

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Szal melancholiczny (*Raptus melancholicus*). Wypadek sądowo-lekarski, obserwowany i opisany przez Stanisława Chomętowskiego, lek. ord. w szpitalu dla Obląkanych, Śgo Jana Bożego w Warszawie, członka Towarz. psychiatrów niemieckich. O działaniu fizyologiczném i własnościach leczniczych wodoru chloralu (*Hydras chlorali*). Spostrzeżenia P. Alexandra Janiszewskiego, lekarza szpitala św. Jana Bożego w Lublinie. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. Bezład błonicowy (*Paralysis diphtheritica*). Przez Dra Wertheimbera. Spolszczył Dr. Józef Nowak. Wiadomości bieżące. O krupie i błonicy w gardzieli; o powstawaniu wysięku i ropy. Streścił Dr. W. Mayzel. Zjazd naturalistów w Kijowie. Dodatek. Opis szpitala Starozakonnych w Warszawie. Skreślił Dr. Jakób Rosenthal, lekarz ordynujący w tymże szpitalu. (73—80) (Ciąg dalszy). — Fizyologii T. I, ark. 16, Auskultacyi i Perkussyi ark. 6, Gyniekologii ark. 25.

Szal melancholiczny (*Raptus melancholicus*).

Wypadek sądowo-lekarski, obserwowany i opisany przez Stanisława Chomętowskiego, lek. ordynującego w szpitalu dla Obląkanych, Śgo Jana Bożego w Warszawie, członka Towarzystwa psychiatrów niemieckich.

Stan rzeczy.

Podsądny Ludwik L., czeladnik szewski, przybył po raz pierwszy do szpitala Śgo Jana Bożego w dniu 22 grudnia 1868 roku. W dniu zaś poprzednim, to jest 21 grudnia 1868 r., nadesłany został z aresztu policyjnego do szpitala Dzieciątka Jezus; gdy tam wszakże, jak świadczy załączona karta wizytowa, okazywał napady obląkania umysłu i odznaczał się przytém zupełną bezprzytomnością, przeto przetranszlokowany został na kuracyę do zakładu obląkanych i pomieszczony po przybyciu w oddziale lekarza ordynującego profesora Dra Płaskowskiego.

Z ówczesnej karty wizytowej przez Dra Płaskowskiego pisaniej, okazuje się: że Ludwik L. cierpiał wtedy na znaczne otępienie umysłu, zwolnienie w sferze ruchów dowolnych, oraz osłabienie ogólne. Odpowiadał z trudnością na zadawane sobie pytania i to nieprzytomnie; w nocy spał niespokojnie, przerywanie,

często się budził, uskarżał: że duchy go prześladują i spać mu nie dają. Pod względem fizycznym, chory cierpiał na brak apetytu i zaparcie stolca. Ze względu na stan powyższy, choroba umysłowa Ludwika L., rozpoznana została jako melancholia. Po 27-dniowym leczeniu, to jest w dniu 30 stycznia 1869 r., chory jako zdrowy ze szpitala wypisanym został. Z opowiadania samego podsądnego dowiedzieliśmy się, że tenże, po powrocie do domu zajmował się swoim rzemiosłem, a w czasie wielkiego postu, który wkrótce po wypisaniu go ze szpitala nastąpił, ściśle bardzo pościł.

Z zeznania świadka Adama L., czeladnika szewckiego (vidi fol. 1—14), zamieszczonego w aktach podsądnego, dowiadujemy się, że Ludwik L..., wraz z żoną i dziećmi w końcu wspomnianego powyżej postu, to jest w dzień Wielkiego czwartku, przeniósł się na nowe mieszkanie przy ulicy Szczyglęj, pod Nr. NN., zajmując lokal razem z tymże Adamem L. Pierwszego dnia po świętach Wielkiejnocy, to jest we wtorek dnia 12 kwietnia t. r. Adam L., powróciwszy z miasta zastał drzwi wspólnego mieszkania na klucz zamknięte, przyczem słyszał niezwykle krzyk w tym mieszkaniu. Chcąc zapobiedz gorszącemu zajściu, usiłował drzwi otworzyć, lecz gdy to okazało się bezskutecznem, przywołał ucznia ślusarskiego, w tymże domu mieszkającego, a ten drzwi otworzył. Wszedłszy do mieszkania ujrzał Julję L., żonę podsądnego, leżącą na ziemi, we krwi zbroszoną, przytęm od obecnej współlokatorki Maryi M., emerytki, dowiedział się iż Ludwik L., porąbał swęj żonie głowę siekierą, i uciekł następnie przez okno. Czyby Ludwik L. cierpiał pomieszanie umysłu, świadek nie wie; słyszał tylko od nieżyjącej żony jego, iż tenże cierpiał słabość umysłową i był na takową leczony w szpitalu Sgo Jana Bożego.

Wezwana przez Sąd Maryanna M..., emerytka (patrz fol. 1—14—15 i 16), niegdyś współlokatorka małżonków L. i Adama L., oświadczyła pod gotowością wykonania przysięgi: że Ludwik L. szewc. sprowadził się wraz z żoną i dziećmi, do mieszkania najmowanego dotąd przez Adama L. i przez świadczącą, w dzień Wielko-czwartkowy; że po sześćcio-dniowym pobycie w nowym lokalu, to jest, we wtorek Wielkanocny, Ludwik L. zawezwał do mieszkania księdza, odbył spowiedź i przyjmował komunię świętą. Kiedy następnie ksiądz i żona podsądnego z dziećmi wydalili się z mieszkania, Ludwik L. ubrawszy się, zamknął drzwi na klucz, a gdy żona jego powróciła z dziećmi, on jej nie chciał wpuścić do mieszkania, gdy zaś Maryanna M... chciała drzwi otworzyć, on jej tego nie dozwolił. Następnie po długiem oczekiwaniu podedrzwiłami, wpuścił ją, lecz zaraz drzwi zamknął na klucz, takowy wyjął z zamku i włożył do kieszeni, zapytując się swęj małej córki, gdzie była z matką, a gdy nie mógł wywiedzieć się o ich bytności, uniesiony passją pochwycił toporek i z całą wściekłością rzucił się na żonę, co świadczająca spostrzegłszy, zaczęła wołać na ratunek ludzi. Jakoż w krótkim czasie, przybył współlokator Adam L. z ludźmi na pomoc i drzwi gwałtownym sposobem otworzyli, co widząc Ludwik L. przybiegł do okna i takowem wyszedłszy, spuścił się po rynnie na dół, gdzie go policya ująwszy, odstawiła do cyrkułu. Żona zaś podsądnego leżała na ziemi, cała w krwi zbroszona, dopóki nie udzielono jej pomocy lekarskiej. Czyby zaś Ludwik L., dopuścił się owego czynu przestępnego. w stanie obłąkania, tego

Maryanna M. nie wie. Świadcząca nie słyszała, a żeby, przez czas swego zamieszkania, Ludwik L. klócił się kiedykolwiek ze swą żoną, lub żeby ta ostatnia dała mu jakowy powód do nieporozumienia; bo o ile uważała Julia L., obchodziła się ze swym mężem jak najłagodniej. W końcu Maryanna M. nadmienila, że po odbytej spowiedzi miał Ludwik L. jakiś paroksyzm, niby obłąkania, bo się trząsał, jakby we febrze, gestykulując rękami, jakby do kogo przemawiał, a działo się to w obecności księdza, który nawet zaproponował, aby go odwieziono do szpitala.

Zona podsądnego Julia L., przywieziona została na kurację do szpitala Dzieciątka Jezus, w dniu 14 kwietnia, 1868 roku, z ranami siekierą przez męża jej zadanemi, a mogącemi się przyczynić do śmierci chorej, jak o tem świadczy (patrz fol. III fol. 2) Pomocnik naczelnego lekarza tegoż szpitala, w odezwie swjej pod tymże dniem, za Nr. 1398 wydanej, do Sądu policyi prostej wydziału NN.

W skutek rzeczonej odezwy, w dniu następnym 15 kwietnia t. r., Sąd pomieniony zszedł do szpitala Dzieciątka Jezus i znalazłszy chorą zdolną do odpowiedzi na zapytania, wezwał ją do protokołu, w którym pomiędzy innemi zeznała (vidi fol. 1—2—3), że mąż jej Ludwik L. uległ napadowi waryacyi i wzięty został na kurację do tutejszego szpitala obłąkanych, gdzie zostawał przez cztery tygodnie, z kądem przybył niby już jako zdrowy, jeszcze w zapusty. Dalej powiada: „w dniu wczorajszym kiedy wyszłam ze stancyi zawołać dzieci ze dworu i z niemi wkrótce powróciłam, zaczął mnie się wypytywać gdzie byłam i nie chciał wierzyć że po dzieci chodziłam, zauknął stancję od wewnątrz a wyjąwszy siekiere z za pieca, rzucił się na mnie, co dostrzegłszy pochwyciłam za siekiere, i poczęłam mu się bronić, ale mnie przemógł, i widać że zaczął rąbać siekiere po głowie, gdyż utraciłam przytomność, nie wiem co się dalej ze mną działo, dosyć że dopiero tu w szpitalu przyszłam do przytomności; poranił mnie niebezpiecznie, ale wiem że to było w napadzie waryacyi.“ Domagała się wszakże później, gdy Sąd powtórnie do niej zszedł, ukarania męża.

Według opinii pomocnika Naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, udzielonej w skutek odezwy wydziału Policyjno Sądowego w Warszawie, z dnia 3 (15) kwietnia 1868 roku za Nr. 5797, Julia L. przybyła do szpitala z dwunastoma ranami głowy, do kości dochodzącemi, prócz tego z raną twarzy i posinieniem całej prawej ręki. Rany te od cięć siekiere pochodzące, lubo nie absolutnie śmiertelne, uważa wszakże opiniujący za ważne. Po 18-dniowej kuracyi, to jest: w dniu 2 maja 1868 roku, chora Julia L. zmarła w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Dochodzenie sądowo-lekarskie (patrz fol. 3 i 4) na zwłokach Julii L. odbyte przez lekarza miasta K. w obec Sądu Policyi Prostej wydziału NN. w Warszawie, dało wypadek następujący:

Denatka, wzrostu miernego, budowy ciała wątłej, mocno wycieńczona, korupcyja ciała w pierwszym stopniu. Przedramienia prawego obie kości, niżej środka swego, były zupełnie przelamane, z raną skóry długości jednego cala; brzegi tej rany zaropiałe, jako też w tkaninach mięsnych otaczających brzegi przelomu, znaleźliśmy znaczną ilość ropy. Na głowie, na czole i na części głowy pokrytej

włosami, denatka miała dwie rany skóry, z brzegami nierównymi, zaropiałemi, na potylicy głowy, także dwie rany z takimiż brzegami zaropiałemi. Na ciemieniu prawem, więcej ku przodowi, rana skóry, długości 1½ cala, z brzegami rozchodzącemi się, zaropiałemi. We wszystkich ranach wyżej opisanych, kość dawała się widzieć obnażona z okostnej: „taż kość w ranie ciemienia prawego, była złamana w kilku kierunkach, z wklęśnięciem kawałka kości, wielkości monety kopiejki miedzianej, dość mocnym. O p i n i a: denatka zmarła w skutek zakażenia ropiastego krwi, które było następstwem ropienia w tkankach, w miejscach gdzie były rany znalezione, a które powstały od obrażeń siekierą. Obrażenia te w tym wypadku uważać należy za śmiertelne. Gdy zaś powyższe zewnętrzne obejrzenie, w połączeniu z zeznaniem przedśmiertnym samej denatki, wykazuje jasno przyczynę śmierci w zadanych ranach siekierą, przez dotkniętego pomieszanem zmysłów męża, tejeż denatki, któremu wina zbrodni przypisaną być nie może, przeto od sekcji zwłok, jako w takim wypadku zbytecznej, jednozgodnie odstąpiono.

Podsądny Ludwik L., umieszczony w areszcie policyjnym w dniu 15 maja 1868 r., w skutek opinii lekarza aresztu policyjnego (patrz fol. 4 i 5) że choruje na zawrót głowy, odesłany został na kurację do szpitala Dzieciątka Jezus, z kąd w dniu 12 czerwca t. r. przetranslokowano go do szpitala czasowego na Pradze. Zarząd pomienionego szpitala wezwany przez Sąd policyi poprawczej wydziału NN., odezwą z dnia 8 (20) lipca tegoż 1868 r., za Nr. 11527, o udzielenie opinii czy Ludwik L. mógł posiadać dostateczną świadomość do poczytania mu przestępstwa, którego się dopuścił w dniu 12 kwietnia 1868 r., udzielił opinię lekarską, z której następujące wyjmujemy szczegóły (patrz fol. 10—11).

Po ścisłym egzaminie lekarskim, miesiąc przeszło prowadzonym, okazało się, że stan umysłu Ludwika L. nie jest zupełnie normalny, owszem z wszelką słusnością wnosić można, że wspomniony chory cierpi na chorobę umysłową zwaną zaduma (*melancholia*). Jest on zupełnie spokojny, obojętny na wszystko do najwyższego stopnia, odpowiada tylko wprost zapytany, sam zaś o nic nie pyta i niczego nie żąda. Sasiadujący z nim chory, widzi go zawsze w tym samym stanie. Chory przyznał iż skaleczył swą żonę siekierą, z opowiadania zaś bliższych szczegółów wnosićby można, iż uczynił to w stanie nieprzytomności umysłu, powiada bowiem, że coś go jakby popychało, jakby wołało nań, aby ją uderzył. Wiadomość o śmierci żony, silne na chorym zrobiła wrażenie i pobudziła go do rzewnego płaczu. Czy chory doznaje hallucynacyi, o tem opiniujący lekarz D., nie jest w stanie mimo najściślejszej obserwacyi stwierdzić, i z tego powodu uprasza Sąd, o przeniesienie Ludwika L. do szpitala Śgo Jana Bożego, jako specjalnego, na obserwację dokładniejszą, albowiem chorzy tacy, przywidzenia niekiedy udawać mogą, o czem tylko przy stosownych środkach obserwowania, specjaliści stanowczo zawyrokowaćby mogli.

W takim stanie podsądny Ludwik L. nadesłany został z polecenia Sądu z dnia 9 listopada, 1868 roku, za Nr. 13994, do naszego szpitala i po umieszczeniu go w oddziale moim przedstawiał stan następujący:

P o d w z g l ę d e m f i z y c z n y m. Podsądny jest wzrostu małego, miernie zbudowany, źle odżywiony. Powłoki powszechnie dostępne dla oka (skóra

i błony śluzowe) blade bardzo, puls drobny, do 76 uderzeń na minutę dochodzący. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej, słychać wszędzie oddech pęcherzykowy, który wszakże tak jest cichy, że zaledwie dosłyszeć się daje. Liczba oddychań na minutę wynosi 14 razy. Badanie innych organów nie wykryło żadnych nieprawidłowości. Pod względem zбочzeń funkcyjnych zauważono: że chory nie sypia w nocy dobrze, często się budzi i po kilka godzin w śród nocy przepędza bezsennie. Uskarża się też na bóle przechodzące w okolicy międzyżebrowej, tak prawej jak i lewej. Ruchy wszystkie dowolne, jak chodzenie, mówienie, spełnianie wszelkich poleconych podśadnemu czynności, odbywają się nadzwyczaj powolnie.

Pod względem psychicznym. Chory na pytania odpowiadał jasno i zrozumiale, tylko powoli bardzo, jakby się namyślając nad każdym wypowiedzianem zdaniem. Wypytywany przezemnie o szczegóły dotyczące porabiania przez niego siekierą żony, jako też odnoszące się do poprzedniego życia jego samego, po wypisaniu z tutejszego szpitala, opowiedział co następuje:

Po powrocie ze szpitala do domu czuł się zupełnie zdrowym, zajmował się swoim rzemiosłem, z żoną żył najzgodniej i najmniejszej do niej nie miał urazy. W czasie nastąpnego wkrótce potem wielkiego postu, pościł bardzo ściśle, a w ciągu ostatnich dwóch dni tegoż, to jest w Wielki Piątek i w Wielką Sobotę, suszył o chlebie i wodzie. W święta czuł się niezdrowym, uskarżał się na ból głowy, doznawał przytęm ciągłych niespokojności i bezsenności, w ciągu Świąt Wielkiej nocy, czując się osłabionym, nie wychodził z domu, a z powodu ciągłych, jak to dopiero co wspomniano niespokojności; pragnął dopełnić obowiązków religijnych, z tego powodu posłał na trzeci dzień Wielkiej nocy żonę po księdza, który też przybył: podsądny wypowiadał się i przyjął Komunię świętą. W parę godzin potem żona L... wyszła z dziećmi na miasto; gdzieby się udała, tego nie wiedział. Pozostawszy w domu, w towarzystwie jedynie współlokatorki swojej, staruszki nieznanej mu z nazwiska, ujrzał na twarzy tejże, krew w postaci dużych plam, co go niewymownie przeraziło. Pod wpływem tego przestachu pozostając nie chciał otworzyć drzwi powracającej do domu żonie, nareszcie po pewnym czasie, gdy żona coraz mocniej kołatała, drzwi swe otworzył, ale go taki przejął strach, widząc ciągle krew na twarzy kobiety, która w domu jego przemieszkiwała, że chciał oknem z pierwszego piętra wyskoczyć, w czem gdy mu żona przeszkodziła, przytrzymując go za poły, rozdrażniony tęm do wysokiego stopnia, porwał za siekierę i uderzył ją w głowę takową kilkakrotnie. Dalej podsądny opowiadał, że żonę kochał, że żył z nią w dobrych stosunkach, że nie miał do niej najmniejszej urazy, i że popełnił zbrodnię, prawie nie wiedząc co robi, tak rad był prędzej uciec ze stancyi, będąc przejęty niezmiernym strachem, ujrzawszy na twarzy współlokatorki duże plamy krwiste. Popełnionej zbrodni żałuje i mówiąc o takowej płacze.

