

GAZETA LEKARSKA.

I. POTRÓJNA WADA SERCA

(Stenosis ostii venosi sinistri, dextri, et arteriosi sinistri).

Spostrzeżał

Dr med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Dz. Jezus.

Jakkolwiek powikłane wady zastawek serca nie należą wogóle do rzadkich, jednak niektóre z nich zasługują na wyróżnienie, już to ze względu na trudność ich rozpoznania, już też ze względu na zmiany, jakie w oddzielnych częściach serca wywołują.

Niektóre powikłania wpływają korzystnie na serce, t. j. jedna wada znosi lub w części usuwa zgubny wpływ drugiej, jak to np. zdarza się przy niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i zwężeniu ujścia żylnego lewego. Inne znowu wady, występując jednocześnie, upośledzają więcej krążenie, aniżeli gdy jedna z wad sama występuje, jak to np. ma miejsce z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i zwężeniem ujścia tętniczego lewego.

Przypadek, który poniżej podaję, zaliczyć należy do bardzo rzadkich, najprzód, iż przedstawiał trzy wady i to jednego i tego samego rodzaju, t. j. zwężenie ujść, a powtóre, iż wady te wyrównywały się wzajemnie.

B. Magdalena, lat 30 licząca, praczka, przybyła do szpitala d. 28 Lutego 1890 r., skarżąc się na ból w prawym boku, kaszel i krwioplucie. Zachorowała przed tygodniem: po trzygodzinnej łaźni parowej, wyszła lekko ubrana na wiatr. Było to wieczorem; w nocy dostała silnych dreszczy, naprzemian z gorączką, nad ranem wystąpiło krwioplucie, które przez następne dni powtarzało się kilkakrotnie. Choć gorączki nie miała, czuła się jednak tak osłabioną, iż pozostawała w łóżku. Przedtem była jakoby zupełnie zdrową, pomimo ciężkiej pracy fizycznej; reumatyzmu, ani też innych ważniejszych chorób nie przechodziła.

Budowa mierna, odżywianie słabe, wygląd limfatyczny, szczupła. Stan bezgorączkowy, tętno średniej siły, miarowe, 80. Oddech spokojny, około 22 na minutę.

W dolnej części klatki piersiowej, z prawej strony z tyłu, odgłos opukowy tępy sięga do środka łopatki; tamże słychać oddech oskrzelowy, a przewodnictwo głosu wzmożone. Prócz tego na przestrzeni tępości słychać nieliczne rżenia trzeszczące. W linii pachowej średniej tępość zaczyna się na V żebrze; tamże słychać tarcie opłucnej, a nieco wyżej bek kozi. Drżenie klatki piersiowej z prawej strony nieco słabsze, niż z lewej. U szczytu prawego płuca — oddech pęcherzykowy zaostrozony. W lewym płucu zmian ani w opukiwaniu, ani w osłuchiowaniu nie zauważyliśmy. W okolicy podobojczykowej prawej oddech pęcherzykowy zaostrozony. Płwocina dość obfita, składająca się głównie ze krwi, z przymieszką śluzu i piany. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu, nieco na lewo od linii sutkowej lewej, dość silne, jak i wogóle uderzenia serca. Przy wierzchołku — pomruk koci. Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym; prawa granica przechodzi nieco za prawy brzeg mostka; lewa znajduje się na $1-1\frac{1}{2}$ ctm. na lewo od l. s. I.; górna rozpoczyna się na górnym brzegu IV żebra. U wierzchołka słychać wyraźny szmer przedskurczowy. U podstawy serca pierwszy ton nieczysty, znaczne wzmożenie drgania tonu tętnicy płucnej.

Wątroba powiększona, wystaje na dwa palce z pod prawego podżebrza. Powiększenie śledzony nieznaczne. Język obłożony. Brzuch niebolesny. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri. Infarctus pulmonum.*

Chorej zapisano odwar sporyszu z naparstnicą.

Dnia 2 Marca. Bez zmiany.

3. III. Tętno 70. Krwioplucie mniejsze. Około dolnego kąta prawej łopatki odgłos jaśniejszy, zaledwie nieco stłumiony, jakby z odcieniem tympanitycznym, poniżej słychać bardzo liczne rżenia trzeszczące, oddech zaś nieokreślony, tylko pod pachą oddech ma jeszcze charakter oskrzelowy, tamże również liczne rżenia. Tętno 100, dość napięte. Oprócz szmeru przedskurczowego, słyszalnego u wierzchołka serca, słychać na wysokości IV żebra, w linii przymostkowej lewej, szmer skurczowy.

4. III. Tętno 80, mniej napięte, poprzeczny wymiar serca mniejszy, a mianowicie prawa granica serca nie dochodzi do prawego brzegu mostka. W dolnej części prawego płuca bardzo liczne rżenia, głównie przy wdechu. Odgłos opukowy tamże jaśniejszy, krwioplucie mniejsze.

5. III. Stan lepszy — tylko na nieznacznej przestrzeni klatki piersiowej, w okolicy dolnego kąta łopatki prawej, istnieje jeszcze stępienie, a wydech jest oskrzelowy, w pozostałej zaś części płuca słychać oddech pęcherzykowy, odgłos zaś opukowy jest nietympanityczny.

6. III. Krwioplucie nieznaczne. Chora narzeka na ból głowy. W okolicy prawej łopatki nie słychać już oddechu oskrzelowego, jest on nieokreślony, przytem dość liczne rżenia. U wierzchołka szmer przedskurczowy, wyraźny, pierwszy ton dość silny, łączy się on prawie bezpośrednio ze wspomnianym szmerem. Wymiar poprzeczny znacznie mniejszy, tak, że prawa granica znajduje się na prawym brzegu mostka.

7. III. Chora w nocy straciła przytomność i stała się zupełnie bezwładną. Ruchy w kończynach górnych, zdaje się, są zachowane; kończyny dolne w stanie znacznego osłabienia, tak, że chora na nogach utrzymać się nie może. Chorą trzeba karmić, a i to odbywa się z trudnością, z powodu, iż prędko zęby ścina. Ciepłota ciała podwyższona, 39°C ., tętno 86, dość silne. Działalność serca wzmożona. Żrenice nieco zwężone. W płucach stan ten sam. Wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}\text{C}$..

8. III. Ciepłota 38°C ., tętno 70 słabe, choć skurcze serca dość silne. Chora ciągle nieprzytomna, stęka.

9. III. Ciepłota 38°C .. Chora niespokojna, przewraca się z boku na bok, porusza rękami i nogami. Tętno 70, dość silne, działalność serca wzmożona. U wierzchołka serca słychać, oprócz szmeru przedskurczowego, krótki szmer skurczowy i pierwszy ton. Prawa granica na lewym brzegu mostka. Chora jakby nieco przytomniejsza. Ciepłota wieczorem $39,2^{\circ}\text{C}$..

10. III. Rano ciepłota 39°C ., chora przemówiła kilka słów, żądając piwa. Tętno 80, dość silne. Szmer skurczowy słychać nie tylko u wierzchołka, ale i przy lewym brzegu mostka. W dolnej części prawego płuca, z tyłu, słychać liczne rżenia i tarcie opłucnej. Chora na pytania odpowiada. Ciepłota wieczorna $39,4^{\circ}\text{C}$..

11. III. Ciepłota $39,4^{\circ}\text{C}$., chora nieprzytomna, tętno 30, dość silne. Z przodu klatki piersiowej nieliczne rżenia. Ciepłota wieczorna $39,6^{\circ}\text{C}$..

12. III. Ciepłota $39,6^{\circ}\text{C}$., z przodu klatki piersiowej bardzo liczne, głośnie rżenia, tak, że wysłuchiwanie serca jest bardzo trudne. W okolicy prawej łopatki tępość, oddech oskrzelowy i bronchofonija. Obfite poty, tętno 180—200. Sinica twarzy, rąk i nóg. O godzinie 8-ej wieczorem chora umarła.

Badanie pośmiertne wykazało: *Pneumonia cachecticorum dextra inferior. Pleuritis fibrinosa dextra*. Serce nieznacznie powiększone w wymiarze poprzecznym. Zwężenie ujścia żylnego lewego [przez które przechodzi zaledwie koniec małego palca]. Brzeg zastawki dwudzielnej mocno zgrubiał, sznurkowaty, pokryty kilkoma małymi skrzepami. Nitki ścięgnięte zrosnięte z sobą. Jama lewej komórki niepowiększona, ścianka zaś zwykłej grubości. Lewy przedsionek znacznie rozszerzony. Otwór przedsionko-komórkowy prawy zwężony [przechodzi przez niego palec wskazujący]. Jama prawej komórki prawidłowa, ścianka zaś posiada zwykłą grubość, natomiast przedsionek prawy przedstawia bardzo znaczne rozszerzenie, a ścianki tegoż mocno zgrubiałe znajdują się w stanie przerostu. Zastawki półksiężycowe zrosnięte z sobą, a węzłki ARANCYJUSZA dość mocno zgrubiałe: *stenosis ostii arteriosi sinistri*. Tętnica płucna żadnych zmian nie przedstawia. Ropne zapalenie błon mózgowych, głównie u podstawy czaszki (*Leptomeningitis purulenta basilaris*). *Infarctus lienis. Nephritis chronica mixta*.

