

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Kwas salicylowy, niektóre jego własności i użycie. Przez Aleksandra Schellera. Przyczynek do nauki o moczowce bezcukrowej. Przez Dra Schlesingera. (Dokończenie). — Kronika zagraniczna. O dławcu (*croup*) u dzieci. Przez Dra A. Monti w Wiedniu. Podał Dr W. Grosstern ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej Uniw. Warsz. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Dostanie się obcego ciała do gruczołu ślinowego przyusznego. Gruntowne leczenie puchliny moszen (*hydrocele*) za pomocą gromłkócia (*electropunctura*). Wielka wieńcogłówka w wejściu miedniczem. Victoriaquelle—woda Emska. Prof. Dra Ziemssen'a Choroby Układu Nerwowego. Krynica.—Dodatek. Choroby płuc ark. 2 i 3. Medycyny Sądowej T. II. ark. 30.

Kwas salicylowy, niektóre jego własności i użycie.

Przez Aleksandra Schellera.

Kwas salicylowy (*acid. salicylicum*), znany w chemii organicznej od roku 1860, w którym został odkryty przez Kolbego i Lautemanna, z powodu kosztownej preparacyi, poprzednio nie był znalazł zastosowania praktycznego. Zawarty jużto w mniejszej, jużto w większej ilości, w olejku eterycznym rośliny *gaultherium procumbens*, był przygotowywanym z niego, jako też i z salicyny przez topienie takowej z wodanem potażu i oddzielenie potażu za pomocą kwasów. Wreszcie Kolbe otrzymywał preparat ten z kwasu karbolowego, przez rozpuszczanie w nim sodu metalicznego; wytworzony tym sposobem sodofenol ogrzewał przy jednoczesnem przepuszczaniu suchego kwasu węglanego.

W zeszłym dopiero roku, prof. Kolbe po długich doświadczeniach zdołał otrzymać kwas salicylowy sposobem tak mało kosztownym, że preparat ten dla swych własności znalazł już zastosowania praktyczne i przypuszczalnie ma przed sobą ogromną przyszłość.

Nowy sposób przygotowywania tego kwasu różni się od dawniejszego tem, że kosztowny sól zastąpiono sodą gryzącą.

K o l b e w surowym skoncentrowanym ługu sodowym rozpuszcza tyle krystalicznego, poprzednio stopionego fenolu, ile potrzeba do wzajemnego nasycenia. Otrzymany stąd roztwór paruje się w płaskim naczyniu żelaznem, a pozostałą potem ciastowatą masę ogrzewa się przy wolnym ogniu i ciąglem jój rozgniatywaniu; w końcu rozciera się takową za pomocą ciężkiego pistillu, na suchy pyłek będący sodofenolem. Preparat ten barwy czerwono-żółtawej jest nadzwyczaj hygroskopijny, a ponieważ wilgotny mniej kwasu salicylowego wydaje, przeto w gorącym jeszcze naczyniu winien być szczelnie zamknięty. Sodofenol ogrzewa się zwolna w retorcie żelaznej, w kąpeli olejnej, powietrznej lub metalowej, a po wzniesieniu się temperatury do 100° C. zaczynamy przepuszczać przez retortę słaby strumień suchego kwasu węglanego; jednocześnie temperatura zwolna podnosić się winna tak, aby mniej więcej po upływie kilku godzin dochodziła do 180° C. Po dłuższem dopiero przepuszczaniu kwasu węglanego zaczyna się z początku w małej ilości, później obficie oddestylowywać kwas karbolowy. W końcu należy podnieść temperaturę od 220° — 250° , a operacya może być uważana za ukończoną, kiedy przy ciąglem przepuszczaniu kwasu węglanego, wydzielanie się fenolu ustanie.

Zawartość retorty koloru szarawego, składa się z sodosalicylanu i zasadowego salicylanu sody, a rozpuszczona w wodzie za dodaniem kwasu chlorowodorowego, strąca kryształiki kwasu salicylowego, które się oddziela przez filtrowanie i suszy. Kwas salicylowy przedstawia się w kształcie drobnych, słabo żółtawo zabarwionych kryształików (czysty jest śnieżnej białości), smaku nieco słodkawo-kwaśnego, bez zapachu, nie jest gryzącym ani trującym i może być do wewnątrz zadawanym. Równoskładowy z kwasem benzoesowym, posiada wielkie podobieństwo do kwasów fenyłowego i kresyłowego, zawartych w kreozocie. Za ogrzaniem rozpada się na kwas węglany i karbolowy, którego też własności antyseptyczne w wysokim stopniu posiada. W wodzie zimnej trudno rozpuszczalny, natomiast łatwo się rozpuszcza w wodzie gorącej lub w roztworze fosforanu sody (3 części na 50 części wody). Również łatwo rozpuszcza się w alkoholu i eterze, wcale nie w chloroformie i chlorku etylu. Stosunkowa taniość kwasu salicylowego i jego działanie antyseptyczne, przy jednocześnie łagodnych innych własnościach, wywołały próby i studia praktyczne nad tym preparatem.

Doświadczenia robione w tym celu przez K o l b e g o, H e y d e n'a i innych, wykazały, że kwas salicylowy niszczy wszelkie pasożyty roślinne i zwierzęce i wstrzymuje fermentację jakoteż i twerczenie się kwasów masłowego i młecznego.

Piwo z dodatkiem śladu kwasu salicylowego, zostawione w naczyniach otwartych w lecie, po dłuższem przeciągu czasu wprawdzie kwaśniało, lecz nie pleśniało. Cukier gronowy z małą ilością jego (0,001) za dodaniem drożdży nie fermentuje, a w fermentującym roztworze cukru niewielka ilość tego kwasu sprawę tę wstrzymuje. W obecności małej ilości tego preparatu mléko nie kwaśnieje, konserwy owocowe nie pleśnieją. Mięso świeże kwasem salicylo-

wym nacierane, po miesiącu dobrze obmyte w niczem się nie zmieniło, a nawet cuchnące już mięso, roztworem jego przemywane, stało się znowu zdatnem do użytku. Emulsya z migdałów z dodatkiem amygdaliny w obecności kwasu nie wytwarza olejku migdałowego gorzkiego. Gorczyca mialka rozrobiona wodą, w tym przypadku nie wydaje zapachu olejku gorzycowego.

Własności te, rokujące rzeczonemu preparatowi rozliczne zastosowywania w przemyśle, spowodowały Thierscha w Lipsku do użycia go w medycynie, a w szczególności w chirurgii. Jużemy wspomnieli, że kwas salicylowy nie jest gryzącym ani trującym. Bertagnini, który się już dawniej preparatem tym zajmował, spostrzegł, że kwas ten w większych dawkach (6 grm. w 2-ch dniach) wewnątrz użyty wywołuje szum w uszach. Przechodząc przez organizm, zmienia się po części w kwas salicylurny, podczas gdy inna część odnajduje się w moczu niezmieniona.

Doświadczenia robione z tym kwasem w szpitalu Lipskim przekonały, że przy 3 grm. do wewnątrz zadanych, obecność jego już po dwóch i jeszcze po 20 godzinach może być wykazaną w moczu. Przy stykaniu się preparatu tego z ranami, takowy wkrótce w znacznej ilości w moczu występuje. Na skutek doświadczeń robionych przez Thiersch'a w oddziale chirurgicznym szpitala Lipskiego, tenże zaleca kwas salicylowy do posypywania ran nieoczyszczonych, wskutek zmiżdżenia powstałych, jako też i strupów rakowatych, u których niszczy woń gnicia, nie wywołując zjawisk zapalnych. Roztwór 1 cz. kwasu rzeczonego i 3 cz. fosforanu sody w 50 cz. wody przyśpiesza pokrycie się powierzchni granulujących.

Do ran świeżych Thiersch zaleca roztwór 1 cz. kwasu w 300 cz. wody. Rozczyn ten okazał się nadto bardzo skutecznym, zamiast fenolu, przy opatrunkach, sposobem Lister'a wykonywanych. I tak: podczas operacyi rana winna być ciągle nakrapiana sproszkowanym roztworem, następnie opatruje się ją watą nasyconą kwasem salicylowym w stanie kryształicznym i zwilżoną powyższym płynem, którym należy również zmoczyć kompresę, służącą do przytrzymywania waty przyrannój. Opatrunek ten zostaje nienaruszonym i winien być ciągle zwilżany tymże roztworem przez nakrapianie mniej więcej 8 kropli na minutę.

Po amputacyi uda, i opatrunku tym sposobem wykonanym, chory nie miał żadnego bólu, obrzmienia i gorączki. 6-go dnia zmieniono opatrunek i przekonano się, że rana z wyjątkiem kilku miejsc powierzchownych była zupełnie zasklepioną. Z również pomyślnym skutkiem Thiersch opatrywał rany po amputacyi, a inną razą po rezeceyi przedramienia.

