

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA.

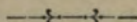
I. PRZYPADEK HISTERYJI

Z OBRZĘKIEM HISTERYCZNYM CZERWONYM I PEWNEM SZCZEGÓLNEM ZABURZENIEM PAMIĘCI.

Napisał

Adam Wizeł,

b. asystent oddziału.



Przypadek, który opisuję poniżej, ciekawy jest dla wielu względów. Przedstawia on rzadkie połączenie nader licznych objawów histerycznych, czyniących zeń bardzo złożony obraz symptomatologiczny. Nie dość na tem, wśród objawów, cechujących dany przypadek, spotyka się objawy zarówno banalne, jak i takie, które do względnie rzadkich symptomatów należą. Wartość wreszcie danego spostrzeżenia potęguje się jeszcze przez to, iż odsłania ono przed nami dwa wyjątkowe zjawiska: popierwsze: obrzęk histeryczny czerwony, powtóre: pewien szczególny, bardzo oryginalny rodzaj pamięci. Nie wdając się na razie w dłuższe omawianie danego przypadku, przystępuję wprost do jego opisu.

Sura E... zapisała się do szpitala w drugiej połowie września b. r. Pochodzi z rodziny, w której zdarzały się przypadki nerwowe i gośćcowe. Sama była zawsze zdrową, nie przechodziła ani nerwowych, ani zakaźnych cierpień. Jedyna rzecz chorobliwa, którą zaznaczyć może, jest to trapiące ją od dość dawna dziwne rodzaju osłabienie pamięci; nadto niewa od kilku lat przykre halucynacje nocne, powstałe podobno pod wpływem wstrząśnień moralnych.

Co do pamięci, to chora utrzymuje, iż posiada osłabioną jedynie zdolność zapamiętywania faktów bieżących; fakty dawne zachowuje w pamięci doskonale. Zaburzenie jednak pamięci aktualnej nie jest bezwzględne. Zapomnienie jest krótkotrwałe, przejściowe i po jakimś czasie przepada zupełnie: wspomnienie zjawia się na nowo w umyśle. Gdy stanie się jaki wypadek, chora wkrótce zapomina o nim, zapomina zupełnie, albo tylko częściowo. Na drugi dzień wspomnienie jeszcze jest niejasne, albo też całkiem nieobecne. Dopiero trzeciego dnia chora zaczyna sobie jasniej przypominać i odtąd wspomnienie staje się coraz wyraźniejszym. Ta wada pamięci jest dla chorej źródłem wielu przykrości. Może spotkać kogo, rozmawiać z nim o ważnej jakiej sprawie, wkrótce wszakże i o spotkaniu i o rozmowie całkiem zapomina; wspomnienie budzi się dopiero po kilku dniach. Raz była na weselu. Nazajutrz nie pamiętała wcale ani o zamążpójściu znajomej, ani o tem, że była na weselu i że się dobrze bawiła. Dopiero po kilku dniach przypomniała sobie całe zdarzenie i wówczas udała się do młodej pary z powinszowaniem. Chora zajmowała się szyciem. Gdy otrzymywała obstalunek na suknię lub bieliznę, na razie do roboty nigdy się nie brała. Twierdzi, iż w pierwszej chwili nie wiedziałaby, jak przystąpić do roboty, jak szyć. Dlatego to

robotę świeżo zamówioną odkładała i brała się do dawnej, zeszlotygodniowej; do tamtej zaś przystępowała dopiero po kilku dniach. Gdy robota była pilną i chora zmuszoną była natychmiast do niej się zabrać, zwykle popełniała błędy: nie pamiętając dobrze, o co chodzi, źle krój wykonywała i materiał przez to psuła. Niejednokrotnie zmuszoną była z tego powodu odkupywać polecony jej do uszycia materiał. Mówiłem wyżej, iż chorą od kilku lat trapią przykre sny; istotnie, są to halucynacje przerażające. Chora utrzymuje, iż tej nocy, kiedy ma ją trapić zmora, zasypia zupełnie inaczej, niż zazwyczaj. W zwykłych przypadkach zasypia powoli; godzinę lub dłużej leży w łóżku, zanim sen się zjawi. Niekiedy wszakże zdarza się, iż nagle wśród wieczornego zajęcia senność ją ogarnia, chora czempredzej kładzie się, natychmiastowo zasypia, i zasypia przytem snem mocnym i głębokim. W takich to razach wśród nocy zjawiają się zmyry. Śpiąc, chora doznaje nagle silnego wstrząśnienia całego ciała, jakby kto ją gwałtownie szarpnął, otwierają jej się oczy, i przed wzrokiem jej zaczynają się przesuwać straszne widziadła. Jakkolwiek oczy ma otwarte, nie widzi jednak przedmiotów realnych, nie spostrzega pokoju, sprzętów, osób śpiących obok. Leży bezwładna i nieruchoma; nie jest w stanie krzyknąć, wezwać pomocy. W sennych swych marach widzi zawsze osoby zmarłe; ubrane w śmiertelne koszule, defilują przed nią, kręcą się, popychają, kłócą, śmieją, płaczą, krzyczą, śpiewają i t. d.. Przez cały ten czas chora przejęta jest ogromnym strachem, musi jednak całej scenie spokojnie się przypatrywać. Gdy halucynacje się kończą, chora czuje się w straszny sposób zmordowaną, wstrząsa nią gwałtowny dreszcz, pot leje się z niej strumieniem. Drżąc cała i trzęsąc się z przestachu, chora po jakimś czasie uspokaja się i na nowo zasypia, tym razem wszakże sen już jest spokojny.

Nie dla zaburzeń wszakże pamięci, ani dla swych snów chora zapisała się do szpitala. Całkiem inna dolegliwość zmusiła ją do szukania pomocy w szpitalu; dolegliwością tą był ból i obrzęk lewej stopy, które nagle i bez żadnego powodu wybuchły. Chora utrzymuje, iż w przeddzień wybuchu cierpienia w nodze była zupełnie zdrową. Gdy się kładła spać, stopy swe jeszcze obejrzała, miała zwyczaj posypywać je, dla zapobieżenia poceniu się, proszkiem, i nie szczególnego nie zauważyła. Dopiero rano, obudzivszy się, spostrzegła ze zdumieniem, że stopa jej lewa jest spuchnięta; obrzęk był na grzbietowej powierzchni, z boków, na podeszwie [wklęsłość podeszwy była całkiem wygładzona]. Nadto chora zauważyła, że opuchnięta stopa jest gorąca i czerwona. Bólu jeszcze wówczas żadnego nie czuła. Zaczyna się tedy ubierać, wciąga pończochy [włożenie pończochy na lewą nogę nie było łatwym], opuszcza nogi na ziemię i wówczas nagle doznaje gwałtownego bólu w stopie, tak silnego, że głośno krzyknęła i śpiących w pokoju pobudziła. Zdawało się jej, jakby kłuto ją w nogę szpilkami lub krajano nożami. Ból był umiejscowiony w *dorsum pedis*, stawie stopowym, palcach i na podeszwie. Już odtąd nogą ruszyć nie mogła, musiano ją napowrót położyć do łóżka; mimo jednak spokojnego leżenia ból w stopie nie ustawał. Chora po całych nocach nie spała. Przy tem wszystkim gorączki nie miała: nie czuła dreszczu, ani pragnienia, na ból głowy i ogólne rozłamanie nie uskarżała się. Chora pięć dni przeleżała w domu, a ponieważ poprawy żadnej nie było, zwróciła się o pomoc do szpitala. Tutaj przy pierwszym powierzchownym rzucie oka na porażoną stopę przypuszczano, iż chora jest dotknięta cierpieniem chirurgicznym i umieszczono ją w oddziale D-ra CHWATA z dyagnozą *phlegmone pedis*. Dokładniejsze wszakże zbadanie chorej w oddziale kazało zwątpić o słuszności postawionej w pierwszej chwili dyagnozy. Badając, znaleziono stan następujący: Stopa lewa była znacznie obrzmiała, obrzęk szerzył się ku górze i kończył na goleni cokolwiek powyżej linii stawowej. Najwidoczniejszym był na *dorsum pedis*. Jednocześnie istniało znaczne zaczerwienienie skóry i podwyższenie ciepłoty na obrzękniętym miejscu. Skóra była do najwyższego stopnia czuła, najlżejsze potarcie wywoływało gwałtowny ból. Skóra nie była naprężoną i nie lśniła się. Chełbotania nie można było wy-czuć. Stan bezgorączkowy; przez dwutygodniowy przeciąg czasu, jaki chora pozostawała w oddziale, gorączki ani razu nie zauważono, również chełbotanie nie rozwinięło się. Wobec faktów powyższych zwątpiono o dyagnozie: *phlegmone*; nie wiedziano dokładnie, z jakiego rodzaju cierpieniem ma się do czynienia, *phlegmone* wszakże odrzucono i od operacji się wstrzymano. Tak miały się rzeczy, gdy kol. HIGIER, zobaczywszy chorą i podejrzewając u niej cierpienie nerwowe, prosił o przetrzaskowanie jej do oddziału chorych nerwowych D-ra GAJKIEWICZA.

Przy badaniu chorej, dokonaniem pod kierunkiem D-ra GAJKIEWICZA, znaleziono stan następujący:

Chora doskonale rozwinięta, o obfitym podkładzie tłuszczowym i zdrowym wyrazie twarzy. Narządy wewnętrzne w należyтым porządku, łaknienie i trawienie prawidłowe. Stan bezgorączkowy. Zboczeń w układzie nerwowym nie ma. Jedyna rzecz, która zwracała na się uwagę, to nieprawidłowy stan lewej kończyny dolnej. Cała stopa lewa była obrzmiała, obrzęk najwidoczniejszym był na powierzchni grzbietowej. Obrzęk ten szerzył się nieco ku górze i kończył cokolwiek powyżej linii stawowej *articulationis tarso-tibialis*. Obwód chorej stopy był o 3 ctm. większym od obwodu stopy zdrowej; podczas gdy z lewej strony wynosił do 25 ctm., z prawej — zaledwie 22 ctm. Chora stopa przedstawiała się nadto wyraźnie zaczerwienioną i znacznie cieplejszą od stopy zdrowej. Dość było przyłożyć rękę do stóp, aby stwierdzić różnicę w ciepłocie. Tę samą różnicę wykazał termometr: badanie ciepłomierzem okazało, iż chora stopa jest o 4 niemal stopnie cieplejszą od zdrowej. Mimo najskrupulatniejszego badania chębotania wyczuć się nie dało. Przy naciskaniu obrzękniętych części nie można było wywołać dołka. Skóra na obrzękniętej stopie odznaczała się niezwykłą nadezłością: najlżejsze potarcie wywoływało silny ból. Uciśkanie stopy w jakimkolwiek miejscu było bolesne, najboleśniejszą wszakże częścią była strona grzbietowa stopy. Stopa była opuszczoną, znajdowała się w pozycji t. zw. *ped. tombant*. Ruch bierny palcami lub stopą sprawiał szalony ból. Prócz powyższych objawów, znaleziono wówczas jeszcze jedną anomalię, która, jak to poniżej zobaczymy, znajduje się w przyczynowym związku z opisaniem porażeniem stopy. Lewa goleń w górnej swej połowie była chudsza od goleni prawej. Różnica obwodu w tych miejscach dochodziła do $1\frac{1}{2}$ ctm.: z prawej strony obwód goleni w górnej części wynosił $30\frac{1}{2}$ ctm., podczas gdy z lewej równał się zaledwie 29 ctm.

Oto wszystko, co można było wówczas u pacjentki stwierdzić.

W celu leczniczym zaczęto stosować okłady lodowe na chorą stopę. Pod wpływem tego zabiegu wkrótce ujawniła się pewna poprawa. Ból cokolwiek się zmniejszył, obrzęk i zaczerwienienie stały się nieco słabsze. Poprawa odbywała się nader powoli, niemniej jednak dość widocznie.

Gdy chora widział po raz pierwszy w trzy tygodnie po tem, jak do oddziału nerwowego przybyła, znalazłem ją w stanie następującym. Obrzęk stopy przedstawiał się znacznie mniejszym, niż w chwili przybycia chorej do oddziału. Obwód chorej stopy zmniejszył się więcej, niż o jeden centymetr. Barwa skóry na opuchniętej stopie była raczej różowa, niż czerwona. Podniesienie ciepłoty nie było już wielkie, w każdym razie łatwe jeszcze do stwierdzenia za pomocą zwyczajnego dotknięcia. Gdy chora spokojnie w łóżku leżała, ból odczuwała zaledwie w bardzo słabym stopniu. Wzmagał się jednak gwałtownie, gdy chorej naciskano stopę, lub gdy wykonywano stopą bierne ruchy. W tym okresie pacjentka była w stanie nawet chodzić, chodziła wszakże w sposób nader dziwny. Opierając zgięte kolano lewej nogi na krześle, posuwała się, pchając za każdym krokiem krzesło przed siebie. Tak się miały rzeczy, gdy chora pewnego pięknego dnia dostaje w oddziale silnego napadu hysterii. Traci przytomność, zaczyna się gwałtownie rzucać, szarpać i rwać na głowie włosy. Odtąd napady zaczynają się pojawiać codziennie, a niekiedy nawet dwa lub trzy razy na dzień. Badając wówczas chorą pod względem ogólnonerwowym, znalazłem stan następujący. Na całym ciele rozsypane były *plaques d'anaesthésie* dla dotyku, ciepła, zimna i bólu. Na wewnętrznej stronie obu ud, goleni i stóp znajdował się szeroki pas nader wyraźnej nadezłości, dotknięcie tych miejsc sprawiło dość silny ból. Pole widzenia było koncentrycznie zwężone. Wzrok z obu stron osłabiony. Słuch również w obu uszach osłabiony. To samo zauważyć się dało w zmysle smaku i powonienia. W obu oczach istniała nadto *diplopie monoculaire*. Jak widzimy, chora przedstawiała mnóstwo stygmatów historycznych, które, być może, rozwinęły się dopiero w okresie napadów.

Zainteresowany widocznym zanikiem mięśni lewej goleni, przedsięwziąłem następnie badanie strunieniem elektrycznym jej nerwów i mięśni i znalazłem, iż zarówno nerwy, jak i mięśnie lewej goleni odpowiadały na prąd elektryczny słabiej, niż nerwy i mięśnie goleni prawej. Odczynu zwyrodnienia wszakże nie było.

