

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI 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.



MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEWIAJĄCY
wyprobowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjalów aptecznych
i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—17

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMA

DR. MED. HEINRICH
istniejący,

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

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

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, palpacjach, 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 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.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach 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. Zależy regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, 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 trawią się przez osoby najwęższe nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

Zależy 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. W. Gajkiewicz. Kilka uwag o porażeniu jednej z kończyn ciała (*Monoplegia*).—
II. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum
cordis congenita*). (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 26. Z. Kramsztyk. Przejściowy asty-
gmatyzm po wycięciu tęczy. — *Dział sprawozdawczy*. 46. S e h e l l. Gruźlica krtani i jej leczenie.—
Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Sprostowanie — Ogłoszenia.

I. KILKA UWAG O PORAŻENIU JEDNEJ Z KOŃCZYN CIAŁA. (*Monoplegia*).

Spisał

Władysław Gajkiewicz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu żydowskim warszawskim.

Porażenia, ograniczone do jednej z kończyn, nie należą do rzadkości. W prowadzonym przeze mnie oddziale chorób nerwowych mam sposobność spostrzegać ich rok rocznie kilka do kilkunastu przypadków. Prawie zawsze porażenie dotyczy kończyny górnej (*monoplegia brachialis*), nigdy jeszcze nie miałem w mym oddziale chorego, u któregoby dotkniętą kończyną była jedynie kończyna dolna (*monoplegia cruralis*).

Jakkolwiek będzie to odstępieniem od przedmiotu, muszę jednak wyznać, choćby dla własnego usprawiedliwienia się, iż mimo bogactwa materyjału, korzyści naukowej z oddziału nerwowego, utworzonego przed 2½ laty w szpitalu żydowskim, osiągnąć nie można prawie żadnej, do czego prócz innych główną przeszkodą jest niemożność robienia sekcji pośmiertnych. Na zawadzie temu stoi nie przepis religijny, jak to wielu twierdzi i co byłoby łatwiejszem do pojęcia, lecz poprostu zwyczaj, ów zwyczaj, urągający najbardziej nawet postępowym ideom, o przelamaniu którego przez pojedynczą jednostkę (jak to mię własne przekonywa doświadczenie) w zbyt konserwatywnym szpitalu żydowskim trudno nateraz i marzyć. A ileż to przezto marnieje materyjału, który możnaby zużytkować do wyświeccenia nie jednego ciemnego punktu z dziedziny neuropatologii, że wspomnę tylko o kwestyi umiejscowień mózgowych, lub kwestyi zwyrodnień następczych, które tak ważną odegrały już rolę w histologii ośrodków nerwowych.

Po tem krótkim zboczeniu od przedmiotu (choć zastrzegamy sobie pomówić o tej kwestyi na innem miejscu, gdzie również odpowiemy i tym, którzy zapatrują się na szpitale jako na instytucyje czysto humanitarne), powracamy do mono-

plegij i zaczniemy od opisu 3-ech przypadków chorobowych, które nastreczyły nam sposobność do wypowiedzenia tych kilku uwag.

I. Jankiel Kupermann, pisarz prywatny z Łaska, 36 lat mający, wstąpił do oddziału nerwowego 26. II. r. b.. Pochodzi on ze zdrowej rodziny, ojciec jego żyje jeszcze, matka zmarła na cholere, inne rodzeństwo cieszy się również dobrem zdrowiem, żadnego więc momentu dziedzicznego u naszego chorego nie ma. Sam prowadził zawsze życie umiarkowane, alkoholu nie nadużywał, przymiotu i innych chorób (prócz zimnicy) nie przechodził; jest ojcem kilkorga zdrowych dzieci. Opowiada on, iż przed tygodniem, nagle, bez żadnych zwiastunów, bez bólu głowy lub zawrotu, bez utraty przytomności, stracił władzę poruszania ręką prawą, tak w stawach członkowych jak i napięstkowym. Pobiegnął sam do lekarza, który zapisał mu jakieś smarowanie. Mimo jednakże skrupulatnego używania takowego, w 2 godziny później nie mógł już zrobić najmniejszego ruchu całą kończyną górną prawą; widząc, iż po tygodniu nie ma żadnego polepszenia przyjechał szukać porady do Warszawy.

Przy badaniu chorego d. 27. II. r. b. znaleziono: porażenie zupełne mięśni kończyny górnej prawej (*paralysis motoria completa extremitatis superioris*). Chory dowolnie nie może zrobić najmniejszego ruchu i to w żadnym ze stawów tej kończyny. Uniesiona w górę i nie podtrzymywana opada ona całym ciężarem jak ciało obce. Zazwyczaj wisi ona nieruchomo wzdłuż ciała, lub chory nosi ją na temblaku. Mięśnie kończyny porażonej są zupełnie wiotkie; biernie można wykonywać wszelkie ruchy, nie napotykając jakiegokolwiek oporu. Mięśnie są dobrze odżywiane, niezankłe. Czucie wszelkiego rodzaju zachowane. Chory nie tylko że uczuwa najlżejsze dotknięcie, ale i odróżnia jak najdokładniej, gdzie go dotykamy, dalej czy dotykamy palcem lub młotkiem wypukowym, twardym czy miękkim przedmiotem; czuje dobrze i rozróżnia, gdy chuchamy lub dmuchamy mu na rękę. Niezmienione jest również czucie na ból i czucie mięśniowe. Skoro przy zamkniętych oczach nadajemy palcom lub innym częściom kończyny porażonej różne położenia, chory opisuje dokładnie, jakie to jest położenie i naśladuje je wiernie kończyną lewą zdrową. Rozpoznaje on dalej różne przedmioty włożone mu w rękę jak: szpilkę, pióro, młotek wypukowy, pieniądze i t. d.. Odruchy skórne i ścięgnięte w kończynie porażonej są zachowane i takie same jak w lewej zdrowej. Przy badaniu elektrycznością pobudliwości mięśni i nerwów kończyn górnych przekonałem się, iż takowe oddziałują daleko słabiej po stronie prawej. Nie chcąc nudzić czytelnika przytaczaniem wielu liczb, podaję z nich tylko kilka, lecz i te przekonają go dostatecznie o słuszności powyższego twierdzenia. I tak, podczas gdy nerw promieniowy lewy (*nervus radialis sinister*) zostaje pobudzonym do czynności przy użyciu 10 elementów przyrządu Stöhrer'a o stałym strumieniu, to dla nerwu promieniowego prawego potrzeba w tymże samym celu użyć 12 elementów. Dla nerwu pośrodkowego (*nervus medianus*) lewego pierwszy skurcz następuje przy 12 elementach, a dla prawego przy 14. Dla nerwu łokciowego (*nervus ulnaris*) lewego 14 elementów; dla tegoż strony prawej 16 elementów. Z rezultatu badania strumieniem przerywanym przytoczymy: mięśnie powierzchni grzbietowej przedramienia prawego zostają wprowadzone w tężec przy zbliżeniu cewek (ZC) przyrządu Stöhrer'a na 11 podziałek, a lewe już przy ZC=15. Mięśnie powierzchni dłoniowej przedramienia prawego przy ZC=11; lewego przy ZC=14. Mięsień dwugłowy ramienia (*musculus biceps*) prawy ZC=10; lewy przy ZC=15; mięsień kłębu palucha (*mm. thenaris*) prawe przy ZC=12; lewe przy 15. Taki był wynik badania kończyny górnej prawej. W innych narządach nie wykryto nic nieprawidłowego. Żadnych objawów cierpienia ze strony inteligencji, mowy, mięśni twarzy, języka, oczu i innych kończyn.

Badanie oftalmoskopem, dokonane wspólnie z kol. Z. K r a m s z t y k i e m, nie wykazało nic nieprawidłowego w nerwie wzrokowym. Chory nie skarżył

się na ból głowy i takowego nie można było wywołać przez opukiwanie czaszki. W dole pachowym prawym nie wyczuć się nie dawało; nerwy kończyny chorej, dostępne dla badania palcem, niezmiennione w objętości, niebolesne na ucisk. Na wierzchołku serca szmer skurczowy, rozmiary jednak serca prawidłowe. Choremu zalecono lekką derywację na kanał kiszkowy.

Następnych dni stan kończyny górnej prawej nie uległ żadnej zmianie. Kilkakrotnie powtarzane badanie potwierdziło najzupełniej wynik egzaminu dokonanego pierwszego dnia po wejściu chorego do szpitala, a mianowicie iż porażenie ograniczało się jedynie do kończyny górnej prawej, że cierpieniem dotkniętą była tylko sfera ruchowa i że mięśnie i nerwy kończyny porażonej słabiej oddziaływały na elektryczność niż mięśnie i nerwy kończyny lewej. Chory brał w niewielkiej ilości jodek potasu (3j dziennie) i codziennie miał faradyzowane mięśnie porażone. Stan taki bez żadnej zmiany trwał przez 3 tygodnie pobytu chorego w szpitalu, a więc przez 4 tygodnie, licząc od chwili zachorowania. W tym to 3-tygodniowym okresie *status quo* mamy tylko do zanotowania: 1) iż w d. 4. III. b. r. chory miał napad drgawek epileptoidalnych; zaczął się on drgawkami klonicznymi w kończynie chorej, później przeszły one na kończynę dolną prawą, a następnie zajęły i mięśnie twarzowe prawe (twarz wykrzywiona na prawo). Strona ciała lewa nie brała żadnego udziału w drgawkach. Wedle opowiadania posługacza i sąsiadów chorego, oczy i głowa w czasie drgawek były silnie zwrócone na prawo. Napad trwał kilka minut, chory pamięta doskonale wszystkie jego fazy i opisuje je szczegółowo, nie towarzyszyła mu więc utrata przytomności, a po ukończeniu takowego nie było żadnej śpiączki, tylko chwilowe utrudnienie mowy i osłabienie w kończynie dolnej prawej. Przy badaniu jednak dnia następnego (napad miał miejsce wieczorem) żadnych zbieżeń w mowie, ani kończynie dolnej prawej wykryć nie można było. Napady więcej nie powtarzały się. 2) Od d. 7—10. III. r. b. chory miewał codziennie napady zimnicy z silnymi dreszczami, ciepłotą ciała dochodzącą do 39,8° C., bardzo obfitemi potami. Ustały one po zadaniu dużych dawek chininy.

W d. 19. III. pokazały się pierwsze ślady ruchów w obozwładnionej dotąd kończynie górnej prawej, a mianowicie chory mógł unosić ją nieco w górę, zginać trochę w łokciu, napięstku i palcach. W tym czasie (20. III) chorego przedstawiliśmy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Od tej pory z każdym dniem nowe ruchy stawały się możliwymi, a dawne stopniowo coraz obszerniejszemi, siła mięśniowa coraz większa. Dnia 22. III. możliwe były po raz pierwszy ruchy wyprostne w stawie napięstkowym i stawach śródrečno-członkowych (*metacarpo-phalangeae*). Dnia 23. III. chory mógł wziąć flaszkę z lekarstwem ręką prawą i jeść nią i powróciły nadto ruchy odsiebne palców, rozsuwanie ich (działanie mięśni międzykostnych). Dnia 30. III. wszystkie już ruchy były możebne; siła mięśniowa jednak, mierzona dynamometrem, jeszcze nieco słabsza (pomimo, iż to kończyna prawa) niż w lewej. Zaznaczyć tu musimy, iż przez długi czas pomimo powrotu ruchów dowolnych oddziaływanie mięśni i nerwów na elektryczność było zmniejszone. Dopiero 1. IV. r. b. w dniu wypisania chorego ze szpitala nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w kończynie górnej prawej, porównywając ją z lewą co do obszerności ruchów, siły mechanicznej mięśni, oddziaływania na elektryczność.

II. Chorego, dzieje cierpienia którego pokrótce teraz opiszę, obserwowałem po części w oddziale moim szpitalnym, a dłużej jeszcze ambulatoryjnie. P. M. rękawicznik, 36 lat wieku liczący, żadnych chorób w spadku po rodzicach nie odziedziczył, ani własną pracą (alkoholizm, przymiot) nie nabył. Był zawsze zdrów aż do końca 1881. W tym to czasie poczuł mrowienie w kończynie górnej prawej, na które jednak z początku nie wiele uważał, sądząc iż ono przejdzie samo. Rachuba jednak zawiodła chorego, bo powoli do uczucia mrowienia przyłączyło się osłabienie tejże kończyny, które zrazu objawiało się tem, iż chory

przy pracy łatwiej się męczył, nie mógł tak długo jak poprzednio krajać skóry nożycami. Ta łatwość męczenia się i konieczność częstych wypoczynków podczas pracy z biegiem czasu zwiększała się, tak, iż po upływie kilku miesięcy M. musiał zaniechać fabrykowania rękawiczek, a zająć się jedynie ich sprzedażą. W tym czasie chory leczył się, lecz bezskutecznie, elektrycznością, kąpielami w Ciechocinku i przeróżnymi lekami do wewnątrz podawanymi. Po raz pierwszy widziałem go na początku Września 1882 r. Wtedy przy badaniu znalazłem: osobnik dobrze zbudowany i odżywiany, wszystkie narządy funkcjonują prawidłowo. Zboczenia napotyka się tylko w kończynie górnej prawej. Co do ruchów, to stan ich był następujący: ruchy w stawach barkowym i łokciowym odbywają się, przy porównaniu ich ze stroną ciała lewą, prawidłowo, w napiętku zaś i palcami chory porusza powoli, jakby z wysiłkiem, wszystkie jednak rodzaje ruchów są możliwe (ruch zginania, wyprostowania, ksobny, odsiebny, nawrotny i wywrotny w napiętku; ruchy zginania, wyprostowywania i rozsuwania w palcach). Mięśnie kończyny górnej prawej są dobrze odżywiane wiotkie, brak wszelkich przykurczeń (*contracturae*); siła mięśni barku i ramienia prawidłowa, chory mimo znacznego oporu, jaki mu ręką stawiamy, wykonuje wszystkie ruchy w stawie barkowym i łokciowym. Siła mięśni przedramienia i ręki nieco zmniejszona, chory ściska słabo podaną mu dłoń. Badanie mięśni i nerwów elektrycznością nie wykazało żadnych zboczeń. Co do czucia, to takowe w górnej części kończyny nie zmienione, a na ręce czucie na dotknięcie i ucisk osłabione; lekkie dotknięcie chory lepiej i prędzej uczuwa po stronie lewej. Umieszczenie miejsca czucia na ręce prawidłowe. Czucie na ból i ciepłotę tamże niezmienione, również i czucie mięśniowe. Chory rozpoznaje przy zamkniętych oczach, czy dotykamy go palcem lub ołówkiem, lecz prędzej oryentuje się po stronie lewej. Sam się rozbiera, odpina i zapina, sam jada. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane. Kończyna prawa łatwo ziębnie, barwę ma więcej fioletową, zimna. Wedle opowiadania, chory nie mógł jej nigdy w zimie dogrzezać. Mrowienia, jakie było w początkach choroby w kończynie górnej prawej, od pewnego czasu chory już więcej nie doznaje. Natomiast od 3 miesięcy w różnych przedziałach czasu, niekiedy i kilka razy dziennie, przychodzą drgawki kloniczne, ograniczone tylko do cierpiącej kończyny (*epilepsia partialis*), zaczynają się one zawsze ruchami palców. Drgawkom tym nie towarzyszy utrata lub zmniejszenie przytomności; trwają one — wedle słów chorego — kilka minut. Po drgawkach osłabienie kończyny chwilowe jest jeszcze większe. Chory doznaje prawie stałe bólu głowy w okolicy skroniowej lewej; przy opukiwaniu miejsce to jest bolesnem. Badanie oftalmoskopem dokonywane po kilkakroć wspólnie z kolegą Z. K r a m s z t y k i e m nie wykryło nic w tarczy nerwu wzrokowego. Choremu zaleciłem duże dawki bromku potasu (do 5ij *pro die*). Skutkiem zapewne zmniejszenia pobudliwości substancji szarej korowej mózgu pod wpływem tego środka, powoli częstość drgawek kończyny górnej prawej zmniejszyła się, tak, że przemijały tygodnie bez takowych. Podczas kilku napadów chory zauważył, iż prócz mięśni kończyny górnej prawej, drgały i mięśnie twarzowe prawe, lecz drgawki zaczynały się wtedy w palcach.

Chorego straciłem z obserwacji przez kilka miesięcy. Gdy w Styczniu roku bieżącego znów się do mnie zgłosił, znalazłem znaczne pogorszenie. Wykonuje on wprawdzie ruchy w stawie barkowym prawym, ale skoro każemy mu poruszać jednocześnie obiema kończynami górnymi, to uderza zaraz, iż prawą uosi na mniejszą wysokość niż lewą; iż trudniej ją zakłada w tył, iż ruchy obrotowe są wykonywane z większym wysiłkiem, a mniejszym skutkiem na prawej stronie. Podobne różnice napotykamy i w stawie łokciowym, chory zgina, prawda, prawe przedramię i następnie je wyprostowuje, lecz ruchy te odbywa powolniej, na mniejszą odległość niż po stronie lewej. W stawie napiętkowym możliwe są ruchy

lekkiego zgięcia i nawrotu, a bardzo mało tylko ruchy wyprostowania, wywrotne i boczne. Ruchy palcami są bardzo słabe, powolne i niezgrabne; rozsuwanie palców prawie niemożliwe. Siła mięśniowa słabsza znacznie na prawej stronie niż na lewej, szczególnie osłabienie to dotyczy mięśni przedramienia i ręki. Kurczliwość elektryczna mięśni i nerwów niezmienną. Żadnych przykurczeń. Czucie na dotyk i bóle osłabione. Czucie mięśniowe zupełnie zniesione. Chory nie ma pojęcia jak mu ustawiamy palce kończyny górnej prawej. Mając zamknięte oczy, nie rozpoznaje przedmiotów, jakie mu wkładamy w rękę prawą; nie wie, czy to jest tabakierka, czy szpilka, czy pieniądz; przeciwnie rozpoznaje prędko i trafnie ręką lewą. Jadać prawą ręką nie może, również nie jest w stanie wykonywać nią drobnych czynności, nie podniesie szpilki leżącej na stole, nie wyciągnie zegarka z kieszeni prawą ręką a tembardziej nie otworzy go, nie zapnie koszuli na guzik, nie zawiąże sobie krawata. Drgawki w kończynie górnej prawej nie przychodzą; mięśnie twarzowe i kończyny dolne zdrowe.

Chorego obserwowałem znów przez kilka tygodni, a kilkakrotnie powtarzane badanie sprawdziło przytoczone dopiero co wyniki. Ból głowy wciąż istniał. W ciągu tych kilku tygodni ograniczenie ruchów choć powoli lecz wciąż postępowało, zamiast *monoparesis*, z jaką nam się chory po raz pierwszy przedstawił, coraz widoczniejszą stawała się monoplegia kończyny górnej prawej. W początkach Kwietnia r. b. chory zauważył osłabienie kończyny dolnej prawej, łatwe męczenie się jej i zmieniony chód. W d. 15. V. b. r. przedstawiłem go na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego; stan wtedy był następujący: z ruchów kończyny górnej prawej pozostało lekkie unoszenie w górę, zginanie i wyprostowywanie w łokciu, lecz, powtarzamy, ruchy te są bardzo ograniczone. Ruchy w napiętku i palcach zupełnie niemożliwe. Czucie na dotyk, ucisk, ból, czucie mięśniowe zniesione. Odruchy zachowane; w kończynie dolnej prawej osłabienie ruchów w stawie golenio-stopowym i palcach. Chory nie rozpoznaje, czy dotykamy palców jego nogi szklanką, czy ołówkiem lub szpilką. Na goleni i udzie czucie zachowane. Odruchy istnieją. Przy chodzeniu chory powłóczy nogą, stopy nie unosi w górę, lecz lekko zwieszoną ciągnie wraz z całą kończyną naprzód, przyczem wykonywa silne ruchy w stawie udowym (tak zwany chód paralityczny). Znaleźliśmy wówczas nadto lekkie osłabienie (*paresis*) mięśni twarzowych dolnych prawych, widoczne przy mówieniu, śmianiu się, pokazywaniu zębów. Inteligencyja zachowana, chory pamięta najdokładniej każdy szczegół choroby i opowiada go dobrze. Drgawek nie bywa; ból głowy stale jest umiejscowiony w lewej górnej okolicy ciemieniowo-skroniowej i zwiększa się przy pukaniu w to miejsce.

Chory z własnej inicjatywy pojechał do Ciechocinka. Po powrocie z tamtąd widziałem go d. 7. VII. r. b. z kol. R o s e n f e l d e m; zastałem go wtedy leżącego w łóżku w stanie zupełnej apatii, nieprzytomnego, porażenie przybrało jeszcze widoczniejszy charakter połowicznego bezwładu (*hemiplegia*). Mocz oddaje pod siebie; od czasu do czasu drgawki ogólne. Zaleciliśmy choremu wcieranie maści szarej 33 na dzień. Po 15 wcieraniach stan ogólny poprawił się, przytomność powróciła zupełnie. W d. 31. VIII. r. b. widziałem chorego po raz ostatni, przyszedł sam do mego mieszkania. Ruchy w połowie ciała prawej znacznie poprawiły się, w twarzy porażenia żadnego nie ma, kończyna dolna nieco przy chodzeniu cięższa niż lewa. W kończynie górnej prawej lekka *paresis* ruchów, bardzo widoczna przy porównaniu z kończyną lewą. Zaburzenia czuciowe opisane istnieją również, tylko w daleko mniejszym stopniu. Szczególniej czucie mięśniowe mocno osłabione. Chory pić może prawą ręką, ale inne ruchy małe (podnoszenie szpilki, zapinanie guzików i t. d.) utrudnione.

