

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r e d p ł a t y :

w Warszawie:	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 5 kop. —</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>„ 2 „ 50</td> </tr> <tr> <td>kwartalnie.....</td> <td>„ 1 „ 25</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 5 kop. —	półrocznie.....	„ 2 „ 50	kwartalnie.....	„ 1 „ 25	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 6	półrocznie.....	rs. 3
		rocznie.....	rs. 5 kop. —										
		półrocznie.....	„ 2 „ 50										
kwartalnie.....	„ 1 „ 25												
rocznie.....	rs. 6												
półrocznie.....	rs. 3												

TREŚĆ: Z pracowni fizyologicznej prof. Kowalewskiego w Kazaniu. O oddziaływaniu śliny ślinianki przyusznej. Przez d-ra ASTASZEWSKIEGO. — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia Lutowe r. b. Wytwarzanie się wyskoków w naszym ustroju — Przegląd piśmiennictwacudoziemskiego. Zaburzenia czucia w skutek chorób mostu WAROL'A. Przez L. CONTY. Podał dr. DUNIN. (Dokończenie). — O leczeniu przewlekłej rzeżączki. Streszczenie tymczasowego doniesienia d-ra GSCHIRHAK'L'A. Przez d-ra E. KLINKA. — Streszczenia i wyciągi. O związku choroby BASEDOW'A z obtłakaniem i chorobami nerwowymi. Przypadek zwicnięcia i złamania 6-go i 7-go kręgu szyjowego, połączonego z nadzwyczaj niską ciepłotą ciała. Kurcz tężcówki i mięśnia nastawczego oka. Wpływ ciąży na przebieg suchot. Zapalenie płuc przyrody przymiotowej. — Z widowni wojny. Zaludnienie szpitali Tow. Krzyża czerwonego. Durzyca — Ogłoszenia.

Z PRACOWNI FIZYJOLOGICZNEJ

prof. KOWALEWSKIEGO w Kazaniu.

Oddziaływanie śliny ślinianki przyusznej (*parotis*) u człowieka zdrowego.

Przez P. Astaszewskiego.

Ślinę prawidłową ślinianki przyusznej u człowieka uważają zwykle jako płyn oddziaływający ł u g o w o (alkalicznie) nawet więcej ługowo, niż ślina innych gruczołów i mieszana ślina jamy ustnej. Wprawdzie niektórzy badacze podają, że spotykali kwaśne oddziaływanie śliny ślinianki przyusznej u człowieka, lecz tę okoliczność starali się objaśnić nieprawidłowymi warunkami, np. rozkładem oddzielonych komórek nabłonkowych przewodu podczas zastoju w nim śliny i t. p.

Badania moje nad 16 zdrowymi ludźmi (od 20—50 lat) wyrobiły we mnie zupełnie inny pogląd na oddziaływanie wymienionej śliny.

Zbierałem ślinę z przewodu STENON'A zapomocą cewek szklanych, jedynie do tego celu przygotowanych, zarówno naczecz, jak podczas jedzenia, a także w rozmaitych odstępach czasu po przyjęciu pokarmu. Wydzielenie śliny wywoływałem zuciem suchego pożywienia. Dla otrzymania większej ilości śliny drażniłem błonę śluzową ust mieszaniną wody z eterem lub wyskokiem rozcieńczonym, a w jednym przypadku (u 50 letniego osobnika) wstrzyknąłem podskórnice 1/4 grana pilokarpiny. Oddziaływanie zebranej śliny badałem, pomieszczając oddzielne jej krople na niebieskim, fioletowym i czerwonym papierze lakmusowym. Dla porównania, obok wymienionych kropel śliny przyusznej na tym samym papierze pomieszczałem kroplę wody przekroplonej i kroplę śliny mieszanej. Prócz tego oddziaływanie jej badałem zapomocą papierka karkumowego.

Świeża ślina przyuszna jest płynną i przezroczystą jak woda (z wy-

jątkiem pierwszych kropeł, które zawierają męty). Ślina ta nie oddziaływała wcale na papierek kurkumowy; niebieski papier lakmusowy barwi czerwono lub czerwono-fioletowo, fioletowy na słabo czerwono, a czerwony papier po upływie $\frac{1}{2}$ —3 minut staje się niebieskim, podczas gdy mieszana ślina jamy ustnej zachowuje się względem wszystkich tych papierków, jak płyn zupełnie obojętny lub ługowy.

Jeżeli zbierałem ślinę przyuszną oddzielnymi porcjami w krótkich odstępach czasu, to następne porcje, chociaż barwią jeszcze niebieski papier na czerwono, lecz fioletowy i czerwony papier już szybko barwią na niebiesko.

Im silniej drażnimy błonę śluzową jamy ustnej, im obficie ślina się wydziela, tem słabszym staje się jej odczyn kwaśny na papierze niebieskim i tem szybciej pojawia się odczyn ługowy na papierze fioletowym i czerwonym. Chociaż trwanie i siła wydzielania widocznie jednakowo zmieniają odczyn śliny przyusznnej, pomimo to zbierając oddzielnymi porcjami podczas jedzenia co 1—2 minut po 0, 4—2 centim. sześć. śliny przyusznnej nawet po 1—2 godzinach nie widziałem zupełnego zniknięcia kwaśnego oddziaływania na niebieski papier lakmusowy, podczas gdy obfitemu wydzieleniu, wywoływanemu silnym podrażnieniem błony śluzowej zapomocą wysokoku i eteru, a również (w jednym przypadku) zapomocą podskórnego wstrzyknięcia pilokarpiny, towarzyszyło zupełne zniknięcie wymienionego odczynu. Zresztą przy obfitem wydzieleniu śliny pod wpływem silnego podrażnienia błony śluzowej ust, gdyśmy wstrzymali wyciekanie śliny zacisnięciem przewodu na twarzy w przeciągu 15—30 sekund lub przy silnem wydzieleniu śliny pod wpływem pilokarpiny, gdyśmy doczekali zmniejszenia się jej (po upływie godziny), ślinie przyusznnej ponownie wracała własność barwienia niebieskiego papierka lakmusowego na czerwono. Porównyując siłę odczynu kwaśnego na niebieski papierek lakmusowy przy rozmaitych warunkach ze względu na przyjęcie pokarmu, zauważyłem, że oddziaływanie to było najsilniejsze w przeciągu pierwszych 2 godzin po przyjęciu pokarmu, najslabsze zaś na czczo. Ślina ta najszybciej przemieniała krochmal w cukier gronowy zwykle wtedy, gdy jej odczyn kwaśny był najwyraźniejszym.

Jeżeli ślinę przyuszną w probierce otwartej pozostawimy na działanie powietrza przy ciepłocie zwykłej lub też otoczeniu śniegiem, to w obydwóch razach w kilka minut, niekiedy w kilka godzin ona mętnieje i równocześnie traci własność barwienia niebieskiego papieru na czerwony. Również niebieski papier zabarwiony świeżą śliną na czerwono z czasem (w przeciągu kilku minut do trzech dni) traci swe kwaśne zabarwienie.

Zwracając uwagę na przytoczone dane uważam prawidłowe oddziaływanie śliny przyusznnej u człowieka za kwaśne, zależne od obecności w niej bardzo lotnego kwasu. Co zaś dotyczy się przyrody tego kwasu, to najprawdopodobniej należy go uważać za kwas węglany. Jeżeli dalsze poszukiwania wykażą, że ślina

przysusna człowieka na podobieństwo podżuchwowej (*submaxillaris*) śliny psa (PFLÜGER) obfituje w kwas węglany i przytem, że ślina przysusna człowieka zarówno jak konia i psa zawiera wiele wapna, to wtedy oddziaływanie kwaśne śliny przysusnej człowieka można będzie śmiało uważać jako oddziaływanie dwuwęglanu wapna, a wystąpienie odczynu ługowego na papierze czerwonym jako wydalenie kwasu węglanego zapomocą silniejszego kwasu; wreszcie mętnienie śliny na powietrzu i utratę odczynu kwaśnego jako utratę części kwasu węglanego. Dalej, prawdopodobnie kwaśne oddziaływanie śliny przysusnej występuje podczas jej przebiegu w przewodach, ponieważ przy bardzo szybkim jej wydzieleniu, jak wyżej wspomniałem, odczyn ten niknie i po krótkotrwałem wstrzymaniu śliny w przewodzie, znów się pojawia.

