

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

Treść: I. J. PAWIŃSKI. Przypadek choroby Addison'a (Dokończenie).—II. B. ZIEMIŃSKI, O ranieniu krwawem ciałka szklistego u osób dorastających (Dokończenie).—III. J. PRZYBYLSKI. Kilka przypadków kosmków żrenicowego brzegu tęczówki. — Dział sprawozdawczy — 4. P. GRADWITZ. O wpływie kadaweryny na powstawanie ropienia. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości terapeutyczne.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu.—Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalic martwego tasemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki, Nowy-Świat Nr. 18

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN**, na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d. **Wysyłkę** skuteczniejszą w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Strieboll.

26—3

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

Levico

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

10—1

Wyszła z druku rzecz p. t.

O BADANIU I ROZPOZNAWANIU CHORÓB ŻOŁĄDKA

Wskazówki praktyczne, napisał D-r Henryk Pacanowski
b. ordynator kliniki terapeutycznej.

Cena kop. 25 z przesyłką kop. 30.

Tegoż autora:

Nerwice żołądka (Neuroses Gastrice)

ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

Cena kop. 50, z przesyłką kop. 60. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp. 3—1

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

0—1

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK CHOROBY ADDISON'A.

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

Spostrzegal i opisał

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

U ludzi biednych, wyniszczonych, włośczęgów, żebraków, których skóra była przez długi czas siedliskiem brudu i wszy, rozwija się niekiedy ciemniejsze, prawie brunatne zabarwienie skóry, w tym jednak razie spotykamy białe blizny wśród ciemnego tła skóry, czego w chorobie ADDISON'a zwykle nie bywa. GREENHOW ¹⁾ zwraca uwagę na to, że u niektórych suchotników, zwłaszcza kiedy przebieg choroby jest bardzo przewlekły, powłoki zewnętrzne przyjmują ciemny koloryt, podobny do koloru skóry w pierwszych okresach choroby ADDISON'a. Zabarwienie jednakże takie nie przenika głębiej i nie powiększa się, a objawy chorobowe ze strony płuc przeważają. W tym jednakże razie należy zachować wielką ostrożność w rozpoznawaniu, pamiętając o tem, że w chorobie ADDISON'a bardzo często znajdujemy na sekcji obok zserowacenia nadnerczy sprawę gruźliczą w płucach. To samo miało miejsce i w naszym przypadku, ponieważ jednak sprawa gruźlicza w szczytach płuc była słabo wyrażoną, a odczyn ze strony całego ustroju nieznaczny, mało więc przypisywaliśmy znaczenia tej sprawie w całym obrazie choroby. U osób wystawionych na działanie prostopadle padających promieni słonecznych występuje niekiedy brunatne zabarwienie na twarzy, szyi i ramionach, w tym jednak razie istnieje wybitna różnica pomiędzy niemi, a sąsiednimi częściami skóry, zakrytymi ubraniem lub w ogóle nie wystawionymi na wpływ słońca, jak np. powierzchnie zgięcia stawów, moszna, skóra otaczająca brodawkę sutkową i pępek. Te zaś ostatnie miejsca są zwykle najsilniej zabarwione w chorobie ADDISON'a.

W czasie wyniszczającego karmienia lub ciąży, którym różne zaburzenia całego organizmu towarzyszą, skóra przyjmuje niekiedy ciemny koloryt, niezależnie od plam, t. z. *chloasma uterinum*. W takich przypadkach zabar-

¹⁾ GREENHOW. On ADDISON's disease. Clinical lectures on ADDISON's disease and a raport on disease of the suprarenal capsules. London. 1866.

wienie ciemne na twarzy jest mniej wydatne, jak w innych miejscach, gdy tymczasem w chorobie bronzowej skóra na twarzy odznacza się obfitością ciemnego barwnika.

Co się tyczy początku choroby, to od samej chorej nie podobna było nic pewnego się dowiedzieć, na zapytania bowiem nie odpowiadała zupełnie, albo też tylko niechętnie, przytem na te same zapytania dawała różne odpowiedzi, prawdopodobnie wskutek braku pamięci i w ogóle pewnego zniechęcenia władz umysłowych. Zrzadka tylko uskarżała się na ogólne osłabienie. Z łóżka nie podnosiła się zupełnie, mocz i kał oddawała pod siebie bezwiednie. Przy próbach podnoszenia chorej, sadzania jej na łóżko, występował stan do omdlenia podobny, przyczem tętno z pod palca znikало. Na żadne bóle nie uskarżała się. Po śmierci chorej od krewnej jej dowiedziałem się, że mniej więcej od roku chora czuła się mocno osłabioną, bardzo łatwo męczyła się przy chodzeniu i domowych zajęciach, od kilku zaś miesięcy więcej leżała jak chodziła. Prócz tego oddawna narzekała na ściskanie w dołku, brak łaknienia, w ostatnich zaś tygodniach dość często dokuczały jej wymioty, które przychodziły już to po jedzeniu, już to na czczo, naprzemian z rozwolnieniem. Ciemny koloryt twarzy, otaczający chorą zauważyli od 4 — 5 miesięcy. O stanie zdrowia rodziców, jak również o wcześniejszym stanie chorej nie można było niczego pewnego się dowiedzieć.

Przebieg choroby bywa zwykle przewlekły. Cierpienie rozwija się powoli, niepostrzeżenie, tak, że chorzy zgłaszają się do lekarza najczęściej z rozwiniętą już chorobą, zwykle z powodu bezsilności. Opowiadają oni, że już od kilku miesięcy lub dawniej zauważyli jakieś dziwne zmęczenie i osłabienie, które stopniowo zwiększało się. Niekiedy za powód takiego znużenia podają dłuższy spacer, jakiś wysiłek fizyczny, gdy tymczasem nie była to przyczyna choroby, ile raczej okoliczność powodująca jaskrawsze wystąpienie cierpienia. Osłabienie dochodzi nieraz do takiego stopnia, iż chory nie jest w stanie oddawać się zwykłym zajęciom, a JACCOUR słusznie powiada, że nie jest to przygnębienie moralne, albo apatyja, powstała wskutek nudów lub zniechęcenia, ale osłabienie fizyczne, które paraliżuje wolę i napawa chorego troską o przyszłość. U niektórych chorych zjawiają się rwące bóle w obu podżebrzach, wzdłuż kolumny kręgowej, w krzyżu, a zwłaszcza w stawach. Bóle te dochodzą nieraz do wysokiego stopnia i mogą być wzięte za zależne od reumatyzmu stawowego, tem więcej, że każde poruszenie kończyny zwiększa znacznie ból. Brak jednak obrzmienia stawów i gorączki wyróżnia je od cierpienia stawów. Bóle wspomniane najwięcej przypominają bóle, występujące niekiedy w stawach u hysterzyek. Do mniej stałych objawów, występujących w pierwszym okresie choroby zaliczyć należy różne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jako to: bóle żołądkowe, brak łaknienia, nudności, wymioty, rozwolnienie. Zaburzenia te zjawiają się w różnych odstępach czasu i to z większem lub mniejszem natężeniem, w przerwach zaś wolnych chorzy mają łaknienie, a trawienie odbywa się prawidłowo. Pomimo wzrastającego osłabienia i częstych zaburzeń żołądkowych, tkanka tłuszczowa nie znika, chorzy nie są wyniszczeni, mięśnie tylko stają się wiotkie i nie są zdolne do dłuższej czynności.

Jednocześnie z osłabieniem mięśniowem lub też dopiero po pewnym czasie, skóra zaczyna przyjmować ciemniejsze zabarwienie, najprzód w miejscach nie zakrytych, jak na twarzy, grzbiecie ręki, przedramieniu, a następnie i na częściach, które i w stanie prawidłowym odznaczają się większą ilością barwnika, jak np. skórze otaczającej brodawki sutkowe, pasze, częściach płciowych.

Dla lekarza praktyka zasługuje na uwagę głównie ta okoliczność, iż oprócz słabszej jak zwykle czynności serca i ciemniejszego z odcieniem brunatnym kolorytu skóry, szczegółowe badanie fizykalne nie wykrywa żadnej ważniejszej zmiany chorobowej w organizmie.

Z biegiem czasu skóra przyjmuje ciemniejszą barwę brązową, osłabienie wzrasta tak, że chory staje się niezdolnym do żadnej pracy i ruchów, pozostaje przykutym do łóżka. Wreszcie występują objawy ze strony ośrodków nerwowych, jak zajęcie, niekiedy silny ból głowy, omdlenia, zawroty głowy, osłabienie pamięci, przygnębienie moralne, chwilowa utrata przytomności i t. p. Do rzadkich objawów i to zwykle końcowych należą: drgawki oddzielnych grup mięśni lub też nawet napady epileptoidalne.

Choroba ADDISON'a trwa od kilku miesięcy do 2—3 lat, w naszym przypadku około roku; zejście zwykle bywa śmiertelne.

Co do częstości. Wogóle choroba w mowie będąca z typowemi dwoma objawami: ciemnem brunatnem zabarwieniem skóry i osłabieniem (*adynamia*) zdarza się rzadko, dotychczas opisano około 300 przypadków. U mężczyzn zdarza się częściej, jak u kobiet. AVERBECK podaje stosunek mężczyzn do kobiet jak 1,74:1,0; GREENHOW na 183 przypadków choroby ADDISON'a zebranych z literatury naliczył 119 mężczyzn, 64 kobiet. Zdarza się ona najczęściej pomiędzy 15—40 roku życia, poniżej 15 roku choroba ADDISON'a należy do rzadkich wyjątków. MONTIN'a 290 przypadków naliczył tylko 11 u dzieci, z tych zaś 1 dotyczył 3 letniego dziecka, jeden jedenastoletniego, reszta zaś przypada na wiek starszy.

