

GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS I Z PRACOWNI BAKTERYJOLOGICZNEJ W TYMŹE SZPITALU.

I. PRZYZYNEK DO ETYJOLOGII OSTREGO ZAPALENIA PŁUC.

Podał

M. Jakowski.

Na ostatnim [V] zjeździe lekarskim we Lwowie r. z. miałem sposobność wspólnie z kolegą CHROSTOWSKIM wypowiedzieć pogląd, że trudno jest w chwili obecnej orzec stanowczo, który z drobnoustrojów, uchodzących za możliwą przyczynę zapalenia płuc, gra istotną i najważniejszą rolę w powstawaniu tego cierpienia. Wygłosiłem zarazem przypuszczenie, że zarówno bakteryje FRIEDLAENDER'a jak i bakteryje FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a są w stanie w dogodnych dla swego rozwoju warunkach wywołać zapalenie płuc, chociaż zdaje się, że drugie są znacznie częstsza, niż pierwsze, przyczyną tego cierpienia ¹⁾. W epidemii, opisanej przez nas, znalazłem bakteryje FRIEDLAENDER'a i na tej zasadzie przychyliłem się do poglądów WEICHSELBAUM'a, wbrew FRAENKEL'owi i BAUMGARTEN'owi, odrzucającym całkowicie chorobotwórczość bakteryj FRIEDLAENDER'owskich.

W obecnej chwili na poparcie swego poglądu chcę zakomunikować opis dwóch przypadków ostrego zapalenia płuc, spostrzeganych jednocześnie na oddziale prof. BARANOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, w których to przypadkach dokonałem badania bakteriologicznego, przyczem po raz pierwszy udało mi się otrzymać i szczepić zwierzętom bakteryje FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a. Badania tego dokonałem w pracowni bakteriologicznej, istniejącej w tymże szpitalu, przy łaskawej pomocy kol. DANIEWSKIEGO, asystenta szpitalnego, za co mu niniejszem uprzejmie dziękuję.

Historyje chorób obu tych przypadków są następujące:

I. O Kajetan, lat 48 liczący, stolarz, przybył 7. IV. 89 roku.. Chory budowy dobrej, odżywiania średniego; ciepłota 39,3° C., tętno 116, oddechów 38, sinica kończyn i twarzy.

Skarży się na silny męczący kaszel, połączony z kluciem w obu bokach i pod prawą łopatką, na duszność, dreszcze i osłabienie. Przed 4 dniami, jak mniema, po przeciążeniu pracą, doznał silnych dreszczów, poczem niezwłocznie rozpoczął się kaszel suchy, połączony z kluciem we wspomnianych miejscach

¹⁾ CHROSTOWSKI i JAKOWSKI — „Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteriologicznych w endemii, spostrzeganej w Warszawie“. Gaz. lekarska. 1888 r..

klatki piersiowej; od 2 dni zaczął odpluwać rdzawą plwocinę. Pochodzi z rodziny zdrowej, dawniej nigdy nie kaszlał; przechodził ciężki tyfus i zimnicę podczas pobytu na Kaukazie w czasie ostatniej wojny. Nadużywał napojów wysokowych.

Klatka piersiowa prawidłowa, obie połowy poruszają się symetrycznie. Granice płuc prawidłowe. Z tyłu po stronie prawej, poczynając od grzebienia łopatki aż do samego dołu, odgłos wypukowy tępy z odcieniem bębnowym; na całej tej przestrzeni oddech oskrzelowy, *bronchophonia* i liczne trzeszczenia; trzeszczenia również liczne można słyszeć na linii pachowej i sutkowej prawej, w dolnych ustępach płuca. Zresztą w innych miejscach klatki piersiowej odgłos nietympanityczny, oddech silnie zaostrozony i rozrzucone tu i owdzie trzeszczenia po lewej stronie klatki piersiowej. Plwocina rdzawa.

Przestrzeń tępości serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, tony słabe, drugi ton tętnicy płucnej wydatnie wzmocniony. Tętnice powierzchowne wyraźnie miażdżycowe.

Brzuch nieco wzdęty; śledziona i wątroba niewyczuwalne. Język mocno obłożony, suchy. Chory miewa po 3—4 płynnych wypróżnień. Mocz gorączkowy bez białka.

Zalecono alkohol [wino, wódka] i waleryjanę z eterem. 8. IV. [6 dzień choroby] ciepłota rano 39,5° C., wieczorem 40° C., tętno 120, oddech 36. W nocy chory nie spał rzucał się i zrywał z łóżka. W płucach stan bez zmiany. Zalecono naparstnicę z eterem, na noc chlorał, oprócz używania nadal wysoku.

Tegoż dnia za pomocą zdezynfekowanej szprycki Prawaz'a wyciągnąłem z płuca prawego na miejscu objawów najwydatniejszych [między 7—8 żebrą pod kątem łopatki], kilka kropel surowiczo-krwawego płynu; wynik badania będzie podany poniżej.

9. IV. [7 dzień choroby]. Ciepłota 39,5°—40,5° C., tętno 102, miękkie, niktne, oddech 42. Chory przygnębiony, napółseny. W nocy był niespokojnym, zrywał się, bredził. W płucach tępość zupełna, oddech oskrzelowy, trzeszczeń nie słyszeć.

10. IV. [8 dzień choroby]. Ciepłota 36,9°—37,5° C., tętno 78, miękkie, oddech 36, w nocy obfite poty. Stopień mniej wydatny, oddech oskrzelowy, i mnóstwo trzeszczeń. Zalecono obok alkoholu kamforę.

11. IV. [9 dzień choroby]. Stan bezgorączkowy. Tętno 72. Oddech 30. Rezolucja postępuje.

W dalszym przebiegu jest do zaznaczenia, że rezolucja postępowała dość powolnie, jednakże 5. V. r. b. chory wypisał się ze szpitala bez żadnych śladów przebytego cierpienia.

II. B Tomasz, lat 50 liczący, mularz, przybył na oddział 7. IV. 89 r..

Chory zbudowany średnio, ze śladami krzywicy na goleniach i klatce piersiowej, odżywiany nieszczególnie, gorączkuje [39,5° C.], tętno 98, oddech 30.

Skarży się na ból w prawem podżebrzu przy oddechu i kaszlu; kaszel męczący z małym oddzieleniem plwociny i osłabieniem. Choroba rozpoczęła się przed dwoma dniami, wśród zupełnego zdrowia, od dreszczów oraz bólu w boku i kaszlu. Pochodzi z rodziny zdrowej, z cięższych chorób przechodził przed laty 4 zapalenie płuc po stronie lewej i przed 13 laty rzeżączkę ze zropieniem gruczołów pachwinowych lewych.

Klatka piersiowa z lekkimi śladami krzywicy, ruchy symetryczne. Granice płuc prawidłowe. Z tyłu po stronie prawej od połowy łopatki aż do 9 żebra odgłos wypukowy tępy, także oddech oskrzelowy i *bronchophonia*; poniżej aż do 11 żebra lekkie stępienie, oddech mocno zaostrozony i liczne trzeszczenia, na linii pachowej prawej tarcie opłucnej. Zresztą z przodu i z tyłu klatki piersiowej wszędzie odgłos nietympanityczny z wyjątkiem okolicy poniżej prawej

sutki aż do dołu, gdzie przebija odcień bębnekowy, oddech wszędzie zaostrozony i rozrzucone rżenia wilgotne. Drżenie klatki piersiowej po stronie prawej silniejsze. Plwocina rdzawa nieco pianista.

Uderzanie serca w 5 międzyżebżu nazewnątrz od linii sutkowej lewej. Wymiary tępości serca zwyczajne, tony czyste, zwyrodnienie miażdżycowe tętnic obwodowych.

Brzuch nie wzdęty. Wątroba powiększona, twarda, sledziona nie powiększona. Język podsychający, obłożony. W moczu ślady białka.

Zalecono okład gorący, kalomel i olej rycynowy — wino. 8. IV. [4 dzień choroby]. Ciepłota $39,6^{\circ}$ — 40° C., tętno 104, oddech 36. Objawy miejscowe te same. Wino. Dokonałem tego dnia igłą Prawaz'a przekłucia klatki piersiowej pomiędzy 4—8 żebrem poniżej kąta łopatki, przyczem wy dobyłem nieco płynu surowiczego-krwawego z płuca na miejscu sprawy zapalnej.

9. IV. [5 dzień choroby]. Ciepłota $39,4^{\circ}$ — $40,1^{\circ}$ C., tętno 112, oddech 38. Stępie nie sięga aż do dołu, powyżej granicy tępości odgłos bębnekowy. Zjawiska wysłuchowe bez zmiany.

10. IV. [6 dzień choroby]. Ciepłota $39,6^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$ C., tętno 108, oddech 38. Żółtaczkowe zabarwienie skóry i łącznicy oka. Odgłos tępy nie sięga ku dołowi, gdzie od dolnej granicy aż do 9 żebra sły chać nieco odcień bębnekowy; powyżej uprzedniej granicy tępości, na miejscu poprzedniego dnia słyszalnego odgłosu bębnekowego, odgłos tępy; w dolnych ustępach płuca prawego z tyłu trzeszczenia, oddech nieokreślony, zresztą wszędzie objawy wysłuchowe bez zmiany. Przestrzeń tępości serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, tony dość silne. W moczu nieco żółci.

11. IV. [7 dzień choroby]. Ciepłota $39,2^{\circ}$ — 40° C., tętno 108, słabsze, oddech 36. Zjawiska perkusyjne i auskultacyjne na klatce piersiowej bez zmiany. Zalecono kamforę, wino, alkohol.

12. IV. [8 dzień choroby]. Ciepłota $38,5^{\circ}$ — $39,7^{\circ}$, tętno 108, oddech 36. Nieco więcej trzeszczeń w płucu prawem. Zażółcenie skóry mniejsze.

13. IV. [9 dzień choroby]. Ciepłota $37,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ C., tętno 92, oddech 32. W nocy poty niezbyt obfite. Czuje się lepiej, kaszel mniejszy bez bólu. Odgłos tępy utrzymuje się od połowy łopatki do 8 żebra; tamże przy oddechu oskrzelowym — *bronchophonia* i rozrzucone trzeszczenia; poniżej odcień tympanityczny, oddech mocno zaostrozony, liczne trzeszczenia i rżenia wilgotne. Zalecono saturację z eterem obok ciągłego używania alkoholu.

14. IV. [10 dzień choroby]. Ciepłota 37° — $37,3^{\circ}$ C., tętno 90, oddech 32. Przestrzeń odgłosu wypukowego tępego stopniowo zmniejsza się; od dołu odgłos nietympanityczny, oddech mocno zaostrozony, nieliczne rżenia wilgotne. Zażółcenie skóry znikło.

Chory pozostawał na oddziale jeszcze przez dni 12, t. j. do 26. VI. Nie gorączkował wcale, jednak rezolucja postępowała niezmiernie powoli i w dniu wypisu, na własne jego żądania, zaznaczono na karcie szpitalnej: stępie nie poniżej kąta łopatkowego, idące w kierunku linii pachowej tylnej i obejmujące 12—15 ctm. przestrzeni, na tem miejscu obok trzeszczeń dość głośnych sły chać było oddech oskrzelowy i bronchofoniję; zresztą w innych ustępach klatki piersiowej odgłos nietympanityczny, oddech pęcherzykowy i nieco suchych rżeń.

Wynik badania płynu, wyciągniętego z płuca, w obu przypadkach był jednaki. Znalazłem nieco ciałek czerwonych i białych i nieliczne nabłonki z pęcherzyków płucnych, a przy barwieniu według metody GRAM'a lancetowatej postaci koki, ułożone po 2—4 w szeregu, objętym zawsze szeroką wyraźnie zarysowaną niezabarwioną otoczką; wynik więc badania drobnowidzo-

wego przemawiał za przypuszczeniem istnienia bakterij FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a.

Że istotnie te bakteryje, a nie bakteryje FRIEDLAENDER'a, były w owym płynie, jeszcze dowodniej przekonałem się w hodowlach, dokonanych w próbkach i na płytkach z agarem i agarem glicerynowym, trzymanyh w ciepłocie 37° — 38° C..

Już po 24 godzinach w ciepłocie hodowlanej zarówno na płytach, jak i w próbówce z agarem wzdłuż śladu przeciągniętej igły po jego powierzchni, rozwijały się nieliczne, drobne, prawie niedostrzegalne dla gołego oka pęcherzyki, które po upływie 2—3 dni powiększały się nieco i przyjmowały odcień nieco opalizujący. Na płytach żelatynowych w zwykłej ciepłocie nic się nie rozwijało.

Obejrzana pod drobnowidzem cząstka hodowli wykazała, że zawiera koki nieco wydłużone, nieruchome, ułożono po 2—4 w szeregu. Bakteryje te łatwo barwiły się wszelkimi barwnikami anilinowymi, nie odbarwiały się przy stosowaniu metody GRAM'a, otoczki zaś przy żadnym ze stosowanych sposobów barwienia wykazać nie było można.