Inaczej nie mogę sobie objaśnić ogólnie przyjętego zdania, że ślina przysusna człowieka jest ługową jak tylko przyjmując, że zwykle badano jej oddziaływanie wprost zapomocą czerwonego papierka lakmusowego, a nie niebieskiego, lub też, że dla próby zbierano ślinę przy niezwykle silnych podrażnieniach jamy ustnej zapomocą eteru i t. d.

Z drugiej strony możliwość wpływu odczynu śliny przysusnej na odczyn śliny mieszanej jamy ustnej w przypadkach ilościowej przewagi tej wydzieliny, z jakiegobądź przyczyny, nad wydzielinami innych ślinianek nie mogła w danym razie nie wykazać rzeczywistego oddziaływania śliny przysusnej; czem wyjaśnia się zjawienie kwaśnej śliny przy najrozmaitszych chorobach, uważane przez praktyków jako oznaka patognomiczna.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia w Lutym r. b. odbyte.

Wytwarzanie się wyskoków w ustroju naszym. Zafałszowania materiałów spożywczych i sposoby dochodzenia zafałszowań.

Zamiarem naszym było złączyć w jedną wiązkę wszystko ważniejsze co poruszono w trzech posiedzeniach zeszłego miesiąca, lecz mimo woli naszej, zmuszeni jesteśmy rzecz od końca, to jest od ostatniego posiedzenia biologicznego (d. 26) rozpocząć, gdyż brakuje nam jeszcze niektórych materiałów do streszczenia dwóch zwyczajnych posiedzeń (z d. 5 i 19) które tym sposobem odłożyć musimy do następnego numeru MEDYCyny.

Na rzeczonym posiedzeniu zabrał naprzód głos prof. FUDAkowski i przedstawił obecny stan nauki o wytwarzaniu się wyskoków w ustroju naszym.

Burzenie (*fermentatio*), wyskokowe już znane było w XIV stuleciu. LAVOISIER opierając się na tej zasadniczej prawdzie: „że w sprawie chemicznej jakość i ilość pierwiastków pozostają niezienne, zachodzą tylko zmiany w ich układzie”, wyraża burzenie wyskokowe równaniem, poznaje jednak za pomocą wagi, że ciężar wytworzonego kwasu węglanego i wysokoku, nie odpowiada w całości ciężarowi rozkładającego się cukru.

Skład cukru i wyskoku poznali dopiero bliżej GAY-LUSSAC, THÉNARD i de SAUSSURE.

W początku bieżącego stulecia, dwaj pierwsi z wymienionych trzech badaczy uznają za konieczne dla burzenia wysokowego dostęp powietrza i wzbudzające działanie drożdży, których przyrody jednak jeszcze nie znano. W tym czasie już przejawia się myśl: że w powietrzu znajdują się zarodki, z których rozwija się zaczyn, ten swem życiem narusza równowagę między pierwiastkami cukier składającymi.

W 1836 r. CAGNARD de la TOUR, a niemal w tymże samym czasie SCHWANN, poznają budowę komórki drożdżowej i jej rozmnażanie się przez pączkowanie. W Lutym 1837 r. SCHWANN wykazuje, że odwar mięsa wśród wyzarzonego powietrza nie ulega gniciu. Stąd dla niego gnicie zależy od jakiegoś ciała, dostarczonego przez powietrze i podlegającego zniszczeniu przez wysoką ciepłotę. Te postrzeżenia stwierdza szereg badaczy.

Z odkryciem komórki drożdżowej, zwanej w tym czasie *Torula cerevisiae* wyjaśnia się przyczyna burzenia wysokowego: wiąże się ono z organicznym życiem. Rzućmy tu wzmiankę, że te badania i odkrycia doprowadziły do teorii, która w nagminnych chorobach widzi skutki rozwoju zarodków, zasiewków, wzbudzających przez ten swój rozwój, jako pasożytów, zaburzenia w żywotnych sprawach ustroju. Teorią tę wypowiada naprzód KIRCHER, wspiera ją LINNAEUS.

Zjawiska burzenia porównywiają z prawidłowymi sprawami żywotnymi ustrojów zwierzęcych (DUMAS): w obu ciała organiczne rozkładają zaczyny, istoty organizowane lub ich narządy i wytwarzają z tych ciał najprostsze związki organiczne.

Powstają więc dwie teoryje. Teoryja witalistyczna, mająca swych przedstawicieli we Francyi: sprawa roślenia jest wedle niej przyczyną, a burzenie jej skutkiem. Teoryja udzielonego ruchu, której obrońcą był LIEBIG, chociaż jej pierwsze ślady już w umysłach WILLIS'A, STAHL'A (wiek XVII) dostrzegać się dają.

W czasie kiedy już PASTEUR ogłaszał swoją naukę o burzeniu, BERTHELOT rozróżniał sprawy burzenia wywołane przez zaczyny ustrojowe i nieustrojowe czyli ciała chemiczne (*ferments organisés et ferments solubles*). Zbliża on działanie jednych do drugich o tyle, że zaczyn (*fermentum*) rozpuszczalny jest wyrobem istoty organizowanej i przezeń ona działa jako zaczyn. Komórka drożdżowa najłatwiej zamienia cukier w kwas węglany i wyskok. Atoli i bez niej, wobec ciał białkowych tylko, cukry, glicerina, mannit i t. p., podlegają burzeniu przy którym wyrabia się wyskok, lecz razem z nim pojawiają się kwasy: mleczny i masłowy. PASTEUR od r. 1857 wpłynął na przekształcenie pojęć o burzeniu. Zasady tego z poprzedzającej ukształtowane nauki są następujące: gdzie przy burzeniu znajduje się zaczyn organizowany, jest on dla niego niezbędny; dla rozwoju tego zaczynu konieczny jest azot w postaci rozpuszczalnej, kwas fosforowy i ciało ulegające rozkładowi, którego tlenem zaczyn się odżywia,

rozszczenia je i wytwarza znane wytwory tego burzenia; zasiewki tych zaczynów ustrojowych rozsiane są w atmosferze. Rozwój tej nauki wprowadza na zbyt obszerne i już mniej dostępne pole. Dotknijmy tylko wkrótkości jednego pytania: czy jedna tylko komórka drożdżowa może wywoływać rozkład cukru, który burzeniem jego wyskokowem nazywamy? Ona jest tym kształtem zaczynu, który najrychlej sprawia burzenie wyskokowe, cukrów, w czystej, niemieszanej jego postaci. Bez komórki drożdżowej, i wobec innych ukształtowanych drobnowidzowych istot, rozwija się to burzenie lecz z nim razem pojawiają się burzenia kwaśne. FITZ np. otrzymywał przy pomocy schizomycetów burzenie mączki, dekstryny, gliceriny, mannitu, z utworzeniem się wyskoków i wspólnie z nimi kwasu masłowego, mlecznego, kapronowego, z wywiązywaniem się nadto kwasu węglanego i wodoru. Postrzeżenia tego rodzaju rodziły przypuszczenia, że albo, komórka drożdżowa nie jest pojedynczą postacią zaczynu, albo w niej jest kilka ciał rozpuszczalnych, działających jako zaczyny, albo ona przy rozmaitych warunkach zmienia nieco swą działalność, albo, nareszcie, ciała otrzymanywane przy burzeniu wyskokowem są stopniowemi przemianami cukru. Czyste hodowle komórki drożdżowej, wedle PASTEUR'A, przy dopuszczeniu wyżarzonego powietrza do płynu żywiącego zasiewki czystych drożdży, albo też sposobem M. TRAUBE'GO, wśród tegoż płynu z dodatkiem 6% wyskoku, dały możność poznania i bliższego studyjowania wzrastających wątpliwości.

Komórka drożdżowa może w roztworze cukru w którym jego ilość wynosi $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{10}$ jej wagi, rozłożyć taką ilość tego ciała, że wynosi ona 500 razy wagę dodanych drożdży. Ciało które w niej się wyrabia i ten rozkład wywołuje, jest związkem chemicznym bardzo trwałym, działającym jeszcze po długim czasie (34 dniach).

Wyskok jest też wyrobem ustrojów zwierzęcych.

Przepędzając tkanki i rozdrobnione narządy ciał zwierzęcych z wodą, otrzymuje się przekrop czyli destylat, w którym właściwe odczyny wskazują wyskok. Wyskok może się więc wytwarzać w tych tkankach żyjących, albo zawierają one ciała, z których przy przepędzaniu wyskok się wyrabia. Pierwsze jest prawdopodobniejszem.