Stwierdziwszy na mojej danych powyższych u pacjentki historię, postanowiłem spróbować leczyć ją hipnotyzmem. Jakoż sen hipnotyczny dość łatwo było u niej wywołać: otrzymałem go za pomocą nagniatania gałek ocznych w połączeniu ze słowną sugestją [metody tej, jakem to widział, najczęściej używają w Salpêtrière]. Uśpiwszy chorą, zacząłem stopą jej poruszać; na wie i ajlżej szy ruch w stawie stopowym nader silny ból powodował, tymczasem we śnie ból ten

był znacznie mniejszy. Przed obudzeniem chorej, wzmówiłem jej, iż odtąd nie będzie już tak cierpiała na nogę, jak poprzednio. I w istocie, obudzona, już nie czuła przy dotykaniu stopy bólu ak gwałtownego, jak dawniej. Odtąd chorą codziennie hypnotyzowałem. Skutek był ten, iż po tygodniu lekkie zginanie stopy wywoływało ból nader słaby, i tylko silne zgięcie było bardzo bolesne. W kilka dni później chora już była w stanie opuścić nogę na ziemię, podczas gdy przedtem najłżejsze dotknięcie stopą podłogi powodowało gwałtowny ból, a w jeszcze kilka dni potem chora zaczęła chodzić. Chód, co prawda, był powolny, niezgrabny, paecyentka, chodząc, doznawała klucia w stopie, ale, bądź co bądź, chodziła. Powoli chód coraz bardziej się poprawiał, paecyentka zaczęła chodzić po sali już całkiem swobodnie, a tylko stapanie po kamieniach na dziedzińcu było dla niej wysoce uciążliwe. Co do wyglądu chorej stopy, to zauważyć winienem, iż i pod tym względem zachodziła stopniowo poprawa. Obrzęk powoli się zmniejszał, zaczerwienienie i gorąco zniknęło. Zdarzały się nawet dnie, kiedy zabarwienie i ciepłota chorej stopy były całkiem prawidłowe. Co jednak jest godnem zaznaczenia, to to, iż dwa te objawy przedstawiały nadzwyczajną zmienność. Po dniu, w którym ciepłota i kolor obrzękniętej stopy wydawały się być całkiem prawidłowemi, nagle zjawiał się dzień, w którym barwa znów stawała się różową i ciepłota podniesioną. Co zaś do obrzęku, to ten do ostatniej chwili pobytu chorej w szpitalu nie zniknął w zupełności. Zawsze zanotować można było różnicę w obwodzie między prawą i lewą stopą. A napady historyczne? Te nieustannie się powtarzały, stały się, co prawda, pod koniec nieco rzadszemi, nie przeszło wszakże kilku dni, aby napadu nie było. Dodać wreszcie winienem, że najmniejszej poprawy nie było pod względem stygmatów historycznych. Te przetrwały bez zmiany do samego końca. Wiecznie te same tu i ówdzie rozsiane wysepki znieczulen, jak również ów pas nadczułości na wewnętrżnej stronie obu kończyn dolnych.

Chora pozostawała w oddziale ogółem przeszło dwa miesiące. Dnia 18 go listopada wypisała się, aby wrócić do dawnych obowiązków służącej. Niedługo wszakże cieszyła się zdrowiem. Bo oto tydzień zaledwie minął, gdy ponownie w szpitalu się znalazła. Przybywszy, opowiedziała, iż wkrótce potem, jak się do roboty wzięła, noga jej na nowo spuchła. Obrzęk miał być tak wielki, iż chora nie była w stanie włożyć na porażoną stopę trzewika. Jednocześnie stopa była zaczerwieniona i zaogniona. Przy badaniu istotnie okazało się, iż stopa znów jest dość silnie obrzękniętą, zaczerwienioną i ciepłą. Kilka dni wszakże pobytu w szpitalu i wypoczynku starczyło, by objawy te znacznie złagodniały. Po kilku dniach przyjechała matka paecyentki i zabrała ją ze sobą do domu.

Tak się przedstawia historia niniejszego nader ciekawego przypadku; obecnie pozostaje omówić go, wyjaśnić rozmaite dotyczące go wątpliwości. A więc przedewszystkiem należy rozwiązać kwestyę, do jakiej kategorii cierpień zaliczyć opisany powyżej zbiór objawów chorobowych ze strony stopy.

Miałoby to być *phlegmone*?

Przypuszczenie podobne dla wielu względów jest niesłuszne.

Przedewszystkiem zauważmy, iż ewolucya cierpienia, o którym mowa, bynajmniej nie była podobna do ewolucyi *phlegmone*. To ostatnie nigdy nie wybucha nagle, lecz rozwija się stopniowo. Powstają z początku lekkie objawy zapalenia, które następnie coraz bardziej się wzmagają, aż osiągną *maximum* natężenia. W naszym zaś przypadku cierpienie wybuchło nagle. Chora budzi się rano po dobrze przespanej nocy i spostrzega ku swemu wielkiemu zdziwieniu kolosalny obrzęk stopy i wkrótce potem odczuwa gwałtowny w niej ból.

Następnie, cechy kliniczne *phlegmone* na szczycie natężenia również są inne, niż te, które u naszej chorej widzieliśmy. W obrębie części ciała, dotkniętej *phlegmone*, widzimy w pewnem miejscu silne zaczerwienienie, zaognienie i nadzwyczajną bolesność, i w miejscu tem zazwyczaj wyczuwamy chęłbotanie. U naszej chorej chęłbotania nie wyczuwało się. Niedosć na tem, przy *phlegmone*

zazwyczaj skóra jest mocno naprężona i lśni się, a w naszym przypadku tego nie było. Przy *phlegmone* wreszcie zazwyczaj bywa gorączka, a u naszej chorej gorączki nie było.

Zejsście sprawy chorobowej w naszym przypadku również nie odpowiada temu, co się zazwyczaj widzi w przypadkach *phlegmone*. To ostatnie, jeżeli nie dokonać cięcia, prawie zawsze kończy się wydostaniem się ropy na zewnątrz. Do wyjątków należą te przypadki, kiedy zejście odbywa się za pomocą wessania. Niektórzy chirurdzy [HUETER] nawet zupełnie możliwość podobnego zejścia negują. Również mało prawdopodobnymi wydają się inne hipotezy.

Tak np. możnaby zapytać, czy nie mieliśmy w danym razie do czynienia z t. zw. obrzękiem gościcowym (*oedème rhumatismal*),¹⁾ opisanym przez KIRKISSON'a i DAVAINÉ'a. Hipoteza ta nie jest do odrzucenia, przedstawia ona wszakże mniejsze prawdopodobieństwo, niż przypuszczenie histeryi.

Chora nasza nigdy gościca nie przechodziła; salicyl pozostawał bez wpływu na cierpienie; barwa skóry przy obrzęku gościcowym bywa zazwyczaj niezmienną; wpływ dodatni sugestyi hypnotycznej: oto te dane, na mocy których, przy współczesnem istnieniu histeryi, bardziej skłonni jesteśmy do hipotezy obrzęku histerycznego, niż gościcowego.

Jeszcze mniej prawdopodobną wydają się być hipoteza erytromelalgii, które to cierpienie poraża zwykle wszystkie cztery kończyny, i jest chorobą długotrwałą, istniejącą lata bez zmiany.

Po tem wszystkim, cośmy powiedzieli, najracjonalniejszym wydaje się być przypuszczenie, iż cierpienie, o którym mowa, jest natury histerycznej.

Obrzęki histeryczne znane już są dziś dobrze neuropatologom. Wiadomości o nich datują od dość dawna; jeszcze bowiem SYDENHAM o nich pisał. Kwestya wszakże obrzęku histerycznego gruntownie została opracowaną dopiero w ostatnich latach i to głównie przez szkołę francuską¹⁾.

Według CHARCOT'a, obrzęki histeryczne bywają dwojakiego rodzaju: obrzęki białe i niebieskie. Oba posiadają tę wspólną cechę, iż są twarde (*oedème dur*), t. j., iż nagniatający palec nie pozostawia w nich dolka. Różnią się zaś tam, iż, podczas gdy przy obrzękach białych zabarwienie i ciepłota opuchniętej części ciała są prawidłowe, przy obrzękach niebieskich barwa skóry jest niebiesko-fioletową, a ciepłota jej obniżona.

Jak widzimy, przypadek przez nas opisany różni się znacznie od obu postaci obrzęku histerycznego. W naszym przypadku obrzękowi towarzyszyło zaczerwienienie i podniesienie ciepłoty miejscowej. Czyżby to miało obalić nasz domysł co do natury histerycznej opisywanego cierpienia? Nie sędzę.

Opisany w zeszłym roku przez D-ra W. GAJKIEWICZA przypadek posiadał niektóre wspólne cechy z naszym obecnym. A mianowicie, i tam istniało przy obrzęku histerycznym zabarwienie czerwonawe skóry, jak również podwyższenie ciepłoty, objawy te wszakże nie były stałe. Gdy bowiem jednego dnia skóra na obrzękniętem miejscu przedstawiała się różową i zaognioną, nazajutrz barwa

¹⁾ Literaturę obrzęku histerycznego czytelnicy znajdą w pracy D-ra W. GAJKIEWICZA pod tytułem „O obrzęku pochodzenia histerycznego“. Gazeta Lekarska. 1891.

skóry stawała się siną, fioletową, a ciepłota znacznie się obniżała i stawała się niższą, niż po stronie zdrowej.

Przypadek ten, jak widzimy, zajmuje miejsce pośrednie między obrzękiem niebieskim a naszym, który pozwolę sobie nazwać czerwonym. Posiada on dla nas nadzwyczajną doniosłość, stanowi bowiem niejako ogniwo, łączące dwie te postaci: postać niebieską i postać czerwoną. Dowodzi on, iż obie, jakkolwiek klinicznie przejawiają się odmiennie, są jednej i tej samej natury: obie stanowią zboczenie histeryczne; dowodzi również, iż klinicznie zbliżyć się mogą do siebie, że od jednej łatwe jest przejście do drugiej, że obie mogą kolejno następować po sobie.

Przypadek nasz obrzęku wyłącznie czerwonego, ściśle biorąc, nie jest pierwszym w literaturze: miał on swego poprzednika w przypadku, opisanym przez DAMASCHINO w 1880 r. w *Gazette des hôpitaux* pod tytułem „*Troubles trophiques dans l'hystérie*“. W pracy tej autor opisuje obrzęk, który się rozwinął u pewnej histeryczki, mającej liczne znamiona histeryi, na obu dolnych kończynach i na lewym ramieniu. Obrzękowi temu towarzyszyły z aczerwieniem, podniesienie ciepłoty miejscowej i ból. Widzimy więc, iż spostrzeżenie to jest nader podobne do naszego. I dziwi nas tylko, iż CHARCOT, który cytuje spostrzeżenie DAMASCHINO, pierwsze w szeregu przypadków, opisanych w nowszych czasach, nie zaznacza wcale, iż w spostrzeżeniu tem obrzęk był czerwony, i mówi jeno o obrzękach białych i niebieskich.

Po tem wszystkiem, cośmy wyżej powiedzieli, czytelnik łatwo się zgodzi, iż istota histeryczna opisywanego przez nas obrzęku jest więcej niż prawdopodobną. Zreasumujmy jeszcze raz wszystkie dane, na których przypuszczenie nasze opieramy.

U osobnika wyraźnie histerycznego, posiadającego stygmaty i ulegającego napadom histeryi, nagle bez żadnego powodu i bez żadnych zwiastunów występuje obrzęk, połączony z bólem, gorącem i zacerwieniem; objawom tym nie towarzyszy ani gorączka, ani chłobotanie; cierpienie ograniczone stałe do jednej tylko kończyny; cierpienie, istniejące u osobnika, które nigdy na gościec nie chorowało. Nadto cała suma objawów powoli traci na natężeniu, z początku pod wpływem okładów lodowych, następnie pod działaniem sugestyi hipnotycznej. Wreszcie pozostaje tylko lekki obrzęk i lekki ból. Prócz tego wszystkiego, objawy wymienione odznaczają się niestałością i zmiennością, słabsze i silniejsze ich natężenie kolejno po sobie następowało, a najwyraźniejszą niestałość objawów okazała się, gdy chora w kilka dni po względnie zupełnem wyzdrowieniu wróciła na nowo do szpitala ze znacznym obrzękiem i zacerwieniem stopy. Słuszność naszego rozpoznania znajduje jeszcze silny punkt oparcia w tem, iż obrzęk czerwony był już obserwowany poprzednio zarówno w czystej formie [DAMASCHINO], jak i w formie mieszanej [GAJKIEWICZ].

[D. n.]

II. O MIEJSCOWEM LECZENIU OPARZEŃ.

Podał

T. F a y t t,

ordynator kliniki chirurgicznej.

Oparzenia i odziębienia, z któremi nie tylko chirurg w mieście, ale i lekarz na prowincyi spotyka się codziennie, są traktowane często nieumiejtnie, szablonowo w praktyce prywatnej. Nie myślę tu stwarzać lub dopełniać oddzielnego działu chirurgii, w którym bym się rozwodził nad wyżej wspomnianem założeniem z punktu widzenia mego osobistego, lecz chciałbym korzystać z mego względnie niewielkiego materiału w ambulatoryum szpitala Dz. Jezus, a zarazem opublikować kilka przypadków ciężkiego poparzenia, jakie leczyłem jedną i tą samą metodą prostą i dla każdego przystępną. Na początek ograniczę się tylko omówieniem oparzeń, podając wskazówki co do ich leczenia miejscowego.

Podług LANDERER'a ¹⁾, eter, benzyna, jeżeli działają krótką chwilę, opalają zaledwie włosy i tworzą przemijającą prędko erytemę, a przy oparzeniu od alkoholu zawsze występują pęcherze. Pod działaniem gorącej wody występuje obumarcie powierzchownej warstwy skóry, głębokie jednak tkanki pozostają niekniętymi. Najzgnubniej działają tłuszcze przy wysokiej ciepłocie, które prawie zawsze niszczą głęboką tkankę podskórną. Pod działaniem nafty cała skóra martwieje; zaś roztopione metale prowadzą do głębokiej nekrozy mięśni i kości.

Pominę dziesiątki przypadków leczonych ambulatorajnie, które zaliczam do oparzeń lżejszych; przytoczę tylko 3 przypadki ciężkiego oparzenia, z których 2 zmusiły chorych do pozostania w łóżku przez kilka tygodni, wywołując ogólne zaburzenia [gorączka, objawy mózgowe i t. d.].

Spostrzeżenie I. Książ, N. N. z Koneckiego, przygotowując truciznę na muchy z ostromleca (*Euforbium risiniferum*), palcami uwalnieniami masą żrącą przeniósł jad na narządy płciowe, prącie i mosznę. Od chorego dowiedziałem się, że podczas oddawania moczu palcami dotykał tylko członka, a doznawszy palenia w jednej chwili tak w prąciu, jak i mosznie, jedno i drugie owinał w zimny okład. W niespełną godzinę wystąpiło zaczerwienienie skóry na całym prąciu; wkrótce utworzyły się pryszcze i pęcherze, a w 24 godzin skóra na prąciu i mosznie obumarła. Po dniach kilku przyłączyło się zapalenie jąder, cewki i pęcherza. Wezwany do chorego po raz pierwszy w Lipcu 1890 r., znalazłem go w stanie rozpaczliwym. Objawy ropnicy; ciepłota wieczorami podnosiła się do 40,5° C., poty i dreszcze. Chory senny, apatyczny, oczekiwał spokojnie śmierci, odpowiadając na pytania półsłówkami. Przy oględzinach samej oparzelizny znalazłem: na prąciu resztki obumarłej skóry; miejscami, jakby wysepkami, obnażone i krwawiące *corpora cavernosa penis*; z napletka pozostał tylko cienki rąbek skóry na górnej powierzchni; *corpora cavernosa urethrae* ocalały. Moszna na górnej i bocznych powierzchniach pozbawiona nie tylko skóry, lecz i części podskórnych; miejscami prześwieca *tunica vaginalis*, pod którą wyczuwałem jądra powiększone i bolesne przy dotyku. Skóra pozostała całą zaledwie u podstawy moszny i w kierunku szwu. Wypuściwszy uprzednio mocz mętny, z dużą domieszką ropy, oczyściłem ranę ze zmartwiałych strzępków, starej zjeleżałej maści i przemyłem słabym rozezyem sublimatu. Kwasu karbolowego obawiałem się użyć ze względu na zapalenie pęcherza i na obficie krwawiące *corpora cavernosa penis*. Na

¹⁾ Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie. Leipzig. 1890.
GAZ, LEK, NR. 6.

względnie oczyszczoną ranę nałożyłem wilgotny opatrunek z gazy i waty, zmoczonej w sublimacie 1:5000.

