

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWĘCONE 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. E. PRZEWOSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej (*hernia diaphragmatica*) z ogólnemi uwagami o tejże chorobie. — II. Z. SREBRNY. O krwotocznem zapaleniu krtań (*Laryngitis haemorrhogica*). — III. J. STRZEMIŃSKI. Przypadek wrodzonej wadliwości oczu. — *Notatki lekarskie*. PEŁCZYŃSKI. Kilka słów o leczeniu żółtaczki za pomocą wlewań zimnej wody do odbytnicy czyli t. zw. metody Krull'a. — *Dział sprawozdawczy*. 35. MATHIEU. Neurastenija i histeryja u jednego i tego samego osobnika. (*Neurathénie et hystérie combinées*). — Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej: I. A. MALINOWSKI. II. — W. SZUMLAŃSKI. — *Wiadomości bieżące*. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdziałniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, 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 obserwacyje 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 plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rybnego ażeby wydalili martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

47—33

D-r TYMOWSKI

praktykować będzie w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

w **SAN REMO.**

6—1

ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO
K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie mieśce się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

6—6

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

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, podogrze i t. d.

Wysyłkę uskuteczniają w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Strieboll.

26—20

GAZETA LEKARSKA.

I. CZTERY NOWE PRZYPADKI PRZEPUKLINY PRZEPONOWEJ

(*hernia diaphragmatica*)

z ogólnymi uwagami o tejże chorobie.

Napisał

Dr Edward Przewoski.

Dotąd opisano około 300 przypadków przepukliny przeponowej, rzadkością więc podobny stan patologiczny nie jest. Każdy lekarz może się z nim spotkać i powinien go znać, jeżeli chce uniknąć ważnych pomyłek rozpoznawczych. Czy jednak wobec wskazanej liczby obserwowanych przypadków przepukliny przeponowej, opis czterech nowych spostrzeżeń nie staje się już zbytecznym? Mogłoby się tak wydawać na pierwszy rzut oka, w istocie wszakże rzecz się ma inaczej. Najpierw rozmaite przepukliny przeponowe przedstawiają się tak rozmaicie, że każda odznaczać się może jakimś rysem szczególnym. Powtóre dawne opisy są przeważnie niedokładne i często, kierując się tylko nowem doświadczeniem, domyślać się trzeba, co rzeczywiście ten lub ów autor miał przed sobą. Następnie, nie notując każdego pojedynczego przypadku, nie podobna wytworzyć sobie należytego pojęcia o skali częstości rozmaitych form przepukliny przeponowej i o właściwościach przepony w rozmaitych miejscach. Nakoniec są zagadnienia, które rozstrzygnąć można jedynie przez porównanie wielu dokładnie zbadanych przypadków. Otóż ze wszystkich wymienionych względów wydaje mi się, że opis każdego nowego spostrzeżenia przepukliny przeponowej jeszcze obecnie nie może być pozbawionym interesu.

I. Przypadek. Dombski Ludomir ¹⁾, 47-letni oficjalista, przybył do szpitala Ś-go Ducha w Warszawie z powodu, iż na 1½ miesiąca przedtem nagle stracił możność chodzenia i poruszania prawą ręką. Jest to człowiek dobrej budowy i dobrze odżywiany. Badanie wykazuje: prawy kąt ust opuszczony, chory ręką prawą poruszać nie może, nogą prawą porusza bardzo słabo. Mówi bardzo pomału, wyraźnie, ale nieregularnie. Zapomina wyrazy i fakty. Język drży. Tętno serca słabe, tętno bardzo małe. W dolnych częściach płuc rzęzenia. Następnym dni mowa staje się coraz mniej wyraźna. Chory zaczyna oddawać mocz i kał pod siebie. Przychodzi mocne osłabienie, śpiączka i przy takich objawach chory umiera dnia 5 Stycznia 1885 roku.

Na trupie największe zmiany znaleziono w układzie nerwowym. Mianowicie po otworzeniu czaszki okazuje się, że w bliskości szwu strzałkowego opo-

¹⁾ Przypadek ten zawdzięczam Szanownemu koleździe GOLDFLAMOWI, który mi łaskawie udzielił go raczył.

na twarda jest mocno przyrośnięta do przedniej części wewnętrznej powierzchni kości ciemieniowej lewej i nadto drugą swą powierzchnią mocno przyrasta do odpowiedniej części opony miękkiej. Po usunięciu opony twardej widać, że przednią połowę półkuli lewej zajmuje guz szaro-różowy, trochę twardszy od istoty korowej, który od przodu rozciąga się do przedniego końca zrazu czołowego; ku tyłowi granicę guza stanowi *sulcus praecentralis*; od strony pośrodkowej guz dociera do *gyrus fornicatus*, uciskając ten zawój i odpowiadnią część zawojów półkuli prawej; nakoniec od zewnątrz i dołu guz dochodzi do dolnego zawoju czołowego. Granice guza są wszędzie ostre, opona miękka z mocno rozszerzonymi naczyniami nie przechodzi nad guzem, lecz rozciąga się tylko do jego brzegów i następnie zrasta się z nim. Przy oddzielaniu opony miękkiej guz z łatwością daje się wyłuszczyć, poczem przedstawia się jako twór nieprawidłowo-owalny, z najdłuższym wymiarem przednio-tylnym i powierzchnią dosyć gładką. Po wyluszczeniu guza znajduje się na miejscu jego usadowienia odpowiedniej wielkości znaczne zagłębienie w istocie mózgu, które jednak zależy tylko od wgniecenia. Zawoje mózgowe bowiem i *centrum semi-ovale* pozostały pod guzem. Są one mocno uciśnięte i ścięte, ale bez widocznego rozmiękczenia. Inne części mózgu są blade. Komórki boczne mózgu zawierają trochę płynu mózgo-rdzeniowego. Na podstawie mózgu naczynia krwionośne są miejscami ateromatycznie zmienione. Co się zaś tyczy samego guza, to ten na przekroju jest gładki i różnobarwny, to jest obok miejsc ciemno-czerwonych, leżą w nim miejsca czerwono-szare, czerwono-żółte, żółtawe i t. d.. Badanie drobnovidzowe wykazało, że jest to *sarcoma piae matris*.

Po otwarciu klatki piersiowej i jamy brzusznej, uderza przedewszystkiem nieprawidłowe rozłożenie kiszki grubej wraz z siecią wielką i obecność okrągławego guza, dużego jak głowa nowonarodzonego dziecka, nad przeponą [porównaj Fig. 1 ¹⁾]. Bliższe rozpatrzenie przekonywa, że wzmiankowany guz jest workiem, znajdującym się zaraz za mostkiem, pomiędzy osierdziem a przedniodolną częścią prawego płuca. Otwór worka zwrócony jest ku dołowi, a okrągławo-kuliste dno jego ku górze, na prawo i ku tyłowi. Otwór worka leży w przedniej i środkowej części przepony. Jest on okrągły i ma przeszło 4 centymetry w średnicy. Przedni brzeg otworu przylega bezpośrednio do dolnej części tylnej powierzchni mostka; brzeg wewnętrzny znajduje się prawie na linii pośrodkowej, a brzeg zewnętrzny i tylny na prawo od tejże linii. Brzeg wewnętrzny, tylny i zewnętrzny otworu przedstawiają się w postaci zupełnie równej, zaokrąglonej błoniastej fałdy, opiętej na brzegu odpowiedniego braku w przeponie. Ściany worka są wszędzie cienkie, błoniaste i zupełnie gładkie zarówno na swej zewnętrznej jak i wewnętrznej powierzchni. Płuco prawe do tylnej powierzchni worka nie przyrasta. Główna oś worka, łącząca środki otworu i dna, ma kierunek skośny z dołu do góry, z przodu ku tyłowi, z lewej strony ku prawej. Cienki błoniasty worek przepukliny mieści się pomiędzy tylną powierzchnią mostka, a osierdziem oraz odepchniętym i wypukłym listkiem opłucnej ściennie-śródpiersiowej prawej. Błoniasta ściana worka pod otworem w przeponie przechodzi bezpośrednio w otrzewną. W worku przepuklinowym mieści się 35 ctm. kiszki grubej i prawie cała sieć wielka. Ani kiszka gruba, ani sieć nigdzie nie przyrastają do worka i jego otworu, skutkiem czego swobodnie wprowadzać i wyprowadzać się dają. Kiszka gruba, leżąca w worku, nie jest ani zbyt cennie przepięta kałem, ani nie przedstawia żadnych widocznych zmian patologicznych. Toż samo sieć wielka, która jest tylko pofałdowaną i zwiniętą. Ta część kiszki grubej, która znajduje się w worku, odpowiada mniej więcej okrężnicy poprzecznej i dostaje się do worka w ten sposób, że górny koniec kiszki wstępującej grubej zbliża się do linii pośrodkowej, przechodzi przed przednią częścią wątroby

¹⁾ Tablica z rysunkami będzie dołączoną do 39 N-ru Gazety Lekarskiej.

i znika w otworze worka przepuklinowego. W worku kiszka zgina się parę razy i następnie, wychodząc z niego, zstępuje przed wątrobą skośnie na lewo i łączy się z kiszka grubą zstępującą. Topograficzne rozmieszczenie kiszek cienkich nie przedstawia żadnych wydatniejszych zbieżności. Żołądek jest mały, ściągnięty i leży poza kiszka grubą. Krzywizna wielka jego wydaje się trochę mocniej niż zwykle zwróconą ku przodowi, skutkiem tego, że poczynający się od niej listek sieci wielkiej zwraca się przed przednim przebiegiem wątroby do worka przepuklinowego.

Badanie samego otworu w przeponie, obejmującego szyjkę worka przepuklinowego, wykazało, że jest to zwykła prawostronna przerwa w mięśniu przeponowym pomiędzy jego przyczepami do mostka z jednej strony, a przednimi przyczepami do prawych żeber z drugiej. Przerwa ta uległa tylko dosyć mocnemu rozszerzeniu, przyczem ograniczające ją pęczki mięsne trochę zgrubiały.

Co się tyczy stanu innych organów na trupie Dombkiego, to płuca są po brzegach i przy wierzchołku trochę rozdęte, a nadto dolny zraz lewego płuca jednostajnie stwardniały, na przekroju ciemno-czerwony, gładki, rozrywa się łatwo, nie zawiera powietrza i wycieka z niego płyn mętny, szaro-czerwony (*Pneumonia lobaris acuta cachecticorum*).

Serce dosyć mocno powiększone zwłaszcza w wymiarze podłużnym. Brzegi zastawki dwudzielnej i jej struny ścięgniste trochę zgrubiały. Zastawki aorty twarde, grube, nieruchome i końcami brzegów zrosnięte ze sobą. Na wewnętrznej powierzchni aorty dosyć wiele starych guzikowatych nierówności, zależnych od sprawy ateromatycznej. Osierdzie nie przedstawia żadnych zmian widocznych.