W ciągu przeszło trzechmiesięcznego pobytu swojego w szpitalu tutejszym, podsądny badany codziennie ściśle tak przezemnie, jak i przez Naczelnego lekarza Dra Rothego, okazywał stan następujący:

1) Pod względem fizycznym. Włosy siwe, skóra i błony śluzowe dostępne dla oka bardzo blade. Puls drobny, miękki, od 70 do 80 uderzeń na minutę dochodzący, oddychanie znacznie zwolnione. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej, słychać w obu płucach szmer pęcherzykowy, normalny, ale znacznie ciszej niż

to ma miejsce zazwyczaj. Liczba oddechów na minutę wynosiła zaledwie 12 do 14. W nocy często bardzo bezsenność, w dzień za to chory sypiał po godzin kilka, snem twardym; wszystkie ruchy od woli zależne, jak chodzenie, mówienie, podawanie pokarmów do ust i t. d., odbywały się u chorego bardzo powoli. Uskarżał się często na ogólne osłabienie, oraz na bóle w okolicach międzyżebrowych, które po bliższem zbadaniu okazały się bólami nerwów międzyżebrowych (*neuralgia intercostalis*).

2) Pod względem psychicznym. Szczegółowe badanie chorego okazało następujące zboczenia w sferze władz umysłowych, czyli w intelligencji, uczuciu i wolnej woli.

A. Pod względem zboczeń intelektualnych zauważano pewne zwolnienie w assocyacji idei. Chory albo nie na zapytanie nie odpowiada, albo też nim da jaką odpowiedź, wprzód długo się namyśla. Odpowiada zwolna i z trudnością, snąć ciężko mu przychodzi złożyć pojedyncze wyrazy w zdanie, a zdania w okresy. Z powodu dostrzeżonej częstej bezsenności, zaczęto wypytywać się, czyby sam nie mógł podać przyczyny takowej. Z początku nie na to nie odpowiadał, potem pewnego razu przyznał się, że zwykle w porze nocnej, pokażują mu się duchy, lub jakieś dziwne widziadła, których widok go przeraża i spać mu nie dozwala. Oprócz dopiero co wspomnianych hallucynacji wzrokowych, zdaje się, że chory nie doznaje złudzeń czyli illuzji ani też hallucynacji innych organów, jak sluchu, czucia, powonienia lub smaku. Wypytywany bowiem niejednokrotnie, jak najszczegółowiej o owe nocne widziadła, utrzymywał, że widział je tylko wzrokiem, lecz nie słyszał żadnych głosów, ani też nie dotykały go się owe widma.

W dzień, gdy był w towarzystwie dozorujących go strażników, lub drugich chorych, nie zdarzyło się mu spostrzegać owych niezwykłych postaci, dopiero ukazywały się one w nocy, gdy pozostawał sam jeden. w swoim pokoiku, wśród ciemności. Przy dłuższej rozmowie z chorym, daje się zauważyć pewien brak związku pomiędzy pojedynczemi zdaniem; przy krótszej rozmowie dostrzedz tego nie można. Na zapytania chory odpowiada zazwyczaj przytomnie, dopiero gdy go się wciągnie w dłuższą rozmowę, gdy sam zaczyna opowiadać o czemkolwiek, staje się nie jasnym, a często i zupełnie niezrozumiałym, wypowiadając zdania lub całe okresy, niemające ze sobą należytego związku. *(Dokończenie nastąpi).*

O działaniu fizyologicznem i własnościach leczniczych wodanu chloralu.

(Hydras chlorali).

Spostrzeżenia

F. Aleksandra Janiszewskiego, lekarza szpitala Śgo Jana Bożego w Lublinie.

(Ciąg dalszy)*.

Spostrzeżenie 12. Rozdrażnienie nerwowe po przebytej chorobie obłożnej, z bezsennością, uleczone wodanem chloralowym, w dawkach uspakajających.

P. K., obywatel ziemski po przebytym tyfusie wysypkowym, połączonym z zapaleniem dolnego zraza prawego płuca, począł przychodzić stopniowo do zdrowia.

*) Patrz Nr. 46 Gaz. Lek.

Wiek spóźniony, lat 76, w którym się znajdował, utrudnił znacznie powrót do dawnego zasobu sił. Apetyt wstawiał się zwolna, i byle jaka ilość pokarmu, popęd ku niemu stłumiała. Szum w uszach, zawroty głowy i ociężałość, zmuszały chorego do pozostawiania w łóżku większą połowę dnia. Zaczęło się stopniowo rozwijać drżenie rąk, uczucie zupełnego upadku sił, wreszcie sen ustąpił zupełnie. Stosowane środki wzmacniające gorzko-aromatyczne, przetwory chinowe, żelazne, wino i t. p. pożądanego nie sprowadzały skutku, a morfina podawana na noc, sprowadzała wprawdzie sen, lecz sen był trwożliwym, i znaczne zmęczenie za sobą następnego dnia pozostawiał. W takim stanie zaleciłem choremu używanie wodanu chloralowego w dawkach uspakajających po 5 gran co 2 godziny, przy pozostawieniu go przy używaniu wina i posilnej dyecie. Po tygodniowym używaniu leku, sen powrócił do dawnych granic, apetyt się wzmógł, a chory pokrzepiony na siłach, wkrótce za zdrowego zupełnie uważać się począł.

Spostrzeżenie 13. Reumatyzm mięśni międzyżebrowych, wyleczony kilkodniowym użyciem wodanu chloralowego.

W dniu 8 listopada 1870 r. wezwany zostałem do Szyi S., lat 35 mającego, który przed dwoma dniami wyszedłszy spoconym, i dość długo pozostając na zimnie, po powrocie do domu uczuł lekkie dreszcze, a następnie silne klucie w prawym boku, przy każdej głębszej inspiracji powracające. Przerażony bólem posłał po felczera, i z jego porady użył środek przeczyszczający i miał sobie postawione cięte bańki w miejscu bolesném. Cierpienie jednak nie przechodziło, jakkolwiek na chwilę złagodniało.

Przy pierwszem obejrzeniu znalazłem chorego w stanie następującym: odżywianie dobre, gorączka nieznaczna, tętno 85 uderzeń, temperatura lekko podniesiona nie dochodziła 39° C. Język wilgotny lekko obłożony, smak papkowaty, brak apetytu, pragnienia niema. Chory przedstawia się zmęczonym, gdyż już dwie nocy prawie nie spał zupełnie; oddech z silnem kluciem połączony ma krótki (do 40 oddechów w minucie). Szybkość oddechu zależy głównie od obawy wywołania dotkliwszego klucia głębszem westchnieniem.

Przy badaniu klatki piersiowej, zmian w jej budowie nie dostrzeżono; po prawej stronie zaczawszy od 4go żebra ku dołowi, przestrzenie międzyżebrowe przy dotykaniu nadzwyczaj bolesne. Perkusya nie wykazuje najmniejszego stopienia odgłosu; wysłuchiwanie na całej przestrzeni obu płuc oddech pęcherzykowy wykazuje.

Słaba gorączka, ból który najłżejsze dotknięcie mięśni międzyżebrowych wywołuje, inspiracje przyspieszone przy niezmiennym oddechu pęcherzykowym, brak zupełny kaszlu i duszności i t. p. zjawisk wskazujących cierpienie płuc lub oplucnej, naprowadziły mnie na przekonanie, że mam do czynienia z zajęciem reumatycznem mięśni międzyżebrowych, że zatem najpierwszem wskazaniem było złagodzić ból, a tém samem usunąć główne zjawisko chorobne, i jednocześnie oddychanie do normalnych granic doprowadzić. Zaleciłem więc choremu: bok cierpiący nasmarować oliwą i obłożyć grubą warstwą waty, wewnątrz zaś przepisałem wodanu chloralowego 1 drachmę na 6 uncyi wody, z syropem pomarańczowym, co 2 godziny po łyżce.

Już pierwszej nocy z 8go na 9ty listopada znaczne było polepszenie, gdyż chory, jakkolwiek do boku dotknąć się nie mógł i od czasu do czasu, przy głębszym oddechu silnego klucia doznawał, spał jednak przeszło 4 godziny i od rana czuł się znacznie rzeświejszym i zdrowszym. Zalecono lek (dnia poprzedniego przepisany) powtórzyć, pozostać w łóżku i bok grubą warstwą waty okrywać.

Z dnia 9 na 10 sen dłuższy, klucie mniejsze, ból przy dotykaniu mniejszy, apetyt wraca, chory znacznie weselszy.

Dnia 11 stan zdrowia zadawalający, kolek niema zupełnie, mocniejszy jednak nacisk na przestrzenie międzyżebrowe, wywołuje jeszcze ból przykry. Zalecono lek powtórzyć i pozostać w łóżku. Dnia tego ostatni raz odwiedziłem chorego; w cztery zaś dni potem t. j. dnia 16 listopada, chory osobiście przyszedł mi podziękować, i jak zapewniał, czuł się zupełnie uleczonym.

Spostrzeżenie 14. Przepuklina pachwinowa od dni 2ch uwięznięta, wyleczona jednorazowem użyciem chloralu.

W dniu 4 lipca o godzinie trzeciej po północy, wezwany zostałem przez kolegę Dra Jentysa na naradę, a bardziej do pomocy, przy mającej się wykonać operacyi herniotomii. Subjektem, na którym miała być wykonaną operacya, był Aron Szmul G., kupiec z miasta Rejowca, który mało zwracając uwagi na przepuklinę oddawna już trwającą i łatwą do odprowadzenia, przekroczywszy w dyecie i namęczywszy się chodzeniem za interesami, uległ uwięznięciu tejże, i od dni dwóch w najsilniejszych pozostawał boleściach.

Dr. Jentys użył wszystkiego, co tylko w podobnych razach racjonalna i mniej racjonalna terapia wskazuje, jednak bez najmniejszego rezultatu. Boleści, wymioty, osłabienie i upadek sił nie ustępowały i nie pozostało nic więcej, jak dla ocalenia chorego wykonać mu operacyę, tembardziej, że kilkakrotne pokusy wprowadzenia przepukliny ręczną manipulacyą w kąpielach i przy pomocy aparatu Richardsona, okazały się nieskutecznymi.

Wezwany, mając na względzie, że dwudniowe uwięznięcie nie koniecznie nakazuje operacyę, gdyż samemu zdarzało mi się już spostrzegać przepukliny, które szczęśliwie dały się odprowadzić 6go lub 7go dnia uwięznięcia, nie pozostawiając najmniejszego uszkodzenia na zdrowiu, prosiłem kolegę Jentysa o pozwolenie zastosowania w tym razie, rodzajem próby, — wodanu chloralowego, zapewniając go, że jeżeli środek ten pozostanie bez skutku, po upływie kilku godzin, z pomocą moją do operacyi, którą miał zamiar obecnie wykonać, najchętniej służyć mu będę. — Otrzymawszy zezwolenie, radziłem przepisać choremu 4 skrupuły wodanu chloralowego, w pół uncyi wody, z taką ilością syropu gumowego, i podać mu całą dawkę od razu. Zalecenie nasze wykonano tem chętniej, że chory bał się niezmiernie operacyi. Po użyciu leku o godzinie 4ej rano, chory wkrótce zasnął i spał do godziny 4ej i pół po obiedzie, czyli godzin 12cie i pół. Pilnujący go felerzer o godzinie 3ej i pół usłyszał bulkotanie, a następnie chlupnienie, i odsłoniwszy przykrycie chorego, spostrzegł, że przepuklina weszła zupełnie.

Chory po przebudzeniu czuł się zupełnie dobrze, wkrótce oddał znaczną ilość nagromadzonego w kiszkiach kału — i na drugi dzień, — szczęśliwie uniknąwszy niebezpieczeństwa — powrócił do domu.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Bezwład błonicowy (*Paralysis diphtheritica*).

Przez Dra Wertheimber'a.

Spolszczył Dr Józef Nowak.

Podania o wypadkach bezwładu w skutek błonicy powstałego, spotykamy już u autorów zeszłego stulecia. Jednym z najpierwszych, który dokładnie pojął znaczenie tego cierpienia, był Ghisi, podając w swoich „Lettere mediche” przy opisie epidemicznego zapalenia gardła w Kremonie (1747—48 r.) historię choroby własnego syna. Wyleczone już prawie dziecię, po zropieniu gruczołów podszczękowych, wpadło następnie w stan, jaki u wielu innych rekonwalescentów występował: mowa jego stała się nosową, pożywienie a szczególnie płynne, zamiast dostawać się do przełyku, często przez nos napowrót wydalaném zostawało.

W tymże czasie (1749) francuzki lekarz Chomel zwrócił również uwagę na tę chorobę, lecz spostrzeżenia jego sięgały już nieco głębiej; opisał bowiem zdarzający się niekiedy równocześnie zez oczu i osłabienie kończyn. W kilka lat później (1771) ukazuje się wyborna praca w tymże samym przedmiocie Samuela Barda z New-Yorku. W ostatnich czasach Bretonneau, Herpin, Trousseau, a szczególnie Maingault, oraz Gull i H. Weber (z Londynu) swojemi pracami znakomicie przyczynili się do wyjaśnienia błonicowego bezwładu.

Objawy. Każda forma błonicy może pociągnąć za sobą bezwład, tak błonica gardzieli, nosa, jak i mająca swe siedlisko na skórze, częściach płciowych i t. d. Pierwsze ślady bezwładu w rzadkich tylko wypadkach występują bezpośrednio po ustąpieniu cierpienia gardzieli; najczęściej jednak dopiero w dwa do trzech tygodni po zupełném wyleczeniu błonicy gardła lub nosa. Według Rogera'a jeszcze w 30—40 dni zagraża niebezpieczeństwo pojawienia się następczego bezwładu. Rozwój jego bywa zawsze powolnym.

Co się tyczy rozciągłości, to bezwład występuje zawsze jako ściśle ograniczony, albo też rozciąga się i na dalsze rozgałęzienia nerwów. Pospolicie błonicowemu bezwładowi ulegają: gardziel, podniebienie miękkie, oko i kończyny przedewszystkiem dolne. Rzadziej podpadają: mięśnie krtani, tułowia, kiszki stolcowej, pęcherza i mięśnie oddechowe, a w szczególności przepona. Jeden tylko wypadek błonicowego bezwładu mięśni twarzy dotychczas jest znany ¹⁾.

Z początku w szeregu objawów bezwładu rzadko pojawiają się zboczenia od powyższej kolei, lecz przy dalszym jego przebiegu występują bardzo liczne kombinacye porażek rozmaitych członków.

Bezwład bywa albo niezupełny, przyczem dotknięte mięśnie nie wyłamują się w zupełności z pod wpływu woli, lecz ruchy ich są bezsilne, a czucie przytępione; albo też bywa zupełny, czemu towarzyszy zwykle bezczułość, i oprócz zniesienia samodzielnego ruchu, zmniejsza się również lub zupełnie znika pobudliwość zwrotna i oddziaływanie na bodźce elektryczne.