Opisywane hodowle okazywały się niezmiernie wrażliwemi na wpływ ciepłoty; przy nastawieniu termostatu powyżej 41° C. nie rozwijały się wcale. Również łatwo traciły swe własności życiowe, jeśli ich nie przenoszono przez czas nieco dłuższy na nowe grunty odżywcze, jednakże jeszcze po dniach 6 udawało mi się je przenosić, próby zaś przeniesienia z dobrym skutkiem starszych hodowli nie doprowadzały do niczego. FRAENKEL podaje, że w warunkach wyżej przytoczonych bakteryje jego żyć mogą zaledwo 4—5 dni.

W celu sprawdzenia ich własności chorobotwórczych, użyłem tylko myszy białych, nie rozporządzając w danej chwili innym materiałem; wynik szczepienia, jakkolwiek w głównych punktach jednaki z wynikami szczepień FRAENKEL'a i WEICHSELBAUM'a, na jednym punkcie, a mianowicie co do płuc, był odmienny.

Po wprowadzeniu igłą platynową odrobiny czystej hodowli z próbówki z agarem myszom pod skórę [około nasady ogona], zwierzęta w pierwszym dniu były zupełnie zdrowe, rażne i jadły z apetytem, na drugą dobę dopiero stawały się osowiałe, traciły apetyt i zdechały po upływie 48—60 godzin.

Przy sekcji na miejscu szczepienia nie znajdowałem żadnego odczynu. Śledziona była zawsze mocno powiększona, twardawa barwy ciemnoczerwonej, płuca przekrwione, a u niektórych płaty dolne dość twarde, bezpowietrzne, w wysoku odrazu tonęły.

W krwi, wziętej zarówno z serca jak i z obu tylko co wspomnianych narządów, liczne diplokoki owalne, niektóre postaci wyraźnie lancetowatej, objęte razem jedną szeroką, nie barwiącą się, przy stosowaniu metody GRAM'a, otoczką; takież drobnoustroje znajdowałem i w śledzionie. Hodowle z krwi, wziętej z serca, dały niewątpliwe kolonije bakterij FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a, posiadające wszelkie wyżej opisane cechy, zarówno co do wyglądu makroskopowego, jak i szczegółów, uwydatniających się pod drobnowidzem, przy odpowiedniem zabarwieniu.

Płuca w miejscach nieuległych stwardnieniu były tylko mocno przekrwione, naczynia włosowate nieco porozszerzane, a w nich znajdowałem niezbyt liczne bakteryje FRAENKEL'a, przy barwieniu skrawków według metody GRAM'a. W płatach twardawych, tonących w wysoku, obraz był odmienny. Obok porozszerzanych i mocno wypełnionych krwią naczyń włosowatych, zawierających pneumokoki, znajdowałem miejscami małe wylewy krwawe, obejmujące po parę przyległych do siebie pęcherzyków płucnych, miejscami zaś nieco rozleglejsze lecz równie małe i ograniczone nacieczenia, złożone z krążków czerwonych, ciałek wędrujących i włókniaka. Zmiany te spostrzegałem zarówno u obwodu, jak i w środkowych ustępach płuca. Wśród nacieczonego miejsca nie udawało mi się widzieć ani razu wyraźnych bakteryj FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a, zato na pograniczu takowego występowały one wyraźnie w większej nieco ilości, ułożone przeważnie po dwa, niekiedy tylko po cztery w szeregu, na niektórych spostrzegać się dawała dość wyraźna niezabarwiona otoczka, obejmująca oba drobnoustroje. O ile sprawdzić mogłem na swych preparatach, pneumokoki występowały tylko we wnętrzu naczyń włosowatych, lub też koło nich, a nigdy wewnątrz komórek nabłonkowych lub ciałek wędrujących.

Wynik więc badania był taki, że mogę przyjąć, iż u myszy rozwijały się w dolnych płatach płuc ograniczone ogniska zapalne, obok nieznacznych wylewów krwi do mięszu płucnego. Wynik ten o tyle jest więcej zastanawiającym, że wszyscy badacze opisują tylko najwyżej nieznaczne przekrwienie i wtedy chyba zjawiały się ogniska zapalne, gdy wykonywano wstrzykiwania hodowli wprost do klatki piersiowej. Tutaj zaś, jak to wyraźnie nadmienilem, szczepiłem igłą pod skórę około nasady ogona. Co do tłumaczenia faktu powstawania ognisk zapalnych w płucach u myszy przy szczepieniu pod skórę, możnaby wyrazić przypuszczenie, czy nie odgrywa tu pewnej roli dość późno następująca śmierć zwierząt, gdyż w 48—60 godzin po zaszczepieniu, a więc, być może, bakteryje FRAENKEL'a-WEICHELBAUM'a, dłużej przebywając w ustroju, są w stanie wywołać lokalizację cierpienia w płucu u myszy; zazwyczaj, jak wiemy, myszy zdechają wcześniej przy objawach posocznicy. Dodam tu nawiasowo, że w ostatnich czasach KLEIN ¹⁾ opisał podobne wyniki szczepienia u myszy po podskórnem wprowadzeniu bakteryj, odkrytych przez się i które autor ten uważa za istotną przyczynę zapalenia płuc. Mają to być krótkie owalne laseczniki, często układające się po dwa, nie barwiące się według metody GRAM'a. Myszy żyły tu również długo, 30—100 godzin, a nawet niekiedy do 5 dni.

W obu więc przypadkach znaleziono w płynie z płuc pneumokoki FRAENKEL'a-WEICHELBAUM'a. Oba te przypadki były ciężkie, okres natężenia choroby od początku aż do spadku ciepłoty trwał 8—9 dni, w obu rezolucja następowała powoli, a w jednym, powikłanym przez zajęcie opłucnej, chory wypisał się w 13 dni po spadku ciepłoty z objawami ograniczonego nacieczenia tkanki

¹⁾ KLEIN. „Ein Beitrag zur Aetiologie der croupösen Pneumonie“ — Centralbl. f. Bact. u. Parasit. Nr. 19; 1889.

płucnej. W jednym z przypadków wydobycie surowiczno-krwawego płynu z płuca miało miejsce 6-go, w drugim 4-go dnia choroby.

Przyjmując, że opisywane dotąd, jako czynniki wywołujące zapalenie płuc, bakteryje FRIEDLAENDER'a i FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a, są istotnie przyczyną tego cierpienia, raz jeszcze muszę podjąć i zaznaczyć swój pogląd, wypowiedziany w pracy, ogłoszonej z kol. CHROSTOWSKIM, że prawdopodobnie i jedne i drugie mogą wywoływać zapalenie płuc, co tym razem, sędzę, mogę uczynić z tem większą słusnością, iż jedne i drugie w płynie wyciągniętym z płuc przy ostrem zapaleniu tego narządu znajdowałem: pierwsze w roku zeszłym ¹⁾, drugie w obecnie spostrzeganych i opisywanych dwóch przypadkach. Aby przeczyć całkowicie chorobotwórczości bakteryj FRIEDLAENDER'a nie widzę w tej chwili żadnej słusznej podstawy.

Nie mogę na zasadzie swych obserwacyj nic pewnego twierdzić co do większej lub mniejszej częstości napotykania bakteryj FRIEDLAENDER'a lub FRAENKEL'a-WEICHSELBAUM'a i wogóle daleki jestem od chęci wypowiadania stanowczego poglądu na korzyść jednych lub drugich. Sprawa to zawila mocno i dotąd nierozstrzygnięta stanowczo.

Czy przy dalszych w tym kierunku pracach doświadczalnych nie okaże się, że istnieją jakieś inne dotąd nieznanne i niezbadane drobnoustroje, będące istotną przyczyną ostrego włóknikowego zapalenia płuc, że bakteryje te po wywołaniu cierpienia, prędko giną, pozostają zaś tylko obecnie znajdowane rodzaje, o których wiemy, iż mogą zamieszkiwać i w jamie ustnej, a więc łatwo dostawać się ze śliną do dróg oddechowych? Trudno na pewno przesądzać, chociaż odrzucać możliwości takiego faktu nie mamy dostatecznej zasady, boć, przecież w dziedzinie bakteriologii mamy już dowiedzione fakty podobnej symbiozy. Tylko dalsze obserwacje i badania doświadczalne rozstrzygnąć mogą te wszystkie wątpliwości.

II. STROPHANTUS, jego wpływ na serce.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 29].

III. Moczopędne działanie strofantu.

Moczopędne działanie strofantu nie ulega żadnej wątpliwości i idzie równolegle z podniesieniem czynności serca, skoro zaś to ostatnie nie nastąpi, to i zwiększenia ilości moczu nie należy spodziewać się.

Nie wszyscy jednak klinicyści zgadzają się na powyższe zdanie. Niektórzy nie przyznają zupełnie strofantowi moczopędnej własności; inni przyznają mu tylko pewien nieznaczny wpływ na ilość moczu; niektórzy wreszcie przypię-

¹⁾ L. c.

suja działanie moczopędne tylko pewnym przetworom strofantu [np. G. SEE zauważył, że zwiększenie ilości moczu występowało głównie po czystej strofanty nie, a nie po nalewce z nasion]. Co do nas, to liczne badania kliniczne, ściśle przeprowadzone z dokładnem oznaczeniem dobowej ilości moczu, z uwzględnieniem różnych warunków niezbędnych do ścisłej obserwacji, doprowadziły nas do wniosku, iż strofant posiada niezaprzeczenie ważny wpływ na wydzielanie moczu. Zaznaczyć jednak należy, że zwiększenie ilości moczu pozostaje w ścisłym związku z czynnością serca, tak, że cały wpływ moczopędny od zwiększenia energii skurczów serca zależy. Wiadomo jednak, że czynność serca, *resp.* zwiększenie szybkości i wielkości fali krwi jest tylko jednym, wprawdzie bardzo ważnym z czynników, przyjmujących udział w sprawie wydzielania moczu. Prócz tego w grę wchodzi i inne jeszcze okoliczności, jak: stan napięcia naczyń, pozostający w zależności od ośrodka naczynioruchowego, dalej własności krwi przepływającej przez nerki, własności anatomiczne samych ścian naczyń i w końcu większa lub mniejsza sprawność samych komórek nabłonkowych. Tem się właśnie tłumaczy, dlaczego moczopędne działanie strofantu niejednokrotnie nas zawodzi nie tylko w tych przypadkach, w których nie udało się nam pobudzić serca do energiczniejszych skurczów, ale nawet tam, gdzie wzmocnienie siły popędowej serca nie ulega najmniejszej wątpliwości. W kazuistycznej części naszej pracy przytoczyliśmy umyślnie kilka odpowiednich spostrzeżeń z działu chorób serca i nerek, a każdy, kogo nie znudzą opisy przebiegu chorób i epikryzy, znajdzie potwierdzenie tego, co powyżej przytoczyliśmy.

Niektórzy przypisują strofantowi własności zwiększania ilości moczu, wskutek jakoby swoistego oddziaływania na przyrząd wydzielniczy nerek, t. j. na sam nabłonek. Nasze spostrzeżenia nie przemawiają na korzyść podobnego zapatrywania.

Co się tyczy czasu, w jakim po zadaniu leku, następuje zwiększenie ilości moczu i do jakiej wysokości dochodzi, możemy podać następujące szczegóły:

W przypadkach, w których nie doszło jeszcze do obrzęków, moczopędny wpływ leku występuje zwykle pomiędzy 5—7 dniem, przyczem dobową ilość moczu wynosi około 2000 ctm. sześć. Jeśli są obrzęki, to zwiększenie ilości moczu ma miejsce nieco wcześniej — 3—4 dnia, przez następne 3—4 dni [przy dalszem użyciu leku] dosięga swego *maximum*, lub też utrzymuje się na poprzedniej wysokości. Przy zwiększonej stopniowo dawce nalewki strofantu 40—55—60 kropel, ilość moczu zmniejsza się, jednocześnie ze zmniejszeniem popędowej siły serca, a po odstawieniu leku znowu nieco zwiększa się. To zwiększenie ilości moczu trwa jeszcze przez pewien czas, poczem moczu wydziela się w zwykłej ilości. W przypadkach cięższych, w początkowych okresach zaburzeń kompensacyjnych, ilość moczu dosięga niekiedy bardzo wysokiego stopnia, 4—5 dnia dochodzi nieraz do 5000 - 6000 ctm. sześć. *pro die*. Zwiększenie ilości moczu uwydatnia się szczególnie w wadach otworu żylnego lewego, a jeszcze więcej w *myocarditis chronica* — w okresie nieomagi mięśnia sercowego, t. j. kiedy obraz chorobowy podobnym jest zupełnie do obrazu niewyrównanych wad zastawek. W tem ostatniem cierpieniu moczopędne działanie wystę-

puje bardzo wcześnie, dosięga wysokiego stopnia, a pomimo odstawienia leku utrzymuje się zwykle około tygodnia, a niekiedy do 10 dni. Rozumie się samo przez się, że skoro zerwanie zrównoważenia częściej zdarza się, jak to ma miejsce u ludzi biednych, zmuszonych zaraz po wyjściu ze szpitala zabrać się do pracy, tam skutek moczopędny przy następnej użyciu strofantu, będzie mniej wydatny. Dodać jednak muszę, że nawet w przypadkach, w których obrzęki były nieznaczne [sposzczenie VIII], wraz z ujednolajnieniem rytmu sercowego następowało niekiedy bardzo wyraźne zwiększenie ilości moczu, a mianowicie: 4000—5000 ctm. sześć. *pro die*.

