

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Szczygielski. Dwie owaryjotomije z pomyślnem zejściem. — II. A. R o t h e. Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — III. J. S t y p i ń s k i. Przepuklina sznurka pępkowego. (*Hernia funicoli umbilicalis*). — *Dział sprawozdawczy:* 41. R. B i e f e l. Das tuberculöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwindsucht. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Dwie owaryjotomije z pomyślnem zejściem.

Opisał

Dr Józef Szczygielski.

Wycinanie torbieli jajnikowych od pewnego czasu i u nas zyskało sobie prawo obywatelstwa i jakkolwiek obecnie przestało już należeć do nadzwyczajnych rzadkości, to jednakże ze względu na ważność tej operacyi, która chyba nigdy nie przestanie zaliczać się do rzędu największych, wzmianka o każdym przypadku, nie bacząc na jego zejście, powinna być obowiązkiem ze strony operującego.

Przypadek I. R. Zalestejn, w Warszawie zamieszkała, wieku lat 29, od 11-tu lat zamężna, nie rodziła, ani też nie ronila. W 15 roku życia po raz pierwszy dostała miesiączkę, która odbywała się nie bardzo prawidłowo; najczęściej bowiem spóźniała się o kilka tygodni, a nawet i miesiący. Chorób ważniejszych nie przebywała. Wspomina tylko, iż, będąc dzieckiem, miała wpaść do studni bardzo głębokiej, z kąd wydobyta, z trudnością przywróconą została do życia. W rodzinie wszyscy zdrowi. Przeszło rok temu chora zauważyła stopniowe powiększenie się objętości brzucha, a że jednocześnie i miesiączka się wstrzymała, sądziła przeto, iż jest w odmiennym stanie. Nie mogąc jednakże doczekać się rozwiązania pomimo upłynionego kresu ciąży, licząc od chwili wstrzymania się regularności, zaniepokojona zgłosiła się do mnie w dniu 5 Lutego zeszłego roku z zapytaniem, dla czego poród nie następuje? Dodała przytem, iż od dawna już przestała czuć ruchy dziecka, „które pewno nie żyje“.

Przy badaniu chora przedstawiła stan następujący: wzrost średni, wygląd blady, układ kostny i mięśniowy dosyć dobrze rozwinięty, tkanka tłuszczowa podskórna niezbyt obfita, ogólne odżywianie nieco podupadłe, ze strony ważniejszych narządów jak: płuc, serca i t. p., żadnych zboczeń nie zauważyłem, natomiast brzuch powiększony, jak pod koniec ciąży.

Przy omacywaniu (*palpatio*) można było wyczuwać tuż pod samą skórą guz znacznych rozmiarów, wypełniający całą jamę brzuszną, okrągły, gładki, łatwo przesuwalny. Najłżejsze dotyknięcie ścian brzusznych wywoływało bardzo wyraźne drżenie, znane pod nazwą „*frémissement hydatique*“, przy opukiwaniu wszędzie w okolicy guza odgłos tępy, wyjąwszy z boków bardziej ku krzyżowi, gdzie odgłos występował bębnowy. Zmiany położenia chorej bynajmniej nie wpływały na zmianę kształtu guza, co zwykle mieć miejsce przy nagromadzeniu płynu w jamie brzusznej (*ascites*). Badanie narządów płciowych nic szczególnego nie przedstawiało, pochwa i część pochwowa w stanie prawidłowym, macica w przodopochyłości (*anteversio*) dosyć ruchoma o rozmiarze zwykłym, stwierdzonym przez wprowadzenie zgłębnika. Odnośnie objawów subiektywnych chora użalała się na ból w kończynach dolnych, a szczególnie w pachwinie lewej, duszność, uczucie ciężaru, oraz na ogólne osłabienie.

Po zestawieniu wyżej przytoczonych objawów, wykluczeniu ciąży, oraz puchliny brzusznej (*ascites*) rozpoznanie postawiono na torbiel pojedynczą jajnika (*cystis ovarii unilocularis*) prawdopodobnie bez ważniejszych zrostów, o ile można było sądzić po łatwym przesuwaniu się guzów, jak również i samej skóry. W podobnym stanie rzeczy wypadało chorą wyprowadzić z błędu i w miejsce wyczekiwania porodu zaproponować wypuszczenie płynu, nadmienając jednocześnie, iż płyn ten najpewniej się odtworzy i że w takim razie trzeba będzie bezwarunkowo wykonać operację, na którą bezpośrednio chora przystać nie chciała.

Chora zasięgnęła jeszcze rady kolegi Rogowicza, poczem zgodziła się na uczynioną jej propozycję. Dnia 13 II. po zmierzeniu objętości brzucha, którego wymiary były: od wyrostka mieczykowatego do pępka $22\frac{1}{2}$ ctm., od pępka do spojenia łonowego $18\frac{1}{2}$ ctm., od pępka do kolca biodrowego górnego przedniego lewego 20 ctm., zaś do kolca przeciwnej strony 29 ctm. W obwodzie środkowym w okolicy pępka $100\frac{1}{2}$ ctm. Zrobiłem przekłucie za pomocą cienkiego trójkątka, połączonego z rurką gumową, której dolny koniec pozostawał pod powierzchnią wody, a to dla uniknięcia przystępu powietrza do jamy otrzewnej. Płynu wyszło blisko 12 kwart przezroczystego, jasno żółtego, nieco lepkiego. Objętość brzucha po wypuszczeniu płynu, znacznie się zmniejszyła, z lewej zaś strony w jamie brzusznej dokładnie można było wyczuwać guz wielkości główki noworodka, swobodnie przesuwający się w jedną i drugą stronę. Obecność paralbuminu w płynie, prawie zupełne opróżnienie się guza, jakkolwiek trójkątka nie był przesuwany, potwierdziły przypuszczenie, że torbiel jest jednokomorowa, guz zaś z lewej strony wskazywał odpowiedni jajnik jako siedlisko nowotworu.

Przekłucie chorej zniosła dobrze i przez sześć tygodni czuła się nieźle, wkrótce jednak potem brzuch stopniowo zaczął się powiększać, tak, że w 4 miesiące po przekłuciu objętość jego większą była, aniżeli przedtem. Chora odtąd czuła się coraz gorzej i użalała się na duszność, rozpieranie, brak łaknienia i ogólne osłabienie, tak, że sama domagała się operacji.

Dnia 28 VI. przy łaskawej pomocy kolegi Orłowskiego powtórnie wykonałem przekłucie na linii środkowej poniżej pępka, przyczem wypuściłem płynu

przeszło 4 kwarty Chorą przez parę dni zatrzymałem w łóżku, następnie w celu przygotowawczym zaleciłem środki lekko przeczyszczające, oraz kilka obojętnych kąpiei.

Mieszkanie dla chorej wynajęte zostało na Nowym Świecie pod Nr. 40, w głębi bardzo obszernego dziedzińca i przez dni kilka ciągle było przewietrzane, oraz skrapiane 5% roztworem kwasu karbolowego.

Dnia 6 VII. 1881, na żądanie chorej przystąpiłem do owaryjotomii w obecności i przy łaskawej pomocy Szanownych kolegów: Rogowicza, s. p. Placzkowskiego, Peszkiego, Orłowskiego, Konitza, Jasińskiego i Dintego. Po wypuszczeniu moczu i zupełnem zachloroformowaniu chorej przeciąłem skórę w okolicy linii białej (*linea alba*), poczynając na palec poniżej pępka i idąc ku dołowi na przestrzeni 14 centymetrów, wymioty na chwilę przerwały operację. Doszedłszy warstwami do otrzewnej, przed jej przecięciem staraliśmy się zatrzymać najmniejsze krwawienie. Pod błoną otrzewną przedstawił się guz gładki, mocno naprężony, znacznych rozmiarów, bez żadnych ważniejszych zrostów, wyjąwszy od strony prawej, gdzie w miejscu pierwszego przekłucia nie więcej jak na 3 centymetry było zrosnięcie, a raczej przyklejenie guza do ściany brzusznej, od której bez trudności dał się oddzielić. Torbiel przebito za pomocą trójkątca Spencer Wellsa, przyczem wyszło płynu 15½ kwart podobnego, jak poprzednio. Następnie guz w całości wydobyty został z jamy brzusznej, i uchwycony przy nasadzie dwoma większemi kleszczykami Peana, które chwilowo zastępowały zaciskacz. Oddzielenie torbiela uskuteczniło nożyczkami, które z powodu grubości i twardości tkanki robiły wrażenie, jak gdyby przecinały tkankę chrzęstną.

Co się tyczy szypuły, ta była zupełnie krótką i niezwykle grubą tak, że o założeniu zaciskacza mowy być nie mogło, ligatura zaś pomimo kilkakrotnego nakładania nie wystarczała do zupełnego zaciśnięcia bardzo rozwiniętych naczyń, a przedewszystkiem *spermatica interna*, której światło równało się grubości wroniego pióra. Nie pozostawało nic innego, jak tylko przeprowadzić przez środek szypuły podwójną ligaturę metalową (drut żelazny) i każdą połowę oddzielnie nacisnąć za pomocą odpowiedniego instrumentu zwanego „*ligateur serre-noeud de Cintrot*“¹⁾.

Dla zabezpieczenia szypuły od wpadnięcia do jamy brzusznej przeprowadzono poniżej miejsca jej zaciśnięcia igłę około 10-ciu ctm. długości, której końce opatrzone zostały małemi rurkami szklanemi, wypełnionemi woskiem. Po załatwieniu się z szypułą i oczyszczeniu jamy brzusznej brzegi rany wraz z otrzewną zbliżone zostały za pomocą oddzielnych szwów miedzianych: 4-ech głębokich i 2-óch powierzchownych, powierzchnię zaś szypuły przypalono żegadłem platynowem Paquelin'a, poczem nałożono opatrunek ściśle Listerowski. Podczas całej operacji, która wraz z opatrunkiem trwała godzinę, stosowaną była mgła karbolowa; krwawienia prawie żadnego nie było.

1) *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique* par A. Leblond. 1878. str. 604.

Chora po operacyi pomimo osłabienia czuła się niezłe, tegoż dnia wieczorem wystąpił bardzo żywy ból w okolicy szypuły, ciepłota ciała 38,0° C., tętno 100, zalecono co 3 godziny pół grana makowca, moczu wypuszczono 2 szklanki. W nocy ciepłota ciała 38,6° C., tętno 106, nudności i dosyć częste wymioty. Chora żali się na brak snu, wstrzyknięto pod skórę $\frac{1}{6}$ grana morfiny, oraz do wewnątrz podawano lód na przemian z winem szampańskim w małych ilościach.

Nazajutrz nudności i wymioty mniejsze, natomiast ból w okolicy szypuły ciągle trwa. Ciepłota ciała i tętno bez zmiany, język wilgotny, moczu wypuszczono $2\frac{1}{2}$ szklanki. W celu uspokojenia bólu zaleciłem w dalszym ciągu co 2 godziny pół grana makowca. Wieczorem ciepłota ciała 38,4° C., tętno 100. Wymioty ustąpiły, pozostały tylko nudności, ból znacznie mniejszy.

Dnia 9. VII. Ciepłota ciała 38,3° C., tętno 96. Chora poraz pierwszy spała przez kilka godzin, nudności ustały, ból w okolicy szypuły nieznaczny.

Dnia 11. VII. Stan ogólny niezły, z pod dolnego brzegu opatrunku pokazała się bardzo obfita wydzielina mocno cuchnąca, koloru ciemno-szarego. Opatrunek zdjęto, przyczem zauważono zrośnięcie brzegów rany na całej przestrzeni *per primam intentionem*. Wydzielina zaś pochodziła z miejsca, otaczającego szypułę, która do połowy prawie się zagłębiła; po oczyszczeniu rany i zasypaniu powierzchni szypuły półtora chlorkiem żelaza założono świeży opatrunek Listerowski.

Dnia 12. VII. Ciepłota ciała 38,0° C., tętno 94. Chora czuje się dobrze spała przez całą noc, mocz sama oddaje, wieczorem ciepłota ciała i tętno prawidłowe.

Dnia 13. VII. po oleju rycynowym były dwa wypróżnienia, bez żadnych boleści.

Dnia 15. VII. przy powtórnej zmianie opatrunku, usunięto wraz z ligaturami metalowemi część szypuły zmumifikowaną i prawie odsznurowaną, wyjęto również szwy metalowe, po których pozostały kanaliki, wypełnione gęstą ropą, zagłębienie po szypule zasypano kwasem salicylowym.

Dnia 19. VII. po raz trzeci i zarazem ostatni nałożono opatrunek Listerowski. Chora czuje się zupełnie dobrze, swobodnie siedzi na łóżku i dopomina się jedzenia.

Dnia 30. VII. zagłębienie po szypule prawie wyrównane, chora przechadza się po pokoju.

Dnia 6. VIII. a więc po miesiącu, chora powróciła zupełnie zdrowa do domu.

Oдноśnie samej torbieli winieniem nadmienić, iż takowa po wypuszczeniu przeszło 15 kwart płynu, ważyła około sześciu funtów i odznaczała się niezwykle grubemi ścianami. Punktem zaś jej wyjścia był przyjajnik lewy (*parovarium*) i zajmowała obok powiększonego jajnika zwyrodniałego (*degeneratio cystoideo-colloid.*), jajowód (*tuba Fallopian.*), strzępy (*fimbriae*), oraz część więzu szerokiego.

(D. c. n.)

II. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisał

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 34).

Zobaczmy teraz, jakie zachodzą zmiany chorobowe w pojedynczych tkankach, lub organach, jak również w całym organizmie u nałogowych pijaków.

Nie będę tu mówił o tak zwanem skażeniu krwi *dyscrasia potatorum*. *Säuferdyskrasie*, o którym jeszcze takie powagi, jak R o k i t a n s k y, M a g n u s H u s s i R o e s c h rozprawiały, lecz ograniczę się do tego, co dziś wiadomo o zmianach, zachodzących we krwi nałogowych pijaków.

Przy długotrwałem otruciu wyskokiem krew w dwojaki sposób podlega zmianie chorobowej: najprzód skutkiem ciągle powtarzającego się wpływu bezpośrednio użytego wyskoku, a powtóre skutkiem zatrzymania w organizmie wytworów nieprawidłowych, wyrabianych przez zwyrodnione skutkiem wpływu wyskoku na organa wydzielające. Krew co do swojej jakości zmienia się fizjologicznie i chemicznie. Główna zmiana zależy na przewodze, czyli nadmiarze części wodnistych i zmniejszeniu się ilości włóknika, krew taka wypuszczona z żyły nałogowego pijaka zawiera bardzo wiele surowicy i nie tworzy prawie wcale skrzepu włóknikowego, kolor krwi zdaje się być ciemniejszym, co jedni tłumaczą nadmiarem wodoru i węgla, drudzy zniszczeniem czerwonych ciałek krwi.

B ö c k e r wyraźnie, bo ilościowo wykazał, że ilość czerwonych ciałek znacznie bywa zmniejszoną przy przewlekłym otruciu wyskokiem.

Zmiany te nie są jednak wyłączną własnością otrucia wyskokowego, znajdują się one także i przy innych chorobach wyniszczających; charakterystyczną natomiast zmianą jest nadmierne nagromadzenie się tłuszczu we krwi pijaków. Na własność tę oddawna już zwrócono uwagę, surowica z takiej krwi opalizuje i mniej więcej podobną jest do mleka. Jeżeli krew prawidłowa zawiera od 2 do 2½ % tłuszczu, to krew przy otruciu wyskokowem zawiera od 5,15 do 11,7 %.

Tak samo, jak we krwi, tłuszcz także gromadzi się w innych tkankach i organach. Przeważnie zaś w tkance podskórnej, między pojedynczymi mięśniami, na sercu, nerkach, kiszkiach, w ścianach brzusznych, w otrzewnej. Nadzwyczajne to nagromadzenie się tłuszczu (*polysarcia potatorum*) nadaje pijakom właściwy wygląd: twarz blada, wątpa, jakby nabrzmiała, a mięśnie nibyto pełne, lecz miękkie. Wczynie zaś późniejszym przy dalszem działaniu otrucia jednakowoż i tłuszcz ten zanika. Według R o k i t a n s k i e g o i w kościach bywają także same złogi tłuszczowe, przyczem szpik kostny staje się bogatszym w tłuszcz, tkanka zaś kostna zanika.

Wiedząc z poprzedniego, jakie działanie wyskok wywiera na zmianę materii w ogóle, zdaje się, iż tworzenie się tłuszczu i jego złogów u nałogowych pi-

jaków w ten tylko sposób można tłumaczyć, że wyskok w ogóle obniża wymianę materji i że pod wpływem niedokładnego procesu chemicznego wytwarza się w różnych tkankach tłuszczowe zwyrodnienie, zupełnie tak samo, jak to zauważono pod wpływem innych środków trujących, jak na przykład przy przewlekłym otruciu arsenikiem, fosforem i t. d. Krew chemicznie zmieniona nie ma dostatecznej siły do odżywienia organizmu, a skutkiem tego powstają zaburzenia w odżywieniu i następuje przeobrażenie wsteczne, t. j. zwyrodnienie tłuszczowe.

Chorobowe zmiany pojedynczych organów, lub układów przy przewlekłym zatruciu wyskokowym nie występują jednocześnie, lecz w pewnym, choć nie zupełnie stałym porządku. Tak zwykle najprzód cierpią organa trawienia, dalej narządy krążenia i oddychania, najpóźniej prawie układ nerwowy.

Najwcześniej przy długotrwałem użyciu wódki ukazuje się nieżyt żołądka i kiszki ze wszystkimi swojemi charakterystycznymi objawami i chrobliwymi zmianami, poczynając od lekkiego nadżarcia krwawego (*erosio haemorrhagica*) do tak zwanego wrzodu żołądka dziurawiącego (*ulcus ventriculi perforans*) i zwężenia (*stenosis*). Zwyrodnienie, lub owrzodzenie rakowate zdaje się, że nie powstają z nadużycia trunków, jeżeli do tego nie ma jeszcze i innych przyczyn.

Wielkiej jednakowoż doniosłości są zmiany i zwyrodnienie tłuszczowe gruczołów trawiących w żołądku, albowiem z ich zniszczeniem i zanikiem powstaje znaczna zmiana w wydzielaniu błony śluzowej żołądka, co znowu szkodliwie wpływać musi na trawienie i odżywienie w ogóle.

Zmiany w kiszkiach nie tak są rażące, jak zmiany żołądka i noszą ogólną cechę nieżytku kiszki, połączonego z uporczywem, nie dającym się tamować rozwolnieniem.

Wątroba jest jednym z organów, najwcześniej podlegającym zmianom chorobowym przy nadużyciu wódki, powodem do tego jest właściwa jej budowa i nadzwyczajna ilość naczyń krwionośnych, któremi organ ten jest obdarzony, tak, że wyskok, dostawszy się do krwi, tu najpierw bywa nagromadzonym. Najczęściej napotyka się wątroba tłuszczowa, tłuszcz gromadzi się w samych komórkach wątroby najprzód na obwodzie gruczołów gronowych (*acini*), później zaś i w samym środku. Wątroba powiększona, cięższa, brzegi jej zaokrąglone, powierzchnia gładka i blada. Skutkiem takiej zmiany powstają zaburzenia w krążeniu krwi, a mianowicie w żyły wrotnej, przekrwienie żołądka i jelit i nieprawidłowe wydzielanie się żółci,

Dalej napotyka się zapalenie wątroby miąższowe i rozlane (*hepatitis parenchymatosa et cirrhosis*) jak również i katar przewodów żółciowych.

Oprócz przytoczonych zmian bywają jeszcze i inne, lecz nie tak często i stale, aby je można było zaliczyć do zmian chorobowych, wywołanych skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, a mianowicie wódki.