Jako środek antyseptyczny, nie posiadający przykrego smaku i zapachu, środek ten nadaje się szczególnie do pielęgnowania jamy ustnej, w której występuje tyle produktów rozkładowych i znaczna ilość pasożytów roślinnych i zwierzęcych. Może on tu być użyty w postaci wody do płókania ust lub też jako mały dodatek do proszku do zębów.

Ostermann zaleca go w tym celu i używa go również dla leczenia gnijących i ropiejących miazdr zębowych, jako też i w rozmaitych stanach za-

palnych dziąseł, głównie przy tak zwanych dziąsłach skorbutycznych: uważa go nadto za dobry środek ochronny przy próchnieniu zębów. Nadto zdaje się, że w preparacie tym mamy nieoszacowany środek przeciwko grzybkom w jamie ustnej, przeciwko *diphtheritis* i innym zapaleniom infekcyjnym gardła.

Co do użytku wewnętrznego, Kolbe sądzi, iż środek ten okaże się zawiennym w wielu chorobach, wywołanych rozkładem krwi lub miazmatami, jak np. w tyfusie, cholery i t. p.

Wreszcie pragnęlibyśmy zwrócić uwagę szanownych czytelników na jedną jeszcze okoliczność. Wiadomo jak rozpowszechnionymi są obecnie rozmaite cierpienia żołądka i kiszki, objęte ogólną nazwą nieżytów, a leczone po większej części empirycznie. Otóż, ponieważ według nowszych badań, cierpienia te mają być wywoływane fermentacją, stąd godzi się przypuszczać, że kwas salicylowy i w tych dolegliwych cierpieniach okaże się skutecznym.

Kończąc to pobieżne sprawozdanie o własnościach kwasu salicylowego, spodziewamy się, że ono się choć cokolwiek przyczyni do szerszego zastosowania go u nas, w celach leczniczych i nadmieniamy, że środek ten znajduje się w aptekach warszawskich ¹⁾.

Przyczynek do nauki o moczówce bezcukrowej.

Przez Dra E. Schlesingera.

(Dokończenie).

Poszukiwanie przyczyn sprawy chorobowej jest niezmiernie ważnem, ono tylko może nam pozwolić oprzeć rokowanie i leczenie na racjonalnych podstawach. Trzy drogi prowadzą nas do tego celu: oględziny pośmiertne, doświadczenia fizyologiczne i obserwacye kliniczne.

I. Oględziny pośmiertne. Ponieważ choroba ta, rzadko w ogóle zdarzająca się, po długim dopiero czasie sprowadza za sobą zejście śmiertelne, więc też oględziny pośmiertne są rzadkie, a rezultat przeważnie negatywny. Nerki są zwykle przekrwione i przerosłe, ale to tylko skutkiem nadmiernej funkcji. Zmiany w innych przyrządach bywają następne, ale nie pierwotne. Wyjątek stanowi mózg. Nieznaczna liczba wypadków klinicznych, w których znaleziono zwyrodnienie komórek nerwowych na dnie 4-jej komórki mózgowej lub nowotwory tamże, nie upoważnia nas jeszcze bynajmniej do wniosku, żeby ośrodki układu nerwowego były punktem wyjścia moczówki bezcukrowej.

¹⁾ W klinice chirurgicznej Prof. Girsztowta kwas salicylowy używa się zewnętrznie w następujących formach: 1) *aqua salicylica* (1 cz. na 300 cz. wody) do opatrunku ran i wrzodów, do podskórnych nastrzykiwań i w enemach; 2) *mixtura salicylica* (1 cz. *acid. salyc.*, 3 cz. *phosphatis sodae* i 50 cz. wody) również do opatrunku ran; 3) *pulvis salicylicus* (1 cz. *acid. sal.* i 5 cz. *amyli*) do posypywania ran; 4) *gossypium salicylicum*—wata przesiąknięta wodą salicylową 3 i 10 procentową; 5) *solutio salicylica alcoholica* do płukania ust. Również używa się jako proszek do posypywania nóg dla pozbycia się nieprzyjemnej woni (kwas sal., magnezja, mydło sproszkowane, krochmal) i do czyszczenia zębów. Wewnątrz: w róży, w ostrym gościecu stawów, w tyfusie *sub forma emulsionis* (*acid. sal.* 1 cz. *ol. amygd. dulc.* 20 cz., *gum. arab.* 10 cz., *syr. amygd.* 25 cz., *aq. flor. aurant.* 45 cz., jako *antisepticum* i *antipyreticum*.

Nabiorą one wszakże pewnego znaczenia skoro skonstatujemy równocześnie rezultaty badań dwiema drugimi ze wspomnianych dróg.

II. Doświadczenia fizyologiczne. Od czasu jak Claude Bernard sztucznie wywołał moczówkę bezcukrową („Quand on pique sur la ligne médiane du plancher du quatrième ventricule, exactement au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et l'origine des nerfs pneumo-gastriques, on produit à la fois l'exagération des deux sécrétions hépatique et rénale. Si la piqûre atteint un peu plus haut on ne produit très-souvent que l'augmentation dans la quantité des urines qui sont alors souvent chargés de matières albuminoïdes“), wiadomości o tej chorobie nie posunęły się aż do Eckharda. Prace ostatniego o hydrurii (t. j. polyurii) ogłoszone przed kilku laty¹⁾ tak się streścić dadzą.

Claude Bernard twierdzi, że: 1. Oprócz *diabetes mellitus* istnieje oddzielna choroba kliniczna — polyuria, którą sztucznie wywołujemy przez nakłócie miejsca leżącego na dnie 4-jej komórki przed miejscem diabetycznym. Polyuria ta powstaje przez bezpośrednie działanie pewnych nerwów na nerki. 2. Przecięcie nerwu trzewiowego wielkiego (*splanchnicus major*) wywołuje powiększenie wydzieliny moczu, drażnienie zaś dolnego końca przeciętego nerwu sprawia zmniejszenie się lub zaprzestanie wydzieliny. 3. Drażnienie nerwu błędnego pobudza wydzielinę nerek.

Eckhard dokładne robiąc doświadczenia do następujących doszedł rezultatów.

1. Nie masz w mózdzku króliczym na dnie 4-jej komórki punktu, za nakłóciem którego miałyby zawsze powstawać czysta polyuria. Prawda, że robiąc nakłócia na dnie 4-jej komórki, można czasami, lubo rzadko, wywołać czystą polyurię, lecz powtórzywszy to doświadczenie na drugim zwierzęciu t. j. nakłójąc to samo miejsce, do innego rezultatu dochodzimy. Owszem polyuria powstać może przy nakłóciu punktów w różnych miejscach położonych na dnie 4-jej komórki. Na 10 doświadczeń Eckhard otrzymał 2 wypadki czystej polyurii, a jeden z tych wypadków był w dodatku nie bardzo wybitny.

Tak więc powyżej przytoczonych zdań Claude Bernarda nie możemy przyjąć za pewnik.

2. Ani przecięcie, ani drażnienie nerwu błędnego nie wpływa na wydzielinę moczu.

3. Po przecięciu nerwu trzewiowego wielkiego następuje zawsze u dorosłych silnych psów, powiększenie wydzieliny moczu. Wydzielina powiększa się tylko po stronie przeciętego nerwu. Mocz nie zawiera cukru. Przy znacznem powiększeniu wydzieliny, mocz staje się jaśniejszym. Przecięcie wszystkich innych nerwów pochodzących z nerwu sympatycznego, a dochodzących do nerek, nie wpływa na wydzielinę ostatnich. Drażnienie dolnego odcinka nerwu trzewiowego wielkiego, przeciętego poniżej wyjścia jego przez przeponę, zwalnia lub wstrzymuje u psa wydzielinę moczu. Ponieważ podczas tego doświadczenia ruchy moczowodów wciąż się odbywają, więc wpływ tego nerwu odnosi się nie do czynności wydalania moczu, lecz do czynności wydzielania.

1) Eckhard C. Beiträge zur Anatomie und Physiologie. 1869—72.

Polyuria więc przez nakłócie różni się od polyurii przez przecięcie nerwu trzewiowego:

a) u królika przecięcie nerwu trzewiowego nie wywołuje polyurii, a nakłócie wywołuje;

b) ilość moczu przy przecięciu nerwu trzewiowego niezbyt powiększona, szybko się podnosi do pewnej wysokości, na tym stopniu pozostaje przez długi czas niezmieniona. Mocz ten jest nieco tylko jaśniejszy od normalnego i nie zawiera cukru. Inaczej przy nakłóciu. Najprzód występuje okres, w którym wydzieliny nie ma, lub nieznaczna, poczem zwolna ilość jój podnosi się do pewnej wysokości i powoli znowu spada. Na szczycie swym ilość moczu przewyższa znacznie pierwszego rodzaju moczówkę. Skutkiem tych objawów pierwszy rodzaj polyurii robi wrażenie jakby zjawiska podrażnienia;

c) *splanchnicus* -polyuria jest jednostronną, podczas gdy druga jest obustronną lubo słabszą po stronie zdrowej.

