

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNNY DO TECHNIKI HISTOLOGICZNEJ.¹⁾

Podał

D-r med. S. Krysiński.

Nr. 5. Karmin miedziany.

Lubo dzisiaj raczej na nadmiar niż na brak barwników uważać się przychodzi, liczba jednak barwników „stałych“ nieanilinowych jest zawsze jeszcze bardzo ograniczoną, a barwniki anilinowe nigdy barwników stałych przy studiach histologicznych zastąpić nie będą mogły. Barwniki stałe przy cennych swoich zaletach mają jednak i bardzo znaczne wady, z liczby których przytoczyć sobie pozwalam:

A. dla karminów:

- 1-o niepewność postępowania i trudność przyrządzenia znośnego roztworu;
- 2-o długość czasu potrzebną do zabarwienia;
- 3-o niedostateczne dla silniejszych systemów natężenie zabarwienia jader;

B. dla hematoksyliny:

łatwość i względną częstość wytwarzania się drobnoziarnistych osadów barwnika na preparacie.

Przy systematycznym badaniu działania soli metali ciężkich na barwniki natrafiłem na połączenie, łączące tyle cennych zalet, że uważam za stosowne polecić je do celów histologicznych.

Rozpuszczając przez zagotowanie zwykły sproszkowany karmin w 5 do 10% roztworze siarczanu miedzi, otrzymujemy po przecedzeniu płyn ciemno-wiśniowy z widocznym odcieniem żółtoczerwonym [eozynowym] w cienkiej warstwie.

W płynie tym pogrążony skrawek barwi się natychmiastowo [1—5 sekund] na kolor żółtawo-pomarańczowy bynajmniej nieponętny. Jeżeli jednak tak zabarwiony skrawek przemyć w twardej studziennej wodzie, ciemnieje on, stopniowo przybierając zabarwienia fioletowe do ciemno-brązowego. Zabawienie, w ten sposób wywołane, nie zmienia się już następnie w alkoholu, olejku eterycznym i balsamie, lubo alkohol zwłaszcza przy dłuższem działaniu zabarwia się widocznie na czerwono.

¹⁾ Patrz Nr. 13 i 53 Gazety Lekarskiej z r. 1887.

Stosownie do długości działania wody, można otrzymać najrozmaitsze coraz ciemniejsze odcienie zabarwienia, a ponieważ różne histologiczne pierwiastki tkankowe mają rozmałą zdolność przyjęcia barwnika, można więc, barwiąc tym jednym barwnikiem, otrzymać dyferencyję, którą zazwyczaj zaledwie przy powikłanem barwieniu kilkoma barwnikami osiągnąć możemy.

Zalety w mowie będącego barwnika są pokrótce następujące:

1-o Taniść i łatwość przygotowania. Gotując np. w próbówce, można w ciągu 2 minut przygotować sobie na miesiące wystarczającą ilość barwnika.

2-o O ile z dotychczasowego doświadczenia wnosić mogę, zupełna niezmiennosc przekroplonego roztworu.

3-o Szybkość i bardzo wysoka dyferencyja zabarwienia.

4-o Natężenie zabarwienia zupełnie wystarczające do badań najsilniejszymi systemami budowy i podziału jąder.

5-o Zupełny brak wszelkich zanieczyszczających preparat osadów.

6-o Wreszcie zupełne niebarwienie otaczającej preparat fotoksyliny.

Nr. 6. Karmin litynowy i litynowo - pikrynowy.

W razie potrzeby zabarwienia jąder komórkowych na kolor jaskrawo-czerwony, barwię skrawki karminem litynowym ORTH'a, przygotowanym jednak przez rozpuszczenie karminu w gotującym się 1% roztworze węglanu lityny. Skrawki po przemyciu w wodzie pogrążam w słabym roztworze kwasu solnego lub w stężonym kwasie pikrynowym, a następnie znów przemycam w wodzie.

II. O PIERWOTNEM (SAMOISTNEM) ZAPALENIU

OSŁONKI GAŁKOWEJ TĒNON'A

(„Tenonitis“ idiopathica).

PRZY TEM O CHŁONICACH OKOŁOGAŁKOWYCH UWAG KILKA.

Podał

D-r Med. Br. Ziemiński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

Chcąc przedstawić klinicznie wyżej opisaną chorobę, najstosowniej będzie na zakończenie przytoczyć opis dwóch odpowiednich przypadków, ostatnio przez nas spostrzeganych, co do których skrzytnie staraliśmy się zebrać nawet drobne szczegóły, mogące ułatwić zrozumienie przyrody omawianego cierpienia oczu.

I. Teresa hr. P., 48 lat wieku licząca, często dotkniętą bywa gośćcowemi bólami mięśni: ból lędźwiowy, oraz skrzywienie szyi prawie corocznie dokuca chorej, występując zwykle jakoby skutek zaziębienia. Chora nigdy nie do-

znała wyraźnego napadu ostrego zapalenia stawów; mimo to przy badaniu kończyn ciała stwierdzamy we wszystkich stawach trzaskanie. Chora co kilka tygodni peryjodycznie miewa napady bólu głowy. Nadto skłonna jest do kataru dróg oddechowych. Nigdy dotąd nie szukała pomocy lekarskiej co do stanu oczu. W miesiącu Kwietniu 1888 r., chora, udając się wieczornym pociągami ze Lwowa do Warszawy, miała, wysiadając na jednej ze stacyj, narazić się, przy nagłej zmianie ciepłoty, na działanie chłodu. Nazajutrz dostała silnego kataru nosa, bólu głowy i napadu zwykłych bólów gośćcowych w okolicy karku i grzbietu; nadto pod wieczór chora poczuła silny ból — jak wnioskuje z opowiadania — w okolicy rozgałęzienia się prawego nerwu nadoczodołowego. Prawe oko było wrażliwe na światło. Za przybyciem do Warszawy, osoby z otoczenia chorej spostrzegły, że oko prawe zostało nieco naprzód wysadzone. Bóle głowy stały się coraz silniejszymi, potęgując się ku wieczorowi. Chora spędziła noc bezsenność. Poruszenia oka były utrudnione i sprawiały dotkliwy ból. Wysadzenie prawego oka staje się wydatniejszym, chora sama przekonywała się o tem.

Zawezwano mnie do chorej dnia 30 Kwietnia 1888 r., t. j. w piątym dniu choroby. Oko prawe znacznie, ale równomiernie wysadzone naprzód [na 3 mm.]. Wyraz oka osłupiały. Obie powieki są barwy ciemno-czerwonej, mocno obrzmiałe; przy ścisłej obserwacji przekonać się łatwo, że obrzęk na górnej powiece jest widocznym jedynie w tarczowej części tejże, górna część zaś, leżąca poniżej łuku, przez brew zakreślonego, ma wygląd prawidłowy. Mimo obrzmienia dolnej części górnej powieki, a zarazem zwiększenia się wymiaru pionowego tejże, powieki niezupełnie zakrywają wysadzonej naprzód gałki ocznej. Chora z trudnością podnosi powieki. Ucisk na brzeg oczodołu nie sprawia bólu. Przy wciskaniu gałki ocznej w oczodół, wyczuwa się mocne napięcie oraz niewyraźne chęłbotanie w częściach oczodołu, gałce ocznej przyległych. Rogówka i tęczą są w stanie prawidłowym, odznaczają się połyskiem wśród obrzęku spojówki gałkowej, który jest wydatnym u dolnego załamka łącznicy. Obrzęk spojówki jest na pół przezroczystym, koloru bladej-żółtego. Naczynia naczyń spojówkowych nie istnieje. Poruszenia oczu ku dołowi i ku prawej stronie są więcej bolesne i utrudnione, niż ruchy oczu, w innym kierunku dokonywane. Żrenica oddziaływała prawidłowo na światło. Przy wzornikowym badaniu spostrzegamy znaczne rozszerzenie i krętość naczyń żylnych siatkówki, nadto w obrębie tarczy nerwu wzrokowego zauważyć można pulsowanie w tychże naczyniach. Refrakcja oka prawego $M. 1,0 D.$, lewego zaś $M. 1,75 D.$.

Po przemyciu worka łącznicy roztworem kwasu bornego, nakładamy bandaż uciskowy na prawe oko. Do wewnątrz: *saloli* 1 gram *pro dosi*, a 8 gram. *pro die*. Po spełnieniu powyższego zalecenia, chora spędza pierwszą [od 6 dni] noc we śnie. Nazajutrz czuje się subiektywnie znacznie lepiej. Co do obiektywnego stanu oczu, żadnej zmiany nie zauważyłem. Zalecam ponownie 8 gram. *pro die saloli*. Bóle nie powtarzają się. Sen i łaknienie dobre. Obrzęk powiek i spojówki widocznie zmniejsza się. Po upływie 5 dni od rozpoczęcia leczenia, przy spełnianiu bez zmiany wyżej podanego zalecenia, wszystkie objawy chorobowe w przyrządzie wzrokowym ustąpiły. Ważnem zdaje się

mi nadmienić, że po wyzdrowieniu znalazłem na obu oczach tenże sam stopień krótkowzroczności *M. 1,75 D.*

W cztery miesiące potem widziałem chorą; przybyła dla przepisania odpowiednich okularów na odległość. Chora twierdzi, że przez ten czas stan jej oczu był zupełnie zadawalający. Z powodu bólów, pojawiających się w różnych częściach ciała, chora używała kilkakrotnie salolu — zawsze z dobrym skutkiem.

