

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. - Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Ciekawy wypadek raka nabłonkowego. Podał D-r St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1872. Napisał D-r Med. A. Rothe, lekarz tychże szpitali. Kronika zagraniczna. O objawie oddechowym de Cheyne-Stokes'a. Przez H. Bernheim prof. w Nancy. Podał D-r L. Pogorzelski, lek. ord. w szpit. Dziec. Jezus (Dokończenie.) Wiadomości bieżące. Leczenie ukąszeń węzowych za pomocą podskórnych wstrzykiwań liquor. ammon. caust. Cholera w Warszawie. Akt uroczysty Ces. Warsz. Uniwersytetu. Dodatek. Patologii i ter. szczeg. Choroby nerek ark. 2.

## Ciekawy wypadek raka nabłonkowego.

Podał D-r St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

(Dokończenie \*)

Jak już w protokóle sekcyjnym było nadmienione, zawiera środek nowotworu smrodliwą masę, która się składa z rozwalin komórkowatych najrozmaitszego rodzaju. Także pod mikroskopem znajdujemy w masie téj głównie komórki stłuszczone i ziarnisto-rozpadłe, a tu i owdzie tylko widzieć kryształy tłuszczowe.

W końcu należy jeszcze wspomnieć, że cała masa nowotworowa posiada w wielu miejscach wybroczenia krwi, które już przy zwyczajnych oględzinach są bardzo wyraźne, przedstawiając się jako ciemne ogniska barwy czekoladowej.

Lewa nerka wskazuje znamiona przewlekłego rozlanego zapalenia w połączeniu ze skrobiowem zwyrodnieniem (*deg. amyloidea*), o czem już wyżej nadmieni-

\*) Patrz: Nr. 10. Gaz. Lek.



lem, a co potwierdza także badanie mikroskopiczne. Te same przemiany natrafiamy także w reszcie prawej nerki. Skrobiowica objawia się przeważnie w kłębkach nerkowych (*glomeruli*), pod mikroskopem okazują się takowe jako jaśniejące i napełnione małemi, nieco kończastemi jądrami, które spoczywają w massie drobno-ziarnistój. Naczyń w kłębkach nerkowych nie widać wcale, ponieważ są prawie zupełnie zakryte wspomnianą massą ziarnistą.

Oprócz tych spostrzeżeń mikroskopicznych należy tutaj zastanowić się także nad pewnemi nadzwyczajnemi i nader rzadkiemi właściwościami opisanego nowotworu.

Najpierw wypada zwrócić uwagę na owo rozmięczenie pęcherzowe, znalezione we wnętrzu nowotworu. Jest to zjawisko bardzo ważne dla różnicowego rozpoznania nowotworów jajnikowych i nerkowych zwłaszcza że operacye torbieli w jajnikach z dniem każdym coraz częściej są praktykowane; chębotanie bowiem dostrzeżone w raku, a wywołane nadmienionem rozmięczeniem mogło łatwo spowodować do przyjęcia torbieli, mianowicie gdyby to mniemanie poparły nadto inne jakie możliwe okoliczności. Że obawa ta nie jest nieuzasadnioną widać ztąd, że i w tym wypadku stawilo kilka osób rozpoznanie na torbiel w jajniku, że i tutaj chciano zrobić wycięcie jajnika. Nie zapuszczając się by najmniej w różnicowe objawy, uważam jednakże za konieczne zwrócić tutaj szczególną uwagę na to, że jedną z najważniejszych przypadłości przy rakach nerkowych jest moczenie krwią. Rozpoznanie więc na nowotwór nerkowy nie należy (naturalnie nie rachując w to innych ważnych objawów) w pierw stawić stanowczo dopóki nie jest pewnem, że w przebiegu choroby pojawiło się takowe moczenie krwią. Odwrotnie obecność krwawego moczenia tem prawdopodobniejszem czyni rozpoznanie na raka nabłonkowego. Dla tego też w wypadku który tu opisuję oprócz innych ważnych przypadłości moczenie krwią przyczyniło się nie mało do odstąpienia od rozpoznania na nowotwór w jajniku a do przyjęcia takowego w nerce.

Daléj jest bardzo zajmującą etiologia tego nowotworu. Opisując przebieg choroby wspomniałem, że chora spadła przed 17 laty z dość wysokich schodów, i że później doznawała przez długi czas bólu w prawej okolicy lędźwiowej i brzuchowej. Dla zewnętrznych organów jest już dostatecznie dowiedzione, że skutkiem urazu (*trauma*) rozwija się rak lub mięsak (*sarcoma*). Opisany wypadek raka nerkowego czyni rzecz tę w wysokim stopniu prawdopodobną także dla organów wewnętrznych. W tym względzie zajmującym jest wypadek Chomel'a (*Journal de méd. chirurg. et de pharm. 1829, t. XVII. pag. 133*) ponieważ rozwinął się także skutkiem uderzenia w okolicę nerek oraz brzucha i doszedł do tak kolosalnej wielkości że nawet zniszczył część przedniej ściany brzusznej. Czy odnosząca się tu literatura może oprócz tych wypadków wskazać jeszcze inne, nie jest mi wiadomem.

Co się tyczy trwanie rozwoju tego nowotworu, tu należy takowe nazwać szczególnie długiem. W największej części wypadków raków nerkowych czas rozwijania się tego rodzaju guzów przechodzi zaledwie dwa lata. Tak sądzi np. Rosenstein (*Pathologie u. Therapie der Nierenkrankheiten Berlin, 1870 s. 492*), „trwanie rozwoju raka w nerkach nie można oznaczyć



z pewnością; w ogóle jest ono krótkie, lecz podane przez Walshęgo trwanie przecięciowe na ośm miesięcy jest podług moich doświadczeń wiele za krótkie. Nieraz przeciąga się takowe na dwa lata, a nawet i dłużej.“ W wypadku jednakże, który tutaj opisuję rozwój tego złośliwego nowotworu był o wiele dłuższy, bo przetrwał aż lat 17, co jest zupełnie przeciwnem zwyczajnemu charakterowi nowotworów złośliwych.

Nadto zadziwia w wypadku tym ów długi rozwój bez wszelkich przerzutów. Rosenstein (p. 408) wspomina wprawdzie o przerzutach: „oprócz błony śluzowej miednicy nerkowej, moczotok i żyła biorą udział w zwyrodnieniu naczyń chłonniczych i gruczoły, mianowicie gruczoły leżące we wnętrzu (*hilus*) nerek; takowe przedstawiają nieraz wielkie zrakowaciełe grupy, które już przez sam ucisk na żyły i moczotok wywołują nierzadkie połączenie puchliny nerkowej z rakiem nerkowym. Raki następcze wychodzące z nerki jako pierwotnego siedliska powstają najpierw w najbliższym jej sąsiedztwie; dla tego też pokazują się guzy rakowe najpierw na otrzewnej stronie odpowiedniej, później podlega temu cierpieniu także wątroba, rzadziej zaś przyległe jelita jak dwunastnica i okrężnica, z którymi najczęściej napotykamy zrośnięcia.“

Również wspomina Rokitański (*Lehrbuch der pathol. Anatomie. Wien 1861 p. 341*) przy pierwotnym raku nerkowym przechodzenia tegoż na nadnercza, gruczoły chłonnicze splotu lędźwiowego, wątrobę i przyrząd więzowy kręgów brzusznych.

Tak samo mówi Roger (*Traité des maladies des reins, Paris 1841 p. 705*) o przerzutach w dwunastnicy, Abele (*Schmidts Jahrb. V. p. 370*) o przerzutach w ścianie brzusznej i przedziurawieniu takowej. Jednakże we wszystkich pięciu wypadkach pierwotnych raków nerkowych, które miałem sposobność widzieć w patol. anat. zakładzie Wrocławskim, nie znaleziono nigdy żadnych przerzutów. Nie więc dziwnego, że mimo twierdzenia tak znakomitych powag jak wyżej przytoczone, skłaniam się do przyjęcia za szczególną właściwość pierwotnych raków nerkowych, że wywołują nadzwyczaj rzadko przerzuty; pięć bowiem wypadków spostrzeganych w krótkim czasie bez wszelkich przerzutów niepodobniestwem jest uważać za jakiś przypadek losu.