Epicrysis. Z powyższego okazuje się, że powodem śmierci było ropne zapalenie opon mózgowych. Co się zaś tyczy zapalenia płuc, to wystąpiło ono, zdaje się, już po zjawieniu się objawów, świadczących o zajęciu błon mózgowych [utrata przytomności, zwężenie źrenic, osłabienie w sferze ruchowej, dość zna-

czna gorączka], jako powikłanie tego ostatniego — podobnie jak się to często zdarza przy innych ciężkich chorobach. W czasie zaś przybycia chorej do szpitala należało przyjąć zawał płucny, jakkolwiek objawy miejscowe zbliżone były bardzo do objawów, towarzyszących zrazowemu zapaleniu płuc; brak jednak zupełny gorączki i płwociny rdzawej, a natomiast obecność krwioplucia i wady serca, jak wreszcie dalszy przebieg choroby, utwierdziły nas w prawdziwości pierwotnego rozpoznania. Wskutek powstałego później pod koniec życia zapalenia płuc ślady zawału zostały zatarte, tak, że na sekcji niepodobna było ich odnaleźć. Najciekawsze jednak zmiany znaleźliśmy w sercu. Za życia rozpoznaliśmy zwężenie otworu żylnego lewego, gdy tymczasem sekcja wykazała jeszcze dwa inne zwężenia, a mianowicie: otworu żylnego prawego i tętniczego lewego; była to więc potrójna wada serca, tak, że tylko jedna tętnica płucna nie przedstawiała żadnych zmian. Przy pierwszym badaniu, słyszeliśmy u wierzchołka serca szmer przedskurczowy, któremu i pomruk koci towarzyszył. Powiększenie serca w wymiarze poprzecznym było dość znaczne, co wraz ze znacznym wzmożeniem drugiego tonu tętnicy płucnej wskazywało na zwężenie otworu przedsionko-komórkowego lewego. Skoro objawy zawału w płucu prawem zaczęły ustępować, zauważyliśmy także zmniejszenie poprzecznego wymiaru, tak, iż prawa granica serca znajdowała się przy lewym brzegu mostka. Oprócz szmeru przedskurczowego, słyszeliśmy na wysokości IV żebra, jużto w linii przymostkowej, już też przy lewym brzegu mostka, szmer skurczowy, który występował albo obok pierwszego tonu, albo zjawiał się na początku tegoż. Odnosiliśmy go w pewnej mierze do niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Zachodzi teraz pytanie, jakie są znaki rozpoznawcze zwężenia otworu żylnego prawego, które w naszym przypadku istniało, a którego nie domyśleliśmy się. Zwężenie to, jako samodzielna wada bez jednoczesnego powikłania z innemi, nie było dotychczas spostrzeganiem; znaki, podawane w podręcznikach, utworzone są teoretycznie, na mocy analogii ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, a więc: zanik komórki prawej, rozszerzenie prawego przedsionka, osłabienie drugiego tonu tętnicy płucnej, zastój krwi w żyłach wielkiego krwiobiegu. Prócz tego w naczyniach szyjowych powinno tętno żyłne przedskurczowe być wydatne. Wskutek jednak powikłania z wadami lewego serca, naszkicowany powyżej obraz zmienia się bardzo i utrudnia oczywiście rozpoznanie. Najczęstszem powikłaniem bywa niedomykalność lub zwężenie otworu żylnego lewego — w naszym przypadku to ostatnie miało miejsce. Działa ono w tym razie niejako wyrównywiście na wadę prawego serca i wskutek niedostatecznego odpływu krwi z płuc do lewego serca, zamiast zaniku prawej komórki, będziemy mieli przerost, lub też komórka posiadać będzie zwykłą objętość i zwykłej grubości ściankę. Zależy to od stopnia wady lewego otworu żylnego, jak również prawego. W naszym przypadku komórka prawa nie przedstawiała zaniku, ani też przerostu. Podobnież wskutek przeszkód w małym krwiobiegu ciśnienie w tętnicy płucnej nie tylko nie bywa zmniejszone, lecz nawet zwiększone, ztąd 2-gi ton tętnicy płucnej może być wzmocnionym. Stanowiło to nową przeszkodę w rozpoznaniu zwężenia ujścia żylnego lewego.

Co się tyczy objawów wysłuchowych, to te w powikłanych wadach prawego i lewego serca odgrywają podrzędną rolę w rozpoznawaniu. Ze względu na blizkie sąsiedztwo zastawek, a więc i przenoszenie się szmerów, oznaczenie miejsca ich powstawania napotyka często na wielkie trudności, przytem szmer silniejszy zagłusza inne, wreszcie w pewnych warunkach, np. przy słabszej czynności serca, szmery zniknąć mogą. W naszym przypadku szmeru przedskurczowego, któryby odpowiadał zwężeniu otworu przedsionko-komórkowego prawego, a więc na wysokości IV żebra na mostku — nie słyszeliśmy, natomiast szmer przedskurczowy u wierzchołka serca był nadzwyczaj silny i zapewne jego natężenie stało się przyczyną przygłuszenia szmeru przedskurczowego w prawej komórce.

Oprócz powyższych dwóch wad, mieliśmy i trzecią, a mianowicie zwężenie otworu tętniczego lewego, które także w pewnej mierze wyrównywiająco na serce wpływało. Mamy tu na myśli lewą komórkę, która wskutek niedostatecznego dopływu krwi, przez zwężony otwór przedsionko-komórkowy prawy, często przechodzi w stan zaniku. Lewa komórka posiada wtedy zwykłą objętość i grubość ścianek, jak to było u naszej chorej, albo też przedstawia większy lub mniejszy przerost, co od stopnia zwężenia głównie zależy. Oczywiście, że prócz tego na zachowanie się mięśnia lewej komórki wpływ wywierają przeszkody ze strony wielkiego krwiobiegu, a szczególnie nerek. W naszym spostrzeżeniu mieliśmy przewlekłe zapalenie tychże, mimo to jednak lewa komórka nie znajdowała się w stanie przerostu. Wytlómaczyć to można słabem natężeniem sprawy chorobowej w nerkach, przewagą postaci mięszonej, jak również, jak to już wyżej wspomnieliśmy, umiarkowaniem tylko zwężeniem otworu tętniczego lewego. Choć przerostu nie było, jednak czynność lewej komórki była wzmożoną, uderzenie wierzchołkowe silne, a napięcie i siła tętna dość znaczne. Te własności tętna uderzały nas przy obecności zwężenia otworu żylnego lewego.

Na uwagę również zasługuje, iż pomimo potrójnej wady serca nie zauważyliśmy w całym przebiegu niemiarowości tętna; świadczy to przeciw zdaniu tych, którzy w wystąpieniu niemiarowości chcą upatrywać znak rozpoznawczy powikłania danych wad serca nowemi. Niemiarowość skurczów serca zdaje się w takich razach mieć swe źródło nie tyle w zajęciu nowych, dotychczas zdrowych zastawek, ile raczej w sprawach chorobowych samego mięśnia i zwojów nerwowych. Być może, że i u naszej chorej, gdyby dłużej żyła, mięsień serca straciłby swoją żywotność, ruchy serca stałyby się niemiarowemi, w czasie jednak pobytu w szpitalu wyrównanie było zupełne, a tętno rytmiczne. Śmierć zaś nastąpiła nie wskutek choroby serca, lecz z powodu zapalenia opon mózgowych i zapalenia płuc.

Wreszcie dodać winniśmy, że jakkolwiek chora twierdziła, iż reumatyzmu nie przebywała, jednakże wadę powyżej opisaną uważamy za nabytą, a nie za wrodzoną.

II. PRZYZYNEK DO PATOLOGII POWIKŁAŃ ZAPALENIA PŁUC WŁÓKNIKOWEGO.

Napisał

D-r med. H. Ruppert,

b. asystent kliniki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Pozostaje nam jeszcze opis zmian rdzenia kręgowego, które rozwinęły się przy zapaleniu opon, a które można było po części zauważyć po stwardzeniu rdzenia, przeważnie zaś dopiero przy badaniu drobnowidzowem.

W protokóle sekcyjnym zaznaczono makroskopowe objawy ropnego zapalenia opony miękkiej rdzenia, o samym zaś rdzeniu wspomniano, że biała, a szczególnie szara substancja przedstawiała się przekrwioną. W celu bliższego zbadania, całą szyjową część rdzenia, po dokonaniu nacięć, włożyłem do absolutnego alkoholu. W kawałku opony miękkiej, wziętej nazajutrz do badania pod drobnowidzem, po zabarwieniu fioletem-gencyjanowym, sprawdzono obfite drobnokomórkowe nacieczenie w przestrzeniach między włóknkami tkanki łącznej, a zarazem liczne owalne, połączone po dwa, diplobacyle (*diplobacillus brevis*).

Już przy oglądaniu stwardnionego rdzenia, na poprzecznych przecięciach zauważyłem w zgrubieniu szyjowem w okolicy tylnego prawego rowu, ognisko szczególnie zmienionej substancji rdzeniowej, w postaci ostro odgraniczonej plamki blado-szarawego koloru, mającej 1 mm. średnicy. Ognisko to daje się zauważyć na skrawkach, na przestrzeni jednego cala, w kierunku dolnej części zgrubienia szyjowego, gdzie znowu występuje drugie także ognisko. Na pierwszym poziomie widać oba ogniska na jednych i tych samych skrawkach. Kawałki stwardzonego rdzenia w celu przygotowania cienkich skrawków drobnowidzowych włożyłem z początku do rzadkiej, a następnie do gęstej celloidyny.