Do najczęstszych należy bezwład podniebienia i mięśni gardzieli. Najwydatniejszymi ich objawami są: obwiśnięcie podniebienia miękkiego, niekiedy z przesunięciem języczka na jedną lub drugą stronę, zmniejszona poruszalność podniebienia przy mowie i oddychaniu, zakłócenia w wymawianiu i połykaniu, bezczułość zajętych części na elektryczne i mechaniczne bodźce (dotykane palcem, lechtanie piórem i t. p.). Zakłócenie mowy objawia się przedewszystkiem przez nosowy dźwięk głosu, jaki spotykamy także u indywiduów z rozszczepałem podniebieniem. Najwyraźniej uwydatnia się on przy wymawianiu samogłoski „o” i pochodzi od niezdolności chorego do zamknięcia jamy nosowej. Inna nieprawidłowość mowy polega na tem, że wymawianiu nie-

¹⁾ Medic. Presse 1868, 28.

których głosek, a szczególnie spółgłosek i samogłoski „e” towarzyszą brzęczące i świszczące szmery. Po większej części mowa nadzwyczaj prędko męczy chorych i staje się w końcu niezrozumiałą. Im więcej niedostatecznym jest kurozenie się mięśni podniebienia miękkiego, im niezupełniejsze w skutek tego odgrózenie jamy gardzielowej od nosowej, tem trudniejsze wykonanie przez chorego jakiegokolwiek czynności, jak: gwizdania, ssania, nadymania policzków i pęcherzy, płukania gardła i t. p. Najwięcej jednak z pomiędzy wszystkich objawów zwraca uwagę chorego i otaczających **trudność połykania** (*dysphagia*). Chory spostrzega, że nie może tak połykać jak poprzednio; płyny które przyjmuje zostają częstokroć wśród żywego kaszlu napowrot przez nos wydalone, nie tak często przy powolnym jak przy szybkim ich piciu. Stałe pokarmy łatwiej przelyka, chociaż i te przez pewien czas zatrzymują się w gardzieli. Niektórzy chorzy utrzymują, że większe kęsy łatwiej mogą przelknąć aniżeli mniejsze. Płyny dzielą oni na pewne kategorie: największą trudność sprowadza przelykanie płynów obojętnych, jak woda, mleko i t. p., gdy tymczasem napoje drażniące stępione nerwy błony śluzowej podniebienia, zostają nierównie łatwiej przelknięte. Ztąd to lepiej znoszą tacy chorzy mleko zmieszane z herbatą lub kawą aniżeli czyste; ztąd także napoje wyskokowe jak piwo i wino cieszą się u nich najświetniejszym powodzeniem. Zdarza się niekiedy, że ta niezdolność funkcyjonalna porażonych mięśni bywa po nocnym spoczynku większą jak w ciągu dnia całego; sam miałem sposobność obserwowania podobnego wypadku. Jeżeli cierpienie rozwija się w wyższym stopniu, to może się stać nawet niebezpiecznym, sprowadzając upadek sił; karmienie sztuczne zapobiega podobnemu stanowi.

Dalszym, wielkiej ważności następstwem bezwładu gardzieli jest **utrudnienie ekspektora cyi**; zależy ono od tego, że wydechane powietrze z powodu niedostatecznego skurczu mięśni ściągających gardziel (*constrictores*) nie może zgęścić się odpowiednio do wydalenia plwociny (Lewin). Łatwo zrozumieć, jakie niebezpieczeństwo stan podobny sprowadza w pewnych okolicznościach, jak np. przy jednoczesnym zapaleniu płuc.

Bezwład błonicowy często ogranicza się na muskulaturze gardzieli; w większej liczbie wypadków szerzy się jednak dalej. Rzadko pomija on gardziel, a zajmuje najprzód inne grupy mięśniowe.

Obok uszkodzenia mowy i połykania, występują pewne **zaburzenia wzroku**. Chorzy skarżą się na migotanie i niejasne widzenie, przy każdej próbie czytania oczy ich wkrótce doznają znużenia, litery przedstawiają się im niewyraźnie i zlewają się z sobą, wiersze przyjmują wygląd kresek i t. p. *Astenopia*, która przy krótkowzroczności nader szybko się wstawia, jest najgłówniejszą przyczyną skarg chorego. Obiektywnie oprócz zmniejszonej ruchliwości źrenicy nieco nad normę rozszerzonej, oczy nie przedstawiają żadnej innej zmiany. Zaburzenie to wzroku przez długi czas uważano błędnie za amblyopię; badania *Donders'a* wyjaśniły dopiero, że tu mamy do czynienia z porażeniem akkomodacyi jednego a najczęściej obu oczu, czyli z bezwładem wewnętrznych mięśni oka, otrzymujących krótką gałązkę nerwową od zwoju rzęskowego. Często jednakże bezwład nie ogranicza się do wyżej wspomnianej gałązki, lecz porażenie akkomodacyi stanowi tylko częściowy objaw obzerniejszego cierpienia n. okoruchowego (*n. oculomotorius*) lub bezwład wkracza nawet w dziedzinę nerwu odwodzącego (*n. abducens*). W tych razach obok zakłócenia akkomodacyi występuje **zez**, a ztąd **podwójne widzenie i zawró t**.

W wypadkach błonicowego bezwładu n. okoruchowego, które miałem sposobność obserwować, na tę osobliwość zwróciłem uwagę, że w żadnym z nich nie uległ zajęciu m. unoszący powiekę; fakt ten pozwala nam wnosić, że błonicowemu bezwładowi ulega zawsze gałązka dolna n. okoruchowego — zupełnie przeciwnie jak przy syfilitycznym cierpieniu, którego gałązka górna jest ulubionym siedliskiem. (Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

-- O krupie i błonicy w gardzieli; o powstawaniu wysięku i ropy (p. F. H a r t m a n n'a — *Virchow's Arch. Bd. 52, H. 2, 1871*). Różnica jaką oddawna stawiano i dziś jeszcze po części stawiają między krupem i błonicą, polega w części na anatomicznych zmianach, w części zaś na klinicznym przebiegu obu tych processów. Istnieją 3 mniemania o istocie tych stanów. Jedni uważają krup i błonicę za jeden i ten sam proces; drudzy uważają błonicę za cięższy, wyższy stopień procesu krupowego, inni wreszcie odróżniają krup od błonicy jako dwa odrębne stany. Zwolennicy tego poglądu upatrują w błonicy chorobę krwi, umiejscawiającą się w gardle i krtani, podobnie jak tyfus lokalizuje się w kanale kiszkiowym. Rozmaite te poglądy opierają się w najmniejszym stopniu na anatomo-patologicznych zmianach w gardzieli i krtani, po większej zaś części na klinicznym przebiegu, występowaniu, na zaraźliwości i na zmianach w innych organach. Zwolennicy trzeciego poglądu odróżniają krup od błonicy dla tego, że w ostatniej występuje obrzmienie gruczołów podżuchwowych, że wcześniej znajduje się białko w moczu i że zjawiają się objawy porażenia jako skutek; wszystkiego zaś tego niema być w krupie. M a i n (*Arch. f. Heilk. H. 2, 1866*) znalazł przy błonicy obrzmienie gruczołów kreskowych i kiszkiowych, tak jak przy tyfusie, i zwraca z tego powodu uwagę na podobieństwo obu tych stanów.

„Krup i błonica są procesami wysiękowymi. Każdy wysięk pochodzi ostatecznie z naczyń. Wysięk jest płynem krzepliwym, który krzepnie gdy są pewne okoliczności sprzyjające temu. Jeśli ten krzepliwy płyn wystąpi z naczyń, to najprzód wchodzi w tkankę błony śluzowej; płyn tu może pozostać i skrzepnąć w pewnych warunkach. Jeżeli nie krzepnie, to może być napowrót wessanym, lub zachodzą w nim inne zmiany; w pewnych warunkach płyn ten może dostawać się także na wolną powierzchnię błony śluzowej.

„Wspomnieliśmy że wysięk pochodzi ostatecznie z naczyń. Najprzód grają w tem rolę naczynia krwionośne włosowate i naczynia limfatyczne; jedno i drugie biorą udział przy wysiękaniu. W mojej „patologii ogólnej” powiedziałem że kapillary nie są ostatecznymi zakończeniami naczyń krwionośnych, lecz że stoją w łączności z drobnymi rurkami, które doprowadzają materiał odżywczy pierwiastkom tkankowym. Rurki te które w stanie normalnym nie mogą przeprowadzać ciałek krwi, mogą to czynić w nienormalnych warunkach. Ponieważ ściany tych rurek są elastyczne, podobnie jak w kapillarach, mogą się one rozszerzać jeżeli ze strony kapillarów dostaje się do nich większa ilość płynu, do tego stopnia, że ciałka krwi w nich (rurki) pomieścić się mogą; otrzymujemy wtedy obraz nowoutworzonych naczyń. Szybkie występowanie nowotworzenia naczyń jakie obserwujemy po podrażnieniu błon śluzowych, wyprowadziłem od rozszerzenia wspomnianych rurek. Jeżeli ciśnienie wewnątrznaczyniowe się zmniejszy, to te naczynia surowicze ściągną się, nastrzyknienie więc zarówno prędko zniknąć może jak szybko powstało.

„Prócz kapillarów, przy powstawaniu wysięku biorą udział n a c z y n i a l i m f a t y c z n e. Co do początku tych naczyń, zdania są bardzo podzielone; chodzi mianowicie o to, czy początki te są zamknięte czy otwarte. Co do mnie, skłonniejszy jestem przyjąć to ostatnie. Naczynia limfatyczne nie dochodzą do nabłonka błon śluzowych (i innych resorbujących błon), ale oddalone są od niego. Płyn mający być wessanym wnika w tkankę przez otwory między komórkami nabłonka (*stomata*), i przenika aż do naczyń limfatycznych. K e b e r w r. 1854 wspominał już o mikroskopowych lukach i przestworach w błonach naczyniowych i śluzowych, przez które płyn ma wnikać w głąb tkanki. L e t z e r i c h przypisuje tę rolę tak zwanym *Becherzellen*, zaś B r ü c k e i L u d w i g przyjmują śródmiąższowe przestwory w tkankach, z których biorą początek korzenie naczyń limfatycznych. Okazuje się z tych niezgodnych zdań, co ja przyjmuję, że w tkance błon śluzowych istnieją przestwory łączące się między sobą, i będące w styczności z jedną stroną z otworami na wolnej powierzchni, z drugiej zaś z korzeniami naczyń limfatycznych, w taki sposób że naczynia limfatyczne są w styczności z wolną powierzchnią błony śluzowej.

„Mniej sprzeczne są zdania autorów o połączeniu naczyń limfatycznych z naczyniami krwionośnymi włosowatymi. Po-

łączenie to ma miejsce za pomocą „systemu rurek sokowych” przez K ö l l i k e r'a tak nazwanego, a które ja nazwałem „naczyniami surowiczemi” (*vasa serosa*). Już w r. 1864 na mocy poszukiwań wypowiedziałem zdanie; że komórki tkanki łącznej są komórkowemi węzłami, w których kanaliki odżywcze się z sobą łączą, że wypustki komórek tkanki łącznej są w związku z sobą, przez co przychodzi do skutku połączenie kanalików sokowych, i że wypustki te stanowią najdrobniejsze kanaliki, które doprowadzają płyn odżywczy do tkanki (system naczyń plazmatycznych). W późniejszym czasie V i r c h o w i D o n d e r s dokładniej zdanie to wyrazili. Co do mnie, wtedy już przyjąłem połączenie komórek tkanki łącznej z naczyniami krwionośnymi włosowatemi, nie wiedziałem zaś jeszcze o połączeniu pierwszych z naczyniami limfatycznymi włosowatemi; zdaje się że L e y d i g pierwszy te ostatnie wykazał.

„Materiał odżywczy (*plazma, limfa*) dochodzi do tkanek przez naczynia włosowate i system rurek plazmatycznych, dostaje się do początków naczyń limfatycznych, z których napowrót dostaje się do krwi. Pewnej liczbie naczyń krwionośnych odpowiada pewna ilość naczyń limfatycznych, tam zaś gdzie istnieje wiele naczyń krwionośnych włosowatych, znajduje się także wiele naczyń limfatycznych włosowatych; te ostatnie znajdują się też w wielkiej liczbie tam gdzie w tkance istnieje wiele gruczołów limfatycznych.

„Widzimy więc na mocy budowy anatomicznej błony śluzowej, że możliwe jest dostawanie się plazmy (limfy) na zewnątrz. Że w stosunkach normalnych niema to miejsca, przyczyna tego leży w tém, że naczynia włosowate tyle tylko płynu dostarczają, ile naczynia przyjąć są zdolne, powtóre zaś w sile wysysającej układu żylnego. Jeżeli okoliczności te się zmieniają a obok tego inne jeszcze momenta wystąpią w grę, to niepodobna zaprzeczyć że wtedy limfa będzie mogła i będzie na zewnątrz się wydostawać. Przy każdym zapaleniu błony śluzowej znajdujemy w miejscu zapaloném pewną ilość limfy (wysięk). Powiększenie ilości limfy zależy też od powiększonego dowozu jej przez naczynia włosowate, oraz od zmniejszonej resorpcyi takowej przez naczynia limfatyczne w skutek ich ucisku. (Poszukiwania L o s o h'a nad zachowaniem się naczyń limfatycznych przy zapaleniu). Jeżeli w tych razach limfa na zewnątrz się nie dostaje, to mamy dowód że samo tylko powiększenie ilości limfy nie wystarcza, lecz że potrzebny jest inny jeszcze moment.

„Już B r e t o n n e a u utrzymywał, że przy krupie płyn krzepliwy wydostaje się a następnie krzepnie. Badacz ten już wtedy przyjął taką możliwość, choć budowa błony śluzowej nie była o tyle znaną jak dziś nią jest; my więc tém mniej nie możemy nie przyjąć téj możliwości. W jamie gardzieli znajdujemy dosyć silny aparat mięśniowy przewodniczący jej funkcyom. Błona śluzowa jest w części luźno, w części silniej przytwierdzoną do tego aparatu mięśniowego, musi zatem podawać się przy rozmaitych jego ruchach, przez co mniej lub więcej jest uciskana. Wyobraźmy sobie teraz że w tkance błony śluzowej nagromadzony jest płyn wysiękowy, to na mocy poprzednio opisanéj budowy błony śluzowej oczywistém będzie, że przy jej ucisku, płyn zawarty w głębi tkanki będzie się mógł wydostać na wolną powierzchnię. Warunkiem sprzyjającym temu, byłby skuroz mięśni dostatecznie silny do wywarcia ucisku na błonę śluzową.

„Przypuśćmy że mechanizm ten ma miejsce w istocie, i postarajmy się śledzić za procesem wysiękowym w gardzieli. Z powodu wielkiej ilości organów limfatycznych i naczyń włosowatych w błonie śluzowej jamy gardzieli, musimy przyjąć że przy procesie wysiękowym, limfa wylaną zostaje w wielkiej ilości, tak że jej wycisnienie na zewnątrz będzie ułatwione. Jeżeli mięśnie działają dosyć silnie (przy polykaniu, mówieniu etc), to wysięk wydostanie się na zewnątrz, to jest na powierzchnię, i albo skrzepnie w miejscu wysięknięcia, albo będąc płynnym, spłynie nieco ku dołowi i dopiero skrzepnie. Jeżeli taki skrzepły wysięk oddalimy zaraz po jego skrzepnięciu, to w pierwszym razie błona śluzowa będzie nieco zaczerwienioną w skutku zapalenia w tém miejscu, w drugim zaś razie będzie zupełnie niezmieniona. Jeżeli wysięk skrzepły pozostanie dłużej na miejscu, to i tu błona śluzowa zaczerwieni się w skutek drażnienia skrzepłego wysięku. Zawsze jednak istnieje pewien czas gdzie błona śluzowa pod wysiękiem nie jest wcale zmienioną.

„Doświadczenie uczy nas, że wysięk przy krupie odkłada się w przerwach, mianowicie u dzieci, gdzie najczęściej się zdarza, przez co choroba nader się przewleka. Następny wysięk przy przechodzeniu przez tkankę błony śluzowej na jej wolną powierzchnię, natrafi już na przeszkody; albowiem przez nałożony skrzeplony wysięk zatykają się otwory w błonie śluzowej, z drugiej zaś strony na skutek szerzenia się sprawy zapalnej zmniejsza się stopniowo siła kurczliwości mięśni: płyn więc wysiękły z naczyń pozostanie w głębi tkanki błony śluzowej, i na tém kończy się sprawa wysiękowa. Na mocy więc przytoczonych warunków, zawsze najwpierw będziemy mieli skrzeplony pokład wysięku na wolnej powierzchni błony śluzowej — krup, a w następstwie wysięk w głębi tkanki błony śluzowej — błonicę (*diphtheritis*): czyli że krup zawsze poprzedzać będzie błonicę.

„Ruchy mięśni mogą jednak już w samym początku sprawy wysiękowej być ograniczone lub całkowicie zniesione, jeżeli mianowicie są nader bolesne. Im silniejsze będzie zapalenie, tém boleśniejse będą ruchy mięśni, tém bardziej ograniczone one będą. W tym wypadku nie powstaje ani krup ani błonica, ale prosta *angina* z utworzeniem ropnia lub bez takowego.

„Okazuje się z tego, że do powstania sprawy krupowej zapalenie nie powinno być silne. Jeżeli zapalenie staje się gwałtowniejsze (przy następnym wysięku), to powstanie błonica. Dalej okazuje się że sprawa błonicowa jest tylko dalszym ciągiem krupowej, a nie oddzielną sprawą chorobową, że w przebiegu krupu błonica nie koniecznie się rozwijać musi, ale krup jako taki może przebiegu dopełnić. Dalej oczywistym jest, że błonica może bardzo szybko powstać z krupu, jeżeli następny wysięk i powiększenie zapalenia bardzo szybko nastąpią po pierwszym wysięku.