Daliej należy zwrócić uwagę na owo bardzo rzadkie połączenie raka nerkowego z przewlekłym rozlanym zapaleniem nerek i ze skrobiowem zwyrodnieniem tychże. Rosenstein nadmienia w dziele wyżej przytoczonym p. 409 „że gdzie rak pokazuje się w kształcie pojedynczych sęków, łączy się zarazem z najrozmaitszemi formami przewlekłego zapalenia nerek.“ W opisanym wypadku nie było jednakże żadnych pojedynczych sęków, a mimo to znajdujemy tak w pozostałej reszcie prawej nerki jako też w całej lewej nerce przewlekłe rozlane zapalenie wespół ze skrobiowem zwyrodnieniem. To właśnie powoduje osobliwość powyższego wypadku tem bardziej, że o ile mi wiadomo, nikt dotąd nie przytoczył jeszcze. Być może, że przewlekłe rozlane zapalenie i zwyrodnienie skrobiowe istniały już dawniej i przyczyniły się nie mało do tak ogromnego rozwinięcia się nowotworu.



W końcu wypada jeszcze wspomnieć o owem, już wyżej przytoczonym, szczególnem rozszerzeniu miednicy nerkowej, wraz z owemi rozdętymi na 10—20 ctm. przedłużonemi kielichami nerkowemi. Tego rodzaju spostrzeżenia nie zdarzyło mi się także jeszcze nigdzie wyczytać.

## SPRAWOZDANIE VI.

z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1872.

Napisał D-r Med. A. Rothe, Naczelný lekarz tychże szpitali, Członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów.

Zjawiska i spostrzeżenia w dziedzinie przyrody nie bywają przypadkowe, lecz są niezbędnym wynikiem pewnych już to dokładnie znanych, już też niewiadomych przyczyn. Z dalszym i coraz większym rozwojem i opracowaniem nauk przyrodzonych do których pośrednio i nasza medycyna należy, przypuszczenie powyższe stało się coraz pewniejszym i na każdym kroku się stwierdza.

Należy tu jednak mieć na względzie, że wszystkie tak zwane empiryczne pewniki przyrody, odkryte drogą obserwacyi i indukcyi, jakkolwiek stanowią ogólne i bezwyjątkowe prawo, dowodzące, że zjawiska częstokroć różnorodne i zmienne łączą się ze sobą więzami stałego zespolenia, to jednakowoż zespolenie to jest tylko faktyczne ale nie konieczne. Koniecznością zaś staje się dopiero wtenczas, gdy się nam uda dowieść, że wykazane zespolenie zjawisk, jest niezbędnym skutkiem czyli wynikiem kombinacyi, wiadomych i wspólnie działających przyczyn.

Im doświadczenia nasze będą silniejsze, i szereg obserwacyj większy, z tem większem prawdopodobieństwem możemy wnioskować, że dana przyczyna, koniecznie taki a nie inny skutek za sobą pociągnąć musi.

Dla osiągnięcia więc tego niezbędne są cyfry, stanowiące statystykę lekarską.

Nauka czyli metoda ta w ostatnim czasie powszechnie zyskała uznanie, mianowicie w kwestyach o przyczynach wywołujących choroby i śmierć jak również i o środkach zapobiegających rozwojowi pewnych chorób.

Tak ważne powody, zdaje się, że ostatecznie mnie usprawiepliwia, jeżeli znowu staję przed czytelnikami ze statystyką o czynności w Warszawskich zakładach dla obłąkanych i to w takiej samej formie jak to w poprzednich już czytiłem latach. Lecz tożsamość formy, dla tego już musiała być zachowaną aby ułatwić czytelnikowi porównywanie z poprzedzającemi latami, i takim sposobem utworzyć jedną całość, jak również i dla uniknięcia takich powtórzeń, lub objaśnień które laskawy czytelnik w dawniejszych moich znajdzie pracach.

W szpitalu Ś-go Jana Bożego jak również i w oddziale obłąkananych i epileptycznych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus w roku ubiegłym pod względem lekarskim i administracyjnym żadne nie zaszły zmiany; przyjmowanie i wypisywanie chorych na tych samych co i w poprzednich latach odbywało się zasadach.



Jaki zaś ruch miał miejsce pokażą następujące tablice jak również i wywo-  
dy, jakie się z nich dają wyprowadzić.

TABLICA I.

Z przeszłego to jest 1871 roku, pozostało w Warszawskich zakładach.

	Oblakanych	Epileptyków	Pokaszanych	Razem
Mężczyzn	164	26	—	190
Kobiet	162	42	—	204
Razem	326	68	—	394

TABLICA II.

Do zakładów naszych Warszawskich przybyło w roku 1872.

	Oblakanych	Epileptyków	Pokaszanych	Razem
Mężczyzn	174	25	2	201
Kobiet	134	56	—	190
Razem	308	81	2	391

TABLICA III.

W ciągu roku od 1 Grudnia 1871, do 1 Grudnia 1872 roku leczono zatem ogółem.

	Oblakanych	Epileptyków	Pokaszanych	Razem
Mężczyzn	338	51	2	391
Kobiet	296	98	—	394
Razem	634	149	2	735



Trzy te pierwsze tablice pokazują jeżeli je porównamy z tablicami lat poprzednich, że nie tylko rok rocznie pozostała liczba chorych w zakładach, ale tak samo i liczba przybyłych statecznie rośnie w pewnym stosunku. I tak gdy na rok 1868 pozostawało w zakładach tylko 313 dawnych, to na rok 1873 a zatem w ciągu 5-ciu lat już pozostawało 394, czyli średnio licząc na każdy rok przybyło nam chorych 16,2. Taki sam prawie wzrost daje się spostrzegać co do liczby nowo przybyłych a zatem i leczonych w ogóle; tak gdy w roku 1868 a zatem przed dziesięciu laty leczono w ciągu całego roku 748 chorych, cyfra ta w roku ubiegłym już doszła do 785. Różnica ta na pozór nie jest tak rażąca, lecz jeżeli sięgamy jeszcze dalej a mianowicie do roku 1848 w którymto roku jak to księgi szpitalne dowodzą leczono tylko 188 mężczyzn i 142 kobiet, czyli 330 osób, to wyraźnie widzimy, iż liczba chorych w zakładach więcej niż podwojoną została. Cyfry te dowodnie przemawiają, że i my niczem się nie różnimy od innych państw zagranicznych jak o tem już w przeszłorocznem sprawozdaniu mówiłem, gdzie taki sam wykazałem rezultat w zakładach: francuzkich, belgijskich, angielskich i niemieckich.

U nas zatem licząc 500 miejsc na wszystkie zakłady przyjmujące u siebie obłąkanych, wypadnie, że na 12,500 mieszkańców mamy 1 miejsce w zakładach.

Że taki stosunek nie może odpowiadać potrzebom krajowym, to każdy łatwo zrozumie, jeżeli zechce porównywać stosunki podane o zakładach zagranicznych w przeszłoroczném sprawozdaniu.

Statystyka nasza dotychczas tylko wykazała ilość chorych pomieszczonych w zakładach, i że liczba wzrastając w zakładach jak najzupełniej odpowiada i zgadza się co do stosunków z temi samemi zjawiskami w zakładach zagranicznych. Jeżeli tu te same warunki, czy nie wolnoż nam wnioskować, że w przybliżeniu takie same warunki istnieją i za obrębem zakładowym? Czyli nie mając dokładniejszej statystyki nie wolnoż nam przypuszczać, że stosunek obłąkanych do ogólnej liczby mieszkańców u nas jest prawie taki sam jak i zagranicą, gdzie na 500 mieszkańców przypada 1 chory?

Prócz zatem danych na które już dawniej ukazałem w tych przypuszczeniach opartych na porównaniu i prawdopodobieństwie, mamy nowy dowód, że zakłady nasze muszą być przepelnionemi, i że stosunek miejsc w zakładach do ogólnej liczby mieszkańców jest w stosunku zupełnie odwrotnym, a zatem i nie odpowiednim do ogólnych potrzeb, tém więcej, że zakłady nasze w ciągu ostatnich 25-ciu lat o których tu mowa, nie zostały rozszerzone stosownie do stałego wzrostu liczby chorych szukających tu leczenia i pielęgnowania.



TABLICA IV.

Z ogólnej liczby chorych ubyło w r. 1872.