Co się tyczy zmian anatomicopatologicznych, jakie przy badaniu zwłok osób zmarłych na chorobę ADDISON'a spotykamy, to przedewszystkiem wymienić należy zmiany w nadnerczach. Zwyródnienie nadnerczy istnieje w podobnych razach albo samo tylko, albo też prócz takowego znajduwane bywają zmiany w innych narządach. AVERBECK ¹⁾, na 115 przypadków choroby ADDISON'a, w których rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, naliczył 70 ze zmianami chorobowemi w nadnerczach, bez żadnych ważnych zmian w innych narządach, w pozostałych zaś 45 oprócz zwyródnienia nadnerczy istniały zmiany chorobowe w innych narządach. Obliczenia GREENHOW'a ²⁾, doprowadziły do podobnego wyniku, a mianowicie na 152 przypadków choroby ADDISON'a na-

¹⁾ Die ADDISON'sche Krankheit. Erlangen. 1869.

²⁾ a) On ADDISON's disease; Clinical lectures on ADDISON's disease and a report on disease of the suprarenal capsules. London. 1866. b) Croonian lectures on ADDISON's disease. The Lancet 1875. Marchand April.

liczył on 101 ze zmianami w nadnerczach, w pozostałych zaś 51 jednocześnie ze zmianami w nadnerczach istniały zmiany w innych narządach.

LEWIN ¹⁾ podaje, że na 304 przypadków choroby ADDISON'a, zebranych z literatury, nadnercza dotknięte były sprawą chorobową 169 razy, 65 razy prócz zajęcia nadnerczy wykazano gruźlicę płuc, 15 razy ogólną gruźlicę, 55 razy inne zmiany patologiczne. Najczęstszą postacią chorobową, jaką na sekcji w chorobie ADDISON'a spotykamy, jest zserowacenie nadnerczy, w znacznej większości przypadków gruźliczej natury (*Tuberculosis glandularum suprarenalium*), jak to i w naszym spostrzeżeniu miało miejsce. Punktem wyjścia bywa zwykle istota rdzenia nadnerczy, a stąd dopiero produkty serowate wnikają do istoty korowej i niszczą takową. Zserowacenie, jak to dopiero co wspomnieliśmy, jest zwykle gruźliczego pochodzenia, jednakże jeden z poważniejszych badaczy, a mianowicie SCHUEPPEL opisał przypadek, w którym wytwory przewlekłej sprawy zapalnej w nadnerczach uległy zserowaceni. LEWIN wspomina, iż na 304 przypadków choroby ADDISON'a nadnercza były dotknięte sprawą gruźliczą 211 razy, 21 razy nadnercza były sadowate, 42 razy zwapniałe, 68 razy zmienione w włóknistą masę, 28 razy w stanie zaniku. Krwotoki do mięszszu nadnerczy, zwyrodnienie mączkowe, rak, zwłaszcza pierwotny należą już do wyjątkowych zmian patologicznych w chorobie brzożowej, zmiany dotyczą zwykle obu nadnerczy choć w nierównej mierze.

Z kolei następcza się pytanie, czy może istnieć zserowacenie nadnerczy, nie wywołując choroby ADDISON'a i odwrotnie, czy zdarzają się przypadki choroby tej bez zajęcia nadnerczy? Na jedno i drugie pytanie odpowiedzieć wypada twierdząco. Według obliczeń AVERBECK'a na 220 przypadków zserowacenia gruczołów nadnerkowych, ciemnego zabarwienia skóry *resp.* choroby ADDISON'a brakowało 53 razy, podczas gdy na 43 przypadków raka zabarwienie skóry istniało tylko 7 razy, przyczem w 5 zabarwienie było bardzo nieznaczne i wątpliwe. Choć bardzo nieliczne, lecz istnieją spostrzeżenia choroby ADDISON'a, w których nadnercza na sekcji okazały się zupełnie zdrowymi [WOLF z kliniki FRERICHS'a], a nawet opisano dwa przypadki. [FLETCHER i KENT SPENDER] w których pomimo istnienia choroby ADDISON'a brakowało zupełnie nadnerczy.

Z tych właśnie względów, jak również na zasadzie budowy anatomicznej nadnerczy, a zwłaszcza obfitości nerwów, biorących początek ze splotów [słonecowy] jamy brzusznej, oddawna przypisywano nerwowi sympatycznemu ważną rolę w patogenezie choroby ADDISON'a. I rzeczywiście RISEL ²⁾ w pracy swej podaje 15 przypadków choroby ADDISON'a zaczerpniętych z literatury, w których obok gruźliczych zmian w nadnerczach, część brzuszna nerwu sympatycznego, a zwłaszcza splot słonecowy (*plex. coeliacus*), przedstawiały pewne zmiany chorobowe, jako to: przekrwienie, obrzmienie, bujanie tkanki łącznej, otaczającej włókienka nerwowe i komórki zwojowe, przeistoczenie tłuszczowe,

¹⁾ Ueber Morbus ADDISON'i. Charite Annalen. Jahrg. X. pag. 630—726.

²⁾ Zur Pathologie des Morbus ADDISON'i. Deutsche Arch. f. Klin. Med. 1870. Bd. 7.

zanik nerwów i t. p.. Na tej zasadzie RISEL twierdzi, że grupa objawów, opisywana pod nazwą choroby ADDISON'a, zależy od zmian chorobowych w splotach i zwojach nerwu sympatycznego, a głównie splocie słońcowym i zwojach półksiężycowych. Zmiany te polegają na zapalnym bujaniu tkanki łącznej, otaczającej włókienka nerwowe i zwoje, i na dalszych skutkach tegoż. Punktem zaś wyjścia podobnej sprawy czyli raczej bodźcem są zmiany patologiczne w nadnerczach, a najczęściej gruźlica, sprawa więc przechodzi na sąsiednie zwoje nerwowe *per continuitatem textus*. Zajęcie splotu słońcowego przejawia się głównie w porażeniu nerwów naczynio-ruchowych przebiegających przez niego. Wskutek tego następuje rozszerzenie naczyń, nagromadzenie nadmiernej ilości krwi w jamie brzusznej ze szkodą innych części ustroju. Tym sposobem stara się autor wyjaśnić bezkrwistość, zboczenie w odżywianiu i następcze dotychczas nieokreślone zmiany we krwi, które prawdopodobnie dają początek ciemnemu zabarwieniu skóry.

W przeciwieństwie do powyższego, w 12 przypadkach choroby ADDISON'a szczegółowe badanie nie wykryło żadnych zmian w części brzusznej nerwu sympatycznego i jego zwojach. Zestawienia LUBMOW'a ¹⁾ i PIO-FOA ²⁾ nie potwierdzają również zdania RISEL'a. Pierwszy z nich podaje, że naliczył 250 sekcij, w których znaleziono zmiany chorobowe w zwojach i pniach nerwu współczulnego, jak np. bujanie tkanki łącznej, zwyrodnienie tłuszczowe i t. p., a mimo tego nie było choroby ADDISON'a. Drugi zaś zestawiał 140 sekcij ze znacznymi zmianami patologicznymi w nerwie sympatycznym, w których brakowało objawów właściwych chorobie bronzowej. Wreszcie doświadczenia fizjologiczne nad drażnieniem i wyluszczeniem splotów brzusznych doprowadziły do podobnych ujemnych wyników jak i wycinanie nadnerczy, a mianowicie drażnienie i wyluszczenie zwojów półksiężycowych nie sprowadzało ciemnego zabarwienia skóry. ADRIAN; ŁAMAŃSKI nie zauważyli żadnych groźnych następstw po wyluszczeniu zwoju półksiężycowego u zwierząt [psów, kotów, królików], a jakkolwiek niektórzy autorowie [PINCUS, SAMUEL, BUDGE] podają, iż zwierzęta po wyluszczeniu zwojów szybko zdychały, to śmierć zdaje się następować głównie z powodu ciężkiego obrażenia nieodzownego przy wycinaniu zwoju. Za tem przypuszczeniem przemawia ta okoliczność, iż ŁAMAŃSKI zauważył śmierć zwierząt nawet wtedy, kiedy utorowawszy sobie drogę odpowiednimi cięciami do zwoju półksiężycowego, tego ostatniego nie wyluszczał. Nadmienić jednakże należy, że większość fizjologów spostrzegąca w czasie swoich badań nad wycinaniem zwojów brzusznych nerwu sympatycznego obfite rozwolnienie i przekrwienie żołądka i kiszek.

Co się tyczy zmian we krwi, to wiadomości nasze są bardzo skąpe i niepewne. Niektórzy badacze zauważyli zwiększenie ilości ciałek białych, to znowu zmniejszenie, inni wreszcie zmniejszenie skłonności czerwonych krążków krwi do układania się w rolki. ŁASZKIEWICZ zauważył we krwi chorego z ciemnym zabarwieniem skóry, dzielenie się czerwonych ciałek krwi.

¹⁾ VIRCHOW'S ARCHIV. LXI. pag. 145—207.

²⁾ Centralblatt. 1865. Nr. 14. pag. 216.

Mocz nie zawiera zwykle żadnych nieprawidłowych składników. MERKEL, SENATOR znaleźli znaczną ilość indikanu w moczu. THUDICHUM w jednym przypadku stwierdził zmniejszenie barwnika moczu (*uromelanin*), a D-r JAKSCH zauważył u 20-letniego chorego acetonurję.