„Do powstania sprawy błonicowej, jeżeli niekoniecznym, to przynajmniej pomyślnym będzie inny warunek, mianowicie jak oś tkanki błony śluzowej: im luźniejszą i wiotką ona jest, tém łatwiej nagromadzi się w niej wysięk. Błona śluzowa gardzieli aż do przelyku jest bardzo wiotką, mianowicie w okolo gruczołów limfatycznych; podobną jest błona migdałków, luków podniebieniowych i podniebienia miękkiego. W krtani takąż budowę błony śluzowej znajdujemy w fałdach nalewko-nagłośniowych i między obiema częstakami nalewkowemi, w tak zwaną szparze głośniowej tylnej. W tych miejscach możemy spotkać się z błonicą.

„Porównajmyż teraz, o ile powyższe wnioski zgadzają się z postrzeżeniami. Rozbierając wypadki znane w literaturze, znajdziemy w nich wypadki krupu samego przez się, inne krupu i błonicy, inne wreszcie samą błonicę. Znajdziemy więc błonicę obok krupu, w ten sposób że w pewnych miejscach nałożony był wysięk krupowy, w innych zaś znajdował się wysięk błonicowy. Dalej przekonujemy się że w początkach wysięk dawał się z łatwością oddzielić z powierzchni błony śluzowej, przyczem błona śluzowa była nie tkniętą (krup); później zaś oddalenie stawało się w pewnych miejscach niemożliwe, tak, że naruszała się przytém całość błony śluzowej (błonica). Czy jedno czy drugie miało miejsce, zawsze wysięk krupowy poprzedzał, i takowy następnie odłożył się w tkance błony śluzowej, jako t. z. wysięk błonicowy. W wypadkach opisanych jako istotna błonica znajdujemy również te stosunki, mianowicie wysięk skrzeplony na powierzchni (krup), który w dalszym ciągu odkłada się w tkance błony śluzowej (błonica).

„Przekonawszy się dalej z tych postrzeżeń, że w pewnych miejscach gardzieli błona śluzowa okazuje pewną skłonność do infiltrowania się zaraz w początkach sprawy zapalnej; są to miejsca te którym najmniej udziela się ruch mięśni gardzielowych, mianowicie migdałki i górna część gardzieli: w tych miejscach nałożenie wysięku jest nieznaczne, infiltracja zaś bardzo obszerna. Im nałożenie było mniejsze, tém trudniej udawało mi się zwykle oddzielenie go; wysięk gruby na 1 milimetr i więcej, dawał się często bardzo łatwo oddzielić.

„W krtani podobne stosunki zachodzą w dwóch miejscach, gdzie błona śluzowa jest nader luźną, mianowicie w fałdach nalewko-nagłośniowych i w części błony śluzowej mię-

dzy obiema cząstkami nalewkowemi. W tych miejscach wysięk najłatwiej może odkładać się w tkance błony śluzowej, i w samej rzeczy najpierw się tam odkłada. Ponieważ jednak miejsca te wystawione są zarazem najbardziej na wpływ ruchu mięśni, przeto i tu pierwszy wysięk nie pozostanie w głębi tkanki, ale wydostanie się na powierzchnię, a dopiero następny odłoży się w głębi tkanki; i tu więc krup poprzedzać będzie błonicę.

„Przez cieką i mocną tkankę błony śluzowej wysiękającej krtani, płynny wysięk z łatwością przenika; możnaby powiedzieć, że w tym miejscu zamala jest miejsca w tkance błony śluzowej, aby pierwszy zaraz wysięk w niej się mógł nagromadzić. Jeżeli wysięk skrzepł na wolnej powierzchni, to stanowi on przeszkodę, tak że następny wysięk pozostanie w głębi tkanki błony śluzowej.

„Postrzeżenia dają nam takiż rezultat. Jama krtani rzadko w równej mierze pokryta jest wysiękiem; zwykle sprawa najpierw i najmocniej się rozwija począwszy od góry aż do strun głosowych ku dołowi. Błonica i krup często obok siebie występują, mianowicie błonica w jamie ustnej i krup w krtani, dalej błonica gardzieli i nagłośni, oraz krup w krtani, a także błonica aż do prawdziwych strun głosowych, odtąd zaś krup; w ostatnim wypadku krup zawsze przedstawia znaczny wysięk. Zdarza się też krup i błonica w ten sposób, że wysięk krupowy daje się zeszkrobać, a pod nim błona śluzowa jest przejęta wysiękiem błonicowym.

„Wysięk krupowy badany za pomocą mikroskopu nie okazuje śladów budowy; jest to bezkształtna masa z nielicznymi ciałkami krwi, ciałkami ropnymi i tworami komórkowemi. Jeżeli masy wysiękowe pochodzą z jamy ustnej, to zawsze w nich znajdują się grzybki; w wysięku z krtani nie znalazłem nigdy grzybków, gdy badanie dokonywałem wkrótce po śmierci; badając jednak później, znajdowałem tu i owdzie grzybki.

„Jeżeli nałożony wysięk oddzielimy ostrożnie z powierzchni błony śluzowej, przekonamy się że takowy przytwierdzony jest do niej za pomocą cienkich niteczek. Niteczki te są nieco elastyczne, rozciągają się i kurczą natychmiast po przerwaniu się. Pincetami oddzielone, okazały się one przed mikroskopem złożone ze skrzepłego włókniaka, na którym tu i owdzie przychepione były twory komórkowe a także wykształcone ciałka ropne. Te twory komórkowe znajdowały się zwykle głównie na końcu niteczek połączonym z błoną śluzową. Niteczki te stanowią połączenie między nałożonym na powierzchni skrzepłym włókniakiem a źródłem wysięku. Często także udało mi się wykazać drobne otworki w błonie śluzowej, w których tkwiły te niteczki.

„O ile mi się zdaje, przy powstawaniu krupowych pokładów nie można zaprzeczyć wpływu mechanizmu uciskowego w warunkach powyższych przytoczonych, przynajmniej dla błon śluzowych z obfitą i luźną tkanką podśluzową. Główną przyczyną zawsze będzie obfite nagromadzenie płynnego wysięku i ucisk ze strony naczyń włosowatych przy utrudnionym odpływie limfy przez ucisknięte naczynia limfatyczne. W błonach bardzo cienkich gdzie naczynia włosowate są liczne, sam ucisk tych ostatnich wystarcza do wyciśnięcia wysięku na wolną powierzchnię, co widzimy np. przy krupie kanalików nerkowych, bez względu na nieprawidłowy skład krwi w krupowym zapaleniu nerek przy szkarlatynie; dla luźnej tkanki błony śluzowej sam ten ucisk nie byłby wystarczającym.

„Chodziłoby też o rozstrzygnięcie pytania, czy wysięk krzepnie w głębi tkanki błony śluzowej, czy też nie? Badając nasięklą błonę śluzową, znajdziemy w samej rzeczy między jej włóknami wysięk skrzepły. Nie dowodzi to jednak weale, że wysięk krzepnie za życia. Nie sądzę by wysięk krzepł za życia aż do źródła powstawania, ale zdaje mi się że krzepnienie to ma miejsce na pewnej przestrzeni od powierzchni w głąb tkanki. Według V i r c h o w'a, limfa nie krzepnie jeżeli będzie jedynie tylko po za obrębem krążenia, ale konieczne do tego jest zetknięcie z powietrzem zewnętrznym i zmiana jej chemicznego składu. Taka zmiana byłaby możebną pod wpływem sprawy zapalnej, wszakże, nie wierzę w zupełne krzepnienie za życia. Badając bowiem bardzo cienkie skrawki nasięklęj błony śluzowej, przekonamy się w miarę zbliżania się do źródła wysięku, że skrzepły

wysięk zmniejsza się, a przeciwnie powiększa się ilość tworów komórkowych i ciałek ropnych. Ponieważ ostatnie nie mogą się rozwijać ze skrzepłego włóknika, przeto musiały się wprzód rozwinąć zanim włóknik skrzepł, to jest rozwinąć się one musiały z płynnej limfy — albo też powstały z innego źródła; to naprowadza nas na kwestyę powstawania ropy.

„Kwestya p o w s t a w a n i a r o p y dotychczas nie jest rozstrzygniętą. W obec panującego zdania o powstawaniu komórek ropnych z komórek tkanki łącznej, nie uważając tych ostatnich za komórki w właściwym tego słowa znaczeniu, ale za komórkowe przestwory to jest próżnie, wątpiłem czy komórki tkanki łącznej biorą udział przy wytwarzaniu ropy, podobnie jak w ogóle nie uważałem włonnego powstawania komórek zupełnie za doowiedzione. Powszechnie przyjęto że komórki ropne i ciałka białe krwi są identyczne, muszą więc mieć wspólne źródło — a tém źródłem jest limfa i chylus.—Pogląd ten znajduje poparcie w doświadczeniach E r b a, według którego ciałka czerwone powstają z białych we krwi.

„K o l l i k e r uważał za prawdopodobne powstawanie ciałek czerwonych z bezbarwnych elementów limfy i chylusu, nie wyrzekł jednak tego z pewnością, gdyż nie zdarzyło mu się widzieć form przejściowych. Otóż te formy przejściowe miał E r b znaleźć. Limfa więc dostarcza ciałek białych, które we krwi zamieniają się na czerwone. Bodzico powodujący tę przemianę nie jest znany, ważne jednak jest to, że ona ma miejsce we krwi.

„Powstawanie ciałek białych w limfie i chylusie odbywa się już w drodze limfatycznej, nie zaś dopiero we krwi; przez to jednak nie jest wyłączona możebność powstawania ich i we krwi także. W limfie i chylusie, obok ciałek limfatycznych (małych, nieziarnistych i z mało wyraźnym jądrem, lub dużych ziarnistych z jądrem wykształconem) które uznane są za identyczne z ciałkami białymi krwi, znajdujemy jeszcze pierwotne ziareneczka i twory komórkowe nazwane jądrami. Nasuwa się więc domysł że pierwiastki te są tylko formami przejściowymi, że więc ciałka limfatyczne powstają z pierwotnych ziarenek.

„Poprzednio już V o g e l wypowiedział takie zdanie; opisując w r. 1845 tworzenie się ciałek ropnych z płynnej wydzieliny ran (limfy), ale zdanie to upadło w obec wszechwładnego panowania komórek tkanki łącznej. Co do powstawania ciałek limfatycznych w gruczołach limfatycznych, wiemy tyle że nie tylko one są miejscem ich wytwarzania. Pozostajemy więc na tém stanowisku, że ciałka limfatyczne powstają w drogach limfatycznych. Dodawszy do tego obserwacye E r b'a że ciałka czerwone powstają z ciałek białych lub limfatycznych — przypuściwszy ich identyczność — pojmiemy, że nagromadzenie ciałek białych będzie miało miejsce wtedy, gdy takowe nie będą się mogły zamienić na czerwone. Ponieważ zamiana ta odbywa się tylko we krwi, przeto wszędzie indziej po za obrębem dróg krążenia krwi, ciałka limfatyczne, *resp.* ciałka białe pozostaną jako takie.

„Na mocy tożsamości własności ciałek białych i ciałek ropnych, powstało zdanie że ostatnie powstają z pierwszych. Zdanie to miało znaleźć poparcie w doświadczeniach C o h n h e i m'a, gdzie ciałka białe wypełnione ziarnkami barwnika w strumieniu krwi, dostawały się do ognisk ropnych. Mojm zdaniem, doświadczenia te nie dowodzą wcale powstawania ciałek ropnych, a dowodzą tylko że ciałka białe mogą dostawać się do ognisk ropy. Dostawanie się to ciałek białych jest oczywiście, skoro i ciałka czerwone mogą się tam dostawać przy naruszeniu całości naczyń.

„Sądzę że ciałka ropne są tylko ciałkami białymi albo limfatycznymi, wszakże nie pochodzą one ze krwi, ale powstają tam gdzie je znajdujemy, czyli w ogniskach zapalnych, przyczem nie wyłączamy aby ciałka białe nie mogły się dołączać z odleglejszych okolic.

„Powiedmy tu jeszcze słów kilka o n a c z y n i a c h s u r o w i c z y c h i ich połączeniu z ciałkami tkanki łącznej. Przy zapaleniu powstaje zastój w początkach ka-

pillarów limfatycznych, zastój ten limfy idzie w tył aż do kapillarów krwionośnych, dosięga więc naczyń surowicznych i ciałek tkanki łącznej. Te ostatnie zostają przez to rozszerzone, co możnaby nazwać zapalnym obrzmieniem. Jeżeli tedy nastąpi rozwój ciałek limfatycznych (ropnych) w stagnującej limfie, to takowe będą mogły się też rozwijać w komórkach tkanki łącznej; w końcu te ostatnie pękają, przyczem uwalniają rozwijające się lub rozwinięte zupełnie ciała limfatyczne. Taki jest sposób powstawania ropy, jaką wyprowadzano z komórek tkanki łącznej.

Autor utrzymuje że nie należy oddzielać krupu od błonicy, ale uważać oba te stany za rozmaite stopnie jednego i tegoż samego procesu. „Anatomicznie niemożna wykazać różnicy, zawsze wysięk swobodny poprzedza infiltrację tkanki. Jeżeli występują różnice w klinicznym przebiegu, to takowe zależą od wysięku i jego przemian resp. od jego wpływu na tkanki. Wysięk rozkłada się, zmusza uciśnięte pierwiastki tkankowe do zgorzelinowego rozpadu, i prowadzi do posokowatych owrzodzeń. To obumieranie pierwiastków tkankowych może występować bardzo wczesnie, gdy wysięk na powierzchni błony śluzowej nie uległ jeszcze zmianie; wtedy mamy obraz zwyczajnego krupu. Różnice zachodzące w klinicznym przebiegu krupu i błonicy, zależą od procesów posokowatych. Wiadomo z jaką łatwością z małych ognisk posokowatych może wyjść zakażenie ogólne krwi. Żaden z tych dwóch procesów niema dla siebie nic charakterystycznego. Oznaczono błonicę jako chorobę zaraźliwą zakaźną, która występuje epidemicznie, na czem głównie się opierano. Bartels jednak wykazał że krup epidemiczny nie różni się wcale anatomicznie od sporadycznego. Uważano nabrzmienie gruczołów szyjnych za właściwe błonicy. Wszakże nabrzmienia te gruczołów występują zawsze tam gdzie powstają wrzody w gardzieli lub na migdałkach, mogą więc zdarzać się zarówno przy krupie jak i przy błonicy. Nabrzmienia gruczołów szyjnych są dla tego stale przy błonicy, że przy niej stale także powstają owrzodzenia. Również objawy porażenia po błonicy nie stanowią jej właściwego charakteru. Są one następstwem odżywczych zaburzeń w zakończeniach nerwowych, w skutku ucisku przez skrzeplę wysięk. Zmiany w śledzionie (obrzemie, podbiegnięcia krwawe), obrzmienie gruczołów kiszkiowych, zależą na wtórnym zakażeniu krwi, i zdarzyć się mogą wszędzie i zawsze, gdzie nastąpiło zakażenie krwi od posokowatego owrzodzenia. Dopiero po nastąpieniu zakażenia krwi, zmienia się obraz kliniczny choroby. Oczywiście jest rzeczą, że zakażenie to musi mieć wpływ na przebieg choroby.

„W ostatnich czasach wyprowadzono błonicę od wpływu grzybków, i sądzono że ją dla tego należy uważać za specyficzną chorobę. Sama obecność grzybków w wysięku nie upoważnia do tego przyjęcia. Gdzie teraz nie znaleziono grzybków? Dla wielu chorób znaleziono nawet właściwe. Gdyby zresztą grzybki były przyczyną krupowo-blonicowego procesu, byłoby to obojętne dla anatomicznej sprawy”.