W świeżem mleku, badaniem z całą należyta ostrożnością, BÉCHAMP wykrywał wyskok i kwas octowy, powstający z wyskoku przez jego utlenienie. Jako zaczyn działają, podług BÉCHAMP'A, jego *microzymas*: drobnoziarniste utwory, znajdujące się w niezliczonej ilości w rozmaitych tkankach, posiadające rozmaita dzielnosc w swem działaniu, tak że *microzymas* mięśni zdoła rozpuścić mączkę, lecz tylko *microzymas* trzustki zamienia ją na cukier. Z tych drobnoziarnistych zaczynów wykształcają się bakteryje. Te postrzeżenia BÉCHAMP'A stwierdzono.

Wyskok wykryć można w płwocinach świeżych przy okrągłym, przelekłym wrzodzie żołądka, kiedy badany chory weale wyskoku nie spożywa. Pospołu z wyskokiem znajduje się w nich glicerina, kwas bursztynowy, które zwykle w cieczach burzeniu uległych znajdujemy.

W wysiękach surowicznych, w przepocinach, zwykle znajdujemy cukier. W większej ilości jest on obecny w tych cieczach ubogich w białko, przezroczystych, o małym ciężarze gatunkowym. Takie własności przepocin dostrzegał NAUNYN przy skrobiowym (amyloidnym) zwyrodnieniu ścianek naczyń w otaczających błonach. Dostrzegano że z pojawieniem się ropy w tych płynach, znika w nich cukier. W istocie, zasługuje to na uwagę, bo wówczas przekrop z takiej cieczy daje odczynny po których wyskok rozpoznajemy. Może więc białe ciała, którym przypisują początkowanie w sprawach fermentacyjnych, wyrabianie zuczynu który krzepnienie krwi sprawia, rozkładają tu cukier, wyrabiają zeń wyskok.

W moczu wykrywano wyskok. BÉCHAMP z moczu, przy ługowem jego burzeniu otrzymał go tyle, że mógł tożsamość jego bezsprzecznie udowodnić.

W moczu przy cukromoczu (*diabetes mellitus*) znajdujemy najwięcej wyskoku który już zapewne we krwi się wytwarza, lecz bardziej jeszcze w wydzielonym moczu, z cukru który on zawiera.

W ustroju naszym wyrabia się więc wyskok; w nim samym wytwarza się ta podnieta, do której uciekamy się w celach leczniczych.

Jakże zachowuje się on skoro go w większej ilości spożywamy?

W prawidłowym stanie już napotykamy trudności w dochodzeniu dróg, któremi on w ustroju przenika, trudności wynikające z wyżej podanych faktów. Przeświadczyć się jednak można, że nie wydychamy wyskoku przez płuca; wyziewanie go przez skórę jest bardzo wątpliwem. Wyskok utlenia się w ustroju, bo z spożytej dość znacznej ilości (2 uncyje), zdołano w stanie zdrowia w moczu wykryć zaledwie 6%, w stanach zaś gorączkowych nie lub tylko 3%. Wiadomo, że w cieczach uległych burzeniu obok wyskoku zwykłego, etylowego, wytwarzają się inne należące z nim do jednego szeregu: więc wyskok propylowy, butylowy, amyłowy. Godnym jest uwagi, że te wyskoki w miarę wielkości ich cząsteczkowej wagi, w miarę więc podnoszącej się w nich ilości węgla i wodoru, wywierają trujące na ustrój działanie już ilością zmniejszającą się ze wzrostem wagi cząsteczkowej. Wiadomo że przy spożyciu silnie odurzającej ilości zwykłego wyskoku, ciepłota zmniejsza się o 2° i więcej stopni na kilka godzin. Zależy to zapewne od uposledzenia przemian chemicznych, fermentacyjnych, na które wyskok taki wpływ wywiera; lecz jeszcze bardziej od zmniejszenia prawidłowego natężenia w sprawach utlenienia, które wobec wyskoku wykazać możemy. Otóż współrzędne, wyżej wymienione wyskoki sprawiają przy mniejszych już trujących ilościach [3 do 1,5 grm. na 1 kilogram wagi ciała zwierzęcia] spadek ciepłoty fizjologicznej o 5—8 razy większy, niżli zwykły wyskok etylowy.

Czy te wyskoki znajdują się w ustroju? Nie wykryto ich dotąd.

Z burzeniem wyskokowem, z jego głównym wytworem wiąże się wyrabianie w ustroju innego, pod względem patologicznym nader uwagi godnego ciała; mamy na myśli *aceton* i zatrucie nim wywołane, *acetonæmia* zwane.

Zapach cteryeczny, raczej przypominający chloroform, jaki z ust, a także z moczu cierpiących na cukromocz niekiedy czuć się daje, jednocześnie z pogorszeniem ogólnego stanu takich chorych zwracał na siebie uwagę. PETERS, a następnie CANTANI pierwsi na to zjawisko bacznie zwrócili oko. Pierwszy wykrył *Aceton* we krwi i w moczu u jednej chorej na cukromocz, przy objawach cechujących zatrucie tym chorobowym składnikiem ¹⁾. KUSSMAUL opisał był trzy piękne postrzeżenia acetonaemii; następnie przez podskórne wstrzykiwania acetonu, wywoływał takie same objawy odurzenia i t. d., jakie u wspomnianych chorych postrzegał. Kliniczne spostrzeżenia tego rodzaju, potwierdzały te pierwsze przez PETERS'a podane wskazówki. Cechującym dla acetonaemii jest niespodziane pojawienie się duszności, częstość i siła ruchów oddechowych, spadek rytmu z 36—40 ruchów oddechowych do 16 na minutę, przyczem dostrzegano zmianę w miarowości oddychania, polegającą na przedłużeniu przerwy między wdychaniem i wydychaniem, ogólne podniecenie, tętno małe i przyspieszone [120—140], bledźść twarzy, chłód kończyn, poniżenie ciepłoty z 38° na 35,9°, nareszcie śpiączka w ostatnich kilku godzinach.

Aceton używany przy gruźlicy, w ilości jednej do półtorej drachmy na dobę, działa jako lek podniecający i odurzający. Wykrycie jego w przereczonym okresie cukromoczu i podobne objawy spowodowane przez wdychanie lub podskórne wstrzykiwanie u zwierząt, dają pewną przewagę przy puszczaniu, że odeń zależą wyżej wymienione chorobowe zjawiska.

Obok acetonu pojawia się wyskok w moczu takich chorych. Pierwszego otrzymywano, w niektórych przypadkach, dość znaczną ilość z 73 litrów 33 gramy czyli około 0,45%.

Jak można sobie tłumaczyć wytwarzanie się acetonu w ustroju.

Znany jest związek, który z eteru octowego otrzymujemy i kwasem etylo-dwuoctowym nazywamy. Przy ogrzewaniu wodnego roztworu tego połączenia, rozpada się ono i aceton jest jednym z trzech wytwarzających się ciał obok wyskoku zwykłego. Starano się go wykrywać w moczu, lecz wypadki poszukiwań nie były dość dowodne. Prawdopodobnie aceton, po społu z wyskokiem, jest wynikiem fermentacji cukru w ustroju. (d. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Zaburzenia czucia w skutek chorób mostu Warol'a.

Przez d-ra Ludwika CONTY'EGO.

Streścił dr. T. Dunin.

(Dokończenie.— Zob. N. 9).

II. Drugą postać zaburzeń czucia w skutek chorób mostu W. stanowi *nieczułość ogólna*; postać ta daleko rzadziej od poprzedniej się wydarza i za bezwarunkowo śmiertelną uważana być winna. Jak to

¹⁾ Znajdowano następnie aceton w wydychanem powietrzu, przy tych samych warunkach.

już wyżej mówiliśmy, skrzyżowanie włókien czuciowych ma miejsce w istocie szarej, leżącej pomiędzy rdzeniem przedłużonym a mostem W. na dnie czwartej komórki. Uszkodzenie tego właśnie miejsca pociąga za sobą znieczulenie ogólne. Ale, jak to już wiadomo, skrzyżowanie to włókien nie odbywa się pęczkami, ale w istocie szarej, skutkiem czego jedne części mogą zastępować inne i ogólne znieczulenie wtedy tylko powstac może, gdy cała ta istota szara zniszczeniu ulegnie. Z tego to powodu zdarzają się nie zbyt rozległe wylewy krwiste na dnie czwartej komórki, które żadnej utraty czucia nie powodują; aby ta powstać mogła zniszczenie musi być tak znaczne, iż życie przy niem staje się niemożliwym. Dla tego rychła śmierć towarzyszy zawsze znieczuleniu tego rodzaju.