Co do ciemnego kolorytu skóry występującego w chorobie ADDISON'a, to wszyscy autorowie zgadzają się na to, że barwnik znajduje się najobficiej w komórkach sieci MALPIGI'ego, głównie w głębszych jej warstwach, w sąsiedztwie części brodawkowej skóry. W kierunku ku naskórkowi ilość barwnika zmniejsza się. Zachodzi pytanie, czy części zabarwione skóry w chorobie ADDISON'a, wyróżniają się przy badaniu drobnowidzowym od podobnych zabarwień, towarzyszących niektórym stanom fizjologicznym i patologicznym? Otóż nie; zabarwienie w chorobie, w mowie będącej, niczem się nie różni od ciemnego zabarwienia skóry u mulatów, u kobiet podczas ciąży na brzuchu, u cierpiących na raka jamy brzusznej. Cała różnica polega tylko na większej lub mniejszej ilości barwnika, ugrupowanie się barwnika w częściach składowych skóry pozostaje to samo.

Co się tyczy sposobu, w jaki ciemne zabarwienie skóry w chorobie bronzowej powstaje, to istnieją dwa główne zdania: jedni utrzymują, że barwnik powstaje w samych komórkach sieci MALPIGI'ego wskutek pewnych nieprawidłowych przemian [spraw metabolicznych] ich zarodzi, inni znowu, że barwnik został przeniesiony z głębszych warstw, a mianowicie z brodawkowej części skóry do sieci MALPIGI'ego za pomocą komórek wędrujących. Pierwsi powołują się głównie na to, iż barwnik znajdujący w chorobie ADDISON'a nie daje z cyjankiem potasu i kwasem solnym niebieskiego zabarwienia (*Berlinerblau*), jakie daje barwnik krwi, zawierający żelazo. Być jednak może, że barwnik ten znajduje się w komórkach w takim chemicznym połączeniu, które nie daje odczynu wspomnianego. Większość autorów trzyma się ostatniego zapatrywania, a głównie na tej zasadzie, że w obrazach drobnowidzowych, pochodzących z miejsc zabarwionych, w chorobie ADDISON'a zauważono w brodawkowej części skóry i nieco głębiej dużo komórek tkanki łącznej, zawierających brunatny barwnik. Komórki te prawdopodobnie przenoszą barwnik z głębszych warstw i oddają go następnie komórkom sieci MALPIGI'ego. Najobficiej znajdują się one w bliskości naczyń, niekiedy nawet dotykają się bezpośrednio tych ostatnich i siedzą jakby w ich ściankach. Ten sam układ komórek spostrzegł NOTHNAGEL, w skórze negra i w mosznie europejczyków. Tenże sam obraz drobnowidzowy otrzymaliśmy w naszym przypadku choroby ADDISON'a.

Prawdopodobnie więc barwnik komórek *corium* pochodzi z naczyń krwionośnych, *resp.* ze krwi. W jaki jednak sposób przedostaje się barwnik ze krwi do komórek tkanki łącznej, które przenoszą go następnie do wyższych warstw skóry, t. j. do sieci MALPIGI'ego?

W tym względzie mogą być trzy możliwości:

1) albo całe ciałka czerwone przechodzą przez ścianki naczyń i dają początek zabarwieniu skóry,

2) albo też przechodzi tylko barwnik ciałek czerwonych, lub wreszcie

3) przechodzi przez ścianki naczyń do komórek skóry, barwnik wytwarzający się w nadnerczach, który się do krwiobiegu dostaje.

To ostatnie pochodzenie barwnika łatwo można wyłączyć, zważywszy, że zdarzają się przypadki choroby ADDISON'a, w których żadnych zmian patologicznych w nadnerczach nie znaleziono, z drugiej znowu strony nadnercza bywają niekiedy silnie zwyrodniałe sprawą gruźliczą, rakiem i t. p., a tymczasem zabarwienie skóry bywa prawidłowe.

Prof. NOTHNAGEL ¹⁾ na zasadzie badań drobnowidzowych jest zdania, że barwnik komórek pochodzi wyłącznie ze krwi, czy jednak przechodzą przez ścianki naczyń ciała krwi, czy też sam tylko barwnik, tego wspomniany autor nie rozstrzyga.

Do rozjaśnienia tej kwestyi przyczyniły się wielce badania RICHL'a ²⁾. W 4 spostrzeganych przypadkach choroby ADDISON'a autor zauważył bardzo liczne komórki tkanki łącznej, głównie w brodawkowej części skóry, które zawierały ciemny barwnik w postaci małych ziarenek. Komórki te bywają różnej postaci, okrągłe, wrzecionowate, z dwoma lub trzema wyrostkami znajdują się głównie w błonie zewnętrznej naczyń i sąsiedniej tkance łącznej, we właściwej zaś skórze, komórki zawierające barwnik znajdują się w mniejszej ilości, odpowiednio do słabszego unaczynienia, w głębszych zaś warstwach skóry w bliskości tkanki podskórnej spotykają się znowu obficie.

Na uwagę zasługują zmiany w ściankach naczyń w miejscach skóry ciemno zabarwionych. Błona zewnętrzna (*adventitia*) znajduje się w stanie komórkowego nacieczenia. Błona średnia przedstawia się w większych naczyniach skóry zgrubiałą, jakby napęczniałą i zmętniałą. Obok nacieczenia komórkowego znajdował RICHL w błonie zewnętrznej ciała czerwonej krwi, które w niektórych miejscach gromadziły się w większej ilości, tworząc ogniska krwotoczne otaczające naczynia ze wszech stron.

Prócz tego w świetle niektórych tętnic i żył znajdował wspomniany autor zakrzepy, które albo całkowicie, albo tylko w części zatykały światło naczyń. Ponieważ komórki tkanki łącznej zawierające barwnik znajdują się najobficiej w bliskości owych zmienionych naczyń i wylewów krwawych, składających się z czerwonych ciałek krwi, zatem RICHL uważa powyższe spostrzeżenia za dowód że silnemu zabarwieniu komórek skóry w chorobie ADDISON'a dają głównie początek czerwone ciała krwi, a przejściu ich przez ścianki naczyń sprzyjają zmiany chorobowe w tych ostatnich. Jak długo czasu potrzeba zanim zabarwione komórki skóry oddadzą swój barwnik komórkom naskórka na pewno nie wiadomo, zdaje się jednak, że to przenoszenie barwnika z głębszych warstw skóry do sieci MALPIGI'ego trwa w ogóle dość długo.

Co się tyczy stosunku zakrzepów do zmian w naczyniach, to autor uważa te ostatnie za sprawę pierwotną, tworzenie się zaś zakrzepów za sprawę na-

¹⁾ Zur Pathologie des Morbus ADDISON. Zeitsch. für klin. Med. Bd. IX. 1885.

²⁾ Zur Pathologie des Morbus ADDISON. Zeitsch. für klin. Med. Bd. X. 1886.

stępują, głównie z tego powodu, że znajdował zmiany w naczyniach nietylko w miejscach, w których istniały zakrzepy ale w całej skórze i organach wewnętrznych, gdy tymczasem zakrzepy spotykał tylko w skórze i to w niewielkiej liczbie.

Na mocy powyższego zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ciemne zabarwienie skóry, towarzyszące chorobie ADDISON'a, zawdzięcza swój początek barwnikowi krwi, *resp.* czerwonym krążkom, do komórek zaś sieci MALPIGHI'ego przenoszą go prawdopodobnie komórki tkanki łącznej. Jeśli zaś pod względem źródła zabarwienia skóry nowsze badania rzuciły pewne światło, to jednakże dotychczas pozostaje nierozstrzygniętem, dlaczego właśnie w chorobie ADDISON'a więcej przez ścianki naczyń przenika ciałek czerwonych krwi i dlaczego komórki skóry pochłaniają tyle barwnika, jeśli zaś to przenikanie jest w związku z chorobą naczyń, to pytanie jakie okoliczności wpływają na powstawanie zmian chorobowych w naczyniach? odpowiedzi opartej na faktach naukowych nie mamy, jak to już poprzednio wspomnieliśmy, zdaje się jednak, że najważniejszy udział w tem przyjmuje układ nerwowy. Tego zdania jest także prof. NOTHNAGEL. Opierając się na analogicznem zabarwieniu skóry, występującem niekiedy w czasie ciąży, następnie przy obecności nowotworów, a zwłaszcza raka jamy brzusznej, w suchotach, przy powikłaniu zapalnem sprawy w gruczołach zaotrzewnych i t. p., należy przypuścić, że pewne bądź to czynnościowe, bądź to somatyczne zmiany spłotów i zwojów brzusznych nerwu sympatycznego mogą być uważane za źródło nienormalnego unerwienia, a zwłaszcza naczyń. Przypuszczenie to tem więcej zyskuje gruntu, skoro się zważy, że w spłotach i zwojach nerwu sympatycznego jamy brzusznej przebiega dużo nerwów naczynioruchowy, których podrażnienie bezpośrednie, lub też na drodze odruchów, przez ośrodek naczynioruchowy może się stać przyczyną zбоcezeń w krwiobiegu i w odżywianiu ścianek naczyń, a więc i przenikaniu barwnika. Za pochodzeniem ciemnego zabarwienia skóry w chorobie ADDISON'a na drodze zбоcezeń w układzie nerwowym, zwłaszcza nerwu współczulnego zdaje się przemawiać:

1. Budowa anatomiczna nadnerczy, które przeniknięte są całe siecią gałązek nerwowych, pochodzących głównie ze spłotu słońcowego, zwojów półksiężycowych, nerwu błędnego, nerwu przeponowego. Prócz tego istota rdzenna zawiera nawet komórki zwojowe.

2. Że nadnercza są koniec końców najczęstszem siedliskiem zmian anatomicznych u chorych zmarłych na chorobę ADDISON'a.

3. Że zmiany patologiczne, właściwe chorobie ADDISON'a, dotyczą najczęściej istoty rdzennej nadnerczy, to jest tej, która najobficiej jest w nerwy uposażona.