II. William R., kupiec, w handlowych sprawach podróżujący, liczy lat 35 wieku, jest rodem z Hull w Anglii. Syn marynarza. Bóle stawowe, a nawet ostre zapalenie stawów tak u rodziców jak i u rodzeństwa często występowały. Silnie zbudowany. Dotknięty był w dzieciństwie odrą, a przed 15 laty tyfusem. Dwukrotnie przed kilku laty podlegał ostremu napadowi rzeżączki cewki moczowej; za drugim razem cierpienie to powikłało się nader bolesnem zapaleniem stawu barkowego po lewej stronie; po kilkotygodniowej kuracji w szpitalu w Londynie, zupełnie, jak twierdzi, wyzdrowiał. W Grudniu 1888 roku, podczas pobytu w Petersburgu, nabawił się ponownie rzeżączki cewki moczowej. W czasie leczenia się u jednego z najsłynniejszych specjalistów w tem mieście, wystąpiło u chorego ostre cierpienie prawego stawu kolanowego, które przykuło go do łóżka na parę tygodni. W dwa dni po wyzdrowieniu opuścił Petersburg, udając się w okolice Moskwy, gdzie, przez ośm godzin jadąc otwartymi saniami, mocno zaziębł się; dostał lekkiego bólu w stawie kolanowym, poprzednio już dotkniętym; jednocześnie w lewej połowie głowy oraz w oku po tejże stronie odczuł przenikliwy ból, który coraz dotkliwiej wzrastał się. Powieki zaczęły nabrzmiewać, oko było wrażliwe na światło, oraz zostało naprzód wysadzonym. W dwa dni potem też same, lecz mniej wyraźne objawy na prawem oku. Chory, podążając do rodzinnego kraju, w przejeździe przez Warszawę, tak czuł się niedobrze, że pozostać musiał na miejscu.

W jedenaście dni od chwili wystąpienia pierwszych objawów ze strony przyrządu wzrokowego, dnia 21 Lutego b. r., znajduję, przy pierwszym badaniu chorego, ślady przebytych cierpień stawów, chory jest jednak w stanie swobodnie poruszać się. Przy badaniu moczu: ani cukru, ani białka nie zdołano wykryć, jedynie znaleziono nadmiar kwasu moczowego. Badanie serca wskazało, że narząd ten prawidłowo funkcjonuje. Cierpienie, jakie chorego dręczy, umiejscowionem jest w przyrządzie wzrokowym. Oto szczegóły: chory uskarża się na silny ból, szczególnie dotkliwy po lewej stronie w czole, w skroni oraz w przyległym oczodole; ból ten wzrasta się codziennie ku wieczorowi i nieraz sen choremu przerywa. Obie górne powieki w dolnej części są wyraźnie obrzmiałe. Ucisk na brzeg oraz ścianki oczodołu, a nawet wsuwanie palca w oczodół, między gałką a ściankami tegoż, nie wywołuje bólu. Mocne napięcie oraz jakby chełbotanie wyczuwać daje się w częściach przyległych gałce ocznej. Oczy wydatnie naprzód wysadzone; poruszenia tychże we wszystkich kierunkach utrudnione, a nadto ból sprawiają. Przy krańcowych ruchach oczu dokucza choremu zawrót głowy oraz podwójne widzenie. Oczy są nader wrażliwe na światło. Surowicze obrzmienie łącznicy gałkowej, jasno-żółtawy odcień mające, widocznem jest w dolnej oraz w zewnętrznej części tejsze; na

obrzmiałej łącznicy oraz w sąsiednich częściach spojówki oka dostrzedz można obecność licznych, znacznie rozszerzonych oraz krętych gałązek naczyń żylnych. Co do rogówki, tęczy, źrenicy oraz przezroczystych środków oka, nie zaznaczyć nie mamy. Na dnie oka spostrzegamy rozdęcie naczyń żylnych oraz pulsowanie tychże w obrębie tarczy nerwu wzrokowego.

Zalecamy pobyt w ciemnym pokoju przy zastosowaniu bandaża uciskowego, oraz *saloli* 8 gram. *pro die*. Nazajutrz chory czuje się lepiej, przedmiotowo żadnej zmiany nie zauważono. Trzeciego dnia przy badaniu spostrzegamy znaczne zmniejszenie się wszystkich objawów, dostrzeżonych na prawem oku; obrzęk łącznicy gałkowej po lewej stronie jest wyraźnie mniejszy, choć polepszenie, przedmiotowo dostrzegalne, nie postąpiło tu tak szybko, jak z prawej strony. Chory sypia dobrze, apetyt i stan ogólny zadawalający. W ciągu tego dnia chory zażywa 10 gram *saloli* w dawkach, jak zawsze, 1 gramowych. Nazajutrz wysadzenie gałek ocznych, szczególnie prawej, ledwo dostrzegalne. Obrzęk łącznicy zmniejsza się. Przy wziernikowym badaniu pulsowanie naczyń żylnych siatkówki mało widoczne. Chory w dalszym ciągu przez pięć dni zażywa salol w coraz słabszej dawce [co dzień o 1 gram]. Po dziesięciu dniach tego leczenia, chory opuszcza pokój przy ogólnym stanie bardzo dobrym; w przyrządzie wzrokowym wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, prócz lekkiego stopnia obrzęku w dolnej części łącznicy gałkowej oraz lekkiego bólu i podwójnego widzenia przy spoglądaniu wdół oraz przy zbieżnem skierowaniu oczu. Te resztki objawów chorobowych udaje się nam w zupełności usunąć w przeciągu następnych ośmiu dni, przy codziennem stosowaniu masażu ocznego za pomocą maści lanolinowej, tlenek rtęci zawierającej.

*

*

*

Wbrew twierdzeniu BERLIN'a, SCHWEIGGER'a i innych, istnienie pierwotnego zapalenia osłonki gałkowej TÉNON'a, które — anatomo-patologicznie — należałoby nazwać zapaleniem chłonic okołogałkowych (*lymphangitis periocularis*), nie może być w wątpliwość podane. Rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia najmniejszych trudności, skoro mamy w pamięci trzy cechy, takowe znamionujące, a mianowicie: ból, obrzęk surowiczy łącznicy gałkowej, nareszcie utrudnienie poruszeń oka.

Przebieg choroby jest w różnych przypadkach mało odmiennym, a rokowanie — pomyślnem. Nareszcie cierpienie to jest niezaprzeczenie pochodzenia gośćcowego, czy też dnawego. W rzeczy samej, godnem uwagi jest podobieństwo, jakie zachodzi między zapaleniem woreczka TÉNON'a a cierpieniami gośćcowego pochodzenia: tak tu, jak i tam sprawa chorobowa dotyczy tkanki włóknisto-surowiczej; tak tu, jak i tam bóle właściwe odznaczają się temiż samemi cechami; zresztą tenże sam sposób leczenia jest skutecznym w obu razach.

Mimo, że rokowanie w większości dotąd spostrzeganych przypadków stale było pomyślnem, należy jednak pilne dawać baczenie na rozwój tego cierpienia

w każdym poszczególnym razie; przewlekły bowiem przebieg zapalenia worczka TÉNON'a mógłby, sądzić można, spowodować groźne skutki dla przyszłości oka, gdyż z jednej strony odpływ z chłonnego przestworu okołonaczyniowego zostałby przez czas dłuższy utrudniony, z drugiej strony naczynia krwionośne gałki ocznej uległy mogłyby zgubnemu uciskowi. Te niepełne obawy skłaniają nas do gorącego polecenia salolu w celu skrócenia oraz złagodzenia przebiegu omawianego cierpienia przyrzędu wzrokowego.

III. STROPHANTUS, jego wpływ na serce.

Napleal

D-r Med. J. Pawiński,

Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 27].

Spostrzeżenie XVIII. *Nephritis interstitialis chronica. Dilatio cordis. Hyperaemia passiva pulmonis sinistri.*

B. M., lat 44 licząca, przybyła do oddziału mego 22 Lutego 1888 r., skarżąc się na ogólne osłabienie, zawroty głowy i krótki oddech. Dotychczas żadnych poważniejszych chorób nie przechodziła, porodów nie odbywała, regularność miewa obfitą co 4 tygodnie.

Budowa dobra. Odżywianie mierne. Kończyny dolne nieco obrzmiałe. Tętno 72, dość napięte, średniej siły, miarowe. Oddech częsty, 44 na minutę. W dolnej części lewego płuca [z tyłu] — odgłos opukowy stłumiony na przestrzeni 4 palców, tamże oddech pęcherzykowy osłabiony i trzeszczenia. Stłumienie na rozprzestrzenienie się i ku przodowi do linii pachowej średniej, łącząc się z tępością śledziony. W dolnej części prawego płuca oddech pęcherzykowy także osłabiony i nieliczne trzeszczenia. U wierzchołków obu płuc oddech pęcherzykowy zaostrozony.

