

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

**TREŚĆ: Spostrzeżenia.** Trzy przypadki cierpienia mózgu. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach chorób mózgowych. Skreślił dr. T. DUNIN. (Dokończenie.)—**Rozprawy.** Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. Skreślił dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy.)—**Wykłady kliniczne.** O obrznięciach śledziony. Wykład prof. ChwoSTER'A. Sprawozdanie dr. Z. DOBIEZIEWSKIEGO. (Ciąg dalszy.)—**Streszczenia i wyciągi.** *Extractum Quebracho*, jego działanie na pewne postacie duszności. Doświadczenia fizyologiczne na ściętym zbrodniarzu. Stosunek niedokrwistości złośliwej do tęgoryjca dwunastnicy. Wstrzykiwanie podskórne kwasu karbolowego przy goścień stawowym. — **Przegląd bibliograficzny.** Przemysław PERNIAŻKA: Laryngoskopia oraz choroby krtań i tchawicy. — **Kronika miejscowa.** Posiedzenie komisji hydrologicznej. Wyrób piwa zwyczajnego. — **Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.**

## TRZY PRZYPADKI CIERPIENIA MÓZGU.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniach chorób mózgu.

Skreślił dr. Teodor **Dunin**, asystent kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 3).

### III. Wylew krwawy w tylnej części wzgórka wzrokowego i torebki wewnętrznej (*Haemorrhagia in parte posteriori thalami optici et capsulae internae*).

Kaniecki Stanisław, robotnik, wieku lat 53 mający, przybył na klinię chirurgiczną z powodu zwichnięcia cewki moczowej i przetoki moczowej. Po kilku-tygodniowym pobyciu w szpitalu, chory wyszedł jednego dnia na korytarz, gdzie nagle upadł, stracił przytomność i jak nieżywy przeniesiony został na łóżko. Po kilku godzinach chory oprzytomniał nieco i wtedy zauważono utratę zupełną mowy i porażenie prawej połowy ciała. W takim stanie przeniesiono go na drugi dzień do kliniki terapeutycznej. Blizsze badanie wykazało co następuje: Chory leżał na wznak, niezupełnie przytomny; na pytanie nie odpowiadał wcale, język na żądanie wysuwał z wielką trudnością. Głowa zwrócona na lewo i wyprowadzona z tego położenia, napowrót do niego wracała; oczy chorego stale i zawsze zwrócone były w tę t. j. lewą stronę, bez względu na to czy np. świecę ku prawej stronie przesuwano. Prawa połowa twarzy jakby wygładzona, bruzda nosowa prawie nie istniała, kąt ust stał wyżej aniżeli po stronie lewej; ta ostatnia połowa była przekrzywiona i ściągnięta. Prawa połowa ciała bezwładna i chory nią nieporuszał wcale; niemniej przeto przy wykonywaniu ruchów biernych tak ręka jak i noga znaczny stawiały opór (*hemiplegia spastica*). Odruchy ścięgniste nie istniały wcale. Czucie prawidłowe: przy nakłuwaniu tak jednej jak i drugiej połowy ciała, chory wydawał jednaki okrzyk bólu, nie zmieniając przytem wcale położenia głowy lub oczów. Reszta przyrządów



ciała nie przedstawiała nic szczególnego. Ciepłota miernie podniesiona (38,5 C°) tętno 86 prawidłowe.

Na drugi i trzeci dzień stan chorego nie zmienił się wcale; ręka i noga również przedstawiały opór, przy usiłowaniu ich podniesienia, oczy zwrócone na lewo. Zauważono tylko większe pobudzenie; chorey starał się podnieść z łóżka, był zupełnie nieprzytomny, polykanie wielce utrudnione.

Czwartego dnia obraz choroby zmienił się, a mianowicie skrzywienie głowy i skręcenie oczów zupełnie znikły, a jednocześnie z niemi i istniejący skurecz mięśni kończyn; takowe nie stawały już najmniejszego oporu i przy podnoszeniu ich opadały jak martwe. Upadek sił coraz większy, tętno drobne, ledwie wyczuć się dawało.

Piątego dnia chorey zmarł, a badanie pośmiertne wykryło co następuje: Osłony mózgu silnie naprężone, zawoje mózgu spłaszczone, istota zaś jego przekrwiona. W lewej półkuli znajduje się wylew krwawy, dosięgający wielkości gołębiego jaja i zajmujący tylną część wzgórka wzrokowego i torebki wewnętrznej (*capsula interna*), ztąd zajmuje wązki pasek torebki zewnętrznej (*capsula externa*) i przedmurza (*claustrum*). Naczynia na podstawie mózgu nie przedstawiają nic szczególnego. W płucach znaleziono dość znaczną rozedmę, prawe serce powiększone, a cewka moczowa w swej części gąbczastej zwężona, skutkiem zgrubienia błony śluzowej; na jej dolnej ścianie znajduje się otwór prowadzący na kroczce, po za moszną.

Zanim przystąpimy do rozpatrzenia szczegółów wyróżniających dany przypadek, zwracam uwagę czytelnika na dwa, że tak się wyrażę, okresy choroby. W pierwszym porażone kończyny ulegają prócz tego skurczeniu a jednocześnie istnieje skręcenie głowy i oczów w stronę cierpienia mózgu (chorey patrzy na swe cierpienie), jest to okres, w którym ze względu na kończyny przyjąć należy podrażnienie okolic ruchowych mózgu. W drugim kończyny stają się zupełnie bezwładne (t. z. *hemiplegie flaccide*), a skręcenie głowy i oczów znika, jest to okres porażenia.

Obecnie zastanówmy się nad stosunkiem objawów do zmian pośmiertnych. Liczne poszukiwania tak fizjologiczne jak kliniczne dowiodły niewątpliwie, że oba jądra ciała prądkowanego są ośrodkami ruchowymi, toż samo wykazały piękne doświadczenia VEYSSIER'A dla przedniej części torebki wewnętrznej, przez którą przechodzą wszystkie włókna ruchowe, co też i klinika potwierdza w zupełności. W danym przypadku żadna ze wspomnianych części nie była zajęta, a porażenia połowiczne niemniej przeto istniały. Fakt ten nie dowodzi jednak niczego, a to głównie dla tego, że przy tak blizkiem sąsiedztwie tylnej części torebki wewnętrznej z jądrem soczewicowatym, to ostatnie mogło łatwo być uszkodzone, czego badanie pośmiertne nie zdołało wykazać (choć nie zdaje się prawdopodobne). Ale jest inna okoliczność, która sprzeciwia się panującym pojęciom co do czynności torebki wewnętrznej. Tylna mianowicie jej część ma być przeznaczona dla przejścia włókien czuciowych, a jej zniszczenie spowodować znieczulenie po stronie przeciwnej. Otóż pomimo istnienia takiego cierpienia zaburzeń czucia nie było wcale i w tym względzie przypadek nasz zasługuje na uwagę, nie dla tego aby był dowodem przemawiającym przeciwko



lokalizacyi, ale dla tego że dowodzi że przebieg włókien w mózgu nie zawsze jednaki być może <sup>1)</sup>. O zniszczeniu wzgórk czworaczego nie wspomina dla tego, że dziś mało kto uważa go za ośrodek czucia.