Wątroba zwykłej wielkości. Postać jej z wyjątkiem lekkich wgniecień podłużnych na przednich częściach, odpowiednio przebiegającej przed nią kiszce grubej, nie przedstawia nic szczególnego. Powierzchnia wątroby gładka. Na przekroju budowa zrazikowa wyraźna i konsystencyja zwykła. Tylko środek każdego zrazika jest wyraźnie ciemno-czerwony [przekrwienie zastoinowe].

Sledziona trochę powiększona, twarda na rozkroju ciemno-czerwona.

Nerki małe, twarde. Powłoka ich zgrubiała, oddziela się trudno, powierzchnia istoty korowej czerwona, drobno-ziarnista i usiana wieloma drobnymi torbielami z zawartością wodnistą. Sama istota korowa ścięczała i piramidy małe (*Nephritis diff. chronica, praecipue interstitialis*). Kielichy, miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz i żołądek nie przedstawiają nic godniejszego uwagi. Toż samo kiszki, żołądek i trzustka.

Z powyższego opisu wynika niewątpliwie, że u Dombkiego była tak zwana *hernia parasternalis dextra vera*, albo *hernia mediastinica anterior dextra*. Jest to jeden z najlepiej dotąd znanych typów. Aby zrozumieć dobrze, co się w tym razie stało anatomicznie, trzeba uwzględnić szczegóły budowy przedniej części przepony. Jakkolwiek są to rzeczy badane wielokrotnie przez rozmaitych autorów, to jednak starałem się sprawdzić je sam na dosyć znacznej liczbie trupów. Otóż, podobnie jak inni, przekonałem się, że pomiędzy częścią mostkową a żebrową przepony z każdej strony zawsze istnieją przerwy. Przerw więc jest dwie: prawa i lewa i obie mają postać trójkątną z podstawą zwróconą ku przodowi. Leżą one pomiędzy pęczkami mięsnymi poczynającymi się od chrząstek VI i VII żebra, a takimiż pęczkami pochodzącymi od dolnej części mostka i wyrostka mieczykowatego. Wielkość tych przerw bywa różną u rozmaitych osobników i zależy po części od stopnia rozwoju muskulatury wogóle, po części od postaci części mostkowej przepony. Istotnie ta część mostkowa przepony jest niezmiernie zmienna. Raz bywa ona szeroka i składa się z jednego lub

wielu pęczków mięsnych, w innych znowu razach jest ona bardzo wązka, lub też zastępuje ją cienki pasek ścięgniasty. Nakoniec są przypadki, gdzie część mostkowa przepony wcale nie istnieje, w ostatnim razie obie trójkątne przerwy zlewają się w jedną obszerną przerwę, leżącą za tylną powierzchnią mostka i wyrostka mieczykowatego. Obie trójkątne przerwy zapełnione są przez luźną tkankę łączną i od dołu zasłania je otrzewna. Od góry zaś jedna tylko, to jest prawa przerwa zamknięta jest przez opłucną. Rzecz prosta, że na miejscu takich przerw przepona musi być słabszą, niż tam, gdzie jednolity mięsień wchodzi do jej budowy. Otóż przy pewnych warunkach pod wpływem parcia, lub wciągania, otrzewna przez opisane przerwy trójkątne wpukła się do góry i wytwarza worek przepuklinowy. W opisanym przez nas przypadku takie wpuklenie się otrzewnej nastąpiło przez przerwę trójkątną przymostkową prawą.

II Przypadek. Mężczyzna N., mający około 60 lat, wstąpił do szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie z powodu ogólnego osłabienia, często powtarzającego się bólu głowy i niewielkiego obrzęku kończyn dolnych. Chory od czasu do czasu miał nadto dosyć długotrwały kaszel i uparte zaparcia stolca. Umarł w początku 1888 roku. Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Ciało miernego wzrostu i miernie zbudowane. Skóra gruba, bladea z żółtawo-ziemistym odcieniem. Na nogach około kostek lekki obrzęk. Tłuszczu w tkance łącznej podskórnej mało. Mięśnie słabo rozwinięte. Kośćciec nie przedstawia żadnych widocznych zbroceń w budowie.

Język mocno obłożony. Migdałki małe, twarde. Błona śluzowa gardzieli, zwłaszcza w górnej, oddechowej części tego narządu, zgrubiała, miejscami wyraźnie zaczerwieniona i pokryta dosyć znaczną ilością śluzu.

Błona śluzowa krtani bladea.

Po otworzeniu klatki piersiowej płuca opadają dosyć słabo i serce jest odkryte na małej przestrzeni.

Płuco lewe swobodne, nigdzie nie przyrośnięte i trochę powiększone. Zawiera ono wszędzie powietrze, tylko przy wierzchołku i po brzegach jest wyraźnie puszyste, rozedmowe, a w tylnych częściach ciastowate. Nigdzie żadnych ograniczonych, ani rozlanych stwardnień nie ma. Na przekroju płuco wszędzie jest blade, w tylnych częściach mocniej, niż zwykle, wilgotne. Z tych tylnych części wycieka dosyć wiele płynu bladego, nie zmieszanego z wysiękiem, zawierającego wiele drobnych i grubych pęcherzyków powietrza, przyczem płuco w odpowiednim miejscu rozrywa się trudno (*oedema pulmonum*). Po bliższem rozpatrzeniu uderza jeszcze pewna zmiana formy dolnej i tylnej części tego płuca. Mianowicie podstawa płuca od tyłu jest jakby obcięta i zaokrąglona, a nad nią opłucna wyraźnie mętna, biaława i zgrubiała.

Prawe płuco stosunkowo jest znacznie większe, niż płuco lewe, zresztą, oprócz zbroczenia w postaci, przedstawia się zupełnie tak samo.

Błona śluzowa grubych i drobnych oskrzeli mocno zgrubiała z wydatną prążkowatością podłużną i poprzeczną, mocno zaczerwieniona i pokryta obfitą ilością ropiastego śluzu (*bronchitis chronica*). Gruczoły oskrzelowe twarde, ciemno-szare.

Po wyjęciu lewego płuca, nad przeponą, w tylnej i dolnej części jamy lewej opłucnej, widać swobodnie leżącą dużą pętlicę kiszki grubej i bardzo wielką część sieci wielkiej. Wymienione narządy dostają się do jamy opłucnej przez otwór w przedniej części dużego, półkulistego, błoniastego worka znajdującego się nad całym tylnym odcinkiem lewej połowy przepony [porównaj fig. 2 i 3]. Do tego cienkiego błoniastego worka prowadzi od dołu otwór w przeponie, a sam worek powstaje z wypukłej do góry opłucnej ściennej, przechodzącej

na przeponeę z tylnej ściany klatki piersiowej i w przedniej części zdublowany jest przez otrzewnę. W worku leżą: lewe nadnercze, prawie cała lewa nerka, prawie cała śledziona i górny koniec kiszki grubej zstępującej. Dalej jama worka przez listek otrzewnej podzieloną jest na dwie komory: przednią i tylną. Przednia komora mięśni śledzionę i kiszkę, druga zaś tylna komora zawiera nerkę i nadnercze. Ten rozdzielający jamę worka przepuklinowego na dwie komory listek otrzewnej jest tą mianowicie częścią wymienionej błony, która fizjologicznie znajduje się przed nerką lewą i w obecnym przypadku, przesunawszy się wraz z nerką do góry dociera do wewnętrznej powierzchni worka, by go zdwoić, a potem stopniowo przejść na dolną powierzchnię przepony.

Pętlica kiszki grubej, znajdująca się w lewej opłucnej, odpowiada poprzecznicy. Oba ramiona tej pętlicy, a zarówno i sieć wielka, przy przejściu przez przerwę w przedniej ścianie worka do jamy lewej opłucnej, są przyrośnięte do górnego odcinka brzegu tej przerwy. Tak więc przerwa w ścianie worka przepuklinowego nie jest zupełnie zamknięta i przy odpowiednich warunkach mogłaby przepuszczać inne trzewa brzuszne do jamy opłucnej.

Otwór w przeponie, prowadzący do worka przepuklinowego, jest duży, okrągławo-owalny, z najdłuższą średnicą wynoszącą przeszło 13 ctm.. Szczegółowsze badanie anatomiczne wykazuje, że tylną część tego otworu stanowi sama ściana klatki piersiowej. Od przodu zaś i po bokach otwór ogranicza łukowato wygięty i dosyć gruby, sznurkowaty pęczek mięsny, stanowiący ostatnią część mięsną lewej połowy przepony od tyłu. Ten łukowaty pęczek mięsny przyczepia się od wewnątrz do wierzchołka wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu lędźwiowego, a od zewnątrz do końców dwunastego i jedenastego żebra.

Przemieszczenie lewego nadnercza, lewej nerki, śledziony, znacznej części kiszki grubej i prawie całej sieci wielkiej do worka przepuklinowego i do jamy lewej opłucnej, wywołały w jamie brzusznej jeszcze następujące zmiany w topograficznym ułożeniu trzew:

a) kiszka gruba wstępująca ma kierunek skośny z dołu do góry, z prawej strony ku lewej i ku tyłowi wprost do worka przepuklinowego.

b) Żołądek, skutkiem pociągnięcia jego krzywizny wielkiej do góry, ku tyłowi i na lewo przez sieć wielką, przybrał prawie kierunek pionowy. Dno jego jest przyciągnięte do samego otworu przepukliny, a część odźwiernikowa znajduje się na przedniej powierzchni kręgosłupa.

c) Górna, pozioma część dwunastnicy, pociągana przez odźwiernik, została wydłużoną i przesuniętą o tyle, że koniec jej lewy leży na przedniej powierzchni trzonów kręgowych.

Inne narządy jamy brzusznej zachowały mniej więcej swoje położenie zwykłe.

Co się tyczy dalej stanu reszty narządów na trupie, to osierdzie zawiera około 30 grm. płynu przesiękowego, przezroczystego, żółtawego.

Serce dosyć znacznie powiększone w obu wymiarach. Mięsień lewej komórki i lewego przedsionka mniej więcej o $\frac{1}{3}$ część grubszy niż zwykle, twardy, bladoczerwony. Jama lewej komórki i lewego przedsionka także dosyć mocno powiększone. Otwór lewy żylny przepuszcza swobodnie dwa palce. Zastawka dwudzielna po brzegach guzikowato-zgrubiała. Prawa komórka i prawy przedsionek powiększone blisko o połowę. Mięsień ich także dosyć mocno zgrubiał. Otwór żylny prawy przepuszcza swobodnie trzy palce. Tętnica płucna, prócz niewielkiego rozszerzenia, nie okazuje żadnych zmian wyraźnych. Na wewnętrznej powierzchni aorty widać nieco starych, guziczkowatych zgrubień. W innych tętnicach ważniejszych zmian nie dostrzega się. (*Hypertrophia excentrica ventriculi cordis sinistri et dextri*).

Śledziona powiększona blisko o połowę, na przekroju ciemnoczerwona i dosyć twarda.

