

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O ROZSIANEM, WIELOGNISKOWEM STWARDNIENIU mózgu i rdzenia

(*Sclerosis cerebro-spinalis, multilocularis, multiplex, disseminata, Sclérose en plaques, inselförmige, herdweise Sclérose*),

podał **S. GOLDFLAM,**

ordynator kliniki terapeutycznej.

Już od dawna zwróciło moją uwagę, że, gdy postęp wiadomości o takim np. wiądzie rdzenia, nasze pisma i ogół lekarski z wielkiem śledzą zajęciem, rozwój poznania innych cierpień, zwłaszcza mózgu i rdzenia, nie wzbudza tyle zainteresowania. Rezultatem tego uprzywilejowania niektórych chorób jest to, że lekarze nawet wczesne okresy wiądu rdzenia są w stanie rozpoznać, gdy wykształcone postaci innych cierpień ośrodków nerwowych są, jak i dawniej, poczytywane jako niezbadane i rozpoznaniu nieprzystępne, że pojęcie wiądu rdzenia, lub innej bardziej znanej postaci chorobowej, zostaje rozciągnięte i do tych chorób, które z nim nic wspólnego nie mają. Tycze się to także cierpienia w nagłowku wymienionego, które, chociaż od kilkunastu lat dostatecznie określone anatomicznie i klinicznie, nie jest dobrze znane ogółowi lekarskiemu i dla tego rzadko bywa rozpoznawane. A cierpienie to do rzadkich wcale nie należy; w przeciągu ostatnich trzech lat spostrzegalem, w klinice wewnętrznej Szpitala Ś-go Ducha, liczącej 50 łóżek zwykłego, szpitalnego materiału, pewnych 8 przypadków i 3 prawdopodobne, oprócz kilku w praktyce prywatnej. Zapewne, rozpoznanie tego cierpienia przedstawia często większe trudności, aniżeli np. wiądu, dla którego wczesnych okresów mamy taką trójcę objawów, jak bóle charakterystyczne, objaw Westphala (brak odruchu kolanowego) i Argyll-Robertsona (odruchowa nieruchomość źrenicy), gdy

tymczasem wczesne, lub nierozwinięte postacie rozsianego stwardnienia nie posiadają tak stałych i cechujących znamion, a nieokreśloność początkowych objawów, lub niektórych postaci t. zw. anormalnych cierpienia, często nieprzewyciężone stawia rozpoznaniu trudności. Z tem wszyskciem, stan wiadomości naszych o tem cierpieniu pozwala na postawienie dobrego rozpoznania w większości przypadków, a w rozwiniętych postaciach jest ono nawet łatwem.

Płodne następstwa sojuszu anatomii patologicznej z kliniką wykazać się dają, między innymi, także w poznaniu cierpienia, którem zajmą się mamy; rzecz dziwna, anatomija patologiczna wyosobniła i określiła tę postać chorobową pierwej, aniżeli klinika. Dawniej, zbiór objawów, znany obecnie pod nazwą sclerosis disseminata, był uważany za nerwicę, to jest cierpienie bez zmian anatomicznych i zaliczane do tej samej grupy cierpień nerwowych, do której jeszcze obecnie należą chorea, paralysis agitans, hysteriasis i t. d. Pierwszy Cruveilhier opisał odnośne zmiany na trupie, a mianowicie, wysepki stwardnienia, rozrzucone po całym układzie ośrodków nerwowych; o scharakteryzowaniu kliniczem, o nadaniu temu cierpieniu samodzielnego stanowiska w patologii klinicznej, wtedy jeszcze mowy nie było i brane było ono za jedno z paralysis agitans. Po pracach Valentinera, Frerichsa, Leubego i t. d., Charcot i jego szkoła największe pod tym względem położyli zasługi, a ukazanie się Leçons *) koło 1870, można uważać, nietylko jako znakomity postęp w poznaniu i rozjaśnieniu cierpienia, ale także, jako chwilę udostępnienia tegoż dla ogółu lekarskiego. Charcot, zwolennik nauki o umiejscowieniach w ośrodkach nerwowych, wykazał, że, klinicznie sclérose en plaques napotyka się pod różnemi postaciami, stosownie do umiejscowienia wysepki stwardnienia, ich liczby i t. d. Za typ tego cierpienia przyjął postać mózgo-rdzeniową, w której wysepki rozrzucone są wśród mózgu i rdzenia, a objawy wskazują na zajęcie obu tych narządów; typ ten mistrzowsko opisał. Istnieją jednak liczne od typu zboczenia, i chociaż postaci ze zmianami wyłącznie umiejscowionymi w mózgu, lub rdzeniu nie ma, to jednak zdarzają się przypadki, w których to umiejscowienie jest w jednym z tych narządów przeważne, z czego powstają formy kliniczne mózgo-

*) Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. IV Ed. Paris 1880.

we i rdzeniowe. Charcot, pierwszy, dokładnie opisał drżenie dowolné (tremblement intentionnel), zdarzające się w tem cierpieniu i nadał temu objawowi wielkie, prawie patognomiczne znaczenie. W dziedzinie anatomii patologicznej nie mniej ważne położył zasługi, wykazawszy, że ogniska stwardnienia są natury łączno-tkankowej i że wśród nich zachowują się liczne osiowe cylindry.

Przy następującym, krótkim opisie zmian anatomo-patologicznych, opieram się na badaniach obcych (Charcot, Frommann, Schüle, Zenker, Vulpian etc.), gdyż sam sekcyi przypadku wielogniskowego stwardnienia nie robiłem. Jak wyżej powiedziano, zmiany pośmiertne polegają na obecności ognisk, czyli wysepek stwardnienia, rozrzuconych nieregularnie wśród mózgu, rdzenia, nawet nerwów czaszkowych i korzeni rdzeniowych. Makroskopowo są one ostro od otaczającej, zdrowej tkanki odgraniczone, koloru szarego, lub szaro-żółtego, na powietrzu różowiejące (couleur du saumon), nieprzezroczyste, czasem tylko (najświeższe ogniska) na wpół przeświecające, jakby galaretowate; nie trzymają się granic anatomicznych, zajmując zarówno istotę białą jak i szarą. Niektóre są powierzchniowe i przeszają już przez błonę miękką, inne głębokie, są dopiero na cięciach widoczne; znajdują się najczęściej na jednym z otaczającą, zdrową tkanką poziomie, rzadziej zagłębione nieco (stare ogniska), a najrzadziej wystają trochę nad powierzchnią (świeże ogniska). Wielkość ognisk jest najrozmaitsza, od łebka szpilki do orzecha tureckiego i większe, gdyż zlewające się ogniska mogą zajmować całe płyty mózgu i przecięcia rdzenia na znacznej długości; forma najczęściej nieregularna; spójność jest większa, aniżeli zdrowej tkanki, a w starych ogniskach nawet zbita, tak, że chrzęszczą pod nożem. Ilość wysepek stwardnienia jest również najrozmaitsza, od kilku, lub kilkunastu, do kilkuset, nie ma również żadnej prawidłowości w ich rozmieszczeniu i w jednych przypadkach znaleziono więcej ognisk w rdzeniu, w innych w mózgu. W tym ostatnim, wszakże, są okolice, w których się je prawie zawsze napotyka, są to rdzeń przedłużony, dno 4 komórki, most Varola, wielkie odnogi mózgu; często się je spostrzega w istocie białej półkul (substantia semiovalis Vieussensi), szczególnie w stanowiącej ścianki bocznych komórek, w spoidle i zwojach środkowych; w korze mózgowej widzi się ich mało (może dla tego, że się barwą nie odróżniają), tak samo, jak i w mózdzku, w którym przeważnie zajmują istotę rdzeniową.

W rdzeniu kręgowym porozrzucane są wśród wszystkich pęczków i szarej istoty, ale przede wszystkim pęczki boczne, resp. piramidalne, najgłówniej są dotknięte. Charcot zwrócił przytem uwagę, że pomimo zajęcia tych ostatnich, zwyrodnienie wtórne, schodzące nie następuje. Jest bowiem prawem w patologii nerwowej, że zniszczenie pęczka piramidalnego (po którym przebiegają pobudzenia ruchowe woli), w jakimkolwiek miejscu długiego jego przebiegu od zawojów ruchowych kory do rogów przednich istoty szarej rdzenia, powoduje zwyrodnienie, t. zw. wtórne tegoż pęczka, poniżej miejsca uszkodzenia. Wieloogniskowe stwardnienie zdaje się być, wszakże, od tego prawa wyjątkiem. Mikroskopowe badanie pokazuje, że istota zmian w ogniskach stwardnienia polega na rozroście neuroglii, tego podścieliska łączno-tkankowego ośrodków nerwowych; jądra i komórki t. zw. Deitersa neuroglii rozmnażają się i powiększają, beleczki reticulum są zgrubiałe, i w nich i zamiast nich występują włókienka (fibrille), nadające neuroglii charakter zwykłej, włóknistej tkanki łącznej, wśród której przebiegające naczynia, szczególnie małe tętniczki, mają ścianki zgrubiałe (adventitia), aż do zmniejszenia światła. Pod wpływem takiego rozrostu neuroglii i ucisku ze strony takowej, właściwe elementy nerwowe, jakimi są włókna i komórki nerwowe, ulegają znakomitym zmianom. W pierwszych, otoczka rdzeniowa rozpada się, odstawiając cylinder osiowy, który z początku przedstawia się mało zmienionym, niekiedy zgrubiałym, a który dopiero w następstwie cienieje i nawet zupełnie zanika. Wszakże, charakterystycznym ma być dla ognisk sclérose en plaques, że nawet w najstarszych ogniskach i w części środkowej, obnażone cylindry osiowe istnieją i trwają bardzo długo, pomimo znakomitego rozrostu neuroglii. Komórki, zaś, nerwowe tracą wyrostki, protoplazma kurczy się, przyjmuje barwę żółtą i karminem trudno się barwi, jądro staje się błyszczącym; ostatecznie ulegają zupełnemu zanikowi. Zmiany te powiększają się, idąc od obwodu ogniska ku jego środkowi, gdzie są największe; w najbliższym, zaś, sąsiedztwie ogniska, makroskopowo niezmienionem, mikroskop wykrywa zgrubienie beleczek reticulum. W stanie świeżym, napotyka się, oprócz tego, ciała krochmalowe w niewielkiej ilości i dużo t. zw. ciał ziarnistych (Körnchenzellen), mających pochodzić z rozpadu myeliny; preparacja w płynie Müllera, lub innych, niszczy takowe.

Z tego widzimy, że ogniska stwardnienia przedstawiają

się anatomicznie, jako myelitis, lub encephalitis interstitialis chronica, następstwem dopiero których jest zwyrodnienie i zanik właściwych elementów nerwowych. Wspomnieć należy o znacznej różnorodności zdań w zapatrywaniu tak na szczególne zmiany, jak i na ich istotę. W ostatniej np. o tym przedmiocie pracy (Ueber die histologische Veränderungen der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. 1886 XVII Bd. I H), Köppen skłonniejszym jest do przyznania sprawie charakteru pierwotnie zwyrodniającego pierwiastki nerwowe, aniżeli zapalnego.

Przed przystąpieniem do rozbioru klinicznego obrazu rozsiańego stwardnienia, podaję in extenso ó historyj chorób, na których ten opis się opiera. Są to najcharakterystyczniejsze z liczby tych, które spostrzegalem; w miarę potrzeby przytoczę pokrótce inne, zawierające pewien ciekawy w jakim względzie rys.

Spostrzeżenie I. Początek w Kwietniu 1883 w 32 roku życia od bólu w prawem kolanie i osłabienia tej kończyny, później osłabienie górnej. Prawie zupełne wyzdrowienie. We Wrześniu osłabienie prawej połowy ciała, osłabienie wzroku, bóle głowy. Koło 1 Stycznia 1884 atak apoplektyczny z utratą przytomności, lewostronne porażenie, niemota, niemożność polykania. W Lutym poprawa. Jako przyczyna — pognebiające wpływy moralne.

Spastyczny stan kończyn dolnych. Skurcze fibrilarne. Niedowład z bezładem. Odruchy ścięgniste i okostne znakomicie zwiększone; odruchy stopowe. Odruchy skórne niepowiększone. Incontinentia urinae. Ataxia przy próbach chodzenia. Ruchy choreatyczno-ataktyczne górnych kończyn. Odruchy ścięgniste wzmożone. Drżenie głowy. Nystagmus, ograniczenie ruchów gałek ocznych. Zanik tarczy nerwów wzrokowych. Mowa skandowana. Śmiech niemożliwiany ze stenotycznym wdechem.

J. . cz Włodzimierz, lat 33, nauczyciel rossyjskiego gimnazjum naprzód w Petersburgu, a ostatnio w Swisloczy, przybył do kliniki 28/IV—84. Opowiada, że przed rokiem w Petersburgu zaziębił się po wyjściu z łaźni, poczuł ból w prawem kolanie, w skutek czego powłóczył prawą dolną kończyną przy chodzeniu i musiał się posilkować laską. W 3 tygodnie później prawa górna kończyna osłabła. Zastosowano smarowania i elektryczność z powodzeniem, gdyż po 3 miesiącach wyzdrowiał. Lato spędził na wsi, zkad powrócił do Petersburga ze znaczną poprawą. W połowie Września 1883 zostaje przeniesiony do Świsloczy, gdzie po paru tygodniach doznaje, bez straty przytomności lub konwulsyj, osłabienia w prawej połowie ciała bez porażenia twarzy, które po miesiącu dochodzi do tego, że uczniowie zwracają uwagę, że chodzi jak pijany, że się zatacza, że, gdy chce pójść w jedną stronę, kieruje się w przeciwną. Przypadało to koło Bożego Narodzenia; chory położył się do łóżka, tembardziej, że, jednocześnie z osłabieniem prawej połowy ciała, wzrok zaczął słabnąć, mgła jakby na oczy padła; poznawał wprawdzie osoby,

ale nie mógł czytać. Pamięta także, że zaczął cierpieć na silny ból głowy w okolicy czoła. Niedługo po Bożem Narodzeniu dostał w skutek zirytowania się napadu, cechującego się utratą mowy, nieprzytomnością przez kilka dni i niemożnością polykania. Po odzyskaniu przytomności zauważono zmniejszenie prawostronnego porażenia, ale wystąpienie natomiast porażenia prawie zupełnego strony lewej, z wyjątkiem twarzy i bezprzyczynowego śmiechu. Polykanie było bardzo utrudnione, a pokarmów stałych wcale przyjmować nie mógł przez dwa przeszło tygodnie; później, tylko płynne pokarmy czasem wracały nosem i często się przy jedzeniu krztusił. Ani wyrazu wymówić nie mógł przez 2 miesiące, a ruchy języka nie były całkowicie swobodne; sen miał zły przez miesiąc. Dopiero pod koniec Lutego zaczął powoli mówić, lewostronne porażenie z wolna zmniejszało się, ból głowy ustał.

Przed 5 laty róbiono mu operację na oku, z powodu jakoby opuszczenia powieki, bólu w oczach, łzawienia i wydzielania się żółtego śluzu. Przed paru laty cierpiał w Petersburgu na uporczywą febrę. Trunków żadnych nie używał; choroby wenerycznej nie miał. Żonaty jest od 4 lat, a pożycie było bardzo nieszczęśliwe, pomimo, że żonę bardzo kocha. Ma dwoje zdrowych dzieci. Matka jego zmarła w połogu, mając lat 27, ojciec ma lat 62 i z wyjątkiem reumatyzmu, żadnych chorób nie przebywał. Siostra chorego, nauczycielka, leżała przed 2 laty na klinice na porażenie dolnych kończyn i bezład górnych po błonicy; wyszła zdrową. Z dalszych i bliższych krewnych nikt choroby nerwowej, ani umysłowej nie miał.

St. Pr. Średniego wzrostu, dobrej budowy, umiarkowanego odżywiania, nie przedstawia nigdzie widocznych śladów zaników mięśniowych. Organa wewnętrzne zdrowe.

W położeniu leżącym, kończyny dolne są wyprostowane i zbliżone do siebie, już w spokojnym położeniu przedstawiają podnoszenie się i opadanie skóry na udach, zależne od włókienkowych skurczów mięśni, pod nią leżących. Skurcze te nie są ciągłe, bo na dłuższy lub krótszy czas ustają. Fallowanie takie skóry widać także na wewnętrznej powierzchni goleni. Stopa prawa drży. Chociaż mięśnie na dotyk napiętymi się nie wydają, to jednak przy ruchach biernych napotyka się na znaczny opór, a przy zginaniu kolana tylko przy początku tego ruchu; przy abdukcji w stawie biodrowym kończyna wraca, jak napięta sprężyna, do poprzedniego położenia. Chory jest w stanie podnieść prawą kończynę do wysokości $\frac{3}{4}$ łokcia, przy czym wykręca się ona na zewnątrz i addukuje, tak, że się z lewą kończyną krzyżuje. Bezład ten występuje również przy opuszczaniu kończyny. Przy podnoszeniu lewej dolnej kończyny zboczenie od linii prostej jest znacznie mniejsze. W stawach biodrowych zginanie, ab i addukcja możliwe, rotacja ograniczona. W stawach kolanowych zginanie i wyprostowanie jest możliwe, a wyprostowanie prawego kolana jest bezładne. W stawie goleniostopowym lewym ruchy są bardziej ograniczone, aniżeli w prawym, w stawach wszystkich palców możliwe i tylko nieco ograniczone. W ogóle, siła ruchów czynnych kończyn dolnych bardzo osłabiona, z różnicą na niekorzyść lewej; podczas ich wykonywania drżenie się nie powiększa, rzec nawet można, ustaje. Odruchy kolanowe silnie wzmożone i trwają długo, jak również t. zw. patellar-clonus, który się otrzymuje przez ujęcie rzepki i gwałtowne ściągnięcie jej ku dołowi. Można z łatwością wywołać odruch ścięgnisty adduktorów i zginaczy uda. Przy uderzeniu wewnętrznej powierzchni kości goleniowej i kostki wewnętrznej występuje odruch w adduktorach uda, a przy perkusji prawej

kości zewnętrznej otrzymuje się zgięcie grzbietowe stopy. Odruchy stopowe istnieją, a po stronie prawej trwają tak długo, jak nacisk na przednią część stopy, gdy na stopie lewej prędko znikają. Odruchy ścięgna Achilleasa silnie wzmoczone.

Czucie dotykowe, bólowe, umiejscowienia, ucisku i temperatury w zupełności zachowane. Zbadać zmysł mięśniowy trudno i zdaje się wielkiej zmiany w nim nie ma. Odruchy podszewkowe zachowane, ale nie wzmocnione. Odruch mosznowy słaby.

Mocz oddaje 4—5 razy na dobę i od czasu choroby tę tylko zauważył różnicę, że poczutej potrzebie natychmiast musi zadość uczynić; w następstwie zaś rozwinęła się, podczas pobytu chorego na klinice, *incontinentia urinae completa*. Stolec zaparty.

Usiąść w łóżku bez pomocy nie może, a przyprowadzony biernie do położenia siedzącego nie może się w niem utrzymać i pada w tył i w lewo. Ruchy boczne tułowia prawie zniesione. Mięśnie proste brzucha kurczą się. Stać bez pomocy osoby drugiej nie może, a pozostawiony bez oparcia pada tułowiem w tył. Chodzić nie może, a podparty z obu stron pod pachami, przedstawia cechy typowego bezładu kończyn dolnych: stopy wyrzuca mocno naprzód, jedną o drugą zawadza, pięta uderza silnie o podłogę na zewnątrz drugiej stopy (krzyżowanie się kończyn). Zamknięcie oczu nie potęguje tych objawów. Wyrostki cierniste nie są na ucisk bolesne.

Kończyny górne. Już w spokoju widać w nich ruchy bezcelowe (choreatyczno-ataktyczne), głównie w stawie napięstkowym i palcowych, wyrażające się wyprostowaniem i zginaniem ręki, wyprostowaniem palców i odwodzeniem ich (*abductio*). Mimowolne te ruchy zwiększają się podczas wykonywania ruchów celowych, a właściwego drżenia wcale nie widać. Wszystkie ruchy czynne są we wszystkich stawach możliwe w dość znaczną siłą, mniejszą wszakże w lewej kończynie, w której bezład jest wydatniejszy jeszcze i przypomina w palcach ruchy atetotyczne (*hyperextensio et hyperabductio*). Dynamometr wskazuje w prawej ręce 50, w lewej 30 kilogramów. Skurczów włókienkowych nie widać, ani zaniku grup mięśniowych. Przy ruchach biernych napotyka się na mierny opór, szczególnie w lewym stawie łokciowym i barkowym. Odruchy ścięgniaste mięśnia dwugłowego, trójgłowego, zginacza napięstkowego promienionego znacznie z obu stron wzmoczone; odruchy od okostnej dolnych końców kości promieniowej i łokciowej z łatwością się otrzymują.

Czucie we wszystkich gatunkach i t. zw. zmysł mięśniowy w zupełności zachowane. Skóra na rękach cienka, wilgotna, jakby wymacerowana, zimna.

Głowa wszystkie ruchy wykonywa powoli; nieoparta drży dość wyraźnie, które to drżenie składa się z małych bocznych wahań. Asymetrii twarzy nie ma, tylko przy robieniu grymasów widać, że lewa połowa więcej się kurczy. Język wszystkie ruchy wykonywa, a wysunięty, kieruje się więcej na prawo; nie przedstawia żadnego drżenia. Języczek zbacza na prawo, podniebienie kurczy się, przy wydobywaniu głosu, lepiej z prawej strony. Połykanie obecnie prawidłowe. Czucie na twarzy prawidłowe. Zmysł smaku, węchu i słuchu nienaruszone. Siła wzroku prawego oka znacznie mniejsza od lewego, które także prawidłowem nie jest. Zwykłego druku chory czytać nie może, a prawem okiem rozpoznaje palce ledwie z odległości 7 kroków. Podobno wzrok był jeszcze gorszy wtedy, kiedy połykanie było utrudnione. Ruchy gałek ocznych na prawo ograniczone i pozostają w $\frac{1}{3}$

odległości od kąta powiekowego; ograniczone są, również, ruchy gałek ocznych do góry, przy czem występuje drżenie znaczniejsze, aniżeli przy bocznych ruchach (nystagmus). Ekskursyja gałek ocznych na dół minimalna, zbieżność zaś prawie nie istnieje. Podwójnego widzenia nie ma, ale miało istnieć na początku obecnej choroby. Żrenice zwężone, jednakowe, oddziałują na światło. Oftalmoskop wykrywa białe perłowe tarcze nerwu wzrokowego z dość wązkami naczyńmi (atrophia n.n. opticorum).

Mowa wyraźna, ale typowo skandowana, to jest bardzo wydłużona, chory każdą zgłoskę oddzielnie wymawia z jednostajnie powtarzającym się, śpiewającym podnoszeniem i niżaniem głosu. Często śmieje się bez powodu, przy czem słyhać charakterystyczny, głośny, jakby stenotyczny wdech. Pamięć i intelligencyja zachowane.

23/X—84. Stan chorego nie wielkiej uległ zmianie. Ogólne odżywianie nieco przez czas pobytu na klinice ucierpiało.

Ruchy czynne dolnemi kończynami możliwe ze zmniejszoną siłą i z objawami bezładu, głównie w lewej kończynie. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone, stopowe z obu stron długotrwałe. Czucie w zupełności zachowane. Odruchy podeszwowo i mosznowe istnieją, ale nie powiększone. Usiąść, acz z trudnością, może sam. Stoi zaś przy cudzej pomocy z rozkraczonemi i skierowanemi na zewnątrz stopami, przy czem tułów ulega ciągłym wahaniom i ku przodowi się pochyla, głowa zaś zostaje w tył i na prawo ściągnięta. Zamknięcie oczu nie powiększa niepewności stania. Chód (przy pomocy 2 osób) jest spastyczno-ataktyczny: kończyny mało zgina, prawą suwa po podłodze, a następnie piętą uderza, lewą zaś wyrzuca na zewnątrz i krzyżuje z prawą. Mocz oddaje 5 razy w ciągu dnia i 2 w nocy; odczutej potrzebie musi dość prędko zadośćuczynić, ale pod tym względem, jak i oddawania stolca znaczna nastąpiła poprawa. Obstructio alvi. W kończynach górnych, twarzy nie się nie zmieniło, a drżenia głowy stwierdzić teraz nie można. Bólu głowy, ani zawrotu nie ma. Pamięć w małym stopniu ucierpiała. Wyraz twarzy ciągle jednakowy, w skutek kurczowego rozszerzenia otworu ust; często się śmieje.

S p o s t r z e c z e n i e II. Początek w 30 r. życia w Lipcu 1880 r. od napadu, połączonego z nieprzytomnością, drgawkami i pozostawieniem lewostronnego porażenia, zmiany mowy, intelligencyi, bólu i zawrotu głowy. W ciągu pół roku znakomita poprawa, która się utrzymała przez cały rok. W skutek nowego napadu drgawkowego w lecie 1883 wystąpienie tych samych co poprzednio objawów, które trwają do tej pory.

Skurcze fibrilarne i zwiększone napięcie w obrębie mięśni kończyn dolnych, osłabienie siły grubej lewej kończyny i drżenie jej. Wzmożenie odruchów kolanowych, szczególnie lewego, a także innych ścięgien i od okostnej gołeni. Chód paretyczno-spastyczny. Odruchy skórne niewzmożone. Drżenie włókienkowe mięśni lewej górnej kończyny. Urywkowe ruchy czynne tej ostatniej i bezład (ataxia) wyprostowanych palców. Znakomite zwiększenie odruchowości ścięgniętej kończyn górnych. Drżenie mięśni twarzy i języka. Niejednakowość źrenic i nieoddziaływanie ich na światło i drażnienie skóry. Niedosłep (ombylopia). Zwężenie pola widzenia. Zmiana mowy i intelligencyi.

Ryszard Sz...r maszynista dróg żelaznych południowo-zachodnich, lat 33, przybył do kliniki w Grudniu 1883. Urodził się w Memlu (Prussy),

żonaty jest od 8 lat i bezdzietny; żona jest słabego odżywiania i dotknięta cierpieniem macicznym, którego lekarz nie chciał operować. Skończył szkołę realną 3 klasową i wstąpił do warsztatów w Memlu, jako ślusarz w 19-ym roku, następnie przesiedlił się w 20-ym roku do Wilna, a później do Witebska, gdzie w warsztatach kolejowych pracował naprzód, jako ślusarz, a potem, jako maszynista manewrowy stacyjny. W 1872 roku pracował w warsztatach kijowskich; w tymże roku dostał się na maszynę i od tam przez lat 10 stale pełnił obowiązki maszynisty. W Lipcu 1880 przyjechał zdrów na stację Zdołbunowo i położył się spać w pokoju dyżurnym; nazajutrz rano, w chwili, gdy wciągał obuwie, upadł na ziemię i stracił przytomność. Przez 16 dni trwała nieprzytomność i w ciągu tego czasu miał kilka razy dziennie napady drgawek, mocniejszych w lewej połowie ciała. Po 16 dniach przytomność odzyskał, ale pozostało porażenie lewostronne wraz z zajęciem twarzy, ból i zawrót głowy, niepamięć wypadków przeszłych, niezupełne pojmowanie terażniejszości (*dumm im Kopfe*) i bardzo niewyraźna mowa. Po 6 miesiącach paraliż ustąpił, w większej też części ból i zawrót głowy, a także mowa znakomicie się poprawiła. Wstał z łóżka i nawet jeździł maszyną jeszcze przez cały rok, podczas którego to czasu był tylko względnie zdrów, gdyż miewał objawy kurczowe w kończynach lewej strony, a czasem i twarzy, ale bez utraty przytomności i z osłabieniem lewej ręki; zawrót i ból głowy czasem się zwiększał, a mowa już do stanu normalnego nie wróciła. W lecie r. b. po zaziębieniu ponowny napad z utratą przytomności i drgawkami przez 3 dni, po którym nie mógł wcale mówić, ani myśli zebrać i lewa strona została porażona. Dostał dymisyję z посады maszynisty, leczyl się przez pewien czas w domu, następnie wstąpił na miesiąc do warsztatów, tam wpadł do kanału, na skutek, zdaje się, utraty przytomności.

Powyższa relacja niezupełnie jest wiarogodna, gdyż pamięć chorego jest silnie osłabiona i opowiadanie jego często jest sprzeczne. Skarży się na brak przytomności, zawrót i ból głowy, niemożność mówienia, brak pamięci i osłabienie lewej połowy ciała. Przymiotu nie miał, ani żadnej innej choroby wenerycznej; nadużyć płciowych, ani alkoholowych nie popełniał. Traamy nie było. Dziedziczności nie ma.

Średniego wzrostu, dobrej budowy i odżywiania. Tętno 90. Organa wewnętrzne zdrowe.

Kończyny dolne w spokoju przedstawiają długofaliste, kloniczne skurcze, bardzo liczne w obrębie czworogłowego uda lewego i ksobnych, a rzadko tylko pojawi się skurcz kloniczny w czworogłowym prawym, wyprostnym palców wspólnym i palucha strony lewej. Przy ruchach biernych napotyka się znaczny opór, głównie w stawach kolanowych, o którym trudno powiedzieć, ile zależy od stanu spastycznego, a ile od niemożności zupełnej, dowolnej relaksacji mięśni. Ruchy czynne możliwe i ze znaczną siłą, mniejszą nieco w lewej kończynie. Przy podnoszeniu ostatniej, który to ruch mniej jest obszerny, aniżeli po stronie prawej, występuje drżenie kończyny z góry na dół, a także, choć mniejsze, boczne, dochodzące największego napięcia w chwili podniesienia kończyny do najwyższej elewacji; po stronie prawej tego drżenia nie ma. Bezładu (*ataxia*) nie ma, ale ruchy celowe kończyny lewej są powolniejsze, niezgrabniejsze i urywane. Odruchy kolanowe silnie wzmocnione, więcej lewy. Czy istnieje odruch stopowy na pewno powiedzieć nie można, gdyż chory nie może się wstrzymać od czynnego ruchu stopy, gdy, jak wiadomo dla wywołania tego objawu potrzeba zupełnej relaksacji mięśni, przyczepiających

się do stopy; w każdym razie, odruchu tego wykazać nie mogłem. Skurcz paradoksalny istniał w nieznacznym stopniu i o nim powiedzieć nie mogę, czy nie było to dowolne zgięcie grzbietowe stopy. Od innych ścięgien, jak Achille-sowego, ksobnych, goleniowego przedniego i od okostnej goleni z łatwością można było odruchy otrzymać. Przy uderzaniu młotkiem ścięгна goleniowego przedniego (tibialis anticus) otrzymywałem odruch także mięśni łydkowych, a po stronie lewej i czworogłowego uda. Stanie możliwe jest ze zbliżone-mi stopami i przy zamkniętych oczach. Chód powolny, kroki stawia małe, lewa kończyna się opóźnia; skarży się na osłabienie i drżenie tej ostatniej. Czucie we wszelkich odmianach zachowane. Odruchy podeszwowe istnieją niewzmocnione, mosznowe słabe, a brzusznych wywołać nie można. Chory doznaje drętwienia i kurczów mięśniowych w lewej dolnej kończynie, co zmu-sza go do częstego zatrzymywania się podczas chodzenia. Odżywianie mię-śni dobre, zmian odżywczych w ogóle żadnych nie ma. Funkcja pęcherza i kiszki stolcowej nie została ani razu zakłóconą przez cały czas choroby; erekcyj, ani pollucyj nie ma i chory zauważył osłabienie funkcji płciowej w ciągu obecnej choroby.

Siada w łóżku z wielkim trudem i wahaniem tułowia. Wyrostki cierniste kręgów grzbietowych są na ucisk bolesne.

W lewej górnej kończynie spostrzega się drżenie włókienkowe, głó-wnie na powierzchni wyprostnej przedramienia, a także w dwugłowym, trój-głowym, piersiowym i naramiennym. Obie górne kończyny są dobrze odży-wiane, nie przedstawiają oporu przy ruchach biernych, a tylko nieznaczny w barku. Ruchy czynne są wszystkie możliwe ze znaczną siłą (120 kilo-gramów w obu rękach) i ta zachodzi różnica, że gdy kończyną prawą wy-konywa ruchy jednostajnie i prędko, to w lewej ruchy są daleko powolniej-sze i urywkowe, podobne do tremulacyi przy połowicznem porażeniu i temu, prawdopodobnie, przypisać należy, że siła gruba kończyny lewej wydaje się mniejszą, aniżeli prawej. Podczas ruchu, drżenie włókienkowe, o którym wspo-mniano wyżej, się zwiększa. W wyprostowanych i odwiedzionych palcach ręki lewej spostrzega się nie drżenie krótkie, szybkie i jednostajne, ale wszystkie palce są w ciągłym ruchu, to odsiebny, to ksobnym, to zgięcia i roz-gięcia w stawach śródpiętno-palcowych o większym promieniu; wygląda to więcej na bezład palców, aniżeli ich drżenie i nie spostrzega się go w poło-żeniu lewej ręki spokojnem, ani też w prawej ręce. Przy zbliżaniu szklanki do ust, chwytaniu nosa dwoma palcami; tremulacyjny ten, urywany i wahadło-wy ruch lewej kończyny zwiększa się w miarę zbliżania się do celu, ale wody chory nie wylewa.

Odruchy ścięgniste trójgłowego, zginaczy przedramienia, odsiebego i wyprostnego palucha, dwugłowego, okostnej kości przedramienia i ręki zna-cznie wzmocnione i nie ograniczają się na danym mięśniu, ale powodują obszerne skurcze w innych mięśniach przedramienia, ramienia i barku; w kończynie lewej odruchy te są jeszcze silniejsze, aniżeli w prawej. Po-budliwość mechaniczna mięśni jest, natomiast, umiarkowana, w porównaniu z tak gwałtownie zwiększonymi odruchami ścięgnistymi (tycze się to także kończyn dolnych).

Czucie górnych kończyn zachowane. Chory tylko lewe swoje kończy-ny uważa, jako chore i w nich doznaje osłabienia (paralysirt), obumarcia (abgestorben) i skurczów mimowolnych.

Głowa, ani oparta, ani uniesiona nie drży; wszystkie ruchy nią są mo-

żliwe, ale i tu daje się zauważyć niejednostajność i urywkowość i prędkie zmęczenie. Perkusyjna głowa wszędzie bolesna.

Asymetryjnie twarzą nie ma; już przy spokojnym jej ułożeniu widać drżenie włókienkowe mięśni warg, które się zwiększa i rozszerza na inne mięśnie twarzy i czoła, podczas wykonywania ruchów, jak np. pokazywania zębów i t. d. Drżenie występuje i w górnych powiekach, podczas zamykania oczu. Język na dnie jamy ustnej i wysunięty drży bardzo znacznie, nie zbacza, nie jest zanikły i wszystkie ruchy wykonywa. Przy fonacji, podniebienie z obu stron jednakowo się kurczy, polykanie prawidłowe.

Zboczenia gałek ocznych nie ma, wszystkie ruchy są łączne (skonjungowane) i bez drżenia. Prawa źrenica szersza od lewej, która jest umiarkowanie szeroka; obie nie oddziałują na światło i drażnienie skóry (lewa źrenica może nieznacznie oddziaływać) i słabo na zbieżność (lewa lepiej). Siła widzenia słaba: oko prawe rozpoznaje palce z odległości 7 kroków, lewe z 9. O ile przy smutnym stanie inteligencji chorego wnioskować można, pole widzenia, zdaje się, być bardzo zwężone, dla barw jest ono ograniczone do części najbardziej środkowej. Tarcze nerwu wzrokowego blade-różowe, ostro zarysowane, naczynia umiarkowanie wąskie, słaba hypermetropija. Słuch z obu stron dobry. Czucie twarzy niezmienione.

Mowa silnie zmieniona i ledwie rozumiała, tak, że trzeba się uważnie wsluchać, żeby dźwięki mowy odróżnić. Jest ona powolna, ale nie skandowana, chory zaczyna się, powtarza, lub opuszcza zgłoski, brzmienie tych ostatnich się zaciera. Pamięć silnie ucierpiała, zapomniał tabliczki mnożenia i kolejnych liter abecadła, ale pamięta jeszcze stacje Brzesko-Kijowskiej drogi. Intelligencyja jest też bardzo słaba, choć chory swój stan rozumie i narzeka na brak myśli (ich habe kein Gedanke mehr). Leży ciągle w łóżku, ręką naciskając czoło, z sąsiadami się nie porozumiewa. Za każdym mojem z nim widzeniem, skarży się na ból i zawrót w głowie (ale nie otaczających przedmiotów) i porażenie lewej połowy ciała. Szumu w uszach nie ma. Sen przerywany.

19 Marca 1884. Chory się wypisuje w stanie pogorszenia. Apatyja coraz większa, zbladł i schudł widocznie. Mowa mało rozumiała, cicha, nabiera czasem nieprzyjemnego, wysokiego brzmienia. Drżenie lewej ręki się zwiększyło i chory skarży się na chłód w tejże. Odruchy ścięgnięte znakomicie zwiększone. W podniesionej lewej dolnej kończynie widać wahania z góry na dół.

Spostrzeżenie III. Początek choroby w 35 roku życia od porażenia kończyn dolnych, które trwało 2 tygodnie. Po 3 miesiącach zmiana mowy i drżenie języka.