	Oblakanych		Epileptyków		Pokasanych		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Zdrowych	44	44	2	5	—	—	95
z polepszeniem	56	29	8	30	—	—	123
bez polepszenia	7	28	1	22	—	—	58
Umarło	38	37	7	8	2	—	92
Razem	145	138	18	65	2	—	368

TABLICA V.

Pozostaje więc na 1 Grudnia 1872 roku.

	Oblakanych	Epileptyków	Pokasanych	Razem
Mężczyzn	193	33	—	226
Kobiet	159	32	—	191
Razem	352	65	—	417

Tablica IV wykazująca ogólną cyfrę wyzdrowiałych, wyszłych, z zakładu z polepszeniem lub bez polepszenia i umarłych pokazuje nam te same rezultaty co i w latach poprzednich; tak samo i Tablica V wykazująca ogólną liczbę pozostałych na rok 1873.

Gdy jednak rzeczywisty rezultat osiągnięty wykazany być może li tylko przy pojedynczych formach oblakania, to z wywodami wstrzymać się musimy do następujących tablic, przedstawiających nam właśnie pojedyncze formy chorobne.

(Dalszy ciąg nastąpi).



## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### O objawie oddechowym de Cheyne-Stokes'a.

Przez H. Bernheim professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Podał Dr. L. Pogorzelski, Lekarz ordynujący w Szpitalu Dziec. Jezus.

(Dokończenie \*).

Przechodzę teraz do własnych moich spostrzeżeń.

Spostrzeż. VIII. Rozedma płucna. Dawne zwężenie otworu żylnego lewego. Objawy bezkrwistości (*anaemia*) mózgowej, wstrzyknięcie podskórne 1,6 Ctgrmm. chlorku morfiny. Śpiączka, stan omdlenia (*syncope*), grożące zaduszenie (*asphyxia*). Oddech de Cheyne-Stokes'a. Brak pauzy w oddechaniu przy faradyzacji skórnej i powrót władz umysłowych. Zgon raptowny.

Małgorzata Berthelot, szwaczka, lat 52, przybyła do szpitala Śgo. Karola 24 grudnia 1872 r. Dobrze zbudowana, ciężkich chorób jakoteż reumatyzmu nie przechodziła nigdy. Od 5 lat cierpi bicie serca i uczucie jakby ciężaru tłoczącego w tém miejscu, kaszle z odpluwaniem, ale krwiopłucia nie było, od dwóch lat przychodzi niekiedy obrzmienie kończyn dolnych. Przy wejściu do szpitala przedstawiała: twarz bladą i nieco zaśnioną, obrzmienie kończyn dolnych, niewielką ilość płynu w jamie brzusznej. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, przy opukiwaniu ton jasny pod obojczykami, z tyłu normalny; oddech pęcherzykowy zaostrozony pod obojczykami, wydechanie przedłużone, świszczące z rżeniami, z tyłu klatki piersiowej oddech świszczący i rżenia wilgotne rozrzucone. Uderzenia serca dość mocne na 6tém. żebrze w linii sutkowej, nieregularne i nierówne, zdwojenie 2go tonu, puls mały, nierówny, dający się łatwo ucisnąć. Wątroba niepowiększona, moc bez białka. (*Vin. squillae*. Ziółka z dodatkiem potażu 4 gramm. *Kermes* 0,20 gr).

W czasie pobytu w szpitalu stan jej widocznie się polepszył, obrzmienie zeszło, duszność się zmniejszyła, moc oddawała należycie. Objawy fizyczne pozostały prawie też same, zdwojenie drugiego tonu serca utrzymywało się ciągle, ze względu tego objawu i nierówności pulsu rozpoznałem—zwężenie żylnego otworu lewego.

Odwiedzając chorą z rana d. 20 Stycznia, znalazłem ją siedzącą w łóżku i wdechającą, prócz tego skarżyła się na nieznośny ból głowy z nudnościami i womitami; twarz blada zimnym potem okryta, puls mały, nierówny. O godzinie 10ej zastrzyknięto 1,6 grmm. chlorku morfiny. O kwadrans na 11ą zawrót i odurzenie wskazujące działanie morfiny. O godzinie 10<sup>1/2</sup> chora mocno zaśnęła. O godzinie 1ej spostrzeżono duszenie się; okryto ją ciepło i podano kawę. O godzinie 1<sup>1/2</sup> zostałem wezwany—sądzono że nastąpiło otrucie. Znalazłem twarz siną, oddechanie powierzchowne i powolne, puls prawie nie dający się wyczuć, uderzenia serca bardzo słabe, kończyny zimne chora nieprzytomna przedstawiała stan jakoby powrotu z omdlenia. Zastosowano natychmiast synopizma, zastrzyknięcie 1 centigr. atropiny skrapianie zimną wodą, oraz elektryzacją przyrządmi indukcyjnym *Gaffea* na przebiegu nerwów błędnych i przeponowych. Oddech był powierzchowny lecz stał się wyraźniejszym, puls więcej wyczuwalny i wszystko zdawało się polepszać, gdy nagle o godzinie 2ej raptowne osłabienie, twarz robi się więcej siną, pulsu wyczuć nie można, oddech ustaje, ogólny upadek sił i zgon pozorny.

Przy rozcieraniu ciała, zastosowaniu elektryczności i sztucznego oddechania—oddech powrócił, z pewnemi jednak przerwami. Z początku sądziłem że elektryczność była przyczyną powrotu oddechów, lecz widząc że przerwy w oddechaniu następowały po sobie w pewnym porządku, rozpoznałem typ oddechania *Cheyne-Stokes'a*—zawiesiłem oddechanie a typ wcale się nie zmienił. Chora robiła 8—12 oddechów regularnych, dość głębokich; od 8go oddechu począwszy, oddechanie stawało się powierzchownem, potem oddech zupełnie ustawał na 25—30 sekund. Trwanie pauzy było prawie równe seryi

\*) Patrz: Nr. 8, Gaz. Lek.



oddechania; potem znów tożsamo się rozpoczynało. Żrenice były zwężone i nie oddziaływały na światło.

Gdy oddech nie zmienił typu przez czas 10ciu minut, ani też po użyciu elektryzacji, wtedy zastosowałem faradyzacją pędzelkiem elektrycznym na nerwy czuciowe skóry i błon śluzowych. Wkrótce pauzy uległy skróceniu, nie trwały dłużej jak 20 sekund, potem tylko 15; w takimże samym czasie było około 6ciu oddechów. Po 20 minutach ciągłej faradyzacji oddechanie odbywało się bez przerwy, lecz jak tylko wstrzymano elektryczność, natychmiast wracały pauzy, puls był łatwym do zliczenia, uderzenia serca wyraźne na zewnątrz. Około godziny 3ej twarz z wolna zaczęła tracić sinawe zabarwienie, chora wracała do prz. tomności, zaczęła objawiać czułość przez poruszenia zwrotne twarzy i kończyn górnych, a potem głośniejszymi krzykami, które się rozlegały po całej sali. Przytomność wróciła, chora mogła wymawiać niektóre wyrazy, wypita filiżankę kawy i otworzyła oczy, gdym jej to zalecił; żrenice ciągle były zwężone. To trwało około kwadransa z wielkiem zdziwieniem osób otaczających; mogliśmy uważać naszą chorą jakby wskrzeszoną do życia, gdy nagle pomimo ciągłej elektryzacji oddech się zatrzymał, twarz zsiniała, serce za ledwie słabo uderzało, puls był wcale niewyczuwalny; przez kwadrans wszelkie usiłowania (elektryzacja, drażnienie twarzy) zdawały się być bezskuteczne; było za ledwie tylko słabe oddechanie tchawicze. Potem oddechy oddzielone były pauzami 30 sekund, później przy ciągłej elektryzacji pauzy się zmniejszały, oddechanie było ciągle i o godzinie 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> chora zaczęła wydawać krzyki. O godzinie 4ej minut 10, dalej toż samo oddechanie, krzyki bardziej nateżone, lecz nie można było słyszeć wyraźnie pojedynczych wyrazów, nie było ruchów dowolnych, chora nie mogła pić i ust otwierać na żądanie. O g. 4ej. minut 12 wszelkie oddziaływanie nagle nikło, brak pulsu, rzęzenia tchawicze, oddechanie kurezowe coraz powolniejsze. O godz. 4ej. minut 35 śmierć.

