

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

I. OZNACZANIE ZAWARTOŚCI WOLNEGO KWASU SOLNEGO W SOKU ŻOŁĄDKOWYM.

Podali

Albert Mizerski i Leon Nencki.

Wszystkie dotychczas stosowane sposoby ilościowego oznaczania wolnego kwasu solnego [HCl] w soku żołądkowym, jak RICHET'a, BERTHELOT'a, v. MERING'a, CAHN'a, KOESTER'a, GUENZBURG'a, MINTZ'a i t. p. nie są ściśle. Używany zaś w ostatnich czasach prawie wyłącznie sposób SJOEQUIST'a, którego wyniki posłużyły niejednemu z lekarzy do wyprowadzenia swoich naukowo-praktycznych wniosków, oparty jest na zupełnie fałszywej zasadzie ¹⁾.

Ta okoliczność, wobec ważności tego rodzaju oznaczeń dla praktyki lekarskiej, skłoniła nas do obmyślenia i opracowania następujących dwóch sposobów.

Pierwszy polega:

1) na zobojętnieniu danej ilości [5 ctm. sześć.] soku żołądkowego nadmiarem [3 ctm. sześć.] normalnego roztworu węglanu sodu [Na₂CO₃] dla związania wolnego kwasu solnego;

2) na odparowaniu powyższej mieszaniny płynów do suchości i wyżarzeniu ²⁾ pozostałości aż do zupełnego spalania wydzielonego węgla, w celu przeprowadzenia wytworzonych przy zobojętnieniu soku soli organicznych, jak: octanu, mleczanu i maślanu sodu, na węglan sodu [NaCO₃], i

3) na rozpuszczeniu wyżarzonej pozostałości, zawierającej KCl, NaCl, Na₂CO₃ i Mg₃[PO₄]₂ i Ca₃[PO₄]₂, w nadmiarze [30 ctm. sześć.] $\frac{1}{10}$ norm. kwasu solnego, którego część niezobojętnioną oznaczają się przez t. zw. mianowanie z różnicy za pomocą $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego.

Zawartość [Z] wolnego HCl w soku żołądkowym oblicza się przeto według tej metody z oznaczonej przez mianowanie ilości nierozłożonego węglanu sodu, czyli z różnicy [R] ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl [1 ctm. = 0,00365 = HCl], użytych do zobojętnienia pierwotnego nadmiaru [A] węglanu sodu oraz nierozłożonej ilości tegoż [B], zawartej w wyżarzonej pozostałości z odparowania soku żołądkowego, według równania: $A - B = R$; $R \times 0,00365 = Z$.

¹⁾ D-r Z. DMOCHOWSKI podał w następnym N-rze Gazety Lekarskiej krytyczne uwagi, dotyczące wzmiankowanej metody.

²⁾ Węglan sodu przy temperaturze żarzenia w parownicy platynowej nad płomieniem lampki BUNSEN'a nie ulatnia się, o czem nas przekonały odnośne oznaczenia wagowe.

Do oznaczenia węglanu sodu w wyżarzonej pozostałości zastosowaliśmy metodę alkalimetryczną, uważając ją za dokładniejszą i mniej kosztowną od dającej się tu zastosować metody oznaczania węglanów z ilości wywiązanego CO₂ za pomocą znanych przyrządów SCHEIBLER'a, LUNGE'go i innych.

Dokładność tej metody została sprawdzoną przez następujące doświadczenia

I. Płyn próbny — o wiadomej zawartości HCl — przygotowany przez rozpuszczenie wyżarzonej pozostałości 10 ctm. sześć. soku żołądkowego w 3 ctm. sześcienn. wody; do roztworu tego dodano najprzód 3 ctm. sześcienn. $\frac{1}{10}$ norm. HCl [= $3 \times 0,00365 = 0,0109$ gr. HCl] i następnie 3 ctm. sześć. roztworu węglanu sodu [1 ctm. sześć. = 7,2 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl].

Pozostałość z odparowania tegoż płynu po wyżarzeniu w parownicze platynowej rozpuszczono w 25 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego HCl, poczem przelano do zlewki dla mianowania $\frac{1}{10}$ normalnym ługiem sodowym [NaHO] ¹⁾.