Chory dnia następnego gorączkuje, ciepłota 40° C.; szary nalot pokrywa atoniczną ziarninę; chory oddziaływa słabo na bóle podczas opatrywania i zakładania cewnika do pęcherza. Trzeciego dnia ciepłota 39°, rana nieco czystsza, poty i dreszcze ustąpiły. 4-go dnia ciepłota 38,5°. 5-go dnia, przy codziennym opatrywaniu, chory poprawił się nieco, oparzelina pokryła się ziarniną obficie krwawiącą. Chcąc uniknąć codziennego opatrunku, 6-go dnia zamieniłem opatrunek wilgotny z gazy na *silk-protectio*, układając go wazkami paskami na prąciu i mosznie, na to dopiero gazę sublimatową i watę. Po kilku tygodniach pod sylkiem, zmienianym co dni kilka, cała oparzelina pokryła się naskórkiem, narastającym z ocalałych kawalków skóry tak, że poprzednio projektowana operacja plastyczna okazała się zbiteczną. Ból w jądrach pozostawał jednak przez kilka miesięcy; cała bowiem moszna przez znaczne skurczenie się uciskała stale na oba jądra, obciążone skórą jak palec rękawiczką, co usunąłem w końcu lekkim masażem i kapielami.

Spostrzeżenie II. E. W., uczeń aptekarski, zapalił wylaną na siebie benzynę. Oparzenie głębokie na całej tylnej stronie lewego uda i goleni, również na tylnej powierzchni prawej goleni, zachodzące powyżej zgięcia kolanowego. Zgangrenowanie miejscami skóry przez całą grubość i powięzi obnażyło powierzchowną warstwę mięśni uda. Poradziłem choremu, aby się zapisał na oddział chirurgiczny szpitala Dz. Jezus, co też uczynił dnia następnego. Chory przeleżał na oddziale D-ra MATLAKOWSKIEGO 6 tygodni. Cała oparzona powierzchnia obu kończyn, obficie krwawiąca, zniewalała chorego do ciągłego leżenia na brzuchu; w tej tylko bowiem pozycyi mógł spać i w tej pozwalał się opatrywać. Po wspólnej naradzie z kolegami zastosowałem: codzienne kąpiele i zwykły opatrunek z gazy jodoformowej; chory jednak miał takie bóle i krwotoki przy zmianie każdego opatrunku, że po kilku dniach zacząłem stosować do posypywania bizmut, następnie masę cynkową, wreszcie z azotanu srebra, aby powstrzymać krwawienie i nie zmieniać codziennie opatrunku. Nie widząc poprawy u chorego, po dwu tygodniach odrzuciłem wyżej wymieniony opatrunek, a obmywszy znowu oparzelinę ciepłym roztworem sublimatu 1:3000, pokryłem całą powierzchnię ziarninującą dwoma płatami *silk-protectio*. Chory w ciągu całego szeregu dni następnych czuł wielką ulgę pod tym opatrunkiem. Sylk zmieniałem tylko co dni kilka, rana przestała krwawić, wypełniając się szybko bujającą ziarniną i z wolna zablizniając się. Pozostawiła po sobie w końcu twarde blizny, które spowodowały przykurczenie kończyny lewej. Chory czas jakiś chodził ze zgiętą nogą w stawie kolanowym. Blizna ta jednak z czasem wyciągnęła się na tyle, że prawie żadnych zmian w kończynie nie pozostawiła.

Spostrzeżenie III. H. K., właściciel apteki z Warszawy, wylał roztopioną smołę na tylną powierzchnię prawej ręki. W początkach leczył się sam olejem linaunym z wodą wapienną. Skoro jednak bóle zaczęły się wzmagać i cała kończyna obrzmiała, wezwany kol. WAŚKIEWICZ odesłał chorego do mnie.

Tylna powierzchnia prawej ręki bliżej palucha, wskaziciela i środkowego palca również w przegubie palców, do stawu napięstkowego pokryta obumarłą skórą, tworzącą w połączeniu ze smołą skorupę na całej ręce, której niczem zmyć nie byłem w stanie. Zastosowałem wilgotny opatrunek z wody gulardowej z domieszką spirytusu i kwasu karbolowego, a 3-go dnia, kiedy poodzielały się już części obumarłe, obmyłem oparzelinę słabym roztworem sublimatu, nakładając na ranę, jeszcze niezbyt czystą, *silk-protectio*. Po dwu tygodniach utworzyła się blizna miękka, podatna, która pod wpływem masażu i kąpieli rozciągnęła się na tyle, że ruchy w palcach i w stawie napięstkodłoniowym pozostały dowolnymi i niebolesnymi.

Wszystkie niemal podręczniki dzielą oparzenia na stopnie: 1-go, 2-go i 3-go stopnia. Szkoła niemiecka przyjmuje 3 stopnie, francuska zaś 5, a nawet 6. BARDELEBEN na przykład dzieli oparzenia na 3 stopnie: 1-o zaczerwienienie i tworzenie się pęcherzy (*bullae*), 2-o wysychanie i zrogowacenie skóry bez strupa, 3-o tworzenie się strupa i zwęglenie.

Szkoła francuska przyjmuje 4, 5 a nawet 6 stopni, jak DUPUYTRIN, który dzieli oparzenia na: 1-o zaczerwienienie, 2-o wysychanie i zrogowacenie

skóry bez strupa, 3-o tworzenie się pęcherzy, 4-o obumarcie skóry w całej jej grubości, 5-o zgorzel wszystkich części miękkich aż do kości, 6-o zupełne zwęglenie części oparzonej.

Jaka jest właściwie miara owego stopniowania, trudno odpowiedzieć; jest ona bowiem tak nieścisłą i drobną, że owe przejścia pomiędzy stopniowaniem naprzykład oparzeń samej skóry tylko anatomo-patolog ze skrawkami i mikroskopem w rękę jest w stanie określić.

Nie o to mi jednak właściwie chodzi w mojej pracy; mojem zadaniem było przekonać się, czy zależnie od większego lub mniejszego zniszczenia, czy w początkowym lub w późniejszym okresie, możemy stosować jedną i tę samą metodę leczenia i czy metoda ta użyta w pierwszym okresie oparzenia będzie również dobrą i w okresach następnych. Choremu wszystko jedno na razie, co będzie potem, byleby ból minął; ale pomijając względy czysto kosmetyczne, nie wszystko jedno, skoro mu nalejemy w oparzelinę oleju lnianego, rozkładającego się nawzajem ze zmartwiałą skórą i wydzieliną; nie wszystko jedno, jeżeli będzie miał blizny tak wielkie i twarde, że spowodują przykurczenia kończyny lub ankylozę stawu.

Pomijając tego rodzaju oparzenia, które wywołują momentalnie tak znaczne zmiany w narządach wewnętrznych, że pomoc lekarska jest tu o tyle bezsilną, o ile samo oparzenie prędzej czy później sprowadza zejście śmiertelne, chciałbym powiedzieć słów kilka o leczeniu oparzeń pomniejszych, które przy terażniejszej metodzie antyseptycznej daje doskonałe, a przynajmniej względnie dobre wyniki. Każdy z nas, przystępując do leczenia oparzeliny, powinienby sobie zadać pytanie, dlaczego wybiera tę lub inną metodę leczniczą. Każda atoli z tych metod winna mieć na uwadze: 1-o usunięcie, a przynajmniej, o ile to jest w naszej mocy, zmniejszenie bólu; 2-o odpowiedniemi leczeniem pomagać oczyszczeniu się rany; 3-o wybrać taką metodę leczniczą, któraby sprzyjała rychłemu tworzeniu się ziarniny; 4-o zapobiegła krwotokom; 5-o przeszkodziła wytwarzaniu się twardej i niepodatnej blizny. Chcąc odpowiedzieć na punkt pierwszy, zapytać należy, dlaczego właściwie, mając odpowiednią pomoc i warunki, pozbawiamy chorego oparzonego narkozy, którą stosujemy nieraz przy najmniejszych operacjach, bez porównania mniej bolesnych, niż pierwsze opatrunki po oparzeniach; mówię pierwsze, chorzy bowiem przy następnych tak się osuwają z bólem, jak wogóle przy opatrywaniu ran, a zresztą drugiego lub trzeciego dnia nieraz są w stanie takiej depresji, że im wszystko jedno, co z nimi robią. Oparzony, wijąc się z bólu, drży jak w febrze, oczekując nowej tortury i zdarzało mi się słyszeć od chorych, że wolą umierać, niż raz jeszcze pozwolić na zmianę opatrunku. Mówię tu o narkozie, mając na uwadze obszerne oparzenie pierwszego stopnia, lub większe — drugiego. Chcąc uniknąć chloroformowania, przynajmniej kilka pierwszych opatrunków winniśmy zawsze zmieniać w kąpieli. Bóle następne, na które się tak często skarżą chorzy, LANDERER uspakaja pędzlowaniem ziarninującej powierzchni 4-o lub 5-o procentowym roztynem kokainy.

Po należytem oczyszczeniu mydłem i wodą zdrowej skóry, otaczającej oparzelinę, następnie eterem, owej brudnej zawsze skóry, która jest siedliskiem za-

razka, należy pogrążyć chorego w wannę, jeżeli tego wymaga oparzenie tułowia, lub ułożyć kończynę w odpowiednie naczynie z wodą ciepłą 24° do 20°, jeżeli oparzoną jest ręka lub noga.

Dziś na oparzelinę patrzeć musimy, jak na każdą ranę pooperacyjną, do której zakażenie nie powinno mieć przystępu.

Z pomiędzy środków antyseptycznych powszechnie używanych, powiedziałbym, że kwas karbolowy jest najmniej właściwym: z jednej strony łatwo i prędko wsysa się na dużych powierzchniach; powtórę, przy następnych opatrunkach, kiedy się już oddzielały części zmartwiałe i mamy powierzchnię usianą ziarniną, kwas karbolowy wywołuje tak obfite krwawienie, że trzeba się uciekać nieraz do środków silnie przyżegających. Mając sam kilkakrotnie zatrucie przy obmywaniu karbolem dużej oparzeliny, unikam go teraz, nawet w słabym roztworze. Kwas borny i salicylowy są za słabe; najodpowiedniejszym bywa w tych razach słaby roztwór sublimatu 1:3000 lub 1:5000. Niebezpieczeństwo zatrucia trafia się i tutaj, bywa jednak o wiele rzadziej. Sam przebieg leczenia oparzeń można by podzielić na dwa okresy. Okres pierwszy: kiedy mamy jeszcze obumarłe tkanki, których samodzielne wydalanie trwa dni kilka lub kilkanaście; i okres drugi, kiedy przystępujemy do rany czystej, bądź to pokrytej, bądź niepokrytej jeszcze ziarniną. Co się tyczy zniszczonych mięśni, naczyń, nerwów i kości, nie jesteśmy w stanie dawać ogólnych lub szczegółowych prawideł, jak postępować w danym razie; są to bowiem ogólne zasady chirurgii, lub indywidualne zapatrywania się lekarza w każdym po szczególe przypadku.

W pierwszym okresie stosuję opatrunek wilgotny aż do chwili, w której obumarły naskórek ujmuje się w fałdy i daje się unieść pincetą lekko i bez bólu dla chorego. Opatrunkiem wilgotnym nazywam pierwszy lepszy materiał opatrunkowy: czy to kawałki płótna, czy gazy, zmoczonej w słabym roztworze sublimatu, lub kwasu salicylowego, a nawet wody gulardowej. W tym to okresie nie jest bynajmniej rzeczą łatwą sądzić o głębokości oparzenia; jesteśmy za ledwie w stanie mniej lub więcej określić jego granice. Przebieg miejscowy bywa naturalnie rozmaity, stosownie do stopnia uszkodzenia. Powstałe zaczerwienienie i obrzmienie trwa nieraz, wśród gwałtownych bólów, kilka godzin lub całą dobę w tem samym natężeniu. Do szkarlatnego w początkach zaczerwienienia przyłącza się żółty lub brunatny odcień; obrzmienie wtedy ustępuje, górna warstwa naskórka marszczy się i staje się nieprzezroczystą. Po kilku dniach łuszczy się naskórek wielkimi kawałkami, a wtedy dopiero ukazuje się albo młody, błyszczący, bardzo wrażliwy naskórek, albo powierzchnia ziarninująca. Pęcherze nie powstają bezpośrednio po oparzeniu, lecz po kwadransie lub pół godziny. Wierzchnia warstwa skóry bywa wtedy podniesioną przez surowicę, koloru bursztynowo-żółtego, pęcherzyki wypełniają się powoli, sięgając wielkości ziarnka grochu, niekiedy jaja kurzego. Po przekłuciu widać, że pęcherze nie są puste, lecz zawierają oddzielne komory z przegrodami. W sieci MALPIGHI'ego znajdujemy dopiero właściwe zmiany: komórki po części wypełnione płynem, kształt ich jednak można rozpoznać; niewyraźnymi zazwyczaj pozostają kontury komórek i jądra. Brodawki *cutis*, spłaszczone przez ucisk wysięku, a w nich nagromadzone białe ciała krwi, wskazują na początek zapalenia. Je-

żeli pozostawimy oparzelinę samą sobie, wtedy po kilku godzinach ścięta surowica tworzy miękki, biały, lekki skrzep. Pęcherze zapadają się dopiero po 24 godzinach. Zawartość znika przez wysysanie, a na miejscu pozostaje wielokrotnie zmarszczony i pofałdowany worek z naskórka. Kiedy można już poodzielać łatwo i bez bólu dla chorego zmartwiałe płaty naskórka, odrzucam okład, a przystępuję do właściwego gojenia oparzonej powierzchni, która przedstawia się pod rozmaitą postacią: bądź to różowej, gładkiej i błyszczącej powierzchni, bądź też powierzchni galaretowatej, usianej młodą ziarniną. Wtedy, po należytem obmyciu słabym roztworem sublimatu, nakładam wilgotny płatek *silk-protectiv* tak, ażeby brzegi jego schodziły się równo z brzegami oparzeliny, lub oddzielne małe płatki, jak przy plastycznej operacji THIERSCH'a. Wybór co do jednego lub wielu płatów ma tu swoje znaczenie; nie można bowiem nakładać płatków dachówkowato, jak przy opatrunku BAYNTON'a, gdyż wtedy brzegi zachodzą daleko jeden za drugi, sklejją się mocno nawzajem i nie pozwalają obficie wydobywającej się wydzielinie z rany przenikać poza *silk*.