Trzustka (*pancreas*) także często bywa powiększona, lecz powiększenie to nie przedstawia cech charakterystycznych dla otrucia przewlekłego wyskokowego.

Sledziona pierwotnie przy przewlekłym zatruciu wyskokowym nie podlega zmianom chorobowym bezpośrednio, lecz raczej skutkiem cierpienia innych organów.

Zmiany w układzie krwionośnym należą u nałogowych pijaków do objawów nadzwyczaj częstych. Najczęściej prawie napotyka się przerost serca (*hypertrophia*), wywołany powiększoną czynnością samego serca. Rozrost ten będzie tem większy, im większy opór serce ma do zwalczania w układzie krążenia. Do takiego oporu przeważnie przyczynia się ogólne nagromadzenie tłuszczu w pojedynczych organach i na ich powierzchni, zboczenia, powstające w małym, lub wielkim krążeniu krwi, jak również i w układzie żyły wrotnej. Rozrost lewej komórki zwykle łączy się z jej rozszerzeniem, a skutkiem tego znowu konieczne muszą powstać zmiany prawego serca.

W późniejszym okresie otrucia wyskokowego pojawia się także i tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia serca, a jeszcze później skutkiem ogólnego nieprawidłowego odżywienia powstaje zanik i serce zmniejsza się tak co do swojej objętości, jak również i ciężaru.

Naczynia krwionośne również podlegają zmianie chorobowej. Naczynia drobne, a nawet i większe rozszerzają się, powstaje w nich tak zwane zwyrodnienie ateromatyczne, wywołane nieprawidłowym odżywieniem samych naczyń i ich zwyrodnieniem tłuszczowym, przechodzącym, jak to wiadomo, w stwardnienie (*scleroma*); tu może się też pojawić rozmiękczenie i rozpad, a nawet tak zwane owrzodzenie ateromatyczne i rozrost tkanki, wywołający zgrubienie ścian naczyń. Skutkiem tego naczynia tracą właściwą sobie sprężystość, stają się twarde, niepodatne i stawiają większy opór krążeniu krwi. Ogólne większe napięcie w tętnicy głównej zauważono u nałogowych pijaków nie tylko, gdy się znajdują pod wpływem bezpośredniego działania wyskoku, ale i w czasie wolnym, podtrzymuje się ono większą kurczliwością małych naczyń, co się przyczynia do zmniejszenia odpływu krwi w układzie tętnicy głównej i wywołania owego processu stwardnienia, znanego pod nazwą sklerozy tętnic (*arterio-sclerosis*).

Drogi oddechowe stosunkowo także prędko podlegają u pijaków zmianom chorobowym, najprzód pojawia się katar, poczynający się w krtani i sięgający do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli. Głos staje się chrapliwy, szorstki i ochryply. Im głębiej sięga nieżyt oskrzeli; im więcej błony śluzowe pęcznieją i grubieją; im więcej śluz prawie ropiasty wypełnia światło drobnych oskrzeli; tem więcej tracą one swoją sprężystość i tem trudniej oczyszcza i odświeża się krew. Nieżyt przewlekły oskrzeli pociąga za sobą częściową lub ogólną rozedmę płuc, rozszerzenie oskrzeli i zniszczenie samej tkanki płucnej, co, ma się rozumieć, znowu szkodliwie oddziaływa na ogólne odżywienie, krążenie krwi i przemianę materii. Jako objaw tego cierpienia mamy kolor siny twarzy, oddech utrudniony i napady dychawiczne.

Gruźlica i suchoty płuc, zdaje się, wprost nie powstają skutkiem nadużycia napojów wyskokowych; lecz jeżeli zwrócimy uwagę, że nałogowi pijacy zawsze cierpią na nieżyt oskrzeli i płuc i że w ogóle odżywienie całego organizmu znacznie bywa upośledzone, to łatwo zrozumiemy, że wyskok pośrednio może się przyczynić do powstawania tych chorób. Wyskok, jak nam wiadomo,

powiększa wydzielenie moczu, drażni nerki, i doprowadza w późniejszym okresie otrucia do rozlanego, śródmiąższowego zapalenia nerek, tak zwanej choroby Brighta i do zaniku nerek ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami chorobowymi. Wszyscy autorowie zgadzają się, że cierpienia nerek należą do najstalszych objawów, wywołanych skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, a przede wszystkim jeżeli to nadużycie łączy się z niedostateczną ilością i jakością pokarmów, niezdrowem mieszkaniem, wpływem wilgoci i t. p. warunkami, które na nieszczęście tak często napotykamy u nałogowych pijaków.

Skrobiowe zwyrodnienie nerek (*deg. amyloid.*), zdaje się, nie powstaje skutkiem nadużycia wysokoku, ale natomiast nerka tłuszczowa.

Zaburzenia w organach płciowych pojawiają się bardzo wcześnie u pijaków, nie są one jednakowoż wynikiem ogólnych zбоceń w odżywieniu, lecz skutkiem bezpośredniego działania wysokoku na anatomiczną budowę tych organów. Organa płciowe u mężczyzn zanikają przedwcześnie, gdy w warunkach prawidłowych bywa to dopiero w wieku zgrzybiałym. U nałogowych pijaków, a mianowicie u nadużywających wódki, jądra bywają wątle, zmniejszone, a istota ich koloru żółtawego. Przewody nasienne przedstawiają się zwiększonymi, jak również i ich komórki nabłonkowe i ziarnkowate, a *spermatozoa* z początku w zmniejszonej występują ilości, później zupełnie giną. Im wyraźniejsze bywają objawy zatrucia wyskokowego, tym więcej podupada możność i popęd płciowy.

Huss¹⁾ tłumaczy to skutkiem niedostatecznego wyprężenia się prącia, zależącego od ogólnego osłabienia mięśni. Czy nadużycie wyskokowe u kobiet rzeczywiście wywołuje niepłodność, dotychczas nie dowiedziono, wiadomo tylko, że wywołuje rozdrażnienie i przyływy krwi do części płciowych, wylewy krwawe i nieprawidłowości w miesiączkowaniu, a nawet i poronienia.

Co do powłoki powszechniej, czyli skóry, to ta w pierwszym okresie otrucia wyskokowego skutkiem obfitego nagromadzenia się tłuszczu przedstawia się miękką, pulchną i blyszczącą. Gruczoły potowe obficie wydzielają pot, niż w stanie prawidłowym. Później jednakowoż skóra staje się suchą, kruchą i łuszczącą. Bardziej charakterystycznym objawem u pijaków nałogowych jest trądzik (*acne*), zapalne nabrzmienie i zropienie gruczołków łojowych. Trądzik jako ulubione miejsce zwykle obiera sobie nos i twarz (*acne rosacea guttata*), która zwykle bywa czerwona skutkiem rozszerzenia się drobnych naczyń krwionośnych i zastoin. Nadmienić tu jeszcze wypada, że skóra u nałogowych pijaków nadzwyczaj jest skłonna do zgorzeli (*gangraena*) i do powstawania odleżyn, również także często napotyka się u nich osobny gatunek róży, t. z. *erysipelas haemorrhagicum*.

Dotychczas widzieliśmy, że nie ma organu, lub tkanki w ustroju ludzkim, któreby pod wpływem szkodliwego działania wysokoku nie podlegały zmianie chorobowej, lecz wszystkie te zmiany są prawie niczem w porównaniu z nadzwyczaj

¹⁾ Magnus Huss. Chronische Alkoholskrankheit oder Alcoholismus chronicus, aus den Schwedischen von G. van dem Busch. Leipzig. 1852.

licznymi różnorodnymi i ważnymi zmianami, jakie napotykałyśmy w ośrodkach nerwowych.

Wyżej już mówiłem o zmianach, jakie w ogóle zachodzą w kościach. W wyższym jeszcze stopniu znajdujemy to samo i w kościach czaszki; skutkiem przerostu i zgrubienia stają się one cięższymi, blaszka wewnętrzna i zewnętrzna grubieją, nawet istota gąbczasta grubieje i staje się twardszą. Na powierzchni wewnętrznej rowki dla pomieszczenia naczyń krwionośnych znacznie się zagłębiają, a dlaziarniny Pacchioniego znajdujemy dołkowate wydrążenia.

Ze zmian chorobowych, napotykanych u nałogowych pijaków w ośrodkach nerwowych, na szczególną wzmiankę zasługuje **przekrwienie mózgowia i jego opon**. Przekrwienie to powstaje przy przewlekłym otruciu wysokim najprzód skutkiem zwiększonej pracy serca, które większą ilość krwi popycha do mózgowia, dalej zaś skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego i zgrubienia drobnych naczyń, jak również i skutkiem nieprawidłowej innerwacji, zwątlenia ścian naczyń, które pociąga za sobą rozszerzenie światła naczyń i bierne przekrwienie. Od stopnia takiego przekrwienia zależą objawy chorobowe, które ono wywołuje. W pierwszym okresie zatrucia wysokim przekrwienie przeważnie bywa **czynne**, w późniejszym zaś — **bierne**. Dwa te rozmaite stany, t.j. przekrwienie czynne i bierne należy od siebie odróżnić; przyczyna różnicy leży w napięciu ścianek naczyń.

Jeżeli napięcie naczyń jest prawidłowe, to skutek powiększonego przyływu objawia się jako powiększone ciśnienie boczne i jako powiększenie czynności, czyli siły samych naczyń, a jako dalsze następstwo jednostajne posunięcie się całego słupa krwi do naczyń włoskowatych i żył. Na tak jednostajne i szczęśliwe warunki nie można wszakże liczyć przy zakażeniu wysokim, przy którym zawsze wcześniej lub później napotyka się porażenie naczyniowe niezupełne, zniemożenie mięśni obrączkowych i bierne rozszerzenie się samych naczyń. Jako wynik takiego stanu mamy: zwolnienie krążenia krwi w pewnym jego obrębie i zwięźlenie otaczającej naczynia przestrzeni limfatycznej, skutkiem czego znowu powstaje niedokrwistość w pewnych częściach mózgowia, połączona z nieprawidłowym odżywieniem tych części, w drugich zaś częściach mózgowia powiększony zastój żylny.

Takie przekrwienie żyłne pociąga za sobą zmieniony rozdział w umiejscowieniu ciałek krwistych w powoli i niejednostajnie posuwającym się słupie krwistym w naczyniach coraz większe przepelnienie żył i naczyń włoskowatych ciałkami krwi, garbowate wydymanie się pojedynczych części ścianek naczyń, a nakoniec emigracja czerwonych krążków krwi. Komórki, czyli krążki krwi przeciskają się niejako przez naczynia, ale wraz z nimi przesiąka także w tkankę otaczającą i ciecz krwi bogata w wodę, a uboga w białko. Przesięki te zajmują zwykle przestrzenie limfatyczne. W nich nagromadzają się przesięki elementy krwi, skutkiem czego tak nadzwyczaj często napotyka się przy badaniach mikroskopowych przepelnienie pochewek limfatycznych świeżymi i barwnikowo przeistoczonymi czerwonymi ciałkami krwi, mianowicie w takich mózgach, które przez czas dłuższy podlegały biernemu przekrwieniu. Jeżeli naczynia limfatyczne i tak zwane komórki Deitersa znajdują się

w stanie prawidłowym, to w takim razie przesięk przez błonę zwątloną odbywa się dość prędko i mózg oswobadza się od ucisku. Jeżeli zaś pod wpływem coraz nowych przyływów miejscowe przekrwienie się powiększa, to powstają coraz większe przesięki, tak, że naczynia limfatyczne podolać im nie mogą, a wtedy przesięk pozostaje w mózgowiu. Takie zaś przeładowanie mózgowia koniecznie musi wywołać upadek fizyologiczny i zanik istoty mózgowej.

Objawy chorobliwe, ztąd powstałe, są: ból głowy mniej lub więcej długotrwały, ucisk i ciężenie głowy, dzwonienie w uszach, pojawianie się iskier i różnych kolorów przed oczami, mrowienie i uczucie bezwładu w kończynach, złudzenia zmysłowe i różnorodne zboczenia psychiczne w postaci podniecenia, przygnębienia i osłabienia. Objawy te na tem większą zasługują uwagę, że częstokroć u nałogowych pijaków z przewlekłemi zboczeniami w czynnościach czuciowych po śmierci przy oględzinach nie napotyka się żadnych innych zmian w mózgowiu, jak tylko co opisane, t. j. przekrwienie i zastój.

Wylew krwisty w istotę mózgowia (*apoplexia cerebri*) nadzwyczaj często kończy życie pijaka. Wylewy te mogą być większe, ogniskowe, albo też mniejsze, włoskowate. Przyczynę ich powstania dostatecznie nam objaśnia to, co dotychczas wypowiedziałem.

Również wiadomo, że owe wylewy krwiste mogą wywołać zaburzenia ruchowe, czuciowe i umysłowe, zapalenia, rozmiękczenia i przewlekłe nieuleczalne cierpienia umysłowe.

Rażenie, czyli apopleksyja opon (*apoplexia meningea*). Wylewy krwiste w oponę pajęczą u dorosłych należą do przypadków nader rzadkich i stanowią zwykle następstwo częstych przekrwień mózgowia, albo też następstwo tworzącej się próżni w czaszce przy zaniku mózgowia. Znaczenie tego cierpienia dla powstawania obłąkania oddawna jest znane.

Rażenie, czyli apopleksyja surowicza (*apoplexia serosa*), pojawia się pod postacią ostrego, lub przewlekłego przesięku surowicy w komórki mózgowia (*hydrocephalus acutus*), lub w samą istotę mózgowia jako puchlina (*oedema cerebri*), albo też przesięk następuje w opony mózgowia i przeważnie w oponę pajęczą. Choroba ta jest jedną z najczęstszych chorób mózgowia u nałogowych pijaków. Krew u pijaków, jak nam wiadomo, staje się ubogą w materje plastyczne, a ztąd nadzwyczaj skłonna do przesięków; dla tego też podług zdania Hasse'go ¹⁾ znajdujemy u nich tego rodzaju przesięki surowicze tak często. Nadużycie napojów wyskokowych, tak samo jak i inne podrażnienia mózgowia, wywołuje pewne usposobienie do takich wylewów i wysięków i ich następstw, t. j. wywołuje ogólny niepokój, bezsenność, złudzenia i omamy zmysłowe, bredzenie, objawy silnego rozdrażnienia, czyli maniakalne, osłabienie i zupełne stępienie umysłowe, osłabienie ruchów, chwiejność i drżenie w mięśniach, a przeważnie kończyn i zupełne wyczerpanie sił, zbo-

¹⁾ Hasse. Krankheiten des Nervensystems. Handbuch der Patol. u. Therap. v. R. Virchow. Bd. IV.

czenia i zaburzenia mowy, upadek pobudzalności odruchowej, odrętwienie i śmierć.

Zapalenie przewlekłe opony twardej mózgowia. (*Pachy meningitis interna chronica*). Zapalenie to, podług Virchowa¹⁾, poczyna się na wewnętrznej powierzchni opony twardej włóknistymi złoгами, z których później się tworzy delikatna tkanka łączna mocno przylegająca do starej powierzchni. Jeżeli taki proces się powtarza, to błona twarda znacznie grubieje, mając na sobie od 2 do 20 takich warstw nowoutworzonych. Każda taka warstwa bogata w naczynia może się zrastać z oponą pajęczą, a z naczyń nowych, może powstać wylew krwisty. Wylewy te różnorodnej wielkości, przeważnie bywają na zrazach przednich, lub średnich i stanowią tak zwany *haematoma durae matris*.

Przewlekłe zapalenie opony twardej może istnieć przez lata i łączy się w największej liczbie przypadków z bólem głowy lub przypadłościami ogólnego podrażnienia; w innych znowu przypadkach objawy te łączą się objawami przygnębienia, drgawkami i porażeniem. Nowe złogi pojawiają się pod postacią napadu apoplektycznego, w czasie których chory życie kończy, w szczęśliwych zaś przypadkach pozostaje porażenie połowiczne. Wylewy krwiste otorebkowane stosownie do ich wielkości i umiejscowienia wywołują nieustającym swoim uciskiem objawy przygnębienia i zaniku. Stany te nadzwyczaj często napotyka się u obłąkanych (obłąkanie ogólne, stępienie umysłowe). Większa część autorów zgadza się na to, iż wyskok i jego nadużycie są główną przyczyną, wywołującą takie stany chorobliwe; choć nie ulega także wątpliwości, że podobne cierpienia mózgowia mogą powstać bez nadużycia napojów wysokowych.

Zapalenie ostre zwykle bywa wywołane przez silne upojenie; przewlekłe zaś zapalenie jest następstwem długotrwałego i silnego opilstwa.

Nie sama jednak opona twarda skutkiem nadużycia napojów wysokowych ulega zmianom chorobowym; to samo dzieje się także z oponą pajęczą. Bywa ona albo w miejscach ściśle określonych, albo też na szerokich przestrzeniach zgrubiała, zmętniała i nie rzadko zrosnięta z oponą miękką. Wyraźne objawy przebytego zapalenia, przekrwienie, zastoiny, a przede wszystkim ziarniny *Pachioniego* prawie zawsze bywają u nałogowych pijaków i dosięgają często dość znacznych rozmiarów, po obydwu stronach zatoki odłożonej. U nałogowych pijaków ziarniny te dosięgają takich rozmiarów, że przedziurawiają oponę twardą i zapuszczają się głęboko w same ścianki czaszki.

Griesinger²⁾ już zwracał uwagę na ten objaw patologiczny u obłąkanych z porażeniem.

Opona miękka rzadko tylko u osób dorosłych ulega procesowi zapalnemu, wyskok jednakowoż i tu wpływ swój wywiera. Prócz silnego przekrwienia napotyka się także zmętnienie i wysięki ropiaste, sięgające wraz z oponą głęboko między pojedyncze zawoje. W przypadkach zaś przewlekłych

1) Virchow. Das Haematom der Dura mater. 1857.

2) Griesinger. Die Pathol. u. Ther. der psychischen Krankheiten. 1861.

opona zrasta się z istotą mózgowia tak, że przy zdjęciu opony odrywa się także i istota korowa. Jest to tak zwane rozlane przewlekłe zapalenie istoty korowej mózgu (*periencephalitis diffusa chronica*), jeden z najczęstszych objawów patologicznych u naszych obłąkanych. H a s s e w wyżej przytoczonym dziele mówi, że nadużycie napojów wysokowych wytwarza właściwe sobie usposobienie do zapalenia tej opony.

Z a p a l e n i e i s t o t y m ó z g o w e j (*encephalitis*) i to przeważnie istoty korowej, wzgórków wzrokowych i ciałek prążkowanych bywa zwykle ogniskowe i pociąga za sobą rozmiękczenie ze swojemi następstwami.

R z e c z y w i s t y p r z e r o s t m ó z g o w i a (*hypertrophia cerebri*), objawiający się jako powiększenie istoty, tak, że nawet bywa nieproporcjonalność pomiędzy mózgiem a jamą czaszki, stosunkowo rzadko przy oględzinach spotykany, może być następstwem nadużycia napojów wysokowych. Natomiast daleko częściej bywa z a n i k m ó z g o w i a (*atrophia cerebri*). Mówiąc o zaniku, nie rozumiem tu zaniku wrodzonego połowicznego, lub częściowego, albo też wywołanego przez miejscowy proces niszczący, lecz zanik postępowy ogólny, jako następstwo ogólnego nieprawidłowego odżywiania, oddziaływającego na całą masę mózgowia. Na zmianę tę, jako wynik nadużycia napojów wysokowych, przeważnie ukazuje H a s s e w swoim dziele. Półkule mózgowia przedstawiają się jakby spłaszczonemi, zawoje wątle, cienkie, jeden od drugiego oddzielony głębokimi rowkami, komórki boczne znacznie rozszerzone i napelnione przezroczystą surowicą. Istota zaś mózgowa przedstawia się lykowatą, zbitą; istota szara również bywa zbitą i lykowatą, lecz znacznie bledsza, te same zmiany wykazuje także istota biała. Naczynia krwionośne bywają rozszerzone; w pojedynczych częściach mózg przedstawia się jakby gąbczastym, tak zwany *état criblé* (dziurkowany) autorów francuskich.

