

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Leontjew. O wpływie pewnych warunków na przebieg śmierci przez zaduszenie. — II. T. Hering. O przewlekłym zapaleniu gardzieli ze szczególnem uwzględnieniem t. z. *pharyngitidis lateralis*. — III. A. Malinowski. Trzykrotny zator gałązek tętnicy płucnej z pomysłnym przebiegiem. — IV. J. Pawiński. Wspomnienia z wycieczki do Berlina (c. d.) — *Dział Sprawozdawczy:* 59. Gueterbock. Rozdarcie ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia. — 60. Preyer. O hipnotyzmie. — 61. Sól żołądkowa Schumann'a. — 62. O zmianach w mózgu przy cierpieniach żołądkowych. — Wiadomości zagraniczne. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ PROF. DOGIELA W KAZANIU.

## I. O wpływie pewnych warunków na przebieg śmierci przez zaduszenie (asphyxia).

Podał D-r **Leontjew.**

W pracy mej chciałem, na drodze doświadczalnej, przekonać się, jaki wpływ wywiera na przebieg ostrego uduszenia obecność w organizmie alkoholu (etylowego). Dla rozstrzygnięcia tego pytania, trzeba było wziąć pod uwagę niektóre pojęcia teoretyczne. Według pojęć mianowicie współczesnych istota uduszenia polega głównie, z jednej strony, na braku we krwi tlenu (O), z drugiej zaś strony, na nadmiarze kwasu węglanego (CO<sub>2</sub>) i substancyj lekko utleniających się; wiadomem jest również, że obecność we krwi znacznej ilości alkoholu, zmniejsza ilość wydzielanego przez ustroj kwasu węglanego, wreszcie znane są doświadczenia, które dowodzą, że po dodaniu alkoholu do krwi, wypuszczonej z ustroju, oksyhemoglobina daleko powolniej swój tlen utracą.

Ażeby potwierdzić fakt, że w obec alkoholu tlen daleko silniej jest z hemoglobina związany, wykonałem szereg doświadczeń nad zwierzętami. Doświadczenia moje stwierdziły, że alkohol w organizmie warunkuje silniejszy związek tlenu z hemoglobina, że mianowicie przed wprowadzeniem do ustroju alkoholu oksyhemoglobina łatwiej traci swój tlen, aniżeli po wprowadzeniu. Badania dokonywane były za pomocą aparatu spektralnego.

Doświadczenie 1-sze.

Krew zwierzęcia, przed wprowadzeniem alkoholu, odtleniała się w ciągu 12'.

Krew zwierzęcia, po wprowadzeniu " " " 18'.

Doświadczenie 2-gie.

Krew zwierzęcia, przed wprowadzeniem alkoholu odtleniała się w ciągu 11'.

Krew zwierzęcia, po wprowadzeniu „ „ „ 16'.

Dla rozstrzygnięcia pytania, jak wpływa alkohol na szybkość sprawy uduszenia, czynione były doświadczenia porównawcze. Doświadczenia wykonywane były wyłącznie na zwierzętach młodych. Uduszenie wywoływano dwoma sposobami: 1) przez zanurzenie zwierzęcia w wodę — utopienie i 2) przez zamknięcie tchawicy — z a d ł a w i e n i e. Doświadczenie każde składało się właściwie z dwóch doświadczeń, albowiem brano zawsze jednocześnie dwa zwierzęta, o ile można równe sobie, a jednemu z nich wprowadzano do krwi alkohol, obydwaj potem poddawano uduszeniu, a główną uwagę zwracało się na szybkość przebiegu uduszenia.

Doświadczenia nad topieniem odbywały się na zwierzętach świeżo urodzonych.

Doświadczenie 1-sze.

Zwierzę któremu wprowadzono alkohol	Zwierzę bez alkoholu
ostatni ruch oddechowy w 34'25" po zanurzeniu.	ostatni ruch oddechowy w 21'40" po zanurzeniu.

Doświadczenie 2-gie.

Zwierzę któremu wprowadzono alkohol	Zwierzę bez alkoholu
ostatni ruch oddechowy w 21' 30".	toż samo po 15' 50".

Doświadczenie 3-cie.

Zwierzę z alkoholem	Zwierzę bez alkoholu
ostatni ruch oddechowy po 30'.	toż samo po 25' 10".

Doświadczenia nad zaduszeniem odbywały się na zwierzętach nieco starszych. Ruchy oddechowe obliczano za pomocą specjalnego przyrządu, krążenie badano za pomocą kymografijonu.

Doświadczenie 1-sze.

Zwierzę z alkoholem — ostatni ruch oddechowy w 5' 1); ostatni ruch serca w 10'20".
Zwierzę bez alkoholu — „ „ „ w 3'; „ „ „ w 10'.

Doświadczenie 2-gie.

Zwierzę z alkoholem — ostatni ruch oddechowy w 9'30"; ostatni ruch serca w 10'.
Zwierzę bez alkoholu — „ „ „ w 6'35"; „ „ „ w 7'20".

Doświadczenie 3-cie.

Zwierzę z alkoholem — ostatni ruch oddechowy w 3'; ostatni ruch serca w 6'40".
Zwierzę bez alkoholu — „ „ „ w 1'51"; „ „ „ w 5'30".

1) Rozumie się po zamknięciu tchawicy.

Doświadczenie 4-te.

Zwierzę z alkoholem — ostatni ruch oddechowy w 4'40"; ostatni ruch serca w 8'30".  
Zwierzę bez alkoholu — „ „ „ w 3'30"; „ „ „ w 7'50".

Doświadczenie 5-te.

Zwierzę z alkoholem — ostatni ruch oddechowy w 4'50"; ostatni ruch serca w 6'30".  
Zwierzę bez alkoholu — „ „ „ w 3'30"; „ „ „ w 6'20".

W niektórych doświadczeniach, na pewnej wysokości przebiegu uduszenia poddawano zwierzę sztucznemu oddechaniu, celem przywrócenia do życia. Jakkolwiek nie wiele w tym kierunku zrobiono doświadczeń, już z tej liczby wynika jasno, że u zwierząt, którym wprowadzono alkohol do ustroju, prawdopodobniejszym jest przywrócenie życia i szybciej się ono osiąga.

Wyniki powyższych doświadczeń są następujące: 1) Alkohol niewątpliwie zwalnia sprawę uduszenia i zwierzęta pod jego wpływem umierają przy uduszeniu się później, aniżeli zwierzęta bez jego wpływu, szczególnie wyraźnym to jest dla oddechania, które daleko później ustaje u zwierząt poddanych wpływowi alkoholu. 2) Przywrócenie do życia na pewnej wysokości uduszenia łatwiej i szybciej następuje u zwierząt, którym przedtem podano alkohol.

Działania alkoholu przy uduszeniu nie można objaśniać wyłącznie zdolnością alkoholu powstrzymywania oksyhemoglobiny od odtleniania się i zmniejszania ilości wydzielanego przez ustrój kwasu węglanego, ale zarazem i działaniem na system nerwowy, podobnie jak to widzimy i przy morfinie. Doświadczenia z morfiną dowiodły, że i pod jej wpływem uduszenie przebiega powolniej, a również stwierdzono doświadczalnie, że morfina zupełnie nie wpływa na zwolnienie odtleniania się oksyhemoglobiny. Doświadczenia nad morfiną wykonywały się porównawczo, morfinę wstrzykiwano do żyły.

Doświadczenie 1-sze.

Zwierzę bez morfiny — ostatni ruch oddechowy 6'; ostatni ruch serca 8'50".  
Zwierzę z morfiną — „ „ „ 8'30"; „ „ „ 11'.

Doświadczenie 2-gie.

Zwierzę bez morfiny — ostatni ruch oddechowy 4'50"; ostatni ruch serca 8'.  
Zwierzę z morfiną — „ „ „ 6'; „ „ „ 8'20".

Doświadczenie 3-cie.

Zwierzę bez morfiny — ostatni ruch oddechowy 5'25"; ostatni ruch serca 7'50".  
Zwierzę z morfiną — „ „ „ 6'30"; „ „ „ 9'.

Doświadczenie 4-te.

Zwierzę bez morfiny — ostatni ruch oddechowy 4'; ostatni ruch serca 7'.  
Zwierzę z morfiną — „ „ „ 5'; „ „ „ 7'.

---

## II. O przewlekłym zapaleniu gardzieli ze szczególnem uwzględnieniem t. z. Pharyngitidis lateralis.

Skreślił D-r **Teodor Hering**.

Pomimo nadzwyczajnej częstości przewlekłych zapaleń gardzieli, podtrzymywanych zarówno nadużyciem tytoniu i alkoholu, jakoteż nieczystem, pełnem kurzu powietrzem wielkich miast, niektóre jego formy pod względem anatomicznym są bardzo niedokładnie zbadane <sup>1)</sup>, leczenie zaś mało ustalone a często jednostronne. Grzeszą pod tym względem zarówno specjaliści, posiłkując się prawie wyłącznie leczeniem miejscowem, jako też i terapeuci, którzy, nie przywiązując do leczenia miejscowego żadnej wartości, stosują wody mineralne, lub zalecają wdechania z rozpylonych płynów nawet i w takich przypadkach cierpień gardzieli, w których dopiero energicznem użyciem galwanokauteru skuteczną potrafimy przynieść pomoc.

