

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

OGŁOSZENIA.

TROCHISCI NITROGLICERINI

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie: leczy nie jako *antineuralgicum antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno—podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętna szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczej bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemierania sympathico tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki Nowy-Świat Nr. 20.

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze **pastylki z chlorkiem kokainy** w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspakajają bóle w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypcie, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, **kłucie, tęchtanie i uczucie podrażnienia** w gardle ustępują, a **struny głosowe** ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzezione oddają również wielkie usługi przy leczeniu chorób przelyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy. 4—4i

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Znajduje się we wszystkich aptekach.

Labolatoryjum Chemiczne

przy APTECE

K. RAKOWSKIEGO

w ZAWICHOŚCIE.

POLECA:

1885

Syrop Podfosforonu wapnia i Forgeta, analizowane przez W. Dr. Nenckiego

Syrop Mlekana żelaza z winem

Pigułki z jodku żelaza (Blancarda)

Wino chinowo-kakaowe Bugeaud

Elixir, kit i proszek do zębów czarny z chiną

Wodę leśną wyborowego zapachu.

Skład dla Warszawy u W. Waligórskiego ulica Nowy-Świat Nr. 42.

11—6

D-r. Tymowski,

praktykuje, jak lat poprzednich

w **San Remo.**

8—8

PUDEEKA

do preparatów mikroskopowych różnego kształtu według wzorów z pracowni prof. Kocha po cenach niskich są do nabycia w zakładzie introligatorskim Szpakowskiej. Chmielna 9. 0—1

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Duchy Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich **Dr. L. Nencki** i chemik **P. Rakowski** dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dijagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użyciu, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—1

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. Hering. Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (*Aphonia spastica. Laryngospasmus*). — II. Funk. Przyczynek do nauki o wrodzonej rybiej łusce (*ichthyosis congenita*). — *Dział sprawozdawczy.* 54. Senn (z Milwaukee w Ameryce). O leczeniu chirurgicznem torbieli trzustki. — 55. A. Gougenhein. O obrzęku głośni. 56. Dieulafoy. Obląkanie zależne od choroby Bright'a. — 57. E. Emmert (z Bernu). Zapalenie rogówki krwawiaste wrzodzące pochodzenia grzybkowego. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. NERWICE ZWROTNE WYWOŁANE CIERPIENIEM JAM NOSOWYCH

(*Aphonia spastica. Laryngospasmus. Dyspnoea spastica*).

Skreślił

D-r T. Hering,

ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Jako zwykle przyczyny bezgłosu kurczowego (*aphonia spastica*) czyli kordynacyjnego kurczu krtani, podają autorowie ogólny rozstrój nerwowy, histeryję, nadmierne wysiłki głosu. Ostatni moment jest wielkiej doniosłości, stwierdzić go można we wszystkich prawie opisanych przypadkach i dla tego słusznie poniekąd bezgłos kurczowy przez Schech'a zaliczonym został do rzędu nerwic właściwych klasie ludzi, zmuszonych do nadużywania głosu (*Beschäftigungsneurose*). Cierpienie to rzeczywiście najczęściej spostrzegano u nauczycieli, księży, wywoływaczy. Rozwój choroby przypada zwykle w okresie nieżyków oskrzeli i krtani, gdy organ głosu narażonym został na nadmierną pracę właśnie wtedy, gdy największego wymagał spoczynku.

Dwa przypadki fonacyjnego kurczu krtani i jeden przypadek kurczu głośni oddechowego, wzbudziły we mnie podejrzenie co do związku tych zaburzeń z cierpieniem nosa, t. j. bądź przewlekłym przerostowym nieżytem, bądź obecnością polipów nosa.

Przekonałem się również, że w niektórych przypadkach zaburzeń nerwowych krtani, do skurczu fonacyjnego przyłączyć się może skurcz oddechowy. Obie postacie mieszają się więc z sobą, występować mogą niezależnie obok siebie; czasem same mięśnie oddechowe krtani ulegają kurczowi, niekiedy znowu mięśnie fonacyjne są wyłącznym siedliskiem cierpienia.

Obie jednak postacie w pewnych przypadkach okazują się jako nerwice zwrotne, powstałe na tle bądź ogólnej nerwowości, bądź neurastenii, a czasem histeryi.

Pierwszy przypadek *aphoniae spasticae*, który nasunął mi to przypuszczenie opisany został w Nr. 48 Gazety Lekarskiej przez kolegę Ołtuszewskiego.

Dokładny opis objawów i historii tego cierpienia uwalnia mnie od powtarzania szczegółów. Ograniczę się zatem do uwydatnienia najważniejszych tylko punktów.

Chorego widziałem na miesiąc przed jego wstąpieniem do domu zdrowia. Wtedy już w krtani stwierdziłem obecność dwu symetrycznych owrzodzeń na wyrostkach głosowych (owrzodzenia z ucisku — *Decubitusgeschwüre*), silne kurczowe zaciskanie się strun prawdziwych przy fonacji, chwilowe krzyżowanie się chrząstek nalewkowych i charakterystyczne zaburzenia mowy. Rozpoznałem wtedy kurcz koordynacyjny krtani, a po zbadaniu jamy nosowej, gdy znalazłem kolbiasty przerost muszli średniej lewej, silne jej przyleganie do przegrody nosowej, nadzwyczajną drażliwość na dotykanie zgłębnikiem, przypuszczając możliwość związku tego cierpienia z zaburzeniem mowy, zaproponowałem choremu przyżeganie muszli żegadłem elektrycznym.

Chory na propozycję moją się nie zgodził i Warszawę opuścił. W kilka tygodni później, chorego widziałem powtórnie z kolegą Ołtuszewskim, który mnie na naradę poprosił i na propozycję przyżegania kwasem chromnym muszli średniej lewej chętnie się zgodził. Wynikiem przypalenia było doraźne znaczne pogorszenie się głosu przez dni kilka. W miarę zmniejszania się obrzmienia, spowodowanego przypaleniem i odpadnięcia strupa, głos powrócił do poprzedniego stanu i chory w tym samym stanie wyjechał z Warszawy.

Przypadek 2-gi.

P. Edward G., rządcą dóbr, lat 53 liczący, zgłosił się do mnie w miesiącu Lutym t. r., z powodu utrudnionej mowy i napadów duszności, na które cierpi od lat wielu.

Chory silnej budowy, dobrze odżywiany, opowiada, że oprócz tyfusu i zapalenia płuc żadnym chorobom nie podlegał, przymiotu nie przechodził, obecne zaś cierpienie rozwinęło się przed 11-stu laty. Bezpośrednią jego przyczyną miał być wysilek głosu. Gdy w napadzie gniewu głośno krzyczał przez kilka minut, nagle głos stracił zupełnie. Stan ten trwał około $\frac{1}{2}$ godziny, poczem mowa powróciła, wieczorem jednak tegoż dnia chory znowu na kilka godzin zaniemówił, a nazajutrz zauważył zmianę głosu, t. j. charakter jego fistułowy (*falset*).

Odtąd mowa coraz to znacznieszego wymagała wysiłku. Głos był stłumiony, z widocznym natężeniem wydostawał się z krtani, przyczem każde dłuższe zdanie przerywane było potrzebą wdechu, charakteru kurczowego, artykulacja zaś zgłosek wargowych nosiła charakter syczenia. Niekiedy znowu występowało zająkiwanie.

Stan ten, niezmiernie dla chorego przykry, który pod wpływem wzruszeń moralnych lub wysiłków fizycznych pogarszał się do tego stopnia, że dochodził do zupełnej afonii, trwał lat 10. Dopiero w roku zeszłym wystąpił nowy objaw, niepokojący, który zmusił wreszcie chorego do szukania porady, a mianowicie napady duszności.

Pierwszy napad pojawił się w Grudniu 1884 r. w nocy, nagle, bez wiadomego powodu. Trwał on około 5 minut, był bardzo silny, miał charakter kurczu krtani. Oddech z początku głośny, świszczący, nagle ustał zupełnie, zarówno jak i mowa. Obawa i bicie serca towarzyszyły napadowi, który po krótkim trwaniu zakończył się wystąpieniem obfitego potu i wyrzuceniem niewielkiej ilości pienistej płwociny. Napad drugi pojawił się nazajutrz rano, trwał $\frac{1}{2}$ godziny, w nocy

pojawił się po raz trzeci. Odtąd napady przychodziły co 2-gi dzień, czasem raz na tydzień, były jednak wogóle słabsze. W ostatnich czasach dołączył się przyletem kurcz żołądka, który ustępował, skoro nastąpiło odbijanie się gazów. Bardzo często po napadzie pojawiała się zgaga i dłuższy czas trwające odbijanie. Badanie chorego wykazało następujące zmiany:

Obie muszle średnie nosa przerosłe, zaczerwienione, przylegają do przegrody nosowej. Badanie nosa zgłębnikiem wykazuje nadzwyczajną wrażliwość na dotyk, przy badaniu pojawia się kichanie, łzawienie i wodnisty obfity wpływ ze strony podrażnionej.

Gardziel zdrowa, w krtani zmian ważniejszych nie znalazłem, ani też śladów przebytych zapaleń. Struny prawdziwe szerokie, blade. Przy fonacji schodzą się one dokładnie lecz zbyt silnie, tak, że często występuje krzyżowanie się chrząstek nalewkowych, przyczem prawa chrząstka Santorini'ego znajduje się przed taką chrząstką lewą. Przy wymawianiu *he*, struny fałszywe wysuwają się i kładą w ten sposób na struny prawdziwe, że schodzą się aż do zupełnego zetknięcia i przykrywają struny prawdziwe.

W obu płucach rozedma niezbyt silna, u dołu objawy nieżytu oskrzeli, zresztą nic godnego uwagi. Serce i narządy brzuszne zmian nie przedstawiają, wszakże chory narzeka na przewlekły nieżyt kiszek, częste zaparcia stolca, czasami na zgagę. W sferze nerwowej żadnych zmian nie ma, czynności zmysłów są prawidłowe, siły i łaknienie dobre¹⁾. Rozpoznanie postawiłem: *aphonia spastica verisimiliter reflectoria e coryza hypertrophica cum laryngospasmo*, opierając się na spostrzeżeniach Hack'a i na własnej obserwacji podobnych przypadków, z których jeden zupełnie przekonywający, świetnym wynikiem leczenia stwierdzony, a należący do tej samej grupy nerwic zwrotnych, pozwolę sobie opisać. Skurcz miał tu jednak charakter oddechowy (*spasmus laryngis*) i zależnym był od obecności polipa nosa. Oto jego szczegóły:

Spostrzeżenie 3-cie.

Kurcz krtani oddechowy, wywołany obecnością polipa jamy nosowej.

P. Otto B., obywatel z wileńskiego, lat 49 lat liczący, zgłosił się do mnie w dniu 27 Grudnia 1883 z polecenia prof. Chałubińskiego, z powodu kurczu krtani, na który zapada od 1879 r.

Chory atletycznej budowy, dobrze odżywiany, opowiada, że dotąd dobrem cieszył się zdrowiem, ważniejszych cierpień płuc ani krtani nie przebywał, skłonny jednakże był do nieżyków nosa i gardzieli. Rozpytywany co do rozwoju obecnego cierpienia, następujących dostarczył nam danych: Od 3 lat, wskutek różnych pogłębiających okoliczności, zauważył wzmagające się rozdrażnienie nerwowe, stał się gwałtownym, czasami znowu rozwijał się okres moralnego przygnębienia, który szybko jednakże przemijał.

