

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

Treść: I. B. ZIEMIŃSKI, O rażeniu krwawem ciałka szklistego. — II. J. PAWIŃSKI, Przypadek choroby Addison'a. — III. WŁ. OŁTUSZEWSKI, Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej (*Mycosis pharyngis leptothricia*). — *Notatki lekarskie.* — 4. K. NOISZEWSKI, *Lipomo-fibroma. Excentratio orbitae.*—Wiadomości terapeutyczne.—Wiadomości bieżące.—Nadesłano do Redakcyi.—Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

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

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem etefu, 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 dziem 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. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomysłnym 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 skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemierania symyathico-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-Świat Nr. 18

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystw lekarskich Krakowskiego
i Galicyjskiego.

Pismo poświęcone wszystkim gałęziom nauki lekarskiej wychodzi w Krakowie w r. 1888 a 27 od założenia swego według dotychczasowego programu w objętości średniej 1½ arkusza in 4-to co Sobota.

Warunki przedpłaty: W Krakowie rocznie 8 złr. półrocznie 4 złr. Kwartalnie 2 złr. 20 ct. w Cesarstwie austriackim z przesyłką pocztową rocznie 8 złr. 80 ct. półrocznie 4 złr. 40 ct.; w Cesarstwie rosyjskiem i Królestwie polskiem z przesyłką pocztową rocznie 6 rs. półrocznie 3 rs.

Przedpłatę przyjmuje: Administracja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa. 6—4

PERŁY

składu: Kreosoti fagi 0,05, Bals. tolut. 0,2, z wielkiem powodzeniem w chorobach piersiowych. obecnie zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23 w Warszawie. Nabywać można we wszystkich Aptekach. 3—3

PRZEGLĄD WETERYNARSKI

organ galicyjskiego Tow. weterynarskiego

CZASOPISMO

poświęcone weterynaryi i hodowli

wychodzi we Lwowie pod redakcją D-ra I. Szpilmana raz na miesiąc w objętości 1—1½ arkusza

Warunki przedpłaty: w Cesarstwie Rosyjskiem i Król. Polskiem rocznie 3 rs. 50 kop. półrocznie 1 rs. 80 kop.

Adres Redakcyi i Administracyi: we Lwowie ul. Kochanowskiego l. 33. w c. k. Szkole weterynaryi. 2—2

Wyszło z druku dzieło p. t.

Podręcznik Medycyny Praktycznej

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatniego (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 i II. Zeszyt ostatni jest na ukończeniu:

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, Plac Muranowski Nr. 10; St. Klejn, Dzika Nr. 30). Przedpłata powinna być z góry uiszczoną za całe dzieło. 0—2

GAZETA LEKARSKA.

Z KRÓLEWSKIEGO SZPITALA CHORÓB OCZNYCH MOORFIELDS W LONDYNIE.

I. O RAŻENIU KRWAWEJ CIAŁKA SZKLISTEGO U OSÓB DORASTAJĄCYCH.

Podał

D-r med. Br. Ziemiński,
Starszy asystent przy tymże zakładzie.

Śród różnych cierpień oka, które znacznie osłabiają, a często porażają prawie zupełnie wzrok, zasługują na szczególną uwagę wylewy krwi do wnętrza oka. Przyczyny tych krwotoków są różne. Ogólnie mówiąc, orzec możemy, że we wszystkich tych przypadkach albo zawartość [krew] naczyń krwionośnych lub też ścianki tych ostatnich [tętnic, naczyń włosowatych, żył, nareszcie serca], są dotknięte chorobowymi zmianami. Dalej nadmienić należy, że wylewy krwi, o jakich mowa, powstają pod wpływem dwojakiego rodzaju spraw chorobowych pod wpływem warunków ogólnych, cały ustrój danej osoby dotyczących, lub też pod wpływem jedynie miejscowych chorobowych zmian.

Spotykamy krwotoki śródoczne przy zapaleniach siatkówki oraz naczyńniówki, prawie zawsze jednak pod postacią dosyć drobnych ognisk wybroczynowych, położonych w siatkówce lub w naczyńniówce, lub pomiędzy temi dwiema błonami, nareszcie pod postacią niezbyt obfitych wylewów, pokrywających część pewną wewnętrznej powierzchni siatkówki. Dalej spotykamy wylewy krwi dosyć często u osób krótkowzrocznych, dotkniętych zmianami wskutek spraw zapalnych twardówki oraz naczyńniówki w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego. Doświadczenie przekonywa, że krwotoki te przy miejscowych, jedynie oka dotyczących zmianach chorobowych, wydarzają się najczęściej u tylnego brzegu oka, głównie w okolicy plamki żółtej (*macula lutea*); badanie czynności oka daje nam możliwość wysledzenia nieraz w tych przypadkach pewnej przerwy w samym środku pola widzenia [mroczki środkowe]. Również z powodu silnego napięcia, ścianki naczyń krwionośnych dna oka uleż mogą pęknięciu, przy wrodzonej puchlinie gałki ocznej. Niekiedy też, wskutek miejscowych chorobowych zmian w naczyniach dna oka, spostrzegać się dają przy jaskrze wylewy krwi samoistne lub też po operacji wycięcia kawałka tęczówki następujące ¹⁾. Krwotoki na

¹⁾ Wylewy krwi do ciała szklistego, występujące przy jaskrze, nie są zbyt częste. Według statystyk A. v. GRAEFE, GAŁEZOWSKIEGO, LAQUEUR'a oraz WECKER'a sądzić można, że jaskra krwotoczna nie wydarza się częściej jak w 3 przypadkach na 100 przypadków jaskry w ogóle. Wylew

dnie oka towarzyszą i innego rodzaju zmianom chorobowym siatkówki: mamy tu na myśli śródoczne wylewy krwi, wydarzające się przy białkoczcu, cukrzycy oraz przy sprawach zapalnych w siatkówce, występujących wskutek przymiotu.

Skoro krwotoki, o jakich była mowa, są obfitsze, wtedy mogą utorować sobie drogę do wnętrza ciała szklistego i przedstawić się przy badaniu wziernikowym pod postacią zmeńnień w cieczy szklistej; nieraz też zauważyć można skrzep w ciałku szklistem, pozostający w związku za pomocą rodzaju szypułki z naczyń krwionośnym, z którego wylew miał miejsce. W żadnym razie jednak, na co szczególnie nacisk należy nam położyć, wylew krwi w tych przypadkach nie jest dostatecznie obfity, aby ciało szkliste do takiego stopnia krwią przesiąkło, iżby promienie światła przy badaniu wziernikowym nie mogły dojść do dna oka. Wątpliwem jest też, czy podobnie obfite krwotoki śródoczne występują wskutek wadliwego stanu zastawek serca oraz wskutek pewnych chorobowych zmian składu krwi, lub może cierpienia ścian naczyń krwionośnych [zimnica złośliwa, zakażenie gnilne, plamica krwotoczna, gnilec, niedokrewność złośliwa, żółtaczka]; dalej wątpliwem jest, czy tak obfity wylew krwi do wnętrza oka nastąpić może wskutek znacznej utraty krwi przy owrzodzeniach żołądka, kiszek [wymioty krwawe, czarna choroba (*melaena*)], oraz wskutek znacznej utraty krwi przy pewnych cierpieniach części rodnych np. włókniaki macicy i t. p., a wreszcie wątpliwem jest również, czy nadmierny krwotok śródoczny wydarza się wskutek przeszkód, jakie krew, powracająca do serca, w górnej części ciała napotkać może [guzy, obrzęki szyi i t. d.]. Wiadomo, że w tych wszystkich przypadkach badanie wziernikiem jest zazwyczaj możebne. Przy badaniu takim w tych razach zauważyć nieraz można mniej lub więcej znaczne wylewy na dnie oka. Rozpoznanie tych zmian chorobowych jest tem łatwiejsze, że zwykle krew nie przenika w tych przypadkach w znaczniejszej ilości do ciała szklistego.

Jeżeli zatem pominiemy przypadki urazowe, to możemy w tym razie ogólnie orzec, że obfite wylewy krwi do ciała szklistego spotykamy głównie w dwóch okresach życia; u młodzieży dorastającej, oraz u osób u schyłku życia stojących, wraz z rozpoczęciem wieku starczego. Co do osób dorosłych, dotkniętych tak obfitym wylewem krwi do ciała szklistego, to są to głównie chorzy skłonni do zapaleń stawów natury dnawej, chorzy, których naczynia krwionośne uległy pewnym zmianom chorobowym (*Arteriosclerosis*), dalej chore z zaburzeniami macicznymi przy ustaniu miesiączki. Krwotoki śródoczne u osób, w latach zwrotu płciowego będących, występują nieraz w okresach właściwych następowaniu miesiączki u danej osoby; widocznem jest, że są to krwotoki zastępcze. Wyjątkowo spotykaliśmy tego rodzaju zastępcze krwotoki i u kobiet młodszych podczas czasowego lub zupełnego wstrzymania miesiączki.

krwi nastąpić tu może z ciała rzęskowego, zwykle jednak pochodzi z naczyń siatkówki lub nawet z naczyń tarczy nerwu wzrokowego. Ciecz szklista wydaje się lekko zabarwioną na żółto. Ogniska krwotoczne są liczne, lecz nader drobne. Cierpienie to wyjątkowo jedynie u osób młodych występuje. Badanie wziernikowe dna oka jest zwykle możebne. Napięcie gałki ocznej znaczne.

W tym wyglądzie znajduje się w mych spostrzeżeniach, z czasu w którym miałem zaszczyt być szefem kliniki prof. GAŁĘZOWSKIEGO, następująca wzmianka. U 14-letniej dziewczyny pojawiło się czyszczenie miesięczne i występowało w regularnych odstępach czasu przez miesiące 7, nagle z powodu „zaziębienia“ zupełnie ustało. Chora nie zwracała na to uwagi przez pewien czas, aż nareszcie matka jej zauważyła, że od czasu ustania miesiączki występują w pewnych odstępach silne, pare lub kilka razy w przeciągu kilku dni powtarzające się krwawienia z nosa. W tym okresie widoczne bywały różne objawy ogólnego podrażnienia w układzie nerwowym, właściwe nastąpieniu czyszczeń miesięcznych, a nadto silny nawał krwi do głowy oraz częste napady zawrotu. Taki stan rzeczy trwał przez 4 miesiące. W przerwach czasu pomiędzy temi napadami chora cieszyła się najlepszym zdrowiem. Nareszcie razu pewnego, w czasie w którym nastąpić miało zwykle w ostatnich 4 miesiącach krwawienie z nosa, chora nasza podczas napadu głośnego śmiechu zauważyła, że nagle wzrok jej, dotąd jednakowo bystry w obu oczach, zamroczył się nieco. Zasłoniwszy lewe oko, przekonała się, że w prawem wzrok prawie zupełnie utraciła. Tym razem krwawienie z nosa, jakiego chora spodziewała się, nie wystąpiło. Zbadawszy następnego dnia chorą, rozpoznaliśmy w oku prawem obfity wylew krwawy w cieczy szklistej, **Tn. V** = liczenie palcy w odległości 50 ctm.. Badanie moczu, krwi, naczyń krwionośnych oraz serca nie dało nam żadnego wyjaśnienia co do przyczyny tego krwotoku. Po kilku tygodniach wessanie nastąpiło w znacznej części. Przekonałiśmy się wtedy, przy rozpatrywaniu dna oka w obrazie prostym, że krwotok nastąpił z powodu pęknięcia **V. tempor. inf. retinae** w odległości około jednej średnicy tarczy nerwu wzrokowego od tej ostatniej. Oderwania siatkówki nie było. W częściach obwodowych żadnych zmian nie znalezione. Siła wzroku po 8 tygodniowym leczeniu doprowadzoną została do $\frac{1}{6}$ 1 lit.. Drobnie zmętnienia w cieczy szklistej po prawej stronie. Oba dwa oczy w stanie **E. Oc. sin. V** = $\frac{1}{6}$.

