

GAZETA LEKARSKA.

I. O PIERWOTNEM (SAMOISTNEM) ZAPALENIU OSŁONKI GAŁKOWEJ TÉNON'A („Tenonitis“ idiopathica).

PRZY TEM O CHŁONICACH OKOŁOGAŁKOWYCH UWAG KILKA.

Podał

D-r Med. Br. Ziemiński.

Cierpienie, które poniżej opisanem będzie, zwróciło już na się uwagę wielu okulistów. Pierwszym, który rozpoznał tę chorobę oczną, był lekarz irlandzki O'FERRAL (*Dublin Journal of Medical Sciences. 1841*). Późniejsze komunikacje w tymże przedmiocie wyszły z pod pióra pierwszorzędných powag na polu okulistyki, a mianowicie: MACKENZIE, CARRON du VILLARDS, GAŁĘZOWSKI, SOELBERG — WELLS, RYDEL i BECKER, de WECKER, KNAPP, MOOREN, LINHART, PANAS.

Mimo tak licznych stosunkowo prac, tej kwestyi dotyczących, nader różną są zdania, co do przyrody oraz znamion tej choroby. Wyżej wspomniani autorowie, podając nieraz zasadniczo odmienny opis, lub też inną nazwę temu cierpieniu nadając, utrudnili szerszym kołom specjalistów zrozumienie całości obrazu klinicznego tej choroby.

Ostatecznie dotąd obraz chorobowy, opisywany, jako zapalenie woreczka TÉNON'a, nie nabył w okulistyce zupełnych praw obywatelstwa.

Korzystając ze sposobności, jaka mi pozwoliła w ostatnich miesiącach obserwować dokładnie w prywatnej praktyce dwa przypadki tego cierpienia, podaję obecnie kliniczny opis tegoż na zasadzie dotychczasowych badań, oraz osobiście spostrzeganych przypadków.

Jaki jest anatomiczny układ okolicy, w której omawiana sprawa chorobowa powstaje? Dla zrozumienia objawów klinicznych, oraz przyrody tego cierpienia słów kilka starczy.

Osłonka gałki ocznej, powłoczka gałkowa, inaczej woreczek TÉNON'a, jest błoną włóknistą, która rozwija się z przegródek, istniejących w pozagałkowym pokładzie tłuszczowym (*Septula der Fettläppchen*) i ściśle z temż jest spo-

joną¹⁾. Przez powłóczkę gałkową przechodzą — otrzymując odpowiednie pochewki (*gaines musculaires* [SAPPEY]) — wszystkie ścięgna mięśni, przyczepiających się do powierzchni błony białkowej. Powłóczka gałkowa porównywaną bywa do panewki wolnego stawu, gdyż tę rolę spełnia w stosunku do główki stawowej, którą w tym razie przedstawia gałka oczna. Między obiema jednak nie istnieje, stawową maź zawierająca, jamka [LINHART], lecz przestwór chłonny [limfatyczny]²⁾. Zwrócone ku sobie powierzchnie błony białkowej i powłóczki TÉNON'a, oraz zewnętrzna powierzchnia włókien, krzyżujących tę przestrzeń, są gładkie i — jak widać przy traktowaniu tychże azotanem srebra — wysłane subtelnym śródbłonkiem tak, że odpowiedniej nawet przyrównać możnaby ten przestwór do chłonnego pajęczego przestworu mózgu (*Arachnoideallymphraum*).

Ku przodowi w całym obwodzie powłóczka gałkowa zrasta się ze spojówką; przednia granica powłóczki leży nieopodal poza brzegiem rogówki, tuż u granicy tylnej i średniej części odległości, dzielącej załamek łącznicy od brzegu rogówki [GERLACH]. Jeśli też przetnie się spojówkę przy samym brzegu rogówki, wówczas otwartym zostaje i woreczek TÉNON'a. W miejscu spojenia z łącznicą gałkową, część błony TÉNON'a, rozpostarta między dwoma ścięgnami mięśni prostych, jest nader cienką, znacznie zaś grubsza w okolicy przyczepu tychże mięśni do gałki ocznej.

Luźna tkanka łączna, znajdująca się pod spojówką gałki, pozostaje w ścisłym związku z subtelną tkanką łączną, istniejącą pomiędzy błoną białkową a błoną TÉNON'a. Na podstawie wyników nastrzykiwań, przez SCHWALBE'go skutecznionych — który to badacz spostrzegał, jak płyn, wstrzyknięty do przestworu chłonnego TÉNON'a, przedostawał się pod łącznicę gałkową aż do brzegu rogówki i odwrotnie — na podstawie tych badań przypuszczać należy, że chłonny przestwór TÉNON'a komunikuje bezpośrednio z przestworami chłonnymi podspojówkowej tkanki łącznej oka. Ten fakt dowodzi, że, przy surowiczem podłącznicowem obrzmieniu, płyn, sprowadzający ten objaw, nie jest szczelnie zamkniętym, zasklepionym, lecz przeciwnie wdziera się do przestworu podosłonkowego gałki ocznej i *vice versa*³⁾.

U tylnego bieguna gałki ocznej powłóczka TÉNON'a niezupełnie osłania oko; traci bowiem swój charakter już przed miejscem, w którym nerw wzrokowy dochodzi do gałki tak, że tutaj w koło nerwu wzrokowego przestwór TÉNON'a łączy się z t. zw. nadpochewkowym przestworem (*supravaginaler*

¹⁾ TÉNON pierwszy opisał tę osłonkę gałkową w r. 1806. Różne nazwy tejże błony są: *fascia Tenoni*, *capsula Bonneti*, *albuginea bulbi*, *tunica vaginalis*, *aponeurosis orbito-ocularis*.

²⁾ SCHWALBE. Untersuchungen über die Lymphbahnen des Auges und ihre Beziehungen. Archiv für mikroskop. Anatomie. Bd. VI, p. 41.

³⁾ Toż samo dzieje się z krwawymi wybroczynami, występującymi wskutek złamań podstawy czaszki. W tym razie, krew, wdarłszy się nasamprzód do oczodołu, przedostaje się następnie wzdłuż nerwu wzrokowego do przestrzeni komórkowatej podosłonkowej TÉNON'a, ztąd zaś posuwa się do tkanki łącznej podspojówkowej. W rzeczy samej, pierwsze ślady omawianej wybroczyny dają się spostrzedz w głębi worka spojówki, najwyraźniej u dolnego załamka tej błony, a dopiero następnie krwawa wybroczyna dociera do błony białkowej w całym obwodzie rogówki.

Raum. SCHWALBE), który jest szparą, oddzielającą nerw wzrokowy od przyległych zbitych pokładów tłuszczu: przestwór ów zawiera luźną tkankę łączną oraz tylne naczynia i nerwy rzęskowe.

Właściwie mówiąc, w miejscu, w którem nerw wzrokowy dochodzi do gałki ocznej, osłonka TÉNON'a nie jest wprost przedziurawioną, lecz w tył lekko załamawszy się u tylnego bieguna oka, powleka w części przebiegu nerw wzrokowy oraz towarzyszące temuż w tej okolicy naczynia i nerwy, następnie zaś spaja się w dalszym przebiegu z tkanką łączną, otaczającą pochewkę nerwu wzrokowego. Zupełne zrośnięcie z właściwą pochewką nerwu wzrokowego nie zdaje się mieć miejsca — o czem przekonywają wyniki doświadczalnych badań SCHWALBE'go.