Przed 3-ma laty dostał wskutek silnego gniewu napadu kurczu krtani, który trwał 1—2 minut, miał charakter kurczu oddechowego i nadzwyczaj przeraził chorego. Zdawało mu się, że się udusi, krtani nie przepuszczała powietrza, jakby ściśnięta w kleszcze. Ż trudnością zaledwie utrzymać się na nogach. Twarz zbladła, kroplisty pot wystąpił na czoło, twoga niewypowiedziana ogarnęła go, gdy nagle kurcz ustał i chory z głośnym świstem był w stanie westchnąć znowu głęboko, poczem stan ten powoli się uspokoił. Chory przytomności podczas tych napadów nie tracił nigdy. Przeczuwał prawie zawsze, kiedy kurcz nastąpi, gdyż zwykle przed samym napadem doznawał jakby ciśnienia w krtani, lub uczucia zawady przy mowie. Określał ten stan zwiastunów jako ściskanie gardła i wyraźnie odróżniał od napadów skurczu skurczu głośni, czyli napadu duszenia. Skurcz krtani rozwijał się potem 3—4 razy na tydzień, czasem rzadziej. Zależa-

1) Chory po kilku dniach leczenia Warszawę opuścił.

ło to od stanu ogólnego chorego. Gdy był wzruszony, rozdrażniony, napady przychodziły częściej, bo codziennie, rzadko kiedy w nocy, a wtedy budziły go z najlepszego snu. Podczas napadu oddech, a raczej wdech ustawał na czas pewien zupełnie (kurcz wdechowy), grania więc w piersiach ani rżężeń głośnych nie było, mowa była niemożliwą, od czasu do czasu napad kurczu przerywany był gwałtownym suchym kaszlem, duszącym, poczem chory rzadko kiedy był w stanie odrzucić nieco śluzowej płwociny. Po roku trwania tych napadów, p. B. zauważył, że najczęściej napady się pojawiają, gdy oddechał złem, zepsutem powietrzem, zanieczyszczonym pyłem lub dymem tytoniu; zbyt gorąca atmosfera ten sam ujemny wpływ wywierała. Zmęczenie fizyczne, wrażenia moralne, stawały się powodem z początku zaciskania w gardle, później silnego napadu kurczu. Wystarczało np., aby wchodząc do pokoju, spotkał osoby sobie nieznane, a już ściskanie w gardle zmuszało go do uciekania na świeże powietrze, jeśli nie chciał, jak powiada, zrobić widowiska ze swego kalectwa. Upadły na ducha, zrozpaczony tym stanem, przez 2 lata szukał pomocy lekarskiej za granicą. Zwiedził różne miejscowości kąpielowe i klimatyczne, radził się Westfała i Charcota, poznał zakłady Winternitz'a i Czerwińskiego i powrócił do kraju w tym samym stanie, w jakim wyjechał.

Po wybadaniu chorego, zmian żadnych w narządach wewnętrznych nie znalazłem. Czynności zmysłów prawidłowe, ląknienie dobre, wypróżnienia nieco leniwe.

Badanie krtani lusterkiem nie wykazało żadnych zmian, mogących tłómaczyć owe napady kurczu krtani. Z uwagą przypatrywałem się tylnej ścianie krtani, t. j. części międzynałekowej, z doświadczenia bowiem wiadomem mi było, że cierpienie tej części krtani u ludzi wrażliwych, nerwowych, u historycznych kobiet, wywołuje zmiany nie tylko w sferze czucia, jako to drażnienie, kaszel kurczowy, odchrząkiwanie, lub uczucie obcego ciała, ale i zmiany czynnościowe, t. j. napady kurczów krtani. Nagłośnia i struny głosowe prawidłowe. Co do czynności mięśni krtaniowych, zauważyłem stan następujący: Szerokie, białe struny głosowe przy wydawaniu tonów zbliżają się dokładnie, lecz z pewną zbytnią siłą, gdyż z chwilą wydania pierwszego dźwięku, ruch odbywa się zbyt szybko, kurczowo, tak, że śledzić okiem za nim nie można. Skoro chory chce odetchnąć, a więc przy intencji wdechania, struny nie rozchodzą się dostatecznie, przybierają położenie trupie, t. j. krtać nie rozwiera się do *maximum* i podstawa trójkąta głośni wynosi 5—6, zamiast 8—10 mm.. Zauważyć przytem można fakt następujący: Skoro struny dojdą do *maximum* oddalenia, a chory usiłuje jeszcze głębiej odetchnąć, następuje nagle, szybkie, kurczowe, kilkakrotne zbliżanie się strun. Im więcej chorego namawiam, aby swobodnie głęboko odetchnął, tem silniej uwydatnia się stan nerwowy chorego i jego krtani. Usiłuje on powietrza zaczerpnąć, tymczasem mięśnie krtani wypowiedają mu posłuszeństwo, zaczynają się zaciskać, działają wbrew jego woli, słowem rozwija się obraz przewagi zwieraczy, zbliżony do stanu opisanego przez niemieckich badaczy jako: *perverse Action der Stimmbänder*. Stan ten czasami napotykałem u osób nerwowych, u historyczek, przy pierwszym badaniu lusterkiem. Powstaje on wtedy pod wpływem wzruszenia i po przyzwyczajeniu chorego do badania, szybko przemija. W naszym przypadku jednakże, jako objaw stały, przy każdym badaniu stwierdzać się dający, wobec niedokładnego rozszerzania krtani, był dowodem zmian w inercy i wyrazem przewagi zwieraczy krtani nad mięśniami rozwierającymi.

W gardzieli znalazłem objawy przewlekłego nieżytu. Błona śluzowa czerwona, spulchniona, gdzieniegdzie kilka guziczków blado-różowych.

Badając jamę nosową, dość wąską, znalazłem po stronie prawej polipa śluzowego, który wyrastał z brzegu muszli średniej, był ruchomy, wielkości pestki wiśni i lekko przylegał do przegrody nosowej. Gdym go dotknął zgłębnikiem, oddech się przyspieszył, chory zaczął być niespokojny, i prosił o zaniecha-

nie badania, gdyż czuje, że rozwija się napad kurczu krtani. Po stronie lewej nosa znalazłem muszlę średnią przerosłą i zwyrodnioną, ziarnistą, (*Degeneratio poliposa*).

Wynik badania jamy nosowej, t. j. obecność polipa tłómaczyła nam w tym przypadku sposób powstawania kurczu krtani i rzuciła światło na przyrodę cierpienia. Miałem więc do czynienia z kurczem krtani natury zwrotnej (*Reflexneurose*). Oczywistym na to dowodem było wywołanie napadu kurczu krtani, skoro dotykałem się polipa zgłębnikiem. Oświadczyłem więc choremu, że po usunięciu polipa, napady prawdopodobnie ustaną i po odbytej naradzie z prof. Chałubińskim, który zdanie to w zupełności podzielał i możliwość związku kurczu krtani z cierpieniem nosa *a priori* przypuszczał, w asystencji kolegi Chmielewskiego dokonałem operacji w d. 1. I. 1884. Wynik był nadspodziewanie pomyślnym. Chory natychmiast oświadczył, że od kilku lat po raz pierwszy czuje zupełną swobodę oddechu, że owo ściskanie i uczucie obcego ciała zupełnie ustąpiło i że uważa się za zupełnie wyleczonego. Miejsce przyczepu polipa przypaliłem silnie żegadłem elektrycznym, a w kilka dni później dokonałem przyżegania przerosłej muszli średniej lewej za pomocą kwasu chromnego. Od czasu operacji napady kurczu krtani w zupełności ustąpiły i przez rok cały nie pojawiły się więcej.

D. 12. I. 1885 r., chory zgłosił się ponownie, skarżąc się na pewną drażliwość w gardzieli i krtani i ogólne osłabienie. Po prawej stronie w miejscu, zkąd uprzednio uprzednio wyrastał polip, znalazłem lekki przerosł błony śluzowej, w postaci wałeczka, bladło-różowej barwy. Odjąłem tę fałdę za pomocą pętlicy galwanokaustycznej, poczem dolegliwości wszelkie ustąpiły i chorego dla poprawy stanu ogólnego wysłałem do Nałęczowa, zkąd ze znaczną poprawą do domu powrócił.

Podane powyżej trzy spostrzeżenia pod wieloma względami zasługują na uwagę i zmuszają do krytycznego ich rozbioru. Pierwsze dwa przypadki kurczu koordynacyjnego krtani, jakkolwiek pozornie do siebie podobne, w niektórych punktach różnią się znacznie przebiegiem, na co szczególnie chciałbym tu położyć nacisk.

Anamneza u obu chorych jest prawie jednakowa. Wysiłek głosu, wobec pewnej wrodzonej nerwowości, był najbliższym powodem choroby. U księdza, stan nerwowy poprzedzał chorobę, u p. G. rozwinął się wskutek samego cierpienia i stał się przyczyną (po 10 latach), że po dłuższem jej trwaniu, do kurczu fonacyjnego dołączył się kurcz krtani oddechowy. Tego rodzaju powikłanie dołączyło prawie wcale nie było opisanem, należy więc do wielkich rzadkości.

Wzmiankę o podobnem cierpieniu znalazłem dopiero w pracy D-ra Michale'a z Hamburga, pomieszczonej w Nr. 41. 1885. *Wiener med. Presse*, w pracy zatytułowanej: *Aphonia und Dyspnoea spastica*.

Przypadek opisany przez Michale'a jest następujący:

Kobieta 32-letnia, wypadkami losu silnie znękana i zdenerwowana, od 1882 zaczęła doświadczać silnych napadów duszności, które po tygodniowem trwaniu przybrały charakter kurczu wdechowego (*inspiratorische Dyspnoë*), wreszcie i kurczu fonacyjnego (*Aphonia spastica*). Obok charakterystycznych zaburzeń mowy pojawiły się: slinotok, *globus hystericus*, drgawki całego ciała, nerwoból międzyżebrowy, a od czasu do czasu napady histero-epilepsy. Przy badaniu znaleziono: Lekką siność twarzy, szmer zwężenia przy każdym wdechu. Wydech odbywał się spokojnie. Mowa przerywana miała charakter falsetu, czasem połączonego z łkaniem, przyczem duszność zdawała się wzmacniać. Pojawiały się jednocześnie kurcze zarówno mięśni twarzy, jakoteż i mięśni tułowia, silniej z le-

wej strony uwydatnione. Lusterko wykazało przy wydawaniu tonów: bardzo silne zaciskanie się strun w przedniej ich części, w tylnej zaś pozostawała niewielka wążka szpara. Podczas usiłowania głębokiego wdechu, zamiast rozszerzać się, struny prawdziwe zbliżały się aż do zupełnego zetknięcia, uniemożliwiały akt oddechania i wywoływały napady duszności. Stan ten był dla chorej tak przykrym, że zgodziła się na proponowaną jej przez lekarzy tracheotomię, do której niebawem przystąpiono. Do znieczulenia użytym został chloroform. Już po kilku odetchnięciach zauważono, że sinica twarzy zaczyna ustępować, a po dłuższym oddechaniu chloroformem chora, w okresie pobudzenia, zaczęła głośnym i swobodnym głosem bredzić, przyczem długie nawet zdania swobodnie bez trudności w oddechaniu wymawiał.