Przy badaniu drobnowidzowem niezabarwionych skrawków, pogrążonych w wodzie lub glicerynie, rzucają się w oczy przedewszystkiem ostro odgraniczone wzmiankowane powyżej ogniska, przedstawiające się jako wysepki błyszczące, jednolitej, szklistej masy. Prócz dwóch wielkich wysepek w różnych miejscach widać i mniejsze różnej wielkości ogniska, składające się z takiej samej jednolitej masy, a nadto i rozsiane lub mniej więcej nagromadzone drobne, również błyszczące kuleczki, wyróżniające się ostro pośród prawidłowo zabarwionej tkanki rdzeniowej. Po zabarwieniu pikrokarminem szklista masa ognisk okazuje się mocno zabarwioną na różowo-czerwony kolor, w przeciwieństwie do słabszego, o właściwym odcieniu, zabarwienia zarówno białej jak i szarej substancji rdzenia. Rozsiane drobne kuleczki podobnie się barwią, choć mniej silnie, a nawet na niektórych skrawkach pozostają zupełnie niezabarwionemi. Przy bliższem rozpatrywaniu kuleczki owe okazują własności tak zwanych kulek myjeli-

nowych i ciał ziarninowych (*Körnchenkugel*). Wytwory te widać w większej lub mniejszej ilości i w oczkach łącznotkankowej siatki opony miękkiej, osłaniającej z zewnątrz rdzeń kręgowy, i szczególnie w okolicy *sulcus longitudinalis anterior*. Ogniska masy hialinowej okazują formę mniej lub więcej okrągłą, niekiedy zaś, mieszcząc się w przestrzeniach okołonaczyniowych, i zupełnie bezkształtną. Z dwóch największych ognisk, widzialnych i dla gołego oka, jedno zajmuje okolicę wierzchołka prawego przedniego rogu i przylegający przedni pęczek substancji białej, drugie mieści się w okolicy podstawy prawego tylnego rogu i przylegającej części prawego bocznego pęczka białego. Przy rozpatrywaniu pomienionych ognisk pod drobnowidzem [średnie powiększenie], przez jednolitą, jednostajnie zabarwioną masę można odróżnić, jak przez mgłę, niewyraźne kontury włókienek, a miejscami i komórek. Otrzymuje się wrażenie, jakby wzmiankowane pierwiastki morfologiczne były zatopione w jednolitej masie. Na innych znowu skrawkach cały wytwór wydaje się złożonym jakby z bryłek i niejednakowej grubości włókien o konturach niewyraźnych. Obraz drobnowidzowy wyjaśnia się dopiero, gdy skrawek zabarwiony pikrokarminem lub safraniną, po obezwodnieniu w alkoholu absolutnym, przeprowadzimy przez olejek eteryczny, najlepiej gwoździkowy: wówczas cała jednolita masa ognisk [i wogóle wszystkie drobne kuleczki, ciała ziarninowe] ulega rozpuczeniu, znika, pozostaje zaś siatka neuroglii i elementy morfologiczne, uległe jednak pewnym znaczącym zmianom. I tak, komórki nerwowe okazują mniejsze lub większe, a miejscami i bardzo znaczne zmniejszenie objętości, formę zaokrągloną, poczęści lub zupełnie pozbawioną wyrostka, wygląd wogóle więcej jednolity, jądra napęczniałe, lub przeciwnie zmniejszone, zaledwie widzialne, a nawet zupełnie zanikłe. Cylindry osiowe w wielu miejscach napęczniałe, niekiedy dochodzące [na poprzecznym przecięciu] wielkości białego ciałka krwi i w takim razie mocno zabarwione. W szarej substancji w okolicy zajętej przez ogniska na niektórych skrawkach widać i ukośne, podłużne przecięcia niejednostajnie napęczniałych cylindrów osiowych.

W obrębie ogniska brak zupełny otoczek myjelinowych, ilość rozsianych okrągłych komórek mniej lub więcej powiększona. Zmiany jednakże w komórkach nerwowych i cylindrach osiowych znajdujemy i w innych miejscach, poza obrębem ognisk. Szczególny interes budzą i tu zmiany komórek nerwowych, uległych bardzo często zmniejszeniu, to znów przeciwnie napęczniałych, zaokrąglonych, z jądrem odsuniętym ku obwodowi, lub napęczniałym, lub wreszcie rozpadłym na dość grube ziarenka. Tak zmienione komórki silnie się barwią i niekiedy odznaczają się szczególnym połyskiem. Prócz zmian opisanych, w wielu miejscach, a szczególnie w szarej substancji widać mniej lub więcej znaczną ilość rozsianych komórek okrągłych [drobnokomórkowe nacieczenie] i dość silne przepełnienie naczyń czerwonymi krążkami krwi. Kanał środkowy przedstawia się wypełnionym komórkami nabłonkowymi i drobnymi okrągłymi. Opona miękka okazuje bardzo silne nastrzyknięcie naczyń czerwonymi krążkami krwi i bardzo obfite drobnokomórkowe nacieczenie, przechodzące i na pochwę, otaczające korzenie nerwów, wychodzące z rdzenia kręgowego. Preparat, zabarwiony sposobem GRAMM'a, okazał obecność bardzo licznych drobnoustrojów,

owalnego kształtu, połączonych po dwa (*diplobacilli breves*), nie tylko w świetle naczyń *piae matris* i pośród okrągłych komórek, lecz i w naczyniach rdzenia i samej substancji tegoż.

Przed wypowiedzeniem zdania naszego o pochodzeniu mas hijalinowych w opisanym przez nas przypadku ostrego zapalenia opon rdzeniowych i samego rdzenia musimy jeszcze wspomnieć o pewnych odnoszących się tutaj mikrochemicznych odczynach. A więc w mowie będąca hijalinowa masa zarówno jak i ciała ziarninowe nie ulegały zmianom pod wpływem wody, kwasów organicznych i nieorganicznych, alkaliu, alkoholu, eteru, ksylołu, chloroformu. Natomiast olejek gwoźdźkowy wywoływał zupełne rozpuszczenie masy w mowie będącej. Odczynu na tłuszcz i amyloid nie otrzymano. Odnośnie do barwników, prócz stosunku do pikrokarmínu, zasługuje na zaznaczenie silne zabarwienie hematoksyliną na niebieski kolor z odcieniem fioletowym.

Wytworzenie mas hijalinowych w rdzeniu kręgowym niejednokrotnie było już stwierdzonem w różnych stanach patologicznych tego narządu. Po raz pierwszy wykazał je przy tęczy angielski badacz LOCKHART-CLARKE ¹⁾ i na równi z ciałami ziarninowemi uważał je za wynik zniszczenia, czyli nekrozy tkanki nerwowej. Przy tęczy również znajdował w rdzeniu kręgowym i MICHAUD ²⁾ masy bezkształtne, silnie barwiące się karminem, według zdania tego autora, będące wynikiem wysięku surowicy z naczyń krwionośnych. Zdanie to podziela BAUMGARTEN ³⁾, który widział bezkształtne hijalinowe masy w rdzeniu u człowieka przy ostrem zapaleniu rdzenia w przypadku ogólnego zakażenia przez bakteryje wąglika. Takież same zmiany rdzenia kręgowego znalazł przy wściekłości u człowieka i psów MORITZ BENEDIKT ⁴⁾ i u psów KOLESSNIKOW ⁵⁾, z tych pierwszy uważał je za wynik rozpadu i przeistoczenia czerwonych ciałek krwi, a po części i myjeliny, drugi zaś za wytwór, pochodzący z płynnych i morfologicznych składników krwi. Wreszcie HAYEM ⁶⁾ w 2 przypadkach ostrego zapalenia rdzenia widział masy koloidalne naokoło naczyń i zjawisko to przypisywał wysiękom z tych ostatnich.

Opierając się na wyniku naszych własnych badań, możemy kategorycznie stwierdzić, iż wykazane w przypadku naszym hijalinowe masy nie przedstawiają podobieństwa do zwykłych ciał białkowych. To, że znajdują się one i naokoło naczyń, wcale nie przemawia za tem, aby to miał być wysięk, ponieważ naczynia odnośne są zwykle takiego kalibru, że przez ich ściany chyba sprawa wysiękania nie mogłaby przyjść do skutku. Nadto w naszym przypadku 2 naj-

¹⁾ Cytowane według MICHAUD, zob. niżej.

²⁾ MICHAUD. Recherches anatomo-pathologiques sur l'état de système nerveux central et périphérique dans le tetanus traumatique. T. IV. 1871—72. str. 59.

³⁾ PAUL BAUMGARTEN. Ein eigenthümlicher Fall von Paralyse ascendente aigüe, mit Pilzbildung im Blut. Arch. d. Heilkunde. 1876, str. 245.

⁴⁾ MORITZ BENEDIKT. Zur patholog. Anatomie d. Lyssa. VIRCH. Arch. 1873. T. 64 i 1878. Tom 72.

⁵⁾ KOLESSNIKOW. Ueber patholog. Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks d. Hunde bei der Lyssa. VIRCH. Arch. 1881. T. 85.

⁶⁾ HAYEM. Note sur deux cas de myélite aigüe centrale et diffuse. Arch. de Physiologie norm. et patholog. 1874. str. 603.

większe ogniska wcale nie pozostawały w zależności od położenia naczyń. Tymczasem ten fakt, że po rozpuszczeniu mas hijalinowych w olejku gwoździkowym w miejscu tych ostatnich okazał się zupełny brak myjeliny, gdy w sąsiednich częściach rdzenia pierwiastek ten pozostał bez zmiany, stanowczo skłania nas do przekonania, że są to zmienione ulegające zgorzeli otoczki myelinowe. Ponieważ wytworzona z tych ostatnich hijalinowa masa prawdopodobnie za życia znajduje się w stanie na pół płynnym, łatwo więc sobie objaśnić można przemieszczenie owej masy w przestrzeniach limfatycznych i nagromadzenie w przestrzeniach okołonaczyniowych. Wytworzenie tak zw. kul myelinowych i ciał ziarninowych należy również uważać za wynik zmiany i rozpadu myjeliny, choć z drugiej strony powstawanie owych ciał może pozostawać w związku z rozpadem i innych morfologicznych składników, np. cylindrów osiowych. Pod tym względem wielką rolę mają odgrywać ciała białe, które to ciała, pochłaniając rozpadłe masy, same przeistaczają się w ciała ziarninowe i z prądem limfy przenikać mogą aż do przestrzeni łączno-tkankowych opony miękkiej, osłaniającej rdzeń kręgowy. Z biegiem czasu pomienione ciała ziarninowe zwykle dają odczyn na tłuszcz, co jednakże w naszym przypadku nie miało miejsca, ponieważ odszczepienie tłuszczu nie miało czasu się rozwinąć. Co się tyczy pęcznienia cylindrów osiowych i zmian komórek nerwowych, to zjawiska te, już przez CHARCOT'a ¹⁾ i HAYEM'a ²⁾ w analogicznych przypadkach szczegółowo opisane, musimy uważać za wyraz zmian nie proliferacyjnych, lecz przeciwnie wstecznych, do nekrozy prowadzących. Za przyczynę zmian nekrotycznych myjeliny i innych pierwiastków morfologicznych rdzenia musimy uważać — upośledzenie odżywiania pod wpływem drobnoustrojów, które w tak wielkiej ilości przenikły do naczyń odżywiających i które zarazem wywołały sprawę zapalną w rdzeniu.