Nie trudno przyjdzie mi wykazać, jak bezużyteczną jest dla chorych ta jednostronność terapii, wymagającej uwzględnienia różnych okoliczności, aby rzetelny przyniosła pożytek. Łączność i jednociągłość błony śluzowej gardzieli z jamą noso-gardzielową i błoną śluzową krtani, zbyt mało dotąd byw. uwzględniana, a zaniedbanie tego punktu jest nieraz powodem ujemnych wyników kuracji. Kilkoletni, bogaty materiał obserwacyjny wyrobił we mnie to przekonanie, że bez dokładnego uwzględnienia, a zatem wybadania nosa i krtani, przewlekłe cierpienia gardzieli skutecznie leczone być nie mogą. Niezbędny do tego badania pewien zasób techniki, wyrobić sobie każdy z lekarzy potrafi, jeżeli—nie zrażając się pierwszymi trudnościami—wytrwale w tym kierunku pracować i kształcić się będzie. Ponieważ w ostatniej mojej pracy o badaniu i leczeniu chorób jam nosowych, punkt ten obszerniej nieco opracowanym został, pozostaje mi jeszcze zwrócić uwagę na szkodliwy wpływ nadmiernego palenia tytoniu na gardziel i na związek cierpienia gardzieli z przewlekłym nieżytem żołądka. Obszerniejszą o tem wzmiankę znajdzie czytelnik w sprawozdaniu ze zjazdu laryngologów, odbytego w 1880 roku w Medyrolanie, drukowanem w N-rach 21, 22, 23-cim „Kroniki Lekarskiej“ r. z. w pracach D-ra **Ramondela Sota** i D-ra **Avira** <sup>2)</sup>.

Zanim przystąpię do opisu dwóch form zapalenia gardzieli, które w tem miejscu rozebrać zamierzam, t. j. zapalenia ziarnistego (*Pharyngitis granulosa s. glandulosa*) i zapalenia bocznego, przerostowego (*Pharyngitis lateralis hypertrophica*), zastanowię się pokrótce zarówno nad ważniejszymi sposobami oświetlenia i badania gardzieli, jako też i nad niektórymi szczegółami anatomii i histologii, któ-

<sup>1)</sup> Pierwszy dokładny opis t. z. *Angine granuleuse*, ogłosił w 1846 r. **Chomel** w *Gazette médicale*.

<sup>2)</sup> **Ramondela Sota**: Szkodliwy wpływ tytoniu na gardziel — D-r **Avira**: De la laryngopathie gastrique.

rych przypomnienie ułatwi czytelnikowi zorientowanie się w niektórych szczegółach tej ze wszech miar ciekawej sprawy. Badanie gardzieli, t. j. *partis oralis* (*arrière bouche*), nie wymaga użycia szczególnych narzędzi. Oświecać ją możemy albo wprost za pomocą rozproszonego światła dziennego, albo też światła odbitego za pomocą reflektora.

Światło sztuczne, czy to lamp naftowych, czy gazu, nawet światło elektryczne, nie pozwala tak dokładnie ocenić wszelkich odcieni barwy, wszelkich wyniosłości, obrzmięń lub nalotów, jak zwykle światło dzienne. Wyjątek jedyny stanowi światło Drumond'a, które ze względu na swą białość, zbliża się do światła słonecznego, lecz którego przyrządzenie jest dość drogie i wymaga użycia specjalnych i kosztownych aparatów <sup>1)</sup>.

Chcąc badać za pomocą światła słonecznego, trzeba zamiast luster wklęsłych, użyć lustra płaskiego, gdyż inaczej łatwo wywołać oparzenie gardzieli, gdy takowa znajdzie się w ognisku lustra. Osobę, mającą być badaną, ustawiamy tyłem do słońca, które zwierciadłem powinno być odbite z prawej strony badającego. Dla zobaczenia większej powierzchni ściany tylnej gardzieli, trzeba za pomocą szpatla przycisnąć język ku dołowi. Szpatel Türk'a jest najdogodniejszym dla badania zarówno gardzieli, jak i do rynoskopii. U chorych drażliwych wystrzegać się należy zbyt głębokiego wprowadzenia szpatla, aby nie dotykać nasady języka, przez co zwykle wywołuje się krztuszenie. Ucisk powinien być z początku łagodny, równy, na całą powierzchnię języka wywartą. U chorych, którzy przy nakładaniu szpatla język unoszą ku górze, pomagamy sobie w ten sposób, że wysunięty koniec języka, przykryty chustką, chwytną pomiędzy dwa palce, wazkim zaś szpatlem stopniowo, coraz to silniej uciskamy język ku dołowi. Wydawanie tonu *a* lub *ae* jeszcze więcej ułatwi zbadanie nie tylko gardzieli, lecz i podniebienia i migdałków. Podczas zakładania szpatla chory powinien równo i spokojnie oddechać, o czem osoby nerwowe i trwożliwe zwykle zapominają i przez cały czas zakładania szpatla wstrzymują bezwiednie oddechanie.

Okoliczność ta nietylko utrudnia badanie, ale co gorsza, przyczynia się do wystąpienia przekrwienia żylnego, które nieraz brane bywa jako sprawa patologiczna i każe się domniemywać kataru tam, gdzie go wcale nie ma. O słuszności tego spostrzeżenia każdy na sobie przekonać się może, jeżeli badając własną gardziel w lustrze, wstrzyma oddech na kilka sekund. Natychmiast na bladoróżowej błonie śluzowej zarysowuje się delikatna sieć naczyń krwionośnych żylnych, która znika przy prawidłowem oddechaniu.

Dla systematycznego badania gardzieli najlepiej trzymać się pewnego porządku, t. j. rozpocząć badanie od podniebienia miękkiego i jego łuków, potem obejrzeć jęczyczek, migdałki, wreszcie i tylną ścianę gardzieli. Dla wybadania ścian bocznych, zarówno jak i dla obejrzenia błony śluzowej jamy nosogardzielowej koniecznem jest użycie lusterka. Badanie uzupełniamy starannym egzami-

---

<sup>1)</sup> Aparat odpowiedni demonstrowałem w tym roku na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w miesiącu Styczniu.

nem jam nosowych, dokonaniem od przodu za pomocą odpowiednich wzierników, wreszcie zbadaniem krtani za pomocą laryngoskopu.

Po dokładnem obejrzeniu wszystkich wymienionych tu części, zwrócić należy uwagę na funkcję podniebienia miękkiego, a mianowicie, czy takowe jest symetrycznie opuszczenem ku dołowi i czy podczas wydawania wysokich tonów *a* lub *ae*, podnosząc się w górę wraz z języczkiem, przystaje do tylnej ściany gardzieli; słowem, czy zamknięcie jamy noso-gardzielowej jest zupełne. Na okoliczność tę bardzo mało zwracano dotąd uwagi, pomimo wielkiego jej znaczenia, gdyż stanowczy wywiera wpływ na brzmienie głosu.

Lekkie stopnie porażenia podniebienia miękkiego, bardzo często towarzyszą przewlekłym nieżytom jamy nosowej i noso-gardzielowej. Michel, w najnowszej swej pracy o cierpieniach gardzieli <sup>1)</sup>, opracował bardzo starannie rozdział porażen podniebienia i do jego cennej pracy odsyłam ciekawego Czytelnika. Lekkie stopnie porażenia poprawiają się przy użyciu faradyzacji, która stosowana być winna przed innymi środkami leczniczymi, głównie dlatego, że bez dokładnego zamknięcia podniebienia, chorzy nie znoszą wstrzykiwań płynów, koniecznych przy leczeniu nieżytów jamy noso-gardzielowej. Płyny te, wpadając do gardzieli i krtani, silnie wywołują krztuszenie.

Po zbadaniu funkcji, należy wy badać za pomocą zgłębnika wrażliwość podniebienia miękkiego, tylnej i bocznych ścian gardzieli. Błona śluzowa gardzieli i podniebienia jest w ogóle mało czuła. Najczulsze na dotyk są ściany boczne gardzieli, położone za łukami tylnymi, gdyż u wielu osób dotknięcie tych miejsc zwykle wywołuje krztuszenie. Przy przewlekłych nieżytach bocznej części gardzieli, chorzy odczuwają lekki ucisk zgłębnika jako przykry ból, którego siedlisko nieraz palcem wskazać są w stanie. Dopiero po zbadaniu podniebienia i gardzieli za pomocą palca, którym obmacać trzeba zarówno podniebienie miękkie, jakoteż migdałki (w razie ich przerostu), wreszcie przy pewnych formach cierpienia i ściany boczne gardzieli, badanie uważać możemy jako skończone.

Niejeden z Sz. Kolegów opisany tu sposób badania zgłębnikiem i palcem będzie może uważał za niepotrzebną pedanterję, od której chorego uwolnić można bezpiecznie. Że tak nie jest, dowodzi następujący przypadek, który w tym roku obserwować miałem sposobność.