Czy więc polyuria, przez ukłócie dna 4-jej komórki wywołana, powstaje za pośrednictwem innego nerwu niż *splanchnicus major*? Liczne doświadczenia E c k h a r d a wykazały, że gdy *splanchnici* są przecięte, można jeszcze z dna 4-jej komórki wywołać powyżej opisaną polyurię. Inny więc nerw do tego pośrednictwa użytym być musi (przypuszczając że ukłócie nie sprowadza jakichś szczególnych zmian w całej krwi). A jaki? Ani drażnienie, ani przecięcie nerwów błędnych, przeponowych, gałązek pochodzących z pierwszego zwoju piersiowego, gałązek pochodzących z *plexus hypogastricus*, z *ganglion coeliacum* i zwojów leżących za przynerczami nie wpływa wcale na wydzielinę moczu, ani nie stoi na przeszkodzie możności wywołania polyurii przez nakłócie.

Jeżeli zaś przetniemy rdzeń kręgowy między 6 i 7 kręgiem lędźwiowym, natychmiast wydzielina moczu obustronnie się przerywa, bez względu na to czy *splanchnicus* był przecięty czy nie. Przecięcia powyżej 6-go kręgu lędźwiowego robione, ten sam skutek sprawiają, poniżej zaś 7-go rozmaicie się zachowują.

Skoro więc polyuria wywołana przez przecięcie nerwu trzewiowego znika wskutek przecięcia rdzenia kręgowego, więc wydzielanie w nerkach musi być jeszcze pod wpływem innego nerwu, którego ośrodek prawdopodobnie na dnie 4-jej komórki.

Kwestya teraz czy przecięcie rdzenia nie sprawia zmian we krwi, wskutek których następuje wstrzymanie wydzieliny nerek. Według B e z o l d'a, L u d w i g'a, C y o n'a i t. d. ciśnienie krwi i ilość uderzeń serca spada po przecięciu rdzenia, a podnosi się znowu, gdy dolny odcinek rdzenia drażnimy. Zważywszy więc: a) że przecięcie nerwu trzewiowego najwięcej wpływa na upadek ciśnienia krwi, że przecięcie tegoż nerwu polyurię wywołuje, a przecięcie rdzenia sprawiające również upadek ciśnienia krwi polyurię wstrzymuje, b) że drażnienie dolnego odcinka rdzenia ciśnienie krwi i częstość uderzeń serca znowu podnosi nie przywróciwszy wydzieliny nerek, — możemy być pewni, że zmiany we krwi przez przecięcie rdzenia kręgowego wywołane, nie są przyczyną wstrzymania się wydzieliny moczu.

Zdawałoby się, że niemożność przywrócenia wydzieliny nerek, wstrzymanej przecięciem rdzenia, przez drażnienie dolnego odcinka takowego, sprzeciwia się hipotezie o automatycznym przyrządzie ośrodkowym w mózgu dla wydzieliny nerek. Przyczyną tego może być niedostatek bodźców fizyologicznych, lub też że w tym dolnym odcinku obok włókien nerwu trzewiowego, znajdują się włókna nerwu, mającego wprost przeciwne działanie t. j. hamujące. E c k h a r d wpadł na pomysł rozłączenia tych dwóch działalności przyspieszającej i hamującej, przypuszczając, że pierwiastki nerwowe dla tych dwóch funkcji służące nie w jednym czasie obumierają. Otóż udało mu się wywołać w dwóch wypadkach hydrurię przez drażnienie dolnego odcinka rdzenia, jeżeli zwierzę zostawiał w spokoju po przecięciu przez kilka godzin. W jednym z tych doświadczeń nerw trzewiowy był przecięty, w drugim nie. Ani przecięcie rdzenia poniżej 12 kręgu grzbietowego, ani przecięcie nerwu błędnego i sympatycznego przy wejściu ich do klatki piersiowej nie wpływa na wydzielinę nerek. Natomiast przecięcie w okolicy 7-go kręgu grzbietowego wstrzymuje na długi czas wydzielinę. To skłoniło E c k h a r d a do poszukiwania bezpośredniego wpływu nerwów w tej okolicy z rdzenia wychodzących na wydzielinę. Przekonał się więc, że drażnienie od 1 — 5 pary nerwów grzbietowych zmniejsza wydzielinę nerek. Według więc E c k h a r d a wpływ układu nerwowego na wydzielinę nerek jest następujący: 1) nerki w sobie samych nie mają automatycznego ośrodka nerwowego; 2) ośrodek ten jest w mózgu i nie niżej jak dno 4-jej komórki; 3) włókna nerwowe obwodowe pobudzające czynność nerek, leżą w nerwach piersiowych; 4) oprócz włókien pobudzających, są włókna hamujące, a te znajdują się w nerwie trzewiowym. Czy tej części hamującego układu nerwowego odpowiada oddzielny przyrząd ośrodkowy, jeszcze nie wiadomo. Drażnienie nerwu trzewiowego sprawia ściągnięcie się cieniutkich tętniczek w nerkach i tem samym ogranicza strumień krwi, będący źródłem wydzieliny nerkowej.

E c k h a r d robił także doświadczenia nad wpływem mózdzku na wydzielinę nerek: 1) mechaniczne uszkodzenia drugiego zrazika robaka, nazwanego przez E c k h a r d a *lobus hydruricus et diabeticus*, wywołują *diabetes (mel-litus)*, hydrurię podobną do otrzymywaną przez ukłócie dna 4-jej komórki; 2) czysta hydruria powstaje przez wpuszczenie kilku kropli rozcieńzonego roztworu potażu gryzącego na powierzchnię robaka; większa zaś ilość, sprawiająca zniszczenie robaka, wywołuje *diabetes*. Podobne działanie ma chlorek żelaza. E c k h a r d robi z tego wniosek, że słabe tylko podrażnienia hydrurię sprowadzają, mocne zaś i glycosurię. Przyczem dodaje, że i u człowieka prawdopodobnie rzecz się tak ma przy mniejszych lub większych zmianach, atakujących wspomniane części mózgowia; 3) czysta hydruria powstaje zawsze przy mechanicznem uszkodzeniu robaka, po poprzedniem przecięciu nerwów wątroby; 4) uszkodzenie to nie pociąga za sobą zmian w ogólnem ciśnieniu krwi.

K n o l l dokonywał rozbioru moczu otrzymywanego przez E c k h a r d a przy doświadczeniach jego, a mianowicie przy przecięciu nerwu trzewiowego wielkiego.

1. Pies średniego wzrostu. Lewy *splanchnicus major* przecięty, w moczowodach umieszczone kaniulki.

	z lewej str.	z prawej str.
Ilość moczu w przeciągu 6 godzin	28,0	5,5 gm.
Barwa moczu jaśniejsza.		
Ciężar gatunkowy	1023	1034 „
Mocznik w { 1 ctm. kub.	0,045	0,075 „
{ w całej ilości	1,264	0,412 „
Ilość mocznika większa w moczu mającym większy ciężar gatunkowy, ogólna jednak ilość mocznika z lewej trzy razy większa.		

2. Też same przygotowania:

	z lewej str.	z prawej str.
Ilość moczu w 6 godzin zebrana	27,8	19,2 gm.
Ciężar gatunkowy	1034	1038 „
W 4 kub. ctm. moczu { wody	3,7952	3,7695 „
{ stałych części	0,3408	0,3835 „
W całej ilości moczu { wody	26,376	18,094 „
{ stałych części	2,368	1,841 „
Mocznik { w ctm. kub.	0,055	0,675 „
{ w całej ilości moczu	1,529	1,296 „

Knoll z tego wnosi: 1) mocz wydzielony z nerki, której nerw trzewiowy przecięty, ma mniejszy ciężar gatunkowy niż z drugiej nerki; 2) ilość stałych składników, a w szczególności mocznika, mniejsza po stronie, gdzie nerw przecięty, odnośnie do ilości wody, lecz bezwzględnie większa i to tem większa, im ilość moczu większa. Ciężar więc gatunkowy zredukowany będzie w tych doświadczeniach powiększony.

III. Obserwacje kliniczne. Ilość wydzielonego moczu zależy: 1) od natury kłębków i kanalików, przez błony których mocz przesiąka; 2) od krwi z której przesiąka; 3) od układu nerwowego, od którego zależy większy lub mniejszy przypływ krwi (czy to na drodze naczynioruchowej, czy innej).

Oprzec naturę choroby na jednym z trzech wspomnianych faktów, oddawna silili się klinicyści.