Druga okoliczność, na którą chce zwrócić uwagę, jest skręcenie głowy i oczów (*deviation conjugue des yeux—rotation de la tête*) w stronę przeciwną porażonym kończynom, skręcenie odpowiadające pierwszemu okresowi choroby (podrażnieniu). Nie mogę wchodzić w szczegóły danego objawu wspomnę tylko, że PREVOST, który pierwszy na niego zwrócił uwagę, postawił za prawidło, że przy cierpieniu półkul mózgowych oczy zwracają się w stronę przeciwną porażonych kończyn, t. j. jak w naszym przypadku miało miejsce. Następnie LANDOUZY i GRASSET prawo to dopełnili w ten sposób, że „przy cierpieniach półkul, jeżeli kończyny ulegają drgawkom (podrażnienie mózgu), to oczy zwracają się w ich stronę (chory patrzy na drgające kończyny), jeżeli zaś kończyny są porażone, to oczy zwracają się w stronę przeciwną (chory patrzy na swe cierpienie mózgowe). W pierwszym razie szósta para (n. okoruchowy zewnętrzny), kierująca ruchami gałki ocznej i jedenasta (n. przydatkowy WILIS'A), kierująca ruchami głowy ulegają podrażnieniu i kierują głowę w stronę przeciwną cierpienia; w drugim razie też same nerwy ulegają porażeniu, a jednoimienne mięśnie strony przeciwnej są przyczyną skręcenia głowy i oczów w stronę cierpienia mózgowego <sup>2)</sup>. I w tym względzie nasz przypadek nie podchodzi pod to tłumaczenie, przy istniejących bowiem objawach podrażnienia (silne skurczenie i opór jakie stawały kończyny ruchom biernym), głowa i oczy skierowane były w stronę cierpienia, to jest tak jak tego chciał PREVOST i początkowo LANDOUZY. Można by wprowadzić przyjąć jednocześnie podrażnienie włókien ruchowych kończyn, a porażenie szóstej i jedenastej pary, na co LANDOUZY szczególniejszy kładzie nacisk, ale sprzeciwia się temu fakt, że po ustaniu objawów podrażnienia w kończynach, znikło także skręcenie głowy i oczów—wyraźny dowód że i ten ostatni objaw powstawanie swoje zawdzięcza podrażnieniu. JACCOUD w tych przypadkach przyjmuje podrażnienie ośrodków szóstej pary, która jakoby nie krzyżowała się wcale. W ogóle tłumaczenie tego objawu wiele jeszcze pozostawia do życzenia, o czem zresztą twórcy powyżej podanej hipotezy sami wiedzą. Obowiązkiem klinicyстів jest skrzętnie notować fakta tak podchodzące pod panujące teoryje, jak i im przeczące.

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach JACCOUD (*Gaz. hebdomadaire* Nr. 9 r. z.) opisał dwa przypadki sprzeciwiające się nauce o lokalizacyi chorób mózgowych (porażenie raz, a drgawki drugi raz istniały po tejże stronie co cierpienie w mózgu). Przypadki te, które tyle chałasu narobiły, nie są niczem nowem i opisywane były przez BURDACH'A, MORGAN'EGO, ANDRAL'A, a w nowszych czasach przez AMBROSIOGO. Są one rzeczywiście zupełnie niepejęte, ale jednocześnie tak rzadkie, że na nich opierać się nie można.

<sup>2)</sup> Bliższe szczegóły o objawie w mowie będącym czytelnik znajdzie w artykułach: CHOUPE'GO w *Gaz. hebdomadaire* Nr. 27 i 28 r. z., GAJKIEWICZA: O ośrodkowem porażeniu i t. d. *MEDYCINA* Nr. 30 i 31 r. z., a szczególnie w świeżej pracy LANDOUZY'EGO: *De la deviation etc. Progres medical*. Nr. 36—49 r. z. w której autor dochodzi do nadzwyczaj ciekawych wniosków tyczących się początku i przebiegu nerwów czaszkowych.



## Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcję, akomodację i ostrość widzenia.

Podług E. LANDOLT'A, skreślił dr. Stanisław Kościński.

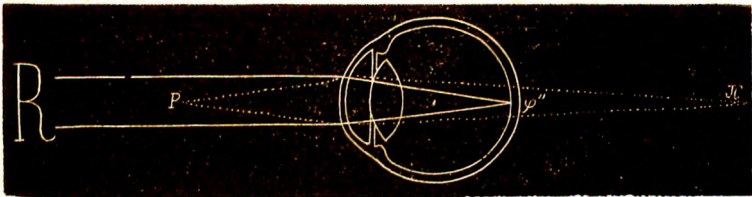
(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 40, 45, 46, 48 i 49 z r. z).

### Akomodacja.

Jak każdy przyrząd optyczny, tak i narząd dioptryczny oka wytwarzałyby czyste, wyraźne obrazy przedmiotów umieszczonych tylko w pewnej stałej, niezmiennej odległości, gdyby nie mógł podlegać pewnym zmianom.

Oko w stanie spoczynku przedstawia *minimum* łamalności ( $r$ ); nastawione ono jest wówczas do punktu dali. I tak oko prawidłowowzroczne w stanie spoczynku nastawione jest do przedmiotów nieskończenie odległych i nie może służyć do widzenia przedmiotów bliżej umieszczonych ( $r=0$ ). Oko nadwzroczne nastawione jest do odległości poza nieskończoną, t. j. do promieni zbiegających się w jego punkcie dali, który jak wiadomo znajduje się po za okiem ( $r$  jest ujemne). Nakoniec oko krótkowzroczne, którego punkt dali znajduje się w pewnej odległości przed okiem, nastawiane jest do tejże odległości ( $r$  jest dodatne).

Oko w stanie spoczynku dla tego nie może widzieć przedmiotów leżących bliżej jego punktu dali, gdyż łamalność jego narządu dioptrycznego jest za słaba, aby mogła spowodować zjednoczenie się na siatkówce promieni pochodzących z punktu bliższego. Weźmy dla przykładu oko prawidłowowzroczne (fig. VI); jego punkt dali znajduje się w odległości



nieskończonej, oko nastawione jest do promieni równoległych. Oko takie nie może widzieć w odległości punktu  $P$ . Promienie pochodzące z punktu  $P$  połączyłyby się po za siatkówką w  $\pi$ . Aby takie promienie mogły się na siatkówce zjednoczyć, potrzeba albo ich kierunek rozbieżny zamienić na równoległy, albo też zwiększyć siłę załamania oka, tak aby punkt zjednoczenia promieni przypadł nie w  $\pi$  ale w  $\varphi$ . Jeżeli ustawimy przed okiem soczewkę wypukłą taką, aby jej ognisko przypadało na  $P$ , to promienie rozbieżne z  $P$  po przejściu przez soczewkę staną się równoległymi tak jakby pochodziły z  $R$  t. j. odległości nieskończonej.

Oko prawidłowowzroczne przy pomocy tej soczewki widzieć będzie przedmioty położone w bliższej odległości  $P$ , tak samo jak bez szkła widzi w odległości nieskończonej. My jednak bez pomocy szkła wypukłego



widzieć możemy tak z bliska jak i z daleka. Przenoszenie atoli wzroku z przedmiotu dalszego na bliższy wymaga pewnego, chociaż bardzo krótkiego czasu i wówczas równocześnie czuć się daje w oku, szczególnie jeżeli zmiana następuje szybko, pewne wysilenie. Otóż w chwili, gdy czujemy ów wysiłek, narząd dioptryczny przybiera wypukłość potrzebną do widzenia z bliska. Zwiększenie się łamalności potrzebnej do zmiany w nastawieniu oka od  $R$  do  $P$ , zwiększenie, które w stanie spoczynku powodowało szkło wypukłe ustawione przed okiem, następuje teraz w samym oku. Postać soczewki ocznej ulega zmianie i przez to oko nastawia się do przedmiotów bliższych.

Wiadomo powszechnie, że akomodacja jest następstwem wypuklenia się soczewki. Dowody tego są liczne i ogólnie znane; faktowi nikt nie zaprzecza.

Co się dotyczy sposobu, w jaki zwiększa się krzywizna soczewki, doświadczenie uczy nas co następuje. Akomodacja jest następstwem kurczenia się mięśnia rzęskowego. Mięsień ten znajduje się pod i w samym ciele rzęskowym. Poczyna się on w tkance naczyniówki i przyczepia do brzegu kanału SCHLEMM'A. Przy kurczeniu się mięśnia ściana kanału SCHLEMM'A stanowi stały punkt oparcia. Mięsień kurcząc się pociąga ku przodowi ciało rzęskowe. Naprężenie obwódki ZINN'A, która jak wiadomo, jest przyczepiona do ciała rzęskowego, zwalnia się i soczewka która pod wpływem napięcia obwódki ZINN'A była więcej lub mniej spłaszczona, ulega prawu swej sprężystości i postać jej zbliża się do kulistej.

Głównie {przodkowa powierzchnia soczewki staje się wypuklejszą; tylna powierzchnia, osadzona w ciele szklistem, prawie żadnej nie ulega zmianie. Tym sposobem soczewka oczna dorabia sobie, jeżeli tak można się wyrazić, menisk wklęsło-wypukły, który wywiera tenże sam wpływ jak soczewka wypukła umieszczona przed okiem, t. j. powiększa łamalność oka.

