

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Landry'ego, podał M. Biro. — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Podał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O opuszczeniu serca (Cardiopsis). — **Streszczenia i wyciągi.** 124. Zakażenie gronkowcowe krwi i płynu mózgo-łdzenłowego. 125. Wartość rozpoznawcza prześwietłania u dzieci. 126. Gruzłłca płuc u dzieci. — **Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy chorób wewnętrznych w Włsbadenie** (13 — 16 kwietnla r. b.). (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr. M. Biro — De la maladie de Landry. 2) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Ru- Krak. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr. M. Biro — Ueber die Landry'sche Paralyse, 2) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

O chorobie Landry'ego.

podał **MAKSYMILIAN BIRO.**

Przypadki choroby LANDRY'ego należą do względnie rzadkich. Każdy przypadek tego cierpienia zasługuje dotychczas na zanotowanie. Ten wzgląd nie dawałby mi jednak prawa do względnie szerokiego omawiania spostrzeganego przezemnie przypadku. Jeśli się to czynić ośmielam, to ze względu na jego szczególne objawy. W przypadku tym spostrzegać się dało kilka objawów, jakie rzadko w cierpieniu LANDRY'ego widywano, a jeden jego objaw dotychczas wcale nie był notowany. Przypadek nasz należy do owej kategorii, która się pod wieloma względami różni od pierwowzoru. Wobec różnorodności objawów istnieją też rozmaite poglądy na obraz kliniczny i istotę cierpienia LANDRY'ego. Niektórzy badacze pojmują pod nazwą choroby LANDRY'ego porażenie o przebiegu postępującym, bez zaników, bez zajęcia pęcherza i odbytnicy, bez zmian oddziaływania elektrycznego, jako też bez tła anatomo-patologicznego. Inni sądzą, że do choroby LANDRY'ego zaliczać należy również przypadki ze znacznymi zmianami oddziaływania, ze zmianami czucia, ze zniesionemi odruchami, wreszcie ze zmianami anatomo-patologicznymi, i to rozmaitych okolic układu nerwowego dotyczącymi. Taki stan rzeczy zmusza do zastanowienia się nad kilkoma pytaniami. Należałoby sobie uprzytomnić,

czy przypadki, podane przez LANDRY'ego stanowią w samej rzeczy obrazy oddzielnej postaci chorobowej, czy tylko przypadki, niczem się od pierwowzoru nie różniące, traktować należy, jako „paraliż LANDRY'ego; czy wreszcie do grupy tej zaliczać również można przypadki w objawy od nich bogatsze. Takie pytania nasuwały mi się, gdy w roku zeszłym spostrzegał przypadek, który uznać musiałem za paraliż LANDRY'ego. Pozwolę go sobie tuż poniżej przytoczyć.

Szt., 17-letnia czerstwa dziewczyna, położyła się w najlepszym, o ile się zdaje, zdrowiu do łóżka o godzinie 2 po północy z dnia 7 na 8 stycznia 1897 roku. Zrana po przepudzeniu poczuła, że prawa kończyna górna i lewa dolna były o wiele słabsze, niż zazwyczaj. Wstała, krzątała się około gospodarstwa, powłócząc już jednak lewą kończyną dolną i używając do czynności gospodarczych wyłącznie kończyny górnej lewej. Kończyną lewą dolną i prawą górną mogła wprawdzie poruszać, lecz w słabym tylko stopniu. W nocy z 8 na 9 chora źle spała, zwłaszcza dlatego, że nie mogła się ułożyć na boku. D. 9 stycznia zrana wszystkie mięśnie kończyn i tułowia odmawiały jej posłuszeństwa. Cały obraz powyższy rozwinął się bez bólów i bez jakiegokolwiek znanego chorej powodu. W rodzinie nie było podobnych chorób; chora dawniej nigdy nie chorowała; rodzeństwo stale zdrowe z wyjątkiem ojca, który zmarł na gruźlicę płuc. Po dłuższem rozpytywaniu się doszedłem do przekonania, że w danym razie nie mogło być mowy o świadomie dokonaniem otruciu. Widziałem chorą po raz pierwszy 11 stycznia. Dowiedziałem się wówczas po za powyższemi danemi, że się tegoż 11 stycznia zaczęła u niej miesiączka, która zazwyczaj trwała 7 dni bez wszelkich nieprawidłowości, że nie doznawała zaburzeń przy oddawaniu moczu i że kilka dni przed chorobą miała zaparcie stolca, które ustąpiło dopiero po środku czyszczącym d. 10 stycznia, że wreszcie zaparcie stolca miewała od czasu do czasu od lat kilku. Chora o dobrym układzie kostnym i mięśniowym, należycie rozwiniętym pokładzie tłuszczowym podskórnym. Płuca, serce zdrowe. Wątroba, śledziona niewyczuwalne. W innych narządach po za układem nerwowym nie wykryto nic nieprawidłowego. Świadomość w zupełności zachowana. Chora leży na grzbiecie zupełnie niezaradna, nie może bowiem ani tułowiem, ani kończynami wykonać ani jednego ruchu. Uda zwrócone są nazewnątrz, golenie nieco zgięte w kolanach. Gdy ją podniesiono, nie mogła o własnej sile siedzieć i w braku podparcia w tył się zataczała. Unieść się o własnej sile było dla niej niepodobieństwem. Jedynie palcami mogła chora wykonywać ruchy zginania i rozginania, i to z wielkim trudem. Wszelkie ruchy bierne łatwo były wykonywane. Na górnych i dolnych kończynach nie widać było nawet najmniejszych skurczów mięśni, gdy chora usiłowała wykonywać ruchy. Nigdzie nie znać było wzmoczonego napięcia mięśnia, przeciwnie — na częściach dotkniętych uderzało rozległe porażenie wiotkie. Ruchy głową nieco osłabione. Tłocznia brzuszna o działaniu nader słabem. Głębokie oddechanie, dowolne pokasływanie i wykrztuszanie utrudnione; mowa i łkanie nie zakłócone. Marszczenie czołem, ruchy powiek i ust, ściskanie szczęk, ruchy języka i języczka prawidłowe. Język i języczek nie zbaczają. Kręgosłup bez skrzywienia chorobowego. Wyrostki cierniste, mięśnie i nerwy na ucisk niebolesne. Siła widzenia dobra. Ruchy gałek ocznych nie zakłócone. Żrenice równe, oddziałują należycie na światło i przy akomodacyi. Słuch, węch i powonienie nietknięte. Czucie dotykowe, bólowe, termiczne i zmysł mięśniowy prawidłowe. Ani śla-

du odruchów kolanowych, jako też ACHILLES'a i brzusznych. Na górnych kończynach również odruchów wywołać niepodobna. Ciepłota i zabarwienie skóry zupełnie prawidłowe. Brak zmian naczynioruchowych, brak obrzęków. Pobudliwość mechaniczna mięśni zmniejszona.

12. I. 97. Ciepłota $37,2^{\circ}$, tętno 80, oddech około 30, powierzchowny. Chora się nie poci. W nocy nie spała. Miesiączka. Kasznięcie, wykrztuszanie niemożliwe, duszności jednak nie ma. Od kilku godzin uczucie bolesności w kończynach dolnych, spowodowane, o ile sądzić można, przez brak ruchu, zmiana bowiem położenia już bóle te usuwa. Niewyraźna bolesność na ucisk w łydce lewej. Miękkie podniebienie dobrze się kurczy. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Ruchy kończyn czynne w ten sam sposób niewykonalne, jak dnia poprzedniego. Pobudliwość mechaniczna zmniejszona. Oddziaływanie faradyczne znakomicie obniżone. Skurcz od nerwów lepszy, niż bezpośredni. Nerw strzałkowy na kończynie prawej łatwiej odpowiada na podrażnienie, niż na lewej. Na kończynach górnych łatwiej jest wywołać skurcz zginaczy, niż mięśni wyprostnych. Oddziaływanie mięśni międzykostnych, *thenaris* i *hypothetaris* w znacznym stopniu obniżone. Przy badaniu elektrodiagnostycznym kończyn górnych nie widać, aby zachodziły znaczne różnice oddziaływania w rozmaitych mięśniach.

13. I. 97. Godzina 9 rano. Skargi na bóle we wszystkich członkach. Według matki ma być wszelkie dotknięcie dla chorej bolesne; przy badaniu przedmiotowem skargi te nie znajdują potwierdzenia. W nocy bezsenność. Zaparcie stolca. Miesiączka. Od czasu do czasu chora przymyka prawe oko. Przy spoglądaniu na prawo występuje zawrót głowy. Lekki niedowład mięśnia zewnętrznego gałki prawej. Wyksztuszanie wysoce utrudnione. Duszność; oddech powierzchowny, męczący, jednakowoż bez współudziału mięśni szyjowych i tłoczni brzusznej. Tętno 90 prawidłowe, R. 30. Ciepłota $27,2^{\circ}$. Stan mięśni taki sam, jak dnia poprzedniego; oddziaływanie faradyczne jeszcze bardziej obniżone, niż dawniej; mięśnie wielkie nie kurczą się wcale, albo bardzo słabo; małe kurczą się względnie dobrze; oddziaływanie pośrednie wydaje się lepsze, niż bezpośrednie, albowiem nerwy odpowiadają jeszcze na podrażnienie w pewnym stopniu, bezpośrednio drażnione, wcale się nie kurczą. Widać to nie tylko na mięśniach kończyn, lecz również na tułowie.

O godzinie $10\frac{1}{2}$ wieczór duszność wydawała się wzmożoną; wykrztuszanie nadzwyczaj utrudnione. Ciepłota $37,4^{\circ}$, tętno 104 małe; R. 30. Chora nie jest w stanie wykonać nawet najmniejszego ruchu palcami. Oddziaływania galwanicznego nie można było wypróbować ze względu na ciężki stan chorej.

14. I. 97. Nocą oddech nader utrudniony; sądzono, że się chora udusi. Całą noc nie spała. Po irygacji obfite wypróżnienie. Miesiączka w dalszym ciągu. O 10 rano stan chorej budzi mocny niepokój. Nieco sinicy. Zimny pot. Utrudniony powierzchowny oddech; R. 45; tętno 100 miarowe, lecz słabe, małe. Gorączki nie ma. Bezgłos. Utrudnione łykanie. Podwójne widzenie. Chora przymyka od czasu do czasu bądź jedno, bądź drugie oko, aby się uwolnić od podwójnych obrazów. Ruchy gałek ocznych ograniczone we wszystkich kierunkach. Żrenice jednakie dobrze oddziaływające na światło i przy akomodacji. Badanie wziernikiem wykazało prawidłowo ograniczone brodawki, nie wykryło żadnych zmętnień siatkówki, ani wężykowatego przebiegu naczyń, ani wynaczynień. Ruchy języka i miękkiego podniebienia niezakłócone. Badanie moczu na białko nie mogło być uskutecznione ze względu

na miesięczkę, która trwała przez cały czas obserwacji. O 2 w nocy stan się jeszcze bardziej pogorszył. Sinica wyraźniej wystąpiła. Świadomość nieco przyćmiona. Na całej klatce piersiowej słychać liczne rżenia średniopęcherzykowe. Tętno 100, nieregularne, oddech 40, jeszcze względnie regularny. Po upływie trzech godzin chora żyć przestała.

(D. n.).

O czynności płciowej

i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

podał K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 32).