III. O KRWOTOCZNEM ZAPALENIU KRTANI

(laryngitis haemorrhagica).

[Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Łódzkim, d. 22 Stycznia 1890 r.].

Napisał

Ludwik Przedborski,

ordynator szpit. starozakonných w Łodzi.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

W roku 1889 miałem sposobność spostrzegania 3 przypadków zapalenia krtani, które ze względu na powikłanie z krwiopluciem, na obecność w krtani skrępow krwawych wobec braku momentów etjologicznych, zdolnych objaśnić nam

¹⁾ CHARCOT. Sur la tuméfaction des cellules nerveuses nutritives et des cylindres d'axe des nerfs dans certains cas de myélite. Arch. de Physiologie norm. et patholog. 1871, str. 93.

²⁾ L. c.

powstawanie wynaczynień, nie trudnoby mi było zaliczyć do rzędu krwotocznych zapaleń krtani.

Po rozważeniu jednakże zarzutów, przytoczonych przez przeciwników istnienia odrębnej postaci zapalenia krwotocznego krtani, oraz po uwzględnieniu przyczyn etjologicznych, które w spostrzeżeniach moich dały początek, a zarazem w znacznym stopniu przeistoczyły przebieg cierpienia, uważam za słuszniejsze przypadki moje wytłomaczyć w tem znaczeniu, jakie krwotocznemu zapaleniu nadają MACKENZIE i SCHROETTER.

Spostrzeżenie 1. D. 2. VI. 1889. udała się do mnie po poradę panna L., nauczycielka. Chora skarżyła się na lekki ból i drażnienie w gardle, na kaszel i chrypkę. L. liczy lat 22, dobrego odżywiania, układ kostny i mięśniowy prawidłowo rozwinięty, chorób żadnych nie przebywała, miesiączkuje prawidłowo. Płuca, serce i inne narządy wewnętrzne zdrowe. Chora obciążona jest ciężką pracą: prócz bowiem 7 godzin przeznaczonych na lekcje prywatne, chwilowo kilka godzin dziennie poświęcać musi jeszcze uczennicom, przebywającym na wspólnej z nią pensyi. Przy badaniu znalazłem następujące zmiany: gardziel umiarkowanie nastrzyknięta, błona śluzowa krtani nieco obrzękła i zaczerwieniona, obie struny prawdziwe obrzmiałe, nierówne, przedstawiają się w postaci okrągłych wałeczków o aksamitnej powierzchni. Na wewnętrznym brzegu tychże znajduje się kilka drobnych skrzepów krwawych, przylegających silnie do strun prawdziwych, kilka skrzepów krwawych odnalazłem również na tylnej ścianie krtani. Wydzieliny chora odrzuca bardzo małą ilość, przyczem prawie zawsze w niej znajdują się drobne paseczki krwi. Chorej zaleciłem spokój, wziewanie 2% roztworu alunu, a dla złagodzenia kaszlu 8 proszków kodeiny po $\frac{1}{4}$ gr., 2 razy dziennie po proszku. Następnego dnia przy badaniu obraz znalazłem ten sam; podmiotowo chora czuje się nieco lepiej, kaszel pod wpływem proszków znacznie łagodniejszy. Chora, pomimo zalecanego spokoju, naraża krtani na ciągle drażnienie, utrzymując, że w obecnej chwili dawania lekcyj stanowczo zaniechać nie może. Trzeciego dnia wilgotnym pędzelkiem ostrożnie usunąłem skrzepy z zewnętrznych brzegów strun prawdziwych i tylnej ściany krtani. Po usunięciu skrzepów, na wewnętrznym brzegu strun znalazłem kilka ciemno-czerwonego koloru plamek, z których jednakże sączenia się krwi dostrzedz nie byłem w stanie. Ponieważ od wyczekującego leczenia, wobec faktu, że chora zajęć swych przerwać nie mogła, skutecznych wyników oczekiwać nie mogłem, przeto postanowiłem uciec się do przyżegań azotanem srebra, zalecając w dalszym ciągu wziewania roztworów środków ściągających i możliwe oszczędzanie głosu. Po 4-krotnem wypędzowaniu krtani roztworem azotanu srebra [9j—5j], obrzmienie błony śluzowej krtani znacznie się zmniejszyło, struny prawdziwe otęchły, przybrały swój prawidłowy, prawie biały kolor, nowe skrzepy krwawe już się nie wytwarzały. Chora po 10 dniach prawie zupełnie wróciła do zdrowia, kaszel i chryпка znikły.

Spostrzeżenie 2. D. 10. VI. tegoż samego roku szukał u mnie pomocy lekarskiej p. S., prof. miejscowego gimnazyjum. Chory wieku lat pięćdziesięciu-kilku, dobrego odżywiania, z układem kostnym i mięśniowym prawidłowo rozwiniętym, z tkanką tłuszczową podskórną nadmiernie rozwiniętą, skarży się na łechtanie i drażnienie w gardle. S. wiele pali, przez kilka godzin dziennie wykłada w gimnazyjum, prócz tego ma liczne lekcje poza domem. Płuca i serce zdrowe. Przy badaniu znalazłem: silne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, wejście do krtani nieco zwężone, błona śluzowa dolnej powierzchni nagłośni i przestrzeni międzynałekowej obrzmiała i zaczerwieniona. Obie struny prawdziwe zgrubiałe, okrągłe, silnie nastrzyknięte, również obrzmiałemi okazują się struny wrzekome, które do połowy prawie przykrywają struny głosowe pra-

wdziwe. Obecności skrzepów krwawych podczas pierwszego badania dojrzeć nie byłem w stanie. Chory wiele kaszle i odrzuca obfitą plwocinę, w której od czasu do czasu odnajduje plamki krwawe. Ostatnia ta okoliczność chorego szczególnie nabawia obawy, gdyż, będąc nieco imaginacyjnym, dręcząc się bezustannie myślą, czy nie został dotkniętym gruźlicą krtani. Tak groźnego pojęcia o naturze cierpienia swego chory powziął pod wpływem ciągłego obcowania z małżonką, od lat wielu cierpiącą na gruźlicę płuc i krtani. Choremu zaleciłem spokój, proszki z morfiny, wziewanie roztworu taniny i zakazałem palić. W przeciągu kilku tygodni stan choroby u p. S. nie uległ żadnej zmianie, chrypka się nie zmniejszała, pomimo to przebiegu choroby za niepomyślny uważać nie mogłem, gdyż chory zajęć swych nie przerwał, przeciwnie, wobec czasu egzaminacyjnego jeszcze więcej musiał rozmawiać, palenia nie zaniechał.

W połowie Lipca przy badaniu znalazłem błonę śluzową krtani jeszcze znacznie zaczerwienioną, również struny prawdziwe i wrzekome niewiele otęchły. W przednim kącie szpary głosowej, pomiędzy a po części i pod obiema strunami głosowymi odszukałem kilka skrzepów krwawych. Chory, zmęczony dłuższem nieco badaniem, silnie zakaszał, a w wyrzuconej plwocinie odnalazłem drobnutkie skrzepy krwawe. Po wykrztuszeniu skrzepów, w przednich częściach obu strun odszukałem ciemno-czerwone plamy, z których krew nie spływała. Wskutek lepszego przylegania strun prawdziwych chrypka u chorego znacznie się zmniejszyła, a poprawa ta uwydatniła się niebawem już po badaniu. Chorego jeszcze kilkakrotnie badałem, lecz skrzepów krwawych już potem w krtani nie odnajdywałem, głos chorego stopniowo wracał do stanu prawidłowego bez wszelkiego miejscowego leczenia, jedynie tylko pod wpływem spokoju, któremu chory z powodu nastania wakacyj w zupełności mógł się oddać.

Spostrzeżenie III. 15 Grudnia r. 1889 zasięgała u mnie porady lekarskiej, z powodu nagle powstałej chrypki, p. B.. Chora wysokiego wzrostu, dobrze odżywiana, z układem kostnym i mięśniowym prawidłowo rozwiniętym, liczy lat trzydzieści pięć, miesiączkuje prawidłowo, jest matką kilorga zdrowych dzieci. Chora skarża się na kaszel, na zupełny brak głosu, przyczem bólu w krtani nie doznaje. Plwocinę odrzuca w małej ilości, oddziela się ona z trudnością i zawiera często drobne strzępki i paseczki krwawe. Początek choroby chora przypisuje silnemu przeziębieniu podczas ostatniej miesiączki i nadmiernym wysiłkom głosu. Zastępując chorą siostrę, utrzymującą restaurację, chora nasza po całych dniach, a często do późnej godziny w nocy zmuszoną była przebywać w dusznej, przepełnionej dymem atmosferze i narażać głos na silne wysiłki i szkodliwości. Przy badaniu serce, płuca i inne narządy wewnętrzne okazały się zdrowymi, błonę śluzową krtani znalazłem umiarkowanie nastrzykniętą i obrzmiałą, obie struny głosowe silnie zaczerwienione, nieco obrzmiałe, a pomiędzy nimi mnóstwo drobnych krwawych skrzepów. Chorej zaleciłem spokój i wziewania 2% roztworu garbnika. Po kilku dniach przy powtórnem badaniu: obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej krtani znikło, przekrwienie strun głosowych znacznie się zmniejszyło, skrzepów krwawych między obiema strunami głosowymi odszukać mi się nie udało, głos chorej swobodniejszy, nieco dzwięczniejszy. Leczenie w dalszym ciągu wyczekujące: spokój i wziewania taniny. Po dwóch tygodniach leczenia, w przeciągu których chorą kilkakrotnie badałem, objawy zapalne w krtani zupełnie znikły, kaszel i chrypka ustały, nowe wynaczynienia w postaci skrzepów krwawych już nie powstawały, chora wróciła do zupełnego zdrowia.

Na zakończenie niniejszej pracy pozwolę sobie jeszcze słów kilka poświęcić rozbiorowi krytycznemu przypadków, których opis dla uniknięcia zbytniego rozwlekania kwestyi, starałem się możliwie zwięzłe podać.