Gdyby istniał mięsień, któryby mógł więcej natężyć obwódkę ZINN'A, to działanie jego byłoby wprost przeciwne; pod jego wpływem soczewka stawałaby się płaskszą, łamalność oka zmniejszałaby się, oko nastawiałoby się do przedmiotów dalszych. Mięsień taki oddawałby wielkie usługi krótkowzrocznym, ale na nieszczęście mięśnia takiego w przyrządzie wzrokowym nie ma, oko nie posiada akomodacji ujemnej. Spłaszczenie się soczewki przy zwalnianiu akomodacji następuje tylko pod wpływem sprężystości obwódki ZINN'A. Mięsień rzęskowy może tylko wypuklać soczewkę, akomodacja czynna, dodatnia odbywa się tylko do odległości bliższych.

Punkt najbliższy do jakiego oko może się nastawić nazywamy kresem bliży, punktem najbliższym (*punctum proximum*).

Odległość między kresem bliży i dali stanowi przestrzeń nastawczą (*spatium accommodationis*). Siłę potrzebną do nastawienia do punktu bliży oka pozostającego w stanie spoczynku (nastawianego do punktu dali) nazywamy siłą nastawczą, szerokością nastawczą (*amplitudo accommodationis*). Ponieważ akomodacja wywiera ten sam wpływ co i soczewka wypukła,



która służy oku pozbawionemu siły nastawczej do widzenia przedmiotów w kresie bliży położonych, przeto akomodacją można wyobrazić za pośrednictwem odpowiedniej soczewki. Siła nastawcza oka równa się soczewce wypukłej, któraby nadawała promieniom z kresu bliży pochodzącym taki kierunek jak gdyby one powstawały u kresu dali. I jakaż będzie siła takiej soczewki?

Mówiliśmy że dla oka prawidłowowzrocznego ognisko soczewki powinno przypadać na punkt bliży; to bowiem szkło powinno promieniom wychodzącym z punktu bliży nadać kierunek równoległy. Odległość więc jego ogniskowa powinna się równać odstępowi punktu bliży od oka. Jeżeli odstęp ten wynosi 25 ctm., siła załamania soczewki równać się będzie  $\frac{100}{25} = 4 D$ ; nastawczość tego oka ( $a$ , akomodacja) = 4 D.

Cała ta siła służy do nastawienia oka do punktów dodatnich, położonych między okiem a odległością nieskończoną. Tę łamalność dodatnią nazwijmy  $p$ . W oku więc prawidłowowzrocznym  $a = p$  1).

Chcąc oznaczyć siłę nastawczą oka prawidłowowzrocznego, powinniśmy odszukać odległość najbliższą w jakiej dane oko może rozpoznawać drobny druk. Odległość ta stanowi odległość ogniskową soczewki, odpowiadającej sile nastawczej danego oka. Dzieląc 100 przez tę odległość wyrażoną w centimetrach, otrzymujemy liczbę dioptryj, która dla oka prawidłowowzrocznego wyraża zarówno siłę akomodacji ( $a$ ) jak i siłę łamalności dodatnią ( $p$ ).

Prawidłowowzroczny, spoglądając na dalszy przedmiot przez soczewkę wklęsłą, doznaje w oku pewnego znużenia, takiego samego jakiego doświadcza, gdy patrzy bez szkła na przedmiot bardzo blizki. Soczewka wklęsła nadaje promieniom równoległym kierunek rozbieżny, taki jakby one powstawały z punktu blizkiego, z ogniska soczewki. Aby oko mogło widzieć przez taką soczewkę wklęsłą, musi nateżać siłę nastawczą tak, jakby patrzyło na przedmiot blizki. Nastawczość oka musi przewyciężyć wpływ szkła wklęsłego, musi powiększyć łamalność oka o tyle, o ile ją zmniejsza soczewka wklęsła.

Można więc oznaczać akomodację i za pomocą szkieł wklęsłych. Najmocniejsza soczewka wklęsła, przez którą oko prawidłowowzroczne widzi jeszcze wyraźnie w odległości nieskończonej, daje nam miarę szerokości akomodacyjnej. Oko prawidłowowzroczne, które patrząc w dal, może zwyciężyć wpływ soczewki wklęsłej Nr. 11, posiada siłę nastawczą 11 D, a jego kres bliży znajduje się w odległości  $\frac{100}{11} = 9$  ctm. gdyż ta

soczewka wklęsła nadaje promieniom równoległym kierunek rozbieżny taki, jakby one powstawały w jej ognisku, położonem o 9 ctm. po za nią.

Łamalność oka nadwzrocznego już w stanie spoczynku, jest zmniejszona;  $r$  przedstawiające ten niedostatek łamalności jest ujemne. Aby oko nadwzroczne widziało w odległości nieskończonej, aby się mogło zamienić na prawidłowowzroczne, potrzebuje pomocy soczewki wypukłej, *resp.* pe-



wnego wysiłku siły nastawczej, wysiłku, któryby się równał jego niedostatkowi łamalności  $r$ . Oko nadwzroczne, aby mogło widzieć w tej odległości, jak prawidłowowzroczne, musi użyć akomodacji o ilość  $r$  więcej niż oko prawidłowowzroczne. We wzorze więc wyrażającym szerokość akomodacyjną oka nadwzrocznego, do ilości  $p$  t. j. siły potrzebnej do nastawienia oka prawidłowowzrocznego do punktu bliży, musimy dodać jeszcze  $r$  t. j. siłę załamania, która nastawia oko nadwzroczne do nieskończoności:  $a = p + r$  2).

Jaka np. jest siła nastawcza oka nadwzrocznego 3 D, jeżeli jego punkt bliży znajduje się w odległości 20 ctm? Oko takie potrzebuje najprzód 3 D =  $r$  aby się mogło zamienić na prawidłowowzroczne, a nadto dla widzenia przedmiotu znajdującego się w punkcie bliży o 20 ctm. odległym, robi wysiłek równy  $\frac{100}{20} = 5$  D. Jego więc szerokość akomodacyjna  $a = 5 + 3 = 8$  D.

W jakiej odległości może czytać nadwzroczny, którego wadliwość wynosi 4 D, a siła nastawcza 7 D? Z tych 7 D, oko takie potrzebuje zużyć 4 D, do widzenia w dali; pozostaje mu więc 3 D, do widzenia w bliższej odległości. Jego więc punkt bliży znajduje się w odległości  $\frac{100}{3} = 33$  ctm.

Przekonywamy się więc, że oko nadwzroczne 4 D, przy sile nastawczej równej 7 D, nie widzi bliżej niż oko prawidłowowzroczne posiadające siłę akomodacyjną równą 3 D. I odwrotnie, jeżeli oko nadwzroczne i prawidłowowzroczne widzą w jednakowej odległości, pierwsze jest obdarte daleko większą siłą nastawczą niż drugie. Np. jeżeli H = 5 D i E mają punkt bliży w odległości 16 ctm.; to E aby widziało w tej odległości potrzebuje siły nastawczej  $\frac{100}{16} = 6$  D a H, —  $6 + 5 = 11$  D.

Oko krótkowzroczne, aby widziało w tej odległości co prawidłowowzroczne potrzebuje zużyć mniej siły nastawczej, bo ono już w stanie spoczynku jest nastawione do odległości takiej, do jakiej prawidłowowzroczne musi się nastawiać.

Dla oznaczenia więc siły akomodacyjnej oka krótkowzrocznego, potrzeba odjąć siłę łamalności  $+ r$ , o jaką dane oko przewyższa oko prawidłowowzroczne, od  $p$  t. j. siły załamania, jaką zużywa oko prawidłowowzroczne, nastawiając się do punktu bliży:  $a = p - r$  3).

Krótkowidz, którego wadliwość wynosi 12 D, jeżeli widzi w odległości 6 ctm. ( $p = \frac{100}{6} = 16$  D), ma siłę nastawczą  $16 - 12 = 4$  D.

Myop 4,5 D posiadający siłę nastawczą 5,5 D ma punkt bliży w odległości 10 ctm., gdyż całkowita dodatnia łamalność takiego oka składa się nie tylko z jego siły nastawczej, ale jeszcze z M ( $5,5 + 4,5 = 10$  D; soczewce zaś 10 D odpowiada odległość ogniskowa  $\frac{100}{10} = 10$  ctm.



## WYKŁADY KLINICZNE.

## O obrzmieniach śledziony.

Wykład prof. Franciszka CHVOSTEK'A w Wiedniu.

Sprawozdanie d-ra Z. Dobieszewskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1 i 3).