— Zjazd naturalistów w Kijowie. W początkach sierpnia r. b. ma się w m. Kijowie odbyć zjazd naturalistów. Każdy zajmujący się umiejętnością nauk przyrodzonych może być członkiem zjazdu, ale prawo do głosu mają tylko członkowie uczeni, którzy byli autorami oryginalnych dzieł w przedmiotach nauk przyrodzonych lub innych programatem zjazdu objętych. Wydziały zjazdu, w których mają być rozbiegane różne kwestye, obejmują następujące przedmioty: a) anatomie i fizyologię; b) zoologię i anatomie porównawczą; c) botanikę, anatomie i fizyologię roślin; d) mineralogię, geologię i paleontologię; e) chemię; f) fizykę i jeografię fizyczną; g) matematykę, mechanikę i astronomię; i) technologię i praktyczną mechanikę; k) medycynę popularną. (B. W.).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Józefa Bergera przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Szal melancholiczny (*Raptus melancholicus*). Wypadek sądowo-lekarski, obserwowany i opisany przez Stanisława Chomętowskiego, lek. ord. w szpitalu dla Obląkanych, Śgo Jana Bożego w Warszawie, członka Towarz. psychiatrów niemieckich. O działaniu fizyologiczném i własnościach leczniczych wodoru chloralu (*Hydras chlorali*). Spostrzeżenia *P. Alexandra Janiszewskiego*, lekarza szpitala św. Jana Bożego w Lublinie. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Bezład błonicowy (*Paralysis diphtheritica*). Przez Dra *Wertheimbera*. Spolszczył Dr. *Józef Nowak*. **Wiadomości bieżące.** O krupie i błonicy w gardzieli; o powstawaniu wysięku i ropy. Streścił Dr. *W. Mayzel*. Zjazd naturalistów w Kijowie. **Dodatek.** Opis szpitala Starozakonnych w Warszawie. Skreślił Dr. *Jakób Rosenthal*, lekarz ordynujący w tymże szpitalu. (73—80) (Ciąg dalszy). — Fizyologii T. I, ark. 16, Auskultacyi i Perkussyi ark. 6, Gyniekologii ark. 25.

Szal melancholiczny (*Raptus melancholicus*).

Wypadek sądowo-lekarski, obserwowany i opisany przez Stanisława Chomętowskiego, lek. ordynującego w szpitalu dla Obląkanych, Śgo Jana Bożego w Warszawie, członka Towarzystwa psychiatrów niemieckich.

Stan rzeczy.

Podsądny Ludwik L., czeladnik szewski, przybył po raz pierwszy do szpitala Śgo Jana Bożego w dniu 22 grudnia 1868 roku. W dniu zaś poprzednim, to jest 21 grudnia 1868 r., nadesłany został z aresztu policyjnego do szpitala Dzieciątka Jezus; gdy tam wszakże, jak świadczy załączona karta wizytowa, okazywał napady obłąkania umysłu i odznaczał się przytém zupełną bezprzytomnością, przeto przetranszlokowany został na kuracyę do zakładu obłąkanych i pomieszczony po przybyciu w oddziale lekarza ordynującego profesora Dra *Pląskowskiego*.

Z ówczesnej karty wizytowej przez Dra *Pląskowskiego* pisaniej, okazuje się: że Ludwik L. cierpiał wtedy na znaczne otępienie umysłu, zwolnienie w sferze ruchów dowolnych, oraz osłabienie ogólne. Odpowiadał z trudnością na zadawane sobie pytania i to nieprzytomnie; w nocy spał niespokojnie, przerywanie,

często się budził, uskarżał: że duchy go prześladują i spać mu nie dają. Pod względem fizycznym, chory cierpiał na brak apetytu i zaparcie stolca. Ze względu na stan powyższy, choroba umysłowa Ludwika L., rozpoznana została jako melancholia. Po 27-dniowym leczeniu, to jest w dniu 30 stycznia 1869 r., chory jako zdrowy ze szpitala wypisany został. Z opowiadania samego podsądnego dowiedzieliśmy się, że tenże, po powrocie do domu zajmował się swoim rzemiosłem, a w czasie wielkiego postu, który wkrótce po wypisaniu go ze szpitala nastąpił, ściśle bardzo pościł.

Z zeznania świadka Adama L., czeladnika szewckiego (vidi fol. 1—14), zamieszczonego w aktach podsądnego, dowiadujemy się, że Ludwik L..., wraz z żoną i dziećmi w końcu wspomnianego powyżej postu, to jest w dzień Wielkiego czwartku, przeniósł się na nowe mieszkanie przy ulicy Szczyglęj, pod Nr. NN., zajmując lokal razem z tymże Adamem L. Pierwszego dnia po świętach Wielkiejnocy, to jest we wtorek dnia 12 kwietnia t. r. Adam L., powróciwszy z miasta zastał drzwi wspólnego mieszkania na klucz zamknięte, przyczem słyszał niezwykle krzyk w tym mieszkaniu. Chcąc zapobiedz gorszącemu zajściu, usiłował drzwi otworzyć, lecz gdy to okazało się bezskutecznem, przywołał ucznia ślusarskiego, w tymże domu mieszkającego, a ten drzwi otworzył. Wszedłszy do mieszkania ujrzał Julję L., żonę podsądnego, leżącą na ziemi, we krwi zbroszoną, przytęm od obecnej współlokatorki Maryi M., emerytki, dowiedział się iż Ludwik L., porąbał swęj żonie głowę siekierą, i uciekł następnie przez okno. Czyby Ludwik L. cierpiał pomieszanie umysłu, świadek nie wie; słyszał tylko od nieżyjącej żony jego, iż tenże cierpiał słabość umysłową i był na takową leczony w szpitalu Sgo Jana Bożego.

Wezwana przez Sąd Maryanna M..., emerytka (patrz fol. 1—14—15 i 16), niegdyś współlokatorka małżonków L. i Adama L., oświadczyła pod gotowością wykonania przysięgi: że Ludwik L. szewc, sprowadził się wraz z żoną i dziećmi, do mieszkania najmowanego dotąd przez Adama L. i przez świadczącą, w dzień Wielko-czwartkowy; że po sześćcio-dniowym pobycie w nowym lokalu, to jest, we wtorek Wielkanocny, Ludwik L. zawezwał do mieszkania księdza, odbył spowiedź i przyjmował komunię świętą. Kiedy następnie ksiądz i żona podsądnego z dziećmi wydalili się z mieszkania, Ludwik L. ubrawszy się, zamknął drzwi na klucz, a gdy żona jego powróciła z dziećmi, on jej nie chciał wpuścić do mieszkania, gdy zaś Maryanna M... chciała drzwi otworzyć, on jej tego nie dozwolił. Następnie po długiem oczekiwaniu podedrzwiłami, wpuścił ją, lecz zaraz drzwi zamknął na klucz, takowy wyjął z zamku i włożył do kieszeni, zapytując się swęj małej córki, gdzie była z matką, a gdy nie mógł wywiedzieć się o ich bytności, uniesiony passją pochwycił toporek i z całą wściekłością rzucił się na żonę, co świadczająca spostrzegłszy, zaczęła wołać na ratunek ludzi. Jakoż w krótkim czasie, przybył współlokator Adam L. z ludźmi na pomoc i drzwi gwałtownym sposobem otworzyli, co widząc Ludwik L. przybiegł do okna i takowem wyszedłszy, spuścił się po rynnie na dół, gdzie go policya ująwszy, odstawiła do cyrkułu. Żona zaś podsądnego leżała na ziemi, cała w krwi zbroszona, dopóki nie udzielono jej pomocy lekarskiej. Czyby zaś Ludwik L., dopuścił się owego czynu przestępnego. w stanie obłąkania, tego

Maryanna M. nie wie. Świadcząca nie słyszała, a żeby, przez czas swego zamieszkania, Ludwik L. klócił się kiedykolwiek ze swą żoną, lub żeby ta ostatnia dała mu jakowy powód do nieporozumienia; bo o ile uważała Julia L., obchodziła się ze swym mężem jak najłagodniej. W końcu Maryanna M. nadmieniła, że po odbytej spowiedzi miał Ludwik L. jakiś paroksyzm, niby obłąkania, bo się trząsł, jakby we febrze, gestykulując rękami, jakby do kogo przemawiał, a działo się to w obecności księdza, który nawet zaproponował, aby go odwieziono do szpitala.

Zona podsądnego Julia L., przywieziona została na kurację do szpitala Dzieciątka Jezus, w dniu 14 kwietnia, 1868 roku, z ranami siekierą przez męża jej zadanemi, a mogącemi się przyczynić do śmierci chorej, jak o tem świadczy (patrz fol. III fol. 2) Pomocnik naczelnego lekarza tegoż szpitala, w odezwie swjej pod tymże dniem, za Nr. 1398 wydanej, do Sądu policyi prostej wydziału NN.

W skutek rzeczonęj odezwy, w dniu następnym 15 kwietnia t. r., Sąd pomieniony zeszedł do szpitala Dzieciątka Jezus i znalazłszy chorą zdolną do odpowiedzi na zapytania, wezwał ją do protokołu, w którym pomiędzy innemi zeznała (vidi fol. 1—2—3), że mąż jej Ludwik L. uległ napadowi waryacyi i wzięty został na kurację do tutejszego szpitala obłąkanych, gdzie zostawał przez cztery tygodnie, z kąd przybył niby już jako zdrow, jeszcze w zapusty. Dalej powiada: „w dniu wczorajszym kiedy wyszłam ze stancyi zawołać dzieci ze dworu i z niemi wkrótce powróciłam, zaczął mnie się wypytywać gdzie byłam i nie chciał wierzyć że po dzieci chodziłam, zauknął stancję od wewnątrz a wyjąwszy siekierę z za pieca, rzucił się na mnie, co dostrzegłszy pochwyciłam za siekierę, i poczęłam mu się bronić, ale mnie przemógł, i widać że zaczął rąbać siekierą po głowie, gdyż utraciłam przytomność, nie wiem co się dalej ze mną działo, dosyć że dopiero tu w szpitalu przyszłam do przytomności; poranił mnie niebezpiecznie, ale wiem że to było w napadzie waryacyi.“ Domagała się wszakże później, gdy Sąd powtórnie do niej zeszedł, ukarania męża.

Według opinii pomocnika Naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, udzielonęj w skutek odezwy wydziału Policyjno Sądowego w Warszawie, z dnia 3 (15) kwietnia 1868 roku za Nr. 5797, Julia L. przybyła do szpitala z dwunastoma ranami głowy, do kości dochodzącemi, prócz tego z raną twarzy i posinieniem całej prawej ręki. Rany te od cięć siekierą pochodzące, lubo nie absolutnie śmiertelne, uważa wszakże opiniujący za ważne. Po 18-dniowęj kuracyi, to jest: w dniu 2 maja 1868 roku, chora Julia L. zmarła w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Dochodzenie sądowo-lekarskie (patrz fol. 3 i 4) na zwłokach Julii L. odbyte przez lekarza miasta K. w obec Sądu Policyi Prostej wydziału NN. w Warszawie, dało wypadek następujący:

Denatka, wzrostu miernego, budowy ciała wątłej, mocno wycieńczona, korupcyja ciała w pierwszym stopniu. Przedramienia prawego obie kości, niżej środka swego, były zupełnie przelamane, z raną skóry długości jednego cala; brzegi tęg rany zaropiałe, jako też w tkaninach mięsnych otaczających brzegi przelomu, znaleźliśmy znaczną ilość ropy. Na głowie, na czole i na części głowy pokrytej

włosami, denatka miała dwie rany skóry, z brzegami nierównymi, zaropiałemi, na potylicy głowy, także dwie rany z takimiż brzegami zaropiałemi. Na ciemieniu prawem, więcej ku przodowi, rana skóry, długości 1½ cala, z brzegami rozchodzącemi się, zaropiałemi. We wszystkich ranach wyżej opisanych, kość dawała się widzieć obnażona z okostnej: „taż kość w ranie ciemienia prawego, była złamana w kilku kierunkach, z wklęśnięciem kawałka kości, wielkości monety kopiejki miedzianej, dość mocnym. *Opinia*: denatka zmarła w skutek zakażenia ropiastego krwi, które było następstwem ropienia w tkankach, w miejscach gdzie były rany znalezione, a które powstały od obrażeń siekierą. Obrażenia te w tym wypadku uważać należy za śmiertelne. Gdy zaś powyższe zewnętrzne obejrzenie, w połączeniu z zeznaniem przedśmiertnym samej denatki, wykazuje jasno przyczynę śmierci w zadanych ranach siekierą, przez dotkniętego pomieszanem zmysłów męża, teje denatki, któremu wina zbrodni przypisaną być nie może, przeto od sekcji zwłok, jako w takim wypadku zbytecznej, jednozgodnie odstąpiono.

Podsądny Ludwik L., umieszczony w areszcie policyjnym w dniu 15 maja 1868 r., w skutek opinii lekarza aresztu policyjnego (patrz fol. 4 i 5) że choruje na zawrót głowy, odesłany został na kurację do szpitala Dzieciątka Jezus, z kąd w dniu 12 czerwca t. r. przetranslokowano go do szpitala czasowego na Pradze. Zarząd pomienionego szpitala wezwany przez Sąd policyi poprawczej wydziału NN., odezwą z dnia 8 (20) lipca tegoż 1868 r., za Nr. 11527, o udzielenie opinii czy Ludwik L. mógł posiadać dostateczną świadomość do poczytania mu przestępstwa, którego się dopuścił w dniu 12 kwietnia 1868 r., udzielił opinię lekarską, z której następujące wyjmujemy szczegóły (patrz fol. 10—11).

Po ścisłym egzaminie lekarskim, miesiąc przeszło prowadzonym, okazało się, że stan umysłu Ludwika L. nie jest zupełnie normalny, owszem z wszelką słusnością wnosić można, że wspomniony chory cierpi na chorobę umysłową zwaną zaduma (*melancholia*). Jest on zupełnie spokojny, obojętny na wszystko do najwyższego stopnia, odpowiada tylko wprost zapytany, sam zaś o nic nie pyta i niczego nie żąda. Sasiadujący z nim chory, widzi go zawsze w tym samym stanie. Chory przyznał iż skaleczył swą żonę siekierą, z opowiadania zaś bliższych szczegółów wnosićby można, iż uczynił to w stanie nieprzytomności umysłu, powiada bowiem, że coś go jakby popychało, jakby wołało nań, aby ją uderzył. Wiadomość o śmierci żony, silne na chorym zrobiła wrażenie i pobudziła go do rzewnego płaczu. Czy chory doznaje hallucynacyi, o tem opiniujący lekarz D., nie jest w stanie mimo najściślejszej obserwacyi stwierdzić, i z tego powodu uprasza Sąd, o przeniesienie Ludwika L. do szpitala Sgo Jana Bożego, jako specjalnego, na obserwację dokładniejszą, albowiem chorzy tacy, przywidzenia niekiedy udawać mogą, o czem tylko przy stosownych środkach obserwowania, specjaliści stanowczo zawyrokowaćby mogli.

W takim stanie podsądny Ludwik L. nadesłany został z polecenia Sądu z dnia 9 listopada, 1868 roku, za Nr. 13994, do naszego szpitala i po umieszczeniu go w oddziale moim przedstawiał stan następujący:

P o d w z g l ę d e m f i z y c z n y m. Podsądny jest wzrostu małego, miernie zbudowany, źle odżywiony. Powłoki powszechnie dostępne dla oka (skóra

i błony śluzowe) blade bardzo, puls drobny, do 76 uderzeń na minutę dochodzący. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej, słychać wszędzie oddech pęcherzykowy, który wszakże tak jest cichy, że za ledwie dosłyszec się daje. Liczba oddychań na minutę wynosi 14 razy. Badanie innych organów nie wykryło żadnych nieprawidłowości. Pod względem zбочzeń funkcyjnych zauważono: że chory nie sypia w nocy dobrze, często się budzi i po kilka godzin w śród nocy przepędza bezsennie. Uskarża się też na bóle przechodzące w okolicy międzyżebrowej, tak prawej jak i lewej. Ruchy wszystkie dowolne, jak chodzenie, mówienie, spełnianie wszelkich poleconych podśadnemu czynności, odbywają się nadzwyczaj powolnie.

Pod względem psychicznym. Chory na pytania odpowiadał jasno i zrozumiale, tylko powoli bardzo, jakby się namyślając nad każdym wypowiedzianem zdaniem. Wypytywany przezemnie o szczegóły dotyczące porabiania przez niego siekierą żony, jako też odnoszące się do poprzedniego życia jego samego, po wypisaniu z tutejszego szpitala, opowiedział co następuje:

Po powrocie ze szpitala do domu czuł się zupełnie zdrowym, zajmował się swoim rzemiosłem, z żoną żył najzgodniej i najmniejszej do niej nie miał urazy. W czasie nastąpnego wkrótce potem wielkiego postu, pościł bardzo ściśle, a w ciągu ostatnich dwóch dni tegoż, to jest w Wielki Piątek i w Wielką Sobotę, suszył o chlebie i wodzie. W święta czuł się niezdrowym, uskarżał się na ból głowy, doznawał przytém ciągłych niespokojności i bezsenności, w ciągu Świąt Wielkiej nocy, czując się osłabionym, nie wychodził z domu, a z powodu ciągłych, jak to dopiero co wspomniano niespokojności; pragnął dopełnić obowiązków religijnych, z tego powodu posłał na trzeci dzień Wielkiej nocy żonę po księdza, który też przybył: podsądny wypowiadał się i przyjął Kommunię świętą. W parę godzin potem żona L... wyszła z dziećmi na miasto; gdzieby się udała, tego nie wiedział. Pozostawszy w domu, w towarzystwie jedynie współlokatorki swojej, staruszki nieznanej mu z nazwiska, ujrzał na twarzy tejże, krew w postaci dużych plam, co go niewymownie przeraziło. Pod wpływem tego przestachu pozostając nie chciał otworzyć drzwi powracającej do domu żonie, nareszcie po pewnym czasie, gdy żona coraz mocniej kołatała, drzwi swe otworzył, ale go taki przejął strach, widząc ciągle krew na twarzy kobiety, która w domu jego przemieszkiwała, że chciał oknem z pierwszego piętra wyskoczyć, w czem gdy mu żona przeszkodziła, przytrzymując go za poły, rozdrażniony tём do wysokiego stopnia, porwał za siekierę i uderzył ją w głowę takową kilkakrotnie. Dalej podsądny opowiadał, że żonę kochał, że żył z nią w dobrych stosunkach, że nie miał do niej najmniejszej urazy, i że popełnił zbrodnię, prawie nie wiedząc co robi, tak rad był prędzej uciec ze stancyi, będąc przejęty niezmiernym strachem, ujrzawszy na twarzy współlokatorki duże plamy krwiste. Popełnionej zbrodni żałuje i mówiąc o takowej płacze.