Drżenie mięśni twarzy podczas ruchów dowolnych. Drżenie języka. Zmiana mowy i inteligencji. Drżenie palców. Powiększenie odruchów ścięgniętych. Napad krótkotrwałej niemoty.

Mikołaj P...ski lat 35, naczelnik stacji kolei żel. Brzesko-Odeskiej, przybył do kliniki we Wrześniu 1883 r. Był zawsze zdrow, tylko w 19 roku życia miał 3 tygodniową gorączkę. Obecna jego choroba zaczęła się na wiosnę r. b. W skutek zaziębienia, wystąpiło nagle osłabienie kończyn dolnych, tak znaczne, że musiał się do łóżka położyć, a nawet przez pewien czas wcale kończynami poruszać nie mógł. Miał łamanie w nich, kurcze,

w skutek czego się trzęsły, ale zmiany w urynowaniu i oddawaniu kału nie zauważył. Po 2 tygodniach mógł już wstać i zająć się służbą. Po 3 miesiącach, mowa zaczęła się zmieniać i prawie jednocześnie język drzeć. Bólu głowy, zawrotu, utraty przytomności, lub drgawek nie było. Drżenia w rękach, ani zmiany charakteru pisma nie zauważył. Spiritualiów nie używał wcale, syfilisu nie miał. Skończył 5 klas Gimnazjum. Onanizmowi się nie oddawał. Ożenił się przed 4 laty, ma 2 zdrowych dzieci. Dziedziczności nerwowej nie ma.

Dobrej budowy i odżywiania, twarz rumiana. P. 96. Organa wewnętrzne zdrowe.

Głowa nie drży. Twarz asymetrii nie przedstawia, obie jej połowy jednakowo wszystkie ruchy wykonywają, przy czem występuje bardzo wybitne drżenie, głównie w orbicularis oris et palpebrarum, zygomatici, corrugator supercilii, ale także w prawie wszystkich innych mięśniach twarzowych. Język na dnie jamy ustnej drży bardzo mało, ale wysunięty przedstawia bardzo wybitne ruchy wsuwania i wysuwania i faliste skurcze powierzchni. Czynne ruchy zaś jego ograniczone nie są. Języczek zbacza na prawo, podniebienie miękkie kurczy się jednakowo przy wydawaniu głosu. Wszystkie ruchy gałek ocznych możliwe bez drżenia. Źrenice miernie zwężone, oddziałują na światło i konwergencyję. Siła wzroku dobra, barwy rozróżnia. Węch, smak i słuch dobry. Czucie na twarzy niezmienione.

Siła górnych kończyn i ruchy ich prawidłowe, szczególnie nie ma śladu bezładu. W wyprostowanych palcach spostrzega się drżenie, szczególnie w lewej ręce. Istnieje ono także w stawie napiętkowym podczas wyprostowania ręki, ale nie powiększa się ono w miarę zbliżenia np. szklanki do ust. Na wyprostnej powierzchni przedramienia spostrzega się już w poruszującej kończynie włókienkowe skurcze. Odruchy ścięgnowe wyraźne.

Chód dobry nawet z zamkniętymi oczami, zmęczenie w kończynach nie występuje, bezładu nie ma. W stanie spoczynku widać kurcze włókienkowe w obrębie czworogłowych uda, szczególnie lewego, zwiększające się przy ruchach czynnych. Niekiedy występuje kurcz silniejszy, powodujący zmianę położenia kończyny. Przy ruchach biernych napotyka się na nieznaczny opór, większy w stawach kolanowych. Odruchy kolanowe znacznie wzmocnione; istnieje ślad odruchu stopowego, a skurcu paradoxalnego nie ma. Pobudliwość mechaniczna mięśni zwiększona. Odruchy podeszwowe istnieją. Czucie niezmienione. Zaburzeń w oddawaniu moczu i kału nie ma. Czynność płciowa niezmieniona.

Pamięć osłabiona, myślenie powolne, ale głównie zmienioną jest stro-
na afektywna. Często się śmieje z zapytań mu stawianych i czynności, które przy badaniu ma wykonać. Jest małomówny i często na zapytania, które, według jego mniemania, choroby się nie tyczą, urażony i gniewny nie odpowiada. Sam o zmiany w usposobieniu własnym nie zauważył. Sen ma dobry. Mowa bardzo trudno zrozumiała, nosowa, powolna, monotonna, wypuszcza całe sylaby, niekiedy je powtarza. Charakter pisma niezmieniony.

20/X—83. Bez całkowitej utraty przytomności wystąpiła nagle zupełna niemota i chory jest w stanie wymówić jeden tylko wyraz „nie”. Pi-
sane niezrozumiałe zdania i wyrazy, ze zmienionym charakterem pisma. Ję-
zyk zbacza nieco na prawo, ale wszystkie ruchy wykonywa. Pojmuje wszy-
stko, co się do niego mówi.

21/X. Mowa wróciła do stanu poprzedniego.

3/XI. Wypisał się bez zmiany.

Spostrzeżenie IV. Początek w 21 r. życia pod postacią gwałtownych bólów głowy, zawrotów; z trudnością chodził i często upadał. Trudne połykanie i ociężałość mowy wystąpiły jednocześnie z innymi objawami. Status quo przez 3 lata. W zimie 1884/5 roku pogorszenie, osłabienie prawostronne.

Objawy spastyczne kończyn dolnych, hemiparesis dextra, drżenie dowolnej prawej dolnej kończyny, épilepsie spinale, zwiększenie odruchów ścięgniętych, słabe odruchy skórne, chód i stanie utrudnione. Częstsze urynowanie. Napady ściskania w brzuchu. Toniczny skurcz mięśni kapturowych. Asymetryja twarzy. Dysphagia. Nystagmus. Nieznaczna zmiana mowy. Bóle i zawroty głowy.

G...ski Ludwik, lat 25, rolnik z Gronostaj w powiecie Łomżyńskim, przybył do kliniki 29 Listopada 1885, skarżąc się na ogólne osłabienie, omdlenie dolnych kończyn, wielką trudność w chodzeniu i połykaniu, uczucie ciężaru w plecach, często pojawiające się bóle głowy i zawroty i napady ściskania w brzuchu z następczym snem i niespokojnością. Choroba ta, pierwsza w życiu, zaczęła się na wiosnę 1882 (a więc przed 3 1/2 laty przeszło) w 21 roku życia, bez wiadomej przyczyny, od bólu głowy i ciężaru na piersiach. Bóle głowy były bardzo gwałtowne, szczególnie, gdy wstawał i zaczynał chodzić, w czole, oczach, potylicy, w leżącym zaś położeniu ustawały; bóle te głowy trwały dotychczas, ale są słabsze w natężeniu. Z powodu zawrotu i błyskania się w oczach, z trudnością mógł stać i chodzić, tembardziej, że doznawał uczucia, jakby go coś popychało naprzód; często też upadał, lub, gdy zebrałszy siły, pochodził przez dłuższy czas, musiał się niebawem z powodu bólu głowy, ciśnienia w oczach i t. d. położyć. Chory wszakże z domu wychodził, ale trzymał się ścian, a w polu szedł gzygzakiem, jak pijany, nogi mu drżały i często upadał. Już wtedy wzrok zaczął się psuć i nie mógł ludzi zdaleka poznawać, a z powodu zaś ciężkości na piersiach, nie mógł połykać, ciepłych zwłaszcza, pokarmów i zaczął mówić z wysiłkiem. Wzrok i połykanie są obecnie lepsze, jak w początkach. Znajomi gospodarze zauważyli w nim znaczną zmianę, mianowicie, stałe zarumienienie twarzy, gdy dawniej zawsze był bladym, szczególny blask w oczach i zmieniony chód. Usposobienie chorego się zmieniło, stał się smutnym i milczącym, choć nigdy zbyt wesołym i żywym nie był. Z samego początku również zaczął doznawać uczucia ciężaru w okolicy łopatek, ciągnięcia i rwania w karku, które to sensacje ustępowały w chodzeniu i po rozgrzaniu się w łóżku. Chory nie przestał pracować i rzecz dziwna, lżejszych robót, jak np. chodzenia za plugiem, dokonywał, z powodu ściskania i duszności na piersiach, z większą trudnością, aniżeli ciężkiej pracy np. koszenia, które tem lepiej mu się udawało, im bardziej był rozgrzany i spocony. Przez trzy blisko lata stan ten prawie się nie zmienił, z wyjątkiem napadów ściskania w brzuchu, które się w ciągu tego czasu przyłączyły. W zimie 1884/5 nastąpiło znaczne pogorszenie, przestał pracować i nawet z domu wychodzić, ogólnie znacznie osłabł i musiał po przejściu z jednej izby do drugiej odpocząć. W lecie r. b. osłabienie prawej połowy ciała, bez skrzywienia twarzy, bez utraty przytomności i drgawek; sen się pogorszył, apetyt również. Słaba intelligencyja chorego nie pozwala na dokładniejsze i chronologiczne zebranie wywiadów, ani na bezwarunkową ufność do tych, które się zebrać udało.

Do obecnej choroby był zdrow zupełnie, przymiotu nie miał, nadużyć wysokowych nie popełniał. Od 15 r. życia samogwałt, pollucyje aż do ożenienia się w 23 r. życia, a więc już podczas istnienia obecnej choroby, na którą ożeniecie się miało w przyszłości dobroczynnie oddziaływać, według przypuszczenia rodziców i znajomych chorego. Z małżeństwa zrodziło się jedno zdrowe dziecko. Warunki mieszkania i życia miał zawsze dobre. Ojciec jego zdrow i ma lat 86; matka zmarła w 56 r. życia przy objawach gorączki i bólu głowy; rodzeństwo składa się jeszcze z jednego brata, który jest zdrow. Dalsi krewni choroby nerwowej również nie mają.

Umiarkowanego wzrostu, dobrej budowy i odżywiania. Tętno stale przyspieszone, koło 100 i wyżej, tony serca czyste i silne. Oddech pęcherzykowy. W kończynach dolnych napotyka się znaczny opór przy ruchach biernych, większy w prawej, aniżeli w lewej. Ruchy czynne wszystkie są możliwe ze znaczną siłą, mniejszą wszakże w prawej kończynie; bezładnie nie ma, ale ruchy nie odznaczają się zręcznością i dokładnością wykonania. Podczas dowolnego ruchu prawą dolną kończyną występuje drżenie stopy, bardzo znaczne, zwiększające się w miarę np. podnoszenia kończyny, ale już w spokojnem położeniu teje prawa stopa drży mocno, choć mniej, niż poprzednio. Drżenie to rozprzestrzenia się na całą kończynę (épilepsie spinale), ustępuje dobrowolnie po kilku minutach trwania, nie dając się przerwać przez zgięcie podeszwowe palców. Odruchy kolanowe znakomicie zwiększone i długotrwałe, szczególnie prawy, a odruch stopowy prawy trwa tak długo, jak ucisk podeszwy; lewy, zaś, nie tak łatwo wywołać, choć niewątpliwie istnieje; otrzymuje się z łatwością odruchy ścięgniaste mięśni uda i od okostnej goleni. Odruchy podeszwowe, natomiast, są bardzo słabe, także możnawne. Czucie we wszelkich gatunkach i zmysł mięśniowy nietknięte; podmiotowo, zaś, istnieje uczucie drętwienia w prawej kończynie. Stoi z rozkraczonemi kończynami i więcej na lewej, prawa, zaś jest naprzd i na zewnątrz skierowana; daleko trudniej stoi ze zbliżonemi stopami, musi się, mianowicie, wtedy rękoma o coś oprzeć; dłuższe zamknięcie oczu stanowczo wpływa na chwiejność postawy i chory pada ku tyłowi, co objaśnia uczuciem, jakby go coś w tył ciągnęło. Chód szeroki, tułów ku przodowi nachylony, toż samo głowa, którą trzyma sztywno; podeszwy dotykają podłogi tylko piętą, gdy przednia część stopy kieruje się do góry, niekiedy prawą piętą mocniej uderza o podłogę. Zawracanie, szczególnie, jest bardzo trudnem, sztywnem i niezgrabnem, nawet przy oparciu się rękami. Zamknięcie oczu potęguje nieco poprzednie objawy, ale nie uniemożliwia chodzenia. Oprócz kurczowego zginania palców występuje, podczas stania i chodzenia, drżenie prawej dolnej kończyny. Zmian odżywczych nie ma.

Urynuje już od lata r. b. częściej, niż dawniej (4 razy w nocy i tyleż w dzień), nie musi odczutej potrzebie natychmiast zadość uczynić i przechodzenie uryny czuje. Stolec zaparty, ale wydalanie jego prawidłowe. Erekcyjne słabsze, aniżeli dawniej.

Kręgosłup nie zbacza, wyrostki cierniste niebolesne, mięśnie tułowia nieporażone. Doznaje prawie co dzień, szczególnie, gdy siedzi, niezwykle napadów, charakteryzujących się ściskaniem koło pępka, poczem napada go sen, trwający parę kwadransów, a po przebudzeniu doznaje niepokoju w całym ciele, musi się przejść kilka razy po sali, po czem wszystko wraca do stanu poprzedniego. Sam takiego napadu nie spostrzegalem, ale siostra miłosierdzia często go widziała śpiącym na krześle. W karku i plecach doznaje ciągnięcia podczas chodzenia, a także w innych częściach ciała.

Odżywianie górnych kończyn, jak i dolnych, dobre. Czynne ruchy pierwszych są wszystkie możliwe z dużą siłą, mniejszą wszakże w prawej górnej kończynie (dynamometr wskazuje w prawej ręce 70, w lewej 100 kilogramów). Są one także w pierwszej mniej zgrabne, a drobne czynności, jak zapinanie się, wpięcie szpilki, chory, który zawsze posługiwał się prawą ręką, wykonywa obecnie lewą; bezładny, ani drżenia nie ma. Czucie we wszelkich gatunkach i zmysł mięśniowy zachowane. Odruchy ścięgniste trójgłowego ramienia, dwugłowego, zginaczy przedramienia są z obu stron bardzo żywe, w prawej większe.

Przy ruchach biernych głowy napotyka się na znaczny opór przy schylaniu jej naprzód, co zależy od tonicznego skurczu obu kapturowych; głowa nie drży, ruchy zaś jej czynne odbywają się powoli, jakby w kilku tempach, a przy bocznych występuje zawrót głowy. Twarz stale i mocno zarumieniona, czoło zmarszczone, szpara powiekowa wązka, szczególniej prawa, ale górne powieki z łatwością się podnoszą; lewa fałda noso-wargowa głębsza i ruchy lewej połowy twarzy energiczniejsze. Czucie na twarzy niezmienione. Język zbacza nieco na prawo, nie drży, zachował wszystkie ruchy. Języczek zbacza na lewo, podniebienie kurczy się z obu stron jednakowo. Połykanie, tak stałych, jak i płynnych pokarmów, jest znacznie utrudnione i przeszkoda znajduje się wysoko, w gardzieli; po kilku dopiero wysiłkach, tak kęs chleba, jak i woda przechodzą przez gardziel, następnie, już bez przeszkody, do żołądka; pokarmy bardzo zimne i gorące połyka łatwiej; niekiedy płyn wraca nosem. Przeszkoda ta nie jest mechaniczną, gdyż zonda z grubą nawet oliwą przechodzi.

Wszystkie ruchy łączne gałek ocznych prawidłowe, ale występuje przy nich wybitne drżenie boczne (nystagmus). Żrenice umiarkowanie rozszerzone, oddziałują na światło i zbieżność. S. W. dobra (Sn. XX na 14'). Perymetr wykrywa małe zwężenie pola widzenia na barwy, szczególniej w oku lewem. Słuch dobry.

Mowa znacznych zmian nie przedstawia, ale takie jednak, że je można zauważyć i nie uszły bacznosci, ani chorego, ani jego otoczenia: jest ona nieco powolna, wysilona, często się zacina, ale jest wyraźna, nienosowa i nieskandowana; chorego dłuższe mówienie męczy. Pamięć, według mniemania chorego, nie ucierpiała i rzeczywiście większych braków wykazać nie można; chory, zdaje się, i w zdrowiu nie odznaczał się zbyt wielką pamięcią i sprytem. Opukiwanie głowy jest niebolesne, ale podczas bólu głowy dotknięcie włosów sprawia przykre wrażenie. Bóle głowy obecnie nie są tak gwałtowne, jak dawniej, pojawiają się najczęściej w położeniu siedzącym, lub stojącym w czole, potylicy i oczach, jednocześnie z zawrotem, który wywołuje skłonność chorego do upadnięcia najczęściej w tył, lub na boki i naprzód (to ostatnie wtedy, gdy chce coś rękoma uchwycić) i uczucie, jakby się otaczające przedmioty przechylały; w oczach doznaje ciągłego błyskania się. Sen nie zawsze dobry; chory unika nawet mocnego i długiego snu, gdyż ten pozostawia ciągnienie w tułowiu i kończynach, osłabienie aż do niemożności chodzenia, ból i zawrót głowy i gwałtowne bicie serca.

Chory wypisał się bez poprawy 14/XII 85. Zbyt krótko na klinice bawił, żeby się dało przeprowadzić systematyczne leczenie.

Spostrzeżenie V. W Lutym 1882 gorączka, odurzenie przez parę dni. W Marcu dreszcze, drżenie ręki, gorączka, majaczenie, które szybko ustąpiły z pozostawieniem tylko drżenia rąk. Zmiana mowy szybko postępująca.

W Styczniu 1883 napady zawrotu głowy, szumu w uszach, ogólnego niepokoju, trwające do tej pory. Przed 10 laty owrządzenie na czionku niespecyficzej natury.

Drżenie palców rąk, które się nieco wzmagą w miarę trwania ruchu czynnego. Wyraźny odruch trójgłowego ramienia. Nieznaczne zmniejszenie czucia na lewym przedramieniu i ręku. Mierny stopień napięcia mięśni kończyn dolnych. Wzmoczenie odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa. Odruch stopowy. Czucie niezmienione. Drżenie głowy podczas mowy, wzruszenia. Nystagmus. Przytępienie słuchu. Drżenie języka i niektórych mięśni twarzy w affekcie. Mowa skandowana i osłabienie pamięci, intelligencji, zmiana charakteru. Bezsenność.

Floryjan O...ski lat 30, maszynista Dr. Żel. Nadwiślańskiej, kawaler, wstąpił do kliniki 4 Marca 1883 r. Ojciec umarł, mając lat 58, na wadę serca, matka zdrowa. Jedyna jego siostra zmarła przy porodzie. Z dalszej rodziny, nikt choroby nerwowej nie miał. Po skończeniu 6 klas, wstąpił w 17 roku życia do fabryki (maszyny gorzelniane i cukrownicze), w której pracował rok jeden. Przez następne $\frac{1}{2}$ roku zajęcia nie miał. Wróciwszy do Warszawy, pracował w rozmaitych fabrykach przez 3 lata, naprzód przy wyrobie pilników na kamieniu, co miało szkodliwie oddziaływać na stan jego płuc, następnie przy wagonach. Jako rzemieślnik też, był czynnym przez $\frac{1}{2}$ roku przy warsztatach kolei Terespolskiej, a później, jako zastępca pomocnika maszynisty. Od tego czasu, to jest przeszło lat 7, jeździł na maszynie. Był zawsze zdrow i silny. Warunki życia miał zawsze dobre. W Lutym 1882, z powodu przewozu wojsk, miał ciężką służbę (musiał przy tem zastępować palacza), dostał gorączki, odurzenia, tak że, na dwa dni udał się do domu. Pomimo osłabienia, wrócił do służby i przez miesiąc jeszcze ciężko pracował. Wtedy to w drodze dostał dreszczy, przeciw którym brał bezskutecznie chininę. Wróciwszy do Warszawy nie mógł napisać raportu do władzy, z powodu drżenia ręki. W domu położył się do łóżka, miał gorączkę, bredził, nawet w dzień był nieprzytomny. Po 3 dniach gorączka ustąpiła, zaczął wychodzić, czuł się tylko osłabionym. Lekarz polecił wyjazd do Nałęczowa, dokąd się chory udał, pomimo, że czuł się dobrze, tylko drżenie rąk było silne (większe, niż obecnie); ręce, według wyrażenia chorego, formalnie latały. Brał kąpiele letnie z końcowemi oblewaniem zimnemi. Już po kilku kąpielach, mowa zaczęła się zmieniać i to tak szybko, że po 5 tygodniach pobytu w Nałęczowie nie mógł się rozmówić. Lekarz przepisał mu, zdaje się, kalijsodan, po którym mowa się poprawiła, ale do stanu normalnego niewróciła. W ogóle, mowa często to się pogarszała, to poprawiała, drżenie zaś rąk nie zmniejszało się. Sen był do tej pory dobry. Przed dwoma miesiącami napady snu ciężkiego i przykrego, z silnym zawrotem głowy i szumem w uszach, trwający około godziny lub dwóch, zawsze w nocy, bez utraty przytomności, ale połączone z ogólnym niepokojem i z pozostawieniem ogólnego osłabienia. Od tego czasu bezsenność. Napady takie dawniej bywały co noc, obecnie rzadziej i są daleko słabsze. Przed miesiącem wystąpiło drżenie w całym ciele, łamanie w nogach i rękach, głównie w nocy, trwające po parę godzin. Obecnie takiego drżenia nie ma, tylko dreszcze rano i wieczór. Drżenie rąk zmniejszyło się przed 2 tygodniami. Do osłabienia w nogach, rękach, zmienionego chodu, osłabienia pamięci chory się

nie przyznaje. Wódkę pijał umiarkowanie i dopiero od rozpoczęcia służby kolejowej (koło 4 kieliszków wódki i kilku kufli piwa dziennie). Nigdy się nie upijał. Na $\frac{1}{2}$ roku przed wybuchem choroby było przez kilka miesięcy nadużycie płciowe, ale nie czuł się zbyt osłabionym. Przymiotu nie miał, tylko 10 lat temu tryper i owrzodzenie na członku, które bez żadnych następstw się zagoiło.

Wzrostu dobrego, silnej budowy. Odżywianie skóry i mięśni doskonałe. Stan bezgorączkowy. Narządy wewnętrzne zdrowe. Puls 90.

Kończyny górne. Czucie we wszelkich rodzajach zachowane, tylko na powierzchni przedniej lewego przedramienia, na obu powierzchniach lewej ręki i palców czucie dotyku, bólu i temperatury zmniejszone, w porównaniu ze stroną prawą. Zmysł mięśniowy zachowany. Ruchy czynne wszystkie są możliwe z wielką siłą (dynamometr wskazuje 120 do 130 kilogramów). Palce przy ruchach dowolnych drżą nieznacznie, lub wykonywają małe choreatyczne ruchy. Z trwaniem ruchu czynnego drżenie się wzmacnia, nie jest ono jednak nigdy tak wielkie, żeby chory nie mógł pić, jeść, wykonywać czynności nawet, drobne, jak podnoszenie szpilki i wpinanie jej w koszulę, chociaż robi to niezręcznie. Odruch trójgłowego ramienia bardzo wyraźny, większy po stronie lewej.

Na *kończynach dolnych*, czucie we wszystkich rodzajach zachowane, a nawet istnieje pewien stopień nadczułości na zewnętrznej powierzchni prawego uda, zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni lewej goleni i obu powierzchniach lewej stopy, gdzie chory wrażenia odczuwa, jakoby lepiej. Zmysł mięśniowy zachowany. Ruchy czynne wszystkie wykonywa z znaczną siłą, przy czem drżenia nie widać. Dopiero, gdy odnoga dolna znajduje się przez dłuższy czas w położeniu wprostnem i podniesieniem zaczyna odbywać małe ruchy z góry na dół i naodwrot. Przy ruchach biernych napotyka się mierny opór w stawie kolanowym i ruchach abdukcyjnych stawu biodrowego. Odruchy kolanowe wzmożone, stopowe istnieją, ale słabe. Odruch ścięgna Achillesa bardzo wyraźny. Skurczu paradoxalnego nie ma. Odruchy skórne i kremastorowe wydadne.

Chód tak z otwartymi, jak i zamkniętymi oczami prawidłowy, jak również wchodzenie i schodzenie ze schodów.

Czucie na tułowiu normalne. Zwieracze funkcjonują prawidłowo. Głowa słabo drży podczas mówienia, chodu, zwłaszcza, gdy jest wzruszony.

Ruchy gałek ocznych wszystkie możliwe, przy czem występuje drżenie z prawa na lewo (nystagmus), które istnieje i przy fixacji. Żrenice jednakowe i miernie zwężone, reagują na światło i zbieżność. Siła widzenia normalna. Pole widzenia na światło i barwy normalne. Oftalmoskop nie wykrywa nic nieprawidłowego. Niekiedy żrenica lewa bywa szerszą od prawej.

Ucho lewe słyszy zegarek z odległości jednej stopy, prawe $\frac{1}{3}$ stopy. Węch i smak normalne.

Język nie zbacza, ale przedstawia bardzo wyraźne drżenie. Niektóre mięśnie twarzy, jak orbicularis oris et palpebrarum, zygomatici drgają przy mówieniu, lub w affekcie. Mowa wyraźnie skandowana, powolna, wszakże zrozumiała. Do wymówienia pierwszej szczególnie spółgłoski, którą powtarza kilka razy (rodzaj jąkania się), upływa pewien czas. Pod względem treści, opowiadanie jego dość logicznie się wiąże. Pamięć w ogóle silnie osłabiona, zwłaszcza pod względem cyfr i rachunku, z którego nie

zawsze tabliczkę mnożenia pamięta. Pamięć wypadków zachowana. Intelligencyja ucierpiała. Charakter wrażliwy, opryskliwy, łatwo wpada w gniew, lub śmiech. Bezsensowność jest jednym z objawów, na który się najbardziej użala.

Podczas affektu, skóra uszów i bocznych części szyi przybiera barwę ciemno-czerwoną, prawie siną.

11/IV—85. Przybył po raz drugi do kliniki. Stan jego niewielkiej uległ zmianie. Pobierał pensyję z kolei, choć służby nie spełniał; mógł natomiast zająć się prywatnie biórową czynnością. Skarży się na drżenie prawej ręki i utrudnienie mowy. Zawrotu głowy nie ma, a szum w głowie tylko wtedy, gdy zasypia. Sen dobry. Mowa jeszcze bardziej zmieniona, wyraźnie poprzecinana i jękająca się. Podczas mowy, a i niezależnie od niej, mięśnie twarzy drgają. Język nie zbacza, ale silnie drży. Pamięć i siła kombinacji nie gorsze, aniżeli za pierwszym pobytom. Jak i dawniej, jest kłótniwy, łatwo wpadający w gniew; pamięć lepsza i w ogóle dość dobrze się orjentuje. Pismo mocno drżące i zmienione (patrz autograf). Żrenice zwężone, lewa więcej. Ostatnia tylko reaguje na światło, zbieżność i drażnienie skóry. Drżenia gałek prawie nie ma. Oftalmoskop zmian żadnych nie wykrywa. Siła widzenia dobra: lewem okiem rozróżnia litery Sn. XXX z odleg. 14 stóp, prawem z takiej odległości czyta Sn. XX. Pole widzenia na barwy normalne. Siła prawej ręki 85, lewej 100 kilogr. Prawa ręka, nawet oparta, drży, mianowicie palce, ruch, zaś, drżenie zwiększa. Drżenie lewej ręki znacznie mniejsze. Zwieracze działają prawidłowo. Siła dolnych kończyn duża, opór przy ruchach niewielki. Odruch kolanowy zwiększony; stopowego nie mogłem wywołać. Prawa dolna kończyna podniesiona i wyprostowana drży. Stoї dobrze z otwartymi i zamkniętymi oczami, chód dobry. Czucie niezmiennione. Erekcye miewa. P. 84.

Spostrzeżenie VI. Początek w 31 r. życia. W Sierpniu 1882 zawroty głowy, nieznaczne utrudnienie mowy, po czem nieprzytomność, trwająca 17 dni z bredzeniem, wśród czego rozwinęło się porażenie lewej górnej kończyny i lewej połowy twarzy, i mowa znacznie się pogorszyła. Powolne w ciągu 7 miesięcy wyrównanie się porażenia i poprawa mowy. W Marcu 1883 drżenie głowy, coraz się zwiększające. W 1878 szankier bez objawów wtórnych, ale bardzo grubo się gojący i ze zropieniem gruczołów pachwinowych.

Tętno przyspieszone. Nieznaczne napięcie mięśni kończyn dolnych, ruchy i czucie prawidłowe. Odruchy kolanowe zwiększone, skurcz paradoksalny. Drżenie rąk zwiększające się przy ruchach dowolnych. Drżenie głowy i towarzyszący skurcz m. sulko-obojętkowego lewego. Asymetryja twarzy. Drżenie języka, języczkai łuków podniebiennych. Nystagmus. Przytępienie słuchu. Mowa skandowana. Zmiany psychiczne.

P. i. k Franciszek, lat 32, nauczyciel szkoły elementarnej w gubernii Siedleckiej, przybył do kliniki 16/IV 1883. Przed 8 miesiącami, będąc przedtem zupełnie zdrowy, dostał, bez wiadomej przyczyny, zawrotu głowy, trwającego 3 dni, po czem z wieczora, siedząc na krześle, doznał ogólnego osłabienia i utrudnienia mowy (w mniejszym, jak obecnie, stopniu); przytomność była tylko przyćmiona. Przez 3 dni jeszcze chodził, ale był niezdrowy i musiał się położyć do łóżka, w którym przez 17 dni pozostawał nieprzytomny. Z opowiadania otaczających wie, że nie poznawał znajo-

mych, moc i kał oddawał bezwiednie, ale nie był gwałtowny, gorączki, ani konwulsyj nie miał, mówił niewyraźnie i od rzeczy i powoli rozwinął się paraliż lewej górnej kończyny i ściągnięcie twarzy na prawo. Powróciwszy do przytomności, przekonał się dopiero o istnieniu tych dwóch ostatnich objawów, choć ręką mógł bardzo słabo poruszać; mowa zaś, była daleko gorszą, aniżeli obecnie. Przez czas 7 miesięcy, górna kończyna, skrzywienie twarzy, a w ostatku i najoporniej utrudnienie mowy prawie się wyrównały. Bólu głowy nigdy nie było. Od miesiąca drżenie głowy z początku bardzo słabe, stopniowo się zwiększające. Zboczeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej nie było. Skarzy się na paraliż lewej górnej kończyny i utrudnienie mowy. Coitus rozpoczął w 14 r. życia, nadużyć w tym kierunku nie popełniał, onanizmowi się nie oddawał. Przed 5 laty dostał szankra i trypra. Pierwszy zagoił się dopiero po roku, gdyż wrzód ciągle się wznaiał. W prawej pachwinie powstały obrzmienia gruczołów, które musiano przecinać i które trudno się goiły. Wtórnych objawów przymiotowych, o które szczegółowo rozpytywałem chorego, nie było. Piwa, wódki pijał nie wiele i w ogóle żył wstrzemięźliwie i w umiarkowanym dobrobycie. Przestrachu nigdy nie doznał. Chory jest najstarszym z 8 zdrowego rodzeństwa. Rodzice jego są w podeszłym wieku, zdrowi.

Sredniego wzrostu, dobrego odżywiania, na skórze dolnej powierzchni prącia od wędzidelka do osady ciągnie się blizna ciemno pigmentowana, wązka, cienka i miękka. In plica inguinali dextra blizna, prawie okrągła, wielkości 3 groszy, znacznie zagłębiona, o powierzchni nierównej, z wystającami mostkami. Organa wewnętrzne zdrowe. Puls przyspieszony, do 114 uderzeń.

Kończyny dolne. Chód prawidłowy, stanie możliwe z zamkniętymi oczami. Ruchy czynne wykonywa wszystkie ze zmniejszoną, może, nieco siłą. Drżenia przy ruchach tych nie ma. Przy ruchach biernych napotyka się opór tylko na początku zgięcia w stawie kolanowym lewym. Odruch kolanowy po obu stronach wzmocniony, więcej jednakże po stronie lewej. Kniehautreflex nie ma, ani patellarcionus. Odruchu stopowego wywołać nie można, za to w małym stopniu skurcz paradoxalny, ale stopa niebawem wraca do stanu normalnego. Czucie skórne we wszelkich rodzajach i zmysł mięśniowy na obu kończynach zachowane. Odruchy skórne, podeszwowne, mosznowe (kremasterowe) i brzuszne (ostatni większy z lewej strony) bardzo wydatne. Przy drażnieniu wewnętrznej powierzchni lewego uda kurczy się, oprócz kremastera lewej strony, niekiedy jeszcze quadriceps femoris dextri.

Kończyny górne. Ruchy czynne możliwe z należytą prędkością, ale ze zmniejszoną siłą (dynamometr wskazuje na prawo 85, na lewo 70 kilogramów). W wyprostowanych i odwiedzionych palcach ręki lewej spostrzega się lekkie drżenie, w ręce prawej, zaś, rytmiczny ruch wyprostny i przeciwstawny palca dużego, ksobny i odsiebny wskazującego i drżenie średniego. Przy ruchach dowolnych, jak zbliżaniu szklanki do ust, drżenie się zwiększa; zamierzony ruch przychodzi do skutku bez wielkiej niezręczności.

Czucie skórne i zmysł mięśniowy nie zmienione. Odruchy nie podwyższone. Objawów troficznych, lub naczynioruchowych nie ma. Głowa w położeniu leżącym i opartym nie drży, w siedzącym, zaś, i stojącym zaczyna drżeć coraz mocniej, głównie bocznie i zwraca się szczególnie łatwo przy fixowaniu przedmiotów, kurczowo ku barkowi prawemu, przy czem głowa opuszcza się nieco ku dołowi i przodowi. Zależy to od tonicznego

skurczu mięśnia sutko-obojęzycznego lewego, który rysuje się pod skórą i na dotyk przedstawia twardym. Drżenie jednak nie ustaje. Spostrzega się, oprócz tego, lekką asymetryję twarzy, wyrażającą się głębszą fałdą nosowargową prawą i nieznacznem ściąganiem prawego kąta ust podczas śmiechu. Ruchy lewej strony twarzy wszystkie, zresztą, są możliwe. Czucie skóry twarzy niezmienione. Wysunięty język przedstawia liczne włókienkowe drżenie pęczków mięśniowych, coraz się zwiększające, tak, że powierzchnia jego bezustannie faluje. Zboczenia przy wysuwaniu nie ma. Na dnie jamy ustnej, zaś, język nie drży wcale, ale języczek i łuki podniebienne znajdują się w ciągłym ruchu opadania i podnoszenia się. Języczek skierowany trochę na prawo, łuki podniebienne przy fonacji jednakowo się kurczą.

Przy ruchach gałek ocznych, które wszystkie prawidłowo wykonywa, występuje ruch drżenia, głównie rotacyjny i z góry na dół. Drżenie ich spostrzega się przy zwykłym patrzeniu w dal. Podwójnego widzenia nigdy nie było. Żrenice jednakowo zwężone, oddziałują na światło i konwergencyję. Myopia w małym stopniu. Braków w polu widzenia nie ma. Oftalmoskop wykazuje normalne stosunki.

Sluch po obu stronach jednakowo przytępiony (chód zegarka słyszy tylko z odległości $\frac{1}{2}$ łokcia). Węch i smak dobry.

Zaburzenie w mowie wyraża się wydłużoną, powolną, bardziej, aniżeli zwykle rozczłonkowaną (skandowaną) i monotonną mową. Niekiedy, choć rzadko, opuszcza zgłoskę, lub niewyraźne nadaje jej brzmienie, niekiedy trudno mu wyraz rozpocząć. Pod względem psychicznym przeważa przygnębienie, obojętność na otoczenie, często w dzień sypia, lub czyta w książce do nabożeństwa prawie zawsze to samo (czytanie z powodu drżenia głowy jest bardzo utrudnione), lub, siedząc na krześle, patrzy bezmyślnie w koło. Skarży się na utratę pamięci, w skutek choroby. Nietylko nie pamięta tego, czego się w szkole pedagogicznej, którą ukończył, nauczył (geografii, historii i t. d.), ale nawet tego, czego, jako nauczyciel szkoły, uczył dzieci. np. wierszy na pamięć, działań arytmetycznych i t. d. Nie wie, ile jest 50×50 , nawet tabliczkę mnożenia prawie zupełnie zapomniał i nazw stolic. Sen dobry. Perkussyja głowy niebolesna. Pismo bardzo nieczytelne (patrz autograf).