Wątroba zwykłej wielkości i na powierzchni przy brzegach lekko ziarnista. Tkanka wątroby w miejscach odpowiadających tej ziarnistości rozrywa się trochę trudniej niż w stanie prawidłowym. Na rozkroju budowa zrazikowa wyraźna i środek każdego zrazika ciemno-czerwony. [Muskatulowa wątroba skutkiem zastojów krwi]. W pęcherzyku żółciowym niewiele ciemnej żółci.

Nerki nieco zmniejszone i dosyć twarde. Powłoka ich zgrubiała, odrywa się trudno. Powierzchnia drobno-ziarnista, czerwona i miejscami usiana torbielami wielkości ziarnka prosa do ziarnka grochu, z zawartością podobną do płynu surowiczego. Na powierzchni rozkroju istota korowa wszędzie wyraźnie ścięczała, zaczerwieniona i twarda. Piramidy także stwardniałe i przy podstawie zaczerwienione (*Nephritis diffusa chronica*). Błona śluzowa kielichów, miedniczek nerkowych, moczowodów i pęcherza moczowego, prócz wydatnego nastrzyknięcia małych żył, nic godnego uwagi nie przedstawia. W narządach płciowych także nie widać żadnych zmian widocznych.

Na błonie śluzowej żołądka i kiszek cienkich, prócz niewielkiego przekrwienia żylnego, innych zmian gołym okiem się nie dostrzega.

W kiszkiach grubych błona śluzowa zaczerwieniona od znacznego przekrwienia żylnego i pokryta gęstym śluzem (*Colitis catarrhalis chronica*). W pętlicy przechodzącej z jamy brzusznej do klatki piersiowej są te same zmiany tylko w większym stopniu, a nadto cała ścianka kiszki wydaje się trochę zgrubiała.

Układ nerwowy nie przedstawia nic szczególnego.

Najwięcej interesująca w tym przypadku zmiana w przeponie, w połączeniu z przemieszczeniem trzew brzusznych, stanowi przepuklinę przeponową z workiem, a więc prawdziwą. Zależnie od położenia otworu wchodowego przepukliny za tylnym przyczepem przepony, uważać tę przepuklinę należy za zaprzeponową lewą (*hernia diaphragmatica posterior sinistra vera*).

Szczegóły budowy przyczepów przepony pomiędzy jej częścią kręgową, a żebrową i tu objaśniają jakim sposobem podobna przepuklina powstać może. Badanie anatomiczne dowodzi mianowicie, że pomiędzy częścią kręgową a żebrową, przepona jest zawsze zbudowana dosyć słabo i że stosunkowo często istnieje tam obszerna przerwa, pozbawiona wszelkich włókien mięsnych.

Forma tych przyczepów przepony pomiędzy jej częścią kręgową a żebrową u rozmaitych ludzi przedstawia się nieco różnie, a nawet często różnie z dwóch stron u jednego i tego samego osobnika. Wogóle odróżnić można trzy następujące typy omawianego przyczepu:

a) pomiędzy częścią kręgową a żebrową brak zupełnie wszelkich przyczepów. W takim razie istnieje w mięśniu przepony zupełna przerwa trójkątna z szeroką podstawą zwróconą ku tyłowi. Podstawa tej przerwy odpowiada przedniej powierzchni górnego końca mięśnia lędźwiowego wielkiego (*M. quadrat. lumborum*). Bok wewnętrzny stanowi zewnętrzny brzeg odpowiedniej odnogi zewnętrznej przepony (*crus externum diaphragmatis*). Bok zewnętrzny tworzy najwięcej wysunięty ku tyłowi pęczek mięsny części żebrowej przepony. Nakoniec wierzchołek opiera się o tylny brzeg ośrodka ścięgnistego z tej samej strony. Przerwę zapełnia luźna tkanka łączna. Od góry zamyka ją opłucna ścienna, a od dołu za pomocą luźnej tkanki łącznej przylega nadnercze i nerka.

b) Dla zamknięcia przerwy trójkątnej opisanej pod a, rozciąga się poprzecznie, przed przednią powierzchnią mięśnia lędźwiowego wielkiego, od wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu lędźwiowego do końca wolnego dwunastego że-

bra, łuk ścięgnisty. Od wypukłego, górnego brzegu tego łuku poczynają się cienkie i rozmaicie obfite pęczki mięsne, które podążają następnie ku wierzchołkowi przestrzeni trójkątnej i przyczepiają się na brzegu ośrodka ścięgnistego przepony. Nakoniec

c) dla zamknięcia przerwy trójkątnej opisanej pod α , poczyną się od wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu lędźwiowego większy lub mniejszy pęczek mięsny, który przed przednią powierzchnią mięśnia lędźwiowego wielkiego idzie ku zewnątrz i przyczepia się do końca wolnego dwunastego żebra. W ten więc sposób cała przerwa zmienia się w rodzaj trójkąta mięsnego, a światło tego trójkąta zasuwają się przez promienisto odchodzące od trzech boków trójkąta włókna mięsne.

Na trupach badanych przezemnie, znajdowałem prawie równie często wszystkie trzy typy wymienionego przyczepu.

W drugim więc i trzecim typie przerwa trójkątna pomiędzy częścią kręgową a lędźwiową przepony zapełnia się cienką warstwą włókien mięsnych, ale zapełnienie to najczęściej nie jest wolne od szczelin i przerw więcej lub mniej obszernych. Niezawodnie istnienie choćby takiej delikatnej i niezupełnej warstwy mięsnej stanowi już ważną przeszkodę dla przemieszczenia się trzew brzusznych do jamy opłucnej. Jednak i w tych ostatnich typach pozostają jeszcze szpary zapełnione tylko przez luźną tkankę łączną. Te szpary mieszczą się pomiędzy przednią powierzchnią mięśnia lędźwiowego wielkiego a łukiem ścięgnistym, lub pęczkiem mięsnym, zamykającym podstawę przerwy trójkątnej. Otóż przez tę szparę, podobnie jak przez każde inne słabsze miejsce w przeponie, mogą przy odpowiednich warunkach przesunąć się trzewa brzuszne do klatki piersiowej. Tak się stało i w naszym drugim przypadku przepukliny przeponowej. Jak widać z poprzedniego opisu, typ budowy przyczepu przepony, pomiędzy częścią kręgową a żebrową, w tym przypadku był wymieniony pod literą c . Skutkiem jakiejś przyczyny szpara została rozszerzona i najpierw prawdopodobnie weszło do niej nadnercze i nerka lewa. Następnie do tejsze szpary dostała się jeszcze śledziona i poprzecznicą z siecią wielką. Dopóki przez rozszerzoną szparę przechodziło tylko nadnercze i nerka, worek składać się musiał jedynie z uniesionej opłucnej. Gdy następnie do tego worka wpadła śledziona z poprzecznicą i siecią, postać rzeczy zmieniła się. Wypadło to koniecznie z prawidłowej topografii narządów w odpowiedniej okolicy ciała. Wepchnięta przez te organy otrzewna musiała zdublować worek w przedniej jego części, gdy tymczasem od tyłu pozostał on w dawnym swym stanie, listek zaś otrzewnej podnoszący się przed nerką przedzielił jamę worka na dwie części. Tym sposobem wytworzył się worek dwukomórkowy. Jak jednak wytworzyła się łączność pomiędzy jamą przedniej komory worka przepuklinowego, a jamą lewej opłucnej? Objąć tego inaczej nie mogę, jak przypuszczeniem pęknięcia worka. Dowodem na to jest kosmkowata forma brzegów przerwy w ścianie worka. Zresztą przypuszczenie podobne nie jest wcale nieprawdopodobnem. Dla innych worków przepuklinowych podobne zmiany są znane.

III Przypadek. Dziecko płci męskiej, które od dawna przechowuje się w zbiorze anatomo-patologicznym Warszawskiego Uniwersytetu. Szczegóły odnoszące się do jego urodzenia bliżej nie są wiadome.

Wogóle jest to dziecko duże i zupełnie donoszone. Szkielet jego i cały układ nerwowy rozwinięte prawidłowo. Pod skórą tkanki tłuszczowej ilość mierna. Mięśnie wykształcone dobrze.

Po otwarciu klatki piersiowej i jamy brzusznej, zwraca uwagę przede wszystkim niezwykle rozkład prawie wszystkich trzew piersiowych i brzusznych. Mianowicie niektóre tylko z narządów brzusznych pozostały na miejscu, a inne przez otwór w lewej połowie przepony przedostały się do jamy lewej opłucnej i całą zawartość klatki piersiowej zepchnęły na prawo i ku górze. Przepona także nie pozostała na miejscu. Uległa ona znacznemu obniżeniu i zwłaszcza z lewej strony, gdzie najwyższa jej część dosięga zaledwie poziomu przedniego końca siódmego żebra.

Przy bliższem rozpatrzeniu okazuje się stan następujący:

Najpierw w przeponie, jak powiedziano, znajduje się otwór [fig. 4]. Otwór ten leży w tylnej części lewej połowy w samym mięśni. Otwór jest okrągły i ma $3\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy. Brzeg otworu wszędzie jest zaokrąglony, równy, gładki i nad nim dokoła opłucna przechodzi bez żadnej przerwy, lub znaku w otrzewną. Mięsień przepony w brzegu otworu miejscami wydaje się jakby nieco sznurkowato-zgrubiał. Przed otworem z lewej strony i na całej przestrzeni z prawej strony przepona rozwinięta jest zupełnie prawidłowo.

Badanie anatomiczne przepony dla ściślejszego oznaczenia w niej położenia otworu pokazało, że ten otwór znajduje się pomiędzy następującymi pęczkami mięsnymi: w tylnym brzegu otworu leży pęczek mięsny, który idzie od poprzecznego wyrostka pierwszego kręgu lędźwiowego do końca wolnego dwunastego żebra; od wewnątrz granicę stanowi pęczek mięsny, rozciągający się od wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu lędźwiowego do tylnego brzegu lewego płata ośrodka ścięgnistego przepony, nakoniec od zewnątrz ogranicza otwór pęczek mięsny, który przebiega od wolnego końca dwunastego żebra także do brzegu tylnego ośrodka ścięgnistego przepony. Nie potrzebuję dodawać, że wszystkie te pęczki mięsne są mocno rozsunięte i powyginane łukowato w ten sposób, że razem opisują rodzaj koła.

Porównyując wykazane ograniczenie mięśniowe otworu w przeponie z tem, co powiedziano poprzednio o typach przyczepów przepony pomiędzy jej częścią kręgową a żebrową, łatwo poznać, że jest to typ przedstawiony pod literą c. Mamy tu więc opisany poprzednio trójkąt mięśniowy, którego środek zajmuje otwór, przepuszczający w tym razie trzewa brzuszne do klatki piersiowej. Istotnie środek tego trójkąta stanowi jedno z najsłabszych miejsc na przebiegu przepony. Jeżeli pęczki, stanowiące boki trójkąta są dosyć duże, to światło jego zapelnione jest całkowicie włóknami mięsnymi. Jeżeli zaś pęczki są słabo rozwinięte, to środek trójkąta może zawierać bardzo mało włókien mięsnych, albo też wcale ich nie zawiera. W pierwszym razie przepona w odpowiedniej okolicy ścięcza się znacznie, w innym zaś przeponę na małej przestrzeni tworzą prawie tylko dwa przylegające do siebie listki opłucnej i otrzewnej.

