

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *J. Wojciechowski*—Leczenie przymiotu za pomocą merkuriolu Blomquista w workach — str. 1075. II. *Dr. F. Flatau i J. Kœlichen* — O zapaleniu rdzenia (c. d.)—str. 1080.

Dział sprawozdawczy: I. *Medycyna wewnętrzna i choroby nerwowe.* 621. O bólach głowy i migrenie według prof. *Edingera* (streszczenie zbiorowe)—str. 1085. 622. *Kisch*—Różniczkowe symptomy nadmiernej otyłości u mężczyzn i kobiet—str. 1098. II. *Notatki bibliograficzne:* *Dr. W. Bugiel*—Un célèbre médecin polonais (Joseph Struthius)—str. 1099. *Anna Hamilton*—Consideration sur les infirmières des hopitaux—str. 1100. *J. Polak*—Kalendarz lekarski na r. 1902—str. 1102. III. *Listy z Paryża.* Polacy lekarze w Paryżu: tegoroczne prace dra *J. Babińskiego* — str. 1102. IV. *Z Tow. lekarskiego warszawskiego*—str. 1106. V. *Z Tow. lekarskiego lubelskiego*—str. 1112. *Kronika bieżąca*—str. 1117. *Od administracji. Ogłoszenia*

Sommaire du Nr. 23. Travaux originaux: *Jean Wojciechowski:* Sur le traitement du syphilis par la metode de Blomquiste (mercuroliol en suc). *Dr. E. Flatau et dr. J. Kœlichen:* Sur les myélites.

I. Leczenie przymiotu

za pomocą merkuriolu Blomquista w workach

podał

J. Wojciechowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza.

Powszechnie wiadomo, że w leczeniu przymiotu używamy obecnie głównie trzech sposobów: wcierania szaruchy, zastrzykiwań gębokich związków rtęci i podawania tychże związków do wewnątrz. Każdy z powyższych sposobów posiada swoje zalety i wady, jak sądzę, dobrze wszystkim lekarzom znane.

Najwięcej jednak są dotąd rozpowszechnione wcierania szarej maści rtęciowej, znane i praktykowane już od kilku wieków.

Wcierania powyższe odznaczają się silnem działaniem terapeutycznym; pod ich wpływem znikają częstokroć najuporczywsze postaci przymiotu, nie poddające się leczeniu innymi sposobami. Jeżeli tyl-

ko nie przejdziemy pewnych granic w zastosowaniu szaruchy, kanał pokarmowy nie ulega żadnym zmianom, obok zatem leczenia swoiste-go, możemy swobodnie podawać do wewnątrz rozmaite inne leki.

Wcierania jednak szaruchy, ażeby mogły wyrzucić skutek należyty, wymagają odpowiedniego czasu i siły chorego do swego wykonania, zanieczyszczają skórę i bieliznę, a z tego powodu, jak również ze względu na otoczenie chorego, stają się niekiedy trudne do wykonania i wstrętne dla wielu osób. Działanie maści rtęciowej jest nie zawsze jednakowe, a stąd i określenie dawki tego leku nie może być nigdy ściśle oznaczone.

Występujące niekiedy różycowate zapalenie skóry i pryszczycza, należą również do ujemnych stron działania szaruchy. Co się zaś dotyczy innych powikłań, towarzyszących czasem wspomnianemu sposobowi leczenia przymiotu np. cierpień układu nerwowego, ślinotoku, narządów trawienia, zmian krwi i t. p., to są one właściwe i pozostałym metodom leczenia rtęcią, stosowanym bez zachowania należytej ostrożności.

Wymienione powyżej wadliwości, towarzyszące wcieraniom szaruchy, stały się powodem do przeprowadzenia licznych badań nad sposobem przechodzenia rtęci z tej maści do ustroju ludzkiego i obmyślenia takiego sposobu leczenia, który by posiadał wszystkie zalety szaruchy, a był pozbawiony jej stron ujemnych.

Ze względu na własność ulatniania się rtęci nawet w ciepłocie zwykłej, zdawać by się mogło, że przenikanie ciała tego do ustroju odbywać się powinno wszędzie tam, gdzie ma przystęp powietrze, a więc przez skórę, błonę śluzową kanału pokarmowego i płuc, poglądy jednak na czynność tę rtęci są dotąd nie ustalone, jak na to wskazują wyniki niżej przytoczonych główniejszych prac.

G u b l e r (1) twierdzi, że rtęć z maści szarej, dostawszy się w postaci pary do otworów i przewodów gruczołowych skóry, ulega dalszemu wessaniu za pomocą ruchów czysto dyfuzyjnych; dowodów jednak żadnych na to nie przytacza.

R a b u t e a u (2), opierając się na własności przechodzenia rtęci do ustroju pod wpływem okadzeń rtęciowych tylko tułowia i kończyn utrzymuje, że para rtęci przechodzi przez skórę w sposób czysto dynamiczny, tak jak to czynią wszystkie inne płyny sprężyste, a nie za pomocą przewodów gruczołowych.

F l e i s c h e r d' E r l a n g e n (3) dowodzi niemożliwości dyfuzji pary rtęciowej przez skórę. Badania swoje przeprowadza nad *Ungt. Hydrarg. cinerei* i *Hydrarg. Oleinicum*, których pewną ilość wprowadzał do flaszek, otwory zaś ich zawiązywał kawałkami skóry kró-

lika; blaszki czystego złota, kładzione na wierzch skóry, pokrywającej otwory flaszek nie wykazały najmniejszych śladów rtęci.

Furbringer (4) poddawał działaniu pary rtęciowej skórę przedramienia pewnego osobnika, przyczem zauważył, że ta po pewnym czasie pokrywa się warstewką szaro-przezroczystą, składającą się z kulek rtęci, bardzo wyraźnie dających się widzieć pod drobnowidzem. Po starannem oczyszczeniu tej okolicy od utworzonego osadu, na wyciętych z niej skrawkach skóry, badanych pod mikroskopem, zauważyć było można oddzielne kulki rtęci, przyczepione do zewnętrznej powierzchni naskórka, będące resztkami pierwotnej warstwy nalotu rtęciowego, lecz w siatce Malpigiiego, przewodach gruczołów skórnych i w woreczkach włosowych nie udało się wykryć ani jednej kulki rtęci.

Merget (5) przeprowadził swe badania nad skórą, zgolone mi i posmarowanemi w środkowej części szaruchą, branemi ze świeżo zabitych zwierząt rozmaitych. Tak przygotowanemi skórkami, mającemi powierzchnie z maścią zwrócone do wewnątrz, zawiązywano słoiki o szerokich otworach i stawiano je pod nakrycie wilgotne. Kładzione po pewnym czasie kawałki papieru, nasyconego roztworem chlorku palladu, na powierzchnie zewnętrzne opasek skórnych, żadnym zmianom nie ulegały.

Wyniki zatem doświadczenia tego okazały się zupełnie zgodne z otrzymanemi przez Fürbringer'a, który orzekł, że w leczeniu przymiotu wcieraniami szaruchy rtęć w zetknięciu ze skórą wprost przez nią nie przenika, ani drogą mechaniczną, ani w postaci pary. Dotyczy to jednak tylko skóry zdrowej, nie uległej mniej lub więcej głębokim zmianom, powstającym pod wpływem źle wykonanych wcierań.

Spostrzeżenia kliniczne Fleischer'a d'Erlande'n polegały na wcieraniach oleatu rtęci w skórę ramienia, przyczem chory oddychał czystem powietrzem zewnętrznem, za pomocą maski Waldenburg'a. Po skończonem wcieraniu nakładano opaskę kauczukową i umocowywano ją bandażem, poczem w drugim pokoju zdejmowano maskę i pozwalano choremu oddychać swobodnie powietrzem. Opaska pozostawała na ramieniu 60 godzin; zbierany przez ten czas mocz wykazał zaledwie słabe ślady rtęci.

Ponieważ oleat rtęci wywołuje silne podrażnienie skóry, doświadczenia zatem tego za decydujące uważać nie można.

A. Remond (6) przeprowadził doświadczenia nad pewnym osobnikiem, któremu w ciągu 15 dni robiono kolejno wcierania szaruchy, za każdym razem w inną okolicę i natychmiast na nią nakładano opaskę z gutaperki, odpowiednio umocowaną; autor ten w a c i

gu pierwszych trzech dni nie wykrywał rtęci w moczu tego chorego, w czwartym dniu pokazały się jej ślady, później zaś, aż do końca leczenia było 5 do 6 miligr. w dobowej ilości moczu. Doświadczenie to, jako wykonane bez maski, a więc nie zabezpieczające od wdechania rtęci w czasie wykonywania wcierań, należy uważać za wadliwe.

Wręcz przeciwne wyniki od dwóch poprzednich otrzymał prof. Ferrar'i (7), który doświadczenia swe przeprowadził nad 5 syfilitykami, z których trzech w czasie wcierań oddychało powietrzem zewnętrznym za pomocą rury, połączonej z maską, szczelnie przylegającą do szyi. Po skończonem wcieraniu chorym nakładano opaskę kauczukową, starannie umocowaną. Dwaj pozostali, mający służyć dla sprawdzenia, robili wcierania szaruchy zwykłym sposobem; moczu chorych tych, badany po pewnym czasie, zawierał znaczne ilości rtęci, nie wykryto zaś jej wcale u chorych pierwszych, a u trzeciego tylko słabe ślady.

Niedokładność doświadczeń Ferrar'i'ego polega na tem, że chorzy w czasie wcierań maści nie byli zabezpieczeni od wdychań pary rtęci, mogącej powstawać z pozostałych jej cząsteczek na miejscach poprzednich wcierań.

Merget, chcąc uniknąć zarzutów, czynionych tylko co wspomnianym trzem badaczom, doświadczenia swoje wykonał w następujący sposób: studentowi medycyny wcierano przez 10 minut w okolice wewnętrzną ramienia 4 gramy podwójnej szarej maści rtęciowej; poddany doświadczeniu oddychał przez cały ten czas powietrzem zewnętrznym, za pomocą rurki kauczukowej, połączonej z maską Gavarett'a, następnie na ramię nakładano opaskę nieprzepuszczającą z gutaperki, umocowaną plastrem lepkim i bandażem. Ażeby przekonać się o niemożliwości przedostawania się pary rtęci z opatrunku, pomiędzy zewnętrzne warstwy opaski kładziono skrawki papieru odczynnikowego, przygotowanego z azotanu srebra (amoniakalnego, które jednak żadnego odczynu na rtęć nie dawały. Opaska, zarówno jak u Fleicher'a, pozostawała bez zmiany przez 60 godzin; w moczu nie znaleziono śladów rtęci, gdy tymczasem wykryto jej bardzo dużo u osoby, której dla kontroli wtarto taką samą ilość maści, bez nakładania jednak opaski nieprzepuszczającej. Równoznaczne wyniki otrzymał Merget, biorąc do doświadczeń maść rtęciową, przygotowaną z lanoliną.

Ze względu na to, że niektórzy badacze twierdzą, jakoby rtęć ulegała wessaniu dopiero po zamienieniu się w związki rozpuszczalne pod wpływem działania chemicznego wydzielin skóry, Merget wcierał choremu 15,0 maści Cirillo (sublimati 4,0 na 30 adipis) później

nakładał opatrunek na 3 dni, rtęci jednak w moczu tego chorego nie znalazł. Taki sam otrzymał wynik, biorąc zamiast sublimatu kalomel.

Ritter (8), chcąc określić wpływ chemiczny wydzielin skóry na rtęć, przygotował mieszaninę składającą się z 10,0 maści rtęciowej i 200,0 potu, którą przez trzy tygodnie trzymał w temperaturze 30° do 40°; doświadczenie to, powtórzone kilkakrotnie, nie wykazało jednak śladów rozpuszczalnych związków rtęci w powyższych mieszaninach, nie było ich również w pozostałej maści u osób, którym po dokonywanych wcieraniach był zastrzyknięty roztwór pilokarpiny.

Z przytoczonych zatem doświadczeń wynika, że rtęć metaliczna nie ulega wessaniu przez skórę, ani w stanie czystym, ani pod postacią związków rozpuszczalnych.

Błona śluzowa kanału pokarmowego i oddechowego, ze względu na swą budowę anatomiczną, można powiedzieć już z góry, znajduje się w korzystniejszych warunkach dla przepuszczania rtęci, aniżeli skóra.

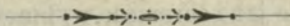
Badania Bärensprung'a i Eulenburg'a (9) wykazały znaczną ilość kulek rtęci w płucach, na błonie śluzowej oskrzeli i tchawicy zwierząt, zatrutych powietrzem, nasyconem parą rtęci; na błonie śluzowej przełyku, żołądka i kiszek nie znaleziono przytem nawet śladów tego pierwiastka.

Mialhe (10), Owerbeck (11) i Gubler (12) są zdania, że para rtęci, wdychana z powietrzem, dostaje się do płuc i jednocześnie przy zmianie gazów przechodzi wprost do obiegu krwi, gdzie ostatecznie tworzą się z niej oxy i chloralbuminaty rozpuszczalne rtęci.

Lewald jest wręcz przeciwnego zdania; podług niego, zgęszczona para rtęci zbiera się na błonie śluzowej płuc w postaci bardzo małych kropelek, które ulegają najpierw utlenieniu, a dopiero później przenikają do krwi, gdzie ostatecznie zamieniają się na albuminaty tlenku rtęci.

Nothnagel (13) i Rossbach dowiedli, że rtęć, dostawszy się do krwi przez kanał oddechowy, może uleść dwom zmianom: albo utlenia się i tworzy rozpuszczalne albuminaty, albo też pozostaje bez zmiany, a po przejściu przez tkanki może wystąpić w stanie metalicznym w wydzielinach i wysiękach.

(D. n.).

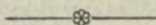


II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 23 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

Cierpienia rdzenia na tle gruźliczem występują najczęściej w postaci ucisku na rdzeń, wskutek caries vertebrarum, o czym już wspominaliśmy. Gruźlicę prosowkowatą opon mózgowych rdzenia (meningitis cerebro-spinalis tuberculosa) można łatwo odróżnić od myelitis po obecności objawów mózgowych. Wątpliwości nastęrczać mogą jedynie przypadki przeważnego porażenia opon rdzenia; przypadki te zdarzają się jednak bardzo rzadko i odróżnienie ich od myelitis transversa opierać się powinno na obecności objawów podrażnienia opon rdzeniowych i innych objawów gruźlicy.

Przypadki pierwotnego porażenia gruźliczego samego rdzenia w postaci tuberculum solitare lub tuberculose nodulaire et infiltrée od zwykłego myelitis transversa odróżnić się nie dają.

Z pośród cierpień rdzenia w podobnej do myelitis transversa postaci klinicznej występować może rozsiane stwardnienie (sclerosis disseminata). Przy umiejscowieniu ognisk stwardnienia przeważnie w rdzeniu obraz kliniczny tego cierpienia może nie różnić się od obrazu myelitis transversae chronicae, zdarzają się nawet przypadki, w których w pewnym okresie objawy mózgowie i opuszkowe tak charakterystyczne dla sklerozy nie zjawiają się, pozostają zaś objawy rdzeniowe, mogące dać powód do postawienia mylnego rozpoznania (pouczający przykład podobnej pomyłki znajdujemy w przypadku opisanym przez Oppenheim'a). Ze względu na swój przebieg stwardnienie rozsiane podobnem bywa w większości przypadków do myelitis chronica, jednakże przebieg cierpienia jest nieraz ostry jak widzimy z przypadków opisanych przez Pitres'a, Siemerling'a i w obserwowanym niedawno przez nas. Wobec tego należy przy rozpoznawaniu zarówno myelitis acutae jak i chronicae wykluczyć możliwość istnienia za stwardnienia rozsianego. Odróżnienie to jest rzeczą łatwą i wymaga

szczególowego zebrania wywiadów, zwłaszcza co do początku cierpienia, gdyż jak wiemy stwardnienie rozsiane częstokroć się zaczyna od zaburzeń wzroku, które występować mogą kilka lat przed innymi objawami i zniknąć następnie (Uthoff, Lübbers, Frank, Bielschowsky i Schuster, Bruns i Stölting). Istniejące wątpliwości wyjaśnić może nieraz dokładne zbadanie nerwów mózgowych i opuszkowych, gdyż zaburzenia w ich dziedzinie przemawiają stwardnieniem rozsianem. Baczna uwagę zwrócić również należy na zaburzenia czuciowe, które w stwardnieniu rozsianem występować mogą dosyć często, jak tego dowiedli Berlin, Oppenheim, Erb i Freund. Zaburzenia te według obserwacji Oppenheim'a ulegają znacznym wahaniom, tak że nieraz zmieniają się lub znikają z dnia na dzień. Zmienność i niestałość jest cechą charakteryzującą wiele innych objawów stwardnienia rozsianego, co nieraz również ułatwia odróżnienie od myelitis. Wogóle jednak w wielu przypadkach odróżnienie tych cierpień staje się niemożliwym, i pomyłki diagnostyczne zdarzają się nawet w praktyce lekarzy bardzo doświadczonych.

Wreszcie przy rozpoznawaniu myelitis transversae acutae musimy mieć jeszcze na względzie możliwość istnienia wylewu krwawego do rdzenia. W większości przypadków wylewy krwawe powstają na skutek urazu i objawy cierpienia występują bezpośrednio po uszkodzeniu. Zdarzają się jednak, aczkolwiek rzadko, przypadki, w których wylew krwawy do rdzenia następuje bez wszelkiej przyczyny widocznej. Odróżnienie podobnych przypadków haematomyeliae od myelitis acuta, a zwłaszcza od myelitis apoplectica jest bardzo trudne. Pewne wskazówki rozpoznawcze dać może nagle wystąpienie cierpienia bez objawów poprzedzających oraz dalszy jego przebieg (w apoplexia spinalis wiele objawów znika bardzo szybko).