Przy nastrzykiwaniach (*Einstichs-Injectionen*) do przestworu okołonaczyniówkowego (*Perichoroidealraum*), zarówno przestwór TÉNON'a, jak i łączący się z takowym przestwór nadpochewkowy zostaje wypełnionym. Wstrzyknięta masa dostaje się aż po za dziurę wzrokową do przestworu pajęczego. Odwrotnie też udaje się, za pomocą nastrzykiwań do podtwardówkowego przestworu (*Subduralraum*) jamy czaszkowej, odznaczyć nastrzykniętą masą barwną zarówno przestwór nadpochewkowy, jak i okołogałkowy, oraz okołonaczyniówkowy. Okołogałkowy przestwór chłonny TÉNON'a komunikuje z przestworem okołonaczyniówkowym przez chłonne drożynki, istniejące w tkance łącznej, otaczającej naczynia krwionośne, które przebijają błonę białkową.

Mimo, że wyżej przytoczone anatomiczne dane, oparte na najnowszych wynikach poszukiwań, przedsięwziętych w tym kierunku przez SAPPEY'a, SCHWALBE'go, MERKEL'a, GERLACH'a i LOCKWOOD'a, pozornie wydają się być wyczerpującymi, mimo to jednak musimy przyznać, iż sposób, w jaki przestwór chłonny okołogałkowy komunikuje z przyległymi przestworami chłonnymi, jest dotąd niedostatecznie zbadany. Niestety! anatomija tej okolicy niedokładnie nas tu objaśnia. Nadto nie udało się dotychczas otrzymać z tej okolicy okazów anatomo-patologicznych, które nie mogłyby zostać zakwestyonowane. Ztąd zrozumieć łatwo, iż brak dokładnych podstaw tak anatomicznych, jak i anatomo-patologicznych spowodził wielu badaczy tego cierpienia na manowce, tych zwłaszcza, którzy napotkane przypadki omawianego cierpienia czas krótki spostrzegali, nie poddając takowych ścisłej analizie klinicznej. Zresztą, jakkolwiek nie zdaje się ulegać wątpliwości, iż omawiane cierpienie — szczególnie po dojściu do pewnego okresu — nieraz uchodzi uwadze klinicystów, będąc mylnie podciąganiem pod rubrykę cierpień łącznicy, lub też odmiennych cierpień oczodołu — w każdym razie przyznać musimy, że takowe nie należy bynajmniej do rzędu pospolitych cierpień ocznych.

Tak twierdząc, mamy na myśli w tytule pomieszczone t. zw. pierwotne [*samoistne*] cierpienie przestrzeni chłonnej TÉNON'a; nikomu bowiem nie jest tajem, zwłaszcza znającemu dotychczasowe wyniki anatomicznych badań, dotyczących tej okolicy, że wtórnje, następco, ten chłonny przestwór niechybnie, rzecz można, popaść musi w stan chorobowy przy wszelkich gwałtowniejszych, groźniejszych cierpieniach tak samej gałki ocznej, jak i są-

siednich części (*Panophthalmitis*, *Cellulitis*, *Erysipelas faciei*, *Parotitis*, *Abscessus retropharyngealis*, *Diphtheritis* ¹⁾).

Nareszcie w dawniejszej literaturze spotyka się opisy zapalnych cierpień powięzi oczodołowo-gałkowej, będących skutkiem operacji, na gałce ocznej przedsięwziętych, *in specie*, — skutkiem operacji zeza. Młodszej generacji okulistów brak, sądzę, podobnych spostrzeżeń, wynikających niezaprzeczenie z niezachowania ścisłej antyseptyki.

Napady silnych bólów okołoczodołowych (*dolores periorbitales*) stanowią pierwszą zapowiedź w tytule pomieszczonego cierpienia. Prócz tych peryjodycznych bólów istnieje stały, lecz mniej dokuczliwy ból, sprawiający uczucie ociężenia, które zdaje się tkwić w głębi oczodołu. Bóle te mają wiele cech wspólnych z bólami gośćcowemi; przy gościu bowiem istnieje stale przykre uczucie w stawach, a nadto w różnych odstępach czasu występują napady gwałtownych bólów, wydzierających okrzyki z ust chorych. Chory ma złudne wrażenie, jak gdyby objętość odpowiedniej gałki ocznej była zwiększoną, jak gdyby ta ostatnia była rozdętą. Bóle przeszywające kierują się zwykle wzdłuż gałązek odnogi ocznej WILLIS'a [wzdłuż nerwu nadoczodołowego i nosowego]; jedynie podczas najsilniejszych napadów bóle docierają aż do krańcowych gałązek nerwu nadoczodołowego. Czas nastąpienia oraz trwania bólów nie przedstawia nic prawidłowego; nieraz jednak pod wieczór bóle wzmagają się i, nie ustępując podczas nocy, odbierają sen choremu.

Chory nie znosi najlżejszego bezpośredniego dotknięcia palca do oka, mimo to umiarkowany ucisk na gałkę oczną, całą dłoń wywarty, nieraz mu ulgę sprawia. Jak wiadomo, inaczej dzieje się w przypadkach ropnia oczodołu.

Przy wciskaniu gałki ocznej w oczodoł wyczuwa się mocne napięcie, a niekiedy nadto jakby chęłbotanie w częściach oczodołu, gałce ocznej przyległych. Nareszcie ucisk na brzeg oraz ściany oczodołu, a również, silny nawet, lecz równomierny ucisk, palcem wywierany ku tyłowi między gałką a ściankami oczodołu, nie sprawia bólu.

Nader charakterystycznym jest fakt, że od pierwszej chwili wszelkie, nade wszystko raptowne, poruszenia gałki ocznej ból wywołują; szczególnie zaś najmniejsze usiłowanie skierowania wzroku w dół. Chory stara się mieć oczy — o ile można — nieruchome, przyryka też powieki, a w razie potrzeby wykonywa ruchy głową, uchylając się w ten sposób od wszelkich poruszeń oka. Unieruchomienie gałki ocznej w oczodole stanowi nader znamionującą cechę tego cierpienia; ztąd „o s ł u p i e n i e o c z u” tym chorym właściwe.

W chwili objawienia się bólów a nawet w ciągu dwóch lub trzech następnych dni przy oględzinach nic nieprawidłowego nie daje się spostrzedz. Cały przyrząd, ochraniający oko, oraz sama gałka oczna zdaje się być w stanie fizy-

¹⁾ Nie jest niemożliwem, że tu stan zapalny rozszerza się, poczynając od owrzodzenia dyfterytycznego, do głębiej położonych chłonie karku, a ztąd do obszernego przestworu chłonnego w oczodole [t. j. do woreczka TÉNON'a], który pozostaje w blizkiej łączności z głębiej położonemi chłonicami karku.

jologicznym. Przy nader drobiazgowem badaniu spostrzega się jedynie lekkie obrzmienie powiek, głównie wydatne w dolnej, tarczowej części górnej powieki. Bruzda oczodołowo-powiekowa wydaje się być mniej wyraźną, jakby zatartą.