Zużyto do zobojętnienia roztworu 6,4 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. NaHO, to znaczy, iż zawartość Na₂CO₃ w wyżarzonej pozostałości wymagała do zobojętnienia swego [25—6,4=] 18,6 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl.

$$A = 21,6 \text{ ctm. sześć.}$$

$$B = 18,6 \text{ ctm. sześć.}$$

$$R = 3,0 \text{ ctm. sześć.}$$

$$\text{zatem } Z = 3 \times 0,00365 = 0,0109 \text{ grm. HCl.}$$

II. Płyn, zbliżony swym składem do naturalnego soku żołądkowego, zawierał w 1000 ctm. sześć.

$$5,0 \text{ grm.} = \text{NaCl}$$

$$1,0 \text{ grm. kw. octowego}$$

$$0,2 \text{ grm.} = \text{Mg}_3[\text{Po}_4]_2$$

$$1,0 \text{ grm. kw. mlecznego}$$

$$1,0 \text{ grm.} = \text{HCl}$$

$$0,5 \text{ kwasu waleryjanowego}$$

i 1,0 grm. peptonu.

Użyto 10 ctm. sześć. tego płynu, do których dodano 3 ctm. sześć. roztworu Na₂CO₃ [=21,6 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl].

Pozostałość wyżarzoną rozpuszczono w 25 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl.

Do zobojętnienia roztworu użyto 6 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. NaHO.

$$A = 21,6$$

$$B = 19,0 [=25-6]$$

$$R = 2,6$$

zatem $Z = 2,6 \times 0,00365 = 0,0095$ grm. HCl; użyto 0,0100 grm. znaleziono 0,0095 grm. HCl.

III. Sok żołądkowy, wydobyty za pomocą zgłębnika żołądkowego, w którym wykazano wolny kwas solny, białko, pepton i kwaśność ogólną = 6,2 ctm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. NaHO.

Użyto 10 ctm. sześć. soku żołądkowego, do których dodano 5 ctm. sześć. roztworu Na₂CO₃ [=39,2 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl].

Pozostałość wyżarzoną rozpuszczono w 40,0 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. HCl.

¹⁾ Przed mianowaniem należy roztwór zagotować dla usunięcia CO₂ w razie użycia wskaźnika fenolfaleinowego; zagotowanie zaś jest zbyteczne przy użyciu wskaźnika metyl-orażowego.

Do zobojętnienia użyto 6 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. NaHO.

$$A = 39,2$$

$$B = 33,8 \quad [= 40 - 6,2]$$

$$R = 5,4$$

$$\text{zatem } Z = 5,4 \times 0,00365 = 0,0197 \text{ grm. HCl,}$$

zatem w 1000 ctm. sześć. 1,970 grm. HCl.

Dokładność oznaczenia pod № III, sprawdzono drugim sposobem, polegającym na oznaczeniu chloru [Cl] za pomocą $\frac{1}{10}$ norm. roztworu AgNO_3 , raz w soku żołądkowym, zobojętnionym za pomocą NaHO ¹⁾ dla związania wolnego HCl, drugi raz w soku, pozbawionym HCl, przez wyparowanie HCl na kąpeli wodnej.

Otrzymana z tych 2-ch oznaczeń różnica zużytych ctm. sześć. roztworu AgNO_3 odpowiada oczywiście zawartości wolnego HCl w soku żołądkowym.

a) Użyto 10 ctm. sześć. soku żołądkowego, zobojętniono 6,2 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normaln. NaHO, odparowano do suchości i pozostałość ogrzano na słabym płomieniu aż do wydzielenia się węgla z ciał organicznych, poczem rozpuszczono w wodzie i w roztworze oznaczono chlor za pomocą $\frac{1}{10}$ norm. AgNO_3 .

Zużyto 13,1 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. AgNO_3 .

b) Użyto 10 ctm. sześć. soku żołądkowego, odparowano do suchości dla usunięcia HCl i pozostałość ogrzano, jak pod a), rozpuszczono w wodzie i w roztworze oznaczono chlor, jak pod a).