Że w przypadkach wad zastawek i mięśnia serca, powikłanych cierpieniami nerek, pomimo znacznego wzmożenia czynności serca, działanie moczopędne było mniej widocznem, lub zupełnie nie miało miejsca, to jest łatwem do zrozumienia.

Co do chorób nerek, to we wczesnych okresach mięsżowego zapalenia przy stosunkowo dobrej działalności serca, nieznacznych obrzękach i nieco mniejszej, niż prawidłowo, ilości moczu nie byliśmy w stanie stwierdzić zwiększenia ilości moczu, pomimo dużych dawek strofantu. Zaznaczyć jednak winniśmy, że szkodliwego wpływu na nerki nie zauważyliśmy, przeciwnie nawet ilość białka zmniejszała się, a wałki znikwały. Zdaje się więc, że drażniącego wpływu na nabłonek strofant nie wywiera.

W późniejszym nieco przebiegu zapalenia, gdzie przyszło do przesieków do jam ciała (*hydrothorax*), ilość moczu zwiększała się po strofancie o wiele więcej, niż w przypadkach, o których dopiero co wspominaliśmy. Dobowa ilość moczu dochodziła do 3000 ctm. sześć.. To samo odnosi się do śródmięsżowych postaci zapalenia nerek.

W przypadkach więcej przewlekłych, a szczególnie w tych, których przesieki dotyczyły jamy otrzewnej, strofant nie wywoływał wydatnego moczopędnego działania, pomimo iż w działalności serca można było zauważyć pewną poprawę. Tam, gdzie odżywianie było znacznie podupadłe, gdzie wskutek obfitej utraty białka rozwinęła się znaczna niedokrwistość, strofant nie wywierał żadnego wpływu ani na czynność serca, ani na ilość moczu [sposzczenie XX]. W takich razach środki krzepiące i tonizujące [wino, chinina, żelazo i t. p.] wyświadczały nam daleko więcej dobrego, aniżeli strofant; poprawiały odżywianie i zwiększały ilość moczu. Mówiąc o ilości moczu, chciałem i to nadmienić, że przy ocenianiu moczopędnego działania leków w chorobach nerek należy mieć na względzie tę okoliczność, iż w pewnym okresie mięsżowego przewlekłego zapalenia ilość moczu zaczyna się powiększać bez użycia żadnych środków. Jednocześnie czynność serca wzmacnia się, uderzenie wierzchołkowe jaśniej występuje, ciche dotychczas tony stają się głośniejszemi, napięcie tętnic zwiększa się, białko znika, a wałki drobnoziarniste ustępują miejsca szklistym. Otóż, owe zwiększenie ilości moczu i przytoczone zmiany w sercu mają swoje źródło w tem, iż w nerkach rozwój tkanki łącznej zaczyna brać przewagę nad zmianami w samym mięsżu.

Porównanie moczopędnego działania strofantu z takimże działaniem innych leków.

Tam, gdzie nie byliśmy w stanie otrzymać zwiększenia ilości moczu za pomocą strofantu, zwykle zawiedzeni zostaliśmy i przez naparstnicę; w niektórych jednak razach, gdzie naparstnica albo zupełnie nie działała moczopędnie, albo wpływ jej był bardzo słaby, sam efekt po zastosowaniu strofantu był o wiele pomyślniejszym. Miało to miejsce głównie w przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego, lub też w wadach zastawek serca, powikłanych sprawami chorobowymi samego mięśnia sercowego. Co do kalomelu, to do niego uciekaliśmy się zwykle wtedy, kiedy już ani naparstnica, ani strofant, ani kofeina i inne t. zw. *tonica cardiaca* nie były w stanie zwiększyć ilości moczu. Kilkakrotnie mieliśmy sposobność stwierdzić w takich razach bardzo wydatne moczopędne działanie tego środka; zwykle po 4-dniowym użyciu kalomelu [9 do 12 gran *pro die*] ilość moczu nagle zwiększała się do 4000—5000 ctm. sześć., a taka ilość moczu utrzymywała się jeszcze przez 3—4 dni, choć oczywiście w nieco słabszym stopniu. Moczopędne działanie kalomelu występowało najczęściej przy niezajętych nerkach, niekiedy jednak mogliśmy je stwierdzić i przy powikłaniu wad serca chorobami nerek [sposzczenie XIX]; bywały jednak przypadki, w których kalomel, pomimo zdrowych nerek, nie działał moczopędnie, dotyczyło to głównie osób mocno wycieńczonych, charłacznych. Zdarzało się również, że skoro po uprzednim użyciu kalomelu i zniknięciu większej części obręzków strofant był powtórnie podawany, podnosił czynność serca i działał moczopędnie.

IV. Wpływ strofantu na przewód pokarmowy.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, zjawiające się w czasie użycia strofantu, muszą być zaliczone do rzadkich wyjątków. Zwykle chorzy doskonale go znoszą, czują nawet wzmożenie łaknienia, co zapewne silnie gorzkiemu smakowi należy przypisać. W razie nieznoszenia leku, co niekiedy już po pierwszym zadaniu nalewki lub czystej strofantyny zjawia się, lub też dopiero po 2—3-dniowym użyciu, występują zwykle nudności, niekiedy wymioty i rozwolnienie. Na czem taka idyosynkrazja polega, nie umiałbym dokładnie powiedzieć; zdaje się jednak, że spotyka się częściej u osób ze wzmożoną wrażliwością układu nerwowego, u niedokrwistych, jak również u osób z obfitym rozwojem tkanki tłuszczowej.

U chorych, którzy wogóle strofant dobrze znoszą, po dłuższem używaniu leku i to w dawkach stopniowo zwiększonych zjawiają się także nudności, niekiedy wymioty, lecz dzieje się to zwykle po 2 lub 3 tygodniowym użyciu leku bez przerwy. Objawom tym towarzyszy zwykle osłabienie czynności serca, małe, przerywane, lub niemiernie tętno.

V. Czy strofant posiada działanie przeciwgorączkowe?

A. ROVIGNI zauważył u chorych, dotkniętych gruźlicą, jak również tyfsem, obniżenie ciepłoty o 2—3° C. przy podawaniu 4—6 kropel nalewki strofantu co 6 godzin. Następnie D-r MARTINI [Sienna], idąc za przykładem poprzedniego autora, badał wpływ strofantu na ciepłotę w różnych chorobach gorączkowych (*tuberculosis pulmonum et peritonei, rheumatismus articulorum, erysipelas faciei etc.*). Ścisłe mierzenie ciepłoty doprowadziło autora do ujemnych wyników. Co do

mnie, to stosowałem lek, o którym mowa, kilka razy w tyfusie brzuszny, wysypkowym, zapaleniu płuc, ale nigdy działania obniżającego gorączkę nie zauważyłem. Wpływ strofantu na ciepłotę może być tylko, zdaniem mojem, pośrednim, o ile w danym razie wyrównanie pewnych zaburzeń w krążeniu krwi może być źródłem zmniejszenia ciepłoty ciała.

*

*

*

Wszystko, co powyżej co do własności strofantu było powiedzianem, można streścić w następujących słowach: strofant wywiera niezaprzeczenie bardzo silne, pobudzające działanie na serce: skurcze stają się silniejszymi i rzadszemi, a skoro istniał nieprawidłowy rytm serca, to tenże po użyciu strofantu występuje w słabszym stopniu, niekiedy zaś znika zupełnie. Jednocześnie ze wzmożeniem i ujednostajnieniem czynności serca, ciśnienie krwi podnosi się, tętno staje się pełniejszym. To zwiększenie ciśnienia ma główne swe źródło w zwiększeniu siły popędowej serca i w zwiększeniu fali krwi. Wyrażnego wpływu na naczynia strofant nie posiada. Działanie jego moczopędne nie ulega żadnej wątpliwości, natomiast własności obniżania ciepłoty nie posiada, kumulacyjnego działania nie wywiera.

Na mocy powyżej przytoczonych własności strofantu zastosowanie tegoż uważalibyśmy za wskazane:

1) W wadach zastawek serca w początkowym okresie zrównoważenia tak u osób młodych jak i starszych. W jednym i drugim razie strofant, pobudzając serce do energiczniejszych skurczów, wpływa korzystnie na usunięcie zastojów krwi, na znikanie obrzęków i rozszerzenia serca. Poprawa następuje szybko w przeciągu kilku dni. To samo osiągnąć możemy za pomocą naparstnicy. Skoro jednak utrata kompensaty nie po raz pierwszy występuje, skoro zastoje są obszerne, puchlina większą przestrzeń zajmuje, a dzieje się to u osób młodych, u których układ naczyniowy nie uległ zmianom chorobowym i pewną sprawność zachował, tam, mając do wyboru strofant i naparstnicę, tę ostatnią wolałbym stosować. W tych razach, samo wzmocnienie czynności serca, bez jednoczesnego, bezpośredniego poruszenia całego układu naczyniowego, nie wystarczy. Tutaj jedno i drugie musi iść w parze, jedno działanie powinno wspierać drugie.

Co się dotyczy osób w wieku starszym, dotkniętych już pewnemi zmianami ścian naczyń, to w początkowych okresach utraty zrównoważenia, przy niewielkich obrzękach będzie mniej więcej obojętnem, czy zapiszemy choremu strofant, czy naparstnicę; skoro jednak obrzęki większe przyjmują rozmiary, lub też zmiany chorobowe w naczyniach, a mianowicie miażdżycowe, są widoczne, tam bezwarunkowo na działanie strofantu daleko więcej liczyć można, aniżeli na naparstnicę. Jest to łatwem do zrozumienia, zważywszy, że swoiste działanie naparstnicy na układ naczyniowy w takim razie jest bardzo nieznaczne, a pod względem oddziaływania na samo serce stro-

fant naparstnicę przewyższa. Dodać wreszcie należy i tę okoliczność, że strofant, nie działając kumulacyjnie, może być dłużej podawanym, niż naparstnica.

Co się dotyczy rodzaju wad zastawek, to strofant można stosować tak przy wadach zastawki dwudzielnej jak i zastawek półksiężycowych aorty. Że przy pierwszych, a zwłaszcza przy zwięzieniu ujścia żylnego lewego efekt bywa widoczniejszym, aniżeli przy drugich, to nie jest właściwością strofantu, jak to niektórzy utrzymują, lecz właściwością samego rodzaju wady. Przy wadach zastawek aorty, wskutek wcześniej rozwiniętego przerostu lewej komórki, kompensata długo utrzymują się, jeśli jednak czynność mięśnia serca zacznie wyczerpywać się, a wystąpią obrzęki, wtedy wyrównanie jest daleko trudniejszym, aniżeli przy wadach otworu żylnego lewego. Dotyczy to nie tylko strofantu i naparstnicy, ale i wogóle wszystkich środków do nich zbliżonych (*Convallaria*, *Adonis vernalis*, *Sparteinum* etc.). Ponieważ wadom zastawek aorty towarzyszy zwykle zwiększone napięcie w układzie naczyniowym, zastosowanie więc w takich razach strofantu może być odpowiedniejszym, aniżeli naparstnicy.

Dodać także winniśmy, iż w wadach zastawek serca, powikłanych zmianami chorobowymi mięśnia sercowego, otrzymywaliśmy lepsze wyniki po strofancie, aniżeli po naparstnicy.

2) Choroby mięśnia sercowego, zwłaszcza *myocarditis fibrosa*, nadają się bardzo do leczenia strofantem. W tym dziale otrzymywaliśmy najlepsze wyniki i to nie tylko we wczesnych, ale i w późniejszych okresach zerwanej kompensaty; strofant przewyższa tu stanowczo naparstnicę i inne środki i bywa doskonale przez chorych znoszonym, pomimo długotrwałego użycia tegoż.

3) W otłuszczeniach (*adipositas cordis*) i stłuszczeniach (*deg. adiposa*) mięśnia sercowego, przy małym, miękkim tętnie, słabym napięciu w układzie tętniczym wpływ strofantu okazał się mniej pomyślnym, aniżeli w *myocarditis fibrosa*. Rozumie się samo przez się, że skoro mięsień serca uległ znacznemu przeistoczeniu, to ani strofant, ani inne *cardiaca* na nic się nie przydadzą.

4) Dobre wyniki otrzymywaliśmy także, podając strofant w zaburzeniach czynności serca [duszność], zależnych od miażdżycowego zwyrodnienia tętnic: w tych razach przewyższa on naparstnicę i może najlepiej podawać go wtedy naprzemian z jodkiem potasu lub sodu.

5) W duszniczy bolesnej (*angina pectoris*) wskazany jest tylko w tych postaciach, którym pewne osłabienie czynności serca towarzyszy, w innych skutek jest niepewny.

