

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo. 8—8

„ARCO“

stacja klimatyczna zimowa w Tyrolu włoskim, jej opis i zestawienie z Me-
ranem wraz z mapą Tyrolu i stacyi
podał i opisał Dr. Malcz
Warszawa, Gebethner i Wolff. 3—3

WARSZAWSKI DOM ZDROWIA 6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak
również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego
z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowoziółna 36). K. Dobrski (Królewska 6).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—12

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMĄ

DR. T. HENRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hô-
pital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy
kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie enkrowej, przy wydzielaniu piasku
i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na
podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—28

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, i WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwężlejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum cordis congenita*). — II. W. Matlakowski. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*). (Dokończenie). — *Notatki lekarskie*. 25. Z. Kramsztyk. Przetrawanie tętnicy ciała szklistego. — *Dział sprawozdawczy*. 44. F. Siebenmann. Grzybki nitkowate. *Aspergillus flavus*, *niger* i *fumigatus*; *Eurotium repens* i *Aspergillus glaucus*, oraz ich stosunek do *Otomycosis aspergillina*. — 45. Küssner. Przyczynę do szepienia gruźlicy. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

I. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH ¹⁾

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisal

Henryk Pacanowski.

Asystent kliniki.

Dnia 9. XI. 1881 r. przywieziono do kliniki chorego W. S., szewca, lat 47 liczącego, w bardzo ciężkim stanie, z dusznością, z zimnemi, zsiniałemi kończynami i ogólną puchliną. Przedwstępne dorywcze badanie chorego wykazało: nierówność (arytmiję) tętna, powiększenie stopienia sercowego na prawo, oraz szmer skurczowy na mostku poniżej trzeciego żebra, szmer przeciągły, dający się również słyszeć w kierunku na lewo od wymienionego *punctum maximum*, lecz nie rozchodzący się do wielkich naczyń szyjowych. W narządach oddechowych oznaki przewlekłego nieżyty; mocz w skąpej ilości, zawiera białko; oddawna zaparcie stolca.

Na zasadzie powyższych, na prędcie zebranych faktów, prof. Lamb l przedstawił słuchaczom swym chorego jako przypadek, stanowiący, w porównaniu z obok leżącym chorym na chorobę Bright'a, wybitny dowód możliwości istnienia ogólnych objawów chorobowych: puchliny i białkomoczu, niezależnie od cierpienia nerek, lecz będących w związku przyczynowym z wadą sercową. O trwaniu, jakoteż warunkach powstawania choroby wnioskować można jedynie na zasadzie dokładnych wywiadów, których zebranie poruczonem zostało studentowi p. Mierzyńskiemu.

Po tych kilku przedwstępnych słowach przechodzę do opisanja danych, jakie otrzymałem ze szczegółowego następnie zbadania chorego.

¹⁾ Pracę niniejszą wykończył autor jeszcze przed 2-ma laty, z przyczyn jednak od niego niezależnych takowa dopiero teraz może być drukowaną.

Opowiada on, iż jest najmłodszym z 32-ga dzieci, zrodzonych z jednego ojca i dwóch matek; matka chorego miała ich 18-oro. Dotąd żyje wszystkich 24-oro. Rodzice zmarli na cholereę. Chory ożenił się w 21-ym roku życia i miał 14 dzieci, z których czworo żyje; pozostałe umarły w dzieciństwie skutkiem chorób drgawkowych. Od lat dziecięcych chory miewa często bicie serca, zwłaszcza po dłuższem chodzeniu, wypiciu wódki, lub w gniewie. Lekarze doradzali mu zimne okłady na okolice sercową, co jednak żadnej nie przynosiło ulgi. Owo bicie serca było tak charakterystycznym, że nawet żona chorego słyszała je niekiedy i porównywała „z podmuchem“. Od 20-go roku życia chory miewał napady epileptyczne, z których ostatni pojawił się przed 10 laty. Do 35-go roku czuł się zresztą zupełnie dobrze; dopiero odtąd począł niekiedy, osobliwie zimą, doświadczać duszności. W ostatnich 4 latach pojawiały się i znikwały peryjodycznie obrzęki stóp, niekiedy także dłoni i twarzy; jednocześnie z tem wystąpił kaszel. Stan chorego wszelako był jeszcze dość zadawalniającym. Nagle przed 5 tygodniami, po przeziębieniu, nogi obrzękły daleko mocniej, niż dawniej, brzuch począł się zwiększać; nastąpił męczący kaszel i duszność. W szpitalu, gdzie S. przepeędził 12 dni, stan jego niebawem się polepszył, jednakże po 3 tygodniach objawy powyższe powtórzyły się znowu, poczem chory wstąpił do kliniki.

Nie przechodził nigdy ani gośceca, ani ostrych chorób gorączkowych. Od lat kilkunastu miewał uporczywe zaparcie stolca; wtedy i bicie serca się wzmacniało, lecz po użyciu środków przeczyszczających ustępowało zwykle. Również od lat wielu używał nadmiernie wódki, którą przed 3 laty dopiero pić przestał. Warunki życia, jako to mieszkanie i pożywienie, były zawsze jak najgorsze. Chory odznaczał się (wedle słów żony) usposobieniem porywczem i gwałtownem, bardzo często wpadał w szalony gniew.

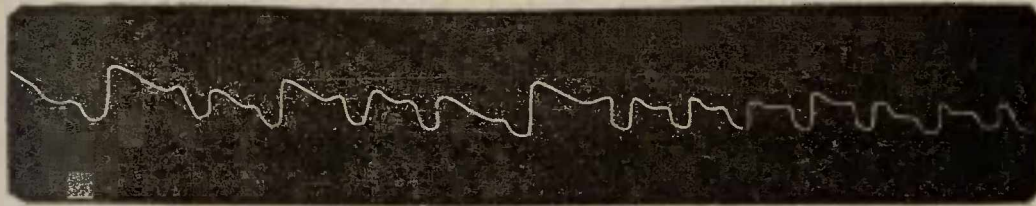
St a n o b e c n y. Budowa ciała dobra, mięśnie rozwinięte, tkanki tłuszczowej mało. Skóra gładka, sprężysta. Na pierwszy rzut oka uderza bardzo wyraźna sinica: twarz ma barwę prawie fioletową; palce rąk i stóp mniej sine i przy dotyku chłodne. Cała skóra, z wyjątkiem twarzy, obrzękła, co na tułowiu szczególnie wtedy się uwydatnia, gdy mocniej nacisnąć stetoskopem.

Podczas wdechu wciąganie międzyżebrzy i skurcze mięśni szyjowych z bardzo nieznacznem wypukleniem nadbrzusza (*epigastrium*). Ilość oddechów wynosi na minutę 32 razy. Granice płuc z tyłu około XI żebra, z przodu z prawej strony stępiecie na linii sutkowej poczyna się od V żebra, a na VII-em odgłos tympanityczny. Z lewej strony granica na linii przymostkowej na dolnym brzegu IV żebra, na linii pachowej zaś (*lin. axill. sin. ant.*) na VII-em. Odgłos opukowy z obu stron mniej więcej jednaki. Przy wysłuchiowaniu oddech pęcherzykowy wszędzie mocno zaostrozony, z obfitemi drobnymi rzężeniami. Kaszel gwałtowny, plwocina wydziela się z trudnością, gęsta, śluzowa, w części ropiasta, zlewająca się. Duszność szczególnie w nocy.

Uderzenie wierzchołkowe serca (*ictus*) w V-em międzyżebrzu lewym na linii sutkowej. Położona w tem miejscu ręka wyczuwa podczas skurczu serca tak zwany szmer tarcia (pomruk koci — *frémissement cataire*). Stępiecie sercowe od góry zaczyna się na dolnym brzegu IV żebra, posuwa się w prawo, poza

prawy brzeg mostka; ku dołowi przechodzi bezpośrednio w odgłos tympanityczny. Skurcze serca są nierówne (arytmiczne), tak co do trwania, jakoteż co do nateżenia. Nietylko 2 oddzielne uderzenia, lecz nawet przestanki między skurczem i rozkurczem jednej i tej samej czynności serca nie w równych czasu odstępach się odbywają. Przy wysłuchiwanu znajdujemy szmer skurczowy, którego największe nateżenie jest w pobliżu wierzchołka, oraz na linii poziomej w kierunku przyczepienia IV żebra lewego do mostka. Szmer ma cechę przedłużonego podmuchu i lepiej usłyszeć się daje, gdy przerwy pomiędzy skurczem a rozkurczem serca są dłuższe. Najslabiej słychać szmer w drugim międzyżebżu prawem i lewem; zaś na wcięciu mostka i w wielkich tętnicach szyjowych szmeru wcale nie ma.

Dostępne tętnice ciała nie okazują wcale stwardnienia. Tętno promieniowe jest mocne, twarde, nierówne; około 120 uderzeń na minutę.



Nierównomierność tętna najlepiej uwydatni załączona linija graficzna, zdjęta w kilku egzemplarzach sfy-

gmografem Marey'a przez szanownego kolegę Pawińskiego.

Granice wątroby na linii sutkowej prawej sięgają od V do VII żebra, po czem idzie odgłos tympanityczny. Śledziona wyczuć się nie daje.

Brzuch wzdęty, twardy, niepodatny, przy ucisku niebolesny. Wężykowatego rozszerzenia żył podskórnych nie widać. W jamie otrzewnej przesiek (*ascites*); odgłos tympanityczny tylko ponad pępkiem. Łaknienie dobre, język czysty; stolce były dnia poprzedniego.

Mocz jasny, przezroczysty, bez pierwiastków morfologicznych pod drobnowidzem. Ilość zmniejszona (około 500 grm.), ciężar właściwy 1031, odczyn kwaśny; białka mało.

Chory leżeć może prawie wyłącznie na prawym boku, przy położeniu bowiem na lewym boku, doświadcza niemilego uczucia zimna. Skarży się na częsty ból pod lewą brodawką sutkową w VI-em międzyżebżu, powiększający się przy ucisku palcem. Większą część dnia i nocy chory siedzi, gdyż w położeniu poziomem duszność się zwiększa. Stan bezgorączkowy. Chory jest umysłowo rozwiniętym, odznacza się dowcipem i wesołym humorem; nie doznaje obecnie ani bólu głowy, ani innych jakichkolwiek zaburzeń nerwowych.

Rozpoznanie. W opisanym przypadku głównymi objawami, na które należało zwrócić uwagę, były: sinica (*cyanosis*), obrzęki, powiększenie stłumienia serca, szmer skurczowy, arytmija i białkomocz. Mielśmy więc przed sobą oczywiście dwa szeregi zjawisk: z jednej strony wadę sercową, z drugiej chorobliwe zmiany w moczu. Zachodziło teraz pytanie, w jakim do siebie stosunku przyczynowym stały obie te sprawy, czy i jaki mianowicie związek istniał pomiędzy niemi? Wiadomo bowiem, jak często choroby nerek wikłanemi bywają przez chorobę serca i odwrotnie.

W pierwszej chwili cały obraz kliniczny przypominał zapalenie nerek. Za tem cierpieniem przemawiały: zmniejszona ilość moczu, obecność

w nim białka i ogólna puchlina. Lecz objawy te istnieć mogą także przy zwykłym tylko zastoju krwi w nerkach, co tem bardziej przypuścić należało, że mieliśmy przed sobą wyraźne oznaki ogólnej sinicy zastojowej. Prócz tego przeciw chorobie Bright'a świadczyły następujące dane: *a*) mała ilość białka; *b*) brak w moczu pod drobnowidzem pierwiastków morfotycznych; *c*) brak przerostu komórki lewej; *d*) brak obrzęku na twarzy. Chory mówił, iż obrzęki pojawiały się głównie na stopach, twarz zaś pozostawała wolną, nawet w daleko już posuniętym okresie choroby.

Tak więc postawionem zostało rozpoznanie: w a d a s e r c o w a, usprawiedliwiała ją bowiem głównie: przerost komórki prawej, szmer skurczowy, a po części sinica i arytmija. Co się tyczy szmeru, słyszeliśmy go najwyraźniej na linii poziomej od wierzchołka serca do mostka; w miejscach wysłuchiwania aorty i tętnicy płucnej szmer był niewyraźnym, a w tętnicach szyjowych wcale go nie było. Fakta te, jak również brak przerostu lewej komórki, pozwalały wykluczyć istnienie szmeru w ujściu aorty. Przeciwno zaś umiejscowieniu go w otworach zastawki trójdzielnej i tętnicy płucnej świadczyło niezmiernie rzadko trafiające się istnienie zapaleń wsierdzia w prawem sercu u ludzi dorosłych. Pozostawało zatem przyjąć jedynie niedomykalność zastawki dwudzielnej, tembardziej, iż wszystkie niemal inne objawy za tem przemawiały. I tak: 1) był przerost komórki prawej, jako nieodłączne następstwo tej wady; 2) szmer był najwyraźniejszym u wierzchołka; 3) sinica ogólna, przewlekły nieżyt oskrzelowy, obrzęki i białkomocz mogły być przypisane utrudnionemu krwiotętnieniu w obrębie małego krążenia.

Arytmija w naszym przypadku nie ma żadnego znaczenia patognomonicznego, gdyż bywa zarówno przy chorobach serca, jakoteż innych narządów: jamy brzusznej, układu nerwowego, oraz w niektórych zatruciach. Mogła się więc do jej wywołania zarówno przyczynić wada sercowa, ciągle zaparcia stolca i nadmierne używanie wyskoku.

R o k o w a n i e, co do samej choroby, jako wady sercowej, niepomysłne. Również na niekorzyść chorego przemawiają: posunięty wiek (47 lat), skutki pijaństwa, wreszcie rozpaczliwy stan ogólny natychmiast po przybyciu do klini. Bardzo obfite drobne rzeżenia wilgotne w płucach (obrzęk), ogromna duszność i sinica ogólna, jako wyraz zakłóconej równowagi krążenia — wszystko to zniewalało do przypuszczenia szybkiego zejścia śmiertelnego. Jeden tylko fakt czynił rokowanie korzystniejszym, t. j. tętno pełne, dowodzące, iż nie groziło jeszcze na razie niebezpieczeństwo bezwładu serca (*syncope*).

P r z e b i e g. Po zastosowaniu naparu z naparstnicy z wymiotnicą, baniek suchych na klatkę piersiową i środka przeczyszczającego (*inf. seruae compositum*), chory czuł się nazajutrz daleko lepiej; duszność mniejsza; w nocy spał spokojnie, leżąc; sinica zmniejszyła się także. Stan taki trwał mniej więcej do 21 Listopada. Wtedy duszność i sinica wzrosły stopniowo do znacznego natężenia; chory zmuszony ciągle siedzieć. Na krętarzu prawym zaczerwienienie skóry skutkiem ustawicznego leżenia na prawym boku. Od kilku dni przy użyciu pigułek *ex pulvere digitalis cum extr. colocynthid.*, wypróżnienia prawidłowe, codzienne. Przepisano prócz tego *inf. fl. convall. maj.* z 3j na 5vj, co 2 godziny łyżkę.

Dnia 21. XI. Arytmija wciąż taka sama, sinica ogromna; nos, policzki i dolna połowa czoła mają barwę fioletową. Tak samo zabarwione są plecy.

Dnia 29. XI. Szmer sercowy jak poprzednio, tętno jednak daleko równiejsze, pełne. Duszność i sinica. Oddech głośny, chrapliwy; w płucach rozległe rzeżenia. O 10-ej wieczorem chory umarł, zachowując przytomność do końca.

Ogłędziny pośmiertne, w 36 godzin później dokonane, wykazały co następuje:

Czaszka owalna, brózda tętnicy oponowej średniej prawej głębsza niż lewej; na jej końcu, w pobliżu szwu strzałkowego widzimy eliptyczne zagłębienie, 12 millim. długie, 6 szerokie, przeświecające. Odpowiednio temu znajdujemy na oponie twardej wzniesienie, złożone z miękkich granulacyj *Pacchioni'ego*. Opona twarda napięta; tętnice oponowe średnie wyraźnie nastrzyknięte; wewnętrzna powierzchnia opony twardej sucha. Krew w zatokach ciemnoczerwona, bez skrzepów. Opona miękka ciemnoczerwona, z rozszerzonymi żyłami, łatwo oddziela się od powierzchni mózgu. Naczynia opony tej, nie tylko w brózdach, lecz i na wypukłej powierzchni zawojów są przekrwione. Cały mózg cyjanotyczny; istota szara ciemnoróżowa; na rozkroju istoty białej widać liczne, drobne, czerwone punkciki krwi, trudno rozplywające się. Granica między istotą korową a białą bardzo wyraźna. Szare ośrodki wewnętrzne (*thalami optici, corpora striata etc.*) ciemnoczerwone. *Plexus chorioidei* nastrzyknięte. Komórki boczne ciasne, bez płynu surowiczego. Równie mocno przekrwione są: *venae magnae Galeni, venae striae corneae* i t. d. Sama substancja mózgowa wilgotna, ciągnąca się.

Płuca na całej przestrzeni zrosłe z klatką piersiową. Lewe jest cięższem niż prawe; z powierzchni rozkroju wypływa wielka ilość cieczy spienionej, krwią zabarwionej; spostrzegamy miejsca jaśniejsze i ciemniejsze; ostatnie suche, twarde, bezpowietrzne. Prawe płuco mniej obrzękłe i przekrwione; w przednich częściach tkanka sucha. Na rozkroju obu płuc zwracają uwagę bardzo szerokie rozgałęzienia tętnicy płucnej z grubymi ściankami, jak gdyby należały do układu aortalnego; wypływa z nich znaczna ilość krwi ciemnoczerwonej. Gruczoły oskrzelowe duże, ciemnoszare. Błona śluzowa oskrzeli i tchawicy mocno zgrubiała, pokryta warstwą śluzu, po zeskrobaniu którego widać powierzchnię zsiniałą z podłużnymi i poprzecznymi prążkami.

Po rozcięciu ścianki brzusznej wypływa około 4 litrów żółtawego, przezroczystego płynu surowiczego. Sieć wielka (*omentum majus*) odsunięta na prawo, krótka; *mesocoecum* szerokie. Okrężnica wstępująca leży głęboko pod wątroba, z którą zrósł się górny jej koniec (*flexura hepatica*). Pomiedzy zrostami, w których bierze także udział sieć, są okienka. Okrężnica poprzeczna leży między lewym płatem wątroby a krzywizną wielką (*curvatura major*) rozdętego i rozdzielonego przewężeniem na dwie połowy żołądka, a to w ten sposób, że część odźwiernicza leży po prawej, dno zaś żołądka po lewej stronie okrężnicy.

Śledziona mała, twarda, otoczka gruba i pomarszczona; powierzchnia rozkroju ciemnoczerwona, sucha, z wyraźnymi smugami rozrosłej tkanki łącznej i małymi ziarnkami, podobnymi do saga. Wątroba normalnej objętości, brzegi

ma ostre; na rozkroju budowa zrazikowa niewyraźna skutkiem jednostajnego przekrwienia gałęzek żyły wrotnej i wątrobowej. Nerki mają po 11 ctm. długości są gładkie, twarde; istota korowa żółtoczerwona, jaśniejsza niż piramidy, które są mocno przekrwione. Otoczką zdejmują się łatwo. Z naczyń nerkowych wypływa dużo krwi. Błona śluzowa moczowodów zlekka nastrzyknięta. W lewej nerce pod samą torebką znajduje się skrzep krwi, po usunięciu którego zostaje czerwona plama.

Zawartość żołądka ciemnobrunatna, pomiędzy fałdami błony śluzowej drobne wynaczynienia. Błona śluzowa gardzieli i przelyku ma barwę prawie fioletową, w *ileum* natomiast jest białą. Okrężnica wypełniona na pół płynną zawartością. W naczyniach jamy brzusznej zastój krwi. Błona śluzowa pęcherza moczowego ciemnoczerwona.

Serce. Położenie jego w klatce piersiowej bardziej poziome, komórka prawa zwrócona ku przodowi. Serce skurczone i ma kształt stożkowaty. Długość od wierzchołka do podstawy (ujścia aorty) wynosi 15 ctm., szerokość u góry 12 ctm.. W jamie osierdzia znajduje się około $\frac{1}{2}$ funta płynu surowiczego. Na powierzchni serca widzimy trzy zabarwienia: błękitne—prawy przedsionek, czerwone—prawa komórka, i białawe w postaci 2 blaszek zgrubiałego wewnętrznego listka osierdzia (*epicardium*), z których jedna, trójkątna, jest gładką, druga, czworokątna, w pobliżu wierzchołka, jest nierówną, z wystającymi strzępami. Ścianki komórki lewej mają u podstawy $1\frac{1}{2}$ centym. grubości, a w miarę posuwania się ku wierzchołkowi cienieją do 1 ctm.. Jama jej rozszerzona i zaokrąglona, zawiera skrzepy włóknikowe; w wymiarze poprzecznym średnica jamy wynosi 5, w podłużnym 10 centym.. Beleczki mięsne (*trabeculae*) normalne, struny ścięgnięte cienkie, nie zlewające się. Wymiar poprzeczny ujścia aorty (na wysokości zastawek) $2\frac{1}{2}$ centym., obwód 7 centym.; średnica zaś łuku 2 centym., obwód w tym miejscu 6 centym.. Grubość ścianek aorty $1\frac{1}{2}$ milim.. Zastawki jej gładkie, sprężyste, przeswiecające; listek prawy spuszcza się daleko bardziej ku dołowi niż oba pozostałe, u przyczepienia swego nieco zgrubiał; wysokość jego od wolnego brzegu do przyczepu 2 centym., a dwóch pozostałych tylko 1 centym.. Lewy listek ma blisko swobodnego brzegu mały otworek (*valv. fenestrata*). Wewnętrzna powierzchnia aorty gładka.