Skutkiem zaniku ogólnego, jak również i częściowego, powstaje wodogłowie wewnętrzne lub zewnętrzne, przekrwienia, wylewy krwiste, osłabienie innerwacji, objawy rozdrażnienia, bredzenie, złudzenia zmysłowe, osłabienie wrażliwości zmysłów, utrata czynności umysłowej i pamięci, drżenie i osłabienie mięśniowe, a nakoniec zupełne stępienie umysłowe i bezwładność częściowe i ogólne.

Tak samo, jak opony mózgowia i sam mózg, tak również i opony rdzenia kręgowego i rdzeń bywają dotknięte skutkiem nadużycia napojów wysokowych. L e y d e n zauważył, że w przewlekłym otruciu wysokowym także i opony rdzenia podlegają długotrwałemu zapaleniu; tu napotykaną bywa owa *Puchi meningitis interna spinalis haemorrhagica*, jak również i inne formy przewlekłego zapalenia opon, połączone ze zmętnieniem i zgrubieniem tak twardej jak i miękkiej opony i że p u c h l i n a r d z e n i a k r ę g o w e g o (*hydromyelia*) zupełnie odpowiada puchlinie mózgowia. Objaw, znany pod nazwą „d r ż e n i a p i j a c k i e g o“ (*tremor alcoholicus, v. potatorum*), tylko od zmiany w układzie rdzeniowym może być zależnym, choć dotychczas nie mamy fizjologicznego objaśnienia tego zjawiska. Dalej również dostrzegamy brak siły mięśniowej w kończynach, dochodzący nieraz do zupełnego bezwładności, lubo od tego braku siły należy odróżniać właściwe p o r a ż e n i e p o p r z e c z n e w y-

skokowe Wilks'a. charakteryzujące się bolesnością w kończynach dolnych, uczuciem jakby uderzenia elektrycznego, oniemieniem, dochodzącem do zupełnej nieczułości i stopniowem zmniejszeniem ruchliwości do tego stopnia, iż chory nie może się utrzymać na nogach, chód przy tem zwykle chwiejny, czółgający się.

Częściej od stanu powyższego bywa jeszcze mniej lub więcej wyraźny bezład *sui generis*, odróżniający się od bezładu zwykłego tem, że skurczenia mięśniowe nie bywają tak przerywane, lecz drżące i że przy chodzeniu równowaga tylko z wielką utrudnieniem utrzymuje się.

Nadto napotykanym jeszcze szczególnie zaniemożenie, objawiające się nadzwyczajną naczulnością skóry kończyn dolnych, a kiedy niekiedy i górnych i tułowia. Każde najłżejsze nawet dotknięcie skóry, lub mięśni, wywołuje silny ból, lecz oprócz tego bywają także uczucia bolesne pod postacią klucia, darcia i rznienia. Bolesci te zwykle łączą się z ogólnem osłabieniem mięśni, dochodzącem do niedowładu.

Na szczególną uwagę zasługują w takich przypadkach owe charakterystyczne drgania i uderzenia w kończynach dolnych, jak również i nagle powstające kurcze w mięśniach łydkowych (*crampi*). Kurcze te z powodu swej bolesności nadzwyczaj dokuczają chorym.

W organach zmysłowych skutkiem ostrego i przewlekłego nadużycia napojów wyskokowych również powstają ważne zaburzenia i zmiany chorobliwe. Najdokładniej znane są zбочenia wzrokowe, charakteryzujące się tem, że one zwykle z ustaniem działania wyskoku, same powoli także ustają.

Przy niedowidzeniu wyskokowym (*amblyopia alcoholica*) przedmioty przedstawiają się jakby zamglone, rozlane. Przedmioty, zdaje się, drżą i chwieją się, kolory niedokładnie odróżniają się, a mianowicie trudno rozróżnić kolory metalowe, monety. Czytanie jest utrudnione i tylko możebne wówczas, jeżeli druk jest wielki, widzenie skutecznia się lepiej zrana i wieczorem, aniżeli przy pełnem świetle dziennem; jest to swojego rodzaju ślepoty dzienne (*nyctalopia*). Przy badaniu oka przedstawia się nieznaczne przekrwienie naczyń spojówki i lekkie zwężenie źrenicy. Pole widzenia jest naruszone, a osłabienie widzenia rozciąga się na całe pole widzenia. Dopiero w bardzo późnym czasie powstaje zanik nerwu wzrokowego. Przyczyny tej choroby szukać należy w przekrwieniu naczyń i biernem przekrwieniu mózgowia.

W organie słuchu można zauważyć szum i dzwonienie, jak również i pewną naczulność słuchową, tak, że szmery lub dźwięki słabe wydają się jako nadzwyczaj silne. Smak także zwykle mniej lub więcej bywa zmienionym.

Dziedziczność. Zastanowiwszy się i zbadawszy działanie fizjologiczne i patologiczne wyskoku na ustrój ludzki i pojedyncze jego organa, zdawałoby się, żeśmy nasze pytanie wyczerpali i tak byłoby rzeczywiście, gdyby wyskok szkodliwe swoje działanie tylko wywierał na tę jednostkę, która go nadużywa, ale tak bynajmniej nie jest, wyskok w swoim szkodliwym i niszczącym działaniu sięga dalej; przygnębia on także potomków pijaka i wywiera na nich

mniej lub więcej zgubne wpływy, jak to widać z prac Morela ¹⁾, Lancereaux ²⁾, Fagneta ³⁾, Junga ⁴⁾ i Baera ⁵⁾.

Fagnet dowodzi, że wyskok należy do czynników, najczęściej podkopujących dobrobyt nie tylko pojedynczej osoby, lub rodziny, ale całego narodu, przeważnie zaś wpływa on na zmniejszenie ilości mieszkańców, powiększając procent śmiertelności i zniżając znacznie ilość nowo-narodzonych, których upośledza do tego stopnia, że ich czyni niezdolnymi do prawidłowego życia, a tem mniej do walki o byt.

Szkodliwy ten wpływ znanym jest od czasów najdawniejszych. Pomijając inne rozmaite opowiadania mitologiczne i biblijne, wspomnę tylko, że już Diogenes, widząc dziecko tępe i głupie, o którym dziś powiedzielibyśmy, że jest idyjotą, miał powiedzieć, biedne dziecko, ojciec twój niezawodnie musiał być pijanym, kiedy cię spłodził. A prawodawstwo Likurga protegowało pijaństwo pomiędzy narodami, wziętymi do niewoli, podbitymi, dla przygnębienia w nich uczucia swobody i dla łatwiejszego ich pognębienia.

W otruciu wyskokowem, jak w ogóle we wszystkich zboczeniach i cierpieniach, które się mnożą przy współdziałaniu dziedziczności, zauważyć można u potomków albo te same objawy, co u przodków, albo też i to bywa najczęściej, wrodzoną skłonność do podobnych chorób, lecz wielką zmienność pojedynczych objawów (*polimorphismus*). Również ustrój umysłowy, i cielesny przodków może się przenieść na trzecie pokolenie, przepuszczając jedno pokolenie zupełnie, jest to tak zwane podobieństwo do przodków (*atarivismus*). Dziedziczność z objawami tożsamości może się przedstawiać w sposób ukryty, jakby uśpiony, właściwa choroba rozwija się dopiero wtedy, jeżeli do owego usposobienia przyłączają się jeszcze dodatkowe inne przyczyny. Albo też choroba wybucha nagle niespodzianie bez żadnych widocznych przyczyn i powodów. Możliwość powiedzieć, że pewne osoby rodzą się pijakami, tak jak inni zbrodniarzami, albo też obdarzeni nadzwyczajnymi zdolnościami.

Esquirol opowiada o wypadku, gdzie dziadek i ojciec umarli skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, dziecko ostatniego, mające lat 5, okazywało nadzwyczajny i niepohamowany pociąg do napojów wyskokowych.

Spadek dziedziczny, jaki nałogowi pijacy pozostawiają swoim potomkom może się objawiać:

1) Jako lekkie zaburzenie we wszystkich prawie czynnościach organicznych, jako nadzwyczajna wrażliwość i pobudzalność całego układu nerwowego, jako nadmierna pobudliwość w sferze odruchowej i w pewnym wieku, jako niepohamowany pociąg do użycia napojów wyskokowych:

1) Morel. *Traité des dégénérescences*:

2) E. Lancereaux. *De l'alcoolisme et de ses conséquences*. Paris. 1878.

3) H. Fagnet. *De l'hérédité dans l'alcoolisme*. *Annales medic. psycholog.* Juillet. 1877.

4) Jung. *Untersuchungen über die Erblichkeit der Seelenstörungen*. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*. 1864.

5) A. Baer. *Der Alcoholismus*. Berlin. 1878.

II) Rzeczywiste zmiany chorobne materjalne w samym układzie nerwowym, w ośrodkach, następstwa których mogą być nadzwyczaj różnorodne względnie do czasu, w jakim się one objawiają.

Zaburzenia w czynnościach organicznych należą do najslabszych objawów dziedzicznego otrucia wyskokowego, lecz zato można ich znaleźć prawie u wszystkich potomków nałogowych pijaków.

Potomkowie nałogowych pijaków rzadko tylko bywają obdarzeni układem nerwowym, któryby prawidłowo funkcjonował, zwykle już w latach dzieciennych można zauważyć zaburzenia, powstawanie których będzie tajemnicze, lub trudne do objaśnienia, jeżeli nam nie jest znana anamneza, t. j. życierodziców i ich przodków. Dzieci pijaków w latach najmłodszych nadzwyczaj często bywają dotknięte drgawkami i kurczami rozmaitego rodzaju. Również często zauważyć można u takich dzieci upośledzenie umysłowe, brak pamięci, niemożność kombinowania, mniej lub więcej silne osłabienie umysłowe. Nie podlega również wątpliwości, że u dzieci pijaków zauważyć można niepowściągnięty popęd do użycia napojów wyskokowych; wiek w którym ten objaw dziedziczny występuje, bardzo jest zmienny, zwykle zaś najczęściej okazuje on się w pewnych okresach ogólnego rozwoju organizmu, w czasie rozkwitu, po ciężkich chorobach, u kobiet często w czasie brzemienności, po porodzie, w czasie karmienia, albo też dopiero w czasie wstrzymania miesiączki. (D. c. n.)

III. PRZEPUKLINA SZNURKA PEPKOWEGO

(*Hernia funiculi umbilicalis*).

Spostrzegł i opisał

D-r **J. Stypiański** (z Wiskitek)

Miałem sposobność niedawno spostrzegać rzadki przypadek przepukliny sznurka pepkowego, a ponieważ ten rodzaj przepukliny należy do rzadziej spotykanych, pospieszam podać przeto do wiadomości ogółu lekarskiego. W dniu 19 lutego r. b. wezwany zostałem do rodzącej niezamężnej A. M., mającej lat 23, w fabryce Guzów zamieszkałej. Przybywszy na miejsce, dowiedziałem się, iż na godzinę przed mojem przybyciem urodziło się siłami natury dziecię płci męskiej z guzem na brzuszku, proszony więc byłem o obejrzenie nowonarodzonego dziecięcia, i podanie mu odpowiedniej pomocy lekarskiej. Przy bliższem badaniu okazało się, co następuje.

Dziecię płci męskiej, donoszone, głośno krzyczące i na pierwsze wejrzenie zdające się być prawidłowo zbudowanym. Po zbadaniu jednak brzuszka w okolicy pepkowej ujrzałem wyniosłość o szerokiej podstawie, mającej w obwodzie swoim $9\frac{3}{4}$ cala i przedstawiającej postać owalną, grubszym końcem ku górze zwróconą, podłużny wymiar tej wyniosłość wynosił $3\frac{1}{2}$ cala, obwód zaś półkolisty guza od górnej granicy do dolnej był $5\frac{3}{4}$ cala. Guz ten poruszający a zarazem i powiększający się przy oddechaniu *resp.* przy płaczu dziecięcia pokryty był pochwą sznurka pepkowego, sam zaś sznurek pepkowy wychodził z dolnej powierzchni i nieco z lewej jego strony. Na górnej powierzchni wi-

dać było żyłę pępkową, przebieg zaś tętnic pępkowych można było obserwować na dolnej powierzchni. Przez powłoki przezroczyste znakomicie można było rozróżnić zawartość przepukliny, którą stanowiły: ku górze wątroba — nieco z lewej strony — część żołądka, w dolnej zaś lewej — kiszki cienkie, których nawet ruch robaczkowy gołem okiem wysledzić się dawał. Granica przejścia powłoki opisywanej przepukliny w prawidłowe powłoki brzuszka przedstawiała się jako cienki pasek jasno czerwonego koloru. Odprowadzenie z powodu zbyt wielkiej objętości było zupełnie niemożliwym.

Z tego też powodu nałożyliśmy tylko ochraniający i lekko uciskający opatrunek w sposób następujący. Bezpośrednio na guz odpowiednią ilość skubanki, namoczonej w oliwie, na to kompres z płótna, a na wierzchu pas płócienny z wgłębieniem w miejscu, odpowiadającym położeniu i wielkości przepukliny, a opasujący cały brzusek. Tym sposobem guz uchroniony był od zewnętrznych uszkodzeń. Podczas opatrunku dziecko oddało poraz pierwszy stołeczek (*meconium*).

Ponieważ rodzina położnicy i sama matka nie zgodzili się na odwiezienie dziecka do Warszawy, poleciłem przeto ostrożnie się tylko obchodzić z dziećciem i uwiadomić mię o dalszym jego losie. Jakoż trzeciego dnia dowiedziałem się, że z początku ssało, oddawało mocz i kał, lecz w 24 godzin po urodzeniu przestało ssać, było niespokojnem, w parę godzin potem dostało drgawek, a w 36 godzin po przyjściu na świat — zmarło.

Na usilne moje żądanie pozwolono mi przeciąć powłokę, by przekonać się o wzajemnym stosunku części, składających tę przepuklinę. Otóż po otwarciu worka przepukliwowego przekonałem się, że prawie całą jego zawartość stanowiła wątroba, pokrywająca sobą w zupełności żołądek, w dolnej tylko lewej części przepukliny znajdowały się kiszki cienkie. Śmierć nastąpiła z ostrego zapalenia otrzewnej. Przepukliny sznurka pępkowego powstają, jak wiadomo, w skutek powstrzymania rozwoju ścian brzusznych, który pozostaje na tym stopniu, jak to ma miejsce w pierwszych miesiącach ciąży, t. j., że część trzewiów znajduje się jeszcze w sznurku pępkowym, a ściany brzuszne z boków jeszcze w zupełności nie są zamknięte. W prawidłowym nawet stanie pochwa sznurka pępkowego około trzeciego miesiąca zawiera w sobie jeszcze pewną część trzewiów, zostających w związku z pęcherzyskiem pępkowym zapomocą przewodu żółtko-trzewiowego (*ductus vitello — intestinalis*). Co się tyczy przyczyn, wywołujących podobnego rodzaju przepukliny, a jednocześnie wstrzymujących prawidłowy rozwój płodu, to w tym względzie zdania autorów są podzielone. I tak: *Scarp* jako moment wywołujący (co i w opisywanym przypadku miało prawdopodobnie miejsce) przyjmuje dowolne i niedokładne rozwinięcie mięśni brzucha przy nie-stosunkowo silnym wzroście trzewiów — zwłaszcza wątroby; *Cruveilhier* nieprawidłowe położenie trzewiów, zwłaszcza tyłu — zgięcie ciała, przez co trzewia zepchnięte zostają ku przedniej ścianie brzuszka. *Müller* — pociąganie za sznurek pępkowy, skrócony wskutek węzłów. *Thudichum* zaś przyjmuje za przyczynę cierpienia w mowie będącego — nieprawidłowe zrosty zawartości z workiem przepukliwowym, w skutek czego trzewia nie mogą być do jamy brzusznej wciągnięte. Co się tyczy częstości tej przepukliwy, to należy nadmie-

nić, że na 2000 — 3000 dzieci w jednym tylko przypadku się zdarza. Wpływ płci nie jest jeszcze dowiedzionym.

Przepukliny sznurka pępkowego tak znacznej wielkości, jak przez nas spostrzegana, są zawsze niebezpieczne dla dzieci. Z jednej strony wada ta nierzadko pociąga za sobą obumarcie płodu i poronienie, lub przynajmniej poród następuje tak wcześnie, że dziecie nie jest zdolnem do samoistnego życia, z drugiej zaś strony i donoszone dzieci z taką przepukliwą powiększej części wkrótce po przyjściu na świat umierają, gdyż powłoki przepukliny ulegają zgorzeli całkowicie lub częściowo, a trzewia wypadłe zajęte zostają sprawą zapalną, co i w naszym przypadku miało miejsce.

W mniejszej objętości podobnego rodzaju przepuklinach operacja chirurgiczna może uratować zdrowie i życie dziecku.

Jeżeli mię pamięć nie myli, przepuklina sznurka pępkowego jeszcze nie była opisana w literaturze lekarskiej polskiej i to jest głównym powodem, dla czego ośmieliłem się spostrzegany przez siebie przypadek podać do wiadomości ogólnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

41. R. Biefel. Das tuberculöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwind-sucht.

W początkach bieżącego stulecia pierwszy Borsieri zwrócił uwagę na związek, zachodzący między suchotami płucnymi i owrzodzeniami krtani; gdy sprawą tą zajęto się szczegółowo, niektórzy, jak Troussseau, Bellocq utrzymywali, że owrzodzenia krtani mogą powstawać pierwotnie i niezależnie od zmian w płucach, podczas gdy Andral i Clark zawsze czynili je zależnemi od pierwotnych zmian w płucach. Co się tyczy charakteru i rozwoju tych owrzodzeń, to również panowały rozmaite pod tym względem zdania; zdaniem autora, prace Heinze'go, oparte na podstawach histologicznej budowy krtani, decydują stanowczo, że gruźlicze owrzodzenia, napotykanne zazwyczaj równocześnie z suchotami płucnymi, lub też będące zapowiedzią tych ostatnich mają budowę swoistą, złożoną z nacieczenia komórek okrągłych i rozrzuconych tu i ówdzie ziareczek gruzelkowych. Biefel, przyjmując w głównych zarysach taką budowę i opierając się przytem na właściwościach błony śluzowej w rozmaitych miejscach krtani, odróżnia dwie główne postacie owrzodzeń, powierzchowne i głębokie: pierwsze z nich mają zwykle przebieg przewlekły i dają rokowanie lepsze, przeciwnie zaś ostatnie rozwijają się przeważnie dość szybko i zazwyczaj zmuszają do złego rokowania. Autor opisuje obie postacie owrzodzeń i szczegółowo rozpatruje różne okolice krtani, badania zaś owe popiera historyjami chorób i rysunkami preparatów mikroskopowych, robionych pod kierunkiem Cohnheima i Ponficka (1877 — 79 r.)