Jądro o kształcie przeważnie kulistym, mocniej się barwi od ciała i składa się z błony zewnętrznej i treści. Treść, płynniejsza od zarodki, nadająca jądro wygląd pęcherzykowaty, utworzona jest podobnie z bezkształtnej, trudnobarwiającej się substancji zasadniczej, karyolininy, mieszczącej w sobie trzy rodzaje ziaren. Największe z nich, aedematinkörner REINKE'go, cechujące się łatwością pęcznienia w lizolu, tworzą układ dużych jam. W przegrodach tego układu znajduje się drugi, o znacznie mniejszych i gęstszych jamach, pochodzący z licznych drobnych ziarn, których substancja nosi nazwę chromatyny i barwi się mocno zasadowymi barwnikami anilinowymi. Ziarna tego układu ułożone są w nitkowate szeregi, które krzyżując się, tworzą gęstą sieć nici, przenikających całe jądro i stykających się z błoną. W sieci tej dają się rozróżnić cieńsze i grubsze nitki; grubsze, według RABL'a, układają się po większej części obwodowo i obiegają powierzchnię jądra, poprzecznie do jego długiej osi. Schodząc się na jednej jego stronie, nici te, zawracając w kierunku przeciwnym, tworzą pętle, zwrócone wierzchołkami do pozostałego w środku pustego pola, zwanego biegunowem, a na przeciwległej, zwanej przeciwbiegunową, leżą wolnymi końcami ramion, nie okazując określonego porządku. W międzyziarnowych przestrzeniach tego drugiego układu jam mieści się trzeci, jeszcze drobniejszy, zależny od bardzo drobnych ziaren, zwanych lantaninowemi lub mikrosomatami. Te barwią się tylko w kwaśnych barwnikach anilinowych i tworzą gęstą sieć, która tak samo przenika całe jądro, a nadto przechodzi w błonę, stykając się w ten sposób i z drobnoziarnistą siecią cytoplazmy.

Wewnątrz jądra bardzo często można dostrzedz jedno lub kilka mocno barwiących się okrągławych ciał, t. zw. jąderek, *nucleoli*, które należy odróżniać od zgrubień węzłowych chromatynowej sieci. Według M. HEIDENHAIN'a jąderka są zupełnie odosobnione i pozbawione wyrostków, leżą w cienkiej łupinie, której substancja zachowuje się względem barwników podobnie do chromatyny; tylko z tą łupiną łączą się sieci nitkowi jądrowego. W tworach tych, w wielu razach, nagromadza się główny zasób chromatyny, który w czasie podziału przechodzi we wstęgi chromatynowe.

Ciałka biegunowe czyli centrosomaty są to dwa nader małe, ostro odgraniczone, błyszczące ciała, leżące obok siebie w pobliżu jądra, którego powierzchnia często ugina się w tym miejscu, tworząc małe zagłębienie. Mają one zazwyczaj kształt elipsoidalny i stają się widocznymi, w większości przypadków, tylko przy dobrym zabarwieniu, dzięki zatrzymywaniu kwaśnych barwników anilinowych. Z początku, zaraz po powstaniu, komórka ma tylko jeden centrosomat, otrzymany od matczynej; ten jednak wkrótce przewęża się i dzieli, wydając dwa bliźniacze, które pozostają obok siebie do chwili podziału lub zatury komórki. Twory te występują czynnie w czasie sprawy podziałowej, stając się dynamicznymi centrami nowopowstających jąder. Każdy centrosomat otoczony jest t. zw. sferą czyli sferycznym okręgiem zarodki, barwiącym się ciemniej i odznaczającym się gęstszą ziarnistością. W sferze, podczas podziału komórki, występuje wyraźna promienistość, rozchodząca się od centrosomatu i rozciągająca się na przyległe części zarodki. Promienistość ta zależy od odpowiedniego układania się drobnych ziaren cytoplazmy. Zazwyczaj w sferach dają się rozróżnić dwa pasy: rdzenny i korowy. Pierwszy, mniejszy, w którym nikną promienie, otacza centrosomat w kształcie jasnego pola, drugi, większy, barwiący się mocniej, zajmuje obwód i odgranicza się od reszty zarodki większymi mikrosomatami na każdym promieniu. I sfera w pierwszych chwilach istnienia komórki jest pojedynczą i tylko po podziale centrosomatu staje się podwójną.

Podział komórki rozpoczyna się od rozsuwania się centrosomatów, które oddalają się od siebie wzdłuż obwodu jądra, dopóki nie zajmą stanowisk przeciwnych. Stają się one teraz biegunami, określającymi kierunek płaszczyzny podziałowej. Sfery, towarzyszące centrosomatom, pozostają związane pęczkiem achromatynowych nici, który wydłuża się w miarę rozsuwania się sfer i stanowi t. zw. wrzeciono centralne. Tymczasem chromatyna jądra skupia się w pewną ilość oddzielnych wstęg czyli t. zw. chromosomatów, mających kształt pałeczek lub, częściej, pętlic naksztalt litery V, liczba jest stała dla wszystkich komórek cielesnych osobników jednego gatunku (W. FLEMMING, C. RABL). Wstęgi te rozłupują się na połowy, przez co chromatyna rozdziela się na dwie równe części, które rozłączają się i wędrują ku centrosomatom, gdzie odbudowują się w jądra potomne. Szereg zachodzących przy tem przeobrażeń jądra STRASBURGER dzieli na trzy części: 1) Profazy, 2) Metafaza, 3) Anafazy. W okresach tych rozróżniamy 8 faz:

- | | | |
|--------------|---|---|
| a) Profazy: | { | 1) Jądro spoczywające, |
| | { | 2) Kłębek matczyny, |
| | { | 3) Łupanie się wstęg i powstanie wrzeciona, |
| b) Metafaza: | { | 4) Gwiazda matczyna, |
| | { | 5) Rozejście się chromosomatów, |
| c) Anafazy: | { | 6) Gwiazdy potomne, |
| | { | 7) Kłębki potomne, |
| | { | 8) Jądra spoczywające, |

Przeobrażenia rozpoczynają się od znikania cienkich czyli wtórnych chromatynowych nici, które giną wraz ze zgrubieniami węzłowymi i jąderkami, przechodząc w substancję nici grubszych. Daje się dostrzedz przy tem powiększenie się wymiarów jądra. Jest to faza gęstego kłębka, która następnie przechodzi w luźny. Nici pierwotne, zgrubiałe w wstęgi, grubieją dalej, stają

się krótsze i tracą przebieg wężykowaty, niektóre z nich mają się nawet dzielić poprzecznie, tak że ogólna ich liczba nieco się powiększa. Od tej pory staje się ona już stałą. Luźny kłębek przechodzi w rozłupany. Wstęgi czyli chromosomaty rozłupują się w kierunku podłużnym na połowy. Rozłupanie się to nie jest na razie zupełne, ponieważ końce powstałych bliźniaczych wstęg pozostają jeszcze czas jakiś w połączeniu za pomocą słabiej barwiącej się substancyi. Obok tego zachodzi w tej fazie jeszcze kilka innych zjawisk. Zarys zewnętrzny jądra znika, a na jego miejscu pozostaje jasne pole, otaczające chromatynowe wstęgi. Płynna jednak substancja achromatynowa utrzymuje się i nadal w koło figur chromatynowych i towarzyszy im przy wszelkich zmianach miejsca. Następnie ukazuje się wrzeciono i promienistości biegunowe w zarodki. Wrzeciono powstaje przez wyosobnienie się z karyolininy nici, które, przebiegając po obwodzie jądra, schodzą się u obu biegunów, zajętych przez centrosomaty. Są one znacznie cieńsze od wstęg chromatynowych i o wiele słabiej się barwią. Według RABL'a utwór ten ukazuje się pierwotnie w pobliżu pola biegunowego, w którym przypada jego równik, stojąc długą osią ukośnie do długiej osi jądra. Dopiero następnie opuszcza się on głębiej w substancję jądra, powiększając się w wymiarach, i przybiera położenie, w którym równik schodzi się z płaszczyzną podziałową, a oś z osią podziałową jądra. Ta ostatnia nie zawsze przypada na jego osi długiej. Od chwili ukazania się wrzeciono wywiera widoczny wpływ na chromosomaty. Wierzchołki ich pętlic, zwrócone do pola biegunowego, są tem samem skierowane do równika wrzeciona. W miarę jak wrzeciono się opuszcza, a jego równik przesuwa się ku środkowi jądra, wstęgi idą za równikiem i układają się w koło niego wierzchołkami. Promienistość w zarodki na około centrosomatów w niektórych komórkach występuje szczególnie wybitnie, zwłaszcza w jajowych, w których też ukazuje się wcześniej, jeszcze w fazie gęstego kłębka. Promienie te nie obchodzą całej zarodki i od strony równika odgraniczają się kołem t. zw. podrównikowem. Nad biegunem, przez odgraniczenie wyraźniejszymi promieniami, powstaje z nich t. zw. stożek wywrócony „cone antipode“ E. v. BENEDEN'a, który przecinając się z powierzchnią zarodki tworzy płytką brzośną, zwaną kołem biegunowem. W ten sposób centrosomaty stają się punktem wyjścia trzech układów promieni: nici wrzecionowych, stożka wywróconego i gwiazdzistej promienistości zarodki.

Teraz kłębek przechodzi w gwiazdę matczyną. Chromosomaty, skracając się jeszcze i grubiejąc, układają się u płaszczyzny równikowej jeden przy drugim, równoległe do niej, zwracając wierzchołki ku środkowi wrzeciona, a końce ku obwodowi. W ten sposób, przy patrzeniu od strony bieguna, powstaje figura gwiazdy o jasnym środku, w którym widać bledszą, pochodzącą od nici wrzecionowych. Faza ta trwa krótko i przechodzi w następną, rozejścia się chromosomatów.

Bliźniacze chromosomaty, ułożone u równika, zaczynają się rozsuwać, podnosząc się wierzchołkami i zwracając je ku biegunom, przybierają położenie równoległe do nici wrzeciona. Po niciach tych, jak po szynach, przesuwa się one ku biegunom, przy czem z każdej pary pętlic jedna wędruje do jednego, druga do drugiego bieguna. Kiedy końce wstęg przestają stykać się z sobą w okolicy równikowej, następuje nowa faza gwiazd potomnych. Wierzchołki pętlic każdej połowy biegunowej, w miarę zbliżania się do biegunów, schodzą się coraz bliżej siebie, a ramiona przybierają znów kierunek

zbliżony do płaszczyzny równikowej. W ten sposób u każdego bieguna powstaje obraz chromatynowej gwiazdy—są to gwiazdy potomne.

Teraz ukazuje się pierwszy zarys błony jądrowej, a wskutek zwijania się wstęg powstaje pole biegunowe i bok przeciwbiegunowy. Jest to już faza kłębków potomnych, podczas której odbywa się podział ciała komórki. Ciało stopniowo się przewęża w płaszczyźnie równikowej i wreszcie dzieli się na połowy. Dopiero po rozdzieleniu się jego kłębki przeobrażają się w jądra spoczywające. Chromasomaty tracą równomierną grubość, zaczynają zębić się i dawać wypustki, z których powstają nici wtórne. Jest bardzo prawdopodobne, że i w jądrze spoczywającym chromatyna tworzy tyleż oddzielnych części, ile ich występuje podczas karjokinezy.

W komórkach nasiennych zachowanie się chromosomatów nieco odbiega od zwykłego typu. Mianowicie, po rozłupaniu się podłużnym, bliźniacze chromosomaty nie rozłączają się, a pozostają czas dłuższy spojenymi, przyjmując postać silnie wydłużonych, elipsowatych pierścieni, które rozrywają się później w poziomie równika, przy czym faza rozejścia się trwa znacznie dłużej, niż zwykle. Oprócz tego w kolejnym następowaniu podziałów spostrzegamy pewne sprawy szczególne. Komórki naczelnne, dzieląc się raz po raz, tracą na wielkości i, doszedłszy pewnego minimum, odbywają dłuższy okres pauzy, podczas którego rosną. Po wyrośnięciu wydają komórki macierne, które dochodzą tylko do fazy kłębków potomnych i, nie przechodząc w spoczynek, na nowo się dzielą, wydając komórki potomne. W tych dopiero jądra odbudowują się ostatecznie i nastaje stan spoczynku. Odpowiadają one zaledwie połowie wielkości komórki maciernej, mają kształt kulisty i mimośrodkowo leżące jądro, przy którym, po stronie najbliższej środka komórki, znajduje się centrosomat ze sferą. Podczas powstawania tych trzech kolejnych pokoleń zachodzi najdonioślejsza sprawa, mianowicie zredukowanie ilości chromatyny i liczby chromosomatów do połowy. Według przeważnej części badaczy redukcja liczby chromosomatów zachodzi w okresie wzrostu komórek naczelnnych. Dzieje się to albo przez brak poprzecznego podziału wstęg chromatynowych, albo przez łączenie się parami wstęg, występujących we właściwej liczbie. Zredukowanie zaś ilości chromatyny odbywa się podczas podziału komórek maciernych, które dzielą się, nie przechodząc pauzy spoczynkowej. W ten sposób komórki potomne zawierają już zupełnie zredukowaną chromatynę.