Lewy przedsionek rozszerzony i zaokrąglony. Zastawka dwudzielna prawidłowa.

Ścianki prawej komórki mają 2 centym. grubości, jama jej jest nieco zwężona i zawiera skrzepy krwi. Lejek tętnicy płucnej (*conus art. pulm.*) w kształcie szpary półksiężycowej skutkiem wypuklenia w tym miejscu przegrody komórkowej na prawo. Wymiar poprzeczny lejka od prawej strony ku lewej 3 centym., od przodu ku tyłowi 1 centym.. Beleczki prawej komórki normalne. Zastawki tętnicy płucnej na wolnych brzegach białawe, mętne, zgrubiałe mocno, zwłaszcza rozwinięte są węzłki Arancyjusza. Bliżej swego przyczepienia, listki stają się cieńszymi. Lewe przyczepienie przedniego listka zgrubiałe w postaci twardej masy, 3 milim. grubej, sterczącej do ujścia tętnicy płucnej. W środku tegoż oraz prawego listka takie same guziczki zwapniałe. Lewy listek u podstawy swej jest walczkowato zgrubiałym. Grubość ścianek tętnicy

plucnej równa się takiejże grubości ścianek aorty. Jej wymiar poprzeczny w ujściu (*ostium art. pulm.*) wynosi 3 ctm., obwód $9\frac{1}{2}$ centm.: średnica zaś samego pnia tętnicy płucnej $3\frac{1}{2}$ centym., obwód 12 centym.: na wewnętrznej ścianie, począwszy od *sinus Valsalvae*, kilka żółtawych, ograniczonych, wystających blaszek bliznowatych.

Przedsionek prawy obszerny. Listki zastawki trójdzielnej zgrubiałe i zlewają się ze sobą; przedni listek duży; tylny, znacznie mniejszy; wewnętrzny (przegrodowy) zaś w postaci okrągłego, bliznowatego, na kilka milimetrów grubego waleczka.

Jama komórki prawej dzieli się na poziomie owego waleczkowatego listka zastawki trójdzielnej na dwie połowy, łączące się bardzo wązkim otworem: dolną, obszerniejszą, właściwą komórkę i górną, węższą — lejek tętnicy płucnej, tworzący tym sposobem jakby trzecią komórkę sercową.

W pobliżu podstawy serca obie komórki, prawa i lewa, łączą się z sobą za pomocą otworu w przegrodzie, zastępującego nie tylko część błoniastą przegrody (*pars membranacea*), lecz także część przedniej przegrody mięsnej (*septum musculare*) ku dołowi i naprzód aż do przyczepu przedniego listka zastawki aorty. Przez otwór przechodzi palec. Z lewej komórki otwór jest daleko wydatniejszym, niż od strony prawej, ma 8 milim. wysokości, 33 szerokości; kształt jego półksiężycowaty. Górny brzeg otworu leży bezpośrednio pod przyczepieniem prawego listka zastawki aorty, otaczającym waleczkowato przednią część owego brzegu, przy czem listek tak nisko się spuszcza, iż prawie połowę otworu zakrywa. Dolny brzeg otworu, położony na 9 ctm. powyżej wierzchołka serca, jakoteż oba brzegi boczne otoczone są strzępiastem, ścięgnistym, waleczkowatym zgrubieniem wsierdzia. W głębi otworu widać przechodzące struny ścięgniste przedniego listka zastawki trójdzielnej.

Od strony komórki prawej otwór w przegrodzie mniej wyraźnie się przedstawia. Ma on z tej strony postać szpary poprzecznej i położony jest na 3 centym. poniżej lewego listka zastawki tętnicy płucnej, a bezpośrednio pod waleczkowatym wewnętrznym listkiem zastawki trójdzielnej, t. j. na granicy pomiędzy prawą komórką i jej lejkiem (*conus*). Część przedniego listka zastawki trójdzielnej przyczepia się za pomocą swych strun do dolnego brzegu otworu przegrodowego, skutkiem czego tylny odcinek ostatniego pozostaje zasłoniętym. Struny te na pewnej przestrzeni zrosły się ze sobą. Górny brzeg otworu otoczony żółtawo-białym, ścięgnistym, 2 milim. grubym i $2\frac{1}{2}$ centm. długim waleczkiem, który, wychodząc z beleczek mięsnych przedniej ścianki prawej komórki, pokrytych zgrubiałem wsierdzem, przechodzi na przegrodę, a następnie zaginając się ku dołowi, otacza lewy brzeg otworu, do którego przylega taka sama zgrubiała blaszka wsierdzia przegrodowego, czworokątna, 2 ctm. średnicy mająca.

Od górnej powierzchni przedniego listka zastawki trójdzielnej odszczepia się trójkątna błonka (niby dodatkowy listek), długa na 1 ctm., granicząca swym brzegiem wewnętrznym z dolnym obwodem otworu w przegrodzie, tworząc tym sposobem zagłębienie pomiędzy wewnętrznym listkiem, przegrodą komórkową, oraz jej otworem, z którym się łączy za pomocą małej szczeliny. Oglądając

komórkę prawą z góry, od strony ujścia tętnicy płucnej, nie spostrzegamy w przegrodzie żadnego otworu, ponieważ tenże leży pod zastawką trójdzielną; wyżej wymienione przyczepy strun, idące od przedniego listka do przegrody, dzielą otwór na dwa piętra, z których pierwsze należy do jamy prawej komórki, drugie, większe, łączy się bezpośrednio z jamą lejka (*conus*) tętnicy płucnej.

Górny brzeg otworu od strony prawej komórki jest daleko wyraźniej zarysowanym i bardziej wystaje naprzód. Kanał w przegrodzie, łączący obie komórki, ma kierunek nieco skośny, z dołu z prawej strony ku górze na lewo, ujście zaś aorty sterczy tuż po nad nim w taki sposób, iż ta ostatnia bierze jakoby początek z obu komórek sercowych (lecz więcej z lewej).

Obie tętnice wieńcowe (*art. coronariae*) wychodzą, jedna o szerszym otworze ponad prawym, druga węższa nad lewym listkiem zastawki aorty. *Foramen ovale* otwarte. *Ductus Botalli* zupełnie zarosnięty, w postaci sznurka, na 4 millim., grubego; i od strony aorty i tętnicy płucnej ślady jego dawnego kanału przedstawiają się w kształcie ślepych, lejkowatych zagłębień.

W dolnej części pnia aorty brzusznej, niedaleko rozszczepienia tejże na dwie tętnice biodrowe (*art. iliacaе com.*), znajdujemy kilka drobnych, białozółtawych, wystających guziczków. (C. d. n.)

* * *

Objaśnienie rysunków 2-óch figur litograficznych

Fig. 1. Prawa komórka sercowa: *aa* arcus aortae, *ap* arteria pulmonalis, *cap* conus arteriae pulmonalis, *cv* communicatio ventriculorum, *vt* valvula tricuspidalis. (Nitki ściegliste, idące od tej zastawki w kierunku otworu *cv*, przyczepiają się do dolnego brzegu otworu, dzieląc takowy na dwie połowy); *mt* macula tendinea (hyperplasia epicardii).

Fig. 2. Lewa komórka sercowa: *aa* arcus aortae, *la* ligamentum arteriosum, *ap* arteria pulmonalis, *rd* ejus ramus dexter, *rs* ejus ramus sinister, *br* bronchus sinister, *as* atrium sinistrum, *as'* auricula sinistra, *cv* communicatio ventriculorum. (W środku otworu widoczne są nitki ściegliste zastawki trójdziennej).

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO MĘZKIEGO W SZPITALU DZIECIAŃKA JEZUS.

II. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie.

Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*).

Opisał

Władysław Matlakowski.

ordynator oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

Przechodzimy teraz do uwag ogólnych, w których streszczę główne dane z pracy *Kroenleina*.

W przepuklinie podotrzewnej, jak widzimy, są dwa worki: jeden zewnętrzny, znajdujący się w mosznie, lub tylko w samym kanale pachwino-

wym (*sacculus inguinalis*), drugi wewnętrzny, który leży za ścianką brzuszną, pod otrzewną (*sacculus properitonealis*); oba te worki łączą się ze sobą za pomocą kanału, a nadto wspólnym otworem komunikują z jamą otrzewną. W większości przypadków worek zewnętrzny utworzony jest przez *processus vaginalis peritonei*, czyli że przepuklina w większości znanych przypadków była wrodzoną; z wyjątkiem zaś jedyne go przypadku Bar'a, w którym ścisła sekcja wykazała, iż przepuklina znajdowała się na wewnątrz od *arteria epigastrica* (była to zatem *hernia inguino-properitonealis recta seu interna*), we wszystkich innych przypadkach miano do czynienia z przepukliną zewnętrzną czyli skośną. Wielkość zewnętrznego worka bywa rozmaitą, lecz stale i prawie zawsze bez względu na to, czy zewnętrzny widzialny guz przepuklinowy jest duży lub mały, otwór przedni, *porta herniae* (*Bruchpforte*), jest znacznej wielkości zarówno jak sam kanał pachwinowy i wyścielająca go część worka (szyjka). W większości przypadków jądro nie znajduje się na właściwym miejscu (*ectopia*).

Worek wewnętrzny leży między otrzewną z jednej i powięzią poprzeczną (*fascia transversalis*) z drugiej strony; jama zatem powstaje przez odluszczenie otrzewnej ściennej od ścianki brzusznej. Wnętrze worka oczywiście wyściela gładka błona, która stanowi przedłużenie otrzewnej ściennej; błona ta jest mocno zrosnięta z jednej strony z otrzewną ścienną, z drugiej z powięzią poprzeczną. Worek wewnętrzny w stosunku do zewnętrznego albo leży na jego przedłużeniu, a w takim razie całość ma kształt klepsydry, albo też co znacznie częściej się zdarza worek wewnętrzny leży ekscentrycznie od podłużnej osi worka zewnętrznego, stanowiąc jakby uchyłek, ustęp, wypuklenie (*diverticulum*) z szyi worka zewnętrznego. W pierwszym razie otwór komunikacyjny z jamą otrzewnej znajduje się ze wszystkich stron w równej odległości od obrączki głębokiej kanału pachwinowego (*annulus inguinalis profundus seu abdominalis*), w drugim do tej ostatniej bliżej z jednej strony niż z drugiej, a zatem przy otworze tym zbiegają się i łączą oba worki.

Rozmiary worka podotrzewnego są nader rozmaite, od wielkości orzecha włoskiego do wielkości głowy, a w takim razie worek napelniony kiszka mi w postaci wielkiego pęcherza wystaje do jamy otrzewnej, sięgając od wierzchołka pęcherza do kątnicy. Dno worka wewnętrznego w większości przypadków było skierowane ku górze i na zewnątrz, zatem ku *spina anterior superior* lub ku dołowi biodrowemu wewnętrznemu (*fossa iliaca interna*); w innych zwrócone było ku dołowi i ku wewnątrz, zatem w stronę pęcherza; w innych wreszcie wprost ku dołowi do miednicy małej, zatem ku dziurze zasłonowej (*foramen obturatorium*). W tym ostatnim razie jeden worek leży przed gałęzią poziomą kości łonowej, drugi z tyłu za nią, a część węższa, w kształcie szyi łącząca je, spoczywa na samej gałęzi. Otwór komunikacyjny z jamą brzuszną był w większości przypadków zadziwiająco ciasny, w średnicy 4—5 linii; brzeg zaś był zawsze bardzo ostry, włóknisty, niepodatny.

Co się tyczy statystycznych danych, to jeśli do zebranych przez Kroenleina 23 przypadków dodamy 5 zestawionych przezemnie (Bryant'a, Neuber'a, Trendelenburg'a, Balling'a i mój), będziemy mieli 28 przypadków,

w tej liczbie 27 mężczyzn i 1 kobieta. Przepuklina ta przeważnie obserwowana była u ludzi w sile wieku. 17 razy była po prawej stronie. 7 po lewej, w 4 przypadkach nie podano po której stronie była przepuklina. W 17 przypadkach przepuklina była wrodzona, w jednym na pewno nabyta, w 10-ciu zaś anamneza była niejasna, tak jak i w moim przypadku. Pomiędzy owemi 17 przypadkami przepukliny przedotrzewnej wrodzonej w 11-u było niezupełne zstąpienie jądra do moszny.

Ta ostatnia okoliczność jest niewątpliwie wielkiej wagi dla sposobu powstawania przepukliny, o której mowa. Przechodzimy do przyczyn wytwarzania się tej dziwnej odmiany przepukliny, posiadającej dwa worki.

Rozmaici autorowie, którzy zajmowali się będącą w mowie kwestyją, podali rozmaite poglądy co do sposobu powstawania przepukliny przedotrzewnej. K r o e n l e i n streszcza je w 4-ech grupach.

1) Według jednych wytwarza się najprzód worek pachwinowy, a dopiero z niego skutkiem wypuklenia ścianki szyjki powstaje worek pod otrzewną. Jestto tłumaczenie najprzód podane przez S t r e u b e l'a. Powodem takiego wypuklenia może być zwięźenie *ostii abdominalis* szyjki worka przepuklinowego, skutkiem czego powrót zawartości przepuklinowej z worka do brzucha zostaje znacznie utrudniony (S t r e u b e l); często powtarzane i niestosowne próby odprowadzenia przedsiębrane przez chorych (S t r e u b e l); złe paski naciskające na otwór pachwinowy zewnętrzny, a nie na cały kanał pachwinowy (S t r e u b e l); zatrzymanie się jądra przy zstępowaniu w kanale pachwinowym, skutkiem czego trzewa, zsuwając się do *proccsus vaginalis peritonei* nie mogą dostać się do moszny (S t r e u b e l); wszelki inny powód, zwiężający, lub zamykający obręczkę pachwinową zewnętrzną, gdy tymczasem obręczka wewnętrzna i kanał pozostają wolne (M o s e t i g).

2) Według autorów francuzkich [T e s s i e r, G o s s e l i n §)] powstaje również najprzód worek pachwinowy, a z niego worek podotrzewny, lecz na skutek odprowadzenia (*réduction en masse*), przy którym worek z trzewiami zostaje wepchnięty między otrzewne i powięź poprzeczną i tam pozostaje, przyrasta, a tymczasem przez pozostałą wolną obręczkę pachwinową nowa ilość otrzewnej się wysuwa i wytwarza nowy worek pachwinowy.

3) Według L i n h a r t'a i B a r'a najprzód istnieje (i to wrodzone) większe lub mniejsze wypuklenie otrzewnej ściennej w okolicy kanału pachwinowego lub udowego, a dopiero z tego wypuklenia (*diverticulum*) część ścianki wchodzi przez odpowiedni kanał i tworzy worek zewnętrzny.

4) Wreszcie B a r przypuszcza możliwość, iż oba worki powstają pierwotkowo niezależnie od siebie, i dopiero z czasem przy stopniowem powiększaniu się, coraz bardziej do siebie się zbliżają i wreszcie zlewają w worek podwójny.

Każde z podanych tłumaczeń ma za sobą odnośne spostrzeżenia, atoli najczęstszą przyczyną bywa owo zatrzymanie się jądra i w ogóle tłumaczenie podane przez S t r e u b e l'a, jak to wykazuje podana statystyka. Nawet owa

Fig. I.

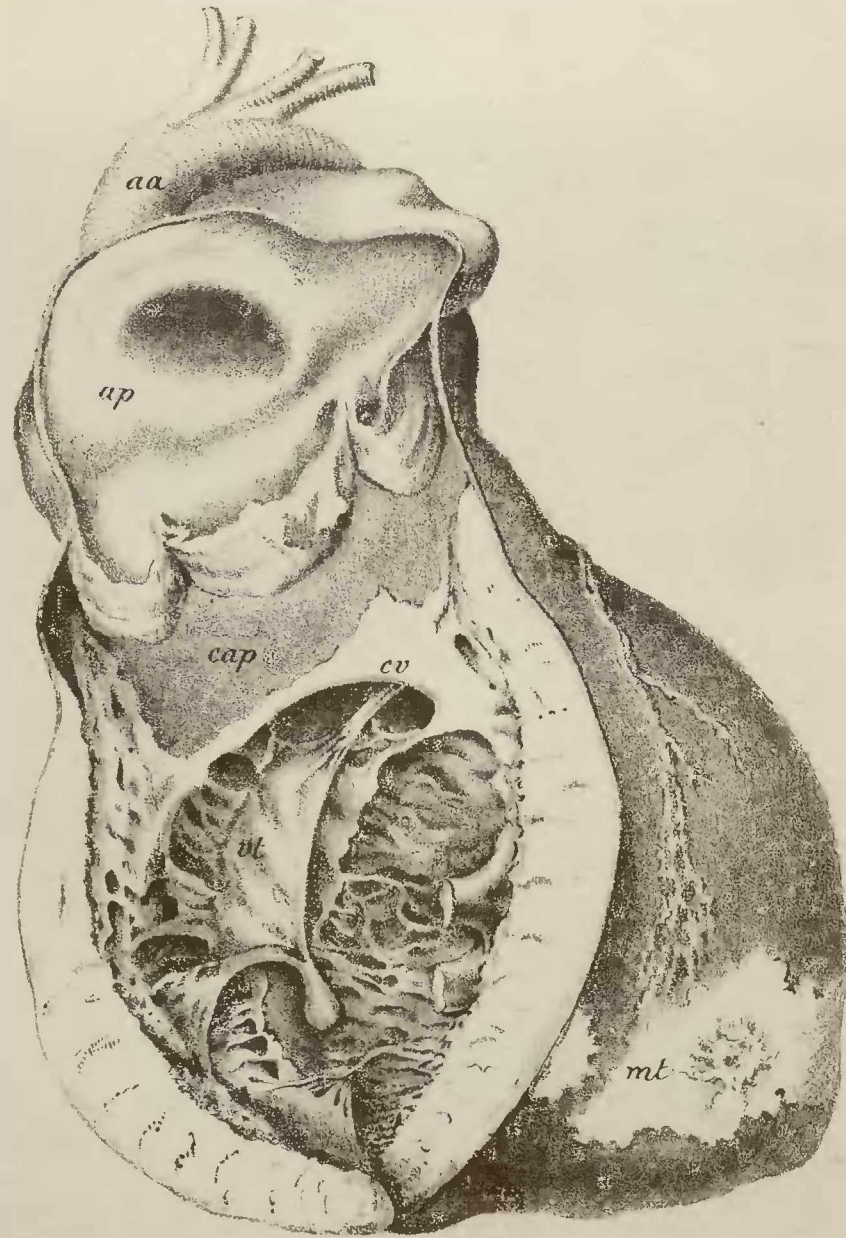
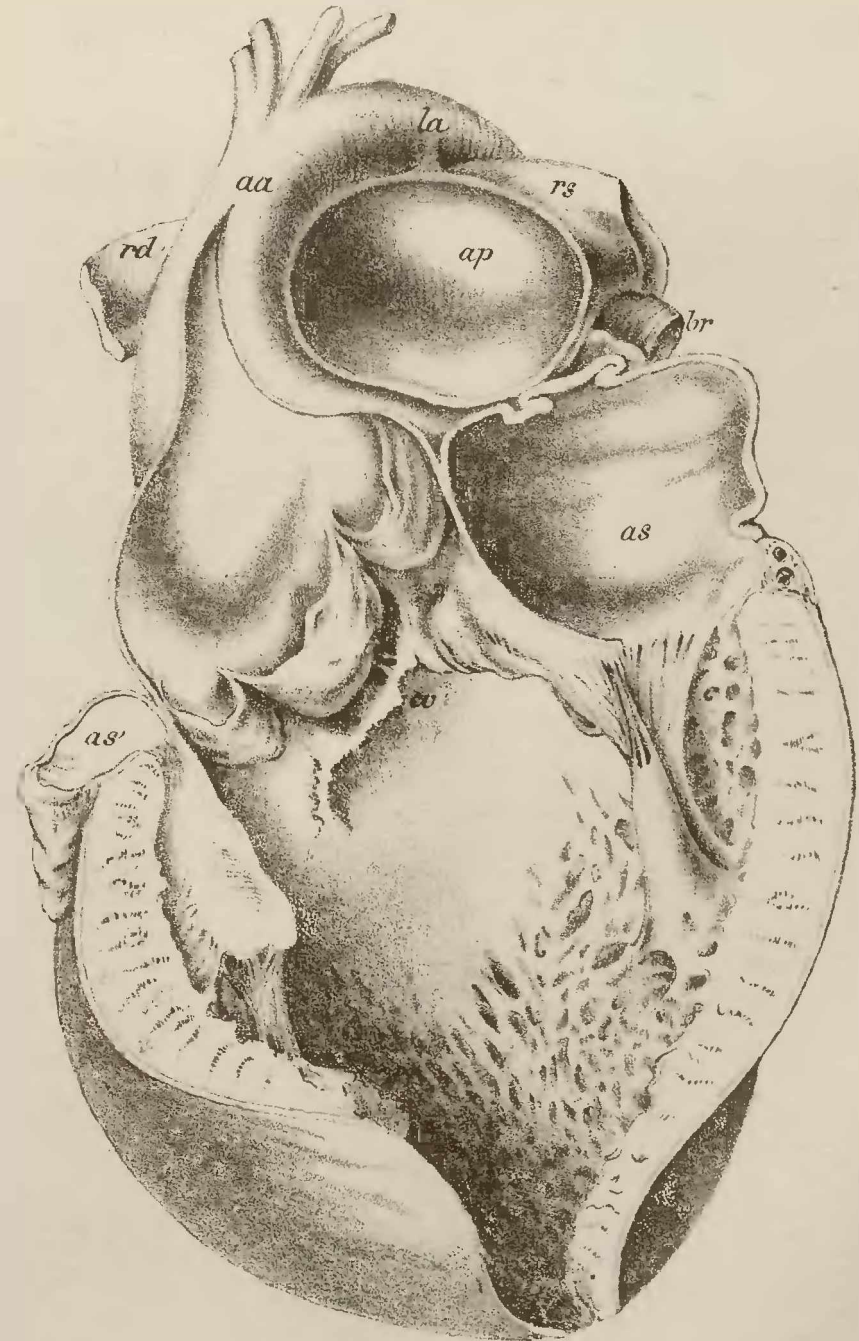


Fig II.



znacznie większa częstość przepukliny po stronie prawej przemawia za tem tłumaczeniem, gdyż według niektórych anatomów jądro prawe później spuszcza się do moszny niż lewe. Dlatego też w każdym napotykanym przypadku należy przedewszystkiem rozważyć, czy powstanie worka podwójnego nie zdoła wyjaśnić którakolwiek z przyczyn wyluszczonych pod 1). Najtrudniejsze do objaśnienia są przypadki podobne do naszego. Chory nigdy sobie przepukliny nie odprowadzał, bo o niej nawet nie wiedział, paska nie nosił, jądro miał w miejscu, gdzie być powinno. Że tu nie było *réduction en masse*, o tem świadczy brak podbiegnięć krwawych, rozerwania otrzewnej, lub innych obrażeń worka, jak to wyżej w opisie z naciskiem zaznaczono. Pozostaje tylko jedno tłumaczenie. U chorego od dawna, może od urodzenia, była przepuklina pachwinowa, zawierająca sieć, która, przyrosłszy do jądra, już zupełnie worka opuścić nie mogła, a ponieważ stanowił gruby i twardej odcinek, przeto prawie wypełniła worek i kawał pachwinowy. Worka jednak podotrzewnego nie wytworzyła często wchodząca przez *ostium abdominale* i nie mogąca zejść niżej przez zatknięty kanał pachwinowy pętlica кишки, gdyż, jak to w opisie podałem, worek przedotrzewny zawierał bardzo małą pętlę jelita, a prawie w całości wypełniany był przez zwiniętą zwyrodniałą sieć. Otóż ta ostatnia była tlokiem, który ze ściany szyjki worka przepuklinowego dawnego, nie mogąc spuszczać się niżej z powodu zapchania worka przez dolny odcinek sieci, wybił boczne wypuklenie pod otrzewną.