6) W zaburzeniach czynności serca pochodzenia nerwowego, np. przy kołataniach serca, powstałych na tle neurastenii, histeryi, podrażnienia rdzenia i t. p., strofant nie tylko nie wywierał pomyślnego wpływu, ale nawet wprowadzał chorych w stan silnego ogólnego rozdrażnienia, niepokoju serca.

Również i w chorobie Basedow'a źle bywa znoszonym, zwłaszcza w początkowych okresach (*hypersystolia*); w dalszym zaś przebiegu w okresie hyposystolii przy słabym, niemiernym tętnie, poczynających się zastojach, strofant lepsze daje wyniki.

7) W przypadkach niedorozwoju serca i naczyń (*hypoplasia cordis et arteriarum*) strofant nie przynosi wiele pożytku.

8) W chorobach nerek tylko tam można spodziewać się dodatniego wpływu po leku, o którym mowa, gdzie czynność serca jest osłabioną.

Tym sposobem użycie strofantu jest niepotrzebnem w świeżych przypadkach mięszszowego zapalenia nerek, kiedy skurcze serca są energiczne, a ciśnienie w tętnicach wzmożone. Natomiast w dalszym przebiegu sprawy zapalnej, skoro wystąpią zastoje krwi i obrzęki, powiększenie poprzecznego wymiaru serca, zmniejszenie ilości moczu, strofant dobre oddaje usługi. Podobnież okazał się bardzo skutecznym w tych przypadkach śródmięszszowego zapalenia nerek, w których serce straciło na swej energii, a obraz chorobowy stał się podobnym do obrazu niewyrównanej wady zastawek. W takich razach lek ten lepiej się nadaje, aniżeli naparstnica.

9) W przebiegu chorób gorączkowych, np. w tyfusie, zapaleniu płuc i t. p. strofant jest wskazanym w okresie osłabienia serca. Można go wtedy podawać jednocześnie lub też naprzemian z waleryjaną, kamforą.

Co się tyczy przetworów strofantu, to, zdaniem mojem, nalewka (*t-ra Strophanthi*) najlepsze oddaje usługi w praktyce lekarskiej. Stosowałem też kilka razy roztwór czystej strofantyny [1:1000] w dawkach $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{30}$ gran. *pro dosi*, nie byłem jednak w stanie stwierdzić jej wyższości nad nalewką; zdaje się nawet, że moczopędne działanie strofantyny było mniej wydatnem, niż nalewki. [G. SÉE jest przeciwnego zdania].

Do podskórnego użycia strofantyna mało się nadaje, ponieważ po zastrzyknięciu jej powstaje bardzo silny ból, zaczerwienienie, nacieczenie sąsiednich części, co łatwo może doprowadzić do ropienia.

Co się tyczy pytania, który z przetworów strofantu powinien być w praktyce stosowanym, to niedawno w Akademii Paryzkiej odbywały się żywe rozprawy. G. SÉE obstawał głównie za użyciem czystej strofantyny, na wzór digitaliny, kofeiny, chininy i t. d., gdy tymczasem BUCQUOY, DUJARDIN-BEAUMETZ i wogóle większość praktyków stanęła po stronie nalewki. Twierdzą oni, że chociaż z teoretycznego punktu widzenia słuszność leży po stronie G. SÉE, to jednakże w praktyce okazuje się inaczej, a mianowicie, że przetwory, przygotowane z całej rośliny, jak np. nalewka z nasion strofantu, napar z liści naparstnicy i t. p., lepsze dają wyniki, aniżeli sam pierwiastek działający [strofantyna, digitalina i t. d.].

Na zakończenie swej pracy, chciałbym jeszcze odpowiedzieć na dwa często stawiane pytania:

1. Czy strofant przewyższa naparstnicę? Odpowiedzi łatwo się domysleć z tego, co dotychczas było przytoczonem. Jakkolwiek w oddziaływaniu na mięsień serca strofant przewyższa naparstnicę, to jednakże ze

względu iż ta ostatnia działa jednocześnie na serce i na naczynia, wpływ jej jest tak potężny, że ani strofant, ani żaden z dotychczas t. zw. leków sercowych nie był w stanie zająć jej miejsca, ani jej dorównać. Z tego jednak nie wypływa, abyśmy strofantowi nie przyznawali ważnego znaczenia w leczeniu chorób serca, chcieliśmy tylko zaznaczyć, że inną sferę działania posiada naparstnica, a inną strofant. Sformułować to można w ten sposób, iż strofant ma więcej stymulujące, a naparstnica tonizujące działanie.

2. Z kolei następuje się drugie pytanie: dla czego, pomimo bardzo licznych prac o strofancie, zdania co do leczniczej jego wartości są różne, a nawet wręcz sobie przeciwne? Na to składa się kilka przyczyn: a) niedokładność samej obserwacji i szybkość, z jaką się zdanie wygłasza o działaniu leku na mocy kilku zaledwie spostrzeżeń, b) nie wyróżnianie właściwości danego przypadku i podciąganie pod jedną kategorię różnych postaci chorób serca, co znowu do błędnej statystyki prowadzi, c) brak dokładnego pojęcia o patologii krążenia. Większość lekarzy, mając przed sobą niewyrównaną wadę serca, sądzi, że jedyną i wyłączną drogą do usunięcia zaburzeń cyrkulacyjnych jest wzmocnienie działalności serca, t. j. zwiększenie siły popędowej, tymczasem do zmniejszenia oporów nie przywiązują żadnej wagi, albo tylko nieznaczną. Wina w takim razie nie zależy od strofantu, tylko od nieodpowiedniego zastosowania jego. Znajomość znowu zmian anatomo-patologicznych, jakie przy długotrwałych zaburzeniach krążenia w różnych narządach i we krwi zachodzą, wyjaśnia nam, dla czego dany środek, działający na serce, okazuje się bezskutecznym; jeśli zmiany w tkankach zaszły tak dalego, iż ustrój popadł w stan charłactwa, to wzmoczenie czynności serca nie zapobiegnie katastrofie: chory w takich razach umiera nie wskutek asystolii, lecz wskutek ogólnego wycieńczenia. d) Ważną wreszcie przyczyną różnej skuteczności leku bywa niejednakowa zawartość strofantyny w nasionach, a nawet puszczanie w handel nasion, które już poprzednio służyły do przygotowania nalewki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. W. Macewen [Glasgow]. Chirurgija mózgu i rdzenia kręgowego.

Autor opiera się wyłącznie na swoim osobistym doświadczeniu i traktuje przedmiot ze strony klinicznej. Zasluguje na uwagę bogata kazuistyka autora, którą podajemy:

A) Chirurgija mózgu.

1. Ropień w zawoju BROCA. Chory dostał nagle drgawek po prawej stronie ciała; podczas drgawek utrata przytomności. Po ustaniu drgawek — przez dwie godziny istniał bezwład połowiczny prawy i afazyja. Następnie te objawy stały się mniej jasnemi. Rozpoznawano ropień w bezpośrednim sąsiedztwie zawoju BROCA. Przypuszczano, że zawój BROCA, znajduje się w obrębie pasa zapalnego, otaczającego ropień [inaczej afazyja byłaby stałą]. MACEWEN proponował operację.

Zwołano naradę lekarską, której wynikiem było odrzucenie operacji, proponowanej przez MACEWEN'a. W 36 godzin potem chory dostał drgawek i umarł. Po śmierci rodzina pozwoliła wykonać operację, jak na żywym. Zrobiono trepanację, wprowadzono nóż przez 3-i zwój czołowy na głębokości $\frac{1}{2}$ cala. Wypłynęła ropa, świadcząca o prawdziwości rozpoznania: ropień wielkości jaja gołębiego umieszczony był w białej substancji drugiego i trzeciego zawoju czołowego.

2. Wylew krwawy pod oponą twardą.

Młody chłopiec w 6 dni po upadnięciu na głowę miał szereg drgawek. Drgawki zaczynały się po lewej stronie twarzy, stopniowo przechodząc na lewą rękę i lewą nogę. Przytomność podczas drgawek zachowana.

Po ustaniu drgawek pozostawał niedowład lewej połowy ciała, bez zmian w czuciu.

Następnego dnia powtórzyły się drgawki w takim samym porządku, ale trwały dłużej i stały się wreszcie drgawkami ogólnymi z utratą przytomności.

Rozpoznawano zajęcie średniej i dolnej części zawojów wstępujących, ponieważ ośrodki twarzy i ręki najpierw były dotknięte. Sprawa miała niewątpliwie charakter podrażnienia, który mógł być łatwo spowodowany przez obrażenie mózgu, przyczem objawy pozwalały umiejscowić ją w dolnej części brzozy ROLAND'a. Postanowiono drogą operacyjną dotrzeć do tej części mózgu. Zaraz po ogoleniu głowy dostrzeżono małą, zaledwie widoczną nierówność w sklepieniu czaszki w pobliżu szwu wieńcowego. Po przecięciu skóry znaleziono szparę wzdłuż szwu wieńcowego. Tu zrobiono trepanację trochę poza linią uszno-ciemieniową na połowie drogi między przewodem słuchowym zewnętrznym i ciemieniem. Punkt ten odpowiadał tylnemu końcowi szczecinowatego złamania. Nie znaleziono krwi między oponą twardą i kością; opona twarda miała tylko bardzo ciemną barwę. Otworzono oponę i wtedy wypłynęło około 2 uncj skrzepłej krwi z jamy podoponowej.

Po bezgorączkowym przebiegu pooperacyjnym chory odzyskał władzę w lewej ręce i cieszy się dotąd doskonałym zdrowiem.

3. Guz opony twardej nad zrazem czołowym.

Pewien chory miał mały guzik, umieszczony w sklepieniu lewego oczodołu. Guzik był już raz usunięty, ale wkrótce zjawił się znów. Jednocześnie zjawily się następujące objawy: stałe zwężenie lewej źrenicy, osłabienie inteligencji, tępość umysłowa, ból głowy. To wskazywało na prawdopodobne cierpienie lewego zrazu czołowego. Chorego oddano pod ciągłą obserwację inteligentnej dozorczyńni. W kilka tygodni zjawily się drgawki. Drgawki te z samego początku zjawily się tylko po stronie prawej, ograniczając się do twarzy i ręki, następnie wzięła w nich udział i noga, a w końcu całe ciało, przyczem następowała zupełna utrata przytomności. Teraz można było napewno rozpoznawać zajęcie dolnej i średniej części zawojów wstępujących. Zrobiono trepanację i znaleziono na oponie twardej guz, który wywierał ucisk na mózg. Guz usunięto wraz z oponami, które były w tem miejscu zajęte przez nowotwór. Chory wyzdrowiał i wrócił do pracy. W 8 lat później zmarł na chorobę BRIGHT'a. Badanie pośmiertne mózgu przekonało, że guz nie rósł dalej. Przypadki te ogłosił MACEWEN w latach: 1876—1879.

W r. 1881 MACEWEN operował ropień, umiejscowiony w zrazie skroniowo-klinowym (*temporo-sphenoideus*) i chory doznał pewnej ulgi, ale wkrótce umarł z wycieńczenia.

W r. 1883 MACEWEN operował trzy przypadki: wylew krwawy wewnątrzczaszkowy, gumat w zraziku przyśrodkowym (*lobul. paracentralis*), wylew krwawy do substancji jednego z zawojów wstępujących. Trzy te przypadki rozpoznano na mocy objawów ruchowych; wszystkie operowano z wynikiem pomyślnym.

Dalszy ciąg kazuistyki obejmuje następujące przypadki.

8. Epilepsyja JACKSON'a z powodu torbieli w ośrodku twarzowo-językowym. Usunięcie torbieli. Wyzdrowienie. Mężczyzna 22-letni miał drgawki w języku, w prawej stronie twarzy i w prawej stronie szyi (*platysma*). Drgawki powtarzały się co 5 minut i trwały od 2—3 min.. Po ustaniu drgawek, nastąpił bezwład części, uległych drgawkom. Przytomność ciągle była zachowana. Przed 8 laty chory był uderzony w głowę, od tego czasu czuł osłabienie w prawym ramieniu, chociaż to mu w pracy nie przeszkadzało. Oczywiście, istniało ognisko w dolnej części zawojów wstępujących. Chodziło tylko o to, czy i dolna część zawoju wstępującego ciemieniowego (*v. g. centralis posterior*) bierze udział w cierpieniu. Drgawki mięśnia podskórnego (*platysma*) zależą zwykle od podrażnienia tego zawoju, ale z drugiej strony *platysma* otrzymuje często gałązki od n. twarzowego, tym sposobem do wytłumaczenia powyższych objawów wystarczało przypuszczenie podrażnienia zawoju wstępującego czołowego (*v. g. centralis anterior*). Po dokonaniu trepanacji w dolnej części zawoju wstępującego czołowego znaleziono torbiel wielkości orzecha laskowego, leżącą częścią w istocie szarej, częścią — w białej i otoczoną niewielkim pasem zapalnym. Przy wyluszczeniu torbieli chory dostał drgawek w tej samej grupie mięśni, co na początku choroby. Z usunięciem torbieli drgawki ustały i więcej już nie powróciły. Znikł zupełnie bezwład n. twarzowego, a siła w prawej ręce stopniowo się zwiększała. Prawdopodobnie torbiel musiała wywierać ucisk na średnią część zawoju czołowego wstępującego [mięśnie kończyny górnej].