1. Tkanka nerek, jakśmy wyżej widzieli, sama udziału w tej sprawie nie bierze—zmiany w niej są następce.

2. Co się tyczy natury krwi to: a) znaleziono we krwi diabetyków cukier mięśniowy (inozyt), dla tego chorobę nazwano inosuryą; b) przypuszczano pierwotne zgęszczenie krwi, w następstwie odciągnięcia wody z tkanek, pragnienie, wielkie ilości przyjmowanego napoju, a stąd polyuria jako następstwo polydipsyi.

Odnośnie do a. Mosler który znalazł inozyt w moczu, a za nim Schultz i inni, sądzili, że inozyt odgrywa w polyurii też samą rolę co cukier w glycosurii, ułatwiając według praw przesiąkania przejście płynów z tkanek do krwi, powiększenie ciśnienia w układzie tętnicznym i polyurię. Lecz wiadomo, że czasami dużo cukru się wydziela a mało moczu, lubo mało cukru a dużo moczu.

Nadto inozyt w tak małej ilości się znajduje w moczu, że polyurii wywołać nie może. Dalej inozyt znajduje się czasami w moczu przy *diabetes mellitus* i przy chorobie Bright'a. Wreszcie przy przyjmowaniu wielkich ilości wody inozyt znajduje się w moczu zdrowych ludzi. Z ostatniego faktu wnosiśmy, że inozyt porwany zostaje z mięśni, płuc, wątroby, nerek, w których się normalnie znajduje, nim się zmieni na kwas węglany i wodę, prądem wody zalewających te tkanki.

Oдноśnie do *b.* anamneza zawsze wykazuje, że zwykła polyuria wyprzedza polydipsię; dalej zauważyć możemy, że pomimo wstrzymywania się chorego od przyjmowania napojów, znaczne ilości wody przez nerki się wydzielają. Krew chorych na *diabetes* uboższa w wodę niż krew normalna, a nawet ilość wody nie wiele przewyższa ilość wody zawartą we krwi u chorych w cholerycznej. Cierpiący na *diabetes* przy jednakiłej ilości przyjmowanych napojów więcej oddają moczu niż zdrowi. Wreszcie diabetycy przy jednakowej ilości przyjmowanych napojów mniej wydzielają przez skórę i płuca niż zdrowi; różnica wynosiła w zaobserwowanym przez Straussa wypadku 390 — 1960 grm. na korzyść zdrowego.

3. — *Per exclusionem* więc dochodzimy do tego, że w układzie nerwowym leży przyczyna nadmiernej ilości moczu, chociaż i przez indukcję do tego samego rezultatu dochodzimy. Zauważono, że w wiadomych dotychczas wypadkach przyczyny i objawy towarzyszące tej chorobie były: uszkodzenia czaszki, stan zapalny opon mózgowych, zmiany w budowie mózgu, wpływy psychiczne a między niemi histerya, ból głowy i wreszcie dziedziczność. Moczówka bezcukrowa towarzyszy często chronicznym cierpieniom rdzenia kręgowego, jak zauważył Traube, co znowu przemawia za nerwowem pochodzeniem. Wreszcie za tem samem przemawia fakt zaobserwowany przez Traubego, że u chorego na *tabes dorsualis* podawanie saletrzanu srebra wywołało moczówkę bezcukrową, która zniknęła, skoro zaprzestano zadawać ten środek. Wypadek ten podajemy.

August P. młynarz, 37 lat mający, przybył do szpitala, do oddziału Traubego 26 Października 1871 r.

Anamneza. Częste zaziębnienia, drętwienie nóg i prawej ręki. W Grudniu 1870 r., zdawało mu się, że chodzi na grubem miękkim suknie. Bóle w lewej pachwinie i w krzyżu, ostatnie coraz gwałtowniejsze, które rozchodziły się promienisto około brzucha. Przy chodzeniu uczucie ściśnienia w tułowiu jakby opasany sznurem. Od Marca r. b. zaczął chwiejnie chodzić, zwłaszcza wieczorem. Nigdy nie upadł, odrętwienie nóg.

Stan obecny. Uczucie pasa na brzuchu. Odrętwienie nóg. Chód chwiejący przy zamkniętych oczach. Układ mięśniowy dobrze rozwinięty, lecz chory prędko się męczy przy chodzeniu. Uściśnienie ręki niezbyt mocne. Co się tyczy czułości dolnych kończyn, to przy dotknięciu niektórych miejsc choremu trudno się było zorientować.

Rozpoznanie. Prawdopodobnie *tabes dorsualis*, na pewno chroniczna choroba rdzenia kręgowego (*meningitis et myelitis* wyłączone).

Przebieg. Przez Listopad i Grudzień chory obok *argentum nitricum*, brał co 2 lub 3 dni ciepłą kąpiel 28°, zawierającą 10 $\%$ soli kuchennej. Apetyt dobry, stolec regularny. Do 3 Grudnia saletrzan srebra w wzrastającej dawce.

Dnia 3 Grudnia. Bóle w krzyżu ustały, bóle w lewej nodze znacznie się zmniejszyły. Tego dnia zaprzestano dawać saletrzan srebra.

Dnia 6. Bóle w dolnej części klatki piersiowej po lewej stronie, uczucie pasa i inne objawy wzrastają co dzień.

Dnia 20. Znowu podaje się *argentum nitricum*.

Później zanotowano: polepszenie znaczne, chory bez pomocy wchodzi na stołek i nie ma bólów. Uczucie w stopach znikło.

Podczas więc gdy saletrzan srebra widocznie sprawiał polepszenie, powstała przy początkowym użyciu tego lekarstwa moczówka bezcukrowa, która znikła gdy usunięto *argentum nitricum*, a przy powtórnym zadawaniu saletrzanu srebra moczówka nie wróciła. Traube następującą stawia hipotezę. Doświadczenie uczy, że po saletrzanie srebra następuje często w *tabes dorsualis* polepszenie. W pierwszych okresach téj choroby znika myelina pochewki nerwowej, w późniejszych i myelina włókna nerwowego. W pierwszym okresie używanie saletrzanu srebra wpływa w ten sposób na odżywianie substancji nerwowej, że myelina pochewki nerwowej się odradza i przewodnictwo nerwu się przywraca. *Argentum nitricum* działa więc na substancję nerwową; w pewnych więc razach może zaatakować pobudzająco sprawę odżywczą w włóknach, od których zależy wydzielina moczu i tem samem wywołać moczówkę.

A więc *diabetes insipidus* jest chorobą nerwową, cechującą się znaczną ilością wydzielonego moczu, nie posiadającego białka ani cukru, którego ciężar gatunkowy niezwykle niski, a ciężar gatunkowy zredukowany podwyższony.

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

O dławcu (*croup*) u dzieci.

Przez Dra A. Monti w Wiedniu.

Podał Dr Wiktor Grosstern, ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej Uniw. Warsz.

(Dalszy ciąg).

Nieżyt krtani cechuje się tem, że objawy laryngostenozy nie trwają nigdy dłużej nad 24 — 48 godzin; zawsze bowiem w godzinach przedpołudniowych występuje znaczne zwolnienie (*remissio*). W niezycie krtaniowym oprócz wyżej opisanego stenotycznego typu oddechania mogą mieć miejsce i napady zaduszenia (*suffocatio*), czyli tak zwane napady dławcowe. Rzeczony napady albo wybuchają nagle i stanowią pierwszy objaw niezytu krtaniowego, albo występują dopiero po trwającym pewien czas kaszlu i chrypcie. Zwrócić należy uwagę na to, że nieżyt krtani właśnie cechuje się nagłym wystąpieniem objawów zaduszenia w samym początku choroby. Dziecię, będąc poprzednio najzupełniej zdrowem, budzi się nagle w nocy bez tchu. Wdechanie (*inspiratio*) odbywa się z trudnością i trwa dłużej, aniżeli zwykle. Dzieci z wielkim niepokojem miotają się

w łóżku, czepiają się obok będących przedmiotów i wszelkimi sposobami usiłują więcej powietrza zaczerpnąć. Czasami dzieci poprzednio na nieżyt nosa cierpią, następnie pojawia się nagle kaszel szczekający i chrypka, które zwykle kilka godzin trwają. Też samą nocą, rzadziej podczas następnych nocy, dziecię nagle budzi się z powodu utrudnionego i głośnego oddechania. Duszność szybko wzrasta, przy czem pojawia się napadami kaszel suchy ze świstem. Na twarzy obrzmiałej i siniej maluje się wielki niepokój; żyły mocno się przepełniają. Rzeczony napady zależą od skurczu strun głosowych, który powstaje z powodu napęcznienia strun głosowych i z powodu gromadzącego się i przylegającego do nich śluzu. Za skurczem strun głosowych idzie koniecznie i zwężenie głośni, co znowu powoduje utrudnione głośne i świszczące oddechanie. Nadmienić tu koniecznie wypada, że na wysokości choroby wszelkie wzruszenia umysłowe mogą wywołać podobne napady zaduszania, lub istniejące powiększyć i pogorszyć. Napady zaduszania znikają zwykle, jak tylko wystąpi zwolnienie sprawy nieżytowej, czyli obfitsza wydzielina; twarz wówczas przybiera napowrót swój wygląd normalny. Zarzucanie głowy w tył, jakoteż i inne ciężkie objawy asfiksji nigdy nie mają miejsca w nieżycie krtaniowym. Czas trwania rzeczonych napadów bywa różnym: najlżejsze trwają 5—16 minut; bardziej ciężkie zaś przeszło pół godziny trwać mogą. Napady zaduszania, w nieżycie krtaniowym pojawiające się, mają pewną cechę bardzo ważną; występują one przeważnie wśród nocy, a szczególnie wóczas, gdy dziecię już 3—4 godzin jednym ciągiem (*in continuo*) spało.

Badanie wziernikowe według Gerhardta i Schnitzlera. Zarówno Gerhardt jak Schnitzler znaleźli w największej liczbie wypadków zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej gardzieli, powiększenie migdałków, a często i obrzęk języczka. Powierzchnia tylna gardzieli przedstawia się jużto suchą i gładką, jużto nierówną wskutek obrzmienia jej gruczołków śluzowych, jużto narazie pokrytą podłużnymi prążkami śluzowymi. Brodawki na podstawie języka są obrzmiałe. W wielu jednak wypadkach gardziel pozostaje zupełnie wolną i najmniejszych zmian nie przedstawia. Nagłośnia, więzy nalewko-nagłośniowe (*ligam. ary-epigl.*), struny głosowe fałszywe zwykle są mocno obrzmiałe i ciemno-czerwone. Struny głosowe w lżejszych wypadkach zachowują często swoją barwę biało-żółtawą. W bardziej ciężkich wypadkach widzieć można na rzeczonych strunach zaczerwienienie plamisto-prążkowane, rozpościerające się od wyrostka głosowego. Zaczerwienienie to w krótkim czasie rozszerza się na całą błonę śluzową. Oprócz tego spostrzegać się dają i ciemniejsze punkciki, wskutek wynaczynienia krwi powstałe. W niektórych miejscach zauważyć można odluszczenia się nabłonka w postaci prążków, które łatwo przechodzi w płytkie owrzodzenia. Ruchy strun głosowych w ogóle odbywają się daleko leniwiej. Przy bardzo silnem nieżyciu zapaleniu krtani więzy nalewko-nagłośniowe (*lig. ary-epigl.*), struny głosowe fałszywe, fałdy na tylnej powierzchni krtaniowej oraz i nagłośnia są znacznie zgrubiałe, blado-różowe i posiadają wygląd przeświecający. Gdy istnieje silne ochrypnięcie i stenotyczne oddechanie, wtedy cała błona śluzowa krtani jest mocno obrzmiałą, a szczególnie tyczy się to błony śluzowej tylnej ściany krtaniowej, jako też i chrząstek nalewkowych. Chrząstki nalewkowe, według Schnitzlera przedstawiają się często w postaci wałków obrzmiałych.

Ciepłota ciała w nieżyciu zapaleniu krtani różnie się zachowuje. W największej liczbie wypadków stwierdził Monti podane przez Wunderlicha zmiany ciepłoty ciała, właściwe dla nieżytów błon śluzowych. Bardzo często nieżyt krtaniowy przebiegał zupełnie bez gorączki. Niekiedy na początku cierpienia rzeczzonego zauważyć było można chwilowy (efemeryczny) wzrost ciepłoty ciała. Bardzo często ciepłota ciała na początku choroby dochodziła do 38°, 39°, 40° C., w przebiegu zaś ulegała wahaniom nieregularnym, jużto to podnosząc się, jużto opadając. W największej liczbie wypadków, jeżeli po zakończeniu sprawy zapalnej w krtani, ciepłota ciała jednakowoż jeszcze mniej więcej wysoko się utrzymywała, wtedy niechynie odszukać było można poczynające się powikłanie jak np. zapalenie płuc, oskrzeli i t. d. W ogóle, rzecz można, gorączka w nieżycie krtaniowym nigdy długo nie trwa i nigdy nie dochodzi do wysokiego natężenia.

Tętno w nieżycie krtani pod względem rozpoznawczym żadnej nie ma wartości.

Najczęściej podczas wzrostu choroby dziecię daleko mniej wydziela moczu w przeciagu doby. Ciężar właściwy jego z powodu obfitości moczanów zwykle w takich razach bywa znacznie wyższym.

Z e j ś c i e. Choroba rzeczona kończy się najczęściej w y z d r o w i e n i e m. M o n t i przynajmniej ani jednego zejścia śmiertelnego nie miał przy nieżytowym zapaleniu krtani u dzieci. Przecięciowo choroba t r w a 3 — 12 dni. Niektórzy utrzymują, jakoby nieżyt krtani mógł przejść w krupowe zapalenie (*laryngitis crouposa*). M o n t i, pomimo bardzo obfitego materiału, dotychczas nie podobnego nie mógł zauważyć; nie chce jednakowoż zupełnie przeczyć możliwości podobnego zejścia. Zwraca uwagę na to, że podczas panującej epidemii krupu często bardzo rozpoznajemy tam zwykły nieżyt krtaniowy, gdzie mamy do czynienia raczej z pierwszym okresem rozwijającego się krupu. Zdarza się nieraz, że zapalenie nieżytowe krtani przechodzi na dalsze drogi oddechowe, powstaje wtedy n i e ż y t o s k r z e l i (*Bronchitis catarrhalis*) lub z a p a l e n i e p ł u c (*pneumonia*).

Zejście w nieżyt oskrzeli jest częstsze niż w zapalenie płuc, zwłaszcza u dzieci, roku jeszcze nie mających, lub u rachitycznych. Najczęściej zapalenie nieżytowe oskrzeli dopiero wówczas występuje, gdy pojawią się oznaki rezejścia sprawy zapalnej w krtani. Na drugi lub trzeci dzień pojawia się gorączka z nasileniami (*exacerbatio*) wieczornymi i z rannymi zwolnieniami (*remissio*). Oddech staje się przyspieszonym, dziecię częściej kaszle. Przy wysłuchiowaniu—wdech i wydech jest zaostrozony, a w późniejszych okresach pojawiają się i rżenia. Zapalenie oskrzeli albo ogranicza się do oskrzeli pierwszego, a co najwyżej drugiego rzędu, albo zajmuje i najdrobniejsze oskrzeliki (*Bronchitis capillaris—Bronchiolitis*), a wtedy dołączają się objawy duszności i choroba znacznie się przedłuża.

Z e j ś c i e w z a p a l e n i e p ł u c zdarza się czasami podczas największego natężenia nieżytku krtaniowego. Bywają to zwykle takie wypadki, które odrazu wysoką poczynają się gorączką i w których nagle najwyższe objawy laryngostenozy się rozwijają. Takie wypadki nadto i tem się odznaczają, że już w samym początku oddech jest przyspieszonym, a nawet kaszel przerywanym. Objawy stenotyczne trwają w tych razach zwykle 2—3 dni, przy czem bywają nasilenia wieczorne i ranne zwolnienia. Po 2—3 dniach znikają wprawdzie rzeczony objawy, oddech jednak staje się bardziej powierzchownym i jeszcze częstszym, a za pomocą badania fizykalnego łatwo wówczas rozpoznać można wystąpienie zapalenia płuc zrazowego (*pneumonia lobaris*). Takowe zapalenia płuc przebiegają po największej części typowo i pomyślnie się kończą. Może jednak zapalenie płuc wystąpić już po ukończeniu sprawy zapalnej w krtani. Pojawia się wówczas wysoka gorączka, dziecko przytem wymiotuje, doznaje bólu w piersiach, kaszel staje się krótkim, suchym i przerywanym, oddech się przyspiesza; jednym słowem mamy przed sobą obraz zapalenia zrazowego płuc. Bywa jeszcze i tak, że najprzód występuje zejście w zapalenie oskrzeli, a w następstwie dopiero rozwija się zapalenie płuc. W każdym razie wypadki te policzyć należy do najbardziej niebezpiecznych szczególnie, gdy to ma miejsce u dzieci, roku nie mających lub u rachitycznych osobników.

Nieżyt ostry krtani może nakoniec przejść w p r z e w ł o c z n y (*laryngitis catarrhalis chronica*). Zejście to przytrafia się daleko rzadziej, aniżeli powyższe i tylko dzieci zółwate lub bezkrwiste nawiedza. W tych razach pozostaje na czas dłuższy u takich dzieci kaszel kłótki, szczekający i bezdźwięczność głosu (*aphonia*). Objawy rzeczony pogorszają się bardzo łatwo po każdym nastąpionem przeziębieniu, a przewłoczny nieżyt przyjąć na nowo może charakter ostrego.

R o z p o z n a n i e. Dane, na mocy których oprzeć należy rozpoznanie nieżytku krtaniowego, streścić się dadzą w sposób następujący:

1. N a g ł e i s z y b k i e p o j a w i e n i e s i ę o b j a w ó w o d z w ęż e n i a k r t a n i z a l ęż n y c h, c z y l i t a k z w a n ę j l a r y n g o s t e n o z y. W zapaleniu krupowym i dyfterytycznym krtani rzeczony objawy rozwijają się stopniowo i w pewnym, określonym porządku; w nieżycie zaś krtaniowym kaszel, głos i oddech odrazu przyjmują cechę stenotyczną. W nieżycie krtaniowym napady duszności pojawiają się nagle, przeciwnie zaś w krupie i błonicy krtani występują takowe dopiero w okresach późniejszych.

2. K r ó t k o t r w a ł o ś ć o b j a w ó w l a r y n g o s t e n o z y. W przeciągu 6—18 godzin dosięgają one swego szczytu. N a g ł y r o z w ó j l a r y n g o s t e n o z y i s z y b k i e z n i k n i ę c i e j ę j — o t o n a j w y b i t n i e j s z e c e c h y d l a n i e ż y t u k r t a n i o w e g o. W zapaleniu krupowym i błonicy krtani objawy laryngostenozy, rozwijając się stopniowo, dosięgają szczytu swego dopiero w przeciągu jednego lub kilku dni.

3. P o r a d n i a. Objawy laryngostenozy pojawiają się głównie nocą.

4. P o g o r s z e n i a n o c n e i r a n n e p o l e p s z e n i a w ł a ś c i w e s ą tylko dla nieżyty krtaniowego.

5. P r z y n i e ż y c i e k r t a n i l a r y n g o s t e n o z a c h o c i a ż b y i n a j s i l -
n i é j r o z w i n i ę t a, n i g d y j e d n a k d o z u p e ł n é j a s f i k s y i n i e
d o p r o w a d z a.

6. W z a p a l e n i u n i e ż y t o w e m k r t a n i n i e w j e d n a k i m s t o p n i u
w y s t ę p u j ą p o j e d y n c z e o b j a w y s t e n o t y c z n e. P o d c z a s g d y w z a -
p a l e n i u k r u p o w e m i b ł o n i c o w e m k r t a n i k a s z e l, g ł o s i o d d e c h j e d n a k o w ą p o s i a d a j ą c e -
c h ę s t e n o t y c z n ą, t o w n i e ż y c i e k r t a n i o w y m r o z m a i t y z a c h o d z i ć m o ż e m i ę d z y n i e m i s t o -
s u n e k. I t a k: a l b o b ę d z i e m y m i e l i u t r u d n i o n y b a r d z o, s t e n o t y c z n y o d d e c h w r a z z e
s z c z e k a j ą c y m k a s z e l e m, a g ł o s p r z y t e m p o z o s t a n i e n o r m a l n y m, l u b n i e c o t y l k o o c h r y -
p l y m; a l b o g ł o s b ę d z i e o c h r y p l y m b a r d z o, o d d e c h u t r u d n i o n y, a l e k a s z e l b ę d z i e w i l g o t -
n y m; a l b o n a k o n i e c b y ć m o ż e k a s z e l s z c z e k a j ą c y m, k r u p o w y m, g ł o s b e z d z w i ę c z n y m, a l e
o b j a w y l a r y n g o s t e n o t y c z n e w m a ł y m t y l k o s t o p n i u.

7. Z a p a l e n i e n i e ż y t o w e k r t a n i c e c h u j e s i ę n a k o n i e c
c z ę s t e m i p o w r o t a m i (*recidiva*). P o j a w i e n i e s i ę c h o r o b y p o w t 6 r n e u j e d n e g o
i t e g o z s a m e g o o s o b n i k a w ł a ś c i w e j e s t t y l k o d l a n i e ż y t o w e g o z a p a l e n i a k r t a n i.

L e c z e n i e. W s k a z a n i a p r z y z a p a l e n i u n i e ż y t o w e m k r t a n i s ą n a s t ę p n e:

1. U n i k a ć n a l e ż y w s z e l k i c h s z k o d l i w o ś c i, k t 6 r e b y m o g ł y p o w i ę k s z y ć s p r a w ę z a -
p a l n ą.

2. W y d z i e l i n ę z a j ę t ę j b ł o n y ś l u z o w ę j n a l e ż y p o b u d z i ć, a b y t e m s a m e m z m n i e j -
s z y ć o b r z ę k i s u c h o ś ć t ę j z e b ł o n y.

3. N a l e ż y z r o b i ć r e w u l s y ą n a i n n e b ł o n y ś l u z o w e d l a t e g o, a b y p o ś r e d n i o u s u -
n ą ć p r z e k r w i e n i e o d z a j ę t ę j b ł o n y ś l u z o w ę j.

4. O d d z i e l n e o b j a w y ż y c i u z a g r a ż a j ą c e l u b n a z b y t u c i ą ż l i w e d l a c h o r e g o k o n i e -
c z n i e z w a l c z y ć w y p a d a.

5. P r z e d s i ę w z i ą ć n a r e s z c i e p o t r z e b a p e w n e z a p o b i e g a w c z e z a c h o w a n i e s i ę (*pro-*
phylaxis), c h ą c u n i k n ą ć p o w r o t 6 w r z e c z o n e g o c i e r p i e n i a.

C o d o p i e r w s z e g o. S k o r o t y l k o p o j a w i ą p i e r w s z e o z n a k i z a p a l e n i a k r t a -
n i l u b n i e ż y t u n o s a, d o t e g o c i e r p i e n i a p r o w a d z i ć m o g ą c e g o, t o p r z e d e w s z y s t k i e m s t a -
r ą ć s i ę n a l e ż y, b y d z i e c i u n i k a ł y w s z e l k i ę j z m i a n y c i ę p ł o t y. N a j o d p o w i e d n i e j s z ą c i ę p ł o -
t ą w t a k i m r a z i e b ę d z i e 15° R.

D o ś w i a d c z e n i e p o k a z a ł o, ż e p o w i e t r z e z b y t s u c h e b a r d z i ę j d r a ż n i b ł o n ę ś l u z o w ą
k r t a n i s p r a w ą z a p a l n ą z a j ę t ą, a n i ż e l i w i l g o t n e; d l a t e g o t e ż k o n i e c z n i e s t a r ą ć s i ę n a l e -
ż y, b y d z i e c i, r z e c z o n e m u c i e r p i e n i u p o d l e g ł e, w i l g o t n e m o d d y c h a ł y p o w i e t r z e m. P o -
k 6 j w k t 6 r y m c h o r y p r z e b y w a n a p e ł n i a m y d o p e w n e g o s t o p n i a p a r a m i w i l g o t n e m i,
c o ł a t w o m o ż n a u s k u t e c z n i ć, u s t a w i a j ą c w t a k i m p o k o j u n a c z y n i a z w o d ą w r z ą c ą. P o n i e w ą
c i ę p ł o t a c i ą ł a, a s z c z e g 6 l n i ę j c z ę ś c i j e g o p o w i e r z e c h o w n y c h j e s t n a j b a r d z i ę j r 6 w n o m i e r n ą
w 6 w c z a s, g d y c z ł o w i e k w ł 6 ż k u l e ż y, p r z e t o b a r d z o p o ż ą d a n e m j e s t, b y d z i e c i w ł 6 ż k u
t r z y m a ć. S z c z e g 6 l n ę j o s t r o ż n o ś c i w y m a g a p r z e w i e t r z a n i e p o k o j u, w k t 6 r y m c h o r y
n a w e t p o d c z a s z d r o w i e n i a (*reconvalescentia*) s i ę z n a j d u j e. P o n i e w ą n a j m n i e j s z a z m i a n a
c i ę p ł o t y p o k o j u m o ż e p o c i ą g n ą ć z a s o b ą p o g o r s z e n i e s p r a w y c h o r o b n ę j, k o n i e c z n i e w i ę c
b a c z y ć n a t o n a l e ż y, b y w p o k o j u, g d z i e c h o r e d z i e c k o s i ę z n a j d u j e, u n i k a ć w s z e l k i e g o
b e z p o ś r e d n i e g o p r z e w i e t r z a n i a.

C o d o d r u g i e g o. W c e l u p o b u d z e n i a w y d z i e l i n y w i ę k s z o ś ć p e d i a t r 6 w z a -
l e c a s t o s o w a n i e n a s z y j ę c i ę p ł y c h o k ł a d 6 w. G e r h a r d t z a ś s ą d z i, ż e, s t o s u j ą c
z i m n e o k ł a d y w s a m y m p o c z ą t k u c h o r o b y, d o s k o n a ł e r e z u l t a t y o t r z y m a ć m o ż n a.
M o n t i z u p e ł n i e p r z e c i w n e g o j e s t z d a n i a; p o d ł u g n i e g o b o w i e m z i m n e o k ł a d y
w z a p a l e n i u n i e ż y t o w e m k r t a n i a l b o ż a d n y c h k o r z y ś c i n i e p r z y n o s z ą, a l b o s z k o d ą n a -
w e t. T y l k o c i ę p ł e k a t a p l a z m y u m i ę j ę t n i e s t o s o w a n e p r z y c z y n i a j ą s i ę d o s z y b k i e g o r o -
z e j ś c i a z a p a l e n i a k r t a n i. S u c h e c i ę p ł o o k a z u j e s i ę w e d ł u g d o ś w i a d c z e Ń M o n t i ę g o
n i e d o s t a t e c z n e m; c h ą c z a ś s k u t e c z n i e p o d z i ą ł a ć n a l e ż y u ż y ć c i ę p ł a w i l g o t n e g o. N a j -
l e p s z e o k ł a d y s ą P r i e s s n i t z ' o w s k i e c i ę p ł e o b w i j a n i a s z y i, k t 6 r e m o ż n a c o 3—4 g o d z i n y
z m i e n i a ć. N i e w a d z i j e d n a k o w 6 p o p r o b o w a ć i k a t a p l a z m 6 w z l n i a n e g o s i e m i e n i a.
O k ł a d y p o w i n n y m i e ć z a w s z e j e d n a k i s t o p i ę n c i ę p ł o t y i w i l g o c i; s t o s o w n i e w i ę c d o t e -
g o o k ł a d y r z e c z o n e r a z c z ę ś c i ę j r a z r z a d z i ę j z m i e n i a ć n a l e ż y.

D l a p o b u d z e n i a w y d z i e l i n y c i e r p i ą c ę j b ł o n y ś l u z o w ę j p o d a w a ć t r z e b a c h o r e m u t a k
c z ę s t o, j a k m o ż n a, c i ę p ł e n a p o j e. D z i ą ł a n i e c i ę p ł y c h n a p o j 6 w p o l e g a

na zwilżaniu błony śluzowej gardzieli. Zresztą *Gerhardt* bardzo słusznie twierdzi, że nie tylko zwilżanie jest jedynym skutkiem napojów ciepłych; przypisuje on im daleko ważniejsze działanie. Sądzi on mianowicie, że często i obficie przyjmowane napoje ciepłe zwiększają ciśnienie krwi i czynność serca, powodując tem samym większe i szybsze wydzielanie błon śluzowych *respectively* błony śluzowej sprawą chorobną zajętej. Obojętną rzeczą jest, jaki napój się wybierze; może to być woda ciepła, ocukrzona, lub jakakolwiek herbata naparzona, jak „herbatka“ z kwiatu lipowego lub słazowa i t. d. Baczyć tylko na to należy, by napoje rzeczony były letnie; podawać je trzeba o ile można często i w dostatecznej ilości. Napoje te podawać należy konsekwentnie dopóty, dopóki nie wystąpi obfita wydzielina zajętej błony śluzowej. Przy powrotach (*recidiva*) nawet rzeczony choroby podczas nocy następnych użycie obfitego ciepłego napoju powinno na pierwszym stać planie.

Doskonałym również środkiem dla pobudzenia wydzieliny błony śluzowej krtani jest zastosowanie par ciepłych i wilgotnych lub takich par, które prócz ciepła i wilgoci zawierają pewne środki lekarskie, wprost na błonę śluzową krtani działające. Wziewanie (*Inhalatio*) też uważa *Monti* za najważniejszy środek leczniczy w zapaleniu nieżytowym krtani. Wykonanie jego u starszych dzieci nie przedstawia żadnych trudności. U bardzo małych zaś dzieci wziewanie stosować można przez nos lub podczas krzyku przez usta. W największej liczbie wypadków używa *Monti* do wziewań jedynie pary wodnej. Sposób ich wykonania bardzo prosty: dowolna ilość wrzącej wody wlewa się do naczynia, w pobliżu zaś lub nad naczyniem trzyma się chore dziecko. Każde wziewanie trwać powinno 5 do 10 minut, lecz powtarzać je należy bardzo często, a mianowicie co godzinę, w cięższych wypadkach nawet co pół godziny. Skoro zaś pojawią się oznaki rozejścia (*resolutio*) sprawy nieżytowej, zapalnej, to wziewania rzeczony można rzadziej stosować lub je zupełnie zaniechać. W tych razach, kiedy objawy laryngostenozy wysokiego są natężenia, *Monti* używa alunu, aby szybciej znieść obrzęk błony śluzowej. Używa on w tym celu roztworu alunowego w następnej postaci: *Rp. Alum. crudi 2,00, Aqu. fontis 200,0*. Najłatwiej wziewania wykonać się dają za pomocą pulweryzatora *Sieglego*. Jeżeli suchość błony śluzowej krtani pomimo użycia wymienionych środków nie ustępuje, lub jeżeli dzieci zbyt są małe, by można było u nich stosować wziewania za pomocą przyrządu *Sieglego*, to w takich razach używa *Monti* wziewań terpentynowych. Wykonywają się te wziewania w sposób następujący: do garnka z wrzącą wodą dodaje się 20 — 30 kropel terpentyny, a dziecko wdycha wywiązujące się pary. *Monti* nie obawia się wcale działania par terpentynowych na błonę śluzową krtani, gdyż w wielu bardzo wypadkach mógł przekonać się o skuteczności tego sposobu postępowania. Przy pojawiających się powrotach rzeczony choroby, wrócić należy, rozumie się, do wziewań.

Monti doszedł do tego przekonania, opierając się na doświadczeniu, w licznej swój praktyce nabytem, że wziewania przeprowadzone konsekwentnie, energicznie i wcześniej rozpoczęte, najskuteczniej i uajprędzej do usunięcia zapalenia nieżytowego krtani się przyczyniają.

Co do trzeciego. Wielu pediatrów zaleca wykonanie odciążenia (*derivatio—revulsio*) na inne błony śluzowe lub na skórę, aby przez to zmniejszyć natężenie objawów chorobnych.

Gerhardt chwali bardzo przystawienie gorczyznika na okolicę rąkojeści mostka w początku samym choroby. Utrzymuje nawet, że za pomocą tego sposobu udawało mu się sprawę chorobną przerwać.

Vogel znowu zwraca uwagę na to, że pobudzenie wydzieliny nerkowej i skórnej (*diureza i diaforeza*) sprowadza szybkie rozejście procesu nieżytowego krtani, na co najzupełniej i *Monti* się zgadza. Lecz i w tym względzie obfite ciepłe napoje, jakoteż ciepłe wziewania znakomite oddają usługi właśnie dla tego, że pobudzają diurezę i diaforezę.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Dostanie się obcego ciała do gruczołu ślinowego przyusznego. Brat mój przed 8-miu miesiącami uczył zrazu w okolicy tylnej górnej części mięśnia żwacza guziczek, wielko-