Anatomija patologiczna. Śledziona niekiedy prawie niedostrzegalnym ulega zmianom, czasem objętość jej 5 do 6 razy wzrasta, zatrzymując jednak swoją postać prawidłową; powłoka jej jest gładka i napięta, tkanka nadzwyczajnie miękka, prawie płynna; objaw ten BAMBERGER za objaw trupi uważa; barwa jej ciemno-wiśniowa; pokład słupków (*Stromabalken*) pokryty jest płynną (*gequollene*) miazgą; ciałka MALPIGHE'GO w większej części łatwo się rozmnazają, rzadziej sterczą wyraźnie, a niekiedy mogą być powiększone nawet. W dalszym przebiegu, śledziona zyskuje na zbitości, miazga jej bieleje, a czasem staje się blado-żółta, czasem znów pstrą, a wtedy miejsca blade znajdują się obok przekrwionych (zwłaszcza w późniejszych okresach ropnicy). W tym hyperplastycznym okresie, ciałka MALPIGHE'GO mogą zniknąć całkowicie, albo też przeciwnie, są wyraźniejsze, powiększone;—co widzieć można w 3 lub 4 tygodniu durzycy brzusznej, i w późnym okresie ospy.

Badanie drobnowidzowe mało przedstawia cech charakterystycznych, jednak BIRCH-HIRSHFELD, mówi o powiększonych komórkach, o licznych jądrach, a przy ropnicowych obrzmieniach śledziony, widziano ziarniste zmętnienie (*Trübung*) miazgi. PONFICK znajdował w obrzmieniach śledziony przy gorączce powrotnej, i innych chorobach zakaźnych, liczne komórki miąższu śledziony, zawierające świeże lub zmienione ciałka krwi, oraz komórki, w których zauważył stłuszczone jąderka. Komórki takie znaleziono w krwi z żyły śledzionowej i wrotnej, a nawet raz, przy durzycy brzusznej, we krwi wielkiego obiegu.

Ku końcowi choroby zakaźnej, zmniejsza się obrzmienie śledziony, wtedy przy badaniu pośmiertnem, powłoka jej jest pomarszczona (*gerunzelt*), tkanka blada, prawie szara, podścielisko wyraźnie występuje. Nareszcie może niekiedy przyjść do zaniku, albo też z ostrego obrzmienia, przejść w przewlekłe wybujaanie (*hyperplasia*), co się częściej zdarza przy sprawach bagiennicowych (*malaria*), rzadziej przy durzycy brzusznej lub innych chorobach zakaźnych.

Objawy. W wielkiej liczbie przypadków, ostre obrzmienie śledziony, występuje bez żadnych zgoła bólów w jej okolicy, a nieraz bez znacznego obrzmienia. Ale rozwija się też ono nieraz bardzo szybko, i dochodzi znacznej wielkości, albo, jeżeli powiększeniu objętości śledziony, staje na przeszkodzie, poprzednio już zgrubiała, a tem samem niepodatna powłoka śledziony, wtedy, występuje w okolicy śledziony, niemiłe uczucie, które pod uciskiem się powiększa, albo też, gdy stopień obrzmienia jest znaczny, przychodzi do objawów silnego bólu, zwłaszcza przy ucisku. Żywe bóle, które przy ucisku i oddychaniu wybitnie się powiększają, oznajmniają przejście zapalenia na powłokę śledzionową.

Do tego przybywają, dość często, w lekkim stopniu bóle i bolesności, których choroby nie spostrzegają dość wyraźnie, z powodu głównej choroby, wprawiającej ich w stan ospałości.

Inne objawy podmiotowe (subiektywne), zależą raczej od głównej choroby, a nie od obrzmienia śledziony, takowe więc uchościć może nie-



raz uwagi, jeżeli o jego istnieniu macaniem i wypukiwaniem się nie upewnimy.

Przy ostrem obrzmieniu, śledziona przedstawia się niejednakowo powiększoną, wielkość jej zależy bowiem od istoty choroby głównej,—posiada ona zawsze większą zbitość, niż ją ma w stanie prawidłowym, nigdy jednak nie bywa tak twardą jak przy przewlekłym obrzmieniu.

Co się dotyczy fizycznego rozpoznania, prof. CHVOSTEK przytacza przez GRIESINGER'A spostrzegany objaw, podczas napadów zimnicy, zwłaszcza w początku okresu gorąca, — a jest nim szum lub szmer, podobny do szmeru macicznego u ciężarnych, słyszany w okolicy śledziona. Szmer ten ma, według niego, pochodzić z pni żylnych brzusznych, a rzadziej z samej śledziona. MOSLER już w 1871 roku, spostrzegał szmery podobne, w jednym przypadku zimnicy, podczas okresu ziębienia, które w okresie gorąca się zmniejszyły, a po przejściu napadu znikły całkowicie i słyszał je nietylko w okolicy śledziona, ale na całej przestrzeni brzusznej, tak z przodu jak i z tyłu. Raz słyszał je przy gorączce powrotnej zresztą nigdy ani u ludzi, ani przy doświadczeniach na zwierzętach dokonywanych. Autor ten przypuszcza, że szmery te pochodzą z kurezenia się tętnic śledziona i innych narządów, podczas okresu ziębienia. Słyszał także podobny szmer u psów, po zadaniu im wielkiej dawki chininy.

**Zejsście.** Ostre obrzmienie śledziona, spowodowane chorobą zakaźną, nie prowadzi do śmierci i po ukończeniu się choroby głównej, szybko się zmniejsza. Niekiedy jednak przechodzi w przewlekłe i całe lata a nawet życie całe trwać może; — zdarza się to najczęściej po zimnicy, rzadko po innych chorobach, a częściej niż po innych, po durzycy. Przewlekłość jego zależy od niewyrównania zawady w krążeniu, którą właśnie obrzmienie ostre spowodowało. Rzadko następuje pęknięcie śledziona, załódwie w zimnicy, durzycy i durze cholerycznym;—pęknięcie to szybko śmierć powoduje.

**Rokowanie.** Zależy wyłącznie od choroby obrzmienie powodującej.

**Rozpoznanie.** Badanie fizyczne, przy danych wyżej wyluszczonech, wykryje powiększenie śledziona. Jeżeli mamy do czynienia z sprawą, która przebiega przy ostrem obrzmieniu śledziona, wtedy takowe, z pewnym prawdopodobieństwem rozpoznać możemy. Rozpoznanie staje się pewnością, jeżeli wywiady (*anamnesis*) przekonają, iż obecnej choroby nie poprzedziła żadna z tych, przy których przewlekłe obrzmienia powstają, a chory nie mieszka w okolicach, w których bagienica (*malaria*) panuje. To prawdopodobieństwo, nabiera zupełnej pewności, skoro w oczach naszych obrzmienie się rozwinęło.

**Leczenie.** Na samą śledzionę rzadko mamy powód i sposobność, kierować bezpośrednio nasze postępowanie lecznicze. Z tych jednak środków, które by się użyć dały, prof. CHVOSTEK, najbardziej zaleca, miejscową faradyzację. Zaleca on ją, najprzód: przy zimnicy, stosować między napadami, dalej, w przypadkach, w których, po uleczeniu choroby zakaźnej, obrzmienie śledziona nieustąpiło. Oprócz faradyzacji, proponuje chininę i jej przetwory, oraz natryski. Zwraca przytem uwagę, że tak chinina i jej przetwory, jak i natryski, używają się nieraz również dla zwalczania objawów choroby głównej, a zwłaszcza gorączki.

### Przewlekłe obrzmienie śledziona.

*Hyperplasia i przerost.*

**Patogeneza i przyczyny.** Przewlekłe obrzmienia śledziona, występują jako następstwo, *resp.* jako jeden z objawów spraw chorobnych, powodujących ostre obrzmienie tego narządu.



Najczęściej występują one przy zakażeniu bagienniczem (malarycznym i to nie tylko wtedy, gdy takowe występuje z wyraźnemi napadami gorączkowemi, ale i wówczas, gdy przychodzi pod postacią charłactwa (*cachexia*). Nareszcie, w okolicach bagnistych, spotykają się osobniki, posiadające mniej lub więcej powiększoną śledzionę, bez objawów charłactwa i bez żadnej gorączki, ani z typem przepuszczającym (*intermittens*) ani zwalniającym (*remittens*).