4. Bliskość spłotu słońcowego, zwojów półksiężycowych od nadnerczy.

R o k o w a n i e jest w chorobie ADDISON'a bezwzględnie złem, a choć niektórzy autorowie wspominają o wyleczeniu, to dotyczy ono jednak przypadków nie dość ściśle rozpoznanych, albo też zmniejszenie się niektórych objawów chorobowych, a zwłaszcza ciemnego kolorytu skóry brano za znak ustąpienia choroby; śmierć występuje wskutek gruźlicy płuc, albo wskutek wyczerpania sił lub wreszcie z powodu jakiego powikłania głównej choroby.

Leczenie jest zwykle bezsilnem. Chorym zaleca się spokój, usunięcie się od męczących zajęć, dyjetę pożywną, przebywanie na świeżem powietrzu, środki pobudzające i krzepiące, [wino, chinina, żelazo i t. p.]. Niektórzy radzą stosowanie jodku potasu i prądu stałego.

Z KRÓLEWSKIEGO SZPITALA CHORÓB OCZNYCH MOORFIELDS W LONDYNIE.

II. O RAŻENIU KRWAWE M CIAŁKA SZKLISTEGO U OSÓB DORASTAJĄCYCH.

Podał

D-r med. Br. Ziemiński.

Starszy asystent przy tymże zakładzie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

Cierpienie, którego opis podaliśmy, polega na obfitym wylewie krwi do ciała szklistego. Wylew ten pojawia się — na szczęście nie zbyt często — u osób dorastających. Krwotok pochodzi z naczyń żylnych lub włosowatych siatkówki, położonych w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego. W niektórych przypadkach wylew krwi nastąpić może z naczyń tarczy, a może niekiedy i z pochewki nerwu wzrokowego. Lecz nietylko w sąsiedztwie tylnego bieguna te śródoczne krwotoki się objawiają: obfity wylew krwi wydarzyć się również może i w częściach obwodowych dna oka. W przypadkach, w których po wessaniu krwi żadne zmiany na dnie oka nie są widoczne, wylew krwi mógł nastąpić z ciała rzęskowego; przypuszczenie nasze nie jest nieprawdopodobne, wiadomo bowiem, że ta część oka jest nader bogata w naczynia krwionośne, których grubość tak znacznym, oraz tak częstym zmianom podlega. Nadmienić tu należy, że w razie, jeżeli spotykamy przy krwotoku śródocznym po pewnym upływie czasu najznacześniejsze zmętnienie cieczy szklistej w okolicy tylnego bieguna, lecz nie możemy odnaleźć — przy badaniu wziernikiem — naczyń, które pęknięciu uległo, w takim razie nie jesteśmy zupełnie uprawnieni do twierdzenia, że krwotok pochodzi z okolic dna oka sąsiednich tarczy nerwu wzrokowego. Mieć w tym razie na pamięci należy fakt kliniczny, pouczający nas, że wessanie wylewu krwawego w cieczy szklistej tem jest powolniejsze, im więcej wybroczyła krwawa oddalona jest od ciała rzęskowego.

Przy uważnem badaniu pola widzenia odnaleźć nieraz można przerwę w takowem, odpowiadającą miejscu na dnie oka, w którym wskutek wylewu krwawego siatkówka, a prawdopodobnie i naczyniówka uległa zwyrodnieniu.

Ten wylew krwawy śródoczny osłabia znacznie bystrość wzroku, jest nawet w stanie w krótkim czasie, z wyjątkiem jednak nie nagle, tak dalece osłabić siłę wzroku, że chory jedynie dzień od nocy odróżnić może.

Krwotok taki wznawia się często w ciągu okresu dorastania danej osoby.

Raptowność skutków tego cierpienia nadaje temuż od razu cechę napadu apoplektycznego.

Równie jak krwotokowi mózgowemu nadano nazwę rażenia krwawego mózgu, tak też wydaje się nam najodpowiedniejszem nazwać ten obfity śródoczny wylew krwawy ogólnem rażeniem krwawem ciała szklanego.

Z góry zaznaczyliśmy, że u pięciu chorych, z których jeden tylko był w wieku po nad lat 20 [wiek tegoż wynosił lat 22], nie zauważyliśmy przy najbardziej starannem badaniu i wywiadywaniu się żadnego objawu licznych, wyż podanych cierpień, wywołujących zwykle krwotoki śródoczne. Nadmienimy tu, że chorzy nasi nie byli dotknięci ani gruźlicą, ani też żadną z chorób wenerycznych. Nie mieliśmy również żadnych danych do przypuszczenia obecności przymiotu dziedzicznego lub nareszcie krwawiaczki dziedzicznej.

Rodzice żadnego z naszych chorych nie pozostawali w żadnym stopniu pokrewieństwa pomiędzy sobą. Objąsniiono nas przytem, że w familijach tych nie było w poprzednich pokoleniach ani jednego przypadku pokrewieństwa pomiędzy osobami, jakie wstąpiły w związki małżeńskie.

W jednym tylko przypadku przekonaliśmy się wyraźnie, że ojciec chorego dotknięty był dną, a chory okazywał skłonność do bólu lędźwiowego oraz do nerwobólu w różnych częściach ciała; bóle te występować zwykle miały wskutek „zaziębienia“; wyraźnem cierpieniem stawów natury dnawej lub gościcowej chory nasz nigdy nie był dotknięty. Trudno orzec na zasadzie jednego przypadku, oraz nie zupełnie przekonujących nas opisów innych autorów, czy usposobienie do cierpień natury gościcowej lub też czy dna dziedziczna [HUTCHINSON¹⁾] odgrywa ważniejszą rolę w powstawaniu u osób dorastających obfitego wylewu krwawy do cieczy szklistej. Trzeba jednak przyznać, że osoby dotknięte dną są wogóle skłonne do krwotoków z naczyń włosowatych, do zastoju w naczyniach żylnych oraz do różnych nieprawidłowości w krwiobiegu. Zwykle u tych osób napięcie w tętnicach bywa znaczne, wyjątkowo jednak spotyka się u takich chorych również i nader niskie napięcie.

Szczegółowe wywiadywanie się z naszej strony, co do ówczesnego oraz poprzedniego stanu naszych chorych, oraz badanie całego ustroju tychże, dało nareszcie pewne wyniki, które będą mogły do pewnego stopnia objaśnić sposób powstawania tych krwotoków śródocznych.

Dwóch chorych naszych twierdziło, że w okresie, w którym wystąpiło cierpienie oczne, wzrost ich ciała był nader szybki; według opowiadania jednego z nich tenże „nagle wyrost w 15 roku nadmiernie“. Chorzy nasi byli po większej części wejrzenia bladego; jeden wszakże był zdrowia raczej kwitnącego. Brak energii, prędko następujące uczucie zmęczenia oraz różne objawy podrażnienia nerwowego łatwo zauważyć można u tych chorych.

Polucyje nocne występowały u naszych chorych w pewnych okresach, podczas których utrata nasienia szczególnie często się zdarzała, co bardzo osłabiało chorych i czyniło ich więcej niż zwykle nerwowo wrażliwymi. Nie mieliśmy żadnych danych do przypuszczenia, że który bądź z naszych chorych oddawał się samogwałtowi.

¹⁾ Ophth. Society of Great Brit. 1880—1881.

U niektórych zmiany w miejscowym krążeniu były nader częste i znaczne: uderzenia do głowy [szczególnie po jedzeniu występujące], którym towarzyszyły: silny ból, nieraz i zawrót głowy, a jednocześnie uczucie chłodu w górnych i dolnych kończynach.

Trawienie dwóch z naszych chorych było bardzo utrudnione. Upośledzenie czynności tej w jednym z tych przypadków mogło być objawem dny spadkowej — o chorym tym wspomnieliśmy już powyżej.

Większość naszych chorych była od lat paru dotknięta uporczywym zaparciem stolca (*constipatio*). Zaznaczenie tej okoliczności wydało nam się ważnem, gdyż jeden z autorów [FALES¹⁾] jest zdania, że zaparcie takie bywa nieraz powodem krwotoków śródocznych.

Przy najdokładniejszym badaniu moczu [co do obecności białka, cukru, kwasu moczowego, szczawianu wapnia oraz innych części składowych i domieszek, w różnych stanach chorobowych wykrywanych] nie nieprawidłowego nie wysledziliśmy.

Od czterech chorych dowiedzieliśmy się, że tracili od lat paru dosyć znaczną ilość krwi z nosa; u 3 jednak krwawienie to nie wydarzyło się ani razu w 2 miesiącach, poprzedzających krwotok śródoczny; u czwartego zaś krwotoki z nosa były częste i przed pojawieniem się cierpienia ocznego, nadto na 4 tygodnie przed wystąpieniem tego ostatniego — o ile z opowiadania chorego sądzić mogłem — tenże został podczas snu dotknięty dosyć znaczną krwawą wybroczną podłącznicową. Był to jedyny chory, u którego w przeciągu 10 miesięcy krwotok śródoczny wydarzył się naprzód w lewym, następnie w prawym, a nareszcie ponownie w lewym oku, tym razem obok znacznego oderwania się siatkówki. Niektórzy autorowie są zdania, że o ile krwawienie z nosa zarówno płęć męzką jak i żeńską dotyka u dzieci młodych bardzo, oraz u osób w wieku średnim lub też starszym będących, o tyle w wieku dorastania przeważnie płęć męzka obfitem, często wznawiającem się krwawieniem z nosa bywa dotknięta. Zdanie to można prawdopodobnie rozciągnąć i na inne t. zw. samorodne krwotoki: pewne krwawe wybroczyny podłącznicowe, niektóre formy rażenia krwawego mózgu lub nareszcie cieczy szklistej; co do ostatniego cierpienia, to zaznaczyć należy, że takowe zdaje się występować stosunkowo niezbyt często w wieku dorastania u dziewcząt. Tłumaczyć to można okolicznością, że u dziewcząt regularne czyśczenia miesięczne, odprowadzając od czasu do czasu pewną ilość krwi z naczyń, ułatwiają prawidłowe krążenie tejże. W przypadkach nieczęstych, w których płęć żeńska dotknięta bywa w wieku dorastania obfitym wylewem krwi do cieczy szklistej, przekonać się zwykle można o obecności zaburzeń w układzie płciowym, jak to wyżej podaliśmy przy opisie przypadku, który dłuższy czas znajdował się pod naszą opieką w klinice prof. GAŁĘZOWSKIEGO.