Rozpoznanie po tem wszystkim, co się powiedziało, w większości przypadków nie będzie trudnem; o tem przekonywa nas literatura. W samej rzeczy aż do pracy Kroenleina prawie wszystkie przypadki pozostały za życia nierozpoznanemi, dopiero przy sekcji oryjentowano się, z czem miano do czynienia. Jasna i dobra praca Kroenleina wywarła wpływ tak znaczny, że od tego czasu we wszystkich przypadkach za życia jeszcze postawiono prawdziwe rozpoznanie (Neuber, Trendelenburg, Balling i ja). Szczególniejszej wagi jest brak jądra na swoim miejscu; okoliczność ta przy uwiezionej przepuklinie powinna zastanowić chirurga, zanim postawi pewne rozpoznanie. Nie pozostanie również dlań niepostrzeżoną i ta okoliczność, że pomimo gwałtownych objawów uwiezienia, znajduje on worek przepuklinowy nie naprężonym, a kanał pachwinowy nie zatkniętym szczelnie. Tłumaczy się to tem, że prawie we wszystkich przypadkach bez wyjątku siedlisko zacisnięcia tkwiło wysoko w *ostium abdominale*. Worek przepuklinowy, otwór pachwinowy zewnętrzny i kanał jednoimienny, mogą być nawet puste, przepuszczają palec, a tymczasem chory ma objawy zacisnięcia. Ta okoliczność tłumaczy nam również owo łatwo udające się odprowadzenie przepukliny, oraz tę niepewność, jaka w nas pozostaje, czyśmy istotnie jelito odprowadzili, jak się należy. Bardzo często zawartość po odprowadzeniu natychmiast się do worka opuszcza, jak to było u nas, i również łatwo daje się niezupełnie odprowadzić. Musi to uderzyć chirurga i zmusić go do szukania przyczyny tych dziwnych objawów. Tymczasem mimo pozornego odprowadzenia objawy zacisnięcia nie słabną lecz wzmagają się. Godną jest też uwagi niebolesność i brak napięcia w worku przepuklinowym (zewnętrznym), pomimo

objawów uwięzienia i pomimo obecności w nim jakiegoś ciała; ciałem tem bywa często sieć, zwinięta, skłębiona, pomarszczona, która dzięki temu zwyrodnieniu nie może być tak silnie ściśniętą w *ostium abdominale*, by uleźć zgorzeli. Układ naczynny w niej jest ubogi, a tkanka włóknista nie tak łatwo obumiera jak wysoko stojąca pod względem fizjologicznym delikatna tkanka kiszkowa. Godnym zaznaczenia wydaje mi się również objaw obserwowany w naszym przypadku, a mianowicie, że przy wpychaniu zawartości przepuklinowej z moszny wypuklenie ponad więzłem Pouparta się powiększało.

Ciekawy objaw, na który zwrócono uwagę w przypadkach Tessiera, Lehmana, Kroenleina, a który znów potwierdziło spostrzeżenie Trendelburga, stanowi ta okoliczność, że po rozcięciu worka przepuklinowego zewnętrznego zwykle nie wypływa ciecz, lub wypływa płyn przezroczysty — a dopiero po rozcięciu worka wewnętrznego wylewa się płyn brudny, krwisty. Wreszcie zanotować wypada, że kilku autorów zauważyło znaczny, widoczny zanik ścianki brzusznej w granicach jamy przedotrzewnej.

Rokowanie tak niepomyślne dawniej, od czasu jak rozpoznanie stało się pewnem, zupełnie się zmieniło. Dawniej choremu odprowadzano przepuklinę, lub robiono herniotomię i zostawiano, dziwiąc się, dla czego nie ustępują objawy zaciśnięcia; chory umierał i dopiero sekcja wyjaśniała domysły. Od czasu pracy Kroenleina — są 4 spostrzeżenia przepukliny pachwino-przedotrzewnej, 4 rozpoznania jako takiej, tyleż herniotomij i tyleż wyzdrowień. Postępowanie było rozmaitem. Już po rozcięciu ścianki brzusznej i otwarciu worka głębokiego, jedni (Neuber) rozdierali palcami błonę odgradzającą jamę podotrzewną od przedotrzewnej, drudzy (ja) robili nacięcie nożem główkowatym, a dalej otwór rozszerzali palcem, inni wreszcie (Trendelburg) robili cięcie na smudze białej i wprowadziwszy rękę do brzucha wyciągali trzewa z worka przepuklinowego.

Do tego, ażeby tylko co skreślony obraz przepukliny przedotrzewnej był całkowitym, musimy jeszcze na zakończenie niniejszej pracy wspomnieć o rozpoznaniu różniczkowem od pokrewnych rodzajów przepuklin, a przede wszystkim od *hernie inguino-interstitielle* Goyranda. Chcemy tym sposobem oszczędzić czytelnikowi pracy, jeśliby robił poszukiwania nad tym przedmiotem. Stosunek tej przepukliny do *hernia inguino-properitonealis* jest u pisarzy mi znajomych zupełnie pominięty. Kroenlein, z którego pracy tyleśmy w ciągu tego artykułu korzystali, w pierwszej swojej rozprawce między starszemi synonimami przepukliny przedotrzewnej na str. 413 wymienia termin *hernia inguino-interstitialis* i przytacza nazwisko Goyranda, z czego możnaby wnosić, że dla niego *hernia properitonealis* i *hernia inguino-interstitialis*, jak ją opisał Goyrand, jest jedno i to samo. Tymczasem w drugiej późniejszej pracy w zestawieniu przypadków Kroenlein wcale nie wymienia Goyranda, choć ten ogłosił 5 przypadków przepukliny *inguino-interstitialis*, coby wskazywało, że przy bliższem rozpatrzeniu Kroenlein znalazł różnicę między tą przepukliną i ochrzczoneą przez się formą przedotrzewną. Śladu jednak tego w pracy Kroenleina nie widać.

Drugi autor (Daplay ϕ), korzystając z dwóch źródeł: z pracy K r o e n l e i n a i z prac chirurgów francuzkich, opisuje za pierwszym na str. 107 i 108, a później na str. 160 i 161 przepuklinę podotrzewną, podaje rysunek F r o r i e p ' a, a obok na str. 159 i 160 za pisarzami francuzkimi podaje opis przepukliny *inguino-interstitialis* G o y r a n d ' a, pozostawiając czytelnika w niepewności, czy te dwie formy stanowią jeden i ten sam, czy dwa oddzielne rodzaje; niepewność ta powiększa się jeszcze bardziej, gdy zważymy, że autor ten na str. 12 wymienia *hernia properitonealis* i *hernia interstitialis* jako synonimy.

Daleko mniej znajdujemy o zajmującej nas kwestyi w ogromnym dziele Billr o t h ' a i P i t h y \ddot{z}). S c h m i d t, który opracował oddział o przepuklinach, powtarza tylko to, co napisał K r o e n l e i n, nie wspominając o odmianie, opisanej przez G o y r a n d ' a.

Cheąc dać pojęcie czytelnikom o tej ostatniej, podamy jej opis wedle jasnego i wybornego przedstawienia skreślonego przez T i l l a u x γ) w jego podręczniku anatomii topograficznej.

W przeciwieństwie do powszechnie przyjętego we Francyi zdania, że każda przepuklina pachwinowa, odbywając swą drogę z brzucha do moszny jest w pewnym okresie swego rozwoju przepukliną śródścienną (*interstitielle*) T i l l a u x z naciskiem zwraca uwagę: „że istnieje przepuklina pachwinowa śródścienna, stanowiąca chorobę ciężką, uwarunkowana przez oddzielne dane anatomiczne, która nie odpowiada wcale pewnemu okresowi przepukliny pachwinowej klasycznej, nigdy bowiem nie może zstąpić do moszny“. Przyczyny, rozpoznawanie i leczenie, zasługują na osobny opis, zwłaszcza też stosunki anatomiczne zasługują na uwagę. Przepuklina tego rodzaju wtłacza się między warstwy ścianki brzusznej, lecz nigdy nie wychodzi przez obrączkę pachwinową zewnętrzną. Powodem tego jest ta okoliczność, że albo ta ostatnia nie istnieje wcale, albo jest zaciąsną, tak, że zawartość przepukliny wnika między warstwy ścianki brzusznej. To zaś zdarza się wtedy, gdy jądro zamiast spuścić się do moszny, pozostaje w brzuchu lub w przewodzie pachwinowym. Ta ostatnia okoliczność usposabia do przepukliny śródściennej nieskonczenie więcej niż pozostanie jądra w brzuchu, jądro bowiem nwięzłe, zatrzymane około obrączki pachwinowej zewnętrznej, pozostawia za sobą otworem obrączkę wewnętrzną i kanał, gdy tymczasem w pierwszym przypadku są one zarośnięte.

Ectopia zatem jądra jest ściśle związaną z przepukliną śródścienną.

O b j a w y. Przepuklina śródścienna ma swe siedlisko w grubości ściany brzusznej tuż nad więzłem P o u p a r t ' a, który ją ściśle odgranicza ku dołowi, brzeg mięśnia prostego brzucha stanowi jej granicę wewnętrzną, granicę nieprzebytą z powodu układu anatomicznego rozścięgien brzusznych; ku górze granice są nieokreślone. W tę stronę przepuklina może się powiększać, to też

ϕ) *Traité élémentaire de Pathologie externe*. 1879. Tom VI.

\ddot{z}) B e n n o S c h m i d t. *Die Unterleibsbrüche*. str. 227.

γ) str. 735, 6 i 8.

w jednym przypadku doszła ku górze do poziomu pępka, a w tył na 8 ctm. poza *spinam anteriorem superiorem*, a pętlica w niej zaciśnięta miała 38 ctm. długości. Przepuklina śródścienna ma kształt swoisty, spłaszczony; trzewa mieszczą się poza rozścięgnem mięśnia skośnego wielkiego, lecz mogą wtłoczyć się między mięsień poprzeczny i powięź tegoż imienia, wnikając w tkankę łączną, która te warstwy oddziela.

Co się tyczy rokowania, to jest ono wedle *Tillaux* nadzwyczaj poważnym, podobnie jak to dawniej było i dla przepukliny przedotrzewnej. Cięcie jest takie, jak dla podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej.

Podawszy tę jasną charakterystykę przepukliny śródściennej, *Tillaux* wcale nie wspomina nawzajem o opisanej przez *Kroenlein*'a przepuklinie pachwino-przedotrzewnej.

Z zestawienia przytoczonych opisów obu tych rodzajów snadno jest zauważyć, na czem polega ich podobieństwo i różnica. Podobieństwo polega na tem, że obie one mają worki przepuklinowe między warstwami ścianki brzusznej, dalej, że obie najczęściej są wrodzone, i nader ściśle połączone z ektopiją jądra; lecz *hernia inguino-properitonealis* *Kroenlein*'a ma nadto i drugi worek przepuklinowy zewnętrzny, leżący w mosznie, gdy tymczasem *hernia inguino-interstitialis* *Goyranda* nigdy do moszny nie zstępuje, bo wyjście jej zagraджа jądro, zatrzymane w kanale pachwinowym. Są to przepukliny rzadko się zdarzające, wszelako wszystko, co dotyczy hernijologii zasługuje na szczególny rozbiór.

Daleko częściej do pomyłki może dać powód tak zwane *réduction en masse*. Przy tej ostatniej, jak wiadomo, skutkiem niefortunnych manipulacyj cały worek przepuklinowy wraz z zawartemi w nim trzewami zostaje wyparty ze swojego siedliska i siłą wpakowany do jamy brzusznej, lub pod otrzewną, albo też worek pozostaje na miejscu, lecz trzewa nieostroźnie pchane, nie mogąc dla silnego zaciśnięcia w obręczce wewnętrznej dostać się do jamy otrzewnej, zostają wpakowane przez szparę pękniętego worka przepuklinowego pod otrzewną i w tym razie mogą imitować przepuklinę pachwino-podotrzewną. W samej rzeczy polujący na rzadkości, a nie uważny klinicysta łatwo może wpaść w błąd, atoli w tym razie, czy to przy sekcyi, czy podczas hernijotomii, wykryć można ślady traumy, rozerwanie worka, podbiegnięcia krwawe. a do tego, co jest ważniejszem, trzewa wepchnięte pod otrzewną nie znajdują się w worku, utworzonym przez błonę surowiczą, dawno tu istniejącą, lecz są w jamie, utworzonej przez rozerwane warstwy ścianki brzusznej; do tego anamneza wykazuje forsowne usiłowania odprowadzenia.

NOTATKI LEKARSKIE.

25. Przetrawianie tętnicy ciała szklistego.

Przed niedawnym czasem miałem sposobność widzieć po raz pierwszy tę nieszkodliwą wadę organiczną. Przypadki takie są wprawdzie już dobrze znane,

ale się bardzo rzadko je napotyka; ta jedynie okoliczność skłoniła mnie do krótkiego opisu spostrzeżenia.

Pani Aleksandra H. z miasta Biały zgłosiła się do mnie z powodu łatwego męczenia się oczu przy pracy. Znalazłem nadwzroczność w dosyć wysokim stopniu ($\frac{1}{15}$) przy prawidłowej sile widzenia; stan wzroku był takiż sam w oku prawem i lewem. Po oświetleniu wziernikiem uderzył mnie w oku prawem punkt czarny, znajdujący się z wewnętrznej i górnej strony źrenicy i tuż za soczewką. Przybliżywszy wziernik do oka zauważyłem, że po za tym czarnym punktem ciągnie się długa nitka tej samej barwy; chcąc ją obejrzeć w całej długości, potrzeba było bezustanku zmieniać akkomodację. Cały utwór przedstawiał się w postaci nitki, albo włosa końskiego, barwę miał zupełnie czarną; był on zgięty, tak, że przybierał postać głoski S. Tuż poza soczewką unosił się i tworzył łuk dosyć mocno zakrzywiony, wypukłością zwrócony ku górze; druga połowa nitki była prawie tej samej długości i zgięta była w łuk, którego wklęsła strona ku górze była skierowaną. Nitka zajmowała okolice osiową gałki ocznej i przy poruszeniach oka zwracała się w rozmaite strony, przy czem wszakże jej postać nie ulegała wyraźnej zmianie, a oba końce były utrwalone. Tylny koniec nitki był najmniej wyraźny; niteczka, zbliżając się do środka tarczy nerwu wzrokowego, stawała się szerszą, jakby rozdwojoną i zatartą; w każdym razie można ją było śledzić do samej osady; niteczka kończyła się na tarczy nerwu wzrokowego, tuż obok środkowych naczyń siatkówki, ku wewnętrznej stronie; nie mogłem dojrzeć połączenia tej niteczki z tętnicą; zdaje się, że ta szczątkowa tętnica brała swój początek w pniu nerwu wzrokowego, poza tarczą. Przedni koniec niteczki był zgrubiały, miał postać małej oliwki. Bezpośredniego połączenia z torebką soczewki nie można było dojrzeć; owszem, zdawało się, że ta oliwka przy poruszeniach gałki ocznej też wykonywała ruchy, choć bardzo nieznaczne. Nie mogłem rozszerzyć źrenicy dla dokładniejszego obejrzenia utworu, bo pobyt p. H. w Warszawie liczył się tylko na godziny. Przy badaniu w obrazie odwrotnym wcale tej nitki dojrzeć nie mogłem. Chora nie widziała nigdy przed okiem prawem żadnego ciemnego punktu, ani linii; dopiero gdy przez mały otworek na okno patrzyła, przekonała się, że widzi punkcik, jakiego nie ma przed okiem lewem. Zresztą w obrazie wziernikowym i w czynnościach oka żadnego nie znalazłem zboczenia i żadnej różnicy od oka drugiego, w którym nie dostrzegłem ani śladu podobnego zboczenia.

Zygmunt Kramsztyk.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

44. F. Siebenmann. Grzybki nitkowate: *Aspergillus flavus*, *niger* i *fumigatus*; *Eurotium repens* i *Aspergillus glaucus*, oraz ich stosunek do *Otomycosis aspergillina*. (F. Siebenmann. *Die Fadenpilze Aspergillus flavus, niger und fumigatus; Eurotium repens und Aspergillus glaucus und ihre Beziehung zur Otomycosis aspergillina*).

Poważna ta praca, dokonana pod kierunkiem prof. Burckhardt-Meriana w Bazylei, rozpada się na 2 części: w 1-ej, botanicznej, rozbieraną jest budowa i fizjologia *Aspergillus fumigatus*, *flavus*, *niger* i *Eurotium aspergillus* (część ta, jako mniej ważna dla otyjatri, ogłoszoną została w dziele specjalnem); w 2-ej, oprócz przytoczenia szczegółowego całej literatury, odnoszącej się do tego przedmiotu, rozbiera autor grzybkowate zapalenie ludzkiego ucha (*mycosis aspergillina*) z uwzględnieniem zwłaszcza rezultatów, otrzymanych za pomocą doświadczeń, oraz podaje odpowiednie historyje chorób.

Pierwsze spostrzeżenie, dotyczące grzybka *aspergillus*, znalezione w uchu, odnosi się do r. 1844 i ogłoszonym zostało przez Mayer'a w Bonn. Szczegółowy jednak opis tego cierpienia, poparty licznymi spostrzeżeniami, zawdzięczamy Wreden'owi, który wr. 1868 na kongresie lekarskim w Paryżu odczytał pracę pod tytułem: *Sur une nouvelle forme de maladie d'oreille produite par le développement de deux espèces de champignons parasites dans le tissu de la membrane du tympan.* Nazywa tę chorobę *myringomycosis aspergillina* i podaje botaniczny opis *aspergillus flavus* i *niger*.

Mnóstwo następnie pojawiło się opisów tego cierpienia, jak Weber-Liela, Gruber'a, Voltolini'ego, Bezolda, Burnett'a i innych.

Autor w pracy swej podaje najpierw szczegółowy opis kilkunastu przypadków, obserwowanych w ambulatoryjum prof. Burckhardt-Meryan'a, jakoteż spostrzeżenia z własnej praktyki.

We wszystkich przypadkach, podanych przez autora, przyczyną rozwinięcia się grzybka było albo dłuższe wkraplanie do ucha gliceryny, lub też wprowadzanie innego tłuszczu do ucha. W większości przypadków był wyprysk długotrwały w przewodzie słuchowym zewnętrznym, usposabiający do rozwoju grzybka. W jednym przypadku grzybek był prawdopodobnie przeniesionym do ucha za pośrednictwem waty, która leżała obok zapleśniałych winogron.

Powroty choroby w przypadkach autora były dość częste. Wyleczenie następowało zwykle po dłuższem użyciu 4% alkoholu salicyłowego.