16, IX 1885. P 78. Przed paru dniami przybył po raz drugi na klinię. Po wypisaniu się w 1883 pojechał do Nałęczowa, z kąd powrócił bez poprawy. Później przebywał u rodziców na wsi do tej pory. Przyznaje sam, że mu jest znacznie lepiej, ale pragnie dojść do zupełnego zdrowia przez elektryzację, szczególnie pod względem drżenia głowy i niemożności pisania. Rzeczywiście, jeżeli w wielu objawach zaszła znaczna poprawa, to drżenie głowy, nie tylko nie ustąpiło, ale może nawet pogorszyło się. Istnieje ono nawet w stanie poziomego położenia, gdy głowa jest opartą o poduszki, mianowicie, gdy jest wzruszony. W położeniu stojącym, głowa jest zwrócona do prawego barku, podbródek wysunięty ku przodowi i nadół, a drżenie jest tak silne, że chory ręką głowę przytrzymuje. Drżenia, natomiast, palców rąk prawie w zupełności nie ma: w wyprostowanych i odwiedzionych palcach widać ledwie dostrzegalne drżenie w niektórych z nich. Przy zbliżaniu ręki do celu, np. kubka do ust, drżenia także nie widać, a uderzenie zębami o brzegi naczynia zawisło tylko od drżenia głowy. Przy chwytaniu za koniec nosa, palec wskaziciel i paluch ręki prawej drżą już wyraźniej. Odruchy bicipitis, tricipitis, zginaczy przedramienia wywołać łatwo, choć

nie są nadmierne. Język również nie drży więcej, aniżeli niekiedy normalnie, to jest widać falowanie bocznych części języka, ale nie zbyt silne i częste. Na podniebieniu nie widać już tego ciągłego podnoszenia się i opadania, a języczek stoi w środku. Mowa też znacznie lepsza, niż była, nie mówi wprawdzie płynnie, ale wyraźnie i bez pomyłek, chociaż nieco nosowo i monotonie. Podczas mowy i przy ruchach twarzy, która asymetrii wyraźnej nie przedstawia, drżenia mięśni twarzy nie ma. Pamięć i siła kombinacji również znacznie lepsze, humor się poprawił, czasem jest nawet dowcipny i widać większe zainteresowanie się otoczeniem. Siła gruba kończyn górnych i dolnych wielka, chociaż się skarży na odrętwienie lewej górnej kończyny. Odruch kolanowy wzmocniony, lewy więcej. Za to lewego odruchu ścięgna Achillesa nie ma, prawy był wyraźny. Odruch 4 głowego uda otrzymuje się także przy uderzaniu młotkiem wewnętrznej powierzchni goleni i fałdy skóry, ujętej nad rzepką. Paradoxe Contraction nie ma. Sztywności nie ma. Chód dobry. Stoi swobodnie z zamkniętymi oczami. Ze strony pęcherza i kiszki stolcowej objawów chorobowych nie ma: Żrenice umiarkowanie zwężone, reagują na światło i zbieżność. Nystagmus boczny zmniejszony, w porównaniu z poprzednim stanem i występuje na końcu ruchu bocznego. Badanie perimetryczne wykazało, że nie ma zwężenia pola widzenia. S. W. = $\frac{7}{10}$ i jest równa w obu oczach. Słuch strony prawej przytępiony, zegarek słyszy z odległości $\frac{1}{4}$ łokcia, na lewym uchu zaś z odległości 1 łokcia.

Etyjologia jest w ogóle ciemna i można tylko wskazać na niektóre warunki, towarzyszące, lub wpływające na powstanie cierpienia. Z czynników ogólnych, jak dziedziczność, przymiot, alkoholizm, które tak przeważną rolę odgrywają w etiologii cierpień ośrodków nerwowych, wpływu dziedziczności w żadnym nie mogłem wykryć przypadku. W rzadkich, wszakże, przypadkach rozwinięcia się cierpienia w wieku bardzo młodym i u dwóch osobników jednej rodziny wpływ ten się uwidocznili (Erb, Frerischs); w każdym razie znaczenie dziedziczności dla rozwoju rozsianego stwardnienia jest daleko mniejsze, aniżeli dla niektórych innych cierpień ośrodków nerwowych, np. wiądu. Alkoholizm również nie odgrywał u moich chorych roli etiologicznej, a jeżeli O...ski pił kilka kieliszków wódki dziennie, to z uwagi na jego zajęcie, jako maszynisty, wystawionego na działanie zmiennej temperatury, ilość ta nie wyda się nadmierną; zresztą, żadnych oznak właściwych zatruciu wysokiem nie przedstawiał. Zakażenia przymiotowego nie można było wykazać u naszych chorych; z nich dwóch tylko opowiadało o przebytych przed kilku laty wiewiórze bez wtórnych objawów i bez specyficznego leczenia (P...k i O...ski). Nie przyznawali się także do większych nadużyć płciowych, z wyjątkiem może jednego G...go, u którego zanotowano samogwałt i pollucyje. Zwraca, natomiast, uwagę, że wszystkie przypadki tyczyły się mężczyzn.

Charcot wprawdzie widział to cierpienie częściej u kobiet, ale zapewne dla tego, że materyjał czerpał w przytułku dla tych ostatnich. Wiek naszych chorych wynosił 25, 33, 33, 32, 35, 30 lat, a początek choroby należy odnieść do 21, 32, 30, 31, 35, 29 roku życia, a więc przecięciowo rozwinięcie choroby przypada w 29 roku. Odmienne nieco cyfry podają inni autorzy, których chorzy zapadali na zajmujące nas cierpienie koło 20 roku życia. W każdym razie, wiek młody, na granicy dojrzałego, zdaje się być dla tego cierpienia uprzywilejowanym. Najbardziej mnie uderzało, że chorzy nasi należeli do najlepszej warstwy ludności, uczęszczającej do szpitali, do średniej, lub nawet wyższej intelligencji. Jeden z nich był nauczycielem wiejskim, jeden professor Gimnazjum, dwóch maszynistów kolejowych, jeden naczelnik stacyi, G...ski tylko był rolnikiem zamożnym i umiejącym czytać. Nie jest zapewne dziełem wypadku, że z liczby 6 chorych, których historję podałem, trzech służyło na kolei (dwóch maszynistów i jeden naczelnik stacyi, który przedtem dużo na maszynie jeździł). Z pozostałych, a nieopisanych tutaj chorych, jeszcze dwóch należało do t. zw. kolejarzy, jeden, którego do pewnych przypadków rozsianego stwardnienia zaliczyłem, był buchhalterem kolejowym, drugi zaliczony do prawdopodobnych — konduktorem. Co u ludzi intelligentnych w ogóle, a specjalnie u kolejarzy sprawia tę szczególną skłonność do rozwoju rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia trudno orzec; może, wielka odpowiedzialność służby kolejowej, wobec publiki i zwierchności, przeciążenie wyczerpującą dniem i nocą pracą i w ostatku, rytmiczne wstrząśnienia lokomotywy i pociągu w ruchu oddziałują szkodliwie na odporność systemu nerwowego, osłabiają takowy i powodują skłonność do przewlekłych, rozrostowych spraw mózgu i rdzenia. W paraliżu postępującym spotykamy się z podobnemi czynnikami etyjologicznemi, mianowicie z wyczerpaniem moralnem, umysłowem i fizycznym; rozwija się on, również, często u ludzi intelligentnych, a pod względem zmian anatomo-patologicznych i objawowym przedstawia, mojem zdaniem, wielkie z rozsianem stwardnieniem mózgu i rdzenia wewnętrzne pokrewieństwo. Przecież w klinice, różniczkowe rozpoznanie tych dwóch cierpień niekiedy na nieprzewyciężone trafia trudności. Zmiana mowy i intelligencji, napady udarowe i drgawkowe (apoplektyczne i epileptyczne), zmiany żrenico-galkowe i w nerwie wzrokowym, remisyje są w obu cierpieniach, jeżeli nie zupełnie też same, to bardzo do siebie

podobne. Istota zmian anatomicznych tak tu, jak i tam polega na rozroście neuroglii i zaniku pierwiastków nerwowych; w paraliżu postępującym zmiany dotyczą głównie kory półkul mózgowych, ale także niektórych nerwów czaszkowych i pęczków bocznych, lub tylnych rdzenia, jednym słowem, są rozrzucone po całym układzie nerwowym, tak, jak i w rozsiałym stwardnieniu mózgo-rdzeniowym. Widzimy więc, że dwa te cierpienia są etjologicznie, symptomatologicznie i anatomicznie pokrewne, że przypuścić można, że też same wpływy, szkodliwe dla tkanki nerwowej, powodują, zależnie od natężenia, wieku, osobnika i innych nieznanymi okoliczności, rozlany rozrost neuroglii, przedewszystkiem kory mózgowej, w jednym przypadku, w innym — rozsiały jej rozrost ogniskowy.

Jest jeszcze jedno cierpienie, które, pod względem objawów, przedstawia z rozsiałym stwardnieniem podobieństwo i które najczęściej rozwija się u służby pociągowej kolei żelaznych; jest to railway-spine, to jest przewlekłe cierpienie nerwowe, powstające na skutek nieszczęśliwych wypadków na kolejach, jak np. wstrząśnienia gwałtownego przy spotkaniu pociągów i t. d. Chociaż cechujących zmian odnaleźć się nie udało, to jednakże zbiór objawów, jak ból i zawrót głowy, osłabienie pamięci i woli, rozluźnienie sfery czuciowej, pareza kończyn dolnych, rozmaite parestezyje, wskazują na zależność tychże od mózgu i rdzenia. Są nawet spostrzeżenia, w których samo rozsiałe stwardnienie rozwinęło się po nieszczęśliwym wypadku kolejowym. Inni autorowie widzieli rozwój tego cierpienia wprost po uderzeniu w głowę. Że czynnik urazowy, nawet nie na głowę skierowany, może wybitną odegrać rolę, dowodzi przypadek, do którego we Wrześniu 1884 zostałem wezwany przez kol. Oltuszewskiego.

Spostrzeżenie VII. Chory W...ski, 26 lat, doskonale zbudowany i odżywiany, przedstawia objawy paraplegiae spasmodicae w wysokim stopniu (silny toniczny skurcz wszystkich mięśni kończyn dolnych, znajdujących się w położeniu wyprośtnem i pareza ich, zwiększenie znakomite odruchów ścięgnistych, bez zmian czucia), zaburzenia pęcherzowe, bezład (ataxia) górnych kończyn (jak u J...cza, wyżej opisanego), ale bez drżenia dowolnego, mowa skandowana. Choroba zaczęła się przed 7 laty, na skutek uderzenia, spadającej z wozu, szyny w grzbiet prawej stopy. Bezpośrednio po urazie, chory leżał przez kilka dni tylko w łóżku, ale już po 3 tygodniach wystąpiły pierwsze objawy w prawej dolnej kończynie, którą zaczął powłóczyć, później też same objawy parezy i sztywności, coraz i powoli się wzmagające, w lewej. Po paru latach i górne kończyny zostały dotknięte. W Wiedniu prof. Benedict przyjął cierpienie za myelitis (jak z listu się dowiedziałem) i robił wyciąganie obu nerwów udowych, bezskutecznie. Od 3 lat mowa jest dotknięta. Zawrotu i bólu głowy, zmian psychicznych nigdy nie było.

Z innych czynników przyczynowych wspominają autorzy ciężę, zaziębienie i t. d., o których trudno powiedzieć w jakim znajdują się do cierpienia stosunku. Westphal, Ebstein, Charcot widzieli rozwój cierpienia po durze, ospie, cholercie.

Widziałem wspólnie z kolegą Oltuszewskim 8 XI 1885 chorą, lat 40, żonę kupca, która w Czerwcu zapadła na dur, trwający trzy tygodnie. Wyzdrowienie po ustąpieniu gorączkowych objawów nie było zupełne, chora niewiele mogła chodzić, nie miała dużego łaknienia, pamięć i inteligencja były zmienione. Wysłano chorą na wieś, gdzie stan się jeszcze pogorszył i zauważono jakoby osłabienie prawej strony ciała, bez skrzywienia twarzy i musiano ją do Warszawy sprowadzić. Chora jest dobrze zbudowana i odżywiana, prawie wcale z łóżka nie wstaje. Pareza dotyczy się obu dolnych kończyn jednakowo, przy ruchach biernych napotyka się na mierny opór, czucie zachowane, odruchy kolanowe bardzo wydadne. Pareza istnieje także w obu górnych kończynach, w których spostrzega się, oprócz tego, bardzo znaczne drżenie palców, występujące przy ruchach czynnych. Mocz, chora, będąc na wsi, oddawała ciągle bezwiednie, obecnie urynowanie mimowolne istnieje tylko podczas śmiechu. Stolec zaparty. Parezy twarzowej nie ma. Język drży. Chora mówi mało i powoli, choć uderzającej zmiany mowy nie ma. Pamięć i inteligencja osłabione. Chora często bez powodu się śmieje, lub płacze. Źrenice umiarkowanie szerokie, kurczą się na światło. Przy patrzeniu na blizkie przedmioty prawa gałka pozostaje w środku. Na zasadzie powolnego wystąpienia objawów porażenia po durze, parezy kończyn dolnych i górnych, podwyższenia odruchów kolanowych, zmian funkcji pęcherza, zmian inteligencji, śmiechu i płaczu niemotywowanego, parezy prostego wewnętrznego oka — postawiłem prawdopodobne rozpoznanie rozsianego stwardnienia. Brak dłuższej obserwacji nie pozwolił mi na ostateczne rozstrzygnięcie wątpliwości.

Objawy i przebieg. Charcot pierwszy dokładnie opisał i nadał wielkie znaczenie rozpoznawcze drżeniu, t. zw. *dowolnemu* (*tremblement intentionnel*), który opisuje, jak następuje. Nie istnieje ono w stanie równowagi mięśniowej, a więc w spokojnem ułożeniu kończyny, lub głowy i występuje dopiero z początkiem ruchu dowolnego o większym promieniu, zwiększając się w miarę trwania ruchu. Objaw ten wystąpić może we wszystkich kończynach, głowie i tyłowi, ale najczęściej i najlepiej spostrzegać się daje w górnych kończynach. Gdy te ostatnie leżą, nie widać w nich żadnego ruchu, ale niech tylko chory kończynę podniesie, występuje natychmiast drżenie, które co raz bardziej wzrasta, w miarę zbliżania się do końca zamierzonego ruchu; przy podniesieniu nieszklanki z wodą do ust, woda się wylewa, brzeg szklanki o zęby uderza, a niekiedy drżenie osiąga takich rozmiarów, że chory czynności zamierzonej wykonać nie może. Wprawdzie kierunek ruchu jest zachowany, ale poprzerywany dużemi wahaniami kończyny. Charcot twierdzi dalej, że wprawdzie

drżenie takie bywa objawem dość późnym rozsianego stwardnienia, ale w wyjątkowych tylko przypadkach nie istnieje; Inni autorzy w części powtórzyli zdanie Charcota, w części je potwierdzili. Ze wszystkich przytoczonych przezemnie spostrzeżeń, w jednym tylko istniało drżenie głowy z tak wybitnymi cechami, jak je Charcot opisuje, gdy w niektórych wcale drżenia nie udało się stwierdzić, pomimo zwrócenia szczególnej uwagi na ten objaw. W ostatnim dopiero czasie, już podczas pisania niniejszego artykułu, przybył do szpitala Ś-go Ducha chory, który, jako jedyny objaw patologiczny, przedstawia drżenie wszystkich części ciała, występujące najczęściej przy ruchu dowolnym, ale wielce spotęgowane. Spostrzeżenie to jest następujące.

P...ski Józef, gospodarz wiejski, lat 26, skarży się na trzęsienie całego ciała, głównie rąk, nóg i głowy i na ból w karku i krzyżu. Do 24 roku życia był zdrow zupełnie, nigdy nie robił nadużyć wysokowych, ani płciowych, przymiotu nie przechodził, z ołowiem, rtęcią do czynienia nie miał. Ożenił się w 20 roku, ma dwoje zdrowych dzieci, z których jedno urodziło się już podczas istnienia obecnej choroby. Zimą 1883 roku zachorował na dur (gorączka, ból głowy, brak apetytu, pragnienie), który trwał 8 tygodni do zupełnego wyzdrowienia. Bezpośrednio po nim, zaczęła się trzęść prawa górna kończyna w stawie łokciowym, a w dwa tygodnie później, koło Trzech Króli 1884, dostał po zaziębieniu odry, według rozpoznania znawców wiejskich: miał gorączkę, ból głowy, wieczorem utratę przytomności, przez drugi tydzień choroby majaczenie, bardzo czerwoną skórę, palenie w oczach i t. d., a choroba trwała do wyzdrowienia trzy tygodnie. Trzęsienie prawej ręki po tem znacznie się zwiększyło i wkrótce lewa górna kończyna zaczęła również się trząść. Przeszkadzało mu to coraz bardziej w pracy, tak, że prawej ręki przestał zupełnie o roboty używać ku jesieni 1884, a lewej w rok później. Przed rokiem dostał po przeziębieniu dreszczy, gorączki, bólu głowy, wymiotów, po czem głowa i całe ciało uległy trzęsieniu coraz się wzmagającemu. Taki stan trwa dotąd, zauważył tylko kilkumiesięczną poprawę po ciężkich bańkach, od Czerwca do Października 1885. Chory wspomina jeszcze o bólu głowy i oczu na wiosnę 1885, o uczuciu chodzenia mrówek po plecach i drętwienie palców rąk, które wkrótce znikły. Przed pięciu tygodniami chory zapisał się na sałę kol. Sokołowskiego w Szp. Ś-go Ducha, gdzie przyłączyła się 2 tygodniowa róża twardsza, która pozostała bez wpływu na cierpienie ruchowe chorego. 11 Stycznia r. b. został przeniesiony na sałę kliniczną, gdzie chory przedstawił się jako mężczyzna doskonale zbudowany i odżywiany i którego wewnątrz organy okazały się przy badaniu zupełnie zdrowymi, tętno 72, uryna, ani białka, ani cukru nie zawiera. Już na pierwszy rzut oka uderza gwałtowne trzęsienie całego ciała, głównie górnych kończyn i głowy, którego cechy są następujące. Tylko w położeniu leżącym w łóżku, i to rzadko, zdarza się, że drżenie całkowicie ustępuje, najczęściej zaś istnieje ono w mniejszym, lub większym stopniu, w tem nawet położeniu, a najmniejsza okoliczność, jak zwrócenie uwagi na chorego, wzbudza je w lewej górnej kończynie, gdzie się przedstawia, jako podnoszenie, na przemian z opadaniem w stawie bar-

kowym i zgięciu z wyprostowaniem w stawie napięstkowym; wkrótce i głowa przyjmuje w drzeniu udział. Zwiększa się on znakomicie z chwilą, gdy głowa zostaje swobodnie uniesioną, wtedy drzenie, najczęściej boczne, ale także przednio-tylne, staje się bardzo silne i prędkie i powstrzymać się nie da. Ruchy dowolne, jak zwrócenie głowy na boki i t. d., nie przyczyniają się już wtedy do wzmocnienia drzenia, a nawet, rzec można, takowe powstrzymują na chwilę; ruchy zaś bierne nie wykazują żadnej w karku sztywności. Twarz zawsze czerwona, asymetrii żadnej nie przedstawia, wszystkie obustronne ruchy prawidłowe i bez drzenia. Język nie zbacza, nie drży, wykonywa wszystkie ruchy prawidłowo; języczek znajduje się na linii środkowej, a podniebienie jednakowo kurczy się z obu stron. Czucie skóry twarzy prawidłowe, zmysły zachowane. Ruchy gałek ocznych prawidłowe i bez drzenia, źrenice umiarkowanie rozszerzone i jednakowe, oddziałują na światło, siła widzenia dobra. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna, zboczeń budowy nie przedstawia bólu głowy, zawrotu nie ma, mowa, pamięć i intelligencja zupełnie prawidłowe. Sen dobry i podczas niego trzęsienie całkowicie ustaje.

Górne kończyny. W lewej drzenie przy ruchach czynnych znakomicie się zwiększa, jest to drzenie prędkie, silne, odbywające się jednocześnie we wszystkich stawach, wzmagające się gwałtownie w miarę trwania ruchu czynnego, a szczególnie przy ruchu palcami, do stopnia prawdziwego trzęsienia (Schittelremor), w skutek którego wszystkie czynności, jak jedzenie, ubieranie się i t. d. są zupełnie niemożliwe. Prawa kończyna, która nie drgała w położeniu leżącym, ulega przy ruchu dowolnym drzeniu klonicznemu, jeszcze gwałtowniejszemu, aniżeli lewa, którego cechy są także same, jak w lewej. Zauważyłem, że w pierwszej chwili silnego skurczu mięśniowego trzęsienie jest małe, niebawem, wszakże, zwiększa się coraz bardziej; że szybkim ruchom dowolnym towarzyszy drzenie słabsze, aniżeli powolnym. W drzeniu górnych kończyn przyjmuje udział tułów i głowa. Ruchy bierne są swobodne i nie mają na drzenie wpływu. Odruchy ścięgna trójgłowego ramienia umiarkowane, innych zaś ścięgien górnych kończyn nie ma; pobudliwość mechaniczna mięśni zwiększona, siła gruba dość dobra i wynosi w prawej ręce 100, w lewej 50 kilogr.

Kończyny dolne nie drżą wcale w położeniu poziomem, oporu przy ruchach biernych nie przedstawiają, a czynne wszystkie są możliwe ze znaczną siłą i bez drzenia, z wyjątkiem podnoszenia kończyny, przy którym po pewnej chwili występuje niewielkie drzenie w stopie w stawie stopo-goleniowym. Ruchom czynnym, tak jak i w górnych kończynach, towarzyszy drzenie tułowia i głowy. Odruchy kolanowe żywe, ale nie wzmocnione, odruchu stopowego nie ma, ścięgna Achillesa istnieje. Odruchy skórne prawidłowe. Czucie skóry i zmysł mięśniowy wszystkich kończyn prawidłowe. W stanie i chodzie nie nieprawidłowego nie ma, z wyjątkiem gwałtownego drzenia w tułowiu, górnych kończynach i głowie, które towarzyszy. Czynności pęcherza, kiszki stolcowej i płciowe nie zmienione. Kręgosłup nie zbacza, wyrostki cierniste niebolesne. Drzenie tułowia wyraża się bocznymi jego ruchami, przy których widać skurcze mięśni bocznych tułowia.

Nie podobna na zasadzie jednego objawu drzenia, zaprawdę wielce charakterystycznego, postawić rozpoznanie rozsianego stwardnienia, pomimo rozwinięcia się cierpienia po ostrej zakaźnej chorobie. W ciągu paru lat istnienia cierpienia musiałyby się

pojawić inne objawy natury porażeniowej, zmiana mowy, inteligencji i t. d., któreby rozpoznanie rozsianego stwardnienia uczyniły możliwym. Nie jest to także paralysis agitans, który rozwija się w późniejszym wieku, odznacza się sztywnością i pochyleniem łukowatym tułowia, powolnością ruchów, biegiem naprzód, lub w tył (propulsio i retropulsio), wewnętrzną potrzebą zmiany miejsca i t. d. i którego drżenie przedstawia inne cechy, aniżeli spostrzegane u P...skiego, mianowicie nie pojawia się w głowie, istnieje w spokoju i ma podobieństwo do celowej czynności, np. kręcenia pigulek, a przy ruchu dowolnym się zmniejsza i t. d. Nie jest to także drżenie starcze (tremor senilis), a histeryja, zatrucie wyskokowe, ołowiane, rtęciowe, opiumowe, daje się na pewno wykluczyć. Niewystępowanie zaś, w ciągu paruletniego istnienia drżenia, innych objawów ze strony mózgu i rdzenia, skłania do mniemania, że mamy w danym przypadku najprędzej do czynienia z nerwicą, powstałą po ostrej zakaźnej chorobie, prawdopodobnie, durze. Przypadki takie muszą być rzadkie, skoro o nich ledwie krótką wzmiankę gdzieś znaleźć można i dowodzą, że drżenie dowolne (tremblement intentionnel) jest objawem, nie wyłącznie spotykającym się w rozsianem stwardnieniu; widziałem je także, między innymi, przy połowicznym porażeniu pochodzenia mózgowego i w jednym przypadku paralysis agitans.

Z drugiej strony, z przeglądu naszych spostrzeżeń rozsianego stwardnienia, przekonywamy się, że objaw drżenia dowolnego, nie tylko nie był we wszystkich obecny, ale ledwie w mniejszości przypadków. Widzieliśmy go u chorego P...ka w głowie, która była spokojna, dopóki oparta była o poduszki, ale ze zmianą położenia rozpoczynały się w niej wahania, najczęściej boczne, coraz częstsze i większe, do tego stopnia, że chory siłą rąk zmuszony był miarkować gwałtowność mimowolnych ruchów. Z biegiem czasu, drżenie to stało się jeszcze gwałtowniejsze i występowało w głowie o poduszki opartej. W górnych kończynach, oprócz słabego drżenia palców, innych zbroczeń ruchowych nie zauważono. Widzieliśmy drżenie dowolne następnie w przypadku Sch...ra w jednej górnej kończynie i to w umiarkowanym stopniu. W przypadku zaś G...go drżenie prawej dolnej kończyny istniało także w spokoju i zależało od stanu spastycznego mięśni. W większości, natomiast, moich spostrzeżeń drżenie istniało, ale odmiennego charakteru i tylko w wyprostowanych palcach rąk, mianowicie krótkie, słabe, prędkie i rytmiczne drże-

nie, także same, jakie często widzimy u neurasteników, histeryczek, dotkniętych paraliżem postępującym, obszernych, zaś, wahań i poruszeń całej kończyny, przy ruchach dowolnych, nie widziałem. Oprócz tego drobnego drżenia palców, spostrzegałem często, w sferze mimowolnych ruchów, skurcze włókienkowe mięśni kończyn i twarzy, tak w spokoju, jak i podczas ruchu. Szczególnie często napotykałem takowe w obrębie niektórych mięśni twarzowych, jak wargowych i licowych, nawet wtedy, gdy się takowe dowolnie nie kurczyły. Pozwalam sobie tedy wypowiedzieć zdanie, że w wielu, typowych nawet przypadkach rozsianego stwardnienia, drżenia, dowolnego o obszernych wahaniami i poruszeniach nie ma, że prawie stale napotyka się w tem cierpieniu drżenie palców, drobne, słabe, rytmiczne i skurcze włókienkowe mięśni twarzowych. ¹⁾

W spostrzeżeniach naszych są i takie przypadki, w których drżenia nawet palców nie można było stwierdzić, a w których, natomiast, wystąpiły mimowolne ruchy ataktyczno-choreatyczne. Są to chorzy L...cz i W...ski, u których ten objaw zależał od zajęcia prawdopodobnie tylnych pęczków rdzeniowych.

¹⁾ Erb uważa drżenie za objaw śródmózgowy, gdyż w przypadkach, w których ten objaw istniał, most i rdzeń przedłużony zajęte były przez ogniska stwardnienia. Charcot przyczynę tego objawu widzi w pozbawionych otoczki rdzeniowej, cylindrach csiowych, które się nawet w, starych ogniskach przechowują; pobudzenie woli nie może przez tak zmienione przewodniki, leżące wśród zgrubiałego podścieliska, dojść do mięśni ze zwykłą swobodą, ale niejednostajnie, z przerwami, których skutek drżenie. Hypotera ta nie objaśnia braku tego objawu w wielu przypadkach rozsianego stwardnienia, w zwyrodnieniu pierwotnem, lub wtórnem pęczka piramidalnego, towarzyszącem niektórym chorobom układu mózgu-rdzeniowego, w którym pewna ilość włókien nerwowych jest również jeszcze zachowanych.

Bardzo pojętną, i na doświadczeniach po części opartą, teorię drżenia postawił Adamkiewicz (Z zakładu Patologii doświadczalnej prof. D-ra Adamkiewicza O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgniastych. Podał Dr Jan Prus. Przegląd Lekarski 1885 Nr. 5 i 6), który zwiększenie odruchów ścięgniastych, t. zw. drżenie ścięgniaste, padaczkę rdzeniową i nakoniec drżenie samoistne uważa za coraz silniejszy stopień jednego i tego samego objawu odruchu ścięgniastego. Ten ostatni dla dojścia do skutku potrzebuje pewnego napięcia mięśniowego, zależnego od pęczków tylnych, z którymi pęczki piramidalne znajdują się w czynnościowym antagonizmie, mianowicie działają na nie hamująco. W przypadkach przeto zajęcia pęczków tylnych w władze rdzeniowym, brak napięcia mięśniowego i z tego powodu odruchu ścięgniastego nie ma; przy cierpieniu, zaś, pęczka piramidalnego, odpada wptyw hamujący tegoż na pęczki tylne i mamy zwiększenie odruchów ścięgniastych, których najwyższym stopniem jest drżenie

Z przypadłości mózgowych, jedną z najstarszych była zmiana mowy, która istniała w mniejszym, lub większym stopniu, we wszystkich przypadkach. Mniej, lub więcej wyraźna i zrozumiała, przedstawiała w typowych przypadkach jednostajne, nosowe brzmienie, była wydłużona i skandowana, to jest o dłuższym przystanku na końcu każdej zgłoski; w każdym, zresztą, przypadku przedstawiała właściwości, któreśmy się starali określić, np. u Schl...ra była bardzo do mowy paralitycznej podobna i głos nabierał często nieprzyjemnego, wysokiego, piskliwego brzmienia. U J...cza, zaś, mowie, która było typowo skandowana, towarzyszył często śmiech z głośnym, jakby stenotycznym, świstem wdechowym.

Nie można zбочenia tego mowy postawić w zależności od drżenia języka, które w większości przypadków istniało i posiadało takie same cechy, jak drżenie palców; gdyż, z jednej strony, dwa te objawy nie były do siebie w odpowiednim stosunku, z drugiej, zбочenie istniało i w tych przypadkach, w których drżenia języka nie było. Jest ono raczej wyrazem cierpienia ośrodkowego i jak wielu autorów przypuszcza, rdzenia przedłużonego, a to na tej zasadzie, że ogniska korowe trafiają się rzadko, gdy zбочenie mowy należy do zjawisk prawie stałych. Wszakże, w chwili obecnej, znajduje się pod moją obserwacją chory, z cierpieniem niezawodnie korowym, u którego istnieje zmiana mowy, najzupełniej do skandowanej podobna, co potwierdza mniemanie, że zбочenie mowy, o które rzecz idzie, może być także pochodzenia korowego. Nietylko mowa fonetyczna, ale także pisana przedstawiała w przypadkach, w których zwrócono na to uwagę, zmiany. J...cz wcale pisać nie był w stanie, z powodu występujących ruchów ataktyczno-choreatycznych, P...k zaś i O...ski pisali z trudnością i bardzo nieczytelnie i jak to z załączonego autografu widać, linie są łamane, gzygzakowate, na przemian ze zbytecznymi sztrychami. W piśmie P...ka z 1885 znać poprawę w porównaniu z 1883 nietylko pod względem treści, gdyż całe zdanie był już w stanie nakreślić, ale także formy. Przypadek P...kiego, w którym, pomimo istnienia drżenia palców, pismo było niezmienione, a stało się takim na krótki tylko czas, bezpośrednio po napadzie udarowym, nasuwa pewne wątpliwości, co do pochodzenia obwodowego tego zбочenia i przypuszczenie, natomiast, zależności jego od ośrodka mózgowego.

myśli, więc były umiarkowane
 i wyczerpanie, pod tym 3 try, i 200
 przede mi, ale długi dystans
 żeby umiała i wisi sobie
 do napisania i po
 numeru

Pismo O...skiego

robnygorki

Franciszek Pawluk
 Franciszek Pawluk
 Franciszek Pawluk

Pismo P...ka z 1883 r

Zuzanna Pawluk

Pismo tegoż z 1885 r.

Z objawów opuszkowych zasługuje na wspomnienie trudność w polykaniu, która u Iw...cza wystąpiła po napadzie udarowym i była przemijającą, i u Gr...go od samego początku choroby przez 3 przeszło lata istnieje. U tego ostatniego chorego tętno było stale przyspieszone, przeszło 100, doznawał bicia serca napadowego (bez zmian organicznych) i objawów naczynioruchowych na twarzy. Tętno przyspieszone zauważyłem także u P...ka.

W związku z temi zбочeniami stoją zmiany intelligencji i pamięci, które należą do bardzo częstych w rozsianem stwardnieniu, a i u pewnej liczby naszych chorych istniały, jako częściowa utrata pamięci, pogńębienie umysłu i uczucia. Do określonej postaci obłąkania nie doszło. Inni autorzy spostrzegali napady maniakalne, idee wielkościowe, nawet zupełne pogńębienie czynności umysłowych (dementia). Nie trzeba dodawać, że odpowiednie zmiany anatomiczne dotyczą półkul mózgowych, mianowicie kory tychże.

W obrębie zmysłów do najczęściej dotkniętych należy

aparatus wzrokowy. Zwraca tutaj uwagę t. zw. nystagmus czyli drżenie gałek ocznych przy ruchach łącznych, objaw równoważny, w obrębie mięśni gałkowych, z drżeniem mimowolnym palców i który na 6 przypadków, na początku opisanych, istniał w 4. Porażenie, zaś, mięśni oka spostrzegałem tylko u I...cza, u którego się przedstawiało, jako osłabienie prawie wszystkich ruchów obu gałek. Należy dodać, że porażenia te występują najczęściej na początku cierpienia i w jednym tylko mięśniu, powodując zez, i szybko mijają. Daleko ważniejszym objawem są zmiany źrenicy, które u Sch...ra były niejednakowe i nie oddziaływały na światło, drażnienie skóry, natomiast na zbieżność (objaw Argyll-Robertsona), tak, jak to bywa w porażeniu postępującem i wiądzie rdzeniowym; u O...go, dopiero za drugim pobytem, wystąpiła nierówność źrenic i prawa nie oddziaływała na światło i drażnienie skóry. Chociaż w innych przypadkach zmian wielkości i oddziaływania źrenic nie było, to jednak objaw odruchowej nieruchomości źrenicy (reflectorische Pupillen Stare) jest tam, gdzie się napotyka, ważnym dla tego, że jest właściwym małym tylko liczbie chorób ośrodków nerwowych, mianowicie dopiero co wymienionym. Równie ważnym objawem są zmiany ze strony samego nerwu wzrokowego, polegające na ogniskach stwardnienia na przebiegu samego nerwu się znajdujących. W klinicznie spostrzeganych przypadkach na początku opisanych, istniały trzy razy zбочenia w tym kierunku. U I...cza zmiany oftalmoskopowe, wskazujące na zanik tarczy, u Sch...a niedoślep, ścieśnienie pola widzenia bez zmian oftalmoskopowych, nareszcie u G...go ścieśnienie koncentryczne pola widzenia, szczególnie w lewym oku, bez zmiany siły widzenia i w tarczy nerwu wzrokowego. Charcot utrzymuje, że, z powodu długiego trwania cylindrów osiowych w ogniskach stwardnienia, do zupełnej ślepoty nie dochodzi, wszakże inni autorowie, jak Magnan, Eulenburg *), Gnauck **) takową w tem cierpieniu spostrzegali. Na 50 przypadków ostatniego autora, 28 przedstawiało zmiany wzrokowe, mianowicie 8 zmniejszenie siły widzenia i ograniczenie pola widzenia, 15, oprócz wzmiankowanych zбочeń, zmiany dna oka, które polegały na całkowitym zaniku tarczy nerwu wzrokowego z zupełną ślepotą, na częściowym zaniku i zmianie koloru, przeważnie skroniowej poło-

*) Multiple Sklerose mit beiderseitiger totaler neuritischer Sehnerventrophie Neur Centr. 1884 Nr 22.

**) Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose. Neurol. Jentr. 1884 Nr. 14.

wy tarczy, na przekrwieniu tarczy i zapaleniu nerwu wzrokowego (neuritis optica).

W porównaniu ze zmysłem wzroku, inne zmysły rzadko tylko bywają dotknięte. W przypadkach O...go i P...ka zanotowałem przytępienie słuchu.

Z objawów mózgowych ogólnych, należy wspomnieć o bólu głowy i zawrocie, które były bardzo wybitnymi w przypadkach Sch...ra i G...go, chociaż występowały w mniejszym natężeniu także u O...go, J...cza, a na początku choroby P...ka tylko zawrót. Ból głowy nie był umiejscowiony, ale ogólny, zawrót, zaś, odnosił się w jednym przypadku G...go do otaczających przedmiotów, w drugim Sch...ra był wewnątrz czaszkowy. Oba te objawy, a także bezsenność, o której się mówi w przypadku O...go, Sz...ra są wyrazem zajęcia mózgowia, bez szczegółowego umiejscowienia; wszakże, zawrót tam, gdzie jest silnie wyrażony i połączony ze zmianą równowagi ciała, mianowicie ze skłonnością upadania w tył, na bok i t. d. (G...ski) zależy prawdopodobnie od ognisk stwardnienia w mózdzku i jego odnogach.

Na szczególną uwagę zasługują napady ogólnodrżawkowe (epileptyczne) i udarowe (apoplektyczne), na które Charcot zwrócił uwagę i które się zdarzają w przebiegu, tak rozsianego stwardnienia (prawie wyłącznie udarowe), jak i porażenia postępującego i cierpień ogniskowych mózgu, dotykających dróg piramidalnych z następczem, schodzącym zwyrodnieniem tychże. Występowały one jednokrotnie, lub dwukrotnie, u J...cza (1 raz), P...ka (1 raz), P...go (1 raz), Sch...ra (2 razy), O...go (1 raz), a więc w znacznej większości przypadków i cechowały się nagłą utratą przytomności z drgawkami, lub bez takowych, gorączką (O...ki), które to objawy trwały przez dni kilkanaście, kilka, lub tylko parę godzin. Lekki napad udarowy spostrzegalem podczas pobytu chorych w klinice tylko raz jeden u P...go, u którego składał się z niepełnej, krótkiej utraty przytomności, bez gorączki, bez drgawek, z pozostawieniem niemoty ruchowej (aphasia motoria) i agrafii, które po 24 godzinach znikły. Najczęściej napady występowały w bardzo wczesnym okresie, jak u P...ka, O...go, J...cza; u Sch...ra nawet, napad drżawkowy z utratą przytomności był pierwszym objawem choroby, która się później szybko rozwinęła. Po napadzie, lub jeszcze wśród napadu, rozwinęło się porażenie połowiczne, zmiana mowy, utrata pamięci, tru-

дноść połykania, drzenie i t. d., które trwały długo i powoli ulegały poprawie. Co do towarzyszącej takim napadom gorączki, tylko chory O...ski o niej wspomniał, a w spostrzeganym przezemnie napadzie P...go, takowej nie było. Według Charcota i innych, którzy napady, zdarzające się w przebiegu wyżej przytoczonych trzech kategorii cierpień, uważają, co do swej istoty, za identyczne, w kilka lub kilkanaście godzin po rozpoczęciu napadu, występuje gorączka, dochodząca szybko 39°, 40° przy bardzo przyspieszonym tętnie, koło 140. Temperatury wyższe prawie na pewno zwiastują śmierć, występującą przy objawach zwiększającej się nieprzytomności (coma) i wytworzenia szybkiego, bo w ciągu paru dni odleżyn (decubitus acutus). Zwykle, zaś, ciepłota po paru dniach opada, chory wraca do przytomności i pozostają objawy połowicznego porażenia i inne, o których wyżej wspomniałem. Przy sekcji osób, zmarłych wśród takiego napadu, oprócz zmian starych, należących do podstawowego cierpienia, innych, wyjaśniających napady, nie znaleziono. Charcot i inni przypuszczają zależność ich od zmian w rdzeniu przedłużonym i moście.