Przy innych chorobach zakaźnych, powodujących ostre obrzmienie śledziony, rzadziej się zdarza widzieć, aby obrzmienia te nie ustępowały po chorobie głównej, lecz zamieniały się w przewlekłe; wszakże miewa i to miejsce: przy durzycy, gorączce powrotnej i przymiocie. Bardzo znów często spostrzegamy je, przy zawadach w krążeniu w żyłę wrotnej, zatem przy stanach chorobnych w samej żyłę wrotnej, albo w jej rozgałęzieniach w wątrobie (przy marskości wątroby); daleko zaś rzadziej przy zaburzeniach w krążeniu w żyłę główną dolną (*V. cava inf.*), przy chorobach płuc i serca.

Dalej, spostrzegamy ją przy białaczce (*leucaemia*) i przy przewlekłych cierpieniach żółdka (MOSLER).

**Anatomija patologiczna.** Przerost, a raczej hyperplazja śledziony, dotyka zawsze prawie całej śledziony, a w nadzwyczaj rzadkich przypadkach, tylko jej części.

Częściowa jej postać, przedstawia się w kształcie pojedynczego otorbionego guza, istota którego z tkanki śledzionowej się składa. Takie przypadki opisał tylko ROKITANSKY, GRIESINGER i FRIEDREICH, a ostatni oznacza je nazwą: wielorakiego, guzowatego przerostu śledziony.

W postaci rozlanej (całkowitej), pierwociny śledziony są przedewszystkiem powiększone (guzy hyperplastyczne), albo też istota słupków (*Balkengewebe*) jest przerosła (przerost), albo też i jedne i drugie są pomnożone.

Hyperplastyczne powiększenie śledziony, dochodzi znacznej wielkości; powłoka jej w części jest zgrubiałą, zmętniałą, często pokryta pasmami ścięgnięstemi wybijającą tkanki łącznej; tkanka zaś śledziony, jest albo prawnikowej, albo bardziej brunatnej, a raczej szarej barwy; na przekroju jest ślnięca jak szkło; mieszkli (*Milzfollikel*) jej, mniej lub więcej sterczą wydatnie, niekiedy są przerosłe. Poszukiwania drobnowidzowe, wykazują w części zgrubienie podścieliska słupków, w części widoczne powiększenie pierwocin limfoidalnych (*lymphoiden Elemente*), niekiedy obfite nagromadzenie barwnika. Ta postać obrzmienia śledziony; zdarza się zazwyczaj przy zakażeniu bagienniczem.

Przy prostym przerosćcie śledziona stosunkowo mniej jest powiększoną, niż przy hyperplastycznym jej powiększeniu, zbitość jej trwarsza, prawie włóknista; na przekroju spostrzegamy że przebiegają przez podścielisko słupków, szaro-białe pasma, miążga jest twarda i biała. Badanie drobnowidzowe wykazuje wyraźne zgrubienie siatki (*reticulum*) i zwięźnienie zatok żylnych. W wysokim stopniu przerostu, już się weale limfoidalnych komórek nie spostrzega, a cała śledziona robi wrażenie tkani mocno włóknistej. To też stan ten, według BIRCH-HIRSCHFELDA, włóknistym stwardnieniem śledziony, najwłaściwiej byłoby nazywać. Postać ta najczęściej się zdarza przy przymiocie (*sypilis*), zwłaszcza przy przymiocie dziedzicznym.

Trzecia postać, spostrzegana przy długim zastoju krwi w śledzionie, cechuje się wyraźnem wybijaniem podścieliska i ciemno-niebieskawem zabarwieniem miążgi. Przy poszukiwaniu drobnowidzowem, pokazują się oznaki zwykłego przerostu, przyczem naczynia żyłne wyraźnie są rozszerzone i przepełnione nastroszonymi ciałkami krwi czerwonymi, a w miążdrze liczne



ogniska wynacznieni widzieć się dają. Przewlekłe obrznięcia śledziony, dosięgają niekiedy ogromnej wielkości, widziano je od 9 $\frac{1}{2}$  do 18 $\frac{1}{2}$  funt. wagi dochodzące, a FUCHS, spostrzegł taki guz na 49 ctm. długi, 39 ctm. szeroki, a do 15 ctm. grubości dochodzący, który ważył 5790 grm. Prof. CUVOSTEK widział zaś guz śledziony, który zajmował całą jamę brzuszłą.

**Objawy i przebieg.** Przewlekłe obrznięcia śledziony, mogą istnieć bez wszelkich zaburzeń w zdrowiu; zdarza się widzieć osoby, okolice bągniste zamieszkujące, które nigdy nie podlegając zimnicy, posiadają przewlekłe obrznięcie śledziony, a mimo to, dobrze się czują, a i takie nie są rzadkością, które dotknięte zimnicą, wyleczyły się z niej zupełnie, wyglądają dobrze i czują się być zdrowymi, a jednak posiadają obrzniętą śledzionę. Zazwyczaj jednak, przy podobnych obrznięciach, występują zaburzenia ogólne, które w większej części do samego obrznięcia odnieść się dadzą, zwłaszcza gdy takowe się powiększa i trwa coraz dłużej; do takich należą: objawy niedokrwistości, żółto-brudne lub ziemiste zabarwienie skóry, wychudnienie, upadek sił, objawy gnileca (skorbutyczne) i opuchliny, a niekiedy zadumy (melancholija) i śledziennicy (*hypochondria*). Miejscowych bólów braknie zazwyczaj, a jeśli występują, to przedstawiają się jako uczucie ciężaru i pełności w lewym podżebrzu, lub jako tępy ból, albo też,—ale tylko wtedy, gdy albo błaszka otrzewni pokrywająca śledzionę, w sprawę zapalną wciągniętą zostanie, albo, przez nagłe powiększenie obrznięcia, jest ugnieciona,—zjawia się, mniej lub więcej dotkliwy ból. W ostatnim przypadku, śledziona staje się na ucisk bolesną. Zazwyczaj, stare i duże obrznięcia, nieokazują żadnej na ucisk, czułości, i nietowarzyszą im zgoła żadne bóle, ale niepozwalają chorym leżeć na prawym boku, bardzo zaś wielkie, mogą, przez wypuklenie żeber i przez to ugniecenie klatki piersiowej, wywoływać potrzebę częstego oddychania, a przez podnoszenie się w górę, powodować kaszel. PIERRE utrzymuje, że ucisk tak obrzniętej śledziony, dreszcze powodować może. TWINING przytacza: że w okolicy jej uczuwalno podniesienie ciepłoty; BAMBERGER i inni autorowie, często się spostrzegają, rzadko wymioty i stolce krwawe i chyba tylko jako objawy gnileca, albo zaburzenia w okolicy żyły wrotnej, występują. Objawy fizyczne, w części ogólnej podane zostały.

**Rozpoznanie** tego cierpienia nieprzedstawia żadnych trudności, skoro tylko się uwzględni położenie, postać, kierunek i zbitość guza, oraz własności jego brzegów i ich nierówności, wreszcie dolny wewnętrzny koniec guza.

Jeżeli na górnym wewnętrznym brzegu guza, znajdują się liczne nierówności, tak, że się wyczuwa jakby guzowate narośle, to obrznięcie śledziony, możemy wziąć za raka. Wtedy należy zwrócić uwagę na to, że rak śledziony, zwłaszcza pierwotny, należy do największych rzadkości, oraz że guzowatości znajdujące na wypukłym brzegu śledziony, przy raku, inne mają właściwości niż przy obrznięciu przewlekłym. Jeżeli zaś mamy przewlekłe obrznięcie śledziony, którego żadna nie usprawiedliwia przyczyna, dla rozpoznania, należy zbadać krew, aby się przekonać czy nie jest białaczkowa.

**Rokowanie.** Zależy od głównego cierpienia, od wielkości i czasu trwania obrznięcia. Obrznięcia przewlekłe, wywołane przez bagiennicę, mogą zupełnie zniknąć lub zmniejszyć się bardzo znacznie, przy udziale pomyślnych okoliczności i odpowiedniem leczeniu, jak sam prelegent miał sposobność to sprawdzić. GROTANELLI zaś widywał obrznięcia śledziony, spowodowane przez bagiennicę, które podczas ciąży zupełnie zniknęły. O przymiotowych obrznięciach, będzie mowa przy białaczkowych przemianach śle-



dziony. Obrzmienia śledziony, powodowane zastojem krążenia w okolicy żyły wrotnej, zależą oczywiście od wyrównania krążenia w tej żyły, a że takowe, zwykle, jest nieuleczalne, to i obrzmienie śledziony często do śmierci prowadzi.