Znane są nam opisy, nie mieliśmy jednak dotąd sposobności widzieć obfitych śródocznych wylewów krwi przy ustaniu odpływów krwawych u osób młodszych. U dwóch osób, w wieku po wyżej 40 lat będących, rozpoznaliśmy w wyż podanych warunkach dosyć znaczny wylew do ciała szklistego; wszystkie jednak naczynia krwionośne były jednocześnie u tych chorych w wysokim stopniu chorobowemi zmianami dotknięte.

U pięciu zaś młodzieńców, których wiek wynosił lat 15, 16 [dwóch chorych], 18 i 22, rozpoznaliśmy obfity wylew krwi do ciała szklistego, którego nie można było objaśnić żadnym z licznych wyż podanych powodów. Przypadki te zwróciły też szczególną uwagę z naszej strony, a to w celu wykrycia istoty tej sprawy chorobnej.

Młode osoby, dotknięte tem cierpieniem, przedstawiały przy bliższem badaniu wiele wspólnych szczegółów wywiadowych, nadto badanie podmiotowe oraz stan czynności oka w każdym z pięciu przypadków tak były podobne, że, nie chcąc powtarzać się w opisie, uznajemy za właściwe podać w tem miejscu ogólny obraz kliniczny rażenia krwawego do cieczy szklistej na zasadzie od-

powiednich przypadków, jakie w ostatnich czasach badaniu bliższemu poddaliśmy.

Wylew krwawy do ciała szklanego z rodzaju, o jakim mowa, objawia się zwykle naraz tylko w jednym oku, często w lewym ¹⁾, występuje nagle, raptownie i zwykle bez bólu, wyjątkowo jednak chory wspomina, że chwilowy ból nader silny oraz wyraźne zjawiska świetlne ²⁾, poprzedziły inne objawy. Z pięciu przypadków, w tej pracy podanych, tylko w jednym chory twierdził z zupełną pewnością, że nagle wzrok utracił; 4 innych chorych objaśniło, że już przez kilka dni, a jeden nawet, że przez dwa tygodnie, które poprzedzały objaw znacznego osłabienia wzroku, od czasu do czasu zauważyli pewne chwilowe zamglenie tegoż [wzroku]. Z powodu, że stan chorobowy, o jakim mowa w tej pracy, dotyka nasamprzód jedno tylko oko, chory nie przywiązuje na razie większej wagi do drobniejszego zmniejszenia ostrości wzroku i zgłasza się do nas o poradę dopiero, skoro jest blizkim zupełnej ślepoty w temże oku. Gdybyśmy mieli sposobność przeprowadzić badanie wziernikowe już w chwili wystąpienia tych objawów, poprzedzających obfity wylew do ciała szklanego, to można przypuszczać, że zauważyliśmy podówczas drobne wylewy czy to na dnie oka, czy też nawet obecność wybroczyn krwawych w cieczy szklistej.

Choremu zdaje się, że mgła gęsta, ciemna zasłoniła przedmioty, otaczające go, zasłona ta nie porusza się przed okiem chorego, lecz pozostaje zwykle, szczególnie w początku cierpienia, przez czas pewien bez zmiany. Chory zeznaje nieraz, że mgła w pierwszej chwili jest czerwona, w krótko jednak barwa jej zmienia się, tak, że chory ma wrażenie, jakoby spoglądał przez mniej lub więcej gęstą mgłę zieloną, aż nareszcie wzrok tak zostaje zamroczony, że chory zaledwie jest w stanie liczyć palce w najbliższej odległości, a często jakościowe poczucie światła jest na razie stracone, tak, że chory jedynie znaczniejsze światło lampy rozpoznaje, wreszcie niekiedy tylko dzień od nocy odróżnić może. [W tym ostatnim razie można nieraz po pewnym upływie czasu przekonać się, że obfity wylew do ciała szklanego był rzeczywistym i jedynym powodem tak znacznego osłabienia siły wzroku, możebnem jest w podobnym przypadku, że żadne poważniejsze zakłócenie np. oderwanie siatkówki, nie istnieje]. Głównie środkowa, ale często i obwodowa bystrość wzroku jest zwykle w wysokim stopniu zmniejszona. Krwotok ten objawia się bez najmniejszych, zewnątrz widocznych objawów podrażnienia w oku; naczynia łącznicy nie są nasyknięte. W samym początku błyskawki są w zupełności zachowane: łatwo udaje się wywołać odpowiednie zjawisko świetlne przez ucisk na oko. Godnem jest zaznaczenia, że na-

¹⁾ Jeśli rzeczywiście krwotoki te częściej po lewej stronie się wydarzają, to pochodzi to ztąd, że *A. carot. com. sin.* oddziela się wprost bezpośrednio od *Arc. aortae*, nadto, że *V. innomin. sin.* jest więcej kręta niż odpowiednie naczynie po prawej stronie. Te warunki anatomiczne muszą mieć wpływ na napięcie w naczyniach odpowiedniej części ciała.

²⁾ Zjawisko to tłumaczy się prawdopodobnie nagłym uciskiem na nerw wzrokowy, co łatwo nastąpić może w przypadkach, w których krwotok ma miejsce z naczyń w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego lub z naczyń na teże położonych albo też z pochewki nerwu wzrokowego.

pięcie gałki ocznej nie jest nigdy w początku cierpienia tego ∞ większone. Kurczliwość źrenicy jest prawidłowa. Tęczówka przybiera tu ciemniejszy odcień, ale dopiero po dłuższej obecności wylewu krwawego.

Przy bocznem oświetleniu środków (*media*) oka, skierowując promienie światła od płomienia lampy pochodzące za pomocą silnej wypukłej soczewki kulistej [15,0 D do 20,0 D] tak, aby szczególnie dobrze oświetlić po kolei środki oka, po za płaszczyzną źrenicy położone ¹⁾, zauważymy nieraz [tem łatwiej im znaczniejszą jest szerokość źrenicy], ciemno-czerwony odbłask z wnętrza oka, którego pochodzenie łatwo udaje się oznaczyć w przedniej części cieczy szklistej, niekiedy tuż po za soczewką, której tylna powierzchnia zdaje się być pokrytą w tym razie gładką łupinką ciemno-czerwonego koloru. Zjawisko to spostrzegać się daje prawie bez wyjątku przy wylewie krwawym do ciała szklistego u osób w młodym wieku będących. Wyjątkowo jednak u tychże, a szczególnie u osób starszych, tem cierpieniem dotkniętych, zjawisko to nie jest widoczne, natomiast, przy uważnem badaniu, zdarza się zauważyć w pewnej odległości po za soczewką, w ciałku szklistem, powierzchnię brodawkowatą, żółto-zielonawą; powierzchnia ta stanowi przednią granicę wylewu krwawego, który nie był w stanie utworować sobie drogi do najbardziej ku przodowi, tuż po za torebką soczewki, położonej części ciała szklistego.

Skoro za pomocą wziernika wklęsłego zechcemy oświetlić dno oka, to zwykle nie udaje nam się zauważyć czerwono-żółtawego odbłasku z głębi oka. Przy użyciu nader silnego światła gazowego lub, co lepsze w tym razie, przy zastosowaniu światła elektrycznego i przy bardzo skośnem oświetleniu wnętrza oka w różnych kierunkach, zdołamy niekiedy zauważyć ciemno-czerwony, ciemno-wisniowy odbłask w oku. Łatwo przekonać się, że to ostatnie zjawisko powstaje wskutek odbicia się światła od przedniej powierzchni wylewu krwawego, nie zaś od samego dna oka.

W przypadku podobnym wynik badania czynności oka jest wielkiej wagi. Skoro chory zachował jedynie tylko poczucie światła, mało może być wątpliwości co do pochodzenia i natury tego odbłasku czerwonego.

Jak już powiedzieliśmy wyżej, rozpatrywanie dna oka przy tego rodzaju wylewie do ciała szklistego jest w samym początku tego cierpienia niemożliwe. Wyż podane objawy powinny wystarczyć do rozpoznania tak obfitego wylewu krwi do cieczy szklistej. Sam już wynik badania czynności oka, w krótkim przeciągu czasu występujące znaczne osłabienie tak środkowej jak i obwodowej

¹⁾ Przy badaniu tem przekonać się też odrazu można o obecności i niezmiennem położeniu odwrotnego, zmniejszonego obrazu płomienia światła, który to obraz utworzony zostaje przez tylną część torebki soczewki. Tę część torebki uważać należy pod względem optycznym jako zwierciadło wklęsłe. Obecność tego obrazu [najważniejszego pod względem praktycznym z 3 t. z. obrazów PURKINJE'go, powstających w oku przez odbicie światła], a również obecność lub odwrotnie brak wąskich, drobnutkich prążków w ścisłym szeregu, jeden obok drugiego, w budowie soczewki leżących może mieć wysokie znaczenie praktyczne w razie, jeśli inne objawy przedstawiają wiele rysów wspólnych t. z. zaćmie czarnej (*cat. igrā*) i obfitemu wylewowi do cieczy szklistej. Zwykle, co prawda, sam wiek chorego, a co ważniejsze sposób rozwoju cierpienia [powolny przy zaćmie, raptowny przy tem cierpieniu ciała szklistego] daje możność łatwego rozeznania stanu chorego.