Otóż przez opisany otwór w przeponie przeszły z jamy brzusznej do jamy lewej opłucnej następujące trzewa: prawie cała kiszka cienka z wyjątkiem dwunastnicy i dolnego końca *ilei*, dalej prawie cała kiszka gruba z wyjątkiem kiszki ślepej i rzymskiego S z odbytnicą, następnie prawie cała sieć wielka, a także śledziona i nerka prawa. Wszystkie wymienione trzewa znajdują się w bezpośredniem zetknięciu z wewnętrzną powierzchnią ściennej i trzewowej opłucnej z lewej strony. Skutkiem tego przemieszczenia się trzew brzusznych

do jamy lewej opłucnej, w topograficznym rozkładzie trzew klatki piersiowej zaszły wielkie zmiany.

Najpierw lewe płuco, złożone z wyraźnych dwóch zrazów, zostało zupełnie odparte ku górze i wewnątrz. Jest ono wielkości orzecha laskowego, tylko mocno spłaszczone, placuszkowate. Płuco to pod drobnowidzem składa się po części z takich pęcherzyków powietrznych jak płuco płodu, który jeszcze nie oddychał, po części zaś z pęcherzyków już rozciągniętych przez powietrze i następnie ugniecionych. Innych zmian drobnowidzowych płuco lewe nie przedstawia. Zastanawia tylko nadzwyczajna jego małość, znacznie przechodząca to, co powinno być nawet przy najwyższym stopniu niedodmy (*atelectasis*) i ugniecenia (*compressio*). Płuco prawe jest więcej niż o połowę zmniejszone we wszystkich swoich częściach. Drobnowidzowo składa się ono prawie wszędzie z pęcherzyków powietrznych przedtem rozciągniętych i potem w większym lub mniejszym stopniu ugniecionych (*compressio*).

Przednio-tylna przegroda śród-piersiowa znacznie zepchnięta ku stronie prawej. W dolnej swej części leży ona przeciętnie około na 1 ctm. na prawo od płaszczyzny pośrodkowej ciała. Zawarte w tej przegrodzie serce, zwykłej wielkości, dobrze rozwinięte i pokryte prawidłowo wykształconem osierdziem, jest również całe przesunięte na prawo i ma kierunek zupełnie pionowy. Wierchołek jego odpowiada prawemu brzegowi mostka. Toż samo lewy brzeg podstawy serca. Przegroda śród-piersiowa za sercem jest mocno rozciągnięta i ścięczała. Pomiędzy przelykiem od przodu, łukiem aorty od góry, a aortą piersiową zstępującą od tyłu i przeponą od dołu, jakby w ramce, przegroda śródpiersiowa jest mocno wypukłona do jamy opłucnej prawej i tworzy w tem miejscu rodzaj dużego i głębokiego nieckowatego worka, który również wypełniają trzewa brzuszne. Jest to jakby szczególny worek przepuklinowy, utworzony przez te dwa przylegające do siebie listki opłucnej, które obejmują śród-piersie tylne. Ten sam, tylko daleko większy worek, zobaczymy i w następnym przypadku przepukliny przeponowej. Ponieważ więc on się powtarza przy właściwych warunkach stale, przeto dla pamięci możnaby go oznaczyć jakimś nazwiskiem, jak przepukliny podłukowej (*hernia subaortica*). Ten worek przepuklinowy wraz ze swoją zawartością przyczynia się niezmiernie do ugniecenia tylno-dolnych części prawego płuca, z drugiej strony worek ten naksztalt klina rozciąga i gniecie aortę, ugniata przelyk i t. d..

Z powiedzianego powyżej wniesć łatwo można, że także tchawica, poręczająca się z łuku aorty naczynia, grasica i t. d. są więcej, lub mniej znacznie, przemieszczone na prawo.

W jamie brzusznej pozostały następujące narządy:

1. Wątroba, która żadną swą częścią nie wchodzi do otworu w przeponie. Jest ona dobrze wykształconą, zwykłej wielkości i lewy jej zraz za pomocą opowiedniego więzła wieńcowego przyczepia się na 0,5 ctm. przed przednim brzegiem braku przeponowego.

2. Nerka i nadnercze z prawej strony zajmują swe zwykłe miejsce i żadnych zboczeń w budowie nie przedstawiają. Podobnież miedniczka nerkowa prawa, moczowód prawy i pęcherz moczowy przemieszczeniu nie uległy. Nerka zaś lewa jest w lewej opłucnej w ten sposób, że dolny jej koniec znajduje się nad samym otworem w przeponie. Skutkiem tego miedniczka nerkowa lewa, także moczowód i naczynia krwionośne uległy znacznemu wydłużeniu i położenie ich więcej, niż to bywa prawidłowo, zbliżyło się do pionowego.

3. Żołądek i dwunastnica są znacznie przeciągnięte na lewo, ale do otworu w przeponie jeszcze nie weszły.

4. Kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym i końcem dolnym jelita biodrowego (*ileum*) są znacznie pociągnięte na lewo i ku górze. Kiszka ślepa leży na linii pośrodkowej przed trzonem drugiego kręgu lędźwiowego

5. W otworze przeponowym znajduje się górny koniec кишки grubej zstępującej. Rzymskie *S* jest mocno wyprostowane i przechodzi od dołu w leżącą na swoim miejscu odbytnicę.

Wszystkie te narządy, których nie ma w jamie brzusznej, to jest które przeszły do klatki piersiowej, zachowują tam pewien porządek w ułożeniu, ale tylko o tyle, że np. nerka z nadnerczem leży od tyłu, śledziona więcej ze strony lewej i t. d. Zresztą wszystkie te narządy kłębią się w jedną masę, która na podobieństwo masy do wstrzykiwań wypełnia wszelkie zagłębienia rozciągniętej lewej opłucnej. [C. d. n.]

II. O KRWOTOCZNEM ZAPALENIU KRTANI

(*Laryngitis haemorrhagica*).

Podał

Z. Srebrny.

Dotychczas jeszcze kwestyja istnienia krwotocznego zapalenia krtani, jako postaci samodzielnej, jest niezdecydowaną. Przypadki ostrego nieżytu krtani, połączonego z wynaczynieniami, nie są, rozumie się, rzeczą niezwykłą; okoliczność ta zależy od stopnia nateżenia nieżytu. Ale też takie przypadki nie mogą nosić nazwy krwotocznego zapalenia krtani. Tak samo i te krwotoki, które wywołwane bywają przez owrządzenie, w krtani się znajdujące, lub są tylko miejscowem wyrażeniem choroby ogólnej (*haemophilia, morbus maculosus, variola haemorrhagica*), nie należą do tej grupy. Toż samo da się powiedzieć o wynaczynieniach pochodzenia urazowego [ciało obce, krzyk, śpiew, silny kaszel, przy którym zdarzają się pęknięcia naczyń, wydzielina zasychająca i tworząca cząsteczki twarde przy tak zwanej *laryngitis sicca*]. Jeżeli wykluczmy wszystkie wymienione postaci możliwe wynaczynienia w krtani, to pozostaną tylko takie przypadki, w których krew występuje z naczyń bądź na powierzchnię błony śluzowej krtani, bądź w sam jej miąższ bez naruszenia jej całości.

Niektórzy jak MACKENZIE ¹⁾, SCHROETTER ²⁾, GOTTSTEIN ³⁾, nie przyznają istnienia krwotocznego zapalenia krtani, jako formy osobnej, uważając je tylko za wyższy stopień zwyczajnego nieżytu. Zobaczymy jednak niżej, że zdarzają się przypadki tego cierpienia przy bardzo umiarkowanych zapaleniach. GOTTSTEIN (*l. c.*) zresztą twierdzi, że to, co nazywają *laryngitis haemorrhagica*, jest zwyczajnym nieżytem krtani z łatwo zasychającą w twarde cząstki wydzieliną *slaryngitis sicca*). Cząstki te, raniąc błonę śluzową, wywołują mniej lub więcej

¹⁾ MACKENZIE. Die Krankh. d. Halses u. d. Nase. T. I. 1880. Przekł. z ang.

²⁾ SCHRÖTTER. Vorlesungen über d. Krankh. d. Kehlkopfes etc. II. Lief. 1887.

³⁾ GOTTSTEIN. Die Krankheiten d. Kehlkopfes. II Aufl. 1888.

obfite krwawienie. I ten pogląd jednak nie może się utrzymać z powodu spostrzeżeń wiarogodnych autorów, którzy obok wynaczynień nie widzieli strupów, jakie tworzą się przy *laryngitis sicca*. O. CHIARI ¹⁾, którzy w przeciągu 3 lat na 2027 chorych u jednego tylko znalazł kilka drobnych wynaczynień na jednej ze strun prawdziwych, kładzie nacisk na to, że nie były one wywołane ani stanem ogólnym, ani kaszlem, ani zaschłą wydzieliną.

W obronie prawa obywatelstwa dla krwotocznego zapalenia krtani wystąpił STRUEBING ²⁾. Zebrał on bardzo nieliczną kazuistykę tego cierpienia, dołączając do niej jedno swoje spostrzeżenie. Już ta okoliczność, że ilość spostrzeganych przypadków tego rodzaju nieżyty krtani jest bardzo szczupłą, dowodzi, że cierpienie to musi istnieć jako forma samodzielna, przypadki bowiem suchego zapalenia krtani, jak również zwyczajnych zapaleń z wynaczynieniami, bynajmniej nie należą do rzadkości.

Ubogą kazuistykę krwotocznego zapalenia krtani jestem w możności wzbogacić jednym spostrzeżeniem. W Grudniu roku zeszłego zgłosiła się do mnie Ruchla Kopelman, wdowa, 28-letnia, dotknięta od tygodnia lekkim bólem gardła i chrypką, co i dawniej od czasu do czasu się zdarzało. Kaszel bardzo słaby, płwocina czasem z domieszką paseczków krwi. Dawniej krwioplucia nie było. Odżywianie dobre. Miesiączka bywa co 3 tygodnie, trwa 2—3 dni bez bólu. W płucach oddech pęcherzykowy bez rzężeń. Tętno serca słabe, czyste. Na skórze, ani na dostępnym badaniu błonach śluzowych [prócz błony śluzowej krtani] żadnych wynaczynień nie widać. Błona śluzowa gardzieli nie przedstawia wybitnych zmian. Wejście do krtani lekko zaczerwienione; na tylnej ścianie, pokrytej obfitym ale miękkim śluzem, znaczne zgrubienie nabłonka, struny rzekome zbrzęknięte, obie w przedniej wewnętrznej połowie pokryte skrzepami krwi. Ze strun prawdziwych, nieco przekrwionych, widać z obu stron tylko wązki rąbek. W przednim kącie pomiędzy strunami prawdziwymi śluz ciągnący się, miękki. Zaleciłem chorej wstrzymywanie się od mówienia i wdechania z soli kuchennej. Następnego dnia chora przybyła z głosem lepszym, na ból nie skarżyła się. Skrzepów nie znalazłem; obie przednie wewnętrzne połowy strun rzekomych koloru ciemno-czerwonego, powierzchnia gładka, lekko krwawiąca. Mocz przez chorą przyniesiony, nie zawierał białka. Przepisałem teraz chorej obok poprzednich jeszcze wdechania z garbnika. Po kilku dniach krwawienie ustało, objawy zapalne zmniejszyły się. Więcej chorej nie widziałem.