Przechodząc do przyczyn powstawania i patologicznych warunków rozwoju grzybków w uchu ludzkim, autor, opierając się na swoich doświadczeniach i hodowli grzybków, uważa jako konieczne do ich powstania i rozwoju: 1) konidije lub zarodniki, 2) odpowiedni grunt dla ich rozwoju, 3) ciepłotę od 20°—40 C., 4) swobodny dostęp powietrza. Zarodniki trzech powyżej podanych rodzajów *aspergillus*'a znajdują się wszędzie, a zwłaszcza dość często w powietrzu, naszych mieszkań.

Warunki jak ciepło i swobodny dostęp powietrza znajdują się w każdym zdrowym uchu. Nie tak się ma jednak z gruntem odpowiednim dla rozwoju grzybka, gdyż zdrowy naskórek nie dopuści rozwoju grzybka, a nawet jeżeli naskórek jest zwilżony, może się rozwinąć w nieznacznym stopniu tylko *aspergillus fumigatus*.

Możemy zatem z wszelką pewnością utrzymywać, że w prawidłowym przewodzie słuchowym zewnętrznym może się rozwinąć tylko *aspergillus fumigatus*.

W śluzie i na błonach śluzowych również nie ma warunków dla rozwoju grzybka.

Najlepszym gruntem dla rozwoju *aspergillus*'a jest surowica krwi, za czem przemawiają dane: 1) rozwija się on najczęściej przy przedziurawieniu błony bębenkowej wraz ze zwyrodnieniem błony śluzowej jamy bębenkowej i surowiczą wydzieliną (w $\frac{1}{3}$ przypadków autora); 2) w wielu przypadkach tego cierpienia było przedtem zapalenie powierzchowne przewodu słuchowego zewnętrznego lub błony bębenkowej ze złuszczeniem naskórka; 3) grzybek rozwija się łatwo, jeżeli istnieje wilgotny wyprysk ucha zewnętrznego, nigdy zaś nie rozwija się przy suchym wyprysku; 4) wzrost grzybka wstrzymuje się, skoro znika cierpienie skórne powodujące wydzielinę.

Pierwszy zatem okres cierpienia stanowi bez wątpienia zapalenie skóry lub błony śluzowej ucha średniego, którego produktem jest surowica, niezbyt jednak szybko ulegająca rozkładowi. Cienka, nierozłożona warstwa surowicy, niezbędna dla rozwoju grzybka, jest rzadkością przy różnych cierpieniach usznych, i to nam też objaśnia, dlaczego *otomycosis aspergillina* niezbyt często się przytrafia.

Jeżeli wydzielina w uchu jest ropna, uległa rozkładowi, zarodniki się nie rozwijają; jeżeli zaś wydzielina jest skąpa i podsycha, grzybek może się rozwinąć tylko wtedy, gdy już w rozwoju swoim był daleko posuniętym, gdyż wtedy w gruncie, na którym się rozwija, powoduje drażnienie i obfitsze wydzielanie soków, któremi się żywi. Jeżeli jednak grzybek niezbyt był rozwiniętym, wtedy wydzielina zasycha i tworzy się strup, na powierzchni którego znajduje się grzybek, powstrzymany w rozwoju.

Według statystyki Wreden'a *otomycosis* zdarza się bardzo rzadko u dzieci, z powodu, że przy wszystkich sprawach zapalnych w uchu dziecka wydzielina jest najczęściej obfitą i skutkiem wąskiego przewodu słuchowego zewnętrznego łatwo ulega rozkładowi.

Ułatwia powstawanie grzybków wszystko to, co wpływa na przemianę ropnej wydzieliny ucha w surowiczą. Używane przy leczeniu wycieków usznych roztwory tanniny, cynku, gliceryny sprzyjają rozwojowi; również wszystkie tłuszcze i maście, zwłaszcza gdy nieświeże wprowadzone są do ucha, ułatwiają powstawanie powierzchownych zapaleń przewodu słuchowego zewnętrznego i następczy rozwój grzybków. Woszczowina uszna przeszkadza rozwojowi grzybka.

Istnieje indywidualne usposobienie, idyjosynkrazyja dla rozwoju grzybka, na co wskazują te przypadki grzybkowatego zapalenia ucha, w których po zupełnem wyleczeniu następował w parę miesięcy lub w parę lat powrót cierpienia. U kogo zatem najmniejsze bodźce, działające na przewód słuchowy, wywołują nieobfitą, nieulegającą rozkładowi wydzielinę surowiczą, u kogo przewód słuchowy zewnętrzny obszernością swoją i kierunkiem nie sprzyja zatrzymywaniu się wydzieliny, u tego występuje skłonność do powstawania grzybkowatego zapalenia ucha.

Znamy prócz tego usposobienie chorych do pewnego gatunku grzybka. Na 70 historyj chorób, przejrzanych przez autora, powroty choroby występowały zawsze z tym samym gatunkiem grzybka, jaki był, gdy cierpienie pojawiało się po raz pierwszy.

Zgadza się też to z innymi spostrzeganiami faktami, które stwierdzają to indywidualne usposobienie do gatunku. I tak Rolin znalazł, że zmieniając tylko bardzo nieznacznie zawartość soli w płynie, którego używał dla hodowli grzybków, *aspergillus niger* znikał, a inny gatunek się pojawiał.

Dla królików wstrzykiwanie roztworów z *aspergillus fumigatus* i *flavus* jest szkodliwym, wstrzykiwanie *aspergillus niger* pozostaje bez szkody. W doświadczeniach autora na surowicy krwi wołowej i psiej rozwijały się dobrze *a. flavus* i *fumigatus*, nie rozwijał się zaś zupełnie lub słabo *aspergillus niger*.

Stosunki ciepłoty w uchu ludzkim nie są również bez wpływu na częstość pojawienia się tego lub owego gatunku. Tak np. najczęściej napotykanym w uchu *aspergillus fumigatus* jest najpospolitszym ze wszystkich i ciepłota ucha prawidłowego lub uległego zapaleniu (36,5°—39° C.) jest dla niego odpowiedniejszą niż dla dwóch innych gatunków. Najmniej potrzebuje ciepła *aspergillus flavus*, najrzadziej się go też spotyka przy *otomycosis aspergillina*.

W uchu ludzkim znaleziono również inne gatunki włókienkowatych grzybków, potrzebujących jednak zawsze wysokiej ciepłoty; *penicillium* zaś i *eurotium* nie mogą się rozwijać przy ciepłocie ciała. *Eurotium repens* w niezupełnym rozwoju znalazł autor trzy razy na woszczowinie, wyjętej z ucha, która jako zły przewodnik ciepła posiadała niższą ciepłotę niż ścianki przewodu słuchowego.

Z zebranej przez autora statystyki wypada, że najczęściej to cierpienie uszne występuje w jesieni i w zimie.

Najczęstszym siedliskiem grzyba jest błona bębenkowa i trzecia wewnętrzna część przewodu słuchowego zewnętrznego, rzadziej jama bębenkowa, jeszcze

rzadziej $\frac{2}{3}$ zewnętrzne przewodu słuchowego zewnętrznego. Niekiedy zajęty jest cały przewód słuchowy wewnętrzny i błona bębenkowa.

Grzyb zwykle mocno przylega do części, na której się rozwinął, tak że przewód słuchowy lub błona bębenkowa po zdjęciu przedstawiają się często z aczerwienionemi lub ogołocionemi zaskórkami.

Autor z poszukiwań swoich przychodzi do wniosku: że *aspergillus* w uchu rzadko rozwija się na naskórku w postaci błony (*fumigatus*), zwykle (zawsze przy *aspergillus niger* i *flavus*) znajduje się on na powierzchni ogołoconej zaskórki lub nabłonka, w głąb nieprzenika.

Co się tyczy objawów i przebiegu rozróżniamy: objawy podmiotowe, których niekiedy prawie zupełnie brakuje, zwykle zaś występuje tępość słuchu, szum, ból, swędzenie i wyciek z ucha.

Objawy nie występują najczęściej przy *aspergillus fumigatus*, gdyż według statystyki autora objawów brakowało w 50% przypadków.

Tępość słuchu i szum w uchu są największe, gdy grzyb rozrasta się na błonie bębenkowej uległej zapaleniu. Niekiedy chorzy zegarka nie słyszą zupełnie i ucho jest jakby zatkane. Szum, tętnienie i szmer różnego rodzaju trwają ciągle. Ból jest rwący, zwykle przepuszczający, niekiedy występuje silniej w nocy.

Swędzenia w uchu brak jest tylko wyjątkowo.

Wyciek z ucha przy rozwinięciu się grzybków bywa zwykle wodnisty, surowiczy, co ztąd pochodzi, że grzyb zabiera z surowicy krwi stałe części białkowe, pozostawiając wodę i sole. Wyciek ten, w którym znajdować się muszą jeszcze inne substancyje, pochodzące z przemian w grzybie odbywających się, jakoteż części żywiczne, z błony grzyba pochodzące, ma własności drażniące; skutkiem tego, jeżeli do rozwiniętego zapalenia w uchu, przyłączy się *mycosis aspergillina*, wyleczenie nie następuje tak prędko, gdyż powstaje *circulus vitiosus*: *aspergillus* wzmacnia zapalenie, a to znów, wytwarzając obficie surowicę, dostarcza pożywienia dla rozwoju grzybka.

Dla *otomycosis* to tylko jest cechującym, że można od czasu do czasu wydobyć z ucha błony z grzyba złożone, lub też takowe same wypadają. Objawy wtedy słabną, aby następnie znowu się wzmóc. To oddzielanie się błon ma miejsce od czasu do czasu (w 4-y do 5-u dni po zasianiu), czego przyczyną jest rozwodnienie pokarmu zużytego przez grzyb (surowicy), oraz przy najwyższym stopniu rozwoju grzyba drażnienie tak znaczne gruntu, na którym grzyb się rozwija, że powstaje ropienie i oddzielanie się błon.

Z objawów podmiotowych, jeżeli błona bębenkowa jest nienaruszoną, to na kilka dni przed rozwinięciem się grzyba można zauważyć zaczerwienienie, nastryknięcie naczyń około młotka i zniknięcie ostrokągu świetlnego. Już w 24 godzin zjawia się wysięk surowiczy. Następnie spostrzegamy białawy, miodowaty nalot, który wkrótce zmienia się na mocną stałą błonę. Błona ta po 5-u—8-u dniach oddziela się, aby przy sprzyjających okolicznościach odrodzić się znowu po 48 godzinach.

Z błony tworzącej grzyb, mogą przy sprzyjających okolicznościach rozwinąć się w kierunku przewodu słuchowego na zewnątrz charakterystyczne narządy rozrodcze (*Fruchtträger*), z początku białawego, następnie ciemnego koloru. Przy mniej pomyślnych okolicznościach przeważa grzybnia (*mycelium*) w postaci żółtawych mas lub też mas, podobnych do waty, które cały przewód słuchowy wypełniają. Niekiedy znajdują się tylko pojedyncze nitki, lub też mniej lub więcej gruba, sadłowata „krupowa“ masa. Jeżeli wydzielanie w przewodzie słuchowym jest obfitem, wtedy szybko tworzące się błony zbijają się w przewodzie i stanowią jakby korek, złożony z kawałków mokrego papieru.

Zapach takich czopków utworzonych z grzyba jest stęchły, nigdy zgniły.

Co do czasu trwania cierpienia, trwać ono może kilka miesięcy, lub nawet rok, zwłaszcza jeżeli cierpienie umiejscowi się w uchu średnim. *Eurotium repens* spotyka się na powierzchni woszczowiny, w postaci zielonkawego nalotu lub żółtych punkcików, niekiedy i wewnątrz woszczownicy w postaci czarnych plam. Rozpoznać można *aspergillus flavus* i *niger* gołym okiem lub przez lupę, *aspergillus fumigatus* i *eurotium repens* tylko przy pomocy mikroskopu.

Co do leczenia, to w niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy grzyb się rozwinął na niezmiennym naskórku, wystarcza proste wystrzyknięcie ciepłej wody.

Ze środków leczniczych najlepiej działa roztwór *plumbi acetici* (0,1—0,6 : 30, t. j. 1½ do 9 granna 5j), oraz roztwory wyskokowe kwasu salicylowego 2% (Bezold) lub 4% (Burckhardt). Doskonałe działanie wyskoku polega na tem: 1) że przenika on bardzo łatwo tak przez błony suche, jak i wilgotne i działa na same zarodniki; 2) rozpuszcza ona żywiczne części grzyba, wyciąga z niego wodę i skutkiem tego zabija protoplazmę komórek; 3) co jest najważniejszym, wyskok leczy chorobę zasadniczą, t. j. długotrwałe zapalenie ucha zewnętrznego i średniego. Działanie zatem alkoholu jest podwójne: 1) zabija on grzyb; 2) ogranicza wydzielanie z ucha.

Co do leczenia zapobiegawczego unikać należy, aby nie usuwać z przewodu słuchowego ochronnej warstwy, którą tworzy woszczowina, nie rozmiękczać naskórka przewodu słuchowego za pomocą tłuszczów, wkraplań glicerynowych, tanninowych i t. p. Oprócz tego należy leczyć wysięki w uchu powstałe, przy usposobieniu do rozwoju grzyba, bez użycia płynów, lub też stosując alkohol. Przy obecności wyprysku unikać wszelkiego drażnienia. Oczyszczać starannie narzędzia użyte do wyjmowania grzybowatych mas z ucha.

(*Zeitschrift für Ohrenheilkunde XII. T. str. 124, 1883 r.*).

E. Modrzejewski.

45. Küssner. Przyczynek do szczepienia gruźlicy.

Jako przyczynek do zaraźliwości suchot płucnych Doc. Küssner z Halli, ogłosił świeżo wyniki swych badań, w których drogą doświadczalną starał się rozstrzygnąć, czy płwocina gruźlicza, *respectively* zawierająca laseczniki Koch'a, wywołuje gruźlicę płuc, dostając się do nich przez tchawicę i czy takiegoż wpływu nie wywiera zwykła płwocina, pozbawiona laseczników; obok tego zwrócił uwagę na wpływ, jaki mogą wywierać na zaraźliwość gruźliczej płwociny, środki przeciwnilne dodane do takowej. Badań swych autor dokonał na królikach i psach, sposób zaś doświadczeń polegał na odseparowaniu miękkich części, pokrywających ścianę tchawicy, zrobieniu w takowej niewielkiego otworku i na wstrzykiwaniu do jej wnętrza płwociny, przestrzegając najściślej, przy wszystkich tych czynnościach światła jak i przy zaszywaniu rany zewnętrznej metody przeciwnilnej. Płwocina użyta do wstrzykiwań była uprzednio jaknajdokładniej roztarta i zmieszana z wodą lub solą kuchenną, w niektórych zaś razach dodawano doń różnej siły roztworów środków przeciwnilnych. Wszystkich doświadczeń dokonał autor dwadzieścia sześć.

I w tych badaniach otrzymano wyniki, przemawiające za zaraźliwością płwociny gruźliczej. Wszystkie zwierzęta, którym autor wstrzyknął takową, po pewnym przeciągu czasu zapadały na gruźlicę, inne zaś, którym wstrzyknięto płwocinę pozbawioną laseczników Koch'a, wcale jej nie podlegały; dodatek środków przeciwnilnych powodował słabszy rozwój gruzelków lub zupełnie go powstrzymywał.

Zmiany anatomo-patologiczne natury gruźliczej spostrzegał autor prze-ważnie tylko w płucach, niekiedy zaś i w okolicy miejsca, gdzie dokonano szczepienia; inne narządy zawsze pozostawały nietknięte. Zwierzęta żyły po operacji 3 do 10 tygodni; w miarę tego jak dawno dokonane było szczepienie,

zmiany gruźlicze w płucu sięgały mniejszego lub większego nateżenia; niekiedy spostrzegano tylko niewielkie nacieczenie, nieco przezroczyste, w którym ledwo dojrzeć można było żółtawe ziarenka (gruźelki); w późniejszych okresach nacieczenie stawało się miękkim, żółtawem, zserowaciałem, a nawet w jednym razie doszło do utworzenia małych jam wielkości ziarna grochu, wypełnionych gęstą, serowatą ropą. Świeże gruźelki zawierały laseczniki Koch'a nie tylko wewnątrz lecz i naokoło w sąsiednim nacieczeniu; u starszych trudniej je było wykazać i zdarzały się zwykle w mniejszej ilości; w dwóch przypadkach u psów mimo niewątpliwej gruźliczej sprawy autor nie mógł wykazać laseczników Koch'a. Na miejscu operacji tworzyły się niekiedy ropnie, wypełnione również gęstą, serowatą zawartością, pośród której można było wykazać pasorzyty gruźlicze.

Gdy płwocina nie zawierała laseczników, zmiany anatomiczne zwykle przedstawiały się jako zapalenie płuc lub opłucnej; dwa razy widział autor jamy w płucu, lecz mające wygląd zupełnie odmienny od gruźliczych; zawierały one rzadką, żółtawą ropę, w której mimo najstaranniejszych poszukiwań nie można było odnaleźć laseczników Koch'a.

Najmniejszej różnicy w rozwoju gruźlicy nie spostrzegali K ü s s n e r zależnie od tego, czy do wstrzykiwań użytą była płwocina świeża, tylko co wypłuta, czy też stojąca czas jakiś na powietrzu, czy wreszcie była poprzednio wysuszona, a następnie znów zmieszana z wodą. Mniejsza lub większa ilość laseczników w płwocinie zgoła nie wpływa na szybkość rozwoju, i stopień nateżenia zmian gruźliczych w płucach. Środki przeciwnilne, dodane do płwociny w dość silnym roztworze (1,5—2%), wstrzymywały rozwój gruźlicy.

(*Deutsche medicinische Wochenschr.* 1883 r. N. 36). M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Szanownej Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ czujemy się w obowiązku odpowiedzieć, iż ilekroć razy pismo przechodzi pod inną Redakcyję, która w czemkolwiek bądź nie podziela poglądów swej poprzedniczki, lub zamierza wprowadzić jakieś zmiany w prowadzeniu pisma, wtedy ta nowa Redakcyja publicznie poglądy swe ogłasza — jeżeli tego nie robi, to znaczy, że w niczem nie zmienia kierunku pisma i przyjmuje odpowiedzialność za czyny poprzedniej Redakcyi. W 1-ym N-rze „Kroniki Lekarskiej“ z r. b. znajdujemy grubemi literami odezwę Redakcyi (nowej), opiewającą iż: „Kronika Lekarska wychodzić będzie jak dotąd co 2 tygodnie z tym samym co dawniej programem. Jedyną zmianę stanowi będzie rozszerzenie działu wiadomości bieżących“. Zresztą spotykamy te same nazwiska współwłaścicieli, wypisane na okładce każdego N-ru — nikt nie ubył, nikt nie przybył — wszyscy ci sami; dziwnem więc i niewytłómaczonym może się wydawać, iż to, na co ci sami lekarze zgadzali się przed 1½ rokiem i za co nowa Redakcyja przyjęła odpowiedzialność, obecnie dopiero jest przez nich potępiane. Nie pozostaje nam jak tylko zaznaczyć taki zwrot opinii. Prócz tego, raz jeszcze musimy zwrócić uwagę Sz. Redakcyi Kroniki, iż Jej poglądy na ogłoszenia jak najzupełniej się różnią od naszych, powtarzamy więc raz jeszcze, ażeby nie dać powodu Sz. Redakcyi Kroniki do „rozszerzenia działu wiadomości bieżących“ przez pomieszczenie niesłusznych napaści na naszą Gazetę — że za ogłoszenia wcale nie odpowiadamy, „nie solidaryzujemy się z ogłaszającym i nie poręczamy za dobroć odpowiedniego środka, za sumiennosc ogłaszającego“. Jeżeli zaś Redakcyja Kroniki poręcza za dobroć wszystkich środków, o których ogłasza, lub za sumiennosc wszystkich tych, co przysyłają jej owe ogłoszenia, to prowadzi przez to swe pismo na nowe drogi, jeszcze u nas nieznanie i niewyeksplloatowane, ale na te drogi my poprowadzić się nie damy. Dalsza więc polemika, ze względu na różność zasadniczych poglądów, byłaby zupełnie zbyteczną. Nie będziemy też odpowiadać na wszystkie wątpliwości i kazuistyczne pytania, zadane przez Sz. Redakcyję Kroniki, gdyż, według naszego zdania, przekraczają one granice przyzwoitej polemiki.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablica litograficzna do art. „o wrodzonym połączeniu komórek sercowych“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 23 Сентября 1883 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска № 23.