Najistotniejszą częścią nacieczenia, które zawsze poprzedza rozwój wrzodu, są komórki małe, okrągłe, które poczęści oddzielnie, poczęści zbite w większe masy lub ułożone w szeregi są rozsiane na przekrwionej błonie śluzowej, w większej lub mniejszej liczbie znajdujemy również porozrzucone ziareczka guzłkowe. Miejsce nacieczone zazwyczaj szybko grubieje, tak, że powierzchowna warstwa musi zgrubieć 3 — 4 razy. Nacieczenie to albo ogranicza się tylko do powierzchownej warstwy błony śluzowej, albo też posuwa się dalej na błonę sprężystą, następnie przechodzi na warstwę podśluzową, zajmuje tkankę łączną mię-

dzy gruczołami groniastymi, a potem i same gruczoły i ostatecznie przy rozpadzie przenika do leżącej pod nimi ochrzęstnej, chrząstki, więzów i mięśni. W skład ziareczek gruzelkowych wchodzi przeważnie małe, okrągłe komórki i komórki olbrzymie. ¹⁾

Rozpad nacieczonego miejsca błony śluzowej rozpoczyna się zawsze od zserowacenia ziareczek gruzelkowych, które wskutek tego wypadając, tworzą na miejscu pierwotnych wgórków koloru żółtego małe wydrążenia o brzegach nierównych ząbkowanych. Takież wydrążenia powstają i obok nacieczeń zapalnych, gdyż i koło nich znajdujemy porzrzucone pojedyncze ziareczka gruzelkowe. Brzegi nabłonka zazwyczaj podniesione, resztki takowego zwykle formują ząbki, lub też widzieć się dają pod postacią małych beleczek na dnie wrzodu. Dno wrzodu zazwyczaj pokryte rozpadem drobinowym, lub też niekiedy zupełnie czyste. Pod owrzodzeniem zwykle bywa jeszcze nacieczenie sąsiedniej tkanki, lecz przy powierzchniowych postaciach nie zajmuje nigdy błony sprężystej. Jeśli owrzodzenie przy powierzchni swej zajmuje jednak większy obszar, to zwykle ma wejście gronowe lub soczewkowe. Wyżej nadmieniałem, że nacieczenie może przenikać do warstw głębszych i zajmować stopniowo błonę sprężystą i podśluzową, a następnie więzy, mięśnie i chrząstki. Na takich głębokich nacieczeniach rozpad idzie również w wyżej opisany sposób, poczynając od ziareczek gruzelkowych i całe nacieczone miejsce stopniowo ulegnie zserowaceni, owrzodzenie może sięgać aż do chrząstki. Brzegi owrzodzeń głębokich zwykle są ząbione, nierówne, często podminowane, dno wyżarte pokryte rozpadem drobinowym, czasem dają się widzieć szczątki gruczołów na swych przewodach. Zniszczenie tkanki mięśniowej następuje wskutek zaniku i ze silnego rozmnażania jąder, właściwy zaś proces gruźliczy bywa tylko w tkance śródmiąższowej, w której tylko zauważono ziareczka gruzelkowe i nacieczenie. Chrząstka samodzielnie nigdy nie bywa zniszczoną, zawsze zaś sprawa przechodzi z ochrzęstnej, która naprzód ulega nacieczeniu i rozpadowi; zazwyczaj albo istota szklista, a następnie komórki podlegają zniszczeniu, lub też w chrząstkę przenikają nowotworzące się naczynia, powstaje na pewnej przestrzeni kostnienie i sprawa zniszczenia przyjmuje przebieg próchnienia kości (*caries*). Niekiedy rozwija się silne zapalenie ochrzęstnej i ostatecznie cała chrząstka, lub też część jej zostają wydalone jako martwaki, lecz taki przebieg przyjmuje sprawa zwykle tylko tam, gdzie tkanka podśluzowa z bardzo silnie rozwiniętymi gruczołami dotyka bezpośrednio do chrząstki, jak na przykład u podstawy chrząstki nalewkowej. Czasami bywa zwiechnienie stawu między chrząstką nalewkową i pierścieniową. Owrzodzenia u podstawy nagłośni często mają postać głębokich szczelin.

W zwierciadle wziernika krtaniowego ogniska gruźlicze na błonie śluzowej krtani dostrzedz się dają albo pod postacią oddzielnych żółtych ziareczek gruzelkowych, albo też niewielkich grup takowych, rozrzuconych na nacieczonej lub zupełnie nietkniętej powierzchni błony; wielkość ich bywa od wielkości ziarenka prosa do ziarenka konopi; jeśli nastąpiło już zserowacenie nacieczonego miejsca i następuje rozpad, to widzimy zwykle małe zagłębienie lejkowate, lub kraterowate o nierównych brzegach i niekiedy otoczone ziarninowemi zrębami (*Granulationsacken*); dno zwykle jednolite pokryte śluzo-ropą. Większe ogniska widzimy w wzierniku pod postacią szarych zgrubiałych miejsc, usianych żółtymi, wystającymi punktami, lub też małymi, ledwo dostrzegalnymi zagłębieniami, z których ostatecznie zależą od zserowaciałych i wypadłych ziareczek gruzelkowych, pierwsze zaś są to jeszcze istniejące takie ziareczka. Gdy takie większe nacieczenie ulegnie głębokiemu rozpadowi, to w zwierciadle wziernika dają się

¹⁾ O łaseczniku gruźliczym, jak również o zaraźliwości gruźlicy nie autor w całej pracy nie wspomina. *Przyp. Spr.*

widzieć owrzodzenia głębokie o brzegach nierównych, zazębionych, często podminowanych lub zapadniętych. dno zwykle wyżarte, pokryte ropą lub posoką, z wystającymi szczątkami tkanek, jeszcze nie uległych zniszczenia. Prócz tej postaci głębokie owrzodzenia mogą mieć wygląd głębokich bruzd o nierównych brzegach, pokrytych często ropą na zgrubiałej i zaczerwienionej błonie śluzowej.

Oto są w krótkości streszczone zmiany anatomiczne, dostrzegalne gołym okiem i pod mikroskopem w obu rodzajach owrzodzeń. Autor przechodzi następnie do szczegółowego opisu wrzodów w różnych okolicach krtani. Naprzód rozpatruje owrzodzenie powierzchowne, ograniczające się do powierzchownej warstwy błony śluzowej; wrzody te spotykamy tylko w tych miejscach błony śluzowej, które mają nabłonek płaski i których błona podśluzowa, zwykle mało rozwinięta, albo wcale nie posiada gruczołów groniastych, lub też bardzo nieznaczłą ilość takowych.

W okolicy nalewkowej (*regio arythenoidea*) bardzo często spotykamy pierwotne nacieczenia i owrzodzenia, które dawniej niejednokrotnie przyjmowano za niewielkie narosty brodawkowe. Owrzodzenia te mają zwykle przebieg bardzo przewlekły, w ciągu ich istnienia bywają pogorszenia i poprawienia i są one zwykle przepowiednią, nieraz na lat parę, przyszłej gruźliczej sprawy w płucach. Wywołują one zwykle pewne zбочenia w głosie, chrypkę, peryjodyczne napady kaszlu, żyłki krwawe w płwocinie, utrudnienie przełykania, niektóre z nich przebiegają z gorączką wyniszczeniem i małą dusznością. Jako bezpośrednią przyczynę ich rozwoju podają zazwyczaj długi pológ, dūrzycę, zapalenie płuc, usposobienie do nieżytych dróg oddechowych, czasem silne przeziębienie, rzadko zaś bardzo można zanotować usposobienie dziedziczne. Autor obserwował 28 przypadków owrzodzeń gruźliczych okolicy nalewkowej; prawie 45% z pomiędzy tych, które obserwował do końca, było zapowiedzią przyszłej gruźlicy płuc.

Na więzach nalewko-nagłosniowych (*plica ary-epiglottica*) bywają owrzodzenia albo pierwotnie, albo też przechodzą na nie z nagłosni; zazwyczaj zajmują wewnętrzną powierzchnię więzów i mają przebieg bardzo przewlekły; są one również oznaką przyszłej sprawy gruźliczej płuc. Przedstawiają się pod postacią zgrubień więzu, jakby małego twardego guziczka, pokrytego ziarniną czerwono-żółtej barwy. Biefel miał sposobność obserwować jeden tylko przypadek owrzodzeń więzów nalewko-nagłosniowych, który zakończył się następnie śmiercią wskutek gruźlicy płucnej.

Struny głosowe prawdziwe są miejscem, gdzie oprócz wrzodów powierzchownych spotykamy i głębokie; te ostatnie zawsze biorą początek na wyrostku głosowym. Jedne i drugie przebiegają zwykle przewlekłe; powierzchowne okazują skłonność do gojenia się, a nawet zdarza się to i z głębokimi, jeśli tylko jeszcze nie są zniszczone więzadła i mięśnie strun głosowych; zniszczenie zaś to rozpoczyna się zawsze wtedy, gdy nacieczenie i ziareczka gruźlicowe przenikają w więzy między tkankę mięśniową i na chrząstki. Powierzchowne owrzodzenia przedstawiają się albo pod postacią dużych zgrubień, wzdłuż całej prawie struny, albo jako małe ograniczone wzniesienia łatwo ulegające zserowaceni i rozpadowi i pierwsza postać zależy od przemagania nacieczeniu drobnokomórkowego, druga zaś od przeważnej ilości ziareczek gruźliczkowych; jeśli takie ograniczone zniszczenia znajdują się na brzegu struny to ta ostatnia może mieć zupełnie wejrzenie piły. Owrzodzenia strun głosowych rozwijają się jednocześnie z istniejącą już sprawą gruźliczą w płucach, lub też są dopiero zwiastunem tej ostatniej, jak to ma miejsce z wrzodami okolicy nalewkowej i więzów nalewko-nagłosniowych. Biefel odróżnia pięć oddzielnych postaci owrzodzeń strun głosowych:

- a) Błado-różowe, lub żółte przewlekłe zgrubienie całej struny.
- b) Powierzchowne owrzodzenie w kierunku podłużnym struny.

c) Małe kraterowate zniszczenia, powstałe wskutek owrzodzeń na brzegach struny bez widocznego nacieczenia.

d) Owrzodzenie na wyrostku głosowym.

e) Głębokie owrzodzenia na granicy spoidła tylnego (*Comiss. posterior*).

Do owrzodzeń powierzchniowych zaliczyć wypada rzadkie dość przypadki rozszerzenia się sprawy gruczliczej na oddzielne torebki limfoidne (*folliculi*) na nagłośni, lecz odróżniać od nich trzeba nieżytowe zapalenie tychże torebek. Ostatnia ta postać chociaż posiada również żółte czopki wewnątrz torebek, lecz odróżnia się swą znaczną wielkością i stanem sąsiedniej błony śluzowej, zajętej przez sprawę nieżytową.

Głębokie owrzodzenia, jak już nadmieniono poprzednio, zajmują prócz powierzchniowej warstwy błony śluzowej wszystkie głębsze warstwy i przenikają przez błonę sprężystą do tkanki podśluzowej, mięśni, więzów i chrząstek. Podlegają im te okolice błony śluzowej, których tkanka podśluzowa jest opatrzona w wielką ilość gruczołów groniastych, formujących nawet rodzaj wałków i fałd na powierzchni błony. Taka sama sprawa miewa miejsce tam, gdzie na granicy nabłonka płaskiego i cylindrycznego znajduje się znacznie więcej gruczołów pod tym ostatnim, bez powstawania jednak fałdy, widocznej na powierzchni.

Na błonie śluzowej z a t o k i M o r g a g n i e g o (*sinus Morgagni*) znajdujemy te głębokie wrzody pod obiema postaciami. Owrzodzenia z wyżartem dnem i nierównymi brzegami bywają rozrzucone po całej przestrzeni zatoki; druga postać, t. j. bruzdy głębokie bywają tylko równoległe do strun głosowych. Mimo to, że głębokie owrzodzenia dają zazwyczaj bardzo niepomysłne rokowanie, jednakże Biefel z pomiędzy trzech przypadków takich owrzodzeń w jednym z nich otrzymał zupełne wyleczenie.

Największe zniszczenie, spowodowane przez głębokie gruczlicze wrzody, spotykamy na wałkach i fałdach błony śluzowej chrząstek W r i s b e r g a i S a n t o r i n i e g o i n a n a g ł o ś n i. Gdy owrzodzenie rozwija się na wspomnianych fałdach, lub też między nimi, to zwykle bardzo szybko rozwija się znaczne zgrubienie błony, tak że wejście do krtani wydaje się zupełnie zamkniętem; najniebezpieczniejsze zgrubienia poczynają się na *filtrum ventriculorum*, które przebiega między wzmiankowanymi wałkami. Biefel przytacza z własnej praktyki przypadek bardzo interesujący, w którym przy zupełnie zdrowej strunie prawej na lewym wiązadle nalewko-nagłośniowem znajdował się duży guzik wielkości pestki od wiśni, który obejmował obie chrząstki i całkowicie prawie wypełniał wchód do krtani. Powierzchnia tego narostu była naprężona, usiana małymi lejkowatymi wrzodzikami; duże owrzodzenie wielkości monety 5 fenigowej rozciągało się u podstawy chrząstki nalewkowej od tylnej do bocznej przestrzeni krtani. Po bliższem zbadaniu podczas sekcji okazało się, że od każdej wyniosłości z owrzodzeniem na powierzchni narostu prowadziły przetoki do dużego ropnia, który podminował całą prawie zatokę Morgagniego; pośród niego znaleziono martwak chrząstki nalewkowej; struna głosowa była oderwana i wisiała swobodnie wraz z wyrostkiem głosowym.

Wrzody gruczlicze n a g ł o ś n i różnie się przedstawiają w górnej i dolnej części tej chrząstki, co zupełnie stoi w związku z budową obu tych oddziałów. Ponieważ błona śluzowa w górnej części jest połączona z chrząstką za pomocą dość luźnej nieobfitej tkanki łącznej i zawiera bardzo mało gruczołów groniastych, owrzodzenia więc sięgają wprawdzie głębiej, lecz rzadko obnażają samą chrząstkę i nie przyjmują dużych rozmiarów na powierzchni. U podstawy nagłośni przeciwnie pod błoną śluzową znajdujemy bardzo obfitą i bogatą w gruczoły tkankę podśluzową, którą od chrząstki oddziela zbita siatkowatej budowy tkanka łączna; wskutek tego owrzodzenia mogą przyjmować bardzo duże rozmiary w głąb i na powierzchni. Jedne i drugie jednakże mają przebieg prze-

wlekły, co jest ważną wskazówką dla leczenia. Bardzo złe skutki mogą wywołać owrzodzenia gruźlicze, spotykane na bocznym podgnykowym brzegu nagłośni pod postacią bruzd bardzo głębokich; tutaj sprawa gruźlicza przechodzi zwykle z więzów nalewko-nagłośniowych, jeśli tylko sprawą tą są zajęte gruczoły gronowe, przechodzące z tych więzów na nagłośnię; w zwierciadle wziernika krtaniowego widać wtedy nagłośnię jakby oddzieloną ku przodowi z brzegami, pokrytymi ropą. Często dochodzi do zupełnego oddzielenia nagłośni, a wówczas płyny mają drogę utorowaną do krtani, chorego męczy ciągly kaszel i wymioty i w bardzo prędkim czasie następuje śmierć.

W okolicy pierścieniowatej (*regio cricoidea*), przeważnie w jej górnej części, znajdujemy głębokie owrzodzenia, których cechą charakterystyczną jest to, że w zwierciadle wziernika krtaniowego po brzegach owrzodzenia widzieć się dają duże zęby, wyrastające jakby w kierunku głośni. Są to bardzo złośliwe postaci owrzodzeń krtani, zwykle szybko powodujące zejście śmiertelne. Według Biefela wrzody te powstają zwykle tuż pod przyczepem strun głosowych u podstawy chrząstki nalewkowej i ztąd spuszczają się niżej na górną część okolicy pierścieniowatej i obejmują zazwyczaj tylną i boczną ścianę. Niekiedy zjawiają się równocześnie z powierzchownymi owrzodzeniami na okolicy nalewkowej.

Prócz przytoczonych postaci powierzchownych i głębokich owrzodzeń gruźliczych bardzo często na trupach suchotniczych zauważono jeszcze jedną postać owrzodzeń, która jednak badana pod mikroskopem nie posiada cech owrzodzeń, wywołanych sprawą gruźliczą. Wrzody takie napotykamy na środkowym brzegu chrząstki nalewkowej i to tylko w miejscu przejścia nabłonka płaskiego w cylindryczny, w którym to miejscu pod mikroskopem zauważyć możemy nieznaczną fałdkę. Mają one zawsze postać bruzd, długości 5—8 mm. o nierównych brzegach; na dnie wrzodu widać błonę sprężystą, ochrzęstną, lub też obnażoną samą chrząstkę, lecz na tem zniszczenie się zwykle ogranicza. Sąsiednia błona śluzowa bywa albo zupełnie prawidłową, gdy owrzodzenie jest więcej powierzchowne, lub też nacieczoną i zgrubiałą, gdy owrzodzenie sięga do chrząstki.

W końcu autor podaje parę uwag w kwestyi leczenia obu postaci owrzodzeń. Szczególniej trzeba starać się skutecznymi środkami powstrzymać w przebiegu wrzody powierzchowne, gdyż one są zwykle zapowiedzią przyszłych cierpień gruźliczych płuc. Prócz miejscowego leczenia pod postacią wzięwań, trzeba zwrócić szczególną uwagę na cały organizm przez dyjetę, hydroterapię, wyjazd w góry, nad morze, wreszcie wyjazd do miejsc kuracyjnych, obfitujących w źródła alkaliczno-solne, dołączając do tego leczenie mlekiem i serwatką. Szczególniej zaleca autor Salzbrunn, gdzie, przebywając w ciągu lat kilku, sam miał sposobność zaobserwować bardzo pomysłne rezultaty leczenia. W głębszych owrzodzeniach na strunach głosowych, gdy sprawa nie zajęła jeszcze mięśni, radzi Biefel używać przyżegań środkami żrącymi, używając jednakże razem środków ściągających i łagodzących, jedne i drugie pod postacią zapuszczania kroplami i pędzlowania. Gdy owrzodzenia głębokie znajdują się w zwykłym swem miejscu, to jest w okolicach nabłonka cylindrycznego, autor radzi:

- a) zwracać pilną uwagę na leczenie ogólnego stanu,
- b) używać, jak poprzednio, środków żrących naprzemian z łagodzącymi,
- c) środki odwietrzające (desinfekcyjne), stosowane miejscowe,
- d) wreszcie przeciw objawom (kaszlowi, chrypcy) pod wszelkimi postaciami morfinę nawet miejscowo w roztworze glicerynowym, lub w roztworze bromku potasu z gliceryną.

M. Jakowski.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin, Zeszyt V. i VI. tomu XXX.*)

Wiadomości bieżące.

Genewa. Zabity został na górze Mont Blanc Francis M. Balfour, profesor w Trinity College w Cambridge, współredaktor poważnego miesięcznika „Quarterly Journal of microsc. sciences“, autor znakomitego dzieła Embryologii porównawczej, przetłómaczonej na język niemiecki przez Vetter'a.

Paryż. Zmarł tu d. 22 Sierpnia r. b. D-r Desmarest, znany okulista, w wieku lat 71.

Turyń. Zmarł D-r Luigi Concato, prof. kliniki lekarskiej tutejszego uniwersytetu, założyciel miesięcznika Archivio medico italiano.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Danillo. Réflexomètre pour les réflexes tendineux. Pomieszczone w „Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie“. 1882. Nr. 30.

Na pomnik Mickiewicza złożył D-r Przybylski 1 dukata w zlocie.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Lipiec 1882 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

OGŁOSZENIE.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

M. H. E. H. N. E. C. H.

istniejący,

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpiei**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30—18

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO,

wydawany pod red. E. KLINKA.

Zeszyt III-ci za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

1. Neugebauer L. A. O narządziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych w Pompeji i Herkulaneum.
2. Zaleski St. Sz. Rezultaty sprawdzenia doświadczeń Bonnet'a na stawach biodrowym i kolanowym.
3. Danillo St. O częstotliwości chorób organów pleiowych u kobiet obłąkanych.
4. Talko J. Z dziedziny Oftalmologii.
5. Smoleński St. Rzut oka na historyczny rozwój hydroterapii.
6. Wehr W. O rezeceji odźwiernika.
7. Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 25 Kwietnia do 20 Czerwea b. r.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Szczygielski. Dwie owaryjotomije z pomyślnem zejściem. — II. A. R o t h e. Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — III. J. S t y p i ń s k i. Przepuklina sznurka pępkowego. (*Hernia funicoli umbilicalis*). — *Dział sprawozdawczy*: 41. R. B i e f e l. Das tuberculöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwindsucht. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Dwie owaryjotomije z pomyślnem zejściem.