Pan B. zgłosił się do mnie z powodu lekkiego bólu gardła, trwającego od tygodnia i nieznacznej przeszkody przy polykaniu pokarmów stałych. Jako jedyną zmianę znalazłem powyżej języczka na podniebieniu miękkim jedno miejsce wielkości ziarna soczewicy, nieco bledsze od prawidłowo zabarwionej błony śluzowej. Dotykanie zgłębnikiem wykazuje, że punkt ten jest bolesny nawet przy lekkim ucisku. Palec wprowadzony wykrywa, że owo białawe zabarwienie odpowiada twardemu guzikowi wielkości orzecha laskowego, który od tyłu podniebienia jest doskonale wyczuwalny, podczas gdy od przodu zdradza się zaledwie lekkim podniesieniem błony. Gdy z anamnezy dowiedziałem się, że chory prze-

---

<sup>1)</sup> Michel. Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. 1880.

bywał przed 20-stu laty przymiot, postanowiłem, po uprzedniej naradzie z kol. Klinkiem, poddać chorego leczeniu specyficznemu. Po trzech tygodniach guzik zginął zupełnie, pozostawiając stwardnienie wielkości główki od szpilki. Tu zatem badanie zglębniakiem i palcem wykryło obecność gummatu, niewidocznego prawie dla oka, a energiczna odpowiednia kuracja uchroniła pana B. od możliwości przedziurawienia podniebienia miękkiego.

Po zbadaniu łuków podniebienia, zwrócić trzeba uwagę na języczek. Normalna jego długość wynosi od  $\frac{1}{2}$  do 1 centymetra, barwa blado-różowa, bledsza od łuków przednich. Bywa on niekiedy rozszczepionym w końcu; niekiedy jest tak cienki i mały, że przy unoszeniu się podniebienia chowa się dla wzroku. Niekiedy koniec jego jest jakby płynem wypełniony, lub błona na przedniej jego powierzchni pomarszczona, ułożona w fałdy. Co do położenia, bywa on czasem ku jednej stronie zagięty i zakrzywiony, i tę pozycję stale zatrzymuje. Większą część jego błony śluzowej zajmują gruczoły śluzowe, położone głównie na powierzchni przedniej. Włókna mięsne przebiegające pomiędzy nimi, otaczają te gruczoły i podczas skurczu ułatwiają wydzielanie się śluzu. Drażniąc błonę śluzową podniebienia za pomocą strumienia indukcyjnego, można zobaczyć, jak szybko, przy skurczach podniebienia, takowa pokrywa się drobnymi kropelkami śluzu.

Od boków języczka ciągną się ku zewnątrz i ku dołowi wolne brzegi łuków podniebieniowych. Przednie (*arcus glosso palatini*) i tylne (*arcus pharyngo palatini*), schodząc ku dołowi i ku bokom gardzieli pozostawiają pomiędzy sobą trójkątną przestrzeń, w której leżą migdałki (*tonsillae*). W stanie prawidłowym nie przechodzą one po za brzegi łuków podniebienia, lub też wystają po za nie bardzo nieznacznie. Forma ich zwykle owalnie spłaszczona, powierzchnia przednia posiada liczne szparkowate lub okrągławe otwory (od 10 do 16). Prowadzą one do zatok płytszych lub głębszych, pionowo lub skośnie przebiegających, ślepo zamkniętych, wysłanych nabłonkiem (*cryptae*). Często u osób skłonnych do przewlekłych zapaleń gardzieli, w zatokach tych nagromadza się biała, do kredy podobna wydzielina, którą łatwo wydobyć zglębniakiem, a która nieraz przy zapaleniu migdałów braną bywa za nalot dyfterytyczny. Migdałki zajmują część przestrzeni zwanej *interstitium pharyngo-maxillare*. W części tylnej tej przestrzeni leżą: *carotis interna et externa*. Pierwsza oddalona jest od migdałka o  $1\frac{1}{2}$ , druga o 2 centymetry. Wspominam o tym szczególe anatomicznym głównie dlatego, że wielu lekarzy przy wycinaniu przerosłych migdałów, obawia się zranic tętnicę. Niebezpieczeństwo to jest przy przeroście migdałków tem mniejsze, że sprawa przerostu odbywa się ku środkowi, t. j. ku wewnątrz gardzieli, nigdy w głąb. Na szczegóły te Wenzel, Linhardt i Luschka<sup>1)</sup> oddawna zwracają uwagę. Bywają jednak co do tego prawidła wyjątki.

U jednej z moich chorych, panny R., dotkniętej przewlekłym cierpieniem nosa, badając gardziel, znalazłem za łukiem tylnym prawym, na bocznej ścianie gardzieli, jedno miejsce, w którym mogłem zobaczyć wyraźną pulsację. Przy

1) Luschka. Der Schlundkopf des Menschen. 1868.

każdym tętnieniu unoszoną była błona śluzowa ku górze, na przestrzeni 4—5 milimetrów. Pulsacyja wyraźną również była i dla palca przyłożonego do tego miejsca, jako dosyć silne i rozległe uderzenie. Przy otwieraniu zatem ropni w migdałkach, lub w tkance łącznej otaczającej migdałki (*abscessus peritonsillaris*), nie należy zapominać o wybadaniu bocznej okolicy gardzieli za pomocą palca, aby czasem nie uszkodzić naczynia krwionośnego <sup>1)</sup>.

Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli, niejako oprawiona w ramy utworzone przez tylne łuki podniebienia, jest niejednostajnie czerwono zabarwiona. Pochodzi to ztąd, że siatki żyłne otaczają miejsca bledsze, odpowiadające gruczolom śluzowym. Najliczniejsze są one tam, gdzie błona śluzowa ściany tylnej przechodzi na ściany boczne tylnych łuków podniebienia. Podczas mowy, a głównie przy polykaniu, forma gardzieli zmienia się, gdyż *arcus palato-pharyngei* zasłaniają ściany jej boczne, jakby franki. Po za nimi kryją się wtedy szczegóły bardzo ważne dla sprawy, którą w dalszym ciągu zająć się zamierzam, a mianowicie *plicae salpingo-pharyngeae*, stanowiące część anatomiczną wylotu trąbki Eustachijusza, a mianowicie przedłużenie jej stopniowe ku dołowi.

Dla zobaczenia tej części, potrzeba za pomocą zgłębnika lub haka podniebieniowego, odsunąć łuki tylne ku zewnątrz, albo też wywołać krztuszenie, przez naciśnięcie szpatlem nasady języka. Pierwszy sposób, wykonany ostrożnie narzędziem ogrzanem, jest lepszy, gdyż jednocześnie pozwala ocenić drażliwość bocznej ściany gardzieli na dotyk. Przy przeroście migdałków części te obejrzeć można tylko za pomocą lusterka.

Błona śluzowa gardzieli, posiada—stosownie do miejsca—różne właściwości budowy. W jamie noso-gardzielowej, aż do linii zakrytej zwykle przez podniebienie miękkie, pokrywa ją nabłonek słupkowy, opatrzony migawkami. W ogóle jest ona w tej części bogatszą w naczynia i w gruczoły, a więc pulchniejsza i grubsza od błony śluzowej gardzieli właściwej (*pars oralis*). Nabłonek płaski, pokrywający tę ostatnią, czasem stopniowo, czasem odrazu przechodzi w migawkowy. Błona śluzowa gardzieli jest znacznie uboższą w pokład t. z. tkanki adenoidalnej, tak obficie wyścielającej górną część sklepienia, nagromadzonej w zatokach Rosenmüllera, naokoło wylotu trąbki Eustachijusza, wreszcie w samym migdałku gardzielowym (*tonsilla pharyngea*). Ta właśnie tkanka adenoidalna, porozrzucana w postaci okrągłych dość ściśle odgraniczonych tworów, stanowi w błonie śluzowej gardzieli t. z. *follicula*. Najwięcej znajduje się takowych z boków gardzieli, czasem ułożonych jeden za drugim podłużnie; często są one formy owalnej, czasem znów kilka zlewa się razem, tworząc wałek lub różaniec różnej długości. W bocznych częściach gardzieli znajdujemy także najobfitszy pokład gruczolów śluzowych, leżących w tkance podśluzowej, niekiedy tuż nad włókna-  
mi zwieracza górnego gardzieli (*constrictor pharyngis superior*). W innych miejscach błony śluzowej, t. j. na ścianie tylnej, liczba i rozmieszczenie gruczolów śluzowych i torebek bywa różna.

Znając te szczegóły budowy, łatwo przyjdzie zrozumieć natężenie i umiejscowienie przewlekłych spraw zapalnych gardzieli.

---

<sup>1)</sup> Michel (l. c.) w tem samym miejscu kilka razy widział tętnienie arteryi.



Mackenzie<sup>1)</sup> w najnowszej swojej pracy daje następującą definicyję przewlekłego nieżytu gardzieli:

„Nieżyt chroniczny gardzieli, polega na przewlekłym zapaleniu torebek (*follicula*), pojawiającem się w dwóch postaciach: przerostowej i wysiękowej. W postaci pierwszej powiększeniu podlegają gruczoły lub twory nabłonkowe i wystają nad powierzchnię błony śluzowej jako ziarna lub brodaweczki. W formie drugiej, gruczoły wydzielają gęsty białawy wysięk, który albo przylega do miejsca, z którego się wy dobył, albo tworzy na błonie śluzowej wysepki białawe, mocno przylegające. W jakim związku te dwie postacie pozostają i czy w ogóle mają one pomiędzy sobą jakibądź związek, dotąd nie rozstrzygnięto“. Dosłownem przytoczeniem słów Mackenzie'a chciałem wykazać, jak mało, do dziś dnia jeszcze, anatomija patologiczna tego cierpienia jest znaną. Forma przerostowa, t. z. *pharyngitis granulosa*, była w każdym razie nieco staranniej badaną. Co do istoty drugiej formy (*pharyngitis sicca*), wiadomości nasze pod względem anatomicznym są prawie żadne.