DRAGEES MEYNET
D'EXTRAIT
DE FOIE DE MORUE

Pigułki Meynet
z Ekstraktu
Tranu Rybiego.
Zatwierdzone przez
Paryzką Akade-
miję Medyczną. Zalecane przez wszystkich le-
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigułki Meynet sprze-
dają się w pudełkach albo
we fiakonach. Wyma-
gać na etykiecie znak fa-
bryczny, jak obok, i pod-
pis G. Meynet, niebies-
kim atramentem. *

Skład Hurtowy: **A. Fourny**,
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów

dyjagnostyki lekarskiej

D-ra F. Przewoskiego

prosektora Cesarskiego Warszaw-
skiego Uniwersytetu,

dokonywa wszelkich rozbiorów mo-
czu, służu krwi, nasienia, tkanek pa-
tologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

0-4

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna

NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEZWIĄJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—16



OPNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkiowych
2. " obstrukcyi chronicznej
3. " uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. " febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. " chronicznych w ogóle
6. " lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. " stłuszczeniu
8. " organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—16
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIJA

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—5

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy** do kąpieli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracyi do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30—28

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—24

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo. 8—8

„ARCO“

stacja klimatyczna zimowa w Tyrolu włoskim, jej opis i zestawienie z Me-
ranem wraz z mapą Tyrolu i stacyi

podał i opisał Dr. Malcz
Warszawa, Gebethner i Wolff. 3—3

WARSZAWSKI DOM ZDROWIA 6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak
również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego
z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowoziółna 36). K. Dobrski (Królewska 6).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—12

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMĄ

DR. T. HENRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hô-
pital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy
kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie enkrowej, przy wydzielaniu piasku
i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na
podstawie artrytycznej rozwijających się. 30—28

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawia się przez osoby najwężlejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum cordis congenita*). — II. W. Matlakowski. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*). (Dokończenie). — *Notatki lekarskie*. 25. Z. Kramsztyk. Przetrawanie tętnicy ciała szklistego. — *Dział sprawozdawczy*. 44. F. Siebenmann. Grzybki nitkowate. *Aspergillus flavus*, *niger* i *fumigatus*; *Eurotium repens* i *Aspergillus glaucus*, oraz ich stosunek do *Otomycosis aspergillina*. — 45. Küssner. Przyczynek do szepienia gruźlicy. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

I. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH ¹⁾

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisal

Henryk Pacanowski.

Asystent kliniki.

Dnia 9. XI. 1881 r. przywieziono do kliniki chorego W. S., szewca, lat 47 liczącego, w bardzo ciężkim stanie, z dusznością, z zimnemi, zsiniałemi kończynami i ogólną puchliną. Przedwstępne dorywcze badanie chorego wykazało: nierówność (arytmiję) tętna, powiększenie stopienia sercowego na prawo, oraz szmer skurczowy na mostku poniżej trzeciego żebra, szmer przeciągły, dający się również słyszeć w kierunku na lewo od wymienionego *punctum maximum*, lecz nie rozchodzący się do wielkich naczyń szyjowych. W narządach oddechowych oznaki przewlekłego nieżytku; mocz w skąpej ilości, zawiera białko; oddawna zaparcie stolca.

Na zasadzie powyższych, na prędcie zebranych faktów, prof. Lamb l przedstawił słuchaczom swym chorego jako przypadek, stanowiący, w porównaniu z obok leżącym chorym na chorobę Bright'a, wybitny dowód możliwości istnienia ogólnych objawów chorobowych: puchliny i białkomoczu, niezależnie od cierpienia nerek, lecz będących w związku przyczynowym z wadą sercową. O trwaniu, jakoteż warunkach powstawania choroby wnioskować można jedynie na zasadzie dokładnych wywiadów, których zebranie poruczonem zostało studentowi p. M i e r z y ń s k i e m u.

Po tych kilku przedwstępnych słowach przechodzę do opisanja danych, jakie otrzymałem ze szczegółowego następnie zbadania chorego.

¹⁾ Pracę niniejszą wykończył autor jeszcze przed 2-ma laty, z przyczyn jednak od niego niezależnych takowa dopiero teraz może być drukowaną.

Opowiada on, iż jest najmłodszym z 32-ga dzieci, zrodzonych z jednego ojca i dwóch matek; matka chorego miała ich 18-oro. Dotąd żyje wszystkich 24-oro. Rodzice zmarli na cholereę. Chory ożenił się w 21-ym roku życia i miał 14 dzieci, z których czworo żyje; pozostałe umarły w dzieciństwie skutkiem chorób drgawkowych. Od lat dziecięcych chory miewa często bicie serca, zwłaszcza po dłuższem chodzeniu, wypiciu wódki, lub w gniewie. Lekarze doradzali mu zimne okłady na okolice sercową, co jednak żadnej nie przynosiło ulgi. Owo bicie serca było tak charakterystycznym, że nawet żona chorego słyszała je niekiedy i porównywała „z podmuchem“. Od 20-go roku życia chory miewał napady epileptyczne, z których ostatni pojawił się przed 10 laty. Do 35-go roku czuł się zresztą zupełnie dobrze; dopiero odtąd począł niekiedy, osobliwie zimą, doświadczać duszności. W ostatnich 4 latach pojawiały się i znikwały peryjodycznie obrzęki stóp, niekiedy także dłoni i twarzy; jednocześnie z tem wystąpił kaszel. Stan chorego wszelako był jeszcze dość zadawalniającym. Nagle przed 5 tygodniami, po przeziębieniu, nogi obrzękły daleko mocniej, niż dawniej, brzuch począł się zwiększać; nastąpił męczący kaszel i duszność. W szpitalu, gdzie S. przepeędził 12 dni, stan jego niebawem się polepszył, jednakże po 3 tygodniach objawy powyższe powtórzyły się znowu, poczem chory wstąpił do kliniki.

Nie przechodził nigdy ani gośceca, ani ostrych chorób gorączkowych. Od lat kilkunastu miewał uporczywe zaparcie stolca; wtedy i bicie serca się wzmacniało, lecz po użyciu środków przeczyszczających ustępowało zwykle. Również od lat wielu używał nadmiernie wódki, którą przed 3 laty dopiero pić przestał. Warunki życia, jako to mieszkanie i pożywienie, były zawsze jak najgorsze. Chory odznaczał się (wedle słów żony) usposobieniem porywczem i gwałtownem, bardzo często wpadał w szalony gniew.

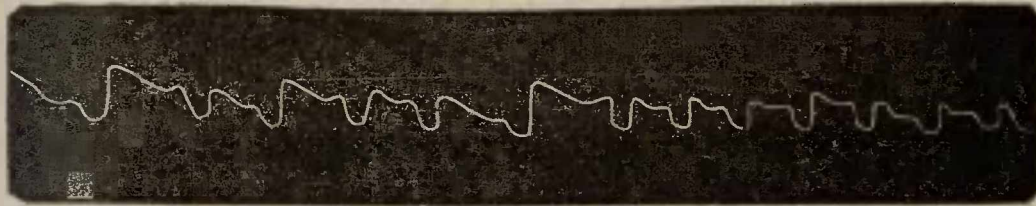
St a n o b e c n y. Budowa ciała dobra, mięśnie rozwinięte, tkanki tłuszczowej mało. Skóra gładka, sprężysta. Na pierwszy rzut oka uderza bardzo wyraźna sinica: twarz ma barwę prawie fioletową; palce rąk i stóp mniej sine i przy dotyku chłodne. Cała skóra, z wyjątkiem twarzy, obrzękła, co na tułowiu szczególnie wtedy się uwydatnia, gdy mocniej nacisnąć stetoskopem.

Podczas wdechu wciąganie międzyżebrzy i skurcze mięśni szyjowych z bardzo nieznacznem wypukleniem nadbrzusza (*epigastrium*). Ilość oddechów wynosi na minutę 32 razy. Granice płuc z tyłu około XI żebra, z przodu z prawej strony stępienie na linii sutkowej poczyna się od V żebra, a na VII-em odgłos tympanityczny. Z lewej strony granica na linii przymostkowej na dolnym brzegu IV żebra, na linii pachowej zaś (*lin. axill. sin. ant.*) na VII-em. Odgłos opukowy z obu stron mniej więcej jednaki. Przy wysłuchiwanu oddech pęcherzykowy wszędzie mocno zaostrozony, z obfitemi drobnemi rżęczeniami. Kaszel gwałtowny, plwocina wydziela się z trudnością, gęsta, śluzowa, w części ropiasta, zlewająca się. Duszność szczególnie w nocy.

Uderzenie wierzchołkowe serca (*ictus*) w V-em międzyżebrzu lewem na linii sutkowej. Położona w tem miejscu ręka wyczuwa podczas skurczu serca tak zwany szmer tarcia (pomruk koci — *frémissement cataire*). Stępienie sercowe od góry zaczyna się na dolnym brzegu IV żebra, posuwa się w prawo, poza

prawy brzeg mostka; ku dołowi przechodzi bezpośrednio w odgłos tympanityczny. Skurcze serca są nierówne (arytmiczne), tak co do trwania, jakoteż co do nateżenia. Nietylko 2 oddzielne uderzenia, lecz nawet przestanki między skurczem i rozkurczem jednej i tej samej czynności serca nie w równych czasu odstępach się odbywają. Przy wysłuchiwanu znajdujemy szmer skurczowy, którego największe nateżenie jest w pobliżu wierzchołka, oraz na linii poziomej w kierunku przyczepienia IV żebra lewego do mostka. Szmer ma cechę przedłużonego podmuchu i lepiej usłyszeć się daje, gdy przerwy pomiędzy skurczem a rozkurczem serca są dłuższe. Najslabiej słychać szmer w drugim międzyżebżu prawem i lewem; zaś na wcięciu mostka i w wielkich tętnicach szyjowych szmeru wcale nie ma.

Dostępne tętnice ciała nie okazują wcale stwardnienia. Tętno promieniowe jest mocne, twarde, nierówne; około 120 uderzeń na minutę.



Nierównomierność tętna najlepiej uwydatni załączona linija graficzna, zdjęta w kilku egzemplarzach sfy-

gmografem Marey'a przez szanownego kolegę Pawińskiego.

Granice wątroby na linii sutkowej prawej sięgają od V do VII żebra, po czem idzie odgłos tympanityczny. Śledziona wyczuć się nie daje.

Brzuch wzdęty, twardy, niepodatny, przy ucisku niebolesny. Wężykowatego rozszerzenia żył podskórnych nie widać. W jamie otrzewnej przesiek (*ascites*); odgłos tympanityczny tylko ponad pępkiem. Łaknienie dobre, język czysty; stolce były dnia poprzedniego.

Mocz jasny, przezroczysty, bez pierwiastków morfologicznych pod drobnowidzem. Ilość zmniejszona (około 500 grm.), ciężar właściwy 1031, odczyn kwaśny; białka mało.

Chory leżeć może prawie wyłącznie na prawym boku, przy położeniu bowiem na lewym boku, doświadcza niemilego uczucia zimna. Skarży się na częsty ból pod lewą brodawką sutkową w VI-em międzyżebżu, powiększający się przy ucisku palcem. Większą część dnia i nocy chory siedzi, gdyż w położeniu poziomem duszność się zwiększa. Stan bezgorączkowy. Chory jest umysłowo rozwiniętym, odznacza się dowcipem i wesołym humorem; nie doznaje obecnie ani bólu głowy, ani innych jakichkolwiek zaburzeń nerwowych.

Rozpoznanie. W opisanym przypadku głównymi objawami, na które należało zwrócić uwagę, były: sinica (*cyanosis*), obrzęki, powiększenie stłumienia serca, szmer skurczowy, arytmija i białkomocz. Mielśmy więc przed sobą oczywiście dwa szeregi zjawisk: z jednej strony wadę sercową, z drugiej chorobliwe zmiany w moczu. Zachodziło teraz pytanie, w jakim do siebie stosunku przyczynowym stały obie te sprawy, czy i jaki mianowicie związek istniał pomiędzy niemi? Wiadomo bowiem, jak często choroby nerek wiklanemi bywają przez chorobę serca i odwrotnie.

W pierwszej chwili cały obraz kliniczny przypominał zapalenie nerek. Za tem cierpieniem przemawiały: zmniejszona ilość moczu, obecność

w nim białka i ogólna puchlina. Lecz objawy te istnieć mogą także przy zwykłym tylko zastoju krwi w nerkach, co tem bardziej przypuścić należało, że mieliśmy przed sobą wyraźne oznaki ogólnej sinicy zastojowej. Prócz tego przeciw chorobie Bright'a świadczyły następujące dane: *a*) mała ilość białka; *b*) brak w moczu pod drobnowidzem pierwiastków morfotycznych; *c*) brak przerostu komórki lewej; *d*) brak obrzęku na twarzy. Chory mówił, iż obrzęki pojawiały się głównie na stopach, twarz zaś pozostawała wolną, nawet w daleko już posuniętym okresie choroby.

Tak więc postawionem zostało rozpoznanie: w a d a s e r c o w a, usprawiedliwiały ją bowiem głównie: przerost komórki prawej, szmer skurczowy, a po części sinica i arytmija. Co się tyczy szmeru, słyszeliśmy go najwyraźniej na linii poziomej od wierzchołka serca do mostka; w miejscach wysłuchiwania aorty i tętnicy płucnej szmer był niewyraźnym, a w tętnicach szyjowych wcale go nie było. Fakta te, jak również brak przerostu lewej komórki, pozwalały wykluczyć istnienie szmeru w ujściu aorty. Przeciwno zaś umiejscowieniu go w otworach zastawki trójdzielnej i tętnicy płucnej świadczyło niezmiernie rzadko trafiające się istnienie zapaleń wsierdzia w prawem sercu u ludzi dorosłych. Pozostawało zatem przyjąć jedynie niedomykalność zastawki dwudzielnej, tembardziej, iż wszystkie niemal inne objawy za tem przemawiały. I tak: 1) był przerost komórki prawej, jako nieodłączne następstwo tej wady; 2) szmer był najwyraźniejszym u wierzchołka; 3) sinica ogólna, przewlekły nieżyt oskrzelowy, obrzęki i białkomocz mogły być przypisane utrudnionemu krwiotętnieniu w obrębie małego krążenia.

Arytmija w naszym przypadku nie ma żadnego znaczenia patognomonicznego, gdyż bywa zarówno przy chorobach serca, jakoteż innych narządów: jamy brzusznej, układu nerwowego, oraz w niektórych zatruciach. Mogła się więc do jej wywołania zarówno przyczynić wada sercowa, ciągle zaparcia stolca i nadmierne używanie wyskoku.

R o k o w a n i e, co do samej choroby, jako wady sercowej, niepomyślne. Również na niekorzyść chorego przemawiają: posunięty wiek (47 lat), skutki pijaństwa, wreszcie rozpaczliwy stan ogólny natychmiast po przybyciu do klini. Bardzo obfite drobne rzeżenia wilgotne w płucach (obrzęk), ogromna duszność i sinica ogólna, jako wyraz zakłóconej równowagi krążenia — wszystko to zniewalało do przypuszczenia szybkiego zejścia śmiertelnego. Jeden tylko fakt czynił rokowanie korzystniejszym, t. j. tętno pełne, dowodzące, iż nie groziło jeszcze na razie niebezpieczeństwo bezwładu serca (*syncope*).

P r z e b i e g. Po zastosowaniu naparu z naparstnicy z wymiotnicą, baniek suchych na klatkę piersiową i środka przeczyszczającego (*inf. seruae compositum*), chory czuł się nazajutrz daleko lepiej; duszność mniejsza; w nocy spał spokojnie, leżąc; sinica zmniejszyła się także. Stan taki trwał mniej więcej do 21 Listopada. Wtedy duszność i sinica wzrosły stopniowo do znacznego natężenia; chory zmuszony ciągle siedzieć. Na krętarzu prawym zaczerwienienie skóry skutkiem ustawicznego leżenia na prawym boku. Od kilku dni przy użyciu pigułek *ex pulvere digitalis cum extr. colocynthid.*, wypróżnienia prawidłowe, codzienne. Przepisano prócz tego *inf. fl. convall. maj.* z 3j na 5vj, co 2 godziny łyżkę.

Dnia 21. XI. Arytmija wciąż taka sama, sinica ogromna; nos, policzki i dolna połowa czoła mają barwę fioletową. Tak samo zabarwione są plecy.

Dnia 29. XI. Szmer sercowy jak poprzednio, tętno jednak daleko równiejsze, pełne. Duszność i sinica. Oddech głośny, chrapliwy; w płucach rozległe rzeżenia. O 10-ej wieczorem chory umarł, zachowując przytomność do końca.

Ogłędziny pośmiertne, w 36 godzin później dokonane, wykazały co następuje:

Czaszka owalna, brózda tętnicy oponowej średniej prawej głębsza niż lewej; na jej końcu, w pobliżu szwu strzałkowego widzimy eliptyczne zagłębienie, 12 millim. długie, 6 szerokie, przeświecające. Odpowiednio temu znajdujemy na oponie twardej wzniesienie, złożone z miękkich granulacyj *Pacchioni'ego*. Opona twarda napięta; tętnice oponowe średnie wyraźnie nastrzyknięte; wewnętrzna powierzchnia opony twardej sucha. Krew w zatokach ciemnoczerwona, bez skrzepów. Opona miękka ciemnoczerwona, z rozszerzonymi żyłami, łatwo oddziela się od powierzchni mózgu. Naczynia opony tej, nie tylko w brózdach, lecz i na wypukłej powierzchni zawojów są przekrwione. Cały mózg cyjanotyczny; istota szara ciemnoróżowa; na rozkroju istoty białej widać liczne, drobne, czerwone punkciki krwi, trudno rozplywające się. Granica między istotą korową a białą bardzo wyraźna. Szare ośrodki wewnętrzne (*thalami optici, corpora striata etc.*) ciemnoczerwone. *Plexus chorioidei* nastrzyknięte. Komórki boczne ciasne, bez płynu surowiczego. Równie mocno przekrwione są: *venae magnae Galeni, venae striae corneae* i t. d. Sama substancja mózgowa wilgotna, ciągnąca się.

Płuca na całej przestrzeni zrosłe z klatką piersiową. Lewe jest cięższem niż prawe; z powierzchni rozkroju wypływa wielka ilość cieczy spienionej, krwią zabarwionej; spostrzegamy miejsca jaśniejsze i ciemniejsze; ostatnie suche, twarde, bezpowietrzne. Prawe płuco mniej obrzękłe i przekrwione; w przednich częściach tkanka sucha. Na rozkroju obu płuc zwracają uwagę bardzo szerokie rozgałęzienia tętnicy płucnej z grubymi ściankami, jak gdyby należały do układu aortalnego; wypływa z nich znaczna ilość krwi ciemnoczerwonej. Gruczoły oskrzelowe duże, ciemnoszare. Błona śluzowa oskrzeli i tchawicy mocno zgrubiała, pokryta warstwą śluzu, po zeskrobaniu którego widać powierzchnię zsiniałą z podłużnymi i poprzecznymi prążkami.

Po rozcięciu ścianki brzusznej wypływa około 4 litrów żółtawego, przezroczystego płynu surowiczego. Sieć wielka (*omentum majus*) odsunięta na prawo, krótka; *mesocoecum* szerokie. Okrężnica wstępująca leży głęboko pod wątrową, z którą zrósł się górny jej koniec (*flexura hepatica*). Pomiedzy zrostami, w których bierze także udział sieć, są okienka. Okrężnica poprzeczna leży między lewym płatem wątroby a krzywizną wielką (*curvatura major*) rozdętego i rozdzielonego przewężeniem na dwie połowy żołądka, a to w ten sposób, że część odźwiernicza leży po prawej, dno zaś żołądka po lewej stronie okrężnicy.

Śledziona mała, twarda, otoczka gruba i pomarszczona; powierzchnia rozkroju ciemnoczerwona, sucha, z wyraźnymi smugami rozrosłej tkanki łącznej i małymi ziarnkami, podobnymi do saga. Wątroba normalnej objętości, brzegi

ma ostre; na rozkroju budowa zrazikowa niewyraźna skutkiem jednostajnego przekrwienia gałęzek żyły wrotnej i wątrobowej. Nerki mają po 11 ctm. długości są gładkie, twarde; istota korowa żółtoczerwona, jaśniejsza niż piramidy, które są mocno przekrwione. Otoczką zdejmuję się łatwo. Z naczyń nerkowych wypływa dużo krwi. Błona śluzowa moczowodów zlekka nastrzyknięta. W lewej nerce pod samą torebką znajduje się skrzep krwi, po usunięciu którego zostaje czerwona plama.

Zawartość żołądka ciemnobrunatna, pomiędzy fałdami błony śluzowej drobne wynaczynienia. Błona śluzowa gardzieli i przelyku ma barwę prawie fioletową, w *ileum* natomiast jest białą. Okrężnica wypełniona na pół płynną zawartością. W naczyniach jamy brzusznej zastój krwi. Błona śluzowa pęcherza moczowego ciemnoczerwona.

S e r c e. Położenie jego w klatce piersiowej bardziej poziome, komórka prawa zwrócona ku przodowi. Serce skurczone i ma kształt stożkowaty. Długość od wierzchołka do podstawy (ujścia aorty) wynosi 15 ctm., szerokość u góry 12 ctm.. W jamie osierdzia znajduje się około $\frac{1}{2}$ funta płynu surowiczego. Na powierzchni serca widzimy trzy zabarwienia: błękitne—prawy przedsionek, czerwone—prawa komórka, i białawe w postaci 2 blaszek zgrubiałego wewnętrznego listka osierdzia (*epicardium*), z których jedna, trójkątna, jest gładką, druga, czworokątna, w pobliżu wierzchołka, jest nierówną, z wystającymi strzępami. Ścianki komórki lewej mają u podstawy $1\frac{1}{2}$ centym. grubości, a w miarę posuwania się ku wierzchołkowi cienieją do 1 ctm.. Jama jej rozszerzona i zaokrąglona, zawiera skrzepy włóknikowe; w wymiarze poprzecznym średnica jamy wynosi 5, w podłużnym 10 centym.. Beleczki mięsne (*trabeculae*) normalne, struny ścięgnięte cienkie, nie zlewające się. Wymiar poprzeczny ujścia aorty (na wysokości zastawek) $2\frac{1}{2}$ centym., obwód 7 centym.; średnica zaś łuku 2 centym., obwód w tem miejscu 6 centym.. Grubość ścianek aorty $1\frac{1}{2}$ milim.. Zastawki jej gładkie, sprężyste, przeswiecające; listek prawy spuszcza się daleko bardziej ku dołowi niż oba pozostałe, u przyczepienia swego nieco zgrubiał; wysokość jego od wolnego brzegu do przyczepu 2 centym., a dwóch pozostałych tylko 1 centym.. Lewy listek ma blisko swobodnego brzegu mały otworek (*valv. fenestrata*). Wewnętrzna powierzchnia aorty gładka.