Przypuszczając, że kurcz krtani pod wpływem chloroformu został usunięty, chorą zbudzono. Ledwie jednak odzyskała przytomność, stan dawniejszy t. j. zaburzenia w oddechaniu i mowie powróciły i zmusiły do wykonania tracheotomii. Wynikiem operacji było naturalnie ustąpienie duszności, lecz zaburzenia w mowie, t. j. kurczowy jej charakter, pozostały i trwają do dziś dnia bez zmiany.

Michael opisany tu przypadek uważa jako jedyny w swoim rodzaju, ponieważ w literaturze odnośnej, oprócz podobnej nieco obserwacji H a c k'a - Nikola y'a²⁾, o takim połączeniu kurczu fonacyjnego ze stałym kurczem oddechowym nie znalazł wzmianki. Proponuje zatem stan podobny określić nazwą: *dyspnoea spastica* i uważa go jako poparcie teorii K r a u s e'g'o, przyjętej również przez G e r h a r d't'a, podług której, w przypadkach porażenia oddechowego, pochodzenia ośrodkowego, zarówno stały kurcz mięśni zamykających krtan (*constrictores*) jak i porażenia rozwieraczy (*abductores resp. cricoarytaenoides postici*) jednakowe mogą wywoływać objawy.

Przypadek zupełnie do opisanego zbliżony spostrzegalem w oddziale moim w szpitalu Ś go Rocha w tym roku i dotąd mam go w obserwacji. Oto jego historyja.

(C. d. n.)

II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O WRODZONEJ RYBIEJ ŁUSCE

(*ichthyosis congenita*).

Podał

D-r F u n k.

Dwa przypadki rybiej łuski, które opisać tu zamierzam, różnią się wybitnie od zwykłego typu. Dzieci, dotknięte rybią łuską, rodzą się zazwyczaj z gładką, napozór zupełnie prawidłową skórą; zaledwie ku końcowi pierwszego roku życia, lub jeszcze później, występują pierwsze objawy choroby. Powtórę, w najcięższych nawet przypadkach, rybia łuska omija potnijające silniej okolice skó-

¹⁾ H a c k opisuje przypadek *aphoniae spasticae*, w którym po użyciu chloroformu chory bredził silnym swobodnym głosem.

ry, a więc dłonie, podeszwy, przeguby, narządy płciowe zewnętrzne i twarz. Zwłaszcza twarz, dłonie i podeszwy rzadko niezmiernie bywają zajęte; były one niezmienione nawet u znanej, obwożonej po Europie rodziny Lambert (*porcupine-men*).

Przeciwnie, w dwu niżej opisanych przypadkach, dzieci urodziły się już ze zmienioną skórą, zmiany zaś obejmują całą powierzchnię skóry, nie wyłączając twarzy, dłoni i podeszew.

Przypadki te, które, dzięki uprzejmości głównego lekarza miałem sposobność obserwować w szpitalu dla dzieci imienia Bersonów i Baumanów, dotyczą 2-u siostr: 8-io i 5-letniej. Podobieństwo między niemi tak z rysów, jak ze zmian na skórze jest uderzające: jeden i ten sam obraz w dwu egzemplarzach. To też opis poniższy stosuje się bez zastrzeżeń do obu przypadków.

Obie chore przyszły na świat ze zmienioną skórą. Rodzice jakoteż reszta rodzeństwa posiada prawidłową skórę. Obie siostry są wątłe, chude, nieodpowiednio do wieku drobne, ale zresztą zdrowe.

Cała powierzchnia skóry jest zmieniona. Lżejsze stosunkowo zmiany przedstawia tułów; widzimy tu obraz zwykłej rybiej łuski (*ichtyosis simplex*), naskórek brudnawy, popękany, poprzedzielany rowkami, których kierunek odpowiada przeważnie napięciu skóry. Podobne zmiany, lecz w wyższym nieco stopniu, widzimy na kończynach. Tu, jak zwykle przy rybiej łusce, zajęte są mocniej powierzchnie wyprostne, przeważnie zaś skóra na łokciach i kolanach, która w tych miejscach fałduje się, jak gdyby była zbyt obszerną, naskórek zaś jest popękany, podzielony setkami rowków. W przegubach naskórek łuszczy się tylko.

Inny obraz, bardzo charakterystyczny, wobec zwykłej postaci rybiej łuski, widzimy na rękach i na stopach. Są one brudno-czerwonej barwy, sinicowe, zawsze zimne. Skóra na nich twarda, sucha, cienka, nieco napięta i mało ruchoma; naskórek gruby, do pergaminu podobny, gładki, mocno połyskujący, popękany na zgięciach. Na dłoniach i podeszwach naskórek jeszcze grubszy, również połyskujący i podzielony na pola głębokimi bruzdami. Palce u rąk są cienkie, suche, o pergaminowym naskórku, zawsze zgięte (z wyjątkiem palucha), z trudnością tylko dają się wyprostować. Palce u nóg są krótsze, niezgrabne, drugi i trzeci zrosnięty z sobą. Paznogie wszystkie zagięte, zresztą niezmienione.

Na twarzy widzimy zmiany znaczniejsze niż na tułowiu. Naskórek tu jest połyskujący, podzielony na większe i mniejsze pola. Czoło gładkie z połyskiem woskowym. Skóra twarzy jest napięta, jakgdyby zbyt krótka, wskutek czego powieki zamykają się z niejaką trudnością, a od zewnętrznych kątów powiek idą promieniami drobne zmarszczki. Wierzchołek nosa uniesiony jest lekko ku górze. Włosy suche, twarde, skóra głowy łuszczy się obficie.

Tkanki podskórnej jest bardzo mało. Umiarkowane swędzenie stale towarzyszy chorobie. Głębsze szczeliny na dłoniach i podeszwach sprawiają od czasu do czasu ból.

Zwykle leczenie objawowe działa tu o wiele słabiej i powolniej, niż przy typowej rybiej łusce. Jedynie skóra tułowia poddaje się dobrze leczeniu, ale i tu poprawa zaciera się w ciągu paru tygodni.

Już na pierwszy rzut oka, obraz opisany robi wrażenie cierpienia niepodobnego do zwykle spotykanej rybiej łuski. Sprawa ta zbliża się raczej do innej, rzadkiej postaci, mianowicie do *ichthyosis intrauterina v. congenita* i stanowi być może przejście od niej do zwykłego typu rybiej łuski. Przy *ichthyosis congenita* (znanej z kilkunastu przypadków u człowieka i kilku u cieląt) ¹⁾ zmiany obejmują całą powierzchnię skóry, nie wyłączając twarzy, dłoni i podeszew.

Cierpienie to rozwija się u płodu prawdopodobnie ku końcowi pierwszej połowy życia wewnątrzmacicznego; tworzy się wtedy na skórze pancerz rogowy, gruby do 4 mm., który przy dalszym rozwoju płodu zostaje rozerwany na osobne tarcze, szczeliny zaś zaciągają się świeżym naskórkiem. Skóra, w ten sposób zmieniona, nie może podążyć za rozwojem kośćca, wskutek czego mocno zostaje naprężona, zwłaszcza na twarzy i kończynach, zdwojenia skóry twarzy znikają, kończyny zostają skrzywione, a palce rąk i nóg skrócone. Dzieci przychodzą na świat z potwornie zeszepeconą twarzą, bez warg i powiek, ze śladami tylko nosa i muszli usznych; żyją parę godzin do paru dni.

Wszystkie opisane dotąd przypadki tego rodzaju były niezmiernie do siebie podobne.

Trudno nie zauważyć, ile wspólnych cech z *ichthyosis intrauterina* przedstawiają omawiane dwa przypadki. Przypuścić tylko należy, że opisana przez nas postać rybiej łuski rozwija się już ku końcowi życia wewnątrzmacicznego.

U Wilson'a ²⁾ znajduję opis rybiej łuski u 5-letniej dziewczynki, podobny bardzo do naszego. Taż sama pergaminowa, połyskująca, popękana skóra, zakrótką w stosunku do kośćca na twarzy, rękach i nogach; dłonie i podeszwy w wysokim stopniu zajęte, palce u nóg i rąk skrócone, tkanki tłuszczowej bardzo mało. Nigdzie zresztą nie znajduję wzmianki o podobnych przypadkach; często natomiast spotykam zdania, jakoby rybia łuska nigdy nie powstawała przed drugim rokiem życia, jakoby twarz zawsze zostawała niezajętą i t. d..

Opisana przez nas postać jest też łącznikiem między zwykłym typem rybiej łuski, a *ichthyosis palmaris et plantaris haered.* (Thost, Boeghold, Unna). Tę ostatnią usiłował Unna ³⁾ oddzielić zupełnie od rybiej łuski, ale argumenty jego tracą część doniosłości wobec wyżej opisanego typu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

54. Senn (z Milwaukee w Ameryce). O leczeniu chirurgicznym torbieli trzustki (*The surgical treatment of cysts of the pancreas*).

Z pomiędzy wszystkich narządów jamy brzusznej, najrzadziej trzustka podlegała leczeniu chirurgicznemu, a to z powodu głębokiego położenia po za tak

¹⁾ *Keratosis diffusa intrauterina*. Lebert. Między innymi Siewruk podał w 1843 opis dwu przypadków.

²⁾ Lectures on dermatology. 1874—5, str. 119. (*Dermatoxerasia*).

³⁾ Unna, *Keratoma palm. et plant. haeredit.* (Vierteljahresschrift. f. Dermatologie u. Syphiis. 1883. Z. II).

ważnymi organami jak żołądek, sieć, poprzecznicza, oraz z powodu niejasności jej chorób. Właściwie powiedziawszy, całe doświadczenie kliniczne dotyczące chorób trzustki, ogranicza się do torbieli tego organu, powstających podobnie jak w innych gruczołach, skutkiem zamknięcia przewodu wyprowadzającego, lub jego gałęzi.

W obecnym czasie, kiedy nowożytna chirurgija i u nas zdaje się zyskiwać grunt pod nogami, praca Senn'a może być z pożytkiem streszczoną, nie tylko dla prostej ciekawości. Przedewszystkiem przytoczymy spostrzeżenie tego autora.