bystrości wzroku przy jednoczesnem zachowaniu błyskawek, wystarcza często do odróżnienia tego stanu chorobowego od innych cierpień oka, nacechowanych również znacznem, szybko występującem osłabieniem lub utratą wzroku w jednym oku [zator środkowej tętnicy siatkówki]. Jeśli zaś za podstawę do rozpoznania stanu chorego weźmiemy zjawisko przy bocznem oświetleniu środków oka oraz przy badaniu wziernikiem wysledzone, to i w tym razie przekonać się nie trudno, że wynik tego badania przedstawia również cechy nader charakterystyczne. W przypadkach, co do których zachodzi przy rozpoznaniu pewna wątpliwość, zawahać się na chwilę można jedynie pomiędzy całkowitem zalewem krwawym cieczy szklistej a zaćmą czarną, lub ostatecznie przypuszczać obecność nader obszernego oderwania siatkówki. Okoliczności, pozwalające nam rozoznać zaćmę czarną w tych przypadkach, wyłuszczone zostały wyżej. Co się tyczy rozoznania przypadków ogólnego lub znacznego oderwania siatkówki, to wystarczy, jeżeli tu nadmienimy, że w tym razie odbłask z wnętrza oka przy badaniu wziernikiem jest zwykle szarawy, nie zaś ciemno-czerwonawy, że nadto naczynia siatkówki łatwo są wiaoczne, szczególnie podczas rozpatrywania wziernikiem wnętrza oka przez silniejsze soczewki wypukłe [+ 8,0 D do + 10,0 D]. Nareszcie jeden jeszcze objaw ułatwiał nam często w tym razie rozoznanie. Przy zaćmie, a również przy rażeniu krwawem cieczy szklistej, jesteśmy w możności zauważyć, po rozszerzeniu źrenicy *ad maximum* przy oświetleniu wziernikiem najdalej na obwodzie położonych części dna oka, pierścień zupełny barwy czerwono-żółtawej, barwy, jaką zwykle spostrzegamy przy badaniu wziernikiem dna oka; pierścień ten otacza cały brzeg soczewki: promienie światła są w stanie choć w części przeniknąć aż do dna oka, skierowywując się przez rąbek ZINN'a oraz przez części obwodowe cieczy szklistej. Przy oderwaniu siatkówki, pierścień ten albo nie będzie widoczny, lub też nie będzie zupełny, w tym ostatnim razie zauważymy jedną lub więcej przerw, w pewnych odstępach w tym czerwono-żółtawym pierścieniu położonych. Ten ważny rys rozpoznawczy nie został dotąd należycie oceniony.

Doświadczenie uczy nas, że wylewy krwi do ciała szklistego pręcej zostają wessane u osób młodszych, oraz w razie, jeżeli wylew zajął więcej ku przodowi położone części cieczy szklistej. Ztąd można wnosić, że w przypadkach wyżej podanych, bystrość wzroku chorych już w krótkim przeciągu czasu znacznie się polepszyła, tem bardziej, że mieliśmy możność przekonać się od razu o fakcie ważnym, mianowicie, że oderwanie siatkówki nie istniało: chorzy zupełnie zadawalająco oznaczali położenie światła przy oświetlaniu wziernikiem oka w różnych kierunkach. Mimo to, jakkolwiek po upływie kilku tygodni wessanie wybroczyn krwawych, które utorowały sobie drogę aż do przednich części ciała szklistego, nastąpiło w znacznym stopniu, jakkolwiek można było, choć co prawda, jak przez mgłę rozpatrywać wszystkie części dna oka, jednak bystrość wzroku pozostawała znacznie zmniejszona [$V = \frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$]. Tłómaczyć to można faktem, że w głębiej położonych częściach cieczy szklistej krew nie została jeszcze zupełnie wessana. Objasnienie to będzie wystarczające, szczególnie jeżeli zauważymy, że zmnętnienia cieczy szklistej tem znacznie zmniejszają siłę wzroku, im więcej są zbliżone do dna oka.

Po upływie 2—3 miesięcy od chwili wystąpienia objawów tego cierpienia mogliśmy przy odpowiednim leczeniu doprowadzić siłę wzroku tych chorych do $\frac{1}{9}$ lub też $\frac{1}{6}$ [niezupełnie]. Przy dokładnem badaniu wziernikowem we wszystkich przypadkach można było rozpoznać obecność drobnych zmętnień w cieczy szklistej; chorzy zeznawali przytem, że spostrzegają niekiedy mroczki przed oczyma (*mouches volantes*).

W ciągu 4 następnych miesięcy po tem polepszeniu siły wzroku oka dotkniętego, spotkaliśmy u czterech z tych pięciu chorych ¹⁾ ponowny zaś w krwawy ciała szklistego. W 2-ch przypadkach, w których przy pierwszym napadzie lewe oko ucierpiało, przy powtórny wylew krwawy w prawem nastąpił; nadto u jednego z tych dwóch chorych, w 2 miesiące później [ogółem w 8 miesięcy od chwili, w której spostrzeżono nasamprzód osłabienie bystrości wzroku w jednym z ocz], ciało szkliste lewego oka ponownym wylewem krwawym dotknięte zostało, czemu towarzyszyło znaczne oderwanie siatkówki.

Co się tyczy dwóch innych chorych, to wylew krwawy wznowił się w lewym oku, nie będąc na razie połączony z innem cierpieniem śródocznem. Po upływie 48 godzin jednak spotkaliśmy u jednego z tych młodych chorych, silne podrażnienie różnych gałązek nerwu trójdzielnego, zwiększone napięcie gałki ocznej [T + 1], oraz inne objawy jaskry ostrawej. Skoro tak silne, jak i słabe roztwory siarczanu, a również i salicylanu ezeryny [zawsze świeżo przysposabiane], wywoływały u tej osoby znaczne podrażnienie łącznicy oraz wilgotny wyprysk powiek i odpowiedniego policzka, a pilokarpina okazała się bezskuteczną, staraliśmy się ulgę choremu przynieść, wykonawszy przekłócie rogówki, jednak skutek pomyślny trwał niestety zaledwie 24 godzin, poczem wszystkie objawy jaskry na nowo wystąpiły. Zmuszony też byłem uciec się do *ultimum remedium* w tym razie, to jest, wykonać operację wycięcia kawałka tęczówki. Wynik był najzupełniej pomyślny: objawy jaskry ustąpiły, wessanie wybroczyn krwawych w cieczy szklistej szybko postępowało; ostatecznie przy użyciu słabych soczewek walcowatych siła wzroku tego oka, dwukrotnie już dotkniętego ogólnym zalewem krwawym cieczy szklistej, wynosiła $\frac{1}{9}$ 3 lit. [nie wiele mniej niż przed powtórny napadem; w tym czasie siła wzroku odpowiadała $\frac{1}{6}$ 4 lit.].

Drugi chory, którego lewe oko jedynie ale dwukrotnie temże cierpieniem dotknięte zostało, znajduje się obecnie pod naszą opieką. Siłę wzroku tegoż doprowadziliśmy [w 2 miesiące po pojawieniu się powtórny krwotoku] do $\frac{1}{12}$ 3 lit.. Przy badaniu wziernikiem spostrzegamy drobniejsze i znaczniejsze zmętnienia w cieczy szklistej; w bliskości tarczy nerwu wzrokowego znaczniejszy skrzep krwi zdaje się pozostawać w stosunku do jednej z mniejszych gałązek żylnych siatkówki, przebiegającej w okolicy plamki żółtej; tuż przy tym skrzepie

¹⁾ Stan wzroku wszystkich 5 chorych był nam znany przez 10 miesięcy, licząc od pierwszej chwili, w której cierpienie to wystąpiło. Rzecz szczególna, że jedyny z naszych chorych, u którego w przeciągu 10 miesięcy obfity śródoczny wylew krwawy nie wznowił się, został dotknięty tym wylewem na prawem oku, nie zaś na lewym, jak to miało miejsce u 4-ch innych, u których ponowne napady nastąpiły. Czyżby przy pierwotnym pojawieniu się zalewu cieczy szklistej w prawem oku przepowiednia co do szybkiego wznowienia się śródocznego wylewu była pomyślniejszą niż w razach, w których cierpienie to dotyka najprzód lewe oko?

sposstrzegamy dosyć obfitą wybrczynę krwawą o formie nieprawidłowej, bynajmniej nie płomykowatej. W innym jeszcze z tych 5 przypadków udało nam się zauważyć podobny fakt w bliskości tarczy nerwu wzrokowego w sąsiedztwie jednej z gałązek żylnych. U reszty zaś tych chorych wylew krwawy zdawał się pochodzić z najdalej na obwodzie położonych części dna oka. Naczynia siatkówki, a głównie żyłki tejsze, okazywały w obu oczach, szczególnie zaś w oku krwotokiem dotkniętem, znaczną krętość i grubość. Żyłki siatkówki były koloru ciemno-czerwonego. Krętość żyłek najznacniejsza zwykle była w najbliższym sąsiedztwie miejsca, w którym naczynie uległo pęknięciu.

Fakt, że w dwóch, co prawda tylko, przypadkach mogliśmy naocznie przekonać się o źródle krwotoku, zdaje się mieć pewne znaczenie, gdyż zdania autorów różnią się dotąd co do pochodzenia wybrczyn krwawych, występujących przy ogólnym zalewie ciała szklistego u osób dorastających. NIEDEN ¹⁾ np. twierdzi, że wylewy te pochodzą z naczyniówki, a szczególnie z okolic obwodowych takowej. W obwodowych częściach dna oka siatkówka jest rzeczywiście nader cienką błonką, oraz posiada tam jedynie drobne gałązki naczyń, podczas gdy spłoty żyłne naczyniówki są znacznie rozwinięte w części obwodowej dna oka. Niejeden sądzi też, że krew, wylewająca się z naczyniówki najłatwiej jest w stanie rozerwać siatkówkę w jej części obwodowej, a dalej, że obfitość krwotoku oraz raptowność pojawienia się tegoż wskazują, że tu pęknięciu uległa jedna z gałęzi szerokich spłotów żylnych naczyniówki nie zaś która bądź z drobnych gałązek naczyń siatkówki. Przypuszczamy możliwość wylewu krwi z naczyń obwodowych naczyniówki, a to przy objaśnianiu powstawania drobnych zmętnień cieczy szklistej, występujących np. u kobiet przy zaburzeniach macicznych podczas lat zaniku płciowego; u tych osób można w takim razie prawie zawsze przy uważnem badaniu wziernikiem odnaleźć drobne miejsca na obwodzie naczyniówki, zanikiem lub innemi zmianami dotknięte, które nie wydają się być w żadnym stosunku do obwodowych gałązek naczyń siatkówki, znajdując się nieraz w znacznej odległości od takowych.

Przy obfitych jednak wybrczynach krwawych w cieczy szklistej, po wessaniu których nie znajdujemy najczęściej ani odklejenia ani znacznieszego rozerwania siatkówki, nie łatwo objaśnić, w jaki sposób krwotok ten nastąpić mógł z naczyniówki.

W przypadkach, w których krwotoki te pochodzą z naczyń siatkówki, należy baczenie badać dno oka w celu przekonania się, czy wylew krwawy powstał z naczyń tętnicznych czy też z naczyń żylnych.