Lewy przedsionek rozszerzony i zaokrąglony. Zastawka dwudzielna prawidłowa.

Ścianki prawej komórki mają 2 centym. grubości, jama jej jest nieco zwężona i zawiera skrzepy krwi. Lejek tętnicy płucnej (*conus art. pulm.*) w kształcie szpary półksiężycowej skutkiem wypuklenia w tem miejscu przegrody komórkowej na prawo. Wymiar poprzeczny lejka od prawej strony ku lewej 3 centym.. od przodu ku tyłowi 1 centym.. Beleczki prawej komórki normalne. Zastawki tętnicy płucnej na wolnych brzegach białawe, mętne, zgrubiałe mocno, zwłaszcza rozwinięte są węzłki Arancyjusza. Bliżej swego przyczepienia, listki stają się cieńszymi. Lewe przyczepienie przedniego listka zgrubiałe w postaci twardej masy, 3 milim. grubej, sterczącej do ujścia tętnicy płucnej. W środku tegoż oraz prawego listka takie same guziczki zwapniałe. Lewy listek u podstawy swej jest wałczkowato zgrubiałym. Grubość ścianek tętnicy

plucnej równa się takiejże grubości ścianek aorty. Jej wymiar poprzeczny w ujściu (*ostium art. pulm*) wynosi 3 ctm., obwód $9\frac{1}{2}$ centm.: średnica zaś samego pnia tętnicy płucnej $3\frac{1}{2}$ centym., obwód 12 centym.: na wewnętrznej ścianie, począwszy od *sinus Valsalvae*, kilka żółtawych, ograniczonych, wystających blaszek bliznowatych.

Przedsionek prawy obszerny. Listki zastawki trójdzielnej zgrubiałe i zlewają się ze sobą; przedni listek duży; tylny, znacznie mniejszy; wewnętrzny (przegrodowy) zaś w postaci okrągłego, bliznowatego, na kilka milimetrów grubego waleczka.

Jama komórki prawej dzieli się na poziomie owego waleczkowatego listka zastawki trójdzielnej na dwie połowy, łączące się bardzo wązkim otworem: dolną, obszerniejszą, właściwą komórkę i górną, węższą — lejek tętnicy płucnej, tworzący tym sposobem jakby trzecią komórkę sercową.

W pobliżu podstawy serca obie komórki, prawa i lewa, łączą się z sobą za pomocą otworu w przegrodzie, zastępującego nie tylko część błoniastą przegrody (*pars membranacea*), lecz także część przedniej przegrody mięsnej (*septum musculare*) ku dołowi i naprzód aż do przyczepu przedniego listka zastawki aorty. Przez otwór przechodzi palec. Z lewej komórki otwór jest daleko wydatniejszym, niż od strony prawej, ma 8 milim. wysokości, 33 szerokości; kształt jego półksiężycowaty. Górny brzeg otworu leży bezpośrednio pod przyczepieniem prawego listka zastawki aorty, otaczającym waleczkowato przednią część owego brzegu, przy czem listek tak nisko się spuszcza, iż prawie połowę otworu zakrywa. Dolny brzeg otworu, położony na 9 ctm. powyżej wierzchołka serca, jakoteż oba brzegi boczne otoczone są strzępiastem, ścięgnistym, waleczkowatym zgrubieniem wsierdzia. W głębi otworu widać przechodzące struny ścięgniste przedniego listka zastawki trójdzielnej.

Od strony komórki prawej otwór w przegrodzie mniej wyraźnie się przedstawia. Ma on z tej strony postać szpary poprzecznej i położony jest na 3 centym. poniżej lewego listka zastawki tętnicy płucnej, a bezpośrednio pod waleczkowatym wewnętrznym listkiem zastawki trójdzielnej, t. j. na granicy pomiędzy prawą komórką i jej lejkiem (*conus*). Część przedniego listka zastawki trójdzielnej przyczepia się za pomocą swych strun do dolnego brzegu otworu przegrodowego, skutkiem czego tylny odcinek ostatniego pozostaje zasłoniętym. Struny te na pewnej przestrzeni zrosły się ze sobą. Górny brzeg otworu otoczony żółtawo-białym, ścięgnistym, 2 milim. grubym i $2\frac{1}{2}$ centm. długim waleczkiem, który, wychodząc z beleczek mięsnych przedniej ścianki prawej komórki, pokrytych zgrubiałem wsierdzem, przechodzi na przegrodę, a następnie zaginając się ku dołowi, otacza lewy brzeg otworu, do którego przylega taka sama zgrubiała blaszka wsierdzia przegrodowego, czworokątna, 2 ctm. średnicy mająca.

Od górnej powierzchni przedniego listka zastawki trójdzielnej odszczepia się trójkątna błonka (niby dodatkowy listek), długa na 1 ctm., granicząca swym brzegiem wewnętrznym z dolnym obwodem otworu w przegrodzie, tworząc tym sposobem zagłębienie pomiędzy wewnętrznym listkiem, przegrodą komórkową, oraz jej otworem, z którym się łączy za pomocą małej szczeliny. Oglądając

komórkę prawą z góry, od strony ujścia tętnicy płucnej, nie spostrzegamy w przegrodzie żadnego otworu, ponieważ tenże leży pod zastawką trójdzielną; wyżej wymienione przyczepy strun, idące od przedniego listka do przegrody, dzielą otwór na dwa piętra, z których pierwsze należy do jamy prawej komórki, drugie, większe, łączy się bezpośrednio z jamą lejka (*conus*) tętnicy płucnej.

Górny brzeg otworu od strony prawej komórki jest daleko wyraźniej zarysowanym i bardziej wystaje naprzód. Kanał w przegrodzie, łączący obie komórki, ma kierunek nieco skośny, z dołu z prawej strony ku górze na lewo, ujście zaś aorty sterczy tuż po nad nim w taki sposób, iż ta ostatnia bierze jakoby początek z obu komórek sercowych (lecz więcej z lewej).

Obie tętnice wieńcowe (*art. coronariae*) wychodzą, jedna o szerszym otworze ponad prawym, druga węższa nad lewym listkiem zastawki aorty. *Foramen ovale* otwarte. *Ductus Botalli* zupełnie zarosnięty, w postaci sznurka, na 4 millim., grubego; i od strony aorty i tętnicy płucnej ślady jego dawnego kanału przedstawiają się w kształcie ślepych, lejkowatych zagłębień.

W dolnej części pnia aorty brzusznej, niedaleko rozszczepienia tejże na dwie tętnice biodrowe (*art. iliacaе com.*), znajdujemy kilka drobnych, białozółtawych, wystających guziczków. (C. d. n.)

* * *

Objaśnienie rysunków 2-óch figur litograficznych

Fig. 1. Prawa komórka sercowa: *aa* arcus aortae, *ap* arteria pulmonalis, *cap* conus arteriae pulmonalis, *cv* communicatio ventriculorum, *vt* valvula tricuspidalis. (Nitki ściegliste, idące od tej zastawki w kierunku otworu *cv*, przyczepiają się do dolnego brzegu otworu, dzieląc takowy na dwie połowy); *mt* macula tendinea (hyperplasia epicardii).

Fig. 2. Lewa komórka sercowa: *aa* arcus aortae, *la* ligamentum arteriosum, *ap* arteria pulmonalis, *rd* ejus ramus dexter, *rs* ejus ramus sinister, *br* bronchus sinister, *as* atrium sinister, *au* auricula sinistra, *cv* communicatio ventriculorum. (W środku otworu widoczne są nitki ściegliste zastawki trójdzielnej).

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO MĘZKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie.

Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*).

Opisał

Władysław Matlakowski.

ordynator oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

Przechodzimy teraz do uwag ogólnych, w których streszczę główne dane z pracy *Kroenleina*.

W przepuklinie podotrzewnej, jak widzimy, są dwa worki: jeden zewnętrzny, znajdujący się w mosznie, lub tylko w samym kanale pachwino-

wym (*sacculus inguinalis*), drugi wewnętrzny, który leży za ścianką brzuszną, pod otrzewną (*sacculus properitonealis*); oba te worki łączą się ze sobą za pomocą kanału, a nadto wspólnym otworem komunikują z jamą otrzewną. W większości przypadków worek zewnętrzny utworzony jest przez *processus vaginalis peritonei*, czyli że przepuklina w większości znanych przypadków była wrodzoną; z wyjątkiem zaś jedyne go przypadku Bar'a, w którym ścisła sekcja wykazała, iż przepuklina znajdowała się na wewnątrz od *arteria epigastrica* (była to zatem *hernia inguino-properitonealis recta seu interna*), we wszystkich innych przypadkach miano do czynienia z przepukliną zewnętrzną czyli skośną. Wielkość zewnętrznego worka bywa rozmaita, lecz stale i prawie zawsze bez względu na to, czy zewnętrzny widzialny guz przepuklinowy jest duży lub mały, otwór przedni, *porta herniae* (*Bruchpforte*), jest znacznej wielkości zarówno jak sam kanał pachwinowy i wyścielająca go część worka (szyjka). W większości przypadków jądro nie znajduje się na właściwym miejscu (*ectopia*).

Worek wewnętrzny leży między otrzewną z jednej i powięzią poprzeczną (*fascia transversalis*) z drugiej strony; jama zatem powstaje przez odluszczenie otrzewnej ściennej od ścianki brzusznej. Wnętrze worka oczywiście wyściela gładka błona, która stanowi przedłużenie otrzewnej ściennej; błona ta jest mocno zrosnięta z jednej strony z otrzewną ścienną, z drugiej z powięzią poprzeczną. Worek wewnętrzny w stosunku do zewnętrznego albo leży na jego przedłużeniu, a w takim razie całość ma kształt klepsydry, albo też co znacznie częściej się zdarza worek wewnętrzny leży ekscentrycznie od podłużnej osi worka zewnętrznego, stanowiąc jakby uchyłek, ustęp, wypuklenie (*diverticulum*) z szyi worka zewnętrznego. W pierwszym razie otwór komunikacyjny z jamą otrzewnej znajduje się ze wszystkich stron w równej odległości od obrączki głębokiej kanału pachwinowego (*annulus inguinalis profundus seu abdominalis*), w drugim do tej ostatniej bliżej z jednej strony niż z drugiej, a zatem przy otworze tym zbiegają się i łączą oba worki.

Rozmiary worka podotrzewnego są nader rozmaite, od wielkości orzecha włoskiego do wielkości głowy, a w takim razie worek napelniony kiszka mi w postaci wielkiego pęcherza wystaje do jamy otrzewnej, sięgając od wierzchołka pęcherza do kąticy. Dno worka wewnętrznego w większości przypadków było skierowane ku górze i na zewnątrz, zatem ku *spina anterior superior* lub ku dołowi biodrowemu wewnętrznemu (*fossa iliaca interna*); w innych zwrócone było ku dołowi i ku wewnątrz, zatem w stronę pęcherza; w innych wreszcie wprost ku dołowi do miednicy małej, zatem ku dziurze zasłonowej (*foramen obturatorium*). W tym ostatnim razie jeden worek leży przed gałęzią poziomą kości łonowej, drugi z tyłu za nią, a część węższa, w kształcie szyi łącząca je, spoczywa na samej gałęzi. Otwór komunikacyjny z jamą brzuszną był w większości przypadków zadziwiająco ciasny, w średnicy 4—5 linii; brzeg zaś był zawsze bardzo ostry, włóknisty, niepodatny.

Co się tyczy statystycznych danych, to jeśli do zebranych przez Kroenleina 23 przypadków dodamy 5 zestawionych przezemnie (Bryant'a, Neuber'a, Trendelenburg'a, Balling'a i mój), będziemy mieli 28 przypadków,

w tej liczbie 27 mężczyzn i 1 kobieta. Przepuklina ta przeważnie obserwowana była u ludzi w sile wieku. 17 razy była po prawej stronie. 7 po lewej, w 4 przypadkach nie podano po której stronie była przepuklina. W 17 przypadkach przepuklina była wrodzona, w jednym na pewno nabyta, w 10-ciu zaś anamneza była niejasna, tak jak i w moim przypadku. Pomiędzy owemi 17 przypadkami przepukliny przedotrzewnej wrodzonej w 11-u było niezupełne zstąpienie jądra do moszny.

Ta ostatnia okoliczność jest niewątpliwie wielkiej wagi dla sposobu powstawania przepukliny, o której mowa. Przechodzimy do przyczyn wytwarzania się tej dziwnej odmiany przepukliny, posiadającej dwa worki.

Rozmaici autorowie, którzy zajmowali się będącą w mowie kwestyją, podali rozmaite poglądy co do sposobu powstawania przepukliny przedotrzewnej. K r o e n l e i n streszcza je w 4-ech grupach.

1) Według jednych wytwarza się najprzód worek pachwinowy, a dopiero z niego skutkiem wypuklenia ścianki szyjki powstaje worek pod otrzewną. Jestto tłumaczenie najprzód podane przez S t r e u b e l'a. Powodem takiego wypuklenia może być zwężenie *ostii abdominalis* szyjki worka przepuklinowego, skutkiem czego powrót zawartości przepuklinowej z worka do brzucha zostaje znacznie utrudniony (S t r e u b e l); często powtarzane i niestosowne próby odprowadzenia przedsiębrane przez chorych (S t r e u b e l); złe paski naciskające na otwór pachwinowy zewnętrzny, a nie na cały kanał pachwinowy (S t r e u b e l); zatrzymanie się jądra przy zstępowaniu w kanale pachwinowym, skutkiem czego trzewa, zsuwając się do *processus vaginalis peritonei* nie mogą dostać się do moszny (S t r e u b e l); wszelki inny powód, zwężający, lub zamykający obręczkę pachwinową zewnętrzną, gdy tymczasem obręczka wewnętrzna i kanał pozostają wolne (M o s e t i g).

2) Według autorów francuzkich [T e s s i e r, G o s s e l i n §)] powstaje również najprzód worek pachwinowy, a z niego worek podotrzewny, lecz na skutek odprowadzenia (*réduction en masse*), przy którym worek z trzewiami zostaje wepchnięty między otrzewne i powięź poprzeczną i tam pozostaje, przyrasta, a tymczasem przez pozostałą wolną obręczkę pachwinową nowa ilość otrzewnej się wysuwa i wytwarza nowy worek pachwinowy.

3) Według L i n h a r t'a i B a r'a najprzód istnieje (i to wrodzone) większe lub mniejsze wypuklenie otrzewnej ściennej w okolicy kanału pachwinowego lub udowego, a dopiero z tego wypuklenia (*diverticulum*) część ścianki wchodzi przez odpowiedni kanał i tworzy worek zewnętrzny.

4) Wreszcie B a r przypuszcza możliwość, iż oba worki powstają pierwotkowo niezależnie od siebie, i dopiero z czasem przy stopniowem powiększaniu się, coraz bardziej do siebie się zbliżają i wreszcie zlewają w worek podwójny.

Każde z podanych tłumaczeń ma za sobą odnośne spostrzeżenia, atoli najczęstszą przyczyną bywa owo zatrzymanie się jądra i w ogóle tłumaczenie podane przez S t r e u b e l'a, jak to wykazuje podana statystyka. Nawet owa

Fig. I.

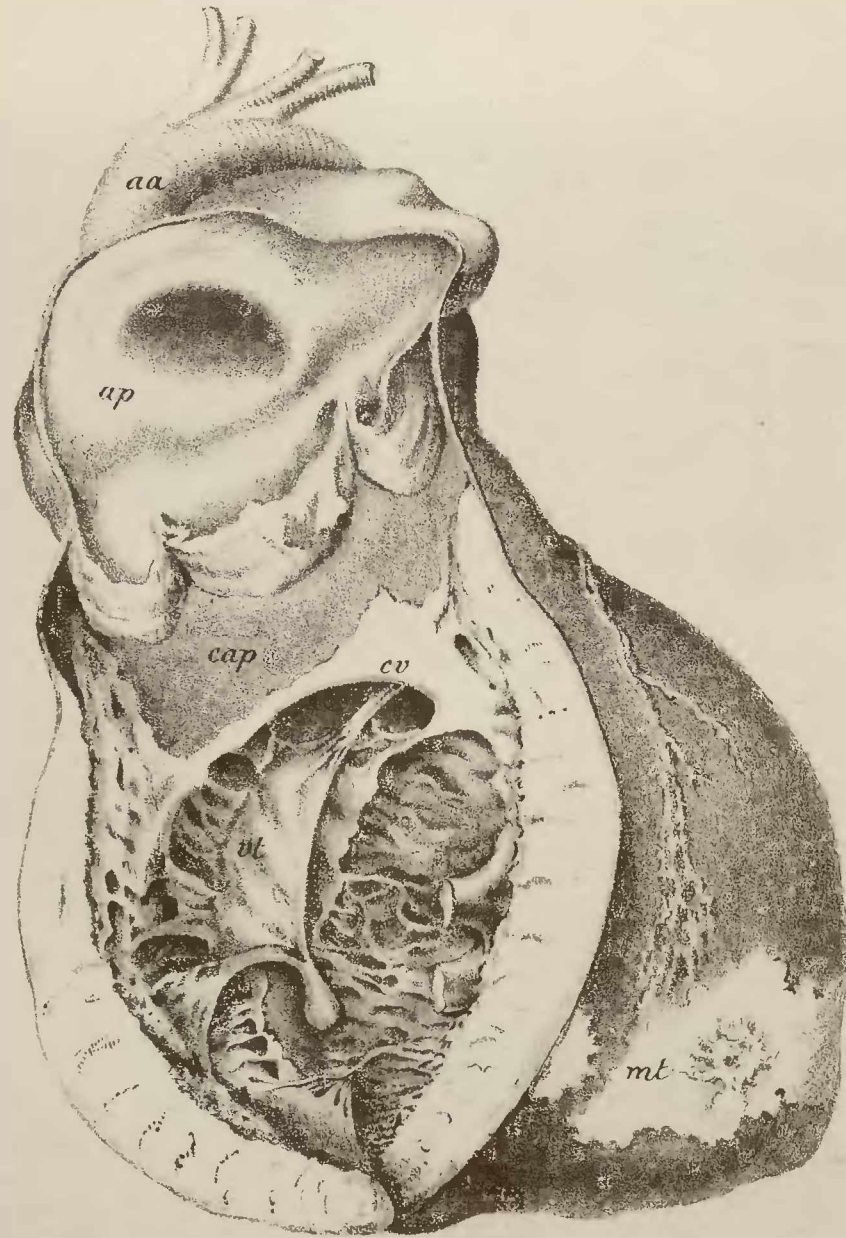
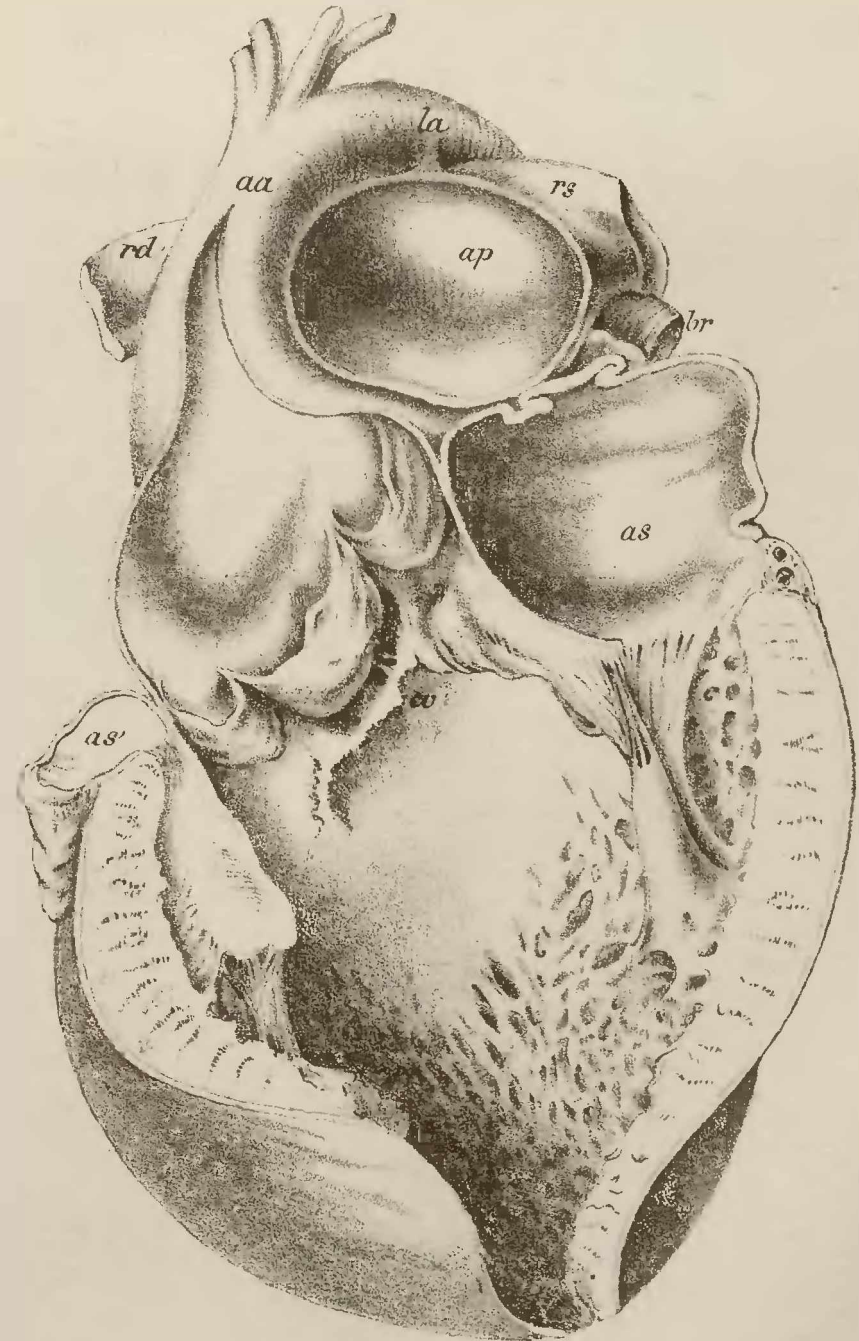


Fig II.



znacznie większa częstość przepukliny po stronie prawej przemawia za tem tłómaczeniem, gdyż według niektórych anatomów jądro prawe później spuszcza się do moszny niż lewe. Dlatego też w każdym napotykanym przypadku należy przedewszystkiem rozważyć, czy powstanie worka podwójnego nie zdoła wyjaśnić którakolwiek z przyczyn wyluszczonych pod 1). Najtrudniejsze do objaśnienia są przypadki podobne do naszego. Chory nigdy sobie przepukliny nie odprowadzał, bo o niej nawet nie wiedział, paska nie nosił, jądro miał w miejscu, gdzie być powinno. Że tu nie było *réduction en masse*, o tem świadczy brak podbiegnięć krwawych, rozerwania otrzewnej, lub innych obrażeń worka, jak to wyżej w opisie z naciskiem zaznaczono. Pozostaje tylko jedno tłómaczenie. U chorego od dawna, może od urodzenia, była przepuklina pachwinowa, zawierająca sieć, która, przyrosłszy do jądra, już zupełnie worka opuścić nie mogła, a ponieważ stanowił gruby i twardej odcinek, przeto prawie wypełniła worek i kawał pachwinowy. Worka jednak podotrzewnego nie wytworzyła często wchodząca przez *ostium abdominale* i nie mogąca zejść niżej przez zatkany kanał pachwinowy pętlica кишки, gdyż, jak to w opisie podałem, worek przedotrzewny zawierał bardzo małą pętlę jelita, a prawie w całości wypełniany był przez zwiniętą zwyrodniałą sieć. Otóż ta ostatnia była tłokiem, który ze ściany szyjki worka przepuklinowego dawnego, nie mogąc spuszczać się niżej z powodu zapchania worka przez dolny odcinek sieci, wybił boczne wypuklenie pod otrzewną.