9. Kurcz palucha, poprzedzony przez objawy ze strony czucia, jako wskazówka umiejscowienia ogniska chorobowego w mózgu. 7-letnia dziewczynka ulegała częstym napadom drgawek miejscowych z następczemi objawami bezwładu w różnych częściach ciała. Na początku pierwszego napadu chora doznała uczucia tak przykrego bólu w prawym palcu, że nie mogła się wstrzymać od krzyku. Wkrótce potem dostała w tym palcu kurczu, trwającego przez 5 minut. Niekiedy napad na tem się kończył. Częściej jednak następowały drgawki kloniczne w mięśniach prawej stopy, goleni i biodra. Czasem znów drgawki występowały w mięśniach tułowia, czasem po prawej stronie twarzy i w prawej kończynie górnej. Rzadziej już te objawy miały miejsce po stronie lewej, ale wtedy dziecko traciło przytomność. Czućcie skórne nie było nigdzie zniesione. Ten ostatni fakt w połączeniu z drgawkami, ograniczonymi do pewnych grup mięśniowych, kazał przypuszczać, że miano do czynienia z cierpieniem kory mózgowej. Ból w prawym palcu z następczemi drgawkami tonicznymi i klonicznymi w tym samym palcu, drgawkami, obejmującymi następnie całą kończynę dolną, wskazywał na podrażnienie górnej okolicy zawojów wstępujących. Stan zdrowia chorej i dane dziedziczne przemawiały za sprawą gruźliczą i to wieloogniskową. Zrobiono trepanację. Z początku dostrzeżono tylko kilka gruzełków wielkości ziarnka prosa, leżących koło naczyń. Jednakże po bliższym zbadaniu zawojów wstępujących [palpacja], znaleziono w górnej części zawoju wstępującego ciemieniowego (*g. centralis posterior*) ograniczony guziczek wielkości orzecha tureckiego. Był to gruzełek, który z łatwością został wyluszczonym. Bezpośredni następstwem operacji były długie bezładne (*of an erratic kind*) drgawki w mięśniach prawej połowy ciała, głównie ręki i nogi.

Drgawki te trwały przez cały tydzień, poczem stopniowo ustąpiły. Przez cały już rok nie było drgawek ani razu i chora ma się zupełnie dobrze.

10. Bezwład kończyny górnej i dolnej. Torbiel w górnej części zawoju wstępującego. 3-letni chłopiec po uderzeniu w głowę stracił władzę w ręce i nodze. W 8 miesięcy wykonano trepanację i znaleziono pod oponą twardą torbiel, która wywierała ucisk na zawoje ruchowe, jak również odłamek wewnętrznej blaszki kostnej, który przeniknął do mózgu.

Po usunięciu kości i wyluszczeniu torbieli chory odzyskał władzę w obu kończynach, pozostał jednak lekki niedowład.

Powyższe przypadki, wraz z przypadkami GODLEC'a, HORSLEY'a i innych dowodzą, że objawy ze strony ruchu dostarczają cennych wskazówek do umiejscowienia cierpień mózgowia w zawojach pośrodkowych.

Obrażenia mózgu poza sferą ruchową (*zona motoria*) mogą być rozpoznawane z objawów sfery zmysłowej, jak o tem poucza następujący przypadek:

11. Ślepota psychiczna, jako objaw obrażenia zawoju kątowego (*g. angularis*).

Pewien chory w rok po uderzeniu w głowę dostał ciężkiej melancholii z popędami morderczymi, w czasie których chciał zabijać żonę, dzieci i otaczających. Napady tego rodzaju kończyły się zwykle bardzo silnym bólem głowy bez ścisłego umiejscowienia. Poprzednio człowiek ten był zdrow zupełnie. Nie znaleziono żadnych zaburzeń w sferze ruchowej. Tylko przy troskliwym wypytywaniu wyszło na jaw, że chory bezpośrednio po uderzeniu cierpiał na psychiczną ślepotę przez dwa tygodnie. Objawy tej ślepoty polegały na tem, że chociaż chory mógł widzieć w sensie fizycznym, obrazy widziane nie wywoływały w jego umyśle właściwych wyobrażeń. Tak np. za pomocą wzroku nie był w stanie policzyć palców własnej ręki, chociaż przez wprawę i przez dotykanie mógł to osiągnąć. Innym razem chciał przeczytać książkę, którą zwykł był czytywać przed chorobą. Wiedział, gdzie książka leży, znalazł ją, wziął do ręki, widział litery i wyrazy, ale były to dla niego niezrozumiałe symbole, których nie rozumiał. Te właśnie objawy dały klucz do rozwiązania zagadki, jaka mianowicie część mózgu uległa obrażeniu. Zrobiono trepanację w miejscu, odpowiadającem zawojowi kątowemu ¹⁾. Okazało się, że blaszka wewnętrzna kości czaszkowej, oderwawszy się od zewnętrznej, wywierała ucisk na część tylną zawoju kątowego, a koniec jej przeniknął do przedniej części zawoju kątowego. Blaszkę usunięto i chory, lubo zachował pewną nienormalną pobudliwość, pozbył się popędów morderczych nazawsze.

Niekiedy, drogą wyłączenia, udaje się rozpoznać obrażenie takich części mózgu, które mogą ulegać rozległym zniszczeniom, nie sprowadzając żadnych charakterystycznych objawów. Widzimy to z następującego przypadku.

12. Ropień w zrazie skroniowo-kliniowym. Chory, u którego podejrzewano ropień w mózgu, miał po lewej stronie opadnięcie powieki, rozszerzenie źrenicy, niedowład wszystkich mięśni ocznych z wyjątkiem mięśnia prostego zewnętrznego. Po prawej stronie bezwład mięśni twarzowych niezupełny, przyczem chory nie zamykał prawego oka podczas snu, lubo mógł to wykonać przy wysiłku woli. Prócz tego istniał niedowład prawej kończyny górnej, który na kilka godzin przed operacją przeszedł w bezwład zupełny. Kończyny dolne normalne. Żadnych objawów ze strony czucia. Z objawów powyższych wyprowadzono wnioski następujące: 1) Obrażenie musi być rozległe, skoro dotyka trzeciej pary i dolnej połowy zawojów wstępujących; 2) nie może zajmować jedynie sfery ruchowej, gdyż porażone byłyby kończyny dolne; a *fortiori* nie może być dotkniętą odnoga mózgowa (*crus cerebri*), gdyż objawy byłyby rozleglejsze i porażoną najpierw byłaby noga, w końcu dopiero twarz. Namiot mózdzku zapobiegłby uciskowi na most. 3) Torebka wewnętrzna nie mogła być siedliskiem tak rozległej sprawy, a gdyby tak było, musiałby nastąpić bezwład połowiczny. 4) Chociaż cały pień nerwu trzeciej pary był zajęty, istniał tylko niedowład, co zapewne zależało od ucisku. 5) Sprawa zajmowała stopniowo sferę ruchową z dołu ku górze, co prawdopodobnie było wynikiem ucisku i jego następstw. Jedyne miejsce, którego obrażenie mogło

¹⁾ Patrz rysunek szematyczny w artykule GAJKIEWICZA: „Najnowsze poglądy na fizjologię mózgu.“ Gaz. Lek. 1888. Nr. 39.

wywołać wszystkie opisane wyżej objawy, był z r a z s k r o n i o w o - k l i n o w y. Po zrobieniu trepanacji znaleziono w białej substancji tego zrazu ropień, z którego wypłynęło około 3 uncji ropy. Po opróżnieniu ropnia wszystkie objawy zniknęły. W 3 tygodnie rana była już zupełnie zagojoną.

Kazuistyka MACEWEN'a ogółem obejmuje 21 przypadków trepanacji, podjętej w przypadkach złamań czaszki, lub innych doraźnych skutków urazu mózgu. Z tych przypadków trzy tylko skończyły się śmiercią. W każdym przypadku śmiertelnym operację wykonywano *in extremis*. W przypadku pierwszym ropa z ropnia mózgowego dostała się do bocznych komórek. w drugim nastąpił zator bocznej zatoki, a za nim ropnica i *pneumonia septica*. W przypadku trzecim nakoniec była duża torbiel podobonowa na jednej półkuli; druga półkula uległa rozmiękczeniu i obrzękowi. Z 18 przypadków pomyślnych, 16 dotąd żyje i pracuje; z dwóch pozostałych — jeden zmarł w rok po operacji na chorobę BRIGHT'a, drugi w 47 dni na gruźlicę kiszek.

B) Chirurgia rdzenia kręgowego.

Ta część kazuistyki MACEWEN'a, lubo mniej bogata od poprzedniej, przedstawia kilka ciekawych, a w dodatku p o m y ś l n i e zakończonych przypadków. Przytaczamy najcharakterystyczniejsze:

Guz łączno - tkankowy wewnątrz kanału kręgowego, wywierający ucisk na rdzeń na wysokości VI kręgu grzbietowego. Wycięcie guza wraz z blaszką kręgową. Wyzdrowienie. 9-10 letni chłopiec od lat dwóch miał całkowity bezwład kończyn dolnych, bezwład zwieraczy kiszek prostej i pęcherza.

Kończyny dolne były chłodne, sine i znajdowały się ciągle w stanie spastycznym. Przed 3 ma laty dostał *kyphosis angularis* między 5 i 7 kręgiem grzbietowym. Leczenie za pomocą wyciągania nie przynosiło pożytku. Wobec tego, że objawy ucisku rdzenia występowały s t o p n i o w o, przypuszczano nowotwór. Po usunięciu ściany tylnej kręgów 5 — 6 i 7 między kością i oponą twardą, znaleziono włóknisty nowotwór grubości $\frac{1}{8}$ cala, ściśle zrośnięty z oponą i pokrywający $\frac{2}{3}$ jej obwodu. W 24 godzin po wycięciu guza kończyny straciły swój siny kolor, stały się cieplejsze, zmniejszyła się sztywność, powracało stopniowo czucie. W 8 dni potem chory odzyskał władzę w kończynach i panowanie nad pęcherzem i kiszka prostą. Po 6 miesiącach mógł chodzić bez pomocy, a w parę lat później robił kilkomilowe przechadzki, grał w piłkę i t. d..

Dwa jeszcze podobne przypadki zakończyły się również pomyślnie przez operację. Dwa zaś inne, zależne od gruźlicy, zakończyły się śmiercią.

W końcu MACEWEN przytacza przypadek, w którym po silnym urazie ostatniego kręgu grzbietowego u 20-letniego mężczyzny wystąpiły objawy bezwładu kończyn dolnych i bezwładu zwieraczy. W 5 tygodni po urazie wystąpiły objawy spastyczne i odleżyny. Po zrobieniu operacji, znaleziono złamanie łuku 12 kręgu grzbietowego, prócz tego guz łączno-tkankowy między tym kręgiem i oponą. Po usunięciu guza nastąpiła stopniowa poprawa. Obecnie chory jest już zdrow zupełnie.

(*Brit. Med. Jour.* August. 1888.)

A. Puławski.

37. Gałęzowski. O oddzieleniu ciątka szklistego.

Oddzielenie takie u tylnego bieguna gałki pierwszy wykazał H. MUELLER [1856], a za nim IWANOW [1869] w wyłuszczonych gałkach ocznych, które uległy traumatycznemu uszkodzeniu, a również w takich, które nader wyraźnie odznaczały się krótkowzroczną budową. Słynny mistrz na polu okulistyki, ziomek nasz, prof. GAŁĘZOWSKI, był pierwszym, który podał w swym cennym wykładzie chorób ocznych (*Traité des maladies des yeux*, 2-e éd. 1875, p. 535), kliniczne cechy rozpoznawcze tego cierpienia. Ostatecznie KNAPP na zasadzie tych cech

rozpoznał w jednym przypadku to cierpienie, a badanie pośmiertne stwierdziło zasadność tegoż rozpoznania, opartego na objawach przy wzniernikowaniu wi-
docznych.

W niniejszej pracy prof. GAŁĘZOWSKI podaje opis przypadków tego cierpie-
nia, jakie miał możność dokładnie spostrzegać.

Zestawiając te obserwacje, dochodzimy do przekonania, że one różnią
się jedynie co do stopnia rozwoju opisywanego cierpienia. Przy pobieżnem ba-
daniu możnaby na chwilę zawahać się, czy nie ma się do czynienia z oddzieleniem
siatkówki, lecz wpatrzywszy się dokładniej w szczegóły klinicznego obrazu, na-
tychmiast zauważymy cechy — subtelne, co prawda, dostateczne jednak do umo-
żliwienia różniczkowego rozpoznania danej sprawy chorobowej.