PANAS ²⁾ wyraził zdanie, że tętnice siatkówki, które bywają tak często źródłem krwotoków śródocznych u osób w starszym wieku będących, nie tak łatwo rozerwaniu ulegają u osób młodych, u których natomiast najczęściej pękają naczynia żyłne. Słuszność tego zdania jesteśmy w możności potwierdzić wynikiem badania wziernikiem w dwóch przypadkach ogólnego zalewu cieczy szklistej. W żadnym z naszych przypadków nie mogliśmy przekonać się naocznie, że wy-

¹⁾ Ophth. Gesellschaft. Heidelberg. 1882.

²⁾ Le Bulletin médical. 1887.

lew krwawy powstał z naczyń tarczy nerwu wzrokowego [WECKER ¹⁾]. W jednym tylko przypadku opowiadanie chorego, że osłabienie wzroku było poprzedzone wyraźnym zjawiskiem świetlnym, pozwalałoby może przypuścić tego rodzaju pochodzenie wybroczyn krwawych. Jest jednak możebnem inne objaśnienie natury tego zjawiska, mianowicie, że wylew krwawy, powstający z którego bądź z naczyń, w sąsiedztwie tarczy położonych, był w stanie również wywołać toż zjawisko, szczególnie jeżeli krew przed utorowaniem sobie drogi do cieczy szklistej rozlała się po sąsiednich częściach dna oka, a głównie po tarczy nerwu wzrokowego, który tym sposobem doznał pewnego ucisku, wystarczającego do wywołania zjawiska świetlnego. ABADIE ²⁾ miał możność przekonania się w jednym przypadku, przy wczesnem badaniu tego cierpienia, jak drobne smugi krwi występowały wzdłuż ścianek naczyń siatkówki, poczem stając się szerszemi i liczniejszemi, nareszcie zlewając się w jedną szeroką smugę, pokryły tarczę oraz sąsiednie części siatkówki; jednocześnie w obwodzie dna oka widoczne były szerokie plamy krwawe. ABADIE jest zdania, że krew wylewa się w tych razach głównie w sąsiedztwie tylnego bieguna, w okolicy tej najznacześniejsza rzeczywiście część układu naczyniowego, który doprowadza krew, zostaje w związku z gałką oczną. WECKER jest innego zdania. „Wylew krwi przy tem cierpieniu pochodzi z tarczy nerwu wzrokowego: krew występuje u granic tarczy, rozlewa się wzdłuż znaczniejszych naczyń siatkówki, tworzy szerokie smugi, skierowane ku okolicy plamki żółtej, rozlewa się nareszcie po całym dnie oka oraz w cieczy szklistej“.

Stan refrakcyi oczu naszych chorych, które krwotokiem śródoczным nie zostały dotknięte, odpowiadał w dwóch przypadkach **E**, w jednym **H** oraz w dwóch prostej niezborności krótkowzrocznej [**As.** < 1,0 **D**]. Po wessaniu wybroczyny krwawej, jaka wydarzyła się przy pierwszym napadzie, oko cierpiące we wszystkich przypadkach, za wyjątkiem jednego, okazało się w tym samym stanie refrakcyi, co i drugie oko [zdrowe] u tejże osoby. W jednym tylko przypadku oko zdrowe było w stanie **E**, podczas gdy oko, krwotokiem dotknięte, po wessaniu krwi dopiero przy użyciu soczewki kulistej wklęsłej — 1,0 **D**, połączonej z soczewką walcowatą wklęsłą — 0,50 **D** oś **X**, do najwyższego w tym razie stopnia bystrości wzroku doprowadzone być mogło. Zresztą przekonaliśmy się o stanie refrakcyi tego oka przy podmiotowem [wziernikiem] badaniu. Chory twierdził, że nigdy przed wystąpieniem cierpienia oka najmniejszej różnicy nie zauważył pomiędzy obu oczami. Przy pierwszym badaniu zaznaczyliśmy w tym razie co do oka, krwotokiem dotkniętego, **T**—1 w stosunku do napięcia oka zdrowego. Nie mogąc mieć zupełnej pewności, czy różnorodność oczu tego chorego rzeczywiście dopiero skutek obfitego wylewu krwi do wnętrza oka się pojawiła, nie uważamy za stosowne ze spostrzeżenia tego coś stanowczo wnioskować. Należy jednak wspomnieć, że i NIEDEN (*l. c.*) u jednego ze swych chorych, trzykrotnie temże samem cierpieniem na jednym oku dotkniętego, znalazł w tem oku po wessaniu krwi, które wolno następowało, **V** = 1 przy **M** — 6,0 **D**. oraz znacz-

¹⁾ Traité Complet d'Ophth. IV. 1.

²⁾ Annales d'Oculistique. XCV.

nie obniżonem napięciu tej gałki ocznej— podczas gdy oko zdrowe było w stanie E, a $V = 1$; oba oczy przed wystąpieniem krwotoku posiadały jakoby jednakową bystrość wzroku bez użycia szkieł. NIEDEN nie znalazł na dnie oka żadnych zmian chorobowych. Zwolnienie (*relaxatio*) osłon gałki ocznej spowodowało przypuszczalnie tę krótkowzroczność, która w przypadku NIEDEN'a, w ciągu 4 następnych lat nie uległa zmianie. LAQUEUR spostrzegł pojawienie się tego rodzaju nabytej krótkowzroczności po operacjach usunięcia zaćmy, oraz przy samoistnym zaniku oka (*essentielle Phthise*). Raptownie występująca krótkowzroczność objaśnia się w tych przypadkach zmianą w położeniu oraz w krzywiznie (*Krümmung*) soczewki, nie zaś zmianą w krzywiznie rogówki. [D. n.]

II. PRZYPADEK CHOROBY ADDISON'A.

[Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 29. XI. 1887].

Spostrzegai i opisał

D-r med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Choroba ADDISON'a, inaczej chorobą bronzową, cisawką zwana, należy pod względem swej patogenezy jeśli nie do zagadkowych, to przynajmniej do bardzo zawiśłych. Minęło już przeszło lat 30, od czasu kiedy lekarz angielski ADDISON¹⁾ po raz pierwszy ją opisał i pomimo, że do obecnej chwili nagromadziło się już sporo materyjału, bo dotychczas ogłoszono drukiem około 300 przypadków, pomimo szybkiego rozwoju fizjologii i anatomii patologicznej, postęp w wyjaśnieniu istoty rzeczy cierpienia, o którym mowa, jest bardzo mały. I nie dziwnego, skoro się zważy, że dotychczas nie ma jeszcze jedności pomiędzy badaczami, czy nadnercza, które są zwykle głównem siedliskiem zmian patologicznych w chorobie ADDISON'a, zaliczyć należy do działu gruczołów, czy narządów nerwowych, lub też do narządów na wpół gruczołowych, na wpół nerwowych. Podobnież na pewno nie wiadomo, jaką rolę odgrywają nadnercza w sprawach życiowych ustroju wogóle. Z tych właśnie powodów, jak również ze względu, iż przebieg kliniczny choroby bronzowej przedstawia dla lekarza praktyka dużo ciekawych stron, a cierpienie należy w każdym razie do rzadkich²⁾, ośmielam się przedstawić uwadze Szanownych Kolegów przypadek choroby ADDISON'a, stwierdzony sekyją i poparty badaniem drobnowidzowem.

¹⁾ On the consitutional and local effects of disease of the suprarenal capsules. London. May. 1885.

²⁾ W naszej literaturze znalazłem opisane dwa przypadki choroby ADDISON'a, potwierdzone badaniem pośmiertnem. Jeden z nich opisał D-r Le BRUN niegdyś naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus [Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Tom 41, str. 135], drugi zaś podał D-r MACUDZIŃSKI, lekarz szpitala w Jaśle w Przeglądzie Lekarskim Krakowskim [r. 1871. Nr. 42]. W obu przypadkach znalezione na sekyi gruczoły nadnerczy.

Przypadek ten obserwowałem w szpitalu Dzieciątka Jezus w oddziale D-ra P. KRASZEWSKIEGO, któremu składam serdeczne podziękowanie za łaskawe pozwolenie badania chorej i śledzenie za przebiegiem choroby.

Młynarska Julija, lat 30, przybyła na salę 8-mą d. 29 Sierpnia 1887 roku, z powodu uporczywych wymiotów, rozwolnienia i ogólnego osłabienia. Jak dawno trwają powyższe objawy i wogóle cała choroba trudno było dowiedzieć się z powodu, iż chora dawała bardzo niejasne i niepewne odpowiedzi: raz twierdziła, że zachorowała przed kilkoma dniami, to znowu tegoż samego dnia utrzymywała, że choroba trwa od kilku tygodni. Wogóle z powodu niezwyklego apatycznego stanu rozmawiała niechętnie i jakby z przymusu; wszelka rozmowa i zapytania widocznie ją męczyły, gdyż prawdopodobnie dla pozbycia się pytań odpowiadała często w duchu potwierdzającym.

Stan podmiotowy chorej przedstawiał się w następujący sposób:

Budowa dobra, odżywianie mierne, wzrost średni, tkanki tłuszczowej mało, mięśnie wiotkie, słabo rozwinięte. Skóra gładka, na całym ciele posiada ciemne zabarwienie z odcieniem kasztanowatym, brązowym. Ciemne zabarwienie najwydatniej przedstawia się na twarzy i rękach, na brodawkach sutkowych, na brzuchu w okolicy pępka, na wewnętrznej powierzchni ud i pod pachą. Prócz tego na ciemnym tle widać gdzieś rozrzucone ciemniejsze małe plamki wielkości soczewicy lub grochu. Plamki te nie są wyraźnie odgraniczone od sąsiedniej skóry, lecz stopniowo zabarwienie staje się słabszem. Wogóle miejsca zabarwione skóry nie zmieniają się za naciskiem palca. Skóra na dłoniach, jak również i na stopach, jest znacznie jaśniejszą aniżeli w innych miejscach. W przeciwieństwie do ciemnego zabarwienia skóry, odznaczają się swoją bladocią spojówki oka i podścielisko paznokci. Na błonie śluzowej warg spostrzegamy gdzieś ciemniejsze miejsca. Stan bezgorączkowy, tętno około 80 na minutę, słabe, drobne, prawie nitkowate. Oddech spokojny, jednostajny, nieco zwolniony, 16 na minutę. Chora leży spokojnie, apatycznie, najchętniej nakrywszy sobie głowę kołdrą.