Oparzenia 2-go i 3-go stopnia goją się zawsze z utworzeniem blizny. Los tych oparzeń zależy od głębokości i szerokości zniszczenia, mianowicie: czy skóra przez całą swoją grubość jest zniszczoną i czy pozostały przynajmniej ślady gruczołów skórnych, które odgrywają ważną rolę w regeneracyi skóry, a więc blizny. Poza tem dopiero należy zwrócić uwagę na tkankę podskórną, mięśnie, naczynia, nerwy i kości. *Stratum corneum* wkrótce po oparzeniu odstaje, oddziela się od reszty zgangrenowanej skóry, która wysycha, tworząc jednolitą, ciemno-brunatną masę. Pod pokrywą znekrotyzowanej skóry idzie sprawa gojenia. Tutaj, jak i przy oparzeniach 1-go stopnia, powinniśmy się starać, ażeby dopomóc samoistnemu oczyszczaniu się rany; dlatego we wszystkich podobnych przypadkach stosuję wilgotny opatrunek, jak przy gangrenie, lub przy starych i nieczystych owrzodzeniach goleni, bądź to z gazy jodoformowej, bądź innej, zmaczanej w słabym roztworze wody gulardowej, lub nadmanganianu potasu, na to okład wilgotny, lub watę zmaczaną w tymże płynie. Skoro strup po 5-iu lub 6-iu dniach, przytrzymywany jeszcze z głębi przez pasma, zaczyna odstawać od brzegów i skoro spostrzega się pod nim czystą ranę, 8-go lub 10-go dnia, nakładam opatrunek suchy dopóty, dopóki całe owrzodzenie nie wypełni się obfitą ziarniną.

Ziarnina ta jest szczególniej wrażliwą na zmianę opatrunku, dlatego o ile w ciągu pierwszych 6-iu lub 8-iu dni po oparzeniu zmiana opatrunku musi być codzienną, o tyle w późniejszym okresie, o ile nie wymaga tego obfite krwawienie, lub obfita wydzielina z rany, należy opatrywać co kilka dni. Mając oparzelinę czystą, nakładam *silk-protectiv* w sposób wyżej wymieniony. Pod sykiem granulacyjna powierzchnia kurczy się energicznie, co przyspiesza i dopomaga tworzeniu się blizny. 13-go, najdalej 15-go dnia ukazują się matowe wysepki, te powiększają się szybko, jako nowoutworzony naskórek, łącząc się z naskórkiem, okalającym brzegi rany. Kurczenie się blizny bywa nieznaczne, jednak nie jesteśmy w stanie nadać dowolnego kierunku tym skurczeniom. Rzecz inna leczenie następcze blizny. Dopóki jest ona grubą, różową, obficie unaczynioną, dopóty powstają na niej bardzo często pęknięcia (*rhagades*), które prowa-

dzą do świeżego owrzodzenia. Tymczasem blizna kurczy się coraz więcej, dopóki nie pozostanie bladą, miękką i pomarszczoną; poza tem już poddaje się ona skurczom mięśni i z szerokiej, twardej, grubej i różowej blizny pozostają tylko pomarszczone, pooddzielane od siebie bliznowate smugi, pęczki. Te możemy bądź to masować i rozciągać, nie obawiając się złych następstw, bądź też nakładać paski plastra lepkiego, chcąc tym uciskiem wywołać zanik jak najszybszy. Jeżeli i to nie pomaga, podcinamy bliznowate smugi podskórną, lub zupełnie wycinamy, uciekając się do operacji plastycznej.

A teraz powracam raz jeszcze do leczenia oparzeliny sylkiem. W jakim celu używam sylku i dlaczego oddaję mu pierwszeństwo przed innymi materiałami opatrunkowymi i środkami farmakologicznymi?

1-o. *Silk protectiv* nie jest materiałem, któryby przepuszczał, lub wysysał wydzielinę z rany, ale zato, przylegając szczelnie i równo tak do wygórowanej, jak i do wklęsłej powierzchni granulacyjnej, przejmuje łatwo wydzielinę z rany, która przylega do jego gładkich ścian, przeslizgując się szybko i lekko do brzegów, przy których osiada naokoło rany; tutaj zaś materiał opatrunkowy, ułożony na sylku, wsysa go szybko; a więc, jeżelibyśmy przykleili sylk do zdrowej skóry, otaczającej ranę, lub ułożyli dachówkowato paski, mocno przylegające do siebie brzegami, sylk wtedy chybia swego przeznaczenia.

2-o. *Silk-protectiv* stale utrzymuje wilgoć, nie przysycha do ziarniny, jak gaza lub wata, co nie jest bynajmniej obojętnem, tak dla rany, jak i dla chorego przy zmianie opatrunku, który jest prawie niebolesnym.

3-o. Sylk nie wywołuje krwawienia na młodej ziarninie; lekko bowiem odstaje od rany, unosząc za sobą całą wydzielinę, która na nim osiadła.

4-o. Bóle pod sylkiem stanowczo się zmniejszają, lub zupełnie ustępują.

5-o. Zapalenie ogranicza się, regeneracya występuje szybko; pod sylkiem odnawia się prędko z sieci MALPIGIUSZA delikatny młody nabłonek, w początkach jasno-różowy, gładki i błyszczący, który później przybiera szorstki i matowy wygląd prawidłowej skóry.

6-o. Blizny są miękkie i mają mniejszą skłonność do kureczenia się, jeżeli mamy oparzenie 3-go stopnia, przy oparzeniach 1-go stopnia pozostaje tylko długotrwała pigmentacya, szczególnie na twarzy.

7-o. Sylk względnie jest opatrunkiem tanim: jeden i ten sam plutek sylku, po należytem obmyciu po każdym opatrunku, wystarcza na kilka tygodni.

Z pomiędzy wielu środków farmakologicznych, używanych powszechnie tak dobrze przy oparzeniach, jak wogóle przy opatrywaniu ran lub owrzodzeń, wyróżnić muszę takie, które mają racyę bytu, jeżeli są stosowane tylko w tych okresach oparzenia, w jakich je stosować należy. Kliniki berlińskie BERGMANN'a i BARDELEBEN'a oddają pierwszeństwo jodoformowi, bądź to sproszkowanemu, we wczesnych okresach oparzenia, bądź maści jodoformowej, skoro ukazuje się ziarnina na oparzelinie. Obawiają go się jednak przy oparzelinach na dużej przestrzeni. LANDERER jest zwolennikiem maści bornej lub salicylowej w późniejszym okresie oparzenia; rozprowadza on ją na papierze woskowym, pokrywając nim oparzelinę, na to dopiero nakłada obfitą warstwę materiału wysysającego, jak: wata salicylowa, lub juta.

Tam, gdzie LANDERER stosuje *silk-protectiv*, BILLROTH w tym samym celu używa plastra lepkiego, który, prócz stron dodatnich sylku, ma mieć jakoby jeszcze i tę przewagę nad nim, że lekko ściąga ku sobie brzegi, okalające oparzelinę, ułatwiając tym sposobem kurczenie, czyli zmniejszanie się rany.

Za krótko bawiłem w wyżej wymienionych klinikach, abym mógł mieć ściślejszą obserwację i powiedzieć cośkolwiek za lub przeciw tej lub innej metodzie.

Kliniki paryskie TILLAUX i DENTU leczą oparzenia z powodem chlorkiem cynku, którym zlewają oparzelinę codziennie, nawet we wczesnych okresach, skoro ta poczyna się wypełniać ziarniną krwawiącą. Poczynając od 1% roztworu chlorku cynku, przechodzą stopniowo do 5%, a nawet 10%, którym tuszują ziarninę, nakładając następnie na ranę gazę salicylową. Z kilku przypadków lżejszego poparzenia, jakie obserwowałem przez czas dłuższy mego pobytu, przyszedłem do tego przekonania, że chlorek cynku, prawda, przyspiesza gojenie, tamuje krwawienia, sprawia jednak dotkliwsze bóle, niż ichtyol lub azotan srebra.

Nie mogę tu pominąć terapii MOSETIG-MOORHOF'a, opublikowanej przed paroma laty¹⁾. Za punkt wyjścia dla leczenia oparzeń stawia prof. M. teorię, wypowiedzianą jeszcze przez DUPUYTREN'a, że śmierć przy oparzeniu powstaje wskutek silnego bólu, a zarazem wskutek nadzwyczajnego pobudzenia narządów krążenia i oddechania. Jako przyczynę podrażnienia układu nerwowego M. przyjmuje nagły brak znacznej ilości ciałek krwi, dostarczających tlen i trujące działanie produktów rozpadowych, znajdujących się w krwiobiegu. Przebiegając środki używane dla izolowania miejsc oparzonych od drażniącego działania powietrza, jakoto: pokrywanie ceratką, watą, *collodio elastico*, lnianym pokostem i trzymanie chorego w ciągłej wannie, uważa M. wszystkie te środki za niedostateczne, gorąco powstaje przeciwko ulubionemu i powszechnie używanemu mazidłu z oleju lnianego i wody wapiennej, utrzymuje stanowczo, że przynosi ono tylko szkodę, nie usuwając drażniącego wpływu powietrza, a przeciwnie, dostarcza wskutek rozkładu oleju, produktów szkodliwych dla ran. Wszystkim wskazaniom zadosyć czyni, podług M., jodoform używany w postaci gazy. M. utrzymuje, że po zastosowaniu gazy jodoformowej ból znika prawie natychmiastowo, a rana znajduje się w możliwie korzystnych warunkach dla zagojenia. Sposób stosowania opatrunków jodoformowych ma być, podług M., koniecznie następujący: na ranę, poprzednio starannie oczyszczoną, kładzie się kilka warstw gazy jodoformowej, tę pokrywa się ceratką i tę dopiero szczerlnie zakrywa się watą, przyczem przy bandażowaniu wywiera się mierny ucisk. Konieczność używania ceratki na gazę jodoformową motywuje M. tem, że opatrunek taki, aby nie drażnił rany, nie powinien wysychać. Wydzielina rany przeciska się tylko bokiem pod ceratką i zostaje wessaną przez watę. Opatrunek taki ma pozostawać bez zmiany do dwóch tygodni, jeżeli tylko podniesienie ciepłoty nie wskazuje na zatrzymanie się wydzieliny. Blizny pozostałe po oparzeniu przy

¹⁾ Prof. MOSETIG-MOORHOF, Wiener. med. Presse. N-r 2, 3. 1887.

użyciu jodoformu mają być zupełnie równe i gładkie. Tym sposobem M. leczyl 48 chorych, przyczem ani razu nie było objawów zatrucia.

Co się tyczy oddzielnych form oparzenia, to leczenie ich ograniczyć się musi do metod wyżej podanych, z tą różnicą, że w początkowych okresach stosować należy zawsze środki alkaliczne, skoro poparzenie było zależnem od kwasu, lub kwasy. jeżeli oparzelina spowodowana była alkaliami.

L I T E R A T U R A.

1) Die allgemeine Chirurgie. PITHA-BILROTH. Część I. Tom V. r. 1869. — 2) Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie für Aerzte und Studierende, von D-r ALBERT LANDERER. Wien und Leipzig. 1890 r. — 3) O wlijanii obszirných ožog kozł na životnyj organizm. TROJANOW. Petersburg. 1882 g. — 4) Zur Therapie der Verbrennungen. Prof. R. v. MOSEITIG-MOORHOF. Wiener. med. Presse. N-r 2, 3. 1887.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Trzy przypadki „ischias scoliotica“.

Skolioza, zależna od nerwobólu kulszowego, bywa dość często spostrzegana. Kol. HIGIER opisał w Gazecie Lekarskiej [№ 14. 1892] 3 przypadki *ischiadis scolioticae* z oddziału D-ra W. GAJKIEWICZA, przyczem zebrał całą odnośną literaturę, podając wszystkie teorye, starające się objaśnić przyczynę powstawania omawianego cierpienia, z tego więc powodu podaję same tylko kliniczne obserwacyje, spostrzegane przezemnie na oddziale D-ra W. GAJKIEWICZA, zaznaczając, że pierwsza z nich należy do form skoliozy zwanej *homologue*, t. j. skrzywienie kręgosłupa w stronę chorej kończyny, dwie zaś następne należą do formy tak zwanej *croisé*, t. j. skrzywienie kręgosłupa w stronę przeciwną.

I. J. Ł., lat 42, przybył na oddział 17 Marca 1892. 9—10 lat temu cierpiał na syfilis. Leczył się wcieraniem szaruchy. Żona 2 razy ronila. Półtora roku temu obfita wysypka na pośladkach, ciężko się gojąca w przeciągu przeszło roku. 14 tygodni temu chory poczuł silny ból krzyża, bez widocznej przyczyny, w kilka dni ból rozprzestrzenił się na całą prawą dolną kończynę, szczególnie na goleń. Po 5—6 tygodniach chory nie mógł się trzymać prosto, lecz zginał się w prawo, t. j. w stronę chorej nogi. Przy zapisywaniu się chorego na oddział znalazłem stan następujący: chory dobrego wzrostu i odżywiania, skarży się na silny ból w prawej nodze, z wyjątkiem stopy, leżeć może w każdej pozycji, lecz najwygodniej na wznak z prawą nogą lekko zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym i w lekkiej addukcyi. W pozycji stojącej noga prawa zgięta w biodrowym i kolanowym stawie; chory nie może jej wyprostować; chodzieć chory może z wielką trudnością z powodu silnego bólu. Odległość *arcus costalis* od *crista ossis ilei* z prawej strony na 2 poprzeczne palce, z lewej więcej niż 4 palce. Punkty bolesne na ucisk z prawej strony: 1) między ciernistymi wyrostkami i *articulatio sacro-iliaca*, 2) między *trochanter major* i *tuber ischii*, 3) w pachwinie. Na goleni punktów bolesnych niema, lecz cała masa mięśniowa bolesna przy ucisku. Czuć na dotyk, ból, ciepłotę z prawej strony osłabione. Kręgosłup znacznie skrzywiony: *in parte lumbali* wypukłością w lewo, *in parte dorsali* —

w prawo. Obwód obu ud w odległości 20 ctm. od rzepki 42,5 ctm., goleni w odległości 15 ctm. od rzepki — prawej 29 ctm., lewej 30,5 ctm.. Długość prawej nogi [w stojącej pozycji] 86 ctm., lewej 88,5 ctm.. Przy zawieszaniu na aparacie MOCZUTKOWSKIEGO kręgosłup wyprostowywa się zupełnie. Na skórze chorego znajdujemy liczne blizny po gumatach [badanie D-ra EISENBERGA] Obojczyk lewy zgrubiał znacznie. Gruczoły limfatyczne łokciowe są zwiększone. Ze strony innych na rządów nie znalazłem nic nienormalnego. *Ischias* w tym przypadku powstał na gruncie syfilitycznym, prawdopodobnie przez ucisk gumatu na nerw kulszowy w miednicy, z tego powodu chory otrzymał 15 wstrzyknięć *hydrarg. sozjodolici* i kilka drachm jodku potasu.

Dnia 30 Maja 1892 chory wypisał się z oddziału w następującym stanie: punktów bolesnych na prawej dolnej kończynie niema, czucie zachowane w zupełności, noga, według słów chorego, jakby uśpiona, niezupełnie jeszcze wyprostowana, lecz bólu przy chodzeniu chory nie doznaje; kręgosłup nieznacznie jeszcze skrzywiony.

Z wywiadów więc chorego wiemy, że skrzywienie kręgosłupa powstało w przebiegu bólu kulszowego prawej nogi, który dotychczas istnieje. Badanie szczegółowe wykazuje, że niema żadnego cierpienia samego kręgosłupa, który przy zawieszaniu zupełnie się wyprostowywa: wszystko to dostatecznie przekonują, że skolioza jest cierpieniem następczem bólu kulszowego.