Zużyto 7,8 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. AgNO_3 .

$$\text{Zatem } R = 13,1 - 7,8 = 5,3, \text{ czyli}$$

$$Z = 5,3 \times 0,00365 = 0,0193 \text{ grm. HCl.}$$

Pierwsza metoda, posługując się tylko płynami mianowanemi, nie wymaga żadnego ważenia; wyżarzona pozostałość z odparowania soku żołądkowego rozpuszcza się całkowicie w dodawanym HCl; otrzymany roztwór może przeto być przelany z parownicy do zlewki bez cedzenia i bezpośrednio mianowany. Parowanie i żarzenie uskutecznia się w przeciągu 20 minut; całkowite przeto oznaczenie nie trwa dłużej niż 25 do 30 minut.

II. PRZYCZYNEK

DO ROZPOZNAWANIA GUZÓW WZGÓRKÓW CZWORACZYCH.

Napisał

D-r med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Św. Ducha.

Jakkolwiek nauką o umiejscowieniach mózgowia, dzięki pracom GRIESINGER'a, HITZIG'a, FERRIER'a, CHARCOT'a, NOTHNAGEL'a i innych, znaczne zrobiła postępy, jednakże rozpoznawanie siedliska choroby w mózgu przedstawia dla klinicysty częstokroć wielkie trudności. Dotyczy to szczególnie guzów wewnątrzczaszkowych, głównie z tego powodu, iż przy tych ostatnich więcej, aniżeli

¹⁾ Użyty roztwór NaHO nie powinien zawierać chloru.

w innych cierpieniach mózgu, objawy ogólne mieszają się z objawami miejscowymi, t. zw. ogniskowymi. Z tego też względu, jak również, że nowotwory wzgórków czworaczych należą do wielkich rzadkości—bo dotychczas w literaturze znajdujemy zaledwie kilkanaście tego rodzaju przypadków, a symptomatologia ich przedstawia jeszcze wielkie braki — podaję następujące spostrzeżenie. Do dać tu jeszcze winienem, że chorą, dotkniętą w mowie będącym cierpieniem, miałem sposobność obserwować w ciągu długiego czasu i widzieć ją nietylko w bardzo wczesnym okresie rozwoju choroby, ale i śledzić dalszy przebieg podczas trzykrotnego pobytu w szpitalu.

* * *

Blich.... Antonina, lat 43 licząca, służąca, przybyła do szpitala Dz. Jezus d. 8 Października 1888 r., skarżąc się na ogólne osłabienie i ból w okolicy lewej łopatki. Zachorowała przed 2 tygodniami, jak twierdzi, wskutek ciężkiej pracy, do której poprzednio nie była przyzwyczajoną. Przedtem była zawsze zdrową, dzieci nie miała, miesiączkowanie straciła przed 5 miesiącami. Budowa i odżywianie dobre. Wzrost średni. Mięśnie dobrze rozwinięte. Ilość tkanki tłuszczowej nieco zwiększona. Cera śniada. Stan bezgorączkowy. Tętno 64, słabe, małe, miarowe.

Badanie przedmiotowe płuc nie wykazało nic nieprawidłowego. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym, a mianowicie prawa granica tępości przechodzi za środkową linię mostka, lewa zaś znajduje się w linii sutkowej lewej. Działalność serca słaba, u wierzchołka pierwszy ton nieczysty, drugi ton aorty słaby, tenże tętnicy płucnej nieco silniejszy.

Wątroba, śledziona, jak również i przewod pokarmowy nie szczególnego nie przedstawiają. Badanie narządów moczopłciowych nie wykryło żadnych zmian chorobowych. Mocz wydziela się w ilości 1200 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1015, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Zaburzeń w sferze ruchu, czucia niepodobna było wykryć, zauważyliśmy tylko, że chora była nieco ociężała, jakby apatyczną i nie okazywała chęci do chodzenia. Władze umysłowe, odpowiednio do sfery społecznej, z jakiej pochodzi, dobrze rozwinięte.