Badanie fizykalne wykazuje w szczytach obu płuc, z tyłu klatki piersiowej, nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego z oddechem nieokreślonym, w pozostałych częściach płuc oddech pęcherzykowy i nieliczne rżenia wilgotne. Chora nie kaszle. Uderzenia serca słabe, tony czyste, tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym. Tętno małe, około 80 na minutę, miarowe. Śledzienna powiększona [górną granicą na VIII żebrze]. Wątroba prawidłowej wielkości. Język obłożony, nieco podsycha, na brzegach takowego spostrzegamy dwa wyraźne pasy, szerokości 3—4 milimetrów, idące od wierzchołka do podstawy języka, ciemno-brunatnego prawie czarnego koloru. Brzegi języka wyglądają jak gdyby były posmarowane atramentem i wyraźnie są odgraniczone od sąsiedniej błony śluzowej języka. Za pomocą tarcia palcem, niepodobna zmyć tych ciemnych miejsc. Brzuch nieco wzdęty, bolesny na ucisk w okolicy dołka podsercowego i kiszki ślepej. Stolce wodniste, odchodzą bez wiedzy chorej. W moczu nie nieprawidłowego nie znaleziono. Żrenice nieco rozszerzone.

Wymioty trwały około 5 dni i były nadzwyczaj częste i uporeczywe, to samo da się powiedzieć i o rozwolnieniu, które wymiotom towarzyszyło. Wymioty występowały niezależnie od przyjmowania pokarmów. Zaraz z samego początku obok środków działających na usunięcie podrażnionego stanu przewodu pokarmowego, jak lód, makowiec. *magisterium bismuthi* i t. p. zalecono środki podniecające, jak eter, kamforę, wino, a to z powodu bardzo słabej działalności serca i ogólnej bezsilności. Po ustaniu wymiotów i rozwolnienia, przy których żadnego podniesienia ciepłoty nie zauważono, w przeciągu kilkunastu dni następnymi głównymi objawami były: ciągła apatyja, senność, brak wszelkiego łaknienia i znaczne osłabienie czynności mózgowych; był to stan podobny do ciężkiej zadumy (*melancholia*). Chorej podawano małe dawki chininy, waleryjanę, wino, bez widocznego wpływu na ustrój. Na 4 dni przed śmiercią wystąpiła silna gorączka o typie stałym (*febris continua*) tak, że ranna i wieczorna ciepłota dochodziła do 40,5° C.. Chora na nic się nie uskarżała, osłabienie przyjęło jeszcze większe rozmiary, bywała zupełna nieprzytomność. Tętno w czasie gorączki było z początku przyspieszone, nitkowate, później zwolnione, niekiedy zupełnie niewyczuwalne. Co się tyczy źródła gorączki, to przy badaniu narządów wewnętrznych znaleźliśmy tylko zwiększenie poprzecznego wymiaru tępości serca, niekiedy zaś słycać było słabe tacie (*affricus pericardiacus*). Śmierć nastąpiła przy objawach wzmagającego się coraz więcej wyczerpania sił i niedowładu serca.

Rozpoznanie przedstawiało w danym przypadku niezwykle trudności, anamneza była niepewną, a cały szereg objawów, jakie chora przedstawiała miał w sobie dużo zagadkowego. Przedewszystkiem trudno było sobie wytłumaczyć niezwykle wyczerpanie sił i apatyję. Przy badaniu podmiotowym znaleziono tylko nieznaczne stłumienie wierzchołków płuc, z oddechem nieokreślonym, czego wobec braku gorączki, kaszlu i ogólnego nienajgorszego wyglądu chorej—nie można było uznać za jedyną przyczynę tak wielkiej adynamii. Nieznaczne powiększenie śledziony niewiele wyjaśniało zawiłą sprawę. Po pierwotnem rozpoznaniu, postawionem pierwszego dnia przybycia chorej do szpitala, jako *gastro-enteritis*, w dalszym przebiegu wraz z Sz. Kolegą KRASZEWSKIM przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z rekonwalescencyją po tyfusie, którąby można było objaśnić znaczne osłabienie chorej i ciężki stan przygnębienia, lub też należało przypuścić charłactwo spowodowane albo zwyrodnieniem mączkowym, albo obecnością jakiego złośliwego nowotworu, np. raka w miejscu niedostępnem do zbadania. Na istnienie tego ostatniego zdawało się wskazywać niezwykle, ciemne, z odcieniem brunatnym zabarwienie skóry, które miało pewne podobieństwo do zabarwienia, jakie u niektórych osób cierpiących na raka zwłaszcza jamy brzusznej [wątroby] występuje. Skoro jednak po kilku dniach koloryt skóry stawał się coraz ciemniejszy i zbliżał się do barwy powłok zewnętrznych u mulatów, a adynamija stawała się większą, władze umysłowe słabły, wtedy przypuszczenie istnienia w naszym przypadku choroby ADDISON'a zyskiwało coraz więcej gruntu. Co się tyczy gorączki, jaka w ostatnich kilku dniach wystąpiła, to ponieważ, prócz słabego tarcia listków osierdzia, badanie fizykalne nie wykrywało żadnych zmian w innych narządach, należało więc przypuścić, że suche zapalenie osierdzia (*pericarditis sicca*) jest powodem podniesienia się ciepłoty.

Badanie pośmiertne, wykonane przez Sz. kolegę D-ra med. PRZE-
WOSKIEGO w dniu 20 Września 1887 wykazało: w obu wierzchołkach płuc już to
rozsiane stwardnienia wielkości orzecha laskowego, już to złane w większe ma-
sy — gruźliczej natury. Wyraźnej sprawy rozpadowej nie można było w płu-
cach zauważyć — było to nacieczenie gruźlicze ze skłonnością do przeistoczenia
włóknistego. Osierdzie przedstawiało zmiany właściwe ostremu włóknikowemu
zapaleniu (*pericarditis fibrinosa acuta*). Serce wiotkie, nieco powiększone w wymia-
rze poprzecznym, mięsień lewej komórki bledszy niż zwykle. Na zastawkach
żadnych zmian chorobowych nie znaleziono. Śledziona, wątroba, nerki nie przed-
stawiają nic nieprawidłowego. Oba nadnercza znacznie powiększone, 4—5
razy większe, aniżeli w stanie prawidłowym i twardsze, niż zwykle. Na roz-
kroju widać, że otoczka jest zgrubiała w obu nadnerczach — wogóle jednak
zmiany chorobowe w lewym nadnerczu były wydatniejsze, aniżeli w prawym,
a mianowicie lewe znajdowało się w stanie nacieczenia gruźliczego, zajmującego
głównie miąższ. W tym ostatnim można było zauważyć małe szare guziczki roz-
siane, to mniejsze, to znowu większe, powstałe ze zlania się mniejszych. Na roz-
kroju prawego nadnercza, w substancji miąższowej nie było już śladu prawid-
łowej budowy, w samym środku gruczołu znajdowała się zserowaciała masa
wielkości małego orzecha laskowego, żółtawego koloru, pozostająca w bardzo
słabem połączeniu z resztą tkanki nadnercza. Istota korowa była mało zmie-
nioną.

Przy badaniu drobnowidzowem znajdowaliśmy w częściach nadnercza
mniej zmienionych sprawą chorobową komórki olbrzymie w obfitej ilości; masy
zaś zserowaciałe przedstawiały się w postaci drobnoziarnistego rozpadu, w któ-
rem już niepodobna było dopatrzeć pierwiastków tkankowych, uwydatniały się
zaś tylko ziarenka tłuszczowe, komórki z zawartością tłuszczu, cholestea-
ryną i t. p..

Prócz tego, badanie, wykonane specjalnie na pasorzyty przez kol. PRZE-
WOSKIEGO, wykazało w nadnerczach obecność laseczników gruźliczych Koch'a
w umiarkowanej ilości. Sploty i zwoje nerwu sympatycznego dla gołego oka
nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych. Opony mózgowie i istota mózgu
znajdowały się w stanie bezkrwistości.

Szpiczki posiadał zabarwienie czerwone.

Co się tyczy zabarwienia skóry, to w skrawkach wziętych z ciemniejszych
części, a mianowicie z wewnętrznej powierzchni uda — znajdowano obfitość brun-
natnego barwnika w komórkach sieci MALPIGHI'ego. Warstwa komórek MAL-
PIGHI'ego, sąsiadująca z częścią brodawkową skóry, była najsilniej zabarwioną na
ciemno brunatny kolor, tak, że przedstawiała się w postaci ciemnej wstęgi wiją-
cej się naokoło brodawek. W kierunku ku naskórkowi ilość barwnika zmniej-
szała się znacznie, ku wewnątrz zaś — w tkance łącznej można było zauważyć
rozrzucone komórki z brunatną drobnoziarnistą zawartością, zwłaszcza w blisko-
ści naczyń.

Epicrisis. Skoro na mocy powyższego nie może być wątpliwości, iż mieliśmy
do czynienia z chorobą ADDISON'a, wypada nam przedewszystkiem zastanowić
się nad stroną kliniczną przedmiotu. Co się tyczy objawów chorobowych, to

w naszym przypadku najwięcej uderzającymi były: 1) ciemne, brunatne zabarwienie całej skóry; 2) uporczywe wymioty i rozwolnienie; 3) nadzwyczaj wielkie osłabienie (*adynamia*) połączone z pewnem otrętwieniem umysłowem, brakiem pamięci i t. p.. Skoro po zastosowaniu środków kojących, a później pobudzających, podrażnienie przewodu pokarmowego po kilku dniach ustąpiło, obraz chorobowy składał się głównie z niezwykle ciemnego zabarwienia skóry i bezsilności. W pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu zabarwienie nie osiągało jeszcze wysokiego stopnia, tak, że wobec braku dokładnej anamnezy i niezwyklej bezsilności można było przypuścić albo rekonwalescencyję po ciężkim tyfusie, albo też zakażenie bagienne (*cachexia malarica*). Na korzyść tego ostatniego przemawiał ciemny koloryt skóry, powiększenie śledziony, jak również i ta okoliczność, że w żadnym z narządów wewnętrznych, jak w płucach, sercu, wątrobie, nerkach, niepodobna było wykryć źródła tego niezwyklego wyczerpania sił. Przytem zapamiętać należy, że stan chorej był ciągle bezgorączkowy, wyjąwszy kilka dni przed śmiercią. Gdyby nie ciemny kolor skóry, można było ową adynamiję odnieść na karb złośliwej bezkrwistości (*anaemia perniciosa*), do której choroba ADDISON'a ma pewne podobieństwo, zważywszy, że w obu tych chorobach mamy do czynienia z wielką bezsilnością, z bardzo osłabioną czynnością serca, małym, słabem tętnem i wogóle bezkrwistością. W obu tych postaciach chorobowych badanie narządów wewnętrznych daje najczęściej ujemne wyniki, a przyczyna rozwoju choroby niewiadoma.

Co do możliwości przyjęcia choroby ADDISON'a za tyfus, zwłaszcza jeśli chory gorączkuje, a prócz tego występują objawy gastryczne, to i D-r MERKEL¹⁾ w pracy swej o chorobie brązowej wspomina o jednym takim przypadku, w którym za życia rozpoznano tyfus, a na sekcji wykazano zmiany właściwe chorobie, o której mowa. W naszym przypadku na korzyść tyfusu przemawiało powiększenie śledziony, bolesność i przelewianie w kiszce ślepej.