Powyżej opisany stan wewnętrznej powierzchni kanałów poprzedza akt wytwarzania ciałek nasiennych i stanowi pierwszą fazę tej sprawy, jako stan tymczasowego spoczynku (BENDA). Teraz komórki potomne wступują grupami w łączność z komórkami podstawowymi, w celu odżywczym, i tworzą t. zw. pęczki nasienne, z których powstają plemniki. W pęczkach tych potomne wydłużają się na biegunach, zwróconych do komórki podstawowej, jądro ich również się wydłuża, na jednoimiennym biegunie jądra układa się centrosomat, otoczony sferą, na przeciwnym—ciałko chromatynowate. W okolicy tego ciała ukazuje się nić, wychodząca z jednego z jego ziaren, której początek otacza się pierścieniem tego ciała, a koniec wystaje na odstającym biegunie komórki. Jądro ze swym otoczeniem przesuwa się ku biegunowi przystającemu komórki (*proximal*), drzącem ze sfery oddziela się pewna część, cofająca się do odcinka odstającego. Jądro w końcu zamienia się na główkę ciała nasiennego, która w ten sposób mieści w sobie wszystkie chromosomaty spermatydy. Chromosomaty te okrywa czepiec, powstały z błony

jądrowej, być może, przy jednoczesnym udziale zarodki. Centrosomat i sfera stają się guzikiem końcowym (Fick), wspomniana nić — nicią osiową wstawki i ogona; pierścień ciała chromatynowego staje się nicią spiralną, otaczającą zastawkę, a zarodek daje powłokę wstawce i przyległej części ogona. U tylnego końca wstawki na dojrzewających ciałkach nasiennych daje się widzieć przyczepiony pęcherzyk, który towarzyszy wszystkim ciałkom do przyjądrza i w przewodzie wyprowadzającym znika. Jest to prawdopodobnie pozostałość komórki potomnej, niezużyta na ciało nasienne.

Powstałe w ten sposób plemniki, po oddzieleniu się od komórki podstawowej, dostają się do światła kanałów i nagromadzają się tu. Rozróżnić w nich można trzy części główne: główkę, wstawkę i ogon. Główka, $0,0045 \times 0,002 - 0,003 \times 0,001 - 0,002$ mm., ma kształt jajowaty od przodu spłaszczony, tak że w części przedniej jest płaska, w tylnej zgrubiała. Część przednią pokrywa delikatny czepiec wierzchołkowy. Wstawka, długa na $0,006$ mm., ma kształt szydlowaty i łączy tylną część główki z ogonem. Składa się ona z nici osiowej, otoczonej powłoką z zarodki i omotanej nicią spiralną. Nić spiralna łączy się z osiową za pomocą cienkiej błonki, tak zwanej migawkowej. Nić osiowa na przednim końcu rozszerza się w zgrubienie, zwane guzikiem końcowym, który leży w zagłębieniu tylnej części główki i zawiera centrosomat z jego sferą; ku tyłowi przechodzi w nić osiową ogona, otaczając się jaśniejszą powłoką zarodziową. Ogon długi na $0,041 - 0,052$ mm., stanowi narząd ruchowy plemnika; jego koniec obnaża się z powłoki i składa się tylko z nagiej nici osiowej.

Ku końcowi wykształcania się ciałek nasiennych, w ścianach kanału rozpoczyna się odnowa. Komórki mateczne dzielą się i wydają nowe pokolenie potomnych, naczelnie mnożą się i wypełniają braki w warstwie komórek matecznych. Ściana powraca do postaci poprzedniej, t. j. do stanu tymczasowego spoczynku, którego długość trwania bywa rozmaita, zależąc od gatunku a nawet indywidualności.

U zwierząt stan czynny gruczołów albo utrzymuje się ciągle przez czas dojrzałości płciowej, albo, jak w sferach umiarkowanych, stanowi zjawisko okresowe, występujące tylko podczas tak zwanego parzenia się. W obu razach przebieg jego cechuje się tem, że pojedyncze fazy procesu zajmują podłużne odcinki kanału, a w przyległych podłużnych odbywają się fazy kolejne, tak że stan czynny przebiega przez nie w poprzek na podobieństwo fali. U człowieka nie spostrzegamy takiej prawidłowości i powszechnego wciągnięcia ścian kanałów w czynność wydzielniczą, ale stan czynny występuje tu ciągle i odbywa się bez przerwy przez czas dojrzałości płciowej, przyczem jednak większa część powierzchni pozostaje w stanie tymczasowego spoczynku, a są nawet miejsca, okazujące stan więcej pierwotny.

Jeżeli czynność gruczołu ustaje, czy kiedy nija czas parzenia się zwierząt, czy wskutek schyłkowego lub chorobowego jej zawieszenia, sprawa wydzielnicza naprzód ulega zakłóceniom, a potem wygasa. Komórki potomne zaczynają złuszczać się miejscami, nie przeobrażając się w ciałka nasienne; w innych miejscach nie następuje odnowa lub jeśli się odbywa, zachodzi nieprawidłowo. Daje się to spostrzegać zwłaszcza na komórkach macierzystych, które, pomimo dzielenia się jąder, nie ulegają podziałowi. Powstają ztąd komórki olbrzymie, odznaczające się budową jąder, właściwą komórkom potomnym. Komórki takie, między innymi, występują w jądrach czynnych jako wytwory pośmiertne, i to dało powód do poczytywania ich w swoim czasie za

bezpośrednie źródło plemników (KÖLLIKER). W dalszym przebiegu ustaje zupełnie mnożenie się elementów swoistych, naczelnice powiększają się i przybierają z powrotem postać pierwotnych komórek nasiennych, a ściana kanału powraca do stanu, jaki poprzedzał dojrzewanie płciowe. Obraz ten, jako zjawisko fizyologiczne, spotykamy szczególnie wyraźnie u zwierząt, zapadających w sen zimowy, jak np. u nietoperzy (E. v. BENEDEK), u człowieka spotykamy go w okresie schyłkowym i w rozmaitych sprawach chorobowych miejscowej lub ogólnej natury (C. BENDA). W stadiach dalszych rzecz dochodzi do zaniku komórek nasiennych (LAULANIE, BENDA), a wreszcie w sprawach chorobowych, jak w gruźlicy, zanik może się rozszerzyć na wszelkie komórki kanału.

Przewody proste, *tubuli recti*, stanowią już przewody wyprowadzające, składające się z błony własnej, cieńszej, niż w kanałach krętych, i niskiego, nieregularnego, pryzmatycznego nabłonka. Światło ich, jakkolwiek dość szerokie, jest znacznie mniejsze od sumy światła przyjmowanych kanałów. Nie znajdujemy tu komórek nasiennych, a w świetle spotykamy tylko wykształcone plemniki. Kanały sieci jądrowej stanowią tylko szczeliny, wyłożone pryzmatycznym nabłonkiem.

U płci męskiej przewody zaczynają się w ten sposób już w jądrze, a w dalszym ciągu stanowią ich przewody przyjądrza, przewód nasienny i przewód wytryskowy.

Przyjądrze, *epididymis*, jest to ciało podługowate, łukowato wygięte, które zajmuje tylną krawędź jądra, zachodząc nieco na jego powierzchnię zewnętrzną. Jego część przednia, zgrubiała i zaokrąglona, wystaje nad wierzchołkiem jądra i stanowi główkę, *caput*; część tylna, podobnie zgrubiała, stanowi ogon, *cauda*. Ciało to przytwierdza się do jądra zapomocą płatu trzewowego powłoki pochwowej (*tunica vaginalis propria*), który na stronie wewnętrznej przechodzi gładko, a odzewnątrz załamuje się w pograniczną brózdę, wchodzącą w szczelinę pomiędzy jądro i ostry brzeg przyjądrza. Gładka włóknista powłoka zewnętrzna, albuginea, pochodzi z błony surowiczej otrzewnej i otacza osnowę z luźnej tkanki łącznej, która zawiera gładkie włókna mięśniowe. W okolicy główki od strony przyjądrza przebiega 12 do 14 przewodów wyprowadzających, *vasa efferentia*, powstających z sieci jądrowej, które wychodzą jednym lub kilku szeregami i, biegnąc z początku prosto, albo z lekka wężykowato, potem coraz silniej się wiją, tworząc stożki skrętów, zwrócone wierzchołkami do jądra, *coni vasculosi Halleri*. Stożki te wypełniają główkę przyjądrza, przyczem światło ich kanałów zwęża się ku górze z 0,4—0,6 malejąc do 0,2 mm. U podstawy stożków przewód, pierwszy od przodu, skręca wzdłuż tylnej krawędzi jądrowej i przechodzi w kanał przyjądrza, który, biegnąc w skupionych skrętach aż do końca ogona, zawraca tam do góry już jako przewód nasienny. Pozostałe uchodzą kolejno do tego kanału, wyjąwszy kilka ostatnich, kończących się ślepo w dolnej części główki, które stanowią naczynia zbłąkane, *vasa aberrantia*. Kanał przyjądrza w stanie rozciągniętym wynosi 6,5 do 10 m. i ku przewodowi nasiennemu grubieje, przeważnie kośćmi ściany, otaczającej światło 0,2—0,4 mm. w średnicy.

Przewody wywodzące utworzone są z cienkiej warstwy mięśniowej o włóknach okrężnych i dość grubej błony własnej, wyłożonej pryzmatycznym nabłonkiem. Ten składa się z komórek dwójakich: jednych wysokich, zaopatrzonych w rzęsy migawkowe, wspartych zwężoną podstawą na błonie

własnej i drugih, niskich, t. zw. zapasowych, nagromadzonych u stóp komórek powyższych. Ruch rżęs odl.ywa się w stronę wylotu. Kanał przyjądrza jest już wyłożony błoną śluzową, która, z początku leżąc równo, ku końcowi kanału zaczyna się marszczyć w podłużne fałdy. Wyściela ją pryzmatyczny nabłonek migawkowy. Ściana składa się z obficie unaczynionej warstwy mięśniowej, której włókna wewnętrzne przebiegają okrężnie a zewnętrzne — podłużnie.

Z brózd między jądrem a przyjądrzem wystaje twór bezszypułkowy, analogiczny do pęcherzyka MORGAGNI'ego, spotykanego na końcu brzusznych jajowodów. Niema on pęcherzykowej budowy, ale jest ciałem pełnem, powleczone nabłonkiem migawkowym. Na główce przyjądrza daje się widzieć często jeszcze pęcherzyk szypułkowy, a powyżej, w tkance łącznej sznurka nasienneo, nadjądrze, *paradidymis*, pozostałość części moczowej ciała WOLF'a, złożona z zamkniętych cewek skręconych.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

G. RUMMO.

O OPUSZCZENIU SERCA

(*Cardioptosis*).

Liczny szereg spostrzeżeń klinicznych dowodzi, że obecnie można i należy mówić o opuszczeniu, opadnięciu, przemieszczeniu serca (*cardioptosis*) z równą słuszością pod względem anatomicznym, fizyopatologicznym i klinicznym, jak mówimy o opuszczeniu trzew i jelit.

Opuszczenie serca stanowi odrębną postać anatomo-patologiczną i kliniczną.