W celu wzmocnienia działalności serca, podawaliśmy chorej nalewkę z nasion strofantu, począwszy od 3×5 do 3×10 kropel dziennie. Tętno pod wpływem tonizującego działania leku stało się nieco silniejszym; ponieważ jednak po kilkudniowym jego użyciu chora zaczęła doznawać niepokoju, bicia serca i zaburzeń w przewodzie pokarmowym, zmuszeni byliśmy lek odstawić. Następnie w celu ogólnej tonizacji podawaliśmy chorej odwar z kory chinowej, arsenik, żelazo i t. p., poprawa jednak była nieznaczna. Po 3-tygodniowym pobycie chorej w szpitalu, wystąpił dość silny ból w całej głowie, bez ścisłego umiejscowienia, jednocześnie tętno stało się rzadkiem, 46—50 na minutę, zatrzymawszy dawne swe własności. Osluchując serce, przekonaliśmy się, że owa *bradycardia* zależała głównie od przedłużenia dużej pauzy, a więc rozkurczu serca, czas zaś, przypadający na skurcz komórki, nie uległ zmianie.

Co do bólu głowy, to tenże nie był stałym, niekiedy dosięgł znacznego natężenia; chinina, brom, antypiryna małą przynosiły ulgę chorej: to też pacjentka, niezadowolona z wyników leczenia, wypisała się ze szpitala d. 2 Listopada 1888 r..

Rozpoznanie było niepewnem, dlategoż poprzestaliśmy tylko na stwierdzeniu rozszerzenia serca, wątpliwości mięśnia sercowego i zwolnionego rytmu (*Dilatatio cordis. Debilitas musculi cordis Bradycardia*).

Uderzającym w obrazie chorobowym była słaba działalność serca, bardzo małe napięcie w układzie naczyniowym przy silnej budowie chorej i dobrem ogólnym

nem odżywianiu, wreszcie pewna ociężałość ruchów przy braku zaburzeń w sferze nerwowej. Podkład tkanki tłuszczowej był dość obfity, można więc było przypuścić otłuszczenie serca; stłuszczenie zaś włókien należało wykluczyć na zasadzie braku objawów klinicznych, właściwych tej ostatniej chorobie.

Po kilku miesiącach, a mianowicie d. 30 Kwietnia 1889 r., chora powróciła znowu do szpitala, skarżąc się na ból głowy i osłabienie. Przed 3 tygodniami wypisała się ze szpitala S-go Łazarza, gdzie leżała przez kilka tygodni w czasowym oddziale dla chorób wewnętrznych kol. PUŁAWSKIEGO. Chora wspomina, iż od 5 miesięcy doznaje drżenia kończyny górnej i dolnej prawej razem, albo też oddzielnie, niekiedy zaś uczuwa drżenie całego ciała, tak, że całe łóżko się trzęsie. Napady takiego trzęsienia zjawiają się kilka razy dziennie, bez widocznej przyczyny, nawet przy spokojnem leżeniu chorej w łóżku; zdarzają się jednak dni zupełnie wolne od napadów. W czasie napadu chora przytomności nie traci i pamięta dobrze, co się z nią wtedy dzieje.

Odżywianie dobre. Stan bezgorączkowy. Tętno 72, słabe, małe. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym, pierwszy ton u wierzchołka serca bardzo słaby, drugi ton aorty dość dźwięczny. W dolnych częściach płuc słychać nieliczne rżenia wilgotne. Trawienie dobre. Stolce codziennie. Mocz wydziela się w ilości 800—1000 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1015—1018, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Czucie skórne żadnych zbocezeń nie przedstawia; ukłucia szpilką chora dobrze umiejscawia, na głębsze zaś prawidłowo oddziaływa. Podobnież nie byliśmy w stanie stwierdzić zmian w smaku, węchu i sluchu. Badanie wzernikowe dna oka dało wynik ujemny. Chora widzi dobrze, podwójne zaś widzenie (*diplopia*) należy policzyć na carb nieznaczne skoszenia na zewnątrz i na dół prawego oka (*strabismus divergens*).