Ciemne zabarwienie skóry występuje niekiedy przy ciężkich postaciach żółtaczk, jednakże wygląd twardówki oka rozstrzyga wątpliwość, a mianowicie w żółtaczce bywa ona zabarwioną, gdy tymczasem w chorobie ADDISON'a odznacza się swoim białawym, perłowym wyglądem.

W dawniejszych latach, kiedy chorym z wiałem rdzenia kręgowego (*tabes*) zalecano preparaty srebra, a zwłaszcza saletrzan srebra do wewnętrznego użytku, mogła zachodzić nieraz trudność w rozpoznawaniu — pomiędzy ciemnym zabarwieniem skóry, zależnem od choroby ADDISON'a, a zabarwieniem wywołanem sztucznie przetworami srebra. W tym ostatnim jednakże razie koloryt skóry posiada odcień szaro-niebieskawy, stalowy, gdy tymczasem w chorobie ADDISON'a zabarwienie skóry zbliża się więcej do kasztanowatego, brązowego koloru — oprócz tego wywiady rozstrzygają wątpliwość.

[D. n.]

¹⁾ Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von D-r H. ZIEMSEN, 1878. Krankheiten des Chylopoëtischen Apparates, Zweite Hälfte. ADDISON's Krankheit, von D-r G. MERKEL, str. 322.

III. PRZYPADEK GRZYBICY GARDZIELI WŁOSKOWCOWEJ

(*Mycosis pharyngis leptothricia*).

Opisał

D-r Władysław Oltuszewski.

W połowie Stycznia 1886 r. zgłosiła się do mnie panna H. W., 16 lat licząca, uczennica pensyi, zaniepokojona białymi plamami w gardle, które aczkolwiek nie sprawiały jej żadnych dolegliwości, niepokoiły ją jednakże uporczywą swą obecnością. Z wywiadów dowiedziałem się co następuje: wuj chorej umarł na suchoty. W dzieciństwie przebywała odrę i koklusz. Od 4 lat skłonna jest do nieżyków gardła, nosa i obrzmiewania gruczołów szyjowych, szczególnie zimową porą. Chora zaczęła miesiączkować przed 3 laty. Miesiączka obfita, bolesna. Obecna choroba rozpoczęła się przy końcu Listopada 1885 gorączką, dreszczami i pojawieniem się plam białych w gardle. Zawezwany lekarz rozpoznał błonicę gardła. Po kilku dniach gorączka przeszła, plamy jednak w gardle nie ustąpiły. Przy końcu Grudnia chora wyjechała na wieś do rodziny. Miejscowy lekarz leczył omawiane plamy gardła wszelkimi możliwymi środkami, nie wyłączając żrących, nie widząc jednak najmniejszej poprawy, zalecił chorej udać się do Warszawy, oświadczając, że podobnie niezwykłą chorobę pierwszy raz widzi.

Obecny stan chorej znalazłem następujący: miernej budowy, ze słabo rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym, tkanki tłuszczowej bardzo mało, na szyi nieznaczne powiększenie gruczołów. Klatka piersiowa płaska, oddech wszędzie pęcherzykowy. Granice serca prawidłowe. Tętno słabe. Tętno 65 na minutę. Język nieco obłożony, łąknienie niewielkie, stolce opieszale. Wątroba i śledziona w granicach prawidłowych. Badanie jamy nosowej od przodu wykazuje umiarkowany przerost muszli dolnej z lewej strony i średniej z prawej. Badanie jamy nosowej od tyłu nic godnego uwagi nie przedstawiało. Błona śluzowa ust i gardzieli prawidłowa, uderza tylko nadzwyczajny zanik migdałków. Na obu łukach tylnych widać białoszara guziczki w ilości sześciu z lewej strony i 8 z prawej. Po odchyleniu prawego łuku przedniego, widać na prawym migdale białe czopki, a w zagłębieniu tegoż migdała zgłębnikiem daje się wyczuć twardą masę. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem widzimy, że nasadę języka pokrywają takie same guziczki, jakie opisaliśmy na łukach. Krtań i tchawica nie godnego uwagi nie przedstawiają. Próbując odpowiednimi szczypcami usunąć guziczki na tylnych łukach i migdałkach, przekonałem się, że usadowione są one bardzo mocno. Konsystencja ich przeważnie była twarda.

Opierając się na makroskopowym wyglądzie guziczków, ich umiejscowieniu, braku podmiotowych objawów, nader uporczywym przebiegu cierpienia, chorobę rozpoznałem jako grzybicę, co też w zupełności potwierdziło drobnowidzowe badanie wyrwanych guziczków.

W tym celu wzięłem kilka świeżych czopków i zachowałem je w roztworze wodnym chloralu. Do badania użyłem rozcieńzonego roztworu LUGOL'a.

Badanie drobnowidzowe wykazało znaczną ilość długich i krótkich pręcików, już to oddzielnie leżących, już to ułożonych w wiązki, masy *zoogloea*, komórki nabłonkowe. Pręciki składały się jakby z oddzielnych członków i przybiebrały mocno niebieskie zabarwienie.

Chorą tę widział ze mną wspólnie kolega HERYNG i rozpoznanie moje grzybicy gardzieli w zupełności potwierdził. W myśl zrobionego rozpoznania zaleciłem chorej płukanie roztworem sublimatu [1:2000] i od czasudo czasu usuwałem mechanicznie czopki odpowiednimi kleszczykami, unikając przytem, o ile można, obrażenia błony śluzowej. Oprócz tego ostrą łyżeczką wyskrobałem złóg, znajdujący się w zagłębieniu prawego migdałka. Tego rodzaju leczenie stosowałem do 20 Marca 1886. Około tego czasu chora była zmuszona wyjechać do krewnych na wieś i pomimo zaleconego przyjazdu znikła mi zupełnie z oczu.

Stosując wyżej omówione leczenie przekonałem się, że guziczki na łukach i migdałku, pomimo mechanicznego ich usuwania, choć nieco w mniejszej ilości, ciągle się jednak odnawiały, na nasadzie zaś języka, gdzie podobnej próby nie robiłem, w bardzo krótkim czasie bezpowrotnie znikły.

Literatura opisywanego cierpienia przedstawia się bardzo ubogo. Kolega HERYNG w pięknej swej pracy o tej chorobie ¹⁾, oprócz ośmiu przypadków podawanych przez różnych autorów, opisał siedem swych własnych spostrzeżeń. Niedawno JAKOBSON ²⁾ ogłosił trzy przypadki grzybicy gardzieli. W 10-tym numerze *Revue mensuelle de laryngologie etc.* bieżącego roku CHIARI opisuje 3 przypadki tejże choroby. Dołączając do tego moje spostrzeżenie widzimy, że liczba dotychczasowo ogłoszonych odnośnych obserwacji zaledwie przechodzi 20, że więc opisywane cierpienie należy do bardzo rzadkich.

Grzybica gardzieli polega na obecności grzybka (*leptothric*), który można prawie zawsze wykryć za pomocą odczynu z jodem. Powyższe mniemanie stanie się pewnikiem, jeżeli otrzymamy sztuczną hodowlę grzybka i za pomocą szczepień pasorzytów, wziętych z tych sztucznych hodowli, wywołamy u zwierząt odpowiednie cierpienie. O ile mi wiadomo, pierwszy JAKOBSON otrzymał czystą hodowlę włoskowca, szczepień jednakowoż nie robił. Kolega HERYNG robił szczepienia świeżego materiału, wziętego wprost z migdałków, nie doszedł jednak do żadnego stanowczego wyniku. Jakie warunki sprzyjają rozwojowi choroby, pozostaje dotychczas rzeczą niewyjaśnioną. Zdaje się, że nie małą rolę w tym względzie odgrywają obrażenia jamy ustnej, gdyż wiadomo, że przy utracie nabłonka w jamie ustnej, tworzące się błony prawie wyłącznie składają się z nici włoskowca [KLEBS]. Pomijam morfologiczne i bijologiczne własności grzybka. Ciekawy czytelnik znajdzie je szczegółowo opisane w wyżej zacytowanej pracy kolegi HERYNGA.

Grzybica gardzieli umiejscawia się przeważnie na migdałkach, nasadzie języka, rzadziej na łukach i tylnej ścianie gardzieli, a bardzo rzadko w tchawicy. Na wyżej wspomnianych miejscach widzimy guziczki białe lub białoszare, nigdy

1) Grzybica gardzieli włoskowcowa (*mycosis pharyngis leptothricia*). Gaz. Lek. Nr. 9 i 10. 1884.

2) *Algoris faucium leptothricia*. Petersburg. 1885.

nie zlewające się. Cierpienie to charakteryzuje się niesłychaną uporczywością i zwykle nie sprawia ani żadnych miejscowych dolegliwości, ani ogólnych zaburzeń.

Ważną rzeczą dla praktycznego lekarza jest rozpoznanie opisywanej choroby. Najłatwiej wziąć ją za błonicę, szczególnie w przypadkach, gdzie z samego początku zjawia się powikłanie ze zwyczajnem nieżytkowem zapaleniem gardzieli, jak to miało miejsce w moim przypadku. Winniśmy dla odróżnienia pamiętać o następujących cechach: 1) przy grzybicy ogniska chorobowe są ograniczone, małe, nigdy się nie zlewają i nie tworzą błon; 2) pojawiają się one tylko na wyżej oznaczonych miejscach; 3) po ustąpieniu gorączki nie znikają; 4) badane pod drobnowidzem, dają wyżej omawiane wyniki. Jeżeli grzybica nie jest powikłaną nieżytkowem gardzieli, natenczas, oprócz wyżej wzmiankowanych cech, wyróżnia się jeszcze brakiem gorączki i podmiotowych objawów, jak bólu przy przelknięciu i t. d.. Od *tonsillitis lacunaris* wyróżnia opisywane cierpienie: brak gorączki, zupełnie inny wygląd guziczków, przebieg choroby i badanie pod drobnowidzem. W końcu przy różniczkowem rozpoznaniu na uwadze mieć trzeba *oidium albicans*, gruźlicę i przymiot gardzieli. Choroby te tak znacznie różnią się od opisywanego cierpienia, że uważam za zbyt uczęstne podawać w tym względzie jakiegokolwiek szczegóły.