W ciągu przeszło trzechmiesięcznego pobytu swojego w szpitalu tutejszym, podsądny badany codziennie ściśle tak przezemnie, jak i przez Naczelnego lekarza Dra Rothego, okazywał stan następujący:

1) Pod względem fizycznym. Włosy siwe, skóra i błony śluzowe dostępne dla oka bardzo blade. Puls drobny, miękki, od 70 do 80 uderzeń na minutę dochodzący, oddychanie znacznie zwolnione. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej, słychać w obu płucach szmer pęcherzykowy, normalny, ale znacznie ciszej niż

to ma miejsce zazwyczaj. Liczba oddechów na minutę wynosiła zaledwie 12 do 14. W nocy często bardzo bezsenność, w dzień za to chory sypiał po godzin kilka, snem twardym; wszystkie ruchy od woli zależne, jak chodzenie, mówienie, podawanie pokarmów do ust i t. d., odbywały się u chorego bardzo powoli. Uskarżał się często na ogólne osłabienie, oraz na bóle w okolicach międzyżebrowych, które po bliższem zbadaniu okazały się bólami nerwów międzyżebrowych (*neuralgia intercostalis*).

2) Pod względem psychicznym. Szczegółowe badanie chorego okazało następujące zboczenia w sferze władz umysłowych, czyli w intelligencji, uczuciu i wolnej woli.

A. Pod względem zboczeń intelektualnych zauważano pewne zwolnienie w assocyacji idei. Chory albo nie na zapytanie nie odpowiada, albo też nim da jaką odpowiedź, wprzód długo się namyśla. Odpowiada zwolna i z trudnością, snąć ciężko mu przychodzi złożyć pojedyncze wyrazy w zdanie, a zdania w okresy. Z powodu dostrzeżonej częstej bezsenności, zaczęto wypytywać się, czyby sam nie mógł podać przyczyny takowej. Z początku nie na to nie odpowiadał, potem pewnego razu przyznał się, że zwykle w porze nocnej, pokażują mu się duchy, lub jakieś dziwne widziadła, których widok go przeraża i spać mu nie dozwala. Oprócz dopiero co wspomnianych hallucynacji wzrokowych, zdaje się, że chory nie doznaje złudzeń czyli illuzji ani też hallucynacji innych organów, jak sluchu, czucia, powonienia lub smaku. Wypytywany bowiem niejednokrotnie, jak najszczegółowiej o owe nocne widziadła, utrzymywał, że widział je tylko wzrokiem, lecz nie słyszał żadnych głosów, ani też nie dotykały go się owe widma.

W dzień, gdy był w towarzystwie dozorujących go strażników, lub drugich chorych, nie zdarzyło się mu spostrzegać owych niezwykłych postaci, dopiero ukazywały się one w nocy, gdy pozostawał sam jeden. w swoim pokoiku, wśród ciemności. Przy dłuższej rozmowie z chorym, daje się zauważyć pewien brak związku pomiędzy pojedynczemi zdaniem; przy krótszej rozmowie dostrzedz tego nie można. Na zapytania chory odpowiada zazwyczaj przytomnie, dopiero gdy go się wciągnie w dłuższą rozmowę, gdy sam zaczyna opowiadać o czémkolwiek, staje się nie jasnym, a często i zupełnie niezrozumiałym, wypowiadając zdania lub całe okresy, niemające ze sobą należytego związku. *(Dokończenie nastąpi).*

O działaniu fizyologicznem i własnościach leczniczych wodanu chloralu.

(Hydras chlorali).

Spostrzeżenia

F. Aleksandra Janiszewskiego, lekarza szpitala Śgo Jana Bożego w Lublinie.

(Ciąg dalszy)*.

Spostrzeżenie 12. Rozdrażnienie nerwowe po przebytej chorobie obłożnej, z bezsennością, uleczone wodanem chloralowym, w dawkach uspakajających.

P. K., obywatel ziemski po przebytych tyfusie wysypkowym, połączonym z zapaleniem dolnego zraza prawego płuca, począł przychodzić stopniowo do zdrowia.

*) Patrz Nr. 46 Gaz. Lek.

Wiek spóźniony, lat 76, w którym się znajdował, utrudnił znacznie powrót do dawnego zasobu sił. Apetyt wstawiał się zwolna, i byle jaka ilość pokarmu, popęd ku niemu stłumiała. Szum w uszach, zawroty głowy i ociężałość, zmuszały chorego do pozostawiania w łóżku większą połowę dnia. Zaczęło się stopniowo rozwijać drżenie rąk, uczucie zupełnego upadku sił, wreszcie sen ustąpił zupełnie. Stosowane środki wzmacniające gorzko-aromatyczne, przetwory chinowe, żelazne, wino i t. p. pożądanego nie sprowadzały skutku, a morfina podawana na noc, sprowadzała wprawdzie sen, lecz sen był trwożliwym, i znaczne zmęczenie za sobą następnego dnia pozostawiał. W takim stanie zaleciłem choremu używanie wodanu chloralowego w dawkach uspakajających po 5 gran co 2 godziny, przy pozostawieniu go przy używaniu wina i posilnej dyecie. Po tygodniowym używaniu leku, sen powrócił do dawnych granic, apetyt się wzmógł, a chory pokrzepiony na siłach, wkrótce za zdrowego zupełnie uważać się począł.

Spostrzeżenie 13. Reumatyzm mięśni międzyżebrowych, wyleczony kilkodniowym użyciem wodanu chloralowego.

W dniu 8 listopada 1870 r. wezwany zostałem do Szyi S., lat 35 mającego, który przed dwoma dniami wyszedłszy spoconym, i dość długo pozostając na zimnie, po powrocie do domu uczuł lekkie dreszcze, a następnie silne klucie w prawym boku, przy każdej głębszej inspiracji powracające. Przerażony bólem posłał po felczera, i z jego porady użył środek przeczyszczający i miał sobie postawione cięte bańki w miejscu bolesném. Cierpienie jednak nie przechodziło, jakkolwiek na chwilę złagodniało.

Przy pierwszem obejrzeniu znalazłem chorego w stanie następującym: odżywianie dobre, gorączka nieznaczna, tętno 85 uderzeń, temperatura lekko podniesiona nie dochodziła 39° C. Język wilgotny lekko obłożony, smak papkowaty, brak apetytu, pragnienia niema. Chory przedstawia się zmęczonym, gdyż już dwie nocy prawie nie spał zupełnie; oddech z silnem kluciem połączony ma krótki (do 40 oddechów w minucie). Szybkość oddechu zależy głównie od obawy wywołania dotkliwszego klucia głębszem westchnieniem.

Przy badaniu klatki piersiowej, zmian w jej budowie nie dostrzeżono; po prawej stronie zaczawszy od 4go żebra ku dołowi, przestrzenie międzyżebrowe przy dotykaniu nadzwyczaj bolesne. Perkusya nie wykazuje najmniejszego stopienia odgłosu; wysłuchiwanie na całej przestrzeni obu płuc oddech pęcherzykowy wykazuje.

Słaba gorączka, ból który najłżejsze dotknięcie mięśni międzyżebrowych wywołuje, inspiracje przyspieszone przy niezmiennym oddechu pęcherzykowym, brak zupełny kaszlu i duszności i t. p. zjawisk wskazujących cierpienie płuc lub oplucnej, naprowadziły mnie na przekonanie, że mam do czynienia z zajęciem reumatycznem mięśni międzyżebrowych, że zatem najpierwszem wskazaniem było złagodzić ból, a tem samem usunąć główne zjawisko chorobne, i jednocześnie oddychanie do normalnych granic doprowadzić. Zaleciłem więc choremu: bok cierpiący nasmarować oliwą i obłożyć grubą warstwą waty, wewnątrz zaś przepisałem wodanu chloralowego 1 drachmę na 6 uncji wody, z syropem pomarańczowym, co 2 godziny po łyżce.

Już pierwszej nocy z 8go na 9ty listopada znaczne było polepszenie, gdyż chory, jakkolwiek do boku dotknąć się nie mógł i od czasu do czasu, przy głębszym oddechu silnego klucia doznawał, spał jednak przeszło 4 godziny i od rana czuł się znacznie rzeświejszym i zdrowszym. Zalecono lek (dnia poprzedniego przepisany) powtórzyć, pozostać w łóżku i bok grubą warstwą waty okrywać.

Z dnia 9 na 10 sen dłuższy, klucie mniejsze, ból przy dotykaniu mniejszy, apetyt wraca, chory znacznie weselszy.

Dnia 11 stan zdrowia zadawalający, kolek niema zupełnie, mocniejszy jednak nacisk na przestrzenie międzyżebrowe, wywołuje jeszcze ból przykry. Zalecono lek powtórzyć i pozostać w łóżku. Dnia tego ostatni raz odwiedziłem chorego; w cztery zaś dni potem t. j. dnia 16 listopada, chory osobiście przyszedł mi podziękować, i jak zapewniał, czuł się zupełnie uleczonym.

Spostrzeżenie 14. Przepuklina pachwinowa od dni 2ch uwięznięta, wyleczona jednorazowem użyciem chloralu.

W dniu 4 lipca o godzinie trzeciej po północy, wezwany zostałem przez kolegę Dra Jentysa na naradę, a bardziej do pomocy, przy mającej się wykonać operacyi herniotomii. Subjektem, na którym miała być wykonana operacya, był Aron Szmul G., kupiec z miasta Rejowca, który mało zwracając uwagi na przepuklinę oddawna już trwającą i łatwą do odprowadzenia, przekroczywszy w dyecie i namęczywszy się chodzeniem za interesami, uległ uwięznięciu tejże, i od dni dwóch w najsilniejszych pozostawał boleściach.

Dr. Jentys użył wszystkiego, co tylko w podobnych razach racjonalna i mniej racjonalna terapia wskazuje, jednak bez najmniejszego rezultatu. Boleści, wymioty, osłabienie i upadek sił nie ustępowały i nie pozostało nic więcej, jak dla ocalenia chorego wykonać mu operacyą, tembardziej, że kilkakrotne pokusy wprowadzenia przepukliny ręczną manipulacyą w kąpielach i przy pomocy aparatu Richardsona, okazały się nieskutecznymi.

Wezwany, mając na względzie, że dwudniowe uwięznięcie nie koniecznie nakazuje operacyą, gdyż samemu zdarzało mi się już spostrzegać przepukliny, które szczęśliwie dały się odprowadzić 6go lub 7go dnia uwięznięcia, nie pozostawiając najmniejszego uszkodzenia na zdrowiu, prosiłem kolegę Jentysa o pozwolenie zastosowania w tym razie, rodzajem próby, — wodanu chloralowego, zapewniając go, że jeżeli środek ten pozostanie bez skutku, po upływie kilku godzin, z pomocą moją do operacyi, którą miał zamiar obecnie wykonać, najchętniej służyć mu będę. — Otrzymawszy zezwolenie, radziłem przepisać choremu 4 skrupuły wodanu chloralowego, w pół uncyi wody, z taką ilością syropu gumowego, i podać mu całą dawkę od razu. Zalecenie nasze wykonano tem chętniej, że chory bał się niezmiernie operacyi. Po użyciu leku o godzinie 4ej rano, chory wkrótce zasnął i spał do godziny 4ej i pół po obiedzie, czyli godzin 12cie i pół. Pilnujący go felerzer o godzinie 3ej i pół usłyszał bulkotanie, a następnie chlupnięcie, i odsłoniwszy przykrycie chorego, spostrzegł, że przepuklina weszła zupełnie.

Chory po przebudzeniu czuł się zupełnie dobrze, wkrótce oddał znaczną ilość nagromadzonego w kiszkiach kału — i na drugi dzień, — szczęśliwie uniknąwszy niebezpieczeństwa — powrócił do domu.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Bezwład błonicowy (*Paralysis diphtheritica*).

Przez Dra Wertheimber'a.

Spolszczył Dr Józef Nowak.

Podania o wypadkach bezwładu w skutek błonicy powstałego, spotykamy już u autorów zeszłego stulecia. Jednym z najpierwszych, który dokładnie pojął znaczenie tego cierpienia, był Ghisi, podając w swoich „Lettere mediche” przy opisie epidemicznego zapalenia gardła w Kremonie (1747—48 r.) historię choroby własnego syna. Wyleczone już prawie dziecię, po zropieniu gruczołów podszczękowych, wpadło następnie w stan, jaki u wielu innych rekonwalescentów występował: mowa jego stała się nosową, pożywienie a szczególniej płynne, zamiast dostawać się do przełyku, często przez nos napowrót wydalaném zostawało.

W tymże czasie (1749) francuzki lekarz Chomel zwrócił również uwagę na tę chorobę, lecz spostrzeżenia jego sięgały już nieco głębiej; opisał bowiem zdarzający się niekiedy równocześnie zez oczu i osłabienie kończyn. W kilka lat później (1771) ukazuje się wyborna praca w tymże samym przedmiocie Samuela Barda z New-Yorku. W ostatnich czasach Bretonneau, Herpin, Trousseau, a szczególniej Maingault, oraz Gull i H. Weber (z Londynu) swojemi pracami znakomicie przyczynili się do wyjaśnienia błonicowego bezwładu.

O b j a w y. Każda forma błonicy może pociągnąć za sobą bezwład, tak błonica gardzieli, nosa, jak i mająca swe siedlisko na skórze, częściach płciowych i t. d. Pierwsze ślady bezwładu w rzadkich tylko wypadkach występują bezpośrednio po ustąpieniu cierpienia gardzieli; najczęściej jednak dopiero w dwa do trzech tygodni po zupełném wyleczeniu błonicy gardła lub nosa. Według Rogera'a jeszcze w 30—40 dni zagraża niebezpieczeństwo pojawienia się następczego bezwładu. Rozwój jego bywa zawsze powolnym.

Co się tyczy rozciągłości, to bezwład występuje zawsze jako ściśle ograniczony, albo też rozciąga się i na dalsze rozgałęzienia nerwów. Pospolicie błonicowemu bezwładowi ulegają: gardziel, podniebienie miękkie, oko i kończyny przedewszystkiém dolne. Rzadziej podpadają: mięśnie krtani, tułowia, kiszki stolcowej, pęcherza i mięśnie oddechowe, a w szczególności przepona. Jeden tylko wypadek błonicowego bezwładu mięśni twarzy dotychczas jest znany ¹⁾.

Z początku w szeregu objawów bezwładu rzadko pojawiają się zboczenia od powyższej kolei, lecz przy dalszym jego przebiegu występują bardzo liczne kombinacye porażeń rozmaitych członków.

Bezwład bywa albo niezupełny, przyczém dotknięte mięśnie nie wyłamują się w zupełności z pod wpływu woli, lecz ruchy ich są bezsilne, a czucie przytępione; albo też bywa zupełny, czemu towarzyszy zwykle bezczułość, i oprócz zniesienia samodzielnego ruchu, zmniejsza się również lub zupełnie znika pobudliwość zwrotna i oddziaływanie na bodźce elektryczne.