W czasie, w którym dotychczas wymienione objawy wzmogły się do *maximum*, zwykle zatem w ciągu drugiego lub trzeciego dnia trwania choroby, spostrzegamy nowy, nader znamionujący objaw, a tym jest surowicze obrzmienie spojówki gałkowej. To surowicze nacieczenie tkanki podśluzowej występuje nasamprzód u dolnego załamka spojówki, z kąd też nie posuwa się dalej w przypadkach lekkich, w przypadkach zaś o przebiegu postępowym podbiegnięcie surowicze rozpościera się aż do obwodu rogówki.

W tym pierwszym okresie nie spostrzega się żadnej zmiany w zabarwieniu spojówki, ani też jakiegokolwiek chorobowej wydzieliny. Nawet wydzielanie się łez pozostaje w granicach fizjologicznych; jedynie za każdym razem — podczas badania, przy odchylaniu powiek — znaczna ilość łez spływa. Łzawienie to jest pochodzenia odruchowego, spowodowane bólem, który wywołuje badanie. [C. d. n.].

II. STROPHANTUS, jego wpływ na serce.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

B. Choroby mięśnia sercowego.

Spostrzeżenie VIII. *Myocarditis chronica*.

W A, lat 53 licząca, wyrobnica, przybyła do szpitala 18. X. 1887 roku, z powodu duszności i kaszlu, trwających od 2 miesięcy. Anamneza wykazała, że choroba istnieje już od 2 lat; chora bowiem miewała często kołatanie serca, doznawała uczucia ciężkiego oddechu przy wszelkim wysiłku fizycznym, z tego też powodu zmuszoną była nieraz na kilka dni wstrzymywać się od pracy. Gośćca ani stawowego, ani mięśniowego nigdy nie przechodziła; obrzęku kończyn nie miewała. Warunki życia ciężkie — praca wyczerpująca. Budowa mierna. Odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. Tętno około 120, w wysokim stopniu niemiarowe, przepuszczające — bez określonego typu. Ścianki tętnicy promieniowej nieco stwardniałe; fala krwi mała.

W płucach rozrzucone suche i wilgotne rżężenia. Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w V międzyżebżu na $1\frac{1}{2}$ centymetra na lewo od linii sutkowej lewej. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym: prawa granica znajduje się na środku mostka, lewa — na 2 ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Skurcze serca — niemiarowe w wysokim stopniu, tony to głośniejsze, to znowu jakby przytłumione, stosownie do większej lub mniejszej siły skurczów serca. U wierzchołka serca słychać obok I tonu słaby szmer — u podstawy tony głuche bez szmerów. Wątroba twarda, powiększona, wystaje z pod prawego podżebrza. Śledziona i przewód pokarmowy nic szczególnego nie przedstawiają. Mocz ani białka, ani wałków nerkowych nie zawiera.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczn w ctn. sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
19. IX.	124	900	1026	<i>Inf. digit. ex gr. xv—</i>	Szmer skurczowy u wierzchołka serca. znacznie słabszy, tętno niemiernie.
20	118	900	1026	<i>3vj. S. Co 2 god. łyżkę.</i>	
21	112	1000	1020	<i>Repet.</i>	
22	108	1050	1020	<i>Inf. digitalis ex 3j pti 3vj.</i>	
23	106	1200	1018		
24	100	1050	1021		
25	104	900	1023	} Bez lekarstwa.	
26	98	800	1024		
27	106	1000	1022		
28	112	950	1024		
29	112	900	1024	<i>Inf. flor. convallar.</i>	} Ani podmiotowej, ani przedmiotowej poprawy niepodobna było stwierdzić.
30	110	900	1025	<i>3ij—3vj.</i>	
1. X.	116	1200	1018	<i>Repet.</i>	
2	114	1300	1017	} Bez lekarstwa.	
3	120	1000	1022		
4	126	850	1028		
5	126	800	1030		
6	104	1000	1024	10 kropel <i>t-rae stroph.</i>	
7	98	1800	1013	2× 8 " " "	
8	94	2500	1010	2× 9 " " "	
9	86	4000	1004	3× 9 " " "	
10	84	3500	1005	3× 11 " " "	
11	80	4000	1003	3× 12 " " "	
12	75	3800	1004	3× 13 " " "	
13	70	4000	1003	3× 15 " " "	
14	60	5000	1002	3× 15 " " "	
15	64	3800	1004	} Bez lekarstwa.	
16	72	4000	1004		
17	68	3500	1005		
18	76	4000	1003		
19	110	3500	1005		
20	106	4000	1004		
21	90	4000	1003		
22	86	3000	1007		
23	84	2000	1009		
24	80	2000	1009		
25	78	1800	1512		

D. 26. X. chora wypisała się ze szpitala w bardzo dobrym stanie: duszność, kołatanie serca ustąpiły, działalność serca wzmogła się, poprzeczny wymiar serca zmniejszył się, tętno stało się mniej niemiernem, a silniejszym. Szmer skurczowy, słyszalny poprzednio u wierzchołka serca, znikł zupełnie pod wpływem silniejszej czynności serca.

Epicrisis. Wyniki, jakie w powyższym przypadku otrzymaliśmy z podawania strofantu, należy zaliczyć do bardzo pomyślnych. Ani naparstnica, stosowana przez kilka dni, po przybyciu chorej do oddziału, ani też konwalaryja nie dorównały w działaniu strofantowi.

Przedewszystkiem zaznaczyć wypada:

1) Poprawę podmiotową, a mianowicie w przykrem uczuciu duszności. Już w 10—12 minut po podaniu leku chora czuła wielką różnicę w oddechaniu; stawało się ono głębszem, rzadszem, pełniejszym: zatem mieliśmy poprawę i przedmiotową.

2) Tętno stawalo się pełniejszym, regularniejszym i rzadszem; należy jednak dodać, iż pomimo znakomitej poprawy w ogólnym stanie chorej, pomimo bardzo obfitej ilości moczu, niemiarrowość skurczów serca, *resp.* tętna, istniała przez cały ciąg pobytu chorej w szpitalu, choć w znacznie słabszym stopniu, niż w początku. [Okoliczność ta przemawia za istnieniem przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego].

3) Moczopędne działanie leku wystąpiło tu w całej pełni. Podczas gdy przy użyciu naparstnicy, konwalii, dobową ilość moczu z 900 ctm. sześć. podniosła się najwyżej do 1300 ctm. sześć. [przecięciowo zaś do 1100], to po 3 dniowym użyciu strofantu w ilości 10—20 kropeł na dzień, zwiększyła się do 4000 ctm. sześć., a przy 45 kroplach *pro die* doszła nawet do 5000 ctm. sześć.. Osiągnąwszy tak znaczną ilość moczu, zaprzestaliśmy dalszego użycia strofantu. Pomimo odstawienia leku, mocz wydzielal się jeszcze przez dni 7 w bardzo dużej ilości [3000—4000 ctm. sześć. *pro die*], a w następnych dniach w nieco mniejszej — około 2000 ctm. sześciennych.

O wpływie strofantu na tętno, a więc i na serce najlepiej pouczają nas załączone obok obrazy sfigmograficzne.