Cała trudność leczenia opisywanego cierpienia polega na tem, że pasorzyt nie gnieździ się powierzchownie, lecz, jak to wykazał kol. HERYNG, zagłębia się w otwory migdałków, leki zaś, które w tych razach stosujemy, działają zwykle powierzchownie. Nawet doszczętne niszczenie ognisk chorobowych za pomocą żegadła w wielu razach nie zabezpiecza od powrotu choroby, gdyż nigdy nie możemy zaręczyć, że nie przeoczyliśmy jakiegoś guziczka. Z powyższego względu, a także mając na uwadze, że w wielu razach opisywana choroba sama przez się z czasem ustępuje, dopóki nie znajdziemy środka niszczącego bezpośrednio pasorzyta, oprócz odpowiednich płukań, winiśmy ograniczyć się na o ile możności ostrożnem wydalaniu wytworów chorobowych. JAKOBSON jako najlepszy środek, wpływający na zniszczenia pasorzyta, a zarazem nie drażniący zdrowych tkanek, uważa sublimat. Przypadek opisany wyróżnia się od innych spostrzeżeń swem przeważnem umiejscowieniem na tylnych łukach, a prócz tego na zasadzie zniknięcia guziczków nasady języka, gdzie nie robiłem żadnych prób w celu ich usunięcia, stwierdza jakoby przypuszczenie, że wszelkiego rodzaju drażnienia błony śluzowej mogą się przyczyniać do uporczywego trwania cierpienia. Złóg wapienny w prawym migdałku, podobnie jak to miało miejsce w jednym ze spostrzeżeń JAKOBSONA, z łatwością da się objaśnić biologiczną własnością grzybka osadzania węgla wapnia.

NOTATKI LEKARSKIE.

4. Lipomo-fibroma. Excentratio orbitae.

Aleksandra Gilena, prawosławna, panna, lat 19, zgłosiła się do mnie dnia 27 Lutego 1887 r. uskarżając się na bolesność oka lewego.

Stan obecny: oko prawe zupełnie zdrowe. Oko lewe mocno wypchnięte na przód i nieco w kierunku wewnętrznym (*m. rect. inter.*), tak iż rogówka i nawet cały przedni odcinek oka aż po za mięsień akkomodacyjny znajduje się przed nosem.

Długość linii prostopadłej od zewnętrznego spojenia powiek do płaszczyzny stycznej z wierzchołkiem rogówki wysadzonego oka wynosi 7 ctm., krzywa linii powiek monstrualnie rozciągniętych i przersłych wynosi na górnej i dolnej powiece po 0,11½ ctm.. Wywrot dolnej powieki zupełny. Obnażone części powieki i migotka są nadzwyczajnie przerosłe, barwy wiśniowej. mocno wilgotne i dające skąpą kleistą wydzielinę. Mięśnie proste: wewnętrzny i zewnętrzny są władne, również władnymi są mięśnie górny i dolny proste i skośne. Tęczęwka czuła na światło atropinę i ezerynę, wielka plama środkowa rogówki przeszkażdała wzziernikowemu badaniu.

Wywiady: Nowotwór rośnie od lat 12-stu stale, jakkolwiek bardzo powolnie.

Już siódmy rok jak chora utraciła poczucie światła w lewym oku ¹⁾. Chora dwa razy była w Warszawie, raz w Petersburgu i wiele razy w Wilnie, żadnym jednak razem nie zgadzała się poddać operacji, jakkolwiek guz wówczas był o wiele mniejszym. Od siedmiu lat chora już nigdzie się nie radziła. Obecnie chora sama zgadza się na operację, pod warunkiem jednakże jeżeli takowa nie grozi jej śmiercią.

Jakkolwiek olbrzymim był nowotwór, to jednak wzrost jego niezmiernie powolny [lat 12], ruchliwość mięśni-ocznych, czułość tęczęwki, brak wszelkich objawów mózgowych [niedowład nerwu twarzewego tłómaczy się uciskaniem jego gałązek] zmusiły mię do rozpoznania nowotworu niezłośliwego, spodziewanie: *Lipomofibroma* 30 Maja przystąpiłem do rękoczynu. Chorę zachloroformowano. Obecniemi byli: D-r KRAUS, D-r WOJSZWIŁO, D-r NATHANSON i D-r DMITRIJEWSKIJ.

Przeprowadziwszy cięcie poziome, rozłączyłem spojenie powiek aż do kości, dwa prostopadłe cięcia do pierwszego, jedno w górę, drugie w dół przeprowadziłem w odległości kilku milimetrów od końca poprzedniego cięcia. Oszczędzając następnie o ile można tkanki niezwyrodniałe, przeprowadziłem dwa cięcia koliste nad i pod gałką, podczas gdy koledzy odciągali w dół i górę obie powieki. Po rozcięciu otoczki i otworzeniu samego nowotworu, nie używałem już dalej noża [skalpela], lecz trzonkiem oddzielałem go od ścian oczodołu. Nowotwór długi czas był nie ruchomy, aż gdy końcem krzywych nożyceek oddzieliłem go i odsunąłem od tylnej ściany oczodołu. wówczas uruchomił się i dał nam otuchę, że nie ma odnóg domózgowych. Dwoma cięciami nożyceek oddzieliłem go zupełnie od tylnej ściany. Wprowadzony następnie palec do oczodołu nie znajdował żadnych pozostałości. Krwotok nieznaczny. Jamę oczodołu zapchano kulkami waty w oleju karbolowym [5%] wygotowanej. Nałożono opaskę uciskową. Wyluszczyłem następnie gałkę z nowotworu. Była ona zupełnie zachowaną i łączyła się z nowotworem przez nerw wzrokowy. Nowotwór rozwinął się w pozagałkowej części nerwu wzrokowego a raczej z jego osłon. Sam nowotwór był barwy brudno-żółtej, miejscami wpadającej w brudno-białą, a nawet w czarną barwę. Twardość nowotworu była znaczną.

Badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie.

Przebieg: wieczór 30-go Maja. Chora czuje się d. brze. Ciepłota 38½° C., 31-go Maja 38° C., wieczorem 38° C. 1-go Czerwca ciepłota normalna i odtąd chora przez cały czas swego pobytu w lecznicy nie gorączkowała. W cztery tygodnie po wstąpieniu chora wystąpiła jako zupełnie zdrowa.

¹⁾ Dotknięcie do oka i powieki mało bolesne, sprawia jednak nadzwyczajną przykrość chorej. Niedowład nerwu twarzewego tejże strony,

Zejście: Kości oczodołu dotkniętego nowotworem oka przerosła. a jama oczodołowa lewa bardzo znacznie większa od jamy prawego oczodołu. Cała lewa połowa twarzy jest dłuższą i grubszą od prawej. Wtedy bowiem gdy brew lewego oka stoi znacznie wyżej od brwi prawego, lewy kąt ust znajduje się znacznie niżej od prawego ust kąta. Niedowład nerwu twarzowego powoli ustępuje zupełnie.

Kazimierz Noiszewski [Dynaburg].

Wiadomości terapeutyczne.

10. Lanolinum. Jest to tłuszcz z wełny. Przetwór ten pod nazwą „*Oesypum*“ znano już w starożytnej medycynie. Z czasem zarzucono go, a nawet zupełnie o nim zapomniano. Dopiero w ostatnich czasach przez prace LIEBREICH'a tłuszcz ten znowu wszedł w użycie. Według orzeczenia wielu lekarzy najlepszym przetworem jest *Lanolinum purissimum anhydricum* [LIEBREICH]. Głównymi składowymi częściami onego przetworu są etery: cholestearynowy i izocholestearynowy wyższych kwasów tłuszczowych. Ma on tę wyższość nad wielu innymi tłuszczami i przetworami, używanymi do maści, że nie rozkłada się, nie jeleżeje, że bardzo łatwo wsiąka w skórę, wcale jej nie drażniąc. Czysta, bezwodna lanolina łatwo się miesza z wodą [żaden inny tłuszcz tej własności nie posiada] i przez to doskonale daje się rozsmarować na błonach śluzowych, albo na wilgotnej skórze, jak przy niektórych wysypkach.

Niezmiernie ważnymi są ostatnie doświadczenia badania, szczególnie GOTSTEIN'a, które wykazały, że lanolina jest w wysokim stopniu środkiem aseptycznym: w lanolinie żadne drobnoustroje nie znajdują pomyślnego gruntu do rozwoju, a co jeszcze ważniejsza, żadne drobnoustroje nie przenikają przez lanolinę, np. do żelatyny, a więc i do skóry; wprost przeciwnie zachowują się wszelkie tłuszcze glicerynowe. Jeżeli jeszcze do tego dodamy, że w prawidłowym stanie skóra, a właściwie naskórek i warstwa rogowa, jest nasiąknięta tłuszczem cholestearynowym, przez co prawdopodobnie przy zdrowej skórze grzybki chorobotwórcze nie mogą z zewnątrz przenikać do tkanek naszego ustroju, to łatwo zrozumieć, jak ważne znaczenie wogóle lanolina może mieć dla skóry. Ponieważ lanolina jest aseptyczna, a nie antyseptyczna, więc w przypadkach, w których mamy do czynienia z grzybkowym cierpieniem skóry, powinniśmy stosować nie samą lanolinę, ale w połączeniu z jakimś środkiem antyseptycznym.]

Wcierania samej, czystej, bezwodnej lanoliny dają doskonale wyniki przy: *pruritus*, *prurigo senilis*. Maści z lanoliny, noszące nazwę *lanolimentum* mogą być bardzo rozmaite i tem się głównie cechują, że się nie rozkładają, tak, że nawet boraks, pod wpływem którego każdy inny tłuszcz się rozkłada, lanoliny nie zmienia. Można również z lanoliną mieszać roztwory wodne soli rozmaitych.

Główne zastosowanie znajdują maści lanolinowe przy chorobach skórnych, ale doskonale dają się zastosować i do działania ogólnego, jak np. przy przymiocie — jako maść rtęciowa. Przy nadżarciach (*excoriatio*), wyprzeńkach (*intertrigo*), liszaju obrączkowym (*herpes circinatus*), łupieżu (*pitiriasis*) i pryszczycy (*eczema*) bardzo chwalą maść z lanoliny z dodatkiem 10% tlenku cynku, lub 10%—20% kwasu borskiego. Przy pryszczycy u dzieci skutecznym się okazuje *lanolimentum* z 5% *magist. bismuthi*, albo, o czem zresztą sam mogłem się przekonać, z 2%—3% kwasu salicylowego. Maść z lanoliny z dodatkiem 10% tlenku cynku ma doskonale również działać przy oparzeniach drugiego i trzeciego stopnia, jak również przy sztucznej pryszczycy, powstałej wskutek niektórych leków, np. po sublimacie, jodoformie, kwasie karbolowym. Należy w tych razach maść lanolinową grubo rozsmarować na płótnie, położyć na daną okolice ciała, na to nałożyć warstwę czystej waty, a wszystko to opasać opaską muslinową. Przy łuszczycy (*psoriasis*) chwalą maść z lanoliny z 25% chryzobiny. W obrzmieniach gruczołów limfatycznych można przepisywać obok innego leczenia *lanolimentum cum kalio jodato*.

Sposób przepisywania bardzo prosty; pamiętać tylko należy o tem, aby przeważnie zapisywać *lanolinum purissimum anhydricum* [LIEBREICH], np.:

1) *Acidi borici subtil. pulv.* 20,0 [3vj], *Lanolini purissimi anhydrici* 80,0 [3ijj]. *F. unguent.* S. Zewnętrznie.