Uderzenie wierzchołkowe dość silne, wyczuć je można w V międzyżebrze na 1 cent. na lewo od linii sutkowej lewej. Górna granica tępości serca na IV żebrze, prawa przechodzi nieco za środek mostka: serce więc powiększone umiarkowanie w podłużnym i poprzecznym wymiarze. Tony serca czyste tak u wierzchołka, jak również u podstawy. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Wątroba nieco powiększona. Przewód pokarmowy odbywa swą czynność prawidłowo. Mocz wydziela się w umiarkowanej ilości, około 1200 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1010, koloru jasnego; odczyn posiada kwaśny. Zawiera tylko ślady białka i nieliczne skrzystalne wałki nerkowe.

Ponieważ przy zachowaniu spokoju i użyciu środków czyszczących objawy zastoju krwi w płucach nie zmniejszały się, a nawet przeciwnie zwiększały się, serce zaś rozszerzyło się w wymiarze poprzecznym więcej, przeszliśmy do użycia *t-rae Strophanti*.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstotliwość tętna.	Dobowa ilość moczu w cm. sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
26. II.	72	1000	1013	2× 8 kr. <i>t-rae stroph.</i>	
27	64	1500	1012	2×10 „ „ „	
28	60	2200	1009	2×12 „ „ „	Duszność mniejsza, zastój krwi w lewym płucu mniejszy. Działalność serca
29	56	2000	1010	2×14 „ „ „	silniejsza.
1. III.	64	1900	1010	3×10 „ „ „	Prawa granica serca na lewym brzegu
2	56	2300	1008	3×11 „ „ „	mostka.
3	72	2000	1010	3×12 „ „ „	Obrzęk kończyn dolnych ustąpił zupełnie.
4	68	1300	1013		
5	74	1700	1013		
6	72	1500	1014	Bez lekarstwa.	Stłumienie w dolnej części lewego płuca
7	68	1300	1015		znikło. Oddech pęcherzykowy prawidłowy.
8	74	1400	1014		

Dnia 9 Marca 1888 r. chorą wypisano ze szpitala jako zupełnie zdrową. Zastoje w płucach znikły. W danym przypadku mieliśmy do czynienia ze śródmiąższowem zapaleniem nerek, w którym lewa komórka, będąca już w stanie przerostu, zaczęła w swej czynności słabnąć, ztąd zastój, przekrwienie bierne w płucach i obrzęk kończyn dolnych. Dopiero pod wpływem strofantu skurcze serca stały się energicznymi, a ze zwiększeniem się *vis a tergo* zaczęły znikać zastoje w małym i dużym krwiobiegu, ilość moczu zwiększyła się, a prawa komórka, będąca w stanie rozszerzenia, powróciła do zwykłych rozmiarów.

Przechodzimy teraz do przypadków przewlekłego zapalenia nerek, które z powodu swego długiego trwania, złych warunków higienicznych, doprowadziły ustrój do znacznego wyczerpania i zubożenia krwi (*hydraemia*). Przesięki do tkanki podskórnej i do jam ciała — cechowały podobne przypadki. Jaki zaś wpływ na nie strofant wywierał, okazały następujące spostrzeżenia.

Spostrzeżenie XIX. *Nephritis parenchymatosa chronica. Anasarca. Ascites.*

A. K., lat 44 przybyła do szpitala 18 Października 1887 r., uskarżając się na ciężki oddech, obrzęk kończyn dolnych, twarzy i brzucha. Odbyła kilka porodów, ostatni przed 5 laty. W czasie ostatniej ciąży zauważyła dość znaczny obrzęk twarzy i kończyn dolnych, który po upływie 2 miesięcy, od czasu porodu, znikł zupełnie. Chora dodaje jednak, że zdrowie jej od ostatniego porodu było nieszczerzalne; czuła się mocno osłabioną, często podlegała napadom zimnicy, a przed pół rokiem spostrzegła znowu nabrzmiewanie twarzy i nóg.

Budowa średnia. Odżywianie podupadłe. Wygląd anemiczny. Obrzęk twarzy, krzyża i kończyn dolnych wyraźny. Brzuch bardzo duży, z ogromną zawartością płynu. Oddech częsty, 36 na minutę. Duszność. W dolnych częściach obu płuc — stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie oddechu i dość liczne trzeszczenia. Tętno 90 — w stosunku do stanu ogólnego dość silne, w słabym stopniu dwubitne.

Rysunek sfigmograficzny wykazuje, że anakrota stromo, prawie prostopadłe, wznosi się ku górze, katakrota szybko opada ku dołowi. Wzgórki drgań

elastycznych są niewyraźne, natomiast wzgórek fali odbitej wyraźnie się zarysowywał. Wskazywało to na względnie dobrą działalność serca, przy słabem napięciu w układzie tętnicznym.

Uderzenia wierzchołkowe nie czuć. Serce wskutek puchliny brzucha przesunięte ku górze: górna granica tępości serca znajduje się w III międzyżebżu, prawa — na środku mostka, lewa przechodzi nieznacznie linię sutkową lewą. Tętno serca czyste, działalność serca dostateczna. Wątroby niepodobna wyczuć z powodu silnego napięcia ścianek brzusznych i znacznej ilości płynu. Mocz stężony, wydziela się w małej ilości około 500 ctm. sześcienn. na dobę. Zawiera białka 0,28%. W osadzie znaleziono pod drobnowidzem liczne drobnoziarniste wałeczki nerkowe i kryształki kwasu moczowego.

Skoro ani środki czyszczące, ani też moczopędne nie wywierały najmniejszego wpływu na zmniejszenie prześięku w jamie brzusznej, a duszność groziła życiu chorej; zrobiliśmy przekłócie ścianki brzusznej. Wypuszczono wtedy około 10000 ctm. sześć. wodnistego surowiczego płynu, żółto-zielonego, jasnego koloru. Opróżnienie jamy otrzewnej z prześięku wpłynęło bardzo korzystnie na czynność oddechania i krążenia krwi. Duszność ustąpiła, serce odzyskało prawidłowe swe położenie, tętno stało się silniejszym, obrzęk kończyn dolnych zmniejszył się. Poprawa trwała jednak niedługo, po tygodniu płyn w jamie otrzewnej znowu zaczął gromadzić się, obrzęk kończyn dolnych przyjął większe rozmiary, a ponieważ jednocześnie i serce rozszerzyło się w wymiarze poprzecznym, uważaliśmy więc chwilę tę za najodpowiedniejszą do zastosowania strofantu.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwa.	Le c z e n i e.	U w a g i.
27. X.	94	500	1032		
28	92	500	1030	2×10 kr. <i>t-rae stroph.</i>	
29	100	600	1030	2×12 " " "	Chora uskarża się na duszność.
30	90	700	1029	2×14 " " "	
31	88	300	1033	3×10 " " "	
1. XI.	86	600	1029	3×12 " " "	
2	88	400	1032	3×14 " " "	Ilość płynu w jamie brzusznej większa.
3	84	400	1033	3×15 " " "	
4	82	300	1032	3×18 " " "	
5	72	700	1026	3×20 " " "	
6	80	800	1025		Obrzęk twarzy większy.
7	88	600	1026	Bez lekarstwa.	
8	70	900	1024		Objętość brzucha 111 ctm.
9	96	700	1025	3× 3 gran. kalomelu	
10	100	600	1025	3× 3 " "	3 wypróżnienia
11	86	800	1022	3× 3 " "	2 "
12	80	1000	1020	4× 3 " "	2 "
13	80	4000	1008	3× 3 " "	3 "
14	88	4000	1007		Płyn z jamy brzusznej znika.
15	84	3000	1009		Objętość brzucha 90 ctm.
16	86	1400	1014	Bez lekarstwa.	Obrzęk kończyn dolnych i twarzy znikł.
17	82	900	1021		Oddech swobodny.
18	80	650	1028		Objętość brzucha 88 ctm.
19	80	800	1026		Ból zębów.
20	84	800	1026		
21	78	800	1027	<i>Dec. cort. chinae.</i>	
22	80	500	1030	Płókanie <i>solut. kali chlor.</i>	Dziaśła jeszcze obrzmiałe.
23	82	800	1028		

24 Listopada chora wypisuje się ze znacznem polepszeniem. Zasługuje na uwagę, że pomimo wzmocnienia działalności serca za pomocą nalewki strofantu, ilość moczu nie powiększyła się, obrzęki nie ustępowały, nawet płyn w jamie otrzewnej powiększał się. Chora przyjmowała lek w przeciągu 9 dni i w dość znacznej ilości: 25—60 kropel *pro die*. Dopiero kilkodniowe użycie kalomelu, 9—12 gran *pro die*, wywołało bardzo znaczną ilość moczu [4000 ctm. sześć.] i zniknięcie opuchliny. Silne obrzmienie dziąseł i ból zębów, spowodowane kalomelem, w przeciągu dość długiego czasu mocno dokuczały chorej.

Co się tyczy tętna, to ono pod wpływem strofantu stało się silniejszym, większem. Wreszcie zaznaczyć tu wypada, że pomimo poważnego cierpienia nerek, kalomel wywarł swe moczopędne działanie i to w dość znacznym stopniu.