III. Znieczulenie połowiczne skrzyżowane stanowi jedną z najciekawszych postaci znieczuleń i od jednostronnej tem się wyróżnia, że znieczuleniu ulega nie ta sama strona twarzy co i tułowia, ale przeciwna. Tej postaci choroby mogą towarzyszyć i porażenia, z których najczęściej spotykamy porażenie połowiczne skrzyżowane; znieczulenie zaś samo może się ograniczać nie tylko do skóry, ale dotyka i błony śluzowej oka, nosa, ust i t. d. Badanie posmiertne wykrywało zwykle w tych razach nowotwór, który uciskał dolną część mostu W. i górną rdzenia przedłużonego. Przypomniawszy sobie to, cośmy wyżej o rozkładzie włókien czuciowych powiedzieli, łatwo pojąć, w jaki sposób podobny ucisk spowodować może znieczulenie skrzyżowane. W rzeczy samej wiadomo, że uszkodzenie bocznej części mostu W. wywołuje znieczulenie po stronie przeciwnej, uszkodzenie zaś jądra w rdzeniu przedł. znieczulenie po tejże stronie; jeżeli zatem obie te części po jednej stronie zniszczone będą, to otrzymamy znieczulenie kończyn i tułowia, zależne od uszkodzenia mostu po stronie przeciwnej, a znieczulenie n. trójdzielnego, zależne od uszkodzenia jego jądra w rdzeniu przedł. po tejże stronie, na którą ucisk był wywarty. Ze zaś twarz po stronie przeciwnej nie bywa znieczulona, jak to w znieczuleniu jednostronnem ma miejsce, to pochodzić może z tego powodu, że ucisk na most ograniczał się do jego dolnych części, nie dotykając górnych, w których właśnie włókna czuciowe n. trójdzielnego przebiegać mogą.

IV. Zdarzają się nareszcie przypadki, w których znieczulenie ogranicza się do nieznacznej tylko powierzchni skóry. Najczęściej pozbawiona bywa czucia jedna połowa twarzy, jak to w przypadkach HEIDENREICH'A, STIBEL'A i HAULEY'A miało miejsce; czasami jednak znieczulenie jeszcze bardziej bywa ograniczone i zajmuje tylko połowę podniebienia (HALLOPEAU), lub tylko sluchu dotyczy (VOISIN, GAIRDNER). We wszystkich tych przypadkach znajdowano bądź wylewy krwiste, bądź nowotwory, uciskające dolną część mostu i górną rdzenia przedł., ale z a w s z e p o s t r o n i e o d p o w i a d a j ą c e j znieczuleniu. Nie ulega wątpliwości, że znieczulenie zależało w tych razach od uszkodzenia jądra n. trójdzielnego, lub sluchowego, w rdzeniu przedł. położonego i ta właśnie okoliczność naprowadza nas na myśl, że włókna obydwóch tych nerwów, wyszedłszy z odpowiednich jąder w rdzeniu przedłużonym, nie krzyżują się wcale, ale wprost do odpowiedniego narządu tejże strony się udają.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć dwie ostatnie postaci zaburzeń t. j. n a d c z u ł o ś ć (*hyperesthesia*), która albo może być ogólną albo też do jednej połowy ciała ograniczoną. Warunki powstawania tej ostatniej daleko lepiej są znane; towarzyszy ona zawsze porażeniom i albo prędko znika, albo też przechodzi w znieczulenie. Nadczołość wyraża się czasami tylko w podniesionej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, w innych zaś razach do rzeczywistego nerwobólu wznieść się może. Badanie posmiertne wykrywało zwykle wylew krwisty w środkowych częściach mostu

i ta okoliczność tłumaczy nam właśnie, dla czego nadezłość występuje zawsze łącznie z porażeniem. Prawdopodobnie włókna czuciowe nie ulegają tu zniszczeniu, ale tylko podrażnieniu i dla tego nadezłość często tylko początkowemu okresowi choroby towarzyszy; tam gdzie ona w znieczulenie przechodzi, tam przypuszczamy, że zniszczenie i na boczne części mostu przeszło. Tak więc nadezłość jest następstwem podrażnienia, ale czego? Czy istoty szarej w której skrzyżowanie włókien się odbywa, czy też samych włókien? Dziś trudno jest na to odpowiedzieć, zdaje się jednak, że drugie przypuszczenie więcej ma danych za sobą.

Co się wreszcie nadezłości ogólnej dotyczy, to łatwo pojąć, że może być ona następstwem spraw chorobnych, mających swe siedlisko w tych tylko miejscach, gdzie wszystkie włókna czuciowe razem są zebrane, t. j. w miejscach ich skrzyżowania. Jakoż w rzeczy samej znajdowano zwykle nowotwory opodal mostu leżące, które jednak ucisk na dno czwartej komórki wywierały. Łatwo również zrozumieć, dla czego sprawy chorobne, w samym moście siedlisko swe mające, tej postaci nadezłości nie powodują, w tym bowiem razie uszkodzenie jest tak silne, że wywołuje nie podrażnienie włókien czuciowych, ale ich zupełne zniszczenie, a tem samem i znieczulenie.

Streszczając wszystko to, cośmy dotychczas o zaburzeniach uczucia przy chorobach mostu W. powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że:

1) Najczęstszą przyczyną tych zaburzeń bywają wylewy krwiste; nowotwory powodują zwykle albo znieczulenie, albo nadezłość ogólną. Inne przyczyny jak zator tętnicy, tętniaki i t. d. bywają rzadko przyczyną chorób opisanych.

2) Postać choroby zależy od siedliska zmian w moście; zniszczenie zewnętrznych pęczków powoduje znieczulenie i to jest najważniejsze prawidło; stosownie do rozmaitej wysokości rozmaite odmiany znieczulenia są możebne. Uszkodzenia, ograniczone wyłącznie do rdzenia przedłużonego, nie pociągają za sobą zaburzeń uczucia.

3) Ze zmysłów najeźsiej porażony bywa słuch i to albo po stronie przeciwej, albo odpowiedniej; w pierwszym razie siedlisko choroby jest wyżej w moście, w drugim niżej około jąder rdzenia przedłużonego.

4) Porażenia mięśni najrozmaitsze być mogą i żadnej postaci znieczulenia nie odpowiada pewna, ściśle oznaczona postać ich porażenia.

Leczenie rzeżączki przewlekłej.

Streszczenie tymczasowego doniesienia d-ra GSCHIRIAKL'A ¹⁾.

Przez E. Klinka.

Od czasu, kiedy DESORMEAUX zastosował wziernik do badania cewki moczowej, wprowadzono do leczenia przewlekłej rzeżączki bardziej racjonalne sposoby leczenia tego upartego cierpienia. Pomijając opis narzędzi od czasu DESORMEAUX wynalezionych, a służących do badania zmian chorobowych błony śluzowej cewki moczowej, musimy zaznaczyć że dziś powszechnie prawie używane są do endoskopii przyrządy zalecane przez J. GRÜNFELD'A, a opisane w jego rozprawie: *Der Harnröhrenspiegel (das Endoskop) seine diagnostische und therapeutische Anwendung*. Wiedeń 1877.

Obycie się z wziernikiem jest koniecznem przy wszystkich sposobach

¹⁾ Zur Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers w czasopiśmie *Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis*. Zeszyt IV 1877. Wiedeń.

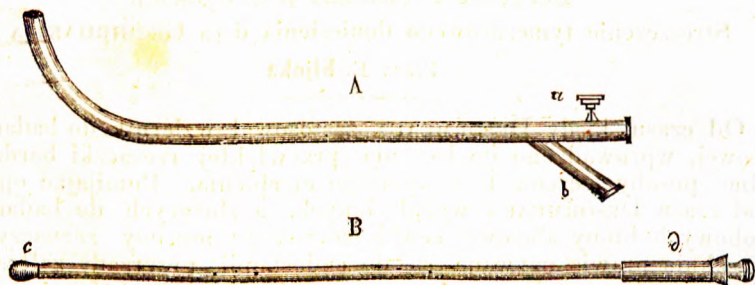
miejscowego leczenia cierpień cewki moczowej, a więc i przy sposobie leczenia, który tu wedle rozprawy GSCHIRHAKL'A podać zamierzamy.