Opisał

Dr Józef Szczygielski.

Wycinanie torbieli jajnikowych od pewnego czasu i u nas zyskało sobie prawo obywatelstwa i jakkolwiek obecnie przestało już należeć do nadzwyczajnych rzadkości, to jednakże ze względu na ważność tej operacyi, która chyba nigdy nie przestanie zaliczać się do rzędu największych, wzmianka o każdym przypadku, nie bacząc na jego zejście, powinna być obowiązkiem ze strony operującego.

Przypadek I. R. Zalestejn, w Warszawie zamieszkała, wieku lat 29, od 11-tu lat zamężna, nie rodziła, ani też nie ronila. W 15 roku życia po raz pierwszy dostała miesiączkę, która odbywała się nie bardzo prawidłowo; najczęściej bowiem spóźniała się o kilka tygodni, a nawet i miesiący. Chorób ważniejszych nie przebywała. Wspomina tylko, iż, będąc dzieckiem, miała wpaść do studni bardzo głębokiej, z kąd wydobyta, z trudnością przywróconą została do życia. W rodzinie wszyscy zdrowi. Przeszło rok temu chora zauważyła stopniowe powiększenie się objętości brzucha, a że jednocześnie i miesiączka się wstrzymała, sądziła przeto, iż jest w odmiennym stanie. Nie mogąc jednakże doczekać się rozwiązania pomimo upłynionego kresu ciąży, licząc od chwili wstrzymania się regularności, zaniepokojona zgłosiła się do mnie w dniu 5 Lutego zeszłego roku z zapytaniem, dla czego poród nie następuje? Dodała przytem, iż od dawna już przestała czuć ruchy dziecka, „które pewno nie żyje“.

Przy badaniu chora przedstawiła stan następujący: wzrost średni, wygląd blady, układ kostny i mięśniowy dosyć dobrze rozwinięty, tkanka tłuszczowa podskórna niezbyt obfita, ogólne odżywianie nieco podupadłe, ze strony ważniejszych narządów jak: płuc, serca i t. p., żadnych zboczeń nie zauważyłem, natomiast brzuch powiększony, jak pod koniec ciąży.

Przy omacywaniu (*palpatio*) można było wyczuwać tuż pod samą skórą guz znacznych rozmiarów, wypełniający całą jamę brzuszną, okrągły, gładki, łatwo przesuwalny. Najłżejsze dotyknięcie ścian brzusznych wywoływało bardzo wyraźne drżenie, znane pod nazwą „*frémissement hydatique*“, przy opukiwaniu wszędzie w okolicy guza odgłos tępy, wyjąwszy z boków bardziej ku krzyżowi, gdzie odgłos występował bębnowy. Zmiany położenia chorej bynajmniej nie wpływały na zmianę kształtu guza, co zwykle mieć miejsce przy nagromadzeniu płynu w jamie brzusznej (*ascites*). Badanie narządów płciowych nic szczególnego nie przedstawiało, pochwa i część pochwowa w stanie prawidłowym, macica w przodopochyłości (*anteversio*) dosyć ruchoma o rozmiarze zwykłym, stwierdzonym przez wprowadzenie zgłębnika. Odnośnie objawów subiektywnych chora użalała się na ból w kończynach dolnych, a szczególnie w pachwinie lewej, duszność, uczucie ciężaru, oraz na ogólne osłabienie.

Po zestawieniu wyżej przytoczonych objawów, wykluczeniu ciąży, oraz puchliny brzusznej (*ascites*) rozpoznanie postawiono na torbiel pojedynczą jajnika (*cystis ovarii unilocularis*) prawdopodobnie bez ważniejszych zrostów, o ile można było sądzić po łatwym przesuwaniu się guzów, jak również i samej skóry. W podobnym stanie rzeczy wypadało chorą wyprowadzić z błędu i w miejsce wyczekiwania porodu zaproponować wypuszczenie płynu, nadmienając jednocześnie, iż płyn ten najpewniej się odtworzy i że w takim razie trzeba będzie bezwarunkowo wykonać operację, na którą bezpośrednio chora przystać nie chciała.

Chora zasięgnęła jeszcze rady kolegi Rogowicza, poczem zgodziła się na uczynioną jej propozycję. Dnia 13 II. po zmierzeniu objętości brzucha, którego wymiary były: od wyrostka mieczykowatego do pępka $22\frac{1}{2}$ ctm., od pępka do spojenia łonowego $18\frac{1}{2}$ ctm., od pępka do kolca biodrowego górnego przedniego lewego 20 ctm., zaś do kolca przeciwnej strony 29 ctm. W obwodzie środkowym w okolicy pępka $100\frac{1}{2}$ ctm. Zrobiłem przekłucie za pomocą cienkiego trójkątka, połączonego z rurką gumową, której dolny koniec pozostawał pod powierzchnią wody, a to dla uniknięcia przystępu powietrza do jamy otrzewnej. Płynu wyszło blisko 12 kwart przezroczystego, jasno żółtego, nieco lepkiego. Objętość brzucha po wypuszczeniu płynu, znacznie się zmniejszyła, z lewej zaś strony w jamie brzusznej dokładnie można było wyczuwać guz wielkości główki noworodka, swobodnie przesuwający się w jedną i drugą stronę. Obecność paralbuminu w płynie, prawie zupełne opróżnienie się guza, jakkolwiek trójkątka nie był przesuwany, potwierdziły przypuszczenie, że torbiel jest jednokomorowa, guz zaś z lewej strony wskazywał odpowiedni jajnik jako siedlisko nowotworu.

Przekłucie chorej zniosła dobrze i przez sześć tygodni czuła się nieźle, wkrótce jednak potem brzuch stopniowo zaczął się powiększać, tak, że w 4 miesiące po przekłuciu objętość jego większą była, aniżeli przedtem. Chora odtąd czuła się coraz gorzej i użalała się na duszność, rozpieranie, brak łaknienia i ogólne osłabienie, tak, że sama domagała się operacji.

Dnia 28 VI. przy łaskawej pomocy kolegi Orłowskiego powtórnie wykonałem przekłucie na linii środkowej poniżej pępka, przyczem wypuściłem płynu

przeszło 4 kwarty Chorą przez parę dni zatrzymałem w łóżku, następnie w celu przygotowawczym zaleciłem środki lekko przeczyszczające, oraz kilka obojętnych kąpiei.

Mieszkanie dla chorej wynajęte zostało na Nowym Świecie pod Nr. 40, w głębi bardzo obszernego dziedzińca i przez dni kilka ciągle było przewietrzane, oraz skrapiane 5% roztworem kwasu karbolowego.

Dnia 6 VII. 1881, na żądanie chorej przystąpiłem do owaryjotomii w obecności i przy łaskawej pomocy Szanownych kolegów: Rogowicza, s. p. Placzkowskiego, Peszkiego, Orłowskiego, Konitza, Jasińskiego i Dintego. Po wypuszczeniu moczu i zupełnem zachloroformowaniu chorej przeciąłem skórę w okolicy linii białej (*linea alba*), poczynając na palec poniżej pępka i idąc ku dołowi na przestrzeni 14 centymetrów, wymioty na chwilę przerwały operacyję. Doszedłszy warstwami do otrzewnej, przed jej przecięciem staraliśmy się zatrzymać najmniejsze krwawienie. Pod błoną otrzewną przedstawił się guz gładki, mocno naprężony, znacznych rozmiarów, bez żadnych ważniejszych zrostów, wyjąwszy od strony prawej, gdzie w miejscu pierwszego przekłucia nie więcej jak na 3 centymetry było zrosnięcie, a raczej przyklejenie guza do ściany brzusznej, od której bez trudności dał się oddzielić. Torbiel przebito za pomocą trójkątca Spencer Wellsa, przyczem wyszło płynu 15½ kwart podobnego, jak poprzednio. Następnie guz w całości wydobyty został z jamy brzusznej, i uchwycony przy nasadzie dwoma większemi kleszczykami Peana, które chwilowo zastępowały zaciskacz. Oddzielenie torbiela uskuteczniło nożyczkami, które z powodu grubości i twardości tkanki robiły wrażenie, jak gdyby przecinały tkankę chrzęstną.

Co się tyczy szypuły, ta była zupełnie krótką i niezwykle grubą tak, że o założeniu zaciskacza mowy być nie mogło, ligatura zaś pomimo kilkakrotnego nakładania nie wystarczała do zupełnego zaciśnięcia bardzo rozwiniętych naczyń, a przedewszystkiem *spermatica interna*, której światło równało się grubości wroniego pióra. Nie pozostawało nic innego, jak tylko przeprowadzić przez środek szypuły podwójną ligaturę metalową (drut żelazny) i każdą połowę oddzielnie nacisnąć za pomocą odpowiedniego instrumentu zwanego „*ligateur serre-noeud de Cintrot*“¹⁾.

Dla zabezpieczenia szypuły od wpadnięcia do jamy brzusznej przeprowadzono poniżej miejsca jej zaciśnięcia igłę około 10-ciu ctm. długości, której końce opatrzone zostały małemi rurkami szklanemi, wypełnionemi woskiem. Po załatwieniu się z szypułą i oczyszczeniu jamy brzusznej brzegi rany wraz z otrzewną zbliżone zostały za pomocą oddzielnych szwów miedzianych: 4-ech głębokich i 2-óch powierzchownych, powierzchnię zaś szypuły przypalono żegadłem platynowem Paquelin'a, poczem nałożono opatrunek ściśle Listerowski. Podczas całej operacyi, która wraz z opatrunkiem trwała godzinę, stosowaną była mgła karbolowa; krwawienia prawie żadnego nie było.

1) *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique* par A. Leblond. 1878. str. 604.

Chora po operacyi pomimo osłabienia czuła się niezłe, tegoż dnia wieczorem wystąpił bardzo żywy ból w okolicy szypuły, ciepłota ciała 38,0° C., tętno 100, zalecono co 3 godziny pół grana makowca, moczu wypuszczono 2 szklanki. W nocy ciepłota ciała 38,6° C., tętno 106, nudności i dosyć częste wymioty. Chora żali się na brak snu, wstrzyknięto pod skórę $\frac{1}{6}$ grana morfiny, oraz do wewnątrz podawano lód na przemian z winem szampańskim w małych ilościach.

Nazajutrz nudności i wymioty mniejsze, natomiast ból w okolicy szypuły ciągle trwa. Ciepłota ciała i tętno bez zmiany, język wilgotny, moczu wypuszczono $2\frac{1}{2}$ szklanki. W celu uspokojenia bólu zaleciłem w dalszym ciągu co 2 godziny pół grana makowca. Wieczorem ciepłota ciała 38,4° C., tętno 100. Wymioty ustąpiły, pozostały tylko nudności, ból znacznie mniejszy.

Dnia 9. VII. Ciepłota ciała 38,3° C., tętno 96. Chora poraz pierwszy spała przez kilka godzin, nudności ustały, ból w okolicy szypuły nieznaczny.

Dnia 11. VII. Stan ogólny niezły, z pod dolnego brzegu opatrunku pokazała się bardzo obfita wydzielina mocno cuchnąca, koloru ciemno-szarego. Opatrunek zdjęto, przyczem zauważono zrośnięcie brzegów rany na całej przestrzeni *per primam intentionem*. Wydzielina zaś pochodziła z miejsca, otaczającego szypułę, która do połowy prawie się zagłębiła; po oczyszczeniu rany i zasypaniu powierzchni szypuły półtora chlorkiem żelaza założono świeży opatrunek Listerowski.

Dnia 12. VII. Ciepłota ciała 38,0° C., tętno 94. Chora czuje się dobrze spała przez całą noc, mocz sama oddaje, wieczorem ciepłota ciała i tętno prawidłowe.

Dnia 13. VII. po oleju rycynowym były dwa wypróżnienia, bez żadnych boleści.

Dnia 15. VII. przy powtórnej zmianie opatrunku, usunięto wraz z ligaturami metalowemi część szypuły zmumifikowaną i prawie odsznurowaną, wyjęto również szwy metalowe, po których pozostały kanaliki, wypełnione gęstą ropą, zagłębienie po szypule zasypano kwasem salicylowym.

Dnia 19. VII. po raz trzeci i zarazem ostatni nałożono opatrunek Listerowski. Chora czuje się zupełnie dobrze, swobodnie siedzi na łóżku i dopomina się jedzenia.

Dnia 30. VII. zagłębienie po szypule prawie wyrównane, chora przechadza się po pokoju.

Dnia 6. VIII. a więc po miesiącu, chora powróciła zupełnie zdrowa do domu.

Oдноśnie samej torbieli winieniem nadmienić, iż takowa po wypuszczeniu przeszło 15 kwart płynu, ważyła około sześciu funtów i odznaczała się niezwykle grubemi ścianami. Punktem zaś jej wyjścia był przyjajnik lewy (*parovarium*) i zajmowała obok powiększonego jajnika zwyrodniałego (*degeneratio cystoideo-colloid.*), jajowód (*tuba Fallopian.*), strzępy (*fimbriae*), oraz część więzu szerokiego.

(D. c. n.)

II. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisał

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 34).

Zobaczmy teraz, jakie zachodzą zmiany chorobowe w pojedynczych tkankach, lub organach, jak również w całym organizmie u nałogowych pijaków.

Nie będę tu mówił o tak zwanem skażeniu krwi *dyscrasia potatorum*. *Säuferdyskrasie*, o którym jeszcze takie powagi, jak R o k i t a n s k y, M a g n u s H u s s i R o e s c h rozprawiały, lecz ograniczę się do tego, co dziś wiadomo o zmianach, zachodzących we krwi nałogowych pijaków.

Przy długotrwałem otruciu wyskokiem krew w dwojaki sposób podlega zmianie chorobowej: najprzód skutkiem ciągle powtarzającego się wpływu bezpośrednio użytego wyskoku, a powtóre skutkiem zatrzymania w organizmie wytworów nieprawidłowych, wyrabianych przez zwyrodnione skutkiem wpływu wyskoku na organa wydzielające. Krew co do swojej jakości zmienia się fizjologicznie i chemicznie. Główna zmiana zależy na przewodze, czyli nadmiarze części wodnistych i zmniejszeniu się ilości włóknika, krew taka wypuszczona z żyły nałogowego pijaka zawiera bardzo wiele surowicy i nie tworzy prawie wcale skrzepu włóknikowego, kolor krwi zdaje się być ciemniejszym, co jedni tłumaczą nadmiarem wodoru i węgla, drudzy zniszczeniem czerwonych ciałek krwi.

B ö c k e r wyraźnie, bo ilościowo wykazał, że ilość czerwonych ciałek znacznie bywa zmniejszoną przy przewlekłym otruciu wyskokiem.

Zmiany te nie są jednak wyłączną własnością otrucia wyskokowego, znajdują się one także i przy innych chorobach wyniszczających; charakterystyczną natomiast zmianą jest nadmierne nagromadzenie się tłuszczu we krwi pijaków. Na własność tę oddawna już zwrócono uwagę, surowica z takiej krwi opalizuje i mniej więcej podobną jest do mleka. Jeżeli krew prawidłowa zawiera od 2 do 2½ % tłuszczu, to krew przy otruciu wyskokowem zawiera od 5,15 do 11,7 %.

Tak samo, jak we krwi, tłuszcz także gromadzi się w innych tkankach i organach. Przeważnie zaś w tkance podskórnej, między pojedynczymi mięśniami, na sercu, nerkach, kiszkiach, w ścianach brzusznych, w otrzewnej. Nadzwyczajne to nagromadzenie się tłuszczu (*polysarcia potatorum*) nadaje pijakom właściwy wygląd: twarz blada, wątpa, jakby nabrzmiała, a mięśnie nibyto pełne, lecz miękkie. Wczynie zaś późniejszym przy dalszem działaniu otrucia jednakowoż i tłuszcz ten zanika. Według R o k i t a n s k i e g o i w kościach bywają także same złogi tłuszczowe, przyczem szpik kostny staje się bogatszym w tłuszcz, tkanka zaś kostna zanika.

Wiedząc z poprzedniego, jakie działanie wyskok wywiera na zmianę materii w ogóle, zdaje się, iż tworzenie się tłuszczu i jego złogów u nałogowych pi-

jaków w ten tylko sposób można tłumaczyć, że wyskok w ogóle obniża wymianę materji i że pod wpływem niedokładnego procesu chemicznego wytwarza się w różnych tkankach tłuszczowe zwyrodnienie, zupełnie tak samo, jak to zauważono pod wpływem innych środków trujących, jak na przykład przy przewlekłym otruciu arsenikiem, fosforem i t. d. Krew chemicznie zmieniona nie ma dostatecznej siły do odżywienia organizmu, a skutkiem tego powstają zaburzenia w odżywieniu i następuje przeobrażenie wsteczne, t. j. zwyrodnienie tłuszczowe.

Chorobowe zmiany pojedynczych organów, lub układów przy przewlekłym zatruciu wyskokowym nie występują jednocześnie, lecz w pewnym, choć nie zupełnie stałym porządku. Tak zwykle najprzód cierpią organa trawienia, dalej narządy krążenia i oddychania, najpóźniej prawie układ nerwowy.

Najwcześniej przy długotrwałem użyciu wódki ukazuje się nieżyt żołądka i kiszki ze wszystkimi swojemi charakterystycznymi objawami i chrobliwymi zmianami, poczynając od lekkiego nadżarcia krwawego (*erosio haemorrhagica*) do tak zwanego wrzodu żołądka dziurawiącego (*ulcus ventriculi perforans*) i zwężenia (*stenosis*). Zwyrodnienie, lub owrzodzenie rakowate zdaje się, że nie powstają z nadużycia trunków, jeżeli do tego nie ma jeszcze i innych przyczyn.

Wielkiej jednakowoż doniosłości są zmiany i zwyrodnienie tłuszczowe gruczołów trawiących w żołądku, albowiem z ich zniszczeniem i zanikiem powstaje znaczna zmiana w wydzielaniu błony śluzowej żołądka, co znowu szkodliwie wpływać musi na trawienie i odżywienie w ogóle.

Zmiany w kiszkiach nie tak są rażące, jak zmiany żołądka i noszą ogólną cechę nieżytku kiszki, połączonego z uporczywem, nie dającym się tamować rozwolnieniem.

Wątroba jest jednym z organów, najwcześniej podlegającym zmianom chorobowym przy nadużyciu wódki, powodem do tego jest właściwa jej budowa i nadzwyczajna ilość naczyń krwionośnych, któremi organ ten jest obdarzony, tak, że wyskok, dostawszy się do krwi, tu najpierw bywa nagromadzonym. Najczęściej napotyka się wątroba tłuszczowa, tłuszcz gromadzi się w samych komórkach wątroby najprzód na obwodzie gruczołów gronowych (*acini*), później zaś i w samym środku. Wątroba powiększona, cięższa, brzegi jej zaokrąglone, powierzchnia gładka i blada. Skutkiem takiej zmiany powstają zaburzenia w krążeniu krwi, a mianowicie w żyłce wrotnej, przekrwienie żołądka i jelit i nieprawidłowe wydzielanie się żółci,

Dalej napotyka się zapalenie wątroby miąższowe i rozlane (*hepatitis parenchymatosa et cirrhosis*) jak również i katar przewodów żółciowych.

Oprócz przytoczonych zmian bywają jeszcze i inne, lecz nie tak często i stale, aby je można było zaliczyć do zmian chorobowych, wywołanych skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, a mianowicie wódki.