1. We wszystkich 3 spostrzeżeniach istniały drobne wynaczynienia w postaci skrzepów krwawych, po usunięciu których w 2 przypadkach na odpowiednich miejscach w krtani występowały ciemno-brunatne plamki, z których jednakże krew nie spływała. Chorzy z wydzieliną wyrzucali mierną ilość krwi. Krwawienia krtaniowego nie stwierdziłem. Błona śluzowa krtani, prócz zmian chorobowych, pospolicie przy ostrym lub przewlekłym niezycie krtani spostrzeganych, nie nieprawidłowego nie przedstawiała. Wprawdzie wobec braku owrzodzeń lub rozpadu tkanek w krtani, po wykluczeniu uszkodzeń urazowych, lub obecności zbroceń w chemicznym składzie krwi [blednica, białaczka, gnilec, plamica krwotoczna i t. d.], przypadki te, według STRUEBING'a, należałoby zaliczyć do grupy krwotocznych zapaleń krtani; jednakże czyż tych samych warunków nie odnajdujemy i przy zapaleniach innych błon śluzowych. Wykazaliśmy już wyżej, że żadne ważniejsze powody nie upoważniają nas do przypuszczenia w ściankach naczyń krwionośnych krtani większej rozrywalności, niż w naczyniach, zaopatrujących inne narządy wewnętrzne i że wogóle, wobec ujemnych wyników sekcji w pojedynczym przypadku FAWITZKI'ego, możliwość powstawania wynaczynień na tej drodze, przynajmniej do obecnej chwili, stanowczo musi być wykluczona. Co się zaś tyczy krwawień, przychodzących do skutku przez wypacanie przez ścianki naczyń krwionośnych, to one, jak nas poucza patologija i wykazują kliniczne spostrzeżenia, wydarzają się w większej części zapaleń, odznaczających się silnem natężeniem i przewlekłym przebiegiem.

2. Przypadki, opisane przezemnie, przebiegały wszystkie pod postacią ostrego lub przewlekłego niezytu krtani. Jako stałe objawy istniały: lekki ból, łechtanie, lub drażnienie w krtani, kaszel i chrypka. W obrazie tym odnajdujemy najzwyczajwsze objawy, spostrzegane pospolicie przy wszystkich niemal zapaleniach i niezytach krtaniowych. Lekkie wynaczynienia i wybroczyny krwi stanowiły niezaprzeczenie zejście zbytniego natężenia i wysiłków krtani. Pomimo znacznego przekrwienia krtani, chorzy zupełnie się nie oszczędzali, przez 7 do 8 godzin dziennie głośno rozmawiali, narażając krtąń na trwałe drażnienie i niepokój. W tym samym kierunku oddziaływał i kaszel. Znaczna poprawa i zupełne wyzdrowienie stawały się coraz bardziej widocznymi, gdy po zastosowaniu środków narkotycznych kaszel stopniowo się zmniejszał, a spokój, jakiemu chorzy przy pomyślniejszym zbiegu okoliczności w dostatecznej mierze oddawać się mogli, uchronił krtąń od stałego drażnienia zbytnią rozmową. Lekkie wynaczynienia, istniejące w spostrzeżeniach moich w postaci niewielkich skrzepów krwawych, powstały wskutek przepacania płynnej krwi przez ścianki naczyń *per diapedesin*, a nie *per rhezin*. Za okolicznością tą przemawia brak większych krwotoków krtaniowych w przypadkach moich. Gdybym jednakże w jednym ze spostrzeżeń miał do czynienia z krwotokiem krtaniowym, to i w tym razie, jak mniemam, przyczyna krwawienia spoczywałaby nie w powstałym rozdarciu lub pęknięciu naczynia, lecz we wzmożonej, pod wpływem zapalenia, zdolności ścianki naczynia krwionośnego przepuszczania zawartości krwistej do sąsiednich tkanek. Przypuszczenie to w zupełności potwierdza bardzo pouczające spostrzeżenie SCHROETTER'a, który u 34-letniego, zupełnie zdrowego mężczyzny, od

lat wielu cierpiącego na krwotoki krtaniowe, podczas jednego z tychże przekonał się za pomocą badania laryngoskopijnego, że krew obficie spływała z silnie obrzmiałych pod wpływem nieżyty krtaniowego strun głosowych. Po ustaniu krwawienia, S. pękniętych lub rozdartych naczyń w krtani nie odnalazł.

Z danych, przytoczonych w 1-szej i 2-ej uwadze, uwidacznia się fakt, że wobec zupełnego braku zmian anatomicznych, bardziej zaś jeszcze objawów klinicznych dla krwotocznego zapalenia krtani charakterystycznych, istnienie tej nowej postaci zapalenia krtani okazuje się bardzo problematycznym.

3. Ponieważ, dotychczas przynajmniej, żadne ważniejsze pobudki nie skłaniają do przyjmowania odrębnej postaci zapalenia krtaniowego, leczenie więc tej formy nie powinno zbaczać od zwykłego sposobu leczenia, jaki stosujemy przy ostrych i przewlekłych nieżytach i zapaleniach krtani. Spokój, środki narkotyczne, łagodzące kaszel, wziewania i wdmuchiwanie środków ściągających: oto cały zapas środków leczniczych zdolnych sprowadzić wyzdrowienie. W tych jednakże razach, w których od wszystkich tych środków zupełnego uleczenia osiągnąć nie możemy, jak słusznie twierdzi HERYNG, środki przyżegające, jak azotan srebra, okazują się bardzo stosownymi. [HERYNG w 4 przypadkach krwotocznego zapalenia krtani osiągnął zupełnie zadawalające wyniki po zastosowaniu azotanu srebra w stosunku 1:30; w jednym z moich przypadków otrzymałem stałą poprawę od nieco słabszego rozczynu, bo Əj na Əj, czyli 1:24].

4. Wreszcie jednej jeszcze okoliczności nie mogę pominąć milczeniem, a mianowicie, że prawie wszystkie warunki, na które szczególniejszy nacisk kładzie STRUEBING, obecnie pozbawionemi zostały wszelkiej praktycznej wartości.

a) STRUEBING utrzymuje, że wszystkie przypadki krwotocznego zapalenia krtani dotyczą kobiet, tymczasem nie trudno przekonać się, że przypuszczenie to jest zupełnie mylnem. Zarówno w przypadkach innych autorów, jak i w moich spostrzeżeniach, krwotoczne zapalenie krtani występowało zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

b) Ta okoliczność, że nieżyty krtani z wynaczynieniami występują w ostatnich miesiącach ciąży, lub wkrótce po porodzie [STRUEBING], nie dowodzi bynajmniej, że kobiety ciężarne, lub w okresie popołożowym się znajdujące, odznaczały się większą skłonnością do zachorowania na to cierpienie.

c) U osobnika, raz dotkniętego krwotocznym zapaleniem krtani, gdy wystąpi po raz drugi zapalenie krtani, to, według STRUEBING'a, przyłączają się wynaczynienia. Zdaniem jednakże mojem, przy powtórnym zapaleniu krtani, wynaczynienia powstawać mogą nie dlatego, że wskutek przebytego zapalenia u chorego pozostała wzmożona wrażliwość i zdolność do pęknięcia ścian naczyń krwionośnych, lecz, że przy nowem zapaleniu sama sprawa zapalna odznaczała się gwałtowniejszym przebiegiem i charakterem, lub też że istniały nadmierne wysiłki, powodujące drobne wynaczynienia.

d) Wynaczynienia mogą występować bez kaszlu, krztuszenia i wymiotów [STRUEBING], lecz w tych razach, jak nas pouczają liczne spostrzeżenia, istnieć muszą inne warunki drażnienia krtani: pozbawienie chorego narządu spokoju, zbytńia rozmowa, śpiew, krzyk i t. d. [patrz 2 spostrzeżenia moje].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

16. Kuhn. O cierpieniach ucha u chorych na moczówkę cukrową.

Pomimo licznych prac, odnoszących się do moczówki cukrowej, wogóle mało mamy dotąd wiadomości, dotyczących powikłań tej choroby różnemi cierpieniami ucha. Już GRIESINGER wspomina, że na 7 chorych, dotkniętych moczówką cukrową, u 3-ch była głuchota, której pochodzenia jednak nie objaśnia. Również wspominają o tem JORDAŃ i KUELZ, a W. ROSER opisuje pruchnienie wyrostka sutkowego u chorego na moczówkę cukrową. FRERICHS w swoim klasycznym dziele o moczówce cukrowej na 55 przypadków, badanych pośmiertnie, znalazł w 1-m przypadku zajęcie ucha wewnętrznego, *caries processus mastoideus* i zakrzep w zatoce poprzecznej.

Co się tyczy badań, odnoszących się specjalnie do ucha u chorych na moczówkę cukrową, TOYNBEE opisuje ostre ropne zapalenie prawego ucha średniego u 29-letniego chorego z cukromoczem. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono przedziurawienie błony bębenkowej, zniszczenie wyrostka sutkowego i przedziurawienie czaszki w kierunku *sinus lateralis*. RAYNAUD podaje podobny przypadek *otitidis diabeticæ* u 47-letniego mężczyzny. Wyrostek sutkowy był również zniszczony. KIRCHNER na zjeździe otyjatrów w Bazylei [1884 r.] podał opis przypadku 22-letniego chorego na moczówkę cukrową, u którego z powodu *osteitidis* lewego wyrostka sutkowego wydłutowano takowy. Chory cierpiał na obustronne ropne zapalenie ucha średniego. Chory zmarł w 5 dni po operacji i znaleziono w obu uszach znaczne zniszczenia wyrostka sutkowego i zajęcie ścianek kostnych w obu jamkach bębenkowych, z przedziurawieniem czaszki w kierunku *sinus sigmoides*.

W przypadku SCHWABACH'a u 43-letniego mężczyzny, który od 6-u lat cierpiał na cukrzycę, również było ropne zapalenie prawego ucha średniego, a skoro przyłączyło się i zajęcie wyrostka sutkowego z porażeniem nerwu twarzowego, dokonano wydłutowania wyrostka. Chory stopniowo wyzdrowiał z cierpienia usznego, lecz zmarł w 2 lata skutkiem wylewu krwistego w mózgu.