Sekcja. Czaszka. Krew czarna, płynna, dość obfita w zatokach i żyłach błony twardej. Znaczna ilość płynu surowiczego w odstępach podpajęcznych i między zawojami. Powierzchnia mózgu blada, tętnice oponowe i podstawy mózgu nieco nastrzyknięte, substancja mózgu blada, w komórkach bocznych znaczna ilość płynu surowiczego. Rdzeń przedłużony i most V a r o l'a nie przedstawiały żadnych zboczeń.

Jama piersiowa. Poprzeczny wymiar serca 9 centm. z tych 6 centm. przypadało na serce prawe; podłużny wymiar serca 11 centm. Serce mało krwi zawierało z wyjątkiem prawego przedsionka, który był mocno rozszerzony i wypełniony krwią płynną. Najgrubszy wymiar ścian prawej komórki 1 centm., lewej 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub> centm. Zastawka trójdzielna niezmienniona, zastawka dwudzielna ściągnięta 1 centm. długości, zgrubiała na całej swój powierzchni. Oddalwszy ściany serca i zastawki o ile to było możliwem, między nimi był otwór, którego wymiar przednio-tylny wynosił 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> centm., a poprzeczny za ledwie 1centm. (zwężenie otworu żylnego lewego). Prawa zastawka przedstawiała złogi wapienne i na powierzchni tylnych krokiewek mięsnych na przestrzeni 2 centm. zupełnie do tkanki sercowej przyrosła. Wmiejscu połączenia się obu zastawek narodził wielkości ziarna grochu, a na prawo od téjże owrzodzenie lejkowate w włóknistej ścianie zastawki 6 milim. długości, 4 szerokości, a 3 milim. głębokie o ścianach dosyć nieregularnych. Mięsień sercowy blady, miękki miejscami włókna mięsne stłuszczone.

Aorta. Zastawki półksiężycowate niezmiennione, kilka ognisk przerodzenia ateryomatycznego.

Płuca. Rozedma w obu płucach: zrazy dolne twarde mało krwi zawierające. Skrzepów w tętnicy płucnej nie było.

Jama brzuszna. Przekrwienie żyłne wątroby, śledziona ciemno zabarwiona bez infarktów. Nerki cokolwiek twarde, dość nastrzyknięte, w mięszu zmian żadnych.

Uwagi. To spostrzeżenie w zupełności odpowiada teorii T r a u b e'g o. Ból głowy, mdłości, wymioty jako przepowiednie ostatniego zejścia, mogą być odniesione do bezkrwistości całego mózgowia. Ta bezkrwistość (*anaemia*) mogła mieć dwie przyczyny. Z jednej strony zwężenie otworu żylnego lewego zmniejszające objętość fali krwi jaką skurcz serca wydalal do systemu tętniczego, a przy rozkurczu (*diastole*) lub bardziej jeszcze przy utrudnionem przechodzeniu skutkiem skrzepu krwi, który zamykał zwężony otwór, fale krwi stawały się jeszcze słabsze; powtóre, że krew tętnicza z pewną trudnością dostaje się do mózgu, ponieważ musi walczyć z siłą ciężkości. Zwiększenie płynu surowiczego w odstępach podpajęcznych, mówi także na korzyść bezkrwistości mózgu: wiadomo w rzeczy samój od czasu poszukiwań M a g e n d i'e'g o że płyn mózgo-rdzeniowy z ka-



nału rdzeniowego może wchodzić do czaszki i przeciwnie: wiadomo także, że ten przypływ i odpływ był stwierdzony przy wdychaniu i wydychaniu; i że przy sekeyi ilość krwi wewnątrz czaszki jest w stosunku odwrotnym do ilości płynu surowiczego w odstępach podających, ponieważ ten płyn wstępuje dla wypełnienia próżni, powstałej skutkiem zmniejszonej ilości krwi mózgowia w jamie czaszkowej, nieściągliwej (patrz théses de Strasbourg: Ehrmann, 1858, De l'anémie cérébrale; Regnard, 1868, Congestion, cérébrale; Jobez, 1869, Du liquide céphalo-rachidien). Z drugiej strony pojmujemy, że pewne szczątki zatorowe oderwawszy się od skrzepu zastawki dwudzielnej i osiadłszy w naczyniach włosowatych ośrodka oddechania, mogły sprowadzić miejscową bezkrwistość tego organu i dać powód do spostrzeganych objawów, i gdy badanie sekeyjne rdzenia nie było ściśle, to rozumiemy że zator nie mając czasu sprowadzenia zgorzeli substancji nerwowej, którą zasilku krwi pozbawił, mógł ująć uwagi przy poszukiwaniu. Co mogłoby dawać pewną ważność temu pogładowi to ta okoliczność, którą najwyraźniej zauważyłem, t. j. że prawa połowa ciała więcej była porażona, i twarz zlekka ku lewej stronie ściągnięta. Nie można więc ani bezwzględnie odrzucić, ani też z pewnością twierdzić o zatorze włosowatym dna czwartej komórki. Dalej, czy to była bezkrwistość zatorowa, czy też jedynie z przyczyny niedostatecznego dopływu krwi tętniczej, to w każdym razie ośrodek oddechania odbierając mniej krwi tętniczej, był tym samym mniej zdolnym do pobudzenia: ztąd pochodzi powyższe zjawisko. Niepomysłne wstrzyknięcie 1,6 c. chlorku morfiny zdaje się, że było przyczyną sprowadzającą ten objaw; fakt ten potwierdza spostrzeżenie znakomitego klinicysty berlińskiego. Jasnym także się okazuje ze strony mechanizmu zwrotnego ośrodka oddechania, że faradyzacja powierzchowna nerwów czuciowych więcej przyczyniła się do słabego pobudzenia nerwów wdychowych niż elektryzacja głębooka. Wiadomo, że strumienie indukcyjne, są zalecane przy zaduszeniu (Onimus i Legros, Traité d'électricité médicale). Duchenne zauważyły że faradyzacja nerwa błędnego i krtaniowego górnego nie zawsze wolną jest od niebezpieczeństw, może ona sprowadzić nawet przy słabym natężeniu, wstrzymanie ruchów serca i oddechania. Przekłada więc z tych względów faradyzacją skórną okolicy sercowej, oddziaływającą na punkta ośrodków nerwowych które wpływają na inervację oddechania i krążenia serca. W naszym spostrzeżeniu najlepiej się powiodła faradyzacja nerwów czuciowych twarzy i jam nosowych. W wypadku przez powyższych autorów przytoczonym, pies utopiony przywołany był do życia przez wprowadzenie przewodników galwanicznych do ucha i jamy ustnej gdy tymczasem zastosowanie tychże na skórę głowy nie sprowadziło żadnego oddziaływania. PP. Onimus i Legros badali także strumienie stałe w wypadkach uduszenia chloroformem i przywracali do życia zwierzęta uduszone, umieszczając biegun dodatny w kiszec stolcowej, a ujemny w jamie ust.

Przystępuję teraz do innego faktu, który mię mocno zainteresował t. j. do nagłego ustania pulsu i oddechania, które trzykrotnie w równych prawie odstępach wracało i wreszcie przerwało odradzając się przy sztucznym pobudzeniu życia. Jak tłumaczyć te fakta? Objaśniam je w sposób następujący: bodziec sztuczny mógł działać na ośrodek oddechania o tyle tylko, o ile tenże sam ośrodek zachował pewną pobudzalność; gdy więc ośrodek był czynnym dobrowolnie lub sztucznie przez pewien przeciąg czasu, ta czynność wyczerpała już i tak zmniejszoną pobudzalność, nie zasilaną dostateczną ilością krwi, i nastąpiło porażenie. Gdy zaś ośrodek oddechania zostawał przez czas pewien w spokoju, odzyskiwał swą pobudzalność i znowu był czynnym. Dwukrotnie znudzony ośrodek oddechania, odzyskał w czasie spoczynku właściwą swą pobudzalność; za trzecią razą jednak zaburzenia nutrycyjne doszły do tego stopnia, że własność ta została zniszczona na zawsze; węzeł życia został sparaliżowany. Wszyscy fizyologowie stwierdzili chwilowe wyczerpanie pobudzalności rdzenia. Z doświadczeń nad rdzeniem pacierzowym, wiemy że niekiedy pobudzalność tego organu wyczerpuje się możnaby powiedzieć, spowodowana gwałtownością i długim trwaniem pobudzeń, wywołanych różnemi sposobami. — Wtedy to niemożliwą jest rzeczą przez czas pewien, wywołać ból, lub czynności zwrotne, drażniąc jakiegokolwiek bądź miejsce ciała. W kilka minut po tej operacji pobudzalność wraca, a szczypanie skóry znowu wywołuje ból i objawy zwrotne. (Vulpian, Physiologie du système nerveux, p. 450), Jaccoud, w swój znakomitej pracy nad porażeniem przytacza liczne przykłady porażen z bezkrwistości odznaczające się przepuszczającym typem objawów: „Charcot spostrzegał podobny przykład u pewnego mężczyzny; napady porażenia przechodziły gdy chory chodził ciągle przez kwadras czasu, a kilka chwil spoczynku wystarczało, aby wszelkie te objawy ustąpiły, i chód normalny powrócił; po