Z badań Leyden'a wiemy, jak często obraz kliniczny podobny do myelitis transversa acuta et chronica daje zapalenie nerwów obwodowych — polyneuritis acuta et chronica. Odróżnienie tych cierpień jest tem trudniejsze, że wywołują je zwykle jednakowe czynniki etyologiczne i niejednokrotnie zdarza się kombinacja myelitis z polyneuritis. Największa trudność zachodzi przy odróżnieniu w przypadkach zapalenia rdzenia lędźwiowo-krzyżowego, gdyż w zapaleniu rdzenia szyjowego i grzbietowego odróżnienie ułatwia obecność objawów spastycznych, chociaż pamiętać o tem należy, że w początkowym okresie polyneuritis mogą również występować objawy spastyczne. Za zapaleniem rdzenia przemawia obecność odleżyn oraz zaburzeń czynności pęcherza i odbytnicy, za zapaleniem nerwów silne bóle neuralgiczne i bolesność pni nerwowych przy ucisku, na nie wywieranym. Nie-

raz też do wyjaśnienia rozpoznania przyczynia się przebieg cierpienia, gdyż poprawa w stanie chorego i zupełne ustąpienie objawów przemawiają więcej za zapaleniem nerwów.

Histeryczne porażenia ruchowe symulują najczęściej zapalenie rdzenia szyjowego lub grzbietowego, gdyż występują zwykle z objawami spastycznymi. Odróżnić je możemy od myelitis na podstawie ogólnego obrazu cierpienia, obecności objawów histerycznych oraz szczególnego charakteru i umiejscowienia zaburzeń czuciowych.

Myelitis disseminata.

Myelitis disceminata występuje najczęściej w bezpośrednim następstwie ostrych zatruc i ostrych chorób zakaźnych. Przy tych ostatnich cierpienie to zjawić się może, zarówno po ustąpieniu wysypki, jak i w okresie wysypkowym, a nawet w okresie inkubacyjnym. Pod względem klinicznym uważać je można za formę przejściową pomiędzy myelitis transversa i sclerosis disseminata. Anatomiczną podstawę cierpienia stanowią drobne ogniska zapalne, umiejscowione na około naczyń istoty szarej i białej i rozsiane w całym rdzeniu, opuszcze, pniu mózgowym, a nawet w półkulach mózgowych.

Zależnie od rozprzestrzenienia ognisk zapalnych, myelitis disseminata, a właściwie encephalomyelitis disseminata występuje w dwu postaciach klinicznych. Pierwszą postać napotykamy wtedy, gdy ogniska zapalne umiejscowione są przeważnie w rdzeniu. Postać ta (paraplegische Form Leyden'a) pod względem klinicznym zbliżoną jest do myelitis transversa. Druga postać (acute Ataxie Leyden'a) występuje przy przeważnem umiejscowieniu ognisk w opuszcze i pniu mózgowym i podobna jest bardzo z objawów do stwardnienia rozsianego. Pomędzy temi dwiema zasadniczemi postaciami klinicznemi istnieje cały szereg form przejściowych, w których obrazie objawy rdzeniowe łączą się z objawami opuszkowymi i mózgowymi.

Postać rdzeniowa (postać paraplegiczna) podobna jest w zupełności do myelitis transversa acuta, gdyż wyraźne objawy chorobowe wywołuje najczęściej jedno tylko, największe z istniejących w rdzeniu ognisk zapalnych. Różnica polega na częstszem występowaniu jednoczesnem objawów ze strony nerwów głowy. Zwykle ulega porażeniu nerw wzrokowy, rzadziej okoruchowy i twarzowy. Charakterystycznym jest dla wielu przypadków występowanie porażen ruchowych naprzód w jednej, później zaś w drugiej połowie ciała (szczegół ten zanotowali niejednokrotnie: Moeli, Damascino, Fürstner, Westphal i Dreschfeld). Często też wszystkie wogóle objawy wy-

stępują nie odrazu, lecz w postaci oddzielnych napadów. Niejednokrotnie również zauważono, że cierpienie rozszerza się w kierunku wstępującym, aż wreszcie poczynają występować objawy opuszkowe i mózgowo, powstaje duszność, utrudnienie łykania, nieraz nawet nystagmus (Dreschfeld, Fürstner). Wogóle przebieg cierpienia jest ostry, cierpienie rozwija się najczęściej w przeciągu dni kilku. Śmierć nastąpić może zaraz na początku cierpienia na skutek zajęcia opuszki przez sprawę zapalną; w wielu jednak przypadkach następuje po pewnym okresie zupełne wyzdrowienie, wobec czego rokowanie w tem cierpieniu nie jest absolutnie złe.

Przy rozpoznawaniu myelitis disseminatae uwzględnić należy wszystkie te cierpienia rdzenia, o których wspominaliśmy przy rozpoznaniu różniczkowem myelitis transversae, chociaż odróżnienie ułatwia tutaj bezpośrednie występowanie cierpienia po ostrych zatruciach i zakażeniach. Odróżnienie od myelitis transversa bywa często niemożliwym, ułatwić je może tylko obecność objawów ze strony nerwów głowy i opuszki.

Postać opuszkowo-mózgowa (postać bezładu) różni się pod wielu względami od postaci rdzeniowej. Najwybitniejszym objawem są zaburzenia ruchowe, polegające na bezładzie (ataksyi) oraz drżeniu kończyn, głowy i całego wogóle ciała. Ataksya następuje zwykle nagle, często naprzód w jednej połowie ciała i następnie zajmuje wszystkie 4 kończyny; nie znajdujemy przytem przewagi objawów ataktycznych w kończynach dolnych, jak to bywa w tabes dorsalis. Wzmocnienia objawów ataktycznych przy oczach zamkniętych najczęściej nie spotykamy, zdarza się to jednak w niektórych przypadkach. Czasem objawy ataktyczne występują w dolnych kończynach tylko przy chodzeniu (Brunns).

Według obserwacji Westphala, u chorych zauważyć się nieraz daje zaburzenie, polegające na wykonywaniu ruchów z krótkimi przestankami, jak również na powtarzaniu pewnych aktów ruchowych. Często następuje zwolnienie ruchów (szczególniej w okresie ustępowania objawów ataktycznych ruchy bywają zwolnione i niezdarne)

Drugie zaburzenie charakterystyczne ruchowe stanowi drżenie, które występuje najczęściej w postaci typowego dla rozsianego stwardnienia drżenia zamiarowego (Intensionszitteru). Oprócz tego drżenie wystąpić może dopiero po kilkakrotnem wykonaniu ruchów, tak np. po przejściu się chorego po pokoju widzimy drżenie w łydkach, które przechodzi następnie na uda, tułów, a wreszcie na całe ciało, tak że chory nie jest w stanie utrzymać się na nogach.

U dzieci zauważyć można czasami na początku cierpienia drgaw-

ki choreatyczne. Bezwładu, a nawet niedowładu w mięśniach w ostrej ataksji najczęściej nie spostrzegamy, w rzadkich jednak przypadkach występują zaburzenia ruchowe, zwłaszcza w początkowym okresie cierpienia (E b s t e i n, Westphal i Bruns). Objawy ataksji i drżenia zamiarowego kombinują się ze sobą w przypadkach pojedynczych w rozmaity sposób. W jednym szeregu przypadków występuje tylko bezład, w innym jedynie drżenie zamiarowe, często jednak obydwa rodzaje zaburzeń ruchowych istnieją u chorego jednocześnie.

Pobudliwość elektryczna mięśni nie ulega w tem cierpieniu zmianom wybitnym.

Czucie w większości przypadków jest w zupełności zachowane, czasem jednak zdarzają się zaburzenia czucia w postaci znieczulenia, lub też zniesienia czucia położenia i ruchów kończyn.

Odruchy skórne są zwykle zachowane, czasem nieco osłabione, odruchy ścięgnowe są często wzmożone.

W rzadkich przypadkach zdarzają się przejściowe zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy.

Zaburzeń odżywczych nie znajdujemy.

Objawy opuszkowe występują stale. Polegają one na zaburzeniach w mowie, która staje się powolną, monotonna, czasem skandowaną, jak w stwardnieniu rozsianem, nieraz nawet w początkach cierpienia istnieje zupełny bezgłos ruchowy. Łykanie staje się często utrudnionem oraz występuje duszność. Język po wysunięciu z ust wykazuje nieraz drgania i ruchy bezwiedne w rozmaitych kierunkach.

Jako jeden z częstszych objawów występuje nystagmus. Odruchy źrenic pozostają zwykle zachowane. Do rzędu częstszych objawów mózgowych należą zaburzenia ruchowe w obrębie nerwu twarzowego i okoruchowego oraz osłabienie wzroku, słuchu i węchu. Westphal obserwował niejednokrotnie charakterystyczny martwy wyraz twarzy.

Cierpienie to odbija się również nieraz na umyśle chorego w postaci nieznacznej drażliwości, zmienności usposobienia, osłabienia pamięci aż do zupełnego upadku władz umysłowych.

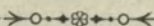
Przebieg cierpienia jest zawsze ostry; wszystkie objawy występują nieraz w ciągu jednej nocy (w przypadkach mniej ostrych, w ciągu dni kilku, często w postaci oddzielnych napadów). Cierpienie rozpoczyna się nieraz od nagłej utraty przytomności. W przypadkach cięższych przytomność powraca dopiero po kilku dniach nawet tygodniach. Po pewnym czasie cierpienie przechodzi, w okres przewlekły i część objawów pozostaje, inne zaś ustępują po-

woli. W okresie późniejszym występować mogą pogorszenia w stanie chorego z następnymi poprawami.

Według zdania Leyden'a cierpienie to przechodzi zwykle w stwardnienie rozsiane; zdanie to nie zostało jednak dotąd stwierdzone z pewnością absolutną. Rokowanie wogóle nie jest złe, gdyż śmierć następuje rzadko (w okresie ostrym). Natomiast zdarzają się nieraz przypadki zupełnego wyzdrowienia, szczególnie u dzieci. Wogóle jednak quo ad valetudinem completam rokowanie powinno być zawsze oględnem.

Rozpoznanie cierpienia nie przedstawia wielkich trudności ze względu na charakterystyczne jego objawy i przebieg. Odróżnienie od stwardnienia rozsianego ułatwia ostry początek i przebieg cierpienia. Od polyneuritis, w którym jako objaw występuje nieraz ataksya, myelitis disseminata również odróżnić nie trudno, gdyż przy zapaleniu nerwów istnieją silne bóle, znaczne zaburzenia czucia, zaniki mięśni i brak odruchów ścięgowych.

(D. n).



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Medycyna wewnętrzna i choroby układu nerwowego.*

O bólach głowy i migrenie.

Streszczenie według Prof. Edingera.

I.

Lekarze w początkach praktyki skłonni są zwykle upatrywać jakąś chorobę poważną tam, gdzie chodzi o coś zwykłego i łatwo podlegającego leczeniu. Pochodzi to stąd, że w klinikach uniwersyteckich spotykają zazwyczaj chorych obłożnych i nie nabierają zupełnie pojęcia o względnej częstotliwości, z jaką spotkać się można w życiu z cierpieniami lżejszemi. Dotyczy to przedewszystkiem tak częstego cierpienia, jakim jest ból głowy. Należy zawsze pamiętać, że wprawdzie ból głowy występuje niezbyt rzadko jako objaw jakiejś choroby poważnej, ale w przeważnej części przypadków nie jest objawem żadnej ciężkiej choroby ogólnej.

Przedewszystkiem wykluczyć należy zazwyczaj niektóre zaburzenia, które wywołują bóle w głowie i często bywają uważane za

istotne bóle głowy. Do takich należą: 1) neuralgie nerwu ponadczołowego (n. supraorbitalis), które wywołują ból w okolicy czoła; 2) choroby zębów, które często bywają przyczyną jednostronnego bólu w skroni, ustępującego po wyrwaniu próchniejącego zęba; 3) choroby gardzieli i ucha środkowego również powodują jednostronne bóle, które wydają się bólami głowy. Poza to nadzwyczaj ważnym jest zapoznanie się ze stopniem wrażliwości chorego na ból, innemi słowy, ogólne zbadanie całego systemu nerwowego, gdyż często ból głowy określany bywa przez lekarzy, jako histeryczny, kiedy natomiast później wychodzi na jaw, że zależał on od jakiejś przyczyny materialnej i tylko dzięki odziedziczonej, wrodzonej czy nabytej nadwrażliwości na ból wogóle czynił wrażenie histerycznego.

Wywiady uzupełnić należy pytaniami co do częstości bólu, jego typu, czasu trwania oddzielnych napadów i okresu wystąpienia bólu po raz pierwszy w życiu; dalej co do tego, czy i o ile w rodzinie zdarzały się jakiegokolwiek choroby umysłowe i nerwowe, a zwłaszcza padaczka i sam ból głowy. Podczas tej rozmowy lekarz może zdać sobie dostatecznie sprawę z ogólnej konstytucji chorego, unaczynienia twarzy, a zwłaszcza łącznic, z jego psychiki, wielkiej wrażliwości i t. d. Z kolei nastąpić może badanie miejscowe, mianowicie głowy samej: punktów wyjścia nerwów mięśni karku z ich przyczepami, kości tylnych czaszki, bocznej części odcinka szyjowego kręgosłupa; badamy jeszcze źrenice co do ich odczynu na światło i przystosowanie, opukujemy głowę przy pomocy palca i na tem kończymy badanie miejscowe. W większości przypadków wywiady i takie proste badanie dają już dostateczną ilość punktów wytycznych. Co do wywiadów nadmienić jeszcze wypada, że lekarz powinien się zawsze poinformować u pacjenta co do rodzaju jego bólów głowy; mianowicie, powinien mu wyjaśnić, że odróżniamy w medycynie *ból* głowy od *ucisku* i zapytać go, do jakiej kategorii zaliczyłby swoje cierpienie. Bardzo często zdarzało się autorowi w ten sposób stwierdzić, że w danym przypadku nie chodzi zupełnie o ból rzeczywisty, a o uczucie ucisku, uczucie bardzo przykre, które stanowi jeden z wielu subiektywnych przejawów neurastenii i spotyka się z tego względu u ludzi przeciążonych pracą umysłową lub fizyczną, jednostajną, w ciasnym mieszkaniu, u ludzi obciążonych dziedzicznym osłabieniem, którzy podjęli się zbyt ciężkiej pracy umysłowej lub fizycznej, wreszcie u ludzi, którzy po chorobie (influenza) za prędko powrócili do zwykłego zajęcia. Przy badaniu takich chorych nie znajdujemy żadnej podstawy anatomicznej; możemy jednak z zupełną pewnością postawić odpowiednią dyagnozę (nawet w tych przypadkach, jeżeli nie znajdujemy cech neurastenii wogóle), opierając się na opisie cierpienia, danym przez samego chorego, opisie, który zazwyczaj bywa we wszystkich takich przypadkach wyjątkowo identyczny. Chorzy tacy skarżą się na uczucie silnego ucisku w głowie, przeważnie zrana przy przebudzeniu się, uczucie, które trwa podczas całego dnia, a czasami z wieczora się zmniejsza. Nawiasowo podaje autor kilka uwag, dotyczących się leczenia omawianej dolegliwości. Chorzy tego rodzaju nie powinni nigdy wstawać na czczo, nigdy nie powinni jadać w dłuższych odstępach czasu, niż 2 godziny, a przed

pójściem spać bezpośrednio jeszcze powinni zjeść cośkolwiek, ażeby pauzę nocną w jedzeniu zmniejszyć do minimum. Po zatem zaleca autor 3 razy dziennie stosować po kilka minut letni prysznic na czoło z nisko stojącego naczynia i parę razy dziennie smarować czoło 10% pomadą mentolową. Prócz tego (a może przedewszystkiem? *przyp. spraw.*) należy leczyć takich chorych, jak neurasteników, a co najważniejsza, stosować leczenie psychiczne ze względu na bardzo częste napotykanie przygnębienie, obawę przed grożącym porażeniem postępowem i t. d. Jeżeli możliwe jest, ażeby ci chorzy parę razy w roku przerywali swoją pracę na pewien przeciąg czasu, to można postawić dobre rokowanie.

Jeżeli przekonaliśmy się, że mamy do czynienia nie z uciskiem, ale z prawdziwym bólem głowy, jeżeli pozatem wyklucziliśmy w danym przypadku możliwość migreny, jako zupełnie odrębnego cierpienia, to przystąpić winniśmy do wyjaśnienia przyczyny bólu głowy, zawsze mając na uwadze tę prawdę, że ból głowy nie jest chorobą *sui generis*, a tylko objawem.

Pod względem *przyczynowym* dzieli autor wszystkie bóle głowy na dwie wielkie kategorie. Do pierwszej należą wszystkie te postaci bólów głowy, które nie posiadają podłoża anatomicznego, do drugiej te, u których podstawy leży jakaś choroba organiczna. Co się tyczy pierwszej kategorii, należy na pierwszym miejscu wspomnieć o *przejściowych* bólach głowy, które osiągają często silnego stopnia i występują u ludzi zupełnie zdrowych na skutek fizycznego lub umysłowego przecapowania, nieprzespanej nocy, nagłego przebudzenia, braku drzemki poobiedniej, która weszła u kogoś w zwyczaj, podjęcia pracy z samego rana na czczo; dalej, takie bóle głowy zdarzać się mogą z powodu jakichś wzruszeń psychicznych, zaburzeń żołądkowych i t. d.

Przeważnie, jakżeśmy już zaznaczyli, przyczyny powyższe wywołują ból głowy przejściowy, zdarza się jednak, że mogą one uwarunkować i bóle głowy stałe. Jako specjalną postać takich stałych bólów głowy, wyodrębnia autor te, które spotykamy u dzieci. Zależą one przeważnie w tych przypadkach od złych warunków higieniczno-dyetycznych (źle przewietrzany pokój sypialny lub szkolny, siedzenie dziecka blisko pieca, wczesne wstawanie, odbywanie drogi do szkoły na czczo albo po niedostatecznym i na prędcę połkniętem śniadaniu). Autor przytacza przypadek takich bólów głowy u dzieci, które to bóle wprost przechodziły już w napady padaczkowe, a zostały zupełnie usunięte po przeniesieniu malca do innej szkoły, położonej bliżej, tak, że mógł wstawać później, nie spieszyć się, nie jeździć zrana koleją żelazną i t. d.

Czasem poza temi przyczynami daje się stwierdzić u dzieci jeszcze jedna przyczyna bólów głowy, mianowicie względnie *zbyt silne natężenie narządu wzrokowego*. Wtedy bóle owe umiejscawiane bywają zwykle w czole i w tylnej części czaszki i występują nie tylko przy pracy, ale trwają przez dzień cały, a wieczorem znikają. W cięższych przypadkach dzieci stają się nerwowymi, wymiotują czasami, śpią niespokojnie i czynią wrażenie ciężko chorych; autorowi zdarzało

się widzieć podobne przypadki, w których podejrzewano już zapalenie opon mózgowych lub chroniczny hydrocephalus. Zwykle ścisła obserwacja, mierzenie temperatury ciała, a w wątpliwych przypadkach kilkodniowe leżenie w łóżku wystarczają, ażeby postawić rozpoznanie prawdziwe. Takie bóle głowy sprowadzić się dają zazwyczaj do nadwężenia narządu akomodacyjnego; czasami dają się stwierdzić jakaś anomalia refrakcyi lub osłabienie mięśni ocznych (przeważnie wewnętrznych), okulista w tych razach wiele pomódz nie może, należy natomiast zalecić posilne pożywienie, spacery, letni prysznic czołowy i, o ile to jest możliwym, ochranianie oczu. U dzieci z bólami głowy ważną nadzwyczaj rzeczą jest zorientowanie się co ich snu. Często napotykamy tutaj zaburzenia w postaci krzyków nocnych, halucynacyi i t. d., które przy umiejętnem leczeniu dają się usunąć, a to z kolei ma nader dobroczynny wpływ na stan ogólny i ból głowy w szczególności. Tutaj należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na pokój sypialny i łóżko, a w razie, kiedy odpowiednie zmiany, zarządzone w tym względzie, nie pomagają, zastosować ciepłą kąpiel bezpośrednio przed snem, w której dziecko powinno siedzieć zupełnie spokojnie przez 10—15 minut lub w ostateczności podawać od czasu do czasu wieczorem lekarstwo (odpowiednio do wieku łyżkę, $\frac{3}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ łyżki).

Rp. Kalii brom. 10,0
 Chloral. hydr. 2,5
 Antipyrini 2,5
 Sirup. cortic. aur. 20,0
 Aquae destil. 150,0.

Oczywiście, że zawsze należy pamiętać o tem, że ból głowy u dzieci tak samo, jak i u dorosłych może być objawem choroby ciężkiej, najczęściej zapalenia nerek po chorobie zakaźnej, chronicznego wodogłowia lub zapalenia opon mózgowych na tle gruźliczem.

Bóle głowy na skutek zaburzeń wzrokowych zdarzają się i w młodocianym wieku i po większej części wyobrażają postać tego cierpienia, znaną pod nazwą cephalacea adolescentium.

Młodzi chłopcy i dziewczęta do 18-go roku życia cierpią często na niezwykle dokuczliwe, chroniczne bóle głowy, głównie w czole i poza oczami. W późniejszych latach ból głowy z powodu natężenia siły akomodacyjnej oka zdarza się rzadko wprawdzie, ale można go od czasu do czasu napotkać u ludzi z pewnego rodzaju zajęciem, wymagającym właśnie napięcia tej funkcyi, np. u snycerzy, hafeiarek i t. d. Zauważyć należy, że, jeżeli niemożliwym jest usunięcie szkodziwości samej, lekarz ma w rozporządzeniu cały szereg wskazówek, które posiadają bezwarunkową wartość dla chorego. W tych razach skutecznym jest pobyt w górzystej miejscowości, zbawiennie działa praca fizyczna, nie wymagająca natężenia wzroku, zabawy sportowe, letnie kąpiele z chłodnemi oblewaniem, zmniejszenie do minimum godzin dawanych lekcyi, a po ukończeniu ostatecznych egzaminów szkolnych dłuższy odpoczynek na wsi, nad morzem, albo też jeszcze lepiej pobyt zimą w górach. Co do środków farmakologicznych autor wogóle odradza ich używania, gdyż pomagają tylko na bardzo krótki

czas i muszą być z tego względu podawane zbyt często. Dobrze działa również stosowany przez pewien, niedługi, okres czasu prąd stały (I MA) w przeciągu kilku minut). Należy wogóle uczynić wszystko, co jest w naszej mocy, ażeby uwolnić takich młodych pacjentów od bólów głowy, tembardziej, że mogą one w tych przypadkach dawać powód do powstawania migreny, cierpienia, które, jak wiadomo, często trapi ludzi przez życie całe.

Szczególniej intensywności dosięgają bóle głowy u ludzi *anemicznych*. Spotykał je autor w najgorszych postaciach, gdzie przerwy pomiędzy napadami były minimalne, u nauczycielek, które po przebyciu w ciężkich warunkach swych egzaminów, zaraz wstępowały w swój trudny zawód, a także u chudych, wyczerpanych przez troski i częste porody kobiet. Tutaj pomaga tylko kuracja, polegająca na spokoju, tuczeniu i podawaniu preparatów żelaza i arseniku i przeprowadzona według określonego planu. Na początku zaleca się leżenie w łóżku (najlepiej poza domem w jakimś zakładzie dla rekonwalescentów) bez stosowania jakichkolwiek zabiegów.

Wiadomo, że pod wpływem niektórych preparatów, jak nitrobenzrol, amylnitryi, następuje przekrwienie naczyń twarzy i przejściowy wprawdzie, ale silny ból głowy, polegający na porażeniu naczyń ruchowem w okolicy głowy. Otóż taki ból głowy zdarza się u niektórych ludzi samoistnie i znany jest pod nazwą bólu głowy *nacynioruchowego*. Tacy pacjenci o bardzo czerwonej twarzy, jakby nabrzmiałych powiekach i cierpiącym, zmęczonym wyrazie, skarżą się zwykle na bóle w całej głowie, szczególnie w okolicy ciemienia i skroni („jak gdyby głowa tutaj pęknąć miała“), na bolesny ucisk poza oczami. Bóle te wahają się w intensywności, czasami bywają nawet dni zupełnie wolne, ale natomiast podczas miesiączkowania lub w parnem powietrzu dosięgają nieznośnego zupełnie stopnia tak, że chorzy niezdolni są do żadnej pracy i często, jęcząc, leżeć muszą zupełnie spokojnie. Prócz tego dołączają się jeszcze zwykle inne objawy, jak brak łaknienia, sen niespokojny z napadami strachu, halucynacjami i specjalne uczucie ciężaru na ciemieniu („jak gdyby centnary na głowie leżały“). Badanie takiego chorego wykazuje obok niezwykłej wrażliwości skóry na głowie i kręgów szyjowych, rozsiane czerwone plamy i pasy od ucisku ubrania na całym ciele, którego lekkie drażnienie wywołuje te same plamy czerwone, nie znikające znacznie dłużej, niż u ludzi normalnych. Mamy tu do czynienia ze słabem unerwieniem naczyń (według Eulenburga—porażenie nerwu sympatycznego), które napotykamy czasem u ludzi wogóle nerwowych, obarczonych dziedzicznie, albo też jako poszczególny objaw w nerwicach urazowych. Pochodzenie takich bólów głowy należy wyjaśnić sobie w ten sposób, że następuje przyływ krwi do mózgu, gdyż słabość nerwów nacynioruchowych skóry prowadzi wprawdzie do przekrwienia (np. u kobiet podczas climacterium), ale bez bólu.

Rokowanie co do wyzdrowienia jest złem tylko w tych przypadkach, które powstały na tle urazu, gdyż tutaj do bólów głowy przyłącza się cały szereg objawów (zawrót głowy, brak pamięci, psychiczne przynębnienie i t. d.), prowadzących w końcu do jakichś zmian

degeneracyjnych w naczyniach mózgowych. Wszystkie inne postaci bólów naczynioruchowych głowy są uleczalne; pamiętać tutaj trzeba tylko zawsze o przeprowadzeniu ścisłego rozpoznania różniczkowego od guza mózgowia, który czasami prócz bólów głowy, zupełnie podobnych do omawianego typu, może żadnych innych objawów nie dawać, z tego też względu należy zawsze zbadać dno oka. Pod względem leczenia autor zaleca na początku dość silny środek czyszczący, chłodne kąpiele nóg, prysznic na nogi i t. d.; wszystkie te zabiegi mają na celu uczynić naczynia krwionośne brzucha i wogóle dolnej części ciała bardziej pojemnymi dla większej ilości krwi. Gdzie można, zalecać należy pobyt w wysokich górach z chłodnym klimatem (Rigi, Beatenberg, Mürren, Wengen, Obersdorf w Turyngii i t. d.). Dolin, a także nadmorskich miejscowości należy unikać: działają one na tych chorych niedobrze, być może z przyczyny silnego ciśnienia powietrza, a w dolinach specjalnie dla tego, że bywa dużo burz, a chorzy ci są niezwykle wrażliwi na takie powietrze. Z lekarstw zaleca E. secale cornutum, a zwłaszcza T-ra nuc. vom. i 3 razy dziennie po 1 miligr. acidi arsenicosi. Prąd elektryczny, stosowany na szyję, działa czasami zbawiennie. Analgetica przynoszą tylko chwilową ulgę, ale nigdy nie leczą radykalnie.

II.

Przechodząc z kolei do drugiej kategorii bólów głowy, uwarunkowanych zmianami organicznymi, autor rozpatruje na początku te wszystkie postaci, które zależne są od zmian anatomicznych w kolejno następujących po sobie tkankach, tworzących czaszkę, kończąc bólami głowy, związanych z cierpieniami mózgowymi. Dzięki rozgałęzieniom nerwu trójdzielnego i górnych szyjowych w skórze, pokrywającej czaszkę i obfitym splotom nerwowym wokoło włosów, zrozumiałą jest nadczułość jak skóry, tak i włosów samych, zrozumiałem się staję fakt, że na skutek jakiegokolwiek uszkodzenia samych owych nerwów lub stanów podrażnienia innych okolic czaszki występują najrozmaitsze bolesne zaburzenia na samej powierzchni skóry czaszkowej. Znajdujące się pod skórą t. zw. galea aponeurotica i granicząca z nią okostna mogą być również miejscem nadwzyczaj gwałtownych bólów głowy, które znane są pod nazwą modzelowych (Schwielenkopfschmerz*). Jest to postać chorobowa bardzo mało znana wśród lekarzypraktyków i często rozpoznawana, jako migrena, wskutek czego zachodzą ciężkie pomyłki w stosowaniu leczenia. Tymczasem, według zdania prof. E., zdarza się to cierpienie dość często, szczególnie u kobiet, i przy pewnej wprawie może być zawsze rozpoznane należyście. U kobiet spotykamy się z tem cierpieniem dlatego, zapewne, częściej, że w jego powstawaniu gra niezaprzeczoną rolę przeziębienie, a kobiety, myjące często głowę, podlegają tej szkodliwości. Kliniczny

*) Schwiele—guz, modzel.

tuje przebieg się rozmaicie. Czasem wybucha choroba nagle i z początku czyni wrażenie zapalenia opon mózgowych (sztywność karku, bóle głowy, nudności); brak gorączki jednak budzi wątpliwości co do takiego rozpoznania i wtedy obmacanie przyczepów mięśniowych i miejsc sąsiednich na galea aponeurotica rozwiązuje kwestyę i pozwala przy pewnych procedurach leczniczych w przeciągu kilku dni sprowadzić wyzorowanie zupełne. Zwykle ostry początek choroby uchodzi uwadze pacjentów i zjawiają się oni do lekarza ze skargą na prawie ciągłe, to słabsze, to silniejsze bóle głowy, które czasami występują w większych lub mniejszych przerwach napadowo i w rzeczy samej przypominają napady migreny. Różnica jednak pomiędzy temi postaciami jest zupełnie wyraźną. Pomijając brak przy omawianym bólu głowy zwiastunów w sferze czucia, jak w migrenie (aura sensitiva), brak wymiotów, występowanie w późniejszym wieku i t. d., najważniejszym punktem różniczkowym jest ta okoliczność, że kiedy w migrenie w okresie wolnym od napadów napotyamy bolesne miejsca na głowie tylko w wyjątkowych przypadkach, tutaj przy obmacywaniu przyczepów mięśni (mm. cucullares, splenii, czasami i sternocleidomastoidei i scaleni) stwierdzamy, że miejsca te są czułe na ucisk, nierówne, chropowate, twarde i czynią wrażenie, jak gdyby w istocie mięśniowej znajdowało się coś w rodzaju guzów, modzeli. Zawsze prawie bolesną jest również na ucisk okostna górnych kregów, szczególnie ich wyrostków poprzecznych. Pacjenci tacy zwykle skarżą się, że bóle, o ile występują bardzo gwałtownie, rozchodzą się na pas barkowy, czego również nigdy przy migrenie nie bywa. Nie jest dotąd jeszcze pewnem, czy bóle te powstają jedynie na skutek tych guzów mięśniowych, za które bezwarunkowo poczytywać należy znajduwane tam zgrubienia, czy też przyłączają się jeszcze promieniujące uczucia bólu w nerwach nadłopatkowych (nn. suprascapulares), które właśnie przebiegają przez mięśnie szyjowe. Wogóle, przyjąc należy, że bóle ograniczają się do dziedziny schorzałych mięśni i powięzi, w której się kończą, chociaż podczas napadów występują niezbyt rzadko dość silne bóle w czole, a jednak w mięśniu czołowym zgrubienia napotyka się tylko w wyjątkowych przypadkach. Możliwa, że chodzi tu o bóle promieniujące.

W każdym razie nie ulega żadnej wątpliwości, że przez sumienne badanie można rozpoznać i etyologicznie objaśnić sobie tę jedną z najczęstszych (choć tak mało znanych) i najdokuczliwszych postaci bólu głowy i, co za tem idzie, zastosować odpowiednią metodę leczenia. Ostatnie jest dość prostem, wymaga tylko wiele cierpliwości ze strony lekarza i pacjenta. W przypadkach świeżych podać należy przed spaniem w godzinnych odstępach 3 proszki Natrii salicylici po 1 gramie, albo 4—5 razy po $\frac{1}{2}$ gr. salofenu. Zimą powinni pacjenci w nocy nosić na głowie czapki lub chustki; dobrze działa również ciepło, stosowane na karku w postaci gorących okładów, termoforów i t. d. Po kilku dniach przystąpić należy do masażu, jedynego rzeczywiście radykalnie działającego środka w tem cierpieniu. Na początku gładzi się paluchem przyczepy mięśniowe w stronę tułowia, co jest męczącym i na pierwszych kilku posiedzeniach bolesnym dla cho-

rego, później następować winno gładzenie całą dłonią kasku czaszkowego i mięśni szyjowych (szczególnie mm. cucullarium et spleniorum). Z nerwami należy na początku postępować ostrożnie, później przenoszą one więcej ucisku, a nawet wstrząśnienia połączone z uciskiem, dokonywane przy pomocy końców palców. Posiedzenie nie powinno trwać dłużej nad 10—15 minut. W ten sposób otrzymuje się zupełnie niespodziewanie dobre rezultaty w świeżych przypadkach prędko, w chronicznych po dłuższym czasie (6—8 tygodni). Dobrze jest kombinować masaż z prądem galwanicznym, a na lato wysyłać pacjentów, którzy zwykle czują się po takiej kuracji wyczerpanymi, w miejscowości, zasłonięte od wiatrów (nie nad morze). Zamiast masażu można stosować jeszcze wibrację przy pomocy odpowiednich przyrządów, wystrzegać się jednak należy tej, bądź co bądź, wstrząsającej głowę manipulacji u ludzi, dotkniętych z uwapnieniem naczyń.

Zadanie lekarza nie kończy się na tem, jeżeli udało mu się usunąć jeden lub kilka takich napadów bólów głowy; obowiązkiem jego jest dać pacjentowi pewne wskazówki postępowania na przyszłość, powinien wyjaśnić mu, że cierpienie to zależnem jest od zaziębnienia, powinien zalecić w razie ponownego wystąpienia podobnych bólów zażyć przed zaśnięciem 3—4 proszki Natrii salicylici, zrobić gorący okład na karku i dobrze się w łóżku okryć. Chorzy tacy skarżą się czasami na silne, jakby newralgiczne bóle w innych miejscach ciała, i przy sumiennem badaniu można tutaj również odnaleźć „reumatyczne węzłki“, zupełnie podobne do spotykanych na tyle głowy i szyi. O wiele rzadziej, niż poprzednią postać bólów głowy, napotykamy tę, która zależy od zmian anatomicznych w samych kościach czaszki. Bóle są wtedy ściśle umiejscowione i przy macaniu lub lekkim opukiwaniu można zawsze odnaleźć zgrubiałe lub miękkie miejsca na kości, zależne przeważnie od 2 chorób: zapalenia okostny urazowego (periostitis traumatica) i przymiotu (lues). W bardzo rzadkich przypadkach ból lokalizowany bywa wyłącznie w *szwach* czaszkowych—cierpienie nie posiadające wielkiej wagi co do swej istoty, ale bardzo dokuczliwe i ustępujące pod wpływem ogólnych środków wzmacniających, miejscowo zastosowanego zimna, chlorku etylu, galwanizacji i t. d. Dzięki niezwykle bogatemu unerwieniu *durae matris*, cały szereg bólów głowy zależy bądź to od chorób samej tej opony mózgowej, bądź od ucisku wywieranego na nią przez schorzałe tkanki sąsiednie, bądź też od wrodzonej lub nabytej nadeżulości (hyperestezji) jej nerwów, ujawniającej się podczas ruchu. Jeżeli u ludzi starszych występują okresy silnego uczucia ucisku w głowie z uprzednimi wymiotami, później ustępują, ażeby później powrócić i czasami nawet sprowadzać zaburzenia w świadomości albo porażenia oddzielnych nerwów czaszkowych, należy zawsze mieć na uwadze możliwość *pachymeningitidis internae*. Bóle głowy, pozostające w związku z *dura mater*, zależą mogą również od chronicznego zapalenia okostnej (periostitis chronica), od zrostów pomiędzy *dura mater* i czaszką pochodzenia urazowego lub przymiotowego, od anormalnego żylnego obiegu krwi na skutek nowotworzącej się ziarniny pachwinowej na ograniczonych miejscach *durae matris*, wreszcie od stanów zapalnych miękkiej opony mózgowej

(piaie matris), gdyż we wszystkich prawie tych zapaleniach występują wysięki, wywierające ucisk na bogatą w nerwy twardą oponę. Co się tyczy wspomnianej już *hyperestezji nerwów durae matris*, to bóle głowy wysępują z jej powodu u ludzi zniszczonych, szczególnie u rekonwalescentów po ciężkich chorobach, a także u ludzi, cierpiących na chroniczne zaparcie stolca. Ludzie ci przy każdym żywszym ruchu czują, że coś z wewnątrz uciska na czaszkę, zdaje im się, jakoby „mózg im się w czasie przelewał“, jakoby przy każdym kaszlnięciu np. głowa im pęknąć miała.

Spokój, dobre ożywianie, a u ludzi z chronicznem zaparciem, pobyt w Marienbadzie, Kissingen zwykle prowadzą do wyzdrowienia.

Bóle głowy, zależne od chorób samego mózgu, powstają prawdopodobnie tylko na drodze ucisku, gdyż mózg sam, przynajmniej na swej powierzchni, jest nieczułym. Autor opowiada o małym chłopcu, na którym dokonano trepanacji czaszki: podczas zmiany opatrunku krzychał on okropnie, zachowywał się jednak zupełnie spokojnie i zajęty był zabawkami podczas tego, kiedy dla usunięcia ropnia wdrażono mu kilkakrotnie nóż w korę mózgową, która zewnątrz była zupełnie normalną. Jeżeli bóle głowy prawie nie ustają ani na chwilę, połączone są z wymiotami, z bardzo szerokimi i nierównomiernymi źrenicami lub ewentualną gorączką, to należy bezwarunkowo przypuścić *chorobę mózgu* lub jego *podrażnienie* na tle *mocznicy*. W każdym razie powinien lekarz u każdego człowieka, cierpiącego przez dłuższy czas na bóle głowy, zbadać dno oka i poddać mocz badaniu. Rozpoznanie guza mózgowia np. często przedstawia mimo to wszystko nieprzewycięzione trudności. To samo tyczy się i leczenia wszystkich bólów głowy pochodzenia wewnątrzmożgowego: najlepiej działa zimno w postaci pęczery z lodem, leżenie w łóżku, środki czyszczące, *KI*, czasami uciec się trzeba do chwilowo chociażby uśmierzających ból środków, jak antypiryna, fenacetyna, piramidon i t. d.

Dość charakterystyczną, jedną z najcięższych, choć względnie nie częstą postać, stanowią bóle głowy u *syfilityków*. Jeżeli ktoś, kto przedtem nigdy na silne bóle głowy nie cierpiał, skarzy się na szalone bóle w różnych miejscach czaszki, które wystąpiły bez namacalnej przyczyny, w nocy albo na skutek wzruszeń potęgują się, to zawsze pamiętać należy o przymiocie. Te bóle głowy są czasem tak silne, że chorzy, nie mówiąc już o zupełnej niezdolności do żadnej pracy, leżą lub kłęczą w łóżku, jęcząc lub gryząc poduszkę. Pod względem rozpoznania różniczkowego brać należy pod uwagę tylko zatrucie ołowiem i zapalenie miękkiej opony mózgowej pochodzenia zakaźnego. Pierwsze nigdy nie wywołuje tak silnych bólów głowy i przejawia się zresztą szeregiem innych objawów, (kolki, rąbek na dżiastach i t. d.). Postaci zapalenia opony mózgowej zajmują prawie zawsze również i oponę w szyjowym odcinku rdzenia i przez to prowadzą do sztywności w karku; pozatem częściej bywają tutaj wymioty i zwolnienie pulsu, aniżeli w przymiocie, w końcu mierzenie gorączki daje cenne wskazówki. Jeżeli lekarzowi udaje się dowiedzieć o zarażeniu, nie powinien on w ciężkich przypadkach długo podawać

środki objawowe, a po kilku wstrzyknięciach morfiny, niezwłocznie przystąpić do energicznej kuracji specyficzej.

Kończąc ten przegląd różnych postaci bólów głowy, autor na podstawie doświadczenia sądzi, że $\frac{2}{5}$ wszystkich cierpiących na bóle głowy przypada na ból modzelowy, $\frac{1}{5}$ na inne postaci, a ostatnie $\frac{2}{5}$ na bóle migrenowe.

III.

Bóle głowy typu migrenowego występować mogą w kilku pokrewnych może postaciach chorobowych, jak np. w padaczce, hysterii, zatruciu nikotyną i t. d. Najczęściej jednak bywają przy określonej, ściśle wyodrębnionej postaci, znanej p. n. *migreny*. Ludzie, cierpiący na migrenę, skarżą się, że w pewnych krótszych lub dłuższych odstępach czasu (nawet w przerwach miesięcznych) występują nagle, zwykle rano napady bólu głowy, rozpoczynającego się ogólnym niedomaganiem i osłabieniem. Ból potęguje się często do nieznosnych rozmiarów, trwa przez cały dzień i ku wieczorowi zwykle po wymiotach ustaje, poczem pacjent czuje się zupełnie zdrowym. Już w przeddzień wieczorem zapowiada się często atak migreny przez podrażnienie ogólne, niezdolność do poważnej pracy; najczęściej jednak chorzy z samego rana czują dopiero dokładnie, że dzień będzie dla nich męką. Ból występuje zwykle po uniesieniu głowy z poduszki lub podczas ubierania się i dopiero po kilku godzinach dosięga powoli wysokiego stopnia, bywa on prawie wyłącznie jednostronnym, odczuwanym w głębi głowy; poza oczami i w oczach samych dokuca uczucie palenia i ucisku, zdaje się, jakoby nawet jamy czołowe i szczękowe były bolesne. Do tego wszystkiego przyłącza się uczucie ogólnej niedomogi, nadwrażliwość na światło, szmery, zapachy i t. d., które prawie boleśnie bywają odczuwane, niezdolność absolutna do jakiegokolwiek pracy, zupełny brak apetytu, wreszcie chory musi się położyć i leżeć spokojnie w ciemnym pokoju. Zwykle atak taki trwa od 8—12 godzin, tj. przez dzień cały i bywa mniej lub więcej intensywnym. Zdarzają się jednak nadzwyczaj ciężkie przypadki, w których atak trwa przez kilka dni i nocy (status hemieranicus). Cierpienie to występuje już zwykle we wczesnej młodości, bywa zazwyczaj dziedzicznym samo przez się lub, też w rodzinie takich chorych odnaleźć można inne nerwice, jak epilepsya, a także wrodzone stany zwyrodnienia, newralgie i t. d. Przy wrodzonej skłonności cierpienie to może się ujawnić pod wpływem najrozmaitszych powodów, jako to: rekonwalescencya po chorobie zakaźnej, przepracowanie umysłowe, a nawet fizyczne wyczerpanie, niedostatek i t. d. Poszczególne ataki wywołane być może przez lada drobnostkę, jak jednorazowe zaparcie stolca, wzruszenie, spożycie najmniejszej dozy alkoholu, niespodziewane przebudzenie rano, dłuższe przebywanie w zamkniętym, źle przewietrzanym mieszkaniu, bezpośredni okres przedmiesiączkowy i t. d.

Obowiązki lekarza przy leczeniu migreny są trojaki: 1) zwalczanie ogólnej dyspozycyi do migreny; 2) zapobieganie oddzielnym atakom; 3) leczenie ataku samego.

Co się tyczy pierwszego punktu, to posiada on wielkie znaczenie w stosunku do dzieci z wrodzoną lub odziedziczoną skłonnością do migreny: należy u takich dzieci dbać energicznie o posilne pożywienie, chronić je od wszelakiego przepracowania, pamiętać o przewietrzaniu pokoi, w których przebywają, a głównie sypialni, i zabronić kategorycznie alkoholu w jakiegokolwiek postaci. W następstwie powinni, pamiętając o swej skłonności, wybierać zawód, nie wymagający zbyt wielkiego natężenia. Z przepisów ogólnych, które mają na celu zapobieganie oddzielnym atakom, pamiętać należy następujące: ludzie, cierpiący na migrenę, nie powinni nigdy rozpoczynać pracy na czczo, spożywać cośkolwiek co 2 godziny, wieczorem przed spaniem również coś zjeść, ażeby skrócić przerwę nocną w jedzeniu. Jeżeli chory czuje w nocy lub nad ranem, że grozi mu atak, nie powinien unosić głowy z poduszki, zanim nie przełknie czegokolwiek. Ze środków farmaceutycznych, zapobiegających atakom migreny, wymienić należy bromek potasu (2—3 grm. w roztworze przed spaniem), który podajemy zwykle przez parę dni w okresie, kiedy chory spodziewa się ataku lub też w sam dzień ataku 0.75—1.0 antypiryny, po której powinien leżeć całą godzinę spokojnie.

Jeżeli atak już wybuchł, nie mamy środków, ażeby skrócić jego trwanie, możemy go tylko złagodzić. U niektórych dobrze działa odwrócenie uwagi od bólu przez zajęcie, rozrywkę; u innych ból głowy i osłabienie ogólne występują tak silnie, że o niczem innem, niż o spokoju zupełnym myśleć nie można. Wtedy probujemy przedewszystkiem różnych środków, mających na celu zmianę w obiegu krwi głowy, jak ciepły okład, termofor, gumowy worek, napełniony gorącą wodą na głowę lub gorące kąpiele nożne. Zachwalane dawniej dawniej amylum nitrosum i nitrogliceryna okazały się szkodliwymi. Z właściwych środków przeciwbólowych, stosowanych w migrenie, ostała się głównie kofeina i zawierająca ją pasta guaranowa. Autor przepisuje zwykle:

Rp. Antipyrini 0,5
 Pastae Guaranae 0,3
 Coffeini citrici 0,02
 M. f. pulv. d. t. do s. N.

S. 1—2 proszki w przerwie godzinnej.

Trzeba pamiętać, że kofeina czasami wywołuje bicie serca, choć wogóle środek ten działa bezwarunkowo uśmierzająco na ból. W bardzo ciężkich przypadkach radzi autor bez obawy o skutki podać 0,015—0.02 morfiny. W takich przypadkach poza leczeniem poszczególnych napadów powinien lekarz starać się o zmniejszenie o ich częstotliwości przez zmianę ogólnych warunków higienicznych (dłuższy pobyt w górach lub nad morzem), ogólne wzmocnienie organizmu odżywianiem odpowiednim i podawaniem żelaza z arsenikiem, wreszcie przez stosowanie na szyi słabego prądu galwanicznego, który niekiedy działa zbawiennie.

Przyczyna, leżąca u podstawy migreny, wywołuje u niektórych pacjentów szereg innych objawów mózgowych, które bądź występują przed właściwym bólem głowy, bądź zastępują go zupełnie (aequiva-

lent), bądź następują po atakach migrenowych. Niekiedy np. atak migreny, zamiast bólem głowy, zaczyna się specyficznym subiektywnym wrażeniem świetlnym, które pacjenci opisują w ten sposób: w polu widzenia zjawia się ciemna plama o zygzakowatym, błyszczącym i poruszającym się rąbku. Niektórzy widzą tylko ciemną plamę, wtedy dochodzi do koncentrycznego zwiężenia pola widzenia, półwzroczności (hemiopia) nawet do przemijającej ślepoty (amaurosis fugax). Takie zaburzenie wzrokowe może trwać od paru minut do godziny i zwykle bywa w obojgu oczach i gra zwykle rolę zwiastuna migreny (aura), chociaż w rzadkich przypadkach ból głowy ogranicza się wtedy tylko do ucisku w okolicy czoła. Niekiedy znów występują przemijające zaburzenia czucia w jednej połowie ciała, krótkotrwała afazya, a po częstych atakach migreny zaburzenia ruchowe (połowiczne zaburzenia i drgawki w oddzielnych kończynach). Zaznaczyć jeszcze należy pewne pokrewieństwo, jakie istnieje się zdaje pomiędzy padaczką a migreną. Padaczka może rozpocząć się od scotoma scintillans lub przewidłowego ataku migreny, a z drugiej strony zdarzają się ataki migrenowe z tak szybko występującą prostracyą, z zaburzeniami wzrokowymi i zamgleniem świadomości, że czynią wrażenie poronnych ataków padaczkowych. Przypuścić winniśmy, że u podstawy obu postaci chorobowych leży ta sama dyspozycya układu nerwowego.

IV.

Zajmijmy się teraz teorią bólu głowy, innemi słowy, szukajmy odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób ból głowy powstawać może? Wszystkie bóle głowy odczuwane są w terytoryum rozgałęzień nerwu trójdzielnego (n. trigemini) i tylko w oddzielnych postaciach wchodzi w grę i czuciowe gałązki górnych nerwów szyjowych.

Wszystkie te nerwy biegają przedewszystkiem do swych zwojów (ganglion Gasseri, zwoje międzykręgowe), a ztamtąd, jako korzenie do organu ośrodkowego. *Liczne spostrzeżenia dowiodły bezsprzecznie, że podrażnienie nerwu czuciowego, jego zwoju i jego korzenia wywołuje ból.*

Co się zaś tyczy dalszego przebiegu tych nerwów, to nie posiadamy żadnego spostrzeżenia, które by niewątpliwie dowodziło, że zaburzenie wewnętrznego odcinka korzenia prowadzi do bólu, tak samo, jak nie spostrzegano nigdy umiejscowionego bólu w dziedzinie poszczególnego jakiegoś nerwu po zajęciu drogi jego ośrodkowej. Pewnem jest tylko, że drażnienie przednich odcinków wzgórka wzrokowego (thalami optici), gdzie połączone są wszystkie drogi czuciowe, wywołuje bardzo silne bóle w całej przeciwległej stronie ciała. Pozostaje jeszcze końcowa stacya wszystkich dróg nerwowych—kora mózgowa; tu jednak, mimo skrzętnych poszukiwań, nie odnaleziono żadnej dającej się ściśle odgraniczyć dziedziny dla nerwu trójdzielnego. Gdybyśmy chcieli przyjąć dla bólu głowy teorię korową, musielibyśmy być pewni nie tylko tego, że istnieje taki ośrodek specjalny dla nerwu trójdzielnego, ale, co więcej, że oddzielne dziedziny tego ośrodku, przeznaczone dla poszczególnych włókien trójdzielnych czaszki, mogą samodzielnie

ulegać stanom chorobowym. Do tej pory jednak wszystko to pozostaje jedynie w sferze śmiałych hipotez. Wynika z tego, że dzisiaj nie jesteśmy zupełnie uprawnieni do przypuszczenia, że punkt wyjścia bólów głowy znajduje się w korze mózgowej. Pozostaje nam więc tylko jedno przypuszczenie, że bóle głowy powstają na skutek zajęcia dziedziny obwodowych rozgałęzień nerwów.

Przypadki t. zw. reumatyzmu mięśni głowy i szyi dowodzą bez wątpienia schorzenia obwodowych gałązek poszczególnych nerwów szyjowych; co się tyczy nerwu trójdzielnego, to należy przypuścić, że umiejscowienie zaburzenia w korzeniu, zwoju Gassera, lub w głównych gałęziach wywołałoby kombinację bólu głowy z bólami w innych gałązkach tegoż nerwu, czego nigdy nie bywa.

Ostatecznie więc przyjęło się obecnie twierdzenie, że *szkodliwość, wywołująca ból głowy, dotyka gałązek nerwów w skórze głowy i twardej oponie mózgowej*. Ponieważ dalej, w ciężkich postaciach bólów głowy (migrena, zwiększenie ucisku wewnątrzczaszkowego) występują wymioty i różne zmiany w źrenicach, co dowodzi zajęcia gałązek n. vago-sympathici, i wogóle bóle głowy mają charakter rozlany (w przeciwieństwie do newralgii), to wynika z tego, że *szkodliwości chorobowej ulegają równomiernie wszystkie nerwy durae matris (przynajmniej jednej strony głowy)*. Chodzi teraz o istotę owej *szkodliwości*. Ucisk zwiększony bezwątpienia wywołuje bóle głowy, jednak nie jako taki, sam przez się: przyłączyć się musi jeszcze jakiś moment sprzyjający. W samej rzeczy widzimy, że miejscowy ucisk na dura mater nie jest zupełnie bolesnym, dalej, że w guzach mózgowia zmniejsza się i zwiększa, a skądinąd nie mamy żadnych objawów zmiany w wielkości guza. Chodzi tu najpewniej jeszcze o zaburzenia w obiegu krwi i limfy w dura i pia mater. Z tego punktu widzenia objaśnić się daje powstawanie bólów głowy na tle naczyńioruchowem, podczas miesiączkowania, pod wpływem amyli nitrosi i t. d.

Tak więc, zarówno przekrwienie, jak i niedokrwistość w dura mater mogą wywoływać bóle głowy.

Tyle o powstawaniu bólów głowy z podłożem anatomicznem. Co się tyczy wyjaśnienia tych postaci, które nie zależą od zmian organicznych, posiadamy jedynie hipotezy. Zdaje się jednak, że i tu sprowadzić wszystko można do stanów anemicznych, wywołanych nie przez ucisk, a przez zaburzenia naczyńioruchowe (zweężenie lub rozszerzenie naczyń), które powstają, prawdopodobnie, na drodze odruchowej. Teoria naczyńioruchowa migreny np., gdzie mnóstwo objawów, bladeść twarzy podczas ataku, blade dno oka, zaburzenia wzrokowe, chwilowe zaburzenia mowy i t. d., wskazują właśnie na takie jej pochodzenie, uważaną jest jednak przez takich uczonych, jak Liveing, Gowers, Mûbius za niewystarczającą; autor sądzi mimo to, że zarzuty, stawiane przez nich, dają się z łatwością odeprzeć i wogóle wypowiada się za hipotezę, objaśniającą powstawanie nie tylko migreny, ale innych bólów czynnościowych głowy przez spazm naczyń, wywołujący anemię, która z kolei działa szkodliwie na zakończenia nerwów i wywołuje bóle. Ażeby ze sfer hipotezycznych zstąpić kiedyś przez dalsze badania na grunt rzeczywistości, należy jasno uprzy-

tomnić sobie, co wiemy, a czego doszukiwać się należy. Wiemy, że szkodliwość, wywołująca bóle głowy, wybiera sobie jako miejsce działania nerwy twardej, a może niektóre miękkiej opony mózgowej. Wiemy, że znaczna ilość szkodliwości dobrze znanych wywołuje ból głowy; nie wiemy jednak napewno, w jaki sposób powstaje to działanie bolesne. W każdym razie zarówno anemię, jak i przekrwienie należy tu brać pod uwagę. Może większość postaci bólów głowy da się sprowadzić do tych dwóch momentów.

M. Bornstein.

622. Prof. D-r. R i s c h (Praga—Marienbad). **Objawy różniczkowe nadmiernej otyłości u mężczyzn i kobiet.** (Wiener medicinische Presse № 22; 1901).

Przedewszystkiem daje się zauważyć różnica co do wieku: na 400 przypadków, obserwowanych przez autora, choroba ta sięgała najwyższego punktu u mężczyzn między 40-ym—50-m rokiem, najniższy zaś przypadał między 15-ym, a 20-ym rokiem, kiedy, u kobiet obserwowano otyłość, największą między 30, a 40. Wczesną dziedziczną otyłość częściej obserwowano u mężczyzn, niżeli u kobiet. Zależnie od pewnych faz (okres poporodowy, klimakteryczny) u kobiet występuje większa otyłość. Co się tyczy niebezpieczeństw, jakie nadmierna otyłość wywołuje, zwłaszcza ze względu na serce, to są one bez porównania mniejsze u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Co do pierwszych objaśnia to autor w ten sposób, że takie momenty w fizjologii kobiecej, jak miesiączkowanie, ciąża, puerperium, wreszcie karmienie piersią wywołują ciągłą zmianę w ilości tkanki tłuszczowej, a więc przystosowują organizm, respective serce do tych zmian. Następnie autor dodaje, że u kobiet nie tak często stwierdzić można alkoholizm chroniczny, jaki się zdarza u mężczyzn, a który przy nadmiernej otyłości bardzo pogarsza sprawę. Co się tyczy zewnętrznych form ciała, to pod tym względem kobiety cierpią więcej od mężczyzn; zwłaszcza piersi i pośladki rozmiarami przypominają Hottentotki i Buszmenki.

Przy dziedzicznej nadmiernej otyłości, zjawiającej się już w młodocianym wieku, autor obserwował u kobiet hypertrychozę. Np. 16 letnia dziewczyna, dziedzicznie nadmierną otyłością obciążona, wagi 142 Kgrm., miała twarz, piersi, grzbiet, ręce, biodra porośnięte czarnym na 2 ctm. długim włosom do tego stopnia, iż codziennie rano musiała sobie golić wąsy i brodę. U mężczyzn przeciwnie obserwowano brak uwłosienia. O ile u mężczyzn z nadmierną otyłością często połączona bywa i pełnokrwistość, tak iż identyfikują wtedy pierwszą z „Plethora vera“, o tyle u kobiet przeważa t. z. typ anemiczny. Badanie krwi, dokonane u 100 chorych, wykazało: u mężczyzn w 88% przypadków ilość hemoglobiny okazała się powiększoną, w 12-tu zaś zmniejszoną, przeciwnie u kobiet w 66% zwiększoną, a w 34% zmniejszoną.

W samej tkance tłuszczowej również dostrzegamy różnice, mianowicie: u mężczyzn jest ona twarda, nawet elastyczna, pod mikroskopem oddzielne komórki są przepełnione tłuszczem, zraziki są duże, naprężone, tkanki łącznej pomiędzy nimi mało. Przeciwnie, u nadmiernie otyłych kobiet tkanka tłuszczowa jest luźna, miękka, komórki nie są tak przepełnione tłuszczem, zraziki są małe, luźno z sobą połączone, tkanki łącznej pomiędzy nimi dużo.

U mężczyzn nadmierna otyłość często kombinuje się ze skazą moczanową i cukrzycą. Z 18 przypadków nagłej śmierci wskutek wylewu krwi do mózgu było 12 mężczyzn, a tylko 6 kobiet. Za to u kobiet otyłość wskazuje często na chorobę organów płciowych: amenorrhoea, sterilitas, metritis chronica atque endometritis.

Maryan Stawński.

II. Notatki bibliograficzne.

Dr. W. Bugiel *Un célèbre médecin polonais au XVI Siècle Joseph Struthius (1510—1568) Contribution à l'histoire de la médecine à l'époque de la Renaissance.* Paris 1901.

Tak rzadko w piśmiennictwie zagranicznym spotykamy się z pracami o naszych uczonych, że należy się kol. Bugielowi wielkie uznanie, iż podjął tę pracę, z mgieł zapomnienia wydostając postać z doby rozkwitu u nas nauk w XVI stuleciu. O Józefie Strusiu pisano mało nawet u nas, studyum więc nad nim jest tem ciekawsze, a tem więcej zasługuje na uznanie, że autor umiejętnie skreślił tło epoki, w której działał Struś i dowiódł, że w XVI w. kultura nasza była nie niższą, niż na zachodzie, a, być może, pod pewnymi względami wyższą już choćby dla tego, że panowała bezwzględna tolerancja i wysoka opieka nad naukami i sztuką.

Józef Struś urodził się z rodziny mieszczkańskiej w Poznaniu 1510 roku i otrzymał pierwsze nauki w Lyceum Jana Lubrańskiego pod kierunkiem Tomasza Bedermana, ztąd udał się w r. 1527 do Krakowa, gdzie na wszechnicy wówczas świeciły pierwszorzędne gwiżdzy współczesne. Już w czasie studiów odznaczył się kilkoma pracami literackimi w języku łacińskim, które dedykował zwyczajem ówczesnym Janowi Łaskiemu i które odznaczają się nie tylko pięknnością myśli, ale i formą przedziwną; ta forma winna była zapewnić Strusiu miejsce poczesne w rządzie pisarzy XVI wieku. Niezależnie od prac literackich Struś wydał tłumaczenie Komentarza do astrologii Luciana.

Po ukończeniu studiów w Krakowie w 1532 r. udaje się Struś do Padwy, dokąd spieszyła młodź polska dla studiów nad naukami przyrodniczymi i medycyną.

Znajduje tu szereg mężów nauki i przyjaźni się z reformatorem anatomii Andrzejem Wésaliuszem, w r. 1535 kończy studia w Padwie i zostaje profesorem w uniwersytecie aż do r. 1545—głosząc już tu swą naukę o tętnie. Po powrocie do Polski jest począt-

kowo lekarzem Górki, czas jakiś spędza jako lekarz Izabelli na dworze Jana Zapolyi, jeździ do Solimana do Konstantynopola oraz do Filipa II do Madrytu, w końcu zostaje lekarzem Zygmunta Augusta. Wzięcie jego rośnie coraz bardziej. Po powrocie z podróży do Turcyi zaślubia Polyksenę Unger, po paru latach po stracie 1-szej żony żeni się z Katarzyną Storch, dzieci jednak nie ma. Na dworze królewskim bawił krótko. W r. 1555 widzimy go z powrotem w Poznaniu, gdzie zostaje radnym. Zmarł skutkiem moru w Poznaniu, mimo że przechodził tę chorobę już w Krakowie.

Oto w krótkich w rysach żywot Strusia.

W drugiej części swej pracy Bugiel zajmuje się oceną prac Strusia.

Charakteryzując epokę wieków średnich, autor słusznie zwraca uwagę na chaos, wytworzony przez nieumiejętne tłumaczenie autorów greckich i rzymskich. Wiek XVI przywrócił wielu autorom tekst prawidłowy, a co się tyczy Gallena, zasługa w tem nie mała Strusia. On to bowiem tłumaczył „De Urinis“, „Astrologia ad Aphrodisium“, „Mathemathices Scientiae Prognostica de decubitu infirmorum“, „De paratu facilibus“, „De Hantidotis“, „Commentarii in librum Hippocratis De fracturis“, i „De articulis“. Wszystkie te prace dzięki wybornej łacinie i głębokiej znajomości języków starożytnych są wzorem nie tylko pod względem ścisłości, ale i języka.

Struś jedno tylko zostawił dzieło oryginalne „Ars sphygmica“, ale w dziele tem zawarł autor tyle spostrzeżeń i danych, świadczących o dokładnem obznajmieniu się z tamtoczesną nauką, że dzieło to na owe czasy starczy za szereg prac dziś rozrzucanych z taką szybkością. Praca niewątpliwie była rozpoczęta w Padwie, o czem świadczy sam Struś, zaznaczając, że śród uczniów jego krąży prawdopodobnie odpisy wykładów. Pierwsze wydanie autor odnosi do 1540 roku, następne wydania wyszły w 1555 i 1602.

W celu wykazania wartości znacznej na owe czasy dzieła Strusia, autor zestawia znane naówczas dzieła w tym samym przedmiocie: wierszem pisane Gille de Corbeilla, Aviceny i M. Savonaroli. Autor poddaje krytyce zawilą systematykę tętna, zawartą w tych pracach, którą uporządkował na zasadzie doświadczenia klinicznego i rozumowania logicznego Struś. Wykład jego jest jasny, Struś bowiem trzymał się zasady, że należy od rzeczy prostych przechodzić stopniowo do bardziej skomplikowanych. Jak dalece wniknął w istotę tętna, poucza fakt, iż podał pierwszy ideę stymografu; skorzystał z tego dla pulsilogum swego Santorio, którego pomysł zarzucono wkrótce, aby w XIX wieku wznowić go (Hales, Poissenille).

Dzieło swe Struś rozpoczyna od historii sphygmologii, w dalszym ciągu rozpatruje 5 kategorii głównych tętna i tu zawiera się najwięcej spostrzeżeń klinicznych, w części 3 zajmuje się przyczyną tętna, dalej semiotyką i rokowaniem z tętna. Struś żył przed Harveyem, stąd nie mógł mieć pojęcia właściwego o powstawaniu tętna, a jednak przypuszcza, że tętnice są napełnione krwią, co zawdzięcza, prawdopodobnie, Servetowi. Nie brak mu też i obserwacji bezpośrednich, jak świadczą opisy wiwisekeyi, w czasie których widział

jak stopniowo ustaje ruch pojedynczych części serca u umierającego zwierzęcia. Zbyt potężna była wiara w Galena, aby Struś mógł postawić właściwą teorię krążenia krwi, mimo że pojedyncze kwestye opracował dokładnie. Trzeba było na to czasu.

Nie możemy iść dalej za autorem w rozbiórce dzieła Strusia, rozszerzyło by to bowiem zbyt naszą notatkę, zaznaczymy tylko, że autor podnosi fakt uznawania histeryi przez Strusia za objaw dysmenorrhoeae, oraz pogląd na powstawanie przymiotu i zaraźliwość tej choroby, która według Strusia, zależy od drobnych nieskończenie ustrojów, przenoszonych z ustroju do ustroju i rozmnażających się w „wilgociach“ ustroju, pogląd, jak na w. XVI, niezmiernie oryginalny śmiały i w 3 wieki później stwierdzony.

Lekarz, według Strusia, najprzód winien rozpytać dokładnie chorego i otoczenie, zdać sobie sprawę z tego, czy obok objawów miejscowych nie istnieją ogólne, obserwować twarz chorego, stan psychiczny, przypomnieć sobie wszystkie widziane przez siebie przypadki i przystąpić do badania tętna.

Studjum swoje o Strusiu autor kończy poetyczną aluzją do zapomnianej świątyni, którą przypadkowo odkrył podróżny i, rozpatrzywszy się w niej, widzi piękności, któremi rad się podzielić. Autor dzieli się więc z nami swemi wrażeniami z wystudjowania Strusia.

Praca kol. Bugiela, jak zaznaczyłem na wstępie, ma dla nas specjalne znaczenie, gdyż podnosi niejednokrotnie z naciskiem kulturę naszą i jej dawność przed zagranicą, dla historii medycyny jest nader ważnym przyczynkiem, który tem bardziej podnosimy, że wśród historyków naszej wiedzy nazwisk naszych rodaków znajdujemy bardzo mało.

Pierwsza ta praca powinna zachęcić autora do dalszych studjów w tym mało uprawnym kierunku. Dobrze jest czasem szukać skarbów nie tylko na powierzchni, ale i w głębi uprawnego pola.

J. Zawadzki.

Dr. Anna E. Hamilton: **Considérations sur les infirmières des hôpitaux.** Montpellier 1900. 335 stron ósemki.

Kwestya pielęgniarstwa, u nas zwłaszcza, należy do bardzo aktualnych. Ztąd też godzi się zwrócić uwagę na tę książkę, która należy do najzasobniejszych, jakie w tym przedmiocie ogłoszono. Część historyczna (s. 1—27) mogła by być i uzupełnioną i ulepszoną pod wieloma względami, natomiast część współczesna odznacza się istotnym bogactwem materyału. Więcej niż 70 stron poświęciła autorka katolickim zakonom niewieścim tudzież świeckim, ale częściowo na wzór kongregacyi zorganizowanym: „Gościnnym siostram“ (Hospita-lières) z Lyonu i protestanckim „dyakonisom“. Następnie rozpatruje ona pielęgniarские szkoły świeckie: La Source w Lozannie, Przytułek Ciry w kantonie szwajcarskim Vand; szkoły pielęgniarские Zofii Hemmet i Samarytanek w Sztokholmie, szkołę przy szpitalu Zofii w Atenach, szkołę przy szpitalu Pamattone w Genui i podobne szkoły w Padwie i Florencji, szkołę przy Powszechnym Szpitalu w Wie-

dniu, wreszcie pokrewne zakłady: w Tokio i w miastach francuskich: Paryżu, Bordeaux, Nimes, Hawrze, Montpellier i Marsylii.

Czwartą część książki stanowi dokładny zarys stanu pielęgniarstwa w Paryżu (str. 120—166), piątą (s. 167—242) obraz kwestyi w Anglii. Jak już ilość stron wskazuje, dane dotyczące Anglii są najobfitsze. Kilkanaście stron zajmuje skreślenie zasług twórczyni pielęgniarstwa angielskiego panny Florencji Nightingale. Szósta część (244—260) dotyczy towarzystw Czerwonego Krzyża, siódma (261—298) zawiera osobiste uwagi autorki w kwestyi pielęgniarstwa. Pożytecznym jest „Dodatek“, gdzie między innymi panna Hamilton wymienia podręczniki dla pielęgniarzek w językach: niemieckim (25), angielskim (138), francuskim (13) i siedmiu innych.

Niezwykła obfitość przyczynków nadaje wartość wspomnianemu dziełu. Zwłaszcza, kto chce wyrobić sobie pojęcie o francuskim i angielskim pielęgniarstwie, ten winien z niem się zapoznać.

W. Bugiel.

Józef Polak Kalendarz lekarski na r. 1902.

Jak corocznie, wydał kol. Polak swój kalendarz nader ozdobnie i dokładnie. Zawiera on prócz części kalendarzowej spis lekarzy praktykujących w Królestwie, skład osobisty urzędów lekarskich, szpitali oraz wykaz pracowni, lecznic i aptek, wreszcie, listę lekarzy polaków w zdrojowiskach. Po za tem znajdujemy tu wykaz dawek największych, sztuczne kąpiele lecznicze, ratownictwo, otrucia, spis szkół lekarskich na całym świecie, podręcznik terapeutyczny, metrologię, spis miejscowości leczniczych oraz uzupełnienie podręczn. terap. (najnowsze leki). Do Kalendarza dodano 4 notatniki.

Całość przedstawia się bardzo wytwornie, treść opracowana starannie, sądzilibyśmy jednak, że zamiast podręcznika terapeutycznego w przyszłości należało by szerzej uwzględnić nowe leki, alfabetycznie ułożone, pod alfabetem zaś chorób podawać tylko nowe (z ostatniego roku) metody leczenia z cytowaniem źródeł. Dział tego rodzaju niewątpliwie byłby dla kalendarza nowością, a dla lekarzy miałby znaczenie bibliografii.

J. Z.

III. Listy z Paryża.

Paryż 10 Listopada.

Polscy lekarze w Paryżu: tegoroczne prace dra J. Babińskiego.

W numerze następnym podam sprawozdanie z najwybitniejszego objawu życia lekarskiego Francyi, tj. z ostatniego kongresu chirurgów. Tu pragnąłbym wspomnieć o pracy polskiej w zakresie francuskich nauk medycznych. Na pierwszym miejscu wypada mi postawić komunikaty i badania Jana Babińskiego.

W ciągu miesięcy letnich miewał on co sobota w szpitalu Pitié, gdzie posiada swój oddział chorób nerwowych, wykłady kliniczne, na których sala zawsze była zapelniona. To jednak nie pochłonęło go w zupełności: w „Towarzystwie neurologicznem“ i w „Towarzystwie lekarskiem szpitali paryzkich“ wygłosił cały szereg prac i spostrzeżeń.

Zaczynając od medycyny ogólnej, wyróżnimy najpierw komunikat Babińskiego o *leczeniu choroby Basedowa* salicylanem sodu. Środek ów, zachwalany w roku 1895 przez d-ra Chibret'a z Clermont Ferrand, nie został dotychczas należycie uwzględniony w świecie lekarskim. Babiński, chcąc go wypróbować, zwrócił się doń w roku 1899. Oto rezultaty uzyskane przezeń:

Kobieta licząca 28 lat. Choroba zaczęła się u niej w połowie roku 1898. Wzmagala się stopniowo, — potem około stycznia 1899 poczęła czynić bardzo szybkie postępy. W początkach lutego Babiński znalazł u chorej: tętniące wole bardzo rozwinięte; obustronne bardzo widoczne wysadzenie gałki ocznej, drżenie kończyn górnych, tętno o 140 uderzeniach na minutę. Chora bardzo osłabiona i wychudnięta. Przez kilka miesięcy podawał jej Babiński salicylan sodu w dawce 3—4 gramów dziennie z przerwami od czasu do czasu. Wpaździerniku 1899 stan jej był nie do poznania: tętno spadło do 80 uderzeń, wole i drżenie kończyn górnych znikło, wysadzenie gałek uległo zmniejszeniu, siły wróciły w znacznej części, a waga zwiększyła się o kilka funtów. Przy końcu 1900 r. Babiński widział chorą znowu: zmniejszenie tętna, tudzież zanik drżenia i wola zachowały się, exoftalmia znikła zupełnie.

Drugi chory:

Mężczyzna, 41 lat, choroba Basedowa zaczęła się w kwietniu 1898 i rosła niepowstrzymanie do listopada 1899. W owym czasie stan następujący: exoftalmia obustronna wybitna, tętno: 120—130, lekkie drżenie kończyn górnych. Wola niema. Chory został poddany leczeniu salicylanem sodu (3 gramy dziennie): w miesiąc tachykardia znikła prawie zupełnie. Od tego czasu pacjent to brał salicylan, to przerywał, stan jego raz poprawiał się, raz pogarszał, w końcu poprawa utrzymała się. W styczniu 1901 Babiński znalazł, że wysadzenie gałki lewej znikło prawie zupełnie, prawej—uległo znacznemu zmniejszeniu. Drżenia rąk nie było, tętno wynosiło 80—90 uderzeń.

Trzeci chory: Dyagnoza choroby Basedowa była, według naszego rodaka, nie pewna, bo jedyny objaw jej stanowiło wole. Ale wole to odznaczało się dużymi rozmiarami i wybitnem tętnieniem. Trwało już od roku, gdy zaczęło się leczenie (3 gr. salicylanu sodu dziennie). W przeciągu mniej niż trzech tygodni wole znikło prawie zupełnie, a w dwa miesiące później nie było zeń i śladu.

Inną kwestyą, dotyczącą tym razem symptomatologii, ale ważną wysoce ze względu na wskazania lecznicze, jest kwestya odruchu ścięgna Achillesowego. Zbadanie tego odruchu stanowi wyłączną prawie zasługę Babińskiego. Wykazał on, że w zapaleniu nerwu kulszowego odruch ów zanika lub ulega osłabieniu i że za

pomocą jego można snadnie odróżnić zapalenie nerwu kulszowego prawdziwe od pseudozapalenia historycznego.

Nie mniej znamionem jest zniknięcie odruchu Achillesowego w uwiązcie starczym. Poprzedza ono znacznie zanik odruchu rzepkowego: na 45 chorych, zbadanych dotychczas przez Jana Babińskiego i dotkniętych wyraźnym tabesem, 40 razy odruch Achillesowy był bądź wyłącznie zanikłym (bez równoległych zmian odruchu rzepkowego), bądź znacznie bardziej i wcześniej osłabionym niż tamten odruch. Pięć razy tylko rzecz miała się odwrotnie: odruch Achillesowy istniał, a rzepkowy nie. Ztąd wysnuł nasz rodak słuszny wniosek, że zanikowi odruchu ze ścięgna Achillesa należy się w rozpoznaniu tabesu rola co najmniej równoznaczna z objawem Westphala. Właściwie, ma znaczenie większe, bo odslania o wiele wcześniej tajemnicę strasznej choroby i pozwala zapobiedz jej in ovo.

Badania Babińskiego o poparciu: Paweł Janot (1897), Max Biro (1897), Forestier (1899), Mills (1899), Van Gehuchten (1899).

I w roku bieżącym przedstawił on trzech chorych, gdzie geneza (syfilis) przed kilkunastu laty i objawy [1] kobieta 32-letnia, syfilis 10 lat temu, napady gastralgiczne, wymioty i osłabienie odruchów źrenicowych, lekkie nieprawidłowości moczowe. 2) mężczyzna, 60 lat, syfilis przed 20 laty, objaw Argyll-Robertsona, bóle strzelające, nieprawidłowości moczowe. 3) mężczyzna, 40 lat, syfilis przed 17 laty, bóle szarpiące w eminentia hypothencar. dextra, dwojenie się w oczach] kazały rozpoznawać tabes, gdzie jednak odruch rzepkowy istniał nie nadwątlony. Natomiast odruch ze ścięgna Achillesa był w zaniku,—okoliczność, która pozwoliła ustalić dyagnozę wiadu. W pierwszym przypadku także uklucie łądźwiowe poparło rozpoznanie: w płynie mózgo-rdzeniowym znaleziono wielką ilość limfocytów, objaw znamieny dla tabesu.

Wspomniałem o objawie Argyll-Robertsona, czyli o zaniku odruchu źrenicowego. Przed dwoma laty już Babiński, razem ze swym kolegą Charpentierem związali ów objaw z przymiotem. O ile odruch zanikł istotnie (ztąd potrzeba chorego zbadać kilkakrotnie) i o ile nie wywołała go choroba gałki ocznej i nerwu wzrokowego, brak jego stwierdza prawie nieomylnie istnienie przymiotu nabytego lub dziedzicznego. Koenig w Journal of mental science (lipiec 1900), Erb w Münchener medicin. Wochenschrift (1900, p. 990), Harris w British med. Journal (29. IX. 1900) i Cestan w Archives de neurologie (t. X, p. 104) prowadzili poszukiwania w tym zakresie i uznali wywody powyższe za słuszne.

W roku bieżącym obaj wspomniani lekarze przedstawili nową ilość przyczynków do tej kwestyi. Szło najpierw o kobietę 34 letnią, syfilityczną od 7 lat, posiadającą ekzostozę wynikłe z przymiotu, tudzież objaw Argyll-Robertsona. Oprócz tego objawu nie masz żadnego objawu podmiotowego ani przedmiotowego, zdradzającego zajęcie systemu nerwowego, odruchy ze ścięgien kończyn górnych i dolnych są normalne, wzrok dobry, nigdy nie było dwojenia się w oczach,

pęcherz funkcjonuje dobrze, nie masz ani objawu Romberga ani bólów.

Słowem, objaw Robertsona stanowi jedyny objaw owładnięcia systemu nerwowego, przez przymiot. Trzy inne przypadki są analogiczne, ostatni o tyle ciekawszy, że idzie o przymiot dziedziczny.

W ożywionej dyskusji w towarzystwie lekarzy szpitalnych Bruhl, Dupré i Rendu przytoczyli fakty, popierające wywody Babińskiego. Zgodzono się nadto, że jeśli objaw Robertsona dowodzi zakażenia przymiotowego, to z drugiej strony nie zapowiada on nieodwołalnie władu ani ogólnego porażenia. Babiński przez 8 lat obserwował neurastenika syfilitycznego, ze wspomnianym objawem i przez cały ów czas żadna z powyższych chorób nie wystąpiła.

Wspomniałem wyżej o *limfocytozie*. Nowa ta metoda rozpoznawcza stanowiła przedmiot komunikatu Babińskiego i Nagelotte'a. Obaj badali ciecz mózgodzeniową u więcej niż 120 chorych. Rezultaty ich były bardzo ciekawe: raz dzięki limfocytozie tylko skonstatowano postać wstępującą zapalenia opony mózgodzeniowej (bardzo obfita ilość komórek wielojądrowych). Na 39 rozmaitych chorób, dotyczących systemu nerwowego, w dziesięciu znajdowano stale zwiększenie ilości komórek wielojądrowych. Są to: uwiad starczy, paraliż ogólny, uwiad i paraliż ogólny skojarzone, paraliż ogólny skojarzony z porażeniem połowicznym, porażenie połowiczne powikłano objawem Robertsona. Paraplegia połączona z objawem Robertsona, postępowy zanik mięśni z objawem Robertsona, wyłącznie objaw Robertsona, skleroza wysepkowa, zapalenie opony mózgo-rdzeniowej. W 29 innych cieczech była normalna. To też, gdy w kilku przypadkach (1 polyneuritis alcoholica, 1 neuritis optica cum atrophia papillae, 1 padaczka ze znacznym osłabieniem władz umysłowych) znaleziono zwiększenie ilości komórek wielojądrowych rozpoznano przypuszczalnie tabes, względnie porażenie ogólne.

O ile pozwalają wnosić dotychczasowe wyniki, limfocytoza jest zmienną zwłaszcza dla chorych dotkniętych przymiotem.

Z innych komunikatów wymienię przede wszystkim dwa, dotyczące *półspazmu*. Dr. Babiński dwukrotnie przedstawił w tym roku chorych, dotkniętych kuczowem wykręceniem szyi. Obadwaj nie zdradzali żadnych zбочzeń umysłowych, stosowana więc niekiedy we Francji do tej przypadłości nazwa „*Torticollis spasmodique*“ nie mogła tu wcale znaleźć usprawiedliwienia. Natomiast w obydwóch skonstatował Babiński odruch paluchowy: łechtanie stopy, odpowiadającej stronie dotkniętej skurczem, dawało wyprężenie palucha. Zdradza to, jak wiadomo, podrażnienie systemu piramidального. To też właśnie do grupy chorób tego systemu proponuje Babiński wliczenie półskurcu.

Inny bardzo ciekawy przypadek, przedstawiony towarzystwu neurologicznemu, dotyczył *hemiasynergii i półdrżenia* u mężczyzny 54 letniego. Babiński, przedstawiając chorego, przypisał jego obja-

wom pochodzenie mózdkowe. W jakimś 2 miesiące potem chory zmarł na influenzę; autopsya wykryła u niego istotnie narośl, która zniszczyła znaczną część kory prawego zwoju mózdkowego.

W tem samem, wreszcie, towarzystwie przedstawił nasz rodak chora, która spadła z bicyklu, uderzyła się w tylną część głowy i poczęła odtąd cierpieć na gwałtowne bóle głowy. Do nich dołączyły się wymioty, a następnie po roku zapalenie nerwu wzrokowego i osłabienie wzroku, dochodzące w końcu do zupełnego prawie zaniku wzroku. Trepanacya czaszki, dokonana ze strony lewej (tam były bóle najmocniejsze), usunęła wszystkie te objawy.

W. Bugiel.

IV. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Postępowanie z d. 22 października 1901 roku.

1) Neugebauer a) przedstawił: jajo poronione w 6 tygodniu ciąży przez kobietę 33-letnią, która rodziła już 5 razy. Jajo było nienaruszone. N. demonstruje ten preparat ze względu na to, że rzadko udaje się widzieć jajo tak wczesnego okresu ciąży, jak również pęcherzyk żółtkowy, którego przy końcu ciąży widać zaledwie ślady.

b) N. demonstruje cały zbiór źle wybranych, z nieodpowiedniego materiału zrobionych i z tego względu ujemnie działających wianków macicznych, usuniętych przez niego, bądź w praktyce prywatnej, bądź w szpitalu. Były to wianki z białej gumy, ze skóry na czarno polakierowanej; wianki cynowe, ołowiane, wypełnione szerszcią lub włosiem.

c) N. demonstruje, zdjęty przez kol. Barszczewskiego, cieniopis Roentgenowski w przypadku złamania miednicy wskutek przejechania. Jest to przypadek niezmiernie rzadki. N. spostrzegł dwa przypadki tego rodzaju przed kilkunastu laty; w obcym piśmiennictwie analogicznego przypadku nie znalazł.

2) Męczkowski przedstawił 2-ch chorych z oddziału d-ra Chełchońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

1) 24-letni robotnik spadł 1 czerwca tego roku z drzewa z wysokości 6—7 łokci głową naprzód. Przytomności nie stracił, ale uczył zaraz silny ból w krzyżu i w nogach. Nazajutrz mógł poruszać nogami, a na 5-ty dzień już chodził. Przez pierwsze 4 dni była zupełna retentio urinae; po wypuszczeniu moczu za pomocą kateteru nastąpiła incontinentia urinae, która trwa do tej pory. Od chwili wypadku do tej pory retentio et incontinentia alvi. Przez kilka dni cierpiał chory na silne bóle w krzyżu i w nogach, ale te w przeciągu kilku tygodni stopniowo zniknęły. *St. praes.* Kręgi: 12-y grzbietowy i 1-szy lędźwiowy wystają, na ucisk nie bolesne. Zaburzenia czucia wszystkich rodzajów istnieją na pośladkach, na międzykroczu, na mosznie, członku i tylnej powierzchni obu ud (a więc w dziedzinie

nn. pudendohaemorrhoidalis, coccygeus, cutanus femoris posterior). Odruchów pośladowkowego i odbytowego brak. Incontinentia urinae. Cystitis. Sfera ruchowa bez zmian. Odruchy ścięgnowe kończyn dolnych i wszystkie skórne zachowane. Prześwietlanie promieniami Roentgena żadnych zmian w kręgach nie wykazało. Etiologia i przebieg kliniczny wskazują na wylew krwawy w najniższym odcinku rdzenia. Różniczkując pomiędzy zajęciem coni terminalis i caudae equinae, należy przechylić się ku pierwszemu wobec braku podrażnienia korzeni nerwowych, prawie symetrycznego umiejscowienia zaburzeń czuciowych i wreszcie trwałości cierpienia, w ciągu $\frac{1}{2}$ roku nie wykazującego żadnych zmian. Brak objawów porażenia tlómaczy się umiejscowieniem sprawy w trzecim, czwartym i piątym odcinkach krzyżowych.

2) 57-letni wyrobnik wiejski spadł 14 lipca tego roku z drzewa z wysokości 7—8 łokci. Przytomności nie stracił. Natychmiast prawie nastąpiło zupełne porażenie kończyn górnych i dolnych oraz b. silne bóle w grzbiecie, w kończynach górnych, krzyżu i nogach; in continentia urinae et alvi. Przez 4 tygodnie prawie zupełna paraplegia superior et inferior; później stan pod tym względem polepszył się, szczególnie co do kończyn dolnych. Od 3 tygodni bóle w krzyżu i w nogach prawie zupełnie ustąpiły, a w ramionach i pasach barkowych znacznie się zmniejszyły. Od samego początku odleżyny na krzyżu; od kilku dni obrzęk prawej ręki. Od paru tygodni nastąpiła poprawa w zaburzeniach oddawania moczu i kału. *St. praes* Chód bardzo utrudniony; nie umie się podnieść ani przewrócić się z boku na bok, ani siedzieć bez podtrzymywania. *Kończyny górne:* zginanie ręki i palców oraz przeciwstawienie dużego palca niemożliwe; czynność innych mięśni bardzo osłabiona; przy ruchach biernych niewielkie objawy spastyczne, mięśnie zanikłe, wiotkie; wszystkie objawy znacznie silniej występują po stronie prawej. *Kończyny dolne:* ruchy czynne we wszystkich stawach osłabione (znacznie po stronie prawej); ruchy bierne swobodne, mięśnie prawej kończyny (zwłaszcza po stronie uda) w stanie zaniku. *Czucie* dotykowe na całym ciele zachowane; natomiast istnieje silne zaburzenie czucia bólowego i ciepłoty na kończynach górnych i dolnych (zwłaszcza po prawej stronie, gdzie pacjent nie odróżnia dotknięcia lodem od $T^{\circ} 70^{\circ}$, jak również silnych ukuć) i na całym tułowiu, prócz szyi i głowy. Odleżyny na os sacrum i trochanter dexter; zmiany odżywcze na paznogiach i skórze palców u rąk. Odruchy ścięgnowe wszystkie żywe.

Odruchów brzusznych brak, jądrowy—b. słaby; lewy brzuszny jest, prawego brak. Zmysł mięśniowy zachowany. Ucisk 3—4—5—6 i 7-go kręgów grzbietowych, zarówno jak i ucisk skóry i mięśni na obu kończynach górnych (zwłaszcza ramionach), na łopatkach, grzbiecie i krzyżu bardzo bolesny (szczególniej z prawej strony). Żrenice prawidłowe. Badanie elektryczne wykazuje tylko obniżenie pobudliwości mięśni bez zmian jakościowych.

Rozpoznanie na podstawie objawów powyższych: *Haematomyelia* z przeważnym zajęciem szarej istoty rdzenia w okolicy kanału środkowego i głównie z prawej strony; poza tem przyjąć należy wielo-

ogniskowość sprawy, czyli, że mamy tu do czynienia z t. zw. *Röhrenblutung* rdzenia kręgowego. Oprócz tego przyjąć należy uszkodzenie korzeni nerwowych w części szyjowej i rdzeniowej (górnej) rdzenia

3) Borzymowski przedstawia dwie chore. U pierwszej B. przed 2 tygodniami wyciął guz i torbiel lewego jajnika znacznych rozmiarów. Podczas tej operacji starał się odosobnić ranę od reszty skóry chorej i od swojej własnej, co stanowi obecnie jedno z zadań chirurgii, gdyż wobec badań chirurgów i bakterjologów okazało się, że niemożliwym jest zupełne odkażenie skóry człowieka. W swoim przypadku B., po bardzo starannem odkażeniu rąk, wtarł mocno wazelinę w skórę obydwu swoich rąk: wazelina, przystając mocno do skóry, zapobiega zakażeniu rany ze strony kanałów potowych i łojowych skóry. Następnie, zamiast szwu skórno B. nałożył szew podskórny, w którym nitka, przebiegając pod skórą, jest zupełnie odosobnioną od tejże. W okresie pooperacyjnym nie zauważono żadnych objawów podrażnienia otrzewnej; 8-go dnia po operacji chora wstała z łóżka, a obecnie na 14-y dzień blizna jest prawie niewidoczną. W drugim przypadku B. przy operacji raka gruczołu piersiowego i gruczołów chłonnych usunął tłuszcz, otaczający gruczoły i całą masę tłuszczu podskórno, pragnąc w ten sposób przyspieszyć gojenie, gdyż, jak wiadomo, istnieje, ceteris paribus, związek pomiędzy ilością tłuszczu i szybkością gojenia się rany. Na 6-y dzień rana zagoiła się przez rychłość.

4) Stankiewicz Cz. a) przedstawia *preparat macicy*, po dokonaniu w czerwcu 1898 r. cięcia cesarskim sposobem Fritsch'a (pierwsze w kraju cięcie cesarskie *poprzeczne*). Operacji dokonano w 8-ym miesiącu ciąży z powodu guza w lewej połowie miednicy (rak), niemal in extremis. Na 8-y dzień po zabiegu zejście śmiertelne na skutek wyniszczenia. Rana macicy, jak wskazuje preparat, zagoiła się. Dziecko żywe i zdrowe; b) przedstawia kościec płodu, zatrzymanego przez lat 18 w przypadku ciąży jajowodowej, śródwężowej. Operacji dokonano z powodu zaburzeń pęcherzowych: wszyto worek płodowy do rany brzusznej; miesiączkowanie jajowodowe odbywało się przez przetokę barwną, która zablizniła się w 18 miesięcy po operacji. W przeciągu tych 18 lat ciąży zamacicznej pacjentka odbyła na czasie 6 porodów, z których ostatni dokonano kleszczami.

5) Kopczyński Stan. przedstawia 8-letniego chłopca, który rok temu upadł na złamaną żelazną rączkę parasolki i zranił się w lewą okolice szyi. Podobno wtedy zaraz, w kwadrans po wypadku, otoczenie zauważyło, że lewe oko chłopca zmałało. W tydzień po wypadku widział go kol. Orzeł i stwierdził lekki obrzęk lewej połowy twarzy, która była znacznie cieplejszą od prawej. Według opowiadań matki, gdy chłopiec biega, prawa połowa twarzy czerwienieje, a lewa pozostaje błądą. *Pierwsze* badanie chłopca przez K. odbyło się w Kwietniu r. b. i wykazało: zwężenie o $\frac{1}{4}$ lewej szpary ocznej, zwężenie prawie o połowę źrenicy i wybitne wciągnięcie całej gałki ocznej wewnątrz oczodołu (enophthalmus). Oddziaływanie źrenic było prawidłowe. Na szyi po stronie lewej na wysokości połowy mięśnia

mostko-obojęzycznego na jego stronie wewnętrznej widać było niewielką bliznę 1 cm. długą i 2—3 mm. szeroką. Wtedy K. objawów naczynioruchowych na twarzy nie dostrzegł. Wobec faktów, że chłopiec obarczony jest dziedzicznie pod względem gruźlicy, że sam już przechodził zapalenie opłucnej z wysiękiem i podczas badania miał bolesność kręgów szyjowych i skrzywienie boczne kręgosłupa w części grzbietowej, K., nie przypisując wielkiej wagi opowiadaniu matki o upadku, sądził naówczas, że ma do czynienia z jedną z najczęstszych obok syryngomyelii i syfilisu przyczyną objawów powyższych a mianowicie gruźlicą, która w postaci gruzelka w pierwszym odcińku grzbietowym (centrum cilio spinale), dała obraz chorobowy tego rodzaju. Natomiast, przeciwko temu przypuszczeniu przemawiał brak zaniku w mięśniach drobnych kiści, dla których ośrodek leży obok centrum cilio-spinale, oraz znaczne natężenie objawów powyższych. Poraz drugi widział K. małego pacyenta w październiku i wtedy dowiedział się o spostrzeżeniach kol. Orł'a co do zaburzeń troficznych, które już samemu K. udało się stwierdzić tym razem. Badanie oftalmoskopowe (kol. Knappe) wykazało: prawe oko normalne, w lewym $V = \frac{5}{6}$; Snellen = 0.5; tarcza mniejsza znacznie, żyły węższe o wiele, niż w prawym oku; kontury tarczy dokoła zatarte; znaczne natężenie wszystkich objawów oraz głównie względna stałość objawów naczynioruchowych pozwalają twierdzić, że przyczyną ich była sprawa nie ośrodkowa, a obwodowa na skutek przypadkowego uszkodzenia samego nerwu sympatycznego.

6) Brudziński J. wypowiedział rzecz p. t. „Stosunek wzajemny zółzów i gruźlicy.“ W celu otrzymania pewnych uogólnień w kwestyi stosunku zółzów i gruźlicy należy rozpatrywać ją z 2-eh punktów widzenia: etyologicznego i klinicznego. Punktem wyjścia zakażenia gruźliczego gruczołów chłonnych może być owrzodzenie gruczoła na skórze, a najczęściej pierwotne cierpienie błon śluzowych. Zdarzają się również przypadki t. zw. zarażenia bez widocznego punktu wyjścia, kiedy błona śluzowa pozostaje normalną, a dzięki właściwości swojej przepuszczania zarazków bez uprzedniego uszkodzenia, jest jednak w stanie wywołać zmiany gruźlicze w gruczołach chłonnych. Doświadczalnie dowiedli tego Orth, Klebo i Baumgarten dla przewodu pokarmowego, a Cornet dla błony śluzowej nosa; kliniczny przypadek tego rodzaju opisał Cassel; dotyczył on 9-letniej dziewczynki, u której autor ten znalazł w błonie śluzowej nosa laseczniki gruźlicze, przyczem błona śluzowa była zupełnie normalną; w kilka tygodni dziecko to zmarło na gruźlicę płuc i mózgu. Nie można dzisiaj stanowczo orzec, że skrofuloza jest umiejscowioną gruźlicą, gdyż znane są sprawy chorobowe, rozpoznawane jako skrofuliczne, w których laseczników nie znaleziono, z drugiej znów strony w niektórych sprawach chorobowych, makroskopowo ładząco podobnych do spraw gruźliczych, przy bliższem badaniu wykryto obecność innych drobnoustrojów, przeważnie gronkowców. Ciekawą jest w interesującym nas względzie kwestya otitis mediae, cierpienia bardzo częstego u dzieci, którego objaw—ropotok—uważany jest za najpewniejszą cechą skrofulozy i grożącej gruźlicy. Ba-

danie Ponfick'a i innych wykazały, że w większości przypadków otitidis mediae nie znaleziono laseczników gruźliczych, lecz pneumo-—strepto- i stafilkoki; pozatem istnieją przypadki nieliczne, w których uznano zadalenie ucha środkowego, jako gruźlicze, lub też ropotoki, do których przyłączyło się wtórne zakażenie gruźlicze. Według Ponfick'a zolży — to nie miano jekiejś jednolitej choroby, ale miano zbiorowe dla szeregu objawów ogólnych, nadających temu cierpieniu charakter specjalny.

Zdania klinicystów są podzielone. Według Czerny'ego i wielu innych skrofuloza nie jest chorobą, lecz usposobieniem chorobowem. Cechą charakterystyczną dla osobników skrofulicznych jest z punktu widzenia klinicznego skłonność do infekcyi skóry, błon śluzowych i gruczołów, skłonność do zakażenia gruźliczego. U dzieci małych najbardziej charakterystycznymi są następujące objawy skrofulozy: 1) t. zw. strup mleczny (Milchschorf), występujący w pierwszych miesiącach życia, głównie na policzkach i trwający zwykle około 2-eh lat (Czerny, Gregore i inni); 2) prurigo, występująca w końcu 1-go r. życia, zwłaszcza u dzieci otyłych; 3) silne uwłosienie okolicy międzyłopatkowej, łokcia i bioder, rozwijające się w ciągu 1-go roku życia. Dalszą cechę skrofuliczną stanowią *phlycteny*, co do których jednak dowiedzionem zostało, że nie są natury gruźliczej. Dalej objaw Böh'm'a, t. zw. lingua geographica, występujący niekiedy zaraz po urodzeniu, najczęściej w pierwszych 2-eh latach życia i bardzo uporeczywy; objaw Neuman'a—circuläre caries—występujący najczęściej na górnych siekaczach, pierwotnie jako zielony osad na granicy dziąseł, później zaś, jako próchnica. Oba te objawy ostatnie dawniej stawiano w związku z kiłą dziedziczną; według zaś badań nowszych należą one do symptomatologii skrofulozy. Co do istoty tego zbroczenia ustrojowego zdania klinicystów nie są zgodne i z tego względu trudną jest kwestyą, jakie objawy zaliczyć wypada do rzędu skrofulicznych. Niektórzy uczeni, zwolennicy tożsamości zolżów i gruźlicy, uważają jakiś objaw za skrofuliczny, na tej zasadzie, że u danego osobnika występują z czasem cierpienia gruźlicze. Jest to jednak pogląd niesłuszny, gdyż zaledwie mały % dzieci skrofulicznych zapada na gruźlicę. Co się tyczy usposobienia zolżowego, rozróżniać należy usposobienie ogólne, właściwe wiekowi, i usposobienie osobnicze. Główną rolę w wieku dziecięcym odgrywa tu większa wrażliwość na szkodliwości zewnętrzne—mniejsza odporność, która polega na różnicy w ilości komórek i ilości protoplazmy w oddzielnych komórkach, szczególniejsz składających warstwy nabłonkowe; dalej duże znaczenie posiada również obfitość soków w organach; dalszą właściwość ustroju dziecięcego stanowi skłonność do zastojów w systemie limfalicznym, szczególniejsz, gdy do dróg chłonnych przedostaną się kłaczki włóknika, zlepki bakteryi, kupki zlepionych ciałek ropnych. W dalszym ciągu wziąć należy pod uwagę różnicę w żywości reakcyi ścian naczyńwowych u dzieci dorosłych i łatwiejszą pobudliwość systemu nerwowego nie tylko ośrodkowego, lecz i obwodowego u dzieci. U niektórych osobników te wszystkie cechy ustroju dziecięcego występują wyraźniej i na tem polega usposobienie indywidualne do

zołzów. Przyczyny usposobienia do zołzów szukać należy, zdaniem Czerny'ego, w zaburzeniach składu chemicznego w organizmie dziecka i od badań chemicznych należy oczekiwać poznania istoty skrofulozy.

W dyskusyi Sekretarz Stały Brodowski zaznacza, co następuje: Stosunek zołzów do gruźlicy był oddawna przedmiotem sporów i rozpraw. Terminy: „tuberculum serophulosum“, „phthisis serophulosa“ dowodzą, że już bardzo dawno istniał pogląd o tożsamości tych 2-ech procesów patologicznych. Dopiero, gdy Bayle począł do gruźleczek gruźliczych w płucach stosować termin „tubercula“ bez żadnego przymiotnika i uznał je za sprawę sui generis, zaczęto wątpić o tożsamości zołzów i gruźlicy. Później Laënnec wypowiedział pogląd, że gruźlica może występować nie tylko w postaci gruźleczek, ale również w postaci nacieczeń (infiltrations tuberculeuses), pogląd, który tworzył znowu pomost pomiędzy zołzami i gruźlicą. Następnie Virchow, twierdząc, wbrew Laënnecowi, że gruźlica nie może występować w postaci nacieczeń, a jedynie w postaci gruźleczek kolei wyodrębnił skrofulozę i uznał ją za cierpienie sui generis, które usposabia jedynie do gruźlicy wobec skłonności ustroju do zapaleń przewlekłych. Taki był stan rzeczy do czasu odkrycia przez Kocha w 1882 r. zarazka swoistego gruźlicy; Koch dowiódł jednocześnie, że pogląd Laënneca był słuszny, gdyż w nacieczeniach płucnych wykrył takie same laseczniki, jak i w guzikach serowatych. To samo tyczy się i mas serowatych w gruczołach chłonnych, jako signum pathognomicum skrofulozy. W ten sposób nanowo ożyła uwesła tożsamość gruźlicy i skroful. Fakt, że niezawsze w zmiekionych gruczołach chłonnych przy skrofulozie dają się wykryć pałeczki Kocha, nie przemawia zupełnie przeciw tożsamości skrofulozy i gruźlicy, gdyż znane są fakty, kiedy najdoświadczeńszym badaczom nie udawało się wykryć tych drobnoustrojów specyficznych w przypadkach niezaprzeczalnej ostrej gruźlicy. Drugi zarzut przeciwko identyczności tych dwu spraw, polegający na tem, że zmianom skrofulicznym w gruczołach chłonnych nie zawsze towarzyszą sprawy gruźlicze w innych organach, odeprzeć łatwo się daje dzięki znajomości takich faktów, gdzie gruźlica sama pozostaje sprawą miejscową, nie powodując przerzutów. Ropotoki z ucha, próchnienie kości, różne wysypki, jak crusta lactea, eczema, prurigo, spotykamy nie tylko u osobników z mocno rozwiniętym układem limfatycznym, lecz i u takich, którzy są mniej zasobni w gruczoły i naczynia chłonne; i to więc nie dowodzi odrębności skrofulozy. Koniec końcem, niema, według Sekretarza Stałego, ani anatomicznej, ani chemicznej, ani klinicznej podstawy do przyjęcia odrębnego stanu chorobowego, do którego dałoby się zastosować miano skrofulozy, której dni obywatelstwa w nozologii są policzone.

Prof. Kosiński nie zupełnie podziela zdanie prof. Brodowskiego, sądząc, że praktyka poucza każdego lekarza o tem, że należy odróżniać zołzy od gruźlicy: przemawia za tem różnorodność

postaci omawianej choroby, a przede wszystkim to, że zofy są uleczalne. Anatomii patologicznej do podobnej klasyfikacji stosować nie należy.

M. Bornstein.

V. Z Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 18 Marca 1901 r.

1) St. Dobrucki przedstawił dziecko z tarciną dwudzielną (spina bifida).

2) Stanisław Dobrucki mówił o współczesnej technice aseptyki na klinice Mikulicza we Wrocławiu i przedstawił odnośne przyrządy (rękawiczki, maski e. t. c.).

Posiedzenie d. 4 Kwietnia 1901 r.

1) Cz. Czerwiński opisuje przypadek *porodu bliźniaczego powikłanego przez drgawki porodowe*. Przy zastosowaniu dużych dawek morfiny, stosownie do rady Veit'a, który w tego rodzaju przypadkach nie wstrzykuje mniej na pierwszy raz jak 0,03 — 0,04 i w przeciągu 4—7 godzin do ogólnej dawki 0,12 — 0,2 (!), napady drgawek ustały. Siódmego dnia po porodzie chora nagle dostała bólów o charakterze porodowym i przy dość obfitem krwawieniu odeszła kawał tkanki, kształtem i wielkością zupełnie podobny do macicy, a z utkania do łożyska (łożysko po porodzie w danym przypadku odeszło samo w całości); po przecięciu podłużnym tego tworu okazało się, że miał on w sobie jamę o ścianach zupełnie gładkich wypełnioną przezroczystym płynem; krótko mówiąc, całość przypomina 2-u miesięczne jajo płodowe. Na razie też Czerwiński przypuszczał, że pochodzi ono z dodatkowego rogu macicy, lub że miał do czynienia z podwójną macicą; jednakże przy najściślejszem badaniu chorej nie udało się wykryć żadnej wady rozwojowej narządów płciowych; wobec tego trudno sobie objaśnić sam fakt.

Na zakończenie Czerwiński akcentuje fakt, że w 9-ciu obserwowanych przez siebie przypadkach drgawek porodowych wszystkie chore wyzdrowiały przy zastosowaniu dużych dawek morfiny podskórnie.

2) Cz. Czerwiński przedstawia 6-cio miesięczny płód, urodzony na oddziale położniczym w szpitalu Ś-go Wincentego, z guzem (sarcoma?) wielkości głowy noworodka, wyrastającym z okolicy kości krzyżowej.

3) Michelis (Chełm) odczytuje pracę swoją p. t. „*Historja powstania obecnego szpitala w Chełmie gub. Lubelskiej*“. Rzecz ta w całości była drukowana w „*Kronice Lekarskiej*“.

4) W. Jarnuszkiewicz odczytuje: „*Rezultaty bezpłatnego szczepienia ospy w Lublinie w roku 1900-ym*“. Dane cyfrowe szczepienia przedstawiają się, jak następuje: a) zaszczepiono: chłop-

com 875—dziewczynkom 879—razem 1754; b) rewakcyonowano: chłopcom 438—dziewczynkom 452—razem 890, suma szczepień 2644; c) sprawdzono szczepienia z lat ubiegłych w 2986 przypadkach.

Posiedzenie d. 4 Maja 1901 r.

1) M. Seidenmann odczytuje pracę „*Retinitis albuminurica gravidarum*“. W świeżym zeszycie wychodzącego obecnie w drugim wydaniu obszernego podręcznika anatomii, fizjologii i patologii oczu (*Handbuch der gesammten Augenheilkunde*) Graefego i Saemisch'a między innymi jest szczegółowo opracowany dział o zaburzeniach wzrokowych w zapaleniu nerek u ciężarnych. Korzystając z tego Seidenmann komunikuje kolegom kilka ciekawych szczegółów oraz poglądów na te sprawy, które to poglądy wytworzyły się w ostatnich latach na zasadzie danych liczbowych, zebranych przeważnie przez Culbertson'a, Axenfeld'a i Sil'ex'a.

Wiadomą jest rzeczą, że w zapaleniu nerek ostrem i przewlekłym często występują charakterystyczne zmiany chorobowe na siatkówce t. zw. *retinitis albuminurica*. Zmiany te są w ścisłym związku ze stanem ogólnym chorego, raczej ze stanem jego nerek, nie wymagają żadnych szczególnych sposobów leczenia, oprócz zabezpieczenia oczu od zbyt silnego światła i powstrzymywania się od robót, wymagających większego wyteżenia wzroku, a mają natomiast duże znaczenie objawowe, zwłaszcza w przewlekłym zapaleniu nerek. Najgorsze rokowanie daje *retinitis albuminurica* w przewlekłym zapaleniu nerek, względnie lepsze w ostrem, najlepsze zaś w ciąży. Amerykański badacz Bull podaje, że z 86 obserwowanych chorych na przewlekłe zapalenie nerek — 57-iu zmarło w niespełna rok po wystąpieniu zmian na siatkówce, 18—w drugim roku, 6-iu w trzecim, 4—w czwartym i jeden w szóstym. Inni badacze podają mniej więcej ten sam stosunek liczbowy, t. j. że po wystąpieniu charakterystycznych zmian na siatkówce, 87% chorych na przewlekłe zapalenie nerek mają przed sobą najwyżej rok życia. Troussseau wspomina o przypadku przewlekłego nefrytu u 24-letniej kobiety, która zmarła w miesiąc po wystąpieniu retinitu. Z własnych obserwacji S. przytacza 2 przypadki, o losie których przypadkowo wie: jeden dotyczy oficera w wieku lat 45, który zmarł w 4 miesiące po wystąpieniu zmian na siatkówce; drugi, włościanin z pod Krasnegostawu, lat 42, zmarł w niespełna 3 miesiące po bytności u S. Zupełnie inne daje rokowanie zapalenie siatkówki białkomoczowe u ciężarnych. Osłabienie wzroku postępuje zwolna w ciągu tygodni i miesięcy, pozostając w ścisłym związku ze zmianami zachodzącymi w nerkach; występuje ono przeważnie u pierwiastek w drugiej połowie ciąży, a w wyjątkowych przypadkach dopiero w czasie porodu i w okresie poporodowym. Często bywają także napady zupełnej ślepoty, która jednakże dość prędko mija i zależy jedynie od mocznicy i towarzyszących cierpieniu napadów eklamptycznych. Osłabienie siły ośrodkowego widzenia, dochodzące niekiedy do t. zw. skotomy centralnej nie pociąga jednak za sobą ograniczenia pola widzenia, ani zaburzeń

w rozpoznawaniu barw. Zmiany dna ocznego widziane, wziernikiem nie różnią się od zmian w zwykłym zapaleniu nerek.

Choroba siatkówki u ciężarnych występuje w trzech następujących przypadkach: 1-o w *ren gravidarum* cierpieniu, polegającym na tłuszczowem zwyrodnieniu nabłonka kanalików moczowych; 2-o jeżeli w czasie ciąży kobieta przypadkowo zapadnie na ostre zapalenie nerek i 3-o gdy kobieta z przewlekłym zapaleniem nerek zajdzie w ciążę. W ostatnim razie rokowanie jest najgorsze, wystąpienie bowiem zmian na siatkówce jest nieomylnym niemal objawem rychło nastąpić mającej śmierci. Nieco lepsze jest rokowanie w ostrem zapaleniu nerek w czasie ciąży i najlepsze w *ren gravidarum*; w ostatnim przypadku rokowanie *quo ad vitam* jest w większości przypadków dobre, *quo ad visum* zaś daje, według danych liczbowych Silex'a i Culbertson'a 17%—29% zupełnych wyzdrowień, 58%—47% częściowej utraty wzroku i 25%—24% całkowitej utraty wzroku. Zarówno częściowa, jak i zupełna utrata wzroku, które pozostają już na zawsze, zależą nie od tych zmian, które się widzi wziernikiem w czasie trwania choroby, lecz od powikłań, przeważnie od *następczego zaniku nerwu wzrokowego, odklejenia siatkówki*, a nawet i siatkówki wraz z naczyniówką. Chorobowo zaś zmienione części siatkówki—miejscami wskutek zwyrodnienia tłuszczowego komórek, miejscami wskutek drobnych wysięków, ulegają rozmaitym przemianom wsteczny: niektóre części powracają do normy, w niektórych zaś miejscach widzimy następnie plamy jasno czerwone, wskazujące na zupełny zanik nabłonka barwikowego siatkówki, czarne—rozrost komórek barwikowych i białe—zanikłe miejsca siatkówki i naczyniówki. Zanik nerwu wzrokowego, który prawie zawsze następuje (75%) po zajęciu siatkówki u ciężarnych, znacznie różni się, przynajmniej w większej połowie przypadków, od zaniku w innych warunkach powstałego. Pomimo kompletnie zanikłej na pozór tarczy, zwężonych naczyń i, wogóle, obrazu dna ocznego, z którym to objawem kojarzymy zwykle pojęcie o zupełnej ślepcie, chore posiadają niekiedy wcale niezłą siłę ośrodkowego widzenia. (Przypadek demonstrowany). S. Cohu utrzymuje, że te chore, u których przy częściowym zaniku nerwu wzrokowego naczynia siatkówki są zwężone, tracą całkowicie wzrok przy następnej ciąży. Zdanie to jednak nie wydaje się bezwzględnie prawidłowem wobec przypadku ogłoszonego przez Alt'a, a dotyczącego 26-letniej pierwiastki, u której po porażeniu siatkówki w czasie pierwszej ciąży pozostały zupełnie białą tarczą zwężone naczynia, czarne barwikowe plamy i $V = \frac{1}{3}$. Następna jednak ciąża przeszła bez wszelkich zaburzeń ze strony wzroku. Nie zawsze bowiem białkomocz spowodada w powrotnych ciążach chorobę siatkówki.

Odklejenie siatkówki, jako powikłanie omawianego cierpienia, opisane jest dotychczas w literaturze 12 razy. I to cierpienie, zupełnie nieuleczalne, o ile powstało na tle urazowem lub u krótkowidzów, daje tu wyniki względnie bardzo dobre. Silex opisuje przypadek obustronnego odklejenia siatkówki, która jednak powróciła do normalnego położenia: siła widzenia obniżyła się do $\frac{1}{3}$ wskutek częściowego zaniku nerwu, wszystkie zaś zmiany siatkówki, stwierdzone za

pomocą wziernika, znikły, pomimo, że chora wydzielala białko jeszcze przez dwa lata po przedwczesnym porodzie. Brecht widział również obok silnego zajęcia siatkówki obustronne odklejenie tejże u osoby cierpiącej na białkomocz w szóstym miesiącu ciąży. Nastąpiło poronienie, a w tydzień później przy leczeniu, które polegało jedynie na leżeniu na wznaki opasce, siatkówka powróciła na właściwe miejsce. Ostateczny wynik: siła widzenia w jednym oku $\frac{3}{4}$, w drugim $\frac{1}{6}$. W przypadku W a d s w o r t h'a odklejona siatkówka powróciła zupełnie do stanu normalnego po wywołaniu wczesnego porodu.

Bardzo rzadkiem powikłaniem zapalenia siatkówki w białkomoczu jest zator tętnicy ośrodkowej.

Przy leczeniu w mowie będącego cierpienia na pierwszy plan występuje przerwanie ciąży. Że zabieg ten wpływa dodatnio na przebieg cierpienia i znacznie polepsza rokowanie quoad visum, nie ulega już teraz żadnej kwestyi. Dowodzą tego liczne prace i badania S i l e x'a, H o l m e i'a, R a n d o l p h'a, R i s l e y'a, T h o m p s o n'a, C o h n'a i innych.

W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, które wskutek ciąży znacznie się pogorszyło i jeżeli przytem nadzieja szczęśliwego rozwiązania jest słaba, S i l e x uważa wywołanie poronienia, o ile zmiany na siatkówce wystąpiły w pierwszej połowie ciąży, lub wczesnego porodu za bezwzględnie wskazane. W najlepszym bowiem razie może zostać całkowita utrata wzroku. R a n d o l p h również uważa przyspieszenie porodu lub wywołanie poronienia za konieczne, o ile zmiany na siatkówce wystąpiły w pierwszych 6-iu miesiącach ciąży; jeżeli zaś wystąpiły w ostatnich 7—8 tygodniach ciąży, zaleca leczenie wyczekujące, z wyjątkiem przypadków, w których siła widzenia zbyt szybko zaczyna się obniżać. Z drugiej zaś strony niektórzy uważają postępowanie wyczekujące za zupełnie usprawiedliwione w tych przypadkach, w których jest bardzo pożądanem przyjscie na świat żywego dziecka i, gdy matka, cierpiąca na przewlekłe zapalenie nerek z zajęciem siatkówki, w każdym razie nie wiele ma widoków na życie dłuższe nad rok, lub najwyżej 2 lata.

W ren gravidarum S i l e x również jest za przyspieszeniem porodu, szczególnie w przypadkach, w których wziernik wykazuje znaczniejsze zmiany w naczyniach siatkówki—zwężenie oraz białe smugi wzdłuż naczyń, następczy bowiem zanik nerwu wzrokowego może być bardzo znaczny, a nawet może spowodować zupełną ślepotę. W takich razach należy zważyć dokładnie wszystkie okoliczności, towarzyszące cierpieniu i ciąży, a zatem: życzenie matki, położenie społeczne, rodzinne, kwestye i prawa majątkowe i spadkowe i t. d. także tę okoliczność, że choroba siatkówki jak tego dowodzą przypadki R a n d o l p h'a i A x e n f e l d'a, może w następnej ciąży powtórzyć się nawet przy wystąpieniu powtórnie białkomoczu.

Od retinitis albuminurica gravidarum należy odróżniać t. zw. uremiczną amaurozę, która może zajść w każdym przypadku białkomoczu, a zatem i w białkomoczu ciężarnych. Zmian na siatkówce zwykle nie bywa żadnych, cierpienie to mija w kilka dni, nie pozostawiając

stawiając żadnych skutków. Pomimo zupełnego braku poczucia światła, źrenice w czasie napadu jednak najczęściej na światło oddziałują, co, zdaniem Schmidt Rimpier'a, dowodzi, że nerw wzrokowy jest zdrow i zaniku tegoż obawiać się nie należy.

W dyskusyi J. Talko zwrócił uwagę, że w 1884 r. w Jubileuszowej Książce Szokalskiego ogłosił artykuł: „Słowno o chorobach ocznych w zaburzeniach w sferze macicznej“, gdzie omawiał t. z. retinitis albuminurica gravidarum. Zdaniem jego, obecnie wyrobionem zapalenie białkomoczowe siatkówki, a nieraz, i nerwu o ile jest złem w chronicznych zmianach w nerkach, o tyle nie jest straszny u ciężarnych. W chorobie Brighta retinitis albuminurica poprzedza zwykle zejście śmiertelne pacyenta na jakie 2—3 lata, gdy u ciężarnych przeciwnie — choroba oczu dość często w rezultacie doszczętnie ustępuje, jeśli tylko nie zapóźno wykonany będzie poród przedwczesny T. obserwował chorą, u której dwukrotnie w czasie ciąży występowały charakterystyczne zmiany w okolicy plamek żółtych i wokół tarczy nerwu obu oczu, przy obfitym białkomoczu, i za każdym razem po sztucznym w środku ciąży porodzie siła wzroku wraca do normy i wzniernik stwierdza zupełne restitutio ad integrum. Co do 1-go, to dziś jeszcze wzniernikował T. chłopca i wobec daleko posuniętych białkomoczowych zmian w siatkówkach i nerwach, przy wielkiej ilości białka i znacznego % cukru w urynie, a także osłabieniu mięśniowem, postawił złe rokowanie, co i wypowiedział żonie pacyenta.

2) A. d. Majewski przedstawia T. S. lat 35. któremu wykonał przed 12-tu dniami laparotomię, z powodu trwających 2 $\frac{1}{2}$ doby objawów *ostrego zamknięcia światła* kiszek. Przy *laparotomii*, pomimo zbadania kątnicy i okrężnicy i systematycznego przeszukania jelit, poczynając od kątnicy aż do dwunastnicy—przeszkody nie znalazł; stolce jednak przyszły w trzy godziny po operacyi i obecnie chory jest zupełnie zdrow.

3) A. d. Majewski przedstawił A. P., lat 31, któremu przed 2-ma tygodniami wyłuszczył *mięsak gruczołów pachowych* wielkości głowy dziecka. Rychłozrost bez odczynu w ranie. M. przedstawił i preparat anatomiczny guza.

4) A. d. Majewski przedstawił St. Kl. lat 10, z Siennicy Różanej, pw. krasnostawski, gm. Rutka, któremu wyłuszczył przed 10-iu dniami *wole torbielowe* wielkości pomarańczy; zagojenie przez rychłozrost bez odczynu w ranie. M. przedstawił preparat guza.

5) A. d. Majewski przedstawił chorego, lat 17-tu, po kostno wytwórczej *operacyi Pirogowa* na stopie. Zagojenie przez rychłozrost bez odczynu w ranie.

6) Br. Dziewiszek przedstawił włościankę, lat 52; zachorowała ona przed 2 $\frac{1}{2}$ laty wskutek przestrawu (mąż chciał ją ugodzić nożem). Początkowo z rzadka, od lipca zaś r. z. codziennie miewa napady kurczu głosowego, rytmicznego (*Bruits laryngés Charcot*).

7) Michelis (Chełm) odczytał pracę: „*Hernia scrotalis cum elephantiasi seroti*“ z przedstawieniem preparatu guza i fotografii chorego. Rzecz ta w całości drukowana była w *Kronice Lekarskiej*.

Dnia 18 Maja 1901 r.

1) Cz. Czerwiński przedstawił chorobę po całkowitem wyłuszczeniu macicy z powodu jej wypadnięcia.

2) Sochacki (Irena) wypowiedział "1-ą część swej pracy: *Proste, tanie i łatwe do wykonania przyrządy w praktyce lekarskiej.*

Dnia 18 Czerwca 1901 r.

Wł. Tołwiński wypowiedział „Parę słów w sprawie organizacji pawilonu L. T. L. na wystawie przemysłowo-rolniczej w Lublinie“; wywołały one ożywioną dyskusję, wobec czego posiedzenie to poświęcono wyłącznie wzmiankowanej sprawie.

Adam Majewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dn. 1 Grudnia 1901 r.

—*jaw*— Pisma donoszą, że departament lekarski nadesłał warszawskiemu urzędowi lekarskiemu nowe przepisy, dotyczące akuserek. Przepisy te zawierają następujące uwagi co do przyjmowania kandydatek do zakładów położniczych naukowych i do szkół położniczych, przepisy dla osób, chcących otrzymać patent na akuszerkę I i II rzędu, a także program nauk dla akuserek i babek wiejskich: „Wobec niejasnego oznaczenia miejscowości, gdzie mają praktykować babki wiejskie, urząd lekarski, jak donoszą, tymczasowo wstrzymał się z zastosowaniem tych przepisów“.

Z powodu tej wiadomości uważamy za potrzebne przypomnieć, że szkoła babek położniczych wiejskich wprowadzona była w życie na skutek odezwy komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych do władz administracyjnych i lekarskich. Odnośny rozkaz „w przedmiocie ustanowienia babek wiejskich“ podpisany przez głównego inicjatora tej instytucji, inspektora służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskiem, dra Kochańskiego, określa w sposób bardzo wyraźny dowody, które na potrzebę szkoły takiej wskazują, a także cel i jej zadanie.

Istniejący od r. 1802—słowa rozporządzenia—Instytut położniczy w Warszawie ciągle wykształca akuszerki do udzielania pomocy niewiastom ciężarnym i nowonarodzonym dzieciom; kobiety wszakże oddające się temu powołaniu, jako głównie z miast pochodzące, po wykwalifikowaniu się na akuszerki po największej części w miastach na praktykę osiadają. Pragnąc, aby tak w miastach, jak i po wsiach rodzące zapewnioną miały należytą pomoc położniczą, i aby z czasem zastąpić mogły do tych posług używane baby, które nie mają dostatecznego wyobrażenia o położnictwie i obchodzeniu się z rodzą-

cemi, na przedstawienie komisji rządowej spraw wewnętrznych, rada administracyjna Królestwa Polskiego, decyzją przez wypis z protokołu posiedzenia swego z d. 14 (26) Lipca 1889 r., upoważniła do utworzenia w szkole akuszerki przy Instytucie oddziału niższego dla *praktycznego przygotowania kobiet wyłącznie wiejskich, do udzielania pomocy położnicom po wsiach*. Kobiety takie po wyuczeniu się otrzymać mają świadectwa na *babki położnicze wiejskie*. Obowiązkiem uczennic, na koszcie rządowym zostających, po wykwalifikowaniu się będzie: *powrócić na wieś i przynajmniej przez lat 3 tam praktykować*. Następnie rozporządzenie wkłada obowiązek na gubernialne urzędy lekarskie, jako też lekarzy powiatowych do *zobowiązania babek wiejskich, aby zamieszkiwały w miejscach dla nich zastrzeżonych, do czego się protokularnie na piśmie mają zobowiązać*.

Trudno nawet wymagać, aby cel i zadanie szkoły babek położniczych wiejskich określono jaśniej i dokładniej, niż to czyni rozporządzenie odnośne, powołując do życia tak ważną dla kraju instytucję:

Szkola ta ma praktycznie przygotowywać kobiety wyłącznie wiejskie do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Z zestawień powyższych najoczywściej wypływa, że prawodawcy wyłącznie chodziło o zapewnienie pomocy położniczej kobietom, należącym do tej najliczniejszej, a najmniej może zaradnej sfery, t. j. warstwom ludowym.

Dla tego „ta niejasność“ gdzie mają praktykować babki wiejskie, wydaje nam się wprost niezrozumiałą. Wiemy skądinąd, że do szkoły babek wiejskich wstępują osoby, nie mające nic wspólnego ze wsią, a tem samem nie mające nawet zamiaru osiedlania się dla praktyki na wsi. Takie „babki“ osiedlają się w mieście, nie mając do tego prawa, wobec tego, że miasta posiadają dyplomowane akuszerki. Urząd lekarski winien jest takim nieprawidłowościom zapobiegać, a ową rzekomą niejasność przepisów, dotychczas obowiązujących, komu należy, wyświećlać.

—(s)— Nadesłano nam 1 numer pisma *Russkij Wracz*, który jak wiadomo, wychodzić będzie zamiast zawieszzonego skutkiem testamentu ś. p. prof. M a n a s s e i n a pisma „*Wracz*“. Format wydawnictwa pozostał ten sam z tą na korzyść nowego pisma różnicą, że dział referatów podzielono na odpowiednie rozdziały oraz dodano dział dysertacji w uniwersytetach rosyjskich i krótkie recenzje z pism lekarskich rosyjskich i innych. Nowe pismo ma druk wyraźniejszy, niż dawne; 1-szy numer liczy 18 stron in octavo. Redaktorami są prof. W. P o d w y s o c k i i dr. W ł a d i s ł a w l e w, wydawcą firma Rikker.

—(z)— Wydział higieny miast i mieszkań ostatnie dwa posiedzenia odbył w nowym hotelu Bristol i domach dla robotników im. Wawelberga. W obu wypadkach stwierdzono postęp znaczny w higienie budowniczej. Hotel Bristol uwzględnił wszystkie wymagania komfortu, a względnie i higieny i może służyć za

wzór dla tego rodzaju budowli. Z punktu widzenia higieny są nieodpowiednie tylko kobierce na podłogach.

Od administracyi.

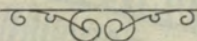
W celu zapoznania jaknajliczniejszego grona kolegów z działalnością i treścią pisma naszego za rok ubiegły, ostatni. (24) zeszyt będzie rozesłany wszystkim lekarzom warszawskim. Również rozeszliśmy wszystkim kolegom warszawskim zeszyt 1-szy z r. 1902.

Ogłoszenia do tych numerów przyjmuje administracya.

Sprostowanie: w N-rze 22 Kroniki na str. 1054—2 wiersz od dołu zamiast „ruchowego“ powinno być „ruchomego“, ostatni wiersz od dołu zamiast „pryszczycy“ „ „ „przyczyny“, na str. 1059 20 wiersz od góry zamiast „do kiszek“ powinno być „do końca“.



Księgarnia **E. Wende i S-ka**, w Warszawie wydała **Katalog dzieł lekarskich polskich** z ostatnich lat 25-ciu i takowe na żądanie przesyła gratis i franco.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

W lutym r. p. wyjdzie w przekładzie J. Wt. Dawida dzieło p. t.

KANT I JEGO NAUKA

przez

Fr. Paulsena.

Przekład polski uzupełniony wyjątkami z „Krytyki czystego rozumu“ i innych dzieł Kanta.

Dzieło to opracowane gruntownie, a bardzo przystępnie, poraz pierwszy zapozna czytelników polskich z Kantem, który rzecz można, stanowi dziś ognisko i punkt wyjścia w roztrząsaniu zagadnień zarówno teoretyczno-naukowych jak moralnych i społecznych, tak, iż w żadnych z tych dziedzin niemożliwe jest orjentowanie się bez znajomości przynajmniej głównych podstaw jego systemu. W języku niemieckim wyszło już trzy wydania tego dzieła.

Nadsyłający przedpłatę z góry, płacą 2 rb., z przesyłką pocztową 2 rb. 30 kop.; po wydrukowaniu cena dzieła będzie podniesioną.

Dotąd wyszło 5 zeszytów, króre prenumeratorzy otrzymują zaraz, następne zeszyty wychodzić będą co 3 tygodnie.

Dzieło wychodzi nakładem tygodnika **GŁOS** dokąd należy nadsyłać przedpłatę.

Warszawa, Smolna - Wysoka 3.

Rąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny

Naturalny produkt

DO
KĄPIELI

borowinowych
lecznicych.



MATTONIEGO

sól borowinowa
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

ług borowinowy
(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).