Przy podniesieniu i wyprostowaniu prawej kończyny górnej, zwłaszcza skoro chora palce ręki ustawi w pozycji odsiebnej odśrodkowej linii ręki, zjawia się drżenie całej kończyny, podobne do drżenia występującego u pijaków. Drżenie to stopniowo zwiększa się, znika zaś skoro chora kończynę na dół opuści, a mięśnie wyprostne przejdą w stan spoczynku. Można je także wywołać, uderzając młotkiem ścięgno mięśnia dwugłowego i trójgłowego ramienia, jak również mięśni wyprostnych i zginaczy przedramienia. Podobne drżenie zjawia się i w dolnej prawej kończynie przy wyprostowaniu i podniesieniu tejeż; jest ono silniejsze, aniżeli w kończynie górnej, niekiedy zaś udziela się i tułowiu i górnej kończynie, nie są to jednak drgawki kloniczne, lecz drżenie podobne do drżenia, jakiemu chory w czasie niezbyt silnego napadu zimnicy w okresie dreszczów ulega. Lewa zaś połowa ciała mały udział w tem drżeniu przyjmuje. Drżenie prawej kończyny dolnej występuje nietylko przy podnoszeniu i wyprostowaniu tejeż, ale zjawia się także przy uderzaniu młotkiem ścięgna mięśnia czworogłowego uda (*m. quadriceps femoris*), zwłaszcza skoro chora kończynę dolną prawą na lewą założy, zatem w pozycji stosownej głównie dla wywoływania odruchu kolanowego. Drżenie tym sposobem powstałe jest znacznie większe, niż przy podnoszeniu i wyprostowaniu kończyny, gdyż występują drgawki kloniczne podobne do drgawek, towarzyszących zwyrodnieniu pęczków bocznych rdzenia (*epilepsia spinalis*). Przy wykonywaniu ruchów biernych z oporem w kończynie dolnej i górnej prawej zjawia się również drżenie. Siła ręki zmniejszona, skoro zaś chora usiłuje podaną jej rękę mocniej ścisnąć, cała kończyna przechodzi w stan drżenia, a nawet drżenie to udziela się i prawej kończynie dolnej.

Chora chodzi, lecz z trudnością, jak twierdzi, z powodu osłabienia kończyn dolnych; na prawej nodze stać nie może, natomiast na lewej utrzymuje się, lecz krótko. Stojąc na obu nogach z zamkniętymi oczami, chwieje się, przechyla się ku tyłowi, jakby miała upaść.

W ciągu trzytygodniowego pobytu w szpitalu, stan chorej małej uległ zmianie; wystąpił tylko silniejszy ból głowy, mianowicie w okolicy potylicowej, któremu zwykle bezsenność towarzyszyła; następnie zjawił się zawrót głowy, przy czem tętno było ciągle małe, działalność serca słaba, rytm zwyczajny z częstością 70—74 uderzeń na minutę. W ostatnim tygodniu zauważyliśmy u chorej nieznaczne opadnięcie prawej górnej powieki (*ptosis*) i drgawkowe mruganie (*spasmus nictilans*) w temże oku, występujące w postaci napadu. Niekiedy zaś nie dochodziło do mrugania, a tylko miało miejsce drganie niektórych pęczków mięśni okrężnego, które przedstawiało się w postaci szybko po sobie następujących szarpnięć. Drganie to dotyczyło głównie górnej powieki, niekiedy występowało i w dolnej, choć rzadziej. Dodać należy, iż mięśnie twarzy i szyi nie przyjmowały żadnego udziału w powyższym objawie.

Chorej podawaliśmy przetwory jodu, arseniku, żelaza, bromu bez widocznego jednak skutku, co też i skłoniło chorą do opuszczenia szpitala w dniu 21 Maja 1889 r..

Co do rozpoznania, to było ono bardzo niepewnem. Najwięcej podobieństwa upatrywaliśmy w naszym przypadku do wieloogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia (*sclerosis cerebrospinalis multiplex, s. disseminata*). Drżenie, brak zaburzeń uczuciowych, paretyczny stan kończyn, wzmożona wrażliwość odruchowa nie tylko skóry, ale i ścięgien, napady duszności i bicia serca, przy ogólnem dobrem odżywianiu, zdawały się przemawiać za wieloogniskowem zajęciu ośrodków nerwowych. Podobnież porażenie niektórych włókien nerwu oko-ruchowego, a mianowicie zaopatrujących mięśnie gałki ocznej i mięsień unoszący górną powiekę, zawrót głowy, podwójne widzenie skłaniały nas do przyjęcia wspomnianego cierpienia. Tylko rodzaj drżenia był innym, aniżeli w *sclerosis en plaques*; wprawdzie i w naszym przypadku przy wywoływaniu odruchu kolanowego lub stopowego występowało drżenie w kończynie dolnej prawej, niekiedy nawet w lewej [według jednego z praw PFLUGGER'a], nie mieliśmy jednak t. zw. drżenia celowego (*Intentionszittern*). Zjawia się ono głównie wtedy, skoro chory zamierza jakiś ruch spełnić, np. wziąć jakiś drobny przedmiot do ręki, zapiąć guzik i t. p., prócz tego drżenie dotyczy także i głowy, co u naszej chorej nie miało miejsca. Brak zaburzeń w mowie i napadów podobnych do apoplektycznych przemawiało także przeciw przyjęciu wieloogniskowego cierpienia mózgu i rdzenia.