Rozpoznanie po tem wszystkim, co się powiedziało, w większości przypadków nie będzie trudnem; o tem przekonywa nas literatura. W samej rzeczy aż do pracy Kroenleina prawie wszystkie przypadki pozostały za życia nierozpoznanemi, dopiero przy sekcji oryjentowano się, z czem miano do czynienia. Jasna i dobra praca Kroenleina wywarła wpływ tak znaczny, że od tego czasu we wszystkich przypadkach za życia jeszcze postawiono prawdziwe rozpoznanie (Neuber, Trendelenburg, Balling i ja). Szczególniejszej wagi jest brak jądra na swoim miejscu; okoliczność ta przy uwiezionej przepuklinie powinna zastanowić chirurga, zanim postawi pewne rozpoznanie. Nie pozostanie również dlań niepostrzeżoną i ta okoliczność, że pomimo gwałtownych objawów uwiezienia, znajduje on worek przepuklinowy nie naprężonym, a kanał pachwinowy nie zatkanym szczelnie. Tłómaczy się to tem, że prawie we wszystkich przypadkach bez wyjątku siedlisko zacisnięcia tkwiło wysoko w *ostium abdominale*. Worek przepuklinowy, otwór pachwinowy zewnętrzny i kanał jednoimienny, mogą być nawet puste, przepuszczają palec, a tymczasem chory ma objawy zacisnięcia. Ta okoliczność tłómaczy nam również owo łatwo udające się odprowadzenie przepukliny, oraz tę niepewność, jaka w nas pozostaje, czyśmy istotnie jelito odprowadzili, jak się należy. Bardzo często zawartość po odprowadzeniu natychmiast się do worka opuszcza, jak to było u nas, i również łatwo daje się niezupełnie odprowadzić. Musi to uderzyć chirurga i zmusić go do szukania przyczyny tych dziwnych objawów. Tymczasem mimo pozornego odprowadzenia objawy zacisnięcia nie słabną lecz wzmagają się. Godną jest też uwagi niebolesność i brak napięcia w worku przepuklinowym (zewnętrznym), pomimo

objawów uwięzienia i pomimo obecności w nim jakiegoś ciała; ciałem tem bywa często sieć, zwinięta, skłębiona, pomarszczona, która dzięki temu zwyrodnieniu nie może być tak silnie ściśniętą w *ostium abdominale*, by uleźć zgorzeli. Układ naczynny w niej jest ubogi, a tkanka włóknista nie tak łatwo obumiera jak wysoko stojąca pod względem fizjologicznym delikatna tkanka kiszkiowa. Godnym zaznaczenia wydaje mi się również objaw obserwowany w naszym przypadku, a mianowicie, że przy wpychaniu zawartości przepuklinowej z moszny wypuklenie ponad więzłem Pouparta się powiększało.

Ciekawy objaw, na który zwrócono uwagę w przypadkach Tessiera, Lehmana, Kroenleina, a który znów potwierdziło spostrzeżenie Trendelburga, stanowi ta okoliczność, że po rozcięciu worka przepuklinowego zewnętrznego zwykle nie wypływa ciecz, lub wypływa płyn przezroczysty — a dopiero po rozcięciu worka wewnętrznego wylewa się płyn brudny, krwisty. Wreszcie zanotować wypada, że kilku autorów zauważyło znaczny, widoczny zanik ścianki brzusznej w granicach jamy przedotrzewnej.

Rokowanie tak niepomyślne dawniej, od czasu jak rozpoznanie stało się pewnem, zupełnie się zmieniło. Dawniej choremu odprowadzano przepuklinę, lub robiono herniotomię i zostawiano, dziwiąc się, dla czego nie ustępują objawy zaciśnięcia; chory umierał i dopiero sekcja wyjaśniała domysły. Od czasu pracy Kroenleina — są 4 spostrzeżenia przepukliny pachwino-przedotrzewnej, 4 rozpoznania jako takiej, tyleż herniotomij i tyleż wyzdrowień. Postępowanie było rozmaitem. Już po rozcięciu ścianki brzusznej i otwarciu worka głębokiego, jedni (Neuber) rozdierali palcami błonę odgradzającą jamę podotrzewną od przedotrzewnej, drudzy (ja) robili nacięcie nożem główkowatym, a dalej otwór rozszerzali palcem, inni wreszcie (Trendelburg) robili cięcie na smudze białej i wprowadziwszy rękę do brzucha wyciągali trzewa z worka przepuklinowego.

Do tego, ażeby tylko co skreślony obraz przepukliny przedotrzewnej był całkowitym, musimy jeszcze na zakończenie niniejszej pracy wspomnieć o rozpoznaniu różniczkowem od pokrewnych rodzajów przepuklin, a przede wszystkim od *hernie inguino-interstitielle* Goyranda. Chcemy tym sposobem oszczędzić czytelnikowi pracy, jeśliby robił poszukiwania nad tym przedmiotem. Stosunek tej przepukliny do *hernia inguino-properitonealis* jest u pisarzy mi znajomych zupełnie pominięty. Kroenlein, z którego pracy tyleśmy w ciągu tego artykułu korzystali, w pierwszej swojej rozprawce między starszemi synonimami przepukliny przedotrzewnej na str. 413 wymienia termin *hernia inguino-interstitialis* i przytacza nazwisko Goyranda, z czego możnaby wnosić, że dla niego *hernia properitonealis* i *hernia inguino-interstitialis*, jak ją opisał Goyrand, jest jedno i to samo. Tymczasem w drugiej późniejszej pracy w zestawieniu przypadków Kroenlein wcale nie wymienia Goyranda, choć ten ogłosił 5 przypadków przepukliny *inguino-interstitialis*, coby wskazywało, że przy bliższem rozpatrzeniu Kroenlein znalazł różnicę między tą przepukliną i ochrzczoneą przez się formą przedotrzewną. Śladu jednak tego w pracy Kroenleina nie widać.

Drugi autor (Daplay ϕ), korzystając z dwóch źródeł: z pracy K r o e n l e i n'a i z prac chirurgów francuzkich, opisuje za pierwszym na str. 107 i 108, a później na str. 160 i 161 przepuklinę podotrzewną, podaje rysunek F r o r i e p'a, a obok na str. 159 i 160 za pisarzami francuzkimi podaje opis przepukliny *inguino-interstitialis* G o y r a n d'a, pozostawiając czytelnika w niepewności, czy te dwie formy stanowią jeden i ten sam, czy dwa oddzielne rodzaje; niepewność ta powiększa się jeszcze bardziej, gdy zważymy, że autor ten na str. 12 wymienia *hernia properitonealis* i *hernia interstitialis* jako synonimy.

Daleko mniej znajdujemy o zajmującej nas kwestyi w ogromnym dziele Billr o t h'a i P i t h y \ddot{z}). S c h m i d t, który opracował oddział o przepuklinach, powtarza tylko to, co napisał K r o e n l e i n, nie wspominając o odmianie, opisanej przez G o y r a n d'a.

Cheąc dać pojęcie czytelnikom o tej ostatniej, podamy jej opis wedle jasnego i wybornego przedstawienia skreślonego przez T i l l a u x γ) w jego podręczniku anatomii topograficznej.

W przeciwieństwie do powszechnie przyjętego we Francyi zdania, że każda przepuklina pachwinowa, odbywając swą drogę z brzucha do moszny jest w pewnym okresie swego rozwoju przepukliną śródścienną (*interstitielle*) T i l l a u x z naciskiem zwraca uwagę: „że istnieje przepuklina pachwinowa śródścienna, stanowiąca chorobę ciężką, uwarunkowana przez oddzielne dane anatomiczne, która nie odpowiada wcale pewnemu okresowi przepukliny pachwinowej klasycznej, nigdy bowiem nie może zstąpić do moszny“. Przyczyny, rozpoznawanie i leczenie, zasługują na osobny opis, zwłaszcza też stosunki anatomiczne zasługują na uwagę. Przepuklina tego rodzaju wtłacza się między warstwy ścianki brzusznej, lecz nigdy nie wychodzi przez obrączkę pachwinową zewnętrzną. Powodem tego jest ta okoliczność, że albo ta ostatnia nie istnieje wcale, albo jest zaciąsną, tak, że zawartość przepukliny wnika między warstwy ścianki brzusznej. To zaś zdarza się wtedy, gdy jądro zamiast spuścić się do moszny, pozostaje w brzuchu lub w przewodzie pachwinowym. Ta ostatnia okoliczność usposabia do przepukliny śródściennej nieskonczenie więcej niż pozostanie jądra w brzuchu, jądro bowiem nwięzłe, zatrzymane około obrączki pachwinowej zewnętrznej, pozostawia za sobą otworem obrączkę wewnętrzną i kanał, gdy tymczasem w pierwszym przypadku są one zarośnięte.

Ectopia zatem jądra jest ściśle związaną z przepukliną śródścienną.

O b j a w y. Przepuklina śródścienna ma swe siedlisko w grubości ściany brzusznej tuż nad więzłem P o u p a r t'a, który ją ściśle odgranicza ku dołowi, brzeg mięśnia prostego brzucha stanowi jej granicę wewnętrzną, granicę nieprzebytą z powodu układu anatomicznego rozścięgien brzusznych; ku górze granice są nieokreślone. W tę stronę przepuklina może się powiększać, to też

ϕ) Traité élémentaire de Pathologie externe. 1879. Tom VI.

\ddot{z}) Benno Schmidt. Die Unterleibsbrüche. str. 227.

γ) str. 735, 6 i 8.

w jednym przypadku doszła ku górze do poziomu pępka, a w tył na 8 ctm. poza *spinam anteriorem superiorem*, a pętlica w niej zaciśnięta miała 38 ctm. długości. Przepuklina śródścienna ma kształt swoisty, spłaszczony; trzewa mieszczą się poza rozścięgnem mięśnia skośnego wielkiego, lecz mogą wtłoczyć się między mięsień poprzeczny i powięź tegoż imienia, wnikając w tkankę łączną, która te warstwy oddziela.

Co się tyczy rokowania, to jest ono wedle *Tillaux* nadzwyczaj poważnem, podobnie jak to dawniej było i dla przepukliny przedotrzewnej. Cięcie jest takie, jak dla podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej.

Podawszy tę jasną charakterystykę przepukliny śródściennej, *Tillaux* wcale nie wspomina nawzajem o opisanej przez *Kroenlein*'a przepuklinie pachwino-przedotrzewnej.

Z zestawienia przytoczonych opisów obu tych rodzajów snadno jest zauważyć, na czem polega ich podobieństwo i różnica. Podobieństwo polega na tem, że obie one mają worki przepuklinowe między warstwami ścianki brzusznej, dalej, że obie najczęściej są wrodzone, i nader ściśle połączone z ektopiją jądra; lecz *hernia inguino-properitonealis* *Kroenlein*'a ma nadto i drugi worek przepuklinowy zewnętrzny, leżący w mosznie, gdy tymczasem *hernia inguino-interstitialis* *Goyranda* nigdy do moszny nie zstępuje, bo wyjście jej zagraджа jądro, zatrzymane w kanale pachwinowym. Są to przepukliny rzadko się zdarzające, wszelako wszystko, co dotyczy hernijologii zasługuje na szczególny rozbiór.

Daleko częściej do pomyłki może dać powód tak zwane *réduction en masse*. Przy tej ostatniej, jak wiadomo, skutkiem niefortunnych manipulacyj cały worek przepuklinowy wraz z zawartemi w nim trzewami zostaje wyparty ze swojego siedliska i siłą wpakowany do jamy brzusznej, lub pod otrzewną, albo też worek pozostaje na miejscu, lecz trzewa nieostroźnie pchane, nie mogąc dla silnego zaciśnięcia w obręczce wewnętrznej dostać się do jamy otrzewnej, zostają wpakowane przez szparę pękniętego worka przepuklinowego pod otrzewną i w tym razie mogą imitować przepuklinę pachwino-podotrzewną. W samej rzeczy polujący na rzadkości, a nie uważny klinicysta łatwo może wpaść w błąd, atoli w tym razie, czy to przy sekcyi, czy podczas hernijotomii, wykryć można ślady traumy, rozerwanie worka, podbiegnięcia krwawe. a do tego, co jest ważniejszem, trzewa wepchnięte pod otrzewną nie znajdują się w worku, utworzonym przez błonę surowiczą, dawno tu istniejącą, lecz są w jamie, utworzonej przez rozerwane warstwy ścianki brzusznej; do tego anamneza wykazuje forsowne usiłowania odprowadzenia.

NOTATKI LEKARSKIE.

25. Przetrawianie tętnicy ciała szklistego.

Przed niedawnym czasem miałem sposobność widzieć po raz pierwszy tę nieszkodliwą wadę organiczną. Przypadki takie są wprawdzie już dobrze znane,

ale się bardzo rzadko je napotyka; ta jedynie okoliczność skłoniła mnie do krótkiego opisu spostrzeżenia.

Pani Aleksandra H. z miasta Biały zgłosiła się do mnie z powodu łatwego męczenia się oczu przy pracy. Znalazłem nadwzroczność w dosyć wysokim stopniu ($\frac{1}{15}$) przy prawidłowej sile widzenia; stan wzroku był takiż sam w oku prawem i lewem. Po oświetleniu wziernikiem uderzył mnie w oku prawem punkt czarny, znajdujący się z wewnętrznej i górnej strony źrenicy i tuż za soczewką. Przybliżywszy wziernik do oka zauważyłem, że po za tym czarnym punktem ciągnie się długa nitka tej samej barwy; chcąc ją obejrzeć w całej długości, potrzeba było bezustanku zmieniać akkomodację. Cały utwór przedstawiał się w postaci nitki, albo włosa końskiego, barwę miał zupełnie czarną; był on zgięty, tak, że przybierał postać głoski S. Tuż poza soczewką unosił się i tworzył łuk dosyć mocno zakrzywiony, wypukłością zwrócony ku górze; druga połowa nitki była prawie tej samej długości i zgięta była w łuk, którego wklęsła strona ku górze była skierowaną. Nitka zajmowała okolice osiową gałki ocznej i przy poruszeniach oka zwracała się w rozmaite strony, przy czem wszakże jej postać nie ulegała wyraźnej zmianie, a oba końce były utrwalone. Tylny koniec nitki był najmniej wyraźny; niteczka, zbliżając się do środka tarczy nerwu wzrokowego, stawała się szerszą, jakby rozdwojoną i zatartą; w każdym razie można ją było śledzić do samej osady; niteczka kończyła się na tarczy nerwu wzrokowego, tuż obok środkowych naczyń siatkówki, ku wewnętrznej stronie; nie mogłem dojrzeć połączenia tej niteczki z tętnicą; zdaje się, że ta szczątkowa tętnica brała swój początek w pniu nerwu wzrokowego, poza tarczą. Przedni koniec niteczki był zgrubiały, miał postać małej oliwki. Bezpośredniego połączenia z torebką soczewki nie można było dojrzeć; owszem, zdawało się, że ta oliwka przy poruszeniach gałki ocznej też wykonywała ruchy, choć bardzo nieznaczne. Nie mogłem rozszerzyć źrenicy dla dokładniejszego obejrzenia utworu, bo pobyt p. H. w Warszawie liczył się tylko na godziny. Przy badaniu w obrazie odwrotnym wcale tej nitki dojrzeć nie mogłem. Chora nie widziała nigdy przed okiem prawem żadnego ciemnego punktu, ani linii; dopiero gdy przez mały otworek na okno patrzyła, przekonała się, że widzi punkcik, jakiego nie ma przed okiem lewem. Zresztą w obrazie wziernikowym i w czynnościach oka żadnego nie znalazłem zboczenia i żadnej różnicy od oka drugiego, w którym nie dostrzegłem ani śladu podobnego zboczenia.

Zygmunt Kramsztyk.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

44. F. Siebenmann. Grzybki nitkowate: *Aspergillus flavus*, *niger* i *fumigatus*; *Eurotium repens* i *Aspergillus glaucus*, oraz ich stosunek do *Otomycosis aspergillina*. (F. Siebenmann. *Die Fadenpilze Aspergillus flavus, niger und fumigatus; Eurotium repens und Aspergillus glaucus und ihre Beziehung zur Otomycosis aspergillina*).

Poważna ta praca, dokonana pod kierunkiem prof. Burckhardt-Meriana w Bazylei, rozpada się na 2 części: w 1-ej, botanicznej, rozbierana jest budowa i fizjologija *Aspergillus fumigatus*, *flavus*, *niger* i *Eurotium aspergillus* (część ta, jako mniej ważna dla otyjatri, ogłoszoną została w dziele specjalnem); w 2-ej, oprócz przytoczenia szczegółowego całej literatury, odnoszącej się do tego przedmiotu, rozbiera autor grzybkowate zapalenie ludzkiego ucha (*mycosis aspergillina*) z uwzględnieniem zwłaszcza rezultatów, otrzymanych za pomocą doświadczeń, oraz podaje odpowiednie historyje chorób.

Pierwsze spostrzeżenie, dotyczące grzybka *aspergillus*, znalezione w uchu, odnosi się do r. 1844 i ogłoszonym zostało przez Mayer'a w Bonn. Szczegółowy jednak opis tego cierpienia, poparty licznymi spostrzeżeniami, zawdzięczamy Wreden'owi, który wr. 1868 na kongresie lekarskim w Paryżu odczytał pracę pod tytułem: *Sur une nouvelle forme de maladie d'oreille produite par le développement de deux espèces de champignons parasites dans le tissu de la membrane du tympan.* Nazywa tę chorobę *myringomycosis aspergillina* i podaje botaniczny opis *aspergillus flavus* i *niger*.

Mnóstwo następnie pojawiło się opisów tego cierpienia, jak Weber-Liela, Gruber'a, Voltolini'ego, Bezolda, Burnett'a i innych.

Autor w pracy swej podaje najpierw szczegółowy opis kilkunastu przypadków, obserwowanych w ambulatoryjum prof. Burckhardt-Meryan'a, jakoteż spostrzeżenia z własnej praktyki.

We wszystkich przypadkach, podanych przez autora, przyczyną rozwinięcia się grzybka było albo dłuższe wkraplanie do ucha gliceryny, lub też wprowadzanie innego tłuszczu do ucha. W większości przypadków był wyprysk długotrwały w przewodzie słuchowym zewnętrznym, usposabiający do rozwoju grzybka. W jednym przypadku grzybek był prawdopodobnie przeniesionym do ucha za pośrednictwem waty, która leżała obok zapleśniałych winogron.

Powroty choroby w przypadkach autora były dość częste. Wyleczenie następowało zwykle po dłuższem użyciu 4% alkoholu salicyłowego.