III. S. M. piernikarz, 43 lat liczący, wszedł do szpitala 1. VI. r. b.. Żadnych chorób dziedzicznych; przymiotu nie miał, oprócz na ostry gościec stawowy przed kilku laty, nigdy nie chorował. Przed 3-ma miesiącami dostał przykraj

sensacyi i lekkiego osłabienia w kończynie górnej prawej, które mimo używania różnych lekarstw nie ustępowały.

Status praesens. Jeśli każemy jednocześnie unieść w górę obie kończyny górne, to dostrzegamy, iż lewą kończynę unosi chory szybko i zupełnie aż do linii prostopadłej do poziomemu, prawą zaś z trudnością, powoli i nie wiele wyżej nad linię równoległą do poziomemu. W ten sposób porównawczy badając, znaleźliśmy, iż jakkolwiek chory wykonywać może wszystkie ruchy kończyną górną prawą, to jednak są one daleko słabsze i powolniejsze niż po stronie lewej. Stosunkowo najwięcej ograniczone są ruchy palcami, a mianowicie zginanie ich i rozsuwanie. Siła mięśni kończyny górnej prawej zmniejszona. Stawiając opór ręką, chory nie może wyprostować zgiętego w łokciu przedramienia i odwrotnie nie może go zgiąć, jeśli stosunkowo nawet nie bardzo silnie będziemy mu przeszkadzali, trzymając przedramię wyprostowanym. Ucisk ręką, mimo iż to jest prawa, jest bardzo niewielki. Chory nie jada ręką prawą. Żadnych przykurczeń nie ma; mięśnie wiotkie, dobrze oddziałują na strumień elektryczny stały i przerywany. Badanie elektrycznością nerwów kończyny górnej prawej nie wykrywa podobnie żadnych zboczeń. Czucie na dotyk, ucisk, ból i ciepłość prawie niezmienione, różnica pod tym względem ze stroną lewą bardzo nieznaczna. Czucie mięśniowe mocno osłabione, chory przy zamkniętych oczach nie wie, jakie położenie nadaliśmy jego palcom prawym i nie może tych ruchów naśladować palcami lewymi. Nie rozpoznaje on, co mu wkładamy w rękę (pióro, łyżkę, szklanekę, pieniądz), a ręką lewą czyni to dobrze. Drobnie ruchy ale skomplikowane jak: zapinanie, pisanie, podnoszenie ze stołu małych przedmiotów i t. d. są albo zupełnie niemożliwe, albo odbywają się z ogromnym wysiłkiem, powoli i niezgrabnie. Odruchy skórne i ścięgnowe zachowane, te ostatnie nieco silniejsze na prawej stronie. Ręka prawa zimniejsza, fioletowej barwy, niekiedy bywa opuchnięta. W nerwach czaszkowych żadnych zboczeń. Kończyny dolne zdrowe; chory rozwinięty umysłowo, pamięć ma dobrą, mowa niezmieniona; żadnego bólu głowy; w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego, tylko w sercu szmer skurczowy na wierzchołku, wada jednak serca dobrze jest kompensowana.

Ponieważ w dalszym przebiegu choroby nie zaszło nic nowego, powiemy więc krótko, iż codziennie faradyzowaliśmy mu mięśnie kończyny cierpiącej i podawaliśmy do wewnątrz w małej ilości jodek potasu. Po kilkunastu dniach takiego postępowania ruchy w kończynie górnej prawej powoli zaczęły powracać do stanu prawidłowego, najpierw w stawach barkowym i łokciowym a następnie w napiętkowym i palcowych. Jednocześnie z powrotem ruchów ustępowały zaburzenia czuciowe, tak, że po 6-ciu tygodniowym pobycie w szpitalu, chory wypisał się (12 Lipca r. b.) zupełnie zdrowy. (D. n.)

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

II. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisał

Henryk Pacanowski

Asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40).

Porównyując przebieg kliniczny z danymi, przy oględzinach pośmiertnych otrzymanymi, przekonywamy się, że rozpoznanie nasze o tyle było słusznem, o ile przyjęliśmy objawy ogólne, oraz zmiany w moczu jako zależne nie od cier-

pienia nerek, lecz od wady serca; lecz ani rodzaj (wrodzona czy nabyta), ani siedlisko takowej należycie określone nie zostały. Istnienie połączenia obu komórek sercowych było dla nas prawdziwą niespodzianką. Jakże bowiem przypuścić wadę wrodzoną u człowieka, który przez lat 47 żył pośród najgorszych pod każdym względem warunków zdrowotnych, którego cała organizacja nie okazywała żadnego niedorozwoju (*hypoplasia*), który wreszcie od kilku dopiero lat czuł się chorym.

Bardzo rzadko udaje się podobny stan rozpoznać, jak to zresztą większa część autorów przyznaje otwarcie. Feréol¹⁾ opisał przypadek wrodzonego otworu przegrody międzykomórkowej, jakoby za życia chorego przezeń rozpoznany i to jedynie na zasadzie umiejscowienia szmeru w okolicy mostka. Lubo nie mamy powodu powątpiewać o rzetelności słów autora, jednak rozpoznanie to przypisać raczej należy domysłowości jego, aniżeli upatrywać w podobnym umiejscowieniu szmeru jakąś wartość rozpoznawczą. Stwierdzonem zostało od dawna, iż nie istnieją żadne charakterystyczne wskazówki, które by nasuwały przypuszczenie obecności u danego osobnika tej czy owej wrodzonej wady serca. Pominąwszy zdanie Dubois²⁾, utrzymującego, iż wysłuchując bicia serca u płodu, rozpoznawał szmer już w łonie matki, możemy z niejakiem prawdopodobieństwem przypuścić wadę wrodzoną w tych tylko rzadkich przypadkach, gdy dziecię natychmiast lub wkrótce po urodzeniu, bez widocznej ku temu przyczyny, odznacza się bądź włąką budową ciała i ogólnym niedorozwojem, bądź sinicą, dusznością, krwiopluciem i t. d.. Niekiedy rodzice sami zwracają uwagę lekarza na okolicę sercową, w której jakoby spostrzegli tętnienie lub nawet słyszą szmery. W naszym przypadku chory miewał wprawdzie bicie serca od dzieciństwa, a nieraz, gdy uległ wzruszeniu pod wpływem gniewu lub wyskoku, słyszał było coś podobnego do „podmuchu“, lecz o tym fakcie dowiedziałem się niestety od żony chorego dopiero po dokonanych oględzinach pośmiertnych. W każdym razie, jeśli nam się zdarza spostrzegać chorobę sercową u dziecka, możemy naówczas z większem daleko prawdopodobieństwem przyjąć istnienie wady wrodzonej i to częściej prawego serca, ponieważ dzieci w pierwszych latach życia o wiele rzadziej podlegają chorobom, które zwykły za sobą następować wadę lewego serca pociągając, np. reumatyzmowi. Przeciwnie bywa u człowieka dorosłego. Tu i dłuższe życie i większe narażenie się na zewnętrzne wpływy szkodliwe pozwalają raczej rozpoznawać wady nabyte lewego serca.

Niekiedy jednak wrodzone choroby sercowe przez długie lata, a nieraz i życie całe przebiegają bez żadnych cech zewnętrznych. Dzieci rozwijać się mogą prawidłowo; nie występuje ani sinica, ani obrzęki i t. p., bo istnieje dostateczne zrównoważenie krążenia. Inym razem podobne objawy występują nagle skutkiem wpływów przypadkowych, u ludzi poprzednio zdrowych na pozór, nie okazujących żadnych widocznych zaburzeń. Tak np. Corvisart i Bou-

¹⁾ Feréol. Union médicale. 1831. Nr. 130—132.

²⁾ Arch. gén. de Méd. 1832 T. 28 i u Friedberg'a. Angebor. Krankh. des Herzens. Leipzig. 1844. str. 140.

illaud¹⁾ spostrzegali występowanie pierwszych objawów po ostrych chorobach gorączkowych, lub pod wpływem traumatyzmu. Ribes opisał przypadek wrodzonego otworu w przegrodzie komórkowej, gdzie oznaki wady tej zjawily się poraz pierwszy u chłopca 3-letniego skutkiem zbyt mocnego uściśnienia ręki, co wywołało dotkliwy ból.

Objawy ze strony serca, spostrzegane u naszego chorego były następujące:

1. Szmer skurczowy. Słyszeliśmy go najwyraźniej u wierzchołka serca i w kierunku mostka na wysokości mniej więcej IV-go żebra; drugi ton był czystym i jasnym. W miejscu wysłuchiwania tętnic szmer był nierównie słabszym, a w tętnicach szyjowych wcale nie istniał. Sądząc przeto z jego największego nateżenia, musielibyśmy go przypisać jednemu z otworów żylnych, prawemu lub lewemu. Lecz i tu niepodobna go było w jednym punkcie umiejscowić, gdyż rozpościerał się na znacznej przestrzeni, w całej dolnej połowie okolicy przedsercowej. Najprawdopodobniejszą zapewne przyczyną szmeru było przepływanie strumienia krwi przez zwężony lejek (*conus*) tętnicy płucnej, a w szczególności przez dolny jego otwór na wysokości zastawki trójdzielnej, łączący go z jamą prawej komórki, do wzmocnienia zaś szmeru przyczyniało się także drganie strun przedniego listka zastawki trójdzielnej w chwili przepływania krwi przez otwór w przegrodzie.

Szmer rozkurczowe wydarzają się przy wrodzonych brakach przegrody komórkowej bardzo rzadko; większa część autorów mówi o szmerze skurczowym; co się tyczy jego *punctum maximum*, t. j. miejsca największego nateżenia, zdania są podzielone. Schrötter²⁾ np. w swoim przypadku słyszał go najwyraźniej w drugim i trzecim międzyżebrzu prawem; przy oględzinach znalazł zwężenie tętnicy płucnej i otwór w przegrodzie, bez żadnych wszelako zmian na zastawkach. Lambl³⁾ słyszał szmer głównie na lewym brzegu mostka w trzecim międzyżebrzu. Według Duscha⁴⁾ szmer bywa najwyraźniejszym u podstawy serca, niekiedy w drugim lewym międzyżebrzu, albo w miejscu połączenia czwartego lewego żebra z mostkiem. Oprócz tych przypadków znane są także inne, gdzie szmeru wcale nie było; stwierdził to kilkakrotnie Schrötter, Kussmaul⁵⁾ w pierwszym swym przypadku, wreszcie i ja niedawno to samo w klinice naszej spostrzegalem. Był to chory z objawami przewlekłego nieżytku oskrzelowego i rozedmy płuc, do których na krótko przed śmiercią przyłączyła się ogólna puchlina; tony serca słabe, lecz czyste; moc białka nie zawierał. Nie mogliśmy sobie inaczej puchliny wytłómaczyć, jak tylko rozedmą płuc, zwłaszcza, iż osobnik był starym, ze zwyrodniałemi tętnicami. Tymczasem przy sekcji znaleźliśmy dwa tętniaki aorty wstępującej

¹⁾ Ecker. Beschreibung einiger Fälle von anomaler Communication der Herzvorhöfe etc. Freiburg. 1839. str. 27.

²⁾ Schrötter. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. etc. str. 756.

³⁾ Lambl. Aus dem Franz-Joseph's Kinderspitale in Prag. 1860 str. 102.

⁴⁾ Dusch. Choroby serca w przekładzie rossyjskim. str. 282.

⁵⁾ Kussmaul. Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. (Zeitschrift f. ration. Med. von Heule u. Pfeuffer. 1866. Tom. 26, str. 111).

w kształcie guzów jeden po nad drugim, wypełnionych staremi, stwardniałymi skrzepami włókniaka. Dolny guz mieścił się tuż ponad ujściem aorty i tak znacznie wystawał w kierunku tętnicy płucnej, że lejek jej był znakomicie zwężonym.

Jeśli przeto umiejscowienie szmeru przy wrodzonych otworach w przegrodzie międzykomórkowej bywa tak różnorodnem, a niekiedy wcale go nie słychać, musimy to przypisać indywidualnym różnicom, jakie każdy po szczególe przypadek okazuje. W jednych więc zależy on może od pnia tętnicy płucnej, w innych od lejka tejże; dalej od zmian na zastawkach otworów żylnych, lub wreszcie od nieprawidłowego ustawienia tętnic i t. p.

2) **P r z e r o s t k o m ó r k i p r a w e j.** Przy wrodzonych otworach przegrody komórkowej wraz ze zwężeniem tętnicy płucnej częściej spostrzegano przerost odśrodkowy (*hypertrophica excentrica*—K u s s m a u l, R o k i t a n s k y), aniżeli dośrodkowy (*concentrica*—S c h u l e r). W naszym przypadku komórka prawa była dośrodkowo przerosłą i znacznie przechodziła grubością swych ścianek lewą komórkę. W jaki sposób przerost się rozwija, na to rozmaici autorowie odmiennie się zapatrują.

Jedni (M e y e r ¹⁾) przypisują go zwężeniu tętnicy płucnej o tyle, że skutkiem tego krew, nagromadzona w komórce, nie może w całości swobodnie być wydaloną; część jej musi się skierować do komórki lewej przez otwór w przegrodzie. To pociąga za sobą zwiększoną pracę komórki, która też niebawem przerasta. Inni natomiast sądzą, iż przerost powstaje wskutek przejścia krwi odwrotnie z lewej komórki do prawej i dopiero w ten sposób powiększona zawartość ostatniej wywołuje przerost takowej. Tak więc, czy inaczej, komórka przerasta w następstwie zwiększonej pracy, usiłując przewyciężyć zastój w obrębie małego krążenia.

3. **A r y t m i j a.** Pod tą nazwą rozumiemy nie w równych odstępach czasu i nie z jednakową siłą odbywające się skurcze serca i uderzenia tętna. Odróżnić więc właściwie trzeba nierównomierność tętna od nierównomierności ruchów serca. Pierwsza jakkolwiek do pewnego stopnia stoi w związku z nierównomiernością uderzeń sercowych (*pulsus deficiens*), jednakże z drugiej strony może istnieć niezależnie od serca, którego ruchy odbywają się prawidłowo. Mianowicie przy zbyt słabych skurczach serca albo też przy znacznem zwężeniu ujścia aorty i t. p. tętno w tętnicy sprychowej może być tak małym, że niektóre fale stają się niewyczuwalnemi (*pulsus intermittens*). Daleko ważniejszą jest arytmija s e r c a. Polega ona na przedłużonym rozkurczu lub takiejże przerwie pomiędzy jednym rozkurczem, a następnym skurczem serca. Napotykamy ją zarówno przy chorobach serca, jakoteż i innych, w których serce samo nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Z rzędu pierwszych najczęstszą przyczyną arytmii bywają wady zastawkowe, szczególnie niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego otworu żylnego; rzadziej przy jednostronnym przeroście komórkowym—prawym czy lewym; przy zapaleniu mięśnia sercowego, lub osierdzia; zwyrodnieniu tętnic wieńcowych, niekiedy przy ogólnem

¹⁾ M e y e r. Ueber angeborene Enge oder Verschluss der Lungenarterienbahn. Virchow's Archiv. Tom. 12, str. 520.

stwardnieniu tętnic ustroju. Zależy ona także od rozszerzenia jam serca skutkiem niewystarczającego zrównoważenia wad zastawkowych; następuje wtedy przepełnienie prawego serca oraz dróg krążenia płucnego, obok niedostatecznego napełnienia lewej komórki i całego układu tętniczego, w połączeniu z osłabioną czynnością mięśnia sercowego (F r i e d r e i c h).

Z chorób innych napotykamy arytmiję: 1) przy cierpieniach narządów jamy brzusznej (*colica hepatica, enteralgia, meteorismus, stipsis habitualis, ovarialgia*). 2) Przy cierpieniach układu nerwowego: w chorobach mózgowia, a także przy histeryi; dalej w zależności od nieprawidłowej czynności spłotu sercowego (*plexus cardiacus*), nerwu błędnego i współczulnego (w okresie zdrowienia po durzycy, po długim poście, w okresie rozwoju płciowego). 3) Pod wpływem niektórych środków lekarskich: przy nadmiernem użyciu naparstnicy, nikotyny, kofeiny, teiny; przy alkoholizmie i t. p.. Z tego krótkiego przeglądu widzimy, jak licznymi i wielostronnymi są postaci chorobowe, w których napotykamy arytmiję. W naszym przypadku na jej powstawanie złożyło się prawdopodobnie kilka warunków; ze strony serca: zwężenie lejka tętnicy płucnej, kolosalny przerost komórki prawej; obok tego skutki nadużywania wysoko, przewlekłe zaparcie stolca, a w części może przekrwienie zastojowe w mózgu z następczym uciskiem, wywieranym przez spłoty żyłne na dno czwartej komórki mózgowej w punkcie umieszczenia ośrodka nerwu błędnego. Każda z tych przyczyn wszelako, oddzielnie wzięta, nie byłaby w stanie arytmii uwarunkować.

4) S z m e r t a r c i a, odpowiadający skurczowi, wyczuwany u naszego chorego doskonale przez położoną na okolicę wierzchołka serca rękę, pochodzić może zarówno z wnętrza serca, jakoteż z osierdzia. W pierwszym razie nazywa go F r i e d r e i c h pomrukiem kocim. Zdaje się, iż zależał on od wzajemnego stykania się, obu listków osierdzia, mianowicie zgrubień ścięgniastych wewnętrznego listka (*epicardium*), wytworzonych przez tarcie przerosłej prawej komórki o listek zewnętrzny. Objaw ten zaznaczam jedynie dla tego, że już B o u i l l a n d ¹⁾ o nim przy wrodzonych brakach w przegrodzie komórkowej wspomina.

5) S i n i c a (*cyanosis*). Dawniej poczytywano ją za nieodłączny objaw wrodzonych wad serca; lecz mniemanie to, raczej na teoretycznych wnioskach, niż spostrzeżeniach klinicznych oparte, wkrótce odrzuconem zostało. Opierało się tu głównie na wzajemnem mieszaniu się krwi w takich np. przypadkach, gdzie istniało połączenie obu komórek sercowych za pomocą otworu w przegrodzie, a także przy odwrotnem ustawieniu obu tętnic, t. j. gdy aorta wychodziła z prawej, tętnica płucna z lewej komórki, lub gdy obie z jednej i tej samej—prawej czy lewej—komórki wychodziły. Jednakże wiemy, iż częstokroć w takich zboczeniach sinicy wcale nie ma przez całe życie. W i l s o n ²⁾ opisał u dziecka serce, złożone z jednego przedsionka i jednej komórki, z której wychodził jeden tylko wspólny pień tętniczy, dzielący się dalej dopiero na dwie połowy (aortę i tętnicę płucną); jakkolwiek w tym razie cała krew ustroju

¹⁾ F r i e d b e r g, loco cit. str. 139.

²⁾ E e k e r, l. c. str. 75.

mieszała się z sobą, jednak nigdy nie zauważono sinicy. Ciekawszemi jeszcze są te przypadki, w których tętnice, zamiast z aorty, wychodzą z tętnicy płucnej, w których przeto zawsze tylko krew żylna krąży; w opisie *Breschet*'a ¹⁾ na przykład, mimo że lewa tętnica podobojczykowa brała początek z tętnicy płucnej, lewa ręka w niczem się od prawej nie różniła. Oprócz spostrzeżeń na chorych, robiono także odnośne doświadczenia (*Bichat*), z których pokazało się, że np. dwa różnokolorowe płyny wstrzykiwane do przedsiódek przy otwartem *foramen ovale* z jednakową siłą i jednocześnie nie mieszają się z sobą ²⁾. *Cloquet*, *Louis*, *Ecker* utrzymują, że mieszanie się krwi wtedy chyba tylko daje sinicę, skoro w obu komórkach nierówna siła działa na jej wydalenie, t. j. gdy ścianki nie są w odpowiednim do siebie stosunku grube; podług *Friedberg*'a zaś i to jeszcze nie wystarcza: sinica nie nastąpi dopóty, póki obok otworu, łączącego obiedwie komórki, nie będą istniały inne jeszcze zbożenia w drożności wielkich pni tętnicznych, jako to zwężenie tętnicy płucnej, choroby płuc i t. d..

Wykluczwszy mieszanie się krwi jako przyczynę, wywołującą sinicę, inni objaśniają takową niedostatecznem utlenieniem krwi wskutek utrudnionego jej dopływu do płuc przy zwężeniu tętnicy płucnej (*Bamberger*). Również *Rosenstein* ³⁾ utrzymuje, że zaburzenia w sprawie oddechania są pierwszym warunkiem powstawania głębszych zmian we krwi, która, zatrzymując się dłużej w naczyniach włosowatych, oddaje tkankom większą ilość tlenu i otrzymuje większą ilość kwasu węglanego; przeciwnie zaś w płucach otrzymuje mniej tlenu i oddaje mniej kwasu węglanego.

Jednakże niedostateczne utlenienie nie zawsze da się należycie usprawiedliwić i dla tego *Schrotter* przyznaje mu znaczenie drugorzędne; natomiast zarówno on, jak i inni autorowie, za główną przyczynę sinicy poczytują ogólny zastój krwi w całym układzie żylnym skutkiem przeszkód, napotykanym w prawem sercu. Zastój ten przeważnie uwydatnia się w naczyniach włosowatych, w których nawet przy prawidłowych stosunkach istnieje największe ciśnienie oboczne.