Częstość tętna przed podaniem leku wynosiła około 126 na minutę. Ze sfigmogramu [fig. 13] widać, że tętno było w wysokim stopniu niemiarrowe, słabe, a ścianki tętnicy promieniowej znajdowały się w stanie umiarkowanego stwardnienia. Napięcie tętnicze było małe.



Fig. 13.

Tętno przed podaniem strofantu.

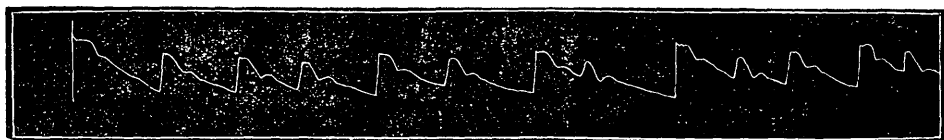


Fig. 14.

Tętno po podaniu *T-rae Strophanti* — po 48 godz.

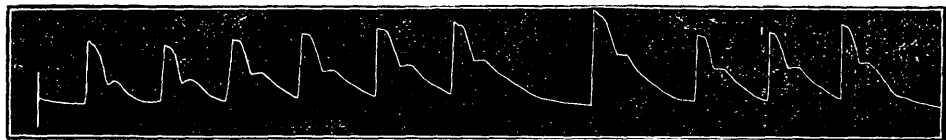


Fig. 15.

Tętno po 6-dniowym użyciu *T-rae Stophanti*.

Częstość tętna w $\frac{1}{2}$ godziny po zażyciu 10 kropeł leku zmniejszyła się do 104, przyczem oddzielne fale stawały się silniejsze, a niemiarrowość mniejsza. Działanie to utrzymywało się przez dwie doby, pomimo że chora w przeciągu tego czasu, nie przyjmowała leku [fig. 14]. Częstość tętna wynosiła wówczas 98.

Fig. 15 przedstawia obraz tętna przy dalszem użyciu nalewki strofantu w ilości 3×13 kropeł *pro die* [przy dobowej ilości moczu 3800 ctm. sześć.]. Skurcze serca następują w rzadszych odstępach czasu, częstość tętna około 75, fale dość równe, linie wstępujące wznoszą się dość stromo, prawie prostopadłe do podstawy, przejścia od linii wstępujących do zstępujących przedstawiają się w postaci kąta ostrego, linie zaś zstępujące tętna szybko opadają ku dołowi;

tętno dawniej opieszale przyjęło cechy szybkiego. Wszystko to świadczy o energiczniejszych skurczach lewej komórki. Zwalniający i wzmacniający wpływ strofantu na serce wykazuje jaskrawo fig. 16 [14. X. ilość moczu 5000 ctm. sześć. 3×15 kropel *T-rae Stroph.*]. Częstość tętna około 60 na minutę, niemiarowość nieznaczna. Anakroty bardzo wysokie 10—11 mm. stanowią wybitny kontrast z małymi anakrotami [fig. 13], z których najwyższe osiągają zaledwie 3—4 mm. wysokości.



Fig. 16.

Tętno po 8-dniowym użyciu *T-rae Strophanti*.

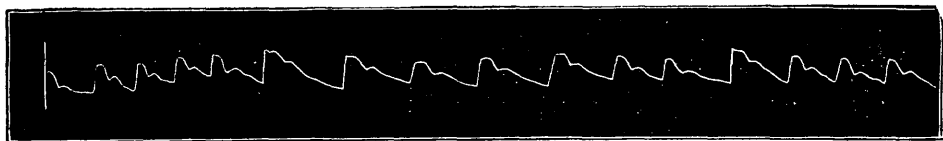


Fig. 17.

Tętno — po silnem zmęczeniu.

Fig. 17 odnosi się do dnia 19. X., w którym chora narzekała na większą duszność i osłabienie. Pogorszenie to wystąpiło głównie z tej przyczyny, iż chora, chcąc się przekonać o swych siłach, chodziła po korytarzu szpitalnym szybko i bez odpoczynku, zrobiwszy około 1500 kroków. Częstość tętna zwiększyła się do 110, a fale tętna stały się mniejsze, skurcze serca słabsze. Po zachowaniu jednak spokoju, jednocześnie z uregulowaniem czynności serca, duszność ustąpiła, chora powróciła znowu do względnie dobrego stanu i wypisaną została ze szpitala.

W kilka tygodni później chora przybyła powtórnie do oddziału mego z ostrem zapaleniem płuc, które ją o śmierć przypawiło. Na sekcji — oprócz prawostronnego zapalenia płuc, stwierdziliśmy rozrzucone małe ogniska w mięśniu lewej komórki. Ogniska te znajdowały się głównie w bliskości wierzchołka serca, złożone były z tkanki łącznej — włóknistej, niektóre przedstawiały cechy stłuszczenia. Te ostatnie były jednak o wiele rzadsze, w porównaniu z pierwszymi. Mięsień lewej komórki znajdował się w stanie umiarkowanego przerostu, jama zaś komórki była powiększona. Zastawki serca nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych. Płuca, wątroba, śledziona i nerki, przedstawiały zmiany właściwe przewlekłym zastoinom.

Spostrzeżenie IX. *Myocarditis chronica. Compensatio laesa (Hydrothorax. Anasarca. Arrhythmia).*

Z. L., lat 70 liczący, zgłosił się do mnie o poradę w dniu 21. VII. 1888 r., skarżąc się na krótki oddech, bicie serca i obrzęk kończyn dolnych. Objawy te trwają od kilku miesięcy i nie ustępują pomimo kilkakrotnego użycia napatstnicy.

Budowa dobra. Odżywianie mierne. Duszność ogromna zwiększa się po najmniejszym ruchu, nawet głośniejsze mówienie powoduje już znaczne przyspieszenie oddechu. Kończyny dolne w stanie silnego obrzęku. Stan bezgorączkowy. Tętno około 90, niemiarowe w wysokim stopniu, słabe, dość twarde. Oddech nierówny, 40 na minutę.

Z tyłu klatki piersiowej z prawej strony — począwszy od dolnego kąta łopatki — odgłos opukowy tępy, tamże oddechu nie słychać, tylko bek kozi (*Hydrothorax*). Z lewej zaś strony — u dołu objawy zastoju krwi. Uderzenia wierzchołkowego niepodobna wymacać. Serce powiększone bardzo znacznie, głównie w wymiarze poprzecznym; prawa granica znajduje się na 1 ctm. na prawo od prawego brzegu mostka, lewa zaś — na 3 ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Górna granica znajduje się na 4 żebrze. Tętno serca słabe, głucho, lecz bez szmerów, tak u wierzchołka, jak i u podstawy. Niemiarowość skurczów serca bardzo znaczna. Wątroba powiększona, twarda, łatwo wyczuwalna, wystaje z pod prawego podżebrza, dolny jej brzeg dochodzi do wysokości pępka. Sledziona powiększona. Język obłożony. Stolce opieszałe. Mocz w małej ilości. Ciężar właściwy 1018. Mocznika 23,2 gramów na 1000 gramów moczu. Białko w ilości 0,18%. Osad zawiera dość wiele wałków nerkowych — szklistawych, powierzchnię tych wałków pokrywa nieco komórek nabłonkowych z kanalików nerkowych, dość mocno stłuszczone. Cały obraz chorobowy wskazywał na istnienie wady samego mięśnia sercowego, powstałej na tle zmian anatomicznych w tymże, najprawdopodobniej skostnienia tętnic wieńcowych. Był to okres daleko już posuniętej niedostateczności mięśnia sercowego. Ze względu na podeszły wiek chorego, znaczne wyczerpanie siły serca i duże przesieki do tkanki podskórnej i jamy opłucnej, rokowanie wydało mi się bardzo smutnem. Sądziłem, że życie chorego, jeśli już nie na dnie, to przynajmniej tylko na tygodnie powinno być policzonem. Choremu zaleciłem odpowiednie zachowanie się, środek przeczyszczający (*Inf. senae comp.*), który chory miał z początku 2 razy tygodniowo używać, a prócz tego nalewkę strofantu. Tę ostatnią poleciłem choremu brać przez tydzień czasu w ilości stopniowo zwiększonej od 3×5 do 3×10 kropli — a następnie zrobić tygodniową przerwę, poczem znowu do strofantu powrócić.