19-sto letni robotnik, zupełnie zdrowy, upadł z wozu na lewy bok, a na niego spadła ciężka baryłka. Mimo bólu w grzbiecie, dalej zajmował się swoją robotą. W kilka dni potem dostał rozwolnienia, które trwało 2 tygodnie; zrzadka występowały wymioty. W 2 tygodnie po przypadku, zauważył w lewym podżebrzu guz okrągły, miękki, niebolesny, który szybko powiększał się, sprawiając uczucie pełności, a później odbijanie i wymioty po jedzeniu. Przy badaniu Senn znalazł, że guz zajmuje całą okolicę nadbrzuszną i lewe podżebrze; najbardziej wystający punkt guza leży na lewo od linii pośrodkowej i na 3 cale poniżej wyrostka mieczykowatego. Przy opukiwaniu tępość rozciągała się od lewej brodawki do linii na jeden cal powyżej pępka. Ku tyłowi tępość sięgała od 8-go do dolnego brzegu 12 go żebra; w okolicy nadbrzuszej wązki pasek odgłosu tympanicznego dawał się słyszeć wzdłuż łuku żebrowego prawego. Wyraźne chebotanie w guzie, który jest okrągły i gładki; z góry na dół ma $8\frac{2}{3}$ cala, w poprzek $8\frac{1}{5}$. Serce przemieszczone do góry. Po rozcięciu żołądka kwasem węglanym, okazało się, że narząd ten odepchnięty jest na prawo i ściśnięty przez guz. Wątroba była prawidłowa, w obu okolicach łądźwiowych odgłos tympaniczny. Brak uczucia tarcia, jakie bywa przy bąblowcu, oraz tętnienia w guzie. Nakłucie, uskutecznione za pomocą szpryki Prawaz'a, dało płyn nieco lepki, zlekką opalizujący, alkaliczny, zawierający dużo białka; pod drobnowidzem nie widać w nim haczyków ani cholestearyny.

Przez wykluczenie pozostawało rozpoznanie między jałową torbielą bąblowca, i torbielą trzustki. Przeciwno pierwszemu przypuszczeniu przemawiały: wielkość duża, jego poczucie się zdała od wątroby, duża ilość białka w płynie, brak haczyków; za drugim przemawiały: uderzenie w okolicę brzucha, szybki wzrost guza, zaburzenia w trawieniu, zależne prawdopodobnie od powstrzymania dopływu soku trzustkowego.

Widząc bezskuteczność rozmaitych leków, Senn przystąpił do operacji, z zachowaniem wszelkich ostrożności przeciwnych. Cięcie 5 cali długie, równoległe do lewego łuku żebrowego, przechodzące przez najbardziej wystającą część guza; staranne podwiązanie krwawiących naczyń, otwarcie otrzewnej; w ranie przedstawiła się sieć, a w niej tętnica i żyła znacznej wielkości, wypadające na drodze do guza, z powodu czego podwiązano je i między ligaturami przecięto. Cięcie w sieci 3 cale długie; przez to cięcie można było czuć i widzieć guz gładki, białawy, połyskujący. Ze względu na znaczne ciśnienie w torbieli i cienkość jej ścianki, przyszycie torbieli do brzegów rany wydawało się trudnym i niepewnym, i dla tego też ujęto ściankę torbieli szczypczykami, w celu pociągania za nią podczas przecięcia i wypuszczania płynu; w ten sposób starano się zabezpieczyć od wylania się płynu do jamy otrzewnej. Wtedy otwarto torbiel; przez otwór wytrysnął płyn z wielką siłą. Po opróżnieniu torbieli, S. przyszył jej ściankę do brzegów rany; palec wprowadzony do torbieli, szedł w kierunku ogona trzustki; wewnętrzną powierzchnią ścianki była gładka; wprowadzono 2 grube dreny, ranę opatrzone antyseptycznie. Plość wypuszczonego płynu wynosiła 3 kwarty. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, znaczna poprawa w stanie ogólnym; opatrunek musiał być często zmienianym z powodu przemoczenia przez wydzielinę torbieli. Skóra, otaczająca ranę, uległa macera-

cyi; naskórek można było zdejmować kawałkami, co autor przypisuje działaniu soku trzustkowego, (to samo spostrzegali: Kulenkampff i Gussenbauer). Dren wyjęto w 3 tygodnie po operacyi, w 8 tygodni zaś chory wyszedł ze szpitala zdrowym.

Senn przypuszcza, że skutkiem uderzenia uległ rozerwaniu przewód trzustkowy i mięsz gruczołu, co spowodowało powstrzymanie odpływu wydzieliny z pewnej części organu. Na wybór cięcia nie na linii białej wpłynęły następujące okoliczności: 1-o w razie gdyby istniały zrosty guza ze ścianką brzuszną, oczywiście byłyby one głównie w miejscu najbardziej wystającym, gdzie guz najbardziej naciskał na ściankę brzuszną, 2-o miejsce to było najodpowiedniejsze do przeprowadzenia drenów, 3-o taśma łączno-tkankowa, pozostała po zaniku i zarosnięciu torbieli, a tworząca stały most między bliźną i gruczołem, była w tym razie najkrótszą, co jest ważnem, jeśli się weźmie na uwagę możliwość zawinięcia się kiszki.

Następnie autor przytacza odnośną literaturę, z której w streszczeniu przytaczamy co następuje:

2. **Przypadek Kulenkampff'a** zupełnie podobny do tylko co opisanego spostrzeżenia. U 39-cio letniego robotnika, po silnem uderzeniu w brzuch, w 3 miesiące ukazał się guz niewiadomej natury, otworzony w podobny jak wyżej sposób; rozpoznanie nie było postawione; dopiero obzarcie skóry przez płyn zrodziło podejrzenie co do przyrody wydzieliny i punktu wyjścia torbieli. Wyzdrowienie.

3. **Przypadek Gussenbauer'a**, podobny do wyżej przytoczonych. Na zasadzie szybkiego wzrostu guza i położenia jego *in bursa omentali* (żołądek i poprzecznicą, jak wykazywało badanie, były przed torbielą), Gussenbauer zrobił rozpoznanie, że torbiel wychodzi z trzustki, lub z nadnercza. Przecięcie w linii pośrodkowej, otwarcie otrzewnej, w ranie ukazują się: żołądek i wielka sieć, pokrywające przednią powiechnię guza. G. oddzielił sieć od krzywizny wielkiej, a przez otwór ukazała się torbiel, wyraźnie chelboczająca; przysycie jej ścianek do brzegów rany i opróżnienie. Wyzdrowienie.

4. **Bozeman** wyciął torbiel ważącą $20\frac{1}{2}$ funta, sądząc, że ma do czynienia z torbielą jajnika, dopiero przy oddzieleniu szypułki okazało się, że torbiel wychodziła z trzustki. Wyzdrowienie.

5. **K. Rokitański** również w nadziei, że ma do czynienia z torbielą jajnika, przystąpił do wycięcia guza; przy autopsyi okazało się, że punktem wyjścia była trzustka.

6. To samo okazało się przy autopsyi w przypadku **Lücke'go**, który również przystąpił do wycięcia, w przekonaniu, że ma do czynienia z torbielą jajnika. Podstawą cierpienia był rak koloidalny trzustki i torbiel w *bursa omentalis*, której ścianki utworzone były z przyległych organów.

7. W przypadku, ogłoszonym przez **Thierscha**, torbiel była poczytaną przez jakiegoś lekarza za ropień i otwartą. Po przecięciu ścianki brzusznej i otrzewnej, okazała się torbiel w jamie brzusznej; lekarz odłożył otwarcie jej aż do wytworzenia się zrostów między nią i ścianką brzuszną, poczem w $2\frac{1}{2}$ tygodnia utworzył torbiel.

Wreszcie **Senn** przytacza dwa spostrzeżenia **Recklinghausen'a**, który przypadkowo przy badaniu pośmiertnem osobników zmarłych na gruźlicę (przy *diabetes mellitus*) znalazł ciekawe zmiany w trzustce. W jednym przypadku była torbiel wielkości głowy dziecka, tęgościenna, zawierająca rzadki płyn żółtawy, wychodzący z trzonu (*corpus*) trzustki; głowa jej była zupełnie prawidłową, przewód trzustkowy w głowie i jego ujście do dwunastnicy były drożne, lecz w trzonie, tam gdzie się rozpoczynała torbiel, przewód nie był otoczony przez tkankę gruczołu lecz przez tk. łączną spajającą głowę z guzem. W punkcie, gdzie się koń-

czył przewód w guzie, światło jego było zupełnie zatkanie przez kamień wielkości grochu. Po za kamieniem, na tylnej ściance torbieli, na wewnętrznej jej powierzchni widać było rowek, który na lewo przechodził w kanał przebijający ściankę torbieli i przedłużał się w przewód ogona trzustki; sam ogon stwardniały, bez wyraźnej budowy gronkowej (*acini*). Między głową i tym zmienionym ogonem nie było wcale tkanki gruczołowej, miejsce jej zastąpiła tylna ścianka torbieli. *Recklinghausen* przypisuje powstanie torbieli z przewodu *Wirsung'a* skutkiem zatkania go przez kamień.

To samo było w przypadku drugim, z tą wszelako różnicą, że tu istniało tylko żylakowate rozszerzenie przewodu, po za miejscem zatkania go przez kamyczki. Gruczoł uległ tu stłuszczeniu i dla tego przestał wydzielać sok, skutkiem czego nie było warunków do wytworzenia się dużej torbieli.

Pomijamy opis anatomiczny gruczołu i jego stosunków, który *Senn* podaje, a który czytelnik znajdzie w pierwszej lepszej anatomii lub na trupie.

Anatomia patologiczna. Torbiele trzustki są zawsze następstwem zatrzymania się wydzieliny i rozszerzenia przewodu, albo też w przypadkach rozdarcia gruczołu, są następstwem wylania się wydzieliny w mięsz i następnie czego rozciągnięcia jej torebki. Ścianka torbieli w przypadkach szybkiego wzrostu jest cienką, w przypadkach powolnego wzrostu — zgrubiałą, chrząstkowatą, nawet skostniałą. Powierzchnia wewnętrzna bywa gładką, albo podobną do wewnętrznej powierzchni tętnic przy *endarteritis*. W razie zamknięcia przewodu przy jego końcu, cały kanał i jego gałęzie rozszerzają się żylakowato, lub też powstaje pojedyncza torbiel od wielkości pomarańczy, aż do cysty, zajmującej całą jamę brzuszną (*Bozeman*). Czysty sok trzustkowy znajdowano tylko w małych torbielach niedawnego pochodzenia; w dawniejszych, zawartość ma rozmaity skład chemiczny, i różne domieszki; czasami bywa płyn czerwony, lub czekoladowy, skutkiem domieszki krwi.

Przyczyny. Pomijając przyczyny które nie mogą podlegać interwencji chirurgicznej (np. nacisk na przewód trzustkowy przez guzy), *Senn* zatrzymuje się nad trzema przyczynami zamknięcia przewodu, a mianowicie, nad zatknięciem przez tkankę bliznowatą, oraz nad zatknięciem jego powstającym przez zwięźnięcie światła, przy przemieszczeniu gruczołu.

1. W rzadkich przypadkach zatkanie przewodu trzustkowego może spowodować kamień żółciowy, tkwiący w przewodzie żółciowym, w miejscu połączenia jego z trzustkowym, poczem następuje zatrzymanie się wydzieliny wątroby i trzustki, (przypadek *Engel'a*), lecz bywa i odwrotna kombinacja, mianowicie kamień trzustkowy, zatykając sam koniec przewodu trzustkowego, naciska na przewód żółciowy, i wywołuje żółtaczkę (przypadek *Merkel'a*). Kamyczki w przewodach trzustkowych spotykano dosyć często, nigdy jednak rozszerzenie przewodu po za kamieniem nie osiągało tego stopnia, żeby było przedmiotem operacji; tłómaczy się to tem, że kamienie nie wypełniają całkowicie światła przewodu.

