, nader obfitującego w mucynę, a towarzyszy mu zwykle żwawe bujanie tkanki łącznej wraz z nacieczeniem komórkowem; tu niepodobna zgodzić się z VIRCHOW'em, który w sprawie niezmiernie podobnej do zapalnej, chce widzieć prostopo przeistoczenie tkanki tłuszczowej podskórnej w śluzową.

Zestawiając wyniki wyluszczenia gruczołu tarczowego u psów, małp i ludzi z objawami obrzęku śluzowego, cechującego się także powolnemi i bezładnemi skurczami mięśniowemi, musimy przypuszczać, że przy tej osobliwej chorobie zmiany gruczołu odgrywają pewną rolę. Chcemy tu mówić nie o jednym ze zwykłych zwyrodnień, lecz o zaniku narządu. W samej rzeczy oględziny pośmiertne w przypadku obrzęku śluzowego, dokonane w Londynie, wykazały, że z gruczołu tarczowego pozostała w rodzaju blaszki zaledwie dostrzegalna resztką. Odtąd więcej takich chorych widziano w Niemczech. Chociaż RIESS u 35-letniego i ERB u 29-letniego mężczyzny nie znaleźli żadnej zmiany w gruczole, ostatni jednak w drugim swym przypadku nie mógł odszukać przy obmacywaniu ani śladu narządu tego u obserwowanej 35-letniej kobiety.

Do przeczących również wniosków przyszedł SENATOR i LANDAU; — tymczasem ROSENBERG nie mógł wykryć gruczołu tarczowego u 44-letniej kobiety z obrzękiem śluzowym na kończynach. Rozumie się, że dokładne choćby poszukiwania na żyjących zawsze pozostaną niepewne; dopiero liczniejsze badania pośmiertne będą w stanie ściślej oznaczyć stosunek, jaki zachodzi między obrzękiem śluzowym i zanikiem gruczołu tarczowego.

W jednej ze swych prac VIRCHOW zastanawia się nad brakiem gruczołu, co należy do wielkiej rzadkości. Sam zna tylko jeden preparat, w którym brak połowy tego narządu i wspomina dalej, że CURLING opisuje wiele przypadków, gdzie zamiast gruczołu znajdował się tłuszczak.

Roztrząsając stosunek, jaki istnieje między obrzękiem śluzowym i kretynizmem, VIRCHOW kładzie nacisk na to, że wszędzie, gdzie istnieje endemiczny kretynizm, tam spostrzega się i endemiczne wole; jednak nie przypuszcza by kretynizm, a zwłaszcza mniej znaczące zбочenia umysłowe, wprost zależały od chorobowego stanu gruczołu. Oba zjawiska niekoniecznie znajdują się zawsze razem, wreszcie u żadnego dotąd dziecka z wrodzonym wolem nie widziano najmniejszego podejrzenia kretynizmu. Tymczasem u pewnego szeregu kretynów występują zmiany skóry podobne do obrzęku śluzowego.

Badając dwoje dzieci z wrodzoną krzywicą, VIRCHOW znalazł u jednego gruczoł tarczowy dobrze rozwinięty, u drugiego zaś zupełnie zanikły.

W końcu swej pracy V. radzi nie spuszczać z oczu wszystkich tych chorób obok nich i BASEDOW'a, skoro pytanie o znaczeniu gruczołu postawiono przedewszystkiem w związku z obrzękiem śluzowym.

(*Deutsch. Med. Wochen. Nr. 14. 1887*).

A. Ciechomski.

APTEKA MAGISTRA FARMACJI L. ZIEMIŃSKIEGO

Ulica Marszałkowska

Zawiadamia że, będąc w bezpośrednich stosunkach z zagranicznymi laboratorjami chemicznymi, posiada na składzie wszystkie nowe środki lekarskie — z których na teraz poleca T-ram *Strophanti* w chorobach serca i nerek—oraz *Saccharinę* jako surrogat cukru dla dyjabetyków zalecana.

2—2

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy
NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

6—2

D-r Konrad Chmielewski.

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—17

Dyrekcja źródeł *Salvator*. *Eperies (Węgry)*.

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA

Dyrekcja w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos	31.92	”	i 0.79	”
— Friedrichshali	11.20	”		”

Stuttgart w Marcu 1882.

5—2

Radca Tajny von Fehling.