2) *Zinci oxydati* 1,0 [gr. xvi], *Lanolini puriss. anhydr.* 9,0 [3ijj]. S. Zewnętrznie.

3) *Jodoformii* 1,0 [gr. xvi], *Lanol. pur. anh.* 9,0 [3ijj]. S. Zewnętrznie.

4) *Kali jodati* 2,0 [3²], *Aqu. destill.* 1,0 [gr. xvj], *Adipis suilli* 2,0 [3²], *Lanolini pur. anhyd.* 15,0 [3²]. *F. ung.* S. Zewnętrznie.

5) *Extr. Belladonnae* 1,0 [gr. xvj], *Aqu. destill.* 1,0 [gr. xvj], *Lanolini pur. anhydr.* 8,0 [3ij]. S. Zewnętrznie.

6) *Cocaini hydrochlorici* 1,0 [gr. xvj], *Lanolini anhydrici* 24,0 [3vij]. S. Zewnętrznie. Przy oparzeniach bolesnych.

7) *Lanolini anhydr.* 75,0 [3ijj²], *Ol. Cacao* 25,0 [3vij], *F. ungent.* S. Zewnętrznie. Kosmetyk przy szorstkiej skórze.

8) *Lano'ini anhydr.* 10,0 [3ijj], *Boracis* 1,0 [gr. xvj], *Aquae Rosarum* 100,0 [3ijj²]. *F. unguent.* S. Zewnętrznie. Kosmetyk.

11. Mollinum. Przetwórz zalecony przez niektórych lekarzy. Jest to mieszanina mydła potasowego z tłuszczem, czyli, właściwie mówiąc, m y d ł o p r z e t ł u s z e z o n e. Mollina przedstawia się pod postacią masy białej, której odczyn jest mocno alkalicznym. Przygotowuje się z oleju kokosowego, tłuszczu, ługu potasowego i gliceryny. Ma służyć za dobrą podstawę do maści, daje podobno dobrze wetrzeć się w skórę i łatwo z niej zetrzeć. Pamiętać wszakże należy o tem, że maść ta jełczeje, dlatego też słusznie LIEBREICH radzi, aby, jeżeli lekarzowi idzie już o zastosowanie maści z mydła przetłuszczonego, za każdym razem świeżo zapisywać: *Saponis kalini* 100,0 [3ijj²], *Lanolini anhydrici pur. liquefacti leni calore* 50,0—100,0 [3ij²—3ijj²]. *F. unguent.* S. Zewnętrznie.

12. Solvinum. Pod działaniem kwasu siarczanego na olejek migdałowy, rzepakowy, lub rącznikowy powstają, przy odpowiedniej technice, swoiste mieszaniny. Przetwórz, otrzymany w oleju rącznikowego, nosi nazwę w Ameryce *polysolve*, a w Niemczech *solvin*. Jest to płyn jasno-żółtawy, konsystencji oleistej. W wodzie i alkoholu rozpuszcza się prawie we wszystkich stosunkach. W naczyniu zamkniętem nie rozkłada się. Rozlany na płytki gęstnieje, jak guma arabska, ale i w tym stanie rozpuszcza się w wodzie. Główną składową częścią [30%—40%] tego przetworu jest eter siarczany kwasu rycynolowego, a obok tego znajduje się woda, olej niezmienny i rycinolan sodu.

Prawie w s y s t k i e ciała mineralne i organiczne, znane ze swej nierozpuszczalności, jak np. siarka, sole metaliczne, alkaloidy i t. d., rozpuszczają się, mniej lub więcej, w tym przetworze. Mieszanina solwiny z wodą niesłychanie łatwo nasiąka tkanki zwierzęce, a przez błony zwierzęce przechodzi z wielką łatwością, powiększając zarazem ich siłę dyfuzyjną dla innych ciał, np. dla białka. Ta właśnie wielka łatwość rozpuszczania różnorodnych ciał i wsiąkania do tkanek skłoniła niektórych lekarzy do wprowadzenia tego przetworu do medycyny, jako „*vehiculum*“, a szczególnie przy użyciu niektórych środków leczniczych do wieczeń skórnych. Wszelako doświadczenia profesora KOBERT'a w Dorpacie niedawno wykonane, wykazały, że solwina bynajmniej nie jest środkiem obojętnym dla ustroju zwierzęcego; ale stanowi w wysokim stopniu jad, który pod względem działania można porównać z grupą saponinową. I tak, według tych doświadczeń, solwina niszczy krążki krwi, paraliżuje ośrodki nerwowe całego układu mózgo-rdzeniowego, wpływa bezpośrednio trująco na włókna mięśniowe prądkowane, a między niemi i na serce, wywołuje krwawienie z błon śluzowych i f. d.. Całe to zaś działanie zależy od głównej składowej części solwiny, t. j. od eteru siarczanego kwasu rycynolowego. A zatem z wprowadzeniem do praktyki — przetworu o tak ponętnych dla lekarza własnościach fizycznych musimy zająć się do dalszych badań w tym kierunku.

13. Ichthyolum. Przy suchej destylacji pewnego minerału bitumicznego, znajdującego się w Tyrolu, i zawierającego w sobie resztki ryb i zwierząt morskich z epoki przedhistorycznej, powstaje produkt, który odpowiednio oczyszczony i podany następnie działaniu stężonego kwasu siarczanego, daje tak zwany kwas siarczano-ichtyolowy (*acidum sulpho-ichthyolicum*). Ichthyolem zaś jest związek tego sztucznie otrzymanego kwasu z amonem, a więc: *ammonium sulpho-ichthyolicum*. Oprócz tego obecnie mamy już kilka innych związków tego kwasu, a mianowicie: *zincum sulpho-ichthyolicum*, *Hydrargyrum sulpho-ichthyolicum*. W powszechnem wszelako użyciu pozostaje właściwy ichtyol, czyli raczej siarczano-ichtyolan amonu. Jest to płyn syropowaty, barwy czerwono-brunatnej, zapachu przypalonego. W wodzie łatwo się rozpuszcza. W mieszaninie alkoholu z eterem łatwo się rozpu-

szeza, gdy tymczasem w każdym z tych ciał oddzielnie — częściowo tylko. Znany dermatolog, UNNA z niezmiernemi pochwałami odzywa się o działaniu tego przetworu. Gorąco go zaleca przedewszystkiem przy rozmaitych chorobach skórnych (*lupus, psoriasis, eczema, herpes, acne, acne rosacea* i t. d.), a stosuje go tak zewnętrznie, jako też wewnętrznie. Środek ten, według zapewnienia wielu lekarzy, ma również bardzo skutecznie działać w niektórych chorobach wewnętrznych, a szczególnie w przewlekłym gościecu stawów i mięśni, przy cierpieniach pęcherza, w cukrzycy, w nerwobólu, w astmie, nieżyty oskrzeli i t. d. W ostatnich dniach prof. NUSSBAUM z Monachijum ogłosił ciekawe spostrzeżenia co do istotnej, niezmiernej skuteczności tego środka w chorobach skórnych, gościecowych, w podagrze i guzie białym (*tumor albus*). Według spostrzeżeń prof. NUSSBAUM'a środek wzmiankowany skutecznie działa w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z rozszerzeniem drobnych tętniczek, lub naczyń włosowatych i zdąd to pochodzi taka „uniwersalność“, jaką zaczyna się cieszyć ichtyol. Do zewnątrz używa się ichtyolu w postaci maści 10%—20%, lub roztworu do pędzlowania. Do wewnątrz zaś podaje się kroplami 5—10 dwa lub więcej razy dziennie. W Niemczech w powszechnem nżyciu są pigułki, z których każda zawiera 0,1 [1 $\frac{2}{3}$ grana] ichtyolu. Chory przyjmuje od 2—5 pigułek dwa razy dziennie. W niektórych razach można dojść nawet do 12 pigułek na raz [2 razy dziennie]. Szkodliwego wpływu nawet od wielkich dawek nigdy nie spostrzegano, z wyjątkiem osób, które nawet bardzo małych dawek nie znoszą. Przepisywać ichtyol można np. w sposób następujący:

- 1) *Ichthyoli* 10,0 [3jjj], *Lanolini pur. anhydr.* 60,0 [3jj], *Aqu. destill.* 30,0 [3j], *F. unguent. S.* Zewnętrznie. [Słaba maść].
- 2) *Ichthyoli* 10,0 [3jjj], *Lanolini anhydr. pur.* 30,0 [3j], *Aqu. destill.* 10,0 [3jjj], *F. unguent. S.* Zewnętrznie. [Silniejsza maść].
- 3) *Ichthyoli, Aqu. destill. aa* 30,0 [3j]. D. S. Do pędzlowania. Przy *Erysipelas. Eczema. Acne.*
- 4) *Ichthyoli* 10,0 [3jjj], *Aque destill.* 20,0 [3vj]. D. S. Dwa, lub trzy razy dziennie po 15—30 kropel.
- 5) Do wzięcia można użyć 15—20 kropel ichtyolu na 1—2 litrów wody.

W. Grostern.

Wiadomości bieżące.

Kraów. Obchodzono tu uroczyste, w d. 14 b. m. jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego D-r MAURYCEGO MADUROWICZA, prof. akuszeryi w uniwersytecie Jagiellońskim i dyrektora kliniki położniczej i gynecologicznej, która powstanie swe [1870] głównie jemu zawdzięcza. Bliżej go znający, podnoszą wielkie jego zalety pedagogiczne. Wykształcił on cały zastęp cenionych akuszerów, że wymieniamy tylko kilku jego asystentów, jak: prof. CZYZEWICZA, docentów JORDANA i MARSA i t. d.. Przez upominków okolicznościowych [portret, grupa zbiorowa, uczta], jubilatowi, jako członkowi redakcyi, poświęcono cały Nr. 2 Przeglądu Lekarskiego, którego treść następująca: MARS. Uwagi nad budową anatomiczną i położeniem topograficznym pochwy. — BYLICKI. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go. — KOHN. Przyczynek do leczenia niepłodności wywołanej przodogięciem macicy. — BRAUN. O cięciu cesarskiem, wykonanem na karlicy według metody PORRO. — Streszczenia prac: MATLAKÓWSKIEGO, ZAGÓRSKIEGO, RYBICKIEGO, CZUDOWSKIEGO i t. d. i biografia jubilata pióra prof. BLUMENSTOKA.

Nadesłano do Redakcyi.

POMORSKI. Ein Fall von Rankenneurom der Intercostalnnerven, fibroma molluscum und Neurofibroma. [Rozprawa doktorska]. Greifswald. 1887.

— Ein Fall von Rankenneurom der Intercostalnnerven mit fibroma molluscum und Neurofibromen. [Odbitka z Archivu VIRCHOW'a. 1888].

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra M. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—1

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. —20