Trzustka (*pancreas*) także często bywa powiększona, lecz powiększenie to nie przedstawia cech charakterystycznych dla otrucia przewlekłego wyskokowego.

Sledziona pierwotnie przy przewlekłym zatruciu wyskokowym nie podlega zmianom chorobowym bezpośrednio, lecz raczej skutkiem cierpienia innych organów.

Zmiany w układzie krwionośnym należą u nałogowych pijaków do objawów nadzwyczaj częstych. Najczęściej prawie napotyka się przerost serca (*hypertrophia*), wywołany powiększoną czynnością samego serca. Rozrost ten będzie tem większy, im większy opór serce ma do zwalczania w układzie krążenia. Do takiego oporu przeważnie przyczynia się ogólne nagromadzenie tłuszczu w pojedynczych organach i na ich powierzchni, zboczenia, powstające w małym, lub wielkim krążeniu krwi, jak również i w układzie żyły wrotnej. Rozrost lewej komórki zwykle łączy się z jej rozszerzeniem, a skutkiem tego znowu konieczne muszą powstać zmiany prawego serca.

W późniejszym okresie otrucia wyskokowego pojawia się także i tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia serca, a jeszcze później skutkiem ogólnego nieprawidłowego odżywienia powstaje zanik i serce zmniejsza się tak co do swojej objętości, jak również i ciężaru.

Naczynia krwionośne również podlegają zmianie chorobowej. Naczynia drobne, a nawet i większe rozszerzają się, powstaje w nich tak zwane zwyrodnienie ateromatyczne, wywołane nieprawidłowym odżywieniem samych naczyń i ich zwyrodnieniem tłuszczowym, przechodzącym, jak to wiadomo, w stwardnienie (*scleroma*); tu może się też pojawić rozmiękczenie i rozpad, a nawet tak zwane owrzodzenie ateromatyczne i rozrost tkanki, wywołający zgrubienie ścian naczyń. Skutkiem tego naczynia tracą właściwą sobie sprężystość, stają się twarde, niepodatne i stawiają większy opór krążeniu krwi. Ogólne większe napięcie w tętnicy głównej zauważono u nałogowych pijaków nie tylko, gdy się znajdują pod wpływem bezpośredniego działania wyskoku, ale i w czasie wolnym, podtrzymuje się ono większą kurczliwością małych naczyń, co się przyczynia do zmniejszenia odpływu krwi w układzie tętnicy głównej i wywołania owego processu stwardnienia, znanego pod nazwą sklerozy tętnic (*arterio-sclerosis*).

Drogi oddechowe stosunkowo także prędko podlegają u pijaków zmianom chorobowym, najprzód pojawia się katar, poczynający się w krtani i sięgający do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli. Głos staje się chrapliwy, szorstki i ochrypły. Im głębiej sięga nieżyt oskrzeli; im więcej błony śluzowe pęcznieją i grubieją; im więcej śluz prawie ropiasty wypełnia światło drobnych oskrzeli; tem więcej tracą one swoją sprężystość i tem trudniej oczyszcza i odświeża się krew. Nieżyt przewlekły oskrzeli pociąga za sobą częściową lub ogólną rozedmę płuc, rozszerzenie oskrzeli i zniszczenie samej tkanki płucnej, co, ma się rozumieć, znowu szkodliwie oddziaływa na ogólne odżywienie, krążenie krwi i przemianę materii. Jako objaw tego cierpienia mamy kolor siny twarzy, oddech utrudniony i napady dychawiczne.

Gruźlica i suchoty płuc, zdaje się, wprost nie powstają skutkiem nadużycia napojów wyskokowych; lecz jeżeli zwrócimy uwagę, że nałogowi pijacy zawsze cierpią na nieżyt oskrzeli i płuc i że w ogóle odżywienie całego organizmu znacznie bywa upośledzone, to łatwo zrozumiemy, że wyskok pośrednio może się przyczynić do powstawania tych chorób. Wyskok, jak nam wiadomo,

powiększa wydzielenie moczu, drażni nerki, i doprowadza w późniejszym okresie otrucia do rozlanego, śródmiąższowego zapalenia nerek, tak zwanej choroby Brighta i do zaniku nerek ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami chorobowymi. Wszyscy autorowie zgadzają się, że cierpienia nerek należą do najstalszych objawów, wywołanych skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, a przede wszystkim jeżeli to nadużycie łączy się z niedostateczną ilością i jakością pokarmów, niezdrowem mieszkaniem, wpływem wilgoci i t. p. warunkami, które na nieszczęście tak często napotykamy u nałogowych pijaków.

Skrobiowe zwyrodnienie nerek (*deg. amyloid.*), zdaje się, nie powstaje skutkiem nadużycia wyskoku, ale natomiast nerka tłuszczowa.

Zaburzenia w organach płciowych pojawiają się bardzo wcześnie u pijaków, nie są one jednakowoż wynikiem ogólnych zбоceń w odżywieniu, lecz skutkiem bezpośredniego działania wyskoku na anatomiczną budowę tych organów. Organa płciowe u mężczyzn zanikają przedwcześnie, gdy w warunkach prawidłowych bywa to dopiero w wieku zgrzybiałym. U nałogowych pijaków, a mianowicie u nadużywających wódki, jądra bywają wątle, zmniejszone, a istota ich koloru żółtawego. Przewody nasienne przedstawiają się zwiększonymi, jak również i ich komórki nabłonkowe i ziarnkowate, a *spermatozoa* z początku w zmniejszonej występują ilości, później zupełnie giną. Im wyraźniejsze bywają objawy zatrucia wyskokowego, tym więcej podupada możność i popęd płciowy.

Huss¹⁾ tłumaczy to skutkiem niedostatecznego wyprężenia się prącia, zależącego od ogólnego osłabienia mięśni. Czy nadużycie wyskokowe u kobiet rzeczywiście wywołuje niepłodność, dotychczas nie dowiedziono, wiadomo tylko, że wywołuje rozdrażnienie i przyływy krwi do części płciowych, wylewy krwawe i nieprawidłowości w miesiączkowaniu, a nawet i poronienia.

Co do powłoki powszechniej, czyli skóry, to ta w pierwszym okresie otrucia wyskokowego skutkiem obfitego nagromadzenia się tłuszczu przedstawia się miękką, pulchną i blyszczącą. Gruczoły potowe obficie wydzielają pot, niż w stanie prawidłowym. Później jednakowoż skóra staje się suchą, kruchą i łuszczącą. Bardziej charakterystycznym objawem u pijaków nałogowych jest trądzik (*acne*), zapalne nabrzmienie i zropienie gruczołków łojowych. Trądzik jako ulubione miejsce zwykle obiera sobie nos i twarz (*acne rosacea guttata*), która zwykle bywa czerwona skutkiem rozszerzenia się drobnych naczyń krwionośnych i zastoin. Nadmienić tu jeszcze wypada, że skóra u nałogowych pijaków nadzwyczaj jest skłonna do zgorzeli (*gangraena*) i do powstawania odleżyn, również także często napotyka się u nich osobny gatunek róży, t. z. *erysipelas haemorrhagicum*.

Dotychczas widzieliśmy, że nie ma organu, lub tkanki w ustroju ludzkim, któreby pod wpływem szkodliwego działania wyskoku nie podlegały zmianie chorobowej, lecz wszystkie te zmiany są prawie niczem w porównaniu z nadzwyczaj

¹⁾ Magnus Huss. Chronische Alkoholskrankheit oder Alcoholismus chronicus, aus den Schwedischen von G. van dem Busch. Leipzig. 1852.

licznymi różnorodnymi i ważnymi zmianami, jakie napotykałyśmy w ośrodkach nerwowych.

Wyżej już mówiłem o zmianach, jakie w ogóle zachodzą w kościach. W wyższym jeszcze stopniu znajdujemy to samo i w kościach czaszki; skutkiem przerostu i zgrubienia stają się one cięższymi, blaszka wewnętrzna i zewnętrzna grubieją, nawet istota gąbczasta grubieje i staje się twardszą. Na powierzchni wewnętrznej rowki dla pomieszczenia naczyń krwionośnych znacznie się zagłębiają, a dlaziarniny Pacchioniego znajdujemy dołkowate wydrążenia.

Ze zmian chorobowych, napotykanych u nałogowych pijaków w ośrodkach nerwowych, na szczególną wzmiankę zasługuje **przekrwienie mózgowia i jego opon**. Przekrwienie to powstaje przy przewlekłym otruciu wysokim najprzód skutkiem zwiększonej pracy serca, które większą ilość krwi popycha do mózgowia, dalej zaś skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego i zgrubienia drobnych naczyń, jak również i skutkiem nieprawidłowej innerwacji, zwątlenia ścian naczyń, które pociąga za sobą rozszerzenie światła naczyń i bierne przekrwienie. Od stopnia takiego przekrwienia zależą objawy chorobowe, które ono wywołuje. W pierwszym okresie zatrucia wysokim przekrwienie przeważnie bywa **czynne**, w późniejszym zaś — **bierne**. Dwa te rozmaite stany, t.j. przekrwienie czynne i bierne należy od siebie odróżnić; przyczyna różnicy leży w napięciu ścianek naczyń.

Jeżeli napięcie naczyń jest prawidłowe, to skutek powiększonego przyływu objawia się jako powiększone ciśnienie boczne i jako powiększenie czynności, czyli siły samych naczyń, a jako dalsze następstwo jednostajne posunięcie się całego słupa krwi do naczyń włoskowatych i żył. Na tak jednostajne i szczęśliwe warunki nie można wszakże liczyć przy zakażeniu wysokim, przy którym zawsze wcześniej lub później napotyka się porażenie naczyniowe niezupełne, zniemożenie mięśni obrączkowych i bierne rozszerzenie się samych naczyń. Jako wynik takiego stanu mamy: zwolnienie krążenia krwi w pewnym jego obrębie i zwięźlenie otaczającej naczynia przestrzeni limfatycznej, skutkiem czego znowu powstaje niedokrwistość w pewnych częściach mózgowia, połączona z nieprawidłowym odżywieniem tych części, w drugich zaś częściach mózgowia powiększony zastój żylny.

Takie przekrwienie żyłne pociąga za sobą zmieniony rozdział w umiejscowieniu ciałek krwistych w powoli i niejednostajnie posuwającym się słupie krwistym w naczyniach coraz większe przepelnienie żył i naczyń włoskowatych ciałkami krwi, garbowate wydymanie się pojedynczych części ścianek naczyń, a na koniec emigracja czerwonych krążków krwi. Komórki, czyli krążki krwi przeciskają się niejako przez naczynia, ale wraz z nimi przesiąka także w tkankę otaczającą i ciecz krwi bogata w wodę, a uboga w białko. Przesięki te zajmują zwykle przestrzenie limfatyczne. W nich nagromadzają się przesięki elementy krwi, skutkiem czego tak nadzwyczaj często napotyka się przy badaniach mikroskopowych przepelnienie pochewek limfatycznych świeżymi i barwnikowo przeistoczonymi czerwonymi ciałkami krwi, mianowicie w takich mózgach, które przez czas dłuższy podlegały biernemu przekrwieniu. Jeżeli naczynia limfatyczne i tak zwane komórki Deitersa znajdują się

w stanie prawidłowym, to w takim razie przesięk przez błonę zwątloną odbywa się dość prędko i mózg oswobadza się od ucisku. Jeżeli zaś pod wpływem coraz nowych przyływów miejscowe przekrwienie się powiększa, to powstają coraz większe przesięki, tak, że naczynia limfatyczne podolać im nie mogą, a wtedy przesięk pozostaje w mózgowiu. Takie zaś przeładowanie mózgowia koniecznie musi wywołać upadek fizyologiczny i zanik istoty mózgowej.

Objawy chorobliwe, ztąd powstałe, są: ból głowy mniej lub więcej długotrwały, ucisk i ciężenie głowy, dzwonienie w uszach, pojawianie się iskier i różnych kolorów przed oczami, mrowienie i uczucie bezwładu w kończynach, złudzenia zmysłowe i różnorodne zboczenia psychiczne w postaci podniecenia, przygnębienia i osłabienia. Objawy te na tem większą zasługują uwagę, że częstokroć u nałogowych pijaków z przewlekłemi zboczeniami w czynnościach czuciowych po śmierci przy oględzinach nie napotyka się żadnych innych zmian w mózgowiu, jak tylko co opisane, t. j. przekrwienie i zastój.

Wylew krwisty w istotę mózgowia (*apoplexia cerebri*) nadzwyczaj często kończy życie pijaka. Wylewy te mogą być większe, ogniskowe, albo też mniejsze, włoskowate. Przyczynę ich powstania dostatecznie nam objaśnia to, co dotychczas wypowiedziałem.

Również wiadomo, że owe wylewy krwiste mogą wywołać zaburzenia ruchowe, czuciowe i umysłowe, zapalenia, rozmiękczenia i przewlekłe nieuleczalne cierpienia umysłowe.

Rażenie, czyli apopleksyja opon (*apoplexia meningea*). Wylewy krwiste w oponę pajęczą u dorosłych należą do przypadków nader rzadkich i stanowią zwykle następstwo częstych przekrwień mózgowia, albo też następstwo tworzącej się próżni w czaszce przy zaniku mózgowia. Znaczenie tego cierpienia dla powstawania obłąkania oddawna jest znane.

Rażenie, czyli apopleksyja surowicza (*apoplexia serosa*), pojawia się pod postacią ostrego, lub przewlekłego przesięku surowicy w komórki mózgowia (*hydrocephalus acutus*), lub w samą istotę mózgowia jako puchlina (*oedema cerebri*), albo też przesięk następuje w opony mózgowia i przeważnie w oponę pajęczą. Choroba ta jest jedną z najczęstszych chorób mózgowia u nałogowych pijaków. Krew u pijaków, jak nam wiadomo, staje się ubogą w materje plastyczne, a ztąd nadzwyczaj skłonna do przesięków; dla tego też podług zdania Hasse'go ¹⁾ znajdujemy u nich tego rodzaju przesięki surowicze tak często. Nadużycie napojów wyskokowych, tak samo jak i inne podrażnienia mózgowia, wywołuje pewne usposobienie do takich wylewów i wysięków i ich następstw, t. j. wywołuje ogólny niepokój, bezsenność, złudzenia i omamy zmysłowe, bredzenie, objawy silnego rozdrażnienia, czyli maniakalne, osłabienie i zupełne stępienie umysłowe, osłabienie ruchów, chwiejność i drżenie w mięśniach, a przeważnie kończyn i zupełne wyczerpanie sił, zbo-

¹⁾ Hasse. Krankheiten des Nervensystems. Handbuch der Patol. u. Therap. v. R. Virchow. Bd. IV.

czenia i zaburzenia mowy, upadek pobudzalności odruchowej, odrętwienie i śmierć.

Zapalenie przewlekłe opony twardej mózgowia. (*Pachy meningitis interna chronica*). Zapalenie to, podług Virchowa¹⁾, poczyna się na wewnętrznej powierzchni opony twardej włóknistymi złoгами, z których później się tworzy delikatna tkanka łączna mocno przylegająca do starej powierzchni. Jeżeli taki proces się powtarza, to błona twarda znacznie grubieje, mając na sobie od 2 do 20 takich warstw nowoutworzonych. Każda taka warstwa bogata w naczynia może się zrastać z oponą pajęczą, a z naczyń nowych, może powstać wylew krwisty. Wylewy te różnorodnej wielkości, przeważnie bywają na zrazach przednich, lub średnich i stanowią tak zwany *haematoma durae matris*.

Przewlekłe zapalenie opony twardej może istnieć przez lata i łączy się w największej liczbie przypadków z bólem głowy lub przypadłościami ogólnego podrażnienia; w innych znowu przypadkach objawy te łączą się objawami przygnębienia, drgawkami i porażeniem. Nowe złogi pojawiają się pod postacią napadu apoplektycznego, w czasie których chory życie kończy, w szczęśliwych zaś przypadkach pozostaje porażenie połowiczne. Wylewy krwiste otorebkowane stosownie do ich wielkości i umiejscowienia wywołują nieustającym swoim uciskiem objawy przygnębienia i zaniku. Stany te nadzwyczaj często napotyka się u obłąkanych (obłąkanie ogólne, stępienie umysłowe). Większa część autorów zgadza się na to, iż wyskok i jego nadużycie są główną przyczyną, wywołującą takie stany chorobliwe; choć nie ulega także wątpliwości, że podobne cierpienia mózgowia mogą powstać bez nadużycia napojów wysokowych.

Zapalenie ostre zwykle bywa wywołane przez silne upojenie; przewlekłe zaś zapalenie jest następstwem długotrwałego i silnego opilstwa.

Nie sama jednak opona twarda skutkiem nadużycia napojów wysokowych ulega zmianom chorobowym; to samo dzieje się także z oponą pajęczą. Bywa ona albo w miejscach ściśle określonych, albo też na szerokich przestrzeniach zgrubiała, zmętniała i nie rzadko zrosnięta z oponą miękką. Wyraźne objawy przebytego zapalenia, przekrwienie, zastoiny, a przedewszystkiem ziarniny *Pachioniego* prawie zawsze bywają u nałogowych pijaków i dosięgają często dość znacznych rozmiarów, po obydwu stronach zatoki odłożonej. U nałogowych pijaków ziarniny te dosięgają takich rozmiarów, że przedziurawiają oponę twardą i zapuszczają się głęboko w same ścianki czaszki.

Griesinger²⁾ już zwracał uwagę na ten objaw patologiczny u obłąkanych z porażeniem.

Opona miękka rzadko tylko u osób dorosłych ulega procesowi zapalnemu, wyskok jednakowoż i tu wpływ swój wywiera. Prócz silnego przekrwienia napotyka się także zmętnienie i wysięki ropiaste, sięgające wraz z oponą głęboko między pojedyncze zawoje. W przypadkach zaś przewlekłych

1) Virchow. Das Haematom der Dura mater. 1857.

2) Griesinger. Die Pathol. u. Ther. der psychischen Krankheiten. 1861.

opona zrasta się z istotą mózgowia tak, że przy zdjęciu opony odrywa się także i istota korowa. Jest to tak zwane rozlane przewlekłe zapalenie istoty korowej mózgu (*periencephalitis diffusa chronica*), jeden z najczęstszych objawów patologicznych u naszych obłąkanych. H a s s e w wyżej przytoczonym dziele mówi, że nadużycie napojów wysokowych wytwarza właściwe sobie usposobienie do zapalenia tej opony.

Z a p a l e n i e i s t o t y m ó z g o w e j (*encephalitis*) i to przeważnie istoty korowej, wzgórków wzrokowych i ciałek prążkowanych bywa zwykle ogniskowe i pociąga za sobą rozmiękczenie ze swojemi następstwami.

R z e c z y w i s t y p r z e r o s t m ó z g o w i a (*hypertrophia cerebri*), objawiający się jako powiększenie istoty, tak, że nawet bywa nieproporcjonalność pomiędzy mózgiem a jamą czaszki, stosunkowo rzadko przy oględzinach spotykany, może być następstwem nadużycia napojów wysokowych. Natomiast daleko częściej bywa z a n i k m ó z g o w i a (*atrophia cerebri*). Mówiąc o zaniku, nie rozumiem tu zaniku wrodzonego połowicznego, lub częściowego, albo też wywołanego przez miejscowy proces niszczący, lecz zanik postępowy ogólny, jako następstwo ogólnego nieprawidłowego odżywiania, oddziaływającego na całą masę mózgowia. Na zmianę tę, jako wynik nadużycia napojów wysokowych, przeważnie ukazuje H a s s e w swoim dziele. Półkule mózgowia przedstawiają się jakby spłaszczonemi, zawoje wątle, cienkie, jeden od drugiego oddzielony głębokimi rowkami, komórki boczne znacznie rozszerzone i napelnione przezroczystą surowicą. Istota zaś mózgowa przedstawia się lykowatą, zbitą; istota szara również bywa zbitą i lykowatą, lecz znacznie bledsza, te same zmiany wykazuje także istota biała. Naczynia krwionośne bywają rozszerzone; w pojedynczych częściach mózg przedstawia się jakby gąbczastym, tak zwany *état criblé* (dziurkowany) autorów francuskich.