Ilość cukru w moczu tego chorego wynosiła 4%. Wreszcie w przypadku Moos'a u 55-letniego mężczyzny, chorego na cukromocz od 3-ch lat, również wystąpiło *otitis media pur. dextra*, które trwało przez 5 miesięcy. Pomimo obrzmień i ropni, które tworzyły się w różnych czasach w okolicy cierpiącego ucha, chory z cierpienia usznego wyzdrowiał. Przy przecinaniu ropni u tego chorego, występowały obfite i trudne do zatamowania krwotoki. Przebieg kliniczny cierpienia usznego w przypadkach TOYNBEE'go, RAYNAUD'a, KIRCHNER'a, SCHWABACH'a i Moos'a ma pewne właściwości, których nie spotykamy przy zwykłych, niecukrzycowych ostrych zapaleniach ucha średniego; do nich należą: gwałtowny rozwój i przebieg cierpienia usznego, obfite ropienie, krwotoki, a zwłaszcza szybkie zajęcie wyrostka sutkowego. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę pośmiertne badanie narządów słuchowych w przypadkach FRERICHS'a, TOYNBEE'go, RAYNAUD'a KIRCHNER'a, w których wykazano znaczne zniszczenia części kostnych, sąsiadujących z uchem średnim, to otrzymamy typowy obraz zapalenia części kostnych kości skalistej. Zapalenie kości u chorych na moczówkę cukrową zdarza się dosyć często i dlatego słusznie możemy przyjąć, że istnieje „*otitis diabetica*“, jako oddzielna forma zapalenia ucha średniego, rozwijająca się wtedy, gdy skutkiem istniejącej u chorego moczówki cukrowej soki tkankowe i naczynia krwionośne w częściach kostnych i chrzęstnych ucha uległy takim zmianom, że nie mogą przeciwdziałać bodźcom szkodliwym, które wywołują zapalenie. Zdaje się zatem nieulegać wątpliwości, że istnieje pewien związek przyczynowy pomiędzy moczówką cukrową i cierpieniami ucha.

Dla potwierdzenia jednak i rozjaśnienia powyższego poglądu potrzebne są liczne i nowe spostrzeżenia. Będą one miały również ważne znaczenie dla rozstrzygnięcia pytania, postawionego przez KIRCHNER'a: czy u chorych na moczówkę cukrową odpowiednim jest dokonywanie cięższych operacji chirurgicznych [np. wydłutowania wyrostka sutkowego]?

Autór podaje opis dwóch odnośnych przypadków, z których pierwszy przedstawia typowy obraz *otitidis diabeticæ*, drugi odznacza się uporczywym i powikłanym przebiegiem, co również jest cechą charakterystyczną tego cierpienia usznego.

W pierwszym przypadku 54-letni nauczyciel cierpi od roku na moczówkę cukrową [7—8%]. Chory nadużywał zwykle napojów spirytusowych. Po silnem zapaleniu gardła wystąpiły u chorego bóle w uchu prawem i po dwóch dniach ropny wyciek z ucha. Błona bębnekowa przy badaniu była przedziurawioną w tylny-dolny odcinek. Silne bóle w uchu trwały jeszcze przez 8 dni, pomimo wycieku ropnego. Siódmego dnia zauważono obrzmienie na odpowiednim wyrostku sutkowym. Chory w 20 dni po rozwinięciu się cierpienia usznego wyjechał na wieś, gdzie w dwa dni po przybyciu wystąpił u niego silny dreszcz wstrząsający, oraz kilkogodzinne wymioty. Następnego dnia zjawił się obfity krwotok z chorego ucha, krew była mocno ciemna. Jednocześnie wystąpiły zawroty głowy i gdy chory powrócił do Strasburga, zmarł następnego dnia przy objawach drgawek ogólnych.

Przy badaniu zwłok znaleziono olbrzymie zniszczenia w chorym uchu. Wyrostek sutkowy i ucho średnie zamienione było w jedną rozpadową jamę. W górniej tylnej części *cavi tympani* przedziurawienie wielkości grochu w kierunku *sinus sigmoides*, oprócz tego przedziurawienie w okolicy *sinus potrosi*. Zachowane części koštne piramidy rozmiękczone. Błona bębnekowa zgrubiała, lecz zablizniona. Świeże ropne zapalenie opon ze strony prawej.

W 2-im przypadku u 50-letniego mężczyzny był wyciek ropny z prawego ucha, trwający od 2-ch miesięcy, który nie ustępował pomimo odpowiedniego leczenia. Przy badaniu ucha znaleziono szparowate przedziurawienie błony bębenkowej w przednio-dolnym jej odcinku. W lewym uchu było również przedziurawienie błony bez wydzieliny ropnej z ucha.

Znaczne stopienie słuchu na oba uszy. W moczu chorego znaleziono 4% cukru.

Pomimo leczenia ogólnego i miejscowego wytworzyło się w kilka miesięcy obrzmienie na prawym wyrostku sutkowym i w przewodzie zewnętrznym, po przecięciu których to obrzmiń wyciekło nieco mocno płynnej ropy. Ilość cukru w moczu wahała się w tym czasie od $\frac{1}{2}$ —6%. Bóle w zajętem uchu i wyrostku sutkowym były nieznaczne, nie było dużej gorączki, a przy badaniu zgłębnikiem wyrostek sutkowy był gładki. W 5 miesięcy od początku choroby wystąpiły silne bóle i w lewym uchu, gorączka, obrzmienie lewego wyrostka sutkowego, i przewodu słuchowego zewnętrznego.

Podrażniając głębokie obustronne zajęcie obu wyrostków sutkowych, autor przeciął części miękkie za obu uszami w długości 4 ctm., przyczem krwawienie było znaczne. Istniejące za prawem uchem zatoki skórne poprzecinano. Ponieważ oba wyrostki sutkowe nie były zmienionymi, przypuszczając, że sprawa zajęła tylko okostną, nie dokonano wydłutowania wyrostków sutkowych. Po kilku tygodniach rany za obu uszami zagoiły się, wyciek z ucha prawego ustał, i słuch na oba uszy znacznie się poprawił. Chory został wysłany do Karlsbadu na 6-tygodniowe leczenie, ponieważ ciągle istniały wahania co do ilości cukru w moczu.

W rozbiórce powyższych przypadków zwraca autor uwagę, że w 1-ym zniszczenia w uchu były tak znaczne, jakie rzadko się spotyka nawet przy najcięższych formach błonicowego zapalenia ucha średniego. Zniszczenia te na-

stały w krótkim przeciągu czasu [3-y tygodnie]. Można to objaśnić tylko tem, że pomimo łatwego i obfitego odpływu ropy z ucha średniego, zmienione pod wpływem moczówki cukrowej tkanki, wchodzące w skład ucha, nie mogły się oprzeć swoistemu działaniu kokków ropnych. Na świeżym preparacie ucha widocznem jest, że nawet pozostałe części kostne piramidy były w stanie zapalnym i rozmiękczone.

U chorego tego, pomimo obfitego odpływu ropy z ucha, część jej musiała się zatrzymywać w uchu średnim, i była źródłem ciągłego zakażenia części sąsiednich. Zachodzi więc pytanie: czy w takich przypadkach u chorych na moczówkę cukrową wskazaniem jest wydłużowanie wyrostka sutkowego i ułatwienie przez to tak odpływu ropy, jak i dezynfekcyi ucha średniego?

W literaturze chirurgicznej opisane są przypadki operacyi u chorych, dotkniętych moczówką cukrową, z pomyślnem zejściem, jak np. dwa przypadki ZELLER'a [wyluszczenie stopy i amputacyja uda], F. KOENIG'a, SCHUELLER'a i innych. Możemy zatem i w przypadkach zajęcia wyrostka sutkowego przy zapaleniach ucha średniego u chorych na moczówkę stosować bez obawy wszelkie zabiegi operacyjne naturalnie z zachowaniem zwykłych ostrożności co do dezynfekcyi i opatrunku, jak również z uwzględnieniem ogólnego stanu chorego.

Stwierdza to drugi przypadek, szczegółowo opisany przez autora, w którym cierpienie uszne uległo poprawie dopiero po dokonaniu odpowiednich zabiegów operacyjnych.

(*Archiv für Ohrenheilkunde. XXIX Bd. pag. 29.*)

[Spostrzegalem przed 3-ma laty przypadek *otitidis mediae supp. dextrae diabellicae* u kobiety przeszło 50-letniej, mocno otyłej, dotąd zdrowej zupełnie.

Ropne zapalenie prawego ucha z przedziurawieniem błony bębenkowej w przednio-dolnym odcinku trwało od kilku tygodni, i w ciągu następnych dwóch miesięcy, pomimo starań z mej strony i stosowania różnych metod leczniczych, nie ulegało poprawie. Na kilkakrotne moje pytania, co do ogólnego stanu chorej, otrzymywałem zawsze odpowiedź, że czuje się zupełnie dobrze. Szukając przyczyny niegolenia się ucha i nie znajdując jej w miejscowych warunkach ucha, poleciłem dokonać rozbioru moczu, który uskutecznił kol. NENCKI, wykazawszy w nim około 10% cukru. Uporczywość zatem cierpienia usznego była wytłómaczoną i łatwo dała się też objaśnić następcze zapalenie części miękkich w okolicy gruczołu przyuszego ze strony chorego ucha, które nieco później się rozwinęło. Po naradzie z kol. WÓJCIKIEWICZEM zdecydowaliśmy natychmiastowy wyjazd chorej do Karlsbadu. Chora po 6 tygodniach powróciła zupełnie zdrowa na ucho, nie widziałem jej; ale kol. WÓJCIKIEWICZ, który badał chorą przed kilku tygodniami, objaśnił mnie, że chora jeździła następnie jeszcze 2 razy do Karlsbadu, że na ucho się nie skarży, tylko moczówka cukrowa prawdopodobnie trwa ciągle, ponieważ tworzą się czyraki i ograniczone zapalenia w skórze różnych okolic ciała.

[Przyp. Spraw.]