Z objawów, które by można zaliczyć do rdzeniowych, to jest zależnych od obecności ognisk stwardnienia w rdzeniu, najstalszym jest większa, lub mniejsza sztywność kończyn, przedewszystkiem dolnych, zawisała od tonicznego skurczu mięśni i wyrażająca się oporem, napotykanym przy wykonywaniu ruchów biernych kończynami, które się znajdowały zawsze w położeniu wyprostnem i ksobnem, a stopa w położeniu pes equinus. Sztywność ta tylko w przypadku Wr...go doszła do stopnia prawdziwego przykurczenia (contractura), takiego, że przełamanie oporu, stawionego przez skurczone mięśnie, było niemożliwe. Chód, też, w naszych przypadkach nie nosił ani razu typowych cech, t. zw. spastycznego, jaki widzimy przy znacznej sztywności kończyn dolnych w stanach, nazwanych tabes spasmodica, w hysterycznych przykurczeniach i t. d., a także, w późniejszych okresach rozsianego stwardnienia; chory zaś Wr...ski, z powodu znakomitych przykurczeń, wcale już chodzić nie mógł. Objaw ten zwiększonego, fizjologicznego napięcia (tonus) mięśni, stawiają zwykle w zależności od ognisk sklerotycznych w pęczkach bocznych, a mianowicie piramidalnych, które, jak wiadomo, są ruchowymi, biorącymi początek w części ruchowej kory mózgowej. Doświadczenie

istotnie uczy, że tam, gdzie pęczek ten ulega zwyrodnieniu, czy to wtórnemu, czy pierwotnemu, sztywność kończyn należy do objawów, spotykanych za życia. Jaki jest istotny związek pomiędzy temi dwoma faktami, nie wiadomo; stawiają niektórzy hipotezę zwiększonej odruchowej pobudliwości istoty szarej rdzenia, wywołanej blizkiem sąsiedztwem zwyrodnionego pęczka pyramidalnego, co jednak nie rzuca jaśniejszego światła na wzajemny stosunek dwóch objawów. Tą także hipotezą usiłowano tłumaczyć powiększenie odruchów ścięgniastych, który to objaw był najstalszym, bo istniał we wszystkich przypadkach rozsianego stwardnienia i należał do objawów wybitnych. Nie tylko odruchy ścięgniaste kolanowe były silnie wzmożone, ale także stopowe (klonus stopy) można było we wszystkich prawie przypadkach wywołać; co więcej, w niektórych przypadkach, Gr. .ski, Iw. .icz, Sch. . r, otrzymano odruchy od wielu innych dostępnych ścięgien, jak tibialis anticus, extensor digitorum communis, adductores femoris i t. d., a także od okostnej goleni. Zwiększenie odruchów ścięgniastych wykazać się dało także w górnych kończynach, w których sztywność i inne zбочzenia ruchowe w daleko mniejszym, w ogóle, występowały stopniu; u P. . .go, Gr. . .go, Iw. . .cza, Sch. . .ra zanotowano powiększenie odruchu ścięgniastego mięśnia trójgłowego, dwugłowego, niektórych ścięgien przedramienia, okostnej dolnego końca kości promieniowej i łokciowej. T. zw. épilepsie spinale, będąca największym wyrazem zwiększonej odruchowości ścięgniastej w obrębie kończyn dolnych, istniała tylko w przypadku Gr. . .go. Nie ulega już obecnie wątpliwości, że objawy te ze strony rozmaitych ścięgien są rzeczywiście natury odruchowej, że podrażnienie gałązek nerwowych centrypetalnych (czuciowych, Sachs) ścięgien, wywołane rozciągnięciem tegoż, dochodzi do rdzenia przez tylne korzenie, następnie przez istotę szarą i korzenie przednie do mięśnia; między innymi dowodami na poparcie tego twierdzenia można by przytoczyć, że u chorego Sch. . .ra, skurcze występowały w mięśniach niepodległych drażnieniu, przy uderzaniu np. młotkiem ścięgna mięśnia goleniowego przedniego, występował skurcz, nietylko w tym mięśniu, ale także w łydkowych i czworogłowym uda; widziałem także przypadki pojawienia się skurczów w obrębie mięśni przeciwległej kończyny. Wobec odruchowej tedy natury zjawiska, dziwnem się wydaje że, gdy odruchy ścięgniaste, czyli głębokie Anglików,

okazały się tak znakomicie wzmożone, to odruchy powierchowne, czyli skórne (podeszwowo, mosznowo, brzuszne i t. d.) znalaziono prawidłowemi, nawet słabemi (Gr...ski, Sch...r).

T. zw. patellarclonus, to jest drgawki kloniczne w obrębie czworogłowego uda występujące przy nagłym i gwałtownym zepchnięciu rzepki na dół, otrzymałem w przypadku Iw...cza. Jest to objaw identyczny, tak w sposobie wywołania jego, jak i istocie, z odruchem stopowym. Skurcz, zaś, paradoksalny Westphala, *) toniczny w obrębie mięśni przednio-zewnętrznej powierzchni goleni, powstający przy nagłym i gwałtownym zgięciu grzbietowem stopy, otrzymałem w słabym stopniu w przypadkach Sch...ra i P...ka. Od czasu odkrycia tego objawu przez autora, głównie w przypadkach rozsianego stwardnienia, nie zdołano ani go wyjaśnić, ani mu nadać jakiegokolwiek rozpoznawczego znaczenia.

Zajęcie pęczków piramidalnych przez ogniska stwardnienia, które przypuściliśmy z powodu sztywności kończyn dolnych, objaśnia nam również objawy porażenia i niedowładu kończyn, piramidalne, bowiem, pęczki są, par excellence, ruchowe. Jednakże w przypadkach O...skiego, P...go, P...ka, siła gruba kończyn (a mowa tu głównie o dolnych, które najczęściej bywają dotknięte), prawie zmniejszoną nie była, co, w związku z małym stopniem sztywności, da się wytłumaczyć słabem tylko zajęciem pęczków piramidalnych i istnieniem w ogniskach stwardnienia nienaruszonych włókien nerwowych i brakiem zwyrodnienia pęczka na całej przestrzeni **). Nieznaczne również zmniejszenie siły grubej kończyn

*) Westphal. Ueber eine Art paradoxer Muskelcontraction Arch. f. Psych. Bd. X p. 243.

**) Doświadczenie uczy, że w przypadkach zwyrodnienia całego nawet pęczka, bądź pierwotnego (sclerosis lateralis amyotrophica), bądź wtórnego (wylew krwi, rozmiękczenia mózgowo), zupełnego porażenia ruchu nie ma, a najczęściej mniejszy, lub większy niedowład. Nie tłumaczy tego zjawiska możność przewodnictwa pobudzeń woli (w przypadkach np. połowicznego porażenia, pochodzenia mózgowego) po drugim pęczku ruchowym, mianowicie, Türcka, zwanym także piramidalnym nieskrzyżowanym, gdyż są przypadki sclerosis lateralis amyotrophicae z zajęciem pęczka piramidalnego skrzyżowanego i nieskrzyżowanego, w których, mimo to, zupełnego porażenia nie było; chyba tylko fakt, że w najbardziej zwyrodniałych pęczkach rdzeniowych zawsze jeszcze można natrafić na pewną ilość włókien nerwowych nienaruszonych, lub tylko małej uległych zmianie, albo też przypuszczenie istnienia jeszcze innych nieznanych, przewodników ruchowych, może to wyjaśnić.

dolnych zauważono u Sch...ra i Gr...go, u tego ostatnie-
go chód już jest zmieniony i nosi cechy kurczowego z do-
mieszką bezładu; dopiero u Iw...cza i Wr...go dochodzą
zbożenia ruchowe największego stopnia. U Wr...go po-
rażenie, w połączeniu ze sztywnością, od której w pewnym
stopniu zależy, jest prawie zupełne i chory nawet w łóżku
ledwie słabe ruchy palcami wykonać może; u Iw...cza, zaś,
do niedowładu znacznego natężenia przylączają się ruchy
bezładne, które funkcję jeszcze bardziej upośledzają, sprawa
rozpościera się na górne kończyny, chory ani stać, ani cho-
dzić, ani sam jeść nie może. Chociaż możemy w większości
przypadków rozsianego stwardnienia przypuścić pochodze-
nie rdzeniowe zbożeń ruchowych, szczególnie w tych, w któ-
rych przybierają formę paraplegii, to jednak, prawdopodo-
bnie, nie zawsze to ma miejsce. U Iw...cza, Sch...ra,
Gr...go, kończyny jednej strony są bardziej niedowładne,
aniżeli drugiej, spostrzegać się daje mała asymetria twarzy
u Gr...go, w anamnezie mowa jest o porażeniu połowi-
cznym z zajęciem twarzy, które to przypadłości powstały
po napadzie udarowym, tak, że nie ulega prawie wątpliwo-
ści, że pewną część porażień kończyn należy odnieść do
ognisk mózgowych, lub też, że takowe współdziałają z ogni-
skami rdzeniowymi. Innego wątku anatomicznego szukać
musimy dla bezładu (ataxia), którym przypadki niedowładu
kończyn były powikłane, to jest Iw...cz we wszystkich 4
kończynach i Wr...ski w górnych; Gr...ski przedstawiał
tylko słabe objawy bezładu, wyraźniejsze dopiero przy zam-
kniętych oczach. U Iw...cza bezład był najbardziej wyra-
żony w prawej górnej i lewej dolnej kończynie; w pier-
wszej przypominał często ruchy atetotyczne, palce, mia-
nowicie, to prostowały się, to odwodziły ad maximum (hy-
perextensio et hyperabductio), nawet w stanie spokoju (na-
zwałem te ruchy dla tego choreatyczno-ataktycznymi), ruch
zaś dowolny zwiększał to zbożenie. Podczas prób chodze-
nia, bezład wybitnie występował w dolnych kończynach,
zamknięcie, zaś, oczu nie potęgowało tego objawu. Jak wia-
domo, bezład jest objawem, napotykanym przedewszystkiem
w cierpieniach rdzeniowych, zwłaszcza w stwardnieniu tyl-
nych pęczków (tabes dorsalis), daleko rzadziej w cierpieniach
nerwów obwodowych, np. przy neuritis u pijaków; jest prze-
to prawdopodobnem, że w rozsianem stwardnieniu zależy od
ognisk, zajmujących tylne części rdzenia, choć w obec po-

wyżej zaznaczonej cechy atetotycznej bezład, pochodzenie mózgowie, zwłaszcza mózdkowe, wykluczyć się nie da, przynajmniej dla górnych kończyn, tembardziej, że zmiany czuciowe nie towarzyszyły wcale bezładowi, a zaprzeczyć nie można, że przewodniki czuciowe (dotyk, temperatura, ucisk), przynajmniej na pewnej przestrzeni, przebiegają w pęczkach tylnych. Brak zupełny zbroczeń czuciowych, przy istnieniu bezładu w dwóch naszych przypadkach, potrąca również o ważną kwestyję istoty bezład, roztrząsanego obecnie, głównie ze stanowiska wiądu rdzeniowego. Gdy jedni (Leyden) przyjmują tylko bezład czuciowy, to jest spowodowany zmianami czucia skórniego, stawowego, mięśniowego i t. d., w skutek czego, nieświadome te wrażenia, albo nie dochodzą wcale do ośrodków rdzeniowych, albo też przechodzą (reflex) nieprawidłowo w tych ośrodkach na narządy ruchowe, to inni (Jaccoud, Strümpell), główne znaczenie dla powstania bezładu przypisują właśnie tym zmienionym odruchom wewnątrz rdzeniowym, a jeszcze inni (Friedreich, Erb) przyjmują oddzielne włókna koordynacyjne, których zajęcie wywołuje bezład, t. zw. statyczny. Tak więc, według Leydena, bezład byłby możliwy tylko tam, gdzie istnieją zmiany czucia skórniego, stawowego, mięśniowego; nasze dwa przypadki, w których czucie było zupełnie zachowane, zwiększają liczbę faktów, tej teorii czuciowej przeciwnych.

W wiądzie rdzeniowym, w którym objaw bezład najczęściej w klinice się spotyka, mamy również zniesienie odruchów ścięgnistych, gdy tymczasem w naszych dwóch przypadkach rozsianego stwardnienia z bezładem — odruchy ścięgniste były, na odwrót, wzmocnione. Dowodzi to, że bezład i brak odruchów ścięgnistych nie są zjawiskami współzależnymi i nie opierają się na jednej podstawie anatomicznej, że, jeżeli mianowicie, zgodzimy się na teorię statyczną bezład, to przewodniki koordynacyjne nie przebiegają w zone radicaire postérieure pęczków Burdacha dolnej części grzbietowej, między odejściem 2 i 4 nerwu lędźwiowego; dotknięcie tych to okolic pęczków tylnych jest punktem wyjścia zmian przy wiądzie i warunkuje brak odruchów ścięgnistych. *)

*) W cierpieniu mało znanem, a jednak w klinice nie tak bardzo rzadko napotykanem, w t. zw. systematycznym i skombinowanym cierpieniu pęczków Golla, piramidalnych i mózdkowych, spostrzegatem dwa razy zwiększenie odruchów ścięgnistych obok bezład; w jednym z tych przypadków, podczas kilku-miesięcznej obserwacji chorego, odruch znikł w jednym kolanie.

Mniejsze daleko znaczenie, aniżeli objawy ruchowe, mają w rozsianem stwardnieniu zбочenia czucia. W żadnym ze spostrzeganych przypadków nie można było stwierdzić przedmiotowo istnienie takowych. Os...ski wprawdzie zapewniał, że wrażenia dotykowe, bólowe i temperatury odczuwał w lewej górnej kończynie gorzej, aniżeli w prawej i zdradzał pewien stopień nadczułości na niektórych miejscach dolnych kończyn, to jednak zmiany były tak małe, że przedmiotowo sprawdzić się nie dały i za drugim pobyttem chorego już wcale się na nie nie skarżył. Tak zwany zmysł mięśniowy, to jest świadomość o położeniu kończyny, lub jej części, również we wszystkich przypadkach był zachowany. Z tak małego udziału czucia wynika, że wysepki stwardnienia tylko w małej ilości zwykły zajmować pęczki i rogi tylne, w których przewodniki czuciowe przebiegają. Nieznaczniemi również, choć częstszemi, były podmiotowe zmiany czucia (paraesthesiae), Sch...er np. skarżył się na drętwienie i obumarcie kończyn lewej strony i t. d., bez przedmiotowych zmian czucia. Bólów kończyn, zwłaszcza charakterystycznych, jak w wiaździe, nie zanotowano w żadnym przypadku; rozumie się, że, przy odpowiedniem umiejscowieniu ogniska, takowe wystąpić mogą, jak to inni autorzy widzieli.

Czynność pęcherza i кишки prostej była tylko w przypadku Iw...cza w wysokim stopniu dotknięta, istniała, mianowicie, przez długi czas pobytu w klinice incontinentia urinae et alvi, chory bezwiednie oddawał kał i mocz, objawy te uległy poprawie i przeszły w niemożność dłuższego wstrzymania wydzielin. O osłabieniu funkcji płciowej wspomniano tylko raz w przypadku Sch...ra.

Objawów odżywczych mięśni i skóry nie spostrzegałem ani razu; pomimo długiego leżenia niektórych chorych (Iw...cz), odleżyna nie wystąpiła, mięśnie nie zanikły, były dobrze odżywiane i nie przedstawiały zmian oddziaływania elektrycznego. Niektórzy autorowie spostrzegali w rzadkich przypadkach zanik mięśniowy, pochodzenia rdzeniowego, z odczynem zwyrodnienia, czyniącemi te przypadki podobnemi do zaniku mięśni postępującego, tam, gdzie po śmierci się okazało, że wysepki rozsianego stwardnienia zajmują przednie rogi istoty szarej zgrubienia szyjowego i lędźwiowego, niszcząc zawarte tamże komórki zwojowe. W obrębie kończyn nie zauważyłem, też ani razu, objawów naczyniorucho-

wych, ani obrzęku skóry, ani jej zesinienia. U Iw...cza tylko skóra rąk była wilgotna, cienka, ciemno-czerwona i jak by wymacerowana.

Z powyższego przeglądu objawów, częściej się zdarzających w rozsianem stwardnieniu, przekonywamy się, jak różnorodne przypadłości ta postać chorobowa w sobie mieścić może, że nie ma objawu w zakresie patologii nerwowej, którego by, ewentualnie, nie można było napotkać, że wprawdzie jedne objawy zdarzają się częściej, są ważniejsze i nadają piętno cierpieniu, jak np. zmiana mowy, drżenie i t. d., to jednak objawu charakterystycznego dla tego cierpienia nie ma. Wszystko zależy od umiejscowienia ogniska stwardnienia, dla którego nie ma żadnych praw, a jeżeli jeszcze uwzględnimy, jak różnorodną jest ilość, wielkość, szybkość rozwoju i t. d., tych wysepek, to zrozumiemy, jak rozmaitym być musi również wyraz kliniczny tych zmian. Więcej, aniżeli w każdym innym cierpieniu, obok postaci pełnych, wykształconych i stosunkowo łatwych do rozpoznania, spotykamy cząstkowe, fragmentaryczne, w których objawy są nieliczne i nierozwinięte, obok takich przypadków, które, na skutek szczególnego umiejscowienia, noszą przez pewien czas rozwoju cechy innego cierpienia. Nie więc ten, lub inny objaw, ale łączność ich i ugrupowanie w czasie stanowią o obrazie rozsianego stwardnienia. Z drugiej strony wszakże, wiemy już z anatomii patologicznej, że ogniska stwardnienia mają swe ulubione siedliska, w których częściej i obficie się umiejscowiają, aniżeli w innych okolicach ośrodków nerwowych; do takich należy rdzeń przedłużony, most Varola, pęczki boczne rdzenia i t. d., co znowu warunkuje większą stałość niektórych objawów, jak np. zmiany mowy, drżenia, stanu kurczowego mięśni i zwiększenia odruchów i t. d., których natężenie, postać może znowu być różną. Z trzech form rozsianego stwardnienia przez Charcota podanych, mózgo-rdzeniowa, którą szczegółowiej opisał, jest najczęstszą w klinice, stanowi niejako typ cierpienia, rdzeniowa, zaś, i mózgową zdarzają się o wiele rzadziej, są zboczeniami od typu, lub też przedstawiają sobą pewien okres rozwoju. Jak sama nazwa wskazuje, forma mózgo-rdzeniowa przedstawia objawy ze strony mózgu i rdzenia, mniej więcej w jednakowym natężeniu, z których główne są drżenie, mowa skandowana, bóle i zawroty głowy, zaburzenia psychiczne, wzrokowe, niedowład kończyn dolnych, sztywność

ich, zwiększenie odruchów ścięgnistych i t. d.; przy bliższem rozpatrzeniu przypadków tu się odnoszących, a do których moje spostrzeżenia w znacznej większości należą, okazuje się, wszakże, przewaga po stronie objawów mózgowych, tak co do ważności, jak i natężenia. W formie mózgowej i rdzeniowej, przeważają objawy zależne od jednego z tych dwu narządów, a więc bóle i zawroty głowy, zmiana mowy, utrata pamięci, zaburzenia wzrokowe, napady udarowe drżenie, i t. d. w pierwszym wypadku, niedowład, zaś, przykurczenia kończyn dolnych, zwiększenie odruchów ścięgnistych do stopnia t. zw. épilepsie spinale, zaburzenia w urynowaniu, czuciu skórnem i t. d. w drugim. Jak już powiedziano, dwie te ostatnie formy mogą być stałą postacią, w którą niektóre przypadki rozsianego stwardnienia się przyoblekają, lub też formą przejściową, pewnym okresem rozwoju do postaci najczęstszej i wykształconej, to jest mózgo rdzeniowej. Co więcej, w znacznej większości przypadków tu się odnoszących, uważne badanie wykrywa objawy mózgowe w formie rdzeniowej, rdzeniowe w mózgowej, słabego wprawdzie natężenia, ale dostateczne do przekonania, że czystych form mózgowych, lub rdzeniowych nie ma.

W czterech, z przytoczonych przezemnie przypadków, choroba zaczęła się od objawów mózgowych: u Sz...ra od napadu epileptycznego, który pozostawił lewostronne porażenie, zaburzenie mowy, inteligencyi, ból i zawrót głowy; u P...ka od napadu udarowego, poprzedzonego na krótki czas zawrotem głowy i nieznacznem utrudnieniem mowy, po którym ostatnie znacznie się pogorszyło i pozostało lewostronne porażenie; w przypadku O...go zawrót głowy, drżenie ręki, gorączka, majaczenie poprzedzały na kilka miesięcy wystąpienie zбочenia mowy; nareszcie u Gr...go zaczęło się od gwałtownych bólów głowy i zawrotów, utrudnionego potykania i pewnej ociążałości mowy. Przypadki te z początkiem mózgowym tem się niekiedy odznaczają, że rozwój choroby następuje szybko, nawet w sposób ostry, po jednym napadzie udarowym cierpienie jest zupełnie zdeklarowane, jak np. u chorego Sz...ra; częściej, wszakże, początek jest powolny i nieznaczny, od bólów i zawrotów głowy, do których po pewnym czasie przyłączają się inne objawy mózgowe, jak zaburzenia mowy i inteligencyi, napady, drżenie i t. d. Przypadłości rdzeniowe, mianowicie niedowład kończyn jest słabo w tych przypadkach wyrażony, choć wzmo-

żenie odruchów kolanowych i pewna sztywność zawsze stwierdzać się daje.

Daleko powolniej rozwijają się te przypadki rozsianego stwardnienia, które rozpoczynają się od przypadłości rdzeniowych. Osłabienie jednej, lub obu kończyn dolnych, ich zesztwnienie, chód spastyczny, małe zaburzenia funkcji pęcherza i kiszki stolcowej rozwijają się nieznacznie, w ciągu nieraz wielu lat, zanim zostaną dotknięte górne kończyny i wystąpią objawy mózgowo, jak zaburzenie mowy i t. d. (Wr...ski). W rzadszych przypadkach (P...ski), osłabienie dolnych kończyn występuje odrazu, aż do stopnia zupełnego porażenia, po dwóch tygodniach następuje znakomita poprawa, prawie wyzdrowienie, ale przyłączają się po pewnym czasie inne objawy, jak zaburzenie mowy, zmiana usposobienia i t. d., wskazujące na istnienie głębokiego cierpienia. Rozsiane stwardnienie mózgo-rdzeniowe przedstawia, bowiem, dziwne zjawisko nieoczekiwanych i niczem niespowodowanych polepszeń, nawet ciężkich stanów chorobowych, tak znacznych, że niekiedy daje pozory zupełnego wyzdrowienia. We wszystkich prawie spostrzeżeniach naszych, polepszenie mniej, lub więcej długotrwałe, mniej, lub więcej znaczne, jest zaznaczone, a w przypadku P...ka mieliśmy sposobność o tem przekonać się osobiście za dwoma pobytami chorego w klinice, co do ustępowania takich objawów, jak zaburzenie mowy i utrata pamięci i siły kombinacji; u Sz...ra porażenie lewostronne ustąpiło zupełnie, w wielkiej części ból i zawrót głowy, zaburzenie w mowie i intelligencji tak, że jeszcze przez rok mógł pełnić obowiązki maszynisty. Poprawa ta, niestety, jest przemijająca, są to tylko przerwy uludne, gdyż rozsiane stwardnienie mózgo-rdzeniowe jest cierpieniem fatalnie postępującem; objawy, poprzedzające polepszenie, występują na nowo z większym natężeniem, przyłączają się nowe, choroba czyni powolne, ale ciągle postępy. Trwanie cierpienia jest długie od 2 do 15 lat; najszybszy przebieg wynosi 2 do 3 lat, średni 6 lat.

Charcot podzielił przebieg rozsianego stwardnienia na 3 okresy: 1) od wybuchu pierwszych objawów do chwili, kiedy niedowład kończyn i spastyczny ich stan, coraz się zwiększając, dochodzą, po kilku zazwyczaj latach, do tego stopnia, że 2) chory przestaje chodzić i w łóżku pozostawać musi; jest to okres zupełnie rozwiniętego cierpienia, który może także trwać lat kilka i w ciągu którego ogólne odżywianie jest dobre; 3) okres wspólny wszystkim przewlekłym sprawom mó-

zgo-rdzeniowym, w którym odżywianie zaczyna cierpieć, apetyt się zatracca, pareza pęcherza zwiększa się do stopnia incontinentiae urinae, przyłącza się niezbyt pęcherza, odleżyny, chory chudnie, gorączkuje i kończy w skutek pyelitis, lub pyelonephritis, jeżeli jeszcze przedtem śmierć nie nastąpiła od ostrej, przypadkowej, a ciężkiej choroby, lub też, co często się zdarza, od suchot płucnych.

Podział ten, służący do łatwiejszego orjentowania się i trafny dla wielu przypadków rozsianego stwardnienia, nie zawsze odpowiada stanowi rzeczy, gdyż są przypadki, w których zejście śmiertelne następuje, siłą samej choroby, już w I okresie, gdy w innych, okres niedowładu trwa bardzo krótko, jest słabo wyrażony i występuje bardzo późno, w innych znowu, cierpienie rozpoczyna się od drugiego okresu i t. d., jednym słowem, nieskończona różnorodność przebiegu.

Rokowanie jest złe, gdyż, pomimo wybitnej skłonności do długich przestanków i samoistnych polepszeń, rozsiane stwardnienie prędzej, lub później prowadzi do śmierci, która może nastąpić niespodzianie i nagle wśród napadu udarowego, co rzadko się zdarza; w skutek powikłania z porażeniem opuszki (paralysis bulbaris), mianowicie z zaburzeniami w połykaniu, oddechaniu i czynności serca i nakoniec najczęściej, w skutek postępującego biegu cierpienia, doprowadzającego po kilku (przecięciowo 6) latach do wytworzenia się odleżyn, niezytu pęcherza, wstępującego zapalenia miedniczki i nerek, ropnicy i t. d. Rozsiane stwardnienie jest cierpieniem nie tylko niebezpiecznym, grożącym w bliższej, lub dalszej przyszłości śmiercią, ale także wielce dla chorego przykrem, z powodu bólu i zawrotu głowy, bezsenności i innych przypadłości mózgowych, czyniących chorego, prawie od chwili wybuchu choroby, do pracy, niezdolnym.

Rozpoznanie nie przedstawia trudności w postaci rozwiniętej rozsianego stwardnienia mózgo-rdzeniowego, przy istnieniu u młodego osobnika zbioru objawów, który można nazwać charakterystycznym, mianowicie mowy skandowanej, zaburzeń psychicznych, napadów udarowych, bólu i zawrotu głowy, nystagmus, drżenia, zmian wzrokowych, niedowładu i sztywności kończyn dolnych, zwiększenia odruchów ścięgniastych i t. d. Nie zawsze, wszakże, mamy w klinice do czynienia z typem i niekiedy poważne trudności nastreczyć może rozróżnienie od porażenia postępującego, z którym rozsiane stwardnienie jest pokrewne anatomicznie i klinicznie, mianowicie

w przypadkach, które są jakby przejściowe od jednego cierpienia do drugiego; omyłki w tych razach zdają się być jeszcze nieuniknione. W większości, zaś, przypadków postaci mózgo-rdzeniowej odróżnienie nie będzie trudne i opierać się będzie na następujących danych: porażenie postępujące jest cierpieniem wieku dojrzałego, między 30 i 45 rokiem, gdy rozsiane stwardnienie najczęściej się rozwija w latach między 20 i 30, zaburzenia psychiczne są w porażeniu postępującem daleko wybitniejsze, noszą cechę typową (idee hypochondryczne, wielkościowe) i dochodzą do zupełnego pognębienia władz umysłowych, mowa nie jest skandowana, ale jąkająca się, drżąca, z przepuszczeniem zgłoseki całych wyrazów (parafatyczna), bywają niedowładny języka i twarzowe, odruchowa, zaś, nieruchomość, zwężenie i nierówność źrenic zdarza się częściej, aniżeli w rozsianem stwardnieniu, nystagmus nie ma, osłabienie, lub brak odruchu kolanowego zdarza się częściej, aniżeli wzmocnienie, częstszy też jest bezład, na skutek częstego powikłania z więdem rdzeniowym i t. d.

2) Dawniej paralysis agitans nie oddzielano od sclerosis disseminata, obecnie rozróżnienie jest bardzo łatwe, mianowicie na tej zasadzie, że, pierwsze cierpienie jest chorobą późniejszego wieku i niżej 40 roku się nie zdarza, drżenie może istnieć w jednej tylko kończynie, rozszerzyć się następnie na inne, ale nigdy na głowę, istnieje ono także w stanie spokoju kończyny, a ruch dowolny najczęściej go nie wzmacnia, ale nawet chwilowo zmniejsza, drżenie jest drobne, rytmiczne, nasładowe często jakąś celową czynność, np. kręcenie pigułki między palcami, ruchy w ogóle są powolne i istnieje potrzeba ciągłej zmiany położenia, niekiedy propulsio i retropulsio, tułów jest pochylony i t. d.; brak, zaś, zawrotów głowy, nystagmus, mowy skandowanej, wybitnych zaburzeń intelligencji, napadów udarowych, zmian źrenico-gałkowych i wzrokowych i t. d.

3) W przypadkach rozsianego stwardnienia powikłanych z bezładem, odróżnienie od więdru rdzeniowego będzie łatwe, na zasadzie braku w ostatniem cierpieniu zaburzeń psychicznych i mowy, zawrotów głowy, napadów udarowych, drżenia, nystagmus i t. d.; w więdzie, odruchy kolanowe są zniesione, w rozsianem stwardnieniu wzmocnione i istnieją przykurczenia i t. d. Odróżnienie od formy Friedreichowskiej więdru, odznaczającej się obecnością nystagmus i zaburzeń mowy, także nie trudnem będzie na zasadzie przykurczeń, wzmoc-

zonych odruchów, zawrotów głowy, napadów udarowych, drżenia i t. d. Też same cechy pozwolą odróżnić od skombinowanego i systematycznego cierpienia pęczków piramidalnych, mózdkowych bocznych i Golla, przy którym odruchy ścięgniste są powiększone, istnieją przykurczenia i parezy kończyn dolnych, słabe zmiany czucia i zaburzenia pęcherzowe, ale nie ma nystagmus, zaburzeń mowy, utraty pamięci, napadów udarowych i t. d.

Od postaci mózgo-rdzeniowej trudniejsze do rozpoznania są formy rdzeniowe i mózgowie, w wyższym, zaś, stopniu te przypadki ułamkowe, fragmentaryczne, w których obraz kliniczny jest nierozwinięty, składa się z niewielkiej liczby objawów i niewybitnych i takich, które do zwykłego obrazu rozsianego stwardnienia nie należą, dalej okresy początkowe niektórych przypadków z niezwykłymi i niewiązącymi się objawami i nareszcie przypadki, które przez pewien okres rozwoju, lub cały przebieg przedstawiają cechy innego cierpienia mózgu lub rdzenia np. myelitis chronicae i t. d. Doświadczenie ostatnich lat wskazało te trudności, nauczyło niektóre omijać, ale daleko jeszcze do wyczerpania wszystkich tu odnoszących się zagadnień i dla tego omyłki rozpoznawcze będą nieuniknione. Należy zawsze pamiętać o możliwości istnienia rozsianego stwardnienia, ile razy jesteśmy w obec niezwykłego i zagadkowego klinicznie przypadku, którego bez naciągania nie jesteśmy w stanie zaliczyć do jednej ze znanych form chorób mózgu i rdzenia, tak rozmaitą jest postać, jaką rozsiane stwardnienie klinicznie przybrać może.

4) Doświadczenie wykazało, że zbiór objawów, znany pod nazwą tabes spasmodyca, v. paralysis spinalis spastica (stan spastyczny kończyn dolnych, zwiększenie odruchów ścięgniastych, niedowład bez porażenia czucia, pęcherza i t. d.), może być jedną z nieprawidłowych postaci, pod jakimi rozsiane stwardnienie niekiedy się ukazuje. Wszakże, czysty obraz porażenia spastycznego niesłychanie rzadko utrzymuje się w ciągu całego przebiegu, prędzej, lub później, przyłączają się mniej, lub więcej wybitne objawy ze strony mózgu, tak, jak to miało miejsce u chorego Wr...go, u którego przez trzy lata istniały wyłącznie objawy spastyczne ze strony kończyn dolnych i u którego prof. Benedict rozpoznał myelitis dorsalis; w następstwie dopiero przyłączyły się bezład górnych kończyn, zaburzenia mowy i t. d., które rozpoznanie rozjaśniły. Wiadomo, między innymi, że w przypadku Charcota, roz-

poznany jako *tabes spasmodica*, znaleziono na sekcji rozsiarne stwardnienie. To ostatnie może się okazać i w przypadkach, w których, do objawów porażenia spastycznego, przyłączają się tylko słabe zboczenia czucia skórniego i funkcji pęcherza, to jest takich, gdzie, raczej, wyżej wspomniane skombinowane i systematyczne cierpienie pęczków piramidalnych, mózdkowych i Golla znaleźć, byśmy się spodziewali.

5) W nielicznych przypadkach, rozsiarne stwardnienie przedstawia się klinicznie pod postacią rozlanego i przewlekłego, poprzecznego zapalenia rdzenia w części grzbietowej (*myelitis dorsalis transversa chronica*, Strümpell*), bez widomego udziału w sprawie mózgu, a więc, porażenie ruchowe i czuciowe kończyn dolnych, zwiększenie odruchów, zaburzenie czynności pęcherza i kiszki prostej. Rozpoznanie właściwe jest niemożliwe, chyba, że wystąpienie jednego z objawów mózgowych zwróci uwagę na naturę cierpienia.

6) Na skutek powikłania z zanikiem mięśni, może niekiedy rozsiarne stwardnienie być podobnem do *sclerosis lateralis amyotrophica* (Pitres**); wszakże, rozwija się to ostatnie po 30 roku, brak w niem zawrotów, nystagmus, zmian żrenicogalkowych i wzrokowych, napadów udarowych, drżenia i t. d. i, natomiast, objawy opuszkowe występują na pierwszy plan, mamy zanik języka, warg i t. d.

7) W rzadkich przypadkach, może odróżnienie od spraw mózdkowych (nowotwory) przedstawić pewne trudności; ból, zawrót głowy, niepewność chodu, nystagmus, zmiany wzrokowe, napady nieprzytomności, zwiększenie odruchów kolanowych są obu cierpieniom wspólne; wszakże, w sprawie mózdkowej, niepewność chodu nie zależy od niedowładu i przykurczeń, ale od braku koordynacji (chód mózdkowy), zaburzenia wzrokowe dochodzą wysokiego stopnia i zależą od brodawki zastoinowej (*Staungspapille*) z następczym zanikiem, bywają wymioty, napady nieprzytomności połączone są z ogólnymi drgawkami, nie ma zaburzeń mowy, psychicznych i t. d.

8) Wspomnieć należy, że Westphal***), pod nazwą *Pseudo-sklerozy*, podał opis dwóch przypadków z trwaniem choroby 9 i 10 letniem, których objawy za życia wskazywały na pewno

*) *Lehrbuch d. spec. Path. u. Ther.* Bd. II 1885 P. 193.

**) *Revue mensuelle* Dec 1877.

***) *Arch. f. Psych.* 1883 Bd. XIV.

na głębokie zajęcie ośrodków nerwowych, mianowicie na rozsiąne stwardnienie mózgu i rdzenia, tymczasem sekcja żadnych zmian nie wykryła. Były niedowłady kończyn ze sztywnością, drżenie dowolne, skurcz paradoksalny, odruchy kolanowe niewzmocnione, zaburzenia mowy, niedowład języka, ból i zawrót głowy, zaburzenia psychiki zne, napady nieprzytomności z pozostawieniem połowicznego porażenia, remisyje, tak, że Westphal dochodzi do wniosku, że istnieje nerwica, której, ani pod względem objawów, ani przebiegu nie jesteśmy w stanie odróżnić od prawdziwego rozsiąnego stwardnienia mózgu i rdzenia, jak nam się to ostatnie zwykle w klinice przedstawia. Sam Westphal, wszakże, zwraca uwagę na obecność objawów, których w rozsiąnem stwardnieniu nie spotykamy, ale, natomiast zwykle w paralyse agitans, mianowicie na powolność i ociężałość ruchów w obrębie gałek ocznych i twarzy, chorzy z widocznym wysiłkiem nakazany im ruch wykonywali, rysy twarzy były jednostajne, jakby zakrzepłe, wyraz głupkowaty, istniało drżenie szczęki dolnej. Wszystkie te objawy są znane w chorobie Parkinsona i, pomimo podobieństwa z rozsiąnem stwardnieniem, dwa te przypadki należały może do obszaru nerwicy, znanej więcej pod nazwą paralyse agitans.