20 minutach znów przychodził podobny napad, i nowy spoczynek był niezbędnym. Przy sekcji znaleziono tętniak głównej tętnicy biodrowej prawej,  $\frac{1}{2}$  część dolna tętnicy zmieniła w kształcie ścięgna i t. p. (Patrz J a c c o u d, Les paraplégies et l'ataxie, p. 305).

Zdaje mi się, że bez zapuszczania się w dziedzinę przypuszczeń, można porównać objawy porażenia z bezkrwistości ośrodka oddechania, któreśmy spostrzegali, z objawami tegoż samego rodzaju stwierdzonemi fizyologicznie i klinicznie w zakresie innych ośrodków lub nerwów ruchowych.

Spostrzeżenie IX. Nadużywanie napojów wysokokowych. Zapalenie nerek z białkomoczem. Raptowne porażenie połowiczne lewe. Drgawki do epileptycznych zbliżone. Śpiączka. Oddechanie z przerwami. Znaczne wynacznienie we wzgórku prążkowanem i w półkuli prawej. C a r m o u c h e, malarz pokojowy, lat 47 mający, usposobienia limfatycznego, od dawna nadużywał napojów wysokokowych. Przed 5ciu laty z powodu cierpienia kości odjęto mu lewą goleń. W ośm dni po amputacji wystąpiły objawy sercowe, drgawki (*delirium traumaticum potatorum*)?

28 Stycznia, chory, będąc pijanym nagle dotknięty został porażeniem lewej połowy ciała z zajęciem języka. Skutkiem tego odprowadzony był do domu, a następnie odwiedziony został do szpitala, gdzie przebył w śpiączce. Twarz nabrzękła, mocno zaczerwieniona. Z ust rozechodzi się zapach alkoholu. Kąt ust po prawej stronie skrzywiony. Porażenie twarzy lewe. Zupełna nieruchomość ramienia i lewej nogi. Czułość skórna z obu stron zachowała się, lecz zmniejszona. Gałki oczne żadnych nie przedstawiały zbożeń, źrenice zwężone. Po godzinie blisko przytomność wróciła, przytępiona. Wymawianie utrudnione. Ciągła gadatliwość i niezrozumiałe szepty. Język ruchliwy. Czułość twarzy zachowana. Tępość serca cokolwiek powiększona, uderzenia serca głucho, regularne. Puls regularny. Ciepłota w dole pachowym 38°. Oddech zwyczajny. Brak kaszlu i płwociny. Znaczne rozszerzenie żołądka, który rozciąga się w prawym podżebrzu i maskuje tępość wątroby. Oddaje bezwiednie znaczną ilość moczu, wodnistego zawierającego białko; pod mikroskopem spotykamy wiele komórek nabłonkowych, brak jednak odlewów włóknistych. Obrzmienie kończyn dolnych, brzucha, klatki piersiowej i twarzy.

Rozpoznanie. Chroniczne zapalenie nerek z nadużycia napojów wysokokowych, wynacznienie we wzgórku prążkowanem po stronie prawej.

29 Stycznia, noc spokojna, przytępienie umysłu. Wymawianie mniej utrudnione. Dolna kończyna porażona może wykonywać pewne ruchy; górna mniej. Czułość po stronie porażonej nie zdaje się być zmniejszoną. Uskarża się na ból w okolicy czołowej i skroniowej po stronie prawej. Ucisk punktów nad i pod oczodołowych, oraz nerwu twarzowego jest bolesny. Apetyt dobry, mocne pragnienie.

30 Stycznia, pojedyncze wyrazy łatwiej dają się wyróżnić, ciągła gadatliwość. Śpiączka, z której łatwo daje się rozbudzić. Prawa ręka w ciągłym ruchu jakby coś zbierała (*carphologia*). Mimowolne oddawanie moczu. Stolee regularne. W nocy mocna niespokojność, nieustanne ruchy kończyn i szepty nie pozwalające spać innym chorym.

d. 31 z rana chory spokojny. Umysł dość swobodny, cokolwiek pobudzony. O godz. 10 $\frac{1}{2}$  z rana atak do epileptycznego zbliżony, po czym śpiączka. Atak ten powtórzył się w południe i jeszcze około 5 razy w ciągu dnia. O 4ej. godz. pozostały jeszcze ślady śpiączki i nieco osłupienia; chwilami wraca przytomność, porażenie połowiczne lewe zostaje bez zmiany, prawa strona zachowuje swe ruchy, przedstawia tylko nieco sztywności, którą chory pokonywa. Noc spokojna; niema więcej silnych napadów.

1go. Lipca, mowa dość łatwa. Ruchy języka swobodne. Odpowiada dobrze. Nie wie o atakach dnia poprzedniego, od czasu do czasu popada w śpiączkę. Chwilami mruganie powiek, jak to bywa w drgawkach u dzieci. Newralgia po stronie prawej głowy nie ustępuje (bromek potasu 1,50 gr.). Chory szepece bezustannie. Wieczorem niespokojność większa, prawa ręka odbywa ruchy bezwiedne, potem około 10ej. g. wieczorem raptem po tej niespokojności przyszła śpiączka (bez kurczów). Oddechanie powolne, nieregularne. Stopniowe zniżanie się ciepłoty.

D. 2. o godz. 8ej. z rana stan ten sam t. j. śpiączka. Gałki oczne przedstawiają ruchy konwulsyjne, źrenice w formie punkcików, kończyny ociężałe, bezwładne. Oddechanie przedstawia typ szczególny; trzy oddechy mocne z szelestem następują po sobie, a poprzedza je zwykle jeden oddech lekki, przeponowy. Niekiedy bywają, tylko dwa głębokie wdechania przy czym mięśnie piersiowe i szyi, znaczny biorą udział. Ta serya 2—4 oddechów trwa 10 sekund, potem następuje pauza 25—30 sekund, w czasie której chory podobnym jest do trupa; następnie rozpoczynają się ruchy oddechowe. W czasie tym puls



ulega pewnym zmianom. Zaraz po silnych wdechaniach puls staje się częstym, dość rozwiniętym (30 uderzeń na  $\frac{1}{4}$  minuty); i pozostaje takim przez  $\frac{2}{3}$  pauzy, około 20 sekund; przy końcu pauzy się zwalnia i to zwolnienie zwiększa się w czasie okresu oddechania (15 uderzeń na  $\frac{1}{4}$  minuty); lecz w końcu tego okresu, nawet już przed ostatnim poruszeniem oddechowém, tętno odzyskuje swą częstotę; przez cały ten czas jest ono rozwinięte, zawsze nieco dwubitne, ze słabém napięciem. Taki jest w ogólności obraz tętna i oddechania powtarzający się regularnie. Tętno uderzało na minutę 84, ciepłota w dole pachwowym  $34,1^{\circ}$  C. W czasie pauzy gałki oczne skierowane do góry, a podczas oddechania kierują się ku dołowi i na prawo; źrenice zwężone.