Przypadek mój należy do lżejszych, nie było tu bowiem tak znacznego wynaczynienia, aby chora wypluwała krew w większej ilości, spostrzeżenie to jednak ważne jest z tego względu, że stwierdza istnienie krwotocznego zapalenia krtani w tem znaczeniu, w jakim je pojmuje STRUEBING (*l. c.*). Gdy bowiem przeciwnicy jego powiadają, że wynaczynienie zależnem jest tylko od stopnia natężenia nieżyty, mój przypadek dowodzi, że i przy bardzo umiarkowanym zapaleniu może ono mieć miejsce, że musi tu zatem być brany w rachubę inny czynnik. Prócz tego wykazuje on, że czynnikiem tym, o którym

¹⁾ CHIARI. Erfahrungen auf d. Gebiete der Hals und Nasen-Krankheiten. 1887.

²⁾ STRUEBING. Die Laryngitis haemorrhagica. 1886.

nżej pomówimy, nie jest silny kaszel, prowadzący do pęknięcia naczynia, u chorej mojej bowiem kaszel był bardzo mały. Jeszcze jaskrawiej okoliczność ta występuje w przypadku STEPANOW'a ¹⁾, gdzie chora po nagromadzeniu się skrzepłej krwi w krtani wykasliwała ją; pomiędzy jednym ataki a drugim wyrzucaniem krwi, kaszlu wcale nie było. Kaszel więc nie był tu przyczyną, lecz skutkiem wynaczywienia. Błona śluzowa krtani była w przypadku tym bardzo umiarkowanie zaczerwieniona.

Przypadek mój, jak powiedziałem, należy do łżejszych, tak pod względem objawów, jako też i co do długości trwania. Spostrzeżenia STRUEBING'a i cytowanych u niego autorów (*l. c.*) dowodzą, do jakich rozmiarów samodzielne te krwotoki krtaniowe dochodzić mogą, a prócz tego pozwalają wysnuć niektóre wnioski, dotyczące przyczyny choroby.

Przypadek STRUEBING'a miał miejsce u 34-letniej, będącej w ostatnim miesiącu ciąży kobiety, która po zazięczeniu się dostała kaszlu i chrypki. Wkrótce do tego dołączyła się lekka duszność, która po kilku dniach nagle przeszła w napad zaduszania, trwający około godziny. Dopiero gdy przy silnym kaszlu chora wykrztusiła kilka skrzepów krwi, z których każdy miał długości, według jej słów, około 1—1½ ctm., a grubością dorównywał zapalce szwedzkiej, duszność ustąpiła. Od tego czasu napady duszenia powtarzały się częściej i kończyły się zawsze wyrzucaniem skrzepów krwi. Właściwych krwotoków [płynna krew] nigdy nie było. Przy badaniu znaleziono silny obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej całej krtani, przeważnie zaś strun rzekomych. Struny prawdziwe na całej długości i szerokości pokryte skrzepami krwi. Skutkiem obrzęku błony śluzowej i nagromadzenia się skrzepów, głośnia bardzo zwężona. Na drugi dzień przy badaniu chorej po wykrztuszeniu skrzepów, STRUEBING znalazł obrzmiałe i silnie zaczerwienione, wązkie, z powodu obrzęku strun rzekomych, struny prawdziwe, w przedniej zaś ich części wyraźnie widać było na każdej po małym ciemno-brunatnym punkcie [prawdopodobnie miejsca krwawiące].

Poważniej jeszcze przedstawia się przypadek FRAENKEL'a ²⁾, w którym u 28-letniej w 9 miesiącu ciąży znajdującej się kobiety, prócz ciężkiego i obfitego krwiopłucia występowały tak silne napady duszności, że myślano już o przecięciu tchawicy. W przypadku tym zapalenie krtani było bardzo silne, błona śluzowa mocno obrzmiała. Po usunięciu skrzepów, które leżały po części na wolnych brzegach strun prawdziwych, po części pod strunami i na ścianie tylnej, widać było w rozmaitych miejscach błony śluzowej krtani krwawiące punkty.

BOECKER ³⁾ opisuje przypadek krwotocznego zapalenia krtani u 23-letniej służącej, u której znalazł skrzepy krwi na strunach prawdziwych, miejsca kwawiącego odnaleźć nie był w stanie.

W atlasie BUROW'a ⁴⁾ znajduje się opis następującego przypadku: 21-letnia służąca, zupełnie przedtem zdrowa, dostała ostrego zapalenia krtani z kil-

¹⁾ STEPANOW. Monatschrift f. Ohrenheilkunde Nr. 1. 1885. [podług STRÜBING'a].

²⁾ FRAENKEL. Berlin. klinische Wochenschr. 1887, p. 16, [podług STRÜBING'a].

³⁾ BOECKER. Berlin. klin. Wochenschr. 1874, p. 180, [podług STRÜBING'a].

⁴⁾ BUROW. Laryngoskopischer Atlas, 1877.

kakrotnem wyrzucaniem nieznacznej ilości krwi. Kaszel umiarkowany bez dźwięku; duszności nie było; bezgłos prawie zupełny. Cała błona śluzowa krtani silnie przekrwiona, zwłaszcza struny prawdziwe i rzekome; na pierwszych leżały skrzepy krwi.

W przypadku STEPANOW'a i SCHULZ'a ¹⁾, dotyczącym 40-letniej kobiety, wkrótce po porodzie wystąpiło zapalenie krtani, połączone z krwiopluciem. Z rana bezpośrednio po silnym kaszlu chora wypluwała krew. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało umiarkowany nieżyt i skrzepy krwi na dolnej powierzchni strun prawdziwych.

Oprócz tych dokładnie opisanych spostrzeżeń, STRUEBING (*l. c.*) zebrał jeszcze kilka pobieżnie wspomnianych przez rozmaitych autorów: NAVRATIL podaje 1 przypadek tego cierpienia, LEWIN 2, SEMELEDER 1, TOBOLD 2, MANDEL 1 [z zatoki MORGAGNI'ego]. Opierając się na przytoczonej kazuistyce STRUEBING kładzie nacisk na następujące okoliczności.

1. Wszystkie prawie przypadki krwotocznego zapalenia krtani dotyczą kobiet.

2. W dwu przypadkach były to przy tem kobiety w późnych miesiącach ciąży, w jednym kobieta po porodzie.

3. Jeżeli u osobnika raz dotkniętego krwotocznem zapaleniem krtani, wystąpi drugi raz ostre zapalenie tego narządu, to zwykle, jak utrzymuje STEPANOW (*l. c.*), przyłączają się wynaczynienia.

4. Wynaczynienia mogą mieć miejsce przy bardzo umiarkowanym nieżycie.

5. Wynaczynienia mogą występować bez kaszlu, krztuszenia się, wymiotów i t. d..

Wszystkie te okoliczności słusznie upoważniają STRUEBING'a do szukania przyczyny wynaczynień w zmianach ścian naczyń.

Obraz kliniczny krwotocznego zapalenia krtani składa się z objawów ostrego nieżytu i skutków wynaczynienia. Chorzy więc oprócz chrypki, uczucia palenia i drapania w gardle mówią o krwiopluciu. Ilość wypluwanej krwi może być rozmaita: od lekkiego zabarwienia płwociny do formalnych krwotoków. Stosownie do obrzęku błony śluzowej i ilości znajdujących się w krtani skrzepów oraz ich umiejscowienia dołącza się większa lub mniejsza duszność.

Gdzie nieżyt jest umiarkowany, a skrzepów niewiele, tam duszności wcale nie ma; jeżeli skrzepów jest dużo, a przy tem leżą pod strunami prawdziwymi lub pomiędzy nimi, wtenczas nawet przy nieznacznym obrzęku błony śluzowej duszność bywa dosyć duża, największa zaś będzie wówczas, gdy obok obfitych wynaczynień i błona śluzowa mocno zbrzękniętą będzie. Przy wynaczynieniach w miąższ błony śluzowej duszność dochodzi do przerażających rozmiarów.

Rozpoznanie źródła krwawienia po zbadaniu płuc i serca, obok badania laryngoskopowego, nie przedstawia trudności. Co się tyczy leczenia krwotocznego zapalenia krtani, to najważniejszą jego część stanowi usuwanie skrzepów za pomocą częstych wdechań. Środkami najskuteczniejszymi w tym razie będą

¹⁾ STEPANOW-SCHULZ. Montaschr. f. Ohrenheilk. 1884. p. 6, [podług STRÜBING'a].

te, które obok zmywania skrzepów będą także rozpuszczały gęsty śluz, zbierający się w krtani, a więc sól kuchenna, soda. Usuwanie skrzepów drogą mechaniczną za pomocą pędzla, np., nie powinno być stosowane, po pierwsze dlatego, że nie doprowadzi do celu, gdyż na miejscu usuniętych skrzepów zbiorą się nowe, po drugie dlatego, że drażnienie błony śluzowej pędzlem lub innym narzędziem może powiększyć jej obrzęk i dać powód prócz tego do obfitszego jeszcze krwawienia.

Dla podziałania na obrzmiałą błonę śluzową, w przestankach pomiędzy wyżej wymienionymi, należy stosować wdychania środków ściągających: garbnika, ałunu. Środki przeczyszczające mają tu także niezaprzeczoną wartość. Tam gdzie obok wynaczynień obrzęk błony śluzowej krtani jest tak wielki, że grozi zaduszeniem, a także przy wynaczynieniach w mięszsz błony śluzowej, przecięcie tchawicy będzie nieuniknionem.

III. PRZYPADEK WRODZONEJ WADLIWOŚCI OCZU.

Napisał

J. Strzeński.

Trzytygodniowe dziecko, Lejzar Grawic, przyniesione przez matkę do ambulatoryjum Wileńskiego szpitala ocznego d. 23 Lipca 1888 r., przedstawiało w budowie oczu dość rzadko spotykane wadliwości.