E. Modrzejewski.

17. Bazy. O krwawieniu występującem pod koniec oddawania moczu.

Wszystkie niemal podręczniki, traktujące o cierpieniach narządów moczopłciowych, uczą, że krwawienie, występujące pod koniec oddawania moczu przemawia za cierpieniem szyjki ¹⁾ pęcherza lub sąsiadujących z nią narządów. Zdanie to, aczkolwiek utarte i ogólnie przyjęte, jest po części zupełnie błędne. Głównymi objawami, cechującymi zapalenie szyjki pęcherza, są: częstość oddawania

¹⁾ Właściwie mówiąc, pęcherz szyjki nie posiada; tworzy ją część przyprątnej cewki moczowej (*pars prostatica urethrae*) i to tylko przy silnie napełnionym pęcherzu, kiedy napór moczu rozpycha zwieracz pęcherza, względnie gruczołu przyprątnego, wewnętrznego, pozostawiając zamkniętym zwieracz pęcherza zewnętrznego.

[Przyp. Spraw.]

moczu i bóle przy końcu oddawania moczu. Te dwa objawy są stałe, podczas kiedy trzeci objaw zajęcia szyjki pęcherza — krwawienie pod koniec oddawania moczu — występuje zaledwie w $\frac{1}{5}$ przypadków. A zatem krwawienie, jako objaw pojedynczy, żadnego nie ma tutaj znaczenia; na zasadzie jednak tego objawu w połączeniu ze stałymi objawami zapalenia szyjki pęcherza możemy tylko przypuszczać silniejsze natężenie sprawy chorobowej, a nawet niekiedy sądzić o jej charakterze. Jeżeli więc jako jedyny objaw mamy krwawienie pod koniec oddawania moczu, to, wykluczwszy uraz części przyprątnej cewki lub takie jej cierpienia, które łatwo powodują krwawienie (*urethritis granulosa*), przyjąć możemy, że źródło cierpienia leży w przedniej części cewki. Kilka właśnie tego rodzaju przypadków opisuje autor: krwawienie miało miejsce po wstrzyknięciu do przedniej części cewki silnie stężonych roztworów, odbywało się bez bólu i bez parcia na mocz. Dla objaśnienia tego faktu, możemy przyjąć dwa przypuszczenia: albo, że krwawienie istotnie ma miejsce przy końcu oddawania moczu, albo też, że krwawienie ma miejsce przez cały czas oddawania moczu, ale zauważyć się daje dopiero przy końcu, kiedy strumień moczu jest znacznie cieńszy i idzie wolniej. Według pierwszego przypuszczenia, krwawienie pod koniec oddawania moczu następuje dlatego, że pod wpływem skurczu mięśnia opuszkowo-jamistego (*m. bulbo-cavernosus*) krwawi ziarnina cewki lub też obnażone miejsce błony śluzowej. Przypuszczenie to wydaje się autorowi nieprawdopodobnem, raz dlatego, że skurcz mięśnia opuszkowo-jamistego, przynajmniej w warunkach zwykłych, nie istnieje, a powtórę, że ten skurcz nie jest dość silnym dla wyciśnięcia krwi z naczyń krwawiących, tembardziej z nowotworzonych, które posiadają ścianki bardzo podatne, krusze i raczej jest on zdolny zamknąć światło naczyń. Drugie przypuszczenie, poparte przez autora drobnowidzowem badaniem różnych części moczu na czerwone ciała krwi, stoi o wiele bliżej prawdy. Mocz, przechodzący przez cewkę, odrazu i silnie rozciąga ją; tkanka ziarninowa lub delikatna blizna kanału mniej są rozciągliwe, podatne, niż zdrowe części błony śluzowej; ztąd drobne tu i owdzie pęknięcia, dające początek krwawieniu. Pełny strumień moczu maskuje z początku te krople krwi, jakie się ciągle wydzielają. W miarę, jak strumień moczu staje się cieńszym i słabszym, krwawienie daje się zauważyć gołym okiem. Tem tylko można sobie objaśnić fakt, że przy istniejących obrażeniach błony śluzowej cewki moczowej, obrażeniach naturalnie nieznacznych, krew wydziela się tylko przy oddawaniu moczu.

(*La semaine médicale* N. 49. 1889).

Edmund Kurella.

18. R. Müller. Uwagi nad wpływem influenzy na części płciowe u kobiet.

Influenza, jako epidemija, która niedawno całą prawie ludność europejską dotknęła, jeszcze dotychczas nie schodzi z porządku dziennego. Obecnie specjaliści rozmaitych chorych, a między nimi i ginekologowie, podają swoje spostrzeżenia nad odpowiedniami przypadkami, powikłaniami influenzą. Z początku r. b. GOTTSCALK ogłosił 4 przypadki ze swojej praktyki, w których stałym objawem omawianej choroby było obfite krwawienie z części rodnych kobiet; nadto cierpieniu temu towarzyszyły: powiększenie objętości macicy, rozpułchnienie jej ścian, jakie zwykle spotykamy przy ciąży, nadzwyczajna wrażliwość przy obmacywaniu, a także przy sondowaniu jamy macicy. Wspomina także o 2 przypadkach ciąży, powikłanej influenzą, która spowodowała poronienie. Do przypadków powyższych dołącza autor swoje spostrzeżenia, które mogą wiele zaważyć na szali symptomatologii, ponieważ obejmują dosyć pokaźną cyfrę 51 przypadków. Autor przypadki, przez siebie spostrzegane, dzieli na 3 kategorie: 1-o, przypadki, w których części rodne kobiet przed objawami influenzy były w stanie zupełnie prawidłowym; 2-o, przypadki, tyczące się kobiet już dawniej dotkniętych cierpieniami narządów płciowych; 3-o, przypadki

kobiet ciężarnych. We wszystkich przypadkach wogóle głównym i stałym objawem było obfite krwawienie z części rodnych, które nie wspólne z miesiączką nie miało. W przypadkach pierwszej kategorii autor nigdy nie zauważył żadnych dolegliwości, jakie zwykle towarzyszą krwawieniom macicznym, w rodzaju łamania w krzyżu, parcia na moc i t. p.; natomiast stale mógł stwierdzić powiększenie macicy z rozpułchnieniem jej ścian, a także nadzwyczajną wrażliwość przy najlżejszym dotyku przez powłoki brzuszne; przydatki zaś żadnym nie ulegały zmianom. W przypadkach drugiej kategorii, prócz krwawienia, stale można było zauważyć potęgowanie objawów przedmiotowych poprzednio istniejących cierpień macicy (*retroflexio, endo-para-metritis*). Z 3 przypadków ciąży, które się podczas epidemii autorowi nadarzyły, raz u wielorodki, która przedtem nigdy nie roniła, nastąpiło poronienie w VIII tygodniu, raz u wielorodki poród przedwczesny w VIII miesiącu; w trzecim zaś przypadku u pierwiastki w III miesiącu ciąży silne objawy grypy [wysoka gorączka, znaczny nieżyt oskrzeli] nie miały żadnego na ciążę wpływu ¹⁾. Godne uwagi są dwa przypadki silnych napadów astmy, które niezwłocznie po obfitem krwawieniu z części rodnych ustąpiły. Prócz tego przytacza autor jeden przypadek, dowodzący jasno zależności krwawienia macicznego od grypy, gdzie w przeciągu 5 tygodni trzy razy powtarzało się krwawienie przy powrotach grypy. We wszystkich przytoczonych przypadkach żadne leki, w podobnych razach używane (*secale corn., extr. hydr. canad.*), nie dawały pożądanego wyniku, a krwotoki zwykle po 8—10 dniach, t. j. po ustąpieniu objawów grypy, ustawały.

(*Centralblatt f. Gynäkologie N. 3 i 17*).

M. Zucker [z Pińczowa].

Wiadomości terapeutyczne.

9. Metylen-błękit (Methylenblau), jako środek kojący.

Jeszcze dotąd lekarze, tak w pracowni, jakoteż przy łóżku chorego, są zajęci badaniem kwestyi, postawionej przez STILLING'a, o antyseptycznem działaniu niektórych barwników anilinowych; jeszcze dotąd wniosek ostateczny o tym przedmiocie nie zdołał się ustalić w nauce, przechylając się to w kierunku ujemnym [MAUTHNER, CARL], to w kierunku dodatnim [PETERSEN, JAKOWSKI]; a już mamy do zanotowania nową ciekawą pracę o innym związku, należącym do tej samej grupy chemicznej, co t. zw. pyoktanina. Mam tu na myśli pracę prof. EHRLICH'a i D-ra LEPPMANN'a, p. t.: „O kojącem działaniu metylen-błękitu“ (*Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau*. *Deutsche medic. Wochenschrift*. 1890. 23).

Do bardzo niedawna panowało w biologii niezłomne przekonanie, że barwniki anilinowe nie zabarwiają żywych tkanek. Dopiero dzięki nowszym badaniom lekarzy dogmat ten runął; dowiedziono bowiem wprost przeciwnie, że pewne barwniki anilinowe mają szczególne powinowactwo do niektórych ściśle określonych części narządów zwierzęcych lub roślinnych—żywych.

Z tego faktu biologicznego medycyna praktyczna stara się wyciągnąć pewne korzyści; wytworzyć się zatem może poważny dział terapii umiejscowionej narządów wewnętrznych.

Idzie przedewszystkiem o poznanie tych środków leczniczych, które, po zażyciu wewnętrznem, gromadzą się w komórkach pewnych tylko organów, a w dalszym ciągu—i to jest kwestyja najważniejsza — idzie o to, czy w grupie tych środków znajdują się takie, które korzystnie mogą wpływać przy stanach chorobowych owych narządów.

Rozumie się, ta, jak ją nazwać można, terapia celularna stoi w ścisłym związku z mikrochemią; nie wiele też od razu wymagać można od pierwszej, wiedząc, że druga tak mało dotąd naprzód postąpiła.

Bądź co bądź, wiemy, że niektóre barwniki anilinowe chciwie się gromadzą w pewnych tkankach ustroju, że tam owe barwniki koniecznie w jakiś sposób wpływać muszą na odżywianie, oraz na funkcyje danego organu.