Spostrzeżenie XX. *Nephritis parenchymatosa chronica. Hydrothorax. Anasarca.*

W. T., lat 35 licząca, wyrobница, przybyła do szpitala 21 Marca 1888 r. Skarży się na obrzęk twarzy, brzucha i kończyn dolnych. Obrzęk kończyn dolnych zauważyła chora przed 5 miesiącami, obrzmienie zaś twarzy i brzucha spostrzegła przed 2 tygodniami. Odbiła jeden poród. Miesiączki nie miała od 4 miesięcy. Chorobę swoją przypisuje przeziębieniu i przemoczeniu nóg.

Budowa dobra. Odżywianie podupadłe. Wygląd anemiczny. Obrzęk twarzy, zwłaszcza prawej połowy. Kończyny dolne w stanie znacznego obrzęku na całej swej długości. Okolica łędźwiowo-krzyżowa i lewa górna kończyna także mocno obrzmiały. Tętno słabe, słabo napięte, miarowe, uderza 80 razy na minutę. Oddech przyspieszony 40.

Z tyłu klatki piersiowej z lewej strony — słumienie odgłosu opukowego na przestrzeni 4 palców — tamże słychać trzeszczenia, a u samego dołu bek kozi. Z prawej strony słumienie zajmuje mniejszą przestrzeń, trzeszczeń mniej — oddech zaś pęcherzykowy.

W linii pachowej średniej [lewej] tępość rozpoczyna się na górnym brzegu VIII żebra i łączy się z tępością śledziony. Od strony wątroby [w linii sutkowej] tępość rozpoczyna się na V żebrze, w linii zaś pachowej — na VII żebrze. Z przodu klatki piersiowej oddech wszędzie pęcherzykowy, w dolnych częściach płuc osłabiony.

Uderzenia wierzchołkowego nie można wymacać. Górna granica tępości serca znajduje się na dolnym brzegu IV żebra, prawa przechodzi nieco za środkową linię mostka, lewa znajduje się na 1½ ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Tętno serca czyste. Działalność serca wogóle słaba. Brzuch powiększony, jednakże obecności płynu niepodobna stwierdzić. Z powodu znacznego nacieczenia ścianek brzusznych, trudno ściśle oznaczyć wymiary wątroby, zdaje się jednak, że jest ona tylko nieznacznie powiększoną.

Język obłożony. Stolec bywa codziennie, poprzednio istniało zaparcie stolca. Moczu wydziela się mało, około 600 ctm. sześć. na dobę z obfitym osadem moczanów. Zawartość białka znaczna: 0,6%. W osadzie znaleziono liczne drobnoziarniste wálki nerkowe.

Po upływie kilku dni stan chorej pogorszył się: zaczęła ona narzekać na kłócie w lewym boku i duszność. Przy badaniu stwierdziliśmy wówczas istnienie tarcia listków opłucnej w przednich i bocznych częściach lewej połowy klatki piersiowej, a nawet przy lewej i dolnej granicy serca (*Pleuro-pericarditis externa*). Wkrótce potem zauważyliśmy, że zawartość płynu w jamie opłucnej lewej znacznie zwiększyła się: z tyłu klatki piersiowej tępość sięgała na 2 palce powyżej dolnego kąta łopatki, a w lewym boku tępość zajęła znaczną przestrzeń. Górna granica tejże rozpoczynała się w linii pachowej średniej na dolnym brzegu VI żebra, w linii pachowej przedniej na V, a w linii sutkowej

na IV żebrze. Przestrzeń TRAUBE'go znikła zupełnie, a śledziona, dolna część płuca i serce, zlewały się w jedną tępość, bez żadnych odgraniczeń. W miejscach tępego odgłosu słyhać było wyraźny bek kozi. Dodać jednak winniśmy, że stan chorej był wówczas bezgórączkowy. Skoro po kilku dniach, po zniknięciu tarcia opłucnej, płyn w jamie opłucnej nie zmniejszał się, a duszność nawet wzmogła się, *anasarca* zwiększyła się, przystąpiliśmy do podawania chorej nalewki strofantu. Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepłota właściwa.	Leczenie.	U w a g i.
25. III.	86	900	1023	<i>T-ra valerianae.</i>	
26	88	1100	1021		
27	80	1600	1013	3× 6 kr. <i>t-rae stroph.</i>	Skurcze serca silniejsze. Tętno mocniejsze.
28	84	1700	1013	3× 7 " " "	
29	88	1300	1017	3× 8 " " "	
30	96	1700	1012	3× 10 " " "	
31	86	1200	1016	3× 11 " " "	
1. IV.	90	1100	1020	3× 12 " " "	<i>Transudat. in cavo pleurae in statu quo.</i>
2	82	1600	1014	3× 13 " " "	
3	84	1200	1015	Bez lekarstwa.	Silny ból głowy, nudności, szum w uszach. Ilość przesięku zwiększyła się.
4	86	1000	1020		
5	90	1200	1014		
6	96	2000	1012		
7	86	1600	1015		
8	84	1800	1013	<i>Dec. cort. chinæ.</i> <i>T-rae ferri pomati.</i>	Działalność serca silniejsza. Oddech swobodniejszy. Zawartość płynu w lewej jamie opłucnej mniejsza. Ogólne odżywianie poprawia się. <i>Anasarca</i> zmniejsza się.
9	88	1750	1012		
10	72	1500	1016		
11	84	1500	1016		
12	90	1800	1014		
13	92	2500	1010		
14	94	2000	1012		
15	86	1500	1016		
16	80	1600	1014		

17. IV. chora wypisuje się ze znacznym polepszeniem.

Z powyższego okazuje się, że wynik, jaki za pomocą strofantu osiągnęliśmy, był bardzo mały: wprawdzie czynność serca wzmogła się nieco, tętno stało się silniejszym, jednakże ilość przesięku w opłucnej, jak również ogólna opuchlina pozostały w jednakowej mierze. Nawet pod koniec użycia strofantu przesiękanie osocza krwi zwiększyło się. Ta ostatnia okoliczność, jak również nudności, silny ból głowy, zmusiły nas do odstawienia leku. Dopiero później, skoro przeszliśmy do środków tonizujących, jak odwaru kory chinowej, żelaza—wraz z podniesieniem ogólnego odżywiania, przesięk w jamie opłucnej, jak również ogólna puchlina znacznie zmniejszyły się.

Spostrzeżenie XXI. *Nephritis mixta, praecipue interstitialis.*

C. E., lat 38 licząca, służąca, przybyła do szpitala 10 Stycznia 1888 r., skarżąc się na kaszel, ogólne osłabienie, ból głowy. Chora niedomaga już od kilku miesięcy, kilka razy zauważyła nawet lekkie obrzmienie twarzy i kończyn dolnych. Miesiączkowanie zaczęło zjawiać się w ostatnich miesiącach w nieregularnych odstępach czasu, ostatnie miesiączkowanie było bardzo skąpe przed 6 tygodniami. Porodów chora nie odbywała. Silne bóle

głowy miewa od roku. Przed tygodniem leżała w szpitalu z powodu zapalenia gardła, połączonego z gorączką.

Budowa i odżywianie mierne. Kończyny dolne nieznacznie obrzmiały. Twarz bladawa. Tętno 72 słabe, miękkie.

W obu płucach, a szczególnie u lewego wierzchołka, słychać dość liczne suche i wilgotne rżenia. W dolnych częściach płuc z tyłu klatki piersiowej, odgłos opukowy na szerokości 2 palców, stłumiony; oddech tamże osłabiony [zastój krwi]. Plwocina śluzowa. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym, lecz w kierunku na lewo: prawa granica przechodzi nieco lewy brzeg mostka, lewa zaś znajduje się na 1 ctm. nazewnątrz od linii sutkowej lewej. Górna granica odpowiada dolnemu brzegowi IV żebra. U wierzchołka serca słychać obok I tonu słaby szmer. U podstawy tony czyste, 2-gi ton słaby. Śledziona powiększona. Wątroba zwykłej wielkości. Przewód pokarmowy nie szczególnego nie przedstawia.