Z prawej strony szpara powiekowa stale przymknięta, jest większa i położona nieco wyżej od lewej szpary powiekowej. Górna powieka zmian nie przedstawia, lecz dolna, szaro-niebieskawego koloru, silnie jest wypukłona, ścięńczona i naprężona, tak, iż skóra z trudnością daje się ująć w fałdę, lubo się przesuwa swobodnie [zrostów więc nie ma]. Po za powieką znajdujemy guz, który właśnie wypukła powiekę i zachodzi, o ile się zdaje, głęboko w oczodół ku tyłowi i w górę, podczas gdy śladów oka nigdzie dopatrzeć nie można. Guz ten ciemno-niebieskawy, miękki, elastyczny, nie bolesny, pozbawiony tętna, przy oddechu i nacisku nie ulega zmianie, pozostaje nieruchomym przy poruszeniach drugiego oka. Zewnątrz pokrywa go prawidłowa łącznica, wyściełająca również wewnętrzną powierzchnię powieki górnej. Łącznica wolna od chorobowej wydzieliny lub nieprawidłowej czerwonoci. Przyrząd łzowy prawidłowo rozwinięty. Wedle opowiadania matki stan ten istniał przy urodzeniu dziecka i takim odtąd bez zmiany pozostał.

Z lewej strony, powieki i przyrząd łzowy zupełnie prawidłowe. Gałka oczna za to znacznie zmniejszona (*microphthalmos*) z rogówką również zmniejszoną (*microcornea*), spłaszczoną i mętnawą. Tęczówki wcale nie można dopatrzeć (*aniridia*). Soczewka, widzialna w całości, zdaje się być bez zmiany. Dno oczne, przy badaniu wziernikiem, mętne i niewyraźne.

Wadliwości w innych częściach ciała dziecka nie znalazłem. U rodziców i krewnych dziecka, o ile o tem od matki można było się dowiedzieć, żadnych szczególniejszych zбочeń w ustroju nie było.

Rozpoznanie guza w prawym oczodole nie przedstawiało trudności. Opisane bowiem cechy, wyłączając *hydrophthalmus congenitus i encephalocèle*, wskazywały wyraźnie na wrodzoną torbiel.

Podobne torbiele, jako rzadko spotykane, były starannie opisywane w literaturze oftalmologicznej. Dotąd, o ile mi wiadomo, istnieje około 30 tego rodzaju spostrzeżeń, z których 7 opisał TALKO ¹⁾, inne zaś podali: ARLT ²⁾, MANZ ³⁾, BERLIN ⁴⁾, SNELL ⁵⁾, WECKER ⁶⁾, WICHERKIEWICZ ⁷⁾, VAN DUYSE ⁸⁾, SKREBICKI ⁹⁾, MAGNUS ¹⁰⁾, FONSECA ¹¹⁾, FEUSS ¹²⁾, JEWIECKI ¹³⁾, RADZISZEWSKI ¹⁴⁾, WINAWER ¹⁵⁾.

W tych z powyższych przypadków, w których torbiel mogła być wycięta, znajdowano [z wyjątkiem jednakże kilku spostrzeżeń] w głębi oczodołu zarodek gałki ocznej. Zawartość torbieli składała się zwykle z płynu wodnisteo, koloru żółtawego, czasem lekko czerwonego, bez zapachu, alkalicznego odczynu. Dziedziczność tej wadliowości ani razu nie była spostrzegana, inne zaś zбочzenia oczu u rodziców lub krewnych zauważono w kilku zaledwie przypadkach [mianowicie w 2-gim przypadku ARLT'a, w przypadkach BERLIN'a, VAN DUYSE i WINAWERA]. Wadliowość ta częściej była spotykaną z jednej strony, niż z obu [na 24 przypadki, które mogłem rozpatrzeć, w 16 była jednostronną, w 8 dwustronną], przyczem zdarzała się częściej z prawej strony [10 przypadków] niż z lewej [6]. Przy jednostronnej wadliowości drugie oko rzadko bywało prawidłowe [w 6 spostrzeżeniach], częściej [10] znajdowano w niem różne zбочzenia (*microphthalmos, coloboma iridis, choroideae nervi optici, ectropion congenitum, microcornea* i t. d.).

Co się tyczy wyjaśnienia przyczyny pochodzenia opisanej wadliowości, to zdania w tym względzie znacznie się różnią. Według ARLT'a przy istnieniu szpary (*coloboma*) naczyniówki, powstałej wskutek nie zamkniętej szczeliny ocznej zarodkowej, ciśnienie ze strony ciała szklistego spotyka w tem miejscu najslabszy opór, rozciąga je i tym sposobem wytwarza się powoli torbiel, która następnie rozszerza się głównie w stronę dolnej powieki, jako bardziej podatnej.

1) Bericht über die 12-te Versammlung der ophthalm. Gesellsch. in Heidelberg. 1879. 105—114.
Congrès periodique international d'ophtalmologie. Milan. 1880.

2) Handb. von Graefe-Saemisch. II, 69.

3) Archiv für Ophthalm. XXVI. 154.

4) Handb. von Graefe-Saemisch. VI, 685.

5) Transactions of the ophthalm. Soc. of the United Kingdom. IV, 13, 333.

6) Annales d'Oculistique. 1877, t. 77, str. 151.

7) Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1880, 330—405.

8) Annales d'Oculistique. 1881, t. 86, str. 144.

9) Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1881, 23—28.

10) Archiv für Augenheilkunde. VII, 3. [1883].

11) Archivo ophthalmotherapico. 1883, nr. 1.

12) Semaine médicale. 1885, 28 Janv., 4 et 18 Févr.

13) Wiestnik Oftalmologii, t. II, 396, t. III, 24.

14) Progrès medical. 1886, Nr. 32.

15) Gazeta Lekarska. 1887. Nr. 43, str. 967.

Od tej hipotezy różnią się znacznie dwie następne, które wyprowadzają pochodzenie torbieli od elementów obcych gałce ocznej. Według prof. HOYERA, którego zdanie TALKO przedstawił na zjeździe Hejdelberskim, pochodzenie torbieli objaśnia się zaciśnięciem górnej części worka łzowego w zrastającym się rowku łzowym, co potwierdza, zdaniem TALKI, położenie torbieli i związek z dolną powieką, a także charakter nabłonka, pokrywającego wewnętrzną powierzchnię torbieli, jednakowego z nabłonkiem błony śluzowej worka łzowego. Nakoniec według trzeciej hipotezy WICHERKIEWICZA, wskutek zatrzymania rozwoju oka tworzy się w oczodole pusta przestrzeń, sprowadzająca rozstrój w krwiobieg, mianowicie zastój z następczym wysiękiem w luźną tkankę łączną dolnej powieki; wysięk powoli wypełnia pustą przestrzeń i staje się w końcu torbielą o samodzielnych ściankach. Badania JEWIECKIEGO, wykazującego istnienie elementów siatkówki w ściankach torbieli, zdają się potwierdzać zdanie ARLT'a, w każdym jednak razie rzecz ta dotąd stanowczo wyjaśnioną nie jest.

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Kilka słów o leczeniu żółtaczki za pomocą wlewań zimnej wody do odbytnicy, czyli za pomocą t. zw. metody Krull'a.

Prawie jednocześnie, bo 9-go i 15-go Czerwca b. r., obserwowałem dwóch szyprów, pracujących przy spławie drzewa po Narwi, Franciszka Töppera i Karola Schlügkeisera, u których przeciw żółtaczce stosowałem metodę KRULL'a. Lecz ponieważ w dwu tych przypadkach żółtaczka wystąpiła w zupełnie odmiennych warunkach, postaram się naprzód podać krótką historję choroby każdego z leczonych, a następnie wypowiem kilka uwag, które nasunęły mi się w czasie leczenia.

Karol Schlügkeiser, lat 21, budowy znakomitej, dotychczas zupełnie zdrowy, po ciężkiej pracy na wodzie, mocno spocony i głodny, siadł odpocząć i zjeść śniadanie, składające się z trochy wódki i kawałka suchej kielbasy z chlebem; potem zapił wodą z rzeki. Obiad już jadł bez łaknienia. W nocy dostał bólu głowy i w dołku, spotniał dość obficie, a na drugi i trzeci dzień do ogólnej ociężałości przylączyły się brak łaknienia i odbijania. Przy badaniu w d. 9. VI. znaleziono: ciepłota 38,2° C.; tętno 96—100, skóra wilgotna, wyraz twarzy zmęczony, apatyczny, częste odbijania, język obłożony, okolica żołądka wzdęta i bolesna, okolica wątroby, głównie płac lewy, bardzo bolesny. Chory mówi, że czuje w ustach smak mdły, jakby klejki, doznaje od czasu do czasu nudności, nie ma zupełnie łaknienia, przeciwnie męczy go pragnienie i uczucie pełności w brzuchu przy zapartym od dwóch dni stolcu. Podano *Inf. Sennae compos.* 100,0, *Syr. cathartici* 20,0. MDS. Przyjął w trzech porcjach. Pod wieczór flisak, dozorujący chorego, powiedział mi, że były 4 wypróżnienia prawie wodniste, a wśród nich obficie pływały jakby zbite kawałki gliny. Dla braku czasu odwiedziłem chorego dopiero na drugi dzień rano i prócz powyższego stwierdziłem jeszcze żółte zabarwienie pokryw ciała i białkówek oczu. Rozpoznałem więc *icterus ex gastroduodenitide catarrhali* i postanowiłem zastosować metodę KRULL'a, o której pochlebne zdanie CHAUFFARD'a tylko co wyczytałem w N-rze 23 Gazety Lekarskiej, przyczem stosować ją zaleciłem w następujący sposób: przy zachowaniu ścisłej diety i zupełnego spokoju zaleciłem irygację sposobem HEGAR'a z 2 litrów wody rzecznej, przegotowanej i następnie ostudzonej do 12° C., dwa

razy dziennie, radząc choremu jak najdłużej zatrzymywać wodę w sobie. Tegoż dnia chory miał 8 wypróżnień wodnistych, prawie bezbarwnych, a przy trzech pierwszych doznawał lekkich boleści. Następnego dnia 11. VI. stan prawie bez zmiany, przy stolcach boleści już nie było, a pod wieczór wypróżnienia stały się mniej płynnymi. 12. VI. ciepłota prawidłowa, a tętno 68 na minutę. Żółte zabarwienie skóry nie mniej wyraźne, lecz białówki wydają się czystsze. Język wilgotniejszy, oczyszcza się, niesmak w ustach i odbijania ustały. Wypróżnienia, w liczbie czterech przez cały dzień, nieco gęściejsze, zwłaszcza dwa ostatnie, które też odznaczały się od poprzednich więcej żółtą barwą. Od tej pory zaleciłem robić wlewania tylko jeden raz na dzień rano [zawsze 2 litry wody o 12° C.], przyczem jednocześnie z ustępowaniem przykrych objawów podmiotowych d. 15. VI. skonstatowałem prawidłowej barwy i konsystencji stolce i zupełne prawie zniknięcie zażółcenia skóry i białówek. Od tego też dnia zaprzestałem wlewań i zaleciłem: *Trae rhei vinos. Elix. aurant compos. aa 30,0. MDS.* Naczczo łyżkę stołową. Chorego więcej nie widziałem, lecz powiedziano mi, że, czując się zupełnie zdrowym, wyżył zaledwie połowę przepisanego mu ostatnio leku i do zajęć zwykłych powrócił.