Jakież więc było moje zdziwienie, skoro po kilku miesiącach tenże sam chory zgłosił się do mnie i to po odbyciu kilkunastogodzinnej ciężkiej podróży. Poprawa była znakomita. Chory swobodnie przechadza się po pokoju i wchodzi na schody — wprawdzie męcząc się nieco — ale bez występowania dawnej strasznej duszności. Nie tylko subiektywna, lecz i obiektywna poprawa była bardzo wyraźna: prawa stopa nieznacznie obrzękła, przesiek w prawej opłucnej znikł zupełnie, pozostało tylko nieznaczne stłumienie odgłosu w dolnej części prawego płuca, zaledwie od zastoju krwi. Poprzeczny wymiar serca bez porównania mniejszy, niż w roku przeszłym; prawa granica tępości serca na środku mostka, lewa w linii sutkowej lewej. Tętno 70, silniejsze, niemiarowe. Wątroba znacznie mniejsza, zaledwie wystaje z pod prawego podżebrza, twarda.

Chory opowiada, iż żaden ze środków poprzednio używanych (*Digitalis*, *Convallaria*, *Adonis vernalis*) nie sprowadzał tak znacznej i szybkiej ulgi, jak strofant. Moczoepędny wpływ leku był bardzo wydatny. Zaburzeń żołądkowych nie zauważył chory, pomimo częstego użycia leku.

Spostrzeżenie X. *Myocarditis chronica. Asthma cordiale. Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis.*

Do pana B., lat 69 liczącego, wezwany zostałem w dniu 29. I. 1889 r., z powodu krótkiego oddechu, który choremu od kilku już miesięcy dokucza. Przyspieszony, ciężki oddech występuje najczęściej rano przy wstawaniu z łóżka i ubieraniu się chorego, niekiedy jednak zjawia się przy spokojnem zachowaniu się i wogóle bez najmniejszej widocznej przyczyny. Napady duszności trwają od kilkunastu minut do 1 godziny. Choroba rozpoczęła się przed 2 laty od bardzo silnego bólu w okolicy serca i górnej części mostka — bólu, rozpromieniającego się na lewy bark i lewą górną kończynę (*Angina pectoris*). Ból ten po kilku miesiącach pod wpływem klimatu włoskiego i kąpieli gazowych ustąpił. Obrzęk kończyn dolnych zauważono po raz pierwszy przed 2 miesiącami, w dość znacznych rozmiarach. Kuracja mleczna usunęła opu-

chlinę. Gościec mięśniowy od dawnych lat często dokuczał choremu, jak również guzy i krwawienia hemoroidalne. Te ostatnie wystąpiły bardzo wcześniej, bo w 12 roku życia.

Budowa i odżywianie średnie. Nieznaczny obrzęk goleni i stóp. Tętno 80 dość twarde, niemiarowe, słabe. W dolnej części prawego płuca, począwszy od dolnego kąta łopatki, stłumienie odgłosu opukowego, tamże oddech osłabiony i nieliczne rżenia wilgotne. Z lewej strony z tyłu, jak również i z przodu klatki piersiowej granice płuc obniżone (*Emphysema*). Oddech około 24 na minutę, w czasie napadu duszności 36—40.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Górna granica tępości serca znajduje się na IV żebrze, lewa — w linii sutkowej lewej, prawa nie dochodzi do prawego brzegu mostka. U wierzchołka słychać tylko od czasu do czasu szmer skurczowy i to przy silniejszych skurczach serca, przy słabszych zaś szmer znika. Niemiarowość bardzo znaczna. U podstawy serca I ton nieczysty.

Wątroba duża, twarda, brzeg jej dolny można wyczuć doskonale na wysokości 2 palców po nad linią pępkową poziomą. Śledziona prawidłowej wielkości. Stolce opieszałe. Mocz wydziela się w ilości 600—1000 ctm. sześć. na dobę, zawiera białko w nieznacznej ilości 0,08%; wałków nerkowych w osadzie nie znaleziono.

Chory w czasie swego pobytu za granicą i w kraju używał bardzo dużo różnych lekarstw t. zw. *cardiaca*. Naparstnica, podawana w różnej postaci, nie przynosiła choremu wielkiej ulgi, a prócz tego w krótkim czasie wywoływała zaburzenia gastryczne [utrata apetytu, niesmak w ustach, obłożenie języka, odbijanie i t. d.] i nie działała moczopędnie. Kofeina znowu wywierała pomyślniejszy wpływ na duszność, jak również na ilość moczu, ale po kilku dawkach sprowadzała silne rozdrażnienie układu nerwowego, bezsenność. Bóle dusznicowe (*angina pectoris*) najprędzej usuwały: *natr. iodatum et kali iod.*. Na napady krótkiego oddechu, które bez bólu, w towarzystwie uczucia duszności, obawy, niepokoju, przebiegały, najpotężniejszy wpływ wywierała nalewka z nasion strofantu. Chory przyjmował ją chętnie w ilości 8—10 kropel, 2—3 razy dziennie w ciągu kilku dni, czując zawsze znaczną ulgę w dolegliwościach. Oprócz podmiotowej, można było stwierdzić i przedmiotową poprawę: tętno stawało się regularniejszym, pełniejszym; działalność serca wzmagala się, porządkowy wymiar serca, jak również zastój w dolnych częściach płuc zmniejszały się. Odpowiednio do tego i ilość moczu stawała się obfitszą, a dobowa jego ilość dochodziła do 3000, niekiedy nawet do 4000 ctm. sześć. Żadnych zaburzeń gastrycznych nie byliśmy w stanie zauważyć w czasie użycia strofantu; przychodziły one niezależnie od tego ostatniego, i wtedy środki czyszczące, jak olejki rycinowy, niekiedy *mixt. angl. acid.*, usuwały je w dość prędkim czasie. Dodać tylko winniśmy, iż po kilkunowem użyciu strofantu, skoro ilość moczu znacznie zwiększała się do 4000—5000 ctm. sześć., występowały pewne objawy, świadczące o podrażnieniu szyjki pęcherza moczowego. Objawy te szybko znikały po odstawieniu leku. Ponieważ chory z wielką chęcią lek zażywał i skłonny był do nadużywania tegoż, powyższe więc zaburzenia w czynności pęcherza moczowego były dla niego rodzajem hamulca.