Ze względu, że obszernie dzieła, opisujące choroby oczne, nawet w naj-
nowszych wydaniach pomijają w zupełności kliniczne znamiona tego cierpienia,
przytoczyć należy opis przypadków, ostatnio przez autora starannie badanych:

M. M., urzędnik, 50 lat wieku liczący, zasięga porady u prof. GAŁĘZOW-
SKIEGO co do prawego oka, którem od tygodnia znacznie gorzej widzi. Pacjent
oddawna jest krótkowidzem, od wielu lat używa okularów o soczewkach wkle-
słych — 14,0 D.. Badanie cierpiącego oka wskazuje, że napięcie prawej gałki
ocznej jest nieco zwiększone. Zrenica tegoż oka zdaje się być trochę mniej
wrażliwą na światło, niż zrenica po drugiej stronie. Siła wzroku jest znacznie
zmniejszoną. Chory jest zaledwie w stanie odczytać N. 2 ze skali GAŁĘZOW-
SKIEGO; utrzymuje nadto, że wogóle wszystkie spostrzegane przedmioty są źle
zarysowane, kontury ich niewyraźne, litery spływają razem, jak gdyby w wodzie
były zatopione, ostatecznie kołyszają się i falują. Granice pola widzenia prawego
oka są dosyć wyraźnie spółśrodkowo zwężone, znacznie jednak od strony noso-
wej; rozległość pola widzenia w kierunku poziomym wynosi 25 centymetrów,
w pionowym zaś 12 ctm.. Chory rozpoznaje jak najlepiej wszystkie barwy.

Badanie wzniernikowe. Oświetlając wzniernikiem wnętrze oka,
spostzegamy wkoło tarczy nerwu wzrokowego znaczne obszary zanikłej naczyni-
niówki, dotykające do tylnego garbca. W odległości jednej średnicy tarczy ner-
wu wzrokowego od tejże widać szarawo zarysowany łuk, otaczający $\frac{2}{3}$ obwodu
tarczy zewsząd w tejże samej odległości. Ta półksiężycowa plama odznacza się
wyraźnymi zarysami od strony zewnętrznej, podczas gdy jej wewnętrzna granica,
skierowana ku tarczy, nie jest wyraźnie odznaczoną. Plama ta wystaje naprzód
tak, że naczynia siatkówki wydają się haczykowatemi w okolicy tego łuku
ciemnego.

W pewnych chwilach część siatkówki, przyległa tarczy, jest wyraźniej wi-
działną, w innych zaś zdaje się być jakby zasłoniętą.

Kierując światło, odbite od wzniernika, z góry w dół, lub też ze strony pra-
wej w lewą, spostrzegamy, że półksiężycowa plamka szara przesuwą się znacznie
szybciej, niż widzialne części tarczy oraz siatkówki; to dowodzi, że łukowa pla-
ma istnieje nie w tejże płaszczyźnie, co błona siatkowa i że jest bliższą soczewki,
niż siatkówka.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to, zdaniem prof. GAŁĘZOW-
SKIEGO, osłonka szklista, odsunięta ku przodowi przez ciecz surowiczą.

Wiele tu znajdujemy cech, tak w rodzaju zбочeń czynności przyrządu wzro-
kowego, jak i we wzniernikowym wyglądzie dna oka, które zdawały by się upra-
wniać do uznania tej sprawy chorobowej za oddzielenie siatkówki. Lecz ostatnio
wspomniane cierpienie zwykło zajmować i obwodowe części dna oka, następnie —
chorobowo oddzielona siatkówka nie bywa zazwyczaj w tym razie kulisto wy-
pukłą ku przodowi, gdyż wskazuje na swej powierzchni połyskujące fałdy, prę-
gi i rysy, dosadnie znamionujące to cierpienie. Oddzieleniu ciała szliskiego zaś
w zupełności odpowiadać może wygląd kulistego wypuklenia ku
przodowi, spostrzegany przy wzniernikowaniu; zaś haczykowaty wy-

główną przyczyną jest tu skutkiem odmiennych warunków załamывania światła, uwidoczniających się szczególnie wyraźnie u granic oddzielenia ciała szklistego. W rzeczy samej, łatwo spostrzedz przezroczyste ciało kuliste, przed powierzchnią siatkówki położone, które, przy poruszeniach wzniennika, zdaje się szybciej przesunąć niż części dna oka, co dowodzi, iż te ostatnie głębiej leżą.

Ostatni z podanych przez autora przypadków jest w całości najzupełniej podobny do wyżej opisanego z tą różnicą, że cierpienie jest w wyższym stopniu rozwinięte: kuliste wypuklenie ponad powierzchnią siatkówki jest tu znaczniejszem, a zarazem osłabienie wzroku więcej wyraźnem. Sprawa chorobowa wystąpiła samodzielnie w oku nader krótkowzrocznem [$M - 18,0 D$]; chory używał soczewek wklęsłych od lat wielu.

Ten obraz wzniennikowy danej choroby ¹⁾ oraz uprzytomnienie następujących cech oddzielenia ciała szklistego umożliwi w każdym razie rozpoznanie tego cierpienia.

1. Ta sprawa chorobowa występuje w oczach o budowie wydatnie krótkowzrocznej.

2. Rozlany zanik naczyńki jest w takim przypadku najbardziej rozwiniętym w tylnym odcinku gałki ocznej.

3. Ten zanik naczyńki może nie istnieć, skoro oddzielenie ciała szklistego jest następstwem operacji usunięcia zaćmy w razie, w którym znaczna utrata cieczy szklistej wydarzyła się.

4. Oddzielenie ciała szklistego występuje raptownie.

5. Pole widzenia jest tu zwężone współśrodkowo, choć w znaczniejszym stopniu od strony nosowej.

6. Siła wzroku jest zmniejszona. Widziane przedmioty zdają się kołysać i spływać razem, są źle zarysowane, jakby w wodzie zatopione.

Cierpienie to jest nader poważnej natury. Prof. GAŁĘZOWSKI twierdzi jednak, że omawiana choroba nie tak często, jakby sądzić należało, wikła się z oddzieleniem siatkówki.

Niepomyślne w każdym razie rokowanie przy tej sprawie chorobowej winno być zawsze w pamięci naszej przy usuwaniu zaćmy z oczu krótkowidzów. Nareszcie należy stale podejrzewać obecność tego cierpienia w oczach, uległych traumatycznemu uszkodzeniu, skoro tylny odcinek tychże był uprzednio dotkniętym sprawami chorobowymi poważniejszego rodzaju.

Leczenie. Prof. GAŁĘZOWSKI jest przeciwnym wyczekującemu zachowaniu się ze strony lekarza wobec tej choroby. Będąc zdania, że tu całe ciało szkliste wraz z powłoką oddziela się u tylnego bieguna oka, uważa za pożyteczne dokonywanie w tym razie przekłócia gałki ocznej w celu zaprowadzenia komunikacji między torebką, która powstała u tylnego bieguna, a zawartością powłoki ciała szklistego. W ostatnich czasach myśl tę prof. GAŁĘZOWSKI

¹⁾ [Sprawozdawca często spostrzegał przy wzniennikowym badaniu oczu u młodych krótkowidzów, oraz oczu, w których z czasem krótkowzroczność rozwinięła się, następny objaw, który przypuszczalnie jest najwcześniejszym symptomem oddzielenia ciała szklistego od siatkówki przez ciecz, zasklepioną przed tarczą nerwu wzrokowego. Skoro, przy wzniennikowym badaniu — szczególnie obrazu prostego wnętrza oka, rozpatrujemy tylne części ciała szklistego, wówczas spostrzega się nieraz, w wyżej podanych warunkach, w bliskości nosowej granicy tarczy nerwu wzrokowego połyskującą pręgę, w formie łuku zarysowaną; zjawisko to powstaje, sądzić można, przez odbicie światła. Chcąc w każdym przypadku, po dostrzeżeniu tego objawu, dokładnie rozpatrzeć szczegóły na dnie oka, musimy odmienić warunki optyczne badania, co nas przekonywa, że różnica między refrakcją, dna danego oka właściwą, a refrakcją okolicy, w której ten przytarczowy, połyskujący łuk, przez odbicie światła powstał, najlepiej jest widocznym, wynosić może od $0,50D$ do $4,5D$, niekiedy zaś różnica ta jest nawet znaczniejsza. Nadmienimy jednak, że to zjawisko może również występować przy znacznej wydatności [ku przodowi] włókien w nosowej części siatkówki [RANDALL] — skoro zatem te ostatnie tworzą wypukłą powierzchnię, odbijającą światło w odmienny sposób, niż sąsiednie części dna oka. D-r Br. Z.]

praktycznie zastosował u jednego ze swych chorych z nader pomyślnym wynikiem. Oto opis rękoczynu, dokonanego w tym razie. Po znieczuleniu oka za pomocą kokainy oraz po sprowadzeniu znacznego rozszerzenia źrenicy, prof. GAŁĘZOWSKI skierowywał gałkę ku nosowi, następnie zagłębiał do wnętrza oka igłę swego pomysłu (*aiguille à divisions, aiguille serpette*) w okolicy pomiędzy mięśniem prostym zewnętrznym i dolnym: wówczas, przy wziernikowym badaniu przekonawszy się, że ten instrument utkwiał w oddzielonej powłoce, prowadził tenże w kierunku z góry ku dołowi i z prawej strony ku lewej, w ten sposób rozcinając wszysko, co pod ostrze nożyka popada. Po operacji wystąpiły drobne śródoczne wybroczyny krwawe. Przez dni 15 przeszła gałka była zaczerwienioną, nastrzykniętą. W sześć tygodni po operacji stan zapalny ustąpił, dno oka rozjaśnia się. Chory rozróżnia większe przedmioty, liczy palce. Chory podlega następnie leczeniu odciągającemu (*derivantia*) i przeciwzapalnemu. Środki, rozszerzające i zwężające źrenicę są naprzemian stosowane.

Sądząc z szybko następującego polepszenia, przypuszcza prof. GAŁĘZOWSKI, że wynik ostateczny będzie znakomitym i że wyżej podany rękoczyn odda ważne usługi w leczeniu groźnej, a dotąd przez ogół okulistów milczeniem pomijanej sprawy chorobnej, którą znakomity nasz rodak pierwszy klinicznie rozpoznał.

(*Recueil d'Ophthalmologie. Avril 1889.*)

Br. Ziemiński.

38. Józef Koliński. Przyczynek do nauki o odżywianiu oka na zasadzie badań nad działaniem naftaliny na oko.

Autor jeszcze w 1887 roku postawił sobie za zadanie sprawdzić doświadczenia francuzkich badaczy: BOUCHARD'a i CHARRIN'a, DOR'a oraz PANAS'a, mające na celu wyjaśnić ciekawy objaw kataraktalnego zmętnienia soczewki u królików, którym przez pewien czas dawano do wewnątrz naftalinę. W tym celu przedsięwziął szereg przeszło 40 doświadczeń, oprócz królików, na psach, świnkach morskich i [białych] myszach, którym wprowadzał naftalinę w różnych ilościach, pod rozmaitemi postaciami i rozmaitemi drogami. Doświadczenia trwały od kilkunastu godzin do 5—7 miesięcy; wszystkie zajęły przeszło półtora roku czasu. Wyniki tych doświadczeń wypadły w wielu punktach inaczej, niż u poprzedników; zaobserwowane zostały niektóre zupełnie nowe fakty, a na całą tę sprawę rzucone zostało nowe światło, przez co dały się pogodzić sprzeczne zapatrywania poprzednich autorów na niektóre strony działania naftaliny.

Autor zauważył, iż zmiany, otrzymywane u zwierząt, zatrutowanych znacznymi dawkami tego środka, wybitnie różnią się od zmian przy zatruciu małymi dawkami w ciągu dłuższego czasu. Okoliczność ta jedna już dostatecznie wyjaśnia, dla czego jedni [PANAS] znajdowali w oczach królików t. zw. *synchysis scintillans*, podczas gdy inni [C. HESS] istnieniu tego zjawiska zaprzeczali. Ścisła obserwacja pojedynczych zwierząt, poddanych przewlekłemu zatruciu, wykazała, iż nie tylko w siatkówce i w ciele szklistem tworzą się pod wpływem naftaliny błyszczące kryształki, ale że także twory kryształiczne zjawiają się z czasem we wszystkich beznaczyniowych tkankach oka, a w tej liczbie i w rógówce, która przytem przedstawia pewne zmiany anatomo-patologiczne. Najważniejszą jednak zasługą autora jest wykazanie swoistości naftalinowego zatrucia, przez co stała się zrozumiałą patogeneza zmian nie tylko w oku, lecz i w całym ustroju.

Kliniczna obserwacja oftalmoskopowa wykazała, a badanie drobnowidzowe stwierdziło, iż pierwszym objawem patologicznym, dającym się spostrzegać w oczach zwierząt, zatrutych naftaliną, są wylewy krwi do naczyńówki. Wynaczynienia te tworzą mniej lub więcej znaczne zbiorniki krwi pomiędzy pokładem czopków i pręcików z jednej a warstwą barwnikową z drugiej strony. Jako wynik tych wynaczynień zjawia się wkrótce oddzielenie się i siatkówki i ciała szklistego.