2. Abram K. zapisał się na oddział 15 listopada 1892. *Ex stirpe bona*; zewszę był zdrow, żonaty, 6-ro dzieci zdrowych. Trzy miesiące temu chory bez widocznej przyczyny poczuł ból w krzyżu, po kilku zaś dniach ból rozprzestrzenił się na górną część lewej nogi, a później i na całą nogę, co nie pozwalało choremu swobodnie chodzić. Początku skrzywienia chory nie przypomina sobie dokładnie, ale pamięta dobrze, że skrzywienie nastąpiło w kilka tygodni po wystąpieniu bólu w lewej dolnej kończynie. Przy zapisaniu się na oddział znaleziono następujący stan: chory uskarża się na stały ból w lędźwiowej części kręgosłupa *in regione glutaea sinistra*. Noga lewa nie zgięta, chory chodzić może, przyczem w nodze lewej zjawia się uczucie mrowienia, drętwienia. Punkt bolesny przy wyjściu *n. ischiadici z incisura ischiadica*. W uczuciu niema żadnych zmian; zaniku w chorej kończynie niema. Kręgosłup w okolicy lędźwiowej skrzywiony w stronę zdrową — prawą, w okolicy szyjowej w stronę lewą. Tułów skrzywiony w prawo. Bark i łopatka z prawej strony znajdują się wyżej na $2\frac{1}{2}$ ctm., niż z lewej strony; prawa połowa miednicy więcej wystaje na zewnątrz; prawa ręka więcej oddalona od ciała niż lewa.

D. 29. XI. 1892 chory wypisał się ze szpitala; ze skoliozy zostały tylko nieznaczne ślady, ból przy chodzeniu zupełnie ustał; podczas choroby stosowano choremu kąpiele i galwanizację nerwu kulszowego.

3. J. K., lat 31, rymarz, zapisał się na oddział 21 listopada 1892 r.. Z wywiadów wiadomo, że chory bez żadnej widocznej przyczyny przed 15 tygodniami poczuł silny ból *in regione glutaea dextra*, później w górnej części prawej nogi; bóle trwały 8 tygodni, potem chory zauważył, że nie może trzymać się prosto, lecz chodzi pochylony w lewą stronę i naprzód. Chorował przed 14 laty na tyfus, wogóle był zawsze zdrow; ojciec jego choruje na *ischias*. Przy badaniu znaleziono następujący stan: w stojącej pozycji chory wyprostowywa obie nogi, pochylony jest bardzo silnie na przód i na lewo; kręgosłup w lędźwiowej części skrzywiony na lewo, w szyjowej na prawo; łopatka i bark prawy stoją niżej na 2 ctm.. Okolica biodrowa prawa jakby wyżej stoi i więcej na zewnątrz wystaje. Kończyna górna lewa więcej niż prawa oddalona od ciała. Odległość między *arcus costalis* i *crista ossis ilei* z lewej strony na 2 poprzeczne palce, z prawej na 4. Obwód uda na wysokości 15 ctm. nad rzepką; prawego 38,5 ctm., lewego 40 ctm.; na wysokości 12 ctm. — prawego 36,5, lewego 88 ctm.; obu goleni niżej na 15 ctm., od rzepki 30,5 ctm.. *Points douloureux*; 1) z przodu *in regione ingui-*

nali dextra po środku *ligamenti Pouparti*; 2) niżej na 6 ctm. pod pierwszym punktem. Najwygodniejsza pozycja dla chorego siedzieć lub leżeć na lewym boku lub na wznak, przyczem chory kończyny prawej nie wyprostowywa. Czućcie niezmienione.

St. Stróżewski.

3. Przypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym.

D. 8 listopada r. b. o godzinie 7-mej wieczorem wezwany zostałem do 10 ciumiesięcznej córeczki oficera D. W drodze ojciec chorej opowiedział mi, że dziecko było zupełnie zdrowe i tylko od kilku dni miało zaparcie stolca; z tego powodu dano mu ławatywę z wody z dodatkiem gliceryny, poczem dziecko raptownie zemdłało. Po przybyciu na miejsce zastałem małą pacyentkę leżącą na poduszce bladą z zimnemi kończynami i zupełnie bezwładną. Ruchy dowolne, odruchy i czucie skórne zupełnie zniesione; oddech nieprawidłowy: nie więcej nad jedno charczące westchnięcie na minutę; tętno zwolnione około 80 uderzeń na minutę, dosyć pełne, lecz bardzo miękkie; powieki, w pół przymknięte, zlekka drgają, źrenice zwężone nie oddziałują na światło, rogówka zupełnie znieczulona, dolna szczęka zwisła i bezwładna; tony serca dosyć wyraźne. Po półgodzinnem stosowaniu sztucznego oddechania dziecko zaczęło oddechać częściej lecz nieprawidłowo: oddech charczący (*stertor*) bardzo powierzchowny, od czasu do czasu przerywany głębszem westchnięciem. Z gardzieli wygarnąłem kilkakrotnie za pomocą palca znaczną ilość śluzu. Ciemiączko napięte; tętnienia onego nie wyczuwa się. Po zaprzestaniu sztucznego oddechania zrobiłem gorącą kąpiel z gorzycą, przyczem polewałem głowę zimną wodą, następnie owinąłem dziecko w koldrę i obłożyłem butelkami z ciepłą wodą. Po kąpeli oddech dziecka stał się trochę głębszym, lecz zawsze był jeszcze nierówny i charczący; tętno do 100 uderzeń na minutę, źrenice trochę się rozszerzyły i zaczęły oddziaływać na światło, chociaż bardzo leniwie; w płucach dużo rzężeń wilgotnych, ciepłota w kiszce 35,9.

Obraz ten odrazu naprowadził mnie na myśl o zatruciu dziecka, a ponieważ objawy powyższe wystąpiły bezpośrednio po zadaniu ławatywy, związek więc tej ostatniej z zatruciem wydawał mi się wiele prawdopodobnym. Bardziej szczegółowe wywiady wyjaśniły całą sprawę. Ławatywę zrobiono dziecku za pomocą irygatora, w którym przez nieostrożność pozostawiono nieco $\frac{1}{2}$ rozczyntu kwasu karbolowego. Mieliliśmy więc w danym przypadku do czynienia z zatruciem ustroju dziecka kwasem karbolowym. Wobec tego zastosowałem przepłukanie kiszek słabym rozczyntem soli glauberskiej, licząc na to, że choć niewielka ilość tego środka, przedostanie się do krwi. Następnie zrobiłem znowu gorzycową kąpiel.

Po wyjęciu z kąpeli stan dziecka znacznie się polepszył: oddech, chociaż zawsze charczący, stał się znacznie głębszym i zupełnie równym; drganie powiek ustąpiło; źrenice zaczęły łatwiej oddziaływać na światło; można było wyczuć tętnienie ciemiączka; szczęki zwały się tak, że dla wprowadzenia palca do jamy ustnej, celem wydalania śluzu zbierającego się w gardzieli, należało użyć pewnej siły. Prócz tego w celu docucenia się dziecka podawałem mu do wdechania naprzemian amoniak i eter, oraz zrobiłem jeszcze jedną kąpiel gorzycową.

O g. 12-iej w nocy, tj. w pięć godzin po otruciu zostawiłem dziecko spokojnie śpiące, przyczem zaleciłem dawać nastój z arniki i herbatę z winem, oraz trzymać ciepło. Na drugi dzień rano powiedziano mi, iż dziecko spało spokojnie przez kilka godzin, przetykało lekarstwo, poczem miało kilkakrotne wymioty; nad ranem wypilo trochę mleka. Zastałem je zupełnie przytomnem, lecz bardzo osłabionem. Ciepłota rano 38,1, oddech 60, tętno 140. Przy opukiwaniu łatki piersiowej znalazłem z prawej strony pod łopatką odgłos trochę stępiony, przy wysłuchiowaniu wydech przedłużony. Zaleciłem dawać tylko mleko i herbatę z winem. Wieczorem C. 38,6, T. 148, O. 76. W płucach z prawej strony pod łopatką

i pod obojczykiem, do 3-go żebra, odgłos tępy, wydech oskrzelowy, przewodnictwo głosu wzmożone; z lewej nad łopatką i obojczykiem odgłos stępiony, wydech przedłużony. Zaleciłem: *Liqu. ammon. anisat.* i co 2 godziny gorczyczniki na klatkę piersiową. D. 10. XI. rano C. 38, T. 140, O. 40. W płucach z lewej strony ton i oddech normalne; z prawej pod łopatką i obojczykiem odgłos stępiony i nieco bębniasty, wydech nieokreślony i rzadkie rżenia wilgotne. Dziecko znacznie rzwiejsze i mocniejsze, krzyczy i kaprysi. W nocy po zażyciu lekarstwa dostawało silnego kaszlu, przyczem parę razy z wymiotowało dosyć dużo śluzowo ropnej płwociny. Mocz mętny barwy brudno-zielonej zawiera w małej ilości białko i daje z półtorachlorkiem żelaza słaby odczyn na kwas karbolowy. Osad, zbadany pod drobnowidzem, zawiera nieliczne kulki krwi, komórki nabłonkowe i dużo kryształów kwasu moczowego. Wieczorem ciepłota 37,8°.

D. 11. XI. rano ciepłota 37,2°. Dziecko ma się dobrze; odgłos opukowy na klatce piersiowej normalny; przy wysłuchiowaniu z prawej strony pod łopatką oddech zaostrozony. W kilka dni potem widziałem dziecko; miało się zupełnie dobrze.

Opisany przypadek zasługuje na uwagę:

1° ze względu na drogi, któremi trucizna została wprowadzona do ustroju, oraz ze względu na szybkie wchłanianie kwasu karbolowego z kiszek grubych,

2° ze względu na pełny obraz kliniczny zatrucia kwasem karbolowym,

3° ze względu na następcze zmiany w płucach, które skłonny jestem przyjąć za rozwijające się zapalenie płuc zachłystowe. Zdaniem niektórych autorów otrucie kwasem karbolowym może spowodować wybuch zapalenia płuc.

I. Józefowicz (z Kowna).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

PRZEGLĄD KRYTYCZNY

KWESTYI ZANIKU MIĘŚNI (AMYOTROPHIAE) POCHODZENIA ORGANICZNEGO I DYNAMICZNEGO.

Napisał

D-r med. Henryk Higier.

—3—

Treść: *Amyotrophiae* przy *Dystrophia musculorum progr.* ERB'a. — *Atrophia muscularis progr.* DUCHENNE-ARAN'a. — *Paralysis ascendens* LANDRY'ego. — *Poliomyelitis anterior* — *Neuritis multiplex*. — *Tabes dorsualis*. — Przy cierpieniach mózgowych, stawowych i funkcyjnych (*hysteria*).

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

Dla ostrego poliomyelitu stwierdzono od czasu ogłoszenia spostrzeżenia CORDIER'a ¹⁾ również przyczynę zakaźną. CORDIER opisał epidemię, podczas której w małym miasteczku 13-ro dzieci przebyło w ciągu 2-ch miesięcy *poliomyelitis*. Ostatniemi czasy tego rodzaju epidemie opisali też lekarze szwedzcy i norwegscy. BERGENHOLZ z Umea [Szwecya] obserwował w ciągu 1½ miesiąca 15 przypadków, OXHOLM ²⁾ z Mandal w ciągu 42 dni 9 przypadków, MEDIN ³⁾ zaś ze Sztokholmu w ciągu 1½ miesiąca 29 przypadków rdzeniowego porażenia u dzieci.

¹⁾ CORDIER. Lyon. méd. LVII. 1—2. 1888 [p. Refer. VIRCHOW-HIRSCH. 1889].

²⁾ P. LEEGARD. Om poliomyelit neu demonstration mikroskopiske præparater. Ref. w Neur. Centrbl. Decembre 1890.

³⁾ MEDIN. En epidemi af infantil paralysis. Ref. w SCHMIDT's Jahrb. Nr. 6, 1891.

Widzimy więc, że sama etyologia we wszystkich wyżej wspomnianych cierpieniach wskazuje charakter toksycznego lub zakaźnego cierpienia ogólnego, które sobie wyobrażać musimy jako wynik niszczącego działania produktów chemicznych. Być może, iż uda nam się w przyszłości wszystkie wymienione, zwłaszcza zakaźne, czynniki przyjąć za czysto toksyczne [jak np. tyfotoksyna, tuberkulina, tetanina] i otrzymać toksalbuminy, składające się z połączenia jądów chemicznych i myeliny. Pierwsze najtrudniejsze kroki na tem polu udało się już za pomocą badań chemiczno-bakteryologicznych przewyciężyć.

Że i samoistna postać zapalenia nerwów, *poliomyelitis* i porażenia LAN-DRY'ego zależy od jakiegoś jadu toksycznego i że zaziębienie przytem gra rolę tylko czynnika usposabiającego, wynika już z samej analogii z innymi cierpieniami zakaźnymi [gościec, zapalenie płuc włóknikowe], powstającymi wskutek zaziębienia. Zresztą przebieg jej gorączkowy z dreszczami, z zapaścią i t. d. przemawia za cierpieniem ogólnem pochodzenia toksycznego. Gdyby zaziębienie samo przez się mogło wystarczyć do wywołania np. zapalenia nerwów, wówczas cierpienie to należałoby do bardzo częstych, gdy tymczasem stanowi ono zjawisko dosyć rzadkie.

Również przy postaciach zakaźnych daleko prawdopodobniejszym wydaje nam się toksyczne zajęcie całego układu nerwowego. Przypuszczenie, iż pewne toksyczne produkty przemiany materji drobnoustrojów wywołują zakaźne zapalenia nerwów i rdzenia, jest już choćby z tego powodu usprawiedliwionem, że w tkance nerwowej prawie nigdy nie udaje się odnaleźć pasożytów chorobotwórczych. Gdyby np. ten sam lasecznik tyfusu miał wywołać i następcze zapalenie nerwów, to bez wątpienia znalezioneby go tam, jak go znajdujemy w kiszkach lub sledzionie. Wreszcie spostrzegamy nie rzadko poliomyelit lub zapalenie nerwów dopiero w kilka tygodni po ustąpieniu choroby zakaźnej [np. porażenie dyfteryczne], t. j. w czasie, kiedy należy przyjąć, iż pasożyty dawno już zostały wydalone z ustroju ¹⁾, a pozostały tylko ich wytwory chemiczne.

Za pochodzeniem toksycznym neurytów zakaźnych, zdaniem naszym, przemawiają również fakty, zdobyte przez ROUX i YERSIN'a ²⁾ w pracowni PASTEUR'a, iż czynnik chemiczny jadu dyfterycznego jest w stanie, między innymi, wywołać również porażenia neurytyczne ³⁾.

Nawet skażenie-charłacze postaci zapalenia nerwów, jak się zdaje, zależą od wpływów toksycznych. Nie mam tu na myśli zapaleń nerwów, towarzyszących charłactwu rakowemu, gruźliczemu, charłactwu wywołanemu trądem, przymiotem; dla tych bowiem cierpień charakter zakaźny, a co zatem idzie i toksyczny, albo został stwierdzony, albo też bardzo jest prawdopodobny. Mówię tu o zapaleniach nerwów w innego rodzaju skażeniach, jak: cukrzycy, chorobie BASEDOW'a, niedokrwiistości złośliwej ⁴⁾ i t. d. Niektóre objawy chorobowe [gorączka, śpiączka, furunkuloza], występujące w omawianych skażeniach, przemawiają za tem, że i tu również gra rolę jad chemiczny, jeżeli nb. za toksyczną przyjmujemy każdą substancję, nagromadżającą się w ustroju w ilości o wiele przewyższającej prawidłową [cukier, mocznik, sole kwasu moczowego, aceton, kwas oksymasłowy, barwniki krwi i t. d.] „*Le principe*, mniema CHAR-RIN ⁵⁾, *capable de mettre en mouvement la thermogenèse, découle de la nutrition pertur-*

¹⁾ LEYDEN. Die Entzündung der peripheren Nerven. Berlin. 1888.