W spostrzeganym przezemnie przypadku sinica wystąpiła bardzo późno; przynajmniej chory, pytany, jak długo by trwała, odpowiadał, że ją dopiero od kilku miesięcy zauważono. Zatem do ostatniej niemal chwili zrównoważenie krążenia (*compensatio*) było wystarczającym. Sinica była nader wydatną nie tylko na ogólnych powłokach ciała (twarzy, dłoniach, stopach), lecz oględziny pośmiertne stwierdziły ją także w narządach wewnętrznych: mięsaszowych (wątroba, nerki), na błonach śluzowych i surowiczych.

Najważniejsze miejsce zajmuje sinica nerek, która jest bardzo charakterystyczną dla wad sercowych (tak zwana przez Francuzów — *rein cardiaque*), i objawiała się u naszego chorego białkomoczem. Ostatni ma tu tem większe znaczenie, iż w pierwszej chwili nasuwał podejrzenie istnienia choroby

¹⁾ *Breschet*, *ibid.* str. 75.

²⁾ *Friedberg*, *l. c.* str. 126.

³⁾ *Rosenstein*, *Ziemssen's Handbuch der Spec. Pathol.* str. 124.

Bright'a. Gdy choroby nerek nie były jeszcze tak wszechstronnie, jak dziś, opracowane, białkomocz częściej przypisywano stanowi zapalnemu nerek. Wiemy jednakże obecnie, iż pogląd taki jest mylnym. Białkomocz trwać może nieprzerwanie przez całe tygodnie nawet, co niekiedy napotykaemy u suchotników, a przy oględzinach pośmiertnych żadnych zmian zapalnych, prócz zastoiny w nerkach, nie znajdujemy. Oprócz tego istnieje obszerna grupa chorób, w których białkomocz trwa przez kilka dni, lub kilka godzin zaledwie (*transitorische Albuminurie*); tu należą ostre choroby gorączkowe, *enteralgia*, zmęczenie po dłuższej przechadzce, niektóre pokarmy i t. d.. Nerki w takich razach pozostają bądź zupełnie prawidłowemi, bądź okazują lekkie zmętnienie protoplazmy w komórkach nabłonkowych, niekiedy pod drobnowidzem tylko rozpoznąć się dające.

Z błon śluzowych wyróżniały się fioletowem prawie zabarwieniem tchawica, oskrzela i przełyk. Szczególniej w tchawicy i oskrzelach błona śluzowa posiadała cechy charakterystyczne dla choroby serca. Obok innych oznak nieżyłowego zapalenia mieliśmy niezwykle przerost całej błony, której grubość dosięgała 2 milim.. Na zaznaczenie zasługuje, iż chory nie miał krwotoków które często przy wadach sercowych bywają spostrzegane, zwłaszcza z dróg oddechowych. Tylko w żołądku znaleźliśmy drobne wynaczynienia pomiędzy fałdami błony śluzowej.

Z błon surowiczych sinica była bardzo wyraźną w oponach mózgowych, osobliwie miękkiej, która posiadała barwę ciemnoczerwoną nie tylko na powierzchni zwojów, lecz i w brózdkach. Cały mózg wraz z oponami przypominał obraz, jaki zwykliśmy spotykać u pijaków, z tą różnicą jedynie, iż nie było wyraźnego obrzęku opon mózgowych, jakby należało się spodziewać. W każdym razie nadmierne używanie wysokoju zapewne sinicę jeszcze potęgowało.

Przy tej sposobności wspomnę o padaczkowych jakoby napadach, trwających u chorego przez lat 17-cie i będących prawdopodobnie w związku z zastojem w mózgowiu, oraz o wzmiance chorego, jakoby kilkoro dzieci zmarło w pierwszych latach życia skutkiem chorób drgawkowych. Usposobienie dziedziczne do wrodzonych wad serca zaprzeczyć się nie da; z drugiej strony niektórzy, jak np. D u s c h, mówiąc o wrodzonych brakach w przegrodzie komórkowej, zwracają uwagę na występowanie drgawek u dzieci.

Przypadek nasz należy do niezmiernie rzadkich ze względu na wiek chorego (47 lat), oraz warunki, w jakich pozostawał. Na 82 przypadków, podanych w tablicach M e y e r'a ¹⁾, znajdujemy jeden tylko (B r e s c h e t'a i B e r t i n'a) opis osobnika, zmarłego w 57 roku życia. D u s c h opisuje wadę wrodzoną u człowieka 65-letniego. Wszystkie inne wcześniej, niż nasz, zakończyły się śmiercią. U R o k i t a n s k y'ego najstarszy osobnik miał lat 30; 2 zmarli w 25 roku. K u s s m a u l ²⁾ podaje niektóre cyfry o długości życia przy rozmaitego stopnia zwążeńiach tętnicy płucnej.

¹⁾ l. c. str. 497.

²⁾ l. c. str. 165.

Warunki życia naszego chorego były pod każdym względem najgorsze. Zajęcia jego wymagały ciężkiej pracy; oddawał się pijanstwu; odznaczał się usposobieniem gwałtownem i porywczem; mieszkanie i pożywienie były nędzne. A jednak mimo to wszystko, wbrew powszechnie ustalonemu zdaniu, iż ustrój nie rozwija się należycie, że czynności płciowe rozpoczynają się późno, chory był dobrze zbudowanym, do ostatniego prawie czasu czuł się zdrowym i, ożeniwszy się w 21-ym roku życia, miał 14-ro dzieci.

Przechodzę obecnie do rozpatrzenia anatomicznej strony naszego przypadku. Najbardziej charakterystycznym zбочeniem był tu otwór w przegrodzie międzykomórkowej oraz zwięzenie lejka tętnicy płucnej; inne zmiany, jakkolwiek w bezpośrednim z nimi związku przyczynowym pozostają, jednakże są mniejszej wagi i przeważnie zależą od wyżej wymienionych.

Przegroda komórkowa serca (*septum ventriculorum*) jest to, jak wiadomo, ścianka mięśniowa, pokryta listkami wsierdzia obu komórek, z wyjątkiem niewielkiego miejsca w górnej połowie, w pobliżu podstawy serca, tworzącego tak zwaną część błoniastą przegrody (*pars membranacea septi*). Chociaż Thurnam¹⁾ w r. 1838 pierwszy zwrócił na tę błonę uwagę, jako na istniejącą w każdym prawidłowo zbudowanym sercu, a więc jako na jego nieodłączną część składową, dopiero znacznie później Hauschka²⁾ sobie nieślusnie zasługę odkrycia jej przypisał. Dlaczego błona ta przez długi czas nie była znaną anatomom, musimy chyba tem usprawiedliwić, że może ona u rozmaitych ludzi przedstawiać odmienną budowę i wielkość. Według Hauschki część błoniasta składa się wyłącznie tylko z dwóch przylegających do siebie wzajemnie listków wsierdzia prawego i lewego serca, bez żadnej pośredniej warstwy mięśniowej, jak w pozostałych częściach przegrody; jest ona przytem tak cienką i przezroczystą, że podłożony pod nią palec doskonale prześwieca. Jednakże Gruber na 10 przypadków znajdował raz jeden pomiędzy listkami wsierdzia włókna mięsne w postaci pojedynczych, siatkowato przeplatających się beleczek, lub też w kształcie całkowitej nieprzerwanej warstwy.

Albini uważa część błoniastą za mocną, ścięgnistą błonę, której odzielne pęczki są w bezpośrednim związku z włóknami mięśniowemi przegrody komórkowej. Reinhard³⁾ opisał część błoniastą od strony lewej komórki w postaci trójkąta, podstawą ku wierzchołkowi serca obróconą, a szczytem ku ujściu aorty; leży ona bezpośrednio pod kątem, utworzonym między prawym i tylnym listkiem zastawki aorty z jednej, a wypukłym jej obwodem z drugiej strony. W prawej komórce część błoniasta ma kształt okrągły; przyczepia się do niej wewnętrzny listek zastawki trójdzielnej, którego struny ścięgniste

1) Rokitan sky. Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien. 1875. str. 61.

2) Hauschka. Ueber Durchbruch des Septum ventriculorum. (Wiener med. Wochenschrift 1855. Nr. 9).

3) Reinhard. Zur anat. und path. Kenntniss der Pars membranacea (Virch. Arch. B. 12. str. 133).

po części błonę tę pokrywają i nawet do niej są przyczepione. Dolny brzeg części błoniastej okolonym jest bardzo wydatnym waleczkiem mięśniowym.

O przeznaczeniu i pochodzeniu jej wiemy dotąd niewiele. Lindes¹⁾ poczytuje ją za dalszy ciąg przegrody pnia tętniczego wspólnego (*septum trunci arteriosi communis*) u płodu, część, rozwijającą się na ostatku, po zupełnem rozdzieleniu tegoż pnia na aortę i tętnicę płucną. Rokitański²⁾ odpiera zdanie Lindesa, widział bowiem serca, w których część błoniasta nawet wówczas rozwija się w zupełności, gdy pień naczyniowy wspólny pozostaje nierozdzielonym, t. j. gdy zamiast aorty i tętnicy płucnej istnieje jedna tylko wspólna obu komórkom tętnica. Według Rokitańskiego więc część błoniasta, położona między prawym i tylnym listkiem zastawki aorty, ma jakoby znaczenie ścięgnistego przyczepu dla przegrody komórkowej, stanowiącego przedłużenie włóknistego pierścienia ujścia aorty (Luschka), który wyrasta w kierunku przegrody.

Braki częściowe przegrody (*defectus septi ventriculorum*) pochodzić mogą z rozmaitych przyczyn: 1) są wadami rozwojowymi, t. j. powstałymi skutkiem nieprawidłowego kształtowania się serca; 2) skutkiem zapalenia z następczem zwężeniem w obrębie tętnicy płucnej lub jej lejka (*conus art. pulm.*); 3) bywają wynikiem spraw zapalnych przegrody komórkowej (*endo- et myocarditis septalis*), zarówno u płodu jakoteż w życiu pozamiacicznym. Po takim zapaleniu (z utworzeniem ropnia) tworzy się zamiast tkanki mięśniowej tkanka bliznowata, która nie posiada własności kurczenia się podczas czynności serca i nie jest w stanie przeciwstawić dostatecznego oporu ciśnieniu krwi; następuje owrzodzenie i wypuklenie, zazwyczaj w części błoniastej, a niekiedy i przedziurawienie.

Każdego, kto obserwował lub czytał opisy braków częściowych przegrody komórkowej, zastanowić musi fakt, że niemal zawsze mieszczą się one w górnym odcinku, blisko podstawy serca; w wyjątkowych tylko razach bliżej wierzchołka lub w środku przegrody. Niektórzy przypisują to obecności w tem miejscu części błoniastej, która okazuje najslabszy opór mogącym się wydarzyć sprawom patologicznym; nowsze wszelako badania Rokitańskiego nie w każdym przypadku stwierdziły słuszność takiego mniemania.

Aby ułatwić zrozumienie siedliska braków częściowych przegrody, Rokitański³⁾ dzieli ostatnią na 3 części, które na przekroju poziomym podstawy serca idą w następującym porządku: 1) przegroda tylna, między obudwoma ujściami żylnymi (przedsionkowo - komórkowemi); 2) średnia, *pars membranacea septi*; 3) przednia przegroda, poczynająca się od obwodu prawego listka zastawek aorty i zaginając się nieco w lewo, idąca ku przodowi do tętnicy płucnej. Dzieli się ona ze swej strony na dwie połowy: przednią i tylną. Pierwsza jest umieszczoną pomiędzy ujściami obu tętnic (aorty i płucnej), tworząc jednocześnie tylną ściankę lejka tętnicy płucnej. Tylny dział przedniej przegrody,

1) Lindes Beitr. zur Entwicklungsgeschichte des Herzens. Dissert. Dorpat. 1865.

2) Rokitański y. l. c. str. 62.

3) Rokitański y. l. c. str. 57.

graniczacy z częścią błoniasta, przylega do prawego i połowy lewego listka zastawek aorty.

W stosunku do poziomu ujście tętnicy płucnej leży wyżej niż ujście aorty; obie ich płaszczyzny spotykają się pod kątem 45° . Powstające skutkiem tego nachylenie tętnicy płucnej gra bardzo ważną rolę w utworzeniu lejka (*conus*); ponieważ tym tylko sposobem ścianka prawej komórki sercowej może w dalszym ciągu przechodzić bezpośrednio na przegrodę w postaci worka, otaczającego dokola ujście tętnicy płucnej ¹⁾. (C. d. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

26. Przejściowy astygmatyzm po wycięciu tęczy,

Pan Gustaw K. z Warszawy od lat paru skarżył się na przykrości ze strony oczu bardzo nieokreślone. Oko prawe od dzieciństwa zezuje ku nosowi i wskutek tego bardzo niedołąźnie widzi; oko prawe miało zupełną siłę widzenia i pod względem refrakcyi było zbudowane prawidłowo. W ostatnich czasach skargi zaczęły coraz bardziej budzić podejrzenie poczynającej się jaskry. Wreszcie w początkach Czerwca wystąpił wyraźny i dosyć silny napad naprzód na prawem, a nazajutrz na lewem oku. Dnia 4 Czerwca wykonałem na obu oczach operacyję wycięcia tęczy. Po zagojeniu się rany chory przestał doświadczać wszystkich przykrości, jakie mu poprzednio dokuczały, ale widział daleko gorzej i zawsze po nad płomieniem spostrzegał jakby drugie niewyraźne jego odbicie. Zbadałem oczy dnia 20 Czerwca. Siła widzenia wyrażała się tylko przez ułamek $\frac{2}{5}$, obraz dna oka był prawidłowy i tego osłabienia wzroku nie objaśniał, wszakże nerw przedstawiał się astygmatycznie. Badając w tym kierunku przekonałem się, że soczewka walcowa wypukła o 24 calowym promieniu, przy osi ułożonej poziomo, wzrok znacznie poprawia; chory widział jeszcze dwa następne wiersze tablicy Snellen'a ($S = \frac{2}{3}$). Po miesiącu chory zgłosił się znowu i astygmatyzmu nie znalazłem już ani śladu, wzrok był zupełnie prawidłowy, a walcowe soczewki stanowczo szkodziły; tylko płomień zawsze jeszcze podwójnie się przedstawia.

Astygmatyzm, jako następstwo operacyi wycięcia tęczy, jest znany; wszakże, gdy miałem sposobność oznaczyć kierunek i stopień tego zboczenia i gdy przekonałem się, że wada wzroku trwała tylko przez krótki czas po operacyi, uważałem za właściwe ten przypadek ogłosić.

Zygmunt Krzysztylek.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

46 Schech. Gruźlica krtani i jej leczenie.

Do czasu ogłoszenia badań Heinego, a następnie Biefela ²⁾ najrozsądniejsze pojęcia panowały o istocie suchot krtaniowych. Rezultaty, otrzymane przez obu wspomnianych autorów wykazały, że suchoty krtaniowe są zawsze w związku z rozwojem gruźleńców na błonie śluzowej krtani i tym sposobem wyprowadziły nas z błędnego koła mniemań o tym przedmiocie, w jakim obraca-

¹⁾ Rokitański. l. c. str. 58.

²⁾ Patrz streszczenie Nr. 35. Gazeta Lekarska. 1882 r.

liśmy się do ostatniego prawie czasu. Czy jednak sprawa gruźlicza może rozwijać się zupełnie samodzielnie, pierwotnie na błonie śluzowej krtani bez uprzedniego istnienia tej sprawy w płucach, nie jest jeszcze rzeczą zdecydowaną, wskutek trudności, napotykanych przy badaniu fizykalnem płuc, w pierwszych okresach istnienia w tychże gruźlicy; S c h e c h przypuszcza, że ta ostatnia może rozwinać się pierwotnie w krtani, a następnie dopiero zając tkankę płucną. Jakkolwiek bądź gruźlica krtani, u cierpiących na suchoty płucne, czy to jako poprzedzająca takowe, czy też rozwijająca się już podczas istnienia sprawy suchotniczej w płucach, jest według autora chorobą dość częstą; S c h e c h twierdzi na zasadzie własnych obserwacji, że mniej więcej 30% ogólnej liczby suchotników cierpi na gruźlicę krtani i w tym względzie zgadza się z H e i n z e'm, podczas gdy inni autorowie przyjmują daleko mniejszy procent (B u h l 15,5% W i l l i g h 14%). Autor zaznacza przy tem jeden fakt, którego wytłómaczyć nie jest w stanie, a mianowicie, że w razie rozwoju jednostronnej gruźlicy krtani zazwyczaj sprawa powstaje po stronie odpowiadającej choremu płuc.

S c h e c h jednozgodnie z B i e f e l'em utrzymuje, że miejscem rozwoju pierwotnych gruzełków krtani bywa zawsze błona śluzowa. W jednym lub kilku na raz punktach, co jednak bywa nierównie rzadziej, napotykamy ziarnka gruźlicze, już to rozrzucone oddzielnie, już to w niewielkich gromadkach, umiejscowione tuż pod nabłonkiem, który początkowo bywa w stanie zupełnie prawidłowym i niekiedy tylko przedstawia nieznaczne wzniesienia nad poziom. Ziarna te zwykle bywają na rozmaitym stopniu rozwoju: gdy jedne, nieco starsze, już poczynają podlegać serowatemu rozpadowi, inne, znacznie młodsze, posiadają jeszcze typową budowę gruzełka, złożonego z komórek okrągłych, siedzących pośród bardzo dobrze widocznej siatkowatej tkanki zasadniczej i zawierają zawsze komórki olbrzymie, jednakże w gromadkach ziaren komórek tych autor nie mógł nigdy odnaleźć. W miarę tego czy sprawa gruźlicza postępuje ku górze i powoduje następnie zniszczenie nabłonka leżącego nad ziarnami, czy też posuwa się ku dołowi, wywołując zniszczenie głębiej leżących tkanek, otrzymać możemy różne obrazy anatomiczne. W pierwszym mamy owrzodzenia powierzchowne. o dnie żółtawem i brzegach gładkich rzadko bardzo naderwanych; gdy nacieczenie i rozpad posuwają się ku dołowi i zajmują gruczoly gronowe, leżące w tkance podśluzowej, powstają wrzody głębokie, mające postać jakby lejkowatą i brzegi nierówne, powyrywane, pokryte bardzo często ziarninowemi zrębkami. Nacieczenie gruźlicze i rozpad serowaty przechodzą stopniowo na tkankę mięsną, a następnie i na chrzęstną, czego wynikiem bywa zwykle obnażenie chrząstek. Właściwej zaś sprawy gruźliczej w chrząstce autor nigdy nie spotykał; gdy sprawa gruźlicza zajmie chrzęstną na górnym brzegu chrząstki obrączkowej, często dojść może do zwichnienia chrząstki nalewkowej w stawie łączącym ją z poprzednią, gdy zaś zostanie zajęta chrzęstna na chrząstce tarczowej, sprawa cała zakończyć się może niekiedy przedziurawieniem na zewnątrz i utworzeniem stałej przetoki. Mówiąc o zmianach anatomo-patologicznych wypada nadmienić, że często występuje obrzęk błony śluzowej dość stosunkowo ostry w miejscach nie zajętych przez sprawę gruźliczą, a zależny od ucisku naczyń; zdarza się to najczęściej na nagłośni i więzach nagłośnio-nalewkowych; niekiedy obrzęk bywa pochodzenia zapalnego, a wówczas znajdujemy go po brzegach wrzodów.

S c h e c h wspomina, że widział w tworach gruźliczych krtani laseczniki gruźlicze; czy jednak udało mu się zobaczyć je w pierwotnym okresie rozwoju gruzełków nie wspomina, nadmienia tylko, że widział je niekiedy w oddzielnych ziarnach głównie zaś w dużych owrzodzeniach, w których obok gruźliczych spotykał inne większe laseczniki, barwiące się na niebiesko, przy użyciu do badania metody E h r l i c h'a.

Tylna ściana krtani jest miejscem, gdzie gruźlica rozwija się

najczęściej; zwłaszcza w przestrzeni międzynaławkowej (*Interarytaenoidalraum*), nie raz w lat parę przed powstaniem gruźlicy w płucach można wykazać obecność gruzelków, które w zwierciadle wziernika krtaniowego uwidaczniają się pod postacią niewielkich ostrokągowych narostów; narośle te, zależące od rozrostu i wypuklenia nabłonka, pokrywają gruzelki, leżące, jak wiadomo, tuż pod nabłonkiem, pod owymi naroślami. Gdy sprawa zacznie posuwać się naprzód i gruzelki ulegną rozpadowi, w zwierciadle wziernika widzimy pośród zmętniałego i zaczerwienionego nabłonka sporą ilość niewielkich szarawych lub białawych owrzodzeń; głębsze wrzody mają postać lejka, dno sadłowate i brzegi ponadrywane, jednak obejrzeć je dobrze można tylko przy głębokim wdechu i przy bocznem ustawieniu zwierciadła.