Po zastosowaniu faradyzacji przyrządem indukcyjnym G a i f f e'a przy użyciu pędzelka elektrycznego na skórę i błony śluzowe twarzy i szyi wywołano skurcze zwrotne w twarzy i kończynach. Skutkiem tego pobudzenia, przerwy nie są dłuższe nad 15 sekund; liczba oddechów nie uległa zmianie. Zastępując pędzelek gąbką, pauzy stają się dłuższe (20 — 25 sekund). Elektryzacja była stosowana przez godzinę. Przy końcu tegoż (godz.  $10\frac{1}{2}$ ) oddechanie przedstawia tenże sam typ, z wyjątkiem przerw, które się robią coraz dłuższe. Ciepłota zawsze  $34,1^{\circ}$ ; puls uderzał 80—84. Źrenice wyglądają jak punkciki. Śpiączka utrzymuje się, przez cały dzień. O godz.  $3\frac{1}{2}$  chory przedstawiał stan następujący: skóra nieco chłodna, ciepłota w dole pachowym  $35^{\circ}$ , tętno 80 regularne, dwubitne, z łatwością uciskać się dające; Oddechanie regularne, lecz zbyt powierzchowne około 30 na minutę. Co 2 minut blisko, jedno mocniejsze wdechanie przydechowe poezém lekka pauza: jest to jedyny jeszcze znak trzymający się typu C h e y n e - S t o k e s'a. Lewa źrenica mało zmieniona, lecz prawa rozszerzona, przedstawiająca nieregularny owal o wielkiej średnicy pionowej. Zezowanie prawego oka na zewnątrz (*strabismus externus*). Chwilami przychodzą ruchy konwulsyjne gałek ocznych. Oddechanie bardzo powierzchowne, lecz bez przerwy. Chory zmarł o godzinie 10ej. wieczorem.

Sekeya. Jama czaszkowa. Żyły i zatoki błony twardej bardzo mało krwi zawierają. Powierzchnia półkól mózgowych bardzo blada, również i błona miękka, błona pajęczka zgrubiała, miejscami nie przejrzysta szczególnie na linii środkowej. Ciałka P a c c i o n i e g o mocno rozwinięte. Płynu surowiczego w odstępach podpajęcznych znaczna ilość. Szara substancja zawojów mózgowych, rozmiękła (zmiany od napojów wysokowych). W tętnicach podstawowej i S y l w i u s z a małe czerwone skrzepy świeżo powstałe, same zaś naczynia niezmiennione. Powierzchnia mostu V a r o l'a i rdzenia przedłużonego, biaława. Substancja biała półkól mózgowych, a przedewszystkiem prawej przedstawia na przecięciu drobne punkciki krwawiące. Robiąc cięcia poziome półkól mózgowych począwszy od wypukłej powierzchni, znajdujemy za trzecim cięciem w samym środku część rozmiękłą ugniecioną z punkcikami krwawicami, mającą z przodu ku tyłowi 4 centim. długości a 2 szerokości i stanowiącą sklepienie obszernego ogniska krwotocznego. Ognisko to zawiera skrzep znacznej wielkości (jak jaje) i pewną ilość krwi płynnej. Po wypłukaniu skrzepów i krwi przedstawia się jama mająca 7 centim. długości, 4 centim. szerokości i 2 centim. głęboka. Ściany jej z licznymi zakrętami, ugniecione, pokryte skrzepem krwi. U góry biała substancja poszarpana, rozmiękła pływa w jamie. Na wewnątrz, ściana ogniska odpowiada zewnętrznej powierzchni wzgórka prążkowanego oddzielona od tegoż cienką warstwą białej substancji; tym sposobem ognisko położone bezpośrednio na zewnątrz wzgórka prążkowanego prawego, zniszczyło część substancji białej (wstęga R e i l'a) i substancji szarej zawojów; przy końcu dolnym i przednim rogu klinowego ku dołowi S y l w i u s z a przedzielone od opon tylko bardzo cienką warstwą szarej substancji. Wzgórek prążkowany, i wzrokowy wewnątrz jamy nietknięte. Komórki boczne krwi nie zawierają. Most V a r o l'a, mózdzek, rdzeń przedłużony niezmiennione. Tętniczki mózgu nie okazywały tętniaków prosowatych. Badane pod mikroskopem drobne naczynia i włoskowate nie przedstawiały zmian ważniejszych.

Serce. Wymiar poprzeczny na powierzchni bruzdy 19 centim., wymiar podłużny aż do téjże bruzdy 11 centim. Komórka prawa zawiera kilka małych skrzepów odbarwionych, miękkich. Grubość ścian téjże komórki 2 centim. Zastawki i otwory normalne. Mięsień sercowy blade, odbarwiony, dość wiotki, miejscami włókna uległy stłuszczeniu. Wątroba blada, bez stłuszczenia. Nerki małe (9 centim. długości, 4 szerokości, 2 grubości), jedna z nich zawiera 2 torbiele. Substancja korowa odbarwiona, stłuszczone, przedstawia żyłne nastrzyknięcie. Substancja rdzenna mniej zmieniona.



Uwagi. 3go. dnia po porażeniu wystąpiły u naszego chorego drgawki do epileptycznych podobne, i oznaczały podrażnienie śródmózgowia, miejscowości od której zależy padaczka (? R).

Nasuwało się w tym razie pytanie, czy wylew krwisty miał miejsce do komórek, czy też do opon mózgowych. W tych wypadkach, w rzeczy samej, wiadomo nam, że powstają jużto drgawki, jużto porażenie zupełne, stosownie do tego czy wylew swą ilością wywołuje tylko proste podrażnienie lub zniszczenie włókien ruchowych nerwowowych w tak znacznej ilości w śródmózgowiu zebranych; można mieć porażenie jednej połowy ciała (odpowiednio do nacisku spowodowanego wylewem przeważnie po tej stronie); a z drugiej strony drgawki kloniczne lub toniczne (stosownie do podrażnienia mniej lub więcej silnego przeniesionego na stronę śródmózgowia nie podległą naciskowi. (Patrz thèse de Strasbourg 1867; Des convulsions dans l'hémorrhagie cérébrale par Prosper Hirz).

Częste napotykanie wylewów krwistych oponowych u osób w stanie opilym zmarłych, było jednym więcej dowodem, na korzyść tego przypuszczenia. Na 7 osób, które w stanie opilym zmarły, Tardieu znalazł 5 razy wylew oponowy, prócz tego było wylanie do komórek bocznych, ze zniszczeniem ścian tychże.

Jednakże z powodu intermissyi w objawach drgawkowych i zupełnego powrotu ruchliwości w połowie zdrowej po ustaniu drgawek, bez żadnego śladu skurczeń, nie przywiązywałem do tego wielkiego znaczenia, tembardziej, że objawy porażenia pomimo całej kolei tych napadów nie ulegały żadnemu pogorszeniu. Przypuszczałem, jak to i ogląd pośmiertny stwierdził, że ogisko krwotoczne nie miało miejsca w komórkach, ani na podstawie mózgu, lecz w sąsiedztwie śródmózgowia.

Zjawiska śródmózgowe nie będąc stałymi winny być raczej uważane za objawy promieniowania przeniesionego drogą naczyń lub nerwów z sąsiedniego ogniska. Prawdziwą miałem przyjemność widząc, że professor Wiktor Parisot ze swjej strony zrobił toż samo co i ja rozpoznanie. Po drgawkach świadczących o zwiększonym podrażnieniu mózgu nastąpiły objawy zmniejszonego podrażnienia jak śpiączka i oddechanie przerywane paузami.

Objawy, odnoszące się do gałek ocznych i źrenicy można również objaśnić przez czynnościowe osłabienie ośrodków rdzenia. Zwężenie źrenic jest następstwem porażenia ośrodka rzęso-rdzeniowego (*centrum cilio-spinale*), z którego to miejsca biorą początek nerwy sympatyczne przeznaczone dla tęczy; ośrodek ten według niektórych autorów mieści się w części szyjno-grzbietowej rdzenia, według innych w rdzeniu przedłużonym. Jest rzeczą niewątpliwą, że i ten ośrodek również podlega pobudzeniu jak ośrodek oddechania; przy oddechu dyspneicznym wiadomo, że źrenice się rozszerzają. Zwężone źrenice, za powrotem ruchów oddechowych na nowo mogą się rozszerzyć, jak to już widzieliśmy w kilku spostrzeżeniach, następuje to mianowicie wtedy, gdy ośrodek wpływający na to rozszerzenie również jak i ośrodek oddechania ulega dostatecznemu pobudzeniu przez nagromadzenie nowej ilości kwasu węglanego. Co się tyczy bocznego skierowania gałek ocznych, tak jakśmy to spostrzegali, bardzo być może, że w tym samym czasie kiedy powraca pobudzenie ośrodka oddechania i ośrodka rzęso-rdzeniowego, ma miejsce również pobudzenie jednego z ośrodków okoruchowych zewnętrznych. Otóż według Schroeder van der Kolk'a zwój każdego z tych ośrodków łączy się ze zwojem ośrodka okoruchowego wspólnego strony przeciwniej, tym sposobem obie gałki oczne są fizyologicznie pociągane w tymże samym kierunku, mięsień prosty zewnętrzny z jednej strony, kurczy się równocześnie z mięśniem prostym wewnętrznym, strony drugiej. W naszym wypadku ruch ten boczny odbywał się po stronie półkuli chorój, przypominając objaw przez Prevost'a opisany pod nazwiskiem sprzężonego zboczenia oczu (*déviatioп conjuguée des yeux*). W spostrzeżeniach Ziemsen'a i Merckel'a poruszenia gałek ocznych były nne, miały one miejsce mianowicie podczas pauzy, współcześnie ze zwężeniem źrenic, widziano oscyllacye gałek.