Leczenie w części ogólnej podane zostało.

(d. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Extractum Quebracho aquosum, jego działanie na pewne postacie duszności (Dyspnoe).** Lek którego użycie opisywać mamy, pochodzi z drzewa zwanego *Aspidosperma Quebracho*, należącego do rodziny *Apocynaceae*. Rośnie ono w *Santiago* i w okolicach miasta *Catamarca*, lekarze południowej Ameryki przypisują mu działanie przeciwgorączkowe, korze chinowej pokrewne. Według objaśnień prof. J. WIESNER'A z Wiednia „*Quebracho*” znaczy dosłownie „siekiere łamiąc” drzewo więc jest bardzo twarde. Wystawa Paryżka (1878) zaznajomiła nas z dwoma gatunkami: *Quebracho colorado* (także ma nazwę *Q. rosado*) i *Quebracho blanco*. Pierwsze pochodzi z drzewa *Loxopterygium Lorentzii Griseb.* należącego do rodziny *Terebinthaceae*, ostatnie zaś z *Aspidosperma Quebracho—Apocynaceae*. Bardzo ciężkie i twarde drzewo, rośliny dopiero wspomnianej, zawiera około 18% garbnika, który jednak nie jest chemicznie równoznaczny ze znajdującym się w drzewie i korze dębu. Z powodu tanioci garbnik ten w ostatnich czasach zaczęto sprowadzać w wielkiej ilości do użytku w przemyśle. Z kory zbadanej przez DINGLER'A otrzymał FRAUDE alkaloid nazwany *Aspidospermin*; są to kryształki małe, białawe, pryzmatyczne, łatwo rozpuszczalne w wysokoku i w eterze, bardzo mało w wodzie, topią się przy 205°—206° C. Sole z kwasem solnym i siarczanym otrzymane są łatwo rozpuszczalne w wodzie. Smak mocno gorzki. FRAUDE wyraża następną formułą alkaloid otrzymany:  $C_{22}H_{30}N_2O_2$  albo  $C_{22}H_{28}N_2O_2$ . *Aspidospermin* zdaje się być pokrewny gromadzie chininowej. Wyciąg otrzymany z kory lub drzewa *Quebracho* jest płynny, barwy ciemno-brunatnej, smaku gorzkiego, ściągającego, jednak niewstrętnego.

Pierwszych wiadomości o leku w mowie będącym dostarczył dr. PENZOLDT (*Sitzungsberichte der phys. med. Soc. Erlangen* 17 Luty 1879. *Berl. kl. Wochenschrift* 1879—19). Przy doświadczeniach dokonanych PENZOLDT używał wyciągu następnie przyrządzonego: 10,0 sproszkowanej kory, wytrawiano przez 8 dni w 100,0 wysokku, potem przecedzono, odparowano, pozostałość rozpuszczono w wodzie, znowu odparowano do sucha, ostatek roztworzono w 20,0 wody.

Doświadczenia wykonane przez PENZOLD'A na zwierzętach dały następujące wyniki: u żaby, której zadano 0,5 kory nastąpił zupełny bezwład ruchowy, z ośrodka pochodzący, połączony z upadkiem oddechu i zmniejszeniem liczby skurczów serca (z 50—60 stopniowo doszło do 8—10), to ostatnie nie pochodziło „z podrażnienia nerwu błędnego”. U królika 1,0 (wstrzyknięty podskórnie wywołał porażenie (*paresis*) kończyn, duszność; zaś 2,0 spowodowało śmierć poprzedzoną bezwładem ruchów dowolnych; wielką dusznością i kurczami (czy nie z duszności powstałemi?). Oddech był głębszy i powolniejszy. Zmiany w częstości skurczów serca tylko po wstrzyknięciu leku do żył następowały. Ciśnienie w naczyniach po chwilowym opadnięciu wracało do dawnej wysokości. U zdrowych psów następowała duszność z powiększeniem częstości oddechu i ślinotok; nawet 5,0 dawka nie miała widocznego wpływu na ciepłotę ustroju, toż samo zdarzało się i u gorączkujących (zgnięmi płynami zatrutych) psów. Podobnie rzecz się miała i u ludzi tak zdrowych jak gorączkujących (suchoty, zapalenie płucni, gorączka przypuszczająca u suchotników); 3—8 ctm. c. wspomnianego wyżej roztworu, nie miały najmniejszego wpływu na ciepłotę sprowadzając tylko nieznaczne opadnięcie tętna. PENZOLDT zauważył jednak że przy różnych postaciach duszności (rozedma, mocne zapalenie oskrzeli, suchoty, sprawy zapalne przewlekłe w płucach, połączone z okresowemi napadami dychawicy (*asthma*), zapalenie płucni), po użyciu 1—2 kawianych łyżeczek wspomnianego wyciągu (czasem 2—3 razy dziennie), częstość oddechu zwykle zmniejszała się, stawał się przy tem mniej



głębokim, sinica (*cyanosis*) zmniejszała się lub nawet znikwała zupełnie (szczególniej przy suchotach i rozedmie płucza każdym razem). Działanie to trwało godzinami, zawsze łączyło się z większym lub mniejszym, niekiedy nadzwyczajnym uczuciem ulgi. W jednym przypadku wrodzonym zwichnięcia tętnicy płucnej, raz przy zakrzepie (*thrombosis*) lewej jej gałęzi ulga była chwilową ale widoczna.

Zachęcony temi wynikami doświadczeń PENZOLDT'A, prof. PĚIBRAM, kierujący kliniką ruchomą (poliklinika) w Pradze Czeskiej, używał *Quebracho* u 7 chorych (rozedma płuc i przewlekłe zapalenie oskrzeli). Zalecał on wyciąg z drzewa *Quebracho*, który słabiej działa niż z kory, tej jednak trudno dostać. Prof. PĚIBRAM przytacza krótkie wyjątki z protokółów polikliniki (*Prager med. Wochenschrift* 1879—51), które zmuszeni jesteśmy opuścić dla oszczędzenia miejsca, myśląc że ostateczne wyniki zadowolnią czytelników „MEDYCYNY”. W jednym tylko przypadku (protokołu Nr. 4830 z 14 Grudnia 1879) nastąpiło osłabienie kończyn dolnych. Kobięcie 44 letniej, dotkniętej mooną dusznością i sinicą (36 ciężkich odetchnień), podano 8 ctm. c. wyciągu. Po 10 minutach oddech nagle stał się swobodnym (28), spokojnym, sinica znikła zupełnie, uczucie ulgi najzupełniejsze. Poprawa trwała 24 godzin. Następnęj nocy przechodne ale wielkie osłabienie nóg. Wypada zwrócić uwagę że wszyscy ci chorzy leczeni byli chodząc, codzień odwiedzali poliklinikę, z powodu zajęć swoich (posługacz publiczny, zamiatacz ulic, owocarka) narażeni ciągle na wpływ pogody jesiennej; mimo trwania choroby podstawowej, skutek był bez wyjątku najwidoczniejszy, zupełnie zgodny z twierdzeniem PENZOLDT'A.

Chociaż okoliczności zewnętrzne niepozwoiliły wdać się w szczegółowe badania kliniczne, jednak prof. PĚIBRAM uważa się za uprawione go do następnego zawniioskowania że: 1) wyciąg *Quebracho* okazał się u jego chorych wyborynym, choć przechodnio działającym środkiem na duszność towarzyszącą rozedmie, zapaleniu oskrzeli i opłucni; 2) że przy dłuższem użyciu (u jego chorych do 9 dni) nie sprowadzał żadnych zaburzeń w trawieniu, w pracy serca, żadnego obezwładnienia ruchowego, nawet osłabienia (z wyjątkiem przytoczonego przypadku 7-go).

Nowy więc ten środek, choćby tylko przez objawowe działanie, chwilowego zmniejszenia lub usunięcia najdokuczliwszej dla chorych duszności, zostanie pożądaniem wzbogaceniem naszej zbroyowni leczniczej, należy tylko zachować ostrożność co do dawek, bo jak przytoczone na wstępie doświadczenia na zwierzętach pouczają, można wywołać zupełnie niepożądane następstwa.