Do drugiego chorego Franciszka [Franz] Töpper'a wezwano mnie 15. VI. wieczorem. Przed paru tygodniami był on u mnie z powodu napadów zimnicy przepuszczającej (*intermittens tertiana*) i wtedy zaleciłem mu chininę w roztworze [4,0:120,0], lecz całej ilości nie wybrał, bo po trzech łyżkach napad się więcej nie powtórzył. Od 5 Czerwca uważał się za zupełnie zdrowego, gdy 12. VI. wypijwszy kilka kieliszków wódki, zjadłszy jajecznicę z kiełbasą i wypijwszy dużą ilość zimnego piwa, poszedł z powodu upału do kąpieli do Narwi. Tegoż dnia w nocy dostał bólu głowy i wymiotów, a rano o 11 ej godzinie dreszczy. Od tego czasu t. j. od 12. VI. do dziś, co dzień rano doznaje zimna, ale po przejściu tegoż nie następuje polepszenie, jak za poprzedniej choroby bywało, owszem cały dzień czuje gorączkę, jest bezsilny, cierpi szalony ból głowy, szum w uszach i ogólny rozstrój. Ciepłota mierzona 15. VI. o godzinie 10 wieczorem wykazuje 38,8° C., tętno 100. Chory, lat 32, wątły, blade, chorowity: w roku zeszłym przeszedł tyfus brzuszny, a lat temu trzy zapalenie płuc. Przypuszczając, że mam do czynienia z powrotem zimnicy, powiklanej niestrawnością ostrą, zaleciłem 3 proszki kalomelu po 0,25 grm. każdy co 1½ godziny [nie uważałem za stosowne podać środek wymiotny z powodu, że niestrawność trwa już od 3 dni], a następnie przepisałem chininę: [Rp. *Chinini muriat. 0,5, Ammon. hydrochlor. 0,3, Mfp. d. t. d. Nr. sex. S.* Na noc i rano o 6-iej po proszku], chcąc podziałać na zakażenie zimnicze. Nareszcie kazałem chorego pomieścić na czas choroby u jednego z felczerów miejscowych.

Dnia 16. VI. godzina 16½ rano. W nocy cztery wypróżnienia prawie bezbarwne. Przed chwilą był dreszcz. Ciepłota 40° C., tętno 124, twarz rozpalona, chory zaczyna się pocić i skarży się na swędzenie skóry; po obejrzeniu takowa okazuje lekkie zabarwienie żółtaczkowe, którego wczoraj z powodu złego sztucznego oświetlenia na tratwie zauważyć nie mogłem. Śledziona i wątroba znacznie powiększone i bolesne. O 6-iej godzinie popołudniu ciepłota 38,6° C., tętno 106. Chory czuje się bardzo osłabionym. Zalecono zrobić ławatywę HEGAR'a z 1½ litra wody o ciepłocie 12° C, której chory dłużej nad 8 minut pomimo wysiłku wstrzymać nie mógł z powodu boleści. Polecono powtórzyć ławatywę rano o godzinie 6-iej.

Dnia 17. VI. godzina 10 rano. Dreszcz słabszy niż dnia poprzedniego, ciepłota 40° C., tętno 118. Chory ciągle się poci, żółtaczka wyraźniejsza, pragnienie, brak zupełny łaknienia. Po ławatywie poprzedniego dnia odeszło kilka kałków bezbarwnego kału. Po dzisiejszej do chwili wizyty było już 8 wodnistych bezbarwnych wypróżnień z wydymaniami i boleściami. Zalecono wieczór

lawatywy nie robić, pomimo to do 8-ej godziny wieczorem nastąpiło jeszcze pięć wypróżnień. Ciepłota 38,4° C., tętno 96. Okład rozgrzewający na brzuch.

Dnia 18. VI. godzina 10 rano. Dreszczu nie było. Ciepłota 39,5° C., tętno 100. W nocy stolców nie było. Po rannej lawatywie o ciepłocie 16° C. z 1½ litra wody, jedno wypróżnienie gęstawe, lekko żółte. Chory pragnienie ma mniejsze; czując się bezsilnym, prosi o pożywienie, choć apetytu nie ma wielkiego. Wobec zniknięcia ostrych objawów nieżytu żołądkowego, pozwoliłem choremu przygotować polewkę z wina. Ciepłota 37,3° C., tętno 72. Jedno wypróżnienie bez lawaty żółtawe. Żółtaczką trwa dalej.

Dnia 19. VI. godzina 10 rano. Ciepłota 40° C., tętno 112. Zalecono lawatywę 12° C. z 1 litra wody, po której chory znów miał sześć wypróżnień z boleściami, wodnistych, żółtawych, z tego powodu osłabiony więcej niż rano. Ciepłota 37° C., tętno 68. Żółtaczką mniej wyraźna. Zalecono rano zrobić wlewanie z 2 litrów wody 16° C..

Dnia 20. VI. godzina 12 w południe. Przed 1½ lub 2 godzinami był dreszcz, następnie poty. Obecnie ciepłota 37,4° C.. Żółtaczką acz w mniejszym stopniu trwa. Zalecono: wino, czarną kawę, proszek *chinini sulfur*. 0,6 po 8-ej wieczorem. O godzinie 7-ej wieczorem ciepłota i tętno prawidłowe. Przez cały dzień 3 stolce: pierwszy wodnisty, następne gęstawe i żółciejsze.

Przez następne 2 dni rano ciepłota nie dochodziła 37,5° C., wieczorem prawidłowa. Wobec prawidłowych stolców lawatyw nie stosowano, jak również odstawiono chininę dnia 23. VI., natomiast dla poprawienia łaknienia i wzmożenia zalecono: *Trae chinæ compos.*; *Trae rhei vinosae aa* 15,0. MDS. 3 razy dziennie po 25—40 kropel przed jedzeniem.

Dnia 24. VI. Zabawienie skóry prawie żadne, stolce prawidłowe, łaknienie dobre. Śledzony ani wątroby wymacać nie można. Odtąd chorego uważano jako rekonwalescenta i zalecono obok ostrożnej a wzmacniającej diety dalsze używanie rabarbaru na winie z chiną.

Przedtem nim wypowiem kilka słów porównania o działaniu wlewań zimnych w dwu tych przypadkach żółtaczki, wypada mi jeszcze rozebrać krytycznie chorobę Franciszka Töppera. Wysoki stopień gorączki, raptowne jej pojawienie się, rytmiczne pogorszenia o stałej porze dnia—dość ściśle odróżniają przypadek ten od pierwszego, a więc nie mieliśmy tu do czynienia ze zwykłą żółtaczką nieżytową. Przeciwnie, mając w pamięci niedoleczoną zimnicę poprzednią, należy przypuścić powikłanie lub zależność żółtaczki od zakażenia bagiennego. Następnie, prawie od początku mogliśmy zauważyć nagły upadek sił, a prócz tego w początku choroby, głównie zaś przez pierwsze 3 dni obserwacji, po rannym dreszczu i wzniesieniu się ciepłoty nie widzieliśmy spadku ciepłoty do stanu prawidłowego, jak zwykle przy zimnicy przepuszczającej bywa; przeciwnie ciepłota i wieczorem przechodziła ponad 38,0° C.. Dopiero od d. 18. VI., a więc na szósty dzień choroby, ciepłota wieczorna była prawie prawidłową. Skłonny więc jestem przypuścić, że w danym razie miałem do czynienia nie z *febris intermittens*, lecz z gorączką bagienną zwalniającą. Wprawdzie jest to postać dość rzadka w naszym umiarkowanym klimacie, ale w tej miejscowości, gdzie praktykuję, obok endemicznie panującej w najprzeróżniejszej postaci zimnicy przepuszczającej, od czasu do czasu trafiają się przypadki *febris remittentis*.

Tak więc, zdaniem mojem, drugi przypadek przedstawiał żółtaczkę zależną od zimnicy zwalniającej, która pod koniec zmieniła tor i przeszła w przepuszczającą.

Jakkolwiek jestem przekonany, że tylko obserwacja wielu przypadków upoważnia do wyprowadzania pewnych wniosków, lecz przypadki moje tak są

różne między sobą, że przypuszczam, iż wypowiadając na ich podstawie niektóre uwagi, nie stanę w sprzeczności z przyszłością.

Przedewszystkiem więc widzieliśmy, że w pierwszej obserwacji stosowano wlewania dwulitrowe o ciepłocie 12° C., przez pierwsze 3 dni 2 razy dziennie, przyczem tylko z początku wystąpiły boleści i bardzo częste wodniste wypróżnienia, które już trzeciego dnia stały się mniej częstymi i płynnymi, a przez następne 2 dni irygacje robiono 1 raz na dzień, co okazało się dostatecznem do usunięcia żółtaczki.

W drugim przypadku zmienialiśmy warunki rozmaicie: zauważywszy, że po dwu pierwszych wlewaniach $1\frac{1}{2}$ litrowych o 12° C., objawy podrażnienia kiszek znacznie przewyższają swą siłą podobne z obserwacji poprzedniej, widzieliśmy się zmuszeni wieczorem d. 17. VI., ławatywy nie robić i położyć okład rozgrzewający na brzuch. Dnia 18. VI. zastosowano jedną ławatywę rano z $1\frac{1}{2}$ litra wody o 16° C., po której objawy podrażnienia kiszek nie wystąpiły; chcąc przekonać się, czy takowe zależą tylko od stopnia ciepłoty wlewanej wody, dnia 19. VI. rano użyliśmy mniejszej ilości zimniejszej wody [1 litr o 12° C.], przyczem zauważyliśmy podrażnienie nie o wiele mniejsze, niż po pierwszych $1\frac{1}{2}$ litrowych wlewaniach. Dnia 20. VI. rano po wlaniu 2 litrów wody o 16° C., podrażnienia kiszek prawie nie było.

Od czego zależą tak rozmaite skutki metody KRULL'a? Odpowiedź znaleźć łatwo, zwróciwszy uwagę na to, że w pierwszym wyniku mieliśmy do czynienia z osobnikiem zdrowym zupełnie, u którego wystąpiła żółtaczka nieżyłtowa, w drugim zaś z osobnikiem chorowitym [tyfus, zimnica], u którego żółtaczka pojawiła się w przebiegu innej choroby.

W krótkości wnioski swoje sformułuję jak następuje:

1) Wlewania z obfitej ilości wody są skuteczne w żółtaczce z powodu silnego wzmoczenia ruchu robaczkowego kiszek, który prawdopodobnie dochodzi wstecz aż do dróg żółciowych, a przez to wywołuje wydzielanie żółci z kałem.