¹⁾ Autor nie podaje, czy i w tym przypadku było krwawienie. Przyp. Ref.

Metylen-błękit, jak pierwszy wykazał EHRLICH, a po nim wielu innych stwierdziło, ma szczególne powinowactwo do układu nerwowego, a mianowicie: do cylindrów osiowych nerwów czuciowych i zmysłowych.

Z tego powodu powstało przypuszczenie, że środek rzeczony we względzie terapeutycznym przy cierpieniach nerwów czuciowych może okazać się skutecznym. O ile pierwsze dość liczne spostrzeżenia prof. EHRLICH'a i LEPPMANN'a wykazały, przypuszczenie to w istocie okazało się słusznym: metylen-błękit wywiera działanie nakszałt narkotyków, jak morfina, makowiec, antipyryna i t. d..

Metylen-błękit, używany do celów terapeutycznych, powinien być chemicznie czystym, a szczególnie zupełnie wolnym od chlorku cynku.

Można go wstrzykiwać podskórnice od 0.01 [gr. $\frac{1}{6}$] do 0.08 [gr. $\frac{1}{2}$] na raz, używając roztworu dwuprocentowego i zastrzykując np. od 1-go cent. sześciennego do czterech. O wiele lepiej stosować metylen-błękit do wewnątrz w kapsułkach żelatynowych, zawierających go w ilości 0.1—0.5 [gr. $\frac{1}{2}$ —gr. $\frac{1}{2}$]. Największa dawka wynosi 1.0 [gr. xv].

Wstrzykiwania podskórnice są niebolesne i pozostają bez reakcy zapalnej; najczęściej występuje po nich ciastowate, ograniczone obrzmienie, które trwa kilka dni.

Tak przy wstrzykiwaniach podskórnych, jakoteż przy dłuższem wewnętrznem stosowaniu, nigdy nie spostrzegano żadnego szkodliwego wpływu: łaknienie, trawienie, tętno, stan ogólny sił — nie ulegały zmianie. Na 40 przypadków tylko dwa razy wystąpiły wymioty: wszelako w jednym przypadku była znaczna bezkrwistość obok wady serca; a w drugim — ostry niezbyt żołądka i to w zupełności może usprawiedliwić powstawanie wymiotów w tych przypadkach.

Metylen-błękit nawet w małych dawkach szybko przechodzi do krwi, ponieważ już w $\frac{1}{4}$ godziny po zażyciu wewnętrznem, albo po wstrzyknięciu podskórnem moczu posiada barwę jasno-zieloną, po dwóch godzinach — niebiesko-zieloną, a po czterech godzinach — ciemno-niebieską. Czasami zabarwienie moczu występuje dopiero po zagotowaniu, albo po odstawieniu go na pewien czas. Nieprawidłowych składników, jak białka, cukru, methemoglobiny, nigdy nie znajdowano w moczu. Ślina i kał okazują się również zabarwionemi na niebiesko. Skóra i błony śluzowe nie przyjmują żadnego nieprawidłowego zabarwienia. Ta ostatnia okoliczność pod względem stosowania praktycznego metylen-błękitu ma ważne znaczenie.

Metylen-błękit stosowano z pomyślnym wynikiem w sprawach neurytycznych, nerwobólach, oraz w cierpieniach reumatycznych mięśni, stawów, pochew ścięgniastych. Metylen-błękit usuwa bolesność. Działanie zawsze zaczyna się ujawniać dopiero we dwie godziny po zadaniu środka, i zwiększa się stopniowo stosownie do dawki użytej, t. j. przy wstrzykiwaniach podskórnych od dawki 0,06 [gr. $\frac{1}{2}$], a przy wewnętrznem użyciu od 0,1—0,25 [gr. $\frac{1}{2}$ —gr. $\frac{1}{2}$].

Działanie metylen-błękitu ogranicza się tylko na usuwaniu bólów; wpływu na ciepłotę, na obrzmienie zapalne, na wysięki nie spostrzegano dotąd.

Nie we wszystkich jednak przypadkach, w których cierpienie połączone jest z bolesnością, metylen-błękit okazuje się skutecznym: bóle w kościach u chorych na przymiot (*dolores osteocopi*), bóle przy wrzodzie żołądka nie ustępowały pod wpływem wzmiankowanego środka.

Ale zato skutecznym się okazał metylen-błękit w dwóch przypadkach migreny naczynio-skurczowej (*hemisrania angio-spastica*). Fakt ten ma nawet pewną podstawę pod względem teoretycznym; EHRLICH bowiem wykazał, że, oprócz spłotów nerwów naczyniowych, barwią się również i pewne włókna mięśniowe ściłany naczyniowej, prawdopodobnie włókna mięśniowe zwięzające światło naczyń (*musculi vaso-constrictores*).

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

W sprawie czytelni dla lekarzy.

SZANOWNA REDAKCYJO!

Wobec coraz bardziej rozwijającej się nauki lekarskiej i coraz bujniejszego rozrastania się pojedynczych jej gałęzi, zwiększa się i liczba czasopism lekarskich, bez których lekarz, chcący podążyć za postępem nauki, obejść się zgoła nie może. Z powodów jednak czysto-materyjalnej na-

tury ogół lekarzy życzeniu swemu zadosyć uczynić nie jest w możności; wydatek bowiem choćby jakichś paruset rubli rocznie na czasopisma lekarskie przechodzi siły przeciętnego lekarza u nas. Wprawdzie potrzebie tej usiłują zadość czynić czytelnie Towarzystwa Lekarskiego i Biblijoteki uniwersyteckiej, korzyści jednak, jakie ztąd ogół lekarzy odnosi, są bardzo niewielkie.

Z czytelnia czasopism Towarzystwa Lekarskiego, która, mówiąc nawiasem, jest ubogą, korzystać mogą tylko członkowie Towarzystwa, a więc zaledwie jakaś czwarta część lekarzy, zamieszkających w Warszawie; lekarz bowiem nienależący do Towarzystwa może być wprowadzonym do czytelnia jako gość pewną bardzo tylko ograniczoną ilość raczy [cztery razy]. Zresztą, czytelnia ta dopiero ostatnimi czasy otwartą została; dawniej bowiem członkowie rozbięrali czasopisma do domu, a na gruncie w Towarzystwie można było spotkać się po większej części tylko z jakąś zapyloną starzyzną, ofiarowaną najczęściej w darze Towarzystwu przez jakiego nieboszczyka lekarza. Nowych rzeczy było zawsze i jest w Towarzystwie niesłychanie mało.

Czytelnia publiczna przy Biblijotece uniwersyteckiej [główniej] otwartą jest tylko od godziny 10 zrana do 3 po południu, a więc w godzinach, w których lekarze zazwyczaj są zajęci chorymi i nie mogą z niej korzystać; w święta zaś, galowe dni, podczas feryj świątecznych i letnich jest zamkniętą, lub w niektóre wyjątkowe dni otwartą. Materyjał czytelnia ta posiada o wiele bogatszy, niż Towarzystwo lekarskie, czemu bynajmniej, bacząc na środki, jakimi rozporządza, dziwić się nie można. Cóż, kiedy świeżych pism lekarskich, czytelnik tu nie znajdzie, a niektóre z nich, mają już po kilka lat. Tak naprzykład: *Jahresbericht für Gesundheitspflege* najwcześniejszy jest z 1884 r.; *Journal de Pharmacologie*, z 1885 r.; *Revue médicale française et étrangère*, z 1886 r.; *Gazette médicale* i *Gazette des hôpitaux*, z 1887 r. i t. d.. Inne nowości są również po większej części z zeszłego lat dziesiątka.

Czy więc wobec istniejących u nas warunków, ogół lekarzy ma sposobność wszechstronnego zapoznania się z najnowszemi zdobyczami nauki? Odpowiedź łatwa.

Wielki przeto już czas pomyśleć o własnej czytelnii, która, wątpić nie należy, wspólnemi siłami doskonale utrzymywać się mogła. Zapewne, że ogół kolegów lepiej jeszcze odemnie odczuwał i odczuwa potrzeby takowej, brakło tylko jawnej inicjatywy. Dziś, kiedy kwestyja jest już postawioną, idzie tylko o jak największe poparcie.

Nadmienić tu jeszcze należy, że z wielu względów, a między innemi ze względów czysto-ekonomicznych, pożądaną byłaby jak największa liczba uczestników; w tym bowiem tylko razie powstanie czytelnia jest możliwem i składka, przypadająca na każdego, nie przeniesie, o ile się zdaje, jakichś kilkudziesięciu kopiejek miesięcznie.

Koledzy, chętni do przyjęcia udziału w założeniu czytelnii wspólnej, którzyby chęć tę objawili osobiście lub listownie podpisanemu, staną się istotnymi założycielami projektowanej czytelnii i jako tacy, po bliższem porozumieniu, przystąpiłiby do zamienienia zamiaru w najrychlejszy czyn.

D-r Kadler.

Nadesłano do Redakcyi.

EBERS. Sprawozdanie za r. 1889 i opis zakładu wodoleczniczego w Krynicy.

J. SZWAJCER. Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epidemii influenzy w Warszawie. [Odbitka z Medycyny].

O. HEWELKE. Beiträge zur Kenntniss des Fluornatrium. [Odbitka z Deut. med. Woch.].

E. BIERNACKI. Badania nad działaniem środków przeciwnilnych na fermentację wy-skokową.

TENŻE. Przypadek hystero-neurastenii u mężczyzny. [Odbitka z Kroniki lekarskiej].

TENŻE. Die Magenverdauung bei Nierenentzündung. [Odbitka z Centrbl. f. klin. Medicin].

TENŻE. Ein Fall v. chronischer hereditärer Chorea. [Odbitka z Berl. klin. Wochen.].

FRENKEL. Étude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. Lyon. 1890.

WICKERKIEWICZ. Zapalenie tkanki przytwardówkowej, wywołane większem ciałem obcem, tkwiącem niewidzialnie w otoczeniu oka. [Odbitka z Nowiu Lekarskich].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumerato-rów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni Wendego i S-ki za miesiąc Maj.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 14 Іюня 1890 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.