W roku zeszłym M. Saalfeld<sup>2)</sup> zajął się zbadaniem zapalenia przerostowego i doszedł do następujących wniosków. Ziarna i wyniosłości, wystające po nad powierzchnię błony śluzowej, dochodzące nieraz aż do wielkości grochu, mają wygląd i blask galaretowaty i otoczone są zwykle siatką przekrwionych naczyń. Błona śluzowa, pomiędzy niemi zawarta, najczęściej mało bywa zmienioną, czasem jednakże przerosła, lub — stosownie do formy, wikłającej tę sprawę — zanikła. Badając owe wyniosłości na trupie, łatwo po rozciągnięciu błony dojrzeć okiem albo lupą, na wierzchu każdego ziarna, małą szparę podłużną. (Najwyraźniej na preparatach stwardnionych w alkoholu.) Szczegół ten, powiada S., dotąd przez nikogo nie był spostrzegany. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że przy wylocie rozszerzonego przewodu gruczołów śluzowych, znajduje się bogaty pokład obrzmiałej tkanki limfatycznej (adenoidalnej). Czasem przeplata on jednostajnie tkankę błony śluzowej i nie układa się w okrągłe albo podłużne torebki; często obok tych miejsc bardziej rozlanych, można spotkać obrzmiałe *follicula*, w których podścielisko tkanki siatkowatej jest bardziej zbite. Otworki zatem na ziarnach przerosłych są wylotami gruczołów śluzowych. Nabłonek, pokrywający owe wyniosłości, mniej lub więcej zanika; czasem widać tylko jeden lub dwa pokłady komórek. Niekiedy brak zupełnie nabłonka i guziczek przedstawia na swej powierzchni utratę substancyi. To samo spostrzeżenie zrobił już dawniej Stoerk i na niem opierał drażliwość błony śluzowej, pozbawionej miejscami ochraniającego nabłonka<sup>3)</sup>. Opis zmian, podanych przez Stoerk'a, nie zgadza się z podanemi powyżej szczegółami; Stoerk utrzymuje bowiem, że ziarna, czyli granulacje, składają się tylko z nabrzmiiałych, okrągławych komórek nabłonkowych. Niezgodność jego zdania tłumaczy Saalfeld tem, że Stoerk badał zapewne

---

1) Die Krankheiten des Halses und der Nase. Tłumaczenie niemieckie F. Semona. 1880.

2) Virchow's Archiv. Bd. 82. Heft I. 1880.

3) Stoerk. Klinik der Krankheiten des Kehlkops etc.

owe białawe, płaskie guziczki, pojawiające się czasem i w zdrowej części przelyku i w gardzieli, a przeważnie złożone z komórek nabłonka.

Co do błony śluzowej, takową Saalfeld najczęściej znajdował mało zmienioną, również jak i błonę podśluzową. Niekiedy jednak ulegała ona przerostowi. Uderzającą również jest ta okoliczność, że podobnie jak przy cierpieniach łącznicy, w miejscach gdzie prawidłowo bardzo niewiele bywa torebek, ilość ich przy tem cierpieniu znacznie się powiększa. Sprawie tej towarzyszy nagromadzenie się ciałek limfatycznych naokoło samych torebek lub w mięszu błony śluzowej.

Wspomniałem poprzednio, że przy przewlekłym zapaleniu gardzieli, obrzmiałe torebki najliczniej pojawiają się z boków gardzieli, t. j. za łukami tylnymi. Tworzą one tam albo rodzaj nierównego wałkowatego obrzmienia, albo w postaci wyrosli, podobnych do grzebienia koguciego, lub obrzęklej fałdy, wyglądają z po za łuków podniebienia. Cierpienie to znane mi jest w tej formie od lat kilku, a ze względu na szczególne swe objawy, częstość pojawiania i odrębne swe leczenie, odróżniłem je jako osobną formę, prawie zupełnie dotąd nie uwzględnianą. Ze względu na siedlisko i naturę cierpienia, nazwałem ją *pharyngitis lateralis hypertrophica* i pod tą nazwą figuruje ono w moim dzienniku od 1878 roku. Nie mając bardzo długo sposobności badania zmian anatomo-patologicznych, właściwych dla tej patologicznej sprawy, wstrzymywałem się z jej opisem, jak się obecnie przekonuję nieco za długo, gdyż wyprzedzony zostałem przez M. Schmidta, który pod nazwą: *pharyngitis lateralis* sprawę tę ogłosił<sup>1)</sup>. Jeżeli teraz przystępuję do ogłoszenia niektórych szczegółów tej sprawy, czynię to nie dla windykowania sobie prawa pierwszeństwa, lecz głównie dlatego, że mimo zgodności jego spostrzeżeń z tem, co tylekroć widzieć i sprawdzić miałem sposobność, jestem dziś w stanie obraz chorobny tego cierpienia uzupełnić pewnymi szczegółami, ważnymi zarówno z anatomo-patologicznego, jak i z klinicznego punktu widzenia.

(D. n.)

---

### III. TRZYKROTNY ZATOR GAŁĄZEK TĘTNICY PŁUCNEJ Z POMYŚLNYM PRZEBIEGIEM.

SPOSTRZEŻENIE Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

Podał **Alfons Malinowski**.

---

Mikołaj M., obywatel we wsi R., gubernii Warszawskiej zamieszkały, lat 45 liczący, od lat dziecińczych służył wojskowo, z początku w szkole kadetów, następnie przez lat kilkanaście w armii. Około 20-go roku życia, przeziębivszy się na paradzie wojskowej, zapadł na jakąś ostrą chorobę piersiową, prawdopodobnie zapalenie płuc lub opłucnej, z której, po długiej rekonwalescencji, powrócił do zdrowia. Odtąd jednak stał się skłonnym do nieżyków i kaszłów, które, szczególnie zimą, powtarzały się przy najmniejszym zaziębieniu.

---

<sup>1)</sup> Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. XXVI. Heft 3 u. 4. 1880.

Między 20 a 30-tym rokiem życia, jako wojskowy, odbywał długie marsze, jak np. z nad brzegów Wisły do brzegów Prutu, w czasie wojny krymskiej.

W tym czasie zauważył rozszerzenie żył podskórnych na lewej kończynie dolnej, częste obrzęki tejże kończyny, które przy wypoczynku znikwały. Około 30-go roku życia na przebiegu żyły podskórnej uda wewnętrznej, na parę cali ponad stawem kolanowym, chory zauważył żylaka, wielkości orzecha laskowego, który po pewnym czasie stał się twardy, cokolwiek bolesny i w takim stanie pozostawał przez lat kilkanaście. Po wystąpieniu chorego z wojska, rozszerzenie żył i obrzęki kończyny znikły, żylak jednak istniał bez zmiany, mało niepokojąc chorego.

W Lutym 1880 r., M., pojechawszy do Chersonu, zachorował nagle: dostał duszności i kłucia w prawym boku, pluć krwią, a lekarz ordynujący stawiał chorobę w zależności z wspomnianym wyżej żylakiem na kończynie. Po kilku dniach stan się polepszył, a po paru tygodniach M. powrócił do domu.

Dnia 12 Kwietnia 1880 r., wśród nocy, wezwano mnie do M. nagłąc, w obawie, czy go jeszcze przy życiu zastanę.

Stan chorego był następujący: Mężczyzna dobrego wzrostu, z upośledzonym odżywianiem, skóra cienka, tkanki tłuszczowej bardzo mało, klatka piersiowa wązka, odstęp między-żebrowe dosyć szerokie. Twarz zaczerwieniona, usta sine, czoło wilgotne, kończyny chłodne. Oddech przyspieszony i powierzchowny, około 30 na minutę; kaszel krótki ze skąpą śluzową plwociną. Ciepłota 39,5° C., tętno drobne, nieregularne, około 130. W płucach objawy przewlekłego kataru oskrzeli z małym zgęszczeniem mięszu prawego szczytu.

Granice stępienia serca prawidłowe, tony czyste; mocz stężony, białka nie zawiera.

Przy obejrzeniu chorego znalazłem wspomnianego żylaka, który łatwo był namacalny z powodu cienkości skóry. Zaleciłem suche bańki na klatkę piersiową, w okolicy sutki prawej, gdzie chory doświadczał silnego bólu, wewnątrz: naparstnicę i stare wino w małych dawkach.

Dnia 13-go Kwietnia. Ciepłota 38° C, tętno 120, duszność mniejsza, bóle przy głębszym oddechu. Plwocina śluzowo-krwawa, niekiedy same tylko ciemnoczerwone skrzepy. Oddech przy wysłuchiowaniu osłabiony, pęcherzykowy, aż do 4-go żebra z prawej strony od przodu. Wyraźne stępienie przy opukiwaniu od 4-go żebra aż do górnej granicy wątroby. Białka w moczu niema.