Pozostają jeszcze do wytłómaczenia w drugim naszym spostrzeżeniu zmiany jakim ulegało tętno podczas całego przebiegu ataku oddechania. Ponieważ ciśnienie tętnicze badane za pomocą sfigmografu, nie okazało się tak wyraźnie zmienioném, jak częstość uderzeń serca, nie zdaje mi się, aby te zmiany pochodzić miały z ośrodka naczynio-ruchowego, ale raczej z ośrodka regulującego nerwu błędnego mieszczącego się także w rdzeniu przedłużonym. W czasie pauzy, nagromadzony kwas węglany zwiększa pobudzenie tego ośrodka; przyrząd tamujący serca jest bardziej czynnym i tętno pod koniec pauzy zaczyna się zwalniać; później oddechanie pozbywa się nadmiaru bodźca, natężenie przyrządu tamu-



jącego ruchu serca zmniejsza się i uderzenia serca przed końcem aktu oddechania stają się częstszymi. *Traube* spostrzegał te zmiany w liczbie uderzeń w połączeniu ze zmianami ciśnienia tętniczego. „Zdarza się niekiedy, mówi on, w czasie dłuższej pauzy, że ciśnienie tętnicze się zwiększa a liczba uderzeń się zmniejsza, co można również spostrzegać u zwierząt słabo zatrutych kurarą, jeśli na chwilę wstrzymamy sztuczne oddechanie.“ W czasie kiedy to pisałem uczyniłem jeszcze następujące spostrzeżenie.

Spostrzeżenie X. D. 25 lutego 1873, w czasie wizyty szpitalnej wezwano mnie do sąsiedniej sali chorych chronicznych, gdzie zastałem człowieka umierającego, który przed chwilą siedział jeszcze na łóżku i rozmawiał. Był to mężczyzna około lat 36 mający, trupiej błości, nie oddechający; później zjawilo się oddechanie przydechowe i głębokie, potem nastąpiła pauza około  $\frac{2}{3}$  minuty, podczas której ten człowiek podobnym był do trupa, potem znów nowe oddechanie i nowa pauza, nakoniec ostatnie wdechanie i wydechanie. Nie znalazłem wcale tego chorego. Dowiedziałem się, że był posłańcem, nadużywał napojów wysokokowych i cierpiał na chroniczny nieżyt oskrzeli. Według ostatnich objawów, przypisywałem zgon bezkrwistości rdzenia przedłużonego spowodowanej omdleniem (*syncope*), które było w związku ze stłuszczeniem serca.

Sekeya: Zatoki błony twardej wypełnione, błona pajęczą zgrubiała i zmętniała mianowicie na powierzchni zawojów mózgowych (zmiany przy nadużyciu napojów wysokokowych). Wysiłek surowicy w odstępach podpajęczych. Tętnice mózgowe próżne. Błona miękka dość nastrzyknięta mianowicie pośrodku mózgu. Mózg blady, miękki, substancja szara dość różowa. Komórki bozne płynem surowiczym wypełnione. Miejscami przekrwienie rdzenia przedłużonego, mostu *Varol'a* i wzgórek prążkowanego i drobne punkciiki krwiste na dnie 4-jej komórki pośrodku odnog mózdkowych średnich.

Płuca usiane gruźelkami, u wierzchołka kilka małych jam. Prawa połowa serca rozszerzona, lewa przerosła, żadnych zmian na zastawkach, mięsień sercowy wiotki, odbarwiony, stłuszczony; w tętnicy płucnej i w aorcie skrzep miękki, blady, w znacznej części odbarwiony. Wątroba ziarnista i stłuszczona.

Spostrzeżenie XI. W marcu 1873 r. spotkałem na podwórzu szpitala *Š-go Karola*, mularza na tragach przyniesionego, który spadł z rusztowania kościoła *Š-go Leona*. Był on bez przytomności, obie ręce zwichnięte i połamane, w miejscu prawej rzęsy rana przez którą przeglana rozbita czaszka, wypływ krwi uszami, źrenice rozszerzone. Towarzysze jego sądzili że już zmarł, ponieważ przez czas pewien nie oddychał zupełnie, zwierciadło trzymane przy ustach bynajmniej nie zostało zamglone. Żył jeszcze pół godziny i przez ten czas oddechanie przedstawiało 2 — 3 pracowitych poruszeń oddechowych regularnie równemi pauzami przedzielonych.

Widzieliśmy z poprzednich spostrzeżeń że oddechanie *Cheyne-Stokes'a* nie zawsze przedstawia się w całej swój jasności z przerwami i seryą oddechów wzmagających się i słabnących, rozpoznano jednak ten typ od oddechania nawet jeszcze wtedy, gdy nie wyraził się w zupełności. Widziałem niedawno pewnego młodego człowieka, który był uduszony gazem kwasu węglanego i żył jeszcze dwa dni w śpiączce przy mocno utrudnioném oddechaniu. Na kilka godzin przed zgonem oddechanie jego przedstawiało typ następny: 4—6 oddechów pracowitych i z szelestem następowały kolejno po 4—5 oddechach powierzchownych, ta serya trwała 16 sekund; nie było żadnej pauzy, a oddechy pracowite i powierzchowne regularnie po sobie następowały podczas godziny przez którą chory był obserwowany.

Zestawmy teraz główne fakta, płynące z: spostrzeżeń które zebrałem i z memi porównałem.

W wielu cierpieniach mózgowych mających wewnątrz czaszki swe siedlisko, lub towarzyszących różnym chorobom, oddechanie może niekiedy przedstawiać typ szczególny; i tak okazuje czasami przerwy trwające od kilku do 40 sekund. Pomiędzy temi pauzami może być 20—30 oddechów. Oddechy przychodzące po pauzie, z razu są powierzchowne, później stają się głębsze, pracowitsze, dyspneiczne, potem znów robią się powierzchowne i przechodzą w nową pauzę. Ten wzmagający się i słabnący rodzaj oddechania nie zawsze istnieje; i tak po kilku oddechach powierzchownych, mogą być oddechy dyspneiczne i bezpośrednio potem może następować pauza bez uprzednich oddechów powierzchownych (spostrz. *Lutz*, *Roth*, *Merkele*, *Bernheim*); już to po pauzie odrazu przychodzą oddechy dyspneiczne, a po nich kilka oddechów mniej silnych (*Bernheim*); już to pauzy przedzielone są tylko kilku gwałtownemi, równemi oddechami z szelestem



(R o t h); lub wreszcie oddechanie C h e y n e-S t o k e s'a może oznaczać się jedynie oddechami powierzchownymi regularnie na przemian z oddechami głębokimi bez żadnej pauzy. Niekiedy serya oddechów jako też i pauza pod względem czasu trwania są sobie zupełnie równe. W innych razach różnią się znowu wyraźnie, można np. spostrzegać serię składającą się z 2 lub 3 oddechów oddzielonych pauzą trwającą około 30 sekund.

Trwanie całego aktu oddechania (pauzy wraz z oddechami) jest różne; 1 do  $\frac{1}{2}$  minuty; czasami znowu 4—5 takich aktów widzimy w ciągu jednej minuty, a w tym razie całe to zjawisko łatwo przeoczyć można.