Nieco odmienny wygląd mają owrzodzenia strun głosowych przednich, na których spotykamy je równie często, jak na tylnej ścianie. W początku nacieczenie ma postać waleczkowatego zgrubienia, trochę poczerwienionego, brzeg wolny struny jest bardzo widocznie zaokrąglony; niekiedy w początkowym okresie widzimy tylko rozlane zapalenie strun głosowych (*choriditis vocalis*), połączone ze zwężeniem głośni, które jednak równie jak poprzednia postać zawsze kończy się owrzodzeniem. Po pewnym czasie spostrzegamy podługowaty wrzód, nie głęboki, mający kierunek równoległy do wolnego brzegu struny; zwykle później powstają nowe wrzody, równoległe do pierwszego, tak, że cała struna ma postać jakby schodków, aż wreszcie wszystkie te owrzodzenia łączą się w jeden płaski wrzód, obejmujący całą prawie strunę, o brzegach nierównych, powyrywanych i pokrytych ziarniną. Niekiedy spostrzedz się daje trójkątnej postaci wrzód na wyrostku głosowym, przy jednoczesnem mocnem zaczerwienieniu struny, czasami zaś przy zupełnie prawidłowym jej stanie. Tego rodzaju owrzodzenia prowadzą zazwyczaj do oddzielenia struny od chrząstki i do *perichondritis cart. arytaenoideae*.

Na rzeczonych strunach głosowych spotykamy również najprzód zwiększoną objętość bądź to częściową, bądź też całej struny rzekomej, a niekiedy sprawa dosięga tego stopnia, że struna rzekoma zwiesza się ponad struną właściwą; w razie powiększenia obu strun rzekomych dojsć może do całkowitego zwężenia krtani. Owrzodzenia miewają postać albo oddzielnych wrzodzików, dość głębokich, lub też jednego dużego rozlanego wrzodu, który obejmuje całą strunę rzekomą i przechodzi na zatokę Morgagniego. Ten ostatni rodzaj owrzodzeń miewa niekiedy postać półksiężyca, o dnie żółtem, sadłowatem i dosięga czasem strun właściwych.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć obrazy, otrzymywane w zwierciadle wziernika krtaniowego przy wrzodach więzów nalewko-nagłośniowych i samej nagłośni; w obu tych miejscach może również powstawać gruźlica pierwotnie. Na więzach nalewko-nagłośniowych i na błonie śluzowej, pokrywającej chrząstkę Wrisberga i Santoriniego zazwyczaj widzimy na początku dość znaczny obrzęk, który zawsze prawie szybko znika, a na miejscu jego powstaje wrzód pokryty warstwą żółto-zielonej, cuchnącej ropy i wielką ilością pianistego śluzu; po zdjęciu ich uwidocznia się niekiedy dość obfita ziarnina. Na nagłośni wrzody mają postać przeważnie soczewkowatą, niekiedy zaś bywają głębokie, lejkowate; przy bardzo długiem trwaniu sprawy gruźliczej dojsć może do dość znacznych zniszczeń, niekiedy nawet powstają w nagłośni szczeliny, sięgające do samej podstawy; nigdy jednak autorowi nie zdarzyło się widzieć całkowitego oddzielenia nagłośni.

Oto w krótkości zestawione obrazy, widziane w zwierciadle wziernika krtaniowego, przy wrzodach gruźliczych krtani. Objawy natury podmiotowej są najrozmaitsze stosownie do umiejscowienia i natężenia sprawy chorobowej. Niekiedy chorzy doznają tylko łaskotania i świerzbienia w gardle, najczęstszym jednak i najstalszym objawem są zmiany głosu, które bywają zazwyczaj

pochożenia paretycznego, chociaż mogą zależeć od czysto mechanicznych utrudnień ruchów strun głosowych, a także i od zniszczenia takowych; zmiany te ujawniają się przez chrypkę, a niekiedy i zupełny bezgłos (*aphonia*). Właściwy zaś chrapliwy ton mowy zależy zwykle od zastąpienia zniszczonych strun prawdziwych przez rzekome. Kaszel, objaw mniej stały, zależy, zdaniem *Sch e c h'a*, przeważnie od zajęcia przez sprawę chorobową płuc i oskrzeli. Niezbyt często również bywa duszność, którą zazwyczaj powoduje obrzęk więzów nalewko-nagłośniowych i nagłośni, rozlane zapalenie strun prawdziwych, przerost strun rzekomych lecz najczęściej zapalenie ochrzęstnej. Częściej niżeli dwa tylko co opisane objawy, zdarza się dość silny ból przy kaszlu i przy połykaniu. Do tych wszystkich zjawisk dołączają się dość często napady silnego dławienia i obfite wydzielanie śluzu, które zazwyczaj bardzo męczy i wycieńcza chorego. Najrzadziej stosunkowo bywają krwotoki i wyrzucanie przy kaszlu martwaków chrząstkowych.

W ostatnich czasach *B. Fraenkel* zwrócił uwagę na jedną jeszcze wskazówkę przy rozpoznawaniu gruźliczych owrzodzeń krtani; jest nią mianowicie badanie wydzieliny wrzodów, o ile takową, rozumie się, można zebrać. *Fraenkel* znajdował w niej laseczniki gruźlicze, lecz *Sch e c h* nie uważa tej metody badania za dobrą, w obec trudności otrzymania wydzieliny wrzodów w dostatecznej ilości.

Najgorsze rokowanie dają owrzodzenia gruźlicze nagłośni, tylnej ściany krtani. Wrzody zajmujące inne okolice krtani mogą niekiedy być względnie wyleczone, lecz we wszystkich tych razach prędzej, czy później następuje śmierć chorego albo wskutek gruźlicy innych narządów, lub też w skutek nowego obostrzenia procesu w samej krtani; względne takie wyleczenie zależy od rozwoju tkanki łącznej a następnie blizny powstającej z ziarniny, jeśli rozumie się, nie rozwija się więcej gruzelków w otoczeniu pierwotnego wrzodu i jeśli zniszczenie nie dosięgło wysokiego stopnia.

Druga część pracy jest poświęcona ogólnemu i miejscowemu leczeniu gruźlicy krtani.

Pierwszą niezbędną okolicznością, przy leczeniu tego rodzaju chorych, jest powietrze czyste i pozbawione pyłu; pokój, gdzie stale przebywa chory, powinien być jak najczęściej przewietrzany. Na zimę najlepiej wysłać chorego do miejscowości z klimatem łagodnym i nieco wilgotnym, np. do Pizy lub Wenecji; bardzo dobrem miejscem jest także Riviera lub Korsyka; Egipt zaś, który nieraz zalecają w tym razie, według *Sch e c h'a*, nie jest odpowiedni, gdyż spostrzegano tam dość częste krwotoki, zależnie zdaje się od powietrza zbyt suchego i zawierającego nieco pyłu. Chorych, którzy cierpią na utrudnione połykanie najlepiej jest leczyć w domu w miejscowościach zamkniętych, a na lato wysłać nad morze lub w góry. Ważną bardzo rzeczą jest wycieranie skóry na szyi, plecach i piersiach, początkowo letnią, a następnie zimną wodą; z użyciem kąpeli solankowych i zimnych natrysków trzeba być ostrożnym. Co się tyczy pożywienia, to zaleca się pokarmy posilne i lekko strawne, mięso, mleko same lub z arakiem albo z koniakiem, wino z wodą, piwo. Długiego mówienia i palenia tytoniu trzeba chorym najsurowiej zabronić.

Leczenie miejscowe, zdaniem autora, jest rzeczą bardzo wielkiej wagi i winno być zastosowywane rozważnie, stosownie do wymagań danego przypadku. Gdy chorzy uskarżają się na uczucie suchości w gardle i gdy wrzody są pokryte dość obfitą wydzieliną dobrze działają wzięwania (inhalacje) środków roztwarzających (*resolventia*) jak: $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roztworu dwu węglanu sodu, soli kuchennej, węglanu potasu i chlorku amonu. W razie występowania na pierwszy plan cech zapalnych, autor używa z dobrym skutkiem wzięwań środków ściągających: ałunu i kwasu garbnikowego w roztworze 1 do 2%; lecz użycie ich winno być przerwane, gdy chorzy

zaczynają doznawać suchości w gardle. W ostatnim czasie najszersze zastosowanie zyskały wziewania środków odwietrzających i przeciwnilnych, jak 1—4% roztworu chloranu potasu i kwasu bornego, 0,5 do 2% roztworu kwasu karbolowego, 2—5% bendżwianu sodu, 1—3% salicylanu sodu; tutaj także zaliczyć trzeba wziewanie tymolu w stosunku 0,1 : 200 i kreozotu, terpentyny i *olei pini pumillae* w stosunku 0,5—10 : 200. Gdy kaszel staje się zbyt dokuczliwym lub wystąpi utrudnienie w połykaniu autor stosuje chętnie leki kojące (*narcotica*), zwłaszcza zaś poleca mieszaninę 5,0 bromku potasu i 10,0 wody wawrzynowej na 200 wody; niekiedy jeszcze dodawał 0,1 morfiny.

Za przykługiem Schmit'a radzi też stosować niekiedy bezpośrednio oddechanie parą środków odwietrzających. W tym celu zaleca chorym 3 razy dziennie w ciągu 5 minut, oddechać parą otrzymywaną przez gotowanie na lampie spirytusowej litra rumianku z dodaniem do takowego łyżki 2% kwasu karbolowego lub mieszaniny 10—20 kropel balsamu peruwiańskiego i 10,0 spirytusu; wdychanie takie chorzy znoszą zazwyczaj bardzo dobrze. Również pożytecznym jest wziewanie środków odwietrzających zapomocą maski Curschmann'a, zwłaszcza u chorych bardzo drażliwych, lecz w takim razie wziewania muszą być robione 10—15 razy dziennie.

Miejscowe zastosowanie środków leczniczych przez samego lekarza musi się głównie ograniczyć do leków przeciwnilnych; a zotanu srebra, tak często niegdyś używany w owrzodzeniach krtani, nietylko że nie przynosi żadnego pożytku, lecz przeciwnie zawsze prawie jest szkodliwym. Dla tego też chętnie używa Schech kreozotu (*creosoti 0,5 spirit. vini 20,0, glycerini 30,0*), który codziennie, po uprzednim oczyszczeniu krtani przez wziewanie 1% soli kuchennej, stosuje na owrzodzenie zapomocą pędzelka lub przyrządu do puszczenia kropli; jeszcze lepszym w tym względzie okazuje się kwas borny (0,2—0,5 dziennie). Co się tyczy jodoformu, to chociaż używa go niekiedy pod postacią wdmuchiwań (*insuflatio*), w połączeniu z kwasem bornym, 1 do 2 razy w ilości 0,5, lecz rzadko się do niego ucieka, gdyż chorzy znoszą z trudnością jodoform, dla przykrego zapachu i złego oddziaływania na łąknienie.

Szczególniejszą uwagę zwraca autor na leczenie zaburzeń w połykaniu, które jak wiadomo zależą albo od obrzęku błony śluzowej na chrząstce nalewkowej i nagłośni, albo też od bólu, spowodowanego przez dość znaczne owrzodzenia. W pierwszym razie radzi robić nacięcia obrzęklej błony śluzowej, w drugim zwykle stosuje środki kojące i to głównie miejscowo, gdyż wstrzykiwania podskórne nie wszyscy chorzy znoszą jednakowo dobrze. Używając narkotyków miejscowo radzi je stosować wraz ze środkami przeciwnilnymi wproszku, z dodaniem nieco krochmalu, ażeby użyty środek mógł się dłużej utrzymać na powierzchni owrzodzenia (kwasu bornego 8,0, morfiny 0,5, krochmalu 2,0; dziennie 0,2 mieszaniny); działanie środka zastosowanego w ten sposób trwa 12 do 24 godzin. Pożywienie tego rodzaju chorych musi być ściśle zastosowane do ich możliwości połykania, ponieważ zaś pokarmy gęsto-płynne połyka się najłatwiej, trzeba chorym zalecać tylko takie rzeczy jak jajka na miękko, mleko z żółtkiem i koniakiem, tarte mięso w opłatkach, galaretę z nówek cielęcych, mózdek, befstyk i t. p. W ostatecznych razach uciekamy się do karmienia zapomocą zgłębnika żołądkowego, lecz trzeba zważyć, że ucisk przezeń wywierany, może wywołać szybszy rozpad owrzodzeń na nagłośni i chrząstce nalewkowej.

Co się tyczy wreszcie zwężeń krtani (*laryngostenosis*), to wymagają one zawsze pomocy czysto chirurgicznej, jak np. nacięcia, lub otworzenia ropnia w razie zapalenia ochrzęstnej, a niekiedy tracheotomii, która w danej chwili może być koniecznie wskazaną, mimo to, że będzie zawsze tylko środkiem przynoszącym chwilową ulgę.

M. Jakowski.

(*Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge, Nr. 230, 1883*).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dzień 15 Października r. b. stanowi ważną epokę w dziejach szpitalnictwa miasta Warszawy. Jest to rocznica nie o t w o r z e n i a szpitala dla chorób zakaźnych za rogatkami Wolskiemi. Pamiętamy dobrze, jak rozgłośnie oznajmiono, iż nareszcie Warszawa posiadać będzie tak koniecznie potrzebny szpital, jak co tydzień donoszono o postępach przeróbki budynku starego i spróchniałego od wilgoci na nowy i zupełnie odpowiedni pod względem higienicznym, z jaką energiją troskano się o wprowadzenie odpowiedniego dla tego szpitala systemu wychodków i zbudowanie kamery dezynfekcyjnej (która, nawiasem powiedzmy, posiadała początkowo jedno tylko wejście, czyli stanowiła od razu negacyję wszelkiej dezynfekcyi, dopiero przejezdny Francuz, inżynier, zwiedzając przypadkiem ten wzorowy zakład, zwrócił uwagę, że budowa kamery dezynfekcyjnej na innej opiera się zasadzie), jednym słowem, jak pracowano z niezwykłym u nas zapalem nad powołaniem do życia tej nowej filantropijnej instytucyi. Tymczasem wszystkie te usiłowania poszły na marne, bo oto rok cały mija, a szpital jak był zamknięty, tak i po dziś dzień jest zamknięty. Chyba jeszcze w żadnym mieście nie przytrafiło się takie wydarzenie, żeby do gotowego szpitala przez cały rok nie przyjmowano chorych. W szpitalach warszawskich ciasno, brak najpotrzebniejszych rzeczy, chorzy są źle żywieni, a tu parę dziesiątków tysięcy rubli wydano na owe przeróbki bez żadnego celu. W żaden sposób nie możemy zrozumieć powodów takiego postępowania i radziłyśmy bardzo, by sfery kompetentne przerwały dotychczasowe milczenie i rozjaśniły ciemności pokrywające tę kwestyję. A może kwestyje szpitalne byłyby lepiej prowadzone, gdyby lekarze szpitalni mieli jakikolwiek wpływ i udział w rozstrzyganiu tych kwestyj, na których się najlepiej znają.

— Jak dowiadujemy się z pewnego źródła, „Słownik lekarzów polskich“, rozpoczęty przez zmarłego D-ra K o ś m i ń s k i e g o, będzie całkowicie wydany. Nakład daje żona zmarłego (która oddała już usługi Towarzystwu lekarskiemu przy układaniu katalogu biblijoteki), a częścią literacką kierować będzie przyjaciel zmarłego, D-r Józef P e s z k e współwłaściciel naszej Gazety.

Wiedeń. Zmarł tu nagle D-r Nathan W e i s s znany neuropatolog.

ODPOWIEDŹ

D-r G. w Uściługu. List nadesłany zakomunikowaliśmy prof. N a w r o c k i e m u.

Sprostowanie. W N-rze 40 Gaz. Lek. na str. 761 rysunek winien być odwróconym.

Wydawca Dr. **St. Kendratowicz**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz**

Ogłoszenia.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpeli**, 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 pochlaniającego kwasy żołądkowe. 30—29

Plaster Thapsia

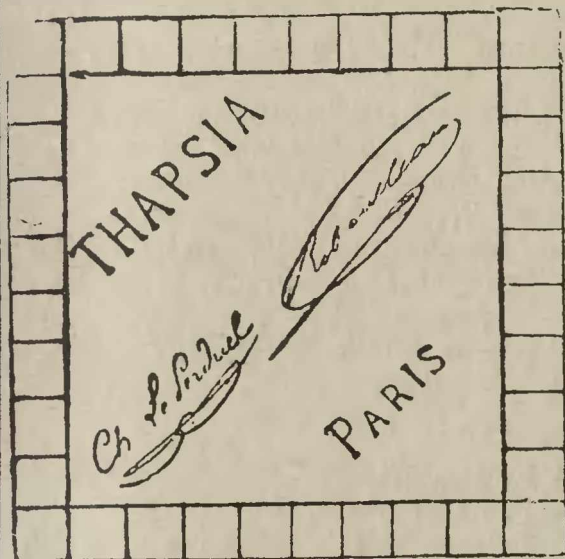
LE PERDIEL-REBOULLEAU

Jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plastrom naśladującym Thapsia
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,
Ziemsńskiego i Lipopa.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich
w San Remo. 20—9

W PRACOWNI

CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go
Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa
rozbiorów chemicznych, poszukiwań
mikroskopowych i t. p. badań weho-
dzących w zakres patologii i hy-
gieny.

Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

12—1 chemik szpitali warszawskich.

OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinia najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi 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 materyjałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—17
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.



M. MUTNIAŃSKIEGO

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 20.

Poleca następujące środki nowo wprowadzone w użycie lekarskie:

- Acidum sclerotinicum** jako główna część składowa *Secalis cornuti*. Używa się w krwotokach do podskórnych wstrzykiwań. 0,04 do 0,05 ($\frac{2}{3}$ do $\frac{3}{4}$ gr.)
- Balsamum Gurionum**, stosuje się w przypadkach, w których używa się *Balsamum Copaivae*.
- Calcium phospho-lacticum cristallisatum solubile** używa się w praktyce dziecinnej, przy krzywicy i w usposobieniu do suchot. Dawka od 2 do 5 gr. w roztworze. 3 razy dziennie.
- Chinolinum tartaricum**. *Antipireticum* (Wertheim) dawka (gr. $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$).
- Cannabinum tannicum**, używa się jako *hypnoticum* nie wywołuje zaparcia stołca, dawka 1—8 gr.
- Chrysarobin Araroba** używa się w postaci maści albo z kolodyjonem (1 : 7—10) przy *psoriasis*, *eczema squamosum*, *pitthyriasis*, *herpes tonsurans*.
- Coffeinum natrobensoicum solubile** używa się jako silny i pewny środek moczopędny, szczególnie przy puchlinie wodnej, spowodowanej wadami serca. 4—9 gr.
- Coffeinum natrosalicylicum** } podobnie używa się jak i poprzedni.
Coffeinum natrocinnamylicum }
- Codeinum muriaticum** środek łatwiej rozpuszczający się od zwyczajnej kodyny.
- Codeinum phosphoricum solubile** sól łatwo rozpuszczalna, do podskórnych wstrzykiwań.
- Cotoinum** } Używa się przeciw ostrym i przewlekłym niezłym kiszek u dzieci u suchotników,
Paracotoinum } tam gdzie makowiec zawodzi. Cotoin—gr. $\frac{5}{6}$ —grj $\frac{3}{4}$ pro dosi raz na dzień; Paraco-
 toin—grj $\frac{3}{4}$ —jij co 2 do 3 godzin.
- Chininum muriaticum carbamidatum** łatwo się rozpuszcza na zimno w równych ilościach w wodzie. Nie wywołuje ropni.
- Extractum convollariae majalis** jako środek moczopędny i przy wadach serca. D. pro die 16—24 gr.
- Ergotinum dialysatum** nie sprawia bólesci i nie wywołuje ropni przy użyciu podskórnem.
- Glycyrrhizin ammon** środek obojętny, jako silny *corrigens* do leków gorzkich.
- Hydrargyrium formamidatum liquidum 10%** używa się w przyniciu (Liebreich) do podskórnych wstrzykiwań. Nie wywołuje ropni. D. pro die całą szprykę Prawaza.
- Ichtyol** używa się przy *psoriasis*, *eczema*, oraz w reumatyzmach stawów i mięśni (Gaz. Lekarska Nr. 32 r. 1883).
- Kairyna** (Medycyna Nr. 30 r. 1883).
- Lithium salicylicum** pierwszeństwo ma przed innymi solami litynowemi z powodu łatwej rozpuszczalności moczanów, dawka 3 razy dziennie po 3 do 10 gr.
- Papayotinum** łatwo rozpuszcza nabłonek, używany jest celem usunięcia grzybów dyfteryticznych. D. gr. 10—20 : $\frac{5}{3}$ gliceryny.
- Paraldehyd** używa się jako *hypnoticum*. Ma wyższość nad chloralem. D. $\frac{1}{2}$ —5j. (Medycyna Nr. 36 r. 1883).
- Pelletierinum tannicum** przeciw tasiemcowi. D. 20—30 gr. pro dosi.
- Pancreatinum** przy upośledzonem trawieniu. D. gr. v podczas jedzenia.
- Podophyllotosinum** sprawia normalne wypróżnienia bez bólesci. D. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ gr. rano i wieczorem.
- Sapo mercurialis 25%**. Środek łatwiej dający się weterac (z wodą).
- Secale cornutum sine oleo pingui**. W działaniu powniejszy jak zwyczajny sporysz.
- Solutio Fotergilli s. Acidum hydrobromicum**. Działanie jak *kalii bromati*. D. $\frac{1}{2}$ łyżeczki od kawy z wodą ocukrzoną 4 razy dziennie.
- Solutio Nitroglycerini** (1—100) przy astmie i padaczee. Gazeta Lekar. Nr. 31. Pam. Towarz. Lekars. r. 1882.
- Ferum peptonatum** zawiera w sobie 5% $Fe_2 O_3$.
- Jesquirity. Semen Abrusii Precatoru**. Przy jaglicy koszarowej (*Trachoma, panumis*). Kronika lekarska Nr. 20 r. 1882.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI 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.



MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEWIAJĄCY
wyprobowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjalów aptecznych
i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—17

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMA

DR. MED. HEINRICH
istniejący,

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

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

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, palpacjach, 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 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.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach 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 *ehoroby 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 najwęższe nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSUŁEK 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. W. Gajkiewicz. Kilka uwag o porażeniu jednej z kończyn ciała (*Monoplegia*).—
II. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum
cordis congenita*). (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 26. Z. Kramsztyk. Przejściowy asty-
gmazm po wycięciu tęczy. — *Dział sprawozdawczy*. 46. S e h e l l. Gruźlica krtani i jej leczenie.—
Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Sprostowanie — Ogłoszenia.

I. KILKA UWAG O PORAŻENIU JEDNEJ Z KOŃCZYN CIAŁA. (*Monoplegia*).

Spisał

Władysław Gajkiewicz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu żydowskim warszawskim.

Porażenia, ograniczone do jednej z kończyn, nie należą do rzadkości. W prowadzonym przeze mnie oddziale chorób nerwowych mam sposobność spostrzegać ich rok rocznie kilka do kilkunastu przypadków. Prawie zawsze porażenie dotyczy kończyny górnej (*monoplegia brachialis*), nigdy jeszcze nie miałem w mym oddziale chorego, u któregoby dotkniętą kończyną była jedynie kończyna dolna (*monoplegia cruralis*).

Jakkolwiek będzie to odstępieniem od przedmiotu, muszę jednak wyznać, choćby dla własnego usprawiedliwienia się, iż mimo bogactwa materyjału, korzyści naukowej z oddziału nerwowego, utworzonego przed 2½ laty w szpitalu żydowskim, osiągnąć nie można prawie żadnej, do czego prócz innych główną przeszkodą jest niemożność robienia sekcji pośmiertnych. Na zawadzie temu stoi nie przepis religijny, jak to wielu twierdzi i co byłoby łatwiejszem do pojęcia, lecz poprostu zwyczaj, ów zwyczaj, urągający najbardziej nawet postępowym ideom, o przelamaniu którego przez pojedynczą jednostkę (jak to mię własne przekonywa doświadczenie) w zbyt konserwatywnym szpitalu żydowskim trudno nateraz i marzyć. A ileż to przezto marnieje materyjału, który możnaby zużytkować do wyświeccenia nie jednego ciemnego punktu z dziedziny neuropatologii, że wspomnę tylko o kwestyi umiejscowień mózgowych, lub kwestyi zwyrodnień następczych, które tak ważną odegrały już rolę w histologii ośrodków nerwowych.

Po tem krótkim zboczeniu od przedmiotu (choć zastrzegamy sobie pomówić o tej kwestyi na innem miejscu, gdzie również odpowiemy i tym, którzy zapatrują się na szpitale jako na instytucyje czysto humanitarne), powracamy do mono-

plegij i zaczniemy od opisu 3-ech przypadków chorobowych, które nastreczyły nam sposobność do wypowiedzenia tych kilku uwag.

I. Jankiel Kupermann, pisarz prywatny z Łaska, 36 lat mający, wstąpił do oddziału nerwowego 26. II. r. b.. Pochodzi on ze zdrowej rodziny, ojciec jego żyje jeszcze, matka zmarła na cholereę, inne rodzeństwo cieszy się również dobrem zdrowiem, żadnego więc momentu dziedzicznego u naszego chorego nie ma. Sam prowadził zawsze życie umiarkowane, alkoholu nie nadużywał, przymiotu i innych chorób (prócz zimnicy) nie przechodził; jest ojcem kilkorga zdrowych dzieci. Opowiada on, iż przed tygodniem, nagle, bez żadnych zwiastunów, bez bólu głowy lub zawrotu, bez utraty przytomności, stracił władzę poruszania ręką prawą, tak w stawach członkowych jak i napięstkowym. Pobiegnął sam do lekarza, który zapisał mu jakieś smarowanie. Mimo jednakże skrupulatnego używania takowego, w 2 godziny później nie mógł już zrobić najmniejszego ruchu całą kończyną górną prawą; widząc, iż po tygodniu nie ma żadnego polepszenia przyjechał szukać porady do Warszawy.

Przy badaniu chorego d. 27. II. r. b. znaleziono: porażenie zupełne mięśni kończyny górnej prawej (*paralysis motoria completa extremitatis superioris*). Chory dowolnie nie może zrobić najmniejszego ruchu i to w żadnym ze stawów tej kończyny. Uniesiona w górę i nie podtrzymywana opada ona całym ciężarem jak ciało obce. Zazwyczaj wisi ona nieruchomo wzdłuż ciała, lub chory nosi ją na temblaku. Mięśnie kończyny porażonej są zupełnie wiotkie; biernie można wykonywać wszelkie ruchy, nie napotykając jakiegokolwiek oporu. Mięśnie są dobrze odżywiane, niezankłe. Czucie wszelkiego rodzaju zachowane. Chory nie tylko że uczuwa najłżejsze dotknięcie, ale i odróżnia jak najdokładniej, gdzie go dotykamy, dalej czy dotykamy palcem lub młotkiem wypukowym, twardym czy miękkim przedmiotem; czuje dobrze i rozróżnia, gdy chuchamy lub dmuchamy mu na rękę. Niezmienione jest również czucie na ból i czucie mięśniowe. Skoro przy zamkniętych oczach nadajemy palcom lub innym częściom kończyny porażonej różne położenia, chory opisuje dokładnie, jakie to jest położenie i naśladuje je wiernie kończyną lewą zdrową. Rozpoznaje on dalej różne przedmioty włożone mu w rękę jak: szpilkę, pióro, młotek wypukowy, pieniądze i t. d.. Odruchy skórne i ścięgnięte w kończynie porażonej są zachowane i takie same jak w lewej zdrowej. Przy badaniu elektrycznością pobudliwości mięśni i nerwów kończyn górnych przekonałem się, iż takowe oddziałują daleko słabiej po stronie prawej. Nie chcąc nudzić czytelnika przytaczaniem wielu liczb, podaję z nich tylko kilka, lecz i te przekonają go dostatecznie o słuszności powyższego twierdzenia. I tak, podczas gdy nerw promieniowy lewy (*nervus radialis sinister*) zostaje pobudzonym do czynności przy użyciu 10 elementów przyrządu Stöhrer'a o stałym strumieniu, to dla nerwu promieniowego prawego potrzeba w tymże samym celu użyć 12 elementów. Dla nerwu pośrodkowego (*nervus medianus*) lewego pierwszy skurcz następuje przy 12 elementach, a dla prawego przy 14. Dla nerwu łokciowego (*nervus ulnaris*) lewego 14 elementów; dla tegoż strony prawej 16 elementów. Z rezultatu badania strumieniem przerywanym przytoczymy: mięśnie powierzchni grzbietowej przedramienia prawego zostają wprowadzone w tężec przy zbliżeniu cewek (ZC) przyrządu Stöhrer'a na 11 podziałek, a lewe już przy ZC=15. Mięśnie powierzchni dłoniowej przedramienia prawego przy ZC=11; lewego przy ZC=14. Mięsień dwugłowy ramienia (*musculus biceps*) prawy ZC=10; lewy przy ZC=15; mięsień kłębu palucha (*mm. thenaris*) prawe przy ZC=12; lewe przy 15. Taki był wynik badania kończyny górnej prawej. W innych narządach nie wykryto nic nieprawidłowego. Żadnych objawów cierpienia ze strony inteligencji, mowy, mięśni twarzy, języka, oczu i innych kończyn.

Badanie oftalmoskopem, dokonane wspólnie z kol. Z. K r a m s z t y k i e m, nie wykazało nic nieprawidłowego w nerwie wzrokowym. Chory nie skarżył

się na ból głowy i takowego nie można było wywołać przez opukiwanie czaszki. W dole pachowym prawym nie wyczuć się nie dawało; nerwy kończyny chorej, dostępne dla badania palcem, niezmiennione w objętości, niebolesne na ucisk. Na wierzchołku serca szmer skurczowy, rozmiary jednak serca prawidłowe. Choremu zalecono lekką derywację na kanał kiszkowy.

Następnych dni stan kończyny górnej prawej nie uległ żadnej zmianie. Kilkakrotnie powtarzane badanie potwierdziło najzupełniej wynik egzaminu dokonanego pierwszego dnia po wejściu chorego do szpitala, a mianowicie iż porażenie ograniczało się jedynie do kończyny górnej prawej, że cierpieniem dotkniętą była tylko sfera ruchowa i że mięśnie i nerwy kończyny porażonej słabiej oddziaływały na elektryczność niż mięśnie i nerwy kończyny lewej. Chory brał w niewielkiej ilości jodek potasu (3j dziennie) i codziennie miał faradyzowane mięśnie porażone. Stan taki bez żadnej zmiany trwał przez 3 tygodnie pobytu chorego w szpitalu, a więc przez 4 tygodnie, licząc od chwili zachorowania. W tym to 3-tygodniowym okresie *status quo* mamy tylko do zanotowania: 1) iż w d. 4. III. b. r. chory miał napad drgawek epileptoidalnych; zaczął się on drgawkami klonicznymi w kończynie chorej, później przeszły one na kończynę dolną prawą, a następnie zajęły i mięśnie twarzowe prawe (twarz wykrzywiona na prawo). Strona ciała lewa nie brała żadnego udziału w drgawkach. Wedle opowiadania posługacza i sąsiadów chorego, oczy i głowa w czasie drgawek były silnie zwrócone na prawo. Napad trwał kilka minut, chory pamięta doskonale wszystkie jego fazy i opisuje je szczegółowo, nie towarzyszyła mu więc utrata przytomności, a po ukończeniu takowego nie było żadnej śpiączki, tylko chwilowe utrudnienie mowy i osłabienie w kończynie dolnej prawej. Przy badaniu jednak dnia następnego (napad miał miejsce wieczorem) żadnych zbieżeń w mowie, ani kończynie dolnej prawej wykryć nie można było. Napady więcej nie powtarzały się. 2) Od d. 7—10. III. r. b. chory miewał codziennie napady zimnicy z silnymi dreszczami, ciepłotą ciała dochodzącą do 39,8° C., bardzo obfitemi potami. Ustały one po zadaniu dużych dawek chininy.

W d. 19. III. pokazały się pierwsze ślady ruchów w obozwładnionej dotąd kończynie górnej prawej, a mianowicie chory mógł unosić ją nieco w górę, zginać trochę w łokciu, napięstku i palcach. W tym czasie (20. III) chorego przedstawiliśmy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Od tej pory z każdym dniem nowe ruchy stawały się możliwymi, a dawne stopniowo coraz obszerniejszemi, siła mięśniowa coraz większa. Dnia 22. III. możliwe były po raz pierwszy ruchy wyprostne w stawie napięstkowym i stawach śródrečno-członkowych (*metacarpo-phalangeae*). Dnia 23. III. chory mógł wziąć flaszkę z lekarstwem ręką prawą i jeść nią i powróciły nadto ruchy odsiebne palców, rozsuwanie ich (działanie mięśni międzykostnych). Dnia 30. III. wszystkie już ruchy były możebne; siła mięśniowa jednak, mierzona dynamometrem, jeszcze nieco słabsza (pomimo, iż to kończyna prawa) niż w lewej. Zaznaczyć tu musimy, iż przez długi czas pomimo powrotu ruchów dowolnych oddziaływanie mięśni i nerwów na elektryczność było zmniejszone. Dopiero 1. IV. r. b. w dniu wypisania chorego ze szpitala nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w kończynie górnej prawej, porównywając ją z lewą co do obszerności ruchów, siły mechanicznej mięśni, oddziaływania na elektryczność.

II. Chorego, dzieje cierpienia którego pokrótce teraz opiszę, obserwowałem po części w oddziale moim szpitalnym, a dłużej jeszcze ambulatoryjnie. P. M. rękawicznik, 36 lat wieku liczący, żadnych chorób w spadku po rodzicach nie odziedziczył, ani własną pracą (alkoholizm, przymiot) nie nabył. Był zawsze zdrów aż do końca 1881. W tym to czasie poczuł mrowienie w kończynie górnej prawej, na które jednak z początku nie wiele uważał, sądząc iż ono przejdzie samo. Rachuba jednak zawiodła chorego, bo powoli do uczucia mrowienia przyłączyło się osłabienie tejże kończyny, które zrazu objawiało się tem, iż chory

przy pracy łatwiej się męczył, nie mógł tak długo jak poprzednio krajać skóry nożycami. Ta łatwość męczenia się i konieczność częstych wypoczynków podczas pracy z biegiem czasu zwiększała się, tak, iż po upływie kilku miesięcy M. musiał zaniechać fabrykowania rękawiczek, a zająć się jedynie ich sprzedażą. W tym czasie chory leczył się, lecz bezskutecznie, elektrycznością, kąpielami w Ciechocinku i przeróżnymi lekami do wewnątrz podawanymi. Po raz pierwszy widziałem go na początku Września 1882 r. Wtedy przy badaniu znalazłem: osobnik dobrze zbudowany i odżywiany, wszystkie narządy funkcjonują prawidłowo. Zboczenia napotyka się tylko w kończynie górnej prawej. Co do ruchów, to stan ich był następujący: ruchy w stawach barkowym i łokciowym odbywają się, przy porównaniu ich ze stroną ciała lewą, prawidłowo, w napiętku zaś i palcami chory porusza powoli, jakby z wysiłkiem, wszystkie jednak rodzaje ruchów są możliwe (ruch zginania, wyprostowania, ksobny, odsiebny, nawrotny i wywrotny w napiętku; ruchy zginania, wyprostowywania i rozsuwania w palcach). Mięśnie kończyny górnej prawej są dobrze odżywiane wiotkie, brak wszelkich przykurczeń (*contracturae*); siła mięśni barku i ramienia prawidłowa, chory mimo znacznego oporu, jaki mu ręką stawiamy, wykonuje wszystkie ruchy w stawie barkowym i łokciowym. Siła mięśni przedramienia i ręki nieco zmniejszona, chory ściska słabo podaną mu dłoń. Badanie mięśni i nerwów elektrycznością nie wykazało żadnych zboczeń. Co do czucia, to takowe w górnej części kończyny nie zmienione, a na ręce czucie na dotknięcie i ucisk osłabione; lekkie dotknięcie chory lepiej i prędzej uczuwa po stronie lewej. Umiejscowienie miejsca czucia na ręce prawidłowe. Czucie na ból i ciepłość tamże niezmienione, również i czucie mięśniowe. Chory rozpoznaje przy zamkniętych oczach, czy dotykamy go palcem lub ołówkiem, lecz prędzej oryentuje się po stronie lewej. Sam się rozbiera, odpina i zapina, sam jada. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane. Kończyna prawa łatwo ziębnie, barwę ma więcej fioletową, zimna. Wedle opowiadania, chory nie mógł jej nigdy w zimie dogrzezać. Mrowienia, jakie było w początkach choroby w kończynie górnej prawej, od pewnego czasu chory już więcej nie doznaje. Natomiast od 3 miesięcy w różnych przedziałach czasu, niekiedy i kilka razy dziennie, przychodzą drgawki kloniczne, ograniczone tylko do cierpiącej kończyny (*epilepsia partialis*), zaczynają się one zawsze ruchami palców. Drgawkom tym nie towarzyszy utrata lub zmniejszenie przytomności; trwają one — wedle słów chorego — kilka minut. Po drgawkach osłabienie kończyny chwilowe jest jeszcze większe. Chory doznaje prawie stałe bólu głowy w okolicy skroniowej lewej; przy opukiwaniu miejsce to jest bolesnem. Badanie oftalmoskopem dokonywane po kilkakroć wspólnie z kolegą Z. K r a m s z t y k i e m nie wykryło nic w tarczy nerwu wzrokowego. Choremu zaleciłem duże dawki bromku potasu (do 5ij *pro die*). Skutkiem zapewne zmniejszenia pobudliwości substancji szarej korowej mózgu pod wpływem tego środka, powoli częstość drgawek kończyny górnej prawej zmniejszyła się, tak, że przemijały tygodnie bez takowych. Podczas kilku napadów chory zauważył, iż prócz mięśni kończyny górnej prawej, drgały i mięśnie twarzowe prawe, lecz drgawki zaczynały się wtedy w palcach.

Chorego straciłem z obserwacji przez kilka miesięcy. Gdy w Styczniu roku bieżącego znów się do mnie zgłosił, znalazłem znaczne pogorszenie. Wykonuje on wprawdzie ruchy w stawie barkowym prawym, ale skoro każemy mu poruszać jednocześnie obiema kończynami górnymi, to uderza zaraz, iż prawą uosi na mniejszą wysokość niż lewą; iż trudniej ją zakłada w tył, iż ruchy obrotowe są wykonywane z większym wysiłkiem, a mniejszym skutkiem na prawej stronie. Podobne różnice napotykamy i w stawie łokciowym, chory zgina, prawda, prawe przedramię i następnie je wyprostowuje, lecz ruchy te odbywa powolniej, na mniejszą odległość niż po stronie lewej. W stawie napiętkowym możliwe są ruchy

lekkiego zgięcia i nawrotu, a bardzo mało tylko ruchy wyprostowania, wywrotne i boczne. Ruchy palcami są bardzo słabe, powolne i niezgrabne; rozsuwanie palców prawie niemożliwe. Siła mięśniowa słabsza znacznie na prawej stronie niż na lewej, szczególnie osłabienie to dotyczy mięśni przedramienia i ręki. Kurczliwość elektryczna mięśni i nerwów niezmienną. Żadnych przykurczeń. Czucie na dotyk i bóle osłabione. Czucie mięśniowe zupełnie zniesione. Chory nie ma pojęcia jak mu ustawiamy palce kończyny górnej prawej. Mając zamknięte oczy, nie rozpoznaje przedmiotów, jakie mu wkładamy w rękę prawą; nie wie, czy to jest tabakierka, czy szpilka, czy pieniądz; przeciwnie rozpoznaje prędko i trafnie ręką lewą. Jadać prawą ręką nie może, również nie jest w stanie wykonywać nią drobnych czynności, nie podniesie szpilki leżącej na stole, nie wyciągnie zegarka z kieszeni prawą ręką a tembardziej nie otworzy go, nie zapnie koszuli na guzik, nie zawiąże sobie krawata. Drgawki w kończynie górnej prawej nie przychodzą; mięśnie twarzowe i kończyny dolne zdrowe.

Chorego obserwowałem znów przez kilka tygodni, a kilkakrotnie powtarzane badanie sprawdziło przytoczone dopiero co wyniki. Ból głowy wciąż istniał. W ciągu tych kilku tygodni ograniczenie ruchów choć powoli lecz wciąż postępowało, zamiast *monoparesis*, z jaką nam się chory po raz pierwszy przedstawił, coraz widoczniejszą stawała się monoplegia kończyny górnej prawej. W początkach Kwietnia r. b. chory zauważył osłabienie kończyny dolnej prawej, łatwe męczenie się jej i zmieniony chód. W d. 15. V. b. r. przedstawiłem go na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego; stan wtedy był następujący: z ruchów kończyny górnej prawej pozostało lekkie unoszenie w górę, zginanie i wyprostowywanie w łokciu, lecz, powtarzamy, ruchy te są bardzo ograniczone. Ruchy w napiętku i palcach zupełnie niemożliwe. Czucie na dotyk, ucisk, ból, czucie mięśniowe zniesione. Odruchy zachowane; w kończynie dolnej prawej osłabienie ruchów w stawie golenio-stopowym i palcach. Chory nie rozpoznaje, czy dotykamy palców jego nogi szklanką, czy ołówkiem lub szpilką. Na goleni i udzie czucie zachowane. Odruchy istnieją. Przy chodzeniu chory powłóczy nogą, stopy nie unosi w górę, lecz lekko zwieszoną ciągnie wraz z całą kończyną naprzód, przyczem wykonywa silne ruchy w stawie udowym (tak zwany chód paralityczny). Znaleźliśmy wówczas nadto lekkie osłabienie (*paresis*) mięśni twarzowych dolnych prawych, widoczne przy mówieniu, śmianiu się, pokazywaniu zębów. Inteligencyja zachowana, chory pamięta najdokładniej każdy szczegół choroby i opowiada go dobrze. Drgawek nie bywa; ból głowy stale jest umiejscowiony w lewej górnej okolicy ciemieniowo-skroniowej i zwiększa się przy pukaniu w to miejsce.

Chory z własnej inicjatywy pojechał do Ciechocinka. Po powrocie z tamtąd widziałem go d. 7. VII. r. b. z kol. R o s e n f e l d e m; zastałem go wtedy leżącego w łóżku w stanie zupełnej apatii, nieprzytomnego, porażenie przybrało jeszcze widoczniejszy charakter połowicznego bezwładu (*hemiplegia*). Mocz oddaje pod siebie; od czasu do czasu drgawki ogólne. Zaleciliśmy choremu wcieranie maści szarej 33 na dzień. Po 15 wcieraniach stan ogólny poprawił się, przytomność powróciła zupełnie. W d. 31. VIII. r. b. widziałem chorego po raz ostatni, przyszedł sam do mego mieszkania. Ruchy w połowie ciała prawej znacznie poprawiły się, w twarzy porażenia żadnego nie ma, kończyna dolna nieco przy chodzeniu cięższa niż lewa. W kończynie górnej prawej lekka *paresis* ruchów, bardzo widoczna przy porównaniu z kończyną lewą. Zaburzenia czuciowe opisane istnieją również, tylko w daleko mniejszym stopniu. Szczególniej czucie mięśniowe mocno osłabione. Chory pić może prawą ręką, ale inne ruchy małe (podnoszenie szpilki, zapinanie guzików i t. d.) utrudnione.