9) Neurastenicy przedstawiają niekiedy zbiór objawów, który na pierwszy rzut oka mógłby być wzięty za rozsiąne stwardnienie: ręce im drżą, skarżą się na bóle i zawroty głowy, bezsenność, upadek czynności umysłowych, a przede wszystkim pamięci, niezdolność do pracy, osłabienie kończyn dolnych, prędkie męczenie się, mogą nawet odruchy ścięgnięte być wzmocnione i źrenice chwilami nierówne i t. d. Ale uważne badanie wykaże zaraz tło subiektywne żalów, ich zmienność i przesadę, brak objawów, wskazujących na głębokie cierpienie mózgu i rdzenia, brak mianowicie, zaburzeń mowy, nystagmus, trwalszych i większych zmian źrenico-gałkowych i w nerwie wzrokowym, napadów udarowych, prawdziwych niedowładów, sztywności kończyn, zaburzeń pęcherzowych i t. d., a skuteczność terapii przy neurastenii ostatecznie wątpliwość rozstrzygnąć powinna.

Leczenie bowiem rozsiąnego stwardnienia okazało się do tej pory prawie bezskuteczne, a opisy uzdrowień,*) jeżeli się nie

*) Catsaras De la curabilité de la sclérose en plaques. Arch. de Neur 1885 Nr. 28.

opierają na omyłce rozpoznawczej, należą, zaprawdę, do bardzo wyjątkowych. Za mało znamy przyczyny i warunki, w jakich powstaje rozrost neuroglii, ażebyśmy racjonalnie mogli obecnie spodziewać się, że zdołamy sprawę wstrzymać i pozbawione myeliny cylindry osiowe do prawidłowej czynności doprowadzić. Teoretycznie, jednakże, nic temu na zawadzie nie stoi, szczególnie w okresach początkowych, żeby, jeszcze miękka i soczysta, zgrubiała neuroglia, wróciła do stanu prawidłowego, ażeby cylindry osiowe pokryły się napowrót otoczką rdzeniową. Możemy się spodziewać, że udoskonalenie rozpoznania początkowych okresów rozsianego stwardnienia, dokładne zbadanie przyczyn da nam możliwość skuteczniejszego wpływu leczniczego na to cierpienie, aniżeli dotąd. Zastosowywałem najobszerniej strumień stały, głównie na ośrodki nerwowe, według różnych metod, ale słaby (1 do 2 MA.) i krótkotrwały (5 minut); mniej zastosowania znalazł strumień faradyczny, następnie kąpiele, rozmaite procedury hydroterapeutyczne, przyżegania, ze środków wewnętrznych arsenik, brom, jod, lapis, belladona, ergotyna, strychnina i t. d. bez trwałego skutku. Nie mogę bowiem orzec, czy polepszenia, które spostrzegałem, szczególnie w przypadku P...ka, były spowodowane interwencją leczniczą, gdyż ta sama metoda w innych przypadkach zgoła wpływu nie miała. W każdym razie, poprawy, czy zwolnienia dowodzą skłonności sprawy do zatrzymania się w rozwoju, lub nawet wyrównania zmian, powinny dodać otuchy lekarzowi i zachęcać do dalszego wytrwałego szukania metod leczenia, między którymi, ostrożna i umiejętna galwanizacja ośrodków nerwowych najważniejsze, prawdopodobnie, zajmie miejsce. Rozumie się, że nader ważną rzeczą jest uregulowanie stosunków życiowych chorego, a przede wszystkim usunięcie jego od jakiegokolwiek zajęcia i postawienie chorego ośrodka mózgowego w warunki możliwego spokoju i równowagi, zdala od wzruszeń, kłopotów i t. d. Należy niesłychanie dbać o stronę higieniczno-dietetyczną chorego, który powinien oddychać czystym i świeżym powietrzem i ewentualnie umiarkowane odbywać przechadzki; pokarmy powinny być w umiarkowanej ilości, ale pożywne i lekkostrawne i t. d. Powikłania, szczególnie ze strony pęcherza, odleżyny, należy leczyć z wielką starannością i baczyć, by chory leżał na materacu, wbrew przyjętemu w naszych szpitalach zwyczajowi, że chorzy w ogóle, a specjalnie t. zw. sparaliżowani, odgniatają sobie ciało na twardej siennikach.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Farmakologija.

65. A DURAND. — **O porównawczem działaniu leków sercowych (naparstnicy, kofeiny, konwalji i adonidyny).** *De l'action comparée des médicaments cardiaques.* (Paryż — 1885 r. strona 100).

Autor pod kierunkiem prof. Desplats zajmował się działaniem tych środków na serce. Stosując jakiś środek, autor zwracał uwagę na działanie jego: 1) na *serce*, licząc ilość uderzeń tętna i 2) na *nerki*, licząc ilość oddanego *moczu*.

Gorzykwiat (*Adonis vernalis*) rośnie w północnej części Europy i Azji.

Bubnow utrzymuje, że roślina ta w ten sam sposób działa na serce, jak *naparstnica*. Używa się w postaci *naparu* (*infusum*) z jednej lub dwóch drachm na sześć uncyj wody.

W roku 1879 Cervello odkrył właściwie działającą część *gorzykwiatu*, *adonidynę*, której $\frac{1}{5}$ część grana, wstrzyknięta pod skórę, wywołuje wstrzymanie się ruchów serca u żab. Dawka *adonidyny* dla człowieka wynosi $\frac{1}{2}$ do $\frac{2}{3}$ grana na raz; środek ten najlepiej przepisywać w pigułkach.

Zdaniem Durand'a *gorzykwiat* i jego *alkaloid* wywołują z początku *zwolnienie tętna* i *powiększenie ciśnienia tętniczego*; po dłuższym *użyciu* następuje *przyspieszenie tętna* i *zmniejszenie ciśnienia tętniczego*.

Autor przytacza 22 przypadków, w których stosował rozmaite leki sercowe. Za pomocą *sphygmographu* Marey'a obserwował zmiany tętna pod wpływem tych środków.

W jednym przypadku (*insufficiencia mitralis*) pod wpływem pigułki, zawierającej $\frac{1}{3}$ część grana *adonidyny* tętno stało się pełnem.

Chora ta w przeciągu 4 godzin przyjęła dwa grana *adonidyny* i tętno jeszcze/bardziej się przyspieszyło

W kilka godzin nastąpiły wymioty, skutkiem czego musiano ten środek odsunąć. Po odstawieniu tego środka ilość i siła tętna wróciły do stanu pierwotnego. Ilość *moczu* przy stosowaniu *adonidyny* znacznie się powiększyła.

Inny chory przybył do szpitala z silną *dusznością*, *kaszlem*, *małym tętnem* i *obrzemieniem nóg* (*insufficiencia mitralis*). Po kilku dawkach *adonidyny* w ilości $\frac{1}{3}$ grana na raz, *bicie serca* stało się *równiejszem* i *powolniejszem*; *duszność* ustąpiła zupełnie; *obrzemie* kończyn po kilku dniach ustąpiło; ilość *moczu* po dwóch dawkach z 1,600 podniosła się do 3,300. Stan chorego poprawił się znacznie.

Po odstawieniu *adonidyny* *bicie serca* napowrót stało się *nierównem*, zaś ilość *moczu* zmniejszyła się do połowy. Chory wkrótce opuścił szpital.

Adonidyna ($\frac{1}{3}$ grana) *podnosi więc ciśnienie tętnicze*, reguluje uderzenia serca, *zmniejsza ilość uderzeń tętna*, *powiększa ener-*

giją skurczów serca, szybko powiększa dzienną ilość moczu (diuresis) i w ogóle ma te same wskazania co naparstnica.

Autor przytacza kilkanaście przypadków, dotyczących się zaburzeń w krążeniu krwi, a zależnych od chorób serca, płuc, wątroby i nerek. W tych przypadkach stosował wszystkie zużyczone środki sercowe i dopiero na zasadzie tyłu spostrzeżeń mówi o porównawczem działaniu tych środków na serce i nerki.

A. Rytm. *Naparstnica* jest najlepszym regulatorem serca. Przy arytmii, zależnej od wad organicznych serca, nie może zastąpić naparstnicy.

Konwalija (dawka: 5 gran extracti convallariae) działa bardzo dobrze przy arytmii, niezależnej od wad organicznych. Stwierdził to G. Sée.

Adonidyna i *Kofeina* nie wywierają wpływu na rytm serca.

B. *Częstość tętna*. *Naparstnica* i *adonidyna* bardzo szybko zmniejszają ilość uderzeń serca. *Konwalija* w daleko mniejszym stopniu zmniejsza ilość uderzeń serca; zaś *kofeina* wcale prawie nie zmienia ilości tętna.

C. *Cisnienie tętnicze* wzmacnia się pod wpływem naparstnicy i adonidyny. *Konwalija* w jednym tylko przypadku podniosła ciśnienie tętnicze i tętno z nitkowatego stało się pełnem i mocnem. W ogóle jednak środek ten na ciśnienie wywiera bardzo niewielkie i niepewne działanie. Pod tym względem wyżej stoi *kofeina*.

Porównawcze działanie tych środków na diurezę. Ze wszystkich czterech środków sercowych najlepszym środkiem moczopędnym jest *kofeina*, działanie której jest szybkie, stałe i pewne. Zdanie to stwierdzają Gubler i Huchard.

Autor stosował *kofeinę* 17 razy, przyczem w większości przypadków bardzo szybko ilość moczu znacznie się powiększyła.

Również dobrze, choć nieco słabiej działa *konwalija*. Powiększa ona ilość oddawanego moczu. Przy chorobach nerek *konwalija* nie powiększa ilości moczu. Dodać należy, że nawet po odstawieniu *konwalji* powiększona diureza trwa w dalszym ciągu.

Adonidyna i *digitalis* wywołują również powiększenie ilości moczu, lecz działanie tych środków jest powolniejsze.

W ogóle te dwa ostatnie środki działają pewniej na serce, zaś *kofeina* i *konwalija* na nerki.

Jak długo można stosować bez przerwy leki sercowe?

Najmniej znoszona bywa *naparstnica*, która czasami już po czterech dniach wywołuje wymioty i osłabienie serca. Niektórzy chorzy nie znoszą zupełnie naparstnicy. *Kofeinę* (dawka 5—10 gran) można stosować dość długo. U ludzi nerwowych łatwo powstaje bezsenność i rozdrażnienie. *Konwaliją* chorzy znoszą przez czas dłuższy. Zdaniem G. Sée podnosi ona nawet apetyt i przyspiesza ruchy robaczkowe kiszek. Desplats powiada, że *konwalji* nie należy stosować dłużej, jak 8 dni, gdyż po tym czasie wywołuje ona osłabienie siły serca. *Adonidyna* w dawkach zwykłych ($\frac{1}{3}$ gr) nie wywołuje żadnych przykrych następstw.

Ostatecznie autor wypowiada następujące wnioski:

1. Naparstnica, stosowana umiejętnie i ostrożnie, nie przestaje być najlepszym środkiem sercowym (Huchard).

2. Kofeina powinna być stosowaną w przypadkach, wymagających szybkiego działania resp. wywołania szybkiej diurezy.

3. Konwalia znajdzie swe zastosowanie tam, gdzie idzie o wywołanie powiększonego wydzielania się moczu przez czas dłuższy. Oprócz tego konwalia powinna zastąpić naparstnicę w przypadkach, gdzie ta ostatnia nie jest znoszona, zaś kofeinę powinna zastąpić u osób nerwowych i rozdrażnionych.

4. Adonidyna działa na serce szybciej, aniżeli naparstnica. Zdaniem autora, adonidyna z czasem prawdopodobnie odda znakomite usługi medycynie.

H. Goldblum.

66. DUJARDIN-BEAUMETZ. **O nowych lekach używanych w cierpieniach serca.** (*Des nouvelles medications cardiaques Paris 1886*).

Trzy nowe leki weszły w ostatnich latach w użycie przy cierpieniach serca: konwalia, kofeina i nitrogliceryna; dwa pierwsze właściwymi są w cierpieniach zastawki dwudzielnej, trzeci w cierpieniach zastawek tętnicy głównej, jakoteż samej tętnicy. Z punktu widzenia leczniczego ostre odgraniczenie cierpienia zastawki dwudzielnej od cierpienia układu tętniczego lewego Duj.-Beaumetz uważa za konieczne. W cierpieniach zastawki dwudzielnej, a mianowicie w okresie naruszonego wyrównania starać się należy o wzmocnienie skurczów serca i tu właściwymi się okazują środki należące do grupy wzmacniających siłę serca (tonique cardiaque): naparstnica, konwalia, kofeina. W cierpieniach zastawek tętnicy głównej i samej tętnicy, zadaniem terapii jest zwalczanie dwóch objawów: bezkrwistości mózgu i podrażnienia zwójów nerwowych znajdujących się naokoło ujścia tętnicy głównej; tu właściwymi będą środki, które pobudzają krążenie krwi w mózgu i zmniejszają podrażnienie nerwowe. Samo się przez się rozumie, że przy wadach ujścia tętnicy głównej powikłanych wadami zastawki dwudzielnej wypadnie połączyć jedne i drugie środki.

I. Z pomiędzy środków wzmacniających skurcze serca pierwsze miejsce oddawna zajmuje naparstnica; do tej samej grupy musimy dziś dodać konwalię i kofeinę.

1. *Konwalia* (*Convallaria majalis*) pierwszy raz zbadaną została przez Wals'a, który znalazł w niej dwa glukozydy: konwalamarynę i konwalarynę. Poszukiwania lekarzy rosyjskich (Botkin, Bogojawlewski, Troicki), jakoteż lekarzy francuskich (Germain Sée, Bochefontaine) i najnowsze prace Cose'a i Simona pokazały, że u zwierząt szczególnie zimnokrwistych rozmaite przetwory konwalii wzmacniają czynność serca. Krzywizny sfigmograficzne przedstawione przez ostatnich autorów dowodzą, że konwalia nietylko zmniejsza częstość uderzeń serca, lecz także, że to zmniejszenie częstości jest następstwem silniejszych skurczów serca; działanie to jest silniejsze od podobnego działania naparstnicy.

Co się tyczy człowieka, to konwalia ma być jednym z najsilniejszych środków moczo-pędnych i prof. G. Sée daje jej pierw-

szeństwo przed naparstnicą. Szczególnie ma to być widocznem przy wadach zastawki dwudzielnej połączonych z ogólną puchliną. Przy białkomoczu działanie moczo-pędne konwalii ma być znacznie mniejsze.

Od czasu pojawienia się prac lekarzy rosyjskich, a szczególnie od czasu gdy G. Sée zakomunikował swe spostrzeżenia, próby z konwalią się pomnożyły i dziś znamy prawdziwą wartość tego leku.

W Niemczech konwalia mało miała powodzenia, szczególnie gdy to odniesiemy do pracy opublikowanej przez Stillera *), który w 21 wypadkach chorób serca, w których stosował konwalię, tylko w dwóch otrzymał dodatnie wyniki. W Ameryce Hurd, Taylor, Pok, Smith i inni otrzymywali znakomite rezultaty. We Francyi po pracach G. Sée'a i w rozprawach w towarzystwie terapeutycznym zgodzono się uważać konwalię jako środek moczo-pędny ale niepewny. Taki pogląd wypowiedział w lekcjach o chorobach serca Peter, taki jest pogląd Paula; do tych samych wniosków doszedł Dujardin-Beaumez, który stosując konwalię w licznych wypadkach niekiedy otrzymywał dodatnie wyniki, częściej jednak ujemne. Pomimo niepewnego działania konwalii należy ją stanowczo uznać za środek wzmacniający skurcze serca, mogący w pewnych razach oddać nam prawdziwe usługi, a to tem bardziej, że nie działa trująco i może być ona z korzyścią użytą w tych razach, gdzie musimy zaprzestać dalszego podawania naparstnicy. Powszechnie dziś zgodzono się, że stosując naparstnicę należy robić przerwy na krótszy lub dłuższy czas; w przerwach tych może być konwalia z pożytkiem podawana; nie należy jednak zwiększonego wydzielania moczu spostrzeganego podczas stosowania konwalii przypisywać wyłącznie temu środkowi, gdyż działanie naparstnicy na nerki, jak wiadomo, przeciąga się przez długi czas po zaprzestaniu podawania takowej.

Sposób użycia. Do użytku lekarskiego właściwemi są kwiaty, liście i korzenie konwalii; pierwsze są w działaniu najsilniejsze. Najmniej pewnym w działaniu jest napar, najskuteczniejszym wyciąg, w dawce dziennej od 1,50 do 2 gramów (24 do 32 gran), rozpuszczalny w wodzie i spirytusie.

2. *Kofeina* jest jednym z najlepszych środków wzmacniających dla serca i w końcowych okresach wad serca oddać nam może większe usługi, aniżeli naparstnica.

Działanie fizjologiczne. Poglądy dotychczasowe dotyczące działania kofeiny na serce dadzą się podzielić na 3 grupy: podług jednych (nieliczni) kofeina nie ma żadnego wpływu na serce; podług innych kofeina przyspiesza uderzenia serca (Trousseau i inni); prace zaś doświadczone Carona, Meplaina i Fonsagrivesa wykazały, że kofeina zwalnia uderzenia serca. Ta niezgodność poglądów pochodzi stąd, że przy użyciu w ogóle środków wzmacniających dla serca często spostrzegamy skutki trujące, które są wprost przeciwne skutkom leczniczym. I tak kofeina podług

*) Stiller, Versuche über Convallaria bei Herzkrankheiten (Wien. Medic. Woch. N. 44, 1882).

prac Girauda i poszukiwań Leblonda *) zmniejsza częstość uderzeń serca, a zarazem powiększa ciśnienie w naczyniach; działa więc jako środek wzmacniający dla serca; po wyższych zaś dawkach uderzenia serca stają się częstszymi, nieregularnymi — kofeina staje się jadem dla serca.

Zastosowanie lecznicze. Jeszcze w r. 1839 zauważono moczo-
pędne działanie kofeiny, a w r. 1846 Honoré lekarz szpitala Hotel
Dieu w 3 wypadkach białkomoczu połączonych z ogólną puchliną
otrzymał znakomite wyniki po zastosowaniu naparu kawy. Lecz
dopiero w r. 1863 pojawiły się pierwsze poważniejsze prace i spo-
strzeżenia. Assystent Botkina w Petersburgu Koszlakof spo-
strzegł 2 wypadki zapalenia nerek w połączeniu z przerostem
serca, w których pod wpływem kofeiny uderzenia serca stały się
mniej częstymi, ciśnienie w tętnicach się zwiększyło, a zarazem
ilość moczu znacznie się zwiększyła.

W roku 1866 Jaccoud jeden z pierwszych we Francyi zaczął
stosować kofeinę nietylko w cierpieniach serca, ale i w białkomo-
czu, a w r. 1877 Gubler w towarzystwie terapeutycznym zwrócił
uwagę na wydatne wyniki, jakie się otrzymuje przy stosowaniu
kofeiny w cierpieniach serca. Lecz dotychczasowe małe dawki
(50 centigram dziennie—gran 8) zalecane przez Gublera nie są
wystarczające, jakto wykazały współczesne prace prof. Lepina
w Lyonie, a Hucharda w Paryżu. Chcąc otrzymać dobre wyniki
nie należy wahać się w podawaniu dawek wyższych, do 2 gram
dziennie, najlepiej to uwydatniają powyżej cytowane prace Girau-
da, przedsięwzięte pod kierunkiem Lepina i Leblonda pod kie-
runkiem Hucharda.

Kofeina ma to pierwszeństwo przed innymi środkami wzma-
cniającymi dla serca, że pobudza czynność nerek nawet w wypad-
kach, gdy ta jest chorobliwie zmienioną i że w końcowych okre-
sach wad sercowych podawana w odpowiednich dawkach daje
bardzo dobre wyniki. Dujardin-Beaumetz widział świetne skut-
ki nawet u ludzi starych i zwraca uwagę, że w okresie asystolii
w którym serce znajduje się w stanie zwyrodnienia tłuszczowego
i gdy inne środki wzmacniające dla serca odmawiają posłuszeń-
stwa, jeszcze za pomocą kofeiny osiągnąć można poprawy stanu
chorego.

Sposób użycia. Kofeina otrzymuje się z kawy, z guarana
paulinia i z rośliny zwanej *sterculia kola*. Najwięcej kofeiny za-
wiera ostatnia, bo gdy kawa w 100 częściach zawiera 1,50 kofeiny,
kola 2,34. Kofeina przedstawia nam się w postaci soli białej kry-
stalicznej, rozpuszczalną jest w 90 częściach wody. Najlepiej pod-
ług Duj. Beaum. podawać ją w roztworze w połączeniu z będz-
winianem sodu. Rp: Coffeini 7 gram (około 2 drachm) natri ben-
zoici 7 gram, aquae 250 gr.—przeszło 8 uncj. Łyżka stołowa
roztworu tego zawiera 50 centig. kofeiny (8 gran).

*) Leblond, Etude physiologique et therapeutique et la cafeine
(These de Paris 1883. — Girand, Contributions à l'etude physiologique et
therapeutique de la cafeine (These de Lyon 1883).

Owoce z rośliny kola mogą być z równym pożytkiem zalecane jak i kofeina. Oprócz ostatniej kola zawiera jeszcze teobrominę i pewną substancję tłustą. Doświadczenia robione przez M. Monnet*) pokazują, że kola w postaci nalewki w ilości 4 do 10 gram lub też w postaci wyciągu spirytusowego w ilości 8 do 20 gramów jest potężnym środkiem wzmacniającym dla serca, a zarazem moczopędnym. Dujardin-Beaumez uważa też kolę za środek wzmacniający dla serca; nie widział jednak tak wydatnego działania moczopędnego, — sam wszelako sądzi, że pochodzi to stąd, że nie stosował tak znacznych dawek jak Monnet.

Do nowych środków wzmacniających dla serca zaliczają też *erythrofleinę*, którą Gallois i Hardy otrzymali z *erythrophleum guinense*. Według G. Sée'a i Bochefontaine fizjologiczne i trujące działanie erythrofleiny ma być podobne do działania dygitaliny. Dujardin Beaumez u kilku chorych z wadami zastawki dwudzielnej stosował nalewkę w ilości 40 kropel, lecz nie zawsze otrzymywał jednakowe wyniki. By więc środek rzeczony mógł być zaliczonym do grupy środków wzmacniających dla serca wypada wprzód przeprowadzić z nim szereg ścisłych doświadczeń.

II. W cierpieniach zastawek półksiężycowych aorty, jakoteż w cierpieniach ścianek samej tętnicy zadanie nasze, jakieśmy to już wyżej nadmienili, zupełnie jest odmienne; idzie tu o zwalczenie dwóch objawów: 1) niedokrwistości mózgu, będącej następstwem zbroczenia w krążeniu tętniczym, a objawiającej się bladeścią twarzy, zawrotami głowy i omdlewaniami; 2. zapalnego, podrażnienia jużto zwojów nerwowych znajdujących się w ściankach ujścia tętnicy głównej, jużto samej gałęzi nerwu-współocznego podrażnienia, objawiającego się gwałtownym bólem w klatce piersiowej lub nawet występującego pod postacią prawdziwej dusznicy bolesnej. Gwałtowny ból, towarzyszący temu ostatniemu cierpieniu, jest podług najnowszych poszukiwań Hucharda, Potaina i Herarda następstwem niedokrewności samego mięśnia sercowego.

Każdy środek lekarski, który pobudza krążenie krwi w mózgu i w mięśniu sercowym z jednej strony, a uspokaja ból towarzyszący cierpieniom układu tętniczego lewego z drugiej strony będzie właściwym w cierpieniach, o których mówimy.

Opium, a nadewszystko morfina daje wyborne wyniki w podobnych zbroczeniach, a to na mocy jej fizjologicznego działania.

Dujardin Beaumez radził w podobnych wypadkach wdychanie amylnitritu.

Wdychanie kilku kropel ostatniego pobudza krążenie krwi w mózgu i wywołuje przyływ krwi do najgłębszych części mózgu, jak się o tem przekonać można na mózgach zwierząt lub też badaniem za pomocą wziernika ocznego. Wdychania amylnitritu mają jednak tę niedogodność, że działanie ich prędko przechodzi i że w miarę przyzwyczajania się do tego środka, naczynia mózgowie więcej się nie rozszerzają. Z tych powodów Dujardin

*) M. Monnet, De la kola (*Sterculia accuminata*) Etude physiologique et therapeutique (These de Paris 1884).

Beaumetz zastąpił amylnitrit nitrogliceryną, która posiada wszystkie zalety amylnitritu bez jego wad

Sposób użycia. Do użytku lekarskiego najwłaściwszym jest roztwór spirytusowy nitrogliceryny w połączeniu z wodą w stosunku 10 kropeł na 100 gram wody (przeszło 3 uncje). Z roztworu tego zalecić można choremu 3 razy dziennie po łyżce stołowej. Dla wstrzykiwań podskórnych właściwym będzie następujący przepis:

Solutionis nitroglicerini spirituosi 30 gutt.

Aq. distillatae 10 gram (przeszło $2\frac{1}{2}$ drach).

Działanie fizjologiczne. Co do fizjologicznego działania nitrogliceryny, autorowie są ze sobą w niezgodzie. Podczas gdy jedni (Bruehl) uważają ją za najsilniejszy jad, inni jak Vulpian utrzymują, że działanie jej jest prawie żadne. Prace doświadczalne podjęte przez Dujardin Beaumetz'a i Marieux *) pokazały, że nitrogliceryna bardzo silnie działa na człowieka, bardzo zaś słabo na zwierzęta, a mianowicie na psa i królika tak, że gdy 10 kropeł roztworu spirytusowego sprowadza u człowieka ciężkie otrucie, to 11 gramów tegoż roztworu u psa, a 2,50 gramów u królika nie wywołuje prawie żadnych zmian.

Wprowadziwszy 3 do 4 kropeł roztworu spirytusowego pod skórę człowieka zauważymy po kilku minutach zaczerwienienie twarzy, skóra na całym ciele staje się cieplejszą i wilgotniejszą, oczy nastrzyknięte krwią; osobnik, któremu zastrzyknięto skarży się na ból głowy, szum w uszach, zdaje mu się, że czaszka się rozszerza i gotowa pęknąć, uderzenia serca stają się silniejsze. Objawy te są wynikiem żywszego krążenia krwi w naczyniach, co nie tylko ma miejsce na powierzchni ciała, ale i w najgłębszych warstwach mózgu, jak się to łatwo przekonać można badaniem za pomocą wziernika ocznego.

Objawy powyższe są zupełnie też same co i przy wdychaniu amylnitrytu lecz trwają dłużej.

Zastosowanie lecznicze. Pierwsi hemeopaci wprowadzili w użycie nitroglicerynę (pod nazwą glonoiny) i zalecali ją w niektórych cierpieniach mózgowych. Następnie stosowano ją w różnych nerwicach, jak padaczce, a w r. 1879 Murrey pierwszy stosował ją w dusznicy bolesnej. We Francji nitrogliceryna weszła w użycie od roku 1880, to jest, od czasu jak Huchard przedstawił wyniki swych prac doświadczalnych i obserwacje, które pokazały, że najsilniejsze i najsukuczniejsze działanie objawia nitrogliceryna w dusznicy bolesnej.

Lecz nitrogliceryna okazała się też skuteczną i w cierpieniach zastawek tętnicy głównej, a mianowicie wtedy, gdy niedostateczności zastawek lub zwężeniu otworu towarzyszą objawy niedokrewności mózgu, jakto zawroty głowy, omdlenia, pozorną śmierć (syncope). Zastosowana na razie nitrogliceryna może sprowadzić widoczną poprawę.

*) Louis Marieux, Recherches sur la nitroglycerine. (These de Paris 1883)

Więcej jeszcze, w pewnych cierpieniach niesercowych można osiągnąć pożądane skutki z użycia nitrogliceryny, a mianowicie w silnie rozwiniętej bladaczce, w nerwobólach będących następstwem niedokrwistości mózgu; u niektórych hypochondryków, u których zбочenia w systemacie naczynio-ruchowym kiszek mogą sprowadzić prawdziwą niedokrewność mózgu, z pożytkiem stosowano nitroglicerynę. *Arnstein (z Kutna).*

67. Ernest SANSOM. **Kilka nowych środków, używanych w leczeniu chorób serca.** (*On some modern remedies in heart disease. The Lancet. 1886. N. 12, 13 i 14.*)

Nie zastanawiając się nad *przypuszczalną* wartością leczniczą najnowszych środków, używanych w terapii chorób serca, autor przedstawia wyniki badań własnych nad użyciem kofeiny i konwalii (*coffeinum* i *convallaria majalis*), które mają za sobą pewną przeszłość, a nie są jeszcze dostatecznie rozpowszechnione.

Z wad serca uwzględnione są najczęstsze, t. j. wady zastawki dwudzielnej.

I. Niedomykalność zastawki dwudzielnej (*Mitral regurgitation*).

Jak wiadomo, następstwa tej wady, mogą być dość długo usuwane przez wzmoczoną działalność i rozrost mięśnia sercowego. Z chwilą zniesienia wyrównania powstaje szereg zaburzeń, wymagających leczenia. Objawy tych zaburzeń mogą być bardzo rozmaite: bicie serca (kołatanie), niemiarowość (arythmia), ciśnienie, w dolku podsercowym, duszność, niestrawność w skutek zastoju żylnego. Niekiedy pierwszym objawem zniesienia wyrównania będzie zapalenie płuc („Limited pneumonia,” z opisu której widać, że autor miał na myśli zawał płuc z krwiopłuciem). Mogą się zjawić jeszcze i inne cięższe lecz rzadsze zaburzenia, jak zapalenie osierdzia, samego mięśnia sercowego opłucnej lub nerek.

Jakież rozporządzamy środkami do zwalczenia tylu groźnych nieraz objawów.

1. *Naparstnica* (*Digitalis*) jest zwykle naszą pierwszą ucieczką. Działanie tego środka tak jest pewnem, że w większości wypadków nie mamy potrzeby uciekania się do innych leków. Autor nie podziela „przestarzałej nieśmiałości” (old timidity) w stosowaniu naparstnicy, uważając ją za środek tonizujący mięsień sercowy; nie widzi również niebezpieczeństwa, idąc za zdaniem Broadbent'a, w podawaniu małych dawek naparstnicy przez czas dłuższy. Trzeba jednak zwrócić uwagę nato, że *digitalis* nie przez wszystkich i niezawsze bywa dobrze znoszona. Czasami, mianowicie u dzieci, sprowadza wymioty i ogólne osłabienie, a w niektórych, правда rzadkich wypadkach, zamiast wzmacniać i miarkować uderzenia tętna, działa wprost przeciwnie. Nawet dzienna ilość moczu się zmniejsza, następuje bezsenność, niepokój i zaburzenia nerwowe. Z tego względu dobrym jest taki sposób postępowania: nie dawać dorosłemu choremu więcej jak po 5 kropli *T-rae digitalis* trzy razy dziennie przez tydzień. Jeżeli lekarstwo dobrze jest znoszonym, można je dalej używać, zwiększając dawkę w miarę potrzeby. Nie należy zapominać, że okres działania *naparstnicy* jest dłuższym od okresu jej stosowania. Dr.

Raven opisuje wypadek, gdzie w 10 dni po zaprzestaniu użycia naparstnicy, ilość tętna nie przekraczała 40 uderzeń na minutę. Bezsilność naparstnicy okazuje się najczęściej w późniejszych okresach naruszenia wyrównania.

2. *Kofeina* (Coffeinum) jest alkaloidem otrzymany z drzewa kawowego, herbaty, guarany i orzechów rośliny Cola. Kofeina działa pobudzająco na rdzeń kręgowy, wpływa na przyspieszenie tętna i w dawkach umiarkowanych zwiększa ciśnienie krwi.

Niema zgody między badaczami, co do leczniczej wartości tego środka i sposobu działania. Tak np. Francotte znajduje, że lubo kofeina u zdrowego człowieka nie wpływa na zwiększenie wydalania mocznika i wody, u chorych na serce działa, jako środek moczopędny. Riegel twierdzi, że kofeina działa prędzej i pewniej od naparstnicy, nie ma działania kumulacyjnego i może być podawaną osobnikom najsłabszym. Jaccoud nakoniec (Cardiopathies. Semeine Médicale. 13 Janvier 1886) mniema, że działanie kofeiny jest identycznym z działaniem naparstnicy bez ujemnych stron tej ostatniej; z korzyścią może być użyta w chorobach serca, powikłanych chorobą nerek. Sanson zaleca używanie cytrynianu kofeiny lub też następującej formuły: Coffeinum, Natrum bensoicum aa drach. I, Aq. dest. unc. VI t. j. łyżka zawierać będzie 5 gr. kofeiny. Używać 1—3 razy dziennie.

W 8-iu ciężkich wypadkach niedomykalności zast. dwudz. autor zmuszony był uciec do innego środka, niż naparstnica. Stosowanie cytrynianu kofeiny dało następujące wyniki:

1. *Dzienna ilość moczu* stale i znacznie była zwiększoną więcej po okresie używania kofeiny, jak w czasie jej stosowania, co zaprzecza mniemaniu, że kofeina nie posiada działania kumulacyjnego. Działanie było szybkie i dobroczynnie wpłynęło na usunięcie puchliny i innych objawów. W jednym wypadku (3-im) powikłanym zapaleniem osierdzia i nerek nastąpiła śmierć, pomimo zwiększenia się dziennej ilości moczu. W dwóch innych (6 i 8) dzienna ilość moczu nawet się zmniejszyła; były to jednak wypadki powikłane przez empyemę i przewlekłe zapalenie nerek.

2. *Tętno i oddychanie* zawsze ulegały zwolnieniu; tętno stawało się prawidłowem, jak o tem prócz obmacywania świadczyły rysunki sfigmograficzne. Nawet w wypadkach zakończonych śmiercią, kofeina miewała wpływ hamujący częstość tętna i oddechu.

3. *Ciepłota ciała* stalemu ulegała znizieniu. Tylko w jednym wypadku nastąpiło nieznaczne podniesienie ciepłoty pod wpływem kofeiny.

Z powyższego wynika, że w pewnych warunkach (wada serca) kofeina jest silnym środkiem moczopędnym, że zwiększa siłę serca, działa uspakajająco na tętno i oddech, zniża ciepłotę ciała — jednym słowem jest cennym nabytkiem w leczeniu wad zastawki dwudzielnej.

Różnorodność zdań co do wartości *konwalji* zależy może od niejednostajności przetworów — w takim razie należałoby stosować

wyłącznie środek działający resp. konwallamarynę. Obok głosów zalecających konwalię (Sée, Bochofontaine, Smith, Labbé, Roberts, Ott i inni) spotykamy zdania wprost przeciwne np. Leubuscher'a i Heller'a. Prof. Jaccoud (l. c.) uważa przetwory konwalii za środek niepewny.

Autor słusznie zauważył, że wyżej wymienieni badacze nie rozróżniali w swoich spostrzeżeniach rodzaju wady serca, przy której stosowali konwalię. Według jego własnych spostrzeżeń (w liczbie 8-u) konwalię podawana w postaci wyciągu (5 gr.) albo nalewki (20 krop.) — 3 razy dziennie przy niedomykalności zastawki dwudzielnej działała w sposób następujący:

1. *Dzienna ilość moczu* malej ulegała zmianie.
2. *Częstość tętna* zmniejszała się stale; *duszność* jednak następowała niezawsze.
3. *Ciepłota ciała* — 2 razy się podniosła; zwykle była niewielka zniżka, która trwała jakiś czas po zaprzestaniu środka.
4. *Stan ogólny* w połowie wypadków w niczem się nie polepszał, a przynajmniej był taki sam, jak po użyciu naparstnicy. W drugiej połowie wypadków, gdzie istniało powikłanie z wadą zastawki tętnicy głównej, polepszenie było widoczne.

A zatem w chorobach serca, spowodowanych niedomykalnością z dwudzielnej konwalię może być *pewną korzyścią stosowana* (nie dłużej jak przez tydzień bez przerwy), *nie ma jednak żadnej wyższości nad naparstnicą.*

II. Zwężenie ujścia żylnego lewego.

(*Mitral stenosis*).

Wbrew zdaniu Broadbent'a, który twierdzi, że przy tej wadzie tętno jest miarowem, Sansom na mocy licznych spostrzeżeń utrzymuje, że z małym wyjątkiem zwęż. ujścia żył. lew. nawet w początkowych okresach charakteryzuje się przez niemiarowość (nieregularność) tętna.

Wyniki spostrzeżeń autora co do terapii wyżej wspomnianej wady, są następujące:

1. *Naparstnica* nie wywiera tak dobroczynnego wpływu, jak w leczeniu wady poprzedzającej. W wielu wypadkach zamiast regulować działalność serca, robi ją więcej nieprawidłową. Takim jest także zdanie Broadbent'a.