Skutkiem zaniku ogólnego, jak również i częściowego, powstaje wodogłowie wewnętrzne lub zewnętrzne, przekrwienia, wylewy krwiste, osłabienie innerwacji, objawy rozdrażnienia, bredzenie, złudzenia zmysłowe, osłabienie wrażliwości zmysłów, utrata czynności umysłowej i pamięci, drżenie i osłabienie mięśniowe, a nakoniec zupełne stępienie umysłowe i bezwładność częściowe i ogólne.

Tak samo, jak opony mózgowia i sam mózg, tak również i opony rdzenia kręgowego i rdzeń bywają dotknięte skutkiem nadużycia napojów wysokowych. L e y d e n zauważył, że w przewlekłym otruciu wysokowym także i opony rdzenia podlegają długotrwałemu zapaleniu; tu napotykaną bywa owa *Puchi meningitis interna spinalis haemorrhagica*, jak również i inne formy przewlekłego zapalenia opon, połączone ze zmętnieniem i zgrubieniem tak twardej jak i miękkiej opony i że p u c h l i n a r d z e n i a k r ę g o w e g o (*hydromyelia*) zupełnie odpowiada puchlinie mózgowia. Objaw, znany pod nazwą „d r ż e n i a p i j a c k i e g o“ (*tremor alcoholicus, v. potatorum*), tylko od zmiany w układzie rdzeniowym może być zależnym, choć dotychczas nie mamy fizjologicznego objaśnienia tego zjawiska. Dalej również dostrzegamy brak siły mięśniowej w kończynach, dochodzący nieraz do zupełnego bezwładności, lubo od tego braku siły należy odróżniać właściwe p o r a ż e n i e p o p r z e c z n e w y-

skokowe Wilks'a. charakteryzujące się bolesnością w kończynach dolnych, uczuciem jakby uderzenia elektrycznego, oniemieniem. dochodzącem do zupełnej nieczułości i stopniowem zmniejszeniem ruchliwości do tego stopnia, iż chory nie może się utrzymać na nogach. chód przy tem zwykle chwiejny, czółgający się.

Częściej od stanu powyższego bywa jeszcze mniej lub więcej wyraźny bezład *sui generis*. odróżniający się od bezładu zwykłego tem. że skurczenia mięśniowe nie bywają tak przerywane, lecz drżące i że przy chodzeniu równowaga tylko z wielką utrudnieniem utrzymuje się.

Nadto napotykanym jeszcze szczególnie zaniemożenie, objawiające się nadzwyczajną naczulnością skóry kończyn dolnych. a kiedy niekiedy i górnych i tułowia. Każde najłżejsze nawet dotknięcie skóry. lub mięśni. wywołuje silny ból. lecz oprócz tego bywają także uczucia bolesne pod postacią klucia. darcia i rznienia. Bolesci te zwykle łączą się z ogólnem osłabieniem mięśni. dochodzącem do niedowładu.

Na szczególną uwagę zasługują w takich przypadkach owe charakterystyczne drgania i uderzenia w kończynach dolnych. jak również i nagle powstające kurcze w mięśniach łydkowych (*crampi*). Kurcze te z powodu swej bolesności nadzwyczaj dokuczają chorym.

W organach zmysłowych skutkiem ostrego i przewlekłego nadużycia napojów wyskokowych również powstają ważne zaburzenia i zmiany chorobliwe. Najdokładniej znane są zбочenia wzrokowe. charakteryzujące się tem. że one zwykle z ustaniem działania wyskoku. same powoli także ustają.

Przy niedowidzeniu wyskokowym (*amblyopia alcoholica*) przedmioty przedstawiają się jakby zamglone. rozlane. Przedmioty, zdaje się, drżą i chwieją się, kolory niedokładnie odróżniają się. a mianowicie trudno rozróżnić kolory metalowe, monety. Czytanie jest utrudnione i tylko możebne wówczas. jeżeli druk jest wielki. widzenie skutecznia się lepiej zrana i wieczorem, aniżeli przy pełnem świetle dziennem; jest to swojego rodzaju ślepoty dzienne (*nyctalopia*). Przy badaniu oka przedstawia się nieznaczne przekrwienie naczyń spojówki i lekkie zwężenie źrenicy. Pole widzenia jest naruszone. a osłabienie widzenia rozciąga się na całe pole widzenia. Dopiero w bardzo późnym czasie powstaje zanik nerwu wzrokowego. Przyczyny tej choroby szukać należy w przekrwieniu naczyń i biernem przekrwieniu mózgowia.

W organie słuchu można zauważyć szum i dzwonienie. jak również i pewną naczulność słuchową. tak. że szmery lub dźwięki słabe wydają się jako nadzwyczaj silne. Smak także zwykle mniej lub więcej bywa zmienionym.

Dziedziczność. Zastanowiwszy się i zbadawszy działanie fizjologiczne i patologiczne wyskoku na ustrój ludzki i pojedyncze jego organa. zdawałoby się. żeśmy nasze pytanie wyczerpali i tak byłoby rzeczywiście. gdyby wyskok szkodliwe swoje działanie tylko wywierał na tę jednostkę. która go nadużywa. ale tak bynajmniej nie jest. wyskok w swoim szkodliwym i niszczącym działaniu sięga dalej; przygnębia on także potomków pijaka i wywiera na nich

mniej lub więcej zgubne wpływy, jak to widać z prac Morela ¹⁾, Lancereaux ²⁾, Fagneta ³⁾, Junga ⁴⁾ i Baera ⁵⁾.

Fagnet dowodzi, że wyskok należy do czynników, najczęściej podkopujących dobrobyt nie tylko pojedynczej osoby, lub rodziny, ale całego narodu, przeważnie zaś wpływa on na zmniejszenie ilości mieszkańców, powiększając procent śmiertelności i zniżając znacznie ilość nowo-narodzonych, których upośledza do tego stopnia, że ich czyni niezdolnymi do prawidłowego życia, a tem mniej do walki o byt.

Szkodliwy ten wpływ znanym jest od czasów najdawniejszych. Pomijając inne rozmaite opowiadania mitologiczne i biblijne, wspomnę tylko, że już Diogenes, widząc dziecko tępe i głupie, o którym dziś powiedzielibyśmy, że jest idyjotą, miał powiedzieć, biedne dziecko, ojciec twój niezawodnie musiał być pijanym, kiedy cię spłodził. A prawodawstwo Likurga protegowało pijaństwo pomiędzy narodami, wziętymi do niewoli, podbitymi, dla przygnębienia w nich uczucia swobody i dla łatwiejszego ich pognębienia.

W otruciu wyskokowem, jak w ogóle we wszystkich zboczeniach i cierpieniach, które się mnożą przy współdziałaniu dziedziczności, zauważyć można u potomków albo te same objawy, co u przodków, albo też i to bywa najczęściej, wrodzoną skłonność do podobnych chorób, lecz wielką zmienność pojedynczych objawów (*polimorphismus*). Również ustrój umysłowy, i cielesny przodków może się przenieść na trzecie pokolenie, przepuszczając jedno pokolenie zupełnie, jest to tak zwane podobieństwo do przodków (*atarismus*). Dziedziczność z objawami tożsamości może się przedstawiać w sposób ukryty, jakby uśpiony, właściwa choroba rozwija się dopiero wtedy, jeżeli do owego usposobienia przyłączają się jeszcze dodatkowe inne przyczyny. Albo też choroba wybucha nagle niespodzianie bez żadnych widocznych przyczyn i powodów. Możliwość powiedzieć, że pewne osoby rodzą się pijakami, tak jak inni zbrodniarzami, albo też obdarzeni nadzwyczajnymi zdolnościami.

Esquirol opowiada o wypadku, gdzie dziadek i ojciec umarli skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, dziecko ostatniego, mające lat 5, okazywało nadzwyczajny i niepohamowany pociąg do napojów wyskokowych.

Spadek dziedziczny, jaki nałogowi pijacy pozostawiają swoim potomkom może się objawiać:

1) Jako lekkie zaburzenie we wszystkich prawie czynnościach organicznych, jako nadzwyczajna wrażliwość i pobudzalność całego układu nerwowego, jako nadmierna pobudliwość w sferze odruchowej i w pewnym wieku, jako niepohamowany pociąg do użycia napojów wyskokowych:

1) Morel. Traité des dégénérescences.

2) E. Lancereaux. De l'alcoolisme et de ses conséquences. Paris. 1878.

3) H. Fagnet. De l'hérédité dans l'alcoolisme. Annales med. psycholog. Juillet. 1877.

4) Jung. Untersuchungen über die Erblichkeit der Seelenstörungen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1864.

5) A. Baer. Der Alcoholismus. Berlin. 1878.

II) Rzeczywiste zmiany chorobne materjalne w samym układzie nerwowym, w ośrodkach, następstwa których mogą być nadzwyczaj różnorodne względnie do czasu, w jakim się one objawiają.

Zaburzenia w czynnościach organicznych należą do najslabszych objawów dziedzicznego otrucia wyskokowego, lecz zato można ich znaleźć prawie u wszystkich potomków nałogowych pijaków.

Potomkowie nałogowych pijaków rzadko tylko bywają obdarzeni układem nerwowym, któryby prawidłowo funkcjonował, zwykle już w latach dzieciennych można zauważyć zaburzenia, powstawanie których będzie tajemnicze, lub trudne do objaśnienia, jeżeli nam nie jest znana anamneza, t. j. życierodziców i ich przodków. Dzieci pijaków w latach najmłodszych nadzwyczaj często bywają dotknięte drgawkami i kurczami rozmaitego rodzaju. Również często zauważyć można u takich dzieci upośledzenie umysłowe, brak pamięci, niemożność kombinowania, mniej lub więcej silne osłabienie umysłowe. Nie podlega również wątpliwości, że u dzieci pijaków zauważyć można niepowściągnięty popęd do użycia napojów wyskokowych; wiek w którym ten objaw dziedziczny występuje, bardzo jest zmienny, zwykle zaś najczęściej okazuje on się w pewnych okresach ogólnego rozwoju organizmu, w czasie rozkwitu, po ciężkich chorobach, u kobiet często w czasie brzemienności, po porodzie, w czasie karmienia, albo też dopiero w czasie wstrzymania miesiączki. (D. c. n.)

III. PRZEPUKLINA SZNURKA PEPKOWEGO

(*Hernia funiculi umbilicalis*).

Spostrzegł i opisał

D-r **J. Stypiański** (z Wiskitek)

Miałem sposobność niedawno spostrzegać rzadki przypadek przepukliny sznurka pepkowego, a ponieważ ten rodzaj przepukliny należy do rzadziej spotykanych, pospieszam podać przeto do wiadomości ogółu lekarskiego. W dniu 19 lutego r. b. wezwany zostałem do rodzącej niezamężnej A. M., mającej lat 23, w fabryce Guzów zamieszkałej. Przybywszy na miejsce, dowiedziałem się, iż na godzinę przed mojem przybyciem urodziło się siłami natury dziecię płci męskiej z guzem na brzuszku, proszony więc byłem o obejrzenie nowonarodzonego dziecięcia, i podanie mu odpowiedniej pomocy lekarskiej. Przy bliższem badaniu okazało się, co następuje.

Dziecię płci męskiej, donoszone, głośno krzyczące i na pierwsze wejrzenie zdające się być prawidłowo zbudowanym. Po zbadaniu jednak brzuszka w okolicy pepkowej ujrzałem wyniosłość o szerokiej podstawie, mającej w obwodzie swoim $9\frac{3}{4}$ cala i przedstawiającej postać owalną, grubszym końcem ku górze zwróconą, podłużny wymiar tej wyniosłość wynosił $3\frac{1}{2}$ cala, obwód zaś półkolisty guza od górnej granicy do dolnej był $5\frac{3}{4}$ cala. Guz ten poruszający a zarazem i powiększający się przy oddechaniu *resp.* przy płaczu dziecięcia pokryty był pochwą sznurka pepkowego, sam zaś sznurek pepkowy wychodził z dolnej powierzchni i nieco z lewej jego strony. Na górnej powierzchni wi-

dać było żyłę pępkową, przebieg zaś tętnic pępkowych można było obserwować na dolnej powierzchni. Przez powłoki przezroczyste znakomicie można było rozróżnić zawartość przepukliny, którą stanowiły: ku górze wątroba — nieco z lewej strony — część żołądka, w dolnej zaś lewej — kiszki cienkie, których nawet ruch robaczkowy gołym okiem wysledzić się dawał. Granica przejścia powłoki opisywanej przepukliny w prawidłowe powłoki brzuszka przedstawiała się jako cienki pasek jasno czerwonego koloru. Odprowadzenie z powodu zbyt wielkiej objętości było zupełnie niemożliwym.

Z tego też powodu nałożyliśmy tylko ochraniający i lekko uciskający opatrunek w sposób następujący. Bezpośrednio na guz odpowiednią ilość skubanki, namoczonej w oliwie, na to kompres z płótna, a na wierzchu pas płócienny z wgłębieniem w miejscu, odpowiadającym położeniu i wielkości przepukliny, a opasujący cały brzusek. Tym sposobem guz uchroniony był od zewnętrznych uszkodzeń. Podczas opatrunku dziecko oddało poraz pierwszy stołeczek (*meconium*).

Ponieważ rodzina położnicy i sama matka nie zgodzili się na odwiezienie dziecka do Warszawy, poleciłem przeto ostrożnie się tylko obchodzić z dziećciem i uwiadomić mię o dalszym jego losie. Jakoż trzeciego dnia dowiedziałem się, że z początku ssalo, oddawało mocz i kał, lecz w 24 godzin po urodzeniu przestało ssać, było niespokojnem, w parę godzin potem dostało drgawek, a w 36 godzin po przyjściu na świat — zmarło.

Na usilne moje żądanie pozwolono mi przeciąć powłokę, by przekonać się o wzajemnym stosunku części, składających tę przepuklinę. Otóż po otwarciu worka przepukliwowego przekonał się, że prawie całą jego zawartość stanowiła wątroba, pokrywająca sobą w zupełności żołądek, w dolnej tylko lewej części przepukliny znajdowały się kiszki cienkie. Śmierć nastąpiła z ostrego zapalenia otrzewnej. Przepukliny sznurka pępkowego powstają, jak wiadomo, w skutek powstrzymania rozwoju ścian brzusznych, który pozostaje na tym stopniu, jak to ma miejsce w pierwszych miesiącach ciąży, t. j., że część trzewiów znajduje się jeszcze w sznurku pępkowym, a ściany brzuszne z boków jeszcze w zupełności nie są zamknięte. W prawidłowym nawet stanie pochwa sznurka pępkowego około trzeciego miesiąca zawiera w sobie jeszcze pewną część trzewiów, zostających w związku z pęcherzyskiem pępkowym zapomocą przewodu żółtko-trzewiowego (*ductus vitello — intestinalis*). Co się tyczy przyczyn, wywołujących podobnego rodzaju przepukliny, a jednocześnie wstrzymujących prawidłowy rozwój płodu, to w tym względzie zdania autorów są podzielone. I tak: *Scarp* jako moment wywołujący (co i w opisywanym przypadku miało prawdopodobnie miejsce) przyjmuje dowolne i niedokładne rozwinięcie mięśni brzucha przy nie-stosunkowo silnym wzroście trzewiów — zwłaszcza wątroby; *Cruveilhier* nieprawidłowe położenie trzewiów, zwłaszcza tyłu — zgięcie ciała, przez co trzewia zepchnięte zostają ku przedniej ścianie brzuszka. *Müller* — pociąganie za sznurek pępkowy, skrócony wskutek węzłów. *Thudichum* zaś przyjmuje za przyczynę cierpienia w mowie będącego — nieprawidłowe zrosty zawartości z workiem przepukliwowym, w skutek czego trzewia nie mogą być do jamy brzusznej wciągnięte. Co się tyczy częstości tej przepukliwy, to należy nadmie-

nić, że na 2000 — 3000 dzieci w jednym tylko przypadku się zdarza. Wpływ płci nie jest jeszcze dowiedzionym.

Przepukliny sznurka pępkowego tak znacznej wielkości, jak przez nas spostrzegana, są zawsze niebezpieczne dla dzieci. Z jednej strony wada ta nierzadko pociąga za sobą obumarcie płodu i poronienie, lub przynajmniej poród następuje tak wcześnie, że dziecie nie jest zdolnem do samoistnego życia, z drugiej zaś strony i donoszone dzieci z taką przepukliwą powiększej części wkrótce po przyjściu na świat umierają, gdyż powłoki przepukliny ulegają zgorzeli całkowicie lub częściowo, a trzewia wypadłe zajęte zostają sprawą zapalną, co i w naszym przypadku miało miejsce.

W mniejszej objętości podobnego rodzaju przepuklinach operacja chirurgiczna może uratować zdrowie i życie dziecku.

Jeżeli mię pamięć nie myli, przepuklina sznurka pępkowego jeszcze nie była opisana w literaturze lekarskiej polskiej i to jest głównym powodem, dla czego ośmieliłem się spostrzegany przez siebie przypadek podać do wiadomości ogólnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

41. R. Biefel. Das tuberculöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwind-sucht.

W początkach bieżącego stulecia pierwszy Borsieri zwrócił uwagę na związek, zachodzący między suchotami płucnymi i owrzodzeniami krtani; gdy sprawą tą zajęto się szczegółowo, niektórzy, jak Trousseau, Bellocq utrzymywali, że owrzodzenia krtani mogą powstawać pierwotnie i niezależnie od zmian w płucach, podczas gdy Andral i Clark zawsze czynili je zależnemi od pierwotnych zmian w płucach. Co się tyczy charakteru i rozwoju tych owrzodzeń, to również panowały rozmaite pod tym względem zdania; zdaniem autora, prace Heinze'go, oparte na podstawach histologicznej budowy krtani, decydują stanowczo, że gruźlicze owrzodzenia, napotykanne zazwyczaj równocześnie z suchotami płucnymi, lub też będące zapowiedzią tych ostatnich mają budowę swoistą, złożoną z nacieczenia komórek okrągłych i rozrzuconych tu i ówdzie ziareczek gruzelkowych. Biefel, przyjmując w głównych zarysach taką budowę i opierając się przytem na właściwościach błony śluzowej w rozmaitych miejscach krtani, odróżnia dwie główne postacie owrzodzeń, powierzchowne i głębokie: pierwsze z nich mają zwykle przebieg przewlekły i dają rokowanie lepsze, przeciwnie zaś ostatnie rozwijają się przeważnie dość szybko i zazwyczaj zmuszają do złego rokowania. Autor opisuje obie postacie owrzodzeń i szczegółowo rozpatruje różne okolice krtani, badania zaś owe popiera historyjami chorób i rysunkami preparatów mikroskopowych, robionych pod kierunkiem Cohnheima i Ponficka (1877 — 79 r.)

