

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

D-r Goldschmidt z Berlina,

posiadający język polski, praktykuje w porze zimowej w la Spezia R. d. Levante. w lecie zaś
w Reichenhall. 6—2

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—17

Wyszedł jak lat poprzednich

ROZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Rok VI—1884.

Część I. (zbroszurowana) zawiera **Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego** (za rok od 1 Lipca 1882 do 1 Lipca 1883).

Część II. (oprawiona, z ołówkiem) stanowi właściwy **Rocznik lekarski** i zawiera:

Kalendarz zwyczajny; wskazania do operacyj położniczych; terapię chorób skóry; największe dawki ważniejszych leków; dawkowanie leków podskórnie stosowanych; sposób przygotowania gazy jodoformowej; kąpiele ochładzające; otrucia ostre i ich leczenie; ratowanie omdlających i w śmierci pozornej będących; ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne, kąpiele morskie i t. p. i sposób pisania wagi dziesiętnej; listę lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładnych adresów zamieszkałych w Warszawie; dziennik z kalendarzem na cały rok 1884, tablice brzemienności i ogłoszenia. Cena: 1 rs. 20 kop., z przesłaniem pocztą 1 rs. 35 kop. Skład główny u wydawcy. (Nowogrodzka 20) Nabywać również można we wszystkich redakcyjach czasopism lekarskich i we wszystkich znaczniejszych księgarniach w Warszawie. 4—1

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONA), OPATRZONA W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawia się przez osoby najwzięjsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Adamkiewicz. Kurcz mięśnia kłębkowatego (*m. splenius capitis et colli*). — II. T. Dunin. Trzy przypadki zjawiska oddechowego Cheyne-Stokes'a. — *Notatki lekarskie.* 28. A. Sokółowski. Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowia (*Arteritis syphilitica*). — 29. Wł. Matlakowski. Uderzenie pięścią w skroń. Zaniemówienie. — *Dział sprawozdawczy.* 62. Notnagel. Przyczynnik do nauki o chorobach kiszek. Oddział IV. Zachowanie się wypróżnień przy przewlekłym nieżycie. — 63. Morratt Baker. (*Surgeon to St. Bartholomew's Hospital*). Odejmnowanie języka za pomocą cięcia pośrodkowego. (*Removal of the tongue by median division*). — 64. Coates Martin. (*Surgeon to the Salisbury-Hospital*). Przypadek usunięcia języka i trzeciej części żuchwy. (*A case of removal of the tongue and one-third of lower jaw*). — 65. Satlow. O użyciu olejku terpentynowego przy błonie. — 66. Davy Richard. (*Surgeon to the Westminster Hospital*). Wklimnowanie golenio-udowe jako nowy sposób wykonywania wycięcia stawu kolanowego. (*Tibio-femoral impaction: a new method of performing resection of the knee-joint*). — 67. Kirn. Zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia chloralem. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. KURCZ MIĘŚNIA KLĘBKOWATEGO

(*m. splenius capitis et colli*),

przez

Profesora Adamkiewicza (w Krakowie).

Między mięśniem kapturowym a mostko-obojęczyko-sutkowym przebiega w ukośnym kierunku od tyłogłowia ku dołowi brózdka, mniej więcej na dwa palce szeroka, uwydatniająca się szczególnie u osób chudych. Przepuszczając miernej siły prąd przerywany w miejscu, w którym linija łącząca wyrostek sutkowy z wyrostkiem ciernistym siódmego kręgu szyjowego przecina wspomnianą brózdę, lub też nieco wyżej od tegoż miejsca, zauważyć można, że głowa elektryzowanego zwraca się powoli ku stronie odpowiedniej i przechyla się nieco ku tyłowi, a broda tem samym podnosi się ku górze. Równocześnie wyczuć można tuż ponad miejscem drażnienia wał, który w tym samym stosunku tem wybitniej z dna brózdki występuje ponad elektrodę, im bardziej głowa zwraca się w opisanym kierunku.

Przy tej całej procedurze mamy do czynienia ze sztucznym podrażnieniem mięśnia kłębkowatego (*m. splenius*), a mianowicie ze skurczem tej jego części, którą niektórzy anatomowie opisują jako oddzielny mięsień pod nazwą *m. splenius capitis*. Z przebiegu tegoż mięśnia, odchodzącego od wyrostków ciernistych dolnych kręgów szyjowych, a przyczepiającego się do *linea semicircularis superior*, łatwo zrozumieć opisany ruch głowy, wywołany drażnieniem elektrycznym. Stos pacierzowy tworzy w swej części szyjowej łuk wypukły ku przodowi, a w stronie jego wklęsłości napięty jest mięsień kłębkowaty jakoby cięciwa. Otóż przy skracaniu się tej cięciwy, t. j. w czasie skurczu mięśnia, musi się wypukłość łuku zwiększyć, a ruchomy jego koniec, a więc ten, który dźwiga głowę, musi się zbliżyć do drugiego końca łuku. W ten sposób następuje przechylenie głowy ku tyłowi. Zwrócenie zaś głowy w odpowiednią stronę

jest naturalnym wynikiem ciągnięcia, jakie wywiera mięsień wachlarzowato się przyczepiający do tyłogłowia podczas skracania się jego włókien ku dołowi zbieżnych. To działanie mięśnia ma dążność sprowadzić do pionowej płaszczyzny, przebiegającej w kierunku szwu strzałkowego, w której leży stały punkt przyczepienia się mięśnia, t. j. jeden ruchomy koniec dwuramiennej dźwigni, którą przedstawia tyłogłowie, obracające się około osi stosu pacierzowego, do stałego punktu przyczepienia się mięśnia, t. j. do linii łączącej wyrostki cierniste dolnych kręgów szyjowych.

Druga część mięśnia, t. j. mięsień kłębkowaty szyi (*splenius colli*), jest przykrytą przez mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy. Dla tego też dosięgnąć go można tylko tak silnemi prądami, które równocześnie i wspomniany mięsień pobudzają. Jakkolwiek więc nie można z tego powodu wykazać czystego działania mięśnia zwanego *splenius colli* za pomocą drażnienia elektrycznego, to przecież nie ma żadnej trudności w wywnioskowaniu jego działania, jeżeli uwzględnimy przebieg tegoż mięśnia. *Splenius colli* biegnie również skośnie jak jego imiennik, powyżej opisany. Ponieważ atoli mięsień kłębkowaty szyi przebiega od wyrostków ciernistych górnych kręgów piersiowych do wyrostków poprzecznych górnych kręgów szyjowych, t. j. ponieważ odchodzi od dolnego, nieruchomego końca osi, na której głowa pod wpływem mięśnia *splenius capitis* opisane obroty wykonywa i przyczepia się do boczego odcinka górnego, nieruchomego końca; to w chwili, gdy się ów mięsień kurczy, musi się zginać część szyjowa stosu pacierzowego ku swej stronie i w ten sposób głowa musi się zbliżać do odpowiedniego ramienia.

Z kombinacji działania obu opisanych mięśni można łatwo wywnioskować połączone działanie obu mięśni. Działanie to składa się z ciągnięcia głowy ku tyłowi, z obrotu tejże około osi pionowej ku stronie działającego mięśnia i z przybliżenia głowy do odpowiedniego ramienia.

W taki sposób w stronę prawą zwróconą głowę trzymała jedna chora, która się mi przed dłuższym czasem przedstawiła z tą wzmianką, że już od 6-ciu lat daremnie szuka pomocy lekarskiej i że jest już bliską prawie rozpaczy, gdyż jej stan nie tylko nie dozwala jej zajmować się swemi sprawami domowemi, lecz przeszkadza jej przy chodzeniu i nadzwyczaj ją żenuje.

Początku swego cierpienia nie umie dokładnie chora podać. Również nie wie, czy się przeziębila, czy też naraziła na inną jaką szkodliwość. Zdaje się jej dalej, że wadliwe trzymanie głowy nie ustępuje nawet we śnie, gdyż, odkąd tylko jest chorą, nie obudziła się jeszcze nigdy z innym ułożeniem głowy, a właśnie z powodu swego stanu przyzwyczaiła się spać zawsze na prawym boku. To jednak na pewno podać może, że skrzywienie głowy powstało powoli. Z początku posiadała zawsze jeszcze dosyć siły do chwilowego przezwyciężenia skrzywienia głowy. Dopiero później straciła zdolność prostowania głowy mimo największych wysileni woli. Szczególniejszych bólów w karku nie czuła chora wcale nigdy, natomiast prawie nigdy nie jest wolną od jakiegoś uczucia sztywności po prawej stronie tyłogłowia i karku.

Chora, z wyjątkiem swej sztywnej szyi, okazała się być zupełnie zdrową kobietą, liczącą około 40 lat i silnie zbudowaną.

Ze opisane cierpienie chorej polegało na skurczu prawego mięśnia kłębkwatego, nie mogło ulegać według przytoczonych wywodów najmniejszej wątpliwości. Takie rozpoznanie można było tem pewniej postawić, że we wspomnianej już brózdzie między mięśniem kapturowym a mostko-obojęczyko-sutkowym wyczuć można było twarde wał skurzonego mięśnia kłębkwatego, że mięsień kapturowy i mostko-obojęczyko-sutkowy zupełnie były zwolnione i że takowe przy dowolnym, a jeszcze wybitniej przy sztucznie wywołanym skurczu zdradzały bardzo wyraźnie dążność nadania głowie charakterystycznej dla ich działania pozycyi, t. j. zwrócenia brody ku przeciwnej stronie.

Skurczenia (*contractura*) mięśnia kłębkwatego są wprawdzie znane, ale należą do rzadkości. Oprócz *D u c h e n n e'a* ¹⁾ i *E r b'a* ²⁾ nie pisał dotychczas o nich żaden autor według własnych spostrzeżeń.

Już sama ta okoliczność wystarczyłaby, aby usprawiedliwić wzmiankę o tym przypadku; tem więcej zaś to uzasadnionem się okaże, o ile to, w innych razach tak uporezywe, cierpienie u naszej chorej nadzwyczaj szybko pomysłny wzięło przebieg i że w takowem okazał się skutecznym zabieg leczniczy, który może rzucić jakies światło na tak ciemną etjologiję skurczeń mięśnia kłębkwatego.

Już przy elektrycznem badaniu chorej uderzyło mię, że jeżeli drażnił mięsień kłębkwaty nie będący w stanie skurczenia, zwracała się głowa nadzwyczaj łatwo ku stronie zdrowej. Co więc okazało się, że dopóki tylko prąd elektryczny przepływał przez wspomniany mięsień, dopóty nie można było nie prawidłowe go wykazać w trzymaniu głowy.

To spostrzeżenie wskazało samo przez się jako środek leczniczy faradyzowanie „zdrowego“ mięśnia kłębkwatego. I w istocie skutek tego postępowania był bardzo wybitny. Chora odzyskała znów zdolność poprawiania swego wadliwego trzymania głowy. Z początku potrzeba było wielkiego wysilenia ze strony chorej, a zwalczany mięsień często jeszcze odzyskiwał przewagę nad wolą i sprowadzał głowę wśród właściwych drgań i wahań znów do dawnej, wadliwej pozycyi. Im dłużej jednak trwało wspomniane leczenie elektrycznością, tem słabszym był opór chorego mięśnia, a tem większa siła, z jaką chora ów opór zwalczać mogła. Już po upływie 5—6 tygodni, w których codziennie elektryzowałem chorą przez kilka minut w opisany sposób, polepszył się stan chorej tak znacznie, że zaledwie odkryć można było ślad dawnego jej cierpienia.

Czasowe faradyzowanie jakiegoś mięśnia zastępuje w sztuczny sposób naturalne jego ćwiczenie. Przez ćwiczenie atoli wzmacnia się mięsień. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że przez nasz zabieg leczniczy wzmocnił się przeciwniczy mięsień chorego mięśnia kłębkwatego. To wzmocnienie pozornie zdrowego mięśnia usunęło stan chorobowy drugiego mięśnia kłębkwatego. Jeżeli jednak wzmocnienie pozornie zdrowego mięśnia leczy skurczenie (*contractura*) drugiego mięśnia, to musimy logicznie wywnioskować, że utajone osłabienie takowego wywołało skurczenie mięśnia drugostronnego.

¹⁾ De l'électrisation localisée. Troisième édition. Paris. 1872. str. 960 i 1030 nast.

²⁾ Deutsches Archiv für klin. Medic. T. V. Lipsk. 1869. str. 520.

W ten sposób zmuszeni jesteśmy przyjąć, że w podobnych przypadkach przyczyna skurczenia nie leży wcale w mięśniu skurczonym, lecz w przeciwniczym jego mięśniu p o z o r n i e tylko zdrowym. Powstanie zaś skurczenia możemy sobie wyobrazić, jeżeli przyjmiemy, że skurczenie wytwarza się powoli z przewagi czynności zdrowego mięśnia wtedy, gdy przy istniejącem osłabieniu mięśnia przeciwniczego prawidłowa równowaga ich wzajemnych na się działań zostanie zwichnięta.

Za takim pojmowaniem rzeczy przemawia niejedna okoliczność, i tak najprzód doświadczenie, że w przypadkach skurczenia jednego mięśnia kłębkowatego faradyzowanie jego przeciwnika, jak to już Duchenne ¹⁾ podaje, niemal zawsze prowadzi do celu, podczas gdy działanie na mięsień skurczony, jak się o tem także Erb ²⁾ przekonał, nie odnosi żadnego pomyslnego skutku.

Przedewszystkiem jednak najwięcej popiera wspomniane zapatrywanie przytoczony przezemnie dowód, że inna bardzo znana forma tonicznych kurczów jest objawem zniesienia jednej czynności, że wcale nie jest następstwem chorobowo spotęgowanego pobudzenia, jak to o kurczach mniemano, lecz raczej jest wywołaną przez w y r u g o w a n i e, t. j. przez porażenie innej przeciwniczej czynności.

W jednej z dawniejszych prac ³⁾ wykazałem, że każdy prawidłowy skurcz mięśnia jest wynikiem dwóch przeciwniczo na siebie działających innerwacyj, z których jedna, powstając przez automatyczne bodźce, wywiera na mięsień wpływ powściągający i dochodzi do niego przez tylne pęczki rdzenia pacierzowego, natomiast druga, zostając wywołaną przez podniecie woli, pośredniczy w działaniu tejże, biegnąc po pęczkach piramidalnych bocznych rdzenia pacierzowego aż do mięśnia. Otóż jeżeli przewodnictwo jednej z tych dróg z jakiegobądź powodu jest utrudnionem lub przerwanem, to czynność niekniętej drogi bierze przewagę nad czynnością drogi naruszonej. W ten więc sposób powstają chorobowo wzmożone pobudzenia woli, tak zwany „bezład“ (*ataxia*), jeżeli tylne pęczki są siedzibą choroby (*tubes*), lub też wytwarza się chorobowe spotęgowanie prawidłowego napięcia mięśniowego, tak zwany „skurcz“ (*spasmus*), jeżeli pęczki piramidalne boczne skutkiem zwyrodnienia nie mogą już więcej doprowadzać do mięśni przeciwnicznych podniecie woli, regulującej ich napięcie (*paralysis spinalis spastica*).

Niezadługo ⁴⁾ przytoczę nowy doświadczalny dowód słuszności tego zapatrywania. Opierając się na tych spostrzeżeniach o bezładzie i skurczu i na powyżej opisanym przypadku o skurczeniu mięśnia kłębkowatego, muszę także to skurczenie mięśnia pojmować jako mechaniczny skutek poprzednio opisanego zwichnięcia równowagi.

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Zeitschrift f. klin. Medic. T. III. Zesz. 3.

⁴⁾ W drugiej części mej pracy wyszłej właśnie w rocznikach Akademii Umiejętności w Wiedniu. (T. LXXXVIII. III 1883).

Możemy tedy przyjąć dwie formy takich zwiecznie równowagi, sprawdzających kurcz. Jedna forma cechuje się zaburzeniem w przeciwniczym działaniu obu innerwacyj, odgrywających rolę przy prawidłowej czynności mięśniowej, t. j. odznacza się skurczem; druga zaś forma cechuje się zaburzeniem przeciwnicznych czynności dwóch przeciwniczo na siebie działających mięśni skutkiem osłabienia jednego mięśnia. Następstwem takiego zaburzenia jest spotęgowanie się całkowitej czynności mięśnia przewagę mającego, skutkiem czego wywołanem zostaje „skurczenie“.

Jeżeli jednak tak się rzecz ma, to nie możemy skurczu mięśnia kłębkowatego uważać za cierpienie samoistne mięśnia skurzonego, lecz musimy go raczej zaliczyć do tak zw. kurczów czynnościowych, o których udało się w nowszych czasach udowodnić, że i one mają swą właściwą przyczynę w pierwotnym osłabieniu mięśni przeciwnicznych. Jak wiadomo, określamy od czasów Duchenne'a jako czynnościowe takie kurcze, które występują w mięśniu w chwili jego dowolnego pobudzenia. Jedną nawięcej znaną i najczęstszą formą takich kurczów jest kurcz pisarski. A właśnie przeciw kurczowi pisarskiemu podał niedawno temu Nussbaum¹⁾ wyborną metodę leczenia, która okazuje, że przez systematyczne ćwiczenie, a więc przez wzmocnienie właśnie mięśni przeciwnicznych w porównaniu do mięśni przy pisaniu zajętych, można wyleczyć tę uporczywą chorobę. Nie potrzebuję powtarzać, co podobne ćwiczenie i jego tak pomyslny skutek oznacza. Jeżeli więc skurczenie mięśnia kłębkowatego należy do kurczów czynnościowych, to musimy odtąd dwa rodzaje takowych rozróżnić, chwilowe kurcze, t. j. takie, które występują tylko w chwili ich dowolnego pobudzenia i ciągłe, t. j. takie, które utrzymują się stale niezależnie od wpływu woli.

II. TRZY PRZYPADKI ZJAWISKA ODDECHOWEGO CHEYNE-STOKES'A.

Podał

D-r med. **Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zjawiskiem oddechowym Cheyne-Stokes'a nazywamy tego rodzaju nieprawidłowe, ale miarowe oddechanie, w którym co pewien czas następuje zupełna przerwa w oddechaniu, po której przychodzą z początku bardzo słabe, później coraz to silniejsze i znów coraz to słabsze ruchy oddechowe, które ostatecznie przechodzą w nową przerwę (pauza). Niżej podany rysunek najlepiej ten rodzaj oddechu uzmysłowi. Zjawisko Cheyne-Stokes'a było przedmiotem wielu badań klinicznych i doświadczalnych, o których tutaj nie mamy zamiaru wspominać; ograniczamy się jedynie do podania 3-ech własnych spostrzeżeń, które mogą się w części przyczynić do wyjaśnienia przyrody i znaczenia tego zjawiska.

¹⁾ Wiener medic. Blätter. 1882. str. 1232.

I. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 40-letniej kobiety, dotkniętej niepełnym porażeniem prawej połowy ciała (wraz z nerwem twarzowym) i utratą mowy (*hemiparesis dextra et aphasia*), wskutek wylewu do mózgu. Chora jest zupełnie przytomna, już kilka miesięcy jak dotkniętą została swym cierpieniem, ogólny stan zdrowia zupełnie dobry; chora wprawdzie z trudnością, lecz chodzi, ręką też ograniczone wykonywać może ruchy. Oddech przedstawia typowy obraz zjawiska *Cheyne-Stokes'a*. Chora robi 12 wdechów, z których pierwszy i ostatni powierzchniowe, środkowy najgłębszy, poza czym następuje przerwa, podczas której chora wcale nie oddecha. Ruchy klatki piersiowej wiele razy zdejmowane były za pomocą podwójnego statografu *Riegela*; jeden z takich rysunków, zmniejszony do $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości, tutaj załączam.



Podczas przerwy żadnej zmiany w tętnie nie ma; świadomość też nie ulega zaburzeniu; podczas chodzenia i wykonywania rozmaitych ruchów typ oddechu żadnej nie ulega zmianie. W takim stanie chora znajdowała się przez kilka miesięcy pod moją obserwacją i przez cały ten czas typ oddechu pozostawał zawsze ten sam; wreszcie chora opuściła szpital w dość dobrym stanie lecz wciąż ze zjawiskiem *Cheyne-Stokes'a*. Dalsze jej losy nie są mi wiadome.