Sprawa zaćmowa w soczewce jest wynikiem zaburzeń w odżywianiu wewnętrznych błon oka. Przy zatruciu większymi dawkami naftaliny kataraktalne zmętnienie soczewki zauważyć się daje już po kilkunastu a nawet kilku godzinach, przyczem soczewka nadzwyczaj szybko i znacznie nabrzmiewa tak, iż przybiera prawie sferyczną formę; zdarza się przy tem dość często obserwować pękanie torebki soczewkowej i to prawie wyjątkowo ścianki tylnej. Zwiększenie zaczyna się najpierw od masy korowej, która przytem rozpada się przy pomocy szczelin na wycinki różnej wielkości. Charakter naftalinowej zaćmy zbliżony jest do zaćm miękkich, a mianowicie do tak zwanej „*Chorioidal-Staar*“ [O. BECKER].

Sposób powstawania wynaczynień wewnątrz gałki ocznej pod wpływem zatrucia naftaliną dał autorowi możność objaśnienia na zasadzie praw fizycznych obiegu odżywczych płynów w tkankach ocznych w warunkach fizjologicznych. Na całkowitych przecięciach gałki ocznej u królików, które uległy ostremu zatruciu naftaliną, wynaczyniona krew z *chorioidea* zawsze kieruje się tylko ku środkowi oka, przyczem przenika spotykane na drodze przeszkody, jak np. siatkówkę i t. p.. Oczywiście, objaw ten można objaśnić tylko różnicą w ciśnieniu w naczyniówce i we środku oka, czyli w ciele szklistem. Na zasadzie swoich spostrzeżeń oraz faktów znanych z prac innych badaczy lub z patologii ocznej, autor w sposób nader prosty tłumaczy dążenie odżywczych płynów najpierw do ciała szklistego, a ztamtąd do przedniej komórki oka, zkuąd wydzielają się częścią przy pomocy przesiekania całą powierzchnią rogówki, w części przez wessanie drogą przednich żył rzęskowych.

Prócz zmian w oczach, okazało się, iż zatrucie naftaliną wywołuje zmiany we wszystkich prawie narządach ustroju; podstawą tych zmian początkowo są także wynaczynienia. Oczywiście więc zatrucie naftaliną wywołuje w ustroju jakieś usposobienie dziedziczne, które można nazwać *krwotocznem*. Prócz rozumowań teoretycznych autor przyszedł do tego wniosku na zasadzie pewnych zmian, znajdujących w czerwonych krążkach krwi.

Doświadczenia, robione na psach, świnkach morskich i myszach, przekonują, iż i te zwierzęta również jak i króliki ulegają wpływowi naftaliny, a jak przekonały doświadczenia ze zwierzętami, trzymanymi w zamkniętej przestrzeni, napełnionej parami tego środka, im mniejszy jest gatunek zwierzęcia, tem widoczniejszem jest działanie na niego naftaliny. Zresztą, takich samych zmian na dnie oka jak u królików, u tych zwierząt autor nie widział. Doświadczenia nad antracena, β -naftolem i nitronaftaliną dały wyniki ujemne co do działania tych środków na oczy.

Wyniki swej pracy autor streszcza w następnych dwunastu paragrafach:

1) Naftalina działa nie tylko na oczy, lecz jednocześnie i na tkanki wewnętrznych narządów.

2) Zmiany patologiczne, wywoływane przez naftalinę, biorą swój początek z wybroczyn.

3) Zmiany w oczach zaczynają się od wylewów krwi do naczyniówki.

4) Sprawa zaćmowa przy zatruciu naftaliną jest objawem wtórnym i znajduje się w związku ze zmianami w naczyniówce, siatkówce i ciele szklistem.

5) Naftalinowa zaćma rozwija się według modły zwyczajnych miękkich katarakt, a przede wszystkim jest ona analogiczną do zaćmy przy cukrzycy.

6) Tworzenie się katarakty przy ostrem zatruciu naftaliną powstaje nadzwyczaj szybko i przytem ma miejsce także znaczne napężnienie soczewki, jakie, bodaj, nie spostrzega się przy żadnej innej zaćmie nieurazowej.

7) Zjawianie się w początkowym okresie zaćmy nieprawidłowego astygmatyzmu daje się objaśnić w części zbieraniem się wodnistego płynu MORGAGNI'ego pod torebką, w części degeneracją na pewnych ograniczonych przestrzeniach podkapsularnej masy korowej.

8) Kryształiczne twory, znajdujące przy zatruciu naftaliną, składają się z fosforanów wapnia i tworzą się w beznacyniowych tkankach oka.

9) Twory te widzimy tylko przy przewlekłym zatruciu; w siatkówce królika tworzą się tylko w warstwie wewnętrznej [nerwowej], w rogówce zaś tylko w części środkowej.

10) Chociaż naftalinowa zaćma po dłuższym czasie w części rezorbuje się, lecz zupełnej restytucji soczewki nie udało się obserwować.

11) Zmiany w ciele szklistem pozostają zwykle *in statu quo* nawet po dłuższym czasie. Zmiany w naczyniówce i siatkówce chociaż w części znikają, lecz z przyczyn łatwych do zrozumienia powrót ich do stanu prawidłowego jest niemożliwym.

12) Odżywczy płyn w oku z naczyniówki kieruje się przez naczyniówkę do ciała szklanego, a ztamtąd dopiero dostaje się do soczewki i przedniej komórki oka. Płyn wodnisty z przedniej komórki wynosi się w części drogą prześlania przez rogówkę, w części zaś drogą wessania przez przestrzeń FONTANA'Y, przez kanał SCHLEMM'a i przednie żyły rzęskowe.

(*Pamiętnik Tow. lek. Warsz. II. 1889*).

39. Jaccoud. O suchotach pochodzenia urazowego.

Autor przytacza trzy spostrzegane przypadki, w których, w następstwie urazu, rozwinęły się suchoty płuc. I. Człowiek 35-letni w Lutym 1884 roku skutkiem stłuczenia dostał bardzo ciężkiego zapalenia płuc, które jednak skończyło się wyzdrowieniem; w Maju chory opuścił szpital w zupełnie dobrym stanie zdrowia; pozostało tylko nieznaczne stępienie i nieco trzeszczeń niewyraźnych [subkrepitacyj] w zajętem płucu; badanie na laseczniki, powtarzane przeszło dwadzieścia razy, dało wyniki ujemne; we Wrześniu 1885 r. chory zjawił się znowu lecz z rozwiniętymi już suchotami; w płwocinie obfitość laseczników; badanie pośmiertne wykazało typowy rozpad gruźliczy, szczególnie w miejscu dawnych pozostałości po zapaleniu. II. Mężczyzna 46-letni w następstwie gwałtownego wysiłku w Grudniu 1885 r. dostał krwioplucia; w cztery dni później stwierdzono zapalenie lewego płuca; przebieg był bardzo ciężki, tak ze względu na objawy ogólne jak i na sprawę miejscową; pomimo to do Stycznia 1886 r. laseczników w płwocinie nie znajdowano; zjawiły się one dopiero w połowie Stycznia i liczba ich wzrastała stopniowo aż do śmierci, która wkrótce nastąpiła. III. W Kwietniu 1889 r. przybył do szpitala mężczyzna 56-letni z bardzo już posuniętą gruźlicą, trwającą od ośmnastu miesięcy i będącą następstwem zgniecenia między dwoma wagonami; z początku po tem zdarzeniu przez dwa miesiące chory pluł krwią, — prawdopodobnem jest, że przebył wówczas zapalenie płuc; wrócił następnie na czas jakiś do swych zajęć, potem po krótkim pobycie w szpitalu wyjechał na wieś, z kąd wrócił z gruźlicą, która zapewne niezadługo go dobieje. Trzy te przypadki autor uważa za dostateczny dowód możliwości powstania suchot płucnych skutkiem urazu bez jakiegokolwiek bądź obrażenia zewnętrznego. W dalszym ciągu przytacza dawniejsze spostrzeżenia, czynione w tym samym kierunku. W 1885 r. MENDELSON (*De la phthisie traumatique*) opisał 10 przypadków, w których starał się wykazać związek przyczynowy między urazem i następczą gruźlicą. W 1885 r. BREHMER przytoczył 4 spostrzeżenia, zrobione przezeń między 1880 i 1882 r. Jak pierwszy tak i drugi z nich robili poszukiwania drobnowidzowe. W 1872 i 1879 r. LEBERT i uczeń jego SCHOLTZ ogłosili 4 przypadki, gdzie istnienie gruźlicy w następstwie urazu zostało stwierdzone oględzinami pośmiertnymi. W końcu dla uzupełnienia dodaje autor: jedno spostrzeżenie TEISSIÉ'ra z Lyonu w 1873 r., przypadki, przedstawione przez PERROUD'a z Lyonu w 1875 r. na zjeździe w LILLE, jeden przypadek CHAUFFARD'a, ogłoszony w 1881 r. i jeden QUEHEN'a w 1883 r..

Co się tyczy rozwoju cierpienia, to autor rozróżnia dwa okresy: okres krwioplucia lub zapalenia płuc, w którym laseczników nie daje się wykryć i okres właściwie gruźliczy — gdzie badanie stwierdza obecność laseczników. Uraz, mający w następstwie zakończyć się suchotami, wywołuje zwykle objawy bezpośrednie; z objawów tych krwioplucie jest najczęstszym; towarzyszy mu czasami zapalenie; czasami krwioplucia nie ma, a łącznikiem między urazem i gruźlicą staje się zapalenie płuc; w innych jeszcze przypadkach nie ma ani krwioplucia, ani zapalenia, a tylko stopniowe wycieńczenie, na tle którego rozwija się gruźlica. Przebieg bywa rozmaity, częściej szybki, niż powolny, zwłaszcza jeżeli po urazie było zapalenie; w tych przypadkach sprawa przybiera postać suchot galopujących i kończy się w trzy lub cztery miesiące; jeśli zapalenia nie było, przebieg ma być powolniejszym, rokowanie jednak nie jest przez to lepszym, w czym autor nie zgadza się z BREHMER'em, który uważa suchoty pochodzenia urazowego za mniej groźne, niż zwykle.

Stajemy więc wobec dwóch faktów: jednym jest uraz, dostateczny, aby wywołać bądź krwioplucie, bądź zapalenie, drugim — rozwój gruźlicy. Jak wykazać ich wzajemny do siebie stosunek? Wobec naszych dzisiejszych poglądów należy przypuścić zarażenie lasecznikiem gruźliczym, który znajduje grunt do rozwoju odpowiedni, ponieważ uraz, wywołując krwioplucie lub zapalenie z niezupełnem rozdzieleniem, zmniejsza tem samem odporność płuca. Jaką drogą następuje zarażenie? W większości przypadków wystarcza do tego pobyt w szpitalu i MENDELSON nie waha się przypisywać tej właśnie okoliczności roli najważniejszej. Nie wszyscy jednak chorzy przebywali w szpitalu i dlatego też autor robi przypuszczenie, że uraz, przy odpowiednich warunkach, może powoływać do życia laseczniki, już znajdujące się w płucach, jak zaziębnienie np. daje możność rozwoju pneumokoków. Potwierdza tę hipotezę przypadek BAMBERGER'a: mężczyzna 43-letni, skutkiem upadku na lewy bok, dostał zapalenia opłucnej; w płwocinie laseczników nie było; w miesiąc potem wypuszczono z opłucnej płyn surowiczo-krwawy; chory umiera; ani w płucach, ani w gruczołach oskrzelowych nie było gruzełków, tymczasem w wysięku opłucnej znaleziono je łatwo. BOLLINGER nadto przytacza spostrzeżenia z oględzin dzieci, zmarłych na odrę, u których znajdowano laseczniki w gruczołach oskrzelowych, pomimo, że płuca żadnych zmian gruźliczych nie przedstawiały. Należałoby zatem dla stanowczego rozstrzygnięcia kwestyi gruźlicy ukrytej przeprowadzić szereg badań bakteriologicznych nad ludźmi zdrowymi. Tymczasem zaś związek suchot z urazem musimy sobie tłumaczyć upośledzeniem odporności płuc i następnie zarażeniem się gruźlicą, bądź w szpitalu, bądź gdziekolwiek indziej, z zastrzeżeniem jednak możności istnienia przedtem już gruźlicy ukrytej.

W końcu kwestyi sądowno-lekarska. BREHMER i MENDELSON, wezwani o danie opinii co do związku przyczynowego suchot z urazem, postavili wnioski, obciążające odpowiedzialnością towarzystwa kolejowe, w usługach których dwaj robotnicy ponieśli uszkodzenia; trybunały odrzuciły wnioski; dzisiaj — być może — byłoby inaczej; w każdym razie jestto kwestyi interesująca.

(*La Semaine médicale*. Nr. 22. 1889).