2. **Zacisnięcie bliznowate** bywa następstwem zapalenia samego gruczołu, lub tkanki go otaczającej. *Hoppe*, *Wyss*, *Becourt* opisali przypadki, w których tkanka bliznowata, naciskając jednocześnie na przewód żółciowy i trzustkowy, z jednej strony spowodowała rozszerzenie tego ostatniego, oraz żółtaczkę. Taka sama przyczyna, t. j. zapalenie śródmiąższowe z następnym kurczeniem się tkanki bliznowatej, była powodem zatkania przewodu w przypadku *Hjelt'a* i *Pepper'a*. *Senn* nie znalazł w literaturze żadnej wzmianki o zamknięciu przewodu, w skutek traumatyzmu. Zdaniem jego jednak, organ tak delikatny i kruchy jak trzustka, aczkolwiek umieszczony głęboko i dobrze osłonięty przez sąsiednie narządy, częściej bywa uszkodzony, aniżeli to przypuszczają. Przy pustym żołądku i nie naprężonej ściance brzusznej, silne uderzenie

w brzuch może wywołać rozerwanie tkanki gruczolu, następująca potem sprawa reparacyjna, której wyrazem jest tkanka bliznowata, może spowodować zaciśnięcie lub zboczenie przewodu. Jeśli ten ostatni uległ rozerwaniu, powstający przy tem wylew krwi może zatkać jego światło, co pociąga za sobą zatrzymanie się i wynacznienie wydzieliny trzustkowej, później zaś, całkowite zamknięcie przez kurczącą się tkankę bliznowatą. Przypuszczenia swoje opiera autor na analogicznym mechanizmie uszkodzeń cewki.

3. Senn przypuszcza możliwość zamknięcia przewodu trzustkowego skutkiem przemieszczenia gruczolu, skutkiem czego przewód zgina się; taki powód zamknięcia był w przypadku Engel'a, w którym ogon trzustki tworzył kąt prosty z głównym przewodem. Przemieszczenie może przyjść do skutku albo przez niezwykłe rozluźnienie tkanki łącznej przytwierdzającej gruczol, albo przez nacisk na niego przez guzy, albo przez guzy, albo też przez kurczenie się tkanki bliznowatej w samym organie, lub w jego sąsiedztwie.

O rozpoznaniu może być mowa jedynie w przypadkach, w których torbiel dosięgła znacniejszych rozmiarów. Najważniejszych danych dostarcza historia choroby, położenie anatomiczne guza i jego stosunki do otaczających organów. Szybki wzrost guza przemawia za jego pochodzeniem z trzustki. Zważywszy blizkie sąsiedztwo guza z ważnymi organami, godną jest uwagi okoliczność, że torbiele nie wywołują żadnych poważnych objawów przez ucisk na sąsiednie narządy. Ból, jeżeli istnieje, zależy raczej od przyczyn powodujących torbiel, aniżeli od niej samej. W tym względzie torbiele trzustki różnią się bardzo od złośliwych nowotworów. Wychudnienie zależy albo od jednoczesnej choroby trzustki, albo od nacisku na ważne organy. Obecność tłuszczu w wypróżnieniach wskazuje zawsze raczej na poważną chorobę trzustki, aniżeli na samą torbiel. Na 16 przypadków *steorrhoeae*, zestawionych przez Ancelet'a, w 5-u istniało zamknięcie przewodu żółciowego i trzustkowego, w 3 ch zamknięcie tego ostatniego, w 1 ym rak trzustki, w 1-ym zapalenie jej. Przy zatkaniu przewodu trzustkowego, istnieją zazwyczaj od pewnego czasu zaburzenia w trawieniu. Szczególny wygląd skóry niezdrowy, bladożółtawy, suchy, powinien zwrócić uwagę lekarza na trzustkę, objaw ten bowiem spostrzegany był w wielu przypadkach kamieni i torbieli tego organu. Blizki stosunek do *pleurus coeliacus* tłumaczy nam nerwobóle spostrzegane w niektórych przypadkach, oraz obecność cukru w moczu.

Torbiel trzustki zajmuje zawsze okolice, odpowiadającą położeniu tego narządu; może ona znajdować się poniżej prawego zraza wątroby, lub w podżebrzu lewym, odpowiednio do tego, czy punktem jej wyjścia była głowa lub ogon. Skoro guz dosięgnął wielkich rozmiarów, niepodobna jest oznaczyć punktu wyjścia; zawsze jednak leży on w *bursa omentalis*; żołądek odpycha zawsze ku przodowi, potem na prawo, poprzecznice ku dołowi, śledzionę na lewo, przeponeę ku górze i wraz z nią odbywa słabe ruchy oddechowe. W przypadkach wątpliwych, należy rozdać żołądek i kiszki kwasem węglanym. celem oznaczenia ich stosunku do guza. W razie napięcia ścianki brzusznej, można chorego zbadać pod chloroformem, wreszcie ważnych wskazówek udzieli nakłucie szprycą Prawatza.

Pod względem rozpoznania różniczkowego: 1-o od nowotworów złośliwych trzustki i przyległych narządów, torbiel różni się brakiem charłactwa; guz przy nich bywa twardy, nierówny, wzrost powolny,

2-o Tętniak aorty brzusznej różni się tętnieniem, wyczuwanem we wszystkich kierunkach i obecnością szmeru.

3-o Bąbłowiec wątroby, śledziony i otrzewnej różni się szczególnym szmerem tarcia, rodzajem skrzypienia, odmiennymi własnościami płynu, obecnością w nim haczyków; zresztą leczenie w obu chorobach jednakowe.

4-o Należy użyć wszystkich środków rozpoznawczych, aby nie wziąć zmienionych (nowotwory, ropień, przerost) gruczołów limfatycznych za torbiel trzustki; zazwyczaj jednak gruczoły przy wymienionych chorobach, doszedłszy do większych rozmiarów, wywołują poważne zaburzenia, a nadto choroby te przechodzą na otaczające narządy.

5-o Przy *hydro* i *pyonephrosis*, w historii choroby, we wczesnym okresie, znajdziemy zawsze grupę objawów, wskazujących na cierpienie miedniczki lub moczowodu. Nader ważnym jest zbadanie moczu i płynu z torbieli. Guzy nerki zajmują niższe miejsce i bardziej z boku niż guzy trzustki; przy torbieli trzustki, mamy w okolicy lędźwiowej odgłos tympaniczny, przy *hydro* i *pyonephrosis*, bywa stępienie.

6-o Torbiel nadnercza prawie niemożliwą jest do odróżnienia od torbieli trzustki; zresztą, leczenie jest jednakowe, a więc i różniczkowe rozpoznanie niema praktycznego znaczenia.

7-o Przy *peritonitis saccata*, anamneza wykazuje objawy zapalne, ból, gorączkę i. t. d.

8-o Przy dużej torbieli, wypełniającej całą jamę brzuszną, może zachodzić potrzeba odróżnienia *ascites*.

9-o Przypadki wyżej przytoczone, w których ludzie tak doświadczeni jak Bozeman, Luecke, Rokitański, pomylili się i wzięli torbiel trzustki za cystę jajnika, świadczą, że w pewnych razach rozpoznanie różniczkowe jest niemożliwe. Objawy fizyczne w obu chorobach są podobne, anamneza jednakowoż może dostarczyć pewnych wskazówek. Przy torbielach trzustki wczesnym objawem są przypadłości w trawieniu, przy torbielach jajnika w miesiączkowaniu; przypierwszych, chora zauważy guz w górnej części brzucha, przy drugich w dolnej. Zresztą leczenie chirurgiczne w obu chorobach jest jednakowe.

Rokowanie. Nawet przy olbrzymich torbielach trzustki pozostaje dostateczna ilość tkanki gruczołowej do wytwarzania soku: z tej przeto strony nie zagraża niebezpieczeństwo dla ustroju. Natomiast niebezpieczeństwo może wyniknąć: 1-o z mechanicznego ucisku na ważne narządy (żołądek, кишки, serce, płuca) i 2-o w razie pęknięcia torbieli i wylania się zawartości do jamy otrzewnej, lub do sąsiednich narządów, np. w przypadku Pepper'a śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku do jamy żołądka i dwunastnicy po pęknięciu torbieli.

Leczenie. Podobnie jak przy innych torbielach, tak i tu są dwie drogi, albo wyciąć torbiel, albo też najprzód opróżnić ją, a potem doprowadzić do zaniku. Pierwsza droga, aczkolwiek uwieńczona świetnym wynikiem w przypadku Bozema'n'a, prawdopodobnie nie znajdzie zwolenników: głębokie położenie, krótkość lub brak szypuły, trudności nasuwające się na polu operacyjnym ze strony przyległych narządów, czynią z ekstyrpacji sposób niezwykle trudny. Prostemu przekłuciu i wyssaniu płynu zrobić można dwa ważne zarzuty, skoro idzie o zastosowanie go do torbieli trzustki: wydostanie się płynu do jamy otrzewnej i ponowne zebranie się cieczy.

Mając na uwadze fizjologiczne własności soku trzustkowego, możnaby przypuszczać, że będzie on wywierał trawiący wpływ na otrzewną; tymczasem na zwierzętach (Haidenhain) tego działania wcale niezauważano. Ponieważ jednak spostrzeżeń tych nie można stosować do człowieka, ponieważ do tego płyn w małych tylko torbielach zawarty jest czystym sokiem trzustkowym, w większych zaś zawiera wiele domieszek i wylany do otrzewnej mógłby wywołać zapalenie tej ostatniej, przeto proste przekłucie i aspiracja mogą być stosowane jedynie w przypadkach, gdzie torbiel jest niewielka i gdzie istnieją zrosty między nią i ścianką brzuszną. Pozostaje utworzenie przetoki trzustkowej.

W obecnym stanie nauki jestto najbezpieczniejszy i najskuteczniejszy sposób; z wyjątkiem przypadku Sen'a, cięcie robiono w smudze białej; zdaje się

jednak, że najlepiej robić cięcie w miejscu najbardziej wystającym guza, tu bowiem może istnieć przyrost torbieli do ścianki brzusznej, a nadto ztąd jest najprostsza i bezpośrednio droga do pierwotnego źródła cysty. Cięcie zewnętrzne może być większe, cięcie w otrzewnej mniejsze. Jeśli sieć przyrosła jest do ścianki brzusznej i do torbieli, należy nakłuć tę ostatnią, a upewniwszy się w rozpoznaniu, dokończyć operację przez rozcięcie i przedrenowanie torbieli. Jeśli sieć nie jest zrosła ze ścianką brzuszną, przecina się ją na tyle, by obnażyć ściankę torbieli, poczem postępuje się w taki sposób: przyszywa się listek ścienny otrzewnej do skóry, brzeg rany w sieci odsuwa się pod ściankę brzuszną, poczem dno rany, aż do torbieli i samą ranę wypełnia się gazą jodoformową, nakłada się opatrunek przeciwnilny i utrzymuje w ciągu 6—8 dni, dopóki się nie wytworzy się zapalenie zlepne między torbielą i ścianką brzuszną, poczem się worek otwiera. Lepiej jednak jest skończyć operację odrazu. W tym celu chwytamy ściankę torbieli w kleszczyki i pociągamy ostrożnie, tak aby zetknęła się ściśle i wypełniła szczelnie ranę w otrzewnej, poczem przekłuwamy worek, wypuszczamy płyn, wyciągając ściankę torbieli, w miarę jej opróżniania się, poczem rozcinamy ją i przyszywamy do brzegu rany. Przez otwór wprowadza się dren, mający $\frac{3}{4}$ cale w średnicy i sięgający aż do dna torbieli. Po zupełnem opróżnieniu torbieli za pomocą nacisku na brzuch i ułożeniu chorego na boku, opatruje się ranę antyseptycznie. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że należy zasłonić skórę od działania soku trzustkowego; w tym względzie radzi Sen n smarować skórę olejem karbolowym. Opatrunek przeciwnilny powinien być nakładany dopóty, dopóki jama otrzewnej nie zostanie zamkniętą przez zrosty, a torbiel nie zredukuje się do prostej przetoki, wtedy należy powoli i stopniowo skracać dren.