Chcąc wyczerpać — o ile można — wszelkie sposoby dla wykrycia natury tego rodzaju krwotoków śródocznych, poddaliśmy badaniu krew naszych chorych. Wynik poszukiwań był dosyć ważny. U dwóch z tych chorych ilość

¹⁾ Internat. med, Congress VII Session, London. Ophth. Review, I.

czerwonych ciałek była prawie o połowę zmniejszona w stosunku do ilości ciałek białych. Fakt to ważny, szczególnie jeżeli zauważymy, że białe ciałka stanowią pewną przeszkodę [głównie w drobnych obwodowych naczyniach] dla swobodnego krążenia krwi. Wobec drobnej liczby tychże w stosunku do ciałek czerwonych w stanie fizjologicznym żadna nieprawidłowość w krążeniu nie może mieć miejsca. W przypadkach zaś, w których ciałka białe zajmują stosunkowo znacznie większe miejsce w rzędzie morfologicznych składników krwi, prąd tejże spotyka przeszkodę dosyć znaczną w częściach obwodowych ustroju danej osoby. Odpływ z tętnic ku żyłom może zostać utrudniony, napięcie w układzie tętniczym zwiększone.

Badanie stanu naczyń w różnych częściach ciała [przy macaniu oraz przy użyciu tętnorysu] nie dało nam ważniejszych wskazówek. W dwóch przypadkach napięcie w układzie tętniczym wydawało się nieco zwiększone, w dwóch innych zdawało się być prawidłowe, a nareszcie w jednym raczej niższe. Przy nieznacznych zboczeniach trzeba mieć tu na pamięci okoliczność, że napięcie takie może być odmienne w różnych częściach ciała oraz w różnych okresach u tejże samej osoby. Zresztą prawdopodobnie nie tylko przy podwyższonym lecz i przy niższym napięciu w tętnicach krwotok z naczyń włosowatych nastąpić może.

W niektórych przypadkach zaznaczyć można jedno lub obustronną znaczną krętość tętnicy skroniowej.

Mimo że nie mogliśmy wysledzić żadnej wady, któraby dotyczyła zastawek serca, zauważyliśmy jednak u dwu z naszych chorych nader silne uderzenie wierzchołkowe serca, a przy dalszem badaniu przekonaliśmy się o obecności znacznego, zupełnie samoistnego przerostu serca. Podobnież cierpienie rozpoznał G. SEÉ u jednego z młodych chorych PANAS'a — chory ten był dotknięty cierpieniem ocznym, o jakim mowa. G. SEÉ wyraził zdanie, że tego rodzaju przerost serca zdarza się znacznie częściej niż to ogólnie przypuszczają. Przerost ten występuje w wieku dorastania i jest wynikiem nadmiernego rozwoju serca w stosunku do innych naczyń.

Godne też zaznaczenia, że ciż sami chorzy nagle wyrastają znacznie w pewnym okresie dorastania; o tem przekonaliśmy się sami u dwu chorych, dotkniętych samoistnym przerostem serca.

Z wiekiem wytwarza się równowaga pomiędzy czynnością serca a objętością narządów. Zanim to nastąpi, ścianki naczyń są pod wpływem znacznie większego ciśnienia, które w przypadkach, na szczęście rzadkich, sprowadza pęknięcie tychże. Ten przerost, zaznaczony u dwu chorych, daje nam możność objaśnienia sposobu powstawania krwawego rażenia cieczy szklistej u tychże osób.

Jakkolwiek w pozostałych trzech przypadkach nie spotkaliśmy dostatecznie wyraźnego przerostu serca, tak, żeby stan tego narządu mógł choć w części wyjaśnić powstawanie krwotoku śródocznego — mimo to wydaje się, że inne, wyż wspomniane, okoliczności mogą rzucić dostateczne światło do wysledzenia natury wylewu krwawego w tych 3 przypadkach. W rzeczy samej wiadomo, że pewna nieprawidłowość w krążeniu krwi może łatwo być powodem krwoto-

ków nawet dosyć obfitych. Krążenie krwi zaś u chorych, których opis wyżej podaliśmy, nie mogło być prawidłowe w obec faktu, że osoby te dotknięte były często zaparciem żywota (*constipatio*), nadto u dwóch z nich napięcie w drobnych przynajmniej naczyniach obwodowych ustroju i tak już musiało być zwiększone z powodu nadmiaru ciałek białych, jaki w stosunku do ilości ciałek czerwonych we krwi tych chorych wysledziliśmy. Wskutek zatkania drobnych naczyń obwodowych ciałkami białymi odżywianie ścianek naczyń staje się upośledzone, przenikliwość tychże znaczniejsza, wylew krwi z przyczyny pęknięcia ścianki jednego z takich naczyń ułatwiony.

Okoliczności te mogły uczynić chorych naszych skłonniemi w pewnym stopniu do krwotoków samodzielnych.

U dwu z tych chorych, pierwszym objawem tej skłonności były często powtarzające się krwawienia z nosa, jako następny objaw przyjąć należy pojawienie się podczas snu u jednego z tych chorych znacznej wybroczyny podłącznicowej i jako późniejszy objaw tejże samej skłonności zaznaczymy zalew krwawy cieczy szklistej. U jednego z naszych chorych [chory lat 16], można uważać krwotok śródoczny jako pierwszy objaw tej skłonności, a to ze względu, że w tym przypadku chory nigdy przedtem nie był dotknięty żadnym innym samodzielnym krwawieniem.

U trzech z czterech chorych, którzy okazywali przed wystąpieniem cierpienia oka skłonność do częstych krwotoków z nosa, objaw ten nie wydarzył się ani razu w kilku miesiącach, poprzedzających pojawienie się krwotoku śródocznego. Nie jest nieprawdopodobnem, że powstrzymanie krwawienia z nosa, które od czasu do czasu zmniejszało napięcie w układzie naczyniowym, było pośrednim powodem krwotoku śródocznego: prąd krwi rozdarł ściankę naczynia w innym punkcie *minoris resistentiae*.

U chorych naszych cierpienie oka wystąpiło po raz pierwszy i powracało podczas miesięcy wiosennych i letnich, w jednym tylko przypadku powrót wydarzył się podczas zimy. Wydaje się też możebnem, że i stan barometryczny odgrywa tu jakąś rolę.

Jeden z naszych chorych twierdził, że przebudziwszy się z głębokiego snu nad ranem, zauważył, że utracił wzrok prawie zupełnie na jednym oku. U innego zaś krwotok śródoczny ponowił się podczas snu. Ze względu, że podczas tegoż położenie głowy w stosunku do reszty ciała mogłoby mieć wpływ pewien na krążenie krwi, wywiadywaaliśmy się jak najdokładniej co do tej kwestyi u chorych, o jakich wyżej mowa. Niczego jednak, co by godne było zaznaczenia, nie wysledziliśmy.

Jeden chory objaśnił nas, że na dwa dni przed utratą wzroku, na jednym oku spostrzegł w czasie wykonywania dosyć „forsownych“ ćwiczeń gimnastycznych lekkie chwilowe zamroczenie wzroku tego samego oka, był to prawdopodobnie podówczas pierwszy drobniejszy wylew krwawy na dnie oka, który w kilka dni później ponowił się, będąc jednak tym razem daleko obfitym.

Inny chory twierdził jak najmocniej, że kaszel, jakim był dotknięty od pewnego czasu, wywołał krwotok śródoczny, dodając nadto, że jeden z jego [cho-

rego] braci nagle utracił w młodym wieku w ten sam sposób wzrok w jednym oku.

*

*

*

Z tego, co wyżej podano, widocznym jest, że dla zrozumienia natury samorodnych krwotoków należy mieć na uwadze różne okoliczności, mogące wywołać zaburzenia w krążeniu krwi. Wskutek takiej nieprawidłowości pewna część układu naczyniowego może zostać nieraz opróżniona, podczas gdy w innych częściach istnieje nawał, tak na przykład, wydarzało się u naszych chorych, że doznawali zawrotu, bólu głowy, że czuli palenie twarzy i uszów, a jednocześnie chłód w palcach u rąk i nóg.

Przeróżne okoliczności mogą przyczynić się do zachwiania fizjologicznej równowagi w układzie naczyniowym. Fakt ten może być skutkiem zaburzeń, występujących w kanale pokarmowym lub też w układzie płciowym ¹⁾, a nawet wstrząśnienia moralne są tu w stanie odgrywać pewną rolę.

Zdaje się, że u pięciu chorych, badanych przez nas szczegółowo, należy zaliczyć do rzędu okoliczności, jakie przyczynić się mogły do krwotoków śródocznych: zaparcie żywota, a może i nagły rozwój życia płciowego nie był bez znaczenia. Ważniejszy jednak wpływ na wywołanie krwotoku śródocznego u naszych chorych miały następujące okoliczności: nieprawidłowy stan krwi, a w innych przypadkach nadmierny nagły wzrost serca, nie pozostający w odpowiednim stosunku do wzrostu pozostałych części ustroju, a głównie reszty układu naczyniowego.