Najistotniejszą częścią nacieczenia, które zawsze poprzedza rozwój wrzodu, są komórki małe, okrągłe, które poczęści oddzielnie, poczęści zbite w większe masy lub ułożone w szeregi są rozsiane na przekrwionej błonie śluzowej, w większej lub mniejszej liczbie znajdujemy również porozrzucone ziareczka guzłkowe. Miejsce nacieczone zazwyczaj szybko grubieje, tak, że powierzchowna warstwa musi zgrubieć 3 — 4 razy. Nacieczenie to albo ogranicza się tylko do powierzchownej warstwy błony śluzowej, albo też posuwa się dalej na błonę sprężystą, następnie przechodzi na warstwę podśluzową, zajmuje tkankę łączną mię-

dzy gruczołami groniastymi, a potem i same gruczoły i ostatecznie przy rozpadzie przenika do leżącej pod nimi ochrzęstnej, chrząstki, więzów i mięśni. W skład ziareczek gruzelkowych wchodzi przeważnie małe, okrągłe komórki i komórki olbrzymie. ¹⁾

Rozpad nacieczonego miejsca błony śluzowej rozpoczyna się zawsze od zserowacenia ziareczek gruzelkowych, które wskutek tego wypadając, tworzą na miejscu pierwotnych wgórków koloru żółtego małe wydrążenia o brzegach nierównych ząbkowanych. Takież wydrążenia powstają i obok nacieczeń zapalnych, gdyż i koło nich znajdujemy porzrzucone pojedyncze ziareczka gruzelkowe. Brzegi nabłonka zazwyczaj podniesione, resztki takowego zwykle formują ząbki, lub też widzieć się dają pod postacią małych beleczek na dnie wrzodu. Dno wrzodu zazwyczaj pokryte rozpadem drobinowym, lub też niekiedy zupełnie czyste. Pod owrzodzeniem zwykle bywa jeszcze nacieczenie sąsiedniej tkanki, lecz przy powierzchniowych postaciach nie zajmuje nigdy błony sprężystej. Jeśli owrzodzenie przy powierzchniowości swej zajmuje jednak większy obszar, to zwykle ma wejście gronowe lub soczewkowe. Wyżej nadmieniałem, że nacieczenie może przenikać do warstw głębszych i zajmować stopniowo błonę sprężystą i podśluzową, a następnie więzy, mięśnie i chrząstki. Na takich głębokich nacieczeniach rozpad idzie również w wyżej opisany sposób, poczynając od ziareczek gruzelkowych i całe nacieczone miejsce stopniowo ulegnie zserowaceniu, owrzodzenie może sięgać aż do chrząstki. Brzegi owrzodzeń głębokich zwykle są ząbione, nierówne, często podminowane, dno wyżarte pokryte rozpadem drobinowym, czasem dają się widzieć szczątki gruczołów na swych przewodach. Zniszczenie tkanki mięśniowej następuje wskutek zaniku i ze silnego rozmnażania jąder, właściwy zaś proces gruźliczy bywa tylko w tkance śródmiąższowej, w której tylko zauważono ziareczka gruzelkowe i nacieczenie. Chrząstka samodzielnie nigdy nie bywa zniszczoną, zawsze zaś sprawa przechodzi z ochrzęstnej, która naprzód ulega nacieczeniu i rozpadowi; zazwyczaj albo istota szklista, a następnie komórki podlegają zniszczeniu, lub też w chrząstkę przenikają nowotworzące się naczynia, powstaje na pewnej przestrzeni kostnienie i sprawa zniszczenia przyjmuje przebieg próchnienia kości (*caries*). Niekiedy rozwija się silne zapalenie ochrzęstnej i ostatecznie cała chrząstka, lub też część jej zostają wydalone jako martwaki, lecz taki przebieg przyjmuje sprawa zwykle tylko tam, gdzie tkanka podśluzowa z bardzo silnie rozwiniętymi gruczołami dotyka bezpośrednio do chrząstki, jak na przykład u podstawy chrząstki nalewkowej. Czasami bywa zwiechnienie stawu między chrząstką nalewkową i pierścieniową. Owrzodzenia u podstawy nagłośni często mają postać głębokich szczelin.

W zwierciadle wziernika krtaniowego ogniska gruźlicze na błonie śluzowej krtani dostrzedz się dają albo pod postacią oddzielnych żółtych ziareczek gruzelkowych, albo też niewielkich grup takowych, rozrzuconych na nacieczonej lub zupełnie nietkniętej powierzchni błony; wielkość ich bywa od wielkości ziarenka prosa do ziarenka konopi; jeśli nastąpiło już zserowacenie nacieczonego miejsca i następuje rozpad, to widzimy zwykle małe zagłębienie lejkowate, lub kraterowate o nierównych brzegach i niekiedy otoczone ziarninowemi zrębami (*Granulationsacken*); dno zwykle jednolite pokryte śluzo-ropą. Większe ogniska widzimy w wzierniku pod postacią szarych zgrubiałych miejsc, usianych żółtymi, wystającymi punktami, lub też małymi, ledwo dostrzegalnymi zagłębieniami, z których ostatecznie zależą od zserowaciałych i wypadłych ziareczek gruzelkowych, pierwsze zaś są to jeszcze istniejące takie ziareczka. Gdy takie większe nacieczenie ulegnie głębokiemu rozpadowi, to w zwierciadle wziernika dają się

¹⁾ O łaseczniku gruźliczym, jak również o zaraźliwości gruźlicy nie autor w całej pracy nie wspomina. *Przyp. Spr.*

widzieć owrzodzenia głębokie o brzegach nierównych, zazębionych, często podminowanych lub zapadniętych. dno zwykle wyżarte, pokryte ropą lub posoką, z wystającymi szczątkami tkanek, jeszcze nie uległych zniszczenia. Prócz tej postaci głębokie owrzodzenia mogą mieć wygląd głębokich bruzd o nierównych brzegach, pokrytych często ropą na zgrubiałej i zaczerwienionej błonie śluzowej.

Oto są w krótkości streszczone zmiany anatomiczne, dostrzegalne gołym okiem i pod mikroskopem w obu rodzajach owrzodzeń. Autor przechodzi następnie do szczegółowego opisu wrzodów w różnych okolicach krtani. Naprzód rozpatruje owrzodzenie powierzchowne, ograniczające się do powierzchownej warstwy błony śluzowej; wrzody te spotykamy tylko w tych miejscach błony śluzowej, które mają nabłonek płaski i których błona podśluzowa, zwykle mało rozwinięta, albo wcale nie posiada gruczołów groniastych, lub też bardzo nieznaczną ilość takowych.

W okolicy nalewkowej (*regio arythenoidea*) bardzo często spotykamy pierwotne nacieczenia i owrzodzenia, które dawniej niejednokrotnie przyjmowano za niewielkie narosty brodawkowe. Owrzodzenia te mają zwykle przebieg bardzo przewlekły, w ciągu ich istnienia bywają pogorszenia i poprawienia i są one zwykle przepowiednią, nieraz na lat parę, przyszłej gruźliczej sprawy w płucach. Wywołują one zwykle pewne zбочenia w głosie, chrypkę, peryjodyczne napady kaszlu, żyłki krwawe w płwocinie, utrudnienie przełykania, niektóre z nich przebiegają z gorączką wyniszczeniem i małą dusznością. Jako bezpośrednią przyczynę ich rozwoju podają zazwyczaj długi pológ, dūrzycę, zapalenie płuc, usposobienie do nieżytych dróg oddechowych, czasem silne przeziębienie, rzadko zaś bardzo można zanotować usposobienie dziedziczne. Autor obserwował 28 przypadków owrzodzeń gruźliczych okolicy nalewkowej; prawie 45% z pomiędzy tych, które obserwował do końca, było zapowiedzią przyszłej gruźlicy płuc.

Na więzach nalewko-nagłosniowych (*plica ary-epiglottica*) bywają owrzodzenia albo pierwotnie, albo też przechodzą na nie z nagłosni; zazwyczaj zajmują wewnętrzną powierzchnię więzów i mają przebieg bardzo przewlekły; są one również oznaką przyszłej sprawy gruźliczej płuc. Przedstawiają się pod postacią zgrubień więzu, jakby małego twardego guziczka, pokrytego ziarniną czerwono-żółtej barwy. Biefel miał sposobność obserwować jeden tylko przypadek owrzodzeń więzów nalewko-nagłosniowych, który zakończył się następnie śmiercią wskutek gruźlicy płucnej.

Struny głosowe prawdziwe są miejscem, gdzie oprócz wrzodów powierzchownych spotykamy i głębokie; te ostatnie zawsze biorą początek na wyrostku głosowym. Jedne i drugie przebiegają zwykle przewlekłe; powierzchowne okazują skłonność do gojenia się, a nawet zdarza się to i z głębokimi, jeśli tylko jeszcze nie są zniszczone wiązadła i mięśnie strun głosowych; zniszczenie zaś to rozpoczyna się zawsze wtedy, gdy nacieczenie i ziareczka gruźlicowe przenikają w więzy między tkankę mięśniową i na chrząstki. Powierzchowne owrzodzenia przedstawiają się albo pod postacią dużych zgrubień, wzdłuż całej prawie struny, albo jako małe ograniczone wzniesienia łatwo ulegające zserowaceni i rozpadowi i pierwsza postać zależy od przemagania nacieczeniu drobnokomórkowego, druga zaś od przeważnej ilości ziareczek gruźliczkowych; jeśli takie ograniczone zniszczenia znajdują się na brzegu struny to ta ostatnia może mieć zupełnie wejrzenie piły. Owrzodzenia strun głosowych rozwijają się jednocześnie z istniejącą już sprawą gruźliczą w płucach, lub też są dopiero zwiastunem tej ostatniej, jak to ma miejsce z wrzodami okolicy nalewkowej i więzów nalewko-nagłosniowych. Biefel odróżnia pięć oddzielnych postaci owrzodzeń strun głosowych:

- a) Błado-różowe, lub żółte przewlekłe zgrubienie całej struny.
- b) Powierzchowne owrzodzenie w kierunku podłużnym struny.

c) Małe kraterowate zniszczenia, powstałe wskutek owrzodzeń na brzegach struny bez widocznego nacieczenia.

d) Owrzodzenie na wyrostku głosowym.

e) Głębokie owrzodzenia na granicy spoidła tylnego (*Comiss. posterior*).

Do owrzodzeń powierzchniowych zaliczyć wypada rzadkie dość przypadki rozszerzenia się sprawy gruczliczej na oddzielne torebki limfoidne (*folliculi*) na nagłośni, lecz odróżniać od nich trzeba nieżytowe zapalenie tychże torebek. Ostatnia ta postać chociaż posiada również żółte czopki wewnątrz torebek, lecz odróżnia się swą znaczną wielkością i stanem sąsiedniej błony śluzowej, zajętej przez sprawę nieżytołą.

Głębokie owrzodzenia, jak już nadmieniono poprzednio, zajmują prócz powierzchniowej warstwy błony śluzowej wszystkie głębsze warstwy i przenikają przez błonę sprężystą do tkanki podśluzowej, mięśni, więzów i chrząstek. Podlegają im te okolice błony śluzowej, których tkanka podśluzowa jest opatrzona w wielką ilość gruczołów groniastych, formujących nawet rodzaj wałków i fałd na powierzchni błony. Taka sama sprawa mieści się tam, gdzie na granicy nabłonka płaskiego i cylindrycznego znajduje się znacznie więcej gruczołów pod tym ostatnim, bez powstawania jednak fałdy, widocznej na powierzchni.

Na błonie śluzowej z a t o k i M o r g a g n i e g o (*sinus Morgagni*) znajdujemy te głębokie wrzody pod obiema postaciami. Owrzodzenia z wyżartem dnem i nierównymi brzegami bywają rozrzucone po całej przestrzeni zatoki; druga postać, t. j. bruzdy głębokie bywają tylko równoległe do strun głosowych. Mimo to, że głębokie owrzodzenia dają zazwyczaj bardzo niepomysłne rokowanie, jednakże Biefel z pomiędzy trzech przypadków takich owrzodzeń w jednym z nich otrzymał zupełne wyleczenie.

Największe zniszczenie, spowodowane przez głębokie gruczlicze wrzody, spotykamy na wałkach i fałdach błony śluzowej chrząstek W r i s b e r g a i S a n t o r i n i e g o i n a n a g ł o ś n i. Gdy owrzodzenie rozwija się na wspomnianych fałdach, lub też między nimi, to zwykle bardzo szybko rozwija się znaczne zgrubienie błony, tak że wejście do krtani wydaje się zupełnie zamkniętem; najniebezpieczniejsze zgrubienia poczynają się na *filtrum ventriculorum*, które przebiega między wzmiankowanymi wałkami. Biefel przytacza z własnej praktyki przypadek bardzo interesujący, w którym przy zupełnie zdrowej strunie prawej na lewym wiązadle nalewko-nagłośniowem znajdował się duży guzik wielkości pestki od wiśni, który obejmował obie chrząstki i całkowicie prawie wypełniał wchód do krtani. Powierzchnia tego narostu była naprężona, usiana małymi lejkowatymi wrzodzikami; duże owrzodzenie wielkości monety 5 fenigowej rozciągało się u podstawy chrząstki nalewkowej od tylnej do bocznej przestrzeni krtani. Po bliższem zbadaniu podczas sekcji okazało się, że od każdej wyniosłości z owrzodzeniem na powierzchni narostu prowadziły przetoki do dużego ropnia, który podminował całą prawie zatokę Morgagniego; pośród niego znaleziono martwak chrząstki nalewkowej; struna głosowa była oderwana i wisiała swobodnie wraz z wyrostkiem głosowym.

Wrzody gruczlicze n a g ł o ś n i różnie się przedstawiają w górnej i dolnej części tej chrząstki, co zupełnie stoi w związku z budową obu tych oddziałów. Ponieważ błona śluzowa w górnej części jest połączona z chrząstką za pomocą dość luźnej nieobfitej tkanki łącznej i zawiera bardzo mało gruczołów groniastych, owrzodzenia więc sięgają wprawdzie głębiej, lecz rzadko obnażają samą chrząstkę i nie przyjmują dużych rozmiarów na powierzchni. U podstawy nagłośni przeciwnie pod błoną śluzową znajdujemy bardzo obfitą i bogatą w gruczoły tkankę podśluzową, którą od chrząstki oddziela zbity siatkowatej budowy tkanka łączna; wskutek tego owrzodzenia mogą przyjmować bardzo duże rozmiary w głąb i na powierzchni. Jedne i drugie jednakże mają przebieg prze-

wlekły, co jest ważną wskazówką dla leczenia. Bardzo złe skutki mogą wywołać owrzodzenia gruźlicze, spotykane na bocznym podgnykowym brzegu nagłośni pod postacią bruzd bardzo głębokich; tutaj sprawa gruźlicza przechodzi zwykle z więzów nalewko-nagłośniowych, jeśli tylko sprawą tą są zajęte gruczoły gronowe, przechodzące z tych więzów na nagłośnię; w zwierciadle wziernika krtaniowego widać wtedy nagłośnię jakby oddzieloną ku przodowi z brzegami, pokrytymi ropą. Często dochodzi do zupełnego oddzielenia nagłośni, a wówczas płyny mają drogę utorowaną do krtani, chorego męczy ciągly kaszel i wymioty i w bardzo prędkim czasie następuje śmierć.

W okolicy pierścieniowatej (*regio cricoidea*), przeważnie w jej górnej części, znajdujemy głębokie owrzodzenia, których cechą charakterystyczną jest to, że w zwierciadle wziernika krtaniowego po brzegach owrzodzenia widzieć się dają duże zęby, wyrastające jakby w kierunku głośni. Są to bardzo złośliwe postaci owrzodzeń krtani, zwykle szybko powodujące zejście śmiertelne. Według Biefela wrzody te powstają zwykle tuż pod przyczepem strun głosowych u podstawy chrząstki nalewkowej i ztąd spuszczają się niżej na górną część okolicy pierścieniowatej i obejmują zazwyczaj tylną i boczną ścianę. Niekiedy zjawiają się równocześnie z powierzchownymi owrzodzeniami na okolicy nalewkowej.

Prócz przytoczonych postaci powierzchownych i głębokich owrzodzeń gruźliczych bardzo często na trupach suchotniczych zauważono jeszcze jedną postać owrzodzeń, która jednak badana pod mikroskopem nie posiada cech owrzodzeń, wywołanych sprawą gruźliczą. Wrzody takie napotykamy na środkowym brzegu chrząstki nalewkowej i to tylko w miejscu przejścia nabłonka płaskiego w cylindryczny, w którym to miejscu pod mikroskopem zauważyć możemy nieznaczną fałdkę. Mają one zawsze postać bruzd, długości 5—8 mm. o nierównych brzegach; na dnie wrzodu widać błonę sprężystą, ochrzęstną, lub też obnażoną samą chrząstkę, lecz na tem zniszczenie się zwykle ogranicza. Sąsiednia błona śluzowa bywa albo zupełnie prawidłową, gdy owrzodzenie jest więcej powierzchowne, lub też nacieczoną i zgrubiałą, gdy owrzodzenie sięga do chrząstki.

W końcu autor podaje parę uwag w kwestyi leczenia obu postaci owrzodzeń. Szczególniej trzeba starać się skutecznymi środkami powstrzymać w przebiegu wrzody powierzchowne, gdyż one są zwykle zapowiedzią przyszłych cierpień gruźliczych płuc. Prócz miejscowego leczenia pod postacią wzięwań, trzeba zwrócić szczególną uwagę na cały organizm przez dyjetę, hydroterapię, wyjazd w góry, nad morze, wreszcie wyjazd do miejsc kuracyjnych, obfitujących w źródła alkaliczno-solne, dołączając do tego leczenie mlekiem i serwatką. Szczególniej zaleca autor Salzbrunn, gdzie, przebywając w ciągu lat kilku, sam miał sposobność zaobserwować bardzo pomysłne rezultaty leczenia. W głębszych owrzodzeniach na strunach głosowych, gdy sprawa nie zajęła jeszcze mięśni, radzi Biefel używać przyżegań środkami żrącymi, używając jednakże razem środków ściągających i łagodzących, jedne i drugie pod postacią zapuszczania kroplami i pędzlowania. Gdy owrzodzenia głębokie znajdują się w zwykłym swem miejscu, to jest w okolicach nabłonka cylindrycznego, autor radzi:

- a) zwracać pilną uwagę na leczenie ogólnego stanu,
- b) używać, jak poprzednio, środków żrących naprzemian z łagodzącymi,
- c) środki odwietrzające (desinfekcyjne), stosowane miejscowe,
- d) wreszcie przeciw objawom (kaszlowi, chrypcy) pod wszelkimi postaciami morfinę nawet miejscowo w roztworze glicerynowym, lub w roztworze bromku potasu z gliceryną.

M. Jakowski.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin, Zeszyt V. i VI. tomu XXX.*)

Wiadomości bieżące.

Genewa. Zabity został na górze Mont Blanc Francis M. Balfour, profesor w Trinity College w Cambridge, współredaktor poważnego miesięcznika „Quarterly Journal of microsc. sciences“, autor znakomitego dzieła Embryologii porównawczej, przetłómaczonej na język niemiecki przez Vetter'a.

Paryż. Zmarł tu d. 22 Sierpnia r. b. D-r Desmarest, znany okulista, w wieku lat 71.

Turyń. Zmarł D-r Luigi Concato, prof. kliniki lekarskiej tutejszego uniwersytetu, założyciel miesięcznika Archivio medico italiano.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Danillo. Réflexomètre pour les réflexes tendineux. Pomieszczone w „Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie“. 1882. Nr. 30.

Na pomnik Mickiewicza złożył D-r Przybylski 1 dukata w złocie.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Lipiec 1882 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

OGŁOSZENIA.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

M. H. E. H. N. E. C. H.

istniejący,

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpiei**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30—18

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO,

wydawany pod red. E. KLINKA.

Zeszyt III-ci za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

1. Neugebauer L. A. O narzędziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych w Pompeji i Herkulaneum.
2. Zaleski St. Sz. Rezultaty sprawdzenia doświadczeń Bonnet'a na stawach biodrowym i kolanowym.
3. Danillo St. O częstotliwości chorób organów pleiowych u kobiet obłąkanych.
4. Talko J. Z dziedziny Oftalmologii.
5. Smoleński St. Rzut oka na historyczny rozwój hydroterapii.
6. Wehr W. O rezeceji odźwiernika.
7. Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 25 Kwietnia do 20 Czerwea b. r.