Prócz zmian chorobowych błony śluzowej cewki moczowej, występujących przy przewlekłej rzeżączce, a dających się oznaczyć przy pomocy wziernika, najważniejsze objawy są: wypływ śluzowy (*goutte militaire*) i nitki śluzowe pojawiające się w moczu mianowicie po każdym dłuższym nieoddawaniu takowego.

Co się tyczy ciałek śluzowych, to G. zaznacza, że te ostatnie nie są koniecznie wyrazem nieżyty długotrwałego gruczoloków w błony śluzowej cewki moczowej, lecz mogą się tworzyć także i przy innych cierpieniach błony śluzowej (*Hyperplasia, Granulationes*); tylko że nitki śluzowe z gruczolów pochodzące są daleko cieńsze i mają kształt odmienny od nitek pochodzących z wolnej powierzchni błony śluzowej

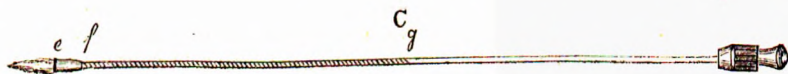
Środki lekarskie wprowadzane do cewki moczowej są: albo 1) w stanie stałym, albo 2) w stanie płynnym, albo 3) w postaci maści. Zastosowanie leków w stanie stałym odbywa się, albo zapomocą sposobu wpyłania (*insufflatio*) albo przy pomocy osobnych przyrządów (LALLEMAND, MERCIER); zastosowanie leków w postaci maści odbywa się albo przez posmarowanie świeczki (*bougie*) maścią, albo przez świeczki z maści twardej zrobione (THIRY), albo też przez wprowadzenie małych czopków do cewki moczowej (DITTEL'A *porte-remède*). Sposoby te mają pewne zalety, lecz daleko więcej złych stron i ustąpić muszą przed zastosowaniem leków w postaci płynnej. I przy leczeniu zmian chorobowych błony śluzowej innych narządów, najwięcej są używane leki w stanie płynnym. GSCHIRHAKL włąśnie zaleca przy swoim sposobie leczenia użycie środków płynnych. Sposób ten zależy na tem, aby przy pomocy wziernika ulegającą zmianom chorobowym błonę śluzową cewki moczowej zapędzłować odpowiedniami środkami lekarskimi.

Jak wiadomo najczęściej rzeżączka przewlekła, a raczej zmiany przez nią spowodowane, pomieszczać się w części błoniastej i krokowej cewki. Przed zastosowaniem więc sposobu leczenia G. należy zapomocą skrzywionego (w postaci cewnika) wziernika GRÜNFELD'A przekonać się o zmianach wzmiankowanego miejsca. GSCHIRHAKL używa dla pędzlowania błony śluzowej cewki moczowej chorobowo zmienionej następującego przyrządu. Składa się on ze srebrnego cewnika A, z przewodnika (angielskiej świeczki) B, i z pendzelka C.



Cewnik z jednego końca tępo zakończony na drugim ma śrubkę (a) i pod kątem 45° zgiętą cewkę (b). Przewodnik zakończony jest oliwką (c) dokładnie wypełniającą koniec cewnika i metalową rączką (d). Pendzel z włosia wielbłąda lub tchórza wprawie srebrnej (e) dobrze umoco-

wany i na drucie do połowy swej (*f, g*) nacięty spiralnie (gwint spiralny) co ma służyć w celu łatwiejszej manipulacji pendzlem w cewniku.



$\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości.

Sposób użycia przyrządu jest następujący. Przedewszystkiem zakładamy przewodnik *B* w cewnik *A* i zapomożą śrubki *a* utwierdzamy go. Naoliwiony cewnik wprowadzamy do miejsca, które poprzednio już oznaczyliśmy jako chorobowo zmienione przy pomocy endoskopu. Znajdując się w właściwym miejscu, utwierdzamy palcami cewnik i wyjmujemy przewodnik. Chory podczas tych rękoczynów musi zachowywać się najspokojniej. Wprowadzenie pendzelka odbywać się musi z pewną ostrożnością, aby się włos nie potargał, a doprowadziwszy pedzelek do błony śluzowej w cewnik wystającej, cofamy nieco ku sobie cewnik, aby tym więcej wysunąć pedzelek z cewnika. Wprowadzenie samego środka lekarskiego odbywa się przez zgiętą cewkę *b*, przez którą wstrzykujemy płyn za pomocą małej strzykawki np. PRAVAZ'A. Płyn ten wstrzyknięty dojdzie aż do pendzelka i takowy dobrze nim napojony zostanie. Trzymając więc cewnik lewą ręką, prawą możemy poruszać pendzelkiem. Przestrzeń, jaką mamy zapendzlować, zależy będzie od rozległości zmian chorobowych błony śluzowej cewki moczowej. Przy pewnej wprawie rękoczyn ten jest łatwym do wykonania.

Przy stosowaniu tego sposobu leczenia G. zauważył że podrażnienie cewki moczowej jest daleko mniejsze niż np. przy przyżeganiu cewki *arg. nitr.* sposobem LALLEMAND'A; w jednym tylko przypadku w skutek pędzlowania powstało podrażnienie pęcherza moczowego i niezbyt tegoż narządu, a miało to miejsce podczas, że tak powiemy próbnych manipulacji z tym sposobem leczenia. Chorzy znoszą ten rękoczyn bardzo dobrze.

Wskazania do użycia tego sposobu leczenia są: przewlekłe rzeżączki, połączone już z przerostem tkanki łącznej podśluzowej, niezbytowe cierpienie gruczołów LITRE'GO, COWPER'A i gruczołu krokowego, owrzodzenia gruczołów błony śluzowej cewki moczowej.

Same środki lekarskie i ich przygotowanie (stężenie) zależą od tego czy działać chcemy ściągająco, czy też przyżegająco. Pomiędzy jednym pendzlowaniem, a drugim upłynąć powinno około 2 dni, co wreszcie zależy od oddziaływania chorego.

Używamy zwykle roztworów azotanu srebra, jodu w glicerynie, lub też *cuprum aluminium*.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O związku choroby Basedowa z obłąkaniem i chorobami nerwowemi. TROUSSEAU pierwszy zwrócił uwagę na to, iż szczególnego rodzaju rozdrażnienie nerwowe nierazko towarzyszy chorobie BASEDOW'A. Usposobienie chorych takich nieraz tak się zmienia (mówi on), że osoby otaczające ich, rady sobie z nim dać nie mogą. Znałem młodą kobietę, która odznaczała się łagodnym usposobieniem, a pod wpływem choroby, o której mowa, stała się złą, prawie gwałtowną; oprócz tego spostrzegać się nieraz daje bezsenność; chorzy czują się osłabionymi i jakby znużonymi, a jednakże powstrzymać się od ruchów nie mogą. O innej chorej powiada T., że tak była rozdrażnioną, iż obawiano się żeby obłąkania nie

dostała. Najciekawszą jest historyja 60 letniej kobiety, która zmęczona do najwyższego stopnia pielęgnowaniem chorego swojego ojca, po śmierci tego ostatniego płakała noc całą i nagle uczuła jak jej oczy „puchły” i gruczoł tarczowy silnie nabrzmiał, jednocześnie uczuła chora silne bicie serca. W kilka dni potem DESMARRRES cierpienie jej jako chorobę BASEDOW'A uznał. FÉREOL (*L'union med.* 1874. Nr. 153) również opowiada przypadek, w którym rozdrażnienie nerwowe w wysokim stopniu połączone było z tą chorobą. ŁUCZKIEWICZ opisuje w „GAZECIE LEKARSKIEJ” z d. 22 Grudnia r. z. ciekawy przypadek choroby BASEDOW'A, której także towarzyszyły zaburzenia w układzie nerwowym; objawiały się one w postaci drżenia i trzęsienia z początku ręk i nóg, a później całego tułowia, języka i t. d.