Nareszcie mieć na uwadze należy, że większa część naszych zajęć, wymagając natężenia wzroku, sprowadza nawał krwi do oka, który przy długim trwaniu pracy może naruszyć równowagę, prawidłowość krążenia krwi, szczególnie u osób, usposobionych do nader znacznych zmian w krążeniu w różnych częściach ustroju; u osób takich naczynia, nie będąc pod dostateczną kontrolą naczynio-ruchową, łatwo opróżniają się w jednej części, a przepełnione bywają krwią w innej.

Wreszcie w rzędzie okoliczności, mogących przyczynić się do sprowadzenia zaburzeń w krwiobiegu, zaznaczymy nienaturalną postawę, jaką nieraz młodzi ludzie, głównie młodzież dorastająca zwykła przybierać przy czytaniu, oraz przy pisaniu. Czyż nie jest jasne, że czytanie wieczorami w łóżku przy wadliwej pół leżącej postawie z nachyloną ku piersiom głową, a nieraz przy niedostatecznym lub nieodpowiednim oświetleniu musi być znaczną przeszkodą dla prawidłowego krążenia krwi.

Zalew krwawy cieczy szklistej, występujący u osób dorastających, na szczęście, niezbyt często, nie jest samodzielnym cierpieniem oka, lecz raczej je-

¹⁾ Według zdania HUTCHINSON'a, jednego z najbardziej starannych współczesnych klinicystów angielskich, prawdopodobnym jest, że w okresie dorastania a chłopców objawiają się zaburzenia w ustroju, mające wiele cech wspólnych z objawami czyszczeń miesięcznych. W okresie tym młodzieńcy okazują niezwykłą skłonność do polucej nocnych, a nadto w przypadkach, w których naczynia są osłabione, wyjątkowo widoczne jest usposobienie do krwotoków.

dnym z objawów zaburzeń w krwiobiegu, którego prawidłowość naruszyć mogą liczne okoliczności, w okresie dorastania napotykaną.

Tego rodzaju krwotok śródoczny należy do tejże samej klasy objawów co i krwawienie z nosa, krwawe wybroczyny podłącznicowe i inne tego rodzaju krwotoki.

Jakkolwiek istota tych objawów jest też sama, jednak skutki ich różne. Rażenie krwawe, dotykające kilkakrotnie tak szlachetny, tak czuły narząd wzroku łatwo mieć może zgubny wpływ na stan tegoż.

Spostrzegamy nieraz przypadki, w których po jednorazowym wylewie krwi prawie zupełnie wessana zostaje, a wtedy z zupełną pewnością przekonać się mamy sposobność, że na dzień oka żadne nie zaszły znaczniejsze zmiany chorobowe. Niestety krwotoki takie zwykle wznawiają się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, tak trudno bowiem usunąć na czas dłuższy wszelkie okoliczności, mogące spowodować choć drobne zboczenia w prawidłowym krążeniu krwi.

Przepowiednia co do częściowego nawet zachowania wzroku powinna być nader oględnie czyniona.

Po każdym napadzie znaczna część wylewu krwawego zostaje wessaną, nigdy jednak nie widzimy zupełnego wessania całego wylewu. Po każdym też napadzie zmętnienia w cieczy szklistej są obfitsze, a siła wzroku coraz znacznie się zmniejsza. Nareszcie widmo złowrogie odklejenia się siatkówki, zagrażające czynności oka, dotkniętego choć jednorazowo takim krwotokiem, nie ustępuje co najmniej podczas całego okresu dorastania danej osoby.

Z powyższego opisu łatwo poznać nasz sposób zapatrywania się na leczenie tego cierpienia.

Staramy się nadewszystko uchronić chorego od wznowienia się takiego krwotoku. Usuwamy, o ile można, wszelkie przypuszczalne powody tego cierpienia. Nadto walczymy przeciwko zgubnym skutkom tegoż.

Choremu zalecamy: spokój fizyczny, unikanie wstrząśnień moralnych, wstrzemięźliwość zupełną [wstrzymanie się od napojów wysokowych] oraz niekiedy pobyt w odmiennym klimacie.

Zwracamy baczną uwagę na czymność przyrzędu trawienia. Skoro przerost serca rozpoznany, zalecamy konwaliję.

Przetwory sporyszu, strychniny lub belladony, używane przez niektórych okulistów, nie wydały nam się skutecznymi w tem cierpieniu. Zastosowanie kwasu dębiankowego [galusowego] może jest odpowiedniejsze ze względu, że przy wewnętrznem zastosowaniu środek ten zmienia się w kwas garbnikowy. We wszystkich przypadkach nader pożytecznem okazało się stosowanie przetworów żelaza przez dłuższy przeciąg czasu.

Leczenie miejscowe ma głównie na celu chronienie oka od wszystkiego, co może wywołać nawał krwi tego narządu. Chory taki powinien przedewszystkiem unikać zbytniego światła, oraz wstrzymać się od wszelkiej, szczególnie usilniejszej pracy. Dalej mamy na uwadze ułatwienie, przyspieszenie wessania krwi. W tym kierunku zalecamy okłady ciepłe, a nawet lekki ucisk, wywarty przez odpowiedni opatrunek, okazał się w niektórych przypadkach pożytecznym.

Odpowiednie w tem cierpieniu środki, wzbudzające poty, wywierają wpływ dobry. Umiejętne zastosowanie środków odciągających (*derivantia*) często daje dobre wyniki.

To jest — w głównych zarysach — sposób leczenia, jaki nietylko przy tem cierpieniu, ale i w innego rodzaju krwotokach śródocznych u młodych okazał się skutecznym.

Tym sposobem też prowadzimy leczenie bez uciekania się do jakiejś operacji, która jedynie w pewnych powikłaniach tego cierpienia [mamy tu na myśli pojawienie się napadu jaskry] może być wskazaną. W takim przypadku staraliśmy się nasamprzód przynieść ulgę choremu, wykonawszy przekłócie rogówki, a gdy to nie usunęło w zupełności objawów jaskry, dokonaliśmy operacji wycięcia kawałka tęczówki z najzupełniej pomyślnym skutkiem: nietylko bowiem objawy jaskry usunęliśmy, lecz i wessanie wylewu krwawego znacznie przyspieszone zostało.

* * *

W pracy naszej zaznaczyliśmy, że większa część chorych, u których ogólny zalew krwawy ciała szklanego miał miejsce, dotknięta była już przez czas dłuższy przed pojawieniem się cierpienia ocznego uporczywym zaparciem żywota (*constipatio*). Wskutek zatrzymania kału w okrężnicy występował nieraz u naszych chorych ból w okolicy zagięcia śledzionowego tej ostatniej. Wadliwe warunki higieniczne wogóle, a szczególnie wadliwe warunki dyjetetyczne wywołać mogą ten stan chorobowy. Niektórzy chorzy twierdzili, że miewają stolec regularnie, w prawidłowych odstępach czasu; przy dokładniejszym jednak badaniu, stale mieliśmy możność przekonania się, że okrężnica przepełniona była kałem, widocznie więc kał pozostaje zbyt długo w kiszkiach, które jedynie częściowo opróżniają się. Przepełnienie kiszki kałem, znajdującym się w stanie rozkładu, może spowodować zatrucie krwi; ztąd też mógł powstać chorobowy stan tejże, zauważony u dwóch z naszych chorych, u których spostrzegliśmy niedostatek ciałek czerwonych (*oligocythemia*). To ostatnie przypuszczenie nie jest nieprawdopodobnie wobec wyniku najnowszych poszukiwań DUCLOS'a z Tours i SIR ANDREW CLARKE'a z Londynu: autorowie ci doszli do wniosku, że blednica występuje najczęściej wskutek zatrucia krwi rozkładowemi wytworami kału.

Twierdzimy też, że w znacznej części naszych przypadków przyczyną krwotoku śródocznego było uporczywe zaparcie stolca, które istniało od dawna, u niektórych z naszych chorych od kilku lat przeszło. Twierdzenie to nie podlega wątpliwości co najmniej w przypadkach, w których widoczne są pewne zmiany we krwi. Lecz nawet, skoro takich zmian nie znajdujemy, orzec można, że uporczywe zaparcie stolca, samo przez się, było w stanie wywołać pewną nieprawidłowość w krążeniu ¹⁾, która u osób skłonnych do krwotoków, np. u mło-

¹⁾ Zdarzyło nam się nieraz zauważyć, że zatrzymanie kału w okrężnicy może być przyczyną podwyższenia ciepłoty ciała. Tenże sam fakt spostrzegać się daje u osób, histeryją dotkniętych, skoro popadają w dłuższy czas trwający sen.

dzieży, osłabionej wskutek nadmiernego wzrastania, mogła spowodować wybroczenie krwi w pewnej okolicy ciała, a szczególnie w oku, gdyż nawał krwi do tego narządu łatwo wydarzyć się może już ze względu, że czynność przyrzędu wzrokowego niezbędna jest przy każdym niemal zajęciu. Zresztą szczegółowo wyłuszczone zostały powyżej okoliczności, wyjaśniające w pewnym stopniu przyczynę, dla której oko jest jednym z miejsc ulubionych pojawiania się t. zw. samodzielnych krwotoków w okresie dorastania.

Ostatecznie więc, w streszczeniu, zaznaczyć należy następujący wynik poszukiwań, przez nas podjętych w celu zupełnego wyjaśnienia istoty samodzielnych, ogólnych, rażeń krwawych ciała szklстого, nader często wznawiających się u osób dorastających. Ten krwotok śródoczyny spowodowany być może obecnością samoistnego przerostu serca: jak już zauważono, nadmierny, nagły wzrost serca w tych przypadkach nie pozostaje w odpowiednim stosunku do wzrostu pozostałych części ustroju, a szczególnie do wzrostu reszty układu naczyniowego. Samoistny przerost serca nie zbyt często jednak spotyka się u młodzieży, dotkniętej ogólnym rażeniem krwawym cieczy szklstej. Poszukiwania staranne pozwalają nam orzec, że w większej części przypadków zatrzymanie zbyt długie, oraz rozkład kału w kiszkaach wywołały u naszych chorych samozakażenie ustroju, sprowadziły zakażenie kałowe krwi („*stercoraemia*“), które uważać należy jako jeden z głównych powodów krwotoku śródoczyny, jaki u młodzieży dorastającej „samodzielnie“ się wydarza.