Statykę serca zakłócać mogą nie tylko siły żywe, odpychające je w różnych kierunkach, nie tylko powiększenie jego masy i objętości, lecz i nieprawidłowe zmiany wrodzone w tych środkach, jakie stanowią o jego przytwierdzeniu, zawieszeniu i podparciu. Ztąd pochodzą trzy postacie przemieszczenia serca (*distopia cordis*): a) przemieszczenia, spowodowane zmianą ciśnienia w klatce piersiowej i jamie brzusznej; b) przemieszczenia, zależne od powiększenia objętości i masy samego narządu; c) przemieszczenia, wywołane osłabieniem przyrządów zawieszających i podpierających. Nazwa *cardioptosis* obejmuje właściwie tę ostatnią kategorię przemieszczeń i oznacza stan chorobowy statyki serca, cechujący się opuszczeniem, opadnięciem serca wskutek osłabienia i rozluźnienia podtrzymujących je przyrządów, jednak bez zmian znacznych jego objętości lub ciśnienia wewnętrznego w jamie piersiowej i brzusznej. Opuszczenie serca, równie jak opuszczenie trzew, jest wynikiem wadliwej budowy (niedoksztalcenie, rozwój wsteczny, rozwój wadliwy), która wyraża się tu zmniejszeniem napięcia i prężności ośrodków przytwierdzenia, zawieszenia i podparcia serca, reprezentowanych przeważnie przez naczynia, które doń wchodzą i wychodzą zeń u jego podstawy. Wszystkie obrażenia miejscowe (uraz ostry lub przewlekły, gimnastyka akrobatyczna, gwałtowna jazda konna, częsty i nadmierny wysiłek, wychudnienie, zwiększenie objętości ser-

ca, miażdżyca i t. p.) są tu czynnikami drugorzędnymi, wspierającymi jedynie rozwój usposobienia wrodzonego i sprzyjającymi wystąpieniu choroby, która istniała skrycie. Pierwotnej więc przyczyny cierpienia dopatrywać należy w upośledzeniu przede wszystkim tkanki sprężystej, a następnie tkanki mięśniowej o włóknach gładkich, z której składają się otoczki dużych naczyń; w pewnego rodzaju *systemopathia vascularis congenita*, która dla braku sprężystości i skurczliwości powoduje słabą odporność naczyń (osłabienie napięcia); do tej zaś dołączać się może osłabienie innych przyrządów, podtrzymujących: rozciągnięcie więzadeł osierdzia, zmniejszenie wskaźnika sprężystości płuc, przyciąganie ze strony jamy brzusznej i w. in. Wobec wadliwości wielkich naczyń inne środki podtrzymujące, nie mogąc sprostać, ustępują i serce, zamiast dotykać z lekka przepony, opada, kładąc się na niej całym swym ciężarem.

Opuszczenie serca nie stoi bynajmniej w ścisłym związku z opuszczeniem trzew, ani ostatnie nie jest następstwem pierwszego; są to dwie różne sprawy chorobowe.

Opuszczenie serca jest sprawą dość rzadką, przynajmniej w klasycznym całokształcie swych objawów, gdy opuszczenie trzew (nerki, żołądka i kiszki, wątroby) spotyka się względnie dość często, co tłumaczy się tem, że statyka klatki piersiowej mniej podlega wahanom i zmianom, aniżeli statyka jamy brzusznej. Opuszczenie serca częstsze bywa u mężczyzn, tu bowiem mają łatwiejszy dostęp czynniki, osłabiające prężność układu krwionośnego i oddechowego. Cierpienia tego nie należy czynić koniecznie zależnem od miażdżycy tętnic, nie jest ono również udziałem starości, ani następstwem zmiany objętości serca, bo jak ogromna wątroba może pozostać na swem miejscu, tak samo i serce powiększone nie opadnie na przeponę, byle tylko podtrzymujący je aparat był dość mocny. Kandydatami do kardyoptozy są często neurastenicy sercowi, dotknięci zaburzeniami czynnościowymi, znanymi pod nazwą nerwowego podniecenia serca, osobniki o sercu bardzo pobudliwym, lub przedstawiające obraz kliniczny t. zw. przerostu serca wskutek rośnięcia. Są to młodzieńcy słabi, o wysmukłym koście, długiej klatce piersiowej, wiotkich mięśniach i skąpej warstwie tłuszczowej podskórnej, skłonni do krwotoków nosowych, do krwioplucia i rozdzicia żył powierzchownych, wskutek wrodzonej wątłej budowy układu naczyniowego.

Na obraz chorobowy opuszczenia serca składają się dwa szeregi objawów: cechy fizyko-statyczne czyli topograficzno-wolumetryczne i cechy podmiotowe i czynnościowe. Pierwszy szereg objawów stanowi podstawę nowego syndromu klinicznego. Skoro statyka serca zostanie zakłócona w swej równowadze, poczyną się dwojake przemieszczenie serca: jedno w kierunku przeważnie bocznym—na lewo, drugie w kierunku pionowym — na dół. Serce, które w stanie prawidłowym, zawieszone, na kształt jagody, na swych naczyniach, dotyka zaledwie, ale nie leży swym prawym brzegiem ani powierzchnią tylną na podstawie osierdzia i częściach przepony, przytwierdzonych do mostka i chrząstek żeber lewych, teraz, wskutek utraty sprężystości przyrządów zawieszających, opiera się i uciska na owe części przepony, które tworzą sklepienie na lewym płacie wątroby i dnie żołądka. Z początku, gdy rozciągnięcie przyrządów zawieszających nie dosięgło wysokiego stopnia, serce, nie spychając bynajmniej na dół przepony, zsuwa się na lewo i na dół po lewej pochyłości jej przyczepów, dopóki nie rozciągnie w tę stronę całej części worka sercowego, którą rozporządzać może. Przy większem rozluźnieniu przyrządów zawieszających, gdy serce na lewo zsuwać się już nie może, bo podatność rozciągniętego osierdzia została wyczerpana, — serce, worek sercowy i przepona opadają na dół, tak iż kąt żebrowo-przeponowy rozwiera się, stając się mniej ostrym,

i wtedy mieć będziemy opuszczenie serca *in toto*, a więc przemieszczenie boczne i prostopadłe (*cardioptosis totalis cum distopia cordis transversa*).

Z tego, co powiedziano poprzednio, wynika, że odróżniać można dwa stopnie opuszczenia serca: jeden lekki — przemieszczenie przeważnie lewo-boczne, i drugi cięższy — przemieszczenie boczne i prostopadłe (opuszczenie całkowite). Jakież są objawy fizyczne tych zmian statyki serca?

Wykreśliwszy za pomocą dokładnej metody ¹⁾ opukiwania figurę całkowitego stłumienia serca na przedniej ścianie klatki piersiowej, weźmiemy za płaszczyznę projekcyjną równię symetrii ciała ludzkiego, której odpowiada na powierzchni klatki piersiowej linia środkowa mostka (*l. mediosternalis*). Równię tę przecinają (w kierunku poziomym) dwie inne: równia symetrii serca, idąca w kierunku wielkiej osi ukośnej i dzieląca serce na dwie mniej więcej równe części, a której na powierzchni odpowiada linia, przeprowadzona od wierzchołka serca do aorty, albo od wierzchołka do uszka prawego (*l. mucro-aortica s. mucro-auricularis dextra*), i równia, idąca w kierunku cięciwy dolnej serca, której na szemacie odpowiada linia ukośna, łącząca biegun łuku wierzchołkowego z biegunem łuku komórki prawej. Dwie ostatnie równie tworzą z równią symetrii ciała dwa kąty nachylenia, których wartości w stopniach ściśle określone zostały na klatce piersiowej zdrowego człowieka, na klatce piersiowej trupa i bezpośrednio na sercu za pomocą kątomierza i specjalnego przyrządu ²⁾, zwanego *cardiotopometrem*. Łatwo zrozumieć, że przyrost kątów w stopniach w porównaniu z ich wartościami fizjologicznymi wskaże stopień odchylenia serca. Osuwanie się i obniżanie równi symetrii serca (wielkiej osi ukośnej) wzdłuż równi symetrii ciała (linii środkowej mostka) wskaże, o ile serce opuściło się ze swego położenia fizjologicznego; prócz tego powiększenie się długości odcinków wierzchołkowo-mostkowych wielkiej osi serca i cięciwy komórki prawej da poznać, o ile serce przesunęło się na lewo.

Cechą więc materalną i dotykalsną kardyoptozy samoistnej jest obniżenie poziomu — w kierunku bocznym lewym i prostopadłym — całej figury stłumienia serca z dążnością do położenia poprzecznego, bez powiększenia wszaksze znacznego powierzchni tegoż stłumienia i bez wydłużenia jego osi lub cięciw.

Z tego wszystkiego wynika, że kontury górny i dolny stłumienia całkowitego obniżają się, kontur prawy dąży do zetknięcia z linią brzegu mostka prawą, obiedwie cięciwy komórek przybierają położenie mniej ukośne, zwłaszcza cięciwa komórki prawej, serce bowiem dąży do przybrania położenia poprzecznego i oparcia się na przeponie; biegun wierzchołkowy stłumienia (wierzchołek serca) przemieszcza się na dół, ale głównie nazewnątrz, a cięciwa dolna stłumienia, pozostając niezmienną co do swej długości, powiększa, jak to już zaznaczyliśmy, swój odcinek wierzchołkowo-mostkowy kosztem odcinka łączącego linię środkową mostka z punktem krańcowym czyli biegunem komórki prawej.

Przemieszczalność uderzenia i konturów stłumienia serca wskutek gwałtownych ruchów oddechowych lub położenia na boku (zwłaszcza lewym) przy kardyoptozie, wręcz przeciwnie do tego, czego możnaby zrazu oczekiwać, zostaje nieco ograniczona.

W następstwie tych zmian w statyce serca, zależnych od opuszczenia tegoż, łuk tętnicy głównej obniża się, odsuwając się od dołka jarzmowego (*ptosis arcus aortae*); punkty wysłuchiwania na podstawie mostka obniżają się z poziomu drugie-

¹⁾ Metody autora.

²⁾ Pomysłu autora. (Przyp. tłum.).

go do trzeciego i czwartego odstępu międzyżebrowego; staje się widocznem i namacalnym uderzenie podpiersiowe lewostronne (*pulsus scrobicularis sinister*) współczesne z uderzeniem wierzchołka serca i mające cechy graficzne tętna dodatniego; wygina się część lewa pasa nadbrzusza, maleje przestrzeń półksiężycowa TRAUB'go, i zauważyć się daje opuszczenie lewego płatu wątroby.

Główne objawy topograficzno-wolumetryczne opuszczenia serca stają się lepiej dostrzegalnymi i osiągają najwyższego stopnia natężenia w położeniu siedzącym, a zwłaszcza w stojącym.

Szereg objawów współczesnych ze strony narządów piersiowych i brzusznych wywołanych zmniejszeniem wskaźnika prężności płuc i przyciąganiem ze strony jamy brzusznej, które mogą towarzyszyć opuszczeniu serca przedstawia syndrom objawowy dodatkowy nie zaś konieczny. Opuszczenie serca nie spowodza niechybnie widocznych zaburzeń czynności jego; w przypadkach lekkich brak ich zupełnie, albo są one zaledwie dostrzegalne.

W przypadkach dalej posuniętych, gdy serce obciążone jest większą pracą wskutek braku prężności naczyń wielkich, wskutek większego zgięcia tychże pod kątem, wskutek opadnięcia serca na przeponę, którą serce wstrząsa przy każdym skurczu, zakłóconą zostaje mechanika serca i naczyń, i mogą powstać zaburzenia w hydraulice krwiobiegu z następczym przerostem serca, który jest zatem następstwem, a nie przyczyną opuszczenia serca.

W syndromie podmiotowo czynnościowym opuszczenia serca trudno jest odzielić objawy, bezpośrednio od tego cierpienia zależne, od objawów, które składać należy na karb neurastenii ogólnej, wnikłającej kardyoptyzoę, jako też od objawów, wywołanych rozciągnięciem pni naczyń oraz ich miażdżycą, która bierze tu udział bądź jako przyczyna, bądź też jako następstwo opuszczenia serca.

Wszystkie objawy podmiotowo czynnościowe streścić się dadzą w obrazie następującym: osłabienie krążenia i oddechania. niepokój ogólny; uczucie ciężaru na piersiach, duszność przy wysiłku; bóle nieokreślone w klatce piersiowej, ból w okolicy serca, ściskanie w piersiach, dusznica wrzekoma; kołatanie serca, uderzanie serca nierówne, przyspieszone lub zwolnione, tętno wolne z przedłużeniem fizyologicznego opóźnienia pomiędzy uderzeniem serca a tętnem tętnicy promieniowej, kaszel suchy, niekiedy bardzo gwałtowny, chrypka i ból przy połykaniu często przemijające.

W przypadkach ciężkich mogą występować wszystkie zaburzenia hydrauliki krwiobiegu, właściwe niewyrównanym wadom serca.

W szeregu objawów naurastenicznych, towarzyszących opuszczeniu serca, charakterystycznym jest syndrom, który możnaby określić jako *syndromum cardiophobicum*. Ulga, jakiej chorzy, dotknięci kardyoptyzą, doznają podczas napadów przez położenie ręki na okolicę serca i nadbrzusza i unoszenie go w górę, nasunęła autorowi pomysł zalecania pasa na nadbrzusze, co też z dobrym skutkiem w przypadkach opuszczenia serca stosuje. Jako środki pomocnicze stosować można z dobrym wynikiem odpowiednie wskazówki higieniczne i dyetetyczne; środki, wzmacniające narząd nerwowo-mięśniowy serca, jako to: nalewki kombinowane napartnicy, strofantu, konwalii, gorzykwiatu wiosennego, kofeinę, teobrominę i chinę, a nadto środki wzmacniające i podniecające układ nerwowy ośrodkowy, jak arszenik, żelazo, fosfor i fosforany, *nux vomica* i strychninę.

(*La Riforma Medica*. 1898).

Robert Sinołęcki.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

124. LESNÉ. **Zakażenie gronkowcowe krwi i płynu mózgo-rdzeniowego.** Zakażenie gronkowcowe (*septicaemia, pyohaemia*) zdarza się według HUTINEL'a i LABBÉ'go nader często u dzieci. Drobnoustroje przenikają do krwi bądź przez błony śluzowe, bądź, u niemowląt przeważnie, przez skórę w przypadkach ropni skórnych, zgorzeli, zapaleń naczyń chłonnych, czyraków i t. d. Przebieg bywa ostry, podostry i przewlekły, zejście śmiertelne częste. Na zwłokach znajdujemy liczne ropnie we wszystkich narządach.

Wielu autorów ogłaszało przypadki zakażenia wtórnego po cierpieniach skórnych, jak strupień, świerzba, wyprysk, czyraki. Raz wskutek ropienia nagniotka nastąpiła ropnica gronkowcowa. Rzadziej zdarzały się przypadki analogiczne po zapaleniach błony śluzowej jamy ustnej, oskrzeli, ucha, szpiku kostnego i t. p. Śmiertelność według LITTMANN'a wynosi 55%, ale prawdopodobnie nie uwzględnił on przypadków z przebiegiem łżejszym, gdzie czynniki chorobotwórcze tylko przez czas bardzo krótki mogą być we krwi spostrzegane.

Autor podaje ciekawy przypadek zakażenia gronkowcowego, krwi i płynu mózgo-rdzeniowego bez zakażenia ogólnego (ropnicy) prawdopodobnie pochodzenia skórniego.

Przypadek ten dotyczy półrocznego wycieńczonego dziecka z oznakami krzywicy i powierzchownymi ropniami na głowie i pośladkach. Z ropy wyhodowano gronkowca białego i złocistego. Pomimo zablżnienia się ropni dzięki kąpielom i opatrunkom przeciwnilnym, wystąpiły u chorego objawy zapalenia opon mózgowych. Płyn przezroczysty, wydobyty ósmego dnia za pomocą przekłucia lędźwiowego, nie zawierał pod drobnowidzem żadnych drobnoustrojów, ale w bulionie i na żelatynie otrzymano czystą hodowlę gronkowca białego. Ten sam wynik dało badanie płynu, otrzymanego za pomocą przekłucia ciemiączka, oraz krwi ze śledziony i jednej z zatok żylnych (*sinus longit. sup.*). Dobre warunki higieniczne i kąpiele sublimatowe ze względu na ponawiające się ropnie sprowadzają polepszenie; 27-go dnia sztywność karku znika prawie zupełnie. W kilka dni później nieżyt kiszek i oskrzeli pogarsza stan chorego, pomimo to jednak badanie krwi, wysięku mózgo rdzeniowego i ropy w ropniach daje znacznie mniejszą ilość kolonii. W niespełna dwa miesiące po ustąpieniu nieżyty kiszek i oskrzeli ponowna wysypka przy ciepłocie 40° i kilka większych ropni z gronkowcami. Ponowne wystąpienie objawów zapalenia opon z gronkowcem białym w wysięku. Po 10 dniach poprawa. Po 20 dniach płyn mózgo-rdzeniowy i krew po szczegółowem zbadaniu okazują się jałowemi. Chory zmarł następnie na ciężką odrę, powikłaną zapaleniem płuc nieżytowem. Szczegółowe badanie pośmiertne bakteriologiczne i histologiczne wykazało zupełną jałowość wszystkich płynów z wyjątkiem ropy z ucha średniego (gronkowce i lasecznik okrężnicy) oraz ropy z ogniska płucnego (gronkowce i paciorkowce).

(*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1898. Nr. 5).

E. Golde.

125. ESCHERICH. **Wartość rozpoznawcza prześwietlania u dzieci.** Po usługach jakie prześwietlanie oddaje w chirurgii, można się było spodziewać, że u dzieci przy nieznacznej grubości tkanek prześwietlanie i w chorobach wewnętrznych pouczające da obrazy. Jakkolwiek przypuszczenie to nie sprawdziło się w zupełności, gdyż u niemowląt otrzymujemy zaledwie zarysowane cienie, a prześwietla-

nie udaje się dobrze dopiero w wieku 8—12 lat, to jednak już otrzymane przez autora wyniki zasługują na uwagę.

By sprawdzić działanie fosforu w krzywicy, dano dwuletniemu dziecku dotkniętemu krzywicą, w ciągu 3 miesięcy 0,09 fosforu w 900,0 tranu. Porównanie fotogramów ręki o typowych zmianach krzywicznych przed siosowaniem i po stosowaniu fosforu wykazuje zaledwie bardziej ograniczony i prawidłowy pas kostnienia przedramienia w zdjęciach późniejszych. Nie przemawia to przeciw zbawieniemu wpływowi fosforu na krzywicę, lecz wykazuje, iż zmiany te nie mogą być ujawnione za pomocą prześwietlania.

W klatce piersiowej z łatwością można rozpoznać wysięki opłucny, nacieczenia, zrosty i t. p., które również rozpoznane być mogą za pomocą zwykłych metod badania klinicznego. Trudny zaś do rozpoznania, tak często spotykany u dzieci przerost gruczołów oskrzelowych, grasicy i t. d., i przy prześwietlaniu występuje niewyraźnie.

Położenie przepony brzusznej występowało wyraźnie. Raz rozpoznano prawostronne porażenie pobłonicze. U kilkorga dzieci z krzywiczemi zmianami klatki piersiowej, dotkniętych ciężkiem zapaleniem oskrzeli i atelektazą, przepona była spłaszczona i opuszczona podczas wdechu. Ten sam objaw wystąpił wyraźniej w dwóch przypadkach zastoju żylnego w płucach z powodu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Najlepiej udawało się prześwietlanie serca, co autor objaśnia obecnością krwi płynnej, gdyż płyny, jak się okazało z doświadczeń, wogóle zatrzymują promienie X. Otóż fotogramy dają dokładne pojęcie o objętości i względnem położeniu serca, kiedy opukiwanie przy pewnych zmianach narządów sąsiednich zawodzi. Można nawet otrzymać prawie dokładne kontury cienia na klatce piersiowej, przymocowując poza ekranem pałeczkę metalową z pendzelkiem. Łatwość, z jaką daje się rozpoznać położenie bardziej pionowe czy poziome, jako też odchylenia boczne, pozwoliły autorowi w 13 przypadkach na 400 zanotować zupełnie nieprawidłowe przemieszczenie serca w niektórych postaciach porażenia pobłoniczego. Takie nieprawidłowe położenie ma być objawem bardzo groźnym, gdyż w 9 przypadkach na 13 śmierć nastąpiła trzeciego dnia. Przy wysłuchiowaniu znajdujemy tu często bruit de galop.

Co do leczniczego znaczenia promieni X, to ESCHERICH spostrzegał działanie znieczulające na bóle stawowe w goście u dziecka.

(*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1898, Nr. 5).

E. Golde.

126. COMBY. **Gruźlica płuc u dzieci.** Następująca tablica przedstawia stosunek zmarłych na gruźlicę do ogólnej ilości zmarłych w r. 1897 w szpitalu des Enfants Malades w Paryżu.

Ilość sekcyi	Wiek	Przypadki nie gruźlicze	Przypadki gruźlicze	% gruźliczych.
211	0— 2 lat	182	28	13,27%
72	0— 3 mies.	72	0	—
53	3— 6 „	49	4	7,54%
57	6—12 „	44	13	22,80%
29	1— 2 lat	18	11	38%

Rozpatrując ten dość obfity materiał, autor dochodzi do wniosku, że dzieci nie odziedziczają gruźlicy, lecz z łatwością zarażają się od otoczenia, rzadziej we wczesnem niemowlęctwie, gdy mało jeszcze mają styczności bezpośredniej ze światem.

tem otaczającym, częściej zaś wtedy, gdy dziecko zaczyna już suwać się po ziemi, wdychać pył zakażony, brać do ust wszystkie napotykane przedmioty i t. d. Dziecięca więc gruźlica może być prawie wyłączona, jakkolwiek należy uznać pewną liczbę autentycznych przypadków zakażenia przez łożysko. Z uwagi na stwierdzone we wszystkich 28 przypadkach gruźlicy zserowacenie gruczołów śródpiersiowych, autor powiada, iż zakażenie następuje przez drogi oddechowe, nie zaś przez przewód pokarmowy. Laseczniki Koch'a przez naczynia chłonne dostają się do gruczołów, gdzie niekiedy sprawa zostaje powstrzymana i następuje zwapnienie, lub też przez naczynia krwionośne mogą one przeniknąć do różnych narządów.

Co się tyczy form klinicznych, to autor na podstawie 24 przypadków gruźlicy u niemowląt i 45 u dzieci od lat 3 do 15 rozróżnia postacie następujące: 1) Gruźlicę bezgorączkową (10 niemowląt w wieku 4—14 miesięcy) z objawami takimi, jak chudnięcie, biegunka, wymioty, które przypisywano niestrawności. Postać tę spostrzegał autor również u 11 starszych dzieci pomimo istnienia nacieków i jam gruczołowych oraz pomimo iż u dzieci po trzecim roku przebieg gruźlicy podobny jest do zwykłego przebiegu u dorosłych. 2) Gruźlicę gorączkową (12 niemowląt). Za życia rozpoznawano zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe, zapalenie opon mózgowych, dur. 3) Postać rozpadową (*phthisis ulcerosa*) o zwykłym przebiegu (2 niemowląt). U dzieci od lat 3 do 15 spostrzegano jeszcze gruźlicę z objawami zapalenia płuc nieżykowego i zupełnie identycznym przebiegiem, gruźlicę opłucnową i opłucnowo-otrzewnową, często uleczalną, wreszcie formę „*typhabacillose*“, opisaną przez LANDOUZY'ego, gdzie badanie zwłok nad spodziewanie wykrywa gruźlicę prosówkową płuc, a nawet całego ustroju. Gruźlica u niemowląt trwa krótko i prawie zawsze kończy się śmiercią. U dzieci starszych wyzdrowienia nie są rzadkie. (*Archives de médecine des enfants*, 1898. Nr. 5). E. Golde.

Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy chorób wewnętrznych w Wisbaden (18—20 kwietnia r. b.).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 32)

BRIEGER (Berlin). Teorya samozatrucia opiera się na wykazaniu w moczu i w pocie związków trujących. Pod względem jednak patologicznym brak wiadomości wyczerpujących, ponieważ za mało jest nam znana strona fizyologiczna sprawy. Mianowicie, wiadomości o własnościach trujących moczu prawidłowego nie są jeszcze ustalone. Sole potasowe, którym głównie przypisywano działanie trujące moczu, są dla ludzi nieszkodliwe. Więc i własności trujące moczu prawidłowego wtedy tylko można będzie zaliczyć do faktów naukowych, kiedy truciznę otrzymamy w stanie czystym. W każdym bądź razie jadowitość ta jest niewielka; związki trujące, pochodzenia gnilnego, które tworzą się w kiszka, opuszczają ustrój w połączeniach nieszkodliwych, jako kwasy etero-siarczane. Co się tyczy związków toksycznych pochodzenia ustrojowego, to dotychczas BRIEGER i WASSERMANN otrzymali toksalbuminę z moczu chorego na różę, ALT z wymiocin chorego na cholere, Roos z moczu w przypadku ciężkiego nieżytu żołądka i kiszek, a prócz toksalbuminy otrzymano w tym przypadku również kadawerynę i putrescynę. Toksalbuminy tworzą się prawdopodobnie i u ssawców w nieżytach kiszek i żołądka. Są to jednak przypuszczenia, ponieważ znaczenie charakterystyczne

acetonu i kwasu acetoctowego jest również bardzo problematyczne. Co się tyczy związku bezpośredniego pomiędzy cierpieniami skóry i sprawami gnicia w przewodzie pokarmowym, to związek ten nie podlega żadnej wątpliwości. Trujące własności potu są dziś za mało opracowane; zdaje się, że pot o tyle tylko posiada własności trujące, o ile zawiera drobnoustroje. Sprawę trującego działania surowicy krwi opracował obecnie UHLENHUTH i doszedł do wyników sprzecznych. Pozostają jeszcze wyciągi z rozmaitych narządów, lecz i pod tym względem nie posiadamy wiadomości i prac wyczerpujących. W końcu mówca zwraca jeszcze uwagę na ciała krystaliczne i bezpostaciowe, które ALBU znalazł w moczu u chorych, dotkniętych najrozmaitszymi cierpieniami. Są to przeważnie ciała białkowe i zostały zaliczone już to do toksyn, już to do toksalbumin. Być może, iż jedne i drugie należą do ciał białkowych o pewnym swoistym układzie cząsteczek białkowych. Wobec powyższego zestawienia rodzi się pytanie, czy podawanie środków przeciwniejących posiada jakiekolwiek znaczenie lecznicze. Odpowiedź wypadnie przecząca. Jedyne, co pozostanie najracjonalniejszym, będzie przepłukanie żołądka i kiszek, ułatwienie przebiegu skóry i metody fizyczno-mechaniczne w celu zwalczania niedomogi żołądka i kiszek i przywrócenia prawidłowego biegu przemiany materii. Ten kierunek leczniczy ulegnie zapewne zmianie, jeżeli na drodze seroterapii uda się otrzymać odpowiednie antytoksyny. Obecnie KEMPNER otrzymał surowicę podobno wielce skuteczną w zatruciu mięsem zepsutem — jest to postać kliniczna zatrucia nazwana *botulismus*.

Dyskusya. EWALD (Berlin) przytacza dwa spostrzeżenia własne zatrucia przez przewód pokarmowy: w jednym przypadku zatrucie nastąpiło za pośrednictwem żołądka, w drugim za pośrednictwem kiszek (zaparcie stolca przewlekłe). Zatruciu towarzyszyły poważnie objawy mózgowie. W innym przypadku mówca miał możliwość spostrzeżenia kilkakrotnie objawy zatrucia wskutek gro nadzenia się w żołądku produktów gnicia. W żadnym z tych przypadków badanie moczu nie przyniosło pożądanego wyjaśnienia. Jedynie z moczu jednego chorego, dotkniętego tężyczką, udało się otrzymać ptomainę pod postacią soli podwójnej złota. Ciało to jednak nie posiadało własności trujących, więc i sprawy samozatrucia wyjaśnić się nie udało. Bądź co bądź, nie ulega wątpliwości, że dopóki czynność trawienia odbywa się prawidłowo, dopóty ustrój pokonywa wszelkie związki trujące, dopiero wobec upośledzenia czynności trawiennej mogą w pewnych warunkach powstawać związki chemiczne, które układ nerwowy wyprowadzają z równowagi dotychczasowej.

ALBU. Pojęcie o samozatruciu zjawilo się jako wynik logiczny z poglądów na sprawy patologiczne dziś już dostatecznie znane. KOHLBAAS spostrzegł przypadek śpiączki u chorego z rozszerzeniem żołądka znacznego stopnia. Wobec nowych faktów stara teoria odruchowa nie wytrzymuje krytyki. Wypada jedynie żałować, że dotychczas nie zostały jeszcze wyodrębnione chemicznie te związki trujące i że nie posiadamy materiału doświadczalnego. Co do pierwszego, to terazniejsze metody analizy chemicznej nie są wystarczające, doświadczenia zaś na zwierzętach skutecznie bardzo trudno. A może u zwierząt wogóle niema żadnych objawów samozakażenia. Już przed laty mówca zwracał uwagę na niedokładność i braki metody, poleconej przez BOUCHARD'a w celu oznaczania własności trujących moczu. Działanie trujące surowicy krwi, jako wyraz pochodzenia wewnętrznego związków trujących, polega prawdopodobnie na zmianach napięcia osmotycznego, które zależą od wstrzyknięcia ciała obcego. Ztąd powstał nowy sposób zapatrywania na istotę samozatrucia; mianowicie w wielu przypadkach na samozatrucie za-

patrywać się można jako na zmiany samoistne stosunków fizyczno-chemicznych pomiędzy krwią i sokami tkanek, względnie jako skutek przenikania do soków ustroju olbrzymiej ilości produktów przemiany materii. Na samozakażenie nie można zapatrywać się jako na sprawę podobną do zatruc, wywołanych przez znane środki trujące, odnosi się to zwłaszcza do takich stanów jak cukromocz, skażenie moczanowe, mocznica, które z większą słusnością można by było położyć na karb zaburzeń przemiany materii pośredniej (intermediäre). Zupełnie oddzielną gromadę stanowią samozatrucia za pośrednictwem kiszek, jeżeli wogóle należy uwzględniać ten dział. Pojęcie to będzie miało rację bytu tylko o tyle, o ile pewne objawy będziemy przypisywali nieszkodliwym drobnoustrojom, znajdującym się w przewodzie pokarmowym, które w pewnych warunkach mogą stać się przyczyną poważnych objawów chorobowych; sprawy zaś zakażne, punkt wyjścia których znajduje się w kiskach, będziemy zawsze czynili zależnymi od drobnoustrojów chorobotwórczych i produktów ich życia. Co do leczenia przeciwnie, to należy się spodziewać, że stosowanie ich zostanie zupełnie zaniechane.

ROSENHEIM (Berlin) sądzi, że za pomocą samozakażenia za pośrednictwem kiszek nie można objaśnić większości spraw chorobowych, zwłaszcza *asthma et tetania dyspeptica*. Jednak jest zwolennikiem stosowania środków przeciwnie, to należy się spodziewać, że stosowanie ich zostanie zupełnie zaniechane.

STERN (Wrocław) na podstawie swych doświadczeń zbija twierdzenie Bouchard'a o możliwości wyjałowienia przewodu pokarmowego za pomocą stosowania środków przeciwnie, to należy się spodziewać, że stosowanie ich zostanie zupełnie zaniechane.

BOAS (Berlin). Zdaje się, że samozatrucia ostre za pośrednictwem kiszek nie są tak rzadkie, jak przewlekłe, które teoretycznie powinnyby często powstawać przy obecności zwężenia kiszek. Ustrój tedy musi posiadać siły zapasowe w celu zwalczania produktów gnicia. Oprócz opróżnienia kiszek ważną rolę pod tym względem grają nerki. W celu określania natężenia procesów gnicia w kiskach warto by było zwrócić uwagę na zawartość w moczu i kale tak zwanych oxy-kwasów, a także nie zapominać o tem, co zresztą potwierdza i doświadczenie, że w samozatruciu za pośrednictwem kiszek ilość moczu zmniejsza się prawdopodobnie wskutek niedostatecznego działania nerek. Ostatnie zjawisko powinno być uwzględniane w leczeniu. Zdaje się, że kalomel, jako środek działający i na nerki i na kiski byłby w tych razach najwłaściwszy. Nadmierne gromadzenie się gazów w kiskach można łatwo usunąć za pomocą kwasu salicylowego.

M. JACOBY (Berlin). **Nowe protozoa znalezione u człowieka.**

Mówca spostrzegł chorego, który w Ameryce zachorował na zimnicę, wskutek której wrócił do ojczyzny. Chory ten jednocześnie doznawał bólów w brzuchu i dostał biegunki. W wypróżnieniach znaleziono dwa wymoczki, dotychczas nie opisane: pewne gatunki *balantidium* i *nyktotherus*. Ponieważ jednak ten sam osobnik posiadał nadto *anchylostomum* i *anguillula*, więc i pytanie o szkodliwość dwóch nowych pasorzytów nie zostało rozstrzygnięte.

MATTHES (Jena). **Jaki odczyn posiada treść kiszek cienkich.**

Badania zostały dokonane na ludziach z przetokami kiszek cienkich i na świeżych trupach psów i szczurów. Okazało się, że na odczyn zawartości kiszek cienkich nie posiada wybitnego wpływu ani rodzaj pożywienia, ani czas, po upływie którego brano próby, od chwili przyjęcia pokarmu: w warunkach prawidłowych odczyn był zawsze jednakowy. Mowca przyszedł do wniosków następujących:

1) Zawartość kiszek cienkich posiadała zawsze odczyn alkaliczny, zależny głównie od obecności węglanów; fosforany znajdowały się w mniejszości.

2) Jednakże zawartość kiszek cienkich była zawsze zupełnie lub prawie nasycona kwasem węglanym; kwas ten dawał zawsze odczyn na odpowiednio czułe odczynniki (fenoltaleina, kurkuma, kwas rozolowy) obecność zaś jego wpływa dodatnio na działanie fermentów trawiennych.

3) Aczkolwiek w treści pokarmowej można wykryć i kwasy tłuszczowe wolne, nie posiadają one jednak żadnego wpływu na odczyn chemiczny ogólny.

4) Tłuszcze dosyć długo nie ulegają rozkładowi, dzięki czemu w kiskach cienkich nie spotykamy się ze znaczną ilością kwasów tłuszczowych. Podawanie pokarmów zbyt obfitych w tłuszcze stanowi przeszkodę w pracy prawidłowej żołądka i za bardzo go przeciąża.

GLUCK (Berlin). **Zadania i problemy plastyki chirurgicznej.**

W celu pokrycia braków skóry lub tkanek, powstałych po operacjach, chirurgia dotychczas posługuje się przeszczepianiem tkanek analogicznych, dalej wszczepianiem (*implantatio*) materiałów ulegających lub nie ulegających wessaniu, a dla zastąpienia braków kości używa rozmaitych protez. W ostatnich czasach wchodzi stopniowo w użycie szew naczyń, przebiegający albo wzdłuż, albo w poprzek, albo naokoło naczynia krwionośnego. Nakoniec zasługują na uwagę usiłowania, zmierzające do plastyki przełyku, gardzieli i krtani. Odczyt dopełniały liczne ryciny objaśniające.

P. JACOB (Berlin). **O wstrzykiwaniach pod oponę twardą**

W roku 1891 QUINCKE zalecił po raz pierwszy nakłucie łędźwiowe do celów leczniczych i rozpoznawczych. W ciągu ostatnich lat metoda QUINCKE'go była stosowana przez wielu klinicystów i częstokroć oddawała wielkie usługi. Natomiast oczekiwania i próby nie potwierdziły jej wartości leczniczej, zwłaszcza zabiegi, zdążające do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, osiągnęły wyniki problematyczne. W celu wyjaśnienia przyczyny tego zjawiska mówca wziął sobie za zadanie sprawdzić, jaki wpływ posiada powiększenie ciśnienia wewnątrz czaszki. Dla tego wykonał szereg doświadczeń na psach, którym wstrzykiwał do przestrzeni podpajęcznej znaczne ilości 0,1% roztworu soli kuchennej. Nawet wstrzyknięcie 70 ctm. tego roztworu nie wywoływało żadnych objawów ucisku mózgu. Gdy do płynu dodano nieco błękitu metylenowego, to na zwłokach można było przekonać się z łatwością, że płyn wstrzyknięty przeszedł przez całą przestrzeń podpajęczną rdzenia i mózgu. Na podstawie tych i innych doświadczeń mówca wnosi, że do wywołania wybitnych objawów ucisku mózgu nie wystarcza jedynie powiększenie ilości płynu mózgo-rdzeniowego i dla tego od metody QUINCKE'go nie można oczekiwać zbyt wielkich wyników leczniczych. W innym szeregu doświadczeń JACOB postawił sobie za zadanie wypróbować, czy wstrzykiwanie pod oponę twardą może posiadać jakąkolwiek przyszłość pod względem leczniczym w rozmaitych postaciach zapalenia opon mózgowych. W tym celu wprost przemywano przestrzeń podpajęczną 0,1% roztworem soli kuchennej, 0,5% lub 1% roztworem kwasu karbolowego lub wstrzykiwano rozmaite środki lecznicze, a przede wszystkim roztwór jodku potasu. Wstrzyknięcie 25 ctm. sz. 4% roztworu jodku potasu powodowało u psów wystąpienie objawów gwałtownych zatrucia, które następnie szybko zniknęły. Mówca sądzi, że za pomocą odpowiedniego rozcieńczenia rzeczzonego roztworu można będzie uniknąć tych powikłań niepożądanych, a jednocześnie wyraża przypuszczenie że ten szereg doświadczeń może z czasem doprowadzić do poważnych wyników leczniczych.

WYSS (Zurich). *Myelitis haemorrhagica acuta.*

Mówca podaje opis przypadku cierpienia rdzenia, w którym na podstawie spostrzegania klinicznego i badań anatomo-patologicznych i histologicznych rozpoznano *myelitis haemorrhagica acuta*. Wyniki badania mikroskopowego były następujące:

1) Na całej długości rdzenia znaleziono obfite wynaczynienia ogniskowe, zwłaszcza pośrodku; spowodowały je zakrzepy (*thrombosis*) żył własnych rdzenia i po części *piae matris*.

2) Za przypuszczeniem, że te zakrzepy powstały za życia, przemawiają: a) liczne zakrzepy hyalinowe, dostrzeżone w niektórych miejscach w naczyniach drobniejszych; b) obecność zakrzepów warstwowatych i utworzonych z krwinek (*Blutplättchen*), na koniec c) odczyn zapalny w ścianach naczyń (nacieki w ścianach naczyń; przenikanie ciałek białych ze ścian żyły do zakrzepu).

3) Zakrzepy i wynaczynienia stały się przyczyną rozmiękczenia rdzenia (*hoco loco* w znaczeniu klinicznym i anatomicznym), czyli t. zw. *myelitis*.

4) Ponieważ tętnice nie przyczyniły się do utworzenia zakrzepów, więc powstały one przy współudziale istniejącego jednocześnie nowotworu—glejo-mięsaka (*gliosarcoma*), który w jednym miejscu uciskał i prawie zniszczył rdzeń.

5) Nowotwór był do tego stopnia usiany wynaczynieniami i pozatykaniami naczyń, że rozpoznanie budowy jego nastręczało dużo trudności. Wyjaśnienie tego przypadku zawdzięczać należy jedynie udoskonalonej dziś technice histologicznej i możliwości otrzymania szeregu kolejnych skrawków.

M. STERNBERG (Wiedeń). **O porażeniach gałęzi zewnętrznej *n. accessorii*.**

Znajomość dokładna nerwów, które zaopatrują mięśnie szyi, posiada znaczenie doniosłe dla rozpoznawania cierpień rdzenia, a zwłaszcza dla oznaczenia umiejscowienia sprawy chorobowej. Dotychczas nie posiadaliśmy zupełnie wiadomości wyczerpujących odnośnie do przebiegu gałęzi zewnętrznej *n. accessorii*. Przyczynę tego braku należy upatrywać z jednej strony w tem, że zdania najpoważniejszych badaczy, jako oparte jedynie na spostrzeganiu klinicznym, doprowadzały do wyników sprzecznych, z drugiej zaś wnioski, wysnute z badań anatomicznych nie zawsze zgadzały się z poglądami fizyologów. Mówca wykonywał swoje doświadczenia na małpach. Wykazały one, że nie wyjaśnione w ciągu dwóch wieków „unerwienie podwójne” mięśnia sutko-mostko-obończykowego (*sternocleidomastoideus*) w samej rzeczy istnieje, ponieważ mięsień ten otrzymuje gałązki czuciowe od nerwów szyjowych, a ruchowe od nerwu Wilisiusza. Gałęzie ruchowe z obydwóch źródeł pochodzące, zaopatrują *m. trapezius*. Spostrzeżenia kliniczne mówcy potwierdzają pogląd REMAK'a, że ta część *m. trapezii*, która jest przymocowana do *pars acromialis spinæ scapulae* i do akromion, otrzymuje gałęzie przeważnie od pni nerwów szyjowych.

SEIFERT (Halla). **Zaburzenia czucia HEAD'a w chorobach narządów wewnętrznych.**

Spostrzeżenia swoje poszczególne HEAD tak rozszerzył następnie, że obecnie mogą one znaleźć zastosowanie praktyczne zarówno w rozpoznawaniu, jak i w leczeniu. Stwierdził on stanowczo, że w pewnych cierpieniach hyperestezye i hyperalgezye występują na ściśle ograniczonych okolicach skóry, wewnątrz których znajdują się miejsca obdarzone niezmierną wrażliwością na ból. Wrażliwość ta pozostaje najdłużej w rzeczonych miejscach, gdy w przebiegu cierpienia zasadniczego stopniowo znika w danej okolicy. Nawet zebranie fałdy skóry, dotknięcie łep-

kiem szpilki lub gąbką wigotną wywołuje ból dotkliwy w tych okolicach. Odruchy są tu również wzmożone. Okolice te odgraniczają się dokładnie od siebie. Odgraniczenie ułatwia znakomicie np. półpasiec (*herpes zoster*), który umiejscawia się ściśle w kierunku jednej gałęzi nerwowej. Według tablic HEAD'a cierpieniom aorty odpowiadają 1, 2 i 3 pasy (*zony*) grzbietowe; chorobom płuc 2 do 5-ej, w chorobach żołądka 7-ma do 9-ej i t. d. Nawet i bóle głowy, towarzyszące często chorobom jamy brzusznej, dadzą się łatwo wyjaśnić zapomocą tablic HEAD'a.

Roos (Freiburg). **O jodotyrynie.**

Jodotyryna,—jest to ciało nieco zbliżone do białka, przygotowuje się z gruczołu tarczowego baranów i zawiera przeciętnie 4% jodu. Podobne związki starano się otrzymać w taki sam sposób z gruczołów tarczowych ludzkich, posiadają one również działanie lecznicze. W Szwajcaryi wyrabiano tyroidynę z gruczołów, uległych znacznemu zwyrodnieniu koloidalnemu, produkt otrzymany, jest tylko podobny do tyroidyny, a gruczoł cały zawiera znacznie więcej jodu. Można by więc sądzić, że w tych gruczołach patologicznych znajdowało się stosunkowo nie wiele prawdziwej jodotyryny, zawierającej połączenia jodowe. Co do powstawania wola, to przypuszcza, że ma tu zapewne miejsce wzmożona przemiana związków jodowych. W końcu wspomina mówca, że przez dodawanie jodu do jodotyryny, otrzymano ciała o znacznej zawartości jodu, ostatnie jednak nie odznaczały się wybitnymi własnościami leczniczymi. Działanie jodotyryny objaśniano sobie rozmaicie; niedawno BLUM podał swoją teorię o działaniu odtruwającym tyroidyny; z takim jednak pojmowaniem sprawy zgodzić się trudno.

BLUM (Frankfurt n. M.). Mówca zaznacza, że badania Roos'a w zupełności potwierdzają dawniejsze doniesienia prelegenta. Jeżeli jednak Roos podaje, że jodotyryna stanowi połączenie stałe, coś w rodzaju pierwotnego związku jodowego w gruczole tarczowym, to mówca zastrzega się przeciw temu, ponieważ związek jodowy, znajdujący się w gruczole tarczowym, jest to ciało białkowe, zawierające jod. Z ciała tego za pomocą kwasów lub alkali można wyosobnić substancję, która nie posiada własności chemicznych stałych i w istocie przedstawia tylko jeden z produktów rozpadu. Jednocześnie z rozpadem następuje i zmydlenie, to też jodotyryna zawiera więcej kwasu, niż to ciało białkowe, z którego ją otrzymano. Przechodząc do swoich doświadczeń fizyologicznych, mówca zaznacza, że działalność gruczołu tarczowego polega na wyosobnianiu z krwi pewnych związków trujących, których wpływ szkodliwy zostaje zniszczony w samym gruczole za pomocą jodu. Nie jest to wcale teoria, lecz wniosek ostateczny z wyników, otrzymanych na drodze doświadczalnej. W gruczole tarczowym istnieje prawdopodobnie stała wymiana jodowa i ten zapas jodu wystarcza do pozbawienia własności trujących pewnych, dotad nam nieznanych związków; w przeciwnym razie gruczoł tarczowy powinien posiadać inne jeszcze siły i własności. Bądź co bądź wyniki dotychczasowe leczenia obrzęku śluzowego za pomocą jodotyryny dowodzą własności odtruwających gruczołu tarczowego.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Doświadczenia KOCH'a, wykazujące, że żółć zwierząt, które padły na dżumę bydłą, (*peste bovine*) posiada własności udoparniające, pobudziły FRANTZIUS'a do zbadania w takim samym kierunku żółci zwierząt, dotkniętych wścieklizną. Liczne doświadczenia na królikach wykazały, że żółć ta zawiera składniki, zobojetniające jad wścieklizny. Wracz 18. IV. 98).

== DEMEL podaje nowy sposób rozróżniania lasecznika duru od *bacterium coli*. 200,0 świeżej wątroby cielej naparza się na 24 godziny litrem wody, cedzi, dodaje 1% peptonu i 0,5% soli kuchennej, poczem powtórnie gotuje, cedzi, zobojętnia i po raz trzeci gotuje i cedzi. W tak przygotowanym buljonie *bact. coli* wywołuje już w kilka godzin rozlane zmętnienie i zbieranie się na powierzchni małych kulek powietrznych, zaś lasecznik duru brzuszny powoduje męt, który osadza się po 24—48 godzinach na dwie próbki, a buljon pozostaje przezroczystym (Gar. med. 6 i Tarm. Nr. 3. 98).

== Kliniczne badania STOKER'a wykazały, że gojące się rany i owrzodzenia dają odczyn słabo zasadowy, który się znacznie wzmacnia, gdy gojenie się wstrzymuje, i słabnie, gdy gojenie się wznowia. Odczyn ten jest zupełnie niezależny od jakości opatrunku. (Brit. med. Journ. 19. 3. 98).

== WEISS spostrzegł przypadek zupełnego zamknięcia światła macicy u 19 letniej dziewczyny wskutek jednorazowego przyżegania słuzówki macicy parą podług metody SNIEGIEROWA; przyżeganie dokonane było umiejętnie parą 100° C. trwało $\frac{3}{4}$ minuty. Ponieważ przypadków takich ogłoszono już kilka, autor sądzi, że leczenie parą należy stosować wyłącznie u kobiet w okresie przekwitania, w innym zaś wieku stosować w wyłyżeczowanie macicy. (Cntrbl. f. Gynäk. Nr. 24. 98).