W ostatnich czasach w „LANCETIE” opisano dwa przypadki, w których stwierdzono ścisły związek choroby BASEDOW'A z obłąkaniem. Pierwszy dotyczył 28 letniej artystki umieszczonej w Londyńskim domu obłąkanych *Bethlem Hosp.* (*Lancet.* Nr. 17—1877). Na 10 tygodni przed wstąpieniem do tego zakładu, chora zaczęła być niespokojną i hałaśliwą, przyczem odrazu zauważano obrzmienie gruczołu tarczowego i wystąpienie na zewnątrz galek ocznych. Jedna z jej siostr miała także wystające oczy i wole. Chora była dobrze odżywiana, mówiła dużo i głośno, ale bez związku, gestykulowała gwałtownie, śmiała się dziko, skakała i tańczyła w nocy w nocnym swoim ubraniu. Łaknienie miała prawidłowe, ale narzekała na silne bicie serca. Choroba umysłowa szybko się rozwijała. Chora wkrótce nabierała wstrętnych i obrzydliwych obyczajów, nie tylko bowiem smarowała całe ciało swoje własnym kałem, ale faktycznie go jadła. W 10 tygodni po wstąpieniu do zakładu, dostała silnych wymiotów i rozwolnienia i szybko zaczęła na ciele opadać. Tętno biło 135 r. na minutę oddychanie 40. Oczy występowały z oczodołów coraz więcej, gruczoł tarczowy coraz to większym się stawał, bicie serca było alarmujące. Nazajutrz po pokazaniu się tych objawów (środki ściągające żadnego nie wywarły skutku) tętno biło 140 razy, oddech 50, cieplomierz wskazywał 37,77 °C. (100° F.). Dnia następnego osłabienie znacznie się powiększyło i chora życia dokonała. Przy oględzinach pomiarowych nie osobiłwono nie znaleziono. Lekkie stłuszczenie ścianek tętnicy głównej (*aorty*). Gruczoły Peyer'a były przekrwione i obrzmiałe, ale owrzdzeń nie było. Przynereza były miękkie i rozplywające się ale złogów żadnych w nich nie było. Drobnowidzowe poszukiwania nie wykazały żadnych nieprawidłowości w nerwie współczulnym.

Drugi podobny przypadek opisuje dr. CANE z Peterborough w „LANCETIE” z d. 1 Grudnia r. z. Wezwany do 42 letniej wdowy w Lipcu 1876 r. znalazł on u niej znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, silnie wystające galki oczne i bicie serca tak mocne, iż chora sypiać skutkiem tego nie mogła. Chora była bardzo rozdrażniona i miała rozmaite chorobliwe przywidzenia; między innymi zdawało jej się że rozmaici ludzie w niej się kochają i naprzykrzała się im swojemi oświadczeniami. Po użyciu wileczej jagody chora miała się lepiej, wkrótce jednak dostała gorączki, którą ją znacznie osłabiła. Około Bożego Narodzenia 1876 r. stała się melancholiczną i dostała gwałtownych napadów. Raz chciała przez okno wyskoczyć i w ogóle często usiłowała odebrać sobie życie. Miewała rozmaite widzenia djabłów i t. d. Nie mogąc już trzymać jej w domu, rodzina oddała ją do domu obłąkanych. Po 6 miesiącach wypuszczono ją jako rekonwalescentkę. Objawy choroby BASEDOW'A wzmagaly się jednak i stawały się coraz to uciążliwszemi.

W parę dni potem przyzwano śpiesznie d-ra C. do chorej, która (nie wiadomo czy z umysłu) zażyła pewną dawkę strychniny; kuroze tężowe wkrótce przeszły ale stan zdrowia chorej od tej chwili stał się o tyle gorszym iż musiano ją znowu oddać do domu obłąkanych, gdzie do obecnej chwili się znajduje.

G. Fritsche.

Przypadek zwichnięcia i złamania 6-go i 7-go kręgu szyjowego, połączonego z nadzwyczaj niską ciepłotą ciała. H. HEYNOLD opisał przypadek tego rodzaju, ciekawy tak z powodu rzadkości podobnych obrazów, niesłuchanie ważnych pod względem fizjologicznym, jak również z powodu nadzwyczajnie niskiej ciepłoty ciała u chorego. Dnia 22 Marca 1877 r. górnik 30 lat liczący z Zwickau, spadł na głowę z wysokości 8 metrów. Chory przytomny był zupełnie, lecz nie mógł się poruszyć. Uskarżał się na trudność oddychania, i na silne bóle w okolicy łopatek, mówił z trudnością i jękał się. Chory niespokojny, prosił o ciągłą zmianę położenia bez widocznej ulgi. Ramiona oddalone nieco od tułowia i nieco

na wewnątrz wywrócone, przedramiona w położeniu silnie nawrotnem i zgiętem, palce także zgięte. Chory silnie zbudowany, skóra blada, zimna. Na porostej włosami części głowy znajdowało się pięć ran w różnych kierunkach; dwie miały długość 7 ctm. i sięgały w niektórych miejscach aż do kości ogołoconej. Oprócz tego w okolicy prawego kąta żuchwy znajdowała się rana skórna długości 4 ctm. Zrenice mocno ściągnięte, lecz przy silnem oświetleniu ściągały się jeszcze mocniej, powieki poruszały się swobodnie. Na twarzy małowal się przestach, chory krzyczał jakby go bito, że nie wytrzyma z bólu. Mięśnie twarzy nie były porażone, z uszów nie wyciekało, język swobodnie się poruszał, był suchy i czerwony. Dla zbadania kręgosłupa, chorego zachloroformowano i ułożono na brzuchu. Skóra karku przedstawiała dwie grube fałdy poprzeczne takie, jakie spotykamy zwykle u ludzi bardzo otyłych. Głową było można swobodnie poruszać. Przy szczegółowem badaniu stosu kręgowego, w okolicy 6-go kręgu szyjowego można było wyczuć słabe trzeszczenie (*crepitatio*), a powyżej 7-go kręgu szyjowego, który był bardzo wydatny, znajdowała się przerwa w idących od dołu ku górze wyrostkach ościstych (*processi spinosi*), stosu kręgowego. Poniżej 7-go kręgu szyjowego wyrostki ościste szły normalnie. Przypuszczając zwłknięcie kręgow sprobowano odprowadzenia: silnem wyciąganiem głowy i przeciwwyciąganiem tułowia, lecz próby te pozostały bez skutku. Nie znaleziono ani na szyi ani na tułowiu żadnych innych uszkodzeń.

Klatka piersiowa dobrze rozwinięta, mało się poruszała przy ruchach oddechowych, przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte. Oddechanie zupełnie nieregularne, powierzchowne. Przy wysłuchiwanu tony serca bardzo powolne, z wyraźnym przestankiem między 1-m i 2-m tonem, z ilością 40 — 44 uderzeń na minutę. Brzuch naprężony, lecz nie wzdęty z odgłosem wszędzie bębniстым. Prącie naprężone, żołędź ogołocona i w niepełnem naprężeniu. Na końcu żołędzi nieco białego śluzowatego płynu (nasienia). W kończynach górnych chory mógł w części tylko zginać przedramiona i palce. W palcach u rąk i przedramionach, czucia nie miał, w obydwóch ramionach czucie nieznaczne. Na tułowiu z przodu czucie zachowane było tylko do brodawek piersiowych, poniżej czucia nie było zupełnie. Na twarzy czucie zachowane, polykanie i mowa prawidłowe. Kończyny dolne całkowicie porażone i nieczule. Wymiotów nie było zupełnie, chory nie oddawał stolca ani moczu.

Ciepłota zmierzona u chorego z wszystkimi ostrożnościami, w 15 minut po badaniu (5 godzina wieczorem) wynosiła 30,9⁰ C. tętno 41; w jelicie stołcowem przy wprowadzeniu termometru na 7 ctm. głęboko wynosiła 31,8 C.; ciepłota skóry tułowia i kończyn mierzona odpowiedniami termometrami wynosiła 30,0—30,5⁰. O god. 9-ej wieczór ciepłota w dole pachowym 30,6⁰, w jelicie stołcowem 31,8⁰. Ciepłota mierzona u chorego w dole pachowym aż do śmierci była następująca:

22-go 9 god. wieczorem 30,6.	1 w nocy 31,8	10 rano 34,0	3 po poł. 35,0
11 god. wieczorem 31,8.	23-go 31,6	11 „ 34,2	4 „ 35,6
	5 rano 31,8	12 w poł. 34,6	5 „ 35,6
	7 „ 33,4	1 „ 34,8	6 „ 36,8
	9 „ 31,6	2 „ 34,8	8 „ 37,
			10 w nocy 37,4
			12 „ 38,4

24-go 6 rano 38,6, 7-ma rano 39; śmierć.