Temu rodzajowi oddechania często towarzyszy nieustanna śpiączka, która może trwać aż do zgonu. W innych razach śpiączka jest dość głęboka, a oddechanie C h e y n e-S t o k e s'a bywa zastąpione oddechaniem ciągłym, powierzchownym, lub też bardzo gwałtownym naprzemian z oddechami powolnymi i głębokimi bez żadnej pauzy. Spostrzegano także, że po pewnej seryi oddechania, nastąpiło oddechanie ciągłe i regularne przez czas pewien i taż sama serya oddechów po stosunkowo dość długim czasie znowu wróciła (spostrz. L u t z),

Objaw o którym mowa, nie jest pewną oznaką blizkiego zgonu, uoże nawet przyjść do zupełnego uleczenia (L u t z, R o t h) lub czasowego polepszenia w przebiegu choroby nieuleczalnej. (M e r k e l); może się utrzymywać tym sposobem całe tygodnie (M e r k e l) zaledwie małe robiąc przestanki, potem zupełnie zniknąć i być zastąpionym przez zwykłe oddechanie. W każdym jednak razie jest objawem ciężkim i dość ważnym. Zauważano, że podczas napadu, pauzy nikły i przyspieszone oddechanie odbywało się regularnie; po skończonym zaś napadzie wkrótce wracały pauzy (R o t h).

Chory w czasie każdej pauzy może zasypiać i budzić się jedynie w chwili duszącego oddechania (T r a u b e, M e r k e l). Gły pauzy są zbyt długie, spostrzegamy przy końcu tychże kurcze w mięśniach twarzy i kończyn górnych.

Objawy ze strony gałek ocznych i źrenicy towarzyszą niekiedy temu rodzajowi oddechania; źrenice zwężone w czasie pauzy z powrotem oddechania natychmiast się rozszerzają; obie gałki podczas pauzy mogą odbywać obrót na około swój osi pionowej.

Tętno albo zostaje bez wpływu lub też pod koniec pauzy się zwalnia, aby znów się stać częstszym w czasie oddechania.

Elektryzacja nerwów przeponowych spowodowała w jednym wypadku ciągle oddechanie i pauzy zupełnie znikły: elektryzacja pędzelkiem elektrycznym nerwów czuciowych twarzy ze skutkiem stosowaną była w tych razach, gdzie elektryzacja głęboka przy użyciu gąbek nie miała powodzenia.

Wszystkie te objawy zdają się zależeć od zmian pobudzalności ośrodka oddechania. Z tąd wypływają dwie praktyczne uwagi, które powinny być uwzględnione: 1) użyteczność faradyzacji nerwów czuciowych twarzy w wypadkach grożących śmiercią przez porażenie ośrodka oddechania (zaduszenie spowodowane chloroformem i t. p. . 2) niebezpieczeństwo stosowania morfiny w chorobach, które spowodują bezkrwistość mózgową .

---

## Wiadomości bieżące.

— Leczenie ukąszeń węzowych za pomocą podskórnych wstrzykiwań liquor. ammon. caust. Dr. P u t z lekarz w Baldenbргу opisuje w berlin. klin. Wochenschr. Nr. 18. następujący wypadek: Ośmioletnia Paulina M. pasząc bydło w bliskości zagajenia, została od wystraszonej żmii ugryzioną w kostkę zewnętrzną lewej nogi. Ranę wynoszącą mniej więcej linię długości wymyło natychmiast zimną wodą, jednakże już wkrótce nabrzmiało otoczenie rany, co było powodem, iż tak ranę samą jako też nogę nasmarowano smolą. Oprócz tego pokazały się womity, które się także w dwóch następnych dniach powtarzały kilka razy. W nocy spała pacjentka dobrze. Następnego dnia pojawiły się boleści w brzuchu wespół z womitami i rozwolnieniem; apetytu nie miała chora żadnego i żądała tylko słodkiego mleka. Obrzmienie nogi zwiększało się coraz znacznie, tak iż już dnia trzeciego po ukąszeniu zajęło całą dolną kończynę oraz lewą okolicę podbrzuszną. Nadto przyłączył się teraz ból



głowy i wzrastający niepokój; chora rzuciła się górną połową ciała raz na tę raz na ową stronę i oddalała bezustannie pokrywającą ją kołdrę. Teraz dopiero, a więc ku końcowi trzeciego dnia, przywołano lekarza P., który w wypadku tym postanowił użyć rozczynu żrącej amonii, zalecanego przez Prof. Halford'a. Tymczasem niepokój u chorej zwiększył się, tętno było bardzo przyspieszone, skóra na dolnej odnodze naprężona świeciła się mocno, za dotknięciem bolesna, mianowicie na miejscu ukąszenia, które otaczało kilka pęcherzyków. P. wstrzyknął natychmiast pod skórę w środku zewnętrznej strony uda pełną strzykawkę rozczyntu żrącej amonii do połowy z wodą. Zaraz powstały silne bóle, które jednakże zmniejszyły się znacznie za użyciem zimnych kompresów. W otoczeniu zaś miejsca, gdzie utkwiono igłę, pokazało się niebieskawo-lśniące zabarwienie. Oprócz tego podawano choremu do picia kilka razy dziennie 12 kropli tego samego rozczyntu w filiżance wody. Noc wprawdzie była niespokojna, lecz nabrzmienie nie postępowało dalej, bóle umniejszyły się, womity i ból głowy ustały i już czwartego dnia (t. j. po owym zastrzyknięciu) pokazywała pacjentka ochotę bawienia się z rodzeństwem. W następnych ośmiu dniach zmniejszało się coraz więcej obrzmienie dolnej kończyny, tak iż chora wkrótce potem mogła powstać z łóżka. Na miejscu zaś zastrzyknięcia powstała zgorzel (*gangraena*); rana ztąd wynikała zagoiła się dopiero po pięciu tygodniach.

Chociaż u nas mówi P., w klimacie północnym nie masz rodzaju węzów, któreby w kilka minut po ukąszeniu zabijały, to jednakże ukąszenie żyjących u nas żmij groziły już nieraz niebezpieczeństwem życia, a nawet zakończyły się śmiercią. To też tym większy interes budzi zalecony wyżej środek, zwłaszcza że w wypadku opisanym skutkowało tak znamienicie; stan bowiem chorego był już bardzo wątpliwy, a po zastrzyknięciu rozczyntu zatrzymało się nie tylko dalsze nabrzmiewanie kończyny, ale nadto ustąpiły pozostałe ogólne objawy. Zalecając wreszcie środek ten dalszym próbom nadmienia P., czyby nie było dobrą podskórnych wstrzykiwań nadmienionego środka użyć także przeciwko ranom zatrutym (jadem trupim, ukąszeniem much zakażonych, psów wściekłych etc). O tyle tylko możnaby użycia wspomnianego środka odmienić, że słabszy rozczynt może działałby tak samo skutecznie, a nie wywołałby tak znacznej zgorzeli, jaka miała miejsce w powyższym wypadku.

— Cholera w Warszawie. Od pojawienia się cholery w Warszawie t. j. od 19/30 Maja r. b. zachorowało osób 3470; w tej liczbie dzieci 629; wyzdrowiało 1413, dzieci 129 i umarło 1243, dzieci 289; a w wojskach zachorowało 684, wyzdrowiało 361, umarło 211. W obecnej chwili chorych na cholere jest 814 osób; dziennie zachorowują mniej więcej do 100 osób, z których połowa przychodzi do zdrowia. Władza miejscowa urządziła cztery oddziały dla chorych na cholere mianowicie: w szpitalu żydowskim na 20 łóżek, w szpitalu czasowym na Pradze na 100 łóżek, w szpitalu Ś-go Łazarza 20 łóżek, w szpitalu Ś-go. Ducha na 50; i dla dzieci wyłącznie na 32 łóżek. W pomienionych szpitalach w obecnej chwili znajduje się chorych: mężczyzn 52, kobiet 100, dzieci 32; wolnych miejsc w szpitalach jest 61. Środki dezynfekcyjne tak w szpitalach jak i na mieście stosowane są z największą ścisłością. O sposobach leczenia wzywanych w szpitalach cholerycznych nieomieszkamy zawiadomić czytelników naszego pisma.

— W dniu 11 Września odbył się uroczysty Akt otwarcia Ces. War. Uniwersytetu. Na pierwszy kurs wydziału lekarskiego zapisało się osób 41.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---