III. S. M. piernikarz, 43 lat liczący, wszedł do szpitala 1. VI. r. b.. Żadnych chorób dziedzicznych; przymiotu nie miał, oprócz na ostry gościec stawowy przed kilku laty, nigdy nie chorował. Przed 3-ma miesiącami dostał przykraj

sensacyi i lekkiego osłabienia w kończynie górnej prawej, które mimo używania różnych lekarstw nie ustępowały.

Status praesens. Jeśli każemy jednocześnie unieść w górę obie kończyny górne, to dostrzegamy, iż lewą kończynę unosi chory szybko i zupełnie aż do linii prostopadłej do poziomu, prawą zaś z trudnością, powoli i nie wiele wyżej nad linię równoległą do poziomu. W ten sposób porównawczy badając, znaleźliśmy, iż jakkolwiek chory wykonywać może wszystkie ruchy kończyną górną prawą, to jednak są one daleko słabsze i powolniejsze niż po stronie lewej. Stosunkowo najwięcej ograniczone są ruchy palcami, a mianowicie zginanie ich i rozsuwanie. Siła mięśni kończyny górnej prawej zmniejszona. Stawiając opór ręką, chory nie może wyprostować zgiętego w łokciu przedramienia i odwrotnie nie może go zgiąć, jeśli stosunkowo nawet nie bardzo silnie będziemy mu przeszkadzali, trzymając przedramię wyprostowanym. Ucisk ręką, mimo iż to jest prawa, jest bardzo niewielki. Chory nie jada ręką prawą. Żadnych przykurczeń nie ma; mięśnie wiotkie, dobrze oddziałują na strumień elektryczny stały i przerywany. Badanie elektrycznością nerwów kończyny górnej prawej nie wykrywa podobnież żadnych zboczeń. Czucie na dotyk, ucisk, ból i ciepłość prawie niezmienione, różnica pod tym względem ze stroną lewą bardzo nieznaczna. Czucie mięśniowe mocno osłabione, chory przy zamkniętych oczach nie wie, jakie położenie nadaliśmy jego palcom prawym i nie może tych ruchów naśladować palcami lewymi. Nie rozpoznaje on, co mu wkładamy w rękę (pióro, łyżkę, szklanekę, pieniądz), a ręką lewą czyni to dobrze. Drobnе ruchy ale skomplikowane jak: zapinanie, pisanie, podnoszenie ze stołu małych przedmiotów i t. d. są albo zupełnie niemożliwe, albo odbywają się z ogromnym wysiłkiem, powoli i niezgrabnie. Odruchy skórne i ścięgnowe zachowane, te ostatnie nieco silniejsze na prawej stronie. Ręka prawa zimniejsza, fioletowej barwy, niekiedy bywa opuchnięta. W nerwach czaszkowych żadnych zboczeń. Kończyny dolne zdrowe; chory rozwinięty umysłowo, pamięć ma dobrą, mowa niezmieniona; żadnego bólu głowy; w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego, tylko w sercu szmer skurczowy na wierzchołku, wada jednak serca dobrze jest kompensowana.

Ponieważ w dalszym przebiegu choroby nie zaszło nic nowego, powiemy więc krótko, iż codziennie faradyzowaliśmy mu mięśnie kończyny cierpiącej i podawaliśmy do wewnątrz w małej ilości jodek potasu. Po kilkunastu dniach takiego postępowania ruchy w kończynie górnej prawej powoli zaczęły powracać do stanu prawidłowego, najpierw w stawach barkowym i łokciowym a następnie w napiętkowym i palcowych. Jednocześnie z powrotem ruchów ustępowały zaburzenia czuciowe, tak, że po 6-ciu tygodniowym pobycie w szpitalu, chory wypisał się (12 Lipca r. b.) zupełnie zdrowy. (D. n.)

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

II. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisał

Henryk Pacanowski

Asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40).

Porównyując przebieg kliniczny z danymi, przy oględzinach pośmiertnych otrzymanymi, przekonywamy się, że rozpoznanie nasze o tyle było słusznem, o ile przyjęliśmy objawy ogólne, oraz zmiany w moczu jako zależne nie od cier-

pienia nerek, lecz od wady serca; lecz ani rodzaj (wrodzona czy nabyta), ani siedlisko takowej należycie określone nie zostały. Istnienie połączenia obu komórek sercowych było dla nas prawdziwą niespodzianką. Jakże bowiem przypuścić wadę wrodzoną u człowieka, który przez lat 47 żył pośród najgorszych pod każdym względem warunków zdrowotnych, którego cała organizacja nie okazywała żadnego niedorozwoju (*hypoplasia*), który wreszcie od kilku dopiero lat czuł się chorym.

Bardzo rzadko udaje się podobny stan rozpoznać, jak to zresztą większa część autorów przyznaje otwarciem. Feréol¹⁾ opisał przypadek wrodzonego otworu przegrody międzykomórkowej, jakoby za życia chorego przezeń rozpoznany i to jedynie na zasadzie umiejscowienia szmeru w okolicy mostka. Lubo nie mamy powodu powątpiewać o rzetelności słów autora, jednak rozpoznanie to przypisać raczej należy domyślności jego, aniżeli upatrywać w podobnym umiejscowieniu szmeru jakąś wartość rozpoznawczą. Stwierdzonem zostało od dawna, iż nie istnieją żadne charakterystyczne wskazówki, które by nasuwały przypuszczenie obecności u danego osobnika tej czy owej wrodzonej wady serca. Pominąwszy zdanie D u b o i s²⁾, utrzymującego, iż wysłuchując bicia serca u płodu, rozpoznawał szmer już w łonie matki, możemy z niejakiem prawdopodobieństwem przypuścić wadę wrodzoną w tych tylko rzadkich przypadkach, gdy dziecię natychmiast lub wkrótce po urodzeniu, bez widocznej ku temu przyczyny, odznacza się bądź włądą budową ciała i ogólnym niedorozwojem, bądź sinicą, dusznością, krwiopluciem i t. d.. Niekiedy rodzice sami zwracają uwagę lekarza na okolicę sercową, w której jakoby spostrzegli tętnienie lub nawet słyszą szmery. W naszym przypadku chory miewał wprawdzie bicie serca od dzieciństwa, a nieraz, gdy uległ wzruszeniu pod wpływem gniewu lub wyskoku, słyszał było coś podobnego do „podmuchu“, lecz o tym fakcie dowiedziałem się niestety od żony chorego dopiero po dokonanych oględzinach pośmiertnych. W każdym razie, jeśli nam się zdarza spostrzegać chorobę sercową u d z i e c k a, możemy naówczas z większem daleko prawdopodobieństwem przyjąć istnienie wady wrodzonej i to częściej prawego serca, ponieważ dzieci w pierwszych latach życia o wiele rzadziej podlegają chorobom, które zwykły za sobą następować wadę lewego serca pociągając, np. reumatyzmowi. Przeciwnie bywa u człowieka dorosłego. Tu i dłuższe życie i większe narażanie się na zewnętrzne wpływy szkodliwe pozwalają raczej rozpoznawać wady n a b y t e lewego serca.

Niekiedy jednak wrodzone choroby sercowe przez długie lata, a nieraz i życie całe przebiegają bez żadnych cech zewnętrznych. Dzieci rozwijać się mogą prawidłowo; nie występuje ani sinica, ani obrzęki i t. p., bo istnieje dostateczne zrównoważenie krążenia. Innym razem podobne objawy występują nagle skutkiem wpływów przypadkowych, u ludzi poprzednio zdrowych na pozór, nie okazujących żadnych widocznych zaburzeń. Tak np. Corvisart i Bou-

¹⁾ Feréol. Union médicale. 1831. Nr. 130—132.

²⁾ Arch. gén. de Méd. 1832 T. 28 i u Friedberg'a. Angebor. Krankh. des Herzens. Leipzig. 1844. str. 140.

illaud¹⁾ spostrzegali występowanie pierwszych objawów po ostrych chorobach gorączkowych, lub pod wpływem traumatyzmu. Ribes opisał przypadek wrodzonego otworu w przegrodzie komórkowej, gdzie oznaki wady tej zjawily się poraz pierwszy u chłopca 3-letniego skutkiem zbyt mocnego uściśnienia ręki, co wywołało dotkliwy ból.

Objawy ze strony serca, spostrzegane u naszego chorego były następujące:

1. Szmer skurczowy. Słyszeliśmy go najwyraźniej u wierzchołka serca i w kierunku mostka na wysokości mniej więcej IV-go żebra; drugi ton był czystym i jasnym. W miejscu wysłuchiwania tętnic szmer był nierównie słabszym, a w tętnicach szyjowych wcale nie istniał. Sądząc przeto z jego największego nateżenia, musielibyśmy go przypisać jednemu z otworów żylnych, prawemu lub lewemu. Lecz i tu niepodobna go było w jednym punkcie umiejscowić, gdyż rozpościerał się na znacznej przestrzeni, w całej dolnej połowie okolicy przedsercowej. Najprawdopodobniejszą zapewne przyczyną szmeru było przepływanie strumienia krwi przez zwężony lejek (*conus*) tętnicy płucnej, a w szczególności przez dolny jego otwór na wysokości zastawki trójdzielnej, łączący go z jamą prawej komórki, do wzmocnienia zaś szmeru przyczyniało się także drganie strun przedniego listka zastawki trójdzielnej w chwili przepływania krwi przez otwór w przegrodzie.

Szmary rozkurczowe wydarzają się przy wrodzonych brakach przegrody komórkowej bardzo rzadko; większa część autorów mówi o szmerze skurczowym; co się tyczy jego *punctum maximum*, t. j. miejsca największego nateżenia, zdania są podzielone. Schrötter²⁾ np. w swoim przypadku słyszał go najwyraźniej w drugim i trzecim międzyżebrzu prawem; przy oględzinach znalazł zwężenie tętnicy płucnej i otwór w przegrodzie, bez żadnych wszelako zmian na zastawkach. Lambl³⁾ słyszał szmer głównie na lewym brzegu mostka w trzecim międzyżebrzu. Według Duscha⁴⁾ szmer bywa najwyraźniejszym u podstawy serca, niekiedy w drugim lewym międzyżebrzu, albo w miejscu połączenia czwartego lewego żebra z mostkiem. Oprócz tych przypadków znane są także inne, gdzie szmeru wcale nie było; stwierdził to kilkakrotnie Schrötter, Kussmaul⁵⁾ w pierwszym swym przypadku, wreszcie i ja niedawno to samo w klinice naszej spostrzegalem. Był to chory z objawami przewlekłego nieżytku oskrzelowego i rozedmy płuc, do których na krótko przed śmiercią przyłączyła się ogólna puchlina; tony serca słabe, lecz czyste; mocz białka nie zawierał. Nie mogliśmy sobie inaczej puchliny wytłómaczyć, jak tylko rozedmą płuc, zwłaszcza, iż osobnik był starym, ze zwyrodniałymi tętnicami. Tymczasem przy sekcji znaleźliśmy dwa tętniaki aorty wstępującej

¹⁾ Ecker. Beschreibung einiger Fälle von anomaler Communication der Herzvorhöfe etc. Freiburg. 1839. str. 27.

²⁾ Schrötter. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. etc. str. 756.

³⁾ Lambl. Aus dem Franz-Joseph's Kinderspitale in Prag. 1860 str. 102.

⁴⁾ Dusch. Choroby serca w przekładzie rossyjskim. str. 282.

⁵⁾ Kussmaul. Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. (Zeitschrift f. ration. Med. von Heule u. Pfeuffer. 1866. Tom. 26, str. 111).

w kształcie guzów jeden po nad drugim, wypełnionych staremi, stwardniałymi skrzepami włókniaka. Dolny guz mieścił się tuż ponad ujściem aorty i tak znacznie wystawał w kierunku tętnicy płucnej, że lejek jej był znakomicie zwężonym.

Jeśli przeto umiejscowienie szmeru przy wrodzonych otworach w przegrodzie międzykomórkowej bywa tak różnorodnem, a niekiedy wcale go nie słychać, musimy to przypisać indywidualnym różnicom, jakie każdy po szczególe przypadek okazuje. W jednych więc zależy on może od pnia tętnicy płucnej, w innych od lejka tejże; dalej od zmian na zastawkach otworów żylnych, lub wreszcie od nieprawidłowego ustawienia tętnic i t. p.

2) **P r z e r o s t k o m ó r k i p r a w e j.** Przy wrodzonych otworach przegrody komórkowej wraz ze zwężeniem tętnicy płucnej częściej spostrzegano przerost odśrodkowy (*hypertrophica excentrica*—K u s s m a u l, R o k i t a n s k y), aniżeli dośrodkowy (*concentrica*—S c h u l e r). W naszym przypadku komórka prawa była dośrodkowo przerosła i znacznie przechodziła grubością swych ścianek lewą komórkę. W jaki sposób przerost się rozwija, na to rozmaici autorowie odmiennie się zapatrują.

Jedni (M e y e r ¹⁾) przypisują go zwężeniu tętnicy płucnej o tyle, że skutkiem tego krew, nagromadzona w komórce, nie może w całości swobodnie być wydalona; część jej musi się skierować do komórki lewej przez otwór w przegrodzie. To pociąga za sobą zwiększoną pracę komórki, która też niebawem przerasta. Inni natomiast sądzą, iż przerost powstaje wskutek przejścia krwi odwrotnie z lewej komórki do prawej i dopiero w ten sposób powiększona zawartość ostatniej wywołuje przerost takowej. Tak więc, czy inaczej, komórka przerasta w następstwie zwiększonej pracy, usiłując przewyciężyć zastój w obrębie małego krążenia.

3. **A r y t m i j a.** Pod tą nazwą rozumiemy nie w równych odstępach czasu i nie z jednakową siłą odbywające się skurcze serca i uderzenia tętna. Odróżnić więc właściwie trzeba nierównomierność tętna od nierównomierności ruchów serca. Pierwsza jakkolwiek do pewnego stopnia stoi w związku z nierównomiernością uderzeń sercowych (*pulsus deficiens*), jednakże z drugiej strony może istnieć niezależnie od serca, którego ruchy odbywają się prawidłowo. Mianowicie przy zbyt słabych skurczach serca albo też przy znacznem zwężeniu ujścia aorty i t. p. tętno w tętnicy sprychowej może być tak małym, że niektóre fale stają się niewyczuwalnemi (*pulsus intermittens*). Daleko ważniejszą jest arytmija s e r c a. Polega ona na przedłużonym rozkurczu lub takiejże przerwie pomiędzy jednym rozkurczem, a następnym skurczem serca. Napotykamy ją zarówno przy chorobach serca, jakoteż i innych, w których serce samo nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Z rzędu pierwszych najczęstszą przyczyną arytmii bywają wady zastawkowe, szczególnie niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego otworu żylnego; rzadziej przy jednostronnym przeroście komórkowym—prawym czy lewym; przy zapaleniu mięśnia sercowego, lub osierdzia; zwyrodnieniu tętnic wieńcowych, niekiedy przy ogólnem

¹⁾ M e y e r. Ueber angeborene Enge oder Verschluss der Lungenarterienbahn. Virchow's Archiv. Tom. 12, str. 520.

stwardnieniu tętnic ustroju. Zależy ona także od rozszerzenia jam serca skutkiem niewystarczającego zrównoważenia wad zastawkowych; następuje wtedy przepełnienie prawego serca oraz dróg krążenia płucnego, obok niedostatecznego napełnienia lewej komórki i całego układu tętniczego, w połączeniu z osłabioną czynnością mięśnia sercowego (F r i e d r e i c h).

Z chorób innych napotykamy arytmiję: 1) przy cierpieniach narządów jamy brzusznej (*colica hepatica, enteralgia, meteorismus, stipsis habitualis, ovarialgia*). 2) Przy cierpieniach układu nerwowego: w chorobach mózgowia, a także przy histeryi; dalej w zależności od nieprawidłowej czynności spłotu sercowego (*plexus cardiacus*), nerwu błędnego i współczulnego (w okresie zdrowienia po durzycy, po długim poście, w okresie rozwoju płciowego). 3) Pod wpływem niektórych środków lekarskich: przy nadmiernem użyciu naparstnicy, nikotyny, kofeiny, teiny; przy alkoholizmie i t. p.. Z tego krótkiego przeglądu widzimy, jak licznymi i wielostronnymi są postaci chorobowe, w których napotykamy arytmiję. W naszym przypadku na jej powstawanie złożyło się prawdopodobnie kilka warunków; ze strony serca: zwężenie lejka tętnicy płucnej, kolosalny przerost komórki prawej; obok tego skutki nadużywania wysoko, przewlekłe zaparcie stolca, a w części może przekrwienie zastojowe w mózgu z następczym uciskiem, wywieranym przez spłoty żyłne na dno czwartej komórki mózgowej w punkcie umieszczenia ośrodka nerwu błędnego. Każda z tych przyczyn wszelako, oddzielnie wzięta, nie byłaby w stanie arytmii uwarunkować.

4) S z m e r t a r c i a, odpowiadający skurczowi, wyczuwany u naszego chorego doskonale przez położoną na okolicę wierzchołka serca rękę, pochodzić może zarówno z wnętrza serca, jakoteż z osierdzia. W pierwszym razie nazywa go F r i e d r e i c h pomrukiem kocim. Zdaje się, iż zależał on od wzajemnego stykania się, obu listków osierdzia, mianowicie zgrubień ścięgniastych wewnętrznego listka (*epicardium*), wytworzonych przez tarcie przerosłej prawej komórki o listek zewnętrzny. Objaw ten zaznaczam jedynie dla tego, że już B o u i l l a n d ¹⁾ o nim przy wrodzonych brakach w przegrodzie komórkowej wspomina.

5) S i n i c a (*cyanosis*). Dawniej poczytywano ją za nieodłączny objaw wrodzonych wad serca; lecz mniemanie to, raczej na teoretycznych wnioskach, niż spostrzeżeniach klinicznych oparte, wkrótce odrzuconem zostało. Opierało się tu głównie na wzajemnem mieszaniu się krwi w takich np. przypadkach, gdzie istniało połączenie obu komórek sercowych za pomocą otworu w przegrodzie, a także przy odwrotnem ustawieniu obu tętnic, t. j. gdy aorta wychodziła z prawej, tętnica płucna z lewej komórki, lub gdy obie z jednej i tej samej—prawej czy lewej—komórki wychodziły. Jednakże wiemy, iż częstokroć w takich zboczeniach sinicy wcale nie ma przez całe życie. W i l s o n ²⁾ opisał u dziecka serce, złożone z jednego przedsionka i jednej komórki, z której wychodził jeden tylko wspólny pień tętniczy, dzielący się dalej dopiero na dwie połowy (aortę i tętnicę płucną); jakkolwiek w tym razie cała krew ustroju

¹⁾ F r i e d b e r g, loco cit. str. 139.

²⁾ E e k e r, l. c. str. 75.

mieszała się z sobą, jednak nigdy nie zauważono sinicy. Ciekawszemi jeszcze są te przypadki, w których tętnice, zamiast z aorty, wychodzą z tętnicy płucnej, w których przeto zawsze tylko krew żylna krąży; w opisie Breschet'a ¹⁾ na przykład, mimo że lewa tętnica podobojczykowa brała początek z tętnicy płucnej, lewa ręka w niczem się od prawej nie różniła. Oprócz spostrzeżeń na chorych, robiono także odnośne doświadczenia (Bichat), z których pokazało się, że np. dwa różnokolorowe płyny wstrzykiwane do przedsiódek przy otwartem *foramen ovale* z jednakową siłą i jednocześnie nie mieszają się z sobą ²⁾. Cloquet, Louis, Ecker utrzymują, że mieszanie się krwi wtedy chyba tylko daje sinicę, skoro w obu komórkach nierówna siła działa na jej wydalenie, t. j. gdy ścianki nie są w odpowiednim do siebie stosunku grube; podług Friedberg'a zaś i to jeszcze nie wystarcza: sinica nie nastąpi dopóty, póki obok otworu, łączącego obiedwie komórki, nie będą istniały inne jeszcze zbożenia w drożności wielkich pni tętnicznych, jako to zwężenie tętnicy płucnej, choroby płuc i t. d..

Wykluczwszy mieszanie się krwi jako przyczynę, wywołującą sinicę, inni objaśniają takową niedostatecznem utlenieniem krwi wskutek utrudnionego jej dopływu do płuc przy zwężeniu tętnicy płucnej (Bamberger). Również Rosenstein ³⁾ utrzymuje, że zaburzenia w sprawie oddechania są pierwszym warunkiem powstawania głębszych zmian we krwi, która, zatrzymując się dłużej w naczyniach włosowatych, oddaje tkankom większą ilość tlenu i otrzymuje większą ilość kwasu węglanego; przeciwnie zaś w płucach otrzymuje mniej tlenu i oddaje mniej kwasu węglanego.

Jednakże niedostateczne utlenienie nie zawsze da się należycie usprawiedliwić i dla tego Schrötter przyznaje mu znaczenie drugorzędne; natomiast zarówno on, jak i inni autorowie, za główną przyczynę sinicy poczytują ogólny zastój krwi w całym układzie żylnym skutkiem przeszkód, napotykanym w prawem sercu. Zastój ten przeważnie uwydatnia się w naczyniach włosowatych, w których nawet przy prawidłowych stosunkach istnieje największe ciśnienie oboczne.