Przez dwa dni następne oddzielały się jeszcze przy kaszlu skrzepy krwiste, lecz duszność zmniejszyła się znacznie. Odtąd stan chorego był bezgorączkowy, tętno jednak zawsze drobne, częste. Od czasu do czasu występowały poty i duszność przy najmniejszym poruszeniu, np. gdy chory przewrócił się na drugi bok, lub usiadł na łóżku. Dalsze leczenie zależało na użyciu chininy w małych dawkach, posilnej diety i wezykatoryj na klatkę piersiową. Stępienie powoli zmniejszało się, a oddech stawał się wyraźniejszym.

Dnia 18-go Maja, a zatem w 36 dni od początku choroby zjawily się silne bóle neuralgiczne w prawej okolicy lędźwiowej, jednocześnie badanie wykazało stłumienie odgłosu opukowego na tylnej prawej ścianie klatki piersiowej, sięga-

jące do dolnego brzegu łopatki i idące ukośnie ku linii pachowej. Oddech na tej przestrzeni zaledwie był słyszalny. 22-go Maja powtórzył się napad silnej duszności, kaszel z plwociną krwawą, ciemną, tonącą w wodzie. Leczenie jak wyżej, przytem częste wezykatoryje.

Dnia 26-go Maja duszność ustąpiła i krwi w plwocinie nie było. Dla przyspieszenia wessania wysięku w opłucnej, zaleciłem wcierania roztworu *L u g o l'a*, ponieważ zaś chory coraz bardziej z sił opadał, a stan kanału pokarmowego był dobry, dałem do wewnątrz chininę z żelazem.

W dniu 30-tym Maja, przy badaniu serca, zauważyłem po raz pierwszy szmer systoliczny przy lewym brzegu mostka. Granice stępienia serca były prawidłowe, ciepota nie podniesiona. Z anamnezy wiedziałem, iż chory reumatyzmu stawów nie przechodził. Widując chorego codziennie prawie, zauważyłem, że szmer nie zawsze można wysłuchać. Zjawiał się on częściej, gdy chory, mający wówczas liczne interesy i częstych gości, wzruszył się jakąś pomyslną czy przykrą wieścią, lub długo rozmawiał. Gdy chory leżał spokojnie, szmer znikał, lub stał się mniej wyraźnym, a po paru godzinach występował znowu.

Jakkolwiek dwaj kolledzy wezwani dla narady, opierając się na istnieniu szmeru, zalecili leczenie przeciw zapaleniu osierdzia, zmuszony byłem po paru dniach takowe leczenie porzucić, widząc jego bezskuteczność; ponieważ zaś szmer wspomniany zdawał mi się być objawem niedokrwistości, stosowałem dalej żelazo z chininą. Po dwutygodniowem takim postępowaniu, w połączeniu z pożywną dyjetą, w y s i ę k w e s s a ł s i ę, chory wzmocnił się na siłach, a szmer zniknął. W początku Czerwca wysłałem chorego do Warszawy, gdzie prof. *B a r a n o w s k i* potwierdził stan normalny zastawek serca <sup>1)</sup>.

Na lato wysłałem chorego do Szczawnicy, gdzie po kilkutygodniowym pobycie był w stanie odbywać dalekie piesze wycieczki. Od Sierpnia, roku zeszłego, cieszy się on względnie dobrem zdrowiem i do zajęć swoich powrócił.

Nie ulega wątpliwości, iż tak w Lutym, w czasie choroby w Chersonie, jak i w przypadku spostrzeganym przezemnie, część skrzepu z żyłaka, uniesiona prądem krwi, zatkała jedną z gałązek tętnicy płucnej. W obu razach choroba wystąpiła nagle, po silnem zmęczeniu podróżą, w czasie ożywionej rozmowy z sąsiadami, bez żadnych zwiastunów, bez dreszczu, z podniesieniem ciepłoty, przy objawach silnej duszności i bólów, z sinicą, zimnym potem i t. d. Bóle i wkrótce występujące stłumienie przy opukiwaniu świadczyły o zajęciu opłucnej po stronie odpowiedniej zatorowi tętnicy płucnej. Przy rozpoznawaniu choroby kierowałem się głównie objawami miejscowemi, które wystąpiły bardzo wyraźnie. Najważniejszym z początku choroby była duszność, dochodząca do takiego stopnia, iż chory, którego widziałem w 2 godziny od początku choroby, zaledwie był w stanie dać mi krótkie odpowiedzi.

---

<sup>1)</sup> Niedawno spostrzegalem podobny szmer u jednej z moich chorych przy małokrwistości, będącej następstwem poronienia z obfitym krwotokiem. Gdy chora leżała, szmer słyszeć można było doskonale, gdy usiadła na łóżku, w miejsce szmeru występował ton prawidłowy. — (*Przyp. aut.*)

Objaw ten u osób nie mających wady zastawek, w ogóle u zupełnie dotychczas zdrowych, jest jedynym i najważniejszym w początku choroby, dopóki nie wystąpi drugi, również ważny dla rozpoznania, a tym jest:

**Plwocina.** Była ona ciemno-czerwona, ściśle ze śluzem zmieszana, niekiedy bez śluzu, zawierała bardzo mało powietrza i tonęła w wodzie. Plwocina krwawa pojawiła się w 10 — 12 godzin od początku choroby i trwała do 4-go dnia. Ilość jej dziennie wynosiła około 20 ctm. sześciennych. Kaszel, jako objaw, ma małe znaczenie przed pojawieniem się plwociny. Ważniejszym i stałym objawem jest ból, który wystąpił zaraz z początku i świadczył o zajęciu opłucnej.

Objawy fizykalne wystąpiły dopiero na drugi dzień i odnieść je należy także do zapalenia opłucnej.

Z ogólnych objawów, dreszcz i podniesienie ciepłoty są małego znaczenia pod względem rozpoznawczym, gdyż obu może brakować. W danym przypadku ciepłota nie przewyższała 39,5° C. w całym przebiegu choroby i zaraz zaczęła się zniżać, gdy przy kaszlu wystąpiła krwawa plwocina

Niektórzy autorowie, jak **Bergmann**, przypisują podwyższenie ciepłoty silnej pracy mięśniowej, wywołanej dusznością; jest to jednak zbyt śmiało twierdzenie, gdyż w takim razie gorączka towarzyszyłaby każdej pracy mięśniowej, gdy przy chorobach, połączonych z utrudnieniem oddechania, może nie być zupełnie podniesienia ciepłoty. Miałem sposobność obserwować jeden przypadek silnego obrzęku głośni w następstwie przewlekłego zapalenia gardzieli, jak również kilkanaście przypadków błonicy gardzieli i krtani, którym nie towarzyszyło wcale podwyższenie ciepłoty, jakkolwiek duszność dochodziła do wysokiego stopnia.

Gorączka zależy tu raczej od zapalenia opłucnej, jak również zapalenia płuc, jakie się w krótkce po zatankaniu tętnicy płucnej wywiązuje.

Zapalenie opłucnej częściej towarzyszy zatorom, wywołującym ropnie przetworowe. Wysiłek w takim razie może być surowiczo-włóknikowy, a nawet ropny. Przy zwykłych niezakaźnych zatorach, płyn zebrany w opłucnej może być wysiękiem zapalnym, lub przesiękiem. Znajdujemy takowy już to po stronie odpowiedniej zatorom, już ze stron obu.

**Penzoldt** <sup>1)</sup> w dwóch przypadkach jednostronnego zatoru znalazł wysięk ze stron obu.

**Hopf** <sup>2)</sup> w pięciu przypadkach przy jednostronnym zatorze znalazł 4 razy wysięk obustronny.

**Juergensen** <sup>3)</sup> na cztery przypadki zatoru znalazł:

Zator z prawej, wysięk z prawej strony; zator z obu stron, wysięk z prawej zrosnięcie listków opłucnej z lewej strony; zator z prawej, wysięk z obu stron; zator z obu, wysięk z obu stron.

W danym przypadku zator z prawej, wysięk z prawej strony.

---

<sup>1)</sup> Ueber den haemorrhag. Infarkt der Lunge bei Herz-Kranken. *Deutsch. Archiv f. klin. Med.* Bd. XII. pag. 13 — 14.

<sup>2)</sup> Zur Diagnose der haemorrhag. Infarkt. Tübingen. 1865.

<sup>3)</sup> Handb. d. spec. Path. u. Therapie. Bd. V. pag. 250.

Wyżej wymienieni autorowie uważają płyn, znaleziony w opłucnej, jako przesiek, a przypadki przez nich przytoczone odnoszą się do chorych, cierpiących na wadę serca, u których powstawanie przesieków łatwo się daje objaśnić, jakkolwiek i zapalenie opłucnej może tu mieć pewne znaczenie, czego dowodem są zrosoty, znajduwane przy sekcjach. W przypadku, o którym mówimy, serce chorego znajdowało się w stanie prawidłowym, skłonność do przesieków nie istniała nigdy, białka w moczu nie znalazłem. Uważam zatem, iż miałem tu do czynienia z wysiękiem pochodzenia zapalnego, który uległ wessaniu, w czasie stosunkowo dość krótkim.