Prędsze lub wolniejsze zarastanie torbieli zależy od ustąpienia lub trwania przyczyny zatykającej przewód, oraz stanu w jakim się znajduje część gruczołu poza miejscem zatkania; jeżeli zamknięcie przewodu jest zupełne i stałe, a gruczoł poza tem miejscem zdrowy, to przetoka zagoić się nie może, sok trzustkowy bowiem będzie się ciągle wytwarzał i wydzielał, i na odwrót.

(*American journal of the medical sciences* za Lipiec 1885 r. str. 17—48).

Wład. Matlakowski.

55. D-r A. Gougenhein. O obrzęku głośni. [1] *De l'oedeme de la glotte.* 2) *De l'oedeme des replis aryteno-epiglottiques.* 3) *De l'oedeme laryngien dans la tuberculose de larynx*].

Jedną z najbardziej groźnych form cierpień krtani, stanowiącą długo postrach laryngologów, jest niezaprzeczenie sprawa, nosząca w patologii nazwę obrzęku głośni, obrzęku okołogłośniowego (*oedema glottidis*, *oedema circa rimam glottidis*). Klasyyczny opis tej choroby, podany przez Sestier'a, przez długi czas utrzymywał się w patologii, choćby dla tej racji, że pozornie tłómaczył szybkie rozwijanie się sprawy i groźne jej dla życia następstwa. Jak wiadomo, Sestier uważał za siedlisko choroby więzy nalewko-nagłośniowe i tylną ścianę krtani. Okolica ta, bogata w luźną tkankę łączną, miała pod wpływem bodźców zapalnych lub traumatyzmu obrzmiewać tak silnie, że wytworzone z więzów 2 guzy w formie wodnistych nacieczeń, pod wpływem silnego wdechania, zbliżały się do siebie, wciągane były wgłąb i mechanicznie miały zamykać wejście do krtani. Całą grozą tego cierpienia miała być niezwykła jego szybkość, ztąd usprawiedliwiona obawa, aby przez operacje wewnątrzkrtańniowe stanu tego bezwiednie nie wywołać. Dla poparcia swego twierdzenia, Sestier uciekł się był do doświadczeń, a mianowicie do wstrzykiwań płynów w tkankę okołokrtańniową. Nie potrzebuję chyba dodawać, że w okresie przedlaryngoskopowym, a niestety i później, dzięki obojętności, z jaką ta spe-

cyjalność uprawianą była przez ogół lekarzy, mnóstwo form zapalnych o szybkim przebiegu, jako to: zapalenie ochrzęstnej, ropień krtani, a nawet pewne formy szybko przebiegających porażań krtaniowych, określane były fałszywą nazwą obrzęku głosni. Nieco więcej światła na tę sprawę rzuciły doświadczalne i kliniczne badania Dr G o u g e n h e i m'a, które z powodu ich doniosłości postaram się cokolwiek obszerniej uwzględnić.

Pierwsze spostrzeżenia, ogłosił G o u g e n h e i m w r. 1881, pod tytułem: *De l'œdeme de la glotte. Leçons recueillies par M. Lebreton, (France médicale, Nr. 60, 1881 r.)*. Za pomocą szpryki P r a w a z'a, napełnionej płynem zabarwionym, robił autor wstrzykiwania do tkanki łącznej wewnątrz i okołokrtaniowej. Dla zbliżenia tych doświadczeń do fizjologicznego przebiegu sprawy, wstrzykiwania robione były bardzo powoli, pod niewielkiem, gdyż wynoszącym 3 ctm. słupa rtęci ciśnieniem. Wstrzykiwania te z początku dokonywane zostały w mięszach więzów nalewkonałośniowych, językonagłośniowych i gardzielonagłośniowych, następnie robione były w okolicę podgłośniową. W pierwszym razie, obrzęk rozwijał się daleko szybciej niż w drugim. Na mocy pomienionych doświadczeń, G o u g e n h e i m przyszedł do tego wniosku, że zarówno tkanka wewnątrzkrtańniowa jak i okołokrtańniowa zdolne są do obrzęku, co jednak jest szczególnem i nie odpowiada anatomicznej budowie krtani, to łożo obrzęk wewnątrzkrtańniowy postępuje daleko szybciej, aniżeli okołokrtańniowy; z powyższego jasną jest rzeczą, że więzy nalewkonałośniowe wcale nie odgrywają ważnej roli przy obrzękach głosni, jak to utrzymuje S e s t i e r.

Pod wpływem pracy poprzedniej, doświadczalnej, autor na podstawie badań wielu chorych, postarał się klinicznie stwierdzić powyżej przytoczone dane w pracy pod tytułem: *De l'œdeme des replis aryténo-epiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1883)*.

W pracy tej autor dochodzi do wniosku, że odosobniony obrzęk więzów nalewkonałośniowych i tylnej ściany, zarówno w chorobach ostrych jak i przewlekłych krtani, nigdy nie jest przyczyną duszności, gdyż ta zależna jest po największej części od przyłączających się zaburzeń w innerwacyi krtani (porażenie rozwieraczy, skurcz zwieraczy) lub obrzęku wewnątrzkrtańniowego.

W przewlekłych chorobach krtani, prawdziwy obrzęk więzów nalewkonałośniowych jest rzadkością, a to co zwykle uważają za obrzęk więzów, jest stałem ich nacieczeniem, jakoteż nagłośni i części międzynałkowej głosni. Przy badaniu, bardzo wielu chorych z przewlekłemi cierpieniami krtani, połączeniemi z dusznością i świszczącym wdechem, gdzie więc śmiało można było podejrzewać obrzęk głosni, autor prawie ani razu go nie znalazł, a przyczynę owej duszności odnajdywał w nowotworach wewnątrzkrtańniowych, w zwężeniu głosni wskutek obrzęku strun prawdziwych, w porażeniu mięśni oddechowych krtani lub skurczu zwieraczy; z drugiej znowu strony, inni chorzy (przeważnie suchotnicy lub dotknięci przymiotem), pomimo znacznego obrzęku więzów nalewkonałośniowych, nie doświadczali najmniejszej duszności, lecz skarżyli się tylko na zawadę i ból przy połykaniu. U wszystkich chorych ostatniej kategorii, przy badaniu zwierciadłem krtaniowem, podczas aktu oddechania więzy nalewkonałośniowe nie zapadały się, jak to utrzymuje S e s t i e r, lecz rozchodziły się przy umiarkowanym ich opuchnięciu podczas wdechu, pozostawały nieruchomo przy znacznem ich obrzęku, zbliżały się zaś do siebie tylko podczas wydobywania tonów. Skurcz i towarzysząca mu duszność przyłączały się tylko przy dłuższym wydobywaniu tonów.

Z powyższego wynika i odpowiednia wskazówka dla terapeutycznego postępowania, według której przy obrzęku głosni przystępujemy do operacyi

rozeięcia tchawicy tylko tam, gdzie do obrzku głośni przyłącza się skurez, a nawet w ostatnim wypadku często obywamy się bez niej, gdyż nieraz wdechania znieczulających środków jako to chloroformu etc. przynoszą znaczną korzyść.

Autor kończy pracę swoją następującymi wnioskami: 1) obrzkom więzów nalewkonagłośniowych szczególnie w cierpieniach chronicznych, nie zawsze towarzyszy duszność; 2) jeżeli nie ma utrudnionego polykania, to obrzki takie mogą przebiegać zupełnie skrycie i dają się wykryć tylko za pomocą badania zwierciadłem krtaniowem; 3) przy badaniu zwierciadłem krtaniowem więzy nalewkonagłośniowe przy wdechu nie zapadają się, lecz oddalają się od siebie; 4) przy wydobywaniu tonów obrzki więzy zbliżają się, nie wywołują jednak duszności, chyba gdy w skutek długiego trwania tego aktu przyłącza się skurez; 5) gdy więzy są tak silnie obrzkle, że prawie się ze sobą stykają, natenczas przy akcji oddechania zachowują się one prawie nieruchomo i akt wdechu nie wywołuje żadnej duszności, pojawia się ona wprawdzie przy wydobywaniu tonów lub zbyt długiem egzaminowaniu chorego, w skutek przyłączającego się w tych razach skurezu, ale i wtedy nawet obrzkle więzy pozostają nieruchomemi; 6) duszność i świst wdechowy zależą od przyłączającego się skurezu odruchowego, lub wywołanego uciskiem nerwu wstecznego; 7) obrzkle więzy bez towarzyszącej im duszności nie stanowią wskazania do operacji przecięcia tchawicy; 8) nie należy w celach terapeutycznych dotykać obrzklých więzów, lub chorych z podobnego rodzaju cierpieniami zbyt długo egzaminować, aby nie wywołać niepożądanego skurezu; 9) skurez nie stanowi jeszcze absolutnego wskazania do operacji przecięcia tchawicy, gdyż często ustępuje od środków terapeutycznych (wdechania chloroformu).

Z kolei rzeczy autor zajmuje się obrzkami krtani towarzyszącemi gruźlicy tegoż narządu, w pracy pod tytułem: *De l'œdeme laryngien dans la tuberculose du larynx*. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1884).

Przedewszystkiem autor zaznacza tu, że to co u suchotników nosi zwykłe miano obrzku głośni a raczej więzów nalewkonagłośniowych, w znacznej tylko mniejszości przypadków, jest prawdziwym obrzkiem, większa zaś część odnoszących się tu spraw jest stałym naciekiem tych więzów i dla tego to rozdziela autor obrzki więzów nalewkonagłośniowych u suchotników na fałszywe i prawdziwe. Zarówno badania Delarisa jak i autora stwierdziły, że przy fałszywych obrzkach więzów, mamy do czynienia z plastycznym naciekiem gruźliczej natury, rzadziej z przewlekłym stwardnieniem odnosnej tkanki, że więc w tym razie nazwa obrzek więzów jest niczem nieusprawiedliwiona. Fałszywe obrzki bardzo często przebiegają zupełnie skrycie i jeżeli tylko nie przyłączy się jakakolwiek przyczyna, mogąca spowodować duszność, jak np. rozprzestrzenienie się sprawy chorobowej na wewnątrz krtani, stałe zbliżenie się do siebie strun głosowych, lub skurez tychże strun, to chorzy tacy oprócz pewnego utrudnienia przy polykaniu na nic innego się nie skarżą, jedynie tylko lusterko krtaniowe wykrywa omawiane cierpienie. Z powyższego wynika, że wyżej podana teoria Sestier'a, według której przy obrzku więzów nalewkonagłośniowych, duszność musi zawsze istnieć, jest fałszywą, a i objaśnienie owej duszności czysto mechaniczne, mianowicie, że opuchnięte więzy przy wdechu zapadają się, jest także bezzasadne, gdyż autor podobnego zapadania się w omawianych przypadkach nigdy nie widział. Autor utrzymuje, że często używane skaryfikacje przy fałszywych obrzkach są w zupełności bezzasadne, gdyż nacisk jest tutaj stały. Operacja przecięcia tchawicy może okazać się potrzebną tylko przy rozprzestrzenieniu się sprawy chorobowej na wewnątrz krtani. Jedynie więc należy ułatwić trudne polykanie u tego rodzaju chorych. W tym celu autor z korzyścią używa w różnych miejscach i na bardzo małej przestrzeni galwanokaustycznych przyżegań. Obrzki prawdziwe wystę-

pują albo powoli przy próchnieniu chrząstek krtani, wskutek występowania ropy w luźną tkankę łączną wewnątrzkrtańową, albo powstają nagle przy ucisnięciu żył; w ostatnim razie obrzęk jest surowiczej natury. Siedliskiem prawdziwych obrzęków mogą być różne miejsca w krtani, a stosownie do tego, która z chrząstek krtaniowych podlega próchnieniu, obraz wzornikowy i objawy przedstawiają się różnie i tak:

1) **Próchnienie chrząstki nalewkowej** wywołuje bardzo prędko obrzęk odpowiedniego więzu nalewkonagłośniowego. Jedynym objawem tego obrzęku jest z samego początku zjawiający się bezgłos; duszności i utrudnionego połykania brakuje w zupełności. Przy znacznych zniszczeniach błony śluzowej, obumarła chrząstka może wpaść do krtani, co wywołuje natychmiastową śmierć. Terapeutycznej interwencji opisywany obrzęk nie wymaga.

2) **Próchnienie chrząstek tarczowych** jest bardzo niebezpieczne dla chorych i często wymaga operacji przecięcia tchawicy. Obrzęk tu występujący rzadko dochodzi do więzów nalewkonagłośniowych, więzy te jak również nagłośnię prawie we wszystkich przypadkach znajdujemy prawidłowe, za to boczne ściany krtani i więzy fałszywe wskutek obrzęku prawie się z sobą stykają i powodują znaczną duszność. Objawy opisywane zwykle występują dopiero w późniejszym okresie, a prawie zawsze poprzedza je zgrubienie chrząstek tarczowych, łatwe do rozpoznawania przy badaniu zewnętrznem krtani.

3) **Próchnienie chrząstki obrączkowej** z początku wywołuje tylko trudność przy połykaniu. Zmiana głosu zjawia się późno i jest mało wyrażona. Duszność występuje zwykle nagle i zależy bądź od obrzęku podgłośniowego, bądź od zajęcia mięśni oddechowych krtani. Zwykle więzy nalewkonagłośniowe nie bywają zajęte, a struny głosowe pozostają zbliżone do siebie i nie rozchodzą się. Z powodu silnej duszności często uciekamy się do operacji przecięcia tchawicy. Z całej tej pracy okazuje się, że najmniejsze niebezpieczeństwo dla chorych przedstawiają obrzęki więzów nalewkonagłośniowych bądź prawdziwe, bądź fałszywe.

1) *France medicale*. Nr. 60, 1881. 2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1883. 3) *Annales etc.* 1884).

Władysław Oltuszewski.

56. Dieulafoy. Obłąkanie zależne od choroby Bright'a (*Folie brightique*). (Streszczenie odczytu mianego w Towarzystwie Lekarskiem Szpitali Paryskich).

Bredzenie nie należy do zwykłych objawów choroby Bright'a, a o wiele częściej występują inne zaburzenia w systemacie nerwowym, jako to drgawki lub śpiączka. W niektórych jednak przypadkach, zwłaszcza w okresie późniejszym, występują zboczenia umysłowe, których rozliczne objawy połączono w jedną nazwę bredzenia mocznicowego (*uremia delirians*). Postać ta występuje zazwyczaj u chorych, miewających przykurczenia, drgawki padaczkowate (*epileptiformes*), bóle głowy, u cierpiących na śpiączkę, na wymioty niczem niedające się powstrzymać lub wreszcie na napady duszności. Tej postaci nie można przypisywać żadnej cechy, jej tylko właściwej. Zwykle bredzenie tej postaci bywa spokojnem; chorzy mają złudzenia zmysłowe przejściowe lub stałe, brak łączności w słowach lub pojęciach; tracą świadomość dnia i godziny, nie rozpoznają wcale lub bardzo niedokładnie osoby ich otaczające, odpowiadają niezrozumiałemi wyrazy na zapytania, z jakimi się do nich wzywamy. Chociaż rzadziej, zdarza się jednak, iż tacy chorzy przypominają zachowaniem się swojemu osobie dotkniętej ostrem otruciem wyskokowem lub też szaleństwem (*mania acuta*). Są pobudzeni, nie są w stanie pozostać na jednym miejscu, podnoszą się co chwila mówią bezustannie, niekiedy dochodzą do takiego stanu pobudzenia, że potrzeba

wkładać na nich kaftan. Czasem przeważają złudzenia wzrokowe i słuchowe: chory widzi istoty w swojej wyobraźni i słyszy nieistniejące głosy.

Mocznicowa ta postać bredzenia z punktu widzenia klinicznego może się przedstawiać:

1) Albo jako prosty objaw, nie mający większej wagi od innych objawów nerwowych, pojawiających się w rozmaity sposób u chorych dotkniętych więcej lub mniej daleko posuniętym okresem choroby Bright'a. Objaw ten zatem przyłącza się wtedy do białkomoczu, bólu głowy, ciągłych wymiotów, napadów drgawkowych lub do duszności i t. d., słowem, do rozmaitych innych objawów tej choroby.

2) Albo też, jeżeli nie jako objaw jedyny choroby Bright'a, to przynajmniej tak dalece przeważający nad innymi, iż te ostatnie mogłyby całkowicie ująć uwagi nieuprzedzonego spostrzegacza. Tak więc może brakować obrzęków i białkomoczu, przynajmniej czasowo; może nie być w danym okresie czasu żadnych innych objawów choroby Bright'a, jak tylko bredzenie, a wówczas chory przedstawia wszystkie cechy obłąkanego. Przypadkom tym, nader pod względem klinicznym ważnym, autor nadaje nazwę: „*folie brightique*“. Ważność ich występuje na pierwszy plan szczególnie wówczas, gdy się kwalifikuje podobnych chorych do specjalnych zakładów dla obłąkanych, a także i wtedy, gdy się je leczy jako obłąkanie pierwotne. Łatwo zrozumieć szkodę, jaką się wyrządza choremu na zapalenie nerek, poddając go jako obłąkanego np. zimnym natryskom i dyjecie wzmacniającej, mięsnej, podczas gdy tylko dyjeta mleczna byłaby dla niego odpowiednią.

Autor podaje dość szczegółowy opis kilku przypadków, z których dwa sam spostrzegał. Przychodzi z nich do wniosku, że prawie wszystkie postaci obłąkania mogą tu występować.

Czasami postać bredzenia mocznicowego przedstawia odcień szaleństwa ostrego z podnieceniem, bezsennością, krzykliwością i gadatliwością. Chory co chwila się zrywa, nie chce pozostać na miejscu i bije się wówczas, gdy go przytrzymują. Okresy podniecenia zamieniają się niekiedy na okresy odrętwienia, śpiączki. W niektórych razach mamy do czynienia z przeważającymi złudzeniami słuchu i wzroku; chory widzi np. szwadrony wojska maszerujące po dachu, to słyszy śpiew dzieci, niosących pochodnie; to znów słyszy wystrzały z pistoletu i t. p. Kiedy indziej przeważa postać zadumy: wyraz twarzy apatyczny, oko zagasłe, chory zamknięty w sobie, zrezygnowany na wszelkie cierpienia; raz obawia się śmierci, to znów chciałby umierać i myśli o samobójstwie. W innych przypadkach na pierwszy plan występują idee prześladowcze: chory odpycha pokarmy z obawy znalezienia w nich trucizny, przypuszcza że cychają na jego życie, słyszy nawet spiskujących przeciw sobie; poczuwa się nieraz do największych zbrodni i dla tego obawia się za nie kary; ludzie otaczający go wydają mu się katami. Nierównie rzadziej bredzenie mocznicowe przyjmuje postać erotyczną i religijną.

Rozmaite te postaci bredzenia mogą istnieć oddzielnie, co zdarza się rzadziej, to znów łączą się ze sobą, lub po sobie występują i takie spostrzegamy częściej.

Czas trwania takich zbroceń umysłowych przy chorobie Bright'a jest różnym i wedle spostrzeżeń, jakie nagromadził autor, wynosi od 19 dni do 8-miu miesięcy. Raz owe zbrocenia wybuchają nagle, gwałtownie i zaraz w początkach dochodzą do najwyższego stopnia natężenia; to znów zapowiadają się one z początku niektórymi tylko słowami lub giestami bez związku i stopniowo dopiero dosięgają swego szczytu. Niekiedy bredzenie mocznicowe przez cały czas trwania zachowuje jednakowy stopień natężenia lub podlega bardzo nieznacznym zwolnieniom, w innych zaś razach spostrzegać można bardzo wydatne zwolnienia i przejściowe polepszenia.

Co się tyczy przyczyn, to nauka o źródłach powstawania bredzenia mocznikowego nie lepiej jest poznana od pochodzenia samych objawów mocznicowych. W pewnych przypadkach wywiady dostarczają danych usposabiających (przebyte choroby umysłowe), częściej jednakże nie znamy zarówno przyczyn dziedzicznych jak i osobistych. Wypada zatem przypuszczać, że zmiany dyskrazyjne, występujące pod wpływem niedostatecznego wydalania moczu, są wstanie wywołać drgawki, śpiączkę, objawy gastryczne, dusznościowe, równie jak cały szereg zaburzeń mocznicowych. Wszystkie choroby nerek mogą doprowadzić do tego rodzaju następstw. Przedewszystkiem należy tu zaliczyć przewlekłe zapalenie nerek, które oznaczają ogólnem mianem choroby Bright'a; w tych przypadkach zaburzenia umysłowe rzadko tylko występują w początkach choroby, zazwyczaj przed ich pojawieniem się były już pewne objawy ze strony nerek, które w danym razie potrzeba tylko umieć odszukać. Na drugim miejscu w szeregu chorób nerkowych wypada postawić ostre zapalenia i to nie tylko powstające pod wpływem przeziębienia, a więc pierwotne, ale i wtórne jak np. przy płonicy i innych chorobach zakaźnych. W całym tym wielkim oddziale ostrych zapaleń nerkowych, gdzie mogą być zajęte przez sprawę wszystkie elementy nerki, gdzie zaburzenia w krążeniu krwi w nerkach są w nader rozmaity sposób połączone z zaburzeniami czysto zapalnej i zwyrodniającej (degeneratywnej) natury, zarówno bredzenie mocznicowe, jak napady padaczkowe i komatyczne mogą występować jako jeden z pierwszych objawów choroby nerkowej. Autor oddzielnie wzmiankuje o pologowych zapaleniach nerek, wyrażając przypuszczenie, łącznie z Lécorché, że znaczna liczba przypadków manii pologowej przedstawia tylko manię mocznicową.

Nerka starcza oraz niedostateczne wydzielanie moczu wskutek takowej mogłyby wyjaśniać pewne rodzaje bredzenia w wieku zgrzybiałym. Z tem wszystkiem nie znamy dokładnie istotnej przyczyny zaburzeń umysłowych, jakie sprowadza w następstwie niedostatecznego wydzielania moczu.

W dzisiejszym stanie nauki zdaje się być oczywiście, że takie niedostateczne wydzielanie moczu zatrzymuje w ustroju nie tylko pierwiastki moczu znane i dające się dozować, między innymi mocznik, lecz i inne elementy, nad którymi dopiero zaczynają się przeprowadzać badania, a które przez nagromadzenie się swoje w ustroju stanowią istotne otrucie. Owo nagromadzenie wytworów trujących bywa albo szybkim a dodatkowe drogi wydzielnicze nie są czynnymi, — i wówczas mamy mocnicę ostrą; albo też jest ono powolnem, a dodatkowe drogi wydzielnicze (żóładek, kiszki i t. d.) funkcjonują tylko czasowo, wtedy mocznica przedstawia się jako przewlekła. Zresztą każdy osobnik dotknięty zapaleniem nerek przez to samo może być uważanym za cierpiącego na mocnicę, wprawdzie będącą często w stanie utajenia, lecz która może wybuchać od czasu do czasu pod postacią wyraźnych przypadłości mózgowych. Autor zatem przypuszcza, że szaleństwo przy chorobie Bright'a jest także następstwem owego jeszcze nie dobrze poznanego otrucia. W niektórych wprawdzie przypadkach trzeba przyjąć, zgodnie z teorią Traube'go, przyczynę mechaniczną, mianowicie obrzęk mózgowia, stwierdzić go jednakże można tylko w rzadkich przypadków. Dla większości, jak się powiedziało, pozostaje jako przyczyna tylko otrucie.

Przy rozpoznawaniu należy zwrócić szczególną uwagę na objawy choroby podstawowej, t. j. zaburzeń nerkowych. Do najważniejszych, jak wiadomo, choć nie do stałych należą obrzęki, zwłaszcza twarzy i białkomoczu. Jednakże w przebiegu przewlekłych zapaleń nerek może obrzęków wcale nie być, albo jeżeli są, to tak lekkie i tak przelotne, że przechodzą niepostrzeżenie dla samego chorego, a i lekarz może nie mieć sposobności stwierdzić ich obecności. Co się zaś tyczy białkomoczu, to obecność jego nie zawsze jest wyrazem choroby Bright'a, a brak nie zawsze wyłącza cierpienia nerek, zdarza się bo-

wiem często, że białko w moczu znika w przebiegu choroby Bright'a na czas nieraz dość długi. Z powyższego wynika, że w pewnych okresach zapalenia nerek tak obrzęki, jako też białkomocz mogą występować w stopniu bardzo łagodnym, prawie niedostrzegalnym, albo też zupełnie może ich brakować; w przypadkach, gdy są, stanowią one ważną podstawę dla rozpoznawania, w przypadkach zaś w których ich brakuje, potrzeba korzystać z innych objawów. Pomiędzy temi ostatniemi wyliczyć wypada: zaburzenia słuchowe, szum i świst w uszach, osłabienie słuchu i zupełna głuchota, bóle w okolicach lędźwiowych, częste oddawanie moczu i objaw po raz pierwszy przez autora opisany jako uczucie zdętwienia w palcu (*le symptome du doigt mort*). Objawy powyższe dołączają się do innych, dawniej już znanych, jako to: bolesnych skurczów, zaburzeń wzrokowych, wymiotów niedających się powstrzymać, bólów głowy, napadów duszności, krwotoków nosowych, obniżenia ciepłoty ciała poniżej stanu prawidłowego, zmniejszenia ilości mocznika w moczu, a tym sposobem połączenie tych objawów, wspólne lub kolejne ich występowanie, w braku obrzęków i białkomoczu, pozwoli rozpoznać chorobę Bright'a. W przypadkach mianowicie trudnych i ciemnych, tylko drobiazgowe badanie, na pozór nawet nieznaczących objawów, pozwoli odnieść do prawdziwego początku bądź wymioty uporczywe, bądź napady duszności, bądź to przypadłości padaczkowej natury (*epileptiformes*), bądź wreszcie zbroczenia umysłowe.

Co do rokowania, to bredzenie w chorobie Bright'a, o ile wynika ze spostrzeżeń zebranych przez autora, nie przedstawia tej ważności co inne przypadłości nerwowe, jak np. mocznica drgawkowa i komatyczna, które życiu zagrażają tak często niebezpieczeństwem. W kilku przypadkach chorzy wyleczyli się zupełnie ze swojego szalu mocznicowego; rzadziej choroba kończyła się śmiercią. W każdym razie chory raz wyleczony z cierpienia, o którym mowa, nigdy powtórnie na nie nie zapadał. Pod względem leczenia należy nadmienić, że w mowie będąca postać chorobowa przedstawia te same wskazania, co i inne przypadłości mocznicowe. Na pierwszym miejscu postawić wypada dyjetę mleczną. Następnie za pomocą nacierań i mięsienia należy utrzymywać i pobudzać czynności skóry. Środki odciągające (*revulsiva*) na okolicę nerek, suche bańki, obszerne gorczyzniki są także wskazane. Naparstnicą, bardzo często użyteczną, ma na celu przeciwdziałać osłabieniu serca. Środków czyszczących, zwłaszcza drastycznych, należy używać bardzo oględnie, ażeby ustroju nie pozbawiać odrazu znacznej masy płynu, niezbędnego dla wydzielenia stałych części składowych moczu. Właśnie w celu ułatwienia wydzielenia moczu autor radzi zastosowywać enemy zawierające 150 gramów naparu lekko moczopędnego, jak np. *inf. fol. uvae ursi*. Dają też dobre wyniki miejscowe upusty krwi: pijawki stawiane po za uszami i do otworu stolcowego. W przypadkach zaś, gdy obłąkanie w chorobie Bright'a występuje jako bardzo gwałtowne, albo w połączeniu ze śpiączką i drgawkami mocznicowemi, należy bez wahania przystąpić raz lub kilka razy do ogólnego krwi upustu.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.* Nr. 30—1885).

St. Kwietniewski.

57. E. Emmert (z Bernu). Zapalenie rogówki krzewiaste wrzodzące pochodzenia grzybkowego. (*Keratitis dendritica ulcerans mycotica*).

Na zasadzie 6-ciu spostrzeżeń, kreśli autor nieopisaną dotychczas postać zapalenia rogówki; powstaje ona u suchotników lub żółzowatych obu płci, w wieku od 20—45 lat, na wiosnę lub w jesieni. W ciągu 2—3 dni wraz ze znacznymi objawami zapalnego podrażnienia oczu: światłowstrętem, łzotokiem, naczynięciem naczyń łącznicy gałki ocznej i obrzmieniem łącznicy powieki górnej tworzy się zwykle na brzegu rogówki szarawe, podnabłonkowe nacieczenie w postaci małego ogniska lub prążka. Zmętnienie to początkowe staje się punktem wyjścia cienkiego szarego pasemka (1—1½ mm. szerokości), które dalej rozwija

się, dążąc ku środkowej części rogówki, dzieląc się przytem po drodze i dając odnogi, tak, że na rogówce powstaje takim sposobem krzewiasty rysunek. Nabłonek na zmętniałych prążkach wkrótce wznosi się, odpada i wytwarza się owrzodzenie powierzchownych warstw rogówki, w kształcie cienkiej widłowato dzielącej się rynienki. Odruchowy skurcz powiek zwiększa się wtedy i chory doznaje uczucia ciała obcego pod powieką górną, czasami dołącza się nerwoból w okolicy ciemieniowej. Powikłań ze strony łącznicy lub jagodówki, autor nie spostrzegł.

W przypadkach rozwiniętego zupełnie cierpienia, takowe kończyło się w ciągu 3—6 tygodni wyzdrowieniem, przyczem na rogówce pozostawało powierzchowne charakterystyczne, krzewiaste zmętnienie rozjaśniające się powoli, z kształtu którego po latach nawet rozpoznać można było przebyte cierpienie. Środki używane zwykle przy cierpieniach rogówki i łącznicy, wpływu w tych przypadkach na przebieg choroby nie miały. W tych razach, przypadek 5-ty i 6-ty, gdy leczenie rozpoczęto w pierwszych 2—3 dni trwania choroby, wyzdrowienie następowało w ciągu kilku dni, przy użyciu ezeryny i przemywań worka łącznicy, jakoteż zpryskiwań zajętego brzegu rogówki roztworem sublimatu (1%).

Drobnowidzowe badanie rozpadu, zeszkobanego z dna brzegów owrzodzeń, wykazało na suchych preparatach zabarwianych fuksyną i fioletem gencyjanowym, obecność w rozpadzie i na komórkach nabłonka laseczników (0,5—1,25 mikrometrów długości); te ostatnie zebrane były w nieregularne kępki po 10—50 razem; przy powiększeniu 600—1000 każdy lasecznik okazał się złożonym z dwu przylegających do siebie w kierunku długości. Innych mikrobów nie znaleziono. Podwójne laseczniki uważa autor za chorobotwórczą przyczynę wyżej opisanego cierpienia rogówki.

(Centrblt. f. prakt. Augenheilkunde Octob. 1885.)

J. Przybylski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W dniu 28 b. m. lekarze Płoccy obchodzili uroczyste jubileusz 50-letniej pracy lekarskiej D-ra Adama B u é k i e w i e z a. Jubilat cieszy się w bliższym kółku ogromną sympatyją i powszechnie jest szanowany dla swej wielkiej (jak się wyraża jeden z lekarzy płockich w liście do nas pisanym) zacności charakteru i niezmordowanej pracy lekarskiej. I my, jakkolwiek nie mamy przyjemności znać Go osobiście, dołączamy nasze życzenia do życzeń kolegów płockich i żałujemy, iż nie możemy Czytelnikom naszym powiedzieć nic bliższego o jubilationie, a w jedynym pod tym względem źródle „K o ś m i ń s k i e g o Słownika lekarzów polskich“ czytamy tyle tylko (z winy nie przysłania przez jubilata szczegółów biograficznych), iż D-r B u é k i e w i e z jest autorem 2 prac: „Kilka uwag nad pojęciem lekarzy o chorobach kołtunowych“ (w protokółach Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1874) i „Studyja nad suchotami czyli o badaniu przyczyn szerzących suchoty między naszą ludnością i próbach ochronnych od tej choroby“. Warszawa. 1879.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 48. M e y e r s o n. O przewlekłym niezycie, nosa i zбочeniach nerwowych w związku z nim będących.

Przegląd lekarski Nr. 48. M i k u l i c z. O resekcji wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyluszczenia gruczołu tarczycowatego. — B l u m e n s t o k. Orzeczenie sądowo-lekarskie. — W i e z k o w s k i. Doświadczenie nad antypirynem jako środkiem przeciwgorączkowym. — R o s e n b l a t t. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od roku 1878—1882.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 21 Ноябрь 1885 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów
prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie
wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia
chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz
w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich
księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora D-ra H. Hoyera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współ-
właścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama
jak w „Księdze“. Cena rubli trzy. 30.

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Ноября 1885 г.

Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 29