Co do samego sposobu działania tego leku, PENZOLDT opierając się na doświadczeniach swoich, wypowiada przypuszczenie że *Quebracho* musi działać wprost na krew, nadając jej zdolność pochłaniania więcej tlenu niż w zwykłych warunkach, krew bowiem przepływająca naczynia włosowate i żyły, po zadaniu leku ma mieć barwę mocniej czerwoną. Ze środek ten w większych dawkach zwierzętom zadany, sprowadzał duszność, to PENZOLDT sili się wytłumaczyć tem iż większa ilość wchłoniętego tlenu, ściślej się też chemicznie spaja z hemoglobuliną. Te jednak marzenia zostawmy przyszłości, która oświeci nas zapewne liczniejszymi doświadczeniami.

Wł. Kr. (Teplice—Lwów).

**Doświadczenia fizjologiczne na ścietym**, 23 lat wieku mającym zbrodniarzu, rozpoczęte w 5 minut po odcięciu mu głowy gilotyną, opis szczegółowy których E. DECAISNE odczytał w swoim imieniu i w imieniu d-rów EYVARD'A i Gustawa DECAISNE na posiedzeniu akademii lekarskiej z d. 2 Grudnia r. z. Aczkolwiek doświadczenia te trwały zaledwie półtoręj godziny, t. j. aż do chwili oddania zwłok straconego grabarzem, to jednakże dokonano wszystkiego, czego potrzeba było dla wykazania bezzasadności mniemania tych, którzy w bujnej swej wyobraźni sądzą, że odcięta głowa jak i tułów do niej należący, przez czas pewien jeszcze po ich rozdzieleniu toporem kata lub gilotyną, doznają najstraszliwszych męczarni i udręczeń; dokonano więcej nawet, bo dokładnego rozbioru czaszki *resp.* mózgowia w niej zawartego. W obec ujemnych wyników, jakie doświadczenia te dały, albo raczej zupełnego bezczucia na bodźce silnie na żyjącego działające, nie widzimy potrzeby podawania chociażby nawet treściwego opisu tych doświadczeń. Ograniczamy się przeto na prostem wyliczeniu w takim porządku w jakim je wykonano: Wymawiano donośnym głosem wprost do ucha uciętej głowy imię ścietego, szczypano ją silnie za policzki, wpro-



wadzano w nos amoniak gryzący, przyżegano spojówkę powiek laseczką kamienia piekielnego, trzymano zapaloną świecę tuż przed oczami szeroko otwartemi, a nawet tak blisko, że płomień jej dotykał gałki ocznej; wszystko to nie wywołało nic zgoła, coby przemawiało za tem, że odcięta głowa posiada jakikolwiek ślad zmysłów: słuchu, powonienia, wzroku i uczucia. Przyżeganie twarzy i tułowia w najrozmaitszych miejscach nie wywoływało żadnego śladu pęcherzów powstających po oparzeniu; jednym słowem, przekonano się, że głowa odcięta nie czuje, nie pojmuje zmysłami, nie żyje. Wyniki rozbioru czaszki *resp.* mózgowia całkiem pomijamy, gdyż pewne zmiany na powierzchni jego znalezione, niczem nie zdradzały się za zamięcia zbrodniarza, chyba tem tylko że był pijakiem, chociaż w chwili spełnienia zbrodni zamordowania starej kobiety, nie był, jak śledztwo okazało, pijanym. Co się dotyczy tułowia, to serce w nim nie biło i prąd elektryczny nie wywołał ani jednego skurczu serca. Wszystkie mięśnie ruchu dowolnego, tak tułowia jako też głowy, po wydaleniu z niej mózgowia, oddziaływały na pobudzenie prądu elektrycznego i można było zapomocą niego wywoływać wszelkie dowolne ruchy: twarzy, sztucznego oddechania i zginania i wyprostowywania kończyn; oddziaływanie to na prąd elektryczny trwało aż do końca doświadczeń, t. j. w ciągu  $1\frac{1}{2}$  godziny po ścięciu, aż do chwili wymaganego przepisami prawa pogrzebania zwłok. Wymienieni badacze z doświadczeń wzmiankowanych dochodzą do tego ostatecznego wniosku, że zdobyli zupełną pewność, iż śmierć jest natychmiastową po odcięciu głowy żyjącemu człowiekowi gilotyną!

(Podług spraw. w *Gaz. méd. de Paris*. N. 49—1879).

**Stosunek niedokrwistości złośliwej (*anaemia pernicioza*) do tęgoryjca dwunastnicy (*ancylostoma duodenalis*).** CUTRA (w *The New-York med. Journal*. Nr. 11—1879) donosi o wynikach 9-ciu rozbiorów zwłok zmarłych z niedokrwistości złośliwej, z których w 7 przypadkach znaleziono wymienione wewnątrzaki. Pasożyty te znalezione silnie przyczepione do błony śluzowej dwunastnicy i w jelicie czczem (*jejunum*), która to błona zostaje przez nich nadżerana i tym sposobem wewnątrzaki te ssą krew chorego osobnika. Tęgoryjce były krwią przepelnione, gdy zaś zwłoki były całkiem krwi pozbawione. U jednej kobiety zmarłej z wymienionej choroby jelita były bardzo cienkie, blade i przezroczyste. Setki wewnątrzaków tych znaleziono w jelicie czczem, setki w jelicie biodrowem (*ileum*). Były one nieżywe lecz trzymały się mocno błony śluzowej przedstawiającej szare podbiegnięcia (*ecchymosis*). Żadnego innego zbroczenia zwłoki te nie przedstawiały, któreby mogło wyjaśnić przyczynę złośliwej niedokrwistości.

(*Ref. w Allg. med. Central-Ztg.* Nr. 1—1880).

**Wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego przy gośccu stawowym** stosował A. SUJATKOW (*Medicinskoje obozrenie zeszyt* 11—1879) w 12-stu przypadkach, używając do tego 1% roztworu. Takowe wstrzykiwania wykonywa się jak najbliższe i nieco poniżej zajętego stawu, za każdym razem pełną strzykawkę PRAVAZ'A; tylko w jednym przypadku wstrzyknął autor 2—3 strzykawkę odrazu pod skórę jednego stawu. Współcześnie zadawano do wewnątrz w większej liczbie przypadków salicylan sodowy, w dwóch *colchicum*, a w 3-ch przetwory makowca; w żadnym zaś prąd elektryczny przerywany nie był zastawany. Z wyników jakie autor z takowego leczenia otrzymał wyprowadza następujące wnioski:

1) Takowe wstrzykiwania są dosyć pewnym i nie wywołującym żadnych złych następstw (ropni i t. p.) środkiem kojącym gwałtowne bóle stawowe przy zajęciu ich goścocowem.

2) Znaczne objawy zapalne w stawie zajęтым zmniejszają się, w tych zaś przypadkach w których wystąpiły z nieznacznem natężeniem szybko i napewno ból ustępuje, nawet wtedy gdy już trwał przez czas dłuższy; obrzmienie i zaczerwienienie okolicy stawu również znika.

3) Na powierzchownie leżące stawy wstrzykiwania te działają silniej, niż na stawy głębiej się znajdujące.

4) Bóle ustępujące po zastrzyknięciu powracają zwykle znowu po upływie dni kilku, jeżeli współcześnie nie podaje się choremu salicylanu sodowego; zatem wstrzykiwania te nie leczą goścca stawowego, lecz są jedynie środkiem kojącym (*palliativum*).



5) W przypadkach świeżych wystarza prawie zawsze jedno zastrzyknięcie podskórne, jednakże niekiedy ból ustaje dopiero po 2—3 zastrzyknięciach. Jeżeli ból ustaje dopiero po wielu zastrzyknięciach, to w tych przypadkach ustanie to bólu nie jest zupełnem i przemijającym.

6) Zatrucie kw. karbolowym przy takiej dawce ( $\frac{1}{5}$  gr. na jedno zastrzyknięcie zużytego kwasu w 1 $\frac{0}{0}$  roztworze, a 1 gr. *pro die*) nie może mieć miejsca.

(Ref. w *Allg. med. Central-Ztg.* Nr. 1—1880). J. R.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

### Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy

przez d-ra Przemysława PIENIAŻKA. Docenta laryngoskopii przy uniwersytecie Jagiellońskim. Ozdobiona 15 tablicami litograficznymi. Kraków 1879 nakładem autora.