2. *Konwalię* w 5-iu spostrzeganym wypadkach działała, podobnie jak kofeina w leczeniu wady poprzedniej, jako silny środek *moczopędny*. *Częstość tętna*, pod wpływem 10-granowych dawek wyciągu konwalii spadała stale ze 112 do 80, 76, 72 i tętno stawało się miarowem. *Duszność* zmniejszała się, a *ciepłota ciała* cokołwiek zniżała. *Stan ogólny* poprawiał się zawsze. W dwóch wypadkach autor próbował podawać kofeinę zamiast konwalii: za każdym razem dzienna ilość moczu niewiele się zwiększała; tętno i oddychanie mało się polepszało.

Tym sposobem według spostrzeżeń Sansom'a: 1) *kofeina* jest wybornym środkiem leczniczym w wypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej, tam mianowicie, gdzie puchlina jest znaczną, 2) *konwalię* lubo niezbyt korzystnie działa w wypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej posiada wielką wartość w wypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego. A. Puławski.

II. Choroby dziecięce.

68. Prof. MONTI. **O przemywaniu kiszek i leczniczej wartości tej metody przy cierpieniach kiszek u dzieci.** (*Ueber Darmirrigationen und ihren therapeutischen Werth bei Behandlung von Darmkrankheiten im Kindesalter*). (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1886. VII. B. III Hft.). Str. 161—193.

Nowoczesny prąd lekarskiej wiedzy stara się działać na samo źródło choroby i wszelkimi sposobami dotrzeć do samego cierpiącego miejsca, dlatego też na wszystkich polach naszej sztuki chirurgija i rękoczyni chirurgiczne wypierają środki wewnętrzne. W ten sposób budujemy fundamenty przyszłej racjonalnej wiedzy, gromadząc cegielkę do cegielki, to na polu leczenia chorób piersiowych, to znów cierpien narządów rodnych, lub żołądka i kiszek i t. p.

Mechaniczne leczenie chorób kanału pokarmowego już dawniej było polecane, mianowicie Simon, Hegar, Mosler i Oser już przed 9 laty zachwalali tę metodę przy różnych chorobach tego narządu u dorosłych, podczas gdy Baginsky zwrócił uwagę na potrzebę i pożytek tego sposobu leczenia w pedjatrii. Monti przez 9 lat badał ten sposób w swej wiedeńskiej klinice i obecnie w wyczerpującym artykule zdaje sprawę z pozyskanych wyników swej pracy.

Przedewszystkiem w jaki sposób mamy robić przemywania kiszek (irrygację kiszkową)? Aparat wymagalny jest nader prosty — jest to zwykły irrygator, lub duży lejek, lub koneweczka z gumową rurką, 1—2 metrowej długości, zakończoną kauczukową kanką z kranem; prócz tego potrzebną jest rozmaitej długości grubościenna rurka gumowa, którą się wprowadza do kiszki stolcowej. Ponieważ do przemycia kiszki zbyt uczynna jest wszelka tłocząca siła, przeto miejsca irrygatora może zająć każde syfonowe urządzenie; w tym celu długą gumową rurkę napełnia się wodą, zgina się ją na dwie nierówne części, jeden koniec wprowadza do kiszki stolcowej a drugi do naczynia z wodą.

Trzeba głęboko wprowadzać rurkę do kiszki stolcowej; z początku wprowadzamy ją tylko do wysokości 4—5 ctm., wlewamy trochę płynu, poczem bardzo łatwo wprowadzamy rurkę, albo elastyczny cewnik aż do wysokości 15 ctm. Ten sposób wprowadzenia cewnika, podany przez Baginsky'ego, zabezpiecza kiszkę prostą dzieci, a nawet noworodków przed wszelkiem obrażeniem. U upartych niespokojnych dzieci, krzyczących i wydymających się podczas irrygacji, używamy obturatora Osera, wyrobionego z miękkiej guttaperki, kształtu stożkowatego; przez środek tego prostego instrumentu przechodzi wzdłuż kauczukowa rurka, obturator szczelnie przylega do brzegów otworu stolcowego i nie pozwala płynowi powracać podczas irrygacji. Do irrygacji układamy dziecko na grzbiecie, z nóżkami dobrze przyciągniętymi do brzuszka, a pod miedniczkę podsuwamy grubą poduszkę lub wałek. Uspiamy dzieci chloroformem wtedy tylko, gdy chodzi nam o bardzo obfita irrygację jak np. przy wPOCHWIENIACH kiszko-

wych. W początku przemywania używamy słabego tłoczenia, później dopiero przez powolne podnoszenie irygatora nasilamy działanie.

Doświadczenia przekonały, że na trupach płyn bardzo łatwo przedostaje się przez zastawkę ślepej kiszki i iryguje cały kanał pokarmowy; u żywych zaś nie mamy tej pewności, tyle tylko wiemy, że po uspieniu osobnika można wypełnić płynem wszystkie grube kiszki, aż do zastawki.

Opisawszy sposób irygowania, podaje autor rezultaty stosowania go w różnych chorobach, a mianowicie przy *dyspepsji* irygacja prędko i w zupełności usuwa wzdęcie (meteorismus), jakoteż wszelką zawartość kiszek, która powodowała boleści. Wewnętrzne środki używane w tym samym celu zawsze mniej lub więcej drażnią błonę śluzową, a lewatywy zbyt słabo i powolnie działają, przeto irygacjom trzeba oddać zupełne pierwszeństwo. W tych wypadkach irygacja szczególnie jest wskazana, gdzie chodzi o natychmiastowe przyniesienie ulgi chorym i gdzie boleści spowodują bezsenność lub drgawki. Działanie irygacji jest w takich razach cudownem; pod tym jednak warunkiem, aby dużo płynu dostało się do kiszek, dlatego u noworodków (do 6 funt. wających) wlewamy 200—300 g. (VII—X uncji) płynu, a u wających więcej niż sześć funtów 300—500 g. U ssawców do 4 miesięcy wlewamy 500—700 g., u starszych zaś od 500—1000—1200 g., stosownie do wieku, wzrostu i wagi, opukując od czasu do czasu podczas irygacji obwodową kiszkę (colon), przekonywamy się w stopniu napełniania się jej płynem. Przy wielkiej ilości gazów w kiszkach, wypada irygację powtórzyć po godzinie lub po dwóch. Do tych przemywań używa Monti czystej wody 20° R. ciepłoty, dodając do niej niekiedy soli kuchennej, w stosunku 5 g. na litr., przy *przewlekłej dyspepsji* systematycznie stosujemy irygacje, raz lub dwa razy dziennie, a to dlatego, aby usuwać wszelką zawartość, jakoteż gazy, które drażnią błonę śluzową i podtrzymują chorobową sprawę. Ilość i ciepłota wody takaż sama, jak powyżej, a dodanie soli (5 grm. na litr.) jest właśnie w tych wypadkach bardzo stosownem.

Przy *zawałach kałowych* (coprostitis) lepsze są irygacje, niżeli wewnętrznie użyte drastyczne środki, które niszczą żołądek i cienkie kiszki. Do irygacji poleca autor następujące laxantia: Aq. laxativa Vienensis, Inf. Sennae, Oleum ricini, Sal amarum i t. p. podług następujących przepisów: Aq. laxat. Vienensis, Aq. fontis aa 500.0 D. S. do irygacji. Olejek ryecynowy (300.0 do 500.0) mięsza się z litrem wody — na jedną irygację, Sal amarum w 2% wodnym roztworze, a Inf. Sennae z 80.0 na 500.0 colaturae i ana z 500.0 wody. Gdyby jedno wlewanie nie usunęło całego zawału, to natychmiast powtarzamy rękoczyn. W tych wypadkach posiłkujemy się długim cewnikiem, jaknajgłębiej wprowadzanym do kiszki stolcowej.

Wlewania kiszkowe wskazane są również przy *ciągłym zaparciu stolca*, usuwają one kał i pobudzają ściany kiszek do energicznej działalności. Irygacje wypada codziennie robić, o tej samej godzinie, i to z czystej wody — w ilości 1—3 litrów.

Z początku używamy wody o 24° R. ciepłoty, zniżając takową codziennie o jeden stopień. Po ośmiu dniach przerywamy wlewania, badając, czy wypróżnienie samo przez się nie nastąpi. Przy zwężeniach kiszki prostej przeprowadzamy kauczukową rurkę przez miejsce zwężenia, a systematyczne irygacje nawet w takich wypadkach usuwały cierpienie, jak tego dowodzą podane w oryginalnie dwa spostrzeżenia autora.

Wszelkiego rodzaju *Enteritis*, ostrą czy przewlekłą radzi Monti leczyć irygacjami i stosowną dyjetą, bardzo rzadko uciekając się do wewnętrznych leków. W samych początkach choroby trzeba zastosować to leczenie, i używać dużych ilości płynu, a mianowicie u ssawców 500—1200 gramów, u starszych dzieci 2—2½ litrów. Pierwszą irygację robimy z czystej wody, do następnych zaś używamy 1—2% roztworu garbnika, alunu, octanu ołowiu; lekkie roztwory antyseptyczne (kwasu karbolowego, rezoreny, chlorku potasu, salicylu i t. p.) wcale nie pomagają w ostrych wypadkach. Takowe irygacje robimy dwa razy dziennie, a po ustąpieniu wzdęcia—raz dziennie, następnie tylko co 2—3 dzień. Ciepłota płynów powinna wynosić 18° R., w razie gorączki i przy śluzowo-krwistych wypróżnieniach 10—12° R.

Przy przewlekłym niezycie grubych kiszek odznaczającym się cuchnącemi wypróżnieniami stosowne są irygacje z płynów dezynfekujących, jakoto *Natr. benzoicum* (50 na 1000), *Aq. Calcis* (400 na 600), *acid. boracicum* (10 : 1000), *Resoreyna* (0.5 na 1000) i *Natr. salicyl.* (20 : 1000). Irrogacją powtarza się dwa razy dziennie póty, aż wypróżnienia stracą zgnily, cuchnący charakter, poczem wystarczają płyny ściągające, powyżej podane.

W cierpieniach *ciężkich kiszek* irygacje mają li tylko dodatkowe znaczenie, dla usunięcia zawartości kiszek, a przede wszystkim gazów, powodujących bólesci. Leczenie dyjetetyczne lekami do wewnątrz przyjmowanemi gra główną, a irygacje tylko drugorzędną rolę. W ciągu leczenia wystarczają 3—4 irygacje. W przewlekłych zaś niezycach ciężkich kiszek stosuje autor co drugi dzień irygację z soli kuchennej lub z *Natr. benzoicum*.

Przy *cholera infantilis* przemywania są wskazane tylko w początku cierpienia, gdy objawy zapaści jeszcze nie wystąpiły. Celem ich jest zupełne wydalenie zawartości i dezynfekcja kiszek; w tym celu używamy roztworów soli kuchennej, garbnika, natri benzoici, lub kreozotu (6 kropli na 1000 gramów wody).

Przy *zaniku żołądka i kiszek* (*Atrophia*) irygacjami usuwamy ciągle zaparcie stolca i zapobiegamy fermentacji zawartości kiszkowej; trzeba je też dwa razy dziennie powtarzać i używać tylko chłodnej wody, od 18° R. do 12°—10° R.

We wszystkich wypadkach *dyzenterji* wskazane są irygacje, które przy stosownej dyjecie doskonale działają w tej chorobie. Pierwszą irygację robimy z czystej wody celem usunięcia zawartości, następnie zaś z płynów ściągających (alun, garbnik), 15° R. Gdy masy kałowe są bardzo cuchnące, używamy kwasu salicylowego, soli kuchennej i t. p. Jednocześnie lodowe okłady na brzuch i w lodzie chłodzone mleko do wewnątrz, a za napój zimna herbata z rumem. Żadnych innych leków do wewnątrz nie po-

trzeba. Podobnie doskonale działają irrygacje z rozczyńców soli kuchennej, nadmanganianu potasu, garbnika, kwasu salicylowego i t. p. przy *przeuleklej dyzenterji*.

W *tyfusie brzuszny* irrygacie słabym rozczyńcem soli kuchennej zbawiennie działają na usunięcia wzdęcia, a przy wysokim stanie ciepłoty irrygacja z zimnej wody (15° R.), lub z rozczyńców salicylanu sodu (2°/o), lub kwasu salicylowego (1°/o), podtrzymują działania środków antitermicznych (kąpeli i leków).

W początku *zapalenia ślepej kiszki* (*Typhlitis et perityphlitis*) jednorazowa irrygacja jest wskazana, aby usunąć wszelkie zaległości, następnie jednak pozostawiamy kiszki w zupełnym spokoju, lecz po ustąpieniu gorączki, bólów miejscowych i przy poprawiającym się ogólnym stanie chorego znowu ostrożnie stosujemy irrygacje, a to dla wywołania wypróżnień stolcowych.

Wielu autorów już przed Montim z pożytkiem stosowało irrygacje z wody lub z powietrza przy *wpochwieniach kiszkiowych*. Woda lub powietrze mechanicznie działają w tych wypadkach, rozszerzają intussusciptions i popychają ku górze intussusceptum, i tym sposobem znoszą wpochwienie. Pomyślnego wyniku tej metody spodziewać się możemy tylko w świeżych wypadkach wpochwień, umieszczonych niezbyt wysoko, np. w obwodowej kiszce, a szczególnie w jej wstępującej części. Przed irrygacją trzeba chorego wykąpać w wodzie 28°/o R. przez 1/4—1/2 godziny, a następnie uspić go chloroformem i nłożyć w położeniu à la vache; irrygację rozpoczynamy z małą siłą, a potem unosząc irrygator w górę powiększamy działalność. Gillette radzi stosować mięsienie brzucha jednocześnie z irrygacją i powołuje się na trzy pomyślne wypadki z swej praktyki. Przy wpochwieniach używamy w początku irrygacji z letniej, a pod koniec z zimnej wody, aby pobudzić peristaltykę kiszki. Irrygacje powtarzamy co 2—3 godziny.

W wielu wypadkach *Oxyuris vermicularis* próbował Monti irrygacją, przekonał się bowiem, że lewatywy tylko chwilowo pomagają w tem cierpieniu, gdyż zabijają tylko pasorzyty, które znajdują się w odbytynie, podczas gdy wypada irrygować cały kanał grubej kiszki aż do zastawki ślepej kiszki. Irrygacje wypada powtarzać codziennie przez tydzień, dwa a nawet trzy tygodnie. Jednak i przy tem leczeniu zdarzają się powroty choroby, gdyż młode pasożyty gnieźdzą się w cienkich kiszkach, skutkiem tego obok irrygacji wypada zastosować i wewnętrzne leki w postaci środków przeczyszczających, jakoto Inf Sennae, Sal. amarum i t. p. Do irrygacji najlepiej używać rozczyńca Saponis medicinalis 5,0 na 1000,0 letniej wody.

Wreszcie stosował autor irrygacje z zimnej (12° R) wody przy *kataralnej żółtaczce*, w 10 wypadkach. Zwykle po 4 irrygacjach żółtaczka znikła, w jednym wypadku dopiero po 10-iej irrygacji. Jednakowoż autor nie może jeszcze wyrokować, o ile pomyślne wyniki przy żółtaczce zależą od nowego sposobu leczenia i uważa dalsze doświadczenie za niezbędne. Dr. L. Wolberg.

69. NAKASTU MIYAMOTO. **O zachowaniu się wagi ciała przy chorobach kiszki u dzieci.** Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Darmkrankheiten der Kinder. (Archiv für Kinderheilk. B. 7, HH. 3 i 4).

Autor zajął się bliżej kwestyją zbadania zmian wagi ciała przy niestrawności, nieżycie kiszek, enteritis follicularis i cholerye dziecięcej. Obserwowane osobniki były w jednym szeregu wypadków ważone dwa razy dziennie: rano i wieczorem, w drugim raz dziennie, albo co 2 lub 4 dni. Otrzymane rezultaty były porównane z liczbami odpowiadającemi temuż wiekowi w stanie normalnym według tablic Quetelet i Bouchaud, ażeby tym sposobem być w stanie w przybliżeniu skonstatować utratę wagi w danych wypadkach.

Z 10 w ten sposób badanych wypadków niestrawności, autor przychodzi do wniosku, że każda niestrawność wywołuje utratę wagi ciała, stopień której zależy:

1) Od stopnia niestrawności. Lekka niestrawność przy prawidłowym stanie odżywiania wywołuje tylko nieznaczną utratę wagi, a czasami nawet pozostaje ona tylko in statu quo; ta sama choroba w silnym stopniu znacznie zmniejsza wagę.

2) Od czasu trwania choroby. W początkach cierpienia utrata wagi może być nieznaczną, dłuższemu atoli trwaniu niestrawności odpowiada większa utrata.

3) Od stanu odżywiania chorego. Jeżeli dziecko w początkowych okresach choroby było dobrze odżywiane, to utrata wagi w pierwszych dniach jest mała i dopiero po dłuższem trwaniu niestrawności większe przybiera rozmiary. Jeżeli zaś odżywianie było upośledzone, to nawet lekka niestrawność może zarówno w początku jak i w późniejszym przebiegu wywołać znaczne zmniejszenie się wagi ciała.

Ponieważ wogóle sztucznie karmione dzieci odznaczają się gorszem odżywianiem, niż karmione piersią, to można uważać za prawidłó, że utrata wagi ciała u pierwszych jest większa, niż u drugich.

4) Od istniejących powikłań. Jeżeli po ustaniu objawów niestrawności zdarza się jakiegokolwiek powikłanie, to pomimo polepszenia dziecko traci na wadze, stopień zaś utraty zależy od ważności powikłania. W wypadkach niepowikłanych po usunięciu cierpienia waga ciała z początku nie zmienia się, później bardzo szybko się podnosi. Jeżeli w przebiegu choroby bywają wahania, to jednocześnie waha się i waga.

Dalej następują rezultaty, otrzymane z ważenia 15-ściorga dzieci dotkniętych nieżytem kiszek. Rezultaty te wykazują, że każdy nieżyt kiszek wywołuje utratę wagi ciała, stopień której zależy:

1) Od stopnia nieżytu. Przy lekkich formach waga może przez pewien czas nie zmieniać się wcale, lub nieznacznie zmniejszać, ciężkie nieżyty kiszek powodują znaczną obniżkę wagi. Prócz tego przy lekkim nieżycie waga zmniejsza się powoli, stopniowo zaś, przy bardzo ostro przebiegającym gwałtownie, odrazu, często w przeciągu jednego dnia. Im prędzej następuje utrata wagi i im większą jest ona, tem groźniej przedstawia się sama choroba.

2) Od czasu trwania nieżytu i od stanu ogólnego dziecka w chwili zachorowania. Przewlekłe formy mogą spowodować ogromną utratę wagi, świeże nieżyty u dobrze odżywianych dzie-

ci przebiegają bez znacznej utraty wagi, ostre nieżyty u źle odżywianych obniżają znacznie wagę.

Jeżeli nieżyt trwa długi czas bez poprawy, to utrata wagi się powiększa.

3) Od sposobu karmienia. Dzieci sztucznie karmione tracą na wadze bardziej, niż karmione piersią. Im mniej odpowiednim jest dla dziecka pokarm, którego używa, tem większą jest utrata wagi.

4) Od powikłań, wpływ których tutaj jest taki sam, jak przy niestrawności. Zauważyć przy tem wypada, że jeżeli dyspepsja występuje jednocześnie z nieżytem kiszek, to utrata wagi bywa znacznie większą, niż przy takim samym nieżycie bez niestrawności. Jeżeli trawienie odbywa się prawidłowo, to waga ciała pomimo nieżyty może się nie zmniejszać, a nawet powiększać. W wypadkach niepowikłanych jednocześnie ze zmniejszeniem się ilości wypróżnień, powiększa się waga. Każde pogorszenie, każda recydywa stosunkowo do siły i trwania wywołuje mniejszą lub większą utratę wagi. W niektórych wypadkach pod wpływem odpowiedniego i zdrowego pokarmu waga pomimo istnienia nieżyty powiększała się. Jeżeli pomimo słabnięcia choroby waga zmniejsza się, to należy to przypisać złemu pokarmowi. Taka utrata wagi ma ważne znaczenie prognostyczne, doświadczenie bowiem uczy, że, dopóki waga nie zaczyna się podnosić, grozi niebezpieczeństwo recydywy. Wogóle zauważyć można, że utrata wagi przy nieżycie kiszek daleko wcześniej wyższego dosięga stopnia, niż przy niestrawności tej samej siły.

Z 6 wypadków enteritidis follic. w lżejszych utrata wagi była nieznaczna, w cięższych bardzo duża, we wszystkich zaś występowała bardzo szybko. W jednym wypadku autor skonstatował już na drugi dzień choroby utratę, wynoszącą 700 grammów. Przy bezgorączkowym przebiegu utrata była mniejsza i nie tak szybka, jak i przy gorączkowym. Im prędzej zniża się waga, tem cierpienie jest niebezpieczniejsze. Jeżeli stan chorego poprawia się powoli, to i waga stopniowo się powiększa, jeżeli poprawa idzie prędko, waga szybko może przybywać. I tutaj ważną dla rokowania okoliczność stanowi to, czy przy ustawianiu objawów choroby waga się powiększa, czy nie. W drugim wypadku można spodziewać się pogorszenia lub recydywy. Po wyleczeniu waga zwykle dochodzi do normy, gdy tymczasem przy nieżycie kiszek w okresie rekonwalescencji waga jest mniejszą od normalnej. — Mała ilość spostrzeganych wypadków enterit. follic. nie pozwala autorowi wypowiedzieć zdania, czy przybywanie wagi u dzieci, karmionych piersią, po usunięciu choroby, bywa większe, niż u karmionych sztucznie. Na zasadzie analogii jednak możnaby na to pytanie odpowiedzieć twierdząco.

W 6 wypadkach cholery dziecięcej chorzy ważeni byli 2 razy dziennie. Choroba ta wywołuje daleko większą obniżkę wagi, niż poprzednie. I tu, rozumie się, stopień utraty zależy od siły cierpienia. W wypadkach przez autora spostrzeganych utrata wynosiła 630, 540, 370, 250 i 200 gram. Jednemu tylko dziecku przybyło 380 gram. Charakterystyczną dla cholery jest gwałto-

wność, z jaką waga się zmniejsza. W przeciągu 24 — 72 godzin waga zmniejszyć się może do $\frac{1}{10}$ poprzedniej. Stopień utraty wagi ma ważne znaczenie dla rokowania: wszystkie wypadki, w których w przeciągu jednego lub dwóch dni waga zredukowała się do $\frac{1}{10}$ pierwotnej skończyły się śmiercią. Jeżeli stan chorego poprawił się, to waga szybko się powiększała, jeżeli poprawa była niezupełna, to można było zauważyć zmniejszenie się wagi lub wahania. Powikłania i tu naturalnie, wpływają ujemnie na wagę, zwłaszcza te, które przebiegają z gorączką. W jednym wypadku dołączyło się zapalenie płuc, i pomimo ustania objawów cholery, waga w przeciągu 4-ch dni zmniejszyła się o 630 gram.

Z. Srebrny.

70. Dr. COMBY. **O odstawianiu od piersi.** *Du sevrage* (*Progrès Médical. N. 1.--1885*).

Jedną z najważniejszych kwestyj higieny dzieci stanowi odstawienie od piersi. Akt ten, zasadzający się na odłączeniu dziecka od piersi matki, na zamianie pokarmu matczynego innym, często bywa punktem wyjścia ciężkich przypadłości, chorób, kończących się śmiercią. Wkrótce po odstawieniu, jeżeli było ono przedwczesnem, lub wykonanem nieostrożnie, najczęściej zjawia się biegunka, zapalenie żołądka i kiszek, lub cholera dziecięca. Żołądek ssawca, zastosowany do przyjmowania mleka kobiecego, tego pokarmu idealnego, buntuje się przeciwko pokarmom grubszym, które go drażnią i podkopują w ten sposób całą sprawę odżywiania. Reakcja, jaka wynika z tej walki może przebiegać w formie ostrej lub przewlekłej. W pierwszym wypadku ujawnia się przez biegunkę, wymioty, które mogą sprowadzić śmierć w krótkim czasie lub prawie natychmiastowo. W takich razach mamy przed sobą ostre zapalenie żołądka i kiszek — cholere dziecięcą. W innych razach dzieci, odznaczające się większą odpornością, nie poddają się tak łatwo skutkom niestrawności i zdradzają objawy przewlekłego nieżytu kanału pokarmowego, — brzuch ich powiększa się, żołądek się rozszerza, i powoli rozwijają się symptomata krzywicy. Występują także zmiany ze strony skóry, błon śluzowych i gruczołów limfatycznych — obraz zółców, znowu jako skutek wadliwego odstawienia od piersi. Zważywszy te następstwa niewłaściwego pod jakimkolwiek bądź względem odłączenia dziecka od piersi, łatwo zrozumieć można, jak ważne są wskazówki w tym względzie.

Mamy tu na myśli trzy kardynalne kwestyje:

1) W jakim wieku należy odstawiać dzieci. 2) Jak je należy odstawiać. 3) Jaka pora roku jest najodpowiedniejszą do odstawienia. Najłatwiejszą jest odpowiedź na ostatnie pytanie. Ponieważ ciepła pora najbardziej usposabia do biegunek i nieżytych kanału pokarmowego, ponieważ w miesiącach najbardziej gorących śmiertelność z powodu biegunki i wymiotów u dzieci jest największą i odpowiada wiernie wahaniom termometrycznym, należy więc wszelkimi siłami starać się unikać odstawiania dzieci latem, a oddać w tym względzie pierwszeństwo jesieni lub zimie.

Kwestyja wieku przy odstawianiu dzieci od piersi napotykała często na rozmaite trudności. Trousseau, który rozumiał

dobrze ważne znaczenie higieniczne i patogeniczne odstawienia, niefortunnie za zasadę w tym względzie przyjął przerwianie się ząbków, którego wahania fizjologiczne i patologiczne są zbyt wielkie i zbyt trudne do przewidzenia. Przypuśćmy, że dziecko powinno być odstawione wtenczas, kiedy ma 16 ząbków, jakież będzie wtenczas wiek jego?

Jeżeli było karmione wyłącznie piersią matki, nastąpi to między 12 a 15 miesiącem, jeżeli dostawało pokarm mieszany, sztuczny, lub zbyt wczesnie zaczęło być przyzwyczajane do grubszego jedzenia, może mieć 16 ząbków dopiero między 24 a 30 miesiącem życia.

Dalej Trousseau radzi, aby do odstawiania wybierać porę pomiędzy przerznięciem się dwóch ząbków. Rzecz ta jest zbyt błahą, aby dawać jej znaczenie, gdyż ząbkowanie, jakkolwiek jest bolesnem dla dziecka, nie wywiera jednak tych strasznych skutków, o jakich mówi T. Głównie więc przy odstawianiu należy brać pod uwagę wiek dziecka, w interesie którego leży, aby ssało jak najdłużej, nie 10 — 12 miesięcy, jak to zwykle się robi, lecz 18 — 20 miesięcy. Nawet przekroczenie tej granicy nie może być szkodliwem dla dziecka, należy jednak liczyć się także z siłami karmiącej, osłabienie której stanowi przeciwwskazanie do dalszego karmienia.

Dzieci, odstawione przed 18 miesiącem życia, bezwarunkowo tracą na tem, odstawiane zaś przed 12, narażane bywają na niebezpieczeństwo, które jest tem większe, im odstawienie bardziej zbliża się do dnia urodzenia. Wczesne odstawienie jest jedną z plag ludzkości, której w znacznym stopniu zawdzięczamy przerażającą śmiertelność między dziećmi. Do końca pierwszego roku życia, dzieci nie powinny dostawać nic oprócz mleka, karmienie papką i wodzianką pod pozorem przygotowywania do odstawienia jest bezwarunkowo szkodliwe.

Jak należy odstawiać dzieci od piersi? Jeżeli odstawienie jest późne — około 20 miesiąca życia, — to skutecznienie tego aktu jest bardzo łatwe i nie naraża dziecka na żadne poważne niebezpieczeństwo. Na kilka miesięcy przed odstawieniem należy przyzwyczajać dziecko do picia mleka z filiżanki, do używania jajek i niektórych lekkich pokarmów, z drugiej strony częstość dawania piersi powinna być stopniowo zmniejszana — z 6 razy do 4, 3, 2 i jednego razu na dobę. Można także dla obrzydzenia dziecku piersi smarować brodawkę czemś słonem, lub gorzkiem.

Przy wczesnem odstawieniu — między 12 a 15 miesiącem życia — trudności są większe, i dziecku grozić może niebezpieczeństwo rozwinięcia się zółzów lub krzywicy. Aby uniknąć tych następstw należy starannie i ostrożnie stopniowo przechodzić od pokarmu matczynego do innego. Mleko powinno być tu podstawą pokarmu, zarówno przed, jak i po odstawieniu, tak iż w przeciągu kilku miesięcy prócz niego można dawać tylko nieco wodzianki i jajka. Zamieniać stopniowo i niepostrzeżenie mleko kobiece zwierzęcem — oto najważniejsze zadanie przy wczesnem odstawianiu dziecka od piersi. Mleko, najlepiej krowie, powinno być dawane dziecku z filiżanki, lub łyżki, a nie z flaszki. Rzeczy mącz-

nych i mięsa nie należy dawać przy odstawianiu, a nawet długi czas po odstawieniu mleko, zupy, wodzianka, jajka najzupełniej wystarczają do utrzymania dziecka w jaknajlepszym stanie; wino i kawa nie powinny wchodzić w skład pokarmów małych dzieci.

Z Srebrny.

71. Prof. H. RANKE. **Porażenia u dzieci pochodzenia mózgowego.** Ueber Kinderlähmungen. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 24; Z. 2—r. 1886).

Na zjeździe przyrodników w Magdeburgu Strümpell zwrócił uwagę na ostre zapalenie mózgu u dzieci (*polioencephalitis acuta*), wywołujące porażenia.

Przebieg ostrego zapalenia mózgu u dzieci przypomina w zupełności ostre zapalenie rdzenia (*poliomyelites acuta*). Porażenia dziecięce najczęściej napotykamy u zupełnie młodych dzieci. Z dwudziestu czterech spostrzeżeń Strümpell'a najstarsze dziecko miało zaledwie 6 lat, najmłodsze 4 tygodnie.

Przyczyny ostrego zapalenia mózgu (porażeń u dzieci) nie są wcale znane.

Okres zwiastunowy choroby jest nadzwyczaj gwałtowny: silna gorączka, wymioty i drgawki. Już w dwa, cztery lub kilka dni później zauważyć można porażenie jednej połowy ciała (*hemiplegia*). To porażenie połowicze nigdy jednak nie bywa zupełnem; dzieci po pewnym czasie znów uczą się chodzić, ale przy chodzeniu utykają.

Ramię bywa zwykle bardziej porażonem, aniżeli noga; jednak nawet porażenie ramienia nie bywa zupełnem. Dość rzadko ulega także niezupełnemu porażeniu okolica nerwu twarzowego.

Oprócz połowicznych porażen, dają się także spostrzegać pojedyncze porażenia (*monoplegia*), jak porażenia dziedziny nerwu twarzowego, ramieniowego, udowego. W niektórych przypadkach porażenie istnieje tylko w postaci jakiegoś bezładu, jakichś niezgrabnie wykonywanych ruchów.

Porażone kończyny rosną później daleko słabiej, aniżeli kończyny zdrowe. Skrócenie np. ramienia, spostrzegane czasami u dorosłych, datuje się zwykle od dzieciństwa, jako następstwo przebytego w tym czasie porażenia danej części. Skrócenie to może wynosić pięć, sześć lub nawet więcej centymetrów. Mięśnie w porażonych kończynach nigdy nie ulegają zanikowi; są one zwykle napięte; napięcie to jednak nie dochodzi do stopnia przykurczenia. Odruchy ścięgniste, tak po stronie chorej, jak i zdrowej, są wzmocnione.

Porażenia u dzieci pozostawiają po sobie jakiś stan podrażnienia, które z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za tem, że porażenia te zależą od umiejscowienia choroby w korze mózgowej. U pewnej części dzieci pozostaje przytępienie zdolności umysłowych; inna znowu część po przebyciu porażenia cierpi przez całe życie na padaczkę. Ta ostatnia jest natury objawowej i jest identyczną z padaczką, spostrzeganą po zranieniu kory mózgowej.

Innem następstwem porażen u dzieci bywa *athetosis* w porażonych kończynach, głównie w ręku. Jeżeli porażenie było po stronie prawej, to mogą pozostać pewne zaburzenia w mowie; czucie po stronie porażonej jest nieco zmniejszone.

Z powyższego obrazu widzimy, że pomiędzy porażeniami u dzieci pochodzenia rdzeniowego i mózgowego zachodzi bardzo wiele podobieństwa. I jedno i drugie cierpienie napotyka się u bardzo młodych dzieci; w obu cierpieniach początek jest bardzo gwałtownym; w obu cierpieniach zmianom podlega ruchowa istota szara i rogi przednie, lub kora mózgowa.

Że porażenia u dzieci natury mózgowej zależą od siedliska zmian, w korze mózgowej, za tem przypuszczeniem oprócz obrazu klinicznego, siedliska porażenia, napadów padaczki i atetozy przemawiają także i oględziny pośmiertne.

We wszystkich zastarzałych przypadkach porażen u dzieci znaleźć można zmiany w obrębie ruchowym kory, a zatem głównie w obrębie środkowych zwojów.

Zdaniem autora, Strümpell wielką położył tu zasługę; nie tylko bowiem w sposób bardzo jasny opisał obraz kliniczny tej choroby, ale zarazem z wielkiem prawdopodobieństwem wykazał umiejscowienie jej mózgowe.

Ranke w przeciągu roku widział 18 przypadków porażen u dzieci, z których połowa zależała od ostrego zapalenia rdzenia, druga zaś połowa od ostrego zapalenia mózgu.

Obraz porażen pochodzenia mózgowego zupełnie jest identyczny z obrazem podanym przez Strümpell'a. Porażenia po większej części były połowicze (*hemiplegia*); zdarzały się także i przypadki *monoplegiae*. W porażonych kończynach następny wzrost jest daleko powolniejszy, aniżeli po stronie zdrowej.

W większości przypadków Ranke'go dzieci przyszły na świat w ciężkich dla siebie warunkach: dwoje dzieci urodziło się w położeniu pośladkowym; w innym przypadku poród trwał 36 godzin skutkiem zwięzienia miednicy. Dzieci te przyszły na świat w stanie pozornej śmierci.

Zdaniem autora, *asphyxia nascentium* prawdopodobnie odgrywa ważną rolę w etiologii ostrego zapalenia mózgu u dzieci.

Czy na to ostatnie cierpienie wpływa także jakiś czynnik zakaźny, autor nie wie.

H Goldblum.

72. PRIOR: **Stosunek choreae minoris do gościca stawowego i zapalenia osierdzia.** (*Ueber den Zusammenhang zwischen Chorea minor mit Gelenksrheumatismus und Endocarditis*). Berl. Klin. Woch. 1886. Nr. 2).

Dotychczas w literaturze lekarskiej najsprzeczniejsze panują zdania co do wzajemnego stosunku wymienionych chorób, a kwestja ta, pomimo licznych prac, nie jest stanowczo rozstrzygnięta. Większość francuskich i angielskich lekarzy sądzi, że prawie wszystkie wypadki choreae związane są z chorobami serca (Kirkes Pyc-Smith) lub z gościcem stawowym i z następczem cierpieniem wsierdzia (Roger, Séé, Jacobi, Ógle). Autorzy ci tak pewni są tej łączności, że nie badając więcej, czy stosunek ten rzeczywiście istnieje, starają się nawet objaśniać go, tymczasowo nie miecey autorzy podają w wątpliwość samo istnienie powinowactwa pomiędzy tańcem S go Witta a reumatyzmem, lub zapaleniem osierdzia. Steiner na 252 wypadki Choreae znalazł tylko cztery takie, w których gościec poprzedzał; również v. Ziemssen, Leube,

Niemeyer, Lebert, Eichhorst, nie odrzucając możności związku tych cierpień, uważają zdanie francuskich i angielskich autorów za przesadzone, tak samo zapatruje się Virchow na teorię Sée, a o stałości związku choreae z endocarditis.

Poszukiwania Priora, dokonane w klinice Bonn'skiej i potwierdzone przez tak znakomitego dyjagnostę sercowych chorób, jak Rühle, są zgodne ze zdaniem ogółu niemieckich uczonych. Tylko w pięciu wypadkach z ogólnej cyfry 92 wypadków choreae rozpoznano wadę serca — u jednej 10-cio letniej dziewczynki wada ta istniała podobno na kilka miesięcy przed wybuchem choreae, lecz w czasie badania chorej przez autora nie było śladu takiej. W trzech innych wypadkach niewątpliwie istniały stare wady serca, a mianowicie niedostateczność z dwudzielnej, bez poprzedniego gośćca; a jedna tylko 18 letnia dziewczyna cierpiała przed 7 laty na ostry gościec stawowy, poczem pozostała typową wadą serca (Insuff. mitralis).