W spostrzeganym przezemnie przypadku sinica wystąpiła bardzo późno; przynajmniej chory, pytany, jak długo by trwała, odpowiadał, że ją dopiero od kilku miesięcy zauważono. Zatem do ostatniej niemal chwili zrównoważenie krążenia (*compensatio*) było wystarczającym. Sinica była nader wydatną nie tylko na ogólnych powłokach ciała (twarzy, dłoniach, stopach), lecz oględziny pośmiertne stwierdziły ją także w narządach wewnętrznych: mięsaszowych (wątroba, nerki), na błonach śluzowych i surowiczych.

Najważniejsze miejsce zajmuje sinica nerek, która jest bardzo charakterystyczną dla wad sercowych (tak zwana przez Francuzów — *rein cardiaque*), i objawiała się u naszego chorego białkomoczem. Ostatni ma tu tem większe znaczenie, iż w pierwszej chwili nasuwał podejrzenie istnienia choroby

¹⁾ Breschet. *ibid.* str. 75.

²⁾ Friedberg. *l. c.* str. 126.

³⁾ Rosenstein. *Ziemssen's Handbuch der Spec. Pathol.* str. 124.

Bright'a. Gdy choroby nerek nie były jeszcze tak wszechstronnie, jak dziś, opracowane, białkomocz częściej przypisywano stanowi zapalnemu nerek. Wiemy jednakże obecnie, iż pogląd taki jest mylnym. Białkomocz trwać może nieprzerwanie przez całe tygodnie nawet, co niekiedy napotykaemy u suchotników, a przy oględzinach pośmiertnych żadnych zmian zapalnych, prócz zastoiny w nerkach, nie znajdujemy. Oprócz tego istnieje obszerna grupa chorób, w których białkomocz trwa przez kilka dni, lub kilka godzin zaledwie (*transitorische Albuminurie*); tu należą ostre choroby gorączkowe, *enteralgia*, zmęczenie po dłuższej przechadzce, niektóre pokarmy i t. d.. Nerki w takich razach pozostają bądź zupełnie prawidłowemi, bądź okazują lekkie zmętnienie protoplazmy w komórkach nabłonkowych, niekiedy pod drobnowidzem tylko rozpoznąć się dające.

Z błon śluzowych wyróżniały się fioletowem prawie zabarwieniem tchawica, oskrzela i przełyk. Szczególniej w tchawicy i oskrzelach błona śluzowa posiadała cechy charakterystyczne dla choroby serca. Obok innych oznak nieżyłowego zapalenia mieliśmy niezwykle przerost całej błony, której grubość dosięgała 2 milim.. Na zaznaczenie zasługuje, iż chory nie miał krwotoków które często przy wadach sercowych bywają spostrzegane, zwłaszcza z dróg oddechowych. Tylko w żołądku znaleźliśmy drobne wynaczynienia pomiędzy fałdami błony śluzowej.

Z błon surowiczych sinica była bardzo wyraźną w oponach mózgowych, osobliwie miękkiej, która posiadała barwę ciemnoczerwoną nie tylko na powierzchni zwojów, lecz i w brózdkach. Cały mózg wraz z oponami przypominał obraz, jaki zwykliśmy spotykać u pijaków, z tą różnicą jedynie, iż nie było wyraźnego obrzęku opon mózgowych, jakby należało się spodziewać. W każdym razie nadmierne używanie wysokoju zapewne sinicę jeszcze potęgowało.

Przy tej sposobności wspomnę o padaczkowych jakoby napadach, trwających u chorego przez lat 17-cie i będących prawdopodobnie w związku z zastojem w mózgowiu, oraz o wzmiance chorego, jakoby kilkoro dzieci zmarło w pierwszych latach życia skutkiem chorób drgawkowych. Usposobienie dziedziczne do wrodzonych wad serca zaprzeczyć się nie da; z drugiej strony niektórzy, jak np. D u s c h, mówiąc o wrodzonych brakach w przegrodzie komórkowej, zwracają uwagę na występowanie drgawek u dzieci.

Przypadek nasz należy do niezmiernie rzadkich ze względu na wiek chorego (47 lat), oraz warunki, w jakich pozostawał. Na 82 przypadków, podanych w tablicach M e y e r'a ¹⁾, znajdujemy jeden tylko (B r e s c h e t'a i B e r t i n'a) opis osobnika, zmarłego w 57 roku życia. D u s c h opisuje wadę wrodzoną u człowieka 65-letniego. Wszystkie inne wcześniej, niż nasz, zakończyły się śmiercią. U R o k i t a n s k y'ego najstarszy osobnik miał lat 30; 2 zmarli w 25 roku. K u s s m a u l ²⁾ podaje niektóre cyfry o długości życia przy rozmaitego stopnia zwichnięciach tętnicy płucnej.

¹⁾ l. c. str. 497.

²⁾ l. c. str. 165.

Warunki życia naszego chorego były pod każdym względem najgorsze. Zajęcia jego wymagały ciężkiej pracy; oddawał się pijanstwu; odznaczał się usposobieniem gwałtownem i porywczem; mieszkanie i pożywienie były nędzne. A jednak mimo to wszystko, wbrew powszechnie ustalonemu zdaniu, iż ustrój nie rozwija się należycie, że czynności płciowe rozpoczynają się późno, chory był dobrze zbudowanym, do ostatniego prawie czasu czuł się zdrowym i, ożeniwszy się w 21-ym roku życia, miał 14-ro dzieci.

Przechodzę obecnie do rozpatrzenia anatomicznej strony naszego przypadku. Najbardziej charakterystycznym zboczeniem był tu otwór w przegrodzie międzykomórkowej oraz zwięźlenie lejka tętnicy płucnej; inne zmiany, jakkolwiek w bezpośrednim z niemi związku przyczynowym pozostają, jednakże są mniejszej wagi i przeważnie zależą od wyżej wymienionych.

Przegroda komórkowa serca (*septum ventriculorum*) jest to, jak wiadomo, ścianka mięśniowa, pokryta listkami wsierdzia obu komórek, z wyjątkiem niewielkiego miejsca w górnej połowie, w pobliżu podstawy serca, tworzącego tak zwaną część błoniastą przegrody (*pars membranacea septi*). Chociaż Thurnam¹⁾ w r. 1838 pierwszy zwrócił na tę błonę uwagę, jako na istniejącą w każdym prawidłowo zbudowanem sercu, a więc jako na jego nieodłączną część składową, dopiero znacznie później Hauschka²⁾ sobie nieśluszenie zasługę odkrycia jej przypisał. Dlaczego błona ta przez długi czas nie była znaną anatomom, musimy chyba tem usprawiedliwić, że może ona u rozmaitych ludzi przedstawiać odmienną budowę i wielkość. Według Hauschki część błoniasta składa się wyłącznie tylko z dwóch przylegających do siebie wzajemnie listków wsierdzia prawego i lewego serca, bez żadnej pośredniej warstwy mięśniowej, jak w pozostałych częściach przegrody; jest ona przytem tak cienką i przezroczystą, że podłożony pod nią palec doskonale prześwieca. Jednakże Gruber na 10 przypadków znajdował raz jeden pomiędzy listkami wsierdzia włókna mięsne w postaci pojedynczych, siatkowato przeplatających się beleczek, lub też w kształcie całkowitej nieprzerwanej warstwy.

Albini uważa część błoniastą za mocną, ścięgnistą błonę, której oddzielne pęczki są w bezpośrednim związku z włóknami mięśniowemi przegrody komórkowej. Reinhard³⁾ opisał część błoniastą od strony lewej komórki w postaci trójkąta, podstawą ku wierzchołkowi serca obróconą, a szczytem ku ujściu aorty; leży ona bezpośrednio pod kątem, utworzonym między prawym i tylnym listkiem zastawki aorty z jednej, a wypukłym jej obwodem z drugiej strony. W prawej komórce część błoniasta ma kształt okrągły; przyczepia się do niej wewnętrzny listek zastawki trójdzielnej, którego struny ścięgniste

1) Rokitan sky. Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien. 1875. str. 61.

2) Hauschka. Ueber Durchbruch des Septum ventriculorum. (Wiener med. Wochenschrift 1855. Nr. 9).

3) Reinhard. Zur anat. und path. Kenntniss der Pars membranacea (Virch. Arch. B. 12. str. 133).

po części błonę tę pokrywają i nawet do niej są przyczepione. Dolny brzeg części błoniastej okolonym jest bardzo wydatnym waleczkiem mięśniowym.

O przeznaczeniu i pochodzeniu jej wiemy dotąd niewiele. Lindes¹⁾ poczytuje ją za dalszy ciąg przegrody pnia tętniczego wspólnego (*septum trunci arteriosi communis*) u płodu, część, rozwijającą się na ostatku, po zupełnem rozdzieleniu tegoż pnia na aortę i tętnicę płucną. Rokitański²⁾ odpiera zdanie Lindesa, widział bowiem serca, w których część błoniasta nawet wówczas rozwija się w zupełności, gdy pień naczyniowy wspólny pozostaje nierozdzielonym, t. j. gdy zamiast aorty i tętnicy płucnej istnieje jedna tylko wspólna obu komórkom tętnica. Według Rokitańskiego więc część błoniasta, położona między prawym i tylnym listkiem zastawki aorty, ma jakoby znaczenie ścięgnistego przyczepu dla przegrody komórkowej, stanowiącego przedłużenie włóknistego pierścienia ujścia aorty (Luschka), który wyrasta w kierunku przegrody.

Braki częściowe przegrody (*defectus septi ventriculorum*) pochodzić mogą z rozmaitych przyczyn: 1) są wadami rozwojowymi, t. j. powstałymi skutkiem nieprawidłowego kształtowania się serca; 2) skutkiem zapalenia z następczem zwężeniem w obrębie tętnicy płucnej lub jej lejka (*conus art. pulm.*); 3) bywają wynikiem spraw zapalnych przegrody komórkowej (*endo- et myocarditis septalis*), zarówno u płodu jakoteż w życiu pozamiacicznym. Po takim zapaleniu (z utworzeniem ropnia) tworzy się zamiast tkanki mięśniowej tkanka bliznowata, która nie posiada własności kurczenia się podczas czynności serca i nie jest w stanie przeciwstawić dostatecznego oporu ciśnieniu krwi; następuje owrzodzenie i wypuklenie, zazwyczaj w części błoniastej, a niekiedy i przedziurawienie.

Każdego, kto obserwował lub czytał opisy braków częściowych przegrody komórkowej, zastanowić musi fakt, że niemal zawsze mieszczą się one w górnym odcinku, blisko podstawy serca; w wyjątkowych tylko razach bliżej wierzchołka lub w środku przegrody. Niektórzy przypisują to obecności w tem miejscu części błoniastej, która okazuje najslabszy opór mogącym się wydarzyć sprawom patologicznym; nowsze wszelako badania Rokitańskiego nie w każdym przypadku stwierdziły słuszność takiego mniemania.

Aby ułatwić zrozumienie siedliska braków częściowych przegrody, Rokitański³⁾ dzieli ostatnią na 3 części, które na przekroju poziomym podstawy serca idą w następującym porządku: 1) przegroda tylna, między obudwoma ujściami żylnymi (przedsionkowo - komórkowemi); 2) średnia, *pars membranacea septi*; 3) przednia przegroda, poczynająca się od obwodu prawego listka zastawek aorty i zaginając się nieco w lewo, idąca ku przodowi do tętnicy płucnej. Dzieli się ona ze swej strony na dwie połowy: przednią i tylną. Pierwsza jest umieszczoną pomiędzy ujściami obu tętnic (aorty i płucnej), tworząc jednocześnie tylną ściankę lejka tętnicy płucnej. Tylny dział przedniej przegrody,

1) Lindes Beitr. zur Entwicklungsgeschichte des Herzens. Dissert. Dorpat. 1865.

2) Rokitański y. l. c. str. 62.

3) Rokitański y. l. c. str. 57.

graniczacy z częścią błoniasta, przylega do prawego i połowy lewego listka zastawek aorty.

W stosunku do poziomu ujście tętnicy płucnej leży wyżej niż ujście aorty; obie ich płaszczyzny spotykają się pod kątem 45° . Powstające skutkiem tego nachylenie tętnicy płucnej gra bardzo ważną rolę w utworzeniu lejka (*conus*); ponieważ tym tylko sposobem ścianka prawej komórki sercowej może w dalszym ciągu przechodzić bezpośrednio na przegrodę w postaci worka, otaczającego dokoła ujście tętnicy płucnej ¹⁾. (C. d. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

26. Przejściowy astygmatyzm po wycięciu tęczy,

Pan Gustaw K. z Warszawy od lat paru skarżył się na przykrości ze strony oczu bardzo nieokreślone. Oko prawe od dzieciństwa zezuje ku nosowi i wskutek tego bardzo niedołąźnie widzi; oko prawe miało zupełną siłę widzenia i pod względem refrakcyi było zbudowane prawidłowo. W ostatnich czasach skargi zaczęły coraz bardziej budzić podejrzenie poczynającej się jaskry. Wreszcie w początkach Czerwca wystąpił wyraźny i dosyć silny napad naprzód na prawem, a nazajutrz na lewem oku. Dnia 4 Czerwca wykonałem na obu oczach operację wycięcia tęczy. Po zagojeniu się rany chory przestał doświadczać wszystkich przykrości, jakie mu poprzednio dokuczały, ale widział daleko gorzej i zawsze po nad płomieniem spostrzegał jakby drugie niewyraźne jego odbicie. Zbadałem oczy dnia 20 Czerwca. Siła widzenia wyrażała się tylko przez ułamek $\frac{2}{5}$, obraz dna oka był prawidłowy i tego osłabienia wzroku nie objaśniał, wszakże nerw przedstawiał się astygmatycznie. Badając w tym kierunku przekonałem się, że soczewka walcowa wypukła o 24 calowym promieniu, przy osi ułożonej poziomo, wzrok znacznie poprawia; chory widział jeszcze dwa następne wiersze tablicy Snellen'a ($S = \frac{2}{3}$). Po miesiącu chory zgłosił się znowu i astygmatyzmu nie znalazłem już ani śladu, wzrok był zupełnie prawidłowy, a walcowe soczewki stanowczo szkodziły; tylko płomień zawsze jeszcze podwójnie się przedstawia.

Astygmatyzm, jako następstwo operacji wycięcia tęczy, jest znany; wszakże, gdy miałem sposobność oznaczyć kierunek i stopień tego zboczenia i gdy przekonałem się, że wada wzroku trwała tylko przez krótki czas po operacji, uważałem za właściwe ten przypadek ogłosić.

Zygmunt Kramsztyk.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

46 Schech. Gruźlica krtani i jej leczenie.

Do czasu ogłoszenia badań Heinego, a następnie Biefela ²⁾ najrozsądniejsze pojęcia panowały o istocie suchot krtaniowych. Rezultaty, otrzymane przez obu wspomnianych autorów wykazały, że suchoty krtaniowe są zawsze w związku z rozwojem gruźleńców na błonie śluzowej krtani i tym sposobem wprowadziły nas z błędnego koła mniemań o tym przedmiocie, w jakim obraca-

¹⁾ Rokitański. l. c. str. 58.

²⁾ Patrz streszczenie Nr. 35. Gazeta Lekarska. 1882 r.

liśmy się do ostatniego prawie czasu. Czy jednak sprawa gruźlicza może rozwijać się zupełnie samodzielnie, pierwotnie na błonie śluzowej krtani bez uprzedniego istnienia tej sprawy w płucach, nie jest jeszcze rzeczą zdecydowaną, wskutek trudności, napotykanych przy badaniu fizykalnem płuc, w pierwszych okresach istnienia w tychże gruźlicy; S c h e c h przypuszcza, że ta ostatnia może rozwinać się pierwotnie w krtani, a następnie dopiero zając tkankę płucną. Jakkolwiek bądź gruźlica krtani, u cierpiących na suchoty płucne, czy to jako poprzedzająca takowe, czy też rozwijająca się już podczas istnienia sprawy suchotniczej w płucach, jest według autora chorobą dość częstą; S c h e c h twierdzi na zasadzie własnych obserwacji, że mniej więcej 30% ogólnej liczby suchotników cierpi na gruźlicę krtani i w tym względzie zgadza się z H e i n z e'm, podczas gdy inni autorowie przyjmują daleko mniejszy procent (B u h l 15,5% W i l l i g h 14%). Autor zaznacza przy tem jeden fakt, którego wytłómaczyć nie jest w stanie, a mianowicie, że w razie rozwoju jednostronnej gruźlicy krtani zazwyczaj sprawa powstaje po stronie odpowiadającej choremu płuc.

S c h e c h jednozgodnie z B i e f e l'em utrzymuje, że miejscem rozwoju pierwotnych gruzełków krtani bywa zawsze błona śluzowa. W jednym lub kilku na raz punktach, co jednak bywa nierównie rzadziej, napotykamy ziarnka gruźlicze, już to rozrzucone oddzielnie, już to w niewielkich gromadkach, umiejscowione tuż pod nabłonkiem, który początkowo bywa w stanie zupełnie prawidłowym i niekiedy tylko przedstawia nieznaczne wzniesienia nad poziom. Ziarna te zwykle bywają na rozmaitym stopniu rozwoju: gdy jedne, nieco starsze, już poczynają podlegać serowatemu rozpadowi, inne, znacznie młodsze, posiadają jeszcze typową budowę gruzełka, złożonego z komórek okrągłych, siedzących pośród bardzo dobrze widocznej siatkowatej tkanki zasadniczej i zawierają zawsze komórki olbrzymie, jednakże w gromadkach ziaren komórek tych autor nie mógł nigdy odnaleźć. W miarę tego czy sprawa gruźlicza postępuje ku górze i powoduje następnie zniszczenie nabłonka leżącego nad ziarnami, czy też posuwa się ku dołowi, wywołując zniszczenie głębiej leżących tkanek, otrzymać możemy różne obrazy anatomiczne. W pierwszym mamy owrzodzenia powierzchowne. o dnie żółtawem i brzegach gładkich rzadko bardzo naderwanych; gdy nacieczenie i rozpad posuwają się ku dołowi i zajmują gruczolę gronową, leżącą w tkance podśluzowej, powstają wrzody głębokie, mające postać jakby lejkowatą i brzegi nierówne, powyrywane, pokryte bardzo często ziarninowemi zrębkami. Nacieczenie gruźlicze i rozpad serowaty przechodzą stopniowo na tkankę mięsną, a następnie i na chrzęstną, czego wynikiem bywa zwykle obnażenie chrząstek. Właściwej zaś sprawy gruźliczej w chrząstce autor nigdy nie spotykał; gdy sprawa gruźlicza zajmie chrzęstną na górnym brzegu chrząstki obrączkowej, często dojść może do zwichnienia chrząstki nalewkowej w stawie łączącym ją z poprzednią, gdy zaś zostanie zajęta chrzęstna na chrząstce tarczowej, sprawa cała zakończyć się może niekiedy przedziurawieniem na zewnątrz i utworzeniem stałej przetoki. Mówiąc o zmianach anatomo-patologicznych wypada nadmienić, że często występuje obrzęk błony śluzowej dość stosunkowo ostry w miejscach nie zajętych przez sprawę gruźliczą, a zależny od ucisku naczyń; zdarza się to najczęściej na nagłośni i więzach nagłośnio-nalewkowych; niekiedy obrzęk bywa pochodzenia zapalnego, a wówczas znajdujemy go po brzegach wrzodów.

S c h e c h wspomina, że widział w tworach gruźliczych krtani laseczniki gruźlicze; czy jednak udało mu się zobaczyć je w pierwotnym okresie rozwoju gruzełków nie wspomina, nadmienia tylko, że widział je niekiedy w oddzielnych ziarnach głównie zaś w dużych owrzodzeniach, w których obok gruźliczych spotykał inne większe laseczniki, barwiące się na niebiesko, przy użyciu do badania metody E h r l i c h'a.

Tylna ściana krtani jest miejscem, gdzie gruźlica rozwija się

najczęściej; zwłaszcza w przestrzeni międzynaławkowej (*Interarytaenoidalraum*), nie raz w lat parę przed powstaniem gruźlicy w płucach można wykazać obecność gruzelków, które w zwierciadle wziernika krtaniowego uwidaczniają się pod postacią niewielkich ostrokągowych narostów; narośle te, zależące od rozrostu i wypuklenia nabłonka, pokrywają gruzelki, leżące, jak wiadomo, tuż pod nabłonkiem, pod owymi naroślami. Gdy sprawa zacznie posuwać się naprzód i gruzelki ulegną rozpadowi, w zwierciadle wziernika widzimy pośród zmętniałego i zaczerwionego nabłonka sporą ilość niewielkich szarawych lub białawych owrzodzeń; głębsze wrzody mają postać lejka, dno sadłowate i brzegi ponadrywane, jednak obejrzeć je dobrze można tylko przy głębokim wdechu i przy bocznem ustawieniu zwierciadła.