2) Skutki wlewań otrzymujemy dość różne w różnych postaciach żółtaczki.

3) U osobników poprzednio zdrowych można stosować 1 lub 2 razy dziennie obfite irygacje z zimnej wody [12° C.], przyczem objawy podrażnienia bardzo prędko przechodzą.

4) U osobników zaś słabego usposobienia należy stosować ławatywy cieplejsze [15° C. lub nieco więcej], bo [zimne [12° C.] wywołują zanadto silne podrażnienie kiszek, przyczem to ostatnie okazuje się zależnem nie od ilości, lecz od stopnia ciepłoty wlewanej wody, t. j. że litr wody o 12° C. wywoła podrażnienie kiszek, jakiego 2 litry wody o ciepłocie 16° C. nie spowodują.

5) Ostrożności, o których mowa, w 3 i 4 należy też zachowywać i przy stosowaniu metody KRULL'a w żółtaczce czysto nieżyłtowej, a tembardziej w żółtaczce, wikłającej lub zależnej od innej gorączkowej choroby.

6) Jakkolwiek nieznanne mi są obserwacje KRAUS'a co do wlewań tych przy żółtaczce u dzieci, jednak przez analogiję ze skutkiem, otrzymywanym przy stosowaniu ławatyw HEGAR'a u dzieci wobec objawów zatkania kiszek, co zdarzyło mi kilkanaście razy widzieć, sądziłbym, że odczyn u osobników tak wrażliwych jak dzieci, powinien być bardzo prędko i silny, że przeto u dzieci należałoby stosować wlewania nie zimnej, lecz letniej wody.

Pelczyński [Tykocin].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

35. Mathieu. Neurastenija i histeryja u jednego i tego samego osobnika (*Neurasthénie et hystérie combinées*).

37-letni maszynista kolejowy, żonaty i dietny, w r. 1885, w czasie zwykłej podróży z Paryża do granicy, dostał bardzo silnej i bolesnej erekcyi członka, która tak mu dokuczyła, że zmuszony był zatrzymać się w drodze i umieścić w pewnym prowincjonalnym szpitalu. Tu pozostawał przez dwa miesiące i przez ten cały czas nie mógł się pozbyć uporczywego przyjapizmu pomimo stosowania najrozmaitszych środków [brom, kamfora, kąpiele, środki czyszczące, puszczenie krwi, nawet bandaży ESMARCH'a]. Po dwu miesiącach erekcyjne ustały, chory wyszedł ze szpitala bardzo osłabiony i przygnębiony. Od tego czasu utracił zupełnie *potentiam coëundi*, co u człowieka żonatego, zresztą silnego i zdrowego, spowodowało smutek i rozpacz. Chorego zaczęły prześladować bóle głowy, bóle w różnych okolicach ciała, niechęć do pracy. Brom i zimne natryski przyniosły pewną ulgę. Taki stan trwał dwa lata. Po upływie tego czasu stan ten znacznie się pogorszył. Bóle głowy nie ustępowały już ani na chwilę; chory doznaje uczucia tłoczenia w okolicy czołowej lub skroniowej, bóle zjawiają się po całym ciele; rano ma nogi tak słabe, że nie może chodzić, po obiedzie ciężar w okolicy żołądka i śpiączka; sen przerywany przez przykre widzenia. Od czasu do czasu zjawiają się zawroty głowy i napady niczem nie usprawiedliwionego płaczu. Badanie przeszłości chorego wykazało, że dawniej zawsze był zdrow, ale pochodzi z rodziny nerwowej: ojciec, ciotka i siostra w różnym stopniu odznaczali się usposobieniem nerwowem. Badanie przedmiotowe nie wykryło żadnej choroby, którą by można wytlómaczyć jeden z najcięższych objawów choroby—przyjapizm z następczą niemocą płciową (*diabetes, tabes dorsalis*). MATHIEU zbadał wreszcie czucie chorego [pod koniec roku 1887]. Wtedy dopiero okazało się, że czucie w różnym stopniu jest zmniejszone w całej lewej połowie ciała; czucie mięśniowe również jest zmniejszone w tejże połowie; odruchy gardzieli zniesione. Jądro lewe nadzwyczaj czułe na dotyk; podobną nadczułość znaleziono w różnych miejscach ciała: przy ucisku lewej brodawki piersiowej można wywołać uczucie ogólnego osłabienia (*zone hystérogène*). Chory doznaje czasami uczucia gałki w przelyku (*globus hystericus*). Prócz tego znaleziono osłabienie ostrości widzenia z lewej strony i zmniejszenie pola widzenia, mierzone za pomocą perimetru.

Chorego badał CHARCOT. Po zastosowaniu elektryzacji statycznej i użyciu pewnego wpływu psychicznego [CHARCOT zapewniał chorego, że będzie zdrow], stan się znacznie poprawił: erekcyjne wróciły i chory mógł mieć prawidłowe stosunki z żoną. Po kilku tygodniach chory miał już chęć powrotu do swoich obowiązków.

Przypadek ten CHARCOT demonstrował w swojej klinice i uważa za kombinację dwóch różnych chorób nerwowych: neurastenii i histeryi. Cały przebieg choroby i takie objawy, jak uczucie ogólnego niedomagania (*malaise général*), naprzemian uczucie ściśnięcia lub pustki w głowie, zawroty, niestrawność nerwowa, przyjapizm z następczą bezsilnością, CHARCOT uważa za charakterystyczne dla neurastenii, połowiczne zaś znieczulenie, jednostronne ograniczenie pola widzenia, brak odruchu gardzielowego, istnienie tak zwanych *zones hystérogènes* jest właściwem histeryi.

Przypadek powyższy, według CHARCOT'a, zasługuje na uwagę z tego względu, że wskazuje na możliwość istnienia obok siebie dwóch różnych stanów chorobowych systemu nerwowego utożsamionych, a jednak różnych. „Jeżeli chory, powiedział CHARCOT demonstrując wyżej opisany przypadek, obok zwy-

kłych objawów neurastenii, przedstawia ograniczenie pola widzenia, z pewnością obok neurastenii możemy rozpoznawać histeryję“.

[Ośmielamy się zwrócić uwagę, coby było, gdyby MATHIEU zbadała dokładnie chorego nie po dwóch latach obserwacyi, lecz w pierwszej zaraz chwili, czy znalazłszy wtedy niewątpliwe objawy histeryi, myślałby o neurastenii? Przyp. sprawozd.]

A. Puławski.

(*Progrès Médical*. 1888. 28. Juillet).

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Pozwól mi zaprotestować w Twem piśmie przeciwko nadużyciu, jakiego się dopuścił Wydawca „Przewodnika dla chorych“, umieszczając na karcie tytułowej moje nazwisko. W opracowaniu Przewodnika nie przyjmowałem żadnego udziału i wydawca tegoż jest mi zupełnie nieznanym. Wprawdzie D-r SZUMLAŃSKI prosił mnie o artykuł do tej publikacyi jako jej Redaktor, i artykuł otrzymał z zastrzeżeniem jednak, że takowy wydrukowanym będzie bez mego nazwiska i tylko w takim razie jeżeli wydawnictwo zostanie starannie opracowanem.

Alfons Malinowski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNNA REDAKCYJO!

Nie czekając na ostateczny wynik sprawy sądowej, jaka na moje żądanie toczy się pomiędzy mną i wydawcą Przewodnika dla chorych, a obawiając się zarzutów, na jakie narazić się mogą z powodu współudziału w tem wydawnictwie, upraszam o pomieszczenie poniższych słów kilku.

Wchodząc w Kwietniu r. b. w stosunki z wydawcą Przewodnika, obowiązałem się redagować takowy, t. j. kwalifikować artykuły do druku, robić ostateczną ich korektę i zająć się układem części informacyjnej; wydawnictwo miało być ukończone najpóźniej w dniu 1 Lipca. Tymczasem do chwili wyjazdu mego z Warszawy, jaki miał miejsce w pierwszych dniach Lipca, wydrukowano zaledwie ogłoszenia i 2 lub 3 pierwsze arkusze tekstu, resztę artykułów [z wyjątkiem artykułu o materyjalach spożywczych, który autor częściowo do druku nadsyłał], jak również cały prawie dział informacyjny przejrzałem w rękopismach. Pan wydawca zobowiązał się drukować je tak, jak mi je przedstawił, a dla uniknięcia niedokładności obiecał po wydrukowaniu przysłać oddzielne arkusze do odczytania i wprowadzenia poprawek. Pomimo dwukrotnego listownego przypominania o tem nie przysłano mi nic; po powrocie zaś do Warszawy zastałem druk prawie na ukończeniu. Pogłoski o nadużyciach, jakich się dopuszczono względem niektórych firm kupieckich na skutek artykułu o materyjalach spożywczych, jak również wprowadzenie bez mego zezwolenia różnych zmian w wydawnictwie [uzupełnienia w informacyjach dotyczących lekarzy, grubszy druk w nazwiskach niektórych felczerów i akuszerok, rubryka chorób w wykazie miejscowości leczniczych i t. p.], których nie mogłem zaaprobować, były powodem listownego zawiadomienia wydawcy, iż na skutek niedotrzymania przezem warunków umowy, stanowczo żądam, aby nazwisko moje jako redaktora nie było pomieszczanem na karcie tytułowej. List ten, o ile mi wiadomo, dołączony został do akt sądowych na dowód, jakobym ja dał powód do zerwania umowy. Mimo to jednak p. Wydawca nie tylko tego nie uwzględnił, lecz pozwolił sobie jeszcze pomieścić nazwisko D-ra MALINOWSKIEGO, który [jak to własny jego list objaśniał] żadnego udziału w opracowaniu Przewodnika nie przyjmował.

Wobec takiego nadużycia nie mogę brać na siebie żadnej odpowiedzialności; wszelkie zaś zarzuty, dotyczące treści i układu przewodnika, skierowane być winny li tylko przeciwko wydawcy takowego.

Witold Szumlański.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, że wkrótce pojawi się w polskim przekładzie „Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej“ prof. BUNGE'go. Przekładu dokonali: kol. MAYZEL i pan FLAUM kand. chem..

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 9 Сентября 1888 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29,



APTEKA

Magistra Farmacyi

W. KARPİŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:

- Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rs. 25 kop.
 „ „ z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
 „ Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.
 „ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.
 „ z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

- Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop. — 100 kop. i po 120 kop.
 Wino pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
 Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez bólesci, — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
 Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do cen handlowych.
 „ „ zwyczajny }
 „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.
 Oleum ricini koussinat comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussou i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzew brzusnych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską (rachityczną) cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—6

W. Karpiński.

ULICA MIRROROWSKA Nr. 3.

Zakład leczniczy D-ra Römpera

dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Szląsku.

zaleca z pomyslnym skutkiem dla kuracyi zimowej wielki nowo wybudowany ogród zimowy. Specjalna manipulacja w chorobach krtani. 6—3