Na zasadzie takich badań, a dodać należy, że takowe skrupulatnie i przez dłuższy czas były prowadzone i sprawdzane, wynika, że o stałym związku tańca S-go Witta z zapaleniem wsierdzia mowy być nie może. Za tym wnioskiem przemawiają i inne dane, a mianowicie: 1) chorea najczęściej zdarza się w dziecięcym wieku, a rzadko trwa dłużej jak do 15 roku życia, podczas gdy Endocarditis i gościec rzadziej występuje u dzieci, a częściej u młodzieńców pomiędzy 20 - 25 latami; 2) chorea znacznie częściej u dziewcząt występuje, a gościec i wady serca u chłopców; 3) chorea bywa dziedziczną, a na wystąpienie jej objawów niezawodny wpływ wywierają psychiczne działania, jak np. przestrasz, radość, zmartwienie i t. p.; 4) chorea udziela się innym dzieciom przez instynkt naśladownictwa; 5) kwas salicylowy wcale nie działa na objawy tańca S-go Witta.

Jednakowoż jak objasnić, że autorzy francuscy i angielscy powzięli tak pewne przekonanie co do łączności tych chorób pomiędzy sobą?

Zdaniem Prior'a polega to na względnie większej częstotliwości gościcowych cierpień i wad serca w Francji i w Anglii, skutkiem czego przypadkowe występowanie gośćca lub wady serca obok tańca S-go Witta staje się częstszem, a z drugiej strony spostrzeżenie to zależy od niedokładności badania sercowych chorych przez francuskich lekarzy, którzy każdy szmer skurczowy u niedokrwistych chorych są gotowi uznać za oznakę niedostateczności dwudzielnej zastawki.

Zdanie wypowiedziane przez Priora zyskuje na powadze przez potwierdzenie Rühle'go, który upoważnił autora do publicznego doniesienia o tem.

Dr. L. Wolberg.

73. SCHAEFER: **Wypadek ostrego gośćca u matki i jej nowonarodzonego dziecięcia.** (*Ein Fall von acutem Geiernkreatismus bei einer Mutter und deren neugeborenem Kinde*). Berl. Klin. Woch. 1886. Nr. 5.

Na ostatnim zjeździe medycyny wewnętrznej utrzymywał Edlefsen, że zakaźność gośćca jest mało prawdopodobną. Otóż opisany przez Schaefera arcyciekawy wypadek przeczy powyższemu cieczeniu.

35-cio letnia kobieta F. będąca w ostatnich dniach piątej ciąży, dostała nagle ostrego gościca, który umiejscowił się w prawym stawie napiętkowym i w lewym biodrowym; ciepłota dochodziła do 39,0° C. Było to 1 Maja a 5 Maja urodziła ona donoszone żywe i pozornie zdrowe dziecko, które 8 Maja również zachorowało na ostry gościec. Ciepłota dziecka wynosiła 39°, z początku były zajęte obie stopki, potem stawy lewego wskaziciela, lewego biodrowego stawu, a 10 Maja sprawa przeszła także za stawy wszystkich palców obu rąk i na oba biodrowe. W sercu dziecka, jako też matki nie zauważono żadnych zmian. Salicylan sodu nie działał i po kilku dawkach nie był znoszonym, ani przez matkę, ani przez dziecko.

Nie robiono zatem nic, i choroba u matki i dziecka przeszła bez żadnych komplikacji i następstw, lecz przebieg był bardzo długim, albowiem matka przestała gorączkować dopiero 10 Czerwca, a dziecko w końcu Maja; swobodę zaś ruchów odzyskało dziecko dopiero w połowie Czerwca.

Z tego wypadku wnosić można o zakaźności gościca i o 4—7 dniowem trwaniu okresu wylegania się (od 1 Maja do 8 Maja). Wypadek bardzo rzadki, ani Henoch ani Gerhardt o czemś podobnem nie wspominają, a tylko Pocock opisał w r. 1880 w *Lancecie* zbliżony wypadek.

Dr. L. Wolberg.

III. Syfilidologija.

74. BOCKHART. *Die Anwendung des Jodoforms in der Therapie der venerischen Krankheiten.* Monatshefte f. Dermatologie 1886 Nr. 1).

Ze starannie zebranej literatury autor wyprowadza nast. wnioski.

1) Na *jad tryprowy* jodoform nie wywiera żadnego wpływu, stosowanie czopków jodoformowych (leczenie poronne, według Watson-Cheyne) lub emulsyi (Compana) jest zupełnie bezskuteczne przy tryprze

2) Jodoform działa specyficznie na *jad miękkiego szankra*. Nawet szankry miękkie fagedeniczne i dyfteryczne nadają się do leczenia jodoformem.

3) Jodoform jako część opatrunku przeciwgnilnego jest bardzo użytecznym przy *dymienicach* powstałych z powodu szankra miękkiego.

4) Jodoform w terapii syfilisu gra podrzędną rolę jako przetrwój jodu stoi on znacznie niżej od jodku potasu. Tylko przy *nerwobólach* natury syfilitycznej ma być bardzo skuteczny (Zeissl, Davenport). Bockhartowi udawało się niejednokrotnie usuwać *nerwobóle* syfilityczne jodoformem (po 1,0 dziennie w pigułkach).

Miejscowe leczenie jodoformem odpowiedniem jest przy *owrzodzonych guzach* syfilitycznych (*gummata*).

75. CAMPANA. *Leczenie syfilisu dziedzicznego u ssaw-*

ców. (Clinica dermatologica e sifilologica delle Ro. Univ. di Genova II. Z. 1885. Ref. w Viertelja Derm. 1889. Z. 1).

Leczenie stosowane przez Campanę z dobrym skutkiem w licznych wypadkach syfilisu dziedzicznego jest następujące:

a) Matce karmiącej podaje się jodek potasu i środki wzmacniające; b) dla ssawca; 1) wstrzykiwania podskórne sublimatu 0,002 do 0,01 co drugi dzień; 2) codziennie ciepłe kąpiele; 3) raz do 2 razy tygodniowo kąpiel sublimatowa (2,0—3,0 sublimatu na kąpiel); 4) staranne oczyszczanie jamy ustnej po każdym ssaniu; 5) miejscowe leczenie przeciwnie, niezbędne z powodu skłonności miejscowych objawów do rozpadu i szybkiego rozszerzenia się.

76. BIDENKAP. **Uwagi o salsaparylli i jodzie przy leczeniu syfilisu.** (N. Mag. f. Laeger, XV Tom 9. ref. w Viertelji, f. Dermatologie 1886. T. 1).

Autor sądzi, że niesłusznie stracono wszelkie zaufanie w skuteczność salsaparylli przy syfilisie. Środek ten działa w pewnych wypadkach, w odpowiednim czasie użyty, wybornie. Autor stosuje salsaparyllę w trzeciorzędnych owrzodzeniach syfilitycznych, gdy jod nie jest znoszony, albo przestał już działać (po dłuższym stosowaniu)—salsaparylla działa powolniej niż jod, jednak daje nieraz zadziwiające wyniki.

Ale i w okresie drugorzędym można niekiedy z korzyścią stosować salsaparyllę, a mianowicie w wypadkach, gdy recydywy nie można powstrzymać rtęcią, gdy wysypka staje się pierścieniowatą, a stan ogólny chorego pogarsza się widocznie. W wypadkach podobnych najenergiczniejsze leczenie rtęcią może być bezskuteczne, a salsaparylla działa dobrze.

Autor podaje zazwyczaj salsaparyllę w odwarze z 30,0 do 50,0 na 500,0 dziennie, bez przerwy w ciągu 3—6 tygodni, dla kobiet w mniejszej dawce.

Jod (jodek potasu) działa potężnie tylko w trzeciorzędym okresie syfilisu, autor zaznacza jednak skuteczność jodu także w pewnych wypadkach wczesnego syfilisu. Są to wypadki, w których ku końcowi drugiego okresu wylegania, bezpośrednio przed pierwszą ogólną wysypką zjawiają się bóle w głowie i członkach z nasileniami wieczornymi i niekiedy zjawia się jednocześnie ograniczone obrzmienie i zaczerwienienie skóry nad kością ciemieniową, czołową, lub goleniową (periostites). W tych razach drobne dawki jodku potasu działają wybornie. Jod działa też dobrze w t. z. gościecu syfilitycznym i przy wczesnej rupia syphilitica.

Funk.

77. NEUMANN. **Reinfectio syphilitica.** (*Wiener Medizinische Presse N. 5*).

Pytanie, czy przymiot może być kilkakrotnie w życiu nabytym zajmuje syfidologów od 16 stulecia. Ricord stoi na czele tych, którzy uważają powtórne zarażenie za niemożliwe, twierdzi zarazem, że od przymiotu nikt wyleczyć się nie może. Bärensprung sądzi, że po wyleczeniu się z przymiotu organizm człowieka podobnie jak po ostrych wysypkach zabezpieczonym jest od powtórnego zarażenia się. Sigmund nie wierzy w powtórne zarażenie.

nie, podczas gdy Zeissl widział takowe w kilka miesięcy po wyleczeniu się z przymiotu.

Neumann przedstawia na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego Wiedeńskiego chorą, która stanowi najwymowniejszy przykład powtórnego zarażenia.

Chora przybyła na klinikę w Listopadzie 1883 r. z szerokiemi łepieżami i obrzmieniem wszystkich gruczołów chłonnych. Po 26 wcieraniach szaruchy została ona wypisana. Po pewnym czasie wróciła z wrzodziejącymi guziczkami (papulae) i przez kilka tygodni była leczoną za pomocą jodku potasu. Przed kilku tygodniami znowu przybyła do kliniki. Prawa wielka warga sromna była obrzmiała i brunatno-czerwono zabarwioną; na brzegu znaleziono ograniczony, płaski, sadłowaty guzik. Trudno było określić, czy to jest w rozpadzie będący guziczek, czy też stwardnienie pierwotne owrzodziałe. Zastosowano obojętne leczenie, poczem zauważono coraz bardziej rozszerzające się charakterystyczne stwardnienie, gruczoły chłonne obrzmiały, a po dwóch tygodniach przy objawach gorączkowych wystąpiła plamista wysypka na całym ciele. Nie ulega, zdaniem Neumanna, najmniejszej wątpliwości, że w danym wypadku miało się do czynienia z nowym zarażeniem.

Arnstein.

IV. Choroby oczne.

78. O. BERGMERSTER. **Niedoślep, spowodowany truciznami.** (*Die Intoxicationsamblyopien. W. K. 1886*).

Mając na względzie największą częstość wypadków niedoślepu w skutek działania *wysokoku* i *tytoniu*, autor opisowi tego cierpienia pierwsze poświęca miejsce.

Ponieważ nałogowi pijacy zwykle bywają namiętными palaczami, to niedoślep ich w większej liczbie wypadków musimy przypisać działaniu obydwóch trucizn. Dotyka on przeważnie osoby, mające z górą lat 40 i stanowi podług spostrzeżeń Hornera 0,7% wszystkich chorych na oczy, podług spostrzeżeń Gałęzowskiego 1%. Nie mała więc jest to liczba, jeżeli nadto zauważymy, że wielu nałogowych pijaków i palaczy nie są chorobą dotknięci. Gra i tu bowiem wielką rolę indywidualna wrażliwość.

Charakterystyczne cechy tego niedoślepu są następujące: powstaje on szybko i na obu oczach, przyczem mamy: ślepotę dzienną, zmniejszenie siły środkowego widzenia, mroczki w polu widzenia, osobliwie dla barw: zielonej i czerwonej, a naostatek barwne obrazy. Pole widzenia nie zmniejszone. Badanie za pomocą wziernika w początku choroby nie daje zmian żadnych, w późniejszych okresach przedstawia częściowy zanik nerwu wzrokowego z odbarwieniem siatkówki od strony skroni (neuritis retrobulbaris axialis chronica). Z wyż wymienionych objawów sądzić można, że niedoślep w skutek działania *wysokoku* jest chorobą nerwu wzrokowego, a nie siatkówki. Wniosek ten potwierdza Fürster; zauważył on, że mroczki przy chorobach nerwu wzro-

kowego znacznie się różnią od mroczków, zależnych od chorób siatkówki; pierwsze są ujemne, drugie dodatnie (chory w polu widzenia widzi ciemne plamy), to jest, wrażliwość na światło w ostatnich wypadkach jest zmniejszona. Toż samo można powiedzieć i o mroczkach dla barw. Przy niedoślepie wysokokowym mamy tylko ujemne mroczki, nadto dzienna ślepotą dowodzi, że choroba głównie tkwi w nerwie wzrokowym, nocną bowiem, czyli tak zwaną kurza ślepotą właściwą jest chorobom siatkówki.

Wyżej nadmieniliśmy, że nałogowi pijacy są zwykle namiętnymi palaczami — z tego wynika, że gdy jedni, przeważnie angielscy okuliści, uważają ten niedoślep, za zależny li tylko od szkodliwego działania tytoniu, inni — niemieccy główną winę przypisują wyskokowi. W wielu wypadkach trudno na pewno orzec, który z tych wpływów przeważa, nie ulega wszakże żadnej wątpliwości, że czyste formy niedoślepu tytoniowego są częstsze, niż niedoślep wyskokowy; nie tylko ci, co palą lub żują tytoń, ale nawet ci, co w fabrykach tytoniu pracują, mogą być dotknięci niedoślepiem tytoniowym (Gałęzowski). Niedoślep ten powstaje powoli (różnica od czystych form niedoślepu wyskokowego); zupełna ślepotą rzadko się zdarza, tymczasem mroczki w środku pola widzenia pozostać mogą na długo. Wielką gra rolę w obydwóch tych postaciach niedoślepu ogólny stan zdrowia — według zdania Förstera powinniśmy nawet za właściwą jego przyczynę więcej uważać zły stan ogólny (np. przy przewlekłym niezycie żołądka), niż bezpośredni wpływ wysokości lub tytoniu. Rokowanie dopóty jest dobre, dopóki nie mamy zmian w tarczy nerwu wzrokowego. Przy zaprzestaniu użycia wysokości lub tytoniu niedoślep znika. W leczeniu główną uwagę trzeba zwracać na wzmocnienie ogólnego stanu.

Przy przewlekłym otruciu *ołowiem* niedoślep i ślepotą mogą się przedstawiać w 4-ch odmiennych formach (Leber).

a) Ślepotą występuje nagle na obu oczach; wzniernik nieznacznie tylko pokazuje zmiany.

Jak zauważył Tauquerel, ślepotą zwykle zjawia się wtedy, kiedy ustaje napad kolki ołowianej. Wypadki te mają wielkie podobieństwo do ślepoty, wywołanej mocznicą, w przebiegu np. ostrego zapalenia nerek u ciężarnych. Ponieważ przy otruciu ołowiem mamy do czynienia z ostrym zapalnym procesem w nerkach, lub przynajmniej, jak sądzą inni, z chwilową przeszkodą w ich czynności, nic dziwnego, że niektórzy okuliści, za główną przyczynę tej ślepoty uważają nie otrucie ołowiem, a mocznicę, tem bardziej, że i zmiany w oku i obrzęk pochwy nerwu wzrokowego przemawia na korzyść tego zdania. Ze sam ołów bez mocznicy może wywołać ślepotę, o tem wątpić nie należy, w niektórych bowiem wypadkach ślepoty w skutek pracy w fabrykach, w moczu białka nie znaleziono, a wzniernik zamiast obrzęku pochewki nerwu wzrokowego wykazał częściowy zanik i odbarwienie brodawki (neuritis retrobulbaris peripherica chronica). Rokowanie w obu formach dobre. W pierwszej, zależnej od mocznicy, możemy w kilka godzin usunąć ślepotę, stosując pilokarpinę.

b) Ślepotą występuje powoli; w środku pola zjawiają się

mroczki dla światła i barw, osobliwie zielonej; pole widzenia zwężone. Wziernik pokazuje przekrwienie brodawki i naczyń siatkówki. Mocz białka nie zawiera. Większość autorów i tę formę uważa za neuritis retrobulbaris peripherica chronica.

c) Ślepotą występuje nagle lub zjawia się tylko niedoślep, który powoli przechodzi w ślepotę. Wziernik wykrywa silne zapalenie nerwu wzrokowego, które szybko powoduje zanik jego. Mocz nigdy nie zawiera białka. Choroba zawsze występuje razem z innymi objawami otrucia. Rokowanie w tej formie ślepoty jest w ogóle złe.

d) Ślepotą zjawia się w powszechnie znanej postaci retinit. albumin. i zależy nie od otrucia ołowiem, a od spowodowanego przez nie zapalenia nerek.

Delpech pierwszy opisał otrucie *dwusiarkiem węgla*. Zauważył on, że robotnicy w fabrykach kauczukowych, gdzie używają dwusiarku węgla do rozpuszczania kauczuku, wkrótce po wstąpieniu do fabryk doznają bólów głowy, bezsenności, niepokoju. Wkrótce zjawia się ogromne podniecenie czynności mózgu z następującym po niem przygnębieniem. W tym okresie mamy i zaburzenia wzroku. Gałęzowski u takich chorych znalazł: osłabienie akomodacji i siły wzroku, mroczki dla barw. Wziernik wykrył częściowy zanik brodawki i zapalenie nerwu wzrokowego na obwodzie (Atrophia papillae cum perineurite). Niedoślep ten powstaje zawsze łącznie z objawami ogólnego otrucia dwusiarkiem węgla, nigdy bez nich. Rokowanie dobre.

Dawki *chininy*, które mogą wywołać otrucie wahają się pomiędzy 3.0—80.0 (gr. 11—unc. 1). Indywidualna wrażliwość wielką gra tu rolę; czasami już po jednej wielkiej dawce, nierównie częściej po wielu mniejszych, przez dłuższy czas stosowanych, mamy objawy ogólnego otrucia, a razem z niemi: całkowitą ślepotę i głuchotę z szumem w uszach. Wziernik pokazuje nadzwyczajną błądź i zwężenie naczyń siatkówki; brodawka w tych wypadkach jest biała, jak kreda. Godną wielkiej uwagi jest ta okoliczność, że po upływie czasem wielu bardzo miesięcy naczynia siatkówki znowu się krwią napęlniają i wzrok powraca. Rokowanie jak najlepsze.

Salicylan sodu i *bromek potasu* stosowane w wielkiej ilości wywołać mogą te same objawy ze strony wzroku, co i chinina t. j. całkowitą ślepotę przy pełnej bezkrwistości siatkówki. Ślepotą znikną, kiedy dotknięci nią przestają używać lekarstw.

Santonina nie wywołuje rzeczywistego niedoślepu, tylko barwne obrazy tak, że chorzy wszystko widzą w żółtym lub fioletowym kolorze.

Nieden opowiada o ślepcie, powstałej w skutek wstrzyknięcia do worka płucnej 100 grm. 3^o/_o kwasu karbolowego. Zrenice przytem były rozszerzone, wziernik nie wykrywał zmian żadnych. Po dwóch dniach ślepotą znikła.

Pary *kwasu osmowego* powodują lekki niedoślep i ogólną wrażliwość.

Von de Thatam zauważył przy otruciu parami *kwasu pruskiego* widzenie przez połowę (hemioopia), które znikło po upływie 4—5 godzin.

Nie wiadomo, czy zaburzenia wzroku powstające przy stosowaniu *morfiny* i *opium* trzeba przypisać działaniu tych środków, czy też uważać je za zależne od chorób, przeciw którym opium i morfinę podają. Chorzy w przebiegu tych otruś dalszych przedmiotów nie widzieli, wszystko w ich oczach skakało i tańczyło, barw żółtej i czerwonej odróżnić nie mogli, podczas gdy granice pola widzenia były zwykle. Po odstawieniu środków pozostawało zawsze zwiężenie źrenicy (*myosis*) i skurcz mięśni akomodacyjnych.

Ali opisał ślepotę przy użyciu *haszyszu* — podobną zupełnie do tytoniowej z tą różnicą, że haszysz nierównie mocniej działa.

Ukąszenie *żmij jadowitych* w południowej Ameryce powoduje także ślepotę całkowitą (Lourenço de Magalhaes). *St. Lagowski*

79. Th. GERMANN. **Przyczynek do pytania o refrakcyi ssawców, jako też dzieci przed uczeniem do szkoły.** (*Arch. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.* Bd. XXXI. 2. A.).

Autor, zbadawszy w Petersburskim domu podrzutków refrakcyję u 110 dzieci (220 oczu) w pierwszych 80 dniach życia, znalazł we wszystkich przypadkach bez wyjątku nadwzroczność. Ze 132 oczu dzieci w wieku od 1½ do 10 lat, które się jeszcze nie uczyły, miało miarową refrakcyję 7%, nadwzroczność 89% i krótkowzroczność 4%. Wrodzoną krótkowzroczność postrzegał autor tylko w dwóch przypadkach: raz u 82-dniowego, drugi zaś u 8-miesięcznego dziecka.

J. N.

80. W. H. JESSOP. **O działaniu kokainy z atropiną przy zapaleniu tęczówki.** (*The Lancet.* Oct. 10—1885).

Na zasadzie 11-stu spozteganych przypadków, poleca autor przy ostrem zapaleniu tęczówki użycie atropiny z kokainą; wyleczenie otrzymuje się wtedy daleko prędzej, niż przy samej atropinie i nie ma potrzeby uciekać się do środków odciągających lub pijawek.

J. N.

81. GAŁĘZOWSKI. **O zakryciu rany rogówki plasterkiem żelatyny po operacyi wydobycia zaćmy.** (*Centralblätter für practischen Augenheilkunde.* Nov. 1885).

Pomimo użycia antyseptyki zdarzają się jednakże przypadki zakażenia rany rogówki i zropienia galki ocznej po wydobyciu zaćmy. Autor sądzi, że i normalne lzy zawierają drobnowidzowe ustroje mogące wywołać zakażenie i wskutek tego radzi zakrywać bezpośrednio po operacyi ranę rogówki cienką błonką przygotowaną z żelatyny z dodatkiem sublimatu i kokainy; dla lepszego przystawania do rogówki jedna strona takiego plasterka jest osobnym sposobem nagumowaną. Błonna taka rozpuszcza się we łzach dopiero po 10—14 godzinach, t. j. wtedy, gdy już nastąpiła *prima intentio*. Żelatynowy plasterek jest dość miękki, szczególnie jeżeli go przed użyciem zanurzyć w ciepłą wodę, łatwo przystaje do rogówki i łącznicy i nie wywołuje żadnego podrażnienia.

Autor używał żelatynowego opatunku przy 19 operacyjach wydobycia zaciemka, przy jednej operacyi stożka rogówki i jednej irydektomii z powodu wrzodu rogówki, — we wszystkich przypadkach zagojenie nastąpiło bez najmniejszego śladu podrażnienia; chociaż u jednego z operowanych (wydobycie zaćmy) istniał nawet zadawniony śluzotok worka łzowego.

J. N.

82. Dr. SCHUBERT. **Przypadek zatrucia kokainą.**

Dentysta Bock w Norymberdze wstrzyknął przed wyrwaniem zęba do odpowiedniego zębodołu 6 kropeł 20% roztworu kokainy. Wstrzyknięcie takowe stosowane przedtem w 140 przypadkach pozwalało wyrwać ząb bez bólu, żadnego zaś ogólnego odczynu nie wywoływało, w danym zaś przypadku pacjentce w 7-m miesiącu ciąży, po 10 minutach *pociemniało w oczach*, następnie straciła przytomność i zaczęła bredzić; podawanie środków orzeźwiających i następnie podskórne wstrzyknięcie eteru nie pomagało, nakoniec wdechaniem kilku kropli amylnitritu szybko ocucilo chorą. (*Hirschberg's Centralblatt f. prakt. Augenhkld. Januar 1886. str. 17.*)

I. N. P.

83. WOOD-WHITE z Birmingham. **Złe skutki kokainy w przypadkach wydobycia zaciemka.**

W roku przeszłym Bunge z Halli opisał cierpienia rogówki w formie nadzarc nabłonkowych, zmętnienia miąższowego i t. d. Po operacyi wydobycia zaciemka; zmiany rogówki Bunge przypisywał działaniu kokainy użytej do znieczulenia oka, gdyż sublimat używany do przemywania oczów nigdy zmian tego rodzaju nie wywoływał. Obecnie Wood White spostrzegł także w 5-u przypadkach wydobycia zaciemka w podobnych warunkach zmętnienie rogówki po operacyi, lecz cierpienie to przypisuje działaniu sublimatu na rogówkę, odporna siła której zmniejszoną została znieczuleniem kokainą. (*The Ophthalmic Review, January. 1886. str. 6.*)

I. N. P.

84. Dr. GLÄSSNER. **Jodol w okulistyce.**

Autor poleca jodol dla zastąpienia jodoformu; używał go z dobrym skutkiem w postaci proszku przy owrzodzeniach rogówki; w formie maści (2%) z wazeliną; przy łuszczce pryszczycowej i jaglicowej, powierzchownych zmętnieniach rogówki, jako też w jednym przypadku surowiczego zapalenia tęczówki. Maść jodolowa wylecza także szybko zapalenie brzegu powiek, i zdaje się przyspieszać wyleczenie jaglicy w końcowym jej okresie. (*Hirschberg's Centralblatt f. prakt. Augenhkld. Januar 1886, str. 16.*)

V. **Gynekologija.**

85. BRENECKE. **O kolpohysterektomii.** *Ueber die vaginale Totalexstirpation des Uterus.* Zeit. f. Geb. u. Gyn. XII, B. I Heft 1886.

Autor wykonał 18 kolpohysterektomii i w swojej monografii zwraca uwagę na 4 punkta:

1. Za pierwszy warunek powodzenia uważa uprzystępnienie pola operacyjnego. Wiadomo że niepodatna kiszka prosta, wązkie i niepodatne wejście do pochwy, jako też sama pochwa, są wstanie utrudnić operację do najwyższego stopnia, w takim razie przecięcie kiszki, jako też dłuższe tamponowanie pochwy zapobiega temu po części.

Macica powinna być normalnie ruchomą, by z łatwością mo-

gła być sprowadzoną do wejścia do pochwy, w przeciwnym razie nie należy się zupełnie brać do operacji. Przeciwskazaniem też do operacji jest przejście nowotworu na sąsiednie tkanki, co prócz unieruchomienia macicy powoduje, iż operacja nie będzie radykalną lecz paljatywną i w tym jednak wypadku ma ona rację bytu, uwalniając chorą czasowo przynajmniej od bólów. Autor przypała w takim razie na 10 dzieci Paquelin'em tkanki, otaczające macicę.

Do utrzymania macicy w miejscu autor podaje swoją „uterus klammer“, której zadaniem jest uchwycić macicę od wewnątrz i tym sposobem zapobiedz zadziernięciu się i oderwaniu części zrakowacialej, jak to bywa przy ujęciu haczykami.

2. Omawiając niebezpieczeństwo wynikające z zagrażającego krwotoka i środki dla jego uniknięcia autor rozbiera detalnie stosunki anatomiczne macicy i jej więzów do otrzewnej i naczyń; między innymi wspomina, iż czasem arteria uterina spuszcza się nisko na sklepienie pochwy i ztąd podnosi się na macicę. Przystępując do operacji, autor robi 2 poprzeczne cięcia na sklepieniach pochwy: jedno z tyłu, drugie z przodu, przenikające do luźnej tkanki łącznej, *nożem* mającym formę sierpa, strona wypukła jest ostrą. Cięcie robi nie odrazu głębokie lecz powierzchowne, by się ustrzedz krwotoku, następnie wyluszcza macicę palcami z tkanki łącznej otaczającej szyjkę; z przodu jest to możebne tylko u wewnętrznego ujścia macicy, gdyż tu otrzewna ściślej jest przymocowana. Często z boku udaje się odseparować arteriam uterinam. Następnie B. okluwa z każdej strony podstawę szerokiego więzu w 5 do 6 częściach podwójną ligaturą. Używa do tego igły esowatej z jednym niezupełnym otworem, znajdującym się tuż przy ostrzu, z którego można w każdej chwili usunąć nitkę w całości i drugim zupełnym na wysokości luka igły, który służy do utrzymania nitki w rowku pierwszym przez pociąganie przewleczonych przezeń końców.

Po dokonaniu obklucia przebija palcem otrzewną do jamy Dougllassa, rozszerza ranę na obie strony, zachodzi haczykowato palcem na dno macicy i odciąga je ku tyłowi, polecając zarazem asyistentowi przyciągnąć macicę szczypcami Museux ku przodowi; zachodzi wskazicielem lewej ręki na przednią powierzchnię macicy i wypukła nim otrzewną aż do spotkania się z prawym wskazicielem, wprowadzonym do rany w przednim sklepieniu, naprężoną otrzewną przebija między palcami, otwór rozszerza. Wywrócenie macicy ku tyłowi czasem udaje się łatwiej, czasem trudniej, nie wywraca się jej nigdy do tego stopnia, aby, jak się Olshausen obawia, ujście poszło do góry i zetknęło się z organami pokrytymi otrzewną, macica jest in retroflexione, część pochwowa zostaje przyparta do spojenia łonowego. Nakoniec za pomocą igły Olshausena i pod przewodnictwem palców przeprowadza elastyczną ligaturę na szerokie więzy, które odcina w oddaleniu od podwiązania by zapobiedz ześlizgnięciu się ligatur.

3. Całą wyż wymienioną manipulację zastosowywał dla zabezpieczenia się od zranienia sąsiednich organów, w szczególności pęcherza i moczowodów. Po częściowem odluszczeniu macicy

i odciągnięciu jej ku tyłowi, wyż wymienione organy zostają więcej oddalone i niema obawy podwiązania, tembardziej, że w każdej chwili można je wyczuć, chyba że tkanka otaczająca szyję uległa zrakowaceni i nastąpiło ogólne zgrubienie i zlanie się w jedną całość. Trzeba zwracać baczną uwagę na to czy rak nie przeszedł na pęcherz lub kiszkę prostą, gdyż nie zachowawszy tej ostrożności przy wyluszczeniu palec nasz może się naraz znaleźć w pęcherzu lub kiszce. Można wprawdzie jednocześnie usuwać zrakowaciałą kiszkę lub części pęcherza moczowego i nakryć szwy, lecz rezultat wtedy jest bardzo wątpliwy.

4. Technika operacji powinna dać gwarancję, że rana pozostanie aseptyczną, i żadnych przypadłości podczas gojenia się nie będzie.

W tym też celu przed operacją należy odpowiednio chorą przygotować: dyeta lekka mięsna. W sam dzień operacji na czczo na godzinę przed operacją chora dostaje 25 kropli trae opii simpl; częste kąpiele ogólne przed operacją; części zrakowaciałe muszą być przedtem usunięte bądź wyłyżeczkowaniem, bądź Paquelinem; dwa razy dziennie irrigacje pochwy sublimatem (1:1000); do utrzymywania nóg zastosowywano aparat Sängera, który nie przeszkadza asystentom widzieć pola operacyjnego. Operacja odbywa się pod stałą irrigacją pola roztworem zinci muriatici 0,3 – 0,4%.

Po operacji, po dokładnem refopowaniu tego, co wypadło, po oczyszczeniu tamponami macicznymi w roztwornie sublimatu, autor związuje ze sobą końce elastycznych ligatur, nałożonych na szerokie więzy, tym sposobem wytwarza przegrodę uniemożliwiającą wypadnięcie kiszki, z drugiej strony wydzieliną i zmartwiałe części mają zapewniony swobodny odpływ do pochwy.

Podczas leczenia następczego nie irryguje pochwy by się płyn do jamy otrzewnej nie dostał. Ranę przysypuje jodoformem i zakłada tampon.

Mocz pierwszego dnia po operacji autor wypuszcza kateterem drugiego już chora samowolnie go oddaje, od drugiego dnia podaje chorej rosół niezadługo i mięso. Przy bólach dostaje opium vel. morphium subcutan; 6 lub 7 dnia dostaje olejku rycynowego i lewatywę. Podwyższenie ciepłoty bywa nieznaczne, i ustępuje zwykle po zjawieniu się pierwszych wypróżnień, trzeciego lub czwartego dnia zmienia tampon w pochwie, a siódmego usuwa go całkowicie. Czasem przy jodoformie występowała urticaria, czasem objawy otrucia, ale te przechodziły. Od 7-go dnia przemywanie 2% roztwornem zinci muriatici; 17 lub 20 dni ligatury elastyczne oddziały się łatwo za pociągnięciem.

Podług wszelkich prawideł powinniśmy zastosowywać dren, by dać swobodny odpływ w wydzielinie z ran, lecz autor przez związywanie ligatur elastycznych i opuszczenie końców ich do pochwy, otrzymuje zupełnie ten sam skutek, co przy użyciu drenów. Przeciwnie przestrzykiwaniu jamy silnie powstaje, gdyż strumień wodny rozrywa początkowe zrasty powstałe w skutek ograniczonego zapalenia otrzewnej a służące do zamknięcia rany, i sam powoduje rozlane zapalenie otrzewnej i niejednokrotnie śmierć; tegoż zdania

jest Mikulicz. Autor woli biernie się zachować, niż szkodzić wstrzykiwaniem płynem mało antyseptycznie działającego. W pochwie tampon jodoformowy z gliceryną wybornie zastępuje sączek.

Powstaje też B. przeciwko zeszywaniu otrzewnej, gdyż niebaczając już na trudności zeszywania, nigdy nie możemy być pewni że jama dobrze została oczyszczoną i że niema gdzie w zakątku skrzepów krwi, które później wywołują zapalenie otrzewnej, na co zwrócili uwagę i autorowie, pozostawiający miejsce dla drenu.

Pytanie czy należy usuwać jajowody i jajniki, autor rozstrzyga przecząco, w swoich wypadkach prawie zawsze je zostawiał i przekonywał się że z czasem ulegają zanikowi, co i objawy ogólne potwierdzają.

Statystyczne dane z kliniki Schrödera wykazuje na 105 amputacji szyjki macicy 12,3% śmiertelności, na 34 ekstyrpacji 26% śmiertelności, co, jeśli wziąć pod uwagę trudność dokonania operacji, nie stanowi zbyt rażącej różnicy, a tym czasem radykalna operacja, o wiele więcej jest warta, niż chwilowe uczucie bólów po amputacji szyjki, gdyż recydywa zjawia się zwykle w przeciągu najdalej 6 miesięcy. Powtórne zdaniem autora krwotok przy wysokiej amputacji o wiele jest większy niż przy spokojnie robionej ekstyrpacji, po 3) kobieta z pozostałym kawałkiem macicy o wiele większym podlega przypadłościom, jak kompletnie bez macicy.

Co do amputacji sposobem Freunda, to autor w ostateczności tylko zgadza się na nią i to uprzednio podwiązawszy arteriom uterinam per vaginem, woli zaś taki wypadek ze względu na śmiertelność 75% uważać jako nie kwalifikujący się do operacji.

Co do zastosowania ekstyrpacji w innych wypadkach jako to: nowotworach niezłośliwych, perimetritis nieuleczalne, krwotokach i t. d., to powinniśmy zostawić każdemu operatorowi do woli gdyż każdy oddzielny wypadek ma swe odrębności przemawiające za lub przeciw operacji, naprzykład perimetritis u robotnicy miało by wskazanie do ekstyrpacji i t. d.

W końcu autor podaje kazuistykę wypadków; wszystkie kobiety przeżyły operację.

M. Brüner.

86. HERFF O. **Przyczynek do Kolpohysterektomii.** *Ein Beitrag zur vaginalen Total Extirpation der Gebärmutter.* Arch. f. Gynäkologie Bd. 26 Hft. 2) 1885 r.

Autor w opisywanym wypadku operował sposobem Fritsch'a, który, z powodu trudności jakie się przedstawiły podczas operacji, został odpowiednio zmodyfikowany, a mianowicie: 1) boczne cięcia pochwy wykonał od jednej trzeciej części tylnego sklepienia do połowy przedniego, tak że oba cięcia zajmowały $\frac{3}{4}$ całego sklepienia, tym sposobem łatwiej ściągnął macicę ku dołowi, powtórnie w każdej chwili mógł z łatwością kontrolować każde następne cięcie i w razie krwotoku z całą ścisłością podwiązać krwawiące naczynia nie potrzebując jak Fritsch robić obklucia; 2) przed odpreparowywaniem i oswobodzeniem zupełnem szyi najsamprzód podwiązywał obustronnie arteriam uterinam, by tym sposobem

uwolnić się od krwotoków; 3) naczynia podwiązywał po należytem odseparowaniu, unikając obklucia, takie odseparowanie od luźnej tkanki nie przedstawia trudności, ligatury ściśle nałożone na odseparowane naczynia nie zeslizgują się, a oprócz tego ligatury en masse niepotrzebnie sprowadzają zmartwienie uchwyconych w ligaturę tkanek. Autor nie odrzuca bezwzględnie obklucia, lecz radzi uciekać się doń tylko w ostateczności, np. gdy tkanki otaczające naczynia są bliznowato przerodzone, lub gdy rozszerzone żyły nie mogą być dokładnie odseparowane; 4) co się tyczy antyseptyki to instrumenta trzymano w 4% kw. karb., do rąk zaś rany, jedwabiu, gąbek i opatrunku używa sublimatu 1:1000 do 1:5000; jedwab leży w takim rozczeniu 12 godzin. Powikłania jakie napotkał autor w swoim wypadku, a które znakomicie utrudniły operację były następujące:

Anteflexio uteri, silny przerost ciała macicy, wewnątrz polip, na zewnątrz myoma subserosum, nowotwór w rozpadzie; parametritis posterior, w skutek czego jama Douglasa wypełniona fałszywymi blonami, a stare zrosty utrzymywały macicę w miejscu. Autor z powodu krwotoku zmuszonym był robić operację w 2 seansach. Z powodu iż macica była nieruchoma, przemyślał nawet o rozcięciu (discisio) pochwy i kiszki by mieć większy dostęp, lecz przy bardzo trudnych manipulacjach udało się oswobodzić macicę, bez uciekania się do tej ostateczności.

Dalej autor zadaje sobie pytanie, czy nie lepiej przy takim przeroście wyciąć klin z macicy pomimo silnego krwotoku, aniżeli kończyć operację sposobem Freund'a i woli pierwsze jako mniej niebezpieczne od laparatomii. Co do zrostów to chociaż one służą za przeciwskazania, autor uważa metodę Fritscha przez siebie zmodyfikowaną za odpowiednią w takich razach.

M. Brüner.

87. Post E. **Wycięcie całkowite macicy z powodu raka.** *Kolpohysterectomy for cancer.* (The American Journal of the Medic. Sciences January. 1886.

Autor stwierdza na podstawie danych z amerykańskich oddziałów, a także z klinik berlińskich i wiedeńskich, że z biegiem czasu raki zdarzają się coraz częściej. Według Simpsona zdarzają się one 3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, a połowę wszystkich raków dostarcza macica. P. za jedynie radykalne leczenie uważa całkowite usunięcie macicy przez pochwę.

Już w r. 1560 Andreas a Cruze dokonał operacji wycięcia macicy, lecz od tego czasu do r. 1810, w którym Osiander i Lisfranc robili częściowe wyluszczenie, w literaturze nie spotykamy wzmianki o żadnym wypadku. W r. 1814 Gutberlet podał prawidła których się trzymać należy przy operacji za pomocą cięcia brzuszego, a w r. 1825 Langenbeck, Conrad Martin, Blundell już wykonali tym sposobem kilka operacji; Delpech zaś w pierw oddzielał pochwę, odseparowywał pęcherz moczowy w pozycji, dla kamienia i kończył operację cięciem brzuszem (2 wypadki z pomyślnem zejściem). W r. 1822 Sauter usunął macicę przez pochwę z pomyślnem zejściem, następnie Langenbeck, Becamier, Blundell i inni operowali w 25 wypadkach. Z powodu złych re-

zultatów, jakie otrzymano, obydwaj sposoby zostały zarzucone, tak że gdy w r. 1878 W. A. Freund wykonał wycięcie macicy z dobrym skutkiem uznany został za wynalazcę operacji.

Sposób operowania Freunda jest następujący: przecięcie ścianek brzusznych, podwiązanie (czy to drutem czy ligaturami), w 3 częściach więzów macicznych, odseparowanie macicy od pęcherza i kiszki, odjęcie macicy i całkowite zeszywanie rany otrzewnej w miednicy. Nastąpił cały szereg operacji (Billroth Martini, Olshausen, Bardenheuer, Spigelberg, Czerny), przy których niejednokrotnie zdarzało się zranienie pęcherza moczowego, podwiązanie jednego, lub obu moczowodów, w końcu silny krwotok, co wszystko nadzwyczaj przedłużało operację. Byli tacy, którzy próbowali w różny sposób ułatwić sobie operację i tak: *Credé* proponował częściową rezekcję przedniej ściany miednicy, Massani katetyzowanie pęcherza i moczowodów podczas operacji. Bardenheuer zostawiał dren w miednicy. Rydygier postępował sposobem Delpech'a. M. B. Freund radził unieść macicę kolpeurynterem, oddzielić pochwę przed cięciem brzuszem i zamiast podwiązania rozdzielać tkanki galwanokauterem. Czas trwania operacji, najróżnorodniejsze powikłania, wątpliwy rezultat, gdyż śmiertelność wynosi 72%, stawiają ten sposób operowania na drugim planie, pierwszeństwo należy się bezwarunkowo *colpohysterectomii*. Za ojca jej uważają Czerny'ego (1878 r.), który ją znów podaje jako metodę Sauter—Recamiera. Już w r. 1875 Conde-reau, Hamig i Czerny dokonali z pomyślnym skutkiem *colpohysterectomii* subperitonealnie, t. j. wyluszczyli macicę bez naruszenia otrzewnej z pomyślnym rezultatem.

Sposoby operowania są najrozmaitsze. I tak:

a) Czerny ściąga silnie macicę ku dołowi za pomocą ostrych haków, wbitych w część pochwową lub przyległe tkanki, pochwę odseparowując od szyi za pomocą cięcia kolistego, otwiera przednie i tylne sklepienie pochwy i wywraca macicę ku przodowi lub tyłowi przez otwór w odnośnym sklepieniu aby jak najłatwiej dosięgnąć dna, które następnie chwyta hakami. Jeszcze przed wywróceniem macicy, przeprowadza nitkę jedwabną przez brzegi rany otrzewnej i błony śluzowej pochwy dla utrzymania otrzewnej na miejscu. Po wywróceniu macicy podwiązuje szerokie wiązki w 3 częściach, usuwa macicę, a ligatury sprowadza do pochwy. W większości wypadków C. otrzewnę zaszywał, ranę zaś pochwy łączył wokół sączka. Przy leczeniu następczem pierwszych, tak dokonanych operacji C. używał przemywań płynami przeciwnie, które później zastąpił tamponami z gazy jodoformowej.

b) Billroth używa cięcia kolistego dla oddzielenia pochwy, nakłada masę ligatur na krwawiące naczynia, macicy nie wywraca. Zeszywa otrzewnę na około sączka, drugi sączek wkłada pomiędzy brzegi rany błony śluzowej pochwy, dren ten nie powinien dotykać otrzewnej. Przy leczeniu następczem B. stosował w niektórych wypadkach stałą irygację, w ostatnich zaś operacjach zamiast szwów, drenów i irygacji zakładał stały tampon z gazy jodoformowej.

c) Schröder robi cięcie koliste na błonie śluzowej pochwy,

ściąga macicę ku dołowi odseparowuje szyję od pęcherza i kiszki prostej, otwiera tylne sklepienie pochwy, wywraca macicę ku tyłowi zawiązuje szerokie więzy en masse jedną ligaturą, do której dodaje 2 inne pomocnicze, dopiero po podwiązaniu i przecięciu jednej strony zabiera się do drugiej. Ligatury obeina krótko i wpuszcza ich końce do jamy brzusznej, lub też wszywa do kontów rany, nie łączy brzegów otrzewnej, lecz tylko ranę błony śluzowej pochwy naokoło sączka.

d) Olshausen za pomocą cięcia kolistego oddziela pochwę, od macicy, nakłada wielką ilość ligatur z każdej strony przed odseparowaniem szyi. Do podwiązywań używał jedwabiu, lub drutu z jedwabiem, następnie zaś ligatur elastycznych. Pierwotnie wprowadzał sączek pozostawiając otwartymi rany otrzewnej i pochwy, w ostatnich jednak czasach C. też używa tamponów z gazy jodoformowej.

e) A. Martin: Uchwyciwszy macicę za tylną wargę za pomocą szczypców Museux, pociąga ją ku przodowi i górzei otwiera jamę Douglas'a, zeszywa brzeg błony śluzowej pochwy z otrzewną i wprowadziwszy palec do jamy otrzewnej, obkłwa i podwiązuje a następnie oddziela boczne sklepienia, dno szerokich więzów w których właśnie leży art. uterina. Za pomocą zgłębnika wywraca macicę ku tyłowi do jamy Douglasa, gdzie chwyta ją szczypcami Museux, następnie podwiązuje pozostałe części szerokich więzów, zazwyczaj odseparowując najprzód lewą stronę, teraz przecina błonę śluzową przedniego sklepienia pochwy, odseparowuje pęcherz od macicy, zeszywa przednią fałdę otrzewnej z brzegiem błony śluzowej przedniej ściany pochwy. Oddzieliwszy w ten sposób macicę, przemywa jamę Douglasa i zostawia sączek zamykając pochwę tamponem salicylowym. Przy leczeniu następczem przemywa pochwę 2% roztworem kwasu karbolowego 3 lub 4 razy dziennie, sączek usuwa zwykle na 6 lub 7 dzień, a na 10 chora wstaje z łóżka.

f) Schatz otwiera także najpierw jamę Douglasa i łączy błonę śluzową pochwy z otrzewną za pomocą szwu lancuszkowego, jamę otrzewnej pozostawia otwartą bez sączka; chorą po operacyi pozostawia w pozycyi w pół siedzącej.

g) Von Teufel przeciwnie zaszywa całkowicie jamę trzewnej, pozostawiając kikuty szerokich więzów na zewnątrz. Nie używa ani sączka ani tamponów.

h) Baum zostawia jamę otrzewnej otwartą, używając sączka; pochwy nie przemywa dopóki nie zauważy podniesienia się ciepłoty, sączek usuwa na 6 dzień.

i) Müller robi cięcie z przodu i z tyłu, boczne ściany zostawia nie naruszonemi aż do czasu wywrócenia macicy przez tylny otwór, natenczas przeprowadza prowizoryczną ligaturę przez szeroki wiąz łącznie z bocznem sklepieniem, *rozcina macicę pionowo* na 2 połowy, a przy odcinaniu każdej połowy od odnośnego szerokiego więzu podwiązuje naczynia każde z osobna i w szypułach więzów szerokich i w ścianie pochwy, rany pozostawia bez szwów, zakładając do pochwy tampon karbolizowany.

k) Fritsch oddziela boczne ściany, przenika jak może naj-

głębiej, podwiązując wszystkie krwawiące naczynia napotymane po drodze. Następnie otwiera przednie sklepienie pochwy, łączy brzeg otrzewnej z błoną śluzową przedniej ściany pochwy 3 lub 4 szwami, wywraca macię ku przodowi, podwiązuje szerokie więzy w małych odstępach, nakładając z każdej strony do 7 ligatur, przecina stopniowo po podwiązaniu. Pozostawia jamę otrzewnej otwartą bez sączka, przysypując tylko ranę jodoformem, a w pochwie pozostawia tampon jodoformowy bez zmiany od 7 do 10 dni.

l) Staude używa cięcia kolistego, przechyla macię ku tyłowi, nakłada ogromną ilość ligatur wprost na krwawiące naczynia, przecina przednie sklepienie dopiero po oddzieleniu wszystkich innych przyczepów macię; szczelnie zaszywa otrzewną a pochwę łączy na około drenu.

m) Bottini pierwszy zwrócił uwagę na przedwstępną amputację chorej części pochwowej macię, samą operację wykonywa sposobem Schrödera.

n) Simpson rozdziela macię pionowo żegadłem Pacquelin'a na 2 połowy, miewał jednak wtórne krwotoki i dla tego obecnie przeszedł do użycia noża i ligatur.

o) Wallace odcina najprzód zmienione tkanki, wywraca macię ku tyłowi, używa wielkiej ilości ligatur elastycznych, zabezpieczając je od zeszliżnięcia za pomocą specjalnej igły (harelipin), nie zaszywa otrzewnej, otwór w błonie śluzowej pochwy zaszywa bez drenu. Chorą utrzymuje w pozycji na pół siedzącej.

p) Fenger dokonywa operacji sposobem Staude, tylko przy leczeniu następczem używa stałej irygacji.

r) Bernayes nakłada dwie ligatury przez boczne sklepienie pochwy i więzy maciczne tak wysoko jak tylko dosięgnąć może, następnie oddziela pochwę na wewnątrz od ligatur cięciem kolistem, otwiera przednie sklepienie, wywraca macię ku przodowi, podwiązuje górne części szerokich więzów i przecina je, później zaś dolną ich część, już uprzednio podwiązaną, a dopiero na końcu oddziela macię od tylnego sklepienia. Ligatury sprowadza do pochwy, nie używa ani szwów, ani tamponów, ani też sączka, tylko przestrzykiwań z czystej wody 4 razy na dobę, bez żadnych środków dezynfekujących ani podczas ani po operacji.

Następnie Post przechodzi do omówienia otrzymanych dotychczas rezultatów. Autor zestawil 341 chorych operowanych, wiek chorych od 24 do 77 lat, najwięcej przypada na wiek od 35 do 55; wyzdrowienie następowało nawet u najstarszych, czas trwania operacji od 50 minut do 5-ciu godzin; operacja dokonywana sposobem Billroth'a i Schrödera trwa przeciętnie godzinę. Powikłania przy operacji zdarzały się następujące: zranienie pęcherza krwotoki, rana moczowodu (w tym razie radzą wycięcie nerki w kilka dni po operacji, co też było wykonanem w jednym podanym wypadku w tydzień po operacji i chora przeżyła obie operacje). Śmierć następowała zwykle skutkiem zapalenia otrzewnej, zapalenia w przeciągu 24 godzin po operacji, posocznicy, schok'u, krwotoków, zapalenia oskrzeli, nakoniec occlusionis intestinorum.

W ogóle przeciętny procent śmiertelności był 27⁰/₀. Z zestawienia cyfr śmiertelności za każdy rok oddzielnie, od czasu częstszego dokonywania operacji, zdawałoby się mogło że procent nie zmniejszał się z biegiem czasu, a mianowicie:

w roku 1880	śmiertelność	wyniosła	37 ⁰ / ₀
„ 1881	„	„	27 „
„ 1882	„	„	27 „
„ 1883	„	„	28 „
„ 1884	„	„	24 „

Trzeba jednak wziąć na uwagę, że wypadki ogłoszone na przykład w r. 1883 były operowane o wiele wcześniej, tak że jeśli wytrącimy z ogólnej cyfry operacje dokonane w 1882-im roku, to rzeczywisty procent śmiertelności w roku 1883-im wyniesie 22⁰/₀.

Co się tyczy oddzielnych operatorów to: Billroth w r. 1881 na 6 operowanych stracił 3, później zaś na 6 stracił tylko 1.

SCHRODER'OWI w r. 1881 na 8 operowanych umarła 1, następnie na 20—6; i na 6—2; Martin w r. 1882 z 31 operowanych stracił 8, a w r. 1884/5 z 21—4. Olshausen w r. 1881 operował 6 razy z dobrym skutkiem, w r. 1882 na 17 operowanych umarło 6, w r. 1884 na 10—1. Fritsch w 1883 z 7 operowanych utracił 2 a w r. 1884 i 1885 dokonał 17 szczęśliwych operacji. Staude świeżo ogłosił 16 operacji bez wypadków śmierci.

Można zauważyć niejaki związek pomiędzy zmniejszaniem się śmiertelności i sposobem traktowania rany, i tak: z 1881 na 1882 rok spada śmiertelność z 37⁰/₀ na 29⁰/₀, co przypisują wprowadzenia w użycie jodoformu; z roku 1884 na 1885 procent śmiertelności z 29⁰/₀ zmniejsza się do 24⁰/₀, co znowu przypada na pewne ostrożności przyjęte tak podczas operacji jak i przy następczem leczeniu.

We wszystkich nowszych operacjach nie amputowano ani też przypalano przednio zmienionej części pochwowej macicy. Różnica w rozmaitych sposobach operowania możemy zaznaczyć następujące: 1^o Pierwsze cięcia pochwy: jedni używają kolistego cięcia, inni ograniczają się do przecięcia przedniego lub tylnego sklepienia, boczne zaś ściany chwytają w grube ligatury; lub też ograniczają się tylko do bocznych cięć dla zabezpieczenia się przedewszystkiem od arteria uterina, a dopiero później przecinają przednie i tylne sklepienie (Fritsch). 2^o Pozyccyja macicy: ściągają macię wprost ku dołowi (Billroth), lub też wywracają je przez tylne sklepienie, tak że dno macicy widać w sromie (Schroder, Martin), lub nakoniec przez przednie sklepienie (Czerny). 3^o Porządek otwierania jest też rozmaity, albo oba sklepienia otwierają przed wywróceniem macicy, lub tylko przednie sklepienie przy wywracaniu macicy ku przodowi, albo li też tylko tylne jeżeli wywracają macię ku tyłowi, w tym ostatnim razie przednie sklepienie pozostaje nietkniętem dopóki szerokie więzy nie zostaną podwiązane i oddzielone, a macica gotową do usunięcia. Ta ostrożność zabezpiecza jamę otrzewnej od wydzielin zrakowacialej macicy, która podczas wywracania łatwo się tam dostać może. 4^o Ilości nakładanych ligatur; jedni nakładają jedną tylko ligatu-

rę en masse, drudzy 2, 3 i więcej, w ten sposób albo cały wiąz zabezpieczony odrazu oddzielali, jak to miało miejsce w najwcześniejszych operacjach, lub też w małych częściach (Fritsch); naczynia bywały też osobno podwiązywane w miarę napotykania, z uprzednią prowizoryczną ligaturą lub bez niej. 5^o Jedni krótko obcinają ligatury, drudzy sprowadzają końce do pochwy przy sączku. 6^o Traktowanie pozostającej rany: a) jamę otrzewnej całkowicie zaszywali (v. Teuffel), łączyli ranę na około sączka (w początkach Billroth), pozostawiali ją otwartą z sączkiem (Martin-Baum, Olshausen i później Billroth), nareszcie otwartą i bez sączka (Fritsche, Demons, Müller, Billroth, Schatz, Bernayes).

s) ranę nadpochwową zaszywali na około drenu (Schröder); zaszywali bez drenu (Goodell, Wollace); pozostawiali całkiem otwartą z sączkiem lub bez niego; ranę pokrywali otrzewną łącząc błonę śluzową pochwy z otrzewną (Martin, Schatz, v. Herff, Fritsch).

t) Jedni robili częste przemywania pochwy, inni zaś tamponowali ją gazą jodoformową. Przeważny wpływ na śmiertelność ma sposób traktowania samej rany. Z zestawionych pod tym ostatnim względem 250 wypadków, które dały przeciętnie 23^o/_o śmiertelności:

W 58 wypadkach, w których rana otrzewnej została zamknięta z wprowadzeniem sączka lub 6 bez niego śmiertelność wyniosła 28^o/_o; z tych w 20 ranę nadpochwową pozostawiono otwartą z sączkiem—śm: 40^o/_o; w 30 raną nadpochwową zaszyto wokół drenu—śm: 13^o/_o; w pozostałych 8 wypadkach ranę nadpochwową pozostawiono otwartą bez sączka, i z tych ośmiu umarły 4 chore.

W 222 wypadkach jama otrzewnej pozostała otwartą z sączkiem lub bez niego, śmiertelność wynosi—22^o/_o; z tych dwustu wypadków w 81 ranę nadpochwową pozostawiono otwartą z sączkiem lub bez—śmiertelność 23^o/_o; w 141 ranę nadpochwową zamknięto—śmiertelność 21^o/_o; jeżeli zamknięcie rany nadpochwowej dokonywano za pomocą otrzewnej, jak to miało miejsce w 93 wypadkach, to śmiertelność wyniosła 18^o/_o, jeżeli zaś ranę nadpochwową zaszyto całkowicie lub na około sączka jak w 48 wypadkach to śmiertelność wynosi 27^o/_o.

Stosunek śmiertelności do sączka był następujący: z 81 wypadków, w których ranę nadpochwową pozostawiono otwartą: 45 z sączkiem dało 24^o/_o śmiertelności, pozostałe zaś 36 wypadków bez sączka dały 22^o/_o śmiertelności.

Z 93 wypadków, w których ranę nadpochwową pokryto otrzewną: 57 z sączkiem dało 21^o/_o śmiertelności; 36 zaś bez sączka 14^o/_o śmiertelności.

Z 48 wypadków, w których ranę nadpochwową zaszyto 44 z sączkiem dały 25^o/_o śmiertelności; z 4 zaś chorych leczonych bez sączka umarły 2.

Dobre wyniki Staude i Taufera wykazują, że przy całkowitem zaszyciu rany otrzewnej można też otrzymać dobre rezultaty, lecz w takim razie jest wymagana wielka ostrożność i zręczność w operowaniu, gdyż z drugiej strony widzimy wielką śmiertelność w innych wypadkach podobnie traktowanych, odnośnie do

rany nadpochwowej, to najlepsze rezultaty otrzymywano gdy jamę otrzewnej pozostawiono otwartą, a ranę nadpochwową zamykano przez zeszytanie otrzewnej z błoną śluzową pochwy. Przy pozostawieniu otworem rany pochwy z sączkiem lub bez niego otrzymywano średnie rezultaty; najgorsze zaś rezultaty, jeżeli szczelnie zaszywano pochwę bez względu na to czy jama otrzewnej została zamkniętą, czy nie. Tak więc powinniśmy albo zostawiać ranę pochwy całkiem otwartą, albo też ją drenażować, lub nakoniec pokrywać otrzewną. Stałe tamponowanie gazą jodoformową, dostarczając atmosferę antyseptyczną, przemawia samo na swą korzyść.

Jeżeli przejdziemy teraz do dalszych skutków operacji to widzimy, iż ze 137 operowanych do r. 1882, 97 przeżyło operację, z tej liczby 18 czyli 20% żyło jeszcze bez recydywy w końcu roku 1884 i w początkach 1885 t. j. około 2 lat, te wypadki można uważać za ostatecznie wyleczone, procent wyzdrowienia byłby o wiele większy, gdyby uważać za wyleczone te wypadki, które uszły dalszej obserwacji.

Operatorzy jak Schröder i Olshausen otrzymali trwale wyleczenie w 1 wypadku na 3 z tych, które przeżyły operację, Martin w 1 wypadku na 2 chore, które przeżyły operację. Rezultat ten w obec rezultatów otrzymywanych po operacjach złośliwych nowotworach jest nadzwyczaj zadawalniającym, gdyż np. w wiedeńskiej klinice na 448 wogóle operowanych raków otrzymano wolnych od recydywy tylko 23% z tych, którzy przeżyli operację.

Zdania różnych operatorów co do wykonalności i niebezpieczeństwa operacji: w Niemczech przeciwnym był w r. 1882 Rokitsansky, lecz teraz prawie wszyscy za nią przemawiają. We Francji: Pollaillon w r. 1882, przytaczając statystykę wypadków West'a i Freunda, odradzał operacji, a w r. 1885 jeszcze jest za amputacją szyi i stwierdza, że rak nierozprzestrzenia się tak szybko na ciało, a rozpoznanie raka ciała nie jest pewne, Depress i Championniere nie wierzą wprost w doszczętne wyleczenie i twierdzą że gdzie takowe nastąpiło tam rozpoznanie było mylne.

Przeciwnie Demons w r. 1883 przemawia za operacją, gdyż doświadczenie wykazało że osoby, które były już przygotowane na śmierć, poprawiały się, chociaż operacji dokonywano li tylko w celu ulżenia bólowi i przedłużenia życia. D. twierdzi, że zwykle następuje regeneracja po 4 do 5 miesiącach od operacji, śmierć w takim razie ma miejsce we 12 do 14 miesięcy po operacji. Recydywa objawia się najczęściej w bliźnie, lub też w tkankach miednicy, dalej D. dowodzi, że kobiety mniej cierpią od regeneracji, jak od pierwotnej choroby, krwotoki mniej są częste i nie tak obfite. Desembroux, Terrieo à Zebileau tegoż są zdania.

W Anglii: Duncan jest za operacją; Doran zaś przeciwny na zasadzie tego, że układ naczyń limfatycznych macicy uniemożliwia radykalną operację. Playfair uważa iż operacja ma wątpliwą wartość, gdyż dla dokładnego rozpoznania raka, trzeba było by macicę wyjąć, Puroel stawia ją na równi z operacjami przy raku innych okolic, Spencer radzi zbadać lepiej technikę operacji. W Stanach zjednoczonych: Polk radzi tylko operować przy pierwotnych

rakach ciała macicy, jeżeli szyja jest zajęta uważa kompletne usunięcie z powodu zajęcia gruczołów chłonnych za niemożliwe.

Jackson jest zdeklarowanym przeciwnikiem operacji na zasadzie widzianych wypadków, które się zaraz na stole operacyjnym śmiercią zakończyły, a które nigdzie nie były ogłoszone i przypuszcza że podobnych wypadków więcej by się znalazło.

Mundé usprawiedliwia operację w każdym wypadku raka macica gdzie tylko macica jest ruchoma a parametria nie zajęte.

Wskazania do operacji, w ogóle przyjętem jest nie robić operacji, gdzie macica jest unieruchomiona, jeżeli są zajęte sąsiednie organy lub gruczoły. Z 812 wypadków raka Schröder znalazł, iż operacja była wskazaną w ogóle u 160 chorych a całkowita ekstirpacja tylko w 34 wypadkach, During z 71 wypadków znalazł tylko 6 nadających się do operacji. Schröder wykonywa colpohysterectomię tylko przy zajęciu ciała i szyi jednocześnie; przy zajęciu szyi robi tylko amputacjonem colli supravaginalem, jeżeli same ciało jest zajętem to wykonywa amputacjonem supravaginalem corporis uteri per laparatomiam.

Ruge i Veit, na zasadzie własnych poszukiwań doszli do wniosku, że rak ciała rozprzestrzenia się na otrzewną, a bardzo rzadko objawia się pod postacią wtórnych guzków na szyi macicy. Rak części pochwowej przechodzi na pochwę i dolną część tkanki około macicznej. Rak zaś szyi, szybko się rozprzestrzenia po błonie śluzowej i wcześniej przechodzi na otaczające tkanki. Z tych spostrzeżeń autorowie wyprowadzają wniosek, że całkowita colpohysterectomia wskazana jest przy raku szyi macicy, częściowa zaś przy raku części pochwowej, i ciała, ponieważ jednak śmiertelność mniejsza jest przy kolpohysterectomii, jest więc ona wskazana przy wszelkiego rodzaju rakach.

M. Brünner.

88. M. HOFMEIER. **Przyczynę do wskazań do operacji przy raku szyjki macicznej** (*Zur Indicationstellung der Operation bei Krebs des Gebärmutterhalses Berl. Klin. Woch. N. 6—7, 1886*).

Autor zestawia wyniki 105 częściowych amputacji szyjki macicznej i 40 zupełnych wycięć macicy, dokonanych w klinice Schrödera od 1 Października 1884 r. do 1 Stycznia 1885 r. Z pomiędzy 105 chorych, którym wykonano częściowe wycięcie, umarło wskutek operacji 10, o dalszym losie 7 H. nie wie. Z pomiędzy pozostałych 88 wypadków recydywa wystąpiła w ciągu pierwszego roku po operacji u 43 operowanych, w ciągu drugiego—u 4, w ciągu trzeciego—u 2, w ciągu czwartego—u 1. Na mocy tego autor sądzi, że w tym razie, gdzie operowana w ciągu 2 lat po operacji nie miała recydywy, operację, z małymi wyjątkami, można uważać za radykalną. Takich chorych, od czasu operacji których dotąd upłynęło przeszło 2 lata, H. liczy 68 (nie wchodzi tu w rachubę wypadki śmierci po operacji i wypadki, które autor stracił z oczu po operacji). Z pomiędzy tych 68 wypadków zdrowych pozostaje dotąd 31, zatem procent wyleczenia radykalnego równa się 46%.

Zupełnego wycięcia macicy dokonano w 40 wypadkach, z których było zejść śmiertelnych 10. Z pozostałych dalszy los

chorych wiadomy jest H. w 29 wypadkach. Z tych recydywa w ciągu pierwszego roku wystąpiła w 15, w ciągu drugiego—w 6, w ciągu trzeciego—w 1 wypadku. I tu zatem dwuletni przeciąg czasu po operacji daje niejaką gwarancję przeciwko powrotowi choroby. Z pomiędzy 25 wypadków, w których operacja była dokonana przeszło 2 lata temu, powrotu choroby nie było tylko w 6, t. j. procent wyleczenia radykalnego wynosi 24%.

Tak uderzająco większy procent wyleczenia radykalnego dała operacja częściowego wycięcia szyjki macicznej (46%) w porównaniu z wycięciem macicy całkowitem (24%) z tego powodu, że ostatnią operację stosowano w wypadkach cięższych. Opierając się na pracy Ruge'go i Veit'a, H. rozróżnia 3 rodzaje raka szyjki macicznej: 1) rakowiec (kankroid) części pochwowej, 2) rak błony śluzowej szyjki, 3) rak, zaczynający się guzikami w mięszsu i ztąd rozwijający się w kierunku ku wewnątrz lub też ku powierzchni części pochwowej. W pierwszym rodzaju H. wykonywa częściową amputację, tem bardziej, że chore zasięgają rady lekarza w tych razach dosyć wcześnie.

Natomiast w 2-m rodzaju raka (rak błony śluzowej) choroba przebiega w początku dosyć skrycie i sprawa wyjaśnia się często zaledwie wtenczas, gdy już cały mięszsz szyjki został zniszczony. H. w tych razach wykonywa całkowite wycięcie macicy i prawie wszystkie jego wypadki długotrwałego wyleczenia po całkowitem wycięciu dotyczyły tej kategorii raka (jeden tylko wypadek dotyczył raka części pochwowej).

Najzłośliwszym okazał się trzeci rodzaj raka, w którym H. dokonywał także całkowitego wycięcia macicy. Daje on najwięcej powrotów choroby. Uznając całkowite wycięcie macicy za niezbędne w wypadkach 2 i 3 rodzaju raka, H. uważa za nieodpowiednie używać go w 1 rodzaju.

Operacja ta jest niebezpieczniejszą od częściowego wycięcia, a wątpliwą jest rzeczą, czy daje lepsze wyniki od niego.

W razie powrotu choroby po częściowem wycięciu szyjki winą tego bywa nie tyle rozszerzenie się procesu na samą macicę, ile na gruczoły chłonne miednicy. W 2 wypadkach recydywy, gdzie dokonano sekyi, macica okazała się zupełnie zdrową, a zajęte były tylko organy miednicy. Ponieważ zupełne wycięcie macicy nie jest w stanie usunąć zarazem gruczołów chłonnych, nie można przeto częściowego wycięcia szyjki uważać w tych razach za przyczynę powrotu choroby.

Sawicki.

89. BÉTRIX. O rozszerzaniu jamy macicznej. (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie N. 1. 1886 r.*)

Prof. Vulliet w Genewie, w którego klinice autor artykułu się zajmował, używa w powyższym celu tamponów z waty wielkości ziarnka dużego grochu, do wielkości migdała, które wprzód napaja 10%-m roztworem jodoformu w eterze, a następnie szybko wysusza. Tamponowanie skutecznie w ten sposób: po ułożeniu chorej w dogodnem położeniu, gdy ujście zewnętrzne i kanał szyi nie są zbyt wąskie (w przeciwnym razie użyć należy jakiego rozszerzacza), wprowadza się mały tampon, a za nim następuje, które upycha się zgłębnikiem w jamie macicy tak, aby tako-

wa wraz z kanałem szyi była tamponami szczelnie wypchana. Tampony przywiązują się na nitkach, które łączą się w jeden sznur, aby zań można było odrazu całą zawartość macicy wyciągnąć. Tampony mogą pozostawać od 24 — 48 godzin. Po upływie tego czasu jama macicy opróżnia się, przemywa $\frac{1}{1000}$ roztworem sublimatu i znów większą ilością tamponów wypełnia, dopóki nie otrzyma się żądane rozszerzenie jamy macicy. Jeśli zachodzi potrzeba szybszego rozszerzenia, to po uprzednim, mniejszem rozszerzeniu, można wprowadzić pęczek z 3 — 4 sztuk tupelo, po 24-ch godzinach wyjąć go i jamę macicy wypełnić dużemi tamponami, przyrządzonemi jak powyżej. Według autora, macica doskonale toleruje powyższe tamponowanie, szczególnie tamponami z waty, stopień zaś rozszerzenia otrzymuje się taki, że szyjka czasowo zanika, jamę zaś macicy można doskonale obejrzeć i wykonywać w niej z całą swobodą wszelkie manipulacje. Czas potrzebny do otrzymania powyższego rozszerzenia wynosi średnio około 15-u dni, chociaż, przy podatności ścian macicy, rozszerzenie następuje znacznie wcześniej. Gdy raz rozszerzenie nastąpiło, powrót do normy zachodzi bardzo wolno, nawet wtedy, gdy się tamponów nie zakłada. Autor używając powyższej metody rozszerzania mógł widzieć sączenie się krwi z błony śluzowej podczas regularności, zdejmował bardzo dokładne odciski z jamy macicy, nie mówiąc już o tem, że rozpoznawanie, umiejscowienie, a także leczenie rozlicznych chorób było znakomicie ułatwione.

Kuniewicz.

90. WEISSENBERG: **Wewnątrz maciczne leczenie Endometritidis chronicae jodoformem.** (Berl. Klin. Woch. 1886. Nr. 5). Intrauterine Behandlung der Endometritis chronica mit Jodoform.

Autor przypomina, że już przed 3 laty wprowadził ten sposób leczenia Endometritidis i zastrzeżo sobie prawo pierszeństwa, które obecnie niejaki Kugelmann z Hannoveru stara się uzurpować. Autor wprowadza jodoform w postaci proszku za pomocą instrumentu, mającego wygląd macicznej sondy, a grubość męzkiego cewnika. Instrument ten jest z dwóch części złożony: dolnej z dwoma bocznymi otworami i górnej zawierającej tłok, podobnie jak w strzykawce. Po odśrubowaniu dolnej części wysypujemy w nią jodoform, zamykając boczne otwory palcami. Następnie zeszlubowujemy obie części, wprowadzamy instrument do jamy macicy i naciskając na metalowy guzik, którym zakończony jest tłok, wpychamy jodoform do macicy. Kugelmann zamienił w instrumencie tłok na balonik gumowy, ale modyfikacja ta jest niestosowną, gdyż siła baloniku zdaniem Weissenberga nie wystarcza dla przepchania sproszkowanego jodoformu przez wlotne fałdki błony śluzowej macicy. Wyrobem instrumentu zajmuje się Hörig z Wrocławia, cena 7 mk. Dr. L. Wolberg.

MISCELLANEA.

91. *Stadelmann* poleca **przy diabetes mellitus** użycie **wewnętrzne Na_2CO_3** w następującej miksturze.

Rp. Acidi citrici 8,0
Natri carbon. 18,0
Glicerini 20,0
Aq. destill. 150
Spir. menth pip. gutt 3

M. D. S. 2 flaszki w przeciągu doby.

Środek ten zmniejsza znacznie ilość amonijaku, znosi się dobrze, poprawia stan ogólny chorego, zmniejsza pragnienie. Pożytecznym jest on też przy coma diabeticum, z powodu jednak powolnego wchłaniania Na_2CO_3 w tych razach należy wstrzykiwać go do żył w roztynie 3—5⁰/₀.

(*D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 38. H. III.*)

92. Prof. *Maragliano* na zasadzie licznych spostrzeżeń nad leczeniem tyfusu kairiną, przychodzi do wniosku; 1) że przy **leczeniu kairiną** przebieg tyfusu bywa zupełnie, albo prawie bezgorączkowy i 2) że kairina wywiera dobroczynny wpływ na przebieg tyfusu, jeżeli bywa przez pewien czas stale i systematycznie używana.

(*D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 38. Z. III.*)

93. **Dobrą maść na odmrożenie** podaje Dr. Lassar.

Acid. carbol. 1,0.
Ungt. plumbi.
Lanolini aa 20,0.
Ol. amygd. 10,0.
Ol. Lavend. gtt. XXX.

Tenże zachwala maść lanolinową z 5⁰/₀—10⁰/₀ Resorcini przeciwko Herpes tonsurans barbae.

94. **Strychninę w krwotokach poporodowych** chwala J. Thompson i Walker. W przypadkach, gdzie na podstawie poprzednich porodów można się było spodziewać krwotoku, stosowano również pomyślnie strychninę w celach zapobiegawczych. Thompson podaje do wewnątrz 5 kropeł tynktury angielskiej 3 razy dziennie w przeciągu 4—6 tygodni przed oczekiwany czasem.

95. *P. Reklus*. (*Gazette Hebdomadaire 1886 Nr 5*) zaleca przy **ostrem trypomem zapaleniu gruczołu krokowego** (prostatitis acuta gonorrhoeica) **okłady gorące** na międzykrocze, jako też **clysmata z wody gorącej** (55⁰ C). Obrzmienie i bolesność gruczołu krokowego zmniejsza się szybko przy podobnem leczeniu.

OGŁOSZENIA KOMITETU KASSY WSPARCIA.

I.

— *Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDE wakuje wsparcie 95 rs., według woli testatora, w rocznicę jego zgonu, t j.*

d. 18 Lutego 1887 przyznać się mające, albo podupadłemu lekarzowi wdowie lub sierotom mojęszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim—wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15 Grudnia 1886 r. Przy prośbie złożyć należy dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy, członków kasy wsparcia, oraz Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczowego wsparcia.

II.

— *Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu s. p. D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO, wakuje wsparcie rs. 300 za r. 1886 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora „lekarzowi rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu.” Do nadsyłania prośb na imię Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się prekluzyjny termin do dnia 15 Czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy: metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza, poświadczenie 3-ch lekarzy oraz Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczowego wsparcia.*

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający fundusz: mi,

Dr. Szokalski.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. Karol SZADEK (z Kijowa) Leucoderma syphiliticum.

Tenże: Przyczynę do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza. Odbitki z Gaz. Lekarskiej 1885—1886.

Tenże: O pierzchnicach płaskich Wiesona, odbitka z Przeglądu Lekarskiego 1886

İzsliedowanija nad pieczeniu. Żeliezo pieczeni. Dissertacja na stopień Doktora Medicyny S. S. Zalieskaho. St.-Peterb. 1886.

Jak zabezpieczyć ródzące od chorób pólógowych, wyd. „Zdrowia.” 1886.

Wydawca:

Dr. Wł. Mączewski.

Redaktor odpowiedzialny

Dr. Otton Hewelke.