Następnego dnia po wypadku, chory czuł się trochę lepiej, przyjął nieco pokarmu. Wieczorem pojawił się kaszel, lecz chory nie mógł wykaslać nagromadzonych mas śluzu, tętno 48. Zalecono na noc 0,02 morfiny podskórnie. Mocz wypuszczony cewnikiem był ciemno-czerwony, bez białka i cukru, w ilości 1100 ctm. c. W nocy chory był spokojny, lecz nad ranem trudność oddechania się powiększyła, a o god. 6-ej wystąpił napad duszności. O god. 7 1/2 przy objawach zaduszenia i porażenia serca, nastąpiła śmierć.

Rozbioru zwłok dokonano w 6 godzin po śmierci: Stępienie pośmiertne w kończynach dość znaczne. Z tyłu na karku głębokie i szerokie fałdy zauważane już za życia. Wyrostek ościsty 7-go kręgu szyjowego mocno wystający. Na głowie i szczęce górnej powyżej wymienione rany. Jelita, po otworzeniu jamy brzusznej, mocno wypełnione guzami.

Worek sercowy pokryty tłuszczem, serce dość duże, lewa jego połowa ściągnięta, prawa wiotka. Prawy przedsionek zawierał ciemną, płynną krew, także prawa komórka. Lewa komórka pusta. Zresztą serce normalne. W płucach nieznaną obrzęk. Nerki i śledziona krwią przepełnione.

Po otwarciu czaszki przekonano się, że żadna z ran nie spowodowała naruszenia całości kości, osłona miękka obfitowała w krew, mózg, mózdzek i rdzeń przedłużony nie zawierały nigdzie wylewów krwi. Oddzieliwszy tchawicę, przelyk i przepiłowawszy obojczyki i pierwsze żebra spostrzegano się na stosie kręgowym wyniosłość odpowiadającą trzonowi 6-go kręgu szyjowego. Po odpreparowaniu stosu kręgowego od tyłu spotykało się znaczne zniażdżenie mięśni leżących powyżej i w bliskości *lig. nuchae*. Wyrostek ościasty 6-go kręgu szyjowego w części odlamany, trzon 7-go kręgu szyjowego całkowicie rozdzielony, a 6-ty krąg szyjowy zwłasnity był całkowicie ku przodowi z rozdarciem więzów bocznych. Po oddzieleniu kręgosłupa od tyłu, mięśni i odlamków kostnych, rdzeń kręgowy ze swoimi osłonami okazał się odkrytym na przestrzeni 1,5 ctm. Osłona twarda mocno zaczerwieniona i pokryta wylewami krwi. Po przecięciu takowej spotykało się szaroczerwona masę przypominającą rdzeń kręgowy tylko w części zewnętrznej. Przy wyjęciu go znalaziono mnóstwo wylewów krwi w osłonie twardej od 6-go kręgu szyjowego do 3-go grzbietowego. Rdzeń kręgowy przecięty poprzecznie przedstawiał się od 3-go kręgu szyjowego przepełniony krwią w szarej swej istocie, między 6-m i 7-m kręgiem szyjowym budowy rdzenia kręgowego odróżnić nie można. Ku dołowi zmiany w rdzeniu kręgowym były coraz mniej widoczne, a w okolicy 3-go kręgu grzbietowego kręgowy przedstawiał się on prawidłowym. (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 39 1877), E. Modrzejewski.

Kurcz tęczówki i mięśnia nastawczego oka (*spasmodismus et musculi accommodationis*), z następową krótkowzrocznością (*myopia*) u hysteryczki. Ciekawy przypadek tego cierpienia spostrzegł dr. X. GAŁĘZOWSKI w Paryżu, w prywatnej swej klinice u E. 38 letniej hysteryczki. O ile wywiady okazały, chora od lat 20, to jest, pierwszej ciąży, przedstawia objawy hysterii. Z początku były to „napady nerwowe” przychodzące po każdej miesiączce (*menstruatio*), cechujące się uczuciem kuli wstępującej wzdłuż dołka podsercowego, bardzo silnem zatchnięciem, naprzemian płaczem lub śmiechem i zupełną utratą przytomności. Potem dołączyła się do tego sztywność (*contractura*) kończyn. Od 5 — 6 lat napady te więcej się nie powtarzają, chora uskarża się na osłabienie wzroku, zawroty głowy, bóle strzelające w goleni lewej i moczociek (*incontinentia urinae*). Obecnie G. znalazł u chorej sztywność kończyny lewej, lekkie znieczulenie całej lewej połowy ciała, obie tęczówki tak silnie ściągnięte (*myosis*) iż niepodobna obejrzeć dna oka. Ostróść jednak widzenia, pole widzenia, zdolność rozpoznawania barw są niezmienione. Badając chorą po raz drugi 21 Paźd. r. z., stwierdził on iż źrenice mają tylko 2 średnicy i chora jest krótkowzroczną (= 5,75). Po wkropleniu atropiny źrenice rozszerzają się do 6 m. w średnicy i wtedy silna jest nadwzroczność (*hypermetropia*), bo chora dopiero szkłem wypukłym 1,25 może widzieć wdali. Chora po kilkakrotnie była leczoną przez naskórne nakładanie różnych metali (*metalloterapia*) przez dr. BURCQ'Ą w obecności prof. CHARCOT. Tylko blaszki srebrne wywierały wpływ na uczucie, lecz żaden metal nie mógł znieść kurczu m. nastawczego, tak iż *myopia per contracturam* trwa wciąż bez zmiany i wszystkie środki przeciwkurczowe (*antispasmodica*) okazały się bezskutecznymi.

W uwagach jakie G. uczynił nad historiją cierpienia, przy przedstawieniu chorej na jednej ze słynnych niedzielnych lekyj prof. CHARCOT'Ą w Solpétrière, nadmienil on iż wedle jego wiadomości, przypadek podobny nie był jeszcze dotychczas opisanym u hysteryczek. W ogóle nawet *myopia spasmodica* jest wedle G. bardzo rzadką. Przytoczyć może tylko 2 przypadki GRAEFE'GO (*Arch. f. Ophthal.* Bd. II) kurczu tonicznego m. nastawczego, które GRAEFE wziął za objaw zwrotny (*reflex*) zależny od cierpienia nerwów czuciowych i 2 swoje przypadki: 1) gdzie krótkowzroczność z kurczem m. nastawczego wystąpiła u młodej kobiety, która chciała się otruć dużą dawką makowca (*opium*). (*Recueil d'Ophthal.* 1874), 2) niedawno spostrzegany u chorego dotkniętego przymiotem (*syphilis*). Kurcz tęczówki (*spasmodismus, myosis spasmodica*) nie jest rzadkim objawem, bywa bardzo często przy wjadzie

rdzeniowym (ROMBERG, DUCHENNE, CHARCOT), przy cierpieniach serca (EULENBURG, GUT-TEMANN, GIORANNI), lecz wtedy kurcz ogranicza się tylko do włókien promienistych tęczówki, a m. nastawczy nie jest nigdy zajęty. Kurcz jednocześnie obu mięśni (tęczówki i nastawczego) należy do b. rzadkich wyjątków. (*Progrés méd.* 1878. N. 3). W. G.

Wpływ ciąży na przebieg suchot. ORTEGA (*Thèse de Paris ref. w Deuts. Zeits. f. prakt. Medicin.* N. 2 1878) pod tym względem przytacza 34 własnych spostrzeżeń i 61 innych autorów. U 15 kobiet u których przed powstaniem ciąży istniały objawy suchot nastąpiło razem 20 zapłodnień: z tych zaledwie 10 dzieci było donoszonych i 6 kobiet zmarło przy porożu, u 7 innych po następnym porożu można było znaleźć objawy daleko posuniętych suchot płucnych (jamy i t. d.); 17 kobiet, u których przed zajęciem w ciążę istniało tylko podejrzenie sprawy suchotniczej, odbyły razem 33 porodów; z nich 6 zmarło na gruźlicę w czasie porożu, 20 zaś noworodków umarło na tęż samą chorobę w ciągu pierwszych sześciu tygodni życia. Najgorsze jednakże wyniki spostrzegano u kobiet, u których pierwsze objawy suchot dopiero w pierwszej połowie ciąży zauważano. Z 20 dzieci zrodzonych z tej kategorii kobiet było zaledwie 11 donoszonych, a z tych 8 zmarło wkrótce po urodzeniu, a 12 kobiet zmarło z suchot w pierwszym tygodniu porożowym. Z 29 kobiet u których suchoty objawiły się w drugiej połowie ciąży zmarło 11.