Do najczęstszych należy bezwład podniebienia i mięśni gardzieli. Najwydatniejszymi ich objawami są: obwiśnięcie podniebienia miękkiego, niekiedy z przesunięciem języczka na jedną lub drugą stronę, zmniejszona poruszalność podniebienia przy mowie i oddychaniu, zakłócenia w wymawianiu i połykaniu, bezczułość zajętych części na elektryczne i mechaniczne bodźce (dotykane palcem, lechtanie piórem i t. p.). Zakłócenie mowy objawia się przedewszystkiém przez nosowy dźwięk głosu, jaki spotykamy także u indywiduów z rozszczepałem podniebieniem. Najwyraźniej uwydatnia się on przy wymawianiu samogłoski „o” i pochodzi od niezdolności chorego do zamknięcia jamy nosowej. Inna nieprawidłowość mowy polega na tém, że wymawianiu nie-

¹⁾ Medic. Presse 1868, 28.

których głosek, a szczególnie spółgłosek i samogłoski „e” towarzyszą brzęczące i świszczące szmery. Po większej części mowa nadzwyczaj prędko męczy chorych i staje się w końcu niezrozumiałą. Im więcej niedostatecznym jest kurozenie się mięśni podniebienia miękkiego, im niezupełniejsze w skutek tego odgrózenie jamy gardzielowej od nosowej, tem trudniejsze wykonanie przez chorego jakiegokolwiek czynności, jak: gwizdania, ssania, nadymania policzków i pęcherzy, płukania gardła i t. p. Najwięcej jednak z pomiędzy wszystkich objawów zwraca uwagę chorego i otaczających **trudność połykania** (*dysphagia*). Chory spostrzega, że nie może tak połykać jak poprzednio; płyny które przyjmuje zostają częstokroć wśród żywego kaszlu napowrot przez nos wydalone, nie tak często przy powolnym jak przy szybkim ich piciu. Stałe pokarmy łatwiej przelyka, chociaż i te przez pewien czas zatrzymują się w gardzieli. Niektórzy chorzy utrzymują, że większe kęsy łatwiej mogą przelknąć aniżeli mniejsze. Płyny dzielą oni na pewne kategorie: największą trudność sprowadza przelykanie płynów obojętnych, jak woda, mleko i t. p., gdy tymczasem napoje drażniące stępione nerwy błony śluzowej podniebienia, zostają nierównie łatwiej przelknięte. Ztąd to lepiej znoszą tacy chorzy mleko zmieszane z herbatą lub kawą aniżeli czyste; ztąd także napoje wyskokowe jak piwo i wino cieszą się u nich najświetniejszym powodzeniem. Zdarza się niekiedy, że ta niezdolność funkcyjonalna porażonych mięśni bywa po nocnym spoczynku większą jak w ciągu dnia całego; sam miałem sposobność obserwowania podobnego wypadku. Jeżeli cierpienie rozwija się w wyższym stopniu, to może się stać nawet niebezpiecznym, sprowadzając upadek sił; karmienie sztuczne zapobiega podobnemu stanowi.

Dalszym, wielkiej ważności następstwem bezwładu gardzieli jest **utrudnienie ekspektora cyj**; zależy ono od tego, że wydechane powietrze z powodu niedostatecznego skurczu mięśni ściągających gardziel (*constrictores*) nie może zgęścić się odpowiednio do wydalenia plwociny (*Lewin*). Łatwo zrozumieć, jakie niebezpieczeństwo stan podobny sprowadza w pewnych okolicznościach, jak np. przy jednoczesnym zapaleniu płuc.

Bezwład błonicowy często ogranicza się na muskulaturze gardzieli; w większej liczbie wypadków szerzy się jednak dalej. Rzadko pomija on gardziel, a zajmuje najprzód inne grupy mięśniowe.

Obok uszkodzenia mowy i połykania, występują pewne **zaburzenia wzroku**. Chorzy skarżą się na migotanie i niejasne widzenie, przy każdej próbie czytania oczy ich wkrótce doznają znużenia, litery przedstawiają się im niewyraźnie i zlewają się z sobą, wiersze przyjmują wygląd kresek i t. p. *Astenopia*, która przy krótkowzroczności nader szybko się wstawia, jest najgłówniejszą przyczyną skarg chorego. Obiektywnie oprócz zmniejszonej ruchliwości źrenicy nieco nad normę rozszerzonej, oczy nie przedstawiają żadnej innej zmiany. Zaburzenie to wzroku przez długi czas uważano błędnie za amblyopię; badania *Donders'a* wyjaśniły dopiero, że tu mamy do czynienia z porażeniem akkomodacyi jednego a najczęściej obu oczu, czyli z bezwładem wewnętrznych mięśni oka, otrzymujących krótką gałązkę nerwową od zwoju rzęskowego. Często jednakże bezwład nie ogranicza się do wyżej wspomnianej gałązki, lecz porażenie akkomodacyi stanowi tylko częściowy objaw obzerniejszego cierpienia n. okoruchowego (*n. oculomotorius*) lub bezwład wkracza nawet w dziedzinę nerwu odwodzącego (*n. abducens*). W tych razach obok zakłócenia akkomodacyi występuje **zez**, a ztąd **podwójne widzenie i zawróót**.

W wypadkach błonicowego bezwładu n. okoruchowego, które miałem sposobność obserwować, na tę osobliwość zwróciłem uwagę, że w żadnym z nich nie uległ zajęciu m. unoszący powiekę; fakt ten pozwala nam wnosić, że błonicowemu bezwładowi ulega zawsze gałązka dolna n. okoruchowego — zupełnie przeciwnie jak przy syfilitycznym cierpieniu, którego gałązka górna jest ulubionym siedliskiem. (*Dokończenie nastąpi*).

Wiadomości bieżące.

-- O krupie i błonicy w gardzieli; o powstawaniu wysięku i ropy (p. F. H a r t m a n n'a — *Virchow's Arch. Bd. 52, H. 2, 1871*). Różnica jaką oddawna stawiano i dziś jeszcze po części stawiają między krupem i błonicą, polega w części na anatomicznych zmianach, w części zaś na klinicznym przebiegu obu tych processów. Istnieją 3 mniemania o istocie tych stanów. Jedni uważają krup i błonicę za jeden i ten sam proces; drudzy uważają błonicę za cięższy, wyższy stopień procesu krupowego, inni wreszcie odróżniają krup od błonicy jako dwa odrębne stany. Zwolennicy tego poglądu upatrują w błonicy chorobę krwi, umiejscawiającą się w gardle i krtani, podobnie jak tyfus lokalizuje się w kanale kiszkiowym. Rozmaite te poglądy opierają się w najmniejszym stopniu na anatomo-patologicznych zmianach w gardzieli i krtani, po większej zaś części na klinicznym przebiegu, występowaniu, na zaraźliwości i na zmianach w innych organach. Zwolennicy trzeciego poglądu odróżniają krup od błonicy dla tego, że w ostatniej występuje obrzmienie gruczołów podżuchwowych, że wcześniej znajduje się białko w moczu i że zjawiają się objawy porażenia jako skutek; wszystkiego zaś tego niema być w krupie. M a i n (*Arch. f. Heilk. H. 2, 1866*) znalazł przy błonicy obrzmienie gruczołów kreskowych i kiszkiowych, tak jak przy tyfusie, i zwraca z tego powodu uwagę na podobieństwo obu tych stanów.

„Krup i błonica są procesami wysiękowymi. Każdy wysięk pochodzi ostatecznie z naczyń. Wysięk jest płynem krzepliwym, który krzepnie gdy są pewne okoliczności sprzyjające temu. Jeśli ten krzepliwy płyn wystąpi z naczyń, to najprzód wchodzi w tkankę błony śluzowej; płyn tu może pozostać i skrzepnąć w pewnych warunkach. Jeżeli nie krzepnie, to może być napowrót wessanym, lub zachodzą w nim inne zmiany; w pewnych warunkach płyn ten może dostawać się także na wolną powierzchnię błony śluzowej.

„Wspomnieliśmy że wysięk pochodzi ostatecznie z naczyń. Najprzód grają w tem rolę naczynia krwionośne włosowate i naczynia limfatyczne; jedno i drugie biorą udział przy wysiękaniu. W mojej „patologii ogólnej” powiedziałem że kapillary nie są ostatecznymi zakończeniami naczyń krwionośnych, lecz że stoją w łączności z drobnymi rurkami, które doprowadzają materiał odżywczy pierwiastkom tkankowym. Rurki te które w stanie normalnym nie mogą przeprowadzać ciałek krwi, mogą to czynić w nienormalnych warunkach. Ponieważ ściany tych rurek są elastyczne, podobnie jak w kapillarach, mogą się one rozszerzać jeżeli ze strony kapillarów dostaje się do nich większa ilość płynu, do tego stopnia, że ciałka krwi w nich (rurki) pomieścić się mogą; otrzymujemy wtedy obraz nowoutworzonych naczyń. Szybkie występowanie nowotworzenia naczyń jakie obserwujemy po podrażnieniu błon śluzowych, wyprowadziłem od rozszerzenia wspomnianych rurek. Jeżeli ciśnienie wewnątrznaczyniowe się zmniejszy, to te naczynia surowicze ściągną się, nastrzyknienie więc zarówno prędko zniknąć może jak szybko powstało.

„Prócz kapillarów, przy powstawaniu wysięku biorą udział n a c z y n i a l i m f a t y c z n e. Co do początku tych naczyń, zdania są bardzo podzielone; chodzi mianowicie o to, czy początki te są zamknięte czy otwarte. Co do mnie, skłonniejszy jestem przyjąć to ostatnie. Naczynia limfatyczne nie dochodzą do nabłonka błon śluzowych (i innych resorbujących błon), ale oddalone są od niego. Płyn mający być wessanym wnika w tkankę przez otwory między komórkami nabłonka (*stomata*), i przenika aż do naczyń limfatycznych. K e b e r w r. 1854 wspominał już o mikroskopowych lukach i przestworach w błonach naczyniowych i śluzowych, przez które płyn ma wnikać w głąb tkanki. L e t z e r i c h przypisuje tę rolę tak zwanym *Becherzellen*, zaś B r ü c k e i L u d w i g przyjmują śródmiąższowe przestwory w tkankach, z których biorą początek korzenie naczyń limfatycznych. Okazuje się z tych niezgodnych zdań, co ja przyjmuję, że w tkance błon śluzowych istnieją przestwory łączące się między sobą, i będące w styczności z jedną stroną z otworami na wolnej powierzchni, z drugiej zaś z korzeniami naczyń limfatycznych, w taki sposób że naczynia limfatyczne są w styczności z wolną powierzchnią błony śluzowej.

„Mniej sprzeczne są zdania autorów o połączeniu naczyń limfatycznych z naczyniami krwionośnymi włosowatymi. Po-

łączenie to ma miejsce za pomocą „systemu rurek sokowych” przez K ö l l i k e r'a tak nazwanego, a które ja nazwałem „naczyniami surowiczemi” (*vasa serosa*). Już w r. 1864 na mocy poszukiwań wypowiedziałem zdanie; że komórki tkanki łącznej są komórkowemi węzłami, w których kanaliki odżywcze się z sobą łączą, że wypustki komórek tkanki łącznej są w związku z sobą, przez co przychodzi do skutku połączenie kanalików sokowych, i że wypustki te stanowią najdrobniejsze kanaliki, które doprowadzają płyn odżywczy do tkanki (system naczyń plazmatycznych). W późniejszym czasie V i r c h o w i D o n d e r s dokładniej zdanie to wyrazili. Co do mnie, wtedy już przyjąłem połączenie komórek tkanki łącznej z naczyniami krwionośnymi włosowatemi, nie wiedziałem zaś jeszcze o połączeniu pierwszych z naczyniami limfatycznymi włosowatemi; zdaje się że L e y d i g pierwszy te ostatnie wykazał.

„Materiał odżywczy (*plazma, limfa*) dochodzi do tkanek przez naczynia włosowate i system rurek plazmatycznych, dostaje się do początków naczyń limfatycznych, z których napowrót dostaje się do krwi. Pewnej liczbie naczyń krwionośnych odpowiada pewna ilość naczyń limfatycznych, tam zaś gdzie istnieje wiele naczyń krwionośnych włosowatych, znajduje się także wiele naczyń limfatycznych włosowatych; te ostatnie znajdują się też w wielkiej liczbie tam gdzie w tkance istnieje wiele gruczołów limfatycznych.

„Widzimy więc na mocy budowy anatomicznej błony śluzowej, że możliwe jest dostawanie się plazmy (limfy) na zewnątrz. Że w stosunkach normalnych niema to miejsca, przyczyna tego leży w tém, że naczynia włosowate tyle tylko płynu dostarczają, ile naczynia przyjąć są zdolne, powtóre zaś w sile wysysającej układu żylnego. Jeżeli okoliczności te się zmieniają a obok tego inne jeszcze momenta wystąpią w grę, to niepodobna zaprzeczyć że wtedy limfa będzie mogła i będzie na zewnątrz się wydostawać. Przy każdym zapaleniu błony śluzowej znajdujemy w miejscu zapaloném pewną ilość limfy (wysięk). Powiększenie ilości limfy zależy też od powiększonego dowozu jej przez naczynia włosowate, oraz od zmniejszonej resorpcyi takowej przez naczynia limfatyczne w skutek ich ucisku. (Poszukiwania L o s o h'a nad zachowaniem się naczyń limfatycznych przy zapaleniu). Jeżeli w tych razach limfa na zewnątrz się nie dostaje, to mamy dowód że samo tylko powiększenie ilości limfy nie wystarcza, lecz że potrzebny jest inny jeszcze moment.

„Już B r e t o n n e a u utrzymywał, że przy krupie płyn krzepliwy wydostaje się a następnie krzepnie. Badacz ten już wtedy przyjął taką możliwość, choć budowa błony śluzowej nie była o tyle znana jak dziś nią jest; my więc tém mniej nie możemy nie przyjąć téj możliwości. W jamie gardzieli znajdujemy dosyć silny aparat mięśniowy przewodniczący jej funkcyom. Błona śluzowa jest w części luźno, w części silniej przytwierdzoną do tego aparatu mięśniowego, musi zatem podawać się przy rozmaitych jego ruchach, przez co mniej lub więcej jest uciskana. Wyobraźmy sobie teraz że w tkance błony śluzowej nagromadzony jest płyn wysiękowy, to na mocy poprzednio opisanéj budowy błony śluzowej oczywistém będzie, że przy jej ucisku, płyn zawarty w głębi tkanki będzie się mógł wydostać na wolną powierzchnię. Warunkiem sprzyjającym temu, byłby skuroz mięśni dostatecznie silny do wywarcia ucisku na błonę śluzową.

„Przypuśćmy że mechanizm ten ma miejsce w istocie, i postarajmy się śledzić za procesem wysiękowym w gardzieli. Z powodu wielkiej ilości organów limfatycznych i naczyń włosowatych w błonie śluzowej jamy gardzieli, musimy przyjąć że przy procesie wysiękowym, limfa wylaną zostaje w wielkiej ilości, tak że jej wycisnienie na zewnątrz będzie ułatwione. Jeżeli mięśnie działają dosyć silnie (przy polykaniu, mówieniu etc), to wysięk wydostanie się na zewnątrz, to jest na powierzchnię, i albo skrzepnie w miejscu wysięknięcia, albo będąc płynnym, spłynie nieco ku dołowi i dopiero skrzepnie. Jeżeli taki skrzepły wysięk oddalimy zaraz po jego skrzepnięciu, to w pierwszym razie błona śluzowa będzie nieco zaczerwienioną w skutku zapalenia w tém miejscu, w drugim zaś razie będzie zupełnie niezmieniona. Jeżeli wysięk skrzepły pozostanie dłużej na miejscu, to i tu błona śluzowa zaczerwieni się w skutek drażnienia skrzepłego wysięku. Zawsze jednak istnieje pewien czas gdzie błona śluzowa pod wysiękiem nie jest wcale zmienioną.

„Doświadczenie uczy nas, że wysięk przy krupie odkłada się w przerwach, mianowicie u dzieci, gdzie najczęściej się zdarza, przez co choroba nader się przewleka. Następny wysięk przy przechodzeniu przez tkankę błony śluzowej na jej wolną powierzchnię, natrafi już na przeszkody; albowiem przez nałożony skrzeplę wysięk zatykają się otwory w błonie śluzowej, z drugiej zaś strony na skutek szerzenia się sprawy zapalnej zmniejsza się stopniowo siła kurczliwości mięśni: płyn więc wysiękły z naczyń pozostanie w głębi tkanki błony śluzowej, i na tém kończy się sprawa wysiękowa. Na mocy więc przytoczonych warunków, zawsze najwpierw będziemy mieli skrzeplę pokład wysięku na wolnej powierzchni błony śluzowej — krup, a w następstwie wysięk w głębi tkanki błony śluzowej — błonicę (*diphtheritis*): czyli że krup zawsze poprzedzać będzie błonicę.

„Ruchy mięśni mogą jednak już w samym początku sprawy wysiękowej być ograniczone lub całkowicie zniesione, jeżeli mianowicie są nader bolesne. Im silniejsze będzie zapalenie, tém boleśnieszce będą ruchy mięśni, tém bardziej ograniczone one będą. W tym wypadku nie powstaje ani krup ani błonica, ale prosta *angina* z utworzeniem ropnia lub bez takowego.

„Okazuje się z tego, że do powstania sprawy krupowej zapalenie nie powinno być silne. Jeżeli zapalenie staje się gwałtowniejsze (przy następnym wysięku), to powstanie błonica. Dalej okazuje się że sprawa błonicowa jest tylko dalszym ciągiem krupowej, a nie oddzielną sprawą chorobową, że w przebiegu krupu błonica nie koniecznie się rozwijać musi, ale krup jako taki może przebiegu dopełnić. Dalej oczywistem jest, że błonica może bardzo szybko powstać z krupu, jeżeli następny wysięk i powiększenie zapalenia bardzo szybko nastąpią po pierwszym wysięku.