Spostrzeżenie XI. *Insufficiencia musculi cordis* (t. zw. *Hemisystolia*).

Pan R., obywatel ziemski, lat 62 liczący, uskarża się na ogólne osłabienie, ciężar w piersiach, bezsenność. Niekiedy występuje nieznaczny obrzęk kończyn, głównie prawej, czemu zwykle towarzyszy zmniejszone wydzielanie się moczu. Ze strony serca żadnych objawów chorobowych chory nie zauważył, wspomina tylko, że w ostatnich czasach zdawało mu się, że serce uderzało silniej, ale rzadziej, niż poprzednio. Oddawna cierpi na kamienie pęcherzowe.

Budowa dobra. Wzrost wysoki. Tkanki tłuszczowej mało. Mięśnie słabo rozwinięte. Kolumna kręgową w okolicy dolnych kręgów grzbietowych bardzo bolesna na ucisk. Nieznaczny obrzęk stóp i łąki. Granice płuc obniżone w umiarkowanym stopniu, oddech pęcherzykowy, rżżeń nie słycać. Tętno 36 na minutę, dość twarde, fala średnia. Tępość serca nieco zmniejszona wskutek rozedmy płuc. Tony serca czyste, bez szmerów. Serce uderza 72 razy na minutę, lecz w taki sposób, że po jednym silniejszym skurczu następuje drugi znacznie słabszy, co się z dziwną punktualnością powtarza (*Herzbigeminie*). Osluchując serce a jednocześnie trzymając palec na tętnicy promieniowej, łatwo się przekonać, że ów drugi słabszy skurcz serca nie odbija się na tętnie, t. j., że tylko pierwszemu silniejszemu skurczowi serca odpowiada tętno. Tym sposobem na dwa uderzenia serca przypada tylko jedno tętno, a więc serce uderza 72, a tętno 36 razy na minutę.

W tętnicach szyjowych tętno bliźniacze (*p. bigeminus*), przyczem każde drugie tętno jest bardzo słabe, zaledwie dające się wyczuć.

Wątroba nieco powiększona. Śledziona zwykłej wielkości. Język trochę obłożony. Niepokój w żołądku i rozwolnienie trwają od kilku dni wskutek błędu w dyjecie i przeziębienia się.

Mocz wydziela się w ilości 400 ctm. sześć. na dobę, jest stężony z dość obfitym osadem moczanów, zawiera białko w ilości 0,3%.

Szko po zadaniu środka czyszczącego i uregulowaniu diety nieprawidłowy rytm serca trwał jeszcze, a obrzęk prawej dolnej kończyny powiększył się, przepisałem choremu nalewkę strofantu w ilości 5 kropeł 2 razy dziennie. Szło nam głównie o pobudzenie serca do silniejszych skurczów. Już po upływie jednej doby, t. zw. *hemisystolia* znikła, serce i tętno uderzało jednakowym rytmem 72 razy na minutę, jednakże jeszcze w przeciągu kilku dni można było, przy dokładnem badaniu, stwierdzić, że każde drugie uderzenie serca i tętna było nieco słabsze od pierwszego. Odpowiednio do wzmożonej czynności serca zachowywało się wydzielenie moczu.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepła wiaściwy.	Leczenie.	U w a g i.
18. III.	36	400	1032	2× 5 kr. <i>t-rae stroph.</i>	
19	36	800	1024	2× 5 " " "	
20	72	1500	1014	2× 5 " " "	
21	72	1250	1016	3× 6 " " "	
22	70	2000	1010	2× 7 " " "	
23	74	1900	1011	2× 7 " " "	
24	68	2000	1010	2× 8 " " "	
25	66	2100	1012	2× 8 " " "	
26	66	1900	1013	2× 9 " " "	
27	64	2100	1010	2× 9 " " "	
28	62	2200	1009	2× 10 " " "	
29	60	2500	1008		
30	62	2200	1008		
31	64	2100	1009		
1. IV.	68	1900	1012	Bez lekarstwa.	
2	68	1800	1012		

Z powyższego okazuje się, że nawet małe dawki strofantu [10—20 kropeł na dzień] wywierały dość znaczny wpływ na ilość moczu. Moczopędne dzia-

łanie leku trwało jeszcze przez dni kilka pomimo odstawienia leku. Obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie, chory wyjechał z Warszawy w dobrym stanie. W danym więc razie strofant okazał się dzielnym środkiem przeciw wyczerpaniu mięśnia sercowego. Ponieważ niemiarywość skurczów serca występowała tylko chwilowo, najczęściej po zmęczeniu, a chory był wogóle wyczerpany już to przewlekłym cierpieniem pęcherza moczowego, już to częstą bezsennością, należało więc owo osłabienie serca uważać za wynik złego odżywiania mięśnia i nieodpowiedniej innerwacji serca.

Spostrzeżenie XII. *Myocarditis chronica (Dilatatio cordis. Arrhythmia. Oedema extremitatum inferiorum. Hyposystolia cordis).*

F. E., lat 70 licząca, wyrobnica, przybyła do szpitala w dniu 11 Września 1887 r., z powodu duszności i obrzęku kończyn dolnych. Zachorowała przed 2 miesiącami, jednakże już od roku łatwo męczyła się przy robocie i miała bicie serca. Reumatyzmu nie przechodziła; zajęcie miała ciężkie [praczka]. Porodów nie odbywała, ani też brzemienną nigdy nie była.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwa.	Leczenie.	U w a g i.	
13. IX.	150	250	1034	2×10 kr. <i>t-rae Stroph.</i>	Duszność mniejsza. Oddech rzadszy. Rozszerzenie serca znika. Zastój krwi w dolnych częściach płuc mniejszy. Tętno silniejsze, niemiarywość mniejsza. Stopniowa poprawa.	
14	130	400	1032	2×15 " " "		
15	110	600	1031	3×12 " " "		
16	106	4000	1007	3×13 " " "		
17	96	5000	1005	3×14 " " "		
18	92	5500	1004	3×15 " " "		
19	88	5000	1004	3×15 " " "		
20	84	2500	1010	3×15 " " "		
21	74	1500	1013	3×15 " " "		
22	72	2500	1010	" " "		
23	80	1200	1014	Bez lekarstwa	Tętno przepuszczające, ból głowy, nudności.	
24	80	1000	1018			
25	84	1200	1015			
26	86	1000	1021			
27	88	950	1024			
28	92	800	1026			
29	96	700	1028			
30	106	750	1029			
1. X.	100	2600	1010			<i>Injectio subcutanea Strophantini 1/60 gran.</i>
2	96	1600	1015			Bez lekarstwa.
3	94	1100	1018			
4	108	1300	1016	1/25 gr. <i>Stroph. pro die</i>		
5	100	1100	1019	1/25 " " " "		
6	96	2300	1010	1/25 " " " "		
7	96	2000	1011	1/20 " " " "		
8	88	3200	1008	1/15 " " " "		
9	84	2500	1009	1/15 " " " "		
10	86	2500	1009	1/15 " " " "		
11	72	1900	1014	1/12 " " " "		
12	70	2600	1009	1/12 " " "	Tętno przepuszczające. Ból głowy.	
13	68	2800	1008			
14	64	2800	1009			

Budowa i odżywianie mierne. Obrzęk kończyn dolnych umiarkowany. Stopy chłodne z sinicowym wyglądem. Tętno około 120, niemiarywe, dość

twarde, słabe. W dolnych częściach obu płuc, zwłaszcza w prawym z tyłu, objawy zastoju [stłumienie, rżenia trzeszczące]. Oddech przyspieszony, około 40 na minutę. Plwocina w bardzo małej ilości, śluzowa.