II. Chora 30-letnia, przybyła do szpitala z powodu silnej duszności, kaszlu, bicia serca, na które już dawno choruje. Od miesiąca stan jej się pogorszył, wszystkie powyżej wymienione objawy się wzmogły, nadto dołączyły się do nich poty. Oprócz tego chora od 11 roku życia cierpi na połowiczne niepełne porażenie prawej połowy ciała (i nerwu twarzowego). Porażenie to przyszło nagle, wkrótce jednak się poprawiło, tak, że pozostało tylko osłabienie kończyn oraz małe skrzywienie twarzy. Badanie wykazuje co następuje: W płucach obok prawidłowego oddechu liczne rżżenia i świsty. Serce powiększone w obu wymiarach. U wierzchołka serca silny skurczowy szmer, drugiego tonu nie słycać. W pozostałych miejscach wszędzie obok pierwszego tonu słaby szmer; drugi ton wszędzie bardzo słaby. Tętno dość pełne, lecz nierytmiczne. Pozostałe narządy nie przedstawiają nic niezwykłego. Po jakimś czasie stan chorej zaczął się poprawiać, wkrótce jednak dostała napadów dreszczy, gorączki (do $41,2^{\circ}$ C.), potów, śledziona przytem znacznie była powiększona. Powoli i te objawy zaczęły ustępować, gdy w tem nagle jednego dnia w nocy chora stoczyła się z łóżka i upadła zupełnie nieprzytomna. Badanie na drugi dzień wykazało: chora zupełnie nieprzytomna, leży na wznak; obie ręce i nogi podniesione do góry opadają zupełnie bezwładnie; na ułkucia na rękach i nogach chora wcale nie oddziałują, ułkucia na twarzy wywołują lekki ruch w odpowiednich mięśniach. Oddech przedstawia typowy obraz zjawiska *Cheyne-Stokes'a*. Przerwa trwa 18 sekund, poczem idzie 10—14 oddechów, które trwają razem 22 sekund, tak że cała faza ciągnie się 70 sekund. Najsilniejsze nawet podrażnienia nie wpływają na skrócenie pauzy. Przy końcu pauzy wargi czasami drgają, na szczycie ruchów oddechowych chora czasami wydaje jęk. Tętno przy końcu pauzy staje się pełniejszym i mniej częstym, podczas zaś ruchów oddechowych robi się bardziej napężonym, częstszym, słabszym, a czasami i miarowym. Od czasu do czasu przychodzą ruchy wymiotne. Prawa żrenica szersza niż lewa. Objawy ze strony serca te same co wyżej, ciepłota $38,4^{\circ}$ C. Powyższy stan trwał jeszcze przez dzień następny. Trzeciego dnia ogólny stan chorej pozostał wprawdzie ten sam, zjawisko jednak

Cheynes'tokes'a zupełnie znikło i oddech stał się zupełnie prawidłowym. Czwartego dnia chora zmarła. Badanie pośmiertne wykryło, co następuje: na zewnętrznej powierzchni opony twardej po stronie prawej znajduje się nieco krwi; pomiędzy oponą twardą i miękką także po stronie prawej dość znaczna ilość płynnej i skrzepłej krwi (*haemorrhagia intermeningeae*). W białej istocie mózgu w $\frac{1}{3}$ tylnej po stronie prawej znajduje się świeży wylew krwi, który na zewnątrz doszedł do istoty korowej i takową na ograniczonym miejscu przerwał, z drugiej zaś strony przerwał spłot naczyniowy rogu tylnego prawej bocznej komórki za wzgórkiem wzrokowym. Zwoje mózgowe po stronie prawej niezmiennione; po stronie lewej jądro soczewicowate (*nucleus lenticularis*), tylna część torebki wewnętrznej i prawie cała torebka zewnętrzna zamieniona na starą bliznę. Obie komórki boczne zawierają skrzepy krwi; takież skrzep znajduje się i w czwartej komórce.

Serce powiększone w obu wymiarach. Zastawka dwudzielna nierówna, pokryta skrzepami przyżyciowymi. Dwie struny ścięgnięte przerwane. W prawym przedsionku znajduje się ograniczone, świeże ognisko zapalne. Śledziona znacznie powiększona, twarda.

III. Chora przywieziona została do szpitala w stanie nawpółnieprzytomnym. Rodzina jej opowiada, że od 3-ech tygodni leczona była na tyfus brzuszny. Badanie wykazuje: chora prawie zupełnie nieprzytomna, leży na wznak z zamkniętymi wciąż oczami, na pytania nie odpowiada wcale. Stolec chora bezwiednie oddaje pod siebie. Oddech typowy Cheynes'tokes'a; chora robi około 7—12 westchnień, po których idzie pauza, trwająca 10 sekund. Tętno bardzo częste (120) i słabe, zmian w niem żadnych podczas pauzy lub oddechania wykryć nie można, ciepłota 38° C. W płucach liczne świsty; tony serca bardzo słabe; śledziona powiększona; na ciele dość liczne plamy barwnikowe, prawdopodobnie ślady istniejącej przedtem różyczki; na krzyżu odleżyna; silne rozwolnienie. Powoli stan chorej nieco zaczął się poprawiać; wprawdzie chora jeszcze ciągle prawie drzemała, na pytania jednak już nieco odpowiadała. Oddech Cheynes'tokes'a trwał 5 dni, poczem znikł bez śladu. Chora powoli lecz stale odzyskiwała zdrowie i wreszcie opuściła szpital zupełnie zdrowa.

W powyżej wymienionych przypadkach zasługują na uwagę następujące okoliczności. Ani razu zjawisko Cheynes'tokes'a nie zależało od wady serca, które według wielu nawet nowszych autorów (Biot) są najczęstszem jeżeli nie jedynem jego źródłem; wprawdzie w 2-ech przypadkach istniała i wada serca, lecz ta oczywiście na powstawanie zjawiska Cheynes'tokes'a żadnego wpływu nie wywierała; w ogóle powiedzieć winienem, że objawu tego dotychczas ani razu nie widziałem u chorych, dotkniętych wadą serca. W trzecim przypadku przyczyną zjawiska Cheynes'tokes'a był tyfus brzuszny, przy którym, o ile wiem, objaw ten dotychczas nie był opisywany; sądzę, że sposób jego powstawania był tu ten sam, co przy wadach serca o słabej działalności serca i bardzo dobrze da się objaśnić, według teorii Rosenbach'a, niezwykłym wyczerpaniem ośrodków nerwowych, które to wyczerpanie między innymi wyrażało się w śpiączce i zupełnej nieprzytomności chorej. Natomiast trudniej pod tę teorię podciągnąć 1 przypadek, w którym chora przez wiele miesięcy przedstawiała zjawisko Cheynes'tokes'a przy zupełnie zkaąd inną dobrym stanie zdrowia; nie sposób przypuścić, aby „wyczerpanie“ rdzenia przedłużonego mogło istnieć bezkarnie tak długo, to też sądzę, że przyczyną jego

w tym razie było ograniczone cierpienie (wylew?) rdzenia przedłużonego. Tego samego zdania był i prof. Lewiński, na którego klinice chora leżała. Wprawdzie, dla braku badania pośmiertnego, tłumaczenie moje nie wychodzi po za dziedzinę przypuszczenia, tembardziej, że dotychczas, o ile wiem, nie opisano ani jednego przypadku, w którymby przyczyną zjawiska Cheyne-Stokes'a było cierpienie rdzenia przedłużonego; z teoretycznego jednak punktu widzenia nic mu zarzucić nie można. W drugim moim przypadku mieliśmy wprawdzie wylew w 4-ej komórce, który mógł bezpośrednio działać na rdzeń przedłużony, ale jednocześnie mieliśmy i bardzo obfity wylew w mózgu, t. j. cierpienie, które samo przez się jest jednym z najczęstszych źródeł zjawiska Cheyne-Stokes'a. Przypadek ten więc, jako zbyt powikłany, na poparcie mego tłumaczenia użytym być nie może. Wreszcie i we względzie rokowania spostrzeżenia 1 i 3 zasługują na uwagę. Pierwsze z nich pokazuje, że zjawisko Cheyne-Stokes'a może istnieć bez przerwy przy zupełnie dobrym stanie zdrowia, co nie wiem, czy było dotychczas spostrzeganem; spostrzeżenie 3 potwierdza widywany już fakt, że pomimo zjawiska Cheyne-Stokes'a chora może odzyskać zupełne zdrowie. W 2-gim wreszcie przypadku zasługują na uwagę zmiany, jakim ulegała częstość tętna i ciśnienie krwi podczas pojedynczych okresów fazy oddechowej.

NOTATKI LEKARSKIE.

28. Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowia (*Arteritis syphilitica*).

N., lat 50 mający, przywiezionym został z Litwy w stanie nawpółprzytomnym do mojego oddziału w szpitalu św. Ducha w Warszawie. D-r P i l m a n z Mińska, do ostatnich czasów mający w swoim leczeniu chorego, przesłał mi jednocześnie następujący opis choroby. Aż do Stycznia r. b. N. był zupełnie zdrow; w młodości miały miejsce częste nadużycia płciowe; w tymże miesiącu po zarażeniu wystąpił wrzód przymiotowy (*ulcus syphiliticum*) na prąciu, który dopiero po dwóch miesiącach uległ zabliznieniu. W Maju tegoż roku chory zgłosił się do D-ra P., skarżąc się na ogólne osłabienie i silny szum w głowie. Przy badaniu znaleziono na całym ciele, a głównie na tułowiu, wyraźną wysypkę różycowatą (*roseola*); jednocześnie gruczoły szyjowe i pachwinowe przedstawiały się powiększonymi. Chory miał sobie zalecone wewnętrzne użycie sublimatu. W ciągu 4-ech tygodni chory wyżył 16 granów sublimatu, wysypka zniknęła zupełnie, szum w głowie zmniejszył się, stan ogólny poprawił się nieco.

Po trzech tygodniach stan chorego zaczął się pogarszać, szum w głowie stał się znowu mocniejszym, a chory zaczął słabnąć, jednocześnie zaś i nastrój duchowy zmienił się znacznie; chory wpadł w coraz bardziej się ujawniający stan przygnębienia i apatii. Zalecono choremu jodek potasu, a następnie znowu sublimat, którego powtórnie wyżył 10 gr., zaprzestawszy takowy z chwilą wystąpienia wyraźnych objawów merkuryjalizmu. Stan chorego pogarszał się z dnia na dzień; w końcu Lipca wystąpiła niemal zupełna odrętwiałość, od czasu do czasu jednakże występowało chwilowo silne pobudzenie, a nawet omamy. Chory stawał się coraz bardziej obojętnym na wszystko, co go otaczało, nie odpowiadał wcale na pytania, nawet jeść nie żądał. Zalecono wówczas jodek potasu w wielkich dawkach, do jednej draclmy na dzień, a skoro i tego rodzaju

leczenie nie okazywało się skutecznem, zalecono choremu wcierania pół drachmowe szarej maści i takowych wcierań zrobiono 40. Stan chorego jednakże coraz się pogarszał. Odrętwiałość przeszła prawie w zupełny idyjozizm, stan ogólny upadał coraz bardziej. chory wreszcie nie wstawał wcale z łóżka, znajdując się ciągle w stanie na pół sennym, na pytania wcale nie odpowiadał; karmić go musiano i to z wielką niechęcią przyjmował nieznaczną bardzo ilość pokarmów. Senność stawała się coraz wyraźniejszą, chory zaczął wreszcie oddawać mimowolnie kał i mocz; w tym stanie w końcu Września przywieziono chorego do szpitala.

Dnia 1. X., badając chorego, znalazłem stan następujący: chory mocno wychudzony, leży bezwładnie; ręce i nogi z lekka przykurczone; od czasu do czasu występuje lekkie wyprężenie kręgosłupa; źrenice nierozszerzone, na światło oddziałują prawidłowo. Chory na pytania nie odpowiada wcale, zdaje się jednakże, że takowe rozumie. Na kilkokrotny rozkaz decyduje się unieść kończynę górną lub dolną, co czyni jednakże z wielką niechęcią. Czucie skórne w zupełności zachowane, toż samo odruchy kolanowe. Gruczoły szyjowe i pachwinowe powiększone. Tętno bardzo słabe, stan bezgorączkowy. Brzuch mocno zapadły, stolec zaparty. Inne narządy nie przedstawiają żadnych zbroczeń.

W ciągu trzech tygodniowego pobytu chorego w szpitalu stan pozostawał mniej więcej bez zmiany. Istniała ciągle senność, chory nie mówił, leżał bezwładnie; z wielką trudnością wlewano mu niecopokarmów do ust. Stolec i mocz odchodziły bezwiednie. Dnia 19 Października zmarł.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e, dokonane przy współudziale prof. L a m b l a i D-ra G o l d f l a m a, wykazało: mężczyzna 50-letni, skóra nieelastyczna, tkanki tłuszczowej mało, mięśnie zanikłe i wiotkie. Kości czaszkowe grube, śródkości stwardniałe. Błona twarda tylko w niektórych miejscach i na niewielkiej przestrzeni zrosła z kością, na zewnętrznej powierzchni nierówna i zgrubiała, na wewnętrznej gładka, lśniąca. Z przestrzeni podpajęcznej wylewa się dużo płynu surowiczego, wypełniającego także siatkę błony pajęcznej, która szczególnie ku tyłowi wypełnia się w kształcie pęcherzy. Z przodu zaś aż do *gyrus centralis anterior* i na podstawie koło skrzyżowania nerwów wzrokowych błona pajęczna zmętniała i zgrubiała, od mózgu odrywa się łatwo, bez naruszenia tkanki mózgowej. Żyły w niej, szczególnie ku tyłowi nastrzyknięte. Rozmięczenia ani w substancji korowej, ani w białej, ani w zwojach wewnątrz-mózgowych nie ma. Mózg blady, dość znacznej spójności. Tętnice u podstawy mianowicie *art. vertebrales*, *art. basilaris centralis post.* tworzące *polygonum Willisii*, *arteriae fossae Sylvii* przedstawiają się w kształcie białych jak ścięgno, twardych i nieprzezroczystych sznurków, w których światło istnieje okrągłe, ale znacznie zmniejszone i otoczone zgrubiałymi ściankami. Przy nacisku na tętnicę wydobywa się krew w małej ilości. Zmiana ta tyczy się *art. basillaris, communicantis posterioris et art. fossae Sylvii sinistrae*. W tworach na podstawie czaszki oprócz niedokrwistości zmian żadnych nie widać; toż samo odnosi się do rdzenia kręgowego, którego błony i substancja żadnych zmian nie przedstawiają. (*Pachymeningitis et leptomenigitis hyperplastica, oedema piae matris, anaemia cerebri, arteriitis syphilitica*).

W płucach zwapnienie bronchitycznych ognisk wierzchołkowych. Ani w płucach, ani w wątrobie, ani w innych narządach śladów sprawy przymiotowej nie ma.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z typowym przypadkiem tej formy przymiotu mózgowego, który szczegółowo opisał H e u b n e r, nazwał ją *arteriitis syphilitica* (Heubner. *Die Syphilis des Gehirns. Ziemssen's Specielle Pathologie. XI Bd.*), a wszystkie objawy, napotymane u naszego chorego, z wielką łatwością dają się wytłumaczyć stopniowo powstającą i wzmagającą się niedo-

krwistością mózgu i ztąd powstającymi zaburzeniami w jego odżywianiu; a więc szum w głowie, stopniowo powstające odrętwienie, utrata pamięci, ogólne osłabienie, dalej brak zupełny woli i stan zupełnego zniechęcenia (*hebetudo*), a wreszcie ciągła senność i stan nawpółprzytomny. Do objawów ogólnego lub częściowego porażenia, jak to bywa zazwyczaj w takich razach, w naszym przypadku nie przyszło, chociaż bowiem światło tętnic było niezwykle zwięzonym, nigdzie jednakże do wytworzenia się zakrzepu i następczych ognisk rozmiękczenia nie doszło.

W danym przypadku na szczególną uwagę zasługują jeszcze dwie okoliczności: 1) niezwykle wczesny okres choroby przymiotowej, podczas której wystąpiły objawy przymiotowego cierpienia mózgu; jak to bowiem wiadomo, cierpienia przymiotowe ośrodków nerwowych występują najczęściej w bardzo późnych okresach, w kilka, nieraz kilkanaście lat, a nawet i więcej po pierwotnym zarażeniu się. Według statystyki Heubnera (l. c.) na 24 przypadki zapalenia przymiotowego tętnic (*arteriitis syphilitica*) wystąpiło takowe w 1-ym przypadku w 9 miesięcy po pierwotnym zarażeniu się, w 1-ym po 2-ich latach, w 15 przypadkach od 3-ich lat do 20-stu, w 6-ciu mowa była o bardzo dawno przebytym przymiocie, w jednym zaś przypadku, gdzie chory nie był w stanie określić czasu, znaleziono stare blizny w wątrobie.

W naszym przypadku pierwsze objawy mózgowe, t. j. silny szum w głowie, wystąpiły niemal w czwartym miesiącu, w końcu zaś szóstego istniał już cały szereg najwyraźniejszych objawów, dowodzących istnienia sprawy mózgowej, t. j. utrata pamięci, ogólne stępienie władz umysłowych, omamy i t. p.

2) W danym przypadku zasługuje również na uwagę niezwykle złośliwość sprawy przymiotowej, objawy bowiem przymiotu mózgu występują najczęściej w tych przypadkach, gdzie leczenia swoistego albo wcale nie stosowano, lub też takowe było niedostatecznym. W naszym przypadku przeciwnie, od samego niemal początku stosowano nadzwyczaj energicznie leczenie przeciwprzymiotowe; chory wyżył bowiem przeszło 20 granów sublimatu, wtarto mu 20 drachm szaruchy, obok tego wyżył znaczną ilość jodku potasu i to wszystko w niespełna trzy miesiące, pomimo to jednak sprawa przymiotowa szła coraz dalej, doprowadziwszy w ciągu 10 miesięcy chorego do grobu.

D-r A. Sokolowski.

29. Uderzenie pięścią w skroń. Zaniemówienie.

Podaję do wiadomości Czytelników ten przypadek z powodu swojego, jak mi się wydaje, dość rzadkiego przebiegu, który może być pożytecznym przy dawanii odpowiedzi przez biegłych w przypadkach sądowolekarskich tego rodzaju.

Ryńska Eleonora przybyła do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus 14. XI. r. b.; od otoczenia jej dowiedziałem się, co później potwierdziła i sama chora, gdy zaczęła mówić, iż została uderzoną pięścią w lewą skroń; natychmiast upadła, utraciła mowę i przytomność, którą odzyskała dopiero po przywiezieniu do szpitala. Na drugi dzień po uderzeniu znalazłem, d. 15. XI., przy badaniu chorej, co następuje.

18-letnia świetnie zbudowana i wybornie odżywiana *virgo intacta*; leży spokojnie na krzyżu, zupełnie wyciągnięta, głowa na lewo zwrócona. Chora zupełnie nie mówi, lecz na wszystkie pytania daje mimiczne odpowiedzi całkowicie jasne i pewne, potwierdza, że ją uderzono, że ją mocno boli głowa i t. d. Chora pisać nie umie.

Twarz czerwona, jakby nabrzmiała. W obu powiekach lewego oka wynaczynienia; nadzwyczaj silny wylew krwi podłącznicowy, tak, że łącznica galki otacza rogówkę w postaci wałka; zdaje się iż istnieje *exophthalmos* po stronie lewej; mówię, zdaje się, gdyż z powodu światłowstrętu i bólu napewno ocenić trudno. Źrenice w obu oczach jednakowe i jednakowo oddziałują tęczęwki na

światło. W nosie, w kanałach usznych zewnętrznych nie ma śladów krwi. Za uszami ranki po pijawkach.

Nigdzie nie widać bezwładu lub porażenia; chora może zrobić wszelki ruch, usiąść i t. d., w twarzy nie widać żadnej asymetrii. Jednakże zauważyć można pewną w ruchach opieszalność, powolność, ciężkość; chora żadnym ruchem nie sprzeciwia się obnażeniu, wypuszczeniu moczu cewnikiem, posadzona chyli się i zwiesza.

Mocz nasycony, kwaśnego odczynu, przy gotowaniu daje bardzo wyraźną opalizację; to samo przy dodaniu kwasu azotnego. Tętno 100; zresztą nie zauważono żadnych zбочeń i zaburzeń w ruchach, czuciu lub sferze odżywczej.

Przy badaniu palcami okolicy skroniowej lewej chora doznaje bólu, lecz ani opuchnięcia, nacieczenia, nierówności, wgłębienia i t. p. objawów, świadczących o uszkodzeniu kości, nie znajdujemy.

16. XI. Chora leży spokojnie na grzbiecie, prawie nieruchomo; tak przeleżała całą dobę, nie stękając i nic nie mówiąc; tylko się kilka razy z boku na bok przewróciła. Kiedy ją rozpytywałem o okoliczności pobicia, widocznie ją to wzruszyło, oddech bowiem był potem tak przyspieszony, iż naliczyłem 72 oddechy na minutę, przy tętnie 88. Chora zupełnie przytomna; wie, że nie miała wypróżnień, że nie oddawała przez całą dobę moczu; wcale nie jest senna, nie drzemie, owszem przytomnie spogląda. Nie ma żadnych objawów bezwładu, przykurczenia, drgania w mięśniach lub t. p. zjawisk i zaburzeń nerwowych, oprócz jednego tylko całkowitego zaniemówienia. Białka w moczu nie ma.

17. XI. Tętno 100 — zresztą stan taki, jak wyżej. Chora dostała lawatywę z *infusum sennae*.

18. XI. Wypróżnienia poraz pierwszy w szpitalu, gdyż po zadanych pierwszego dnia 4 uncjach *inf. sen. compos.* nie było stolca. Chora rzeświejsza; tętno 68; opuchnięcie powiek i ból w skroni mniejszy.

21. XI. Głowa skrzyta twarzą i nachylona na prawo, ból przy usiłowaniu sprostowania głowy i macaniu okolicy górnej połowy *m. sterno-cleido m. stoidoi sinistri*; zresztą głowę odprostować może. Sam mięsień mostko-obojezyko-sutkowy lewy nie naprężony, nie zgrubiał — podobnie i prawy. 22. XI. objaw tylko co opisany przeszedł. Chora wstaje, chodzi, czuje się dobrze, wszystkie funkcje odbywają się prawidłowo; bez pomocy. Śniaki mniejsze.

Nie będę opisywał dalszego przebiegu, ten bowiem nie przedstawia nic szczególnego. Dopiero 27 można było sylabizując chorej głośno wyrazić krótkie, np. „bo—li” wydobyć od niej niedoleżne powtórzenie tych dźwięków bezbarwnie, jak u głuchoniemych.

1. XII. Zaczęła sama mówić, lecz przytem zająkuje się. Z wylewów podłącznicowych pozostały jeszcze ślady bardzo wyraźne w postaci białych plam.

Nie będę się silił na dociekanie przyczyn tej niemoty. Przypuszczam, że choćby tu pękła blaszka wewnętrzna kości skroniowej, nie mogła ona przedziurawić opony twardej i ranić korę mózgową, bo na to nie ma dowodu; ani też nie można przypuścić pęknięcia tętnicy oponowej, wylewu krwawego i nacisku na mózg, oprócz bowiem przemijającego oszołomienia, prócz niemoty, nie mamy żadnych objawów, świadczących o czemś podobnem. Uszkodzenie musiało dotyczyć samego tylko ośrodka mowy i oczywiście polegać na materialnem naruszeniu tkanki mózgowej w skład jego wchodzącej. Tłómaczyć przypadek powyższy wstrząśnieniem mózgu, które samo przez się jest tak zagadkowe, a dla niektórych *) wątpliwe, nie wydaje mi się słusznem; trudno bowiem wytłómaczyć sobie przy jednakowości przyczyny różny czas trwania objawów, z których

*) Prescott Hewett. Concussion of the Brain; w Holmes' System of Surgery. Tom II. str. 298.

oszołomienie, białkomocz, ostepiałość mięśni tak dowolnych, jak i gładkich (zatrzymanie moczu i stolca) trwały zaledwie od kilku godzin do jednej doby, gdy tymczasem niemota przeciągnęła się do 2-eh tygodni.

Wł. Matlakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

62. Nothnagel. Przyczynę do nauki o chorobach kiszek. Oddział IV. Zachowanie się wypróżnień przy przewlekłym nieżycie.

O zachowaniu się i ilości wypróżnień przy przewlekłym nieżycie kiszek niedokładnie znajdujemy wzmianki w literaturze. W ogóle badacze podają, że wypróżnienia są mniej częste niż przy ostrym nieżycie, niekiedy nawet występuje zaparcie stolca, lub też biegunka naprzemian z zaparciem. Szczegółów jednak i objaśnień fizjologicznych znajdujemy bardzo mało, a obrazy kliniczne są jakby przepisane z podręczników. Przy dobrych jednak chęciach można i pod tym względem zyskać zasadnicze dane, należy jednak rozstrzygnąć pierwszej parę ważnych pytań. I tak: w jakich warunkach rozpoznajemy przewlekły nieżyt?

Pytanie to ważne i niełatwo na nie odpowiedzieć, gdyż nie każdy, kto cierpi na przewlekłą biegunkę lub zaparcie stolca i wysyłany bywa do Karlsbadu lub Kissingen, jest dotknięty przewlekłym nieżytem kiszek. Choroba jednak nie tylko na stole sekeyjnym, ale i za życia przy łóżku chorego może być rozpoznana, gdyż jako taka u dorosłych sama przez się rzadko bywa przyczyną śmierci. Anatomicznie przewlekły nieżyt możemy rozpoznać z następujących zmian. Rozszerzenie przestrzeni międzygruczołowych z nagromadzeniem okrągłych komórek w tychże przestrzeniach i wzdłuż mięśni Brückego; nagromadzenie brunatnego lub żółtego barwnika w tychże miejscach, niekiedy przekrwienie. Klinicznie najważniejszym objawem przewlekłego nieżytu jest wydzielina śluzu w wypróżnieniach, o którego znaczeniu mówiliśmy poprzednio. Same płynne wypróżnienia nie dowodzą jeszcze nieżytu, gdyż mogą zależeć od wzmocnienia ruchów robaczkowych.

Nikt dotąd nie zastanawiał się nad przyczyną, dla czego zdrowy człowiek oddaje tylko raz na dzień stolec. Wiadomo, że z powodu żywych ruchów robaczkowych кишки cienkiej zawartość jej w ciągu 3—4 godzin przechodzi od odźwiernika do zastawki Bauhin'a, poza którą ruch jej zwalnia się znacznie. Przyczyna tego dotąd nie jest dostatecznie wyjaśnioną, gdyż anatomicznie rzecz biorąc, ruchy w kioskach grubych, posiadających silniejszą muskulaturę, winny być jeszcze szybsze niż w cienkich, zwoje zaś nerwowe wszędzie są rozsiane w równej obfitości. Według zdania autora, ruchy robaczkowe zależne są od zwojów znajdujących się w ściankach кишки, a pobudzenie takowych łatwiej w kioskach cienkich dochodzi do skutku, gdy w grubych trudniej i rzadziej, a w dolnym odcinku tylko raz na 24 godzin, i w tem właśnie leży przyczyna peryjodycznego opróżniania się kiszek u zdrowego człowieka raz na dobę.

Mogą jednak od tego pravidła być pewne ustępstwa w fizjologicznych granicach, tak np. niektórzy przy normalnem zupełnie zdrowiu mają jedno wypróżnienie na dwa lub trzy dni, inni przeciwnie, dwa lub trzy razy dziennie. W tych razach należy przyjąć, że tacy ludzie obdarzeni są innego rodzaju pobudzalnością ruchów robaczkowych, tak samo jak to bywa z ilością uderzeń tętna na minutę, która w stanie zdrowia u rozmaitych osób przedstawiać może znaczne wahania, od 50—80. Przy idyopatycznym nieżycie przewlekłym stolce zachowywać się mogą w sposób następujący.

W pewnej liczbie przypadków ma miejsce opóźnienie stolca, wypróżnienie bywa jedno co drugi lub co trzeci dzień, często dopiero przy pomocy lekarstw. Takie opóźnienie, tak zwane leniwe stolce właściwe są prostym nieżytem przewlekłym кишки grubej, inne zmiany zależą od przypadkowych przyczyn. Takie przypadki stwierdzał autor często na stole sekcyjnym, jako umiejscowione nieżyty кишки grubej, rzadko jednocześnie i cienkiej. Rozwijały się one klinicznie bardzo powoli bez widocznych przyczyn, lub też z ostrych. Chorzy umierali z powodu innych chorób. Zwolnienie ruchów robaczkowych w tym razie zależy ma podług autora od osłabienia muskulatury kiszek, jest to możebnem lubo nie zawsze ma miejsce, widzimy bowiem nieżyty przewlekłe, którym towarzyszy nie opóźnienie stolców, lecz przeciwnie biegunka. Nadto z zanikiem błony śluzowej nie zawsze cieniej i warstwa mięśniowa, przeciwnie, bardzo często wcale się nie zmienia. Przyczyny zatem zatwardzenia szukają niektórzy w zmniejszeniu pobudzalności i automatycznej działalności narządów nerwowych, wywołanem przez przewlekły nieżyt.

Wiadomo jednak, że w zwojach nerwowych, znajdujących się w kiszkiach, nie wykrywamy żadnych zaburzeń odżywczych, któreby zmniejszenie ich działalności mogły wywołać. N o t h n a g e l twierdzi, że w skutek zmian w aparatach nerwowych upośledzoną zostaje ich działalność automatyczna, która powraca co 24 godzin i wywołuje wypróżnienie. Z tą jednak idzie w parze prawidłowa lub nawet wzmocniona pobudliwość. Podług L e i c h t e n s t e r n a siedliskiem tej działalności mięśniowej są po większej części кишки cienkie, albowiem zwykle przy przewlekłych nieżytych, wnikających choroby serca i wątroby, znajdujemy w dolnych odcinkach кишки cienkiej nagromadzenie twardego kału. N o t h n a g e l jednak i w takich razach spostrzegał biegunki.

W innych razach przy nieżycie przewlekłym bywa codziennie jedno wypróżnienie, różnice są jednak od prawidłowego co do jakości, stolce bowiem są zwykle miększe i papkowate, a często niesformowane. Miękkosć zależy może od domieszki śluzu, pochodzącego z górnych odcinków kiszek, to znów od większej zawartości wody lub tłuszczu. Tłuszczu bywa najwięcej wtedy, gdy zajęta jest znaczna część кишки cienkiej; wody zaś więcej, gdy mamy do czynienia ze znacznym zanikiem błony śluzowej kiszek cienkich i grubych. Bardzo często przy nieżycie przewlekłym występuje n a p r z e m i a n y z a t w a r d z e n i e i b i e g u n k a, które zmieniają się wzajemnie peryjodycznie. Przykłady takiej peryjodyczności autor przytacza. Biegunce towarzyszą zwykle bóle brzucha. W ogóle główne tło choroby stanowi zatwardzenie, ponieważ jednak działalność przyrządu nerwowego w kiszkiach niezbyt podupadła, przeto po kilku dniach ruchy robaczkowe zostają wzmożone i występuje biegunka.

Biegunka i zatwardzenie mogą trwać różny przeciąg czasu, tygodnie i miesiące i zmieniać się bez żadnego określonego typu. Biegunka wywołaną tu bywa przez przypadkowe szkodliwości, powodujące zaostrzenie nieżytu. W innych razach chorzy całe miesiące cierpią na biegunkę, powtarzającą się kilka razy dziennie. W tych przypadkach mamy do czynienia zwykle nie tylko z nieżytem lecz i z o w r z o d z e n i a m i t o r e b k o w a t e m i (*ulcera follicularia*) lub nadżarciami, czego dowodzą krew i ropa, znajdujące się w wypróżnieniach. Należy jednak pamiętać, że biegunka bynajmniej nie dowodzi istnienia owrzodzeń. Pozostają jeszcze przypadki, w których codziennie bywa przez czas długi kilka (2—4) wypróżnień. Tu należą proste nieżyty pierwotne k i s z k i g r u b e j i c i e n k i e j, co łatwo możemy rozpoznać, badając troskliwie wypróżnienia, które nam dają odczyn na barwniki żółciowe, zawierają ciała śluzowe, zabarwiony nablonek i żółte komórki okrągłe. P r z e w l e k ł a przeto biegunka, lubo nie zawsze, dowodzi zajęcia nietylko kiszek grubych, lecz jednocześnie i cienkich. Przyczynę tego autor upatruje w tej okoliczności, że skoro trawienie w kiszce cienkiej zostanie upo-

śledzone, cząstki pokarmu, mniej na jej przebiegu ulegając trawieniu, działają drażniąco na błonę śluzową; wzmożony ruch robaczkowy powoduje ruch niestrawionych cząstek ku odbytnicy, która, nie biorąc udziału w sprawie trawienia, wydała je i tak powstają częste biegunki.

Należy przypuszczać, że może istnieć przewlekły nieżyt tylko w kiszkach cienkich, a wtedy biegunki nie bywa, ponieważ kiszka gruba jako zdrowa nie może być podrażniona. W ogóle należy pamiętać, że przy nieżycie кишки grubej bywa zwykle opóźnienie stolca, toż samo przy nieżycie кишки cienkiej. Przy nieżycie кишки cienkiej i grubej może być długotrwała biegunka, a przy nieżycie кишки grubej biegunka naprzemian z zatwardzeniem, powtarzającym się w regularnych lub nieregularnych odstępach czasu.

Obok form powyższych spostrzegamy niekiedy inne, odznaczające się nieraz pewnymi właściwościami, tak np. są przypadki, w których wypróżnienia patologiczne wiążą się ściśle z porą obiadową. Jako przykład autor przytacza następujący przypadek. 30-letni kupiec, dobrze odżywiany, od 6 lat miewał codziennie jedno wypróżnienie. Bez widocznej przyczyny zauważył pewne zmiany w stolcach, które po użyciu wód karlsbadzkich i kuracyi wodnej ustąpiły. Po dwóch latach pojawiły się znowu pewne dolegliwości. Chory miewał z rana codziennie wypróżnienie sformowane. O drugiej spożywał obiad z apetytem, nagle jednak, po zupie lub pieczystem dostawał kolek i oddawał stolec miękki, papkowaty wraz z twardymi kawałkami. Niekiedy bóle i stolce występowały przed lub po obiedzie.

U pewnej amerykanki codziennie rano bywało regularne wypróżnienie, przy obiedzie jednak zjawiało się rozwolnienie z kolkami, zmuszające chorą do wstawania od stołu co parę minut.

W takich przypadkach bez wątpienia mamy także do czynienia z nieżytem nabytym, datującym się od ściśle określonego czasu i ustępującym przy odpowiednim leczeniu. Stolce rzadkie następują zwykle po przyjęciu pokarmu i zależą od wzmożonych ruchów robaczkowych, które powodują jednocześnie napady kolek. Wprowadzenie pokarmów do żołądka wywołuje musi ruch robaczkowy kiszek. Trudno jednak objaśnić, dla czego to samo nie powtarza się przy wieczerzy.

W innych przypadkach wypróżnienia mają miejsce późno wieczorem, lub bardzo rano, tak np. autor obserwował chorego, który oddawał stolce o 7 wieczór i o 7 rano, w liczbie dwóch, bardzo rzadko więcej. Zawierały one śluz i były rzadkawe. Oprócz tych odmian istnieje jeszcze bez wątpienia wiele innych, a zależą one prawdopodobnie od wpływu, jaki na ruchy robaczkowe kiszek wywiera ustrój nerwowy. Rozpatrzmy teraz stosunki, w jakich znajdują się кишки przy **z a s t o j a c h** **ż y l n y c h**.

Autorowie podają, że przy wadach serca, zależnych od wad zastawek, przekrwienie żyłne prowadzi do nieżytu, któremu towarzyszy zwykle opóźnienie stolca. Biegunka bywa tu wyjątkowo. Zatwardzenie ma tu zależeć od zmniejszenia wydzieliny kiszek i osłabienia ruchu robaczkowego. Badania autora nad tym przedmiotem i pośmiertne poszukiwania doprowadziły go do następujących wyników:

1. Dopóki wada zastawki dobrze jest kompensowana, stolce zachowują się zupełnie prawidłowo.

2. Skoro kompensata zostanie naruszona, zwłaszcza przy rozwoju puchliny, stolce stają się leniwymi. Pod koniec życia brak zupełny wypróżnień przez ostatnie dni. W niektórych przypadkach mimo to spotykamy biegunkę.

3. W pewnych razach, w czasie naruszenia kompensaty, biegunki występują naprzemian z zatwardzeniem lub z prawidłowymi stolcami.

Co do pierwszego, rzecz jasna, że póki kompensata nie zostanie naruszona, stan kanału pokarmowego jest zupełnie taki, jak u osób zdrowych.

Drugą kategorię przypadków często badał autor po śmierci makro- i mikroskopijnie, przyczem znajdował sinicę kiszek, przekrwienie żyłne kiszek cienkich i grubych, rozszerzenie żył, lecz ani śladu nieżyty, lub tylko stary nieżyt kiszki grubej. Zastój naturalnie wywołać musi zwolnienie ruchów robaczkowych, a zatrucie krwi kwasem węglanym wzmocnienie takowych. Trwające jednak długo niedostateczne utlenienie krwi działa na ośrodki nerwowe, upośledzając ich pobudliwość, ztąd też pochodzą zatwardzenia, towarzyszące żylnym przekrwieniom kiszek, przy czem może mieć pewne znaczenie porażenie mięśni wskutek obrzęku.

W trzeciej kategorii przypadków, gdzie ma miejsce biegunka lub zatwardzenie na przemian, znajdował autor, obok oznak zastoju, objawy nieżyty tak w kiszkaach cienkich jak i grubych, z nacieczeniem komórkowym. Tu ruchy robaczkowe zachowywały się widocznie tak, jak przy samoistnym nieżycie.

Jeżeli za życia przeważała biegunka, po śmierci częściej znajdujemy oznaki czystego nieżyty bez przekrwienia żylnego, a jeżeli to ostatnie istnieje, to obejmuje rozmaite odcinki, bądźto kiszek cienkich, bądź grubych i nie wszędzie dosięga jednakowego nateżenia.

A. Malinowski.

63. Marrant Baker. (*Surgeon to St. Bartholomew's Hospital*). **Odejmnowanie języka za pomocą cięcia pośrodkowego.** (*Removal of the tongue by median division*).

Autor sposób swój przedstawiał na 51-em dorocznem posiedzeniu Brytyjskiego Stowarzyszenia Lekarskiego. Sposób ten polega na użyciu odgniatacza. Nie uważa on go za jedyny; owszem w przypadkach, gdzie rak zajmuje część przednią języka i narząd ten jest ruchomy, tam z równą dogodnością można posługiwać się i innymi sposobami (wycięcie nożem lub nożyczkami). Są to atoli przypadki wyjątkowe; daleko bowiem częściej zdarza się, iż choroba rozszerzyła się do wysokości ostatniego zęba trzonowego dolnego, lub zajęła błonę śluzową jamy ustnej lub dziąseł, tak, że język jest przyrosły nieruchomo do sąsiednich narządów. W takich razach rodzi się pytanie, jaki jest najbezpieczniejszy sposób usunięcia złego, tak jednak, aby dla bezpieczeństwa razem z niem usunąć jeszcze i kawał zdrowej tkanki poza niem położonej. Autor wyklucza najróżd przypadki stosunkowo rzadkie, w których rak nie może być usunięty doszczętnie bez przepiłowania szczęki; przypadki te tworzą osobną grupę. Lecz przypuszcivszy, że to przepiłowanie kości jest niepotrzebne, autor postępuje w następujący sposób: wprowadziwszy knebel między szczęki i wyrwawszy zęby, któreby następnie mogły przeszkadzać przy manipulacjach, przewłóczy się dwie nitki, po jednej z każdej strony na $\frac{1}{4}$ cala od linii pośrodkowej, w odległości cala od końca języka. Jedne z tych nitek zawiązaną w pętlę powierza się pomocnikowi, który pociąga za nią dość mocno, drugą zaś ujmuje operator, poczem nożem tępokńczastym rozcina błonę śluzową języka ściśle po linii środkowej na całej powierzchni grzbietowej, na wierzchołku i przez wędzidelko, poczem schwycivszy za obie pętle i dobrze, a jednostajnie je naciągając, rozcina język na 2 połowy. Jeśli tylko cięcie zostało poprowadzone po samej pośrodkowej płaszczyźnie, krwotok bywa nie nieznaczący. Wtedy pomocnik ujmuje za jedną pętlę, a operator za drugą i tępokńczystymi nożyczkami obcina tak daleko, jak wypadnie, błonę śluzową i włókna mięsne łączące język z żuchwą, poza zespojeniem obu połówek tej ostatniej, poczem obcina nożyczkami wzdłuż dna jamy ustnej błonę śluzową, trzymając się ściśle gałęzi żuchwowej, tak daleko w tył, aż dopóki nie zostanie odcięty język od szczęki do wysokości tylnej granicy nowotworu. Wtedy palcami, a w części nożyczkami oddziela zupełnie daną połowę języka z boku i od przodu od dna jamy ustnej. Teraz następuje najważniejszy punkt operacyjny: założyć pętlicę odgniatacza (*écraseur*) tak, aby objęła odseparowaną połowę języka w pewnej odległości poza nowotworem.

Otóż oswobodziwszy nożyczkami dostatecznie połowę języka, wbijamy na 1—lub więcej cali poza nacieczeniem rakowem przez podstawę tej połowy jedne lub 2 tępe igły, poczem zakładamy pętlicę odgniatacza poza końce igieł. Wtedy ściąga się coraz bardziej pętlicę i odgniatą daną połowę języka; tylko zazwyczaj przy końcu odgniatania, po pęknięciu słabszych tkanek, pozostają jeszcze w pętlicy nieprzerwane wytrzymalsze nerwy i tętnice, na które zakładamy podwójną podwiązkę i między ligaturami przecinamy. Wreszcie gdy zajęta jest przez nowotwór i druga połowa, odgniatamy ją w taki sam sposób, tylko już daleko łatwiej z powodu lepszego dostępu. Poczem starannie badamy dno jamy ustnej, ażali gdzie w błonie śluzowej lub mięśniach nie pozostała część nowotworu, by zaraz ją wyciąć; szczególnie badamy gruczoły chłonne podszczękowe, w razie znalezienia zmian, cięcie przez skórę i wyluszczenie.

W wielu razach, gdzie rak sięga daleko w tył, operacja bywa bardzo ułatwioną przez nacięcie policzka od kąta ust do przedniego brzegu mięśnia żwacza poniżej przewodu *Stenon'a*, za przykładem *Colli's'a*, *Gant'a*, *Furneaux Jordan'a* i innych. Jeśli nowotwór posunął się w jakim punkcie na dziąsło, należy usunąć odpowiednie zęby i wypiłować kawałek wyrostka zębodołowego.

Wybór odgniatacza jest podrzędnego znaczenia; lepszy jest zagięty w końcu po płaszczyźnie. Pętlica najlepsza jest z grubego powrózka, jako daleko łatwiejsza do manipulowania niż pętlica druciana, a tem bardziej niż łańcuszkowa. Taki powrózek nie pękł autorowi ani razu w czasie operacji; nie miał on ani jednego krwotoku wtórnego, co przypisuje w części tej okoliczności że nie przetrzynięte przez powrozek naczynia podwiązuje i przecina.

W ten sposób operował 36 przypadków raka, z których zmarło 5 (1 *diphtheria*, 2 *septicaemia*, 1 z wyniszczenia, i w 6 tygodni po operacji z zapalenia płuc).

Załączona w artykule tabliczka ilustruje przypadki operowane przez autora.

British Med. Journal. 1883. str. 765. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski

64. Coates Martin. (*Surgeon to the Salisbury-Hospital*). **Przypadek usunięcia języka i trzeciej części żuchwy.** (*A case of removal of the tongue and one-third of lower jaw*).

Autor zastosował następującą modyfikację: cięcie przez wargę dolną, brodę i okolice nadgrdykową aż do górnego brzegu chrząstki tarczowej; odseparowanie płatów na boki; wyrwanie w dwóch punktach zębów (na granicy nacieczenia rakowego w szczękę); przepiłowanie w dwóch punktach żuchwy; wtedy autor przeprowadził mocną pętlicę przez wierzchołek języka, oddzielił kilku śmiałymi cięciami środkową (wypiłowaną) część żuchwy od języka, poczem oddzielił dziąsła od obu gałęzi poziomych szczęki aż do jej kątów. Wyciągnąwszy teraz poobcinany język za pomocą pętlicy ku przodowi, nałożył łańcuszek odgniatacza aż poza nacieczenie rakowe, poczem zaczął ściągać odgniatacz powoli (jedno ściągnięcie na 20 sekund). Po odcięciu nowotworu (zarazem języka) podwiązuje się krwawiące jeszcze przypadkowo naczynia.

British Med. Journal. 1883. Str. 767. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski

65. Satlow. **O użyciu olejku terpentynowego przy błonicy.** (Odczyt miany na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Lipsku 29 Maja 1883 roku).

Leczenie ogólne błonicy od pewnego czasu zaczyna występować na pierwszy plan, a środki w tym celu zalecane, jak prędko zyskują rozgłos, tak również prędko, zawodząc oczekiwanie lekarzy praktyków, zostają zarzucone. Autor, jak każdy z lekarzy, używał z różnym skutkiem wszystkich znanych nam,

a zalecanych przy błonicy środków, tak miejscowo jak i wewnątrz, od dwu lat jednak stosuje wyłącznie do wewnątrz olejek terpentynowy, dając mu przed innymi pierwszeństwo. Środka tego od lat 10 używają skutecznie amerykańscy lekarze, w Europie jednak dopiero przed trzema laty Bosse z Prus wschodnich wprowadził go w użycie, odkrywając jego pożyteczne działanie wypadkowo, wskutek użycia łyżki tego środka przez chorego zamiast innego zalecanego lekarstwa.

S a t l o w od Marca 1881 roku używał przy błonicy olejku terpentynowego w 43 przypadkach, z tych u 8 dorosłych i 35 dzieci, z tej liczby zaś zmarł tylko jeden wątły 5-letni chłopiec w skutek porażenia serca, po ustąpieniu wszelkich objawów błonicy. Śmiertelność istotnie zdumiewająco mała bo $2\frac{1}{2}\%$, a licząc tylko dzieci zaledwie 3% wynosi, tem bardziej, że epidemia z tych lat należała do silniejszych. W liczbie powyższych 43 przypadków autor помещa tylko te, w których rozpoznanie nie podlegało wątpliwości. Nie liczy także przypadków błonicy przy płonicy, w których działanie olejku terpentynowego okazało się wątpliwem.

Z 42 przypadków zakończonych wyzdrowieniem w 3 było zajęcie krtani, w 3 zajęcie nosa, w 1 białkomocz, trwający dłużej, w 6 białkomocz przemijający, w 1 moczenie krwawe, w 4 porażenia. Niekiedy występowała chwilowa stranguryja bez białkomoczu. W ogóle w 16% przypadków istniało powikłanie ze strony nerek. Białkomocz jednak nie trwał nigdy długo i obrzęki nie występowały wcale. Obok wewnętrznego podawania olejku terpentynowego używał autor innych najrozmaitszych środków, zalecanych zwykle do pędzlowania, przestrzykiwań lub wcierań, przy odpowiedniej posilnej dyjecie. Co się tyczy dawki, autor jest zdania, że większe bywają znoszone lepiej niż mniejsze i zaleca dorosłym łyżkę stołową dwa razy dziennie; dzieciom zaś do lat 5 łyżeczkę. Prędko występujące polepszenie pozwala na zaniechanie dalszego użycia środka, przy objawach stranguryi rozumie się odstawić go zaraz należy. Wkrótce po użyciu olejku terpentynowego chorzy doznają palenia w gardle i żołądka i cierpią na odbijanie; wymioty bywają rzadko i zapobiega im dodanie kilku kropel eteru siarczanego. W parę godzin chory oddaje kilka zielonawych lub brunatnych stolców z zapachem olejku terpentynowego, mocz zaś nabiera zapachu fijołków, który nie ustaje przez czas jakiś po odstawieniu środka. Zasługuje na uwagę okoliczność, że mocz taki przez czas długi nie mętnieje i nie rozkłada się, traci tylko zapach fijołków, a nabiera zapachu terpentyny.

Co do działania na sprawę chorobową, zauważyć można, że przykra woń z ust chorego zaraz ustępuje, a błony rzekome pulchnieją i odpadają, obrzmienie zmniejsza się, połykanie staje się łatwiejszem, gruczoły chłonne miękną. Niekiedy błony tworzą się powtórnie.

Gorączka zależy od stanu gardzieli i zmniejsza się z polepszeniem takowego. Inne objawy ogólne i miejscowe również słabną, a choroba zdaje się nagle ograniczać i umiejscawiać. W początku choroby i w lżejszych przypadkach jednorazowa dawka już sprawia polepszenie.

Teoryja działania olejku terpentynowego polega na jego przeciwpasorzytowych własnościach. Według Roberta K o c h'a zapobiega on rozwojowi grzybków karbunkułowych już w rozcieńczeniu 1:75,000, prawdopodobnie więc tak samo działa on na grzybki, będące przyczyną błonicy.

Przyjąwszy 75 kilgr. za wagę ciała dorosłego człowieka i zadawszy temuż 10 grm. olejku terpentynowego, otrzymamy stosunek ostatniego do wagi ciała 1:7500 to jest 10 razy większy niż według K o c h'a do zniszczenia grzybków potrzeba. Jakkolwiek przeto w leczeniu błonicy dotychczas nauka nie wypowiedziała ostatniego słowa, olejek terpentynowy, sądząc z rezultatów przez autora otrzymanych, zdaje się przewyższać wszystkie inne wewnętrzne środki.

Przyp. spraw. Używając podług powyższego przepisu olejku terpentynowego w kilku przypadkach błonicy, w istocie w kilkanaście godzin po zadaniu pierwszej łyżeczki widziałem znaczne polepszenie tak w miejscowych, jak i w ogólnych objawach. W tych dniach właśnie ukończyłem pomysłnie leczenie 6-letniego chłopca, u którego obok błonicy gardzieli miałem do czynienia z błonicą krtani, powodującą znaczne zwięźenie ze wszelkimi następstwami takowego.

Zastrzegając sobie dalsze pod tym względem wnioski, po zgromadzeniu większego materiału klinicznego, podaję tymczasowo rezultaty obserwacji *S a t l o w'a*, godne uwagi tem więcej, że środek tak tani i łatwo dający się użyć jak olejek terpentynowy zasługuje w braku lepszych na dalsze próby.

Jahrb. f. Kinderhkd. T. XX. Z. I. 1883.

A. Malinowski.

66. Davy Richard (*Surgeon to the Westminster Hospital*). **Wklinowanie goleni udowe jako nowy sposób wykonywania wycięcia stawu kolanowego.** (*Tibio-femoral impaction: a new method of performing resection of the knee-joint*).

Autor w bardzo dostępnej dla objęcia za jednym rzutem oka tabliczce zestawil pokazną cyfrę, bo 21 przypadków resekcji kolana, wszystkie zakończone wyzdrowieniem. Najstarsza chora miała lat 30, najmłodsza rok; najdłuższy okres gojenia wynosił (po operacji) 156 dni, najkrótszy 48 dni, zazwyczaj około 80 dni. Davy nie praktykuje żadnych specjalnych ostrożności przeciwnie, z wyjątkiem tych, jakie są zawsze w użyciu u chirurgów należycie wyszkolonych, oświeconych i starannych (*only those which are ever at the hands of welltrained, clean, and careful surgeons*). Ztąd widać, że nie należy do zwolenników *Lister'a*, co w Anglii nie należy do rzadkości.

Najciekawszą atoli jest modyfikacja w resekcji jaką autor proponuje, a zarazem wykonał w jednym przypadku z dobrym skutkiem; polega ona na następującem: po odpiłowaniu z goleni i z uda części chorych, spilowywa się dolny koniec kości udowej w ukos tak, że się tworzy klin (podobny do zatemperowanego pióra), następnie wybija się dłutem w kości piszczelowej zagłębienie odpowiedniego kształtu i wielkości i w tak utworzoną fugę wsadza się koniec kości udowej; gojenie trwało 130 dni; chora miała lat 15 i wyszła ze szpitala zdrową. Chora urosła na 13 cali i chodzi wybornie na korkowym trzewiku („*the walks famously*“). Operacją wykonał nadto raz jeden *Macnamara* i raz *Macle Campbell*.

Nie ulega wątpliwości, że najtrudniejszą rzeczą po wycięciu kolana jest utrzymanie nieruchomo stykających się powierzchni kości. Jest to jedyny staw, w którym napotykamy tę trudność, tu bowiem jedynie chodzi nam o trwałą ankilozę obu kości (uda i piszczeli) w prostej linii. Otóż za pomocą podanego sposobu *Davy* zapewnił niewątpliwie z góry nieruchomość wgłobionych w siebie kości. Rzeczywiście kto tylko prowadził zmuszone gojenie się nogi po wycięciu kolana, ten zauważył ile to mozół, pracy idzie czasami napróżno na utrzymanie w zetknięciu przepiłowanych kości, z których piszczel w końcu zbacza albo w bok, albo co częściej w tył. Autor utrzymuje, że uniknął tego za pomocą swojej modyfikacji i pomieszczenia kończyny w odpowiedniej oprawie. Składa się ona z podeszwy, z której pionowo wychodzą dwa mocne pręty żelazne z odpowiednim wygięciem na kostki i na kolana, sięgające wysoko aż na udo. Operowana kończyna umieszcza się raz na zawsze w pomienionej oprawie i zawieszają w odpowiedniej ramie. Od tej chwili należy się powstrzymać od wszelkiego naprostowywania, ruszania i t. d. podczas opatrunku.

W końcu autor jako gorący zwolennik resekcji wykazuje jej wyższość nad amputacją uda.

British Med. Journal. 1880. Str. 758. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski.

67. Kirn. Zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia chloralem.

Ostre zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia spotykają się dosyć często tak po użyciu środków znieczulających jak i po użyciu trucizn właściwych. Przewlekłe zatrucia rzadziej wywołują psychozy, a te najczęściej występują przy dłuższym użyciu tytoniu, makowca i morfiny, lub wysokoku. Zaburzenia psychiczne wywołane przez zatrucie chloroformem dopiero w ostatnich czasach zwróciły na siebie uwagę i przebiegają one bądź to pod postacią obłędu peryjodycznego bądź manii prześladowczej. Przypuszczano, że podobnie jak chloroform działać może pokrewny mu wodan chloralu, rozkładając się w ustroju na chloroform i kwas mrówkowy. Ostre zatrucie chloralem polega na porażeniu ośrodków mózgowych, naczyń i serca i obniżeniu ciepłoty ciała. Zatruci podobni są do upitych w okresie pobudzenia, poczem następuje narkoza i porażenie. Przewlekłe zatrucie chloralem zdarza się daleko rzadziej. Polega ono najpierw na podrażnieniu błony śluzowej kanału pokarmowego, następnie występują cierpienia skóry, wyrażające się różnego rodzaju wysypkami jako to: *erythema*, *urticaria*, *purpura*, *petechiae*, które znikają po odstawieniu środka. Trzeci rodzaj zaburzeń polega na podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych, cechującym się czerwonocnością twarzy, łącznicy, przekrwieniem głębszych tkanek oka, wzmożeniem działalności serca i osłabieniem sfery duchowej. Jednocześnie z temi objawami upada odżywianie ciała, występują bóle w członkach i zaburzenia psychiczne. Takie zaburzenia psychiczne dotychczas niedokładnie były opisywane, jako przykład takowych podaje autor następujący ciekawy przypadek. Trzydziesto pięcioletni kupiec, pochodzący z neuropatycznej rodziny, żywego temperamentu, prowadzący życie ruchliwe i czynne, cierpiał ciężkie napady dychawicy, przy której zaleconem miał użycie chloralu, w tem większych dawkach, im częstsze bywały napady. W ten sposób chory doszedł do dziennej dawki 8-iu grm. chloralu i 6 centygramów morfiny, która wprawiała go w ogłuszenie, napady dychawicy jednak zjawiały się zaraz po obudzeniu. W ciągu kilku miesięcy rozwinęło się przewlekłe zatrucie chloralem z następującymi objawami. Wycieńczenie, nieregularne łaknienie, biegunka, parcie na mocz, bóle w członkach i plecach, senność, osłabienie umysłowe, niemożność obejścia się bez chloralu i pobudzenie duchowe. Chory umieszczony został w szpitalu, gdzie odjęto mu chloral, wstrzykiwano tylko morfinę w małych dawkach. Z początku wystąpił niepokój, potem przygnębienie. Następnie silne omamy słuchowe z charakterem prześladowczym, powtarzające się codziennie tylko w dzień. Choremu zdawało się, że słyszy głosy, groźby i smutne wieści od żony i dzieci, że doń mówi lekarz, siostra i t. p..

Przy odpowiednim leczeniu i wzmacniającej dyjecie chory ostatecznie wyzdrowiał, w miarę jednak zdrowienia napady astmy wracały coraz częściej. Obraz kliniczny przewlekłego zatrucia wodanem chloralu, jest bardzo podobny do tego, jaki spotykamy przy przewlekłym zatruciu wyskokiem (*alcoholismus*), przeważają tu tylko omamy słuchowe. Powstawanie psychozy wskutek zatrucia chloralem przy obecnym stanie wiedzy nie jest możliwem do objaśnienia. Możemy przypuszczać tylko, że nadużycie wspomnianego środka wywołuje zaburzenia w krążeniu w mózgu, cechujące się zastojem żylnym, niedokrwistością i złem odżywianiem mózgu. Z chwilą, gdy dowóz chloralu do krwi zostanie wstrzymany, zaburzenia powyższe nie mogą się wyrównać natychmiast, lecz następuje rodzaj odczynu, wywołujący psychozę. Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i jest tem lepsze, im stan ogólny mniej ucierpiał. Polepszenie odżywiania uważać należy za znak pomyślny. W końcu autor zwraca uwagę i słusznie na częste nadużycia w zalecaniu chloralu, który niekiedy więcej może przynieść choremu szkody niż korzyści.

Wiadomości bieżące.

Berlin. W ministryjum oświaty istnieje zamiar założenia tu Instytutu dentystycznego i włączenia go do uniwersytetu.

— Z powodu 100-letniej rocznicy urodzin słynnego praktyka Heim'a, magistrat berliński postanowił na domu, w którym on mieszkał (róg ulic Kronen i Markgrafen), wmurować tablicę pamiątkową.

Królewiec. Na 14245 świń, badanych mikroskopowo w tutejszej rzeźni od 1 Kwietnia do 1 Października r. b., znaleziono u 30 trychiny, t. j. 1 : 474.

Wiedeń. Ministryjum zażądało od kolegijum profesorów przedstawienia kandydata na drugą katedrę anatomii.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich i przyrodniczych:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 48. Mikulicz. Przyczynek do techniki operacyjnej i następnego leczenia raka migdałków. — Wolfram. Przyczynek do nauki o samoistnem zużyciu serea. (Znaczny przerost serea; rozległa zakrzepica żylna).

— *Medycyna.* Nr. 48. Misiewicz. Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki mezkiej i pęcherza moczowego.

— *Wszechświat* Nr. 49. Lud prehistoryczny a jednak współczesny, przez F. S. — O zmysłach, przez M. Siedlewskiego. (Ciąg dalszy). — Wycieczka do lodnika Rodanu, napisał Wawrzyniec Trzeiński, kand. nauk. przyr. (Ciąg dalszy). — Kalendarzyk astronomiczny na Grudzień 1883 r. — Korespondencyja Wszechświata. — Odezyty z dziedziny techniki: 1-szy odezyt „o techniku w społeczeństwie“, 2-gi odezyt „Leonardo da Vinci“. — Kronika naukowa. — Nekrologia.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

P o n r n i e r. Syfłis i małżeństwo. Tłumaczenie Dr. A. Elsenberga. Warszawa, 1883.

D a n i l l o. Encephalite parenchymateuse limitée de la substance grise.

— Quelques considérations sur les sillons artériels de l'endo-crâne chez l'homme.

O D W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1884 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do N-ru dzisiejszego dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na rok 1884 na pismo „Tygodnik Powszechny“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Najzapalczywszy **KATAR WYLECZONY**
 SZYBKO I NIEKOSZTOWNIE PRZEZ POŁKNIECIE
 DWÓCH

KAPSULEK GUYOTA

PRZY KAŻDEM JEDZENIU

Dawniej kapsułki te czarne i nieprzyjemne do połknięcia, są teraz białe i podobne do cukierka.

Na każdej kapsułce wydrukowany podpis: Guyot.

Smolę w KAPSULKACH GUYOTA zawartą znoszą najdelikatniejsze żołądki.

Uwaga. Dzieci i osoby nie umiejące polykać tych kapsulek mogą używać

PREPAROWANEGO

CIASTA REGNAUD

19, rue Jacob.

Na etykiecie powinien być ten podpis w trzech kolorach

Znajdują się we wszystkich aptekach

FABRYKACYA I RYCZAŁTOWA SPRZEDAŻ: 19 RUE JACOB W PARYŻU.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych na piersi, żołądek, bezkrwistych lub mających bladaczkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **RACHOUT des Arabes** (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniający, przygotowany przez **Delangreniera** w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

PRZECIW Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop

i **Pate pectorale de Nafé, Delangrenier'a z Paryża** posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuzkiej Akademii Medycznej; nie zawierając w sobie ani Opium, ani Morfiny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym *Kaszlem* albo *Kokluszem*.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche, w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materiałów aptecznych.

PROSZKI DO ZĘBÓW PELLETIER'A

CZEŁONKA PARYZKIEJ AKADEMII LEKARSKIEJ

ODONTYNA PELLETIER'A

ELIXIR PELLETIER

Nadaje białości zębom bez psucia emalii i wstrzymuje próchnienie.

Wzmacnia dziąsła, uśmierza ból zębów, perfumuje usta.



Każde pudełko za-
lepione jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.

Każdy flakonik ob-
lepiony jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.



FABRYKA w domu L. FRERE 19 rue Jacob w PARYŻU.
U wszystkich Aptekarzy i w Składach perfum.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

D-r Alfred Fournier SYFILIS I MAŁŻEŃSTWO

przełożył z francuzkiego

D-r A. Elzenberg.

Cena rs. 1. 20.

Nakładem Lesmana i Swiszcowskiego.

w Warszawie. Mazowiecka 14,

1—1

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Tyrolu. Ze znakomitym skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet, w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych, w malaryi, w zastarzanych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając niestanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co niejednokrotnie doświadczeniami znakomych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opoeler i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643.

5—5

W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12—9

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

D-r Goldschmidt z Berlina,

posiadający język polski, praktykuje w porze zimowej w la Spezia R. d. Levante. w lecie zaś
w Reichenhall. 6—2

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—17

Wyszedł jak lat poprzednich

ROZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Rok VI—1884.

Część I. (zbroszurowana) zawiera **Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego** (za rok od 1 Lipca 1882 do 1 Lipca 1883).

Część II. (oprawiona, z ołówkiem) stanowi właściwy **Rocznik lekarski** i zawiera:

Kalendarz zwyczajny; wskazania do operacyj położniczych; terapię chorób skóry; największe dawki ważniejszych leków; dawkowanie leków podskórnie stosowanych; sposób przygotowania gazy jodoformowej; kąpiele ochładzające; otrucia ostre i ich leczenie; ratowanie omdlałych i w śmierci pozornej będących; ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne, kąpiele morskie i t. p. i sposób pisania wagi dziesiętnej; listę lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładnych adresów zamieszkałych w Warszawie; dziennik z kalendarzem na cały rok 1884, tablice brzemienności i ogłoszenia. Cena: 1 rs. 20 kop., z przesłaniem pocztą 1 rs. 35 kop. Skład główny u wydawcy. (Nowogrodzka 20) Nabywać również można we wszystkich redakcyjach czasopism lekarskich i we wszystkich znaczniejszych księgarniach w Warszawie. 4—1

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONA), OPATRZONA W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencjami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawia się przez osoby najwężlejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Adamkiewicz. Kurcz mięśnia kłębkowatego (*m. splenius capitis et colli*). — II. T. Dunin. Trzy przypadki zjawiska oddechowego Cheyne-Stokes'a. — *Notatki lekarskie*. 28. A. Sokółowski. Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowia (*Arteritis syphilitica*). — 29. Wł. Matlakowski. Uderzenie pięścią w skroń. Zaniemówienie. — *Dział sprawozdawczy*. 62. N. Othnagel. Przyczynnik do nauki o chorobach kiszek. Oddział IV. Zachowanie się wypróżnień przy przewlekłym nieżycie. — 63. Morratt Baker. (*Surgeon to St. Bartholomew's Hospital*). Odejmnowanie języka za pomocą cięcia pośrodkowego. (*Removal of the tongue by median division*). — 64. Coates Martin. (*Surgeon to the Salisbury-Hospital*). Przypadek usunięcia języka i trzeciej części żuchwy. (*A case of removal of the tongue and one-third of lower jaw*). — 65. Satlow. O użyciu olejku terpentynowego przy błonie. — 66. Davy Richard. (*Surgeon to the Westminster Hospital*). Wklimnowanie golenio-udowe jako nowy sposób wykonywania wycięcia stawu kolanowego. (*Tibio-femoral impaction: a new method of performing resection of the knee-joint*). — 67. Kirn. Zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia chloralem. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. KURCZ MIĘŚNIA KLĘBKOWATEGO

(*m. splenius capitis et colli*),

przez

Profesora Adamkiewicza (w Krakowie).

Między mięśniem kapturowym a mostko-obojęczyko-sutkowym przebiega w ukośnym kierunku od tyłogłowia ku dołowi brózdka, mniej więcej na dwa palce szeroka, uwydatniająca się szczególnie u osób chudych. Przepuszczając miernej siły prąd przerywany w miejscu, w którym linija łącząca wyrostek sutkowy z wyrostkiem ciernistym siódmego kręgu szyjowego przecina wspomnianą brózdę, lub też nieco wyżej od tegoż miejsca, zauważyć można, że głowa elektryzowanego zwraca się powoli ku stronie odpowiedniej i przechyla się nieco ku tyłowi, a broda tem samym podnosi się ku górze. Równocześnie wyczuć można tuż ponad miejscem drażnienia wał, który w tym samym stosunku tem wybitniej z dna brózdki występuje ponad elektrodę, im bardziej głowa zwraca się w opisanym kierunku.

Przy tej całej procedurze mamy do czynienia ze sztucznym podrażnieniem mięśnia kłębkowatego (*m. splenius*), a mianowicie ze skurczem tej jego części, którą niektórzy anatomowie opisują jako oddzielny mięsień pod nazwą *m. splenius capitis*. Z przebiegu tegoż mięśnia, odchodzącego od wyrostków ciernistych dolnych kręgów szyjowych, a przyczepiającego się do *linea semicircularis superior*, łatwo zrozumieć opisany ruch głowy, wywołany drażnieniem elektrycznym. Stos pacierzowy tworzy w swej części szyjowej łuk wypukły ku przodowi, a w stronie jego wklęsłości napięty jest mięsień kłębkowaty jakoby cięciwa. Otóż przy skracaniu się tej cięciwy, t. j. w czasie skurczu mięśnia, musi się wypukłość łuku zwiększyć, a ruchomy jego koniec, a więc ten, który dźwiga głowę, musi się zbliżyć do drugiego końca łuku. W ten sposób następuje przechylenie głowy ku tyłowi. Zwrócenie zaś głowy w odpowiednią stronę

jest naturalnym wynikiem ciągnięcia, jakie wywiera mięsień wachlarzowato się przyczepiający do tyłogłowia podczas skracania się jego włókien ku dołowi zbieżnych. To działanie mięśnia ma dążność sprowadzić do pionowej płaszczyzny, przebiegającej w kierunku szwu strzałkowego, w której leży stały punkt przyczepienia się mięśnia, t. j. jeden ruchomy koniec dwuramiennej dźwigni, którą przedstawia tyłogłowie, obracające się około osi stosu pacierzowego, do stałego punktu przyczepienia się mięśnia, t. j. do linii łączącej wyrostki cierniste dolnych kręgów szyjowych.

Druga część mięśnia, t. j. mięsień kłębkowaty szyi (*splenius colli*), jest przykrytą przez mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy. Dla tego też dosięgnąć go można tylko tak silnemi prądami, które równocześnie i wspomniany mięsień pobudzają. Jakkolwiek więc nie można z tego powodu wykazać czystego działania mięśnia zwanego *splenius colli* za pomocą drażnienia elektrycznego, to przecież nie ma żadnej trudności w wywnioskowaniu jego działania, jeżeli uwzględnimy przebieg tegoż mięśnia. *Splenius colli* biegnie również skośnie jak jego imiennik, powyżej opisany. Ponieważ atoli mięsień kłębkowaty szyi przebiega od wyrostków ciernistych górnych kręgów piersiowych do wyrostków poprzecznych górnych kręgów szyjowych, t. j. ponieważ odchodzi od dolnego, nieruchomego końca osi, na której głowa pod wpływem mięśnia *splenius capitis* opisane obroty wykonywa i przyczepia się do bocznego odcinka górnego, nieruchomego końca; to w chwili, gdy się ów mięsień kurczy, musi się zginać część szyjowa stosu pacierzowego ku swej stronie i w ten sposób głowa musi się zbliżać do odpowiedniego ramienia.

Z kombinacji działania obu opisanych mięśni można łatwo wywnioskować połączone działanie obu mięśni. Działanie to składa się z ciągnięcia głowy ku tyłowi, z obrotu tejże około osi pionowej ku stronie działającego mięśnia i z przybliżenia głowy do odpowiedniego ramienia.

W taki sposób w stronę prawą zwróconą głowę trzymała jedna chora, która się mi przed dłuższym czasem przedstawiła z tą wzmianką, że już od 6-ciu lat daremnie szuka pomocy lekarskiej i że jest już bliską prawie rozpaczy, gdyż jej stan nie tylko nie dozwala jej zajmować się swemi sprawami domowemi, lecz przeszkadza jej przy chodzeniu i nadzwyczaj ją żenuje.

Początku swego cierpienia nie umie dokładnie chora podać. Również nie wie, czy się przeziębila, czy też naraziła na inną jaką szkodliwość. Zdaje się jej dalej, że wadliwe trzymanie głowy nie ustępuje nawet we śnie, gdyż, odkąd tylko jest chorą, nie obudziła się jeszcze nigdy z innym ułożeniem głowy, a właśnie z powodu swego stanu przyzwyczała się spać zawsze na prawym boku. To jednak na pewno podać może, że skrzywienie głowy powstało powoli. Z początku posiadała zawsze jeszcze dosyć siły do chwilowego przezwyciężenia skrzywienia głowy. Dopiero później straciła zdolność prostowania głowy mimo największych wysileni woli. Szczególniejszych bólów w karku nie czuła chora wcale nigdy, natomiast prawie nigdy nie jest wolną od jakiegoś uczucia sztywności po prawej stronie tyłogłowia i karku.

Chora, z wyjątkiem swej sztywnej szyi, okazała się być zupełnie zdrową kobietą, liczącą około 40 lat i silnie zbudowaną.

Ze opisane cierpienie chorej polegało na skurczu prawego mięśnia kłębkwatego, nie mogło ulegać według przytoczonych wywodów najmniejszej wątpliwości. Takie rozpoznanie można było tem pewniej postawić, że we wspomnianej już brózdzie między mięśniem kapturowym a mostko-obojęczyko-sutkowym wyczuć można było twarde wał skurzonego mięśnia kłębkwatego, że mięsień kapturowy i mostko-obojęczyko-sutkowy zupełnie były zwolnione i że takowe przy dowolnym, a jeszcze wybitniej przy sztucznie wywołanym skurczu zdradzały bardzo wyraźnie dążność nadania głowie charakterystycznej dla ich działania pozycyi, t. j. zwrócenia brody ku przeciwnej stronie.

Skurczenia (*contractura*) mięśnia kłębkwatego są wprawdzie znane, ale należą do rzadkości. Oprócz *Duchenna*¹⁾ i *Erb*²⁾ nie pisał dotychczas o nich żaden autor według własnych spostrzeżeń.

Już sama ta okoliczność wystarczylaby, aby usprawiedliwić wzmiankę o tym przypadku; tem więcej zaś to uzasadnionem się okaże, o ile to, w innych razach tak uporezywe, cierpienie u naszej chorej nadzwyczaj szybko pomysłny wzięło przebieg i że w takowem okazał się skutecznym zabieg leczniczy, który może rzucić jakies światło na tak ciemną etjologiję skurczeń mięśnia kłębkwatego.

Już przy elektrycznem badaniu chorej uderzyło mię, że jeżeli drażnił mięsień kłębkwaty nie będący w stanie skurczenia, zwracała się głowa nadzwyczaj łatwo ku stronie zdrowej. Co więc okazało się, że dopóki tylko prąd elektryczny przepływał przez wspomniany mięsień, dopóty nie można było nieprawidłowe go wykazać w trzymaniu głowy.

To spostrzeżenie wskazało samo przez się jako środek leczniczy faradyzowanie „zdrowego“ mięśnia kłębkwatego. I w istocie skutek tego postępowania był bardzo wybitny. Chora odzyskała znów zdolność poprawiania swego wadliwego trzymania głowy. Z początku potrzeba było wielkiego wysilenia ze strony chorej, a zwalczany mięsień często jeszcze odzyskiwał przewagę nad wolą i sprowadzał głowę wśród właściwych drgań i wahań znów do dawnej, wadliwej pozycyi. Im dłużej jednak trwało wspomniane leczenie elektrycznością, tem słabszym był opór chorego mięśnia, a tem większa siła, z jaką chora ów opór zwalczać mogła. Już po upływie 5—6 tygodni, w których codziennie elektryzowałem chorą przez kilka minut w opisany sposób, polepszył się stan chorej tak znacznie, że zaledwie odkryć można było ślad dawnego jej cierpienia.

Czasowe faradyzowanie jakiegoś mięśnia zastępuje w sztuczny sposób naturalne jego ćwiczenie. Przez ćwiczenie atoli wzmacnia się mięsień. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że przez nasz zabieg leczniczy wzmocnił się przeciwniczy mięsień chorego mięśnia kłębkwatego. To wzmocnienie pozornie zdrowego mięśnia usunęło stan chorobowy drugiego mięśnia kłębkwatego. Jeżeli jednak wzmocnienie pozornie zdrowego mięśnia leczy skurczenie (*contractura*) drugiego mięśnia, to musimy logicznie wywnioskować, że utajone osłabienie takowego wywołało skurczenie mięśnia drugostronnego.

¹⁾ De l'électrisation localisée. Troisième édition. Paris. 1872. str. 960 i 1030 nast.

²⁾ Deutsches Archiv für klin. Medic. T. V. Lipsk. 1869. str. 520.

W ten sposób zmuszeni jesteśmy przyjąć, że w podobnych przypadkach przyczyna skurczenia nie leży wcale w mięśniu skurczonym, lecz w przeciwniczym jego mięśniu p o z o r n i e tylko zdrowym. Powstanie zaś skurczenia możemy sobie wyobrazić, jeżeli przyjmiemy, że skurczenie wytwarza się powoli z przewagi czynności zdrowego mięśnia wtedy, gdy przy istniejącem osłabieniu mięśnia przeciwniczego prawidłowa równowaga ich wzajemnych na się działań zostanie zwichnięta.

Za takim pojmowaniem rzeczy przemawia niejedna okoliczność, i tak najprzód doświadczenie, że w przypadkach skurczenia jednego mięśnia kłębkowatego faradyzowanie jego przeciwnika, jak to już Duchenne ¹⁾ podaje, niemal zawsze prowadzi do celu, podczas gdy działanie na mięsień skurczony, jak się o tem także Erb ²⁾ przekonał, nie odnosi żadnego pomyslnego skutku.

Przedewszystkiem jednak najwięcej popiera wspomniane zapatrywanie przytoczony przezemnie dowód, że inna bardzo znana forma tonicznych kurczów jest objawem zniesienia jednej czynności, że wcale nie jest następstwem chorobowo spotęgowanego pobudzenia, jak to o kurczach mniemano, lecz raczej jest wywołaną przez w y r u g o w a n i e, t. j. przez porażenie innej przeciwniczej czynności.

W jednej z dawniejszych prac ³⁾ wykazałem, że każdy prawidłowy skurcz mięśnia jest wynikiem dwóch przeciwniczo na siebie działających innerwacyj, z których jedna, powstając przez automatyczne bodźce, wywiera na mięsień wpływ powściągający i dochodzi do niego przez tylne pęczki rdzenia pacierzowego, natomiast druga, zostając wywołaną przez podniecie woli, pośredniczy w działaniu tejże, biegnąc po pęczkach piramidalnych bocznych rdzenia pacierzowego aż do mięśnia. Otóż jeżeli przewodnictwo jednej z tych dróg z jakiegobądź powodu jest utrudnionem lub przerwanem, to czynność niekniętej drogi bierze przewagę nad czynnością drogi naruszonej. W ten więc sposób powstają chorobowo wzmożone pobudzenia woli, tak zwany „bezład“ (*ataxia*), jeżeli tylne pęczki są siedzibą choroby (*tubes*), lub też wytwarza się chorobowe spotęgowanie prawidłowego napięcia mięśniowego, tak zwany „skurcz“ (*spasmus*), jeżeli pęczki piramidalne boczne skutkiem zwyrodnienia nie mogą już więcej doprowadzać do mięśni przeciwnicznych podniecie woli, regulującej ich napięcie (*paralysis spinalis spastica*).

Niezadługo ⁴⁾ przytoczę nowy doświadczalny dowód słuszności tego zapatrywania. Opierając się na tych spostrzeżeniach o bezładzie i skurczu i na powyżej opisanym przypadku o skurczeniu mięśnia kłębkowatego, muszę także to skurczenie mięśnia pojmować jako mechaniczny skutek poprzednio opisanego zwichnięcia równowagi.

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Zeitschrift f. klin. Medic. T. III. Zesz. 3.

⁴⁾ W drugiej części mej pracy wyszłej właśnie w rocznikach Akademii Umiejętności w Wiedniu. (T. LXXXVIII. III 1883).

Możemy tedy przyjąć dwie formy takich zwiecznie równowagi, sprawdzających kurcz. Jedna forma cechuje się zaburzeniem w przeciwniczym działaniu obu innerwacyj, odgrywających rolę przy prawidłowej czynności mięśniowej, t. j. odznacza się skurczem; druga zaś forma cechuje się zaburzeniem przeciwnicznych czynności dwóch przeciwniczo na siebie działających mięśni skutkiem osłabienia jednego mięśnia. Następstwem takiego zaburzenia jest spotęgowanie się całkowitej czynności mięśnia przewagę mającego, skutkiem czego wywołanem zostaje „skurczenie“.

Jeżeli jednak tak się rzecz ma, to nie możemy skurczu mięśnia kłębkowatego uważać za cierpienie samoistne mięśnia skurzonego, lecz musimy go raczej zaliczyć do tak zw. kurczów czynnościowych, o których udało się w nowszych czasach udowodnić, że i one mają swą właściwą przyczynę w pierwotnym osłabieniu mięśni przeciwnicznych. Jak wiadomo, określamy od czasów Duchenne'a jako czynnościowe takie kurcze, które występują w mięśniu w chwili jego dowolnego pobudzenia. Jedną nawięcej znaną i najczęstszą formą takich kurczów jest kurcz pisarski. A właśnie przeciw kurczowi pisarskiemu podał niedawno temu Nussbaum¹⁾ wyborną metodę leczenia, która okazuje, że przez systematyczne ćwiczenie, a więc przez wzmocnienie właśnie mięśni przeciwnicznych w porównaniu do mięśni przy pisaniu zajętych, można wyleczyć tę uporczywą chorobę. Nie potrzebuję powtarzać, co podobne ćwiczenie i jego tak pomyslny skutek oznacza. Jeżeli więc skurczenie mięśnia kłębkowatego należy do kurczów czynnościowych, to musimy odtąd dwa rodzaje takowych rozróżnić, chwilowe kurcze, t. j. takie, które występują tylko w chwili ich dowolnego pobudzenia i ciągłe, t. j. takie, które utrzymują się stale niezależnie od wpływu woli.

II. TRZY PRZYPADKI ZJAWISKA ODDECHOWEGO CHEYNE-STOKES'A.

Podał

D-r med. **Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zjawiskiem oddechowym Cheyne-Stokes'a nazywamy tego rodzaju nieprawidłowe, ale miarowe oddechanie, w którym co pewien czas następuje zupełna przerwa w oddechaniu, po której przychodzą z początku bardzo słabe, później coraz to silniejsze i znów coraz to słabsze ruchy oddechowe, które ostatecznie przechodzą w nową przerwę (pauza). Niżej podany rysunek najlepiej ten rodzaj oddechu uzmysłowi. Zjawisko Cheyne-Stokes'a było przedmiotem wielu badań klinicznych i doświadczalnych, o których tutaj nie mamy zamiaru wspominać; ograniczamy się jedynie do podania 3-ech własnych spostrzeżeń, które mogą się w części przyczynić do wyjaśnienia przyrody i znaczenia tego zjawiska.

¹⁾ Wiener medic. Blätter. 1882. str. 1232.

I. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 40-letniej kobiety, dotkniętej niepełnym porażeniem prawej połowy ciała (wraz z nerwem twarzowym) i utratą mowy (*hemiparesis dextra et aphasia*), wskutek wylewu do mózgu. Chora jest zupełnie przytomna, już kilka miesięcy jak dotkniętą została swym cierpieniem, ogólny stan zdrowia zupełnie dobry; chora wprawdzie z trudnością, lecz chodzi, ręką też ograniczone wykonywać może ruchy. Oddech przedstawia typowy obraz zjawiska *Cheyne-Stokes'a*. Chora robi 12 wdechów, z których pierwszy i ostatni powierzchniowe, środkowy najgłębszy, poza czym następuje przerwa, podczas której chora wcale nie oddecha. Ruchy klatki piersiowej wiele razy zdejmowane były za pomocą podwójnego statografu *Riegela*; jeden z takich rysunków, zmniejszony do $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości, tutaj załączam.



Podczas przerwy żadnej zmiany w tętnie nie ma; świadomość też nie ulega zaburzeniu; podczas chodzenia i wykonywania rozmaitych ruchów typ oddechu żadnej nie ulega zmianie. W takim stanie chora znajdowała się przez kilka miesięcy pod moją obserwacją i przez cały ten czas typ oddechu pozostawał zawsze ten sam; wreszcie chora opuściła szpital w dość dobrym stanie lecz wciąż ze zjawiskiem *Cheyne-Stokes'a*. Dalsze jej losy nie są mi wiadome.

II. Chora 30-letnia, przybyła do szpitala z powodu silnej duszności, kaszlu, bicia serca, na które już dawno choruje. Od miesiąca stan jej się pogorszył, wszystkie powyżej wymienione objawy się wzmogły, nadto dołączyły się do nich poty. Oprócz tego chora od 11 roku życia cierpi na połowiczne niepełne porażenie prawej połowy ciała (i nerwu twarzowego). Porażenie to przyszło nagle, wkrótce jednak się poprawiło, tak, że pozostało tylko osłabienie kończyn oraz małe skrzywienie twarzy. Badanie wykazuje co na stepuje: W płucach obok prawidłowego oddechu liczne rżżenia i świsty. Serce powiększone w obu wymiarach. U wierzchołka serca silny skurczowy szmer, drugiego tonu nie słycać. W pozostałych miejscach wszędzie obok pierwszego tonu słaby szmer; drugi ton wszędzie bardzo słaby. Tętno dość pełne, lecz nierytmiczne. Pozostałe narządy nie przedstawiają nic niezwykłego. Po niejakiem czasie stan chorej zaczął się poprawiać, wkrótce jednak dostała napadów dreszczy, gorączki (do $41,2^{\circ}$ C.), potów, śledziona przytem znacznie była powiększona. Powoli i te objawy zaczęły ustępować, gdy w tem nagle jednego dnia w nocy chora stoczyła się z łóżka i upadła zupełnie nieprzytomna. Badanie na drugi dzień wykazało: chora zupełnie nieprzytomna, leży na wznak; obie ręce i nogi podniesione do góry opadają zupełnie bezwładnie; na uklucia na rękach i nogach chora wcale nie oddziałują, uklucia na twarzy wywołują lekki ruch w odpowiednich mięśniach. Oddech przedstawia typowy obraz zjawiska *Cheyne-Stokes'a*. Przerwa trwa 18 sekund, poczem idzie 10—14 oddechów, które trwają razem 22 sekund, tak że cała faza ciągnie się 70 sekund. Najsilniejsze nawet podrażnienia nie wpływają na skrócenie pauzy. Przy końcu pauzy wargi czasami drgają, na szczycie ruchów oddechowych chora czasami wydaje jęk. Tętno przy końcu pauzy staje się pełniejszym i mniej częstym, podczas zaś ruchów oddechowych robi się bardziej napężonym, częstszym, słabszym, a czasami i miarowym. Od czasu do czasu przychodzą ruchy wymiotne. Prawa żrenica szersza niż lewa. Objawy ze strony serca te same co wyżej, ciepłota $38,4^{\circ}$ C. Powyższy stan trwał jeszcze przez dzień następny. Trzeciego dnia ogólny stan chorej pozostał wprawdzie ten sam, zjawisko jednak

Cheynes'tokes'a zupełnie znikło i oddech stał się zupełnie prawidłowym. Czwartego dnia chora zmarła. Badanie pośmiertne wykryło, co następuje: na zewnętrznej powierzchni opony twardej po stronie prawej znajduje się nieco krwi; pomiędzy oponą twardą i miękką także po stronie prawej dość znaczna ilość płynnej i skrzepłej krwi (*haemorrhagia intermeningeae*). W białej istocie mózgu w $\frac{1}{3}$ tylnej po stronie prawej znajduje się świeży wylew krwi, który na zewnątrz doszedł do istoty korowej i takową na ograniczonym miejscu przerwał, z drugiej zaś strony przerwał spłot naczyniowy rogu tylnego prawej bocznej komórki za wzgórkiem wzrokowym. Zwoje mózgowe po stronie prawej niezmiennione; po stronie lewej jądro soczewicowate (*nucleus lenticularis*), tylna część torebki wewnętrznej i prawie cała torebka zewnętrzna zamieniona na starą bliznę. Obie komórki boczne zawierają skrzepy krwi; takież skrzep znajduje się i w czwartej komórce.

Serce powiększone w obu wymiarach. Zastawka dwudzielna nierówna, pokryta skrzepami przyżyciowymi. Dwie struny ścięgniaste przerwane. W prawym przedsionku znajduje się ograniczone, świeże ognisko zapalne. Śledziona znacznie powiększona, twarda.

III. Chora przywieziona została do szpitala w stanie nawpół nieprzytomnym. Rodzina jej opowiada, że od 3-ech tygodni leczona była na tyfus brzuszny. Badanie wykazuje: chora prawie zupełnie nieprzytomna, leży na wznak z zamkniętymi wciąż oczami, na pytania nie odpowiada wcale. Stolec chora bezwiednie oddaje pod siebie. Oddech typowy Cheynes'tokes'a; chora robi około 7—12 westchnień, po których idzie pauza, trwająca 10 sekund. Tętno bardzo częste (120) i słabe, zmian w niem żadnych podczas pauzy lub oddechania wykryć nie można, ciepłota 38° C. W płucach liczne świsty; tony serca bardzo słabe; śledziona powiększona; na ciele dość liczne plamy barwnikowe, prawdopodobnie ślady istniejącej przedtem różyczki; na krzyżu odleżyna; silne rozwolnienie. Powoli stan chorej nieco zaczął się poprawiać; wprawdzie chora jeszcze ciągle prawie drzemała, na pytania jednak już nieco odpowiadała. Oddech Cheynes'tokes'a trwał 5 dni, poczem znikł bez śladu. Chora powoli lecz stale odzyskiwała zdrowie i wreszcie opuściła szpital zupełnie zdrowa.

W powyżej wymienionych przypadkach zasługują na uwagę następujące okoliczności. Ani razu zjawisko Cheynes'tokes'a nie zależało od wady serca, które według wielu nawet nowszych autorów (Biot) są najczęstszem jeżeli nie jedynem jego źródłem; wprawdzie w 2-ech przypadkach istniała i wada serca, lecz ta oczywiście na powstawanie zjawiska Cheynes'tokes'a żadnego wpływu nie wywierała; w ogóle powiedzieć winienem, że objawu tego dotychczas ani razu nie widziałem u chorych, dotkniętych wadą serca. W trzecim przypadku przyczyną zjawiska Cheynes'tokes'a był tyfus brzuszny, przy którym, o ile wiem, objaw ten dotychczas nie był opisywany; sądzę, że sposób jego powstawania był tu ten sam, co przy wadach serca o słabej działalności serca i bardzo dobrze da się objaśnić, według teorii Rosenbach'a, niezwykłym wyczerpaniem ośrodków nerwowych, które to wyczerpanie między innymi wyrażało się w śpiączce i zupełnej nieprzytomności chorej. Natomiast trudniej pod tę teorię podciągnąć 1 przypadek, w którym chora przez wiele miesięcy przedstawiała zjawisko Cheynes'tokes'a przy zupełnie zkaąd inną dobrą stanem zdrowia; nie sposób przypuścić, aby „wyczerpanie“ rdzenia przedłużonego mogło istnieć bezkarnie tak długo, to też sądzę, że przyczyną jego

w tym razie było ograniczone cierpienie (wylew?) rdzenia przedłużonego. Tego samego zdania był i prof. Lewiński, na którego klinice chora leżała. Wprawdzie, dla braku badania pośmiertnego, tłumaczenie moje nie wychodzi po za dziedzinę przypuszczenia, tembardziej, że dotychczas, o ile wiem, nie opisano ani jednego przypadku, w którymby przyczyną zjawiska Chayne-Stokes'a było cierpienie rdzenia przedłużonego; z teoretycznego jednak punktu widzenia nic mu zarzucić nie można. W drugim moim przypadku mieliśmy wprawdzie wylew w 4-ej komórce, który mógł bezpośrednio działać na rdzeń przedłużony, ale jednocześnie mieliśmy i bardzo obfity wylew w mózgu, t. j. cierpienie, które samo przez się jest jednym z najczęstszych źródeł zjawiska Chayne-Stokes'a. Przypadek ten więc, jako zbyt powikłany, na poparcie mego tłumaczenia użytym być nie może. Wreszcie i we względzie rokowania spostrzeżenia 1 i 3 zasługują na uwagę. Pierwsze z nich pokazuje, że zjawisko Chayne-Stokes'a może istnieć bez przerwy przy zupełnie dobrym stanie zdrowia, co nie wiem, czy było dotychczas spostrzeganem; spostrzeżenie 3 potwierdza widywany już fakt, że pomimo zjawiska Chayne-Stokes'a chora może odzyskać zupełne zdrowie. W 2-gim wreszcie przypadku zasługują na uwagę zmiany, jakim ulegała częstość tętna i ciśnienie krwi podczas pojedynczych okresów fazy oddechowej.

NOTATKI LEKARSKIE.

28. Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowia (*Arteritis syphilitica*).

N., lat 50 mający, przywiezionym został z Litwy w stanie nawpółprzytomnym do mojego oddziału w szpitalu św. Ducha w Warszawie. D-r Pilmann z Mińska, do ostatnich czasów mający w swoim leczeniu chorego, przesłał mi jednocześnie następujący opis choroby. Aż do Stycznia r. b. N. był zupełnie zdrow; w młodości miały miejsce częste nadużycia płciowe; w tymże miesiącu po zarażeniu wystąpił wrzód przymiotowy (*ulcus syphiliticum*) na prąciu, który dopiero po dwóch miesiącach uległ zabliznieniu. W Maju tegoż roku chory zgłosił się do D-ra P., skarżąc się na ogólne osłabienie i silny szum w głowie. Przy badaniu znaleziono na całym ciele, a głównie na tułowiu, wyraźną wysypkę różycowatą (*roseola*); jednocześnie gruczoły szyjowe i pachwinowe przedstawiały się powiększonymi. Chory miał sobie zalecone wewnętrzne użycie sublimatu. W ciągu 4-ech tygodni chory wyżył 16 granów sublimatu, wysypka zniknęła zupełnie, szum w głowie zmniejszył się, stan ogólny poprawił się nieco.

Po trzech tygodniach stan chorego zaczął się pogarszać, szum w głowie stał się znowu mocniejszym, a chory zaczął słabnąć, jednocześnie zaś i nastrój duchowy zmienił się znacznie; chory wpadł w coraz bardziej się ujawniający stan przygnębienia i apatii. Zalecono choremu jodek potasu, a następnie znowu sublimat, którego powtórnie wyżył 10 gr., zaprzestawszy takowy z chwilą wystąpienia wyraźnych objawów merkuryjalizmu. Stan chorego pogarszał się z dnia na dzień; w końcu Lipca wystąpiła niemal zupełna odrętwiałość, od czasu do czasu jednakże występowało chwilowo silne pobudzenie, a nawet omamy. Chory stawał się coraz bardziej obojętnym na wszystko, co go otaczało, nie odpowiadał wcale na pytania, nawet jeść nie żądał. Zalecono wówczas jodek potasu w wielkich dawkach, do jednej draclmy na dzień, a skoro i tego rodzaju

leczenie nie okazywało się skutecznem, zalecono choremu wcierania pół drachmowe szarej maści i takowych wcierań zrobiono 40. Stan chorego jednakże coraz się pogarszał. Odrętwiałość przeszła prawie w zupełny idyjozizm, stan ogólny upadał coraz bardziej, chory wreszcie nie wstawał wcale z łóżka, znajdując się ciągle w stanie na pół sennym, na pytania wcale nie odpowiadał; karmić go musiano i to z wielką niechęcią przyjmował nieznaczną bardzo ilość pokarmów. Senność stawała się coraz wyraźniejszą, chory zaczął wreszcie oddawać mimowolnie kał i mocz; w tym stanie w końcu Września przywieziono chorego do szpitala.

Dnia 1. X., badając chorego, znalazłem stan następujący: chory mocno wychudzony, leży bezwładnie; ręce i nogi z lekka przykurczone; od czasu do czasu występuje lekkie wyprężenie kręgosłupa; źrenice nierozszerzone, na światło oddziałują prawidłowo. Chory na pytania nie odpowiada wcale, zdaje się jednakże, że takowe rozumie. Na kilkokrotny rozkaz decyduje się unieść kończynę górną lub dolną, co czyni jednakże z wielką niechęcią. Czucie skórne w zupełności zachowane, toż samo odruchy kolanowe. Gruczoły szyjowe i pachwinowe powiększone. Tętno bardzo słabe, stan bezgorączkowy. Brzuch mocno zapadły, stolec zaparty. Inne narządy nie przedstawiają żadnych zbroczeń.

W ciągu trzech tygodniowego pobytu chorego w szpitalu stan pozostawał mniej więcej bez zmiany. Istniała ciągle senność, chory nie mówił, leżał bezwładnie; z wielką trudnością wlewano mu niecopokarmów do ust. Stolec i mocz odchodziły bezwiednie. Dnia 19 Października zmarł.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e, dokonane przy współudziale prof. Lambła i D-ra Goldflama, wykazało: mężczyzna 50-letni, skóra nieelastyczna, tkanki tłuszczowej mało, mięśnie zanikłe i wiotkie. Kości czaszkowe grube, śródkości stwardniałe. Błona twarda tylko w niektórych miejscach i na niewielkiej przestrzeni zrosła z kością, na zewnętrznej powierzchni nierówna i zgrubiała, na wewnętrznej gładka, lśniąca. Z przestrzeni podpajęcznej wylewa się dużo płynu surowiczego, wypełniającego także siatkę błony pajęcznej, która szczególnie ku tyłowi wypełnia się w kształcie pęcherzy. Z przodu zaś aż do *gyrus centralis anterior* i na podstawie koło skrzyżowania nerwów wzrokowych błona pajęczna zmętniała i zgrubiała, od mózgu odrywa się łatwo, bez naruszenia tkanki mózgowej. Żyły w niej, szczególnie ku tyłowi nastrzyknięte. Rozmięczenia ani w substancji korowej, ani w białej, ani w zwojach wewnętrznomózgowych nie ma. Mózg blady, dość znacznej spójności. Tętnice u podstawy mianowicie *art. vertebrales*, *art. basilaris centralis post.* tworzące *polygonum Willisii*, *arteriae fossae Sylvii* przedstawiają się w kształcie białych jak ścięgno, twardych i nieprzezroczystych sznurków, w których światło istnieje okrągłe, ale znacznie zmniejszone i otoczone zgrubiałymi ściankami. Przy nacisku na tętnicę wydobywa się krew w małej ilości. Zmiana ta tyczy się *art. basillaris, communicantis posterioris et art. fossae Sylvii sinistrae*. W tworach na podstawie czaszki oprócz niedokrwistości zmian żadnych nie widać; toż samo odnosi się do rdzenia kręgowego, którego błony i substancja żadnych zmian nie przedstawiają. (*Pachymeningitis et leptomenigitis hyperplastica, oedema piae matris, anaemia cerebri, arteriitis syphilitica*).

W płucach zwapnienie bronchitycznych ognisk wierzchołkowych. Ani w płucach, ani w wątrobie, ani w innych narządach śladów sprawy przymiotowej nie ma.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z typowym przypadkiem tej formy przymiotu mózgowego, który szczegółowo opisał Heubner, nazwał ją *arteriitis syphilitica* (Heubner. *Die Syphilis des Gehirns. Ziemssen's Specielle Pathologie. XI Bd.*), a wszystkie objawy, napotymane u naszego chorego, z wielką łatwością dają się wytłumaczyć stopniowo powstającą i wzmagającą się niedo-

krwistością mózgu i ztąd powstającymi zaburzeniami w jego odżywianiu; a więc szum w głowie, stopniowo powstające odrętwienie, utrata pamięci, ogólne osłabienie, dalej brak zupełny woli i stan zupełnego zniechęcenia (*hebetudo*), a wreszcie ciągła senność i stan nawpółprzytomny. Do objawów ogólnego lub częściowego porażenia, jak to bywa zazwyczaj w takich razach, w naszym przypadku nie przyszło, chociaż bowiem światło tętnic było niezwykle zwięzonym, nigdzie jednakże do wytworzenia się zakrzepu i następczych ognisk rozmiękczenia nie doszło.

W danym przypadku na szczególną uwagę zasługują jeszcze dwie okoliczności: 1) niezwykle wczesny okres choroby przymiotowej, podczas której wystąpiły objawy przymiotowego cierpienia mózgu; jak to bowiem wiadomo, cierpienia przymiotowe ośrodków nerwowych występują najczęściej w bardzo późnych okresach, w kilka, nieraz kilkanaście lat, a nawet i więcej po pierwotnym zarażeniu się. Według statystyki Heubnera (l. c.) na 24 przypadki zapalenia przymiotowego tętnic (*arteriitis syphilitica*) wystąpiło takowe w 1-ym przypadku w 9 miesięcy po pierwotnym zarażeniu się, w 1-ym po 2-ich latach, w 15 przypadkach od 3-ich lat do 20-stu, w 6-ciu mowa była o bardzo dawno przebyłym przymiocie, w jednym zaś przypadku, gdzie chory nie był w stanie określić czasu, znaleziono stare blizny w wątrobie.

W naszym przypadku pierwsze objawy mózgowe, t. j. silny szum w głowie, wystąpiły niemal w czwartym miesiącu, w końcu zaś szóstego istniał już cały szereg najwyraźniejszych objawów, dowodzących istnienia sprawy mózgowej, t. j. utrata pamięci, ogólne stępienie władz umysłowych, omamy i t. p.

2) W danym przypadku zasługuje również na uwagę niezwykle złośliwość sprawy przymiotowej, objawy bowiem przymiotu mózgu występują najczęściej w tych przypadkach, gdzie leczenia swoistego albo wcale nie stosowano, lub też takowe było niedostatecznym. W naszym przypadku przeciwnie, od samego niemal początku stosowano nadzwyczaj energicznie leczenie przeciwprzymiotowe; chory wyżył bowiem przeszło 20 granów sublimatu, wtarto mu 20 drachm szaruchy, obok tego wyżył znaczną ilość jodku potasu i to wszystko w niespełna trzy miesiące, pomimo to jednak sprawa przymiotowa szła coraz dalej, doprowadziwszy w ciągu 10 miesięcy chorego do grobu.

D-r A. Sokolowski.

29. Uderzenie pięścią w skroń. Zaniemówienie.

Podaję do wiadomości Czytelników ten przypadek z powodu swojego, jak mi się wydaje, dość rzadkiego przebiegu, który może być pożytecznym przy dawanii odpowiedzi przez biegłych w przypadkach sądowolekarskich tego rodzaju.

Ryńska Eleonora przybyła do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus 14. XI. r. b.; od otoczenia jej dowiedziałem się, co później potwierdziła i sama chora, gdy zaczęła mówić, iż została uderzoną pięścią w lewą skroń; natychmiast upadła, utraciła mowę i przytomność, którą odzyskała dopiero po przywiezieniu do szpitala. Na drugi dzień po uderzeniu znalazłem, d. 15. XI., przy badaniu chorej, co następuje.

18-letnia świetnie zbudowana i wybornie odżywiana *virgo intacta*; leży spokojnie na krzyżu, zupełnie wyciągnięta, głowa na lewo zwrócona. Chora zupełnie nie mówi, lecz na wszystkie pytania daje mimiczne odpowiedzi całkowicie jasne i pewne, potwierdza, że ją uderzono, że ją mocno boli głowa i t. d. Chora pisać nie umie.

Twarz czerwona, jakby nabrzmiała. W obu powiekach lewego oka wynacznienia; nadzwyczaj silny wylew krwi podłącznicowy, tak, że łącznica galki otacza rogówkę w postaci wałka; zdaje się iż istnieje *exophthalmos* po stronie lewej; mówię, zdaje się, gdyż z powodu światłowstrętu i bólu napewno ocenić trudno. Źrenice w obu oczach jednakowe i jednakowo oddziałują tęczęwki na

światło. W nosie, w kanałach usznych zewnętrznych nie ma śladów krwi. Za uszami ranki po pijawkach.

Nigdzie nie widać bezwładu lub porażenia; chora może zrobić wszelki ruch, usiąść i t. d., w twarzy nie widać żadnej asymetrii. Jednakże zauważyć można pewną w ruchach opieszalność, powolność, ciężkość; chora żadnym ruchem nie sprzeciwia się obnażeniu, wypuszczeniu moczu cewnikiem, posadzona chyli się i zwiesza.

Mocz nasycony, kwaśnego odczynu, przy gotowaniu daje bardzo wyraźną opalizację; to samo przy dodaniu kwasu azotnego. Tętno 100; zresztą nie zauważono żadnych zбочeń i zaburzeń w ruchach, czuciu lub sferze odżywczej.

Przy badaniu palcami okolicy skroniowej lewej chora doznaje bólu, lecz ani opuchnięcia, nacieczenia, nierówności, wgłębienia i t. p. objawów, świadczących o uszkodzeniu kości, nie znajdujemy.

16. XI. Chora leży spokojnie na grzbiecie, prawie nieruchomo; tak przeleżała całą dobę, nie stękając i nic nie mówiąc; tylko się kilka razy z boku na bok przewróciła. Kiedy ją rozpytywałem o okoliczności pobicia, widocznie ją to wzruszyło, oddech bowiem był potem tak przyspieszony, iż naliczyłem 72 oddechy na minutę, przy tętnie 88. Chora zupełnie przytomna; wie, że nie miała wypróżnień, że nie oddawała przez całą dobę moczu; wcale nie jest senna, nie drzemie, owszem przytomnie spogląda. Nie ma żadnych objawów bezwładu, przykurczenia, drgania w mięśniach lub t. p. zjawisk i zaburzeń nerwowych, oprócz jednego tylko całkowitego zaniemówienia. Białka w moczu nie ma.

17. XI. Tętno 100 — zresztą stan taki, jak wyżej. Chora dostała lawatywę z *infusum sennae*.

18. XI. Wypróżnienia poraz pierwszy w szpitalu, gdyż po zadanych pierwszego dnia 4 uncjach *inf. sen. compos.* nie było stolca. Chora rzeświejsza; tętno 68; opuchnięcie powiek i ból w skroni mniejszy.

21. XI. Głowa skrzyta twarzą i nachylona na prawo, ból przy usiłowaniu sprostowania głowy i macaniu okolicy górnej połowy *m. sterno-cleido m. stoides sinistri*; zresztą głowę odprostować może. Sam mięsień mostko-obojezyko-sutkowy nie naprężony, nie zgrubiał — podobnie i prawy. 22. XI. objaw tylko co opisany przeszedł. Chora wstaje, chodzi, czuje się dobrze, wszystkie funkcje odbywają się prawidłowo; bez pomocy. Śniaki mniejsze.

Nie będę opisywał dalszego przebiegu, ten bowiem nie przedstawia nic szczególnego. Dopiero 27 można było sylabizując chorej głośno wyrazić krótkie, np. „bo—li” wydobyć od niej niedoleżne powtórzenie tych dźwięków bezbarwnie, jak u głuchoniemych.

1. XII. Zaczęła sama mówić, lecz przytem zająkuje się. Z wylewów podłącznicowych pozostały jeszcze ślady bardzo wyraźne w postaci białych plam.

Nie będę się silił na dociekanie przyczyn tej niemoty. Przypuszczam, że choćby tu pękła blaszka wewnętrzna kości skroniowej, nie mogła ona przedziurawić opony twardej i ranić korę mózgową, bo na to nie ma dowodu; ani też nie można przypuścić pęknięcia tętnicy oponowej, wylewu krwawego i nacisku na mózg, oprócz bowiem przemijającego oszołomienia, prócz niemoty, nie mamy żadnych objawów, świadczących o czemś podobnem. Uszkodzenie musiało dotyczyć samego tylko ośrodka mowy i oczywiście polegać na materialnem naruszeniu tkanki mózgowej w skład jego wchodzącej. Tłómaczyć przypadek powyższy wstrząśnieniem mózgu, które samo przez się jest tak zagadkowe, a dla niektórych *) wątpliwe, nie wydaje mi się słusznem; trudno bowiem wytłómaczyć sobie przy jednakowości przyczyny różny czas trwania objawów, z których

*) Prescott Hewett. Concussion of the Brain; w Holmes' System of Surgery. Tom II. str. 298.

oszołomienie, białkomocz, otepiałość mięśni tak dowolnych, jak i gładkich (zatrzymanie moczu i stolca) trwały zaledwie od kilku godzin do jednej doby, gdy tymczasem niemota przeciągnęła się do 2-eh tygodni.

Wł. Matlakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

62. Nothnagel. Przyczynę do nauki o chorobach kiszek. Oddział IV. Zachowanie się wypróżnień przy przewlekłym nieżycie.

O zachowaniu się i ilości wypróżnień przy przewlekłym nieżycie kiszek niedokładnie znajdujemy wzmianki w literaturze. W ogóle badacze podają, że wypróżnienia są mniej częste niż przy ostrym nieżycie, niekiedy nawet występuje zaparcie stolca, lub też biegunka naprzemian z zaparciem. Szczegółów jednak i objaśnień fizjologicznych znajdujemy bardzo mało, a obrazy kliniczne są jakby przepisane z podręczników. Przy dobrych jednak chęciach można i pod tym względem zyskać zasadnicze dane, należy jednak rozstrzygnąć pierwszej parę ważnych pytań. I tak: w jakich warunkach rozpoznajemy przewlekły nieżyt?

Pytanie to ważne i niełatwo na nie odpowiedzieć, gdyż nie każdy, kto cierpi na przewlekłą biegunkę lub zaparcie stolca i wysyłany bywa do Karlsbadu lub Kissingen, jest dotknięty przewlekłym nieżytem kiszek. Choroba jednak nie tylko na stole sekeyjnym, ale i za życia przy łóżku chorego może być rozpoznana, gdyż jako taka u dorosłych sama przez się rzadko bywa przyczyną śmierci. Anatomicznie przewlekły nieżyt możemy rozpoznać z następujących zmian. Rozszerzenie przestrzeni międzygruczołowych z nagromadzeniem okrągłych komórek w tychże przestrzeniach i wzdłuż mięśni Brückego; nagromadzenie brunatnego lub żółtego barwnika w tychże miejscach, niekiedy przekrwienie. Klinicznie najważniejszym objawem przewlekłego nieżytu jest wydzielina śluzu w wypróżnieniach, o którego znaczeniu mówiliśmy poprzednio. Same płynne wypróżnienia nie dowodzą jeszcze nieżytu, gdyż mogą zależeć od wzmocnienia ruchów robaczkowych.

Nikt dotąd nie zastanawiał się nad przyczyną, dla czego zdrowy człowiek oddaje tylko raz na dzień stolec. Wiadomo, że z powodu żywych ruchów robaczkowych кишки cienkiej zawartość jej w ciągu 3—4 godzin przechodzi od odźwiernika do zastawki Bauhin'a, poza którą ruch jej zwalnia się znacznie. Przyczyna tego dotąd nie jest dostatecznie wyjaśnioną, gdyż anatomicznie rzecz biorąc, ruchy w kiszkiach grubych, posiadających silniejszą muskulaturę, winny być jeszcze szybsze niż w cienkich, zwoje zaś nerwowe wszędzie są rozsiane w równej obfitości. Według zdania autora, ruchy robaczkowe zależne są od zwojów znajdujących się w ściankach кишки, a pobudzenie takowych łatwiej w kiszkiach cienkich dochodzi do skutku, gdy w grubych trudniej i rzadziej, a w dolnym odcinku tylko raz na 24 godzin, i w tem właśnie leży przyczyna peryjodycznego opróżniania się kiszek u zdrowego człowieka raz na dobę.

Mogą jednak od tego pravidła być pewne ustępstwa w fizjologicznych granicach, tak np. niektórzy przy normalnem zupełnie zdrowiu mają jedno wypróżnienie na dwa lub trzy dni, inni przeciwnie, dwa lub trzy razy dziennie. W tych razach należy przyjąć, że tacy ludzie obdarzeni są innego rodzaju pobudzalnością ruchów robaczkowych, tak samo jak to bywa z ilością uderzeń tętna na minutę, która w stanie zdrowia u rozmaitych osób przedstawiać może znaczne wahania, od 50—80. Przy idyopatycznym nieżycie przewlekłym stolce zachowywać się mogą w sposób następujący.

W pewnej liczbie przypadków ma miejsce opóźnienie stolca, wypróżnienie bywa jedno co drugi lub co trzeci dzień, często dopiero przy pomocy lekarstw. Takie opóźnienie, tak zwane leniwe stolce właściwe są prostym niezbyt przewlekłym kiszki grubej, inne zmiany zależą od przypadkowych przyczyn. Takie przypadki stwierdzał autor często na stole sekcyjnym, jako umiejscowione niezżyty kiszki grubej, rzadko jednocześnie i cienkiej. Rozwijały się one klinicznie bardzo powoli bez widocznych przyczyn, lub też z ostrych. Chorzy umierali z powodu innych chorób. Zwolnienie ruchów robaczkowych w tym razie zależy ma podług autora od osłabienia muskulatury kiszek, jest to możebnem lubo nie zawsze ma miejsce, widzimy bowiem niezżyty przewlekłe, którym towarzyszy nie opóźnienie stolców, lecz przeciwnie biegunka. Nadto z zanikiem błony śluzowej nie zawsze cieniej i warstwa mięśniowa, przeciwnie, bardzo często wcale się nie zmienia. Przyczyny zatem zatwardzenia szukają niektórzy w zmniejszeniu pobudzalności i automatycznej działalności narządów nerwowych, wywołanem przez przewlekły niezbyt.

Wiadomo jednak, że w zwojach nerwowych, znajdujących się w kiszkiach, nie wykrywamy żadnych zaburzeń odżywczych, któreby zmniejszenie ich działalności mogły wywołać. N o t h n a g e l twierdzi, że w skutek zmian w aparatach nerwowych upośledzoną zostaje ich działalność automatyczna, która powraca co 24 godzin i wywołuje wypróżnienie. Z tą jednak idzie w parze prawidłowa lub nawet wzmocniona pobudliwość. Podług L e i c h t e n s t e r n a siedliskiem tej działalności mięśniowej są po większej części kiszki cienkie, albowiem zwykle przy przewlekłych niezbytach, wnikających choroby serca i wątroby, znajdujemy w dolnych odcinkach kiszki cienkiej nagromadzenie twardego kału. N o t h n a g e l jednak i w takich razach spostrzegał biegunki.

W innych razach przy niezycie przewlekłym bywa codziennie jedno wypróżnienie, różnice są jednak od prawidłowego co do jakości, stolce bowiem są zwykle miększe i papkowate, a często niesformowane. Miękkosć zależy może od domieszki śluzu, pochodzącego z górnych odcinków kiszek, to znów od większej zawartości wody lub tłuszczu. Tłuszczu bywa najwięcej wtedy, gdy zajęta jest znaczna część kiszki cienkiej; wody zaś więcej, gdy mamy do czynienia ze znacznym zanikiem błony śluzowej kiszek cienkich i grubych. Bardzo często przy niezycie przewlekłym występuje n a p r z e m i a n y z a t w a r d z e n i e i b i e g u n k a, które zmieniają się wzajemnie peryjodycznie. Przykłady takiej peryjodyczności autor przytacza. Biegunce towarzyszą zwykle bóle brzucha. W ogóle główne tło choroby stanowi zatwardzenie, ponieważ jednak działalność przyrządu nerwowego w kiszkiach niezbyt podupadła, przeto po kilku dniach ruchy robaczkowe zostają wzmożone i występuje biegunka.

Biegunka i zatwardzenie mogą trwać różny przeciąg czasu, tygodnie i miesiące i zmieniać się bez żadnego określonego typu. Biegunka wywołaną tu bywa przez przypadkowe szkodliwości, powodujące zaostrzenie niezytu. W innych razach chorzy całe miesiące cierpią na biegunkę, powtarzającą się kilka razy dziennie. W tych przypadkach mamy do czynienia zwykle nie tylko z niezyciem lecz i z o w r z o d z e n i a m i t o r e b k o w a t e m i (*ulcera follicularia*) lub nadżarciami, czego dowodzą krew i ropa, znajdujące się w wypróżnieniach. Należy jednak pamiętać, że biegunka bynajmniej nie dowodzi istnienia owrzodzeń. Pozostają jeszcze przypadki, w których codziennie bywa przez czas długi kilka (2—4) wypróżnień. Tu należą proste niezżyty pierwotne k i s z k i g r u b e j i c i e n k i e j, co łatwo możemy rozpoznać, badając troskliwie wypróżnienia, które nam dają odczyn na barwniki żółciowe, zawierają ciała śluzowe, zabarwiony nablonek i żółte komórki okrągłe. P r z e w l e k ł a przeto biegunka, lubo nie zawsze, dowodzi zajęcia nietylko kiszek grubych, lecz jednocześnie i cienkich. Przyczynę tego autor upatruje w tej okoliczności, że skoro trawienie w kiszce cienkiej zostanie upo-

śledzone, cząstki pokarmu, mniej na jej przebiegu ulegając trawieniu, działają drażniąco na błonę śluzową; wzmożony ruch robaczkowy powoduje ruch niestrawionych cząstek ku odbytnicy, która, nie biorąc udziału w sprawie trawienia, wydała je i tak powstają częste biegunki.

Należy przypuszczać, że może istnieć przewlekły nieżyt tylko w kiszkach cienkich, a wtedy biegunki nie bywa, ponieważ kiszka gruba jako zdrowa nie może być podrażniona. W ogóle należy pamiętać, że przy nieżycie кишки grubej bywa zwykle opóźnienie stolca, toż samo przy nieżycie кишки cienkiej. Przy nieżycie кишки cienkiej i grubej może być długotrwała biegunka, a przy nieżycie кишки grubej biegunka naprzemian z zatwardzeniem, powtarzającym się w regularnych lub nieregularnych odstępach czasu.

Obok form powyższych spostrzegamy niekiedy inne, odznaczające się nieraz pewnymi właściwościami, tak np. są przypadki, w których wypróżnienia patologiczne wiążą się ściśle z porą obiadową. Jako przykład autor przytacza następujący przypadek. 30-letni kupiec, dobrze odżywiany, od 6 lat miewał codziennie jedno wypróżnienie. Bez widocznej przyczyny zauważył pewne zmiany w stolcach, które po użyciu wód karlsbadzkich i kuracyi wodnej ustąpiły. Po dwóch latach pojawiły się znowu pewne dolegliwości. Chory miewał z rana codziennie wypróżnienie sformowane. O drugiej spożywał obiad z apetytem, nagle jednak, po zupie lub pieczystem dostawał kolek i oddawał stolec miękki, papkowaty wraz z twardymi kawałkami. Niekiedy bóle i stolce występowały przed lub po obiedzie.

U pewnej amerykanki codziennie rano bywało regularne wypróżnienie, przy obiedzie jednak zjawiało się rozwolnienie z kolkami, zmuszające chorą do wstawania od stołu co parę minut.

W takich przypadkach bez wątpienia mamy także do czynienia z nieżytem nabytym, datującym się od ściśle określonego czasu i ustępującym przy odpowiednim leczeniu. Stolce rzadkie następują zwykle po przyjęciu pokarmu i zależą od wzmożonych ruchów robaczkowych, które powodują jednocześnie napady kolek. Wprowadzenie pokarmów do żołądka wywołuje musi ruch robaczkowy kiszek. Trudno jednak objaśnić, dla czego to samo nie powtarza się przy wieczerzy.

W innych przypadkach wypróżnienia mają miejsce późno wieczorem, lub bardzo rano, tak np. autor obserwował chorego, który oddawał stolce o 7 wieczór i o 7 rano, w liczbie dwóch, bardzo rzadko więcej. Zawierały one śluz i były rzadkawe. Oprócz tych odmian istnieje jeszcze bez wątpienia wiele innych, a zależą one prawdopodobnie od wpływu, jaki na ruchy robaczkowe kiszek wywiera ustrój nerwowy. Rozpatrzmy teraz stosunki, w jakich znajdują się кишки przy **z a s t o j a c h** **ż y l n y c h**.

Autorowie podają, że przy wadach serca, zależnych od wad zastawek, przekrwienie żyłne prowadzi do nieżytku, któremu towarzyszy zwykle opóźnienie stolca. Biegunka bywa tu wyjątkowo. Zatwardzenie ma tu zależeć od zmniejszenia wydzieliny kiszek i osłabienia ruchu robaczkowego. Badania autora nad tym przedmiotem i pośmiertne poszukiwania doprowadziły go do następujących wyników:

1. Dopóki wada zastawki dobrze jest kompensowana, stolce zachowują się zupełnie prawidłowo.

2. Skoro kompensata zostanie naruszona, zwłaszcza przy rozwoju puchliny, stolce stają się leniwymi. Pod koniec życia brak zupełny wypróżnień przez ostatnie dni. W niektórych przypadkach mimo to spotykamy biegunkę.

3. W pewnych razach, w czasie naruszenia kompensaty, biegunki występują naprzemian z zatwardzeniem lub z prawidłowymi stolcami.

Co do pierwszego, rzecz jasna, że póki kompensata nie zostanie naruszona, stan kanału pokarmowego jest zupełnie taki, jak u osób zdrowych.

Drugą kategorię przypadków często badał autor po śmierci makro- i mikroskopijnie, przyczem znajdował sinicę kiszek, przekrwienie żyłne kiszek cienkich i grubych, rozszerzenie żył, lecz ani śladu nieżyty, lub tylko stary nieżyt kiszki grubej. Zastój naturalnie wywołać musi zwolnienie ruchów robaczkowych, a zatrucie krwi kwasem węglanym wzmocnienie takowych. Trwające jednak długo niedostateczne utlenienie krwi działa na ośrodki nerwowe, upośledzając ich pobudliwość, ztąd też pochodzą zatwardzenia, towarzyszące żylnym przekrwieniom kiszek, przy czem może mieć pewne znaczenie porażenie mięśni wskutek obrzęku.

W trzeciej kategorii przypadków, gdzie ma miejsce biegunka lub zatwardzenie na przemian, znajdował autor, obok oznak zastoju, objawy nieżyty tak w kiszkach cienkich jak i grubych, z nacieczeniem komórkowym. Tu ruchy robaczkowe zachowywały się widocznie tak, jak przy samoistnym nieżycie.

Jeżeli za życia przeważała biegunka, po śmierci częściej znajdujemy oznaki czystego nieżyty bez przekrwienia żylnego, a jeżeli to ostatnie istnieje, to obejmuje rozmaite odcinki, bądźto kiszek cienkich, bądź grubych i nie wszędzie dosięga jednakowego nateżenia.

A. Malinowski.

63. Marrant Baker. (*Surgeon to St. Bartholomew's Hospital*). **Odejmnowanie języka za pomocą cięcia pośrodkowego.** (*Removal of the tongue by median division*).

Autor sposób swój przedstawiał na 51-em dorocznem posiedzeniu Brytyjskiego Stowarzyszenia Lekarskiego. Sposób ten polega na użyciu odgniatacza. Nie uważa on go za jedyny; owszem w przypadkach, gdzie rak zajmuje część przednią języka i narząd ten jest ruchomy, tam z równą dogodnością można posługiwać się i innymi sposobami (wycięcie nożem lub nożyczkami). Są to atoli przypadki wyjątkowe; daleko bowiem częściej zdarza się, iż choroba rozszerzyła się do wysokości ostatniego zęba trzonowego dolnego, lub zajęła błonę śluzową jamy ustnej lub dziąseł, tak, że język jest przyrosły nieruchomo do sąsiednich narządów. W takich razach rodzi się pytanie, jaki jest najbezpieczniejszy sposób usunięcia złego, tak jednak, aby dla bezpieczeństwa razem z niem usunąć jeszcze i kawał zdrowej tkanki poza niem położonej. Autor wyklucza najróżd przypadki stosunkowo rzadkie, w których rak nie może być usunięty doszczętnie bez przepiłowania szczęki; przypadki te tworzą osobną grupę. Lecz przypuszcivszy, że to przepiłowanie kości jest niepotrzebne, autor postępuje w następujący sposób: wprowadziwszy knebel między szczęki i wyrwawszy zęby, któreby następnie mogły przeszkadzać przy manipulacjach, przewłóczy się dwie nitki, po jednej z każdej strony na $\frac{1}{4}$ cala od linii pośrodkowej, w odległości cala od końca języka. Jedne z tych nitek zawiązaną w pętlę powierza się pomocnikowi, który pociąga za nią dość mocno, drugą zaś ujmuje operator, poczem nożem tępokńczastym rozcina błonę śluzową języka ściśle po linii środkowej na całej powierzchni grzbietowej, na wierzchołku i przez wędzidelko, poczem schwycivszy za obie pętle i dobrze, a jednostajnie je naciągając, rozcina język na 2 połowy. Jeśli tylko cięcie zostało poprowadzone po samej pośrodkowej płaszczyźnie, krwotok bywa nie nieznaczący. Wtedy pomocnik ujmuje za jedną pętlę, a operator za drugą i tępokńczystymi nożyczkami obcina tak daleko, jak wypadnie, błonę śluzową i włókna mięsne łączące język z żuchwą, poza zespojeniem obu połówek tej ostatniej, poczem obcina nożyczkami wzdłuż dna jamy ustnej błonę śluzową, trzymając się ściśle gałęzi żuchwowej, tak daleko w tył, aż dopóki nie zostanie odcięty język od szczęki do wysokości tylnej granicy nowotworu. Wtedy palcami, a w części nożyczkami oddziela zupełnie daną połowę języka z boku i od przodu od dna jamy ustnej. Teraz następuje najważniejszy punkt operacyjny: założyć pętlicę odgniatacza (*écraseur*) tak, aby objęła odseparowaną połowę języka w pewnej odległości poza nowotworem.

Otóż oswobodziwszy nożyczkami dostatecznie połowę języka, wbijamy na 1—lub więcej cali poza nacieczeniem rakowem przez podstawę tej połowy jedne lub 2 tępe igły, poczem zakładamy pętlicę odgniatacza poza końce igieł. Wtedy ściąga się coraz bardziej pętlicę i odgniatana daną połowę języka; tylko zazwyczaj przy końcu odgniatania, po pęknięciu słabszych tkanek, pozostają jeszcze w pętlicy nieprzerwane wytrzymalsze nerwy i tętnice, na które zakładamy podwójną podwiązkę i między ligaturami przecinamy. Wreszcie gdy zajęta jest przez nowotwór i druga połowa, odgniatamy ją w taki sam sposób, tylko już daleko łatwiej z powodu lepszego dostępu. Poczem starannie badamy dno jamy ustnej, ażali gdzie w błonie śluzowej lub mięśniach nie pozostała część nowotworu, by zaraz ją wyciąć; szczególnie badamy gruczoły chłonne podszczękowe, w razie znalezienia zmian, cięcie przez skórę i wyluszczenie.

W wielu razach, gdzie rak sięga daleko w tył, operacja bywa bardzo ułatwioną przez nacięcie policzka od kąta ust do przedniego brzegu mięśnia żwacza poniżej przewodu *Steno'n'a*, za przykładem *Coli's'a*, *Gant'a*, *Furneaux Jordan'a* i innych. Jeśli nowotwór posunął się w jakim punkcie na dziąsło, należy usunąć odpowiednie zęby i wypiłować kawałek wyrostka zębodołowego.

Wybór odgniatacza jest podrzędnego znaczenia; lepszy jest zagięty w końcu po płaszczyźnie. Pętlica najlepsza jest z grubego powrózka, jako daleko łatwiejsza do manipulowania niż pętlica druciana, a tem bardziej niż łańcuszkowa. Taki powrózek nie pękł autorowi ani razu w czasie operacji; nie miał on ani jednego krwotoku wtórnego, co przypisuje w części tej okoliczności że nie przetrzynięte przez powrozek naczynia podwiązuje i przecina.

W ten sposób operował 36 przypadków raka, z których zmarło 5 (1 *diphtheria*, 2 *septicaemia*, 1 z wyniszczenia, i w 6 tygodni po operacji z zapalenia płuc).

Załączona w artykule tabliczka ilustruje przypadki operowane przez autora.

British Med. Journal. 1883. str. 765. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski

64. Coates Martin. (*Surgeon to the Salisbury-Hospital*). **Przypadek usunięcia języka i trzeciej części żuchwy.** (*A case of removal of the tongue and one-third of lower jaw*).

Autor zastosował następującą modyfikację: cięcie przez wargę dolną, brodę i okolice nadgrdykową aż do górnego brzegu chrząstki tarczowej; odseparowanie płatów na boki; wyrwanie w dwóch punktach zębów (na granicy nacieczenia rakowego w szczękę); przepiłowanie w dwóch punktach żuchwy; wtedy autor przeprowadził mocną pętlicę przez wierzchołek języka, oddzielił kilku śmiałymi cięciami środkową (wypiłowaną) część żuchwy od języka, poczem oddzielił dziąsła od obu gałęzi poziomych szczęki aż do jej kątów. Wyciągnąwszy teraz poobcinany język za pomocą pętlicy ku przodowi, nałożył łańcuszek odgniatacza aż poza nacieczenie rakowe, poczem zaczął ściągać odgniatacz powoli (jedno ściągnięcie na 20 sekund). Po odcięciu nowotworu (zarazem języka) podwiązuje się krwawiące jeszcze przypadkowo naczynia.

British Med. Journal. 1883. Str. 767. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski

65. Satlow. **O użyciu olejku terpentynowego przy błonicy.** (Odczyt miany na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Lipsku 29 Maja 1883 roku).

Leczenie ogólne błonicy od pewnego czasu zaczyna występować na pierwszy plan, a środki w tym celu zalecane, jak prędko zyskują rozgłos, tak również prędko, zawodząc oczekiwanie lekarzy praktyków, zostają zarzucone. Autor, jak każdy z lekarzy, używał z różnym skutkiem wszystkich znanych nam,

a zalecanych przy błonicy środków, tak miejscowo jak i wewnątrz, od dwu lat jednak stosuje wyłącznie do wewnątrz olejek terpentynowy, dając mu przed innymi pierwszeństwo. Środka tego od lat 10 używają skutecznie amerykańscy lekarze, w Europie jednak dopiero przed trzema laty Bosse z Prus wschodnich wprowadził go w użycie, odkrywając jego pożyteczne działanie wypadkowo, wskutek użycia łyżki tego środka przez chorego zamiast innego zalecanego lekarstwa.

S a t l o w od Marca 1881 roku używał przy błonicy olejku terpentynowego w 43 przypadkach, z tych u 8 dorosłych i 35 dzieci, z tej liczby zaś zmarł tylko jeden wątły 5-letni chłopiec w skutek porażenia serca, po ustąpieniu wszelkich objawów błonicy. Śmiertelność istotnie zdumiewająco mała bo $2\frac{1}{2}\%$, a licząc tylko dzieci zaledwie 3% wynosi, tem bardziej, że epidemia z tych lat należała do silniejszych. W liczbie powyższych 43 przypadków autor помещa tylko te, w których rozpoznanie nie podlegało wątpliwości. Nie liczy także przypadków błonicy przy płonicy, w których działanie olejku terpentynowego okazało się wątpliwem.

Z 42 przypadków zakończonych wyzdrowieniem w 3 było zajęcie krtani, w 3 zajęcie nosa, w 1 białkomocz, trwający dłużej, w 6 białkomocz przemijający, w 1 moczenie krwawe, w 4 porażenia. Niekiedy występowała chwilowa stranguryja bez białkomoczem. W ogóle w 16% przypadków istniało powikłanie ze strony nerek. Białkomocz jednak nie trwał nigdy długo i obrzęki nie występowały wcale. Obok wewnętrznego podawania olejku terpentynowego używał autor innych najrozmaitszych środków, zalecanych zwykle do pędzlowania, przestrzykiwań lub wcierań, przy odpowiedniej posilnej dyjecie. Co się tyczy dawki, autor jest zdania, że większe bywają znoszone lepiej niż mniejsze i zaleca dorosłym łyżkę stołową dwa razy dziennie; dzieciom zaś do lat 5 łyżeczkę. Prędko występujące polepszenie pozwala na zaniechanie dalszego użycia środka, przy objawach stranguryji rozumie się odstawić go zaraz należy. Wkrótce po użyciu olejku terpentynowego chorzy doznają palenia w gardle i żołądka i cierpią na odbijanie; wymioty bywają rzadko i zapobiega im dodanie kilku kropel eteru siarczanego. W parę godzin chory oddaje kilka zielonawych lub brunatnych stolców z zapachem olejku terpentynowego, mocz zaś nabiera zapachu fijołków, który nie ustaje przez czas jakiś po odstawieniu środka. Zasługuje na uwagę okoliczność, że mocz taki przez czas długi nie mętnieje i nie rozkłada się, traci tylko zapach fijołków, a nabiera zapachu terpentyny.

Co do działania na sprawę chorobową, zauważyć można, że przykra woń z ust chorego zaraz ustępuje, a błony rzekome pulchnieją i odpadają, obrzmienie zmniejsza się, połykanie staje się łatwiejszem, gruczoły chłonne mięknią. Niekiedy błony tworzą się powtórnie.

Gorączka zależy od stanu gardzieli i zmniejsza się z polepszeniem takowego. Inne objawy ogólne i miejscowe również słabną, a choroba zdaje się nagle ograniczać i umiejscawiać. W początku choroby i w lżejszych przypadkach jednorazowa dawka już sprawia polepszenie.

Teoryja działania olejku terpentynowego polega na jego przeciwpasorzytowych własnościach. Według Roberta K o c h'a zapobiega on rozwojowi grzybków karbunkułowych już w rozcieńczeniu 1:75,000, prawdopodobnie więc tak samo działa on na grzybki, będące przyczyną błonicy.

Przyjąwszy 75 kilgr. za wagę ciała dorosłego człowieka i zadawszy temuż 10 grm. olejku terpentynowego, otrzymamy stosunek ostatniego do wagi ciała 1:7500 to jest 10 razy większy niż według K o c h'a do zniszczenia grzybków potrzeba. Jakkolwiek przeto w leczeniu błonicy dotychczas nauka nie wypowiedziała ostatniego słowa, olejek terpentynowy, sądząc z rezultatów przez autora otrzymanych, zdaje się przewyższać wszystkie inne wewnętrzne środki.

Przyp. spraw. Używając podług powyższego przepisu olejku terpentynowego w kilku przypadkach błonicy, w istocie w kilkanaście godzin po zadaniu pierwszej łyżeczki widziałem znaczne polepszenie tak w miejscowych, jak i w ogólnych objawach. W tych dniach właśnie ukończyłem pomysłnie leczenie 6-letniego chłopca, u którego obok błonicy gardzieli miałem do czynienia z błonicą krtani, powodującą znaczne zwięźnienie ze wszelkimi następstwami takowego.

Zastrzegając sobie dalsze pod tym względem wnioski, po zgromadzeniu większego materiału klinicznego, podaję tymczasowo rezultaty obserwacji *S a t l o w'a*, godne uwagi tem więcej, że środek tak tani i łatwo dający się użyć jak olejek terpentynowy zasługuje w braku lepszych na dalsze próby.

Jahrb. f. Kinderhkd. T. XX. Z. I. 1883.

A. Malinowski.

66. Davy Richard (*Surgeon to the Westminster Hospital*). **Wklinowanie goleni udowe jako nowy sposób wykonywania wycięcia stawu kolanowego.** (*Tibio-femoral impaction: a new method of performing resection of the knee-joint*).

Autor w bardzo dostępnej dla objęcia za jednym rzutem oka tabliczce zestawil pokazną cyfrę, bo 21 przypadków resekcji kolana, wszystkie zakończone wyzdrowieniem. Najstarsza chora miała lat 30, najmłodsza rok; najdłuższy okres gojenia wynosił (po operacji) 156 dni, najkrótszy 48 dni, zazwyczaj około 80 dni. Davy nie praktykuje żadnych specjalnych ostrożności przeciwnie, z wyjątkiem tych, jakie są zawsze w użyciu u chirurgów należycie wyszkolonych, oświeconych i starannych (*only those which are ever at the hands of welltrained, clean, and careful surgeons*). Ztąd widać, że nie należy do zwolenników *Lister'a*, co w Anglii nie należy do rzadkości.

Najciekawszą atoli jest modyfikacja w resekcji jaką autor proponuje, a zarazem wykonał w jednym przypadku z dobrym skutkiem; polega ona na następującem: po odpiłowaniu z goleni i z uda części chorych, spilowyywa się dolny koniec kości udowej w ukos tak, że się tworzy klin (podobny do zatemperowanego pióra), następnie wybija się dłutem w kości piszczelowej zagłębienie odpowiedniego kształtu i wielkości i w tak utworzoną fugę wsadza się koniec kości udowej; gojenie trwało 130 dni; chora miała lat 15 i wyszła ze szpitala zdrową. Chora urosła na 13 cali i chodzi wybornie na korkowym trzewiku („*the walks famously*“). Operacją wykonał nadto raz jeden *Macnamara* i raz *Macfie Campbell*.

Nie ulega wątpliwości, że najtrudniejszą rzeczą po wycięciu kolana jest utrzymanie nieruchomo stykających się powierzchni kości. Jest to jedyny staw, w którym napotykamy tę trudność, tu bowiem jedynie chodzi nam o trwałą ankilozę obu kości (uda i piszczeli) w prostej linii. Otóż za pomocą podanego sposobu *Davy* zapewnił niewątpliwie z góry nieruchomość wgłobionych w siebie kości. Rzeczywiście kto tylko prowadził zmuszne gojenie się nogi po wycięciu kolana, ten zauważył ile to mozół, pracy idzie czasami napróżno na utrzymanie w zetknięciu przepiłowanych kości, z których piszczel w końcu zbacza albo w bok, albo co częściej w tył. Autor utrzymuje, że uniknął tego za pomocą swojej modyfikacji i pomieszczenia kończyny w odpowiedniej oprawie. Składa się ona z podeszwy, z której pionowo wychodzą dwa mocne pręty żelazne z odpowiednim wygięciem na kostki i na kolana, sięgające wysoko aż na udo. Operowana kończyna umieszcza się raz na zawsze w pomienionej oprawie i zawiesza w odpowiedniej ramie. Od tej chwili należy się powstrzymać od wszelkiego naprostowywania, ruszania i t. d. podczas opatrunku.

W końcu autor jako gorący zwolennik resekcji wykazuje jej wyższość nad amputacją uda.

British Med. Journal. 1880. Str. 758. Nr. 1190.

Wł. Matlakowski.

67. Kirn. Zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia chloralem.

Ostre zaburzenia psychiczne wskutek zatrucia spotykają się dosyć często tak po użyciu środków znieczulających jak i po użyciu trucizn właściwych. Przewlekłe zatrucia rzadziej wywołują psychozy, a te najczęściej występują przy dłuższem użyciu tytoniu, makowca i morfiny, lub wysokoku. Zaburzenia psychiczne wywołane przez zatrucie chloroformem dopiero w ostatnich czasach zwróciły na siebie uwagę i przebiegają one bądź to pod postacią obłędu peryjodycznego bądź manii prześladowczej. Przypuszczano, że podobnie jak chloroform działać może pokrewny mu wodan chloralu, rozkładając się w ustroju na chloroform i kwas mrówkowy. Ostre zatrucie chloralem polega na porażeniu ośrodków mózgowych, naczyń i serca i obniżeniu ciepłoty ciała. Zatruci podobni są do upitych w okresie pobudzenia, poczem następuje narkoza i porażenie. Przewlekłe zatrucie chloralem zdarza się daleko rzadziej. Polega ono najpierw na podrażnieniu błony śluzowej kanału pokarmowego, następnie występują cierpienia skóry, wyrażające się różnego rodzaju wysypkami jako to: *erythema*, *urticaria*, *purpura*, *petechiae*, które znikają po odstawieniu środka. Trzeci rodzaj zaburzeń polega na podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych, cechującym się czerwonnością twarzy, łącznicy, przekrwieniem głębszych tkanek oka, wzmożeniem działalności serca i osłabieniem sfery duchowej. Jednocześnie z temi objawami upada odżywianie ciała, występują bóle w członkach i zaburzenia psychiczne. Takie zaburzenia psychiczne dotychczas niedokładnie były opisywane, jako przykład takowych podaje autor następujący ciekawy przypadek. Trzydziesto pięcioletni kupiec, pochodzący z neuropatycznej rodziny, żywego temperamentu, prowadzący życie ruchliwe i czynne, cierpiał ciężkie napady dychawicy, przy której zaleconem miał użycie chloralu, w tem większych dawkach, im częstsze bywały napady. W ten sposób chory doszedł do dziennej dawki 8-iu grm. chloralu i 6 centygramów morfiny, która wprawiała go w ogłuszenie, napady dychawicy jednak zjawiały się zaraz po obudzeniu. W ciągu kilku miesięcy rozwinęło się przewlekłe zatrucie chloralem z następującemi objawami. Wycieńczenie, nieregularne łaknienie, biegunka, parcie na mocz, bóle w członkach i plecach, senność, osłabienie umysłowe, niemożność obejścia się bez chloralu i pobudzenie duchowe. Chory umieszczony został w szpitalu, gdzie odjęto mu chloral, wstrzykiwano tylko morfinę w małych dawkach. Z początku wystąpił niepokój, potem przygnębienie. Następnie silne omamy słuchowe z charakterem prześladowczym, powtarzające się codziennie tylko w dzień. Choremu zdawało się, że słyszy głosy, groźby i smutne wieści od żony i dzieci, że doń mówi lekarz, siostra i t. p..

Przy odpowiednim leczeniu i wzmacniającej dyjecie chory ostatecznie wyzdrowiał, w miarę jednak zdrowienia napady astmy wracały coraz częściej. Obraz kliniczny przewlekłego zatrucia wodanem chloralu, jest bardzo podobny do tego, jaki spotykamy przy przewlekłym zatruciu wyskokiem (*alcoholismus*), przeważają tu tylko omamy słuchowe. Powstawanie psychozy wskutek zatrucia chloralem przy obecnym stanie wiedzy nie jest możliwem do objaśnienia. Możemy przypuszczać tylko, że nadużycie wspomnianego środka wywołuje zaburzenia w krążeniu w mózgu, cechujące się zastojem żylnym, niedokrwistością i złem odżywianiem mózgu. Z chwilą, gdy dowóz chloralu do krwi zostanie wstrzymany, zaburzenia powyższe nie mogą się wyrównać natychmiast, lecz następuje rodzaj odczynu, wywołujący psychozę. Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i jest tem lepsze, im stan ogólny mniej ucierpiał. Polepszenie odżywiania uważać należy za znak pomyślny. W końcu autor zwraca uwagę i słusznie na częste nadużycia w zalecaniu chloralu, który niekiedy więcej może przynieść choremu szkody niż korzyści.

Wiadomości bieżące.

Berlin. W ministryjum oświaty istnieje zamiar założenia tu Instytutu dentystycznego i włączenia go do uniwersytetu.

— Z powodu 100-letniej rocznicy urodzin słynnego praktyka Heim'a, magistrat berliński postanowił na domu, w którym on mieszkał (róg ulic Kronen i Markgrafen), wmurować tablicę pamiątkową.

Królewiec. Na 14245 świń, badanych mikroskopowo w tutejszej rzeźni od 1 Kwietnia do 1 Października r. b., znaleziono u 30 trychiny, t. j. 1 : 474.

Wiedeń. Ministryjum zażądało od kolegijum profesorów przedstawienia kandydata na drugą katedrę anatomii.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich i przyrodniczych:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 48. Mikulicz. Przyczynek do techniki operacyjnej i następnego leczenia raka migdałków. — Wolfram. Przyczynek do nauki o samoistnem zużyciu serea. (Znaczny przerost serea; rozległa zakrzepica żylna).

— *Medycyna.* Nr. 48. Misiewicz. Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiej i pęcherza moczowego.

— *Wszechświat* Nr. 49. Lud prehistoryczny a jednak współczesny, przez F. S. — O zmysłach, przez M. Siedlewskiego. (Ciąg dalszy). — Wycieczka do lodnika Rodanu, napisał Wawrzyniec Trzeiński, kand. nauk. przyr. (Ciąg dalszy). — Kalendarzyk astronomiczny na Grudzień 1883 r. — Korespondencyja Wszechświata. — Odezyty z dziedziny techniki: I-szy odezyt „o techniku w społeczeństwie“, II-gi odezyt „Leonardo da Vinci“. — Kronika naukowa. — Nekrologia.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

P o n r n i e r. Syfłis i małżeństwo. Tłumaczenie Dr. A. Elsenberga. Warszawa, 1883.

D a n i l l o. Encephalite parenchymateuse limitée de la substance grise.

— Quelques considérations sur les sillons artériels de l'endo-crâne chez l'homme.

O D W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1884 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do N-ru dzisiejszego dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na rok 1884 na pismo „Tygodnik Powszechny“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Najzapalczywszy **KATAR WYLECZONY**
 SZYBKO I NIEKOSZTOWNIE PRZEZ POŁKNIECIE
 DWÓCH

KAPSULEK GUYOTA

PRZY KAŻDEM JEDZENIU

Dawniej kapsułki te czarne i nieprzyjemne do połknięcia, są teraz białe i podobne do cukierka.

Na każdej kapsułce wydrukowany podpis: Guyot.

Smolę w KAPSULKACH GUYOTA zawartą znoszą najdelikatniejsze żołądki.

Uwaga. Dzieci i osoby nie umiejące polykać tych kapsulek mogą używać

PREPAROWANEGO

CIASTA REGNAUD

19, rue Jacob.

Na etykiecie powinien być ten podpis w trzech kolorach

Znajdują się we wszystkich aptekach

FABRYKACYA I RYCZAŁTOWA SPRZEDAŻ: 19 RUE JACOB W PARYŻU.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych na piersi, żołądek, bezkrwistych lub mających bladaczkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **RACHOUT des Arabes** (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniający, przygotowany przez **Delangreniera** w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

PRZECIW Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop

i **Pate pectorale de Nafé, Delangrenier'a z Paryża** posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuzkiej Akademii Medycznej; niezawierając w sobie ani Opium, ani Morfiny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym *Kaszlem* albo *Kokluszem*.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszego wodanu chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche, w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materiałów aptecznych.

PROSZKI DO ZĘBÓW PELLETIER'A

CZEŁONKA PARYŻKIEJ AKADEMII LEKARSKIEJ

ODONTYNA PELLETIER'A

ELIXIR PELLETIER

Nadaje białości zębom bez psucia emalii i wstrzymuje próchnienie.

Wzmacnia dziąsła, uśmierza ból zębów, perfumuje usta.



Każde pudełko za-
lepione jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.

Każdy flakonik ob-
lepiony jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.



FABRYKA w domu L. FRERE 19 rue Jacob w PARYŻU.
U wszystkich Aptekarzy i w Składach perfum.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

D-r Alfred Fournier

SYFILIS I MAŁŻEŃSTWO

przełożył z francuzkiego

D-r A. Elzenberg.

Cena rs. 1. 20.

Nakładem Lesmana i Swiszcowskiego.

w Warszawie. Mazowiecka 14,

1—1

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Tyrolu. Ze znakomitym skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet, w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych, w malaryi, w zastarzanych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając niestanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co niejednokrotnie doświadczeniami znakomych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opoлец i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643.

5—5

W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12—9