St. Rembiefński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 19, VI, 1889, kol. DUNIN przedstawił chorego po trepanacyi, wykonanej przez kol. KRAJEWSKIEGO z powodu guza mózgowego. Opis tego wysoce ciekawego pod każdym względem przypadku będzie w całości drukowanym w naszym piśmie. Ograniczamy się do najważniejszych da-

nych dla zrozumienia dyskusji. Chory był przywieziony do oddziału kol. DUNINA z powodu nieprzytomności i drgawek. Według słów żony, taki stan zjawiał się dnia poprzedniego nagle; przedtem chory cierpiał na ból głowy. Badanie wykryło zniżenie prawej żrenicy i brak oddziaływania na światło w oku. Drgawki zjawiały się w prawej połowie ciała, podczas drgawek chory tracił przytomność, po drgawkach występowało zupełne porażenie prawej kończyny górnej i dolnej, które później ustępowało miejsca lekkiej parezie. W moczu białka nie było. Uznano chorobę za ogniskowe cierpienie kory mózgowej w okolicy ruchowej z lewej strony. Zastosowano leczenie przeciwpriymiotowe bez skutku. Wtedy przystąpiono do operacji, którą wykonał kol. KRAJEWSKI. Za pomocą trepanu usunięto 3 krążki kostne w przypuszczalnym miejscu cierpienia. Powierzchnia mózgu w danym miejscu okazała się prawidłową, dopiero na przekroju okazało się, że tu granica między istotą białą i korową jest zatarta, a tkanka przedstawia się jako czarna masa, nieściśle od zdrowej masy oddzielona. Nożyczkami usunięto kawałek, mający $2\frac{1}{2}$ cnt. długości, $1\frac{1}{2}$ cnt. szerokości i 1 cnt. grubości. Po zatamowaniu dość znacznego krwotoku [podwiązanie katgutem większych naczyń i ucisk tamponem z gazy jodoformowej], mózg pokryto płatem opony twardej, którego brzegi zeszyto katgutem, płat z części miękkich umocowano szwem węzłkowym, jedwabnym. Tym sposobem zastosowano metodę SCHEDE'go gojenia pod wilgotnym strupem krwi [bez drenów]. Rana zagoiła się *per primam* pod dwoma opatrunkami w ciągu dni 10. Po operacji chory odzyskał przytomność. Drgawek już więcej nie było. Na 2-gi dzień zjawiał się bezwład twarzy i prawej połowy ciała, a także afazyja. Objawy te, począwszy od 5-go dnia po operacji, zaczęły się zmniejszać. Obecnie chory chodzi wybornie, mówi wyraźnie, chora ręka jest znacznie słabszą od zdrowej, a ruchy w niej są cokolwiek ataktyczne.

Badanie drobnowidzowe wyciętego skrawka [kol. DUNIN przedstawił preparaty drobnowidzowe] wykazało liczne wylewy krwawe drobnowidzowe i drobnokomórkowe nacieczenie w ścianach i naokoło najdrobniejszych naczyń. Większe tętnice zmian nie przedstawiają. Zmiany znalezione, według kol. DUNINA, są natury priymiotowej, lubo różnią się od opisanych przez HEUBNER'a. RUMPF widział je 2 razy przy przymiocie mózgu. W dyskusji kol. GOLDFLAM przyznaje, że lubo kol. DUNIN sam wahał się co do rozpoznania, dobry wynik operacji dowodzi, że ona była potrzebną. Proponuje jednak, aby wobec zmian niewątpliwie priymiotowych w mózgu stosować w dalszym ciągu leczenie swoiste, gdyż chorego nie można jeszcze uważać za wyleczonego. Zdanie to podziela kol. DUNIN; co do operacji uważa ją za *ultimum remedium* dla chorego. Kol. MATLAKOWSKI zgadza się z kol. DUNINEM i KRAJEWSKIM na rozszerzenie wskazań do operacji na mózgu, podanych przez BERGMANN'a. Jesteśmy wprawdzie w zaraniu chirurgii mózgu, ale przyjdzie, według kol. MATLAKOWSKIEGO, czas, kiedy będziemy robili przekłucia do wypuszczenia wynaczynień w mózgu. W każdym razie przy zachowaniu antyseptyki i wprawie chirurgicznej, a zarazem przy dobrem rozpoznaniu już jesteśmy w stanie okazywać skuteczną pomoc w przypadkach, uważanych dotąd za nieuleczalne. Wreszcie kol. MATLAKOWSKI jest zdania, że tkanka mózgowa musi się odradzać, czego dowodem jest przypadek obecny, gdzie wróciła inteligencja, mowa i ruch. Na to ostatnie zdanie odpowiada kol. GOLDFLAM, że nie ma w literaturze żadnego opisu regeneracji tkanki mózgowej; zawsze na jej miejscu wytwarza się blizna.

Kol. KRAJEWSKI, zwracając się do rozszerzenia zakresu wskazań do operacji na mózgu, zaznacza, że dany przypadek jest dowodem, iż operacja taka może dać dobre wyniki i powinien zachęcić do częstszego uciekania się do pomocy operacyjnej w podobnych przypadkach. Kol. DUNIN przytacza obserwowany przez się przypadek, w którym choremu z objawami ucisku mózgu a podejrzeniem na ropień zrobiono trepanację; chociaż ropnia nie znaleziono, objawy ucisku mózgu przeszły i chory ma się dobrze. Takie przypadki powinny

ośmielać do operacyi na mózgu. Wreszcie kol. GOLDFLAM, TRZCIŃSKI i ELSENBERG potwierdzają rozpoznanie kol. DUNINA przymiotu mózgu w danym przypadku.

W końcu posiedzenia kol. GOLDFLAM opisał i okazał preparat tętniak aorty. Preparat ten pochodzi od chorego, który przybył na klinikę w szpitalu Ś. Ducha z objawami silnej duszności i sinicy w górnej połowie ciała i na głowie. Choroba zaczęła się przed rokiem od uczucia ściskania w szyi, duszności i sinicy. Przed 4 miesiącami wystąpiło klucie w boku, a od 2 tygodni objawy te tak się wzmożyły, że chory porzucił zajęcie. Przy badaniu znaleziono niezwykłą sinicę na głowie i szyi, brak obrzęków, nadzwyczajną duszność, na rękojęści mostka stłumienie odgłosu wypukowego, wymiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno 120—140, słabe, równoczesne z obu stron, moc obfity, niezawierający białka, ciepota ciała 39°—38°C.. Rozpoznawano guz *in mediastino anteriori*. Chory, będąc dzieckiem, przechodził przymiot nabyty. W czasie pobytu w klinice nastąpiła znaczna poprawa: zmniejszyła się duszność i sinica, gorączka ustąpiła. Przy badaniu krtani znaleziono mniejszą ruchomość prawej połowy, co odniesiono do przymiotowego cierpienia stawu nalewkowego.

Podawano choremu jod, ale duszność znowu się zwiększyła i wśród jednego z takich napadów duszności chory umarł. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w górnej części przedniego śródpiersia guz, przyrośnięty do wewnętrznego listka prawej płucnej trzewiowej. Po odpreparowaniu okazało się, że żyła podobojczykowa prawa wraz z wpadającemi do niej żyłami odłokciową (*v. basilica*) i odpromieniową (*v. cephalica*) były wypełnione szczerlnie odbarwionym skrzepem. Takimże skrzepem były zatłkane również żyły szyjowe: wewnętrzna i zewnętrzna, a także żyła podobojczykowa lewa. To wszystko zależało od zamknięcia i zarosnięcia światła żyły głównej górnej (*v. cava superior*), która była przyciśniętą do kręgosłupa od strony lewej i od przodu przez guz półkulisty, wychodzący od aorty. Guz ten okazał się workowatym rozszerzeniem aorty wstępującej. Aorta w części wstępującej była znacznie rozszerzoną, a na tylnej powierzchni przedstawiała workowate rozszerzenie, o którym była mowa, na prawo i na wysokości górnego końca tego worka znajdował się drugi worek wielkości orzecha włoskiego, który uciskał żyłę główną dolną więcej w części górnej. Wreszcie trzeci worek znajdował się powyżej pierwszego, miał wielkość orzecha tureckiego i wrastał w tchawicę, zwężając głównie lewe oskrzele. Łuk aorty nie był wciągnięty w obszar rozszerzenia aorty. Wewnętrzna powierzchnia aorty wstępującej była pokrytą nierównościami i zgrubieniami, w niektórych miejscach skostniałemi. Zastawki półksiężycowe były zdrowe, pojemność lewego serca nie powiększona, mięsień nie przerósł.

Przypadek ten jest bardzo ciekawy i rzadki, dowodzący, że zamknięcie światła żyły głównej górnej nie wyłącza możliwości życia, a nawet pewnej poprawy. Krążenie musiało się odbywać w taki sposób: zatoki żylne mózgowe łączą się ze spletem żylnym szyjowym rdzenia, który ma połączenie z żyłami międzyżebrowymi, te znowu z żyłą nieparzystą (*v. azygos*), mającą połączenie z żyłą główną dolną.

Godnem uwagi jest to, że pomimo istnienia rozlanego rozszerzenia aorty i 3 tętniaków nie było przerostu serca. Potwierdza to zdanie tych, którzy utrzymują, że sam tętniak przerostu nie wywołuje, że potrzeba do tego jednoczesnego istnienia zmian w zastawkach. Wreszcie występuje w przypadku kol. GOLDFLAMA, jako moment etyjologiczny, przymiot, który powoduje zmiany nie tylko w małych tętnicach, ale także i to dość często w aorcie. Rozpoznanie za życia, według kol. GOLDFLAMA, było niemożliwem: tętniak wychodził od tylnej ściany aorty, nie przylegał do ściany klatki piersiowej i nie dawał tętnienia. Rozszerzenie aorty nie wciągało w swój obręb łuku aorty, a więc i wielkich tętnic, nie

mogło być zatem objawów ze strony tętna, — jednym słowem brakowało objawów dla tętniaka najważniejszych.

Kol. DUNIN nadmieniał, że miał sposobność spostrzegać podobny przypadek. Za życia konstатовano nadzwyczajną duszność i sinicę górnej połowy ciała, na klatce piersiowej było mnóstwo żyłaków, znaleziono stłumienie na mostku i pod prawym obojczykiem, a także przerost serca. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono żyłę główną górną uciśniętą przez tętniak aorty. Żyła jednak nie była wypełniona skrzepem, jak w przypadku kol. GOLDFLAMA.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie i okolicach panuje obecnie epidemija biegunki krwawej [dysenterja]. Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że w celach hygienicznych lekarze głównie powinni zwrócić uwagę na dezynfekcję stołców, do czego służyć może 5% roztwór kwasu karbolowego, albo najlepiej 1% roztwór sublimatu.

— Redakcja Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [Redaktor D-r FR. JAW-
DYŃSKI] została przeniesioną na ulicę Elekoralną Nr. 4.

— Z „Przeglądu lekarskiego“ dowiadujemy się, że sprawa utworzenia wydziału lekarskiego w uniwersytecie we Lwowie postąpiła naprzód. „Przegląd“ zapowiada bliższe wiadomości w tej materji.

— Prof. KRAFFT-EBING przyjął katedrę psychjatrii w Wiedniu.

— W celu przeszkodzenia wydzielaniu się kwasu karbolowego w kropelkach z 5% roztworu wodnego tego kwasu HONSSAY radzi dodawać 5—10% gliceryny. Wiadomo, że żrące działanie kwasu karbolowego jest rozmaite stosownie do środka rozpuszczającego; i tak roztwór w bezwonnym wysoku i bezwodnej glicerynie prawie wcale nie jest żrący. Działanie żrące występuje natychmiast, skoro się doda choćby cokolwiek wody.

— Według PAVIA DI LOCATE TRIULZI, chlorek chininy jest daleko łatwiej rozpuszczalny w wodzie w obecności antipiryny, a że roztwory takie z antipiryną są trwałe, przeto nadają się do wstrzykiwań podskórnych. [Tak np. 1 gram *chin. muriat.* z 0,4—0,5 antypiryny rozpuszcza się już w 2 grm. wody przy 20—25° R. bez strącenia po ostygnięciu].

— W Pradze odbył się w Czerwcu pierwszy zjazd niemieckich dermatologów.

— Zmarł w Warszawie D-r WITALIS WILCZKOWSKI w wieku lat 58. Był przez długi czas profesorem w szkole fclczerskiej. Wydawał podręczniki przeważnie dla fclczarów.

Nadesłano do Redakcji.

KORCZYŃSKI i JAWORSKI. O niektórych dotąd nieuwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka. [Odbitka z Przegl. lek. 1889].

PRUSZYŃSKI. O okresie utajonego podrażnienia nerwów błędnych. [Odbitka z Przeglądu lekarskiego. 1889].

STACHEWICZ. Die Heilbarkeit der Kehlkopf-Schwindsucht und. deren Behandlung mit Milchsäure.

LÜDY. Ueber einige aldehydische Condensationsproducte des Harnstoffes und den Nachweis des letzteren. [Odb. z Sitzungsber. der Akademie in Wien. 1889].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumerato-
rów „Cennik nowych środków lekarskich“ Apteki Wendy i Wiorogórskiego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава, 13 Іюля 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крѣлевска Нр. 29.