Uderzenia wierzchołkowego niepodobna wyczuć. Górna granica bezwzględnej tępości serca znajduje się na IV żebrze. Wymiar poprzeczny serca znacznie powiększony w obu kierunkach, t. j. na prawo i na lewo, a mianowicie prawa granica — na prawym brzegu mostka, lewa zaś na $2\frac{1}{2}$ ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Tony serca czyste. Skurcze arytmiczne.

Sledziona powiększona, górna jej granica znajduje się na VIII żebrze, brzeg jej dolny wyczuć można w lewym podżebrzu. Wątroba powiększona, lecz dolnego jej brzegu niepodobna dobrze wymacać z powodu znacznego napięcia ścianek brzusznych. Brzuch duży, jednakże płynu nie zawiera.

(Patrz tablicę na str. 520).

15 Października 1889 r. chora wypisała się ze szpitala, czując się zupełnie dobrze. Duszność ustąpiła, obrzęki znikły, jak również i zastoje w płucach i wątrobie, skutek więc, jaki otrzymaliśmy, podając chorej przetwory strofantu, był znakomity. Chora przybyła do oddziału w ciężkim stanie, z objawami utraty zrównoważenia: działalność serca była bardzo słaba, tętno bardzo częste [150], małe, niemiarowe w wysokim stopniu, duszność dochodziła do *ortopnoe*. Na zasadzie istnienia niemiarowości serca przy czystych tonach, sprawy miażdżycowej w tętnicach powierzchownych, jak również na mocy powiększenia tępości serca, w wymiarze poprzecznym na lewo i na prawo, zrobiliśmy rozpoznanie: *myocarditis chronica in stadio discompensationis. Hypostolia cordis*. W pierwszych 3 dniach chora, pomimo dość znacznych dawek *T-rae Strophanti* 20—36 kropeł *pro die*, czuła tylko pewną ulgę co do oddechu; zmiany w częstości i sile tętna, jak również w ilości moczu były nieznaczne. Dopiero 4 dnia dobową ilość moczu podniosła się do wysokiej cyfry 4000 ctm. sześć., tętno stało się silniejszym, a niemiarowość mniejszą. Jednocześnie byliśmy w stanie stwierdzić zmniejszenie poprzecznego wymiaru serca, zwłaszcza od strony prawej: prawa granica tępości serca, znajdująca się poprzednio na prawym brzegu mostka, przechodziła później tylko nieznacznie za lewy brzeg tegoż. Obrzęk kończyn dolnych powoli zniknął, jak również i stłumienie odgłosu opukowego w dolnych częściach płuc. W ciągu następnych dni ilość moczu była jeszcze bardziej obfita; *maximum* jej 5000—5500 ctm. sześć. utrzymywało się przez 3 dni [5, 6, 7 dzień zażywania kropeł] przy dziennem użyciu 45 kropeł nalewki strofantu. Częstość tętna wynosiła wówczas około 90.

Po tygodniowej przerwie, zauważywszy, że wymiar poprzeczny serca zaczyna zwiększać się w kierunku na prawo, a ilość moczu zmniejszać, wstrzyknęliśmy chorej w okolicy dolnej części mostka $\frac{1}{60}$ grana strofantyny [roztwór 1:1000]. Na miejscu ukłucia spostrzegliśmy wkrótce zaczerwienienie i nabrzmienie, które później przeszło w twardawy naciek, utrzymujący się przez kilka dni. Chora narzekała na silną bolesność w rodzaju pieczenia w miejscu wstrzyknięcia. Następnego dnia ilość dobową moczu doszła do 2600 ctm. sześć., później stopniowo zmniejszała się. Zaniechawszy podskórnego stosowania z powodu silnego miejscowego odczynu, zaczęliśmy podawać chorej strofantynę [w roztworze 1:1000] wewnątrznie w dawkach stopniowo zwiększanych od $\frac{1}{25}$ — $\frac{1}{12}$ gran. *pro die* [$\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{30}$ gran. *pro dosi*]. Chora znosiła ją również dobrze, jak i nalewkę, nie doznając żadnych zaburzeń w przewodzie pokarmowym, ani też w układzie nerwowym. Moczopędne działanie wystąpiło tu również, choć w słabszym stopniu, niż po nalewce [*maximum* 3200 ctm. sześć.]; dobową bowiem ilość moczu wynosiła przeciętno około 2200 ctm. sześć.. Jednocześnie tętno stawało się silniejszym, rzadszem, a niemiarowość jego mniejszą. Wpływ strofantu na tętno przedstawiają obrazy sfigmograficzne

fig. 19 i 20. Pod koniec pobytu chorej w szpitalu i używaniu większych dawek strofantyny, $\frac{1}{12}$ grana *pro die*, czynność serca stawała się rzadszą, niekiedy

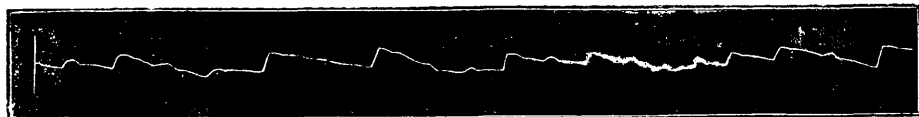


Fig. 18.

Tętno przed podaniem strofantyny.



Fig. 19.

Tętno po 3-dniowym użyciu strofantyny.



Fig. 20.

Tętno po kilkudniowym użyciu strofantyny.



Fig. 21.

Tętno po dużych dawkach strofantyny.

przerywaną, co wyrażało się zwolnieniem tętna i występowaniem przestanków [fig. 21].