Dzieło to obszerne, bo aż 600 stronic obejmujące, nie jest właściwie podręcznikiem jak je sam autor nazywa lecz bardzo obszernym specjalnym wykładem anatomii, fizjologii i patologii chorób krtani i tchawicy w połączeniu z wykładem laryngoskopii. Dzieło to jest nie tylko bardzo sumienną kompilacją prac istniejących na tém polu, lecz jednocześnie zawiera niemal w każdym dziale wyniki własnych studyjów i spostrzeżeń autora. Całe dzieło rozpada się na następujące działy: W części pierwszej, aż 40 stronic liczącej, przedstawia nam autor opis anatomiczny krtani i tchawicy. Dział ten zdaniem naszym jest zbyt obszernym, tem bardziej że wykład nie jest poparty odpowiedniami drzeworytami i dla tego staje się nużącym, należy bowiem przypuszczać że zabierający się do czytania wykładu chorób krtani posiada już jakie takie wiadomości z anatomii krtani; wykład więc krótki, zwięzły, poparty najważniejszymi rysunkami jakto znajdujemy np. w dziele Ströck'a byłby pożyteczniejszy od owego obszernego traktatu.

Dział drugi również obszerny poświęcony patologii krtani, — oddechanie, wydawanie głosu, polykanie, badanie czynności krtani laryngoskopem, *phonatio*, odmiany głosu, kaszel, są kolejno bardzo obszernie traktowane; pomimo jednakże nadmiernej rozwlekłości wykładu dział ten jest opracowany bardzo sumiennie, a tutaj to niemal na każdej stronie spostrzegamy dowody samodzielnych i obszernych studyjów autora. Wprawdzie zgadzamy się w zupełności z autorem na to, że dział ten przedstawia mało interessa dla lekarza praktycznego, sądząc jednakże że ta część dzieła z przyjemnością może być przeczytana przez każdego zajmującego się bliżej chorobami krtani.

Patologiję i terapiję szczegółową krtani poprzedza wykład obszerny sposobów badania krtani; tutaj mamy obok wstępu historycznego kolejno opisane różne rodzaje oświetleń, oraz przyrządy do badania krtani służące. Właściwa zaś patologija i terapija szczegółowa chorób krtani zajmuje prawie 400 stronic. Jestto wykład bardzo obszerny wszystkich po kolei zбочzeń tego narządu, a więc kolejno są opisane: Niedokrwiłość, przekrwienie, zapalenia, ciała obce, owrzodzenia i t. d. Autor obok anatomii patologicznej, symptomatologii i t. p. przy opisie każdej choroby bardzo szczegółowo opisuje zmiany spostrzegane przy pomocy wziernika krtaniowego, objaśniając ważniejsze z nich rysunkami wcale do breni zamieszczonemi na końcu dzieła. Wreszcie dzieło to kończy się obszernym wykładem o operacjach wewnątrz krtaniowych, w którym autor szczegółowo opisuje różne sposoby operowania, oraz najważniejsze przyrządy ku temu celowi służące.

Taka jest treść wymienionego dzieła, którym dr. P. rzetelnie się przysłużył piśmienictwu polskiemu, dał bowiem czytelnikom dzieło w istocie będące bardzo na czasie, a które pominiawszy niektóre usterki, do których głównie zaliczamy rozwlekłość wykładu, może być z przyjemnością i pożytkiem przeczytane nie tylko przez uczących się, ale i przez lekarzy zajmujących się tą najnowszą specjalnością medycyny wewnętrznej.

Do stron ujemnych wymienionej książki należy język w wysokim stopniu niepoprawny, fatalnie niejednostajne, chaotyczne i niepoprawne słownictwo lekarskie polskie, oraz olbrzymi zastęp omyłek drukarskich.

Dr. X.



## KRONIKA MIEJSCOWA.

Komissya hydrologiczna zajmowała się na posiedzeniu odbytem d. 10 b. m. wiadomościami zebranemi odnośnie do wskazanych przez dr. KRASIŃSKIEGO źródeł („WIEK” Nr. 268). Jak wiadomo, z wymienionych i wedle autora wiele obiecujących „źródeł” w liczbie 34, dawniej już było znanych 15. Z tych 15 Komissya hydrologiczna większą część uznaje za płytkie studnie, wyłącznie wodą zaskorną zaopatrywane, o czem zresztą wymownie świadczą analizy chemiczne bardzo niepoehlebne dające tym „źródłom” świadectwo. Z pozostałych 19 na ostatniem posiedzeniu Komissyi rozpatrywano 8, których własności chemiczne i wartość higieniczną przedstawiał delegat Komissyi mag. farm. KARPIŃSKI. Okazuje się że i te dotąd mniej znane „źródła” są studniami i to studniami tak zanieczyszczonej wody dostarczającymi, żeby je policzają dawno już zamknąć była powinna. Czekajmyż co dalsze poszukiwania w przedmiocie „źródeł” d-ra KRASIŃSKIEGO wykażą.

Bardzo ważne dane o stosunkach hydrologicznych ulicy Marszałkowskiej i Grzybowskiej zebrał p. M. WEINBERG który Komissyi udzielił szczegółowych wiadomości o wodzie z kilkudziesięciu studzien na tych ulicach będących. Są to prawdziwe *curiosa* przeciwhigieniczne, są studnie wszelkich barw i woni, są wody mające po 70 i 80 stopni twardości, zawierające po 100 i przeszło 100 gramów chloru w 100 litrach wody, są wreszcie wody w których ilość amonjaku więcej nad 1 gram w 100 litrach wynosi! Jednem słowem *horrenda*. Komissya hydrologiczna wspierana środkami przez zarząd miasta jej dostarczonemi zbiera bogaty i ciekawy materyjał, z którego niezawodny pożytek dla sprawy zdrowia publicznego w mieście naszym wynikać musi.

Wyrób piwa zwyczajnego. W ostatnich czasach z inicjatywy policji oddaną została Zarządowi miasta do oceny kwestya wyrobu, podrabiania i fałszowania piwa zwyczajnego w Warszawie. Sprawę tę zarząd miasta pragnie podobno poddać sądowi higienistów i chemików Podkomitetu Obywatelskiego. Byłoby to bardzo pożądanem, gdyż pozwoliłoby Podkomitetowi rozwinąć skuteczną działalność na polu tak ważnej, a tak u nas zaniedbanej policji lekarskiej materyjałów spożywczych. Co się dotyczy piwa zwyczajnego, to rozporządzenia b. Rady Administracyjnej Królestwa z r. 1865 i instrukcyja dla rewizorów do tego rozporządzenia dodana, są całkiem wystarczającymi do ukrócenia wszelkich nadużyć dotyczących wyrobu piwa. Doświadczenie jednak przekonywa że wykonywanie rzeczonych przepisów nie jest bez zarzutu.

### Redakcyja otrzymała:

W. LEPPERTA, W. MAYZLA i A. M. WEINBERGA. O wodach studzien głębokich wierconych znajdujących się w Warszawie. (Osobne odbicie z dwutygodnika „ZDROWIE”).

F. SULIMIERSKIEGO, Br. CHLEBOWSKIEGO i Wł. WALEWSKIEGO. Słownik geograficzny Królestwa Polskiego i innych krajów Słowiańskich. T. I zeszyt I. Warszawa 1880.

### Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.


W-mu d-rowsi L. W. w Turkach. Polecamy SCHRÖDER'A. Nauka o chorobach kości, przekład dokładny z niemieckiego. Kosztuje 6 rs. z przesłaniem.

W-mu d-rowsi J. K. w Kielcach. W pierwszym zeszycie tegorocznego PAMIĘTNIKA Tow. lekars. Warszawsk. ma być pomieszczony Rozbiór chemiczny wody do picia. Wskazanie podręcznika o dochodzeniu zafalszowań materyjałów spożywczych wskażemy w następnej korespondencyi, gdyż w tej chwili dokładnego tytułu i ceny podać nie możemy.

W-mu d-rowsi L. G. w Będzinie. RoczNIK wysłany, PAMIĘTNIK opłacony, żądane dziełko zapisałiśmy z Paryża.

W-mu d-rowsi J. K. w Białostoku. Na II półrocze r. z. otrzymaliśmy 2 rs. 50 kop. i tyleż na półrocze bieżące; że zaś przedpłata półroczna z przesłaniem pocztą wynosi 3 rs., przeto do 1 Lipca r. b. należy nam się dopłaty 1 rs.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.