Niejasne dotąd pochodzenie tego cierpienia ocznego zostaje w ten sposób dostatecznie wyświełone.

Wynik spostrzeżeń, wyż podanych, wyjaśnia istotę tak zwanych samodzielnych krwotoków.

Ostatecznie, poznaawszy źródło znacznej części tych przypadków chorobowych, nie trudno jest obecnie nakreślić w danym razie odpowiedni sposób postępowania leczniczego.

Wnioski nasze wydać się mogą śmiałymi, przyznać jednak należy, że takowe są zgodne z zasadami patologii ogólnej, w której, jakkolwiek specjalności, powinniśmy szukać podstawy do naszych wywodów klinicznych.

III. KILKA PRZYPADKÓW KOSMKÓW ŻRENICOWEGO BRZEGU TĘCZÓWKI.

Podał

J. Przybylski.

Żrenica jak wiadomo, przedstawia się u człowieka i zwierząt w kształcie otworu z gładkim brzegiem, na którym tylko przy zwężonej żrenicy można dojrzyć jako ciemną obwódkę, warstwę barwnikowego nabłonka tęczówki, będącą, zgodnie z historiją rozwoju, przedłużeniem siatkówki ¹⁾. Jednakże u prze-

¹⁾ SCHWALBE. Lehrbuch der Anatomie des Auges. 1887. str. 199.

žuujących, jako też u konia ¹⁾, dawno już spostrzegano przypadki, w których źrenicowy brzeg tęczówki był usiany buremi kosmkami, zależnemi od wrodzonego przerostu barwnikowej warstwy tęczówki; kosmki takie dochodzą czasami, jak w przypadku który opisał SCHNIDELK'a ²⁾, do wielkości grochu. U człowieka przypadki tego rodzaju opisali v. GRAEFE ³⁾, MOOREN ⁴⁾ i COLSMANN ⁵⁾ po jednym, ANCKE ⁶⁾ trzy i v. REUSS ⁷⁾ dwa przypadki.

Wyżej wspomnianą wadę rozwojową tęczówki spostrzegalem u czterech popisowych, przysyłanych dla zbadania wzroku.

I. Roch Ślenzak, 21-lat, blondyn, średniego wzrostu, dobrze zbudowany. Przy badaniu oczu znaleziono: krótkowzroczność w prawem oku $\frac{1}{4}$ w lewem $\frac{1}{5}$. Na całym brzegu źrenic w obu oczach znajdują się płaskie, bure, z aksamitnym blaskiem kosmki, pozrastane z sobą u brzegu tęczówki i zależne od przerostu warstwy nabłonka barwnikowego tęczówki. Najdłuższe [do 3 mm.], kosmki znajdują się na górnym brzegu źrenic i swobodnie wiszą w przedniej komórce oka, kosmki na dolnym brzegu źrenic, nieco krótsze, są przegięte przez brzeg źrenicy i leżą na przedniej powierzchni tęczówki. Przy zwężeniu źrenic wystające części warstwy nabłonka barwnikowego układają się wachlarzowato i zakrywają wewnętrzną połowę prawej i zewnętrzną połowę lewej źrenicy.

II. Marceli Sys, również 21-lat, blondyn, średniego wzrostu i dobrej budowy ciała. Badanie oczu wykazało: drżenie wahadłowe gałek ocznych, nadwzroczność średnia obu oczu, około tarczy nerwów wzrokowych ślady zapalenia naczyńki i białkówki, siła wzroku w obu oczach $\frac{2}{100}$. Na górnej i wewnętrznej części źrenicowego brzegu tęczówki w obu oczach warstwa barwnikowego nabłonka wystaje z tylnej powierzchni tęczówki w kształcie czarnej błonistej obwódki z ząbkowanym brzegiem.

W przypadkach 3 u popisowego Jana Mondlaka i 4-ym u rekruta Jana Kudeta wyżej opisana wada rozwojowa tęczówki była wyrażona znacznie słabiej, mianowicie drobne bure kosmki, czy też ząbki, znajdowały się symetrycznie w obu oczach na górnej i dolnej części źrenicowego brzegu tęczówki.

Wszyscy czterej popisowi nigdy nie przechodzili zapalnych cierpień oczu, ruchy źrenic były u nich zupełnie swobodne, złogów barwnikowych na torebce soczewki nie było, dlatego też wrodzonych kosmków tęczówki widać za oderwane tylne zrasty tejeż w wyżej wymienionych przypadkach nie można było. Dana wada rozwojowa tęczówki szczególnej przeszkody dla wzroku nie stanowiła i z tego powodu wskazań do leczenia, mogącego być tylko chirurgi-

¹⁾ LEUKART. Handbuch d. gesam. Augenhkunde. T. II. str. 241.

²⁾ SCHNIDELKA. Oesterr. Vierteljahrschrift f. wissenschaftliche Veterinärkunde. 1883. T. 59. str. 127.

³⁾ v. GRAEFE. Arch f. Ophthalmol. VII. 2. str. 36.

⁴⁾ MOOREN. Ophthalmiatische Beobachtungen. 1867. str. 123.

⁵⁾ COLSMANN. Klin. Monatsblt. f. Augenheilk. 1867. str. 53.

⁶⁾ ANCKE. Centralblatt f. prakt. Augenhkd. 1885. str. 312.

⁷⁾ v. REUSS. Wiener medicin. Presse. 1886. Nr. 18. str. 582.

cznem, nie było. Co się tyczy nazwy ją określającej to ani „*papilloma iridis*“ COLSMANN'a ani *Ectropium uvae congenitum*, jak ją nazwał HIRSCHBERG, a za nim ANCKE i v. REUSS nie wydają mi się odpowiedniami i za najwłaściwszą bym uważał „*Villositates congenitae strati retinalis marginis pupillaris iridis*“.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

4. P. Grawitz. O wpływie kadaweryny na powstawanie ropienia. (*Ueber die Bedeutung des Cadaverins* [L. BRIEGER] für das Entstehen von Eiterung).

Kadaweryna należy do rzędu alkaloidów trupich niejadowitych, której własności chorobotwórcze nie zostały jeszcze dokładnie poznane. Kadaweryna przedstawia się w postaci bezbarwnego płynu, nieprzyjemnym zapachu, i chciwie pochłaniającego kwas węglany z powietrza. Płyn ten, mający odczyn zasadowy i bardzo łatwo rozpuszczający się w wodzie, posiada formułę następującą: $\text{NH}_2\text{—CH}_2\text{—CH}_2\text{—CH}_2\text{—CH}_2\text{—CM}_2\text{—CH}_2\text{—NH}_2$, jest więc identyczny z pentametyldyjamina, którą LADENBURG otrzymał na drodze syntetycznej, poddając działaniu sodu gorący roztwór wysokokowy cyjanku trójmetylowego (*trimethylcyanür*).

Autor, zachęcony wynikami poprzednich swoich badań, trzymał w płynnej żelatynie odżywczej 2,5%—5% roztwór nadesłanej mu przez BRIEGER'a kadaweryny, do której dodał obfitą ilość czystej hodowli *staphylococcus aureus*, i doszedł do przekonania, że 2% roztwór rzeczonoego alkaloidu już w ciągu godziny zabija koki. Hodowanie tegoż pasorzyta na płynnej żelatynie, do której dodano kilka kropel 10% roztworu kadaweryny, dawało również wyniki ujemne. Mniejsze zresztą ilości tej substancji [1 kropla roztworu 1:1] dodane do żelatyny wystarczają do powstrzymania bujania koków.

Aczkolwiek niektórzy badacze [BABES, GARRÉ], a także i autor wykazali antagonizm, istniejący pomiędzy zwyczajnymi bakteryjami gnilnemi, a ropnemi, zależący od wytwarzanych przez nie ptomainów, to jednak nie można ztąd wyciągać korzystnych wniosków dla nauki o zabezpieczeniu (*immunitas*), ponieważ, jak to wykazuje autor, kadaweryna sama przez się jest już ptomainą ropotwórczą. Wstrzykiwanie bowiem podskórne roztworów kadaweryny niezawierających bakteryj, w miarę ilości wziętego płynu, albo wywiera działanie żrące [2 krople 50% roztworu], albo powoduje zapalenie z zejściem w ropienie [0,5 ctm. 5% roztworu], albo też obrzęk zapalny z następnem wessaniem i zagojeniem. Ropa, wyciągnięta z tych ropni za pomocą strzykawki, mikrokoków ropnych nigdy nie zawierała. Dodać należy, że wydobywanie ropy z ognisk ropnych winno być skutecznianem wcześniej, przed utworzeniem się na nich strupa zgorzeliwego, który staje się powodem zanieczyszczenia ropy przez inne bakteryje. W danym razie znajdowały się zawsze grube laseczki, podobne do lasecznika siennego, które nie hodowały się na żelatynie i nie powodowały u zwierząt ropienia.

Autor dodawał następnie mikrokokii ropne do kadaweryny, którą wprowadzał pod skórę rozmaitym zwierzętom. Słabe roztwory [0,5—1%] ulegały wessaniu wraz z mikrokokami, mocniejsze zaś [5—10%] zabijały mikrokokii bardzo szybko i powodowały ropnie, ponad któremi skóra ulegała zgorzeli. Zawartość tych ropni nie dawała hodowli mikrokoków ropnych, znajdowano w nich tylko wspomniane wyżej laseczniki.