Kiedy jeszcze objawy porażenia nerwu oko-ruchowego nie były wydatne, a drżenie kończyny dolnej prawej było najwybitniejszym objawem, a niekiedy przedstawiało się nawet w postaci *epilepsia spinalis*, sądziliśmy, że mamy do czynienia z poczynającym się stwardnieniem pęczków bocznych rdzenia (*paralysis spinalis spastica*), brak jednak skurczów i dalszy przebieg choroby przekonał nas wkrótce o błędem naszym przypuszczeniu.

Paralysis agitans szybko usunęliśmy z szeregu przypuszczeń głównie z tego powodu, iż przy tem cierpieniu drżenie występuje nawet w czasie spokoju, a przy ruchach celowych zmniejsza się, u naszej zaś chorej drżenie występowało tylko przy czynnych i biernych ruchach.

Podobnież wyłączyliśmy płasawicę (*chorea*) ze względu, iż w chorobie tej ekskursyje mięśni są znacznie większe, a przytem zjawiają się i podczas spoczynku.

O drżeniu starczem, jak również występującem u ludzi nadużywających trunków wyskokowych, dalej przy przewlekłem zatruciu rtęcią, makowcem i t. p., nie mogło być również mowy.

W końcu dodać winniśmy, że nawet o istnieniu nerwicy traumatycznej i histeryi myśleliśmy, wyczerpawszy już wszelkie inne możliwości.

Dnia 14 Września 1889 r. chora przybyła po raz trzeci do szpitala, uskarżając się na ogólne osłabienie i bóle w kończynach dolnych i krzyżu.

Drżenie prawej połowy ciała przedstawia te same cechy, co poprzednio, czucie skórne zachowane, tylko osłabienie mięśniowe większe, zwłaszcza kończyn dolnych, tak, że chora na nogach nie może się utrzymać, ztąd z łóżka się nie porusza; nie jest to jednak porażenie, tylko stan paretyczny mięśni. *Spasmus nictitans* w prawym oku częściej występuje, zwłaszcza skoro chora usiłuje wzrok swój na dany przedmiot skierować. Prócz tego zauważyć można pewne przygnębienie umysłowe w całym zachowaniu się chorej, choć świadomości nie straciła, jednak odpowiada na pytania niechętnie, wydaje się ospałą, drzemającą. Po kilku dniach wystąpiły objawy porażenia pęcherza, polykanie stało się trudnym, tak, że chorą trzeba było karmić. W nocy z 25 na 26 Września chora straciła przytomność. Rano zastaliśmy ją w stanie konania: rżenia tchawicowe, sinica, warg, lekkie stłumienie w dolnej części prawego płuca, tętno drobne, nitkowate, były głównymi objawami przedśmiertnymi. Zmarła w południe o godzinie 12-tej.

Badanie pośmiertne, wykonane przez Sz. kolegę PRZEWOSKIEGO w dniu 27 Września, wykazało, co następuje:

Czaszka żadnych zmian — pod względem wielkości, postaci, grubości kości — nie przedstawia. Zewnętrzna i wewnętrzna powierzchnia kości czaszkowych gładka. Opona twarda, silnie napięta, zwykłej grubości. W zatoce podłóżnej górnej znajduje się nieznaczna ilość krwi płynnej. Opona miękka wogóle biała, zawoje wygładzone, na przekroju tkanka mózgu biała, sucha, ependyma zgrubiała, rozrywa się dość trudno. Wielkie zwoje naczyń dość silnie uciśnięte od góry. Komórki boczne, jak również komórka trzecia, znacznie powiększone, zawierają dużą ilość surowiczego, przezroczystego płynu. Ependyma zgrubiała, nierówna, brodawkowata. Przegroda przezroczysta (*septum pellucidum*) trzy razy szersza, w tylnej jej części znajduje się otwór okrągły, o średnicy $1\frac{1}{2}$ ctm., który łączy dwie boczne komórki. Na tylnej ścianie trzeciej komórki nad przednim końcem wodociągu SYLWIJUSZA spostrzega się płaski nowotwór wielkości orzecha włoskiego; nowotwór ten zajmuje przednią połowę przednich wzgórków czworaczych i rozprzestrzenia się z boku do wewnętrznej powierzchni wzgórków wzrokowych, barwę posiada szaro-czerwonawą, konsystencję dość miękką — *glio-sarcoma corporum quadrigeminum*. Szyszka (*glandula pinealis*) znajduje się za nowotworem. Opony rdzenia i sam rdzeń żadnych zmian makroskopowych nie przedstawiają.

Lewe płuco w tylnych częściach nieco przekrwione i obrzękłe. W dolnym zrazie prawego płuca — *pneumonia lobaris cachecticorum inferior*, *Bronchitis chronica*.

Serce powiększone, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym o $\frac{1}{3}$. Lewa komórka nieco większa, niż normalnie, grubość jej ścianki zwykła, mięsień bładawy, wątły. Zastawki serca nie szczególnego nie przedstawiają, prawy przedsionek znacznie powiększony, mięsień prawej komórki także miękki.

Na błonie wewnętrznej aorty spostrzega się nieliczne wysepki świeżej sprawy miażdżycowej. Wątroba zwykłych rozmiarów i konsystencji. Sledziona nieco powiększona, biała, twardawa. Lewa nerka powiększona, otoczka jej oddziela się łatwo, powierzchnia nerki gładka, substancja korowa nieco zgrubiała, zmętniała, piramidy przy podstawie czerwone. [Zmętnienie mięszone nerek]. Prawa nerka przedstawia się tak samo. Błona śluzowa kiszek biała. Przepuklina biodrowa prawa, zawierająca dolny odcinek wielkiej sieci.

Z powyższego więc okazuje się, że główną przyczyną tak niejasnego obrazu klinicznego był glejo-mięsak wzgórków czworaczych i następcze wodogłowie (*hydrocephalus internus*). Ucisk ze strony guza na wielkie kanały krwi żyłnej, a mianowicie na żyły GALENA, musiał być wielki, skoro do tak znacznej puchliny