Przechodząc do przyczyn powstawania i patologicznych warunków rozwoju grzybków w uchu ludzkim, autor, opierając się na swoich doświadczeniach i hodowli grzybków, uważa jako konieczne do ich powstania i rozwoju: 1) konidije lub zarodniki, 2) odpowiedni grunt dla ich rozwoju, 3) ciepłotę od 20°—40 C., 4) swobodny dostęp powietrza. Zarodniki trzech powyżej podanych rodzajów *aspergillus*'a znajdują się wszędzie, a zwłaszcza dość często w powietrzu, naszych mieszkań.

Warunki jak ciepło i swobodny dostęp powietrza znajdują się w każdym zdrowym uchu. Nie tak się ma jednak z gruntem odpowiednim dla rozwoju grzybka, gdyż zdrowy naskórek nie dopuści rozwoju grzybka, a nawet jeżeli naskórek jest zwilżony, może się rozwinąć w nieznacznym stopniu tylko *aspergillus fumigatus*.

Możemy zatem z wszelką pewnością utrzymywać, że w prawidłowym przewodzie słuchowym zewnętrznym może się rozwinąć tylko *aspergillus fumigatus*.

W śluzie i na błonach śluzowych również nie ma warunków dla rozwoju grzybka.

Najlepszym gruntem dla rozwoju *aspergillus*'a jest surowica krwi, za czem przemawiają dane: 1) rozwija się on najczęściej przy przedziurawieniu błony bębenkowej wraz ze zwyrodnieniem błony śluzowej jamy bębenkowej i surowiczą wydzieliną (w $\frac{1}{3}$ przypadków autora); 2) w wielu przypadkach tego cierpienia było przedtem zapalenie powierzchowne przewodu słuchowego zewnętrznego lub błony bębenkowej ze złuszczeniem naskórka; 3) grzybek rozwija się łatwo, jeżeli istnieje wilgotny wyprysk ucha zewnętrznego, nigdy zaś nie rozwija się przy suchym wyprysku; 4) wzrost grzybka wstrzymuje się, skoro znika cierpienie skórne powodujące wydzielinę.

Pierwszy zatem okres cierpienia stanowi bezwątpienia zapalenie skóry lub błony śluzowej ucha średniego, którego produktem jest surowica, niezbyt jednak szybko ulegająca rozkładowi. Cienka, nierozłożona warstwa surowicy, niezbędna dla rozwoju grzybka, jest rzadkością przy różnych cierpieniach usznych, i to nam też objaśnia, dlaczego *otomycosis aspergillina* niezbyt często się przytrafia.

Jeżeli wydzielina w uchu jest ropna, uległa rozkładowi, zarodniki się nie rozwijają; jeżeli zaś wydzielina jest skąpa i podsycha, grzybek może się rozwinąć tylko wtedy, gdy już w rozwoju swoim był daleko posuniętym, gdyż wtedy w gruncie, na którym się rozwija, powoduje drażnienie i obfitsze wydzielanie soków, któremi się żywi. Jeżeli jednak grzybek niezbyt był rozwiniętym, wtedy wydzielina zasycha i tworzy się strup, na powierzchni którego znajduje się grzybek, powstrzymany w rozwoju.

Według statystyki Wreden'a *otomycosis* zdarza się bardzo rzadko u dzieci, z powodu, że przy wszystkich sprawach zapalnych w uchu dziecka wydzielina jest najczęściej obfitą i skutkiem wąskiego przewodu słuchowego zewnętrznego łatwo ulega rozkładowi.

Ułatwia powstawanie grzybków wszystko to, co wpływa na przemianę ropnej wydzieliny ucha w surowiczą. Używane przy leczeniu wycieków usznych roztwory tanniny, cynku, gliceryny sprzyjają rozwojowi; również wszystkie tłuszcze i maście, zwłaszcza gdy nieświeże wprowadzone są do ucha, ułatwiają powstawanie powierzchownych zapaleń przewodu słuchowego zewnętrznego i następczy rozwój grzybków. Woszczowina uszna przeszkadza rozwojowi grzybka.

Istnieje indywidualne usposobienie, idyjosynkrazyja dla rozwoju grzybka, na co wskazują te przypadki grzybkowatego zapalenia ucha, w których po zupełnem wyleczeniu następował w parę miesięcy lub w parę lat powrót cierpienia. U kogo zatem najmniejsze bodźce, działające na przewód słuchowy, wywołują nieobfitą, nieulegającą rozkładowi wydzielinę surowiczą, u kogo przewód słuchowy zewnętrzny obszernością swoją i kierunkiem nie sprzyja zatrzymywaniu się wydzieliny, u tego występuje skłonność do powstawania grzybkowatego zapalenia ucha.

Znamy prócz tego usposobienie chorych do pewnego gatunku grzybka. Na 70 historyj chorób, przejranych przez autora, powroty choroby występowały zawsze z tym samym gatunkiem grzybka, jaki był, gdy cierpienie pojawiało się po raz pierwszy.

Zgadza się też to z innymi spostrzeganiami faktami, które stwierdzają to indywidualne usposobienie do gatunku. I tak Rolin znalazł, że zmieniając tylko bardzo nieznacznie zawartość soli w płynie, którego używał dla hodowli grzybków, *aspergillus niger* znikał, a inny gatunek się pojawiał.

Dla królików wstrzykiwanie roztworów z *aspergillus fumigatus* i *flavus* jest szkodliwym, wstrzykiwanie *aspergillus niger* pozostaje bez szkody. W doświadczeniach autora na surowicy krwi wołowej i psiej rozwijały się dobrze *a. flavus* i *fumigatus*, nie rozwijał się zaś zupełnie lub słabo *aspergillus niger*.

Stosunki ciepłoty w uchu ludzkim nie są również bez wpływu na częstość pojawienia się tego lub owego gatunku. Tak np. najczęściej napotykanym w uchu *aspergillus fumigatus* jest najpospolitszym ze wszystkich i ciepłota ucha prawidłowego lub uległego zapaleniu (36,5°—39° C.) jest dla niego odpowiedniejszą niż dla dwóch innych gatunków. Najmniej potrzebuje ciepła *aspergillus flavus*, najrzadziej się go też spotyka przy *otomycosis aspergillina*.

W uchu ludzkim znaleziono również inne gatunki włókienkowatych grzybków, potrzebujących jednak zawsze wysokiej ciepłoty; *penicillium* zaś i *eurotium* nie mogą się rozwijać przy ciepłocie ciała. *Eurotium repens* w niezpełnym rozwoju znalazł autor trzy razy na woszczowinie, wyjętej z ucha, która jako zły przewodnik ciepła posiadała niższą ciepłotę niż ścianki przewodu słuchowego.

Z zebranej przez autora statystyki wypada, że najczęściej to cierpienie uszne występuje w jesieni i w zimie.

Najczęstszym siedliskiem grzyba jest błona bębenkowa i trzecia wewnętrzna część przewodu słuchowego zewnętrznego, rzadziej jama bębenkowa, jeszcze

rzadziej $\frac{2}{3}$ zewnętrzne przewodu słuchowego zewnętrznego. Niekiedy zajęty jest cały przewód słuchowy wewnętrzny i błona bębenkowa.

Grzyb zwykle mocno przylega do części, na której się rozwinął, tak że przewód słuchowy lub błona bębenkowa po zdjęciu przedstawiają się często z aczerwienionemi lub ogołocionemi zaskórkami.

Autor z poszukiwań swoich przychodzi do wniosku: że *aspergillus* w uchu rzadko rozwija się na naskórku w postaci błony (*fumigatus*), zwykle (zawsze przy *aspergillus niger* i *flavus*) znajduje się on na powierzchni ogołoconej zaskórki lub nabłonka, w głąb nieprzenika.

Co się tyczy objawów i przebiegu rozróżniamy: objawy podmiotowe, których niekiedy prawie zupełnie brakuje, zwykle zaś występuje tępość słuchu, szum, ból, swędzenie i wyciek z ucha.

Objawy nie występują najczęściej przy *aspergillus fumigatus*, gdyż według statystyki autora objawów brakowało w 50% przypadków.

Tępość słuchu i szum w uchu są największe, gdy grzyb rozrasta się na błonie bębenkowej uległej zapaleniu. Niekiedy chorzy zegarka nie słyszą zupełnie i ucho jest jakby zatkane. Szum, tętnienie i szmer różnego rodzaju trwają ciągle. Ból jest rwący, zwykle przepuszczający, niekiedy występuje silniej w nocy.

Swędzenia w uchu brak jest tylko wyjątkowo.

Wyciek z ucha przy rozwinięciu się grzybków bywa zwykle wodnisty, surowiczy, co ztąd pochodzi, że grzyb zabiera z surowicy krwi stałe części białkowe, pozostawiając wodę i sole. Wyciek ten, w którym znajdować się muszą jeszcze inne substancje, pochodzące z przemian w grzybie odbywających się, jakoteż części żywiczne, z błony grzyba pochodzące, ma własności drażniące; skutkiem tego, jeżeli do rozwiniętego zapalenia w uchu, przyłączy się *mycosis aspergillina*, wyleczenie nie następuje tak prędko, gdyż powstaje *circulus vitiosus*: *aspergillus* wzmacnia zapalenie, a to znów, wytwarzając obficie surowicę, dostarcza pożywienia dla rozwoju grzybka.

Dla *otomycosis* to tylko jest cechującym, że można od czasu do czasu wydobyć z ucha błony z grzyba złożone, lub też takowe same wypadają. Objawy wtedy słabną, aby następnie znowu się wzmóc. To oddzielanie się błon ma miejsce od czasu do czasu (w 4-y do 5-u dni po zasianiu), czego przyczyną jest rozwodnienie pokarmu zużytego przez grzyb (surowicy), oraz przy najwyższym stopniu rozwoju grzyba drażnienie tak znaczne gruntu, na którym grzyb się rozwija, że powstaje ropienie i oddzielanie się błon.

Z objawów podmiotowych, jeżeli błona bębenkowa jest nienaruszona, to na kilka dni przed rozwinięciem się grzyba można zauważyć zaczerwienienie, nastryknięcie naczyń około młotka i zniknięcie ostrokągu świetlnego. Już w 24 godzin zjawia się wysięk surowiczy. Następnie spostrzegamy białawy, miodowaty nalot, który wkrótce zmienia się na mocną stałą błonę. Błona ta po 5-u—8-u dniach oddziela się, aby przy sprzyjających okolicznościach odrodzić się znowu po 48 godzinach.

Z błony tworzącej grzyb, mogą przy sprzyjających okolicznościach rozwinąć się w kierunku przewodu słuchowego na zewnątrz charakterystyczne narządy rozrodcze (*Fruchtträger*), z początku białawego, następnie ciemnego koloru. Przy mniej pomyślnych okolicznościach przeważa grzybnia (*mycelium*) w postaci żółtawych mas lub też mas, podobnych do waty, które cały przewód słuchowy wypełniają. Niekiedy znajdują się tylko pojedyncze nitki, lub też mniej lub więcej gruba, sadłowata „krupowa“ masa. Jeżeli wydzielanie w przewodzie słuchowym jest obfitem, wtedy szybko tworzące się błony zbijają się w przewodzie i stanowią jakby korek, złożony z kawałków mokrego papieru.

Zapach takich czopków utworzonych z grzyba jest stęchły, nigdy zgniły.

Co do czasu trwania cierpienia. trwać ono może kilka miesięcy, lub nawet rok, zwłaszcza jeżeli cierpienie umiejscowi się w uchu średnim. *Eurotium repens* spotyka się na powierzchni woszczowiny, w postaci zielonkawego nalotu lub żółtych punkcików, niekiedy i wewnątrz woszczownicy w postaci czarnych plam. Rozpoznać można *aspergillus flavus* i *niger* gołym okiem lub przez lupę, *aspergillus fumigatus* i *eurotium repens* tylko przy pomocy mikroskopu.

Co do leczenia, to w niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy grzyb się rozwinął na niezmiennym naskórku, wystarcza proste wystrzyknięcie ciepłej wody.

Ze środków leczniczych najlepiej działa roztwór *plumbi acetici* (0,1—0,6 : 30, t. j. 1½ do 9 granna 5j), oraz roztwory wyskokowe kwasu salicylowego 2% (Bezold) lub 4% (Burckhardt). Doskonałe działanie wyskoku polega na tem: 1) że przenika on bardzo łatwo tak przez błony suche, jak i wilgotne i działa na same zarodniki; 2) rozpuszcza ona żywiczne części grzyba, wyciąga z niego wodę i skutkiem tego zabija protoplazmę komórek; 3) co jest najważniejszym, wyskok leczy chorobę zasadniczą, t. j. długotrwałe zapalenie ucha zewnętrznego i średniego. Działanie zatem alkoholu jest podwójne: 1) zabija on grzyb; 2) ogranicza wydzielanie z ucha.

Co do leczenia zapobiegawczego unikać należy, aby nie usuwać z przewodu słuchowego ochronnej warstwy, którą tworzy woszczowina, nie rozmiękczać naskórka przewodu słuchowego za pomocą tłuszczów, wkraplań glicerynowych, tanninowych i t. p. Oprócz tego należy leczyć wysięki w uchu powstałe, przy usposobieniu do rozwoju grzyba, bez użycia płynów, lub też stosując alkohol. Przy obecności wyprysku unikać wszelkiego drażnienia. Oczyszczać starannie narzędzia użyte do wyjmowania grzybowatych mas z ucha.

(*Zeitschrift für Ohrenheilkunde XII. T. str. 124, 1883 r.*).

E. Modrzejewski.

45. Küssner. Przyczynek do szczepienia gruźlicy.

Jako przyczynek do zaraźliwości suchot płucnych Doc. Küssner z Halli, ogłosił świeżo wyniki swych badań, w których drogą doświadczalną starał się rozstrzygnąć, czy płwocina gruźlicza, *respectively* zawierająca laseczniki Koch'a, wywołuje gruźlicę płuc, dostając się do nich przez tchawicę i czy takiegoż wpływu nie wywiera zwykła płwocina, pozbawiona laseczników; obok tego zwrócił uwagę na wpływ, jaki mogą wywierać na zaraźliwość gruźliczej płwociny, środki przeciwnilne dodane do takowej. Badań swych autor dokonał na królikach i psach, sposób zaś doświadczeń polegał na odseparowaniu miękkich części, pokrywających ścianę tchawicy, zrobieniu w takowej niewielkiego otworku i na wstrzykiwaniu do jej wnętrza płwociny, przestrzegając najściślej, przy wszystkich tych czynnościach światła jak i przy zaszywaniu rany zewnętrznej metody przeciwnilnej. Płwocina użyta do wstrzykiwań była uprzednio jaknajdokładniej roztarta i zmieszana z wodą lub solą kuchenną, w niektórych zaś razach dodawano doń różnej siły roztworów środków przeciwnilnych. Wszystkich doświadczeń dokonał autor dwadzieścia sześć.

I w tych badaniach otrzymano wyniki, przemawiające za zaraźliwością płwociny gruźliczej. Wszystkie zwierzęta, którym autor wstrzyknął takową, po pewnym przeciągu czasu zapadały na gruźlicę, inne zaś, którym wstrzyknięto płwocinę pozbawioną laseczników Koch'a, wcale jej nie podlegały; dodatek środków przeciwnilnych powodował słabszy rozwój gruzelków lub zupełnie go powstrzymywał.

Zmiany anatomo-patologiczne natury gruźliczej spostrzegał autor prze-ważnie tylko w płucach, niekiedy zaś i w okolicy miejsca, gdzie dokonano szczepienia; inne narządy zawsze pozostawały nietknięte. Zwierzęta żyły po operacji 3 do 10 tygodni; w miarę tego jak dawno dokonane było szczepienie,

zmiany gruźlicze w płucu sięgały mniejszego lub większego nateżenia; niekiedy spostrzegano tylko niewielkie nacieczenie, nieco przezroczyste, w którym ledwo dojrzeć można było żółtawe ziarenka (gruźelki); w późniejszych okresach nacieczenie stawało się miękkim, żółtawem, zserowaciałem, a nawet w jednym razie doszło do utworzenia małych jam wielkości ziarna grochu, wypełnionych gęstą, serowatą ropą. Świeże gruźelki zawierały laseczniki Koch'a nie tylko wewnątrz lecz i naokoło w sąsiednim nacieczeniu; u starszych trudniej je było wykazać i zdarzały się zwykle w mniejszej ilości; w dwóch przypadkach u psów mimo niewątpliwej gruźliczej sprawy autor nie mógł wykazać laseczników Koch'a. Na miejscu operacji tworzyły się niekiedy ropnie, wypełnione również gęstą, serowatą zawartością, pośród której można było wykazać pasorzyty gruźlicze.

Gdy płwocina nie zawierała laseczników, zmiany anatomiczne zwykle przedstawiały się jako zapalenie płuc lub opłucnej; dwa razy widział autor jamy w płucu, lecz mające wygląd zupełnie odmienny od gruźliczych; zawierały one rzadką, żółtawą ropę, w której mimo najstaranniejszych poszukiwań nie można było odnaleźć laseczników Koch'a.

Najmniejszej różnicy w rozwoju gruźlicy nie spostrzegali K ü s s n e r zależnie od tego, czy do wstrzykiwań użytą była płwocina świeża, tylko co wypłuta, czy też stojąca czas jakiś na powietrzu, czy wreszcie była poprzednio wysuszona, a następnie znów zmieszana z wodą. Mniejsza lub większa ilość laseczników w płwocinie zgoła nie wpływa na szybkość rozwoju, i stopień nateżenia zmian gruźliczych w płucach. Środki przeciwnilne, dodane do płwociny w dość silnym roztworze (1,5—2%), wstrzymywały rozwój gruźlicy.

(*Deutsche medicinische Wochenschr.* 1883 r. N. 36). M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Szanownej Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ czujemy się w obowiązku odpowiedzieć, iż ilekroć razy pismo przechodzi pod inną Redakcyję, która w czemkolwiek bądź nie podziela poglądów swej poprzedniczki, lub zamierza wprowadzić jakieś zmiany w prowadzeniu pisma, wtedy ta nowa Redakcyja publicznie poglądy swe ogłasza — jeżeli tego nie robi, to znaczy, że w niczem nie zmienia kierunku pisma i przyjmuje odpowiedzialność za czyny poprzedniej Redakcyi. W 1-y m N-rze „Kroniki Lekarskiej“ z r. b. znajdujemy grubemi literami odezwę Redakcyi (nowej), opiewającą iż: „Kronika Lekarska wychodzić będzie jak dotąd co 2 tygodnie z tym samym co dawniej programem. Jedyną zmianę stanowi będzie rozszerzenie działu wiadomości bieżących“. Zresztą spotykamy te same nazwiska współwłaścicieli, wypisane na okładce każdego N-ru — nikt nie ubył, nikt nie przybył — wszyscy ci sami; dziwnem więc i niewytłómaczonym może się wydawać, iż to, na co ci sami lekarze zgadzali się przed 1½ rokiem i za co nowa Redakcyja przyjęła odpowiedzialność, obecnie dopiero jest przez nich potępiane. Nie pozostaje nam jak tylko zaznaczyć taki zwrot opinii. Prócz tego, raz jeszcze musimy zwrócić uwagę Sz. Redakcyi Kroniki, iż Jej poglądy na ogłoszenia jak najzupełniej się różnią od naszych, powtarzamy więc raz jeszcze, ażeby nie dać powodu Sz. Redakcyi Kroniki do „rozszerzenia działu wiadomości bieżących“ przez pomieszczenie niesłusznych napaści na naszą Gazetę — że za ogłoszenia wcale nie odpowiadamy, „nie solidaryzujemy się z ogłaszającym i nie poręczamy za dobroć odpowiedniego środka, za sumiennosc ogłaszającego“. Jeżeli zaś Redakcyja Kroniki poręcza za dobroć wszystkich środków, o których ogłasza, lub za sumiennosc wszystkich tych, co przysyłają jej owe ogłoszenia, to prowadzi przez to swe pismo na nowe drogi, jeszcze u nas nieznanie i niewyeksplloatowane, ale na te drogi my poprowadzić się nie damy. Dalsza więc polemika, ze względu na różność zasadniczych poglądów, byłaby zupełnie zbyteczną. Nie będziemy też odpowiadać na wszystkie wątpliwości i kazuistyczne pytania, zadane przez Sz. Redakcyję Kroniki, gdyż, według naszego zdania, przekraczają one granice przyzwoitej polemiki.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablica litograficzna do art. „o wrodzonym połączeniu komórek sercowych“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.



DRAGEES MEYNET
D'EXTRAIT
DE FOIE DE MORUE

Pigułki Meynet
z Ekstraktu
Tranu Rybiego.
Zatwierdzone przez
Paryzką Akade-
miję Medyczną. Zalecane przez wszystkich le-
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigułki Meynet sprze-
dają się w pudełkach albo
we fiakonach. Wyma-
gać na etykiecie znak fa-
bryczny, jak obok, i pod-
pis G. Meynet, niebies-
kim atramentem. *

Skład Hurtowy: **A. Fourny**,
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów

dyjagnostyki lekarskiej

D-ra F. Przewoskiego

prosektora Cesarskiego Warszaw-
skiego Uniwersytetu,

dokonywa wszelkich rozbiorów mo-
czu, służu krwi, nasienia, tkanek pa-
tologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

0-4

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna

NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEZWIĄJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—16



OPNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkiowych
2. " obstrukcyi chronicznej
3. " uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. " febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. " chronicznych w ogóle
6. " lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. " stłuszczeniu
8. " organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—16
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIJA

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—5

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy** do kąpieli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracyi do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30—28

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—24