Nieco odmienny wygląd mają owrzodzenia strun głosowych przednich, na których spotykamy je równie często, jak na tylnej ścianie. W początku nacieczenie ma postać waleczkowatego zgrubienia, trochę poczerwienionego, brzeg wolny struny jest bardzo widocznie zaokrąglony; niekiedy w początkowym okresie widzimy tylko rozlane zapalenie strun głosowych (*choriditis vocalis*), połączone ze zwężeniem głośni, które jednak równie jak poprzednia postać zawsze kończy się owrzodzeniem. Po pewnym czasie spostrzegamy podługowaty wrzód, nie głęboki, mający kierunek równoległy do wolnego brzegu struny; zwykle później powstają nowe wrzody, równoległe do pierwszego, tak, że cała struna ma postać jakby schodków, aż wreszcie wszystkie te owrzodzenia łączą się w jeden płaski wrzód, obejmujący całą prawie strunę, o brzegach nierównych, powyrywanych i pokrytych ziarniną. Niekiedy spostrzedz się daje trójkątnej postaci wrzód na wyrostku głosowym, przy jednoczesnem mocnem zaczerwienieniu struny, czasami zaś przy zupełnie prawidłowym jej stanie. Tego rodzaju owrzodzenia prowadzą zazwyczaj do oddzielenia struny od chrząstki i do *perichondritis cart. arytaenoideae*.

Na rzeczonych strunach głosowych spotykamy również najprzód zwiększoną objętość bądź to częściową, bądź też całej struny rzekomej, a niekiedy sprawa dosięga tego stopnia, że struna rzekoma zwiesza się ponad struną właściwą; w razie powiększenia obu strun rzekomych dojsć może do całkowitego zwężenia krtani. Owrzodzenia miewają postać albo oddzielnych wrzodzików, dość głębokich, lub też jednego dużego rozlanego wrzodu, który obejmuje całą strunę rzekomą i przechodzi na zatokę Morgagniego. Ten ostatni rodzaj owrzodzeń miewa niekiedy postać półksiężyca, o dnie żółtem, sadłowatem i dosięga czasem strun właściwych.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć obrazy, otrzymywane w zwierciadle wziernika krtaniowego przy wrzodach więzów nalewko-nagłośniowych i samej nagłośni; w obu tych miejscach może również powstawać gruźlica pierwotnie. Na więzach nalewko-nagłośniowych i na błonie śluzowej, pokrywającej chrząstkę Wrisberga i Santoriniego zazwyczaj widzimy na początku dość znaczny obrzęk, który zawsze prawie szybko znika, a na miejscu jego powstaje wrzód pokryty warstwą żółto-zielonej, cuchnącej ropy i wielką ilością pianistego śluzu; po zdjęciu ich uwidocznia się niekiedy dość obfita ziarnina. Na nagłośni wrzody mają postać przeważnie soczewkowatą, niekiedy zaś bywają głębokie, lejkowate; przy bardzo długiem trwaniu sprawy gruźliczej dojsć może do dość znacznych zniszczeń, niekiedy nawet powstają w nagłośni szczeliny, sięgające do samej podstawy; nigdy jednak autorowi nie zdarzyło się widzieć całkowitego oddzielenia nagłośni.

Oto w krótkości zestawione obrazy, widziane w zwierciadle wziernika krtaniowego, przy wrzodach gruźliczych krtani. Objawy natury podmiotowej są najrozmaitsze stosownie do umiejscowienia i natężenia sprawy chorobowej. Niekiedy chorzy doznają tylko łaskotania i świerzbieńca w gardle, najczęstszym jednak i najstalszym objawem są zmiany głosu, które bywają zazwyczaj

pochożenia paretycznego, chociaż mogą zależeć od czysto mechanicznych utrudnień ruchów strun głosowych, a także i od zniszczenia takowych; zmiany te ujawniają się przez chrypkę, a niekiedy i zupełny bezgłos (*aphonia*). Właściwy zaś chrapliwy ton mowy zależy zwykle od zastąpienia zniszczonych strun prawdziwych przez rzekome. Kaszel, objaw mniej stały, zależy, zdaniem *Sch ech'a*, przeważnie od zajęcia przez sprawę chorobową płuc i oskrzeli. Niezbyt często również bywa duszność, którą zazwyczaj powoduje obrzęk więzów nalewko-nagłośniowych i nagłośni, rozlane zapalenie strun prawdziwych, przerost strun rzekomych lecz najczęściej zapalenie ochrzęstnej. Częściej niżeli dwa tylko co opisane objawy, zdarza się dość silny ból przy kaszlu i przy połykaniu. Do tych wszystkich zjawisk dołączają się dość często napady silnego dławienia i obfite wydzielanie śluzu, które zazwyczaj bardzo męczy i wycieńcza chorego. Najrzadziej stosunkowo bywają krwotoki i wyrzucanie przy kaszlu martwaków chrząstkowych.

W ostatnich czasach *B. Fraenkel* zwrócił uwagę na jedną jeszcze wskazówkę przy rozpoznawaniu gruźliczych owrzodzeń krtani; jest nią mianowicie badanie wydzieliny wrzodów, o ile takową, rozumie się, można zebrać. *Fraenkel* znajdował w niej laseczniki gruźlicze, lecz *Sch ech* nie uważa tej metody badania za dobrą, w obec trudności otrzymania wydzieliny wrzodów w dostatecznej ilości.

Najgorsze rokowanie dają owrzodzenia gruźlicze nagłośni, tylnej ściany krtani. Wrzody zajmujące inne okolice krtani mogą niekiedy być względnie wyleczone, lecz we wszystkich tych razach prędzej, czy później następuje śmierć chorego albo wskutek gruźlicy innych narządów, lub też w skutek nowego obostrzenia procesu w samej krtani; względne takie wyleczenie zależy od rozwoju tkanki łącznej a następnie blizny powstającej z ziarniny, jeśli rozumie się, nie rozwija się więcej gruzelków w otoczeniu pierwotnego wrzodu i jeśli zniszczenie nie dosięgło wysokiego stopnia.

Druga część pracy jest poświęcona ogólnemu i miejscowemu leczeniu gruźlicy krtani.

Pierwszą niezbędną okolicznością, przy leczeniu tego rodzaju chorych, jest powietrze czyste i pozbawione pyłu; pokój, gdzie stale przebywa chory, powinien być jak najczęściej przewietrzany. Na zimę najlepiej wysłać chorego do miejscowości z klimatem łagodnym i nieco wilgotnym, np. do Pizy lub Wenecji; bardzo dobrem miejscem jest także Riviera lub Korsyka; Egipt zaś, który nieraz zalecają w tym razie, według *Sch ech'a*, nie jest odpowiedni, gdyż spostrzegano tam dość częste krwotoki, zależnie zdaje się od powietrza zbyt suchego i zawierającego nieco pyłu. Chorych, którzy cierpią na utrudnione połykanie najlepiej jest leczyć w domu w miejscowościach zamkniętych, a na lato wysłać nad morze lub w góry. Ważną bardzo rzeczą jest wycieranie skóry na szyi, plecach i piersiach, początkowo letnią, a następnie zimną wodą; z użyciem kąpeli solankowych i zimnych natrysków trzeba być ostrożnym. Co się tyczy pożywienia, to zaleca się pokarmy posilne i lekko strawne, mięso, mleko same lub z arakiem albo z koniakiem, wino z wodą, piwo. Długiego mówienia i palenia tytoniu trzeba chorym najsurowiej zabronić.

Leczenie miejscowe, zdaniem autora, jest rzeczą bardzo wielkiej wagi i winno być zastosowywane rozważnie, stosownie do wymagań danego przypadku. Gdy chorzy uskarżają się na uczucie suchości w gardle i gdy wrzody są pokryte dość obfitą wydzieliną dobrze działają wzięwania (inhalacje) środków roztwarzających (*resolventia*) jak: $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roztworu dwuwęglanu sodu, soli kuchennej, węglanu potasu i chlorku amonu. W razie występowania na pierwszy plan cech zapalnych, autor używa z dobrym skutkiem wzięwań środków ściągających: ałunu i kwasu garbnikowego w roztworze 1 do 2%; lecz użycie ich winno być przerwane, gdy chorzy

zaczynają doznawać suchości w gardle. W ostatnim czasie najszersze zastosowanie zyskały wziewania środków odwietrzających i przeciwgnilnych, jak 1—4% roztworu chloranu potasu i kwasu bornego, 0,5 do 2% roztworu kwasu karbolowego, 2—5% bendżwianu sodu, 1—3% salicylanu sodu; tutaj także zaliczyć trzeba wziewanie tymolu w stosunku 0,1 : 200 i kreozotu, terpentyny i *olei pini pumillae* w stosunku 0,5—10 : 200. Gdy kaszel staje się zbyt dokuczliwym lub wystąpi utrudnienie w połykaniu autor stosuje chętnie leki kojące (*narcotica*), zwłaszcza zaś poleca mieszaninę 5,0 bromku potasu i 10,0 wody wawrzynowej na 200 wody; niekiedy jeszcze dodawał 0,1 morfiny.

Za przykługiem Schmit'a radzi też stosować niekiedy bezpośrednio oddechanie parą środków odwietrzających. W tym celu zaleca chorym 3 razy dziennie w ciągu 5 minut, oddechać parą otrzymywaną przez gotowanie na lampie spirytusowej litra rumianku z dodaniem do takowego łyżki 2% kwasu karbolowego lub mieszaniny 10—20 kropel balsamu peruwiańskiego i 10,0 spirytusu; wdychanie takie chorzy znoszą zazwyczaj bardzo dobrze. Również pożytecznym jest wziewanie środków odwietrzających zapomocą maski Curschmann'a, zwłaszcza u chorych bardzo drażliwych, lecz w takim razie wziewania muszą być robione 10—15 razy dziennie.

Miejscowe zastosowanie środków leczniczych przez samego lekarza musi się głównie ograniczyć do leków przeciwgnilnych; a zotanu srebra, tak często niegdyś używany w owrzodzeniach krtani, nietylko że nie przynosi żadnego pożytku, lecz przeciwnie zawsze prawie jest szkodliwym. Dla tego też chętnie używa Schech kreozotu (*creosoti 0,5 spirit. vini 20,0, glycerini 30,0*), który codziennie, po uprzednim oczyszczeniu krtani przez wziewanie 1% soli kuchennej, stosuje na owrzodzenie zapomocą pędzelka lub przyrządu do puszczenia kropli; jeszcze lepszym w tym względzie okazuje się kwas borny (0,2—0,5 dziennie). Co się tyczy jodoformu, to chociaż używa go niekiedy pod postacią wdmuchiwań (*insuflatio*), w połączeniu z kwasem bornym, 1 do 2 razy w ilości 0,5, lecz rzadko się do niego ucieka, gdyż chorzy znoszą z trudnością jodoform, dla przykrego zapachu i złego oddziaływania na łąknienie.

Szczególniejszą uwagę zwraca autor na leczenie zaburzeń w połykaniu, które jak wiadomo zależą albo od obrzęku błony śluzowej na chrząstce nalewkowej i nagłośni, albo też od bólu, spowodowanego przez dość znaczne owrzodzenia. W pierwszym razie radzi robić nacięcia obrzęklej błony śluzowej, w drugim zwykle stosuje środki kojące i to głównie miejscowo, gdyż wstrzykiwania podskórne nie wszyscy chorzy znoszą jednakowo dobrze. Używając narkotyków miejscowo radzi je stosować wraz ze środkami przeciwgnilnymi wproszku, z dodaniem nieco krochmalu, ażeby użyty środek mógł się dłużej utrzymać na powierzchni owrzodzenia (kwasu bornego 8,0, morfiny 0,5, krochmalu 2,0; dziennie 0,2 mieszaniny); działanie środka zastosowanego w ten sposób trwa 12 do 24 godzin. Pożywienie tego rodzaju chorych musi być ściśle zastosowane do ich możliwości połykania, ponieważ zaś pokarmy gęsto-płynne połyka się najłatwiej, trzeba chorym zalecać tylko takie rzeczy jak jajka na miękko, mleko z żółtkiem i koniakiem, tarte mięso w opłatkach, galaretę z nówek cielęcych, mózdek, befstyk i t. p. W ostatecznych razach uciekamy się do karmienia zapomocą zgłębnika żołądkowego, lecz trzeba zważyć, że ucisk przezeń wywierany, może wywołać szybszy rozpad owrzodzeń na nagłośni i chrząstce nalewkowej.

Co się tyczy wreszcie zwężeń krtani (*laryngostenosis*), to wymagają one zawsze pomocy czysto chirurgicznej, jak np. nacięcia, lub otworzenia ropnia w razie zapalenia ochrzęstnej, a niekiedy tracheotomii, która w danej chwili może być koniecznie wskazana, mimo to, że będzie zawsze tylko środkiem przynoszącym chwilową ulgę.

M. Jakowski.

(*Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge, Nr. 230, 1883*).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dzień 15 Października r. b. stanowi ważną epokę w dziejach szpitalnictwa miasta Warszawy. Jest to rocznica nie o t w o r z e n i a szpitala dla chorób zakaźnych za rogatkami Wolskiemi. Pamiętamy dobrze, jak rozgłośnie oznajmiono, iż nareszcie Warszawa posiadać będzie tak koniecznie potrzebny szpital, jak co tydzień donoszono o postępach przeróbki budynku starego i spróchniałego od wilgoci na nowy i zupełnie odpowiedni pod względem higienicznym, z jaką energiją troskano się o wprowadzenie odpowiedniego dla tego szpitala systemu wychodków i zbudowanie kamery dezynfekcyjnej (która, nawiasem powiedzmy, posiadała początkowo jedno tylko wejście, czyli stanowiła od razu negacyję wszelkiej dezynfekcyi, dopiero przejezdny Francuz, inżynier, zwiedzając przypadkiem ten wzorowy zakład, zwrócił uwagę, że budowa kamery dezynfekcyjnej na innej opiera się zasadzie), jednym słowem, jak pracowano z niezwykłym u nas zapalem nad powołaniem do życia tej nowej filantropijnej instytucyi. Tymczasem wszystkie te usiłowania poszły na marne, bo oto rok cały mija, a szpital jak był zamknięty, tak i po dziś dzień jest zamknięty. Chyba jeszcze w żadnym mieście nie przytrafiło się takie wydarzenie, żeby do gotowego szpitala przez cały rok nie przyjmowano chorych. W szpitalach warszawskich ciasno, brak najpotrzebniejszych rzeczy, chorzy są źle żywieni, a tu parę dziesiątków tysięcy rubli wydano na owe przeróbki bez żadnego celu. W żaden sposób nie możemy zrozumieć powodów takiego postępowania i radziłyśmy bardzo, by sfery kompetentne przerwały dotychczasowe milczenie i rozjaśniły ciemności pokrywające tę kwestyję. A może kwestyje szpitalne byłyby lepiej prowadzone, gdyby lekarze szpitalni mieli jakikolwiek wpływ i udział w rozstrzyganiu tych kwestyj, na których się najlepiej znają.

— Jak dowiadujemy się z pewnego źródła, „Słownik lekarzów polskich“, rozpoczęty przez zmarłego D-ra K o ś m i ń s k i e g o, będzie całkowicie wydany. Nakład daje żona zmarłego (która oddała już usługi Towarzystwu lekarskiemu przy układaniu katalogu biblijoteki), a częścią literacką kierować będzie przyjaciel zmarłego, D-r Józef P e s z k e współwłaściciel naszej Gazety.

Wiedeń. Zmarł tu nagle D-r Nathan W e i s s znany neuropatolog.

ODPOWIEDŹ

D-r G. w Uściługu. List nadesłany zakomunikowaliśmy prof. N a w r o c k i e m u.

Sprostowanie. W N-rze 40 Gaz. Lek. na str. 761 rysunek winien być odwróconym.

Wydawca Dr. **St. Kendratowicz**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz**

Ogłoszenia.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpeli**, 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 pochlaniającego kwasy żołądkowe. 30—29

Plaster Thapsia

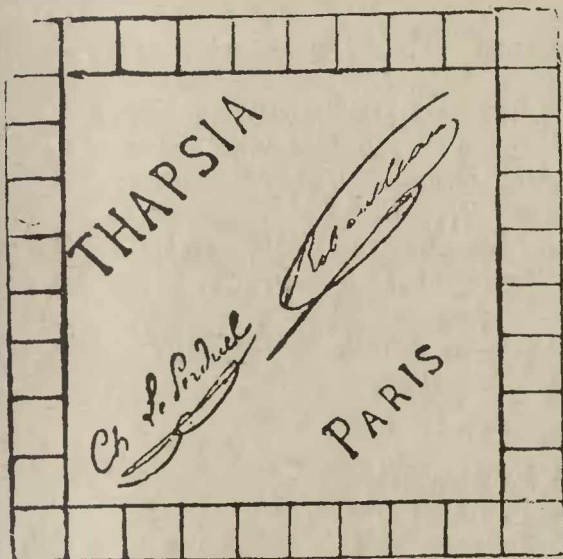
LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plastrów naśladowującym Thapsia
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,
Ziemsńskiego i Lipopa.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich
w San Remo. 20—9

W PRACOWNI

CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go
Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa
rozbiórów chemicznych, poszukiwań
mikroskopowych i t. p. badań weho-
dzących w zakres patologii i hy-
gieny.

Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

12—1 chemik szpitali warszawskich.

OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinia najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serea 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 materyjałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—17
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.



M. MUTNIAŃSKIEGO

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 20.

Poleca następujące środki nowo wprowadzone w użycie lekarskie:

- Acidum sclerotinicum** jako główna część składowa *Secalis cornuti*. Używa się w krwotokach do podskórnych wstrzykiwań. 0,04 do 0,05 ($\frac{2}{3}$ do $\frac{3}{4}$ gr.)
- Balsamum Gurionum**, stosuje się w przypadkach, w których używa się *Balsamum Copaivae*.
- Calcium phospho-lacticum cristallisatum solubile** używa się w praktyce dziecinnej, przy krzywicy i w usposobieniu do suchot. Dawka od 2 do 5 gr. w roztworze. 3 razy dziennie.
- Chinolinum tartaricum**. *Antipireticum* (Wertheim) dawka (gr. $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$).
- Cannabinum tannicum**, używa się jako *hypnoticum* nie wywołuje zaparcia stołca, dawka 1—8 gr.
- Chrysarobin Araroba** używa się w postaci maści albo z kolodyjonem (1 : 7—10) przy *psoriasis*, *eczema squamosum*, *pitthyriasis*, *herpes tonsurans*.
- Coffeinum natrobensoicum solubile** używa się jako silny i pewny środek moczopędny, szczególnie przy puchlinie wodnej, spowodowanej wadami serca. 4—9 gr.
- Coffeinum natrosalicylicum** } podobnie używa się jak i poprzedni.
Coffeinum natrocinnamylicum }
- Codeinum muriaticum** środek łatwiej rozpuszczający się od zwyczajnej kodyny.
- Codeinum phosphoricum solubile** sól łatwo rozpuszczalna, do podskórnych wstrzykiwań.
- Cotoinum** } Używa się przeciw ostrym i przewlekłym niezytom kiszek u dzieci u suchotników,
Paracotoinum } tam gdzie makowiec zawodzi. Cotoin—gr. $\frac{5}{8}$ —grj $\frac{3}{4}$ pro dosi raz na dzień; Paraco-
 toin—grj $\frac{3}{4}$ —jij co 2 do 3 godzin.
- Chininum muriaticum carbamidatum** łatwo się rozpuszcza na zimno w równych ilościach w wodzie. Nie wywołuje ropni.
- Extractum convollariae majalis** jako środek moczopędny i przy wadach serca. D. pro die 16—24 gr.
- Ergotinum dialysatum** nie sprawia bólesci i nie wywołuje ropni przy użyciu podskórnem.
- Glycyrrhizin ammon** środek obojętny, jako silny *corrigens* do leków gorzkich.
- Hydrargyrium formamidatum liquidum 10%** używa się w przyniciu (Liebreich) do podskórnych wstrzykiwań. Nie wywołuje ropni. D. pro die całą szprykę Prawaza.
- Ichtyol** używa się przy *psoriasis*, *eczema*, oraz w reumatyzmach stawów i mięśni (Gaz. Lekarska Nr. 32 r. 1883).
- Kairyna** (Medycyna Nr. 30 r. 1883).
- Lithium salicylicum** pierwszeństwo ma przed innymi solami litynowemi z powodu łatwej rozpuszczalności moczanów, dawka 3 razy dziennie po 3 do 10 gr.
- Papayotinum** łatwo rozpuszcza nabłonek, używany jest celem usunięcia grzybów dyfteryticznych. D. gr. 10—20 : $\frac{5}{3}$ gliceryny.
- Paraldehyd** używa się jako *hypnoticum*. Ma wyższość nad chloralem. D. $\frac{1}{2}$ —5j. (Medycyna Nr. 36 r. 1883).
- Pelletierinum tannicum** przeciw tasiemcowi. D. 20—30 gr. pro dosi.
- Pancreatinum** przy upośledzonym trawieniu. D. gr. v podczas jedzenia.
- Podophyllotosinum** sprawia normalne wypróżnienia bez bólesci. D. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ gr. rano i wieczorem.
- Sapo mercurialis 25%**. Środek łatwiej dający się weterac (z wodą).
- Secale cornutum sine oleo pingui**. W działaniu powniejszy jak zwyczajny sporysz.
- Solutio Fotergilli s. Acidum hydrobromicum**. Działanie jak *kalii bromati*. D. $\frac{1}{2}$ łyżeczki od kawy z wodą ocukrzoną 4 razy dziennie.
- Solutio Nitroglycerini** (1—100) przy astmie i padacze. Gazeta Lekar. Nr. 31. Pam. Towarz. Lekars. r. 1882.
- Ferum peptonatum** zawiera w sobie 5% $Fe_2 O_3$.
- Jesquirity. Semen Abrusii Precatoru**. Przy jaglicy koszarowej (*Trachoma, patmus*). Kronika lekarska Nr. 20 r. 1882.