jam mózgowych doprowadził. Zachodzi teraz pytanie: które z objawów, spostrzeżanych za życia, zaliczyć należy do ogólnych, a które do ogniskowych? Objawy ogólne zaciemniają zwykle objawy miejscowe, charakteryzujące dane cierpienie, i tym sposobem utrudniają rozpoznanie. Zdaniem GRIESINGER'a, objawy ogniskowe mają tem większe znaczenie, im mniej im towarzyszy objawów ogólnych. Z szeregu objawów: *bradycardia*, *cephalalgia*, *hemiparesis et tremor*, *ptosis*, *strabismus externus oculi dextri*, *spasmus nictitans*, *enuresis*, *dysphagia*, *somnolentia*, tylko *ptosis* i *strabismus* zaliczyć możemy do objawów ogniskowych bez żadnego zastrzeżenia; co się zaś tyczy drżenia, to kwestyja jest wątpliwa, czy uważać je w danym przypadku za objaw ogólny, czy też za ogniskowy, a mianowicie z tego powodu, iż było ono połowiczne. Nietylko drżenie, ale i wyższe stopnie pobudzenia narządu ruchowego, jak: drgawki podobne do padaczkowych z utratą przytomności, małe mają znaczenie pod względem wskazywania na ognisko choroby; zdarzają się bowiem przy najrozmaitszych umiejscowieniach. Mogą one, podobnie jak i drżenie, występować nietylko przy nowotworach wielkich zwojów mózgowych [ciało prążkowane i jądro soczewicowate], ale i przy zajęciu innych części mózgu, położonych na przebiegu dróg ruchowych [piramidalnych], počawszy od kory, aż do rdzenia przedłużonego [kora, torebka wewnętrzna, odnogi mózgu, most WAROL'a, rdzeń przedłużony]. Tylko drgawki, ściśle ograniczone do jednej kończyny, utrzymujące się przez długi czas i po których następuje porażenie, lub też je wyprzedza, mogą być wskazówką, iż nowotwór ma swoje siedlisko w t. zw. ruchowej okolicy kory mózgowej. Zdarzyć się może, że guzy zupełnie innych okolic mózgu, nie posiadających miana ruchowych, wywołują podobne objawy, już to przez ucisk, już też przez irrydyjacyję. I w naszym przypadku mieliśmy drżenie i zwiększoną pobudliwość odruchową, jakkolwiek siedliskiem nowotworu były wzgórkki czworacze, zaliczane raczej [MEYNERT] do zwojów czuciowych. Jakkolwiek drżenie może wystąpić przy sprawach chorobowych różnych okolic mózgu, to jednakże najczęściej spostrzegano je przy nowotworach wzgórków prążkowanych i wzrokowych. Na 26 przypadków nowotworów tych ostatnich zwojów, zebranych przez BERNHARD'a znalazło się 5, w których spostrzegano ruchy kończyn mimowolne, przypominające płasawicę, a w części drżenie. Drżenia te były niekiedy połowiczne i dotyczyły tych członków, które następnie stały się paretycznymi, lub też były już porażone. Z tego też powodu BERNHARD upatruje w tym objawie pobudzenia sfery ruchowej cechę charakterystyczną dla nowotworów wspomnianych zwojów, zwłaszcza znajdujących się po ich stronie zewnętrznej. Zaburzenia w sferze ruchowej przychodzą prawdopodobnie do skutku w tych razach drogą drażnienia sąsiedniej torebki wewnętrznej, która, a zwłaszcza część jej tylna, stanowi główny szlak włókien ruchowych piramidalnych, łączących korę z rdzeniem. Prawdopodobnie więc, że i w naszym przypadku drżenie należy sobie tłumaczyć uciskiem, jaki nowotwór, przylegając do wzgórków wzrokowych, wywierał pośrednio na drogi ruchowe piramidalne torebki wewnętrznej; jeśli zaś obok połowicznego drżenia istnieć będzie porażenie nerwu oko-ruchowego po stronie drżenia i stanu paretycznego kończyn, jak to u naszej chorej miało miejsce, to można wnosić, że ogniska chorobowe znajdują się

w mózgu po stronie przeciwnej [w naszym przypadku po lewej, drżenie zaś i *paresis* mięśni po prawej] przed skrzyżowaniem nerwów trzeciej pary i nerwów rdzeniowych, najprawdopodobniej w miejscu powstawania nerwów oko-ruchowych [wzgórki czworacze] w bliskości wzgórków wzrokowych. Sądzę, że na tę kombinację drżenia i porażenia nerwu oko-ruchowego należałoby w przyszłości zwrócić uwagę przy rozpoznawaniu nowotworów wzgórków czworaczych. Jakkolwiek nowotwór umiejscowiony był u naszej chorej z obu stron linii środkowej na obu przednich wzgórkach czworaczych, niemniej jednak ucisk na nerw oko-ruchowy musiał mieć miejsce głównie z lewej strony z powodu, iż działał na włókna nerwu przed ich skrzyżowaniem. Gdyby zaś nowotwór wywierał ciśnienie z prawej strony, musielibyśmy mieć objawy porażenia nerwu po stronie lewej, gdy tymczasem w naszym przypadku mieliśmy porażenie nerwu tylko po prawej stronie.

Ważniejszym objawem dyagnostycznym, aniżeli drżenie, było porażenie nerwu oko-ruchowego. Należy ono, podobnie jak i porażenie innych nerwów czaszkowych, do objawów ogniskowych, które w wynajdywaniu siedliska chorobowego w mózgu bardzo ważną odgrywają rolę. Porażenie to było jednostronne i dotyczyło tylko niektórych gałęzi nerwu, a mianowicie: przeznaczonych dla mięśni gałki ocznej i dla mięśnia unoszącego powiekę górną, ztąd skoszenie zewnętrzne wskutek przewagi mięśnia oko-ruchowego zewnętrznego (*n. abducens*) i opadnięcie górnej powieki. Podwójne zaś widzenie było już skutkiem skoszenia. Rozszerzenia źrenicy (*mydriasis paralytica*), jakie zwykle porