

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y:

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

TREŚĆ: Z pracowni farmakologicznej prof. Dogiela w Kazaniu. O wpływie nagłej zmiany ciepłoty na serce i o działaniu w ogóle ciepłoty na wywołanie spokoju serca. Przez M. ARISTOWA. — Rozprawy. Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zbieżności mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Wągr w przedniej komórcie oka. — Odcinek. PETERSEN'A, Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHÉ. (c. d.) — Streszczenia i wyciągi. Samoistne zgrubienia błony śluzowej jamy ustnej. — Zawiadomienie od Redakcyi o wydawnictwie Rocznika medycyny polskiej.

Z PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ

prof. J. DOGIELA w Kazaniu.

O wpływie nagłej zmiany ciepłoty na serce i o działaniu w ogóle ciepłoty na wywołanie spokoju serca ¹⁾.

Przez M. Aristowa.

Wiadomo, że skurcze serca w skutek podwyższenia prawidłowej ciepłoty ustroju się przyspieszają, wskutek niżenia zaś jej, — zwalniają. Automatyczne skurcze serca, przy ciepłocie niżej 0° i między + 36 i + 40° C. zwalniają się aż do zupełnego spokoju; działając nanowo ciepłotą prawidłową lub drażniąc elektrycznością takie serce, otrzymujemy ponowne jego skurcze, jak SCHELSKE ²⁾ wykazał. Spokój serca, wedle poszukiwań CYON'A ³⁾, nie zawsze następuje przy 0° C.; niekiedy ma to miejsce dopiero przy — 4° C. Tem więcej wahań w nastąpieniu spokoju serca spostrzegamy przy wyższej ciepłocie. CYON, zapomocą osobnego przyrządu, zbudowanego wedle podań C. LUDWIG'A, starał się dokładniej zbadać wpływ zmian ciepłoty na ilość, trwanie i siłę skurczów sercowych. Lecz jego doświadczenia dotyczą przedewszystkiem wpływu stopniowych zmian ciepłoty na serce, a mniej zwracają uwagi na działanie szybkiego przejścia od niskiej do wysokiej ciepłoty i przeciwnie. Zresztą odnośnie do ostatniego pytania znajdujemy w jego pracy następujące podania: ⁴⁾. 1. „Jeżeli serce, które się dotąd

¹⁾ Pracę tę podajemy w tłumaczeniu z nadesłanego nam rękopisma rosyjskiego (R).

²⁾ SCHELSKE. *Ueber die Veränderungen der Erregbarkeit durch die Wärme.* Heidelberg 1860.

³⁾ E. CYON. *Ueber den Einfluss der Temperaturänderungen auf Zahl, Dauer und Stärke der Herzschläge.* Berichte der Königlich Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften 1866.

⁴⁾ 1. Kommt das Herz, welches bisher bei einer Temperatur von 20° bis 22° schlug, plötzlich mit Serum und Luft von 0° in Berührung, so sinken die Excursionen, die Bewegungen werden wurmförmig, und das Herz dehnt sich allmählig bedeutender aus, als dieses beim allmäh-

kurczyło przy ciepłocie od $20-22^{\circ}\text{C}$., nagle zetknie się z surowicą i powietrzem o ciepłocie 0° , to siła skurczów jego się zmniejsza, ruchy stają się robaczkowatemi, serce powoli daleko więcej się rozszerza, jak to spostrzegamy przy powolnem przejściu do niskiej ciepłoty. Jeżeli następnie serce kilka minut pozostaje w niskiej ciepłocie, to siła jego skurczów staje się coraz większą, tak że serce w ten sposób się zachowuje, jakoby powoli było oziębiane. 2. Jeżeli serce, które przez dłuższy czas w ciepłocie 0° lub niżej zera się znajdowało, nagle zetknie się z surowicą i powietrzem $+40^{\circ}\text{C}$., to wykonywa szereg tak szybko po sobie następujących skurczów, że ostatecznie przechodzi w tężec; ten tężec przychodzi do skutku w ten sposób, że następujące podrażnienie wprzód się zjawia, zanim skurcz odpowiadający poprzedzającemu podrażnieniu się skończył. Następujące po sobie skurcze przedstawiają ten sam obraz, jak mięsień, który był w tężec wprowadzony zapomocą chwilowych bodźców następujących po sobie w krótkich odstępach czasu. Taki tężec serca trwa najwyżej 15 do 30 sekund. Jeżeli serce pozostaje nadal pod wpływem wyższej ciepłoty, to w przeciągu $1\frac{1}{2}-2$ minut przechodzi ono wszystkie te rodzaje skurczów, jakie spostrzegamy przy powolnem ogrzewaniu. 3. Zupełnie innym jest obraz, z jakim się spotykamy, jeżeli serce po ciepłocie prawidłowej nagle się zetknie z surowicą i powietrzem $+40^{\circ}\text{C}$. Skurcze jego nie stają się coraz częstszemi i mniejszemi, jak to widzimy przy powolnem ogrzewaniu, lecz wielkiemi i rzadkiemi. Kształt krzywych, jakie manometr rysuje, podobnym jest do tych, jakie otrzymujemy drażniąc nerw błędny przy ciepłocie prawidłowej. Pojedyncze skurcze kończą się daleko prędzej, niż te, które wykonywa serce oziębione i są przedzielone wielkiemi przestankami. Ten sposób kurczenia się trwa 1 do 2 minut. Jeżeli po przejściu tego

ligen Uebergang in die niedere Temperatur zu geschehen pflegt. Verweilt nun das Herz einige Minuten in der niedern Temperatur, so wird der Umfang der Herzbewegungen wieder grösser, so dass sich das Herz so verhält, als ob es allmählig abgekühlt wird. 2. Wenn ein Herz, das längere Zeit auf oder unter 0° gehalten wurde, plötzlich mit Serum und Luft von 40° berührt wird, so führt es eine Reihe von so rasch auf einander folgenden Schlägen aus, dass es schliesslich in einen Tetanus verfällt; dieser Tetanus kommt dadurch zu Stande, dass der jedesmal folgende Reiz früher erscheint, bevor die dem Vorhergehenden entsprechende Zuckung wieder abgelaufen ist. Die auf einander folgenden Zuckungen bringen ganz dasselbe Bild hervor, welches ein Muskel bietet, der in Tetanus versetzt wurde, durch momentane Reize, die in kürzern Zeiträumen auf einander folgten. Dieser Tetanus hält am Herzen höchstens 15 bis 30 Secunden an. Bleibt von nun an das Herz noch der höhern Temperatur ausgesetzt, so durchläuft dasselbe in $1\frac{1}{2}$ bis 2 Minuten alle diejenigen Schlagarten, welche es bei allmählicher Erwärmung darzubieten pflegt. 3. Wieder anders ist die Erscheinung, welche sich darbietet, wenn das Herz von der Normaltemperatur aus plötzlich mit Serum und Luft von 40° umspült wird. Statt dass die Schläge, wie es bei allmählicher Erwärmung der Fall, sogleich häufiger und kürzer ausfallen, werden sie nun gross und selten. Die Form der Curven, welche das Manometer anschreibt, gleicht ganz derjenigen, die man durch Reizung des Vagus bei der Normaltemperatur erhält. Die einzelnen Schläge laufen nämlich viel rascher ab, als diejenigen, welche das abgekühlte Herz ausführt, und sie sind durch grosse Pausen von einander getrennt. Diese Art zu schlagen erhält sich 1 bis 2 Minuten hin. Ist diese Zeit verflossen und bleibt alsdann das Herz noch in der hohen Temperatur, so durchläuft es wiederum die Bewegungsarten, welche uns von der allmählichen Erwärmung her bekannt sind.

czasu serce nadal pozostaje w wysokiej ciepłocie, to przechodzi znów te rodzaje skurczów, które spostzegaliśmy przy powolnem jego ogrzewaniu”.

BOWDITCH ¹⁾ nie wiele więcej powiedział niż przed nim było wiadomo o wpływie ciepłoty na serce. Daleko więcej faktów odnoszących się do wpływu nagłej zmiany ciepłoty na serce znajdujemy w pracy LUCIANI’EGO ²⁾, lecz i ten badacz zwraca więcej uwagę na zmiany rytmu, siły i trwania pojedynczych skurczów serca, niż na inne zmiany czynności tego narządu przy nagłym przejściu z jednej do drugiej ciepłoty. Oto wszystko, co pod tym względem znajdujemy w piśmiennictwie. Ze wszystkich przytoczonych prac możemy wyprowadzić ten ogólny wniosek, że serce znajdując się pod wpływem wyższej ciepłoty, niż prawidłowa, częściej się kurczy, a przy niższej, ruchy swe zwalnia. Wyjątek pod tym względem stanowi spostrzeżenie CYON’A (§ 3), który przy szybkim przejściu od ciepłoty prawidłowej do $+40^{\circ}\text{C}$., widział w początku działania zwolnienie, zamiast zwykłego przyspieszenia ruchów sercowych.

Ażeby bliżej zbadać zmiany skurczów sercowych pod wpływem nagłego przejścia z jednej ciepłoty do drugiej, za radą prof. J. DOGIEL’A wykonałem nowe doświadczenia nad sercem żaby; prócz tego zwróciłem uwagę na spokój serca spowodowany działaniem ciepłoty. Doświadczenia moje robiłem w ten sposób, że po otworzeniu klatki piersiowej i oddaleniu osierdzia (*pericardium*) wycinałem serce, starając się zachować w całości komórkę, przedsionki i część wielkich naczyń krwionośnych dostateczną do wygodnego przenoszenia serca z jednego miejsca na drugie. Następnie wycięte serce poddawałem działaniu nagłego przejścia z jednej do drugiej ciepłoty. W tym celu stosowałem lód i ogrzaną wodę. W kawałku lodu robiłem zagłębienie dla wygodnego włożenia serca. Na tymże stole na którym znajdował się lód, woda ogrzewała się w parownicze od $+20$ do $+67^{\circ}\text{C}$. W wodzie znajdował się szklanny trójnóg z szkiełkiem zegarkowem, na którym umieszczałem serce. Ciepłotę wody mierzyłem termometrem GEISSLER’A, którego dokładność wprawdzie sprawdziłem. Gdy wycięte serce kurczyło się jednakowo, wkładałem je do ogrzanej do pewnego stopnia wody i następnie oznaczałem zapomocą chronometru, ile sekund przejdzie, zanim serce dwa razy się skurczy. Oznaczywszy ilość sekund starałem się szybko przenieść serce na lód i nanowo oznaczyć ilość sekund dla dwóch skurczów serca. Tak samo postępowałem z sercem, które naprzód kładłem na lód a następnie przenosiłem do ogrzanej wody. Przy tem zwracałem uwagę nie tylko na częstość skurczów, lecz na ich siłę, trwanie, spokój serca i na zupełną utratę kurczliwości, starając się wyjaśnić przyczynę wszystkich tych zmian w czynności serca.

Wycięte serce żaby i pogrążone w wodę ogrzaną kurczy się częściej,

¹⁾ BOWDITCH. *Ueber die Eigenthümlichkeiten der Reizbarkeit, welche die Muskelfasern des Herzens zeigen. Arbeiten aus der physiolog. Anstalt zu Leipzig 1872.*

²⁾ LUCIANI. *Eine periodische Function des isolirten Froschherzens. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig 1873.*

niż przy działaniu ciepłoty prawidłowej; to przyspieszenie jest tem znaczniejsze, im wyższą jest ciepłota wody. Przeciwnie to samo serce, umieszczone na lodzie, szybko zwalnia swe ruchy aż do zupełnego spokoju. Najprzód przestaje się kurczyć komórka, a następnie przedsionki. Częstość skurczów sercowych w wodzie ogrzanej i na lodzie ma się w odwrotnym stosunku do siły i trwania pojedynczego skurczu serca; to samo widzieli CYON i LUCIANI. Serce, które przestało bić na lodzie, poddane nanowo działaniu ciepłoty prawidłowej, dłużej zachowuje własność ponownego kurczenia się, niż serce, które przeszło do spokoju pod wpływem wody ogrzanej do pewnego stopnia. Spokój serca, zarówno w ogrzanej wodzie, jak i na lodzie gdy ono nie straciło jeszcze własności kurczenia się przy innych warunkach, następuje więcej w stanie jego rozkurczu (*diastole*); serce zaś, które pod wpływem ogrzanej wody straciło własność kurczenia się, znajduje się w stanie skurczu (*systole*, pośmiertnego stężenia). Spokój serca pod wpływem wody ogrzanej lub lodu nie jednakowo szybko występuje u rozmaitych egzemplarzy. Szybkość, z jaką następuje spokój, zależy poczęści od różnicy ciepłoty, jak to widzimy z następującej tablicy:

Ciepłota wody.

Liczba sekund od pogrążenia serca
do nastąpienia spokoju serca.

65 do 63° C.

od 0" do 10"

50°

„ 25" do 70"

45°

„ 65" do 80"

40°

„ 125" do 270"

35°

330"

30°

620"

Tablica ta pokazuje, że spokój następuje szybciej przy podwyższeniu ciepłoty od + 30° do + 65° C., lub odwrotnie; ta zmiana w biciu serca występuje tem później, im ciepłota wody będzie niższą; lecz to ma miejsce tylko do pewnej granicy, po za którą występuje przeciwne zjawisko, a mianowicie, im więcej ciepłota wody zbliża się do 0°, tem szybciej występuje zwolnienie skurczów serca i wreszcie jego spokój. Spokój serca może zależeć od działania wysokiej lub niskiej ciepłoty na przyrząd hamujący, lub na ośrodki ruchowe, lub na tkankę mięsną, lub wreszcie jednocześnie na ośrodki ruchowe i tkankę mięsną serca. Jeżeli przyjmiemy, że podwyższona lub znizona ciepłota działając na serce, podnosi do pewnego stopnia czynność przyrządu hamującego na wzór muskariny (alkaloidu muchomora, *Agarici muscarii*), to spokój serca w tym razie jest dla nas jasnym; lecz spokój ten moglibyśmy również objaśnić osłabioną czynnością ośrodków ruchowych serca i zmniejszoną kurczliwością włókien mięsnych tego narządu. Dla rozwiązania tego pytania wykonałem doświadczenia w sposób następujący.

(d. n.)

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15, 16. 17, 19—25. 34—37, 39 i 40.).

W bliskości ośrodka mowy, w dolnej części zawoju czołowego wstępującego, na wysokości podstawy zawoju czołowego średniego, leży ośrodek dla mięśni dolnych twarzowych (*facialis inferior*). Ile razy bowiem cierpiała ta część, tyle razy za życia występowały objawy drgawek lub porażenia mięśni dolnych twarzowych. Klinika więc w tym względzie najzupełniej potwierdza wyniki doświadczeń HITZIG'A, FERRIER'A i innych.

Nie ma tej jednomyślności, co do oznaczenia położenia ośrodka mięśni kończyn. BOURDON ¹⁾ na mocy 14 spostrzeżeń, zebranych przez różnych badaczy, porażenia kończyny górnej, wnosi iż nie można określić gdzie leży ośrodek mięśni tej kończyny, gdyż w 14 tych przypadkach różne miejsca obu zawojów wstępujących bywały zajęte. Do tego samego wyniku doprowadziło badanie mózgu u osób, którym odejmowano kończynę górną przed kilku lub kilkunastu laty. *A priori* należałoby przypuścić iż w przypadkach takich zawsze jedno i to samo miejsce półkuli powinno zanikać, bo zawsze jednakowa kończyna została usunięta. Tymczasem, przeciwnie, w przypadkach tych, o których niżej pomówimy, zanik obejmował różne wysokości zawojów wstępujących. Ośrodek więc kończyny górnej zajmowałby bardzo wielką przestrzeń. Stale jednak, zdaniem BOURDON'A, gdy obok cierpienia kończyny górnej, istniało i cierpienie twarzy tejże samej strony, zmienioną znajdowano część dolną lub średnią zawoju czołowego wstępującego, a więc część sąsiadującą z ośrodkiem mięśni twarzy. Co do ośrodka kończyny dolnej, to najprzód *monoplegia femoralis* jest bardzo rzadką. BOURDON znalazł w literaturze jeden tylko podobny przypadek, lecz i w tym nawet siedlisko cierpienia oznaczone było tylko w przybliżeniu. BECQUEREL (*Thèse de Paris 1840*) u dziecka 6-letniego, u którego za życia była porażoną kończyna dolna lewa, znalazł po śmierci gruzelki w części górnej półkuli prawej. Nie mógł więc BOURDON dla oznaczenia siedliska ośrodka mięśni kończyny dolnej, użyć sposobu porównania, jakie części *zonae motricae corticalis* były cierpiące. W braku więc spostrzeżeń porażenia ograniczonego tylko do kończyny dolnej, w których robiono badanie pośmiertne, autor zebrał tylko 3 przypadki odjęć i 1 przypadek wstrzymania rozwoju kończyny dolnej; 3 pierwsze należą do LUY'S'A, który znalazł w nich zanik części górnej zawoju czołowego wstępującego, w 4-tym LANDOUZY'EGO, zanik zajmował część górną zawoju ciemieniowego wstępującego. Jeżeli więc, wedle BOURDON'A, trudno dotychczas oznaczyć granice dla ośrodka mięśni kończyny górnej, to ośrodek mięśni kończyny dolnej leży prawdopodobnie w części górnej zawojów wstępujących.

¹⁾ *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres. Bulletins de l'Académie de Paris. Nr. 43. 1877.*

Więcej stanowczym w oznaczeniu położenia ośrodków mięśni kończyn jest prof. CHARCOT. W pracy swej napisanej wraz ze swym internem PITRES'EM ¹⁾ zebrał on około 40 spostrzeżeń, których większość przytoczyliśmy. Jeżeli czytelnicy z uwagą przejrzeliby przypadki przez nas opisane, to sami już prawdopodobnie z góry doszli do takich samych wyników jakie podaje CHARCOT (l. c. Nr. 6 str. 447—457). Widzieliśmy przypadki w których za życia porażoną była tylko twarz a kończyny zupełnie zdrowe; badanie pośmiertne odkrywało w nich zawsze cierpienie $\frac{1}{3}$ dolnej zawojów wstępujących. Przeciwnie w innych cierpiały obie kończyny a twarz była zdrowa, zmiany wtedy dotyczyły część górną zawojów wstępujących lub zrazik przyśrodkowy. Jeżeli w skutek rozszerzenia się tego samego cierpienia, do porażenia lub drgawek istniejącego już w twarzy, przyłączyło się porażenie kończyny, to była porażoną zawsze najpierw kończyna górna, a nigdy dolna, która stopniowo dopiero wtedy zostawała zajęta, gdy górna oddawna już była bezwładną. W zapaleniu osłon mózgowych np. gruźliczem gdzie, jak wiadomo, zapalenie postępuje z dołu w górę: od podstawy na wypukłość mózgu, zawsze najpierw powstaje porażenie twarzy, a potem kolejno kończyny górnej a w końcu kończyny dolnej. Tak samo w pewnych cierpieniach korowych, z początku *aphasia* jest sama, a jeżeli dołączy się do niej jakie porażenie, to zawsze jest niem porażenie twarzy, potem kończyny górnej a w końcu dolnej. Ponieważ bywają przypadki porażenia obu kończyn bez porażenia twarzy, porażenia samej twarzy, porażenia twarzy i kończyny górnej, a nigdy nie spotykamy porażenia twarzy i kończyny dolnej, bez porażenia kończyny górnej (wyjątek, gdy istnieją 2 oddzielne ogniska chorobowe), to nie naturalniejszego jak wniosek iż ośrodek mięśni kończyny górnej musi leżeć w bliskości z jednej strony ośrodka mięśni twarzy, a z drugiej strony blisko ośrodka mięśni kończyny dolnej; a więc między temi dwoma ośrodkami, a bliżej określając, za czem mówią przypadki *monoplegiae brachialis*, w $\frac{1}{3}$ średniej zawoju czołowego wstępującego. To samo widzieliśmy w przypadkach padaczki miejscowej. Gdy drgawki zaczynały się w twarzy, to cierpiały zawoje *zonae motriccae corticalis* leżące blisko rowka SYLWIUSZA; gdy drgawki zaczynały się lub przewagały w kończynie górnej, cierpienie było na wysokości podstawy zawoju czołowego średniego; wreszcie przy drgawkach zaczynających się w obu kończynach jednocześnie, znajdowano zmienionemi części górne *zonae motriccae corticalis*.

CHARCOT więc opierając się na spostrzeżeniach klinicznych umiejscawia ośrodki ruchowe u człowieka w ten sposób: W części dolnej zawoju czołowego wstępującego leży ośrodek dla mięśni dolnych twarzy. W części średniej zawoju czołowego wstępującego, ośrodek oddzielny dla mięśni kończyny górnej. W $\frac{1}{3}$ górnej zawoju czołowego wstępującego, $\frac{2}{3}$ gór-

¹⁾ CHARCOT et PITERS. *Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau. Observations relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine corticale. Revue Mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. Nr. 1—6.*

nych zawoju ciemieniowego wstępującego i w zraziku przysrodkowym, leży ośrodek wspólny dla obu kończyn. Wedle CHARCOT'A, nie wiadomo jeszcze obecnie gdzie leży ośrodek oddzielny dla mięśni kończyny dolnej przeznaczony.

Co do ośrodka ruchowego innych mięśni, to ponieważ „zawoje mózgowe są początkiem i końcem wszystkich nerwów ciała” (MEYNERT), muszą one istnieć. U zwierząt fizjologia doświadczalna wykryła już ich kilka. U człowieka z powodu względnej nowości kwestyi pobudliwości kory mózgowej, istnieje zamało spostrzeżeń by z nich można już wnosić o położeniu ośrodków dla każdego nerwu. Wiemy dzisiaj np. iż przy cierpieniach istoty szarej korowej, bywa porażenie mięśnia unoszącego powiekę górną (*m. levator palpebrae superioris*), to jest, porażenie ograniczone do jednej tylko z 5 gałęzi nerwu okoruchowego wspólnego (*n. oculomotorius*). Ta *blepharoptosis paralytica cerebralis* bywa sama, lub w połączeniu z *mono—* lub *hemiplegią* i zawsze po stronie przeciwnej ciała cierpienia mózgowego. Wbrew więc pojęciom, które przed kilku jeszcze laty były panującami w nauce, jeśli porażenie jest ograniczone do jednej np. gałęzi jakiego nerwu, to nie dowodzi to bynajmniej, jak sądzono dawniej, iż przyczyna chorobowa działa obwodowo. Porażenie mięśnia unoszącego powiekę górną może być zarówno pochodzenia obwodowego [gościec (*rheumatismus*), przymiot (*syphilis*)] jak i ośrodkowego; w pierwszym tylko razie porażenie jest po tej samej stronie co i przyczyna, a przy porażeniu pochodzenia ośrodkowego (korowego), cierpienie kory jest po stronie przeciwnej porażenia. Inne różnice zobaczymy niżej. Możliwość występowania porażenia ograniczonego tylko do jednej gałęzi 3-iej pary nerwów mózgowych przy cierpieniach korowych, czyż nie dowodzi iż gałąź ta bierze początek gdzieindziej, niż inne gałęzie tejże pary. Klinika więc może oddać usługi i histologii. To samo widzieliśmy dla 7-iej pary. Przy cierpieniach bowiem korowych, cierpienie nerwu twarzowego (*n. facialis*) we wszystkich przypadkach, bywa ograniczone tylko do gałęzi tego nerwu, udających się do mięśni dolnych twarzy (*n. facialis inferior*). Jeśli wolno nam zrobić porównanie, to przebieg nerwów w ciele ludzkim, porównalibyśmy do drzewa: w obu wszystkie części są zebrane wpośrodku, a rozdzielają się na dwóch końcach.

W obecnym stanie nauki trudno jest oznaczyć miejsce istoty szarej korowej, gdzie znajduje się ośrodek mięśnia podnoszącego powiekę górną, liczba bowiem spostrzeżeń w tym celu zużytkować się dających jest jeszcze bardzo ograniczoną, a co najgorzej, iż jedne z nich zaprzeczają wprost drugim.

I. GRASSET ¹⁾). Do kliniki lekarskiej w Montpellier przyniesiono mężczyznę 26-letniego pogrążonego w zupełnej prawie śpiączce (*coma*). Przy silnem drażnieniu otwierał on oczy, mrużąc niezrozumiale. Oprócz ogólnej nadczułości (*hyperaesthesia generalis*), nie znaleziono u niego nic nieprawidłowego. Wieczorem następnego dnia pokazało

¹⁾ *Progrès médical* 1876. Nr. 21 str. 406.

się porażenie m. unoszącego powiekę górną lewą. 4 go dnia śmierć. Przy badaniu pośmiertnem: *meningitis diffusa convexitatis*, wysięk szczególnie był obfitym na końcu górnym rowka równoległego skroniowego prawego, zajmując przyległy rowkowi zawój kątowy na rozciągłości $1\frac{1}{2}$ ctm. kwadratowego. Pień i gałęzie 3-ej pary były zupełnie zdrowe. Wedle tego przypadku, ośrodek dla mięśnia unoszącego powiekę górną strony przeciwnej, byłby w zawoju kątowym; na nieszczęście niepotwierdzają tego wszystkie inne przypadki.

II DUSSAUSSEY ¹⁾ na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego 8 Grudnia 1876 przedstawił mózg mężczyzny 35 letniego z oddziału d-ra MILLARD'A u którego w 5 dni po porażeniu kończyn prawych, nastąpiła stopniowo niemota (*aphasia*), porażenie twarzy dolnej prawej i opadnięcie powieki górnej prawej. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ropień w zrazie ciemieniowym lewym, który zniszczył głównie zawój ciemieniowy górny, dotknął część górną zawoju ciemieniowego wstępującego: ciemieniowy dolny.

III ²⁾. Opadnięcie powieki górnej prawej (*ptosis*) z porażeniem częściowem ruchu, kończyny górnej prawej w skutek rany poprzecznej, długości $1\frac{1}{2}$ cala, zajmującej okolice tylną czaszki nieco na lewo od linii środkowej. Wedle danych topografii, zranienie dotknęło zawoje otaczające część górną rowka skroniowego równoległego.

IV. LANDOUZY ³⁾. U wyrobnika zmarłego na klinice prof. HARDY'EGO w przebiegu durzycy brzusznej (*typhus abdominalis*) istniało za życia opadnięcie powieki górnej lewej którego powodem, jak okazało badanie pośmiertne, był nowotwór wielkości grochu na części średniej zawoju ciemieniowego górnego prawego.

V. JOANNY RENDU ⁴⁾ w przypadku porażenia połowicznego lewego (*hemiplegia sinistra*) z zupełnem opadnięciu powieki górnej tejże samej strony, znalazł po śmierci obumarcie (*ramollitio*) długie 25 μ , a 10—12 μ szerokie, w $\frac{1}{3}$ dolnej zawoju ciemieniowego wstępującego i podstawy zawoju czołowego dolnego; na zasadzie tego spostrzeżenia ośrodek w mowie będący usadowia w części najniższej-zawoju ciemieniowego wstępującego.

VI. LANDOUZY (*l. c.* str. 8). U kobiety 56-letniej z oddziału HARDY'EGO, istniało opadnięcie powieki górnej lewej, porażenie części dolnej twarzy lewej i porażenie połowiczne lewe, całkowite lecz niezupełne, które przyszło powoli, nadto zwrócenie głowy (*rotatio capitis*) na lewo. Przy badaniu pośmiertnem: na części górnej zawoju skroniowego liczne ogniska rozmiękczenia w skutek *meningo-encephalitis*. Ognisko wielkości 20 centymów które zniszczyło istotę szarą i białą podstawy zawojów czołowych średniego i dolnego prawych i przyległe im części zawoju czołowego wstępującego. Część dolna włókien białych zawoju ciemieniowego wstępującego również zniszczona, jako też część przyległa zawoju ciemieniowego dolnego.

W przytoczonej dopiero co pracy LANDOUZY'EGO, znajduje się zebranych 10 przypadków porażenia mięśnia unoszącego powiekę górną. Wspólną częścią cierpiącą w przypadkach tych była część tylna zrazu ciemieniowego; tam by więc prawdopodobnie powinien leżeć ośrodek dla tego mięśnia.

¹⁾ *Progrès médical* 1877. Nr. 12 str. 233.

²⁾ *The British medical Journal*. Octobr. 1876.

³⁾ LANDOUZY. *De la blépharoptose cérébrale (paralysie dissociée de la 3-me paire) et de son importance au point de vue anatomique et clinique*. *Archives génér. de médecine*. Août. 1877 i osobna odbitka. Paris 1877 str. 7.

⁴⁾ *Lyon médical* t. XXIV. 1877. Nr. 13. str. 446.

Winniśmy dodać iż w wielu razach, *blepharoptosis* może być prześlępioną za życia, bo brak zupełnie zaburzeń ocznych i że mimo porażenia mięśnia podnoszącego powiekę górną, chory może ją trochę podnosić przez kurczenie mięśnia czołowego i marszczącego brew, a które jako unerwiane przez *n. facialis superior*, zachowały swą czynność najzupełniej. Nie wiadomo czy przeoczeniem, czy też innemi powodami, należy tłumaczyć brak porażenia powieki górnej przy cierpieniach t. z. ukrytych (*latentes*), których kilka przykładów przytoczyliśmy na początku. Nie było go także w ciekawym przypadku przedstawionym Towarzystwu Anatomicznemu Paryżkiemu na posiedzeniu 23 Listopada 1877 przez d-ra C. GALLOPAIN'A ¹⁾. Mimo braku zupełnego zawoju ciemieniowego dolnego i kąтового po stronie prawej, za życia nie dostrzeżono żadnego zaburzenia w czynności powieki górnej lewej. W przypadku tym, ośrodek, gdyby jego siedliskiem był w istocie jeden z tych brakujących zawojów, mógł być zastąpionym przez ośrodek drugiej półkuli, lub inne miejsce tejże samej półkuli.

Nie wiadomem jest siedlisko u człowieka ośrodka dla mięśni obracających gałki oczne. Że on istnieje, tak samo jak u zwierząt, dowodzi tego najlepiej częstość obrotu głowy (*rotatio capitis*) i zwrócenia oczów (*deviatio oculorum*) przy cierpieniach istoty szarej korowej. LANDOUZY ²⁾ w 43 przypadkach *meningitis tuberculosae*, widział 11 razy obrót głowy i oczów. Objaw ten, przy cierpieniach kory mózgowej, tłumaczono dawniej pobudzeniem zdaleka (*à distance*) części środkowych mózgu lub początków nerwów kierujących temi ruchami (BROWN-SÉQUARD, PRÉVOST) (*l. c.*). Dzisiaj tłumaczy się obrót głowy i oczów, bezpośrednio drażnieniem kory. Wiadomo, iż zazwyczaj, obrócenie to jest takie iż „chorzy patrzą w stronę cierpienia mózgu” a rzadziej „w stronę kończyn porażonych”. Dla wytłumaczenia tej różnicy LANDOUZY (*l. c.* str. 82) przypuszcza, iż w pierwszym razie obrócenie zawisło od podrażnienia ośrodka w półkuli cierpiącej, w drugim od działania półkuli zdrowej, której ośrodek mięśni obrotowych głowy i oczów, zostaje bez przeciwnika.

W części klinicznej, mówiliśmy dotychczas wyłącznie o objawach ruchowych. Co do czuciowych, to klinika jest w niezgodzie z wynikami doświadczeń FERRIER'A, MUNK'A a w części i HITZIG'A, iż zrazy tylne półkul są ośrodkami czucia ogólnego i swoistego. Są przypadki, i kilka z nich przytoczyliśmy wyżej, zniszczenia chorobowego płatów tylnych, a za życia jednak nie widziano w nich żadnych zaburzeń czuciowych. Ostateczne rozstrzygnięcie tego pytania musimy zostawić dalszym spostrzeganiom.

Zrazy przednie półkul mózgowych, uważają powszechnie za siedlisko władz umysłowych.

Bądź co bądź, mimo braków ogromnych jakie pozostają do zappełnie-

¹⁾ *Progrès médical*. 1878. Nr. 2 str. 28.

²⁾ LANDOUZY. *Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*. Paris 1876. str. 79.

nia, z tego wszystkiego cośmy powiedzieli w części I widzimy, iż w niektórych przypadkach możemy rozpoznać za życia nietylko to, iż cierpi istota szara korowa półkul mózgowych, ale nadto i to, która część tej istoty uległa zmianie chorobowej.

KONIEC CZĘŚCI PIERWSZEJ.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Wągr (*cysticercus*) w przedniej komórce oka.

W ostatniem sprawozdaniu naszym z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego (Nr. 40 z r. b.) pominęliśmy przypadkiem bardzo ciekawy przypadek zakomunikowany przez kolegę JODKO. Przed sześciu mniej więcej tygodniami przedstawiła się w ambulatorium Instytutu Oftalmicznego, kobieta około 25 lat mieć mogąca, u której spostrzeżono w przedniej komórce prawego oka pęcherzyk wpółprzezroczysty, który się samodzielnie kurczył, rozciągał i zmieniał swe kształty. Wielkość jego wyrównywała szerokości tęczówki. Leżał on w dolnej połowie przedniej komórki ale zmieniał swe położenie za przekrzywieniem głowy na dowód, że nigdzie nie był stale przytwierdzony. Był to wyraźnie wągr, z szyjką obróconą ku tyłowi, opierającą się o tęczówkę, która przez cały ciąg kilkotygodniowego spostrzegania ciągle była wsunięta i nigdy na zewnątrz się nie okazała. Oko było zresztą zdrowe, rogówka jego zupełnie przezroczysta, a chora doznawała tylko bólów, usprawiedliwiających się należycie podrażnieniem tęczówki. Rzecz ciekawa że była ona poprzednio już dwa razy w Instytucie leczona na zapalenie dolnej połowy tęczówki, tak iż można było mniemać, że wówczas już w jednym z naczyń podrażnionej tęczówki spoczywał zarodek węgry i że obecnie dopiero wysunawszy się do przedniej komórki w niej się przyzwicił i rozwinął. Usunięcie wnętrznika tego z przedniej komórki w powyższych warunkach było nader łatwem, ale mając go tak szczęśliwie pod ręką, postanowiono przekonać się, czy by nie dało się usmiercić go w inny jaki sposób. Gdyby się to powiodło, to można by sposobu tego użyć następnie przy węgrach pod siatkówką lub w cieple szklistem nieraz przemieszkujących, gdy zagrażają prawie nieuchronną zagładą wzroku. Przystąpiono więc do katagorycznych doświadczeń: wkraplano do oka wszelkie znane przeciwrobacze środki, lub zadawano je do wewnątrz, a gdy to wszystko pokazało się płonnem, postanowiono węgry z a s z t y l e t o w a ć. W tym celu wprowadzono igłę lancetową do przedniej komórki oka, przeszło nawskroś pęcherzyk, tak iż koniec igły drugą stroną z niego wychodził; lecz i to pozostało bez skutku. Żyłko poruszało się jak dawniej, jak gdyby mu nic nie zrobiono złego. W kilka dni zatem powtórzono s z t y l e t o w a n i e, starając się dotknąć igłą szyjki; gdy i teraz operacja nie wypadła pomyślniej, przecięto wreszcie obszerniej nieco brzeg rogówki, w następstwie czego i pęcherzyk wraz z cieczą wodnistą odpłynął. Schwytano go też zrazu troskliwie w szklan-

kę ciepłej wody i przekonano się że i w niej jeszcze wykonywał swe ruchy. Nareszcie przechowano go w glicerynie, gdzie tak się dobrze zakonserwował, iż można go było okazać bynajmniej nie zmienionym, pod drobnowidzem na posiedzeniu Towarzystwa.

* *
*

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 38).

Bożek poezji i muzyki Apollon był także opiekunem sztuki leczenia, która też starannie była uprawiana w jego świątyniach, a najwięcej w Delos. W późniejszych czasach, w Grecji najsłynniejsze świątynie, w których leczeniem się zajmowano, poświęcone były Asklepios'owi; pomiędzy niemi pierwsze miejsce zajmowały świątynie w Kos, Knidos, Epidauros i Pergamus. Wszystkie one były w pięknym klimacie położone, na wzgórzach i w gajach i miały w bliskości źródła ciepłe.

Nikomui nie wolno było zbliżyć się do świątyni, kto wprzód nie przygotował się do tego przez odpowiednie modły i rozmaite ceremonie. Przygotowanie takie chorych polegało na kilkodniowych postach, kąpielach, na składaniu ofiar i odprawianiu modlitw; po takich dopiero przygotowaniach, wprowadzano chorego do miejsca świętego, wśród rozmaitych uroczystych i tajemniczych ceremonij, przy dźwięku muzyki i śpiewu. Tutaj dopiero przygotowywano dla niego łoże z runa poświęcanego barana, na którym miał on w obecności bóstwa noc przepędzić; we śnie miało mu się bóstwo ukazać i udzielić radę, jak miał chorobę swoją wyleczyć. Bardzo wielka była ilość chorych, których bóstwo od cierpień uwolniło i którzy świątynię z wdzięcznością opuścili. Później weszło w zwyczaj, zwłaszcza w Kos i Knidos, że ryto na metalowej tablicy nazwiska uzdrowionych osób, oraz chorób i sposobu w jaki wyleczone zostały; zbiór ten tak zwanych *tabulae votivae* stanowił materjał do ułożenia prawdziwej empirycznej medycyny na owych wyspach; miało to miejsce zwłaszcza wtenczas, kiedy kapłani ulegając duchowi czasu, porzucili do pewnego stopnia tajemnicze obrzędy i przyjmowali na naukę, chciwych wiedzy uczniów, którzy do ich kasty nie należeli. Takim sposobem powstał w świątyni w Kos bohater starej doświadczalnej medycyny HIPPOKRATES. Ale nawet za jego czasów, jeszcze utrzymywała się w wielu miejscach teurgia świątyn bez żadnych zmian, a nawet potężny rozwój umysłowy w Grecji, który się w tak wysokim stopniu od teozoficznych poglądów uwolnił i naturalne zasady i prawa postawił, nie mógł wytepić wiary w cudowność medycyny świątyn. Wkrótce jednak życie umysłowe w Grecji chyliło się ku upadkowi; pod wpływem rozszerzającego się obskurantyzmu liczne nasiona pogrzebane zostały i kiełkować zaczęły dopiero po upływie wielu wieków, za czasów odrodzenia.

Wprawdzie światło wiedzy Aleksandryjskiej rozświeciło nieco ciemnotę, ale udało jej się to tylko na czas krótki. Wkrótce i w Aleksandryi zapanowała teozoficzna mistyka a nowoplatońska szkoła stworzyła przez PLOTINUS'A i innych pod wznowionym wpływem persko-egipskiej magii, i judajskiej *kabbali* kompletny teozoficzny systemat, w którym dawała się

jednak dostrzegać pewną panteistyczną tendencyjną. Starano się głównie o to, żeby przez ścisłą *askesę*¹⁾ wejść w ścisłe stosunki z duchami, o których przypuszczano iż cały świat zapełniają, albo dotrzeć do wszystko tworzących i wszystkim kierujących bóstw, żeby przez nie nabyć możliwości wykonywania cudów. Uczniowie PLOTINUS'A²⁾ dzielili magię na trzy klasy: *Teokrazją* (*Theos*-Bóg, *kratos*-potęga), w której bóstwo samo działało, *Teurgią* (*Theos* i *ergon*-dzieło) w której dobre duchy pomagały i *Goetią* (*goēs*-czarownik, oszust) w której uciekano się o pomoc do złych duchów. Nauka o lekarstwach była, obok teurgii w ścisłym związku z całą alchemią. Do dobrych duchów trafiano przez modły i askesę, do złych przez zażegnania i ofiary. Przy eksorcyzmach główną grały rolę zagadkowe chaldejskie wyrazy, które wypisywano nad drzwiami dla uchronienia mieszkańców od przeróżnych chorób; zwyczaj ten stał się zwłaszcza ogólnym we Włoszech, gdzie silnie zakorzenione przesady i uprzedzenia w ścisłym były związku z nowo-platonizmem. Nowoplatonscy lekarze grali w Italii ważną bardzo rolę, kiedy prosta i trzeźwa sztuka lekarska grecka, z trudnością sobie tam drogę torowała.

Jak zachowywał się chrześcijaństwo względem tej ważnej strony życia starożytnych? Musiał on z powodu swojego monoteizmu nieprzyjawną postawę przybrać względem całej demonologicznej Teurgii, zasadzającej się na politeicznych pojęciach; zatem bardzo to było naturalnem, iż Kościół chrześcijański, jak tylko doszedł do władzy, zapamiętałe prześladował we wszystkich krajach barbarzyńskich, dawną medycynę świątyn i wszystkie jej podobne obrządku. Jak tylko władcy przyjęli chrześcijaństwo, wytępiać zaczęli w jego imieniu czary i czarowników, których uważano, nie bez pewnej przyczyny, za niebezpiecznych; i tak samo, jak przedtem prześladowano chrześcijan jako czarowników, a ich przywódcę uważano za judajskiego Essejczyka lub kabbalistę, tak później pod godłem chrześcijaństwa z takim samym barbarzyństwem i okrucieństwem prześladowano przedstawicieli dawnej sztuki leczenia. Sposób w jaki chrześcijaństwo zapatrywało się na złego ducha, prowadził do tego koniecznego następstwa, iż uważano demonów starej pogańskiej magii za wypędzonych aniołów, a czarowników za ludzi, którzy w ścisłych zostawali związkach z nimi i z posłusznymi im duchami. Chrześcijaństwo to był przyczyną tego strasznego prześladowania czarowników i czarownic, które się przez całe średnie wieki ciągnęło, a nawet po reformacyi w protestanckich krajach z niezmierzonym fanatyzmem w dalszym ciągu miało miejsce. Średniowieczny wymysł t. zw. *malleus maleficarum*, który zawiera kompletną patologię i terapię czarowniczą, przy czem palenie uważane było jako najlepszy i wypróbowany środek leczniczy, nosi na sobie piętno tak strasznego okrucieństwa, że pojąć łatwo dlaczego ludzie w panicznym strachu tysiącami zaprzędawali się djabłu, którego o wiele mniej złym sobie wyobrażali aniżeli Kościół.

Chrześcijaństwo jednak niemógł energicznie i skutecznie pojęcia o czarodziejstwie wytępiać, ponieważ sam dużo miał z niem wspólnego i dlatego ojcowie kościoła musieli w części przyznać Teurgii rację bytu. Prze-

¹⁾ *Atkesis* v. *ascese* wyraz grecki, oznaczał w ścisłym znaczeniu tego słowa, owo życie wstrzemięzliwe greckich atletów, przez które starali się oni nabrać odpowiedniej siły i zręczności przygotowując się do wystąpienia w igrzyskach publicznych; następnie nazywano tak wszystko, cokolwiek czyniono dla ćwiczenia się w cnotach i przygotowywania do cnotliwego i moralnego życia (G. F.).

²⁾ PLOTINUS ur. w 207 r. po nar. Chr. w Egipcie, był uczniem najznakomitszych filozofów Aleksandryjskich, był następnie nauczycielem filozofii w Rzymie; umarł 270 r. (G. F.).

cież Chrystus, równie jak wszyscy prorocy, bożką swoją siłą uzdrawiał chorych, to samo czynili jego Apostołowie przez położenie ręki i przez smarowanie maszczami i świętymi olejami; sztuka leczenia musiała zatem dla chrześcian pozostać teurgiczną sztuką tajemniczą, do której można było dojść tylko przez połączenie się z Chrystusem za pomocą modłów i postów. Wyraźny dualizm pomiędzy dobrem i złem, który w Chrześcijaństwie tak wybitnie się przedstawia, prowadzi z powodu całej nauki o cudach do pojęcia o białej i czarnej magii. Ta ostatnia polega na związku ze złym duchem, z djabłem; może ona wprawdzie pomoc przynieść, główną jednak siłę posiada w wytwarzaniu chorób; cuda i eksorcyzmy zaś są w stanie zażegnać złe duchy i wszystkie choroby i cierpienia usunąć. Sztuka lekarska uważana jest jako świętość, która tylko przez świętych może być uprawiana. Zakonnicy mieli szczególny przywilej do sztuki lekarskiej i oczywiście występowali z zasady kościelno-teurgicznej; toteż amulety i u nich były głównym środkiem do leczenia wszystkich chorób. Niektórzy święci posiadali dar leczenia pewnych chorób i to nie tylko za życia ale zwłaszcza po śmierci ich męczeńskiej. Takim sposobem powstały znane pielgrzymki do grobów kanonizowanych, albo do miejscowości które jakimkolwiek sposobem przez nich uświęcone zostały, a szczególnie do rozmaitych źródeł; a mistyczna Balneoterapia, którą Grecy w swoich świątyniach Eskulapa ugruntowali, była i dalej uprawiana, ale u źródeł chrześcijańskich świętych. Z tego uwielbiania świętych rozwinęła się zupełna teurgiczna specyjalność, tak że każdą chorobę leczył jakoby oddzielny święty i tak: Ś-ty Walenty padaczkę, S-ty Juda kaszel, Ś-ta Kłara wypływ z oczów. Wiele chorób uważano, według nauki ojców świętych, po prostu jako karę od Boga zesłaną i nie można ich było skutkiem tego inaczej leczyć, jak tylko przez rozmaite obrządki święte.

Dopóki żelazne jarzmo Kościoła katolickiego oddziaływało hamująco na rozwój każdej nauki, a w medycynie cierpiało tylko przekład niewolniczy GALEN'A, dopóty medycyna zakonników była panującą, a jakkolwiek wzbogacano ją od czasu do czasu ważnemi doświadczeniami, (zwłaszcza angielscy Benedyktyni zasłużyli sobie na wielki i zasłużony pod tym względem rozgłos); to jednak ciemnota wiary kościelnej tamowała wszelką pożyteczną działalność na tem polu. Wprawdzie zaczęły się rozwijać nauki przyrodnicze i otrzymywano przytem wyniki, które nie bardzo były zgodne z nauką kościelną; wprawdzie zaczynały już powstawać uniwersytety i szkoły lekarskie z wyraźną dążnością samodzielnego rozwijania się; jednakże skomplikowane i ciemne sprawy fizyjo-patologiczne ustroju ludzkiego, tak trudne były do wyjaśnienia, iż sprzyjały one wierze w cuda i w nadprzyrodzone zjawiska. Oprócz tego Kościół zakazał wyższemu, wykształconemu duchownemu zajmować się sztuką lekarską, skutkiem czego medycyna dostała się wyłącznie w ręce prostych i ciemnych mnichów, a chirurgia (nie uważana wówczas za świętą) poruczoną była tak zwanym łąziennym (*Bader*). Aleksianie i Cellici, dwa zakony które szczególnie zajmowały się sztuką leczenia, doglądaniem chorych i grzebaniem umarłych, byli bardzo niewykształceni. Jeszcze w XIV wieku cudowne kuracyje, zwłaszcza na grobach świętych tak były częste, że prawo kościelne o kanonizacyi wydać musiało pewne prawidła, odnoszące się do takiego cudownego leczenia: kuracyja uważana była wtenczas tylko za cud, jeżeli wyleczenie choroby uważanej za nieuleczalną w jednej nastąpiło chwili.

Nareszcie nastąpiła epoka odrodzenia. Ożywione i wyższe umysły, które się względem starych autorytetów sceptycznie zachowywały i które z utęsknieniem dociekały prawdy, której odkryć nie mogły, zaznajomiły się z greckimi uczonymi, którzy przybyli do zachodniej Europy, uciekając

z Konstantynopola, jedyne go siedliska Chrześcijaństwa, w którym przechowywała się prawdziwa nauka. Zaczęto studyjować greckich autorów w ich języku a nie, jak dawniej, w tłumaczeniach arabskich fałszywie przez chrześcijańskich scholastyków dokonanych. Cały, nieoszacowany skarb klasycznej literatury stał się przystępnym dla Europy i wkrótce prawdziwi Hippokratycy zaczęli wywierać wpływ na pojęcia o medycynie. Dzieła PLATON'A zaczęły wywierać wpływ na poglądy filozoficzno-przyrodnicze które były podstawą medycyny. Ale jakkolwiek studyja te uszlachetniająco na rozwój medycyny oddziaływały, jednakże wywierały one zarazem w epoce przejściowej wpływ odurzająco-idealistyczny, a przyrodniczo-filozoficzne, wzniosło-poetyczne spekulacje PLATON'A, zasadzające się na pojęciach panteistycznych, musiały w wysokim stopniu odcień mistyczny przetęgować. Takim sposobem wyjaśniają się mistyczne prądy w nauce, które w późniejszych czasach na drugi plan stracone zostały, ustępując miejsca trzeźwym badaniom przyrodniczym, na nowo w naukach się rozgościły. Mistyka ta jednakże, polegając na panteistycznych wyobrażeniach wychodzi poza obręb właściwej kościelno-dogmatycznej teurgii, którą się tu zajmujemy i należy do t. zw. Taumaturgii; z drugiej strony wiąże ona się tak ściśle z dogmatyką protestancką, że roztrząsać nam ją wypada razem z wpływem protestantyzmu na losy teurgii. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Samoistne zgrubienia błony śluzowej jamy ustnej (*Leucoplatia buccalis*). SCHWIMMER z Buda-Pesztu podaje w pracy swojej, pomieszczonej w 4 zeszytach z r. zeszłego i 1 z. z roku bieżącego *Vierteljahreschrift für Dermat. und Syphilis* obszerną i bardzo pouczającą rozprawę. Pod nazwą *Leucoplatia buccalis* rozumie autor to samoistne cierpienie błony śluzowej jamy ustnej, które powszechnie podają jako *ichthyosis* lub *psoriasis m. mucosae oris et linguae*. Cierpienie to przewlekłe, rzadko wprawdzie, lecz może być umiejscowione i na częściach płciowych kobiecych, i jest cierpieniem czysto miejscowym, niemającym związku z innymi cierpieniami całego naszego ustroju, i tylko w okresie najwyższego rozwoju, może mieć wpływ na nasz ustrój.

Choroba ta przedstawia się w dwojakiej postaci: 1) Albo okazują się plamy błękitnawe lub szarawe prawie srebrnej barwy pojedyncze, ściśle od zdrowej błony śluzowej odgraniczone, albo podługowate nieregularne, 1—2 ctm. szerokie, zlewające się, przyczem są one zupełnie gładkie, już też chropowate i wyniesione ponad błonę śluzową. 2) Cierpienie to przedstawia się jako rozlane białawe zabarwienie błony śluzowej, niekiedy odzielone od zdrowej błony śluzowej liniami czerwonymi, a miejscami dają się spostrzegać zgrubienia wydatniejsze (policzki i język), miejscami zrogowacenia (wargi). Jednocześnie ulegają zmianie i brodawki językowe, które przedstawiają się jako wyniosłości brodawkowate, albo też ulegają zupełnemu zanikowi.

Co się tyczy częstości tego cierpienia, to autor podaje, że na 5000 chorych spostrzeżanych w przeciągu 9 lat z cierpieniami bądź skórnymi bądź przymiotowymi — *Leucop. buccalis* widział autor u 20 osób.

Symptomatologia. Pierwsze objawy zwykle przebiegają tak powolnie, że najczęściej ani chory ani lekarz nie może oznaczyć pierwszej chwili ich powstania. Pierwszy okres choroby przedstawia się jako czerwone zabarwienie — na podobieństwo rumienia (*erythema cutis*) błony śluzowej; okres ten nazywa autor, *stadium erythematosum*. Powstają ograniczone, czerwonej barwy plamy i w skutek przekrwienia błony śluzowej następuje w głębszych warstwach nabłonkowych wysięk, skutkiem czego powstaje zgrubienie pojedynczych brodawek. W przymiocie mamy również na błonie śluzowej ograniczone przekrwienie, lecz połączone z utratą powierzchownej warstwy nabłonka. Przy *Leucoplatia* plamy czerwone zamieniają się na białawe i tworzą się warstwy ciągle wzrastające i pokrywające się, które są coraz twardsze i to trwa dopóty, dopóki nie nastąpi z początku błękitno-szarawe, pó-

źniej szare zabarwienie, powstające ze zgrubienia wysepkowatego otaczającej błony śluzowej. To jest drugi okres choroby. Zgrubienia błony śluzowej powstają na języku, policzkach i wargach.

Plamy na języku. Dopóki istnieją czerwone ograniczone plamy, dopóty nie może być mowy o ustąpieniu cierpienia, gdy zaś brak tego ograniczenia pozwala oczekiwać albo wygaśnięcia cierpienia albo bardzo tylko nieznacznego postępu. Jeżeli cały język jest pokryty, to przy istniejącem zgrubieniu jego powierzchni, można niejednokrotnie sądzić że jest to ciało obce dające się zdjąć z języka. Pomimo bardzo znacznego często rozwinięcia się tej choroby na języku, tenże rzadko tylko przedstawia znaczniejsze zgrubienie. Ważne znaczenie mają pęknięcia na języku z powodu swojej bolesności.

Plamy na policzkach. *Leucoplatia* występuje postaci plam wielkości soczewicy lub ziarna fasoli, które już to są zupełnie oddzielone od siebie, już też rozlewają się na większej lub mniejszej przestrzeni.

Plamy na wargach. Zmiany nabłonka na wargach przedstawiają się tak jak i na języku. Zniszczenia nabłonka, owrzodzenia, okazują się na plamach wargowych bardzo rzadko, lecz często powstają powierzchowne owrzodzenia uporczywie trwające i są podtrzymywane przez drażnienie pokarmami, dymem i t. p. Po długim trwaniu cierpienia na wargach, takowe okazują się mocno zgrubiałemi. Przy początku rozwinięcia się choroby niema żadnego szczególnego uczucia, później powstaje ból, przyczem powiększone ślinienie jest stałym i uciążliwym objawem. Smak nie ulega zmianie.

Przebieg i zejście. Rozróżniamy plamy z łagodnym przebiegiem, i to wówczas gdy przy kilka lat trwającem cierpieniu, choroba nie rozwija się i nie powstają owrzodzenia. Rozejście plam może mieć miejsce na drodze nieodkładania się nowych pokładów, i nie grubienia tychże. W każdym jednak razie powstaje w tych miejscach wielka skłonność do powrotu choroby.

Przejście z przebiegu łagodnego do złośliwego, ma wówczas miejsce, gdy zgrubienia nabłonkowe obumierają, grubieją i ulegają owrzodzeniu. W tych przypadkach zmiany chorobowe drążą do głębi błony śluzowej i do tkanki łącznej, a brodawki przez swój rozwój wytwarzają jakoby nowotwory. W pojedynczych przypadkach trwała *Leucoplatia* 4, 6, 8 i 10 lat bez żadnego śladu przyjmowania cech złośliwości.

Rozpoznanie. Najczęstsza zamiana *Leucop. bucc.* może mieć miejsce ze zmianami chorobowemi na błonach śluzowych przyrody przymiotowej i tu trudność wówczas się tylko nastrocza, gdy niema innych objawów przymiotu. W początkowym rozwoju swoim *plaque muquese*s, z plamami nieprzymiotowemi, okazują wiele podobieństwa, nie widzimy jednakże przy plamach przymiotowych zgrubienia, stwardnienia i tego ogólnego wyglądu plamy przymiotowej, która nie daje się opisać, a jednak przy wprawie łatwo można ją rozpoznać. Prócz tego są następujące znaki rozpoznawcze: 1) Zabarwienie nabłonka przy przymiotowem cierpieniu nie jest tak białe, lecz więcej mętne i szare. 2) *Leucoplatia* rozprzestrzenić się może prawie na całym języku i przechodzić także i na migdały. 3) Przy przymiotowem cierpieniu łatwiej następuje zmiana ku lepszemu. 4) Plamy śluzowe przymiotowe okazywać się mają wszędzie na błonie śluzowej jamy ustnej. 5) Przy przymiotowem cierpieniu znajduje się obrzmienie gruczołów. Nadto można pomylić się mając do czynienia z pleśniawkami, błonicą, plamami rtęciowemi.

Co do przyczyn powstawania tej choroby, to nic szczegółowego powiedzieć nie można. Należy przyjąć w ogóle trzy momenta przyczynowe: 1) zmiany w przewodzie pokarmowym; 2) użycie tytoniu; 3) choroba przymiotowa.

Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem unikać należy tego wszystkiego, co dane cierpienie pogarsza: unikać należy wszystkich drażniących pokarmów, napojów wysokowych i t. d.

Ze środków miejscowych najlepiej działają płókania z *Natrum carbon.* i w ogóle wszystkie wody alkaliczne. Autor zauważył, że wszelkie mocniejsze przyżeganie powoduje pogorszenie stanu chorobnego i dla tego nie pochwała przyżegania nalewką jodową lub *arg. nitrico*.

E. K.

ZAWIADOMIENIE OD REDAKCYI.

W powołaniu się na odezwę naszą na początku roku bieżącego ogłoszoną (w Nr. 4 z r. b.) donosimy, że zamierzone przez nas wydawnictwo *Rocznika medycyny polskiej* w ciągu kilku tygodni zostanie ukończonem. Z tego powodu pragniemy zapoznać czytelników z układem i treścią naszego *Rocznika*.

Rocznik medycyny polskiej składa się z trzech działów: kalendarzowego, naukowego i informacyjnego.

Dział kalendarzowy stanowi dziennik, w którym oprócz odpowiedniej daty i święta na każdy dzień roku według kalendarza kościelnego, znajduje się czysty papier na zapiski przeznaczony; na końcu dodaną jest tabelka służąca do oznaczenia dnia porodu według ostatniej miesiączki.

Dział naukowy obejmuje dokładny przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego, licząc rok sprawozdawczy od 1 Lipca 1877 do tegoż dnia roku bieżącego. O znaczeniu i sposobie opracowania tego przeglądu najlepiej objaśni ćwiartka pierwszego arkusza do tego N-ru naokaz dołączona. Oprócz tego w dziale tym mieści się treściwy opis sposobu badania siły wzroku i badania moczu przy łóżku chorego, z dodaniem kilku papierków odczynnikowych.

Dział informacyjny nakoniec zawiera: porównanie wagi aptekarskiej naszej z wagą dziesiętną, wykaz największych dawek mniej upowszechnionych leków, wykaz najnowszych środków leczniczych, ważniejszych stacyi klimatycznych, kąpieli morskich, zakładów i zdrojowisk leczniczych krajowych i zagranicznych z podaniem ich rodzaju, miejscowości w której się znajdują i niektórych lekarzy stale w nich ordynujących. Wreszcie podamy skład służby lekarskiej cywilnej w Królestwie Polskiem i adresa zakładów leczniczych, lekarzy cywilnych zamieszkałych w Warszawie i t. p.

Cena *Rocznika* w oprawie (z ołówkiem) wynosi **rs. 1**; nadsyłający rubla pod naszym adresem, kosztów przesłania pocztą nie ponoszą.

OGŁOSZENIA.

ASSENIZACYJA MIAST

Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych.

Opracował dr. St. Markiewicz, z Soczewki.

Osobne odbicie z Dodatków do *MEDYCyny* w r. z. i b. dołączanych. Warszawa 1878 str. 80 z 9-iu drzeworytami. Sprzedaje się w biurze redakcyi *MEDYCyny* po kop. 50.

Laryngoskopia d-ra A. Jurasza.

Najnowsze dzieło wydane staraniem i nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Cena 2 złr. 25 kr. w. a. Nabyć można we wszystkich księgarniach. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

O KOŁTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk **Dobrzycki**, lekarz szpitala w Mieni Warszawa 1877, str. 300 in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwieńczone nagrodą konkursową imienia hr. Eustachego TYZENHAUZ'A przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, i nagrodą imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie, w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę zniżonej) **rs. 1**; z przesyłką **rs. 1 kop. 20**.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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