²⁾ ROUX et YERSIN. Contribution à l'étude de la diphtérie. Annal. d. l'Institut. PASTEUR II. 12.

³⁾ Porówn. Ueber die toxische Wirkung des Blutes bei acuten Eiterungsprocessen. Deut. med. Woch. 2. 1892.

⁴⁾ PERLES widział w kilku przypadkach typowej „*Anae niae perniciosae*“ mikrokokki we krwi. Petersb. medic. Woch. 1892. 50.

⁵⁾ Le microbe. La cellule. Propriétés communes. Sém. médic. 7. 1892.

bée, de la surabondance des acides ou de doses énormes de sels uratiques etc.; car, pour qu'il y ait anomalie, il n'est pas nécessaire qu'une matière, auparavant inconnue, prenne place dans les humeurs, il suffit, que des éléments, les plus ordinaires au besoin, s'accablent en quantité excessive¹.

Zapalenie nerwów w skażeniu dnawem, jeżeli zgodzimy się na powyższe określenie pojęcia „virus“, nie powinno nas więcej dziwić, niż zapalenie nerwów przy otruciu np. wyskokiem, łożowiem, lub rtęcią.

Posunę się nawet o krok dalej i zauważę, że można przyjąć za toksyczne te zapalenia nerwów, dla których w anamnezie nie znajdujemy żadnego tła infekcyjnego, lub toksycznego, lecz wzmiankę o przebyciu jakiejś gwałtownej krótko lub długotrwałej emocji psychicznej. Że gwałtowny przewrót w naszej istocie psychicznej może pozostawić ślady w przejawach fizykalnych ustroju, zarówno co do jakości jak i ilości produktów przemiany materji, za tem przemawia wiele faktów, jak np. występowanie potu zimnego, fosfaturji pod wpływem strachu, kolki wątrobowej pod wpływem zmartwienia, wysoki współczynnik urotoksyczny moczu przy psychozach i t. d..

Dlaczegożby więc nagła a gwałtowna zmiana w tworzeniu się lub w wydzielaniu fizyologicznych produktów przemiany materji nie miała też wyrzucić toksycznego wpływu na dosyć wrażliwą tkankę nerwową, niszcząc przewodnictwo włókien jej w kierunku odśrodkowym lub dośrodkowym?

Nie tajmy, iż w niektórych, aczkolwiek rzadkich przypadkach wyżej wspomnianych chorób nerwowych pochodzenia toksycznego, wykryto w zajętych tkankach nerwowych obecność pasożytów. Znany jest np. przypadek CURSCHMANN'a, w którym przy porażeniu LANDRY'ego znaleziono w rdzeniu lasiecznika tyfusowe. W postaci chorobowej, spostrzeganej przez BAEZ'a i SCHEUBE'go w Japonii i opisaną jako „*paraneuritis endemica*“ (*Kak-ke lub Beri-beri*) znaleźli WINKLER i PECKELHARING¹⁾ diplokokki oraz kokki pałeczkowate, które u psów i królików wywoływały zwyrodnienie nerwów²⁾, MUSSO i MORELLI inne drobnoustroje o tej samej własności³⁾.

Wreszcie podobny przypadek zaznacza MOOS⁴⁾ w dyfterytycznem zapaleniu nerwów. Autor ten jest zdania, że mięszkowe zapalenie nerwów w przypadku przez niego opisanym zależało od wnikięcia kokków do otoczek nerwów. Na poprzecznym przecięciu włókien nerwowych spłotu bębenkowego, nerwu twarzowego i słuchowego „wewnątrz otoczek rdzeniowych znaleziono drobnoustroje, ułożone w postaci wianków i sznurów pereł, na przecięciu zaś podłużnem przedstawiały się one w postaci długich łańcuchów“.

Z badań MOOS'a wynika, że toksyna lasiecznika dyfterytycznego [toksalbumina BRIEGER-FRAENKEL'a] czyni nabłonek błony śluzowej gardzieli sprzyjającym przenikaniu pasożytów, które, przedostawszy się do otoczki nerwowej, szerzą się dośrodkowo, niszcząc po drodze substancję nerwową⁵⁾. Im bardziej się one rozprzestrzeniają, tem porażenie staje się rozleglejszem, co się w samej rzeczy zgadza z przebiegiem porażen dyfterytycznych.

Niekiedy do powstawania wyraźnych porażen wystarcza obecność zaburzeń dynamicznych, wywołanych w tkance nerwowej zmianami w naczyaniach [krwa-

¹⁾ PECKELHARING et WINKLER. Recherches sur la nature et la cause de Beriberi et sur les moyens de le combattre. Utrecht. 1888.

²⁾ Według PUTMAN'a [Bost med. and surg. Journal. 1890. 11 Sept.] przyczyną Kak-ke jest złe odżywianie się na pokładach okrętów, według BIRGE'go zaś [Ibid. 1890. 13 Nov.] przyczynę stanowi wpływ zimna na złe odżywiane osobniki. M. MIAURA z Tokio przypuszcza [VIRCHOW'S Arch. CXXIII. 2. p. 280. 1891], iż choroba polega „na zatruciu wskutek spożywania pewnych gatunków mięsa“.

³⁾ P. LEOPOLD. Zur Pathogenese der Beri-Beri. Berl. klin. Woch. 1892. 4.

⁴⁾ MOOS. Ueber einige durch Bakterien-Einwanderung bedingte Veränderungen im menschlichen Gehörorgane insbesondere im Labyrinth. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. VIRCHOW. CXXIV. 3. 1891.

⁵⁾ Por. KOLISKO u. PALTAUF. Zum Wesen des Croups. Wien. klin. Wochenschr. 8. 1889.

wienie, *thrombo-arteriitis, thrombo-phlebitis*]. Tą drogą dadzą się, być może, wytłumaczyć te przypadki wstępującego porażenia LANDRY'ego, które nie okazują się w następstwie ani ostrym poliomyelitem, ani też zapaleniem nerwów. Ciekawe pod tym względem są przypadki KLEBS'a ¹⁾, demonstrowane w Towarzystwie lekarskim Berlińskim, rzucają one bowiem nieco światła na rzeczywiste tło tyle ciemnej sprawy chorobowej, jaką jest porażenie LANDRY'ego.

W wysokim stopniu obfita międzyzwojowa sieć naczyń włosowatych przednich rogów, jak wiadomo, otrzymuje krew z t. z. tętnic korzeni (*Wurzelarterien*), oraz tętnic środkowych (*Centralarterien*), z których ostatnie pochodzą z *art. spinalis anterior (art. vertebralis)*, pierwsze z tylnych gałęzi tętnic międzyżebrowych i lędźwiowych. W zwojach przednich rogów mogą tym sposobem łatwo nastąpić zaburzenia w czynności, skoro, jak to ma np. miejsce w chorobach zakaźnych, naczynia tracą na swej elastyczności: zdarza się to tutaj bardzo łatwo, środkowe bowiem tętnice rdzenia otrzymują krew z tętnicy rdzeniowej przedniej, która jest nadzwyczaj długą i cienką. Istnieje więc *a priori* już wszelkie prawdopodobieństwo, że zmiany największe wystąpić powinny w tętnicach środkowych.

I rzeczywiście znajdował KLEBS w porażeniu LANDRY'ego zakrzepy szkliste zawsze w tętnicach środkowych rdzenia. Że nie powstały one po śmierci, dostatecznym tego dowodem było skrzepnięcie ich w obec nieskrępej reszty zawartości naczyń, oraz kapilarne krwotoki wtórne, charakterystyczne dla zakrzepów przyżyciowych.

Tym sposobem wycofany z krwi obiegu obręb tętniczy może stać się przyczyną głębokich zmian w krążeniu i następczych zaburzeń w odżywianiu tkanek, wywołując przesieki do przestrzeni okołozwojowych.

Sprawa szerzy się od dołu ku górze, dolne bowiem odcinki rdzenia najbardziej wystawiane są na skutki zaburzeń w krążeniu tętnic środkowych. Wstępujący zatem typ porażenia LANDRY'ego dałby się wytłumaczyć na drodze stosunków czysto anatomicznych; *art. spinal. ant.* bowiem bierze początek z *art. vertebr.* w górnym odcinku rdzenia ²⁾.

O sposobie powstawania zakrzepów tętnicznych przy porażeniu LANDRY'ego ³⁾ nie mamy zgoła żadnego pojęcia. Tyle tylko jest niewątpliwem, że toksyczne wytwory przemiany materii [enzymy] są w stanie analogicznie z niektórymi innymi jadami [morfiną, strychniną] wywołać porażenie i śmierć osobnika, nim jeszcze zdążyły wystąpić organiczne zmiany anatomiczne.

Zestawiając w krótkości wszystko, cośmy dotychczas o etyologii omawianych chorób (*Polyneuritis, Poliomyelitis, Paralysis LANDRY*) powiedzieli, przychodzimy do wniosku następującego: jad toksyczny i infekcyjny, *resp.* drobnoustroje z produktami ich przemiany materii mogą sprowadzać cierpienie zarówno przednich rogów rdzenia, jak nerwów obwodowych, bądź bezpośrednio, bądź też wywoływać zaburzenia molekularne w tkance nerwowej wtórnie, pod wpływem widocznych zmian w naczyniach.

Uogólnienie powyższe, dotyczące czynników przyczynowych wspomnianych cierpień, daje się również zastosować do symptomatologii i przebiegu. Również i symptomatologia przemawia za cierpieniem całego układu nerwowego, przyczem natężenie sprawy chorobowej ogranicza się przeważnie do tego lub owego odcinka drogi ruchowej [kora mózgowa, przednie rogi, nerwy obwodowe], *resp.* czuciowej.

1) KLEBS. Demonstration zur LANDRY'schen Paralyse. Sitzung in Berlin. Ver. f. Medicin. 22 Dec. 1890.

2) CANTANI mniema, iż porażenie LANDRY'ego polega na swoistej neuromykozie, w której głównie cierpią nerwy, a w małym tylko stopniu rdzeń [p. CANTANI. Ein Fall von LANDRY Paralyse. Beitrag zur Pathol. Anatom. etc. v. ZIEGLER i NAUWERK. 1890. VIII. 3].

3) W wyjątkowych razach przymiot rdzenia przebiega w postaci „ostrego porażenia wstępującego LANDRY“ [BERGER, CHEVALET, BERNHARDT]. I w niektórych tego rodzaju przypadkach znajdowano zakrzepy szkliste w środkowych tętnicach rdzenia.

I rzeczywiście, co my właściwie wiemy o objawach porażenia LANDRY'ego? Cierpienie rzezone występuje zazwyczaj ostro przy objawach ogólnej infekcyi i gorączce, wymiotach, bólu głowy, zapaści i t. d. W ciągu kilku dni rozwija się porażenie kończyn dolnych ze zwiótczeniem mięśni (*schlafte Lähmung*), do którego wkrótce przylącza się także porażenie kończyn górnych. Stopniowo rozwijają się też objawy opuszkowe: porażenie gardzieli, języka, twarzy, przepony. Śmierć następuje zazwyczaj po upływie 2—3-ch tygodni przy zupełnem zachowaniu czucia i czynności zwieraczy.

Jaki jest obraz kliniczny *poliomyelitis anterioris acutae* i *subacutae*, których swoisty zakażno-toksyczny charakter, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, pod wieloma względami został niewątpliwie stwierdzony? Przy objawach gorączki, sennaści, bredzenia, rozwija się porażenie ze zwiótczeniem mięśni jednej lub więcej kończyn, do czego szybko przylącza się zanik z odczynem zwyrodnienia i utratą odruchów ścięgnistych. Bólów i obiektywnych nieprawidłowości w sferze czuciowej brak po większej części, czynność narządu moczopłciowego pozostaje prawidłową.

Jeżeli w postaci podostrej (*Poliomyelitis adultorum*) zauważyć się daje pewien typ w występowaniu porażen mięśniowych, np. t. zw. typ ramienny [zanik mięśni: *biceps*, *deltoides*, *brachialis internus* i *supinator longus*], to, zdaniem REMAK'a ¹⁾, prawdopodobieństwo obecności poliomyelitu zwiększa się: właściwie bowiem danemu typowi mięśnie otrzymują nerwy z komórek zwojowych, ułożonych blisko siebie w rogach przednich. W istocie, sprawa degeneracyjna musiałaby zająć oddzielne włókna rozmaitych nerwów, ażeby wytworzyć typ powyższy drogą pierwotnego umiejscowienia na obwodzie.

Zwracając się wreszcie do zapalení nerwów, znajdujemy, że i tu przy objawach gorączki, lub bez niej, rozwija się ostre *resp.* podostre obustronne symetryczne lub jednostronne porażenie, dotykając niekiedy też nerwy mózgowe. Porażenie poprzedzają nie rzadko parestezye, bóle w skórze i mięśniach, ustępujące później miejsca znieczuleniom. Odruchy ścięgniste znikają bardzo szybko. Zapalenie nerwów trwarszy się zanik mięśni oraz odczyn zwyrodnienia, niekiedy też troficzne zaburzenia w skórze ¹⁾.

Zestawiając w krótkości najważniejsze czynniki różniczkowo rozpoznawcze pomiędzy zapaleniem nerwów z jednej strony, z drugiej zaś t. zw. porażeniem LANDRY'ego i *poliomyelitis anterior*, otrzymamy następujące cechy wyróżniające je: brak zaburzeń w sferze czuciowej, brak zaniku mięśni i odczynu zwyrodnienia w przypadkach porażenia z przebiegiem nader ostrym przemawiają za t. zw. cierpieniem LANDRY'ego; w przypadkach zaś, przebiegających ostro lub ostrawo brak zaburzeń w sferze czuciowej, a niekiedy też brak pewnych wyraźnych czynników etyologicznych przy jednoczesnem typowem umiejscowieniu zaniku mięśni [typ DUCHENNE-ERB'a, typ DUCHENNE-ARAN'a, typ przedramienny i t. d.] stanowi cechę charakterystyczną dla *poliomyelitis anterior*.

O chorobie LANDRY'ego, jako takiej, mieliśmy już sposobność wyżej zauważyć, iż z punktu anatomicznego pod żadnym pozorem nie można jej przyjąć za pewną określoną, oddzielną postać chorobową, że raczej zaliczyć ją wypada do *poliomyelitis* i *polyneuritis*. Pierwsze przekonywające pod tym względem przyiadki ogłosili EICHHORST i DÉJÉRINE, którzy w rozpoznaniem porażenia LANDRY'ego wykryli przy oględzinach pośmiertnych tylko ostre zapalenie nerwów.

Zresztą przytaczane zwykle kliniczne cechy różniczkowo-rozpoznawcze nie zawsze są wystarczające. Zaburzenia czuciowe, głównie zaś subiektywne, spo-

¹⁾ REMAK. Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmung und spinaler Atrophien. Arch. f. Psych. 1879. IX. p. 603.

²⁾ Por. DÉJÉRINE-KLUMPKE. Des polyneurites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier. Paris. 1889.

strzegano również niejednokrotnie w ostro i śmiertelnie przebiegających porażeniach LANDRY'ego, gdzie anatomiczne badanie wypadło ujemnie. Polegały one na uczuciu zimna, mrowieniu, bólach [WESTPHAL, DÉJÉRINE-KLUMPKE]. Zaburzenia w odżywieniu mięśni i w zachowaniu się względem prądów elektrycznych spostrzegano w dosyć ostrych przypadkach, rozpoznawanych jako cierpienie LANDRY'ego [DÉJÉRINE, HOFFMANN]. Wreszcie, nic w tem dziwnego, jeżeli w większości przypadków choroby LANDRY'ego mięśnie poostają niezmienione tak pod względem odżywiania, jak i pobudliwości na prądy elektryczne; śmierć bowiem zjawia się przed wystąpieniem powyższych zmian.

Pytanie, czy dany przypadek porażenia LANDRY'ego należy uważać za ostre, piorunujące zapalenie nerwów, czy też za *poliomyelitis*, obecnie ze stanowczością rozstrzygnąć się nie daje ani klinicznie, ani też anatomo-patologicznie.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego pomiędzy poliomyelitem i polineurytem, to bardzo ważną cechą rozpoznawczą dla pierwszego ma być brak zaburzeń w sferze czuciowej. Zwracamy jednak uwagę na to, iż zdarzają się przypadki zapaleń nerwów, w których też brak zupełnie zaburzeń w sferze czuciowej. Do takich zalicza się np. ciekawy przypadek DÉJÉRINE'a ¹⁾, w którym na zasadzie powyższego objawu fałszywie rozpoznano poliomyelit. KLUMPKE w pracy swej o zapaleniu nerwów (*loc. cit.* p. 33 i 36) opisuje dwa nadzwyczaj powikłane tego rodzaju przypadki [z recydywami], w których w przeciagu wielu lat ani śladu zaburzeń czuciowych nie zauważono. Niedawno temu opisał GOMBAULT ²⁾ przypadek, dotyczący młodego, dziedzicznie nieupośledzonego mężczyzny, u którego bez widocznej przyczyny rozwijał się zanik mięśni tułowia i kończyn, gdy tymczasem sfera czuciowa pozostała przez cały ciąg choroby niekniętą. A mimo to jednak badanie drobnowidzowe wykryło liczne zwyrodnienia jedynie w nerwach obwodowych. Brak czynników etyologicznych oraz zaburzeń czuciowych z łatwością mogły w przypadku tym doprowadzić do rozpoznania poliomyelitu.

W końcu pragnę zwrócić jeszcze uwagę na zapalenia nerwów, wywołane otruciem ołowiem, które przebiegają zazwyczaj bez wszelkich zaburzeń czuciowych, chyba że przyłącza się histerya ołowiowa. Podobnie zachowują się niektóre przewlekłe neuryty na tle alkoholizmu ³⁾.

Z drugiej strony opisywano przypadki poliomyelitu, w których istniały wyraźne podmiotowe zmiany w czuciu [NONNE] ⁴⁾.

Charakterystyczne, według REMAK'a, typy zaników mięśni, jak to postaramy się wykazać, również nie należą do znamionujących. Występują one dosyć często przy innych cierpieniach, między innymi, nierzadko przy zapaleniach nerwów [SCHULTZE]. Typ przedramienny np. obserwowano przy postępującym rdzeniowym zaniku mięśniowym. Dla zapalenia nerwów ołowiowego cechą charakterystyczną jest porażenie mięśni wyprostnych przedramienia za wyjątkiem mięśni: *supinator longus* i *abductor pollicis*. Typ powyższy wykazać można nawet w tych świeżych zupełnie przypadkach *neuritidis saturninae*, w których brak wszelkich zmian w rogach przednich, jak tego dowodzą ogłoszone niedawno przez EICHHORST'a ⁵⁾ 2 przypadki.

Również i ramienny typ DUCHENNE-ERB'a [zwany także *typus humero-scapularis*], w którym ulegają cierpieniu mięśnie: *deltoides*, *biceps*, *brachialis internus* i *supinator longus* nie stanowi cechy, właściwej tylko poliomyelitom, DÉJÉRINE

¹⁾ DÉJÉRINE. De la nature périphérique de certaines paralysies dites spinales aiguës de l'adulte à propos d'un cas d'atrophie musculaire des 4 extrémités. Arch. de Physiol. 1890.

²⁾ GOMBAULT. Sur l'état des nerfs périphériques dans un cas de myopathie progressive. Arch. d. Méd. experim. I. 4, 5. 1890

³⁾ PORÓWN. SENATOR. Dyskusye na posiedzeniu Berl. Tow. Neurol. z 9 stycznia 1893. [Patr. Ner. Ctblt. 1 lutego 1893].

⁴⁾ NONNE. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. I. 1, 2. 1891.

⁵⁾ EICHHORST. Beiträge zur Pathologie der Nerven u. Muskeln. VIRCH. Arch. CXX. 2. 1890.

i LANDOUZY spostrzegali go w najrozmaitszych postaciach myopatycznego i rdzeniowego postępującego zaniku mięśni, SCHULTZE obserwował typ powyższy w syryngomyelii, a DÉJÉRINE w tabetycznem zapaleniu nerwów.

Dowiedzionem jest wreszcie, że uraz znanego na szyi nadobojczykowego punktu ERB'a (*Supraclavicularpunkt*) jest w stanie wywołać porażenie o typie ramiennym, co także przemawiałoby za możliwością istnienia porażień typowych, zależnych od zmian obwodowych.

Wreszcie typ DUCHENNE-ARANA, w którym ulegają cierpieniu mięśnie kłębu palucha, kłębu paluszka i międzykostne, spostrzegano w całym szeregu najrozmaitszych cierpień. Pomijając postępujący zanik mięśniowy, który uważać można za przewlekły przebiegający poliomyelit, typ omawiany występuje niekiedy w zapaleniu nerwów, pochodzenia urazowego [KLUMPKÉ], tabetycznego [MENDEL, STRUEPPELL], wyskokowego [BONNET] i arsenikowego [HECKENLAUER].

Pomijam tu typy, występujące na kończynach dolnych, z których to typów również pod żadnym pozorem nie można stanowczego wyprowadzać wniosku o poliomyelitycznem pochodzeniu cierpienia.

Rozumie się samo przez się, iż pod względem różniczkowo-rozpoznawczym najtrudniejsze do oceny są te przypadki, w których wszystkie mięśnie członków uległy porażeniu. Dla większości atoli przypadków zmuszeni jesteśmy postawić orzeczenie następujące: typy wyraźne przemawiają wogóle, acz nie zawsze, za umiejscowieniem rdzeniowem, niewyraźne zaś i niezupełne nie mówią jeszcze nic przeciw istnieniu poliomyelitu.

Nie posiadamy więc żadnych dokładnych znamionujących wskazówek dla pewnego odróżnienia zapalenia nerwów od poliomyelitu. Jedynie obecność większej ilości charakterystycznych objawów pozwala z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wyłączyć tę lub ową chorobę. Z tem tylko zastrzeżeniem możemy podane przez ROSENBERG'a ¹⁾ rozpoznanie różniczkowe uznać poniekąd za słuszne. Zdaniem tego autora, cechy charakterystyczne zapalenia nerwów są następujące: przewlekły po większej części początek z objawami podrażnienia, znikanie odruchów ścięgnistych przy jednocześnie wzmożonych odruchach skórnych, często udział w sprawie chorobowej nerwów mózgowych, nieodpowiednie ustosunkowanie (*Incongruenz*) zaników mięśniowych do ich czynności i pobudliwości na prądy elektryczne, nieprawidłowy przebieg z porażeniem, poprawa którego nie odpowiada nateżeniu sprawy. *Poliomyelitis* cechuje się: ostrym po większej części początkiem bez objawów podrażnienia, prawidłowymi zazwyczaj odruchami ścięgnistymi i skórными, rzadko występującem cierpieniem nerwów mózgowych, prawidłowem ustosunkowaniem zaników mięśni do ich czynności i pobudliwości na prądy elektryczne, równomierny przebieg i umiejscowienie porażenia we współdziałających mięśniach.

Chciałbym tu jeszcze przytoczyć niektóre objawy, przez ROSENBERG'a niewzględnione, a ułatwiający poniekąd rozpoznanie różniczkowe. 1) W zapaleniu nerwów w pierwszym okresie choroby wyczuwamy niekiedy cierpiący nerw jako bardzo bolesny, obrzmiały powrózek; w okresach późniejszych, gdy zanik mięśni już występuje wyraźnie, możemy wyczuć zgrubiały i niebolesny nerw o wiele lepiej wskutek bujania tkanki łącznej. 2) W początkach zapalenia nerwów lub też w czasie powrotu *ad integrum* przeważa niekiedy zajęcie anatomicznej grupy mięśni, zaopatrywanych przez dany nerw. 3) W zapaleniu nerwów znikanie odruchów stanowi pierwszy objaw, odczyn zwyrodnienia zjawia się później dopiero; w poliomyelicie znajdujemy nierzadko obok wyraźnego całkowitego lub częściowego odczynu zwyrodnienia, odruchy w całości zachowane.

¹⁾ ROSENBERG. Die Differentialdiagnose der Poliomyel. ant. acuta et chronica adultorum und der Neuritis multiplex. Heidelberg. Dissertation. 1890.

W okresach późniejszych cechą właściwą obydwom postaciom jest brak odruchów oraz prawidłowego oddziaływania na prądy. 4) Jeżeli w przypadkach ostro lub przewlekłe przebiegających występuje wyraźna poprawa, to prawdopodobnym jest zapalenie nerwów, przy którym tendencja do regeneracji jest większa, niż przy poliomyelicie. W zanikach, towarzyszących ostrym poliomyelitom, przy których sprawa chorobowa często polega na zmianach czysto czynnościowych w rogach przednich, skłonność do regeneracji jest również dosyć duża. 5) Wyraźny bezład, jak się zdaje, występuje prawie tylko przy zapaleniu nerwów.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

23. F. Winkler i J. Fischer [Wiedeń]. Zastosowanie strumienia galwanicznego do badania wydzielin.

Przed 5 laty WEBITER zastosował elektrolizę do oczyszczania ścieków. Obecnie powyżsi autorzy skorzystali z elektrolitycznych własności strumienia galwanicznego do szybkiego otrzymania osadów w moczu, o co, jak wiadomo, nieraz chodzi w klinice i co dotychczas udawało się osiągnąć za pomocą centryfugi. Ale centryfuga jest przyrządem dość skomplikowanym i kosztownym. Tymczasem, posiadając stos galwaniczny lub zwykłą maszynę galwaniczną, można sobie łatwo urządzić z niej aparat, ułatwiający zbieranie się osadu w moczu i innych wydzielinach. W tym celu do szklanej kolby, zawierającej np. mocz, wprowadzamy dwa przewodniki, zakończone zwykłym żelaznym drutem, tak, aby się ze sobą nie stykały. Tu występuje natychmiast elektrolityczne działanie strumienia galwanicznego: nad jednym z drutów [biegun ujemny, katoda] wznoszą się pęcherzyki wodoru, tworząc pianę, która się unosi ku górze. Tuż pod warstwą piany występuje zmętnienie, a w niem pożądaný osad, który za pomocą pipetki przenosimy na szkiełko do badania drobnowidzowego. Przy dość słabym strumieniu [2 elementy około 200 M. Amp.] wystarcza 5—10 minut do wytworzenia dostatecznego osadu. Sposób ten, dający zupełnie te same wyniki, co centryfuga, jest od niej lepszym przez swoją prostotę, a także i przez to, że nie wymaga większej ilości płynu [do otrzymania osadu w centryfudze potrzeba od 10—15 cent. sześć.], prócz tego w takich wydzielinach, gdzie za pomocą centryfugi otrzymuje się nieznaczne, trudne do zbadania zmętnienie, tu otrzymujemy osad dostatecznie obfity. Jedną jest jeszcze wyższość tego sposobu nad centryfugą: znajdujące się w wydzielinach pierwotniaki z kierają się zawsze koło katody i długo zachowują swoją ruchliwość, co niezmiernie ułatwia ich rozpoznanie i badanie.

Sposób szybkiego powstawania osadu jest łatwo zrozumiały: gra tu rolę przede wszystkim elektroliza [zbieranie się soli koło biegunów i unoszenie przez nie komórek], a także i mechaniczne działanie samej piany; męt otrzymujemy również dość szybko, jeżeli przez dany mocz przepuścimy strumień kwasu węglanego, wytwarzającego również pianę. Części morfologiczne, znajdujące się w osadzie nie ulegają żadnej zmianie, a więc otrzymujemy dobrze zachowane walczki moczowe, ciała czerwone i białe, nabłonki i t. d. Strumień galwaniczny strąca moczany, mianowicie kwas moczowy, który przy dłuższem działaniu silniejszego strumienia wszystek wypada z moczu. Ten mógłby przeszkadzać badaniu części morfologicznych, ale ta niewielka ilość, jaka się strąca przy krótkim działaniu dość słabego strumienia [jakiego właśnie dla naszych celów używamy], badaniu nie przeszkadza. Strumień galwaniczny ścina białko, ale w roztworach stężonych, do jakich mocz nawet bardzo obfitujący w białko nie należy.

Metoda powyższa, którą autorowie przede wszystkim zastosowali do badania osadów w moczu, daje się zastosować do badania płwociny i kału.

Szczególnie piękne wyniki daje badanie na bakterye plwociny, zawierającej mało ciałek ropnych, a więc trudnej do zbadania zwykłym sposobem. Plwocinę rozcieńczoną ługiem sodowym lub potażowym i ogrzaną w kąpeli wodnej poddaje się działaniu prądu galwanicznego w ciągu 15 minut. Wtedy wszystkie komórki elementy opadają na dno naczynia, a wyżej tuż pod warstwą piany skupiają się bakterye. Częstka tego mętu, znajdującego się bezpośrednio pod pianą, odpowiednio zabarwiona, daje zwykle bardzo piękne preparaty bakteryi. Podobne wyniki daje badanie rozcieńczonego kału i wszelkich wydzielin lub odpowiednio rozcieńczonych zawartości organów lub cząstek tkankowych.

(*Cent. für klin. Med. Nr. 1.*)

A. Pulawski.

24. v. Noorden. Przyczynek do techniki gastrostomii przy zwężeniu przełyku.

Ponieważ wszystkie dotychczas znane metody nakładania przetok żołądkowych (*gastrostomia*), jako jedynej drogi odżywiania chorych dotkniętych niedrożnością przełyku, posiadają wiele ujemnych stron, które w większości przypadków stanowią dla chorego istną plagę, przeto wielu chirurgów omal że nie wyrzekało się tej operacyi, stosując ją w wyjątkowych tylko przypadkach. Takiego zdania był i MIKULICZ. Dopiero ogłoszona w 1891 r. praca WITZEL'a, w której tenże podaje nową metodę wykonania gastrostomii, skłoniła MIKULICZA do użycia jej w swej klinice i na zasadzie 5-ciu przypadków [szczegółowo przez autora opisanych] M. zmienił zdanie i gorąco przez asystenta swego, autora omawianej pracy, metodę WITZEL'a zaleca. Technika operacyi WITZEL'a jest następująca: Po przygotowaniu okolicy operacyi w zwykły sposób, wykonywa się cięcie równoległe do łuku żeberowego, poniżej na grubość palca, długości około 10 ctm., swoim środkiem przechodzące przez przedłużoną linię przymostkową. Po otwarciu jamy brzusznej wydobywa się przednią ścianę żołądka na zewnątrz, umocowuje ją w jakikolwiek ze znanych sposobów i wykonywa w nim otwór drążący, przez który wprowadza się do żołądka sączek mniej więcej grubości ołówka. Ponadto sączkiem tym ujmuje się ścianę żołądka w 2 skośnie ułożone fałdy, które szwem LEMBERT'a obszywamy w ten sposób, że cały sączek znajduje się w sztucznie wytworzonym ze ściany żołądka kanale, znajdując się jednym końcem w żołądku, a drugim na zewnątrz ściany brzusznej. Drugi akt operacyi polega na wszyciu ściany żołądka w ranę brzuszną tak, iżby całe pole operacyjne znajdowało się poza otrzewną. Następnie zeszyte rany brzusznej, przez środek której wychodzi obwodowy koniec sączka. Dla uniknięcia następnego wypiania się ściany żołądka radzi WITZEL zwracać uwagę na kierunek włókien mięsnych i przecinać lub rozszczepiać je z uwzględnieniem naturalnego ich kierunku. Chorzy MIKULICZA, operowani tą metodą, znakomicie się poprawili, wolni byli od tych nieprzyjemnych następstw gastrostomii, znanych każdemu, kto choć raz widział chorego z przetoką żołądkową; nie potrzebowali oni żadnych aparatów, a sami odżywiali się przez sączek, który po pewnym czasie dowolnie wkładali i usuwali. Metoda ta z zdaniem NOORDEN'a i MIKULICZA stanowi poważny postęp w technice gastrostomii.

(*Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 1. 1893.*)

H. Oderfeld.

25. H. Eichhorst. O ostrej białaczce.

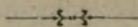
Po krótkim przedstawieniu rysu historycznego, z którego okazuje się, że opisano dotąd 26 przypadków ostrej białaczki, autor przytacza szczegółowy opis swego, t. j. 27-go w literaturze. Z wydatniejszych objawów zaznaczymy tu, że pacjentka chorowała tylko 14 dni, że stwierdzono wahania gorączkowe, że śledziona była bardzo znacznie powiększona; wątroba była również powiększona, gruczoły nie przedstawiały nic szczególnego, kości nie były nigdzie przy uderzaniu bolesne, stosunek białych ciałek krwi do czerwonych był jak 1:11,4; we krwi nie znale-

ziono wcale komórek eozynofilowych. Chora w najwyższym stopniu niedokrwista [ogólna ilość czerwonych ciałek krwi wynosiła tylko 1 milion, hemoglobiny zaś 25%] miała przez czas 5-dniowego pobytu w szpitalu ciągle rozwolnienie, a raz krwawe wymioty. Po tych ostatnich wystąpiła we krwi pojkilocytoza, a nazajutrz śmierć. Na sekcji znaleziono, obok obrzmienia śledziony i wątroby, zakrzep żyły wrotnej i owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka. Inne mniej ważne szczegóły pomijam. Ponieważ poważniejsze zmiany w przewodzie pokarmowym znajdowano już w poprzednio opisywanych przypadkach ostrej białaczki, ponieważ istnieje w nauce prąd do uważania jej za chorobę zakaźną, przypuszcza więc autor, że być może, iż ów nieznany nam bliżej zarazek przenika do ustroju właśnie przez owe uszkodzenia błony śluzowej dróg pokarmowych. Autor zbadał drobnowidzowo śledzionę, nerki, wątrobę i szpik kostny, przyczem stwierdził zwyrodnienie tłuszczowe pewnej części komórek wątrobowych oraz zupełnie normalne zachowanie się szpiku kostnego. Ponieważ nie było nadto żadnych zmian w gruczołach, autor więc uważa swój przypadek białaczki za będący pochodzenia czysto śledzionowego. W tem znaczeniu spostrzeżenie jego jest pierwszym w literaturze, gdyż inne opisane dotąd przypadki ostrej białaczki były pochodzenia wyłącznie szpikowego [ENGLISCH] lub mieszanego.

(*Virchow's Archiv*, T. 130, H. 3, str. 365).

W. Janowski.

Wiadomości terapeutyczne.



4. Sulphonalum. Sulfonal¹⁾ Z pomiędzy środków nasennych sulfonal należy do bardzo rozpowszechnionych. Z tego powodu prof. LÉPINE uważał za właściwe zwrócić uwagę na pewne jego własności. Znane są mianowicie przypadki ostrego otrucia po użyciu nie tylko 10-ju, ale i 4—5 grm. tego środka na raz. Nadto zdarzają się stosunkowo często przypadki przewlekłego zatrucia przy dłuższem używaniu tego leku. LÉPINE przytoczył ich 10, w których objawy zatrucia wystąpiły między mniej więcej 70-ym a 200-ym dniem używania tego środka w dawce po 1—1,5 grm. dziennie. Następuje przytem wydzielanie hematoporfiryny z moczem. Doświadczenia na zwierzętach nie zdołały wyjaśnić, od czego to ostatnie zależy. W każdym jednak razie, ponieważ wydzielanie się hematoporfiryny następuje po innych już objawach [mdłości, wymioty, zaparcie, wylewy krwawe na skórze], autor sądzi, że przy wystąpieniu tego objawu należy podawanie sulfonalu natychmiast przerwać; w przeciwnym razie następuje śmierć chorego.

(*Semaine méd.* 1893. N-r 4).

W. Janowski.

Wiadomości bieżące.

— Niedawno w prasie peryodycznej ogłoszono zostało sprawozdanie administracyjne z działalności instytucji, która słusznem cieszy się uznaniem ze strony publiczności. Z przyjemnością zaznaczamy, że był szpitala dla dzieci przy ulicy Aleksandryj jest zapewnionym, choć do rozwoju tej instytucji społeczeństwo z niej korzystające nowemi ofiarami przyczynić się powinno. Administracja swoje zrobiła, choć nie możemy jej mieć za złe tego, że wskutek jej winy o stanie finansowym szpitala dane z drugiej ręki czerpać musimy. Nie podejrzewając bynajmniej o obojętność dla ogółu lekarskiego kolegów, którzy bezinteresownie swą pomoc udzielają, sądzimy, że pominięcie prasy lekarskiej tylko zostało odroczone do czasu wydania szczegółowego sprawozdania z ich działalności. A materiał prawdopodobnie jest wielkim i nader ciekawym nie tylko dla terapeutów, lecz i chirurgów. Nader interesującym jest przebieg chorób zakaźnych, zwłaszcza krupa i dyfterytu, oraz rezultaty z dokonywanych prawdopodobnie na znacznej ilości chorych tracheotomi i intubacji.

1) Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska 1888 r. str. 398.

— Kol. HENRYK HIGIER podjął się referować prace polskie z dziedziny neuropatologii, medycyny wewnętrznej do SCHMIDT'a *Jahrbücher* i prosi autorów o nadsyłanie mu odbitek pod adresem: Nalewki 9.

— XXII gi kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w Bernie między 12—15 kwietnia roku bieżącego.

— Kongres francuski chirurgów odbędzie się w Paryżu podczas wakacji Wielkanocnych roku bieżącego.

— O epidemii cholery w zakładzie dla obłąkanych w Nitten lekarz powiatowy (*Kreisphysikus*) FIELTIZ podaje następujące szczegóły: Podczas lata i późną jesienią zdarzały się częste przypadki dyarii połączonej z wymiotami. 15-go stycznia zdarzył się przypadek dyarii, zakończony śmiercią. Na seceji skonstatowano cholere. Od tego czasu zaczęły się pojawiać przypadki niewątpliwej cholery. Do 29-go stycznia było 113 zapadnięć, a 44 śmierci [na ogólną liczbę 91 osób]; największe natężenie epidemii było między 20—24 stycznia [17 i 13 zaszabnięć]. Przedsięwzięte badania na miejscu przez samego R KOCH'a [20—25 stycznia] wykazały, że szybkie rozszerzenie się epidemii zależało od zarażenia wodą do picia [rzeka Saala]. W jaki sposób zarazek został zawleczony do zamkniętego zakładu, dotychczas nie wiadomo. W r. 1866 również rozwinęła się tu dość silna epidemia cholery, ale wtedy panowała cholera w całej okolicy, tymczasem w całej Saksonii w styczniu r. b. nie było wcale przypadków cholery. Przyczyną zanieczyszczenia wody do picia nie było zamarznięcie filtrów, jak to przypuszczali niektórzy, mianowicie prof. ARNDT, gdyż filtry nie były zamarznięte tylko niedostatecznie oczyszczone.

— Merkaptan metylowy, jak wiadomo, stanowi stały produkt gnicia materii białkowych, a niedawno L. NENCKI wykrył jego obecność w normalnym kale. Ponieważ już poprzednio prof. M. NENCKI odnośnie do wielu produktów gnicia stwierdził analogię pomiędzy fermentacją ciał białkowych a rozkładem tych substancji pod wpływem wodoru potasu, jako sprawą przebiegającą przy jednoczesnym utlenianiu i odtlenianiu, N. SIEBER i G. SZUBENKO starali się przekonać, czy na tej ostatniej drodze może się tworzyć merkaptan metylowy i w jakim się wydziela stosunku do siarkowodoru. Doświadczenia w tym kierunku przeprowadzone, a polegające na stopieniu 100 grm. białka [białka kurzego, kazeiny, żelatyny i glutenu] z 1000 grm wodoru potasu i następczej destylacji otrzymanego produktu w obecności kwasu szczawiowego, wykazały, że obok siarkowodoru wydziela się z białka znaczna ilość merkaptanu metylowego. Największą ilość tych dwóch produktów otrzymano z białka kurzego, mniejszą z glutenu i kazeiny, najmniejszą z żelatyny, ilość jednak merkaptanu metylowego przeważała nad ilością siarkowodoru. Ponieważ jednak największa ilość merkaptanu metylowego wynosiła dla białka kurzego 0,3548% grm., a siarkowodoru 0,2734%, gdy tymczasem według HAMMARSTEN'a białko to zawiera w swojej cząsteczce samej siarki 1,8—2,3%, przeto merkaptan metylowy i siarkowódór, wydzielany z ciał białkowych, unoszą tylko małą ilość siarki w nich przeobrażonej i stąd przy dalszych w tym kierunku przeprowadzonych badaniach oczekiwać należy otrzymania innych zawierających siarkę związków pokrewnych.

(*Arch. de sciences biologiques. St. Petersburg. T. I. Nr. 3. 1892.*)

— POMORSKI podaje ciekawy przyczynek do etyologii t. zw. melaeny, czyli wylewów krwawych w przewodzie pokarmowym. Dziecko umarło w 4 dni po kleszczowym porodzie przy krwawych wymiotach i wypróżnieniach oraz objawach zapaści. Na seceji znaleziono 2 ogniska krwotoczne w mózdku, jedno na brzegu tylnym, drugie tuż przy *crura cerebelli ad corp. quadrig.*, liczne zawały krwawe w płucach, dużo krwi w żołądku i kiszkiach, oraz owrzodzenia na ich błonach śluzowych. Autor starał się wszystkie sprawy sprowadzić do zależności od jednej przyczyny i w tym celu powtórzył doświadczenia EBSTEIN'a nad zranieniem mózdku i 4-ej komórki i w tym celu zrobił na 18-u królikach operację, polegającą na ułknięciu odnóg mózdku do mostu *et ad corp. quadrigem.* dna 4-ej komórki i uszkodzeniu *alae cinereae*. Udało mu się w ten sposób otrzymać u trzech królików ciężkie zaburzenia w krwiobiegu płuc i żołądka, poczynając od znacznego przekrwienia aż do znacznych owrzodzeń błon śluzowych. Ten sam wynik otrzymać można, jak wykazały doświadczenia autora, przez uszkodzenie pośrednie wspomnianych ośrodków, np. drogą ucisku, wywieranego na nie przez wylew krwawy, znajdujący się w pobliżu. A więc już prawidłowy poród może wytworzyć warunki, potrzebne do powstania *melaenae*, dzięki, np., znacznemu uciskowi, wywieranemu przez szyjkę macicy na główkę i szyjkę noworodka. W ten

sposób może powstać uszkodzenie 4-ej komórki lub jej otoczenia tak samo, jak przy ucisku przez kleszcze.

— KUDREWETZKY podaje z instytutu prof. CHIARI'ego ciekawe dane o gruźlicy trzustki. Na 129 badanych przypadków znalazł ją 13 razy, a mianowicie: 6 razy przy ostrej gruźlicy prosówkowej ogólnej, 3 razy przy gruźlicy przewlekłej rozmaitych narządów [te dwie grupy zalicza do pochodzenia hematogennego], 2 razy przy gruźlicy sąsiednich z nią narządów i 2 razy jako pierwotną, a przynajmniej niezupełnie jasną co do swojej genezy. Cierpienie to uważać więc można raczej za stosunkowo często, niż za rzadkie; znalazł je bowiem autor w 9,37% badanych przypadków. Płeć nie ma wpływu na częstotść tego cierpienia. Przeciwnie wpływ wieku jest bardzo znaczny: na 13 znalezionych przypadków gruźlicy trzustki 8 rozwinęło się u dzieci, zarazek przeniesiony zostaje do trzustki najczęściej ze krwią lub też przez następstwo. Nie udało się wykazać przenikania zarazka przez przewody gruczołowe. Sprawa chorobowa sadowi się najczęściej w samych zrazikach gruczołowych i szybko je niszczy. Stąd też autor widział raz nawet jamę trzustki, która się otworzyła do żołądka.

— Przy leczeniu gruźlicy sposobem LIEBREICH'a, TALAMON szczególną zwrócił uwagę na wpływ kantarydynianu potasu na nerki. Na drugi dzień po zastrzyknięciu 0,1 grm kantarydynianu potasu u suchotników stwierdzał zwiększone wydzielanie moczu; po zadaniu 0,2 grm. zwiększenie to wydzielania moczu było wyraźniejszym, a po 0,3 grm. już następowało zmniejszenie diurezy; po 0,4 grm, natomiast występowała oligurya i albuminurya. Przy zwiększonej ilości moczu wydzielaly się również obficie inne jego składniki. Moczopędne działanie w mowie będącego środka można było wykazać i u zdrowych osobników, u suchotników jednak jest ono wyraźniejszym, prędszem i trwalszem. W trzech przypadkach choroby BRIGHT'a już w pierwszych dniach po zastosowaniu leku ilość moczu się zwiększała, a ilość białka się nie powiększała, działanie to jednakże było krótkotrwałem. W tych właśnie przypadkach, jak się okazało na sekcyi, nerki były tak zwyrodnione, że każde inne postępowanie zostałoby bez skutku. Natomiast przy świeższych i nie bardzo posuniętych zmianach nerkowych zastosowanie kantarydynianu potasu dało pomyślne wyniki. Według zdania autora, kantarydynian potasu w dozie 0,1 grm. na diurezę pomyślny skutek wywiera zapewne wskutek podrażnienia nabłonka nerkowego. (*Peter. med. Woch. Nr. 43*).

Zmarli: We Lwowie D-r ŻEGOTA KRÓWCZYŃSKI; w Krakowie D-r TOMASZ ZAREMBA.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1893 według tego samego programu, w zwiększonej objętości, a cena uległa podwyższeniu, mianowicie wynosi w Warszawie: rocznie 7 rubli, półrocznie 3 rs. 50 kop.; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą: rocznie 8 rubli, półrocznie 4 ruble.

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

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

W r. 1893 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.