Niekiedy znów autor, wstrzykując roztwór kadaweryny wraz z *staphylococcus aureus* lub *streptococcus*, wywoływał gwałtowne zapalenie ropne z opuszcza-

niem się ropy, oraz zgorzel skóry. W ropie, obok rozmatych innych bakteryj, znajdowały się wprowadzone koki. Kadaweryna więc jest w stanie wywołać zapalenie ropne, a w razie jednoczesnej obecności pasorzytów ropnych może takowe spotęgować oraz sprzyjać jego szerzeniu się — działanie więc jej zbliża się do działania amonijaku.

Kadaweryna, wstrzyknięta w ilościach nieznacznych [u psów najwyżej 0,3 gr.], objawów ogólnych nigdy nie wywołuje.

(*Virchow's Archiv. Bd. 110 str. 1.*)

Stanisław Klejn.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 17. I. 1888 r. kol. MALINOWSKI przedstawił chorego, 5-letniego chłopczyka, u którego po przebyciu recydywy odry rozwinęło się zapalenie otrzewnej. Ze względu na istniejące objawy w płucach! kol. MALINOWSKI uważa sprawę w otrzewnej za gruźlicę takowej i zaznacza względnie dobry stan, w jakim się chory obecnie znajduje. Opis tego przypadku będzie zamieszczony w naszym piśmie.

Kol. STANKIEWICZ przedstawia chorego, któremu wykonał operację plastyczną z powodu *Ectopia vesicae urinarinae congenita cum epispadiasi*. Przedstawiliśmy historycznie genezę, anatomiję i patologiję, tego kalectwa, mówca zastanawiał się nieco dłużej nad sposobami jego leczenia, poczem podał opis własnego przypadku. 22-letni szlachcic zaganowy z Podlasia, zdrów i dobrze zbudowany przybył d. 23. XI. 1886 r. do oddziału kol. S. w Szpitalu Ewangelickim, w celu porady na kalectwo, jakim od urodzenia jest dotknięty. Chory w okolicy łonowej posiada guz grzybowaty, wielkości średniej dłoni, kształtu prawie okrągłego pokryty błoną śluzową pofałdowaną, barwy czerwonej, z licznymi płytkami owrzodzeniami łatwo krwawiącymi przy dotyku. Z otworków [moczowody] sączy się ustawicznie mocz, który przesieka ubranie i wywołuje podrażnienie skóry w postaci zaczerwienienia i pryszczów, pokrywających pachwiny, mosznę i uda aż do kolan. Prącie w stanie początkowym przedstawia dolną połowę cewki, długości 4 ctm., połowę czego zajmuje żołądź mocno spłaszczona; przy połączeniu z pęcherzem znajduje się wyraźne *veru montanum* tudzież otwory kanalików nasiennych i prostatycznych. A zatem jest to *aectopia vesicae urinarinae congenita completa cum epispadiasi*. Jądra dobrze rozwinięte znajdują się we właściwym miejscu, w lewym *hydrocele congenitum*. Skutkiem parcia trzewiów brzusznych, ściana pęcherza wypukła się znacznie ponad poziom powierzchni brzusznej, nie znajdując oparcia o łuk łonowy, gdyż kości łonowe oddalone są od siebie na 11 ctm.. Chory dręczony jest pobudzeniem płciowem i miewa polucyje.

Kol. STANKIEWICZ przedewszystkiem usunął *hydrocele* przez przecięcie. Następnie wziął się do utworzenia cewki sposobem KROENLEIN'a i THIERSCH'a. To mu się udało z trudnością z powodu napięcia złączonych szwem bocznym części cewki, wynikającego ze szczupłości tkanek, a głównie z powodu niespokojności chorego, którego prawie niepodobna było zachloroformować. W ogóle leczenie operacyjne trwało miesięcy 7, co odpowiada w zupełności okresowi tej operacji według systemu THIERSCH'a, który ją dzieli na 6 aktów, wymagających 27 tygodni, a nadto na poprawki i uzupełnienia wymaga jeszcze 25 tygodni, czyli cały rok czasu.

Obecnie chory pozostaje jeszcze w Warszawie dla uzyskania dobrego przyrządu lekko uciskającego otworek pęcherza, gdyż dotychczas wykonane niezupełnie utrzymują mocz w pęcherzu. Pojemność pęcherza jest dość znaczną, może bowiem utrzymać przy leżeniu przeszło $\frac{1}{2}$ szklanki moczu, a następnie pewnym rzutem wydalic go na zewnątrz.

W krótkiej dyskusji zabierali głos kol. PERKOWSKI i SZTEYNER.

Kol. MATLAKOWSKI przedstawił chorego z *pes varo-equinus* po operacji plastycznej wraz z odlewami stopy.

Wiadomości terapeutyczne.

14. Stosowanie strumienia indukcyjnego przy wstrzykiwaniach podskórnych. Niesłychana ważność stosowania środków leczniczych za pomocą wstrzykiwań podskórnych jest powszechnie wszystkim wiadoma. Z drugiej wszakże strony wiele środków leczniczych, posiadających własności miejscowo drażniące, stanowią ujemną stronę tej metody, a do takich środków należą: chinina, ergotyna, arsenik, kamfora, przetwory rtęciowe i t. d. Wywołują one nie tylko silne bóle, ale powodują naokoło wstrzyknięcia nacieczenia natury zapalnej, przez co i działanie danego środka, a mianowicie jego całkowite dostanie się do ogólnego układu krążenia, staje się ograniczonym, zmniejszonym. W ostatnich czasach do pewnego stopnia starano się temu zapobiedz przez wstrzykiwanie podobnych substancji nie do tkanki łącznej podskórnej, ale do warstwy mięśniowej, np. do mięśni pośladowych. Z tem wszystkiem i ta metoda nie chroni w wielu razach ani od bólu, ani od nacieczenia, nieraz całemi tygodniami trwającego. Bardzo ważnem ulepszeniem metody podskórnych wstrzykiwań stanowią doświadczenia, dokonane na chorych przez D-ra WACHSNER'a w Berlinie. Z doświadczeń tych wynika, że po wstrzykiwaniach podskórnych nigdy nie mamy do czynienia ani z bólami, ani z nacieczeniami, jeżeli na miejsce wstrzyknięcia zastosujemy strumień indukcyjny. Postępować należy w ten sposób. Strzykawkę odpowiednio zdezynfekowaną [np. we wrzącej wodzie] napełnia się danym roztworem leczniczym. Do wstrzykiwania wybrać należy okolice ciała, opatrzoną większemi mięśniami, np. okolicę pośladową [wstrzyknąć do samych mięśni], albo też skórę nad mięśniami kapturowym, najszerszym grzbietu [wstrzyknąć do tkanki łącznej podskórnej]. Skórę danej okolicy trzeba zwilgocić ciepłym roztworem wodnym soli kuchennej; w takimże samym roztworze trzymać 1—2 minuty elektrody, mające być stocowane, przy czem jedna elektroda powinna być mała, a druga o szerszej powierzchni. Po zrobieniu wstrzyknięcia podskórnego postawić należy elektrodę o szerokiej powierzchni na jakiegokolwiek bądź okolicy ciała, a elektrodą małą, z dość silnym uciskiem, pocierać miejsce, gdzie wykonano wstrzyknięcie. Zaczynać należy od strumienia słabszego, a następnie przejść do silniejszego, elektryzować zaś trzeba tak długo, dopóki wyniesienie w skórę nie zniknie. Najczęściej po 4—5 minutach ból, zależny od wstrzyknięcia substancji, oraz wyniesienia w skórze znikają w zupełności. Jeżeli pomimo to nacieczenie się wytwarza, to stosować należy elektryzację po raz wtóry, a nawet — trzeci. Miejsce w którym zrobiono wstrzyknięcie, jest po elektryzacji tak niebolesnem, że można je śmiało ścisnąć, uderzać, a co ważniejsza, nigdy przytem nie mamy do czynienia z nacieczeniami. D-r WACHSNER słusznie sądzi, że energiczne, bierne skurcze mięśni, wywołane przez elektryzację, wpływają na naczynia krwionośne i limfatyczne, a mianowicie na krążenie w nich i że przez to substancja wstrzyknięta szybciej wessaną zostaje, a zatem usunięta z miejsca wstrzyknięcia. Dodać tu muszę, że oddawna wszyscy lekarze starali się o ten sam cel, t. j. o szybsze wessanie danego środka leczniczego, ale nieco w odmienny sposób: jedni przez energiczne pocieranie ręką okolicy, w którą zrobiono wstrzyknięcia, drudzy przez wstrzykiwanie do tkanki mięśniowej, która jest bogato unaczynioną i w której przy czynnych ruchach krążenie energiczniej się odbywa. W każdym razie sposób D-ra WACHSNER'a zasługuje na rozpowszechnienie.

W. Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kol. O. BUJWID sprawozdawca z prac polskich z dziedziny bakteriologii do „*Centrallblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*“ i kol. J. DRZEWIECKI sprawozdawca z prac polskich do New-Jorskiego pisma „*The medical Record*“ — upraszają kolegów za naszym pośrednictwem o przysyłanie im odbitek z prac drukowanych.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Января 1888 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 29.

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
D-r Heinricha plac Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilpopa ul. Nowy-Swiat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmelicka
Ziemieńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—11

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w Meranie, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w Gleichbergu, Villa Max.

12—9

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN RIEMO**

20—19

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

ROK XXVII.

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 ścisłej 1½ arkusza in 4-to co Sobota.

Warunki przedpłaty: W Krakowie rocznie 8 złr. półrocznie 4 złr. Kwartalnie 2 złr. 20 ct. w Cesarstwie austrijackiem 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: Administracyja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa.

6—4

Доволено Цензурою. Варшава, 21 Января 1888 г. Друк К. Ковалевского. Królewska. Nr. 29.