Sprawozdawcy wydają się cyfry te nieco przesadzone, w każdym razie jednakże daje się z nich wyprowadzić bardzo prosty wniosek, o ile lekarz powinien energicznie protestować przeciw wydawaniu zamaż nie tylko już dotknięte suchotami kobiety ale nawet te, u których mamy najmniejsze podejrzenie istnienia tej sprawy, a szczególnie gdzie istnieje usposobienie dziedziczne jakto spr. w swojej pracy o rokowaniu w suchotach płucnych starał się również wykazać.

A. Sokolowski.

Zapalenie płuc przyrody przymiotowej. (*Die syphilitische Pneumonie*). Prof. ZACHARIN z Moskwy opisuje (*Berl. klin. Woch.* Nr. 3—1878) dwa przypadki, które podług niego mają przedstawiać typowe postaci tak zwanego czystego zapalenia płuc przyrody przymiotowej. Pierwszy dotyczył 30 letniego osobnika, dobrze zbudowanego bez usposobienia dziedzicznego. Tenże cierpiał od 6-ciu lat na wyraźne objawy choroby przymiotowej, od kilku zaś tygodni wystąpiła krótkość oddechu i wreszcie zaciśnięcie w piersi. Badanie przedmiotowe wykazało, że u chorego z bardzo dobrze rozwiniętą klatką piersiową istniało stopienie odgłosu opukowego w obu okolicach podobojczykowych, tamże oddech nieokreślony i nieco nie dzwięcznych rżężeń. Inne narządy były prawidłowe. Autor zalecił choremu leczenie przeciw przymiotowe pod postacią *D-ti Zietmani fort.* pół funta dziennie. Po upływie czterech tygodni podobnej kuracji, miały zniknąć w zupełności wszelkie wyżej opisane objawy, a więc krótkość oddechu, stopienie, oddech nieoznaczony i t. d.

Drugi przypadek dotyczył również trzydziestoletniego osobnika i jest prawie zupełnie podobnym do pierwszego, dla tego opis jego opuszczamy. Autor po opisie szczegółowym owych dwóch przypadków przez siebie spostrzeganych i jeszcze po wzmiankowaniu o podobnym trzecim przypadku spostrzeganym przez d-ra FLOROFF'A, podaje w końcu następujące cechy zapalenia płuc przymiotowego, a zarazem mające stanowić podstawę do rozpoznania różnicowego i wyłączenia zwykłej postaci przewlekłego zapalenia szczytów płucnych: 1) właściwa charakterystyczna anamneza; 2) dobry stan ogólny chorego, 3) obiektywne cechy zgęszczenia płuc t. j. stopienie odgłosu opukowego, zmiany szmerów, oddechowych krótkość oddechu, zapadnięcie okolice pod i nadobojczykowych i t. d.; 4) brak krwioplucia, kaszlu, płwociny i rżężeń (? ref.); brak gorączki; 6) wpływ pomyślny leczenia przeciwprzymiotowego.

Przypadki te podług zdania sprawozdawcy przedstawiają ważny interes kliniczny, dotychczas bowiem opisane przypadki zapalenia płuc przymiotowego głównie dotyczyły zajęcia dolnych lub średnich ustępów płuc; z drugiej jednak strony spraw. nigdy nie może się zgodzić na wnioski podane przez autora, wszystkie bowiem owe cechy charakterystyczne, z wyjątku naturalnie punktu szóstego, mogą być napotymane i w przebiegu zwykłych suchot płucnych, szczególnie w pierwszych okresach. Zdarzało mi się, wprawdzie rzadko, spostrzegać przypadki, gdzie obok objawów fizykalnych zgęszczenia szczytu, ani krwioplucie, ani kaszlu, ani płwociny, ani rżężeń nie dało się wykryć, a jednak dalszy przebieg przekonywał że sprawa była czysto suchotniczą.

A. Sokolowski.

Z WIDOWNI WOJNY.

W N-rze 6-ym czasopisma tygodniowego „*Wiestnik Narodnoj pomoszczy*”, wydawanego staraniem Towarzystwa Krzyża czerwonego podaniem jest sprawozdanie general-adjutanta WOŁKOWA o szpitalach tego Tow., które zwiedzał w ciągu 3 miesięcy w 22-ch guberniach Rossyi. W guberniach tych znajdowało się 102 czasowych szpitali Krzyża czerwonego na 12,260 łóżek. W czasie zwiedzania tych szpitali (w Październiku, Listopadzie i Grudniu) było zajętych tylko 5,902 łóżek. W tej liczbie było ciężko ranionych 883, lekko 1144, chorych wewnętrznych 3875. W szpitalach tych znajdowało się 300 lekarzy, 1300 służby sanitarnej (felcerów, siostr miłosierdzia i t. p.) i takąż liczba niższej posługi. Widzimy z powyższego jak niesłychanie mała ilość chorych znajdowała się w tych szpitalach (przeszło połowa łóżek wolnych) i to w tym czasie wojny, w którym największa była niewątpliwie ilość tak ranionych jak i chorych, oraz jak skutkiem tego było kosztowne utrzymanie chorych, skoro ilość samej tylko służby sanitarnej, równała się prawie połowie ilości wszystkich chorych.

W tymże samym numerze podaną jest wiadomość o durzycy wysypkowej, panującej głównie pomiędzy wziętymi do niewoli Turkami. Na Kaukazie durzyca panuje i między wojskami rosyjskimi tak, że do 1 Stycznia r. b. zachorowało tam na durzycę 2086 ludzi z tych 168 na durzycę wysypkową. Wiadomą jest ogromna zaraźliwość durzycy wysypkowej, to też przedsięwzięte są wszelkie możliwe ostrożności dla zapobieżenia rozszerzeniu się tej choroby. Wydano rozporządzenie, aby jeńców tureckich nie wpuszczać do dworców, a jeżeli u którego są początki durzycy, natychmiast powinien być zostawiony w odpowiedniej miejscowości. Utworzona została ruchoma komisya pod prezydencją general-adjutanta ks. GOLICYNA, której celem ma być zbadanie na miejscu epidemii właściwego stanu rzeczy, zapobieżenie aby jeńcy tureccy nie rozwozili chorób zaraźliwych i śledzenie za jak najstaranniejszem wypełnianiem wszystkich ku temu celowi skierowanych prawideł. Niektóre czasopisma rosyjskie projektują zaprowadzenie linii kwarantannowej, po za którą niewolnicy tureccy nie mogliby być przewożonemi.

OGŁOSZENIA.

Z D R O W I E,

Dwutygodnik popularno-naukowy, poświęcony naukom przyrodniczym i higienie.

Redagowany w części higienicznej przez D-ra K. DOBRSKIEGO, w części przyrodniczej przez Br. ZNATOWICZA.

Treść N-rów 3, 4 i 5: Palenie ciał zmarłych p. K. DOBRSKIEGO. Trucizny umysłowości p. RICHETA. Ruch gwiazd stałych p. J. J. BOGUSKIEGO. Skrapianie gazów, uważanych dotychczas za trwałe p. J. J. BOGUSKIEGO. Powietrze naszych mieszkań p. St. STĘPNIEWSKIEGO. Telefon p. E. DZIEWULSKIEGO. Ruch ludności w Piotrkowie, w roku 1878 p. D-ra STRZYŻOWSKIEGO. Niektóre warunki higieniczne w dawnej Polsce p. E. ŚWIEŻAWSKIEGO. W każdym numerze Kronika naukowa, nadto przegląd piśmienniczy i wiadomości bieżące.

KLIMATOLOGJA „HYÈRES”

jako stacyi leczniczej zimowej dla chorych, opisał Dr. M. MALCZ.

Osobne odbicie z Pam. Tow. lek. zeszyt I z r. 1878. Str. 10, cena kop. 30. Broszurę tę można nabyć za pośrednictwem Redakcyi Medycyny, oraz w księgarniach warszawskich.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.