Po upływie miesiąca chora przybyła powtórnie do szpitala, skarżąc się na krótki oddech, osłabienie. Tętno 120, niemiernie, słabe. Oddech około 40. Obrzęk kończyn dolnych umiarkowany. Kończyny chłodne. W dolnych częściach płuc nieznaczny zastój krwi. Rozszerzenie serca: prawa granica tępości serca na prawym brzegu mostka, lewa nieco na lewo od linii sutkowej lewej. Górna granica znajduje się na górnym brzegu IV żebra. Tętno serca czyste, arytmiczne. Język nieco obłożony. Wątroba duża, twarda, brzeg jej dolny wystaje z pod prawego podżebrza na szerokość 2 palców. Mocz stężony z obfitym osadem moczanów, białka nie zawiera. W celu porównania skuteczności naparstnicy i strofantu, zapisaliśmy chorej pierwszą, a po pewnym czasie przeszliśmy do użycia *T-rae Strophanthi*.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
24. XI.	120	250	1036	<i>Inf. Digit. 3j pti 5vj</i> <i>+ Spir. nitri dulcis 3j.</i> <i>S. Co 2 godz. łyżkę.</i> <i>Repet.</i>	Tętno silniejsze. Duszność nieco mniejsza. W nocy silna duszność. Kończyny chłodne sinicowe.
25	112	260	1036		
26	100	500	1033		
27	86	4300	1008	<i>Contin.</i>	W nocy chora zaczęła oddawać bardzo dużo moczu. Duszność mniejsza. Tętno znacznie silniejsze. Prawa granica serca na lewym brzegu mostka. Wątroba mniejsza. Niemiarrowość mniejsza. Tętno mocniejsze.
28	84	5000	1006	Bez lekarstwa.	Działalność serca dobra. Tętno niemiarrowe. Duszności nie ma.
29	80	3000	1009		
30	76	2700	1010		
1 XII.	74	1500	1015		
2	80	3600	1010		
3	88	1200	1018		
4	84	2200	1010		
5	72	1500	1018		
6	70	2500	1009		
7	90	2450	1010		
8	88	2000	1015		
9	80	2000	1014		
10	96	2000	1014	3×7 kr. <i>t-rae Stroph.</i>	Prawa granica serca na środku mostka. Chora narzeka na duszność.
11	100	1200	1020		
12	88	1800	1016	3×10 " " "	Poprawa.
13	80	2900	1012	3×11 " " "	
14	100	1800	1019	3×12 " " "	
15	80	3000	1010	3×13 " " "	
16	64	3000	1011	3×14 " " "	Prawa granica serca na lewym brzegu mostka.
17	72	3200	1011	3×15 " " "	
18	76	3200	1010		

18. XII. chora wypisuje się ze szpitala ze znacznym polepszeniem: obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie, oddech swobodny, serce przyjęło zwykle rozmiary. Tętno jednak pozostało niemiarrowem, choć było znacznie silniejsze, niż poprzednio. Z powyższej tablicy okazuje się, że i naparstnica wywarła swe regulujące działanie na czynność serca i na wydzielanie moczu. To ostatnie było może nieco mniejszem, aniżeli po zadaniu strofantu podczas pierwszego pobytu chorej w szpitalu, ale zato trwało dłużej [około 12 dni]. Przy następnem użyciu strofantu dobową ilość moczu podniosła się do 3000—3200.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

33. Peyer Aleksander. Dychawica i choroby narządów płciowych. (*Asthma sexuales*).

Istota dychawicy, podług BIERMER'a, polega na kurczowem zwężeniu najdrobniejszych oskrzeli (*bronchioli*). Skurcz ten przychodzi do skutku za pośrednictwem nerwu błędnego, a jak chce PEYER, nerwu sympatycznego. Do

niedawnego czasu rozróżniano dwa rodzaje dychawicy: oskrzelową (*asthma bronchiale*) i nerwową (*asthma nervosum*). Obecnie zgodzono się na to, że dychawica jest czystą nerwicą, podobnie jak migrena, neuralgija i t. d. [BRUEGELMANN]. Napady duszności *resp.* skurcze oskrzeli zjawiają się wskutek podrażnienia nerwów obwodowych, podrażnienia, udzielającego się odpowiednim ośrodkom. Podrażnienie może powstać wskutek tego, że w okolicach danego nerwu powstaje nieżyt lub rozrost. Może to dotyczyć zarówno nerwów oskrzelowych [rozedma, nieżyt oskrzeli], jak żołądkowych [nieżyt żołądka], a także nerwów jajnika, macicy, pochwy, gruczołu krokowego, pęcherza, prącia [mianowicie żołądki]. Podrażnienie zakończeń tych nerwów może wywołać dychawicę [BRUEGELMANN]. Tym sposobem, według PEYER'a, w rzeczywistości istnieje tylko jeden rodzaj dychawicy, a tym jest dychawica nerwowa. Z praktycznych jednak względów rozróżniamy kilka rodzajów dychawicy podług momentu etyologicznego, a więc mamy: 1) *asthma nasale*, 2) *a. pharyngo-laryngeale*, 3) *a. bronchiale*, 4) *a. ab intoxicatione*, 5) *a. neurasthenicum*. PEYER dołącza do tego jeszcze jeden dział, mianowicie *a. sexuelle*, zależny od chorób narządów płciowych. Ten rodzaj dychawicy zdarza się przedewszystkiem u mężczyzn, cierpiących na przewlekłe nieżyty cewki moczowej [mianowicie *urethritis posterior*] i nasieniok, chociaż bywa u kobiet z cierpieniami macicy i pochwy. Autor poleca uważać lekarzy ten możliwy etyologiczny moment dychawicy, na który dotąd nikt nie zwrócił uwagi. Znajomość tego momentu jest ważną dlatego, że odpowiednio skierowane leczenie usuwa radykalnie uporczywe nieraz i uważane za nieuleczalne przypadki dychawicy. Na poparcie swoich poglądów autor przytacza interesującą kazuistykę, obejmującą 16 przypadków [11 mężczyzn i 5 kobiet]. We wszystkich tych przypadkach istniały niewątpliwe napady dychawiczne po większej części bardzo silne; niekiedy choroba trwała od lat kilku i nie ustępowała przed żadnym leczeniem [przyp. 1]. U mężczyzn znaleziono w 9 przypadkach nasieniok, połączony z częstymi zmazaniami nocnymi, najczęściej ze zniesioną lub zmniejszoną sprawnością płciową; u kobiet konstatowano raz włókniaka, w reszcie przypadków nieżyt pochwy lub szyjki macicznej. We wszystkich przypadkach chorzy odznaczali się osłabieniem układu nerwowego (*neurasthenia*), niekiedy w wysokim stopniu; w anamnezie zaznaczano prawie zawsze samogwałt, lub inne nadużycia płciowe. Napady dychawiczne zdarzały się najczęściej albo po spółkowaniu, albo po zmazaniu nocnem. Rozpoznanie *asthmae sexualis* autor opierał na wywiadach i na ścisłym badaniu narządów płciowych, po wyłączeniu wszystkich możliwych przyczyn dychawicy. O prawdziwości rozpoznania przekonywał go pomyślny wynik leczenia, skierowanego przeciwko zaburzeniom w narządach płciowych. W niektórych przypadkach, np. w 1-ym, chory przechodził poprzednio cały szereg bezskutecznych kuracyj [wyjazd w góry, jodek potasu i t. d.]; przy odpowiednim leczeniu miejscowem chory ten od lat 13 nie miał już ani jednego napadu dychawicy.

Berliner Klinik. 1889 März.

A. Puławski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYJO!

W sekcji chirurgicznej 5 Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie przyjęto wniosek mój, dotyczący urządzenia Zjazdów chirurgów polskich, z wielkim zapalem. Obiecałem wtenczas, że wypracuję projekt statutu takich zjazdów, który niniejszem, po porozumieniu się z kol. prof. OBALIŃSKIM, przedstawiam, prosząc Sz. Kolegów o wyjawienie swego zdania, może, już teraz. W każdym razie pierwszym zadaniem pierwszego Zjazdu będzie przedyskutowanie i przyjęcie statutu.

Pozwolę sobie kilka uwag dorzucić do tego projektu. Przyszłe zjazdy chirurgów różniłyby się zasadniczo od zwykłych zjazdów naszych lekarzy i przyrodników tem, że nie byłoby wcale żadnych