ści grochu, który nie wywoływał żadnych dolegliwości i niebyłby zapewne wcale zwrócił uwagi na siebie, gdyby nie przykrość jaką sprawiało przyłożenie policzka do kolby broni, podczas strzelania. Przy żuciu uczuwał od czasu do czasu ból tak nieznaczny, że zupełnie nań nie uważał. Następnie guziczek znikł. Przed dwoma tygodniami ból podczas żucia wzmagał się, a przy każdym usilniejszym żuciu, mianowicie podczas obiadu, żwacz w całej swój rozciągłości od ucha do dolnego brzegu żuchwy tak silnie obrzmiewał, że całą twarz zmieniał. Obrzmienie to w dotknięciu dosyć twarde, nie sprężyste po upływie pół godziny, samo znikało. Początek cierpienia chory przypisywał kontuzji, podług mniemania jego, wywołanej częstem strzelaniem z broni ciężkiego kalibru. Zalecone mu wcierania maści z jodku potasu najmniejszego skutku nie wywierały. Przed kilku dniami chory prosił mnie o usunięcie obcego ciała włoskowatego (jak mu się zdawało szczecinki od szczoteczki do zębów), które mu utkwilo w okolicy ujścia gruczołu ślinowego przyusznego. Przy powierzchownem obejrzeniu przekonałem się, że ujście przewodu ślinowego było lejkowato wydłużonem i kończyło się żółtawym wyrostkiem bardzo cienkim; wyrostek ten miał pozór owrzodzonego nabłonka. Za ściśnięciem ujścia wyskoczyło z niego obce ciało, następnie ślina, jak się zdawało cokolwiek ropą zabarwiona, a w końcu prawdziwy ślinotok. Obce to ciało było ziarnkiem owsa albo raczej plewą, gdyż cały miąższ był w ślinie strawiony. Całe cierpienie tak zagadkowe, które od tego czasu zupełnie ustąpiło teraz łatwo wytłómaczyć się daje. Dziwić nas jednakże powinno, dla czego obce ciało w gruczole pozostające żadnych zjawisk zapalnych nie wywoływało (pozorne obrzmienie żwacza było tylko chwilowem rozdęciem gruczołu ślinowego). Fakt ten tłumaczy się tylko przypuszczeniem, że ziarnko nie utkwilo stale w jednym miejscu, lecz się swobodnie wraz z śliną poruszało. Otóż gdy podczas żucia ilość jój się zwiększała i poziom jój się podnosił, wtedy ziarnko po jój powierzchni pływając, dostawało się do przewodu ślinowego i takowy zatykało. Następstwem tego było nienormalne przepelnienie się gruczołu i ogromne rozdęcie jego. Przez skurczenie się żwacza, ślina zwolna przeciskała się zwężonym przewodem, a ponieważ zwiększony jój przyływ wraz z ukończonym żuciem ustawał, przeto poziom opadał, a wraz z nim i ziarnko wracało do dawnego łożyska i nie tamowało więcęj swobodnego odpływu śliny. Moglibyśmy zarówno przypuścić, że ziarnko stale tkwiło w przewodzie ślinowym, a wydzielającej się w zwykłych okolicznościach małej ilości śliny, zwężony kanał odpływowy wystarczał. Wersya ta wydaje mi się jednak bardziej nieprawdopodobną, albowiem w tym wypadku niezawodnie występowałyby zjawiska zapalne, o których braku zupełnym już powyżej wspomniałem. Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć pytanie, jakim sposobem ziarnko dostało się do gruczołu. Zdaje mi się, iż wzięte do ust musiało tylnym końcem uwięznąć w ujściu. Język starający się usunąć obce ciało, takowe jeszcze bardziej wepchnął do przewodu, a w końcu włoski mikroskopijne znajdujące się na ziarnku, a skierowane z dołu ku górze, wraz z kurczeniem się tkanki, ziarnko do reszty w gruczoł wsunęły. Grubość ziarnka a nadewszystko zapewne kierunek włosków, pomimo parcia śliny nie dopuszczały wysuwania się ziarnka. Dopiero po całkowitem strawieniu miąższu, cienka plewa dostawszy się ze śliną do przewodu wraz z nią łatwo takowy przebyła i ukazała się w ustach. (A. S.)

— Gruntowne leczenie puchliny moszen (*hydrocele*) za pomocą gromłokłócia (*electropunctura*). (E r h a r d t. Allgem. med. Centralztg. 99. 1874). Metodę tę zastosował autor dotychczas 4 razy z trwałym skutkiem, używając przytem przerywanego strumienia za pomocą małego przyrządu G a i f f'a. W pierwszych trzech wypadkach, leczonych przez autora, w których puchlina moszen krótki dopiero trwała czas, i poprzednio nie podjęto nakłócia, wessanie nastąpiło w 3 — 5 dniach mimo znacznego nagromadzenia wody. W następującym czwartym wypadku wessanie potrzebowało trzy tygodnie czasu. Chory, liczący lat 52, od ośmiu lat cierpiał na puchlinę moszen po prawej stronie; nakłócie było bardzo często koniecznem; ponieważ po ostatniem nakłóciu płyn już po 3 tygodniach nagromadził się na nowo, choremu znudziło się tak częste nakłówanie, a na nacięcie niechciał zezwolić, przeto prosił o próbę z gromłokłóciem. Operację wykonano następującym sposobem: dwie wielkie, bardzo ostre igły, które za pomocą metalów stały w połączeniu z przewodzącami drutami przyrządu G a i f f'a, wepchnięto w guz w odległości 6 ctm. jedną od drugiej, i to do głębokości 3 ctm., tak iż igły częściowo znajdowały się w płynie. Błona pochwowa (*tunica vaginalis*) była bardzo jędrna i nieco gruba, tak iż trudnem było ją przekłóć. Przyrząd wprowadzono w ruch; boleści były znośne. Po 5 minutach strumień obrócono, a po dalszych 5 mi-

nutach wyciągnięto igły, przyczem igła negatywnego bieguna zdawała się czarną i zoksydowaną. Ażeby nie zaburzać wessania i wstrzymywać wszelkie inne szkodliwe wpływy zalecił autor choremu, ażeby dwa dni przeleżał w łóżku. Lekarstw nie stosowano żadnych. Wessanie następowało zwolna i wymagało około trzech tygodni. Obecnie, w 4 miesiące po operacyi, wessanie stało się całkowitem, tak iż się na pewno można spodziewać, że chory został gruntownie uleczonym. Autor twierdzi jednakże, że w razie znacznego zwyrodnienia błony pochwowój nie podobna się spodziewać trwałego skutku, wszakże w niepowikłanych wypadkach zaleca naśladować i doświadczać tój metody operowania.

Dr S. J.

— Wielka wieńcogłówka w wejściu miedniczem. (M a a s, Deutsche Klinik 1875 N. 1). U 20-letniego kupca znaleziono w prawej okolicy podbrzusza wielki guz, który się rozciągał od więzu Pouparta aż do okolicy pępkowój; przez opukiwanie dało się wyraźnie wysledzić, że nie stoi w żadnym związku ani z wątroba ani z nerkami. Zrobiono według metody Simona a podwójne nakłócie, poczem po czterech dniach połączono przez nacięcie oba miejsca nakłócia; przy wypłukiwaniu wnętrza guza wydzielił się wielki pęcherz wieńcogłówki, dochodzący do wielkości główki dziecięcój. Badając palcem wysledzono obszerną jamę, sięgającą aż ku prawemu spojeniu krzyżobiodrowemu; mięśnie w otoczeniu się znajdujące były o brzegach chropowatych i wskazywały nieregularne zagłębienia. Wśród opatrunku Listera nastąpiło zupełne uleczenie po 20 dniach. Przy pierwszym nakłóciu radzi autor zawsze mało upuszczać płynu, ażeby worek jak najszczelniej stykał się z ścianą brzuszną i tym sposobem zrósł się z nią jak najspieszniej. Dr S. J.

— Victoriaquelle—woda Emska. Posiada według chemicznego rozbioru Professora Fresenius'a, przy jednakowój ilości składników mineralnych, nierównie znaczniejszą ilość kwasu węglowego, (Victoriaquelle 1,20, Kränchen 1,03), lepiej się więc konserwuje i do dalekiej rozsyłki nadaje, jak wszystkie inne źródła wody Emskiej. Najstaranniejsze napełnianie flaszek. Wszystkie znaczniejsze składy wód mineralnych naturalnych posiadają wodę Victoriaquelle, i są upoważnione do udzielania gratis pp. lekarzom prób tój wody.

— Prof. Dra Ziemssen'a Choroby Układu Nerwowego. W dalszym ciągu wydawnictwa Patologii i Terapii Szczegółowój Ziemssen'a opuścił prasę w dniu dzisiejszym tom drugi chorób mózgu, mlécza pacierzowego i nerwów, obejmujący wykład chorób nerwów mózgowych i obwodowych, opracowany przez Prof. Erb'a. W tomie tym są wyłożone: 1) choroby czynnościowe nerwów obwodowych (nerwice nerwów czuciowych, nerwice nerwów zmysłowych, nerwice nerwów ruchowych); 2) anatomiczne choroby nerwów obwodowych. Wiadomo każdemu lekarzowi, że choroby systemu nerwowego tak pod względem czysto naukowym, jak i praktycznym, pomimo wielu dzieł, wydanych w tym dziale patologii, stawiają nas częstokroć w trudnem położeniu w obec chorego. Dzieło Ziemssen'a o chorobach systemu nerwowego, opracowane w trzech tomach przez 10 specjalistów (Prof. Nothnagel, Huguenin, Hitzig, Obernier, Heubner, Kussmaul, Erb, Eulenburg, Jolly, Bauer), pod każdym względem stoi na wysokości dzisiejszego stanu nauki; ztąd to w przekonaniu, że wyświadczamy prawdziwą usługę kolegom, wydajemy je w przekładzie polskim, naznaczając cenę niższą od oryginału niemieckiego. Cena tomu 2-go rs. 4 (z przesyłką). Dwa następne tomy są pod prasą i wyjdą współcześnie z tekstem niemieckim.

— Krynica. Za staraniem Dra Zieleniewskiego lekarza zdrojowego w Krynicy, niestrudzonego w pracach literackich dla rozwoju Krynicy, świeżo wydany został w Drukarni Gazety Lekarskiej illustrowany opis zakładu zdrojowego w Krynicy po rossyjsku, pod tytułem „Mineralnyje istoczniki w Krynicy.“ Jestto pierwszy naukowo skreślony opis wód galicyjskich w języku rossyjskim.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

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