== MORITZ stosował w jednym przypadku złośliwego zapalenia wsierdza (*endocarditis maligna*) podskórne zastrzykiwania surowicy przeciwgronkowcowej i otrzymał wynik dodatni: gorączka i codzienne dreszcze oraz przerzutowy wysięk w stawie kolanowym znikły, śledziona i wątroba się zmniejszyły, stan ogólny się poprawił; pozostała jedynie niedomykalność zastawki dwudzielnej, nieznaczny przerost serca i częstsze tętno. (St. Petersb. med. Woch. Nr. 19. 98).

== HABERMANN zaleca zażywanie trionalu w wodzie zawierającej kwas węglany, pokrywa ona bowiem zupełnie smak trionalu i ułatwia jego wessanie, dzięki czemu małe dawki działają bardzo szybko; doświadczenia porównawcze wykazały, że na osoby, na które szybko działała dawka 0,3—0,5 w wodzie gazowej, o wiele większe dawki trionalu *per se* działały znacznie słabiej, a nawet pozo-

stawały bez wpływu (Allg. Med. Ztg. Nr. 24. 98).

== W roku 1895 WRIGHT i SEMPLER zwrócili uwagę na obecność w moczu chorych na dur brzuszny laseczników EBERTH'a. Obecnie PETRUSCHIKY, zajął się tą kwestją, i u trzech wśród 50-ciu chorych znalazł w moczu ogromne ilości laseczników; w jednym przypadku ilość ich wynosiła 172 miliony w 1 ctm. szść. moczu, nie zawierającego białka; laseczniki zjawily się po spadku ciepłoty i znikły w jednym przypadku w 8 dni, w drugim w 4 tygodnie, w trzecim w dwa miesiące. Autor przytacza przypadek zarażenia się wypitym przez omyłkę moczem chorego i zwraca uwagę na konieczność ścisłego odkażania rąk osób, dotykających się naczyń, zawierających mocz, oraz bielizny nim zmoczonej. (Cntrbl. f. Baht. T. 23. Nr. 14).

== HEIDENHAIM podaje dwa przypadki cięcia cesarskiego podług metody FURTSCH'a u ciężarnych z rozmiękczeniem kości. W obu przypadkach autor stwierdził wszystkie dodatnie cechy tego sposobu i wynik otrzymał dobry. (Cntrbl. f. Gynäk. Nr. 24. 98).

== DUPLANT spostrzegł pęknięcie serca u 68-letniego chorego, który przez czas dłuższy uskarżał się na ból w lewym boku. 10 dni przed śmiercią wystąpiło silne zaburzenie oddechowe i obrzęk dolnych kończyn; przedmiotowo stwierdził D. znaczną sinicę, niewyczuwalność tętna, wylew w osierdziu. Badanie postmortne wykazało wylew krwawy w osierdziu i dziurę w komorze zamkniętą skrzepem krwi. Dzięki ostatniemu prawdopodobnie chory mógł żyć tak długo. (Lyon médical. Nr. 17. 98).

== LEMOINE powstaje przeciw dość rozpowszechnionemu mniemaniu, że ozdrowieńcy po odrze nie udzielają zaraży, iżżąda tu również dokładnego odkażania, jak w płonicy. Autor spostrzegł zarażenie się odrą od ozdrowieńców po niej w 41, 33, 44 i 19-yim dniu po przebyciu choroby. (Gaz. de hôp. 17. V. 98).

== BEUTTNER zaleca nowy własnego pomysłu igłotrzymacz, tem się odznaczający, że zawiera szpulkę wyjąłowego materiału do szycia, i jednokrotne nawleczenie igły jest wystarczające. (Cntrbl. f. Gynäk. 25. VI. 98).

== Tiokol — biały proszek, o gorzkostodkawym smaku, bez zapachu, łatwo rozpuszczalny w wodzie, zawiera

około 60% gwajakolu, nie drażni śluzówki przewodu pokarmowego i wsysa się bardzo łatwo. Stosował go SCHWARZ w gruźlicy płuc w dawce 10,0—15,0 *pro die* i wyniki otrzymywał bardzo dobre: zwiększenie łaknienia, poprawa stanu ogólnego zwiększenia wagi ciała, znikanie potów nocnych; płwocina traciła charakter ropny, objawy miejscowe płucne łagodniały. S. stawia tiokol ponad wszelkie przetwory kreozotu i gwajakolu. (Klin-ther. Woch. 8. V. 98).

== SARWEY spostrzegł pozaotrzewnową torbiel mleczną u jedenastoletniej dziewczynki; torbiel rozwijała się od lat czterech i kilkakrotnie była opróżniana za pomocą nakłucia, przyczem otrzymywano płyn mleczny. Przy operacji stwierdzono, że szypuła torbieli znajduje się w okolicy główki trzustki, że torbiel przebiła worek otokowy (*lig. gastrocolicum*) i przylega do ściany brzusznej; wyłuszczenie torbieli, która była *chylangioma*, było łatwe. (Cntrbl. f. Gyn. Nr. 16. 98).

== Podług WALLER'a głównym powodem śmierci przy chloroformowaniu jest niecisłe dawkowanie tego środka. Opierając się na doświadczeniach SNOW'a, które wykazały, że zupełne znieczulenie następuje przy zebraniu się we krwi 1,0 chloroformu, śmierć zaś przy zebraniu się 2,25, autor wyliczył, że należy wprowadzać do ustroju na minutę 60 ctm. szść. chloroformu, t. j. 1% wdechane powietrza; wymaganiom tym odpowiada w zupełności maska JUNKER'a. (Brit. med. Journ. 23. IV. 98).

== Ujemną stroną znieczulania metodą SCHLEICH'a jest występowanie silnych bólów w jakie 20 minut po operacji. DREYFUSS przekonał się w kilku przypadkach, że bóle te znosi zupełnie ortoforn, jeżeli posypać nim ranę bezpośrednio po operacji i po dwóch dniach powtórzyć opatrunk. (Münch. med. Woch. Nr. 17. 98).

== SCHAEFFER spostrzegł 57-letnią kobietę, dotkniętą obłędem, która zadawała sobie śmierć głodową, nie przyjmując w przeciągu 43-ch dni żadnych pokarmów prócz litra wody dziennie. Waga ciała spadła z 65 kilo do 20 kilo, śmierć była spokojna. (Ther. Monatsh. Nr. 4. 98).

== LUFF badał zasadowość krwi podczas napadów dny i doszedł do następujących wniosków: 1) stopień zasadowości krwi waha się, stałego zaś zmniejszenia jej niema, 2) niema prawidłowego

związku pomiędzy zasadowością krwi i kwaśnością moczu podczas napadu. (Brit. med. Journ. 23. IV. 98).

== Tropon nowy przetwór białkowy, przedstawia brunatny proszek, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie, dobrze trawiony przez sok żołądkowy naturalny lub sztuczny. Wyższość jego nad innymi przetworami polega głównie na taniości, bowiem kilogram białka w postaci troponu kosztuje zaledwie cztery marki (eukazyne 11 m., nutroza 20 m, somatoza 50 m.). STRAUSS stosował tropon w klinice SENATOR'a u chorych ze zwężeniem przełyku, wrzodem żołądka, nieżytem jelit, oraz u ozdrowieńców w dawce 20,0—60,0 w mleku lub czekoladzie i z otrzymanych wyników jest zadowolony. (Therap. Mon. Nr. 5. 98).

== STEINBACH zaleca w zaparciu stolca pochodzenia mechanicznego stosowanie dużych dawek płynnego wyciągu *cort. Rhamni frangulae*, który posiada tę wyższość nad *Cascara sagr.*, że wywołuje wypróżnienia prawidłowej konsystencji i jest o wiele tańszym środkiem. W zaparciu, trwającym 3—5 dni skutek wywołuje dawka 15,0—20,0 w 80% wszystkich przypadków, w zaparciu bardziej uporczywym dawka wynosi 25,0—40,0. Prawidłowe wypróżnienia trwają jeszcze kilka dni po zażyciu środka. (Klin. ther. Woch. Nr. 17. 98).

== SKULTECKI zastosował z powodzeniem w dwóch przypadkach róży i jednym gorączki połogowej podskórne zastrzykiwanie 2% roztworu kwasu karbolowego w dawce 1 ctm. szść. co cztery godziny. Już po kilku dawkach ciepłota się obniżała i stan ogólny poprawiał. Jeden chory otrzymał 84 zastrzyki, drugi 72. (Semaine méd. Nr. 98).

== LUCAS-CHAMPIONNÈRE stwierdza dobre działanie węgla wapnia w przypadkach raka macicy, nie nadających się do operacji. Środek ten znakomicie uśmierza bóle i zatrzymuje krwawienie. Żadnych ubocznych ujemnych skutków L. nie spostrzegł. GUINARD z powodzeniem stosuje ten sposób leczenia od dwóch lat. (Journ. de med. yrat. 10. IV. 98).

== Orfol połączenie bizmutu i β nadtolu przedstawia proszek nierozpuszczalny w wodzie bez smaku i zapachu. Stosował go z powodzeniem WHINNA w bieguncie u dzieci w dawce 0,2—0,3 *pro die*. (Allg. Med. Ztg. Nr. 45. 98).

= TRAVES zestawiał 308 opisanych przypadków gruźlicy otrzewny, w których dokonano próbnego cięcia brzuszego. W 69,8% nastąpiło wyleczenie, w 30% przebieg choroby został wstrzymany na lat kilka. Wyniki te przypisuje autor zmianie ciśnienia wewnątrzbrzuszego, BRUNTON zaś sądzi, że pod wpływem powietrza następują zmiany chemiczne znajdujących się w jamie brzusznej albumoz i dzięki temu zwiększone tworzenie się antytoksyn. (Med. Soc. Lond. Pos. 27. II. 98).

= W akad. lek. par. oświadczył RICHE, że na podstawie danych statystycznych zgadza się ze zdaniem LANCERAUX'a, że marskość wątroby zależy od nadmiernej spożywania wina, nie zaś alkoholu, sądzi jednak, że szkodliwym czynnikiem w winie nie są sole potasowe, zawarte w niem w bardzo małej ilości, lecz kwasy, które, jak wykazał BOIX, mogą powodować marskość wątroby. (Pos. 22. III. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa sanatoryjów ludowych dla suchotników w Niemczech szybkim postępuje krokiem. W ostatnich dniach otwarto tam trzy takie zakłady, liczne zaś stowarzyszenia filantropijne zajęte są budową nowych sanatoryjów, które wkrótce powstać mają. U nas ta paląca sprawa oddawna pozostaje, niestety, tylko na papierze.

— W uniwersytetach szwajcarskich na wydział medyczny uczęszczało w roku bieżącym: w Bazylei 137 mężczyzn i 4 kobiety, w Bernie—148 męż. i 41 kob., w Genewie — 185 męż. i 86 kob., w Lozannie—105 męż. i 39 kob., w Zurychu—216 męż. i 124 kob. Większość studentek pochodziła z Rosji.

— Prof. MIKULICZ mianowany został honorowym doktorem uniwersytetu E-dynburskiego.

— Zmarli. W Warszawie Juliusz KWAŚNIEWSKI, b. inspektor lekarski gub. Lubelskiej, w 64 roku życia.

W Wrocławiu znakomity botanik prof. Ferdynand COHN w 70-ym roku życia.

W Wiedniu prof. DITTEL, znany urolog, sędziwy prezes honorowy towarzystwa lek. wied., w 83 roku życia.

Od Administracyi.

Administracja „Medycyny“ przeniesiona została na ulicę ŻŁOTĄ Nr. 14, mieszk. 3.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów katalog dzieł francuskich księgarni G. Sennewalda.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 30 Июля 1898 г.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.