Mocz wydziela się bardzo obficie, około 4000 ctm. sześc. na dobę, jasnego słomianego koloru, odczynu kwaśnego, ciężaru właściwego 1004; białka zawiera: 0,2%. Wąłki nerkowe nieliczne, przeważnie szklistawe.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	CieŜar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
12. I.	64	4000	1004		Pragnienie duŜe, chorea pije duŜo wody, zwłaszcza w nocy. Stan bezgorączkowy. Herpes na wargach. Pragnienie mniejsze, chorea przyjmuje mniej płynów. Działalność serca słaba. Tętno małe, napięcie słabe.
13	72	3600	1005		
14	64	3500	1006	3× 5 kr. <i>t-rae stroph.</i>	
15	60	3800	1005	3× 6 " " "	
16	58	3500	1006	3× 7 " " "	
17	72	3000	1008	3× 7 " " "	
18	64	2500	1009	3× 8 " " "	
19	58	1850	1015	3× 8 " " "	
20	60	2000	1015	3× 9 " " "	
21	64	1700	1017	3× 9 " " "	
22	64	2500	1010		
23	68	2500	1010	} Bez lekarstwa.	
24	70	2800	1010		
25	64	2400	1011		
26	72	2000	1013		
27	64	2500	1010	3× 6 kr. <i>t-rae stroph.</i>	
28	62	2500	1011	3× 6 " " "	
29	60	2400	1011	3× 7 " " "	
30	78	2000	1013	3× 8 " " "	
31	80	1500	1015	3× 9 " " "	
1. II.	78	1500	1015	3× 10 " " "	
2	76	1200	1016	3× 11 " " "	
3	74	1200	1016		
4	72	1500	1014	} Bez lekarstwa.	
5	70	2500	1011		
6	70	1200	1018		
7	70	2100	1011	10 gr. <i>chin. mur. pro die</i>	Śledziona nie zmniejsza się. Ból w okolicy śledziony.
8	68	2100	1012	" <i>Solut. arsenic. Pear-</i>	
9	72	1500	1017	<i>soni. 2×15 kropel</i>	
10	66	1300	1019	<i>pro die.</i>	
11	74	1600	1017		

R o z p o z n a n i e. Ze względu na obfite wydzielanie się moczu o niskim ciężarze właściwym, małą zawartość białka, dalej ze względu na przewagę

wałków szklistawych w moczu, wreszcie nieznaczne obrzmienie kończyn dolnych, należałoby powyższy przypadek zaliczyć do śródmiaższowego zapalenia nerek. Brak jednak wyraźnego przerostu serca, słabe napięcie w układzie tętniczym zniewalają nas do przyjęcia zapalenia nerek mieszanego.

Epicrisis. W czasie pobytu chorej w szpitalu uderzała nas słaba działalność serca, małe napięcie w tętnicach, przy obfitej ilości moczu. W celu wzmocnienia czynności serca, przepisaliliśmy chorej nalewkę strofantu. Pod wpływem tejże ilość moczu nie powiększyła się, a wzmocnienia działalności mięśnia sercowego, podniesienia siły tętna nie byliśmy w stanie, pomimo dwukrotnego podawania leku i to w dość dużych dawkach, stwierdzić. Okazuje się więc, że strofant nie posiada swoistego działania na nabłonek nerek, jak to niektórzy autorowie utrzymują, a wpływ swój moczopędny zawdzięcza własności zwiększania energii serca. Co się zaś dotyczy słabego oddziaływania leku na mięsień serca i ciśnienie krwi, to objaśniać je w części należy deprymującym wpływem poprzednio przebytej gorączki (*angina catarrhalis*) i zakażeniem zimniczem.

F. Niedorozwój serca i naczyń. *Hypoplasia cordis et arteriarum.*

Zanim przejdziemy do następnego działu, wypada nam jeszcze wspomnieć o pewnej grupie chorób, w których strofant bywa często przez lekarzy, praktyków, stosowanym i to zwykle z ujemnym wynikiem. Przypadki, tutaj odnoszące się, cechują się głównie słabem sercem, któremu także pewien niedorozwój układu naczyniowego (*hypoplasia*) towarzyszy: nie tylko fala krwi jest mała, ale i światło tętnicy jest zwężone [początek aorty, tętnice powierzchowne]. U osób, dotkniętych podobną nieprawidłowością układu krwionośnego, niekiedy przy bardzo dobrej budowie układu kostnego i średnim odżywianiu, występują czasami obrzęki, zwykle kończyn dolnych. Obrzęki te nie dochodzą zazwyczaj do dużych rozmiarów, przedstawiają się w postaci twardego nacieku, jakby zgrubienia tkanki podskórnej. Pomimo najstaranniejszego badania niepodobna w sercu wykryć żadnych zmian przedmiotowych: wymiary tępości serca są prawidłowe, tony czyste — tylko słabe. Objawów zastoinowych w małym krążeniu krwi nie można również wykazać. Ponieważ stanom tym towarzyszy niekiedy lekkie nabrzmienie twarzy, obraz więc chorobowy zbliża się do niektórych postaci przewlekłego zapalenia nerek. Jednakże ściśle badanie moczu nie wykazuje nam w takich razach, ani białka, ani też wałków nerkowych, tylko ilość moczu ulega różnym wahaniom, zwykle bywa niewielką, rzadko do 1000 *pro die* dochodzi. Przy tem dodać należy, że pomimo niewielkiej ilości moczu, tenże nie bywa stężonym, ciężar właściwy posiada, stosunkowo do ilości, nizki 1010—1012, występowanie w nim obfitego osadu moczanów zdarza się rzadko.

Wygląd chorych bywa nieco niedokrwisty, podkład tkanki tłuszczowej umiarkowany, niekiedy nawet nieco zwiększony, z tego też powodu łatwo pomylić się: lekarze mniej doświadczeni biorą to za otłuszczenie, lub nawet stłuszczenie serca, albo też za niedokrwistość.

Jako ilustrację do powyżej powiedzianego przytaczamy następujące spostrzeżenie:

Spostrzeżenie XXII. *Hypoplasia cordis et arteriarum.*

Pani K., lat 36 licząca, uskarża się na osłabienie w nogach, łatwe męczenie się przy chodzeniu i obrzęk kończyn dolnych. Ten ostatni bywa to większy, to mniejszy, wogóle jednak nie dochodzi nigdy do znacznych rozmiarów, występuje zaś już od 3 lat; pod wpływem spokoju, kąpeli solankowych, znika niekiedy w zupełności. W czasie ciąży obrzęk kończyn zwykle zwiększa się. Chora odbyła 3 porody, ostatni przed kilku miesiącami, miesięczkę miewa w regularnych odstępach czasu, przyczem krew wydziela się w niewielkiej ilości. Chorób ciężkich nie przechodziła. Ojciec zmarł wskutek cierpienia serca. Chora kilkakrotnie zasięgała porady lekarskiej z powodu obrzęku kończyn, lekarze nigdy jednakże nie byli w stanie stwierdzić istnienia szmerów w sercu, ani też białka w moczu. Podobnież badanie drobnowidzowe osadu nie wykazało obecności wałków nerkowych.

Budowa bardzo dobra. Odżywianie średnie. Tkanka tłuszczowa w umiarkowanej ilości. Bładość skóry i błon śluzowych. Kończyny dolne, mianowicie golenie, w stanie umiarkowanego twardawego obrzęku.

W płucach niepodobna stwierdzić żadnych objawów zastoju krwi, oddech wszędzie pęcherzykowy, w górnych częściach płuc dość liczne rżenia wilgotne i suche (*Bronchitis*).

Tętno 70, bardzo słabe, miękkie, miarowe, zaledwie dające się wyczuć. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Wymiary tępości serca prawidłowe, prawa granica na lewym brzegu mostka. U wierzchołka serca tony bardzo słabe, jakby przytłumione, jednakże bez szmerów; to samo powiedzieć można o tonach słyszalnych u podstawy. W tętnicach szyjowych żadnych szmerów nie słyhać. Wątroba prawidłowych rozmiarów, śledziona również. Czynność przewodu pokarmowego odbywa się prawidłowo; chora trawi dobrze, wypróżnienia miewa codziennie. Mocz wydziela się w niewielkiej ilości, około 600 ctm. sześć. na dobę, białka ani wałków nerkowych nie zawiera. Ilość jego ulega różnym wahaniom, których przyczynę trudno wykazać.

Wykluczwszy istnienie słuszczenia serca, choroby nerek, najbliższem prawdy wydało nam się rozpoznanie: niedorozwój serca i tętnic.

Środki poprzednio przypisywane, jak: naparstnica, sparteina i inne t. zw. *cardiaca*, nie doprowadziły do żadnego wyniku. Podobnież i nalewka strofantu, podawana w stopniowo zwiększanych dawkach od 3×5 — 3×10 kropel, nie wywierała widocznego wpływu ani na czynność serca, ani na ilość moczu. Obrzęk kończyn dolnych nie uległ również żadnej zmianie. Dopiero środki ogólnie tonizujące i zwiększające przemianę materii: wycierania całego ciała zimną wodą, a zwłaszcza kąpiele solankowe, użycie wód mineralnych słonych i słono-żelazistych, wywierały pomyślny wpływ na zniknięcie obrzęków i wzmocnienie całego ustroju.

Niedorozwój naczyń [a zwłaszcza aorty], na który głównie ROKITANSKY i VIRCHOW zwrócili uwagę lekarzy, łączy się albo z niedorozwojem serca, albo też to ostatnie dochodzi do zwykłego stopnia rozwoju. W przypadku powyżej przytoczonym istniała *hypoplasia arteriarum et cordis*. Prof. OSCAR FRAENTZEL¹⁾ opisał niedawno kilka przypadków niedorozwoju naczyń, stwierdzonych badaniem pośmiertnem, w których nastąpił przerost serca, według zdania FRAENTZEL'a, wskutek zwiększenia przeszkód w krwiobiegu.

Niedorozwój układu naczyniowego łączy się często z niedorozwojem narządów płciowych u kobiet, stwierdził to wielokrotnie ROKITANSKY. VIRCHOW

¹⁾ Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. Berlin, 1889.

upatruje przyczynę blednicy i zaburzeń w miesiączkowaniu—w pewnej watości i wężkości naczyń. Do tego właśnie działu należy, zdaje się, zaliczyć przypadki, w których u kobiet, będących albo w epoce rozwoju płciowego, albo w latach przekwitowych, występują obrzęki, najczęściej kończyn dolnych, przy słabych tonach serca i słabem, prawie nitkowatym tętnie. Niekiedy brak obręzków, a natomiast przeważają zaburzenia w sferze innerwacji serca: niemiarowość, drżenie, bicie serca, *tachycardia*, jak również różne parestezyje, dotyczące serca. Odpływy miesięczne bywają u takich kobiet zwykle nieznaczne, niekiedy istnieje nieplodność; często zdarzają się obfite poty. Łatwo zrozumieć, że u osób z pewnym wrodzonym niedorozwojem naczyń, lub też serca, łatwo wystąpić mogą zaburzenia w czynności serca, bądź to wskutek przeszkód mechanicznych w krwiobiegu, bądź też wskutek bodźców nerwowych [odruchowych]. W tych razach stosowanie strofantu do żadnego dodatniego wyniku nie prowadzi, niekiedy nawet wprawia chorych w stan znacznego rozdrażnienia i niepokoju. Jako przykład niech służy spostrzeżenie następujące:

Spostrzeżenie XXIII.

S. M., lat 45 licząca, przybyła do szpitala 24 Stycznia 1887, z powodu osłabienia, uderzeń do głowy. Prócz tego narzekała na bicie serca, i obrzmiewanie nóg. Na ciężkie choroby nie zapadała, peryjody miała oddawna nieznaczne, od 3 miesięcy straciła je zupełnie. Poród odbyła tylko jeden.

Budowa średnia; odżywianie dobre, mięśnie umiarkowanie rozwinięte, tkanki tłuszczowej ilość średnia; stan bezgorączkowy; nieznaczny obrzęk kończyn dolnych; granice płuc nieco obniżone; oddech pęcherzykowy; rozsiane rżenia w wierzchołkach płuc (*bronchitis*).

Tętno 80, słabe, miękkie, prawie nitkowane, nieodpowiednie do ciała i wyglądu chorej; tępość serca prawidłowych rozmiarów; tony czyste; działalność serca słaba; wątroba, śledziona nie szczególnego nie przedstawiają; język czysty, stolce opieszale; mocz wydziela się w ilości niewielkiej, około 700 ctm. szczęście. na dobę, ciężaru właściwego 1012, białka, ani wałków nerkowych nie zawiera.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość mocz w ctm. szczęściennych.	Ciepota wła- ściwy.	Leczenie.	U w a g i.
25. I.	80	700	1016	3× 5 kr. <i>t-rae stroph.</i>	Obfite poty, zawroty głowy.
26	80	650	1017	3× 6 " " "	
27	72	750	1015	3× 7 " " "	Napływy krwi do głowy częstsze.
28	68	700	1018	3× 8 " " "	Tętno ciągle małe.
29	68	600	1016	3× 9 " " "	Mocz jasny.
30	70	800	1013	3× 10 " " "	Uderzenie do głowy bardzo częste; tętno
31	72	750	1016	3× 12 " " "	nadzwyczaj słabe.
1. II.	70	600	1016	} Bez lekarstwa	
2	68	550	1018		
3	74	500	1020		
4	78	700	1013		
5	72	650	1013		Czuje się lepiej. Wypisuje się ze szpitala.

Epicrisis. Pomimo siedmiodniowego użycia nalewki strofantu w ilości od 3×5—3×12 kropeł chora żadnej ulgi nie doznała. Rzecz godna zaznaczenia,

że nawet pewnego wzmocnienia czynności serca, ani też zwiększenia fali tętna nie byliśmy w stanie stwierdzić. Ten sam ujemny wynik dotyczy i wydzielania się moczu. Po kilkodniowym użyciu leku, „uderzenia do głowy“ występowały częściej, chora narzekała na coraz większy niepokój i pocenie się, co nas skłoniło do odstawienia strofantu. Obrzmienie kończyn dolnych pod wpływem leku żadnej zmiany nie uległo.

[C. d. n.]

IV. PERIURETHRITIS DISSECANS.

Podał

Władysław Matlańkowski.

Jeżeli lekarzowi, nie zajmującemu się specjalnie chorobami wenerycznymi, wolno jest wyciągać jakie wnioski co do częstości rozmaitych powikłań, zdarzających się w ich przebiegu, to w takim razie powiedziałbym, że *phlegmone* prącia przy rzeżączce należy do rzadkich, skoro przez kilkanaście lat, tak w praktyce prywatnej jak i szpitalnej, nie udało mi się widzieć tegoż. Na uwagę czytelnika zasłużyć winno poniżej podane spostrzeżenie jako postać, o której wzmianki nie udało mi się napotkać w podręcznikach, traktujących o rzeżączce, chociaż ani na chwilę nie wątpię, że rozrzucona kazuistyka po czasopismach musi zawierać przypadki tego rodzaju. Weźmy np. podręcznik NEUMANN'a ▲); w nim czytamy [str. 81], że u pewnych osobników zdarza się szczególnie ostry charakter i gwałtowne natężenie objawów rzeżączkowych (*phlegmonöser, synochaler Tripper*): cały członek brzmieje, żyły napełnione uwypatniają się; na grzbiecie prącia pokazują się czerwone smugi bolesne przy macaniu, odpowiadające naczyniom chłonnym; błona śluzowa pęcznieje tak, że powstaje trudność przy oddawaniu moczu; z niej zapalenie szerzy się na tkankę podśluzową, na ciało jamiste cewki (*periurethritis*); od wysięku w niem wytwarzają się stwardnienia i nacieki, powstają guzy okołocewkowe szczególnie w okolicy dołączka łódkowatego i opuszki. Z drugiej strony zapalenie rozszerzyć się może na ciało jamiste prącia [na co barbarzyński termin *cavernitis*], dając powód do *chorda venerea*. Przy odpowiednim leczeniu nacieki zapalne ulegają wessaniu, lub pozostaje po nich, skutkiem rozwoju tkanki bliznowatej, skrzywienie stałe prącia zwłaszcza podczas naprężenia. W innych razach z nacieków powstają ograniczone, lub rozległe ropnie, z rozmaitemi następstwami, jak przedziurawienie cewki, przetoki i t. d.. Zarówno NEUMANN, jak PODRAZKI, DUPLAY i inni, nie wspominają o tem zejściu, jakiego przykład niżej podaję, że ropienie szerzy się naokoło cewki moczowej odłuszcza ją od ciał jamistych prącia i skóry; postać tę nazwać można *periurethritis dissecans*.

O., obywatel ziemski, 48 lat liczący, dostał rzeżączki, która tem się wyróżniała, że nie sprawiając żadnych przykrejszych dolegliwości, spowodowała obfity wypływ: z cewki lała się ropa; chory wstrzykiwał sobie łagodne środki,

▲) Lehrbuch der venerischen Krankheiten. 1888. Część pierwsza, str. 614.

tak, że napewno nie można obwiniać wstrzykiwań o ciężkie następstwa choroby w dalszym jej biegu. Niedługo potem członek zgrubiał, stwardniał i przy umiarkowanym bólu, bez objawów gorączkowych, potworzyły się nacieki, zapalenie chłonic na grzbiecie; stwardnienie pomimo leczenia wzmagало się i rozposcierało; powstało stałe naprężenie członka. Chorego widziałem w 5 tygodni od początku choroby, wezwany przez kol. SZYSZŁĘ, który rozpoznał obecność ropy i naglił chorego do operacji. Przy badaniu znalazłem prącie ogromne, grube, podniesione, gorące; lekkie opuchnienie napletka; *pars pendula* niejednostajnie garbowato zgrubiała, na spodniej stronie wypukłona, lewa połowa grubsza od prawej; zgrubienie sięga wzdłuż cewki od rowka żołądździowego aż pod mosznę. Po wprowadzeniu zgłębnika przekonywamy się, że kanał cewki jest daleko odsunięty od powierzchni skóry spodu prącia; z cewki leje się ropiasty płyn, lecz wogóle chory utrzymuje, iż wypływ się zmniejszył. Oddawanie moczu niebolesne. Przy nacisku na członek ropa nie wypływa z cewki, a zatem nie ma przedziurawienia. Gruczoły chłonne pachwinowe nieco powiększone. Część opuszkowa cewki i krocze nie zmienione. Pod chloroformem, przy łaskawej pomocy kol. SZYSZŁY i CIECHOMSKIEGO, przeciąłem ropień długiem, 8 ctm. wynoszącem, cięciem wzdłuż cewki na spodniej powierzchni prącia. Po wylaniu się ropy okazała się cewka moczowa ze swoim ciałem jamistym w kształcie cylindra grubości ołówka zupełnie oddzielona przez ropę zarówno od skóry jak i od ciał jamistych prącia na przestrzeni 9 ctm., tak, że można podprowadzić za nią zgłębnik i na świat ją z jamy ropnia wyciągnąć. Wprowadziwszy palec do jamy, przekonywamy się, że głęboko zatoka ciągnie się wzdłuż cewki, aż w okolicę moszny, z drugiej strony jama ropnia otacza ciało jamiste prącia z boków, te jednak nie są naruszone.

Sprawa zatem ropna w tym razie szerzyła się naokoło cewki, potem z boków ciał jamistych prącia — rozdzieliła te twory od siebie, pozostawiwszy je nienaruszonymi. Szczególniej godną uwagi jest okoliczność, że ciało jamiste cewki, огоłocone i opłukiwane ropą, nie uległo zgorzeli. Gojenie się nie przedstawiało nic szczególnego; stan chorego, jak był, tak i pozostał bezgorączkowym; w pewien czas zauważyliśmy, że przez ranę kroplami sączy się mocz podczas oddawania moczu; skoro rana zagoiła się pozostała minimalna przetoka cewkowa.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowym d. 28 Maja 1889 r., kol. FABIAN odczytał dalszy ciąg pracy swej o przymiocie układu nerwowego. Tym razem mówca zastanawiał się nad przymiotem rdzenia. I tutaj siedliskiem pierwotnem zmian przymiotowych jest tkanka łączna, a więc: opony, ściany naczyń i neuroglija. Współczesne występowanie spraw zapalnych w oponach, spraw wysiękowych w naczyniach z następczem bujaniem neuroglii stanowi znamię, cechujące przymiot rdzenia. Najpospolitszą postacią przymiotu rdzenia jest *leptomeningitis diffusa*, której obraz kliniczny mówca w krótkości podaje. W dalszym ciągu kol. FABIAN wspomina o ostrym bezwładzie wstę-

pującym LANDRY'ego i o wiadzie rdzenia pochodzenia przymiotowego. Statystyka uczy, że większość tabetyków przebywała przymiot; zmiany anatomiczne nie wykluczają możności zależenia ich od przymiotu, mianowicie od przymiotowych cierpień tętnic obwodowych; kliniczny obraz wiału i przymiotu rdzenia zwłaszcza następczych zwyrodnień, nie przemawia wcale przeciw pochodzeniu zakaźnemu wiału; leczenie zwłaszcza wczesnych okresów mówi raczej za takim pochodzeniem. Wspomniawszy w kilku słowach o nerwicach i nerwobólach pochodzenia przymiotowego, kol. FABIAN kończy odczyt uwagami prognostycznymi, opierając się między innymi na starannej statystyce NAUNYN'a. Z tej ostatniej wynika, że przymiot ośrodków nerwowych należy do wczesnych objawów przymiotu, że pewne postaci, zwłaszcza podaczka i monoplegija, dają rokowanie względnie najpomyślniejsze, że wiek późniejszy rokowanie pogarsza, a wczesne leczenie swoiste czyni je pomyślniejszem. W dyskusyi kol. TRZCIŃSKI zaznacza sprzeczność co do podawania czasu, w jakim występują objawy przymiotu rdzenia po zarażeniu się. FOURNIER twierdzi, że objawy te występują zwykle późno, NAUNYN zaś, że w 50% przypadków występują wczesnie. Kol. T. *meningitis* i *meningo-myelitis* uważa za objaw wczesny. Zwiastunów często nie bywa, albo są krótkie. Co do przyczyny wiału, ta pewno długo pozostanie jeszcze kwestyją sporną. Wiadomo tylko, że leczenie swoiste nie wywiera tu nieraz żadnego skutku. Kol. GOLDFLAM do obrazu *meningo-myelitis*, na który kol. F. głównie nacisk położył, dołącza inne jeszcze niemniej ważne postaci przymiotu mózgo-rdzeniowego. Temi są *meningitis*, postać trudna do rozpoznania, a jednak ważna ze względu na dobre skutki leczenia swoistego, dalej proste *myelitis* z porażeniem kończyn dolnych i pęcherza, *polyomyelitis anterior acuta* u dorosłych. Co do czasu występowania objawów zajęcia rdzenia po objawach skórnych, ten jest bardzo rozmaity: niekiedy występują te objawy bardzo wczesnie, np. w $\frac{1}{2}$ roku; takie przypadki należą do złośliwych. Przewlekłe cierpienia rdzenia (*tabes*) występują znacznie później. Wiad rdzenia najczęściej zjawia się na gruncie przymiotowym, a że leczenie swoiste nie daje tu często polepszenia, nie ma w tem nic dziwnego, gdyż nie jest to przymiot we wczesnym okresie. Już utworzone blizny nie poddają się leczeniu. Kol. FABIAN proponuje, aby na wzór statystyki, istniejącej dla wiału rdzenia i *dementiae paralyticae*, ułożyć statystykę dla rzadszych form cierpień ośrodków nerwowych. W tym celu proponuje rozesłanie do kolegów kwestyjonyjusz z zapytaniami, dotyczącymi związku przymiotu z różnemi postaciami rdzenia i mózgowia u obserwowanych chorych; kol. NUSSBAUM popiera propozycyję kol. F.; kol. GOLDFLAM przyrzeka swą pomoc w ułożeniu kwestyjonyjusza. W dalszym ciągu dyskusyi kol. KRYSIŃSKI zapytuje, czy leczenie wstrzykiwaniami nie wpływa na częstość występowania cierpień rdzenia po przebytych przymiocie; obserwacyję tę zrobił kol. K. w Berlinie, gdzie widział bardzo wiele przypadków zajęcia rdzenia u chorych, leczonych za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęci. Kol. TRZCIŃSKI odpowiada, że zarzut ten robiono jeszcze przed kilku laty wstrzykiwaniom sublimatu. Czas jeszcze jest zbyt krótki, aby można było wyprowadzać stanowcze wnioski. Kol. GOLDFLAM nie przypuszcza, aby jakiegokolwiek leczenie mogło wpływać na występowanie objawów rdzeniowych. Według jego spostrzeżeń właśnie najczęściej zapadają ci, którzy się wcale nie leczyli. Wreszcie kol. KORNIŁOWICZ dodaje, że i w dziedzinie chorób umysłowych przymiot odgrywa ważną rolę. *Dementia paralytica* i *paralysis progressiva* są często następstwem przymiotu; pierwsza występuje jako objaw wczesny, druga — jako późniejszy. Kol. K. spostrzegał dwa przypadki *dementiae paralyticae* u ludzi młodych, niedawno przymiotem dotkniętych.

Następnie kol. ELZENBERG w dalszym ciągu dyskusyi z przeszłego posiedzenia w kwestyi badania drobnowidzowego wytworów

chorobowych, gdy te są dostarczone w małej ilości, sądzi, że wogóle od takiego badania nie można oczekiwać pewnego rozpoznania. Najlepszym tego dowodem jest przypadek, o którym powiedzieć zamierzył. W r. 1887 u pewnego 12-letniego chłopca, cierpiącego na epilepsję, rozwinęła się na obu gołeniach jakaś wysypka, która się stopniowo powiększała, przyczem guziki, zwiększając się stopniowo, w pewnych miejscach nabrały wyglądu nowotworów. Kol. JAWDYŃSKI wyciął częstkę guzika i przesłał do badania kol. PRZEWOSKIEMU. Kol. P. odpowiedział, że żaden anatomo-patolog nie może przyjąć guzów tych za co innego, jak za raka skórnego. Kol. JAWDYŃSKI wyciął guzy, rany się zagoiły, pozostawiając dwie blizny. Chory przez dłuższy czas był zdrow i zaprzestał używania bromu, który był mu podawany przez czas dłuższy. Po kilkunastu miesiącach chory powrócił do używania bromu i znów naokoło dawnych blizn zaczęły się pojawiać wykwity podobne do poprzednich. Kol. JAWDYŃSKI wyciął wtedy kawałki guziczków i przy badaniu drobnowidzowem kol. ELZENBERG znalazł, że było to typowe *acne bromacea*, według opisów, podawanych przez NEUMANN'a: główne zmiany bujania nabłonka, nacieczenia drobnokomórkowego występowały w skórze, tkanka podskórna była zupełnie wolną. Na przemówienie kol. ELZENBERGA vice-prezes PRZEWOSKI odpowiedział, co następuje: Naturalną jest rzeczą, że w drobnowidzowych badaniach anatomo-patologicznych mogą się zdarzać pomyłki. Na pomyłki te może wpływać niedokładna znajomość miejsca, z kąd nowotwór pochodzi, obecność nowotworu o nieznaney budowie, zbyt mały kawałek nowotworu wyciętego do badania i t. d. Co się tyczy obecnego przypadku, to guz makroskopijnie przedstawiał się w postaci wyniesionego wrzodu. Na rozkroju brzegi i dno tego wrzodu były głęboko nacieczone. Tworzyła je zbita biało-szarawa ziarnista, dosyć twarda masa, w której wyraźnie wyróżnić można było rodzaj czopków nabłonkowych. Nacieczenie zajmowało nie tylko skórę, ale i powierzchowną część tkanki łącznej podskórnej. Głębokie końce wymienionych czopków nabłonkowych najwyraźniej dały się rozpoznać makroskopijnie. Pod drobnowidzem guz przedstawiał zupełnie taką budowę, jak np. rak rogowaty wargi dolnej: składał się on wszędzie z dwóch wzajemnie przeraastających się tkanek, a mianowicie nabłonkowej i łącznej. Tkanka nabłonkowa wszędzie przedstawiała się w postaci atypowych i głęboko sięgających tworów sznurkowatych, cylindrycznych i t. d.. Tkanka łączna zaś stanowiła dla tych atypowych rozrostów nabłonkowatych podścielisko mało obfitujące w naczynia krwionośne i przeważnie mało nacieczone komórkami podobnemi do limfatycznych. Opierając się na takiej budowie, można było zrobić rozpoznanie raka rogowatego skóry. Wobec jednak zastrzeżeń kol. JAWDYŃSKIEGO [co do wieku chorego, co do występowania nowotworu w kilku egzemplarzach na skórze] kol. PRZEWOSKI wyraził się ostrożniej, mianowicie, że na zasadzie badania drobnowidzowego anatomo-patolog może zaliczyć dany nowotwór tylko do grupy raków, t. j., że jeżeli znajdą się jakie powody do uznania guza nie za raka, będą to powody nie anatomo-patologiczne lecz kliniczne. Takiego zdania o nowotworze w owym czasie był również i kol. ELZENBERG, który przysłany mu przez kol. J. kawałek nowotworu uznał wprost za raka skóry. Obecnie kol. ELZENBERG zmienia swoje pierwotne rozpoznanie, opierając się na fakcie, że chory przyjmował brom i że po zaprzestaniu używania bromu guzy zniknęły. Nie są to jeszcze dostateczne motywy dla rozpoznania. Gdyby nawet stwierdzono, że przy użyciu bromu wystają nowotwory, niedające się odróżnić drobnowidzowo od raka, należałoby podobny związek uzasadnić doświadczalnie. Należałoby dalej wykazać cechy różniczkowe tego bromowego nowotworu od raka. Bez tego — odróżnienie drobnowidzowe nie byłoby możliwe. Preparaty, przedstawione przez ELZENBERGA, nie przekonywają PRZEWOSKIEGO, bo nie pochodzą z tego nowotworu, który badał

PRZEWOSKI. Bromowa wysypka mogła wystąpić obok raka. Co się tyczy zarzutu, że chory skutkiem błędnego rozpoznania utracił duże kawały skóry, to PRZEWOSKI twierdzi, że gdyby go zapytano, co robić z nowotworem podobnym do wyluszczonego, nawet gdyby wiedział stanowczo, że jest bromowy, to nie wahałby się doradzać wyluszczenia. Jeszcze wtedy wydałby mu się on podejrzanym i mniemałby, że wyrównanie się jego drogą przemian wstecznych byłoby wątpliwe.

Kol. ELZENBERG nadmienia, że podobne przypadki *acne bromacea* nie są rzadkością; istnieją liczne i dobre spostrzeżenia w tym kierunku. U nas opisywał je SZADEK z Kijowa. Kol. NUSSBAUM robi uwagę, że w danym razie chory na pomyłce nie ucierpiał, gdyż kol. JAWDYŃSKI w każdym razie był zdecydowany usunąć nowotwór na drodze chirurgicznej. Kol. ELZENBERG zaznacza, że nie chodziło mu o wykazanie szkodliwości pomyłki dla chorego, lecz takiej pomyłki dyagnostycznej nawet przy dostarczeniu do zbadania większego kawałka nowotworu. Prezes BRODOWSKI nie rozumie, jak można dawać nazwisko *acne* tak zmiennej skórze. Zmiany przy *acne* sięgają samej tylko skóry i wybitnie się różnią od raków skórnych. Podobne wytwory, jak obecny, powinnyby od początku istnienia nosić nazwisko *epitelioma* *tow pochodzenia bromowego*. Kol. ELZENBERG objaśnia, że *acne* zaczyna się zawsze w gruczołach łojowych, zjawia się w nich bujanie nabłonka, a gdy dużo takich guziczków obok siebie powstanie i gdy się zleją w jedną całość, tworzą się guzy, jak w danym przypadku. Prezes BRODOWSKI odpowiada, że skoro tylko wstępny okres rozpoczyna się od nowotworzenia tkanki, to nie jest to już *acne*, lecz nowotwór. W skórze znajdujemy nowotwory, które np. biorą początek od gruczołów potowych (*adenomata*). Te wszystkie okoliczności mogą wprowadzić w błąd mikroskopistę.

Kol. MAYZEL przypomina swoje badania nad bujaniem i rozrostem nabłonka [*resp.* naskórka] przy transplantacjach skóry, które wykonywał na ludziach przed kilkoma laty i wyniki badań przedstawiał w naszym Towarzystwie lekarskim. Naskórek buja mocno z brzegów przeniesionej części skóry, jak również z odciętych torebek włosowych i przewodów gruczołów potowych, rozpościerając się głęboko pośród granulacji, w miejscu zetknięcia z przeszczepionym kawałeczkiem skóry. W odpowiednim wczesnym okresie [w kilka dni po przeniesieniu skóry], preparat przygotowany z tego miejsca przedstawia *drobnowidzowo* podobieństwo do ciał rakowych, a jednak jest to proste bujanie nabłonkowych komórek, które w pewnej chwili ustaje; komórki układają się w warstwę podminowującą przeszczepiony kawałeczek skóry, który zanika, odpada, a pozostaje na jego miejscu wysepka naskórka. Sprawę tę kol. MAYZEL uwydatnił rysunkiem.

Na posiedzeniu kliniczmem d. 4. VI. kol. KAMOCKI mówił o szklistem zwyrodnieniu łącznicy, z demonstracją odpowiednich preparatów drobnowidzowych. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie. Kol. POLAK przedstawił rozbiór pożywności trzykopijskich śniadań w taniach kuchniach warszawskich. Rzecz ta będzie drukowaną w Zdrowiu.

Nadesłano do Redakcyi.

CHEŁPOWSKI. Krótki pogląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka.

RADZISZEWSKI. Quelques observations cliniques. Paris. 1889.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 29 Іюня 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

Karlsbad**Doktor Medycyny HASSEWICZ**

lekarz zdrojowy, udziela porady lekarskiej, przez cały sezon kuracyjny.
Dom „Kopernik“.

3—3

D-r Dębicki Karol

ordynuje jak lat poprzednich
we **FRANCENSBADZIE**.

6—6

D-r med. Czesław Stiche

ordynuje jak dawniej w **Karlsbadzie**
mieszka **Kreuzgasse Insel Rügen**.

6—6

Antipiryna D-ra Knorr'a,

środek wypróbowany i zalecany przez autorytety lekarskie przeciw chorobom gorączkowym, bólowi głowy, nerwobólom, kokluszowi, migrenie, gościecowi stawowemu, tańcowi S-go Wita (*chorea*), bywa przygotowywany z upoważnienia i pod kontrolą wynalazcy przez

Fabrykę farb (dawniej) Meister Lucius et Brüning, w Höchst nad Menem.

W Aptekach żądać należy wyraźnie

Antipiryny D-ra Knorr'a

z **Fabryki (dawniej) Meister Lucius & Brüning.**

Każde pudełko winno być zaopatrzone w fac-simile podpisu **D-ra Knorr'a.**

26—14

Stacja kolei **Muszyna-Krynica** z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 godz., z Buda-Pesztu 12 godzin.

KRYNICA

Apteka, poczta, telegraf
w miejscu.

c. k. Zakład zdrojowo-kąpielowy w Galicyi

Nader obfita i silna szczawa alkaliczno-żelazista

Głównejsze środki lecznicze są:

Kąpiele mineralne ogrzewane metodą Schwartza, w budynku elegancko urządzonej o 73 gabinetach, kąpiele borowinowe w osobnym również elegancko urządzonej o 27 gabinetach, kąpiele gazowe przy głównym źródle, metodyczne picie wód z licznych źródeł mineralnych o różnym składzie chemicznym, doskonała żentyczarnia, nowa kefirnia, kilka mleczarni, nowy wzorowo urządzonej zakład gimnastyczny, park wielki z wielu i wygodnymi spacerami.

Ku wygodzie i rozrywce gości służy: przeszło 1203 pokoiów z całkowitem umeblowaniem, nowo zbudowany wspaniale urządzonej dom zdrojowy, liczne restauracje, cukiernie, teatr przez cały sezon, czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, orkiestra zdrojowa, fotograf, liczne i różnorodne sklepy, modniarki, różni rękodzielnicy i t. d.

W domu „pod Zamkiem“ są do wynajęcia pokoje tylko na przeciąg 24 godzin.

Dworzec kolejowy Muszyna-Krynica 10 kilometrów od zakładu, żąd znakomicie utrzymana droga do zakładu prowadzi.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny pomieszczeń skarbowych jakoteż wszystkich rodzajów kąpielei o 30% niższe.

Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego D-ra KOPFFA, praktykuje tamże 7-iu lekarzy. Frekwencyja roczna wynosi wyżej 4000 osób.

W samym Zakładzie znajduje się według najnowszych zasad umiętności urządzonej:

c. k. Zakład wodolecznicy pod kierownictwem specjalisty D-ra Ebersa.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

6—5