„Do powstania sprawy błonicowej, jeżeli niekoniecznym, to przynajmniej pomyślnym będzie inny warunek, mianowicie jak oś tkanki błony śluzowej: im luźniejszą i wiotką ona jest, tém łatwiej nagromadzi się w niej wysięk. Błona śluzowa gardzieli aż do przelyku jest bardzo wiotką, mianowicie w około gruczołów limfatycznych; podobną jest błona migdałków, luków podniebieniowych i podniebienia miękkiego. W krtani takąż budowę błony śluzowej znajdujemy w fałdach nalewko-nagłośniowych i między obiema częstakami nalewkowemi, w tak zwanęj szparze głośniowej tylnej. W tych miejscach możemy spotkać się z błonicą.

„Porównajmyż teraz, o ile powyższe wnioski zgadzają się z postrzeżeniami. Rozbierając wypadki znane w literaturze, znajdziemy w nich wypadki krupu samego przez się, inne krupu i błonicy, inne wreszcie samęj błonicy. Znajdziemy więc błonicę obok krupu, w ten sposób że w pewnych miejscach nałożony był wysięk krupowy, w innych zaś znajdował się wysięk błonicowy. Dalej przekonujemy się że w początkach wysięk dawał się z łatwością oddzielić z powierzchni błony śluzowej, przyczem błona śluzowa była nie tkniętą (krup); później zaś oddalenie stawało się w pewnych miejscach niemożebne, tak, że naruszała się przytém całość błony śluzowej (błonica). Czy jedno czy drugie miało miejsce, zawsze wysięk krupowy poprzedzał, i takowy następnie odłożył się w tkance błony śluzowej, jako t. z. wysięk błonicowy. W wypadkach opisanych jako istotna błonica znajdujemy również te stosunki, mianowicie wysięk skrzeplę na powierzchni (krup), który w dalszym ciągu odkłada się w tkance błony śluzowej (błonica).

„Przekonawszy się dalej z tych postrzeżeń, że w pewnych miejscach gardzieli błona śluzowa okazuje pewną skłonność do infiltrowania się zaraz w początkach sprawy zapalnej; są to miejsca te którym najmniej udziela się ruch mięśni gardzielowych, mianowicie migdałki i górna część gardzieli: w tych miejscach nałożenie wysięku jest nieznaczone, infiltracja zaś bardzo obszerna. Im nałożenie było mniejsze, tém trudniej udawało mi się zwykle oddzielenie go; wysięk gruby na 1 milimetr i więcej, dawał się często bardzo łatwo oddzielić.

„W krtani podobne stosunki zachodzą w dwóch miejscach, gdzie błona śluzowa jest nader luźną, mianowicie w fałdach nalewko-nagłośniowych i w części błony śluzowej mię-

dzy obiema cząstkami nalewkowemi. W tych miejscach wysięk najłatwiej może odkładać się w tkance błony śluzowej, i w samej rzeczy najpierw się tam odkłada. Ponieważ jednak miejsca te wystawione są zarazem najbardziej na wpływ ruchu mięśni, przeto i tu pierwszy wysięk nie pozostanie w głębi tkanki, ale wydostanie się na powierzchnię, a dopiero następny odłoży się w głębi tkanki; i tu więc krup poprzedzać będzie błonicę.

„Przez cieką i mocną tkankę błony śluzowej wysiękającej krtani, płynny wysięk z łatwością przenika; możnaby powiedzieć, że w tym miejscu zamala jest miejsca w tkance błony śluzowej, aby pierwszy zaraz wysięk w niej się mógł nagromadzić. Jeżeli wysięk skrzepł na wolnej powierzchni, to stanowi on przeszkodę, tak że następny wysięk pozostanie w głębi tkanki błony śluzowej.

„Postrzeżenia dają nam takiż rezultat. Jama krtani rzadko w równej mierze pokryta jest wysiękiem; zwykle sprawa najpierw i najmocniej się rozwija począwszy od góry aż do strun głosowych ku dołowi. Błonica i krup często obok siebie występują, mianowicie błonica w jamie ustnej i krup w krtani, dalej błonica gardzieli i nagłośni, oraz krup w krtani, a także błonica aż do prawdziwych strun głosowych, odtąd zaś krup; w ostatnim wypadku krup zawsze przedstawia znaczny wysięk. Zdarza się też krup i błonica w ten sposób, że wysięk krupowy daje się zeszkrobać, a pod nim błona śluzowa jest przejęta wysiękiem błonicowym.

„Wysięk krupowy badany za pomocą mikroskopu nie okazuje śladów budowy; jest to bezkształtna masa z nielicznymi ciałkami krwi, ciałkami ropnymi i tworami komórkowemi. Jeżeli masy wysiękowe pochodzą z jamy ustnej, to zawsze w nich znajdują się grzybki; w wysięku z krtani nie znalazłem nigdy grzybków, gdy badanie dokonywałem wkrótce po śmierci; badając jednak później, znajdowałem tu i owdzie grzybki.

„Jeżeli nałożony wysięk oddzielimy ostrożnie z powierzchni błony śluzowej, przekonamy się że takowy przytwierdzony jest do niej za pomocą cienkich niteczek. Niteczki te są nieco elastyczne, rozciągają się i kurczą natychmiast po przerwaniu się. Pincetami oddzielone, okazały się one przed mikroskopem złożone ze skrzepłego włókniaka, na którym tu i owdzie przyczepione były twory komórkowe a także wykształcone ciałka ropne. Te twory komórkowe znajdowały się zwykle głównie na końcu niteczek połączonym z błoną śluzową. Niteczki te stanowią połączenie między nałożonym na powierzchni skrzepłym włókniakiem a źródłem wysięku. Często także udało mi się wykazać drobne otworki w błonie śluzowej, w których tkwiły te niteczki.

„O ile mi się zdaje, przy powstawaniu krupowych pokładów nie można zaprzeczyć wpływu mechanizmu uciskowego w warunkach powyższych przytoczonych, przynajmniej dla błon śluzowych z obfitą i luźną tkanką podśluzową. Główną przyczyną zawsze będzie obfite nagromadzenie płynnego wysięku i ucisk ze strony naczyń włosowatych przy utrudnionym odpływie limfy przez ucisknięte naczynia limfatyczne. W błonach bardzo cienkich gdzie naczynia włosowate są liczne, sam ucisk tych ostatnich wystarcza do wyciśnięcia wysięku na wolną powierzchnię, co widzimy np. przy krupie kanalików nerkowych, bez względu na nieprawidłowy skład krwi w krupowym zapaleniu nerek przy szkarlatynie; dla luźnej tkanki błony śluzowej sam ten ucisk nie byłby wystarczającym.

„Chodziłoby też o rozstrzygnięcie pytania, czy wysięk krzepnie w głębi tkanki błony śluzowej, czy też nie? Badając nasięklą błonę śluzową, znajdziemy w samej rzeczy między jej włóknami wysięk skrzepły. Nie dowodzi to jednak weale, że wysięk krzepnie za życia. Nie sądzę by wysięk krzepł za życia aż do źródła powstawania, ale zdaje mi się że krzepnienie to ma miejsce na pewnej przestrzeni od powierzchni w głąb tkanki. Według V i r c h o w'a, limfa nie krzepnie jeżeli będzie jedynie tylko po za obrębem krążenia, ale konieczne do tego jest zetknięcie z powietrzem zewnętrznym i zmiana jej chemicznego składu. Taka zmiana byłaby możebną pod wpływem sprawy zapalnej, wszakże, nie wierzę w zupełne krzepnienie za życia. Badając bowiem bardzo cienkie skrawki nasięklej błony śluzowej, przekonamy się w miarę zbliżania się do źródła wysięku, że skrzepły

wysięk zmniejsza się, a przeciwnie powiększa się ilość tworów komórkowych i ciałek ropnych. Ponieważ ostatnie nie mogą się rozwijać ze skrzepłego włóknika, przeto musiały się wprzód rozwinąć zanim włóknik skrzepł, to jest rozwinąć się one musiały z płynnej limfy — albo też powstały z innego źródła; to naprowadza nas na kwestyę powstawania ropy.

„Kwestya p o w s t a w a n i a r o p y dotychczas nie jest rozstrzygniętą. W obec panującego zdania o powstawaniu komórek ropnych z komórek tkanki łącznej, nie uważając tych ostatnich za komórki w właściwym tego słowa znaczeniu, ale za komórkowe przestwory to jest próżnie, wątpiłem czy komórki tkanki łącznej biorą udział przy wytwarzaniu ropy, podobnie jak w ogóle nie uważałem włonnego powstawania komórek zupełnie za doowiedzione. Powszechnie przyjęto że komórki ropne i ciałka białe krwi są identyczne, muszą więc mieć wspólne źródło — a tém źródłem jest limfa i chylus.—Pogląd ten znajduje poparcie w doświadczeniach E r b a, według którego ciałka czerwone powstają z białych we krwi.

„K o l l i k e r uważał za prawdopodobne powstawanie ciałek czerwonych z bezbarwnych elementów limfy i chylusu, nie wyrzekł jednak tego z pewnością, gdyż nie zdarzyło mu się widzieć form przejściowych. Otóż te formy przejściowe miał E r b znaleźć. Limfa więc dostarcza ciałek białych, które we krwi zamieniają się na czerwone. Bodzico powodujący tę przemianę nie jest znany, ważne jednak jest to, że ona ma miejsce we krwi.

„Powstawanie ciałek białych w limfie i chylusie odbywa się już w drodze limfatycznej, nie zaś dopiero we krwi; przez to jednak nie jest wyłączona możebność powstawania ich i we krwi także. W limfie i chylusie, obok ciałek limfatycznych (małych, nieziarnistych i z mało wyraźnym jądrem, lub dużych ziarnistych z jądrem wykształconem) które uznane są za identyczne z ciałkami białymi krwi, znajdujemy jeszcze pierwotne ziareneczka i twory komórkowe nazwane jądrami. Nasuwa się więc domysł że pierwiastki te są tylko formami przejściowymi, że więc ciałka limfatyczne powstają z pierwotnych ziarenek.

„Poprzednio już V o g e l wypowiedział takie zdanie; opisując w r. 1845 tworzenie się ciałek ropnych z płynnej wydzieliny ran (limfy), ale zdanie to upadło w obec wszechwładnego panowania komórek tkanki łącznej. Co do powstawania ciałek limfatycznych w gruczołach limfatycznych, wiemy tyle że nie tylko one są miejscem ich wytwarzania. Pozostajemy więc na tém stanowisku, że ciałka limfatyczne powstają w drogach limfatycznych. Dodawszy do tego obserwacye E r b'a że ciałka czerwone powstają z ciałek białych lub limfatycznych — przypuściwszy ich identyczność — pojmiemy, że nagromadzenie ciałek białych będzie miało miejsce wtedy, gdy takowe nie będą się mogły zamienić na czerwone. Ponieważ zamiana ta odbywa się tylko we krwi, przeto wszędzie indziej po za obrębem dróg krążenia krwi, ciałka limfatyczne, *resp.* ciałka białe pozostaną jako takie.

„Na mocy tożsamości własności ciałek białych i ciałek ropnych, powstało zdanie że ostatnie powstają z pierwszych. Zdanie to miało znaleźć poparcie w doświadczeniach C o h n h e i m'a, gdzie ciałka białe wypełnione ziarnkami barwnika w strumieniu krwi, dostawały się do ognisk ropnych. Mojem zdaniem, doświadczenia te nie dowodzą wcale powstawania ciałek ropnych, a dowodzą tylko że ciałka białe mogą dostawać się do ognisk ropy. Dostawanie się to ciałek białych jest oczywiście, skoro i ciałka czerwone mogą się tam dostawać przy naruszeniu całości naczyń.

„Sądzę że ciałka ropne są tylko ciałkami białymi albo limfatycznymi, wszakże nie pochodzą one ze krwi, ale powstają tam gdzie je znajdujemy, czyli w ogniskach zapalnych, przyczem nie wyłączamy aby ciałka białe nie mogły się dołączać z odleglejszych okolic.

„Powieśmy tu jeszcze słów kilka o n a c z y n i a c h s u r o w i c z y c h i ich połączeniu z ciałkami tkanki łącznej. Przy zapaleniu powstaje zastój w początkach ka-

pillarów limfatycznych, zastój ten limfy idzie w tył aż do kapillarów krwionośnych, dosięga więc naczyń surowicznych i ciałek tkanki łącznej. Te ostatnie zostają przez to rozszerzone, co możnaby nazwać zapalnym obrzmieniem. Jeżeli tedy nastąpi rozwój ciałek limfatycznych (ropnych) w stagnującej limfie, to takowe będą mogły się też rozwijać w komórkach tkanki łącznej; w końcu te ostatnie pękają, przyczem uwalniają rozwijające się lub rozwinięte zupełnie ciała limfatyczne. Taki jest sposób powstawania ropy, jaką wyprowadzano z komórek tkanki łącznej.

Autor utrzymuje że nie należy oddzielać krupu od błonicy, ale uważać oba te stany za rozmaite stopnie jednego i tegoż samego procesu. „Anatomicznie niemożna wykazać różnicy, zawsze wysięk swobodny poprzedza infiltrację tkanki. Jeżeli występują różnice w klinicznym przebiegu, to takowe zależą od wysięku i jego przemian resp. od jego wpływu na tkanki. Wysięk rozkłada się, zmusza uciśnięte pierwiastki tkankowe do zgorzelinowego rozpadu, i prowadzi do posokowatych owrzodzeń. To obumieranie pierwiastków tkankowych może występować bardzo wczesnie, gdy wysięk na powierzchni błony śluzowej nie uległ jeszcze zmianie; wtedy mamy obraz zwyczajnego krupu. Różnice zachodzące w klinicznym przebiegu krupu i błonicy, zależą od procesów posokowatych. Wiadomo z jaką łatwością z małych ognisk posokowatych może wyjść zakażenie ogólne krwi. Żaden z tych dwóch procesów niema dla siebie nic charakterystycznego. Oznaczono błonicę jako chorobę zaraźliwą zakaźną, która występuje epidemicznie, na czem głównie się opierano. Bartels jednak wykazał że krup epidemiczny nie różni się wcale anatomicznie od sporadycznego. Uważano nabrzmienie gruczołów szyjnych za właściwe błonicy. Wszakże nabrzmienia te gruczołów występują zawsze tam gdzie powstają wrzody w gardzieli lub na migdałkach, mogą więc zdarzać się zarówno przy krupie jak i przy błonicy. Nabrzmienia gruczołów szyjnych są dla tego stale przy błonicy, że przy niej stale także powstają owrzodzenia. Również objawy porażenia po błonicy nie stanowią jej właściwego charakteru. Są one następstwem odżywczych zaburzeń w zakończeniach nerwowych, w skutku ucisku przez skrzeplę wysięk. Zmiany w śledzionie (obrzemie, podbiegnięcia krwawe), obrzmienie gruczołów kiszkiowych, zależą na wtórnym zakażeniu krwi, i zdarzyć się mogą wszędzie i zawsze, gdzie nastąpiło zakażenie krwi od posokowatego owrzodzenia. Dopiero po nastąpieniu zakażenia krwi, zmienia się obraz kliniczny choroby. Oczywiście jest rzeczą, że zakażenie to musi mieć wpływ na przebieg choroby.

„W ostatnich czasach wyprowadzono błonicę od wpływu grzybków, i sądzono że ją dla tego należy uważać za specyficzną chorobę. Sama obecność grzybków w wysięku nie upoważnia do tego przyjęcia. Gdzie teraz nie znaleziono grzybków? Dla wielu chorób znaleziono nawet właściwe. Gdyby zresztą grzybki były przyczyną krupowo-blonicowego procesu, byłoby to obojętne dla anatomicznej sprawy”.

— **Zjazd naturalistów w Kijowie.** W początkach sierpnia r. b. ma się w m. Kijowie odbyć zjazd naturalistów. Każdy zajmujący się umiejętnością nauk przyrodzonych może być członkiem zjazdu, ale prawo do głosu mają tylko członkowie uczeni, którzy byli autorami oryginalnych dzieł w przedmiotach nauk przyrodzonych lub innych programatem zjazdu objętych. Wydziały zjazdu, w których mają być rozbiegane różne kwestye, obejmują następujące przedmioty: a) anatomie i fizyologię; b) zoologię i anatomie porównawczą; c) botanikę, anatomie i fizyologię roślin; d) mineralogię, geologię i paleontologię; e) chemię; f) fizykę i jeografię fizyczną; g) matematykę, mechanikę i astronomię; i) technologię i praktyczną mechanikę; k) medycynę popularną. (B. W.).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Józefa Bergera przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.