Ciekawem zjawiskiem w przebiegu choroby był szmer systoliczny przy lewym brzegu mostka, a zatem dający się odnieść do zastawki dwudzielnej.

Znając chorego od lat kilku, byłem przekonany, iż wady zastawki nie było, odrzuciłem także przypuszczenie zapalenia wsierdza. Na zasadzie obecności innych objawów, a mianowicie duszności przy najmniejszym poruszeniu, własności tętna, bólów nerwowych, a szczególnie na niestałości szmeru, za przyczynę takowego uważałem osłabienie czynności serca i małopokrwistość. Co też leczenie w swych skutkach zupełnie potwierdziło.

Przypadek powyżej opisany godny jest uwagi nie tylko dlatego, iż zakończył się wyzdrowieniem, lecz że zator tętnicy płucnej powtórzył się w ciągu czterech miesięcy trzy razy, nadto żyłak na lewej kończynie zmniejszał się powoli w ciągu kilku miesięcy, a gdy chorego oglądał w Styczniu r. b., zaledwo mogłem odnaleźć miejsce jego poprzedniego istnienia.

Rokowanie przy zawałach płuc zatorowego pochodzenia zależnem jest od zejścia, którego nigdy z góry przewidzieć nie można. Zator większej gałęzi zawsze śmierć za sobą wkrótce pociąga, jeżeli nie odrazu zabija. Nawet małe zatory, jeżeli się często powtarzają, mogą być niebezpieczne dla życia, wywołując nieprawidłowości krążenia, sinicę i obrzęk płuc. Niekiedy przyczyną śmierci jest choroba podstawowa, w innych razach śmierć następuje zanim się jeszcze zawał utworzy. Zejście w zgorzel, z następczem przedziurawieniem opłucnej, także zwykle niepomyślnie się kończy.

Zapalenie opłucnej, jak każde poważne powikłanie, wpłynąć może niepomyślnie na dalszy przebieg choroby, tem więcej, jeżeli wysięk jest obfity, ropny lub krwawy. *Pentzoldt* jednak utrzymuje, iż obfity wysięk opłucnej nie dopuszcza dalszego wylewu krwi, a uciskając płuca sprzyja wessaniu zawału. W razie jednak zejścia pomyślnego, wysięki opłucnej potrzebują dla wessania parę miesięcy lub więcej, gdy zawał — jako taki — ulega przemianom zwrótnym w czasie daleko krótszym.

Rokowanie zatem, w wyżej opisanym przypadku, musiało być co najmniej wątpliwem. Widzimy jednak, iż nie zawsze jest ono niepomyślnem, szczególnie u osób poprzednio zdrowych, u których zator powstaje przy zakrzepach żył obwodowych. Potwierdza to szczęśliwy przebieg w powyższym przypadku, jak również i w przypadku *D-ra Obtułowicza* <sup>1)</sup>, w których to przypadkach skrzący uniesione zostały z żyłaka kończyny dolnej lewej.

---

<sup>1)</sup> *Przegląd Lekarski*. 1880. Nr. 12 — 13.

Leczenie. Laënnec przy zawałach płuc zalecał obfite puszczenie krwi, dochodzące do 24 uncj, zaraz z początku choroby. Dziś jednak postępowanie to ma bardzo małe zastosowanie, a jeżeli by mogło mieć jakieś wskazanie, to nie dla ograniczenia krwotoku, ile raczej dla ułatwienia krążenia płucnego przy obrzęku płuca. Użycia naparstnicy także nie zalecają niektórzy autorowie, jak Gerhardt i Penzoldt, obawiając się zakrzepu w prawej połowie serca. Środek ten jednak może być z korzyścią użyty jako regulujący czynność serca, szczególnie u osób nie mających wady zastawek. Stosowałem go z korzyścią w danym przypadku zaraz z początku choroby, wraz ze starem winem, a to ostatnie, szczególnie w czasie zdrowienia, oddało mi ważne usługi.

Zwrócę jeszcze w końcu uwagę na przeważająco częstsze występowanie zatorów w prawej gałęzi tętnicy płucnej. Przyczyny tego być może należy szukać w anatomicznym położeniu tejże gałęzi w porównaniu z lewą. Przypomnijmy sobie, iż punkt rozdzielenia się tętnicy płucnej leży przy dolnym końcu tchawicy. Gałąź lewa wchodzi do wnęki płuca najwyżej ponad lewem oskrzelem, gdy prawa przebiega prawie poziomo ponad górną i przednią ścianą lewego przedsionka, wstępując do wnęki płuca przed prawem oskrzelem. Poszukiwania moje w tym względzie zgodne są z badaniami Luschki na zamrożonych trupach.

Zatyczka, jako stosunkowo cięższa niż krew, trudniej może być uniesiona prądem takowej w kierunku prawie pionowym lewej gałęzi tętnicy płucnej, gdy przeciwnie, prawie poziome położenie prawej gałęzi, łatwiejszy dopuszcza dostęp do prawego płuca.

---

#### IV. WSPOMNIENIA Z WYCIECZKI DO BERLINA.

Skreślił D-r J. Pawiński.

---

Klinikę chorób dzieciennych prowadzi profesor Henoch, a że mieści się ona w tymże gmachu co i klinika prof. Frerichs'a, można więc wprost z wykładów tego ostatniego przechodzić na lekcje prof. Henoch'a, nie tracąc zupełnie czasu, gdyż na wykłady pedyjatrii przeznaczoną jest godzina od 12 do 1-szej w południe. W audytoryjum, znajdującem się tuż przy klinice, zastałem liczne grono słuchaczy, na środku zaś, przy małym łóżeczku, siedział prof. Henoch, przypatrując się małemu dziewięcioletniemu chłopczykowi, okropnie krzyczącemu. Obie rączki jego były silnie zgięte pod kątem prostym, w stawie przedramieniowo-napięstkowym, przyczem zgięty wielki palec pokryty był przez pozostałe także zgięte palce. Palce nóg znajdowały się również w stanie zgięcia (*flexio*). Obecna przy tem matka dziecka dodaje, że stan ten trwa od wczoraj, od dwóch zaś tygodni istnieje rozwolnienie. Jednocześnie z ukazaniem się tego ostatniego, matka zauważyła, że dziecko dostaje od czasu do czasu napadów tego rodzaju, że przekrzywia główkę ku tyłowi, wydaje głos piszczący, przyczem twarz czerwienieje—słowem, był to *laryngo-spasmus*. Otóż prof. Henoch wspomnianą powyżej kontrakturę, t. z. *contracture essentielle* Francuzów, stawia w związku z owym kurczem nagłośni i krzywicą, i uważa je za rodzaj neurozy, podobnej bardzo do eklampsyi, od której się tylko różni zachowaniem przytomności. Takie kontraktury zaliczał Trousseau do tęcza,

a trwać one mogą kilka nawet dni, zawsze jednakże dają bardzo dobre rokowania i pomyślnie się kończą. Przeciwko tymże prof. H. zaleca wodan chloralu w dawce: 1 gramm (17 gran.) na 100 grammów (2½ uncyi) wody i 20 grammów (½ uncyi) syropu co 2 godziny łyżeczkę, a prócz tego uspakajające ciepłe kąpiele.

Następnie wniesiono chłopczyka lat 9 liczącego, cierpiącego od dni 4 na tyfus brzuszny. Ciepłota 39° C., tętno 120, oddechanie 40 razy na minutę. *Deliria somnolentia*.

Rokowanie u dzieci, zdaniem H e n o c h'a, bywa o wiele lepsze, aniżeli u dorosłych, a to głównie dlatego, że proces w kiszkiach nie jest tak intensywny. Gruźzółki odosobnione i blaszki P e y e r'a nie bywają zajęte na tak znacznej przestrzeni, stąd zatem krwotoki i przedziurawienia kiszek zdarzają się u dzieci niesłychanie rzadko. H e n o c h na 140 przypadków spostrzegł tylko w 5-ciu razach krwotoki z kiszek, a przedziurawienie zaledwie raz jeden. R i l l i e t zaś i B a r t h e z ani razu powikłania tego nie zauważyli. Co się tyczy leczenia, to dzieciom tyfusowym, zwłaszcza tym, które łatwo wpadają w *collapsus*, należy od początku zaraz dawać wino, około 3 łyżeczek dziennie wina węgierskiego. Co do kąpielei, to u dzieci radzi H e n o c h zaczynać zawsze od cieplejszych, najlepiej od 24° R., ochładzając powoli do 22° R., i przystępować do użycia tychże dopiero wtedy, kiedy ciepłota 39,5° C. przechodzić zaczyna. Okład lodowy na brzuch i głowę będzie także stosowny. Za pokarm — mleko, a chininę podawać tylko w razie silnego podnoszenia się ciepłoty i wtedy należy stosować duże dawki, do 1 gramma (17 gran.).

Na następnej lekcyi widzieliśmy ciekawy przypadek choroby, którą zazwyczaj biorą za padaczkę, a na którą prof. H. inaczej się zapatruje. Dziewczynka 9-letnia, słabo zbudowana, z ogólnym bladym wyglądem, miewa od 4 tygodni codziennie rano i wieczór, o jednej i tejże samej godzinie, mianowicie przy wstawaniu i kładzeniu się do łóżka napady, które obecna jej matka w następujący sposób opisuje: najprzód zaczyna ona wykrzywiać usta, następnie przegina się mocno na prawą stronę, zaciska palce w pięść, przyczem wielki palec pokryty zostaje przez resztę palców. Kończyna górna odpowiednio jest wyprężona wzdłuż podłużnej osi ciała. Napad taki trwa około 8 — 10 minut, w czasie którego mała chora wydaje z siebie niezrozumiały głos, przytomności wszakże nie traci i wie dokładnie wszystko, co się naokoło niej działo. W czasie nawet samego napadu skoro matka usiłuje włożyć jej kaftanik, zgina wyprężoną prawą kończynę. Otóż prof. H e n o c h nie przyjmuje stanu tego za padaczkę, ale raczej uważa go za powiększoną pobudliwość systematu nerwowego „*eine erhöhte Nervosität*” — a w braku lepszego wyrażenia, określa go mianem *hysterii* u dzieci. W praktyce prywatnej zdarza się widzieć podobne przypadki daleko częściej, aniżeli w szpitalach. Hysterija u dzieci przedstawiać ma te same najrozmaitsze postacie i kombinacje, jakie się u dorosłych spotykają. I tak, bywają przypadki, w których mamy do czynienia z zaburzeniami w sferze ruchu, a więc kurcze, drgawki, już to pojedynczych mięśni, już też całych grup, drgawki epileptoidalne, albo nawet więcej skomplikowane ruchy, jak np. bieganie nokoło razy kilka, wspinanie się na piec, szafy i inne otaczające sprzęty, to znowu skakanie, lub podrzucanie się całym ciałem w górę i t. d. W innych razach zamiast podwyższonej działalności sfery ruchowej, spostrzegać można osłabienie tej ostatniej lub paraliż, które bardzo często znikają same przez się, bez żadnego leczenia. Zaburzenia czucia rzadziej się u dzieci spotykają.

W danym przypadku, dla stwierdzenia swego przypuszczenia hysterii, prof. H. ważny kładzie nacisk na tę okoliczność, że napady wystąpiły jednocześnie z przeniesieniem się dziecka i rodziców ze wsi do wielkiego miasta. I rzeczywiście łatwo sobie wyobrazić, że psychiczny wpływ na dziecko mógł być wielki, skoro się ono ze świeżego powietrza i z pełnej wiejskiej swobody ujrzało naraz w dusznej i ciasnej piwnicy wielkomiejskiej. Ze ten ostatni wpływ mógł



najważniejszą przyczyną rozwoju choroby, dowodzi i ta okoliczność, że napady występują tylko rano i wieczór przy wstawaniu i kładzeniu się do łóżka, zatem wtedy, kiedy dziecku nastęrcza się najwięcej smutnych myśli.

Regularność napadów przemawia również na korzyść hysterii. Często u dzieci napady hysteryczne występują z zadziwiającą punktualnością, i tak, prof. H. opowiada o pewnej 8-letniej dziewczynce, u której codziennie, punktualnie o godzinie 7 $\frac{1}{2}$  wieczorem, zjawiały się wymioty krwawe bez żadnego zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. W innych organach wewnętrznych nie nieprawidłowego odnaleźć nie było można, w zewnętrznym jednakże wyglądzie, w spojrzeniu dziewczynki znać było jakiś przedwczesny rozwój, a nawet pewnego rodzaju kokieterję. Wymioty krwawe ustąpiły wkrótce, skoro mała chora wysłaną została na wieś, gdzie gimnastyka, i w ogóle tonizujące środki zastosowane były. I w naszym przypadku prof. H. jest stałego przekonania, że gdyby było możliwem przeniesienie dziewczynki do dawnych warunków — na wieś i swobodę — napady ustąpiłyby bezwątpienia zupełnie.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**59. Gueterbock. Rozdarcie ścięgna mięśnia trójkątowego ramienia.** Autor znowu miał sposobność widzieć tego rodzaju przypadek (jeden podobny opisał w 21-szym tomie Archiwu Langenbeck'a). Dziewczynka 13-letnia upadła, mając zgiętą rękę, przyczem dał się słyszeć wyraźny trzask w łokciu. Od tej chwili czynne wyprostowanie przedramienia stało się niemożliwem, zginanie jakoteż ruch na wrotny i wyrotny—możliwe i ograniczone tylko do pewnego stopnia bólem w łokciu. Ruchy bierne swobodne i obszerne. Bólów samowolnych prawie niema, przy dotykaniu jednak łokcia ból bardzo dotkliwy. Obrzmienie nieznaczne, tylko na wierzchołku wyrostka łokciowego nieco większe, w tem miejscu siniak na skórze. Zaraz nad tem miejscem palec wpada w znaczne wgłębienie, nie wyczuwa twardego ścięgna, ale dochodzi za to do górnej chropowatej powierzchni wyrostka łokciowego, gdzie się to ścięgno przyczepiało. Do *fossa sigmoidea postica* dojść palcem nie można. Po 8 dniach opatrunku gipsowego w położeniu wyprostnem, czynne wyprostowanie było możliwe już do 110° i dołek nad łokciem znikł. Nałożono opatrunek tekturowy. W 4 tygodnie po wypadku wyprostowywanie już było zupełnie normalne, ból i obrzmienie znikły bez śladu, a przyczep m. trójkątowego do wyrostka wydaje się zupełnie nienaruszonym. Autor przypuszcza, że i w tym przypadku rozerwanie nastąpiło przez naprężenie mięśni i że w danym razie nastąpiło tylko częściowe oderwanie ścięgna, gdyż nie mógł dokładnie palcem obejść chropowatego wierzchołka wyrostka łokciowego.

(Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 26. H. I.)

R. J.

**60. Preyer O hypnotyzmie.** (Ueber Hypnotismus). P. wywoływał zjawiska hypnotyzmu u zwierząt. Doświadczenia takie mają tę zaletę, że za pomocą nich usuwa się wszelką możliwość udawania i że na drodze wiwisekeyi można usunąć pewne części mózgu.

U zwierząt przez obwodowe bodźce można wywołać dwojaki stan: katalępsyję i prawdziwy hypnotyzm.

Katalęptycznemi stają się zwierzęta, podobnie jak ludzie, tylko po gwałtownych, mocnych, niezwykłych podrażnieniach obwodowych, hypnotycznemi zaś po podrażnieniach słabych, jednostajnych i niezwykłych. Hypnotyzm zdaje się zależeć od zmęczenia pewnych części kory mózgowej po nadmiernem skupieniu uwagi na jakieś wrażenia, gdy katalępsyja przychodzi skutkiem gwałtownego werwania się mocnego pobudzenia obwodowego do organów ośrodkowych. Wszakże ludzie mogą także bez wszelkich bodźców obwodowych, wprost przez nadwyzajne skupienie uwagi stawać się hypnotycznymi.

Zwierzęta, podobnie jak i ludzie, dają się hypnotyzować łatwo lub trudno. Jest to indywidualne.

Jeżeli ła two hypnotyzującej się śwince morskiej nałożyć na nos szczypcyki łagodnie ścisnące, albo w innym miejscu, nieco mocniej, powoli i jednostajnie szczyppać skórę takimi szczypcykami,

albo też ścisnąć tylko mocno za ucho palcami, to zasypia ona często już po pół, a nawet po ćwierć minuty. Można wówczas, usunąwszy drażnienie, nadawać jej najrozmaitsze położenia, a ona je zachowa. Znajduje się ona w takim stanie, że przy zmniejszonej czułości (*Sensibilität*), zachowuje stan równowagi ciała. Zamyka oko przy dotykaniu, ale na mocne bodźce dźwiękowe, a nawet bolesne może nie oddziaływać weale. Podobnie zachowują się kury. Jeżeli kurczęciu przykryć głowę szklanym lejkiem w ten sposób, że ten w wielu miejscach naraz dotyka, to kurczę wkrótce zaczyna zachowywać wszelkie nadane mu położenia głowy i członków, nawet po lekkim usunięciu lejka.

Przy wszystkich takich doświadczeniach zwierzęta dziwnie prędko przechodzą do siebie, gdy na nie dmuchnąć lub je trącić; przeciwnie zaś, w stałym strumieniu powietrza, lub pod wpływem trwałego nacisku, łatwo znowu stają się nieruchome.

Hypnotyzm zwierząt podobny jest do późnu lunatyków, gdy indywiduum kataleptyczne znajduje się w stanie czuwania, tylko bez woli i sądu. Główna różnica polega na tem, że zwierzęta hypnotyzowane mogą poruszać członkami (np. żeby utrzymać równowagę), gdy kataleptyczne nie mogą się poruszać stosownie do celu. Hypnotyzm może wszakże przechodzić w katalepsję przy odpowiednich warunkach i naodwrot, zwierzęta, będące w stanie katalepsji, można hypnotyzować.

(*Jenaische Zeitschrift f. Naturwissenschaft. Bd. XIV, 1881. Supplement-Heft I. pag. 48*).

D-r E. Przewoski.

**61. Sól żółtkowa Schaumanna** (*Schaumann's Magensalz*). Jest mieszaniną przeważnie dwuwęglanu sodu z dodatkiem siarczanu sodu, oraz zawiera ślady magnezyi.

**Kajaponina** jest to alkaloid z rośliny *Cayaponia globulosa* rodziny *Cucurbitaceae*, rosnącej w Brazylii. Jest środkiem silnie rozwalniającym, w dawce 0,006 milligr. Środek ten nie jest jeszcze dokładnie zbadany.

*Wiadomości Farmaceutyczne. Styczeń. 1881.*

**62. O zmianach w mózgu przy cierpieniach gorączkowych** (*Ueber Veränderungen im Gehirn bei fieberhaften Krankheiten. Von der Berliner medicinischen Facultät gekrönte Preisschrift*). W r. 1875 Popoff znalazł (*Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündung. Virchow's- Archiv. Bd. LXIII. — Ueber die Veränderungen im Gehirn bei Flecktyphus. Centralbl. f. die med. Wiss. 1875*) iż w tyfusie brzuszny i wysypkowy, oraz po obrażeniach mózgu, występują w ośrodkach nerwowych, a specjalnie w istocie szarej korowej mózgu, ostre zmiany zapalne, cechujące się nagromadzeniem ciałek limfatycznych w przestrzeniach istniejących naokoło naczyń i komórek nerwowych; ciała te mają wnikać w komórki, drażnić je i wywoływać ich podział, z razu jądra, a potem i samej protoplazmy. Przeciwnie zdaniu Popoffa występuje *Blaschko* widział on wprawdzie we wszystkich mózgak chorych, dotkniętych tyfusem, komórki okrągłe we wzmiankowanych przestrzeniach, lecz twierdzi — na mocy badań specjalnie w tym celu dokonanych — iż napotyka się one w każdym prawidłowym mózgu człowieka i wszystkich zwierząt kręgowych. Zdanie *Blaschki* nie jest nowe, gdyż wypowiedzieli je dawniej *Henle* i *Obersteiner* (*Ueber einige Lymphräume im Gehirn. Sitzungsber. d. k. k. Akad. d. Wiss. zu Wien. 1870*).

*Blaschko* zaprzecza także pojęciu ks. Karola *Bawarskiego*, jakoby w tyfusie, nie skutkiem zapalenia, lecz utrudnionego krążenia krwi i zwiększonej ilości wody w miąższu mózgu, ilość ciałek limfatycznych w przestrzeniach okołonaczyniowych i komórkowych była zwiększoną. Według *B.* w zdrowym mózgu liczba komórek znajdujących się w wymienionych wyżej przestrzeniach, a które on uznaje za limfatyczne, jest różną, zależnie od okolicy lub głębokości warstwy, badanej kory mózgowej. Stale ma tych komórek limfatycznych być więcej w okolicy ciemieniowej niż czolowej.

*Blaschko* badał i mózgi osób, dotkniętych posocznicą (*septicaemia*) podczas połogu i zwierząt (króliki, psy, świnki morskie — razem 23 mózgi), u których wywoływano sztucznie posocznicę. W cierpieniu tem objawy cierpienia ośrodków nerwowych należą do najcięższych i najwięcej charakterystycznych, a mimo to nie znalazł *B.* makro- ani mikroskopowo żadnej stałej zmiany. Nie stwierdził nadto by ciałek limfatycznych w przestrzeniach okołonaczyniowych i komórkowych było więcej. U jednego tylko królika w żyłach i kapilarach mózgu i osłon mózgowych były bryłki złożone z mikrokokków (*Bakterienemboli*), przy nietkniętej okolicznej tkanki nerwowej.

*Virchow's Archiv. Bd. LXXXIII. Heft 3. 1881.*

*W. Gajkiewicz.*

## WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie przedłużyło termin składania przedpłaty na Słownik terminologii lekarskiej do dnia 1-go Maja r. b.

### Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ciągu ubiegłego tygodnia zgłoszono się do Wydziału gospodarczego z zapowiedzią następujących prac, które mają być wniesione w Sekeyjach Zjazdu:

I. Z zakresu medycyny wewnętrznej: 1) *Syphilis praecox maligna*.

2) *Herpes febrilis*.

3) O peptonach białkowych w moczu osób dotkniętych rakiem.

4) Gruźlica krtani.

5) *Uraemia*.

6) Syfiliś narządu słuchu.

II. Z zakresu fizyki: O kinetycznej równowadze płynu nieściśliwego pod wpływem grawitacji i siły odśrodkowej.

III. Z zakresu etnologii: Botaniczne wiadomości jako przyczynek do lecznictwa ludowego.

Razem więc mamy dotychczas zapowiedzianych 26 wykładów w Sekeyjach, mianowicie: 1 z zakresu fizjologii, 1 z anatomii patologicznej, 10 z medycyny wewnętrznej (z tych 3 o chorobie syfilitycznej), 1 z chirurgii, 4 z higieny, 2 z fizyki, 1 z chemii, 2 z botaniki, 1 z etnologii.

Jak żywo Zjazdem naszym zajęli się kolledzy lekarze w Czechach, o tem świadczy ta okoliczność, że dotychczas już 12 lekarzy z Pragi zapowiedziało swe przybycie, a pomiędzy tymi czterej obiecali przedstawić prace i spostrzeżenia z zakresu medycyny praktycznej, mianowicie PP. Doc. D-r Janovsky, Doc. D-r Maixner, D-r J. Thomayer, asyst. klin. i D-r Czarda I. sekundaryjusz szpit. Wykłady przez tych Szanownych Kollegów zapowiedziane wymieniliśmy powyżej.

Co się tyczy zadań proponowanych do dyskusji w Sekeyjach, to z zakresu medycyny sądowej proponowane są następujące:

1) Jakie znaczenie ma opuchlina płuc (*oedema pulmonum*) w przypadkach sądowo-lekarskich?

2) Czy wgniecenia pośmiertne na szyi, pochodzące od odzieży (np. od koszuli), mogą naśladować — i do jakiego stopnia — rowek z zadziernięcia szyi za życia powstały?

3) Jakie znaczenie ma opatrunek przeciwnilny dla medycyny sądowej?

4) Znaczenie jasno-czerwonego zabarwienia krwi i płam trupich.

5) Czy wzywianie znawców lekarskich ze strony obrońców jest pożytecznem i pożądanem?

6) Czy obecność płynu w organach wewnętrznych dowodzi śmierci z utonięcia?

7) Czy płuca dzieci, które oddechały, mogą stać się znów bezpowietrznymi?

8) Jakie są najlepsze sposoby dochodzenia płam nasiennych?

9) Czy przypuszczenie obłąkania moralnego jest uzasadnionem?

10) Czy lekarz sądowy może orzekać o poczytalności?

Szanowni Kolledzy, którzyby zechcieli się podjąć, w Sekeyi medycyny publicznej, referatu eo do jednego z powyższych zadań, raczą donieść o tem niżej podpisanemu, najdalej do końca Kwietnia roku bieżącego.

Prof. D-r Janikowski, przewodniczący Wydz. gosp. III-go Zjazdu.

### NADEŚLAŃ DO REDAKCYI:

D-r Onufry Trembecki. Sprawozdanie o ruchu i postępie z zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w r. 1880. Kraków. 1881.

Prof. D-r Albert Adamkiewicz. Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie und normale Empfindung. (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1881. Nr. 12.)

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Апрелья 1881 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѳлевска Nr. 23.

## Dr. Z. Dobieszewski

ORDYNUJE W MARJENBADZIE

podczas całej pory kąpielowej, mieszka w **Willa Dobieszewski**.

## Dr. Teofil Belke

Z WARSZAWY, ORDYNOWAĆ BĘDZIE W BUSKU

w roku bieżącym w m. Lipen i Sierpniu.

## Dr. Edward Brühl

lekarz zdrojowy w **Gleichenbergu**

ORDYNUJE OD 1 MAJA W DOMU „FÜLLHAUS“

Kolledzy życzący sobie posiadać przez niego napisany:

## Podręcznik dla gości kąpielowych w Gleichenbergu

zechęą się odnieść do autora w Gleichenbergu.

## LIMFA OSPOWA KROWIANKA

igielnik na dwuszczeptenie Rsr. 1.50 z przesyłką pocztową

APTEKA MAGISTRA FARMACYI

**H. KUCHARZEWSKIEGO**

Senatorska Nr. 11.

APTEKA

MAGISTRA FARMACYI



H. KUCHARZEWSKIEGO  
Senatorska Nr. 11.

Zaopatrzoną została w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdechania tlenu, które w każdym czasie bywają napełniane szybko i wydawane na miasto. Wdechania tlenu bywają zalecane w astmie, blednicy, niedokrwistości, gruźlicy, dyspepsy, chorobie cukrowej,— wracają szybko siły ludziom starym, jakoteż wyniszczonym w skutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładniająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecony pobyt na wsi lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego, zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych, przypadkiem do balonu dostać się mogących, używa się wdechając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie, przez 3 do 4-tych tygodni. Dla P.P. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracji, wysyłają się kompletne aparaty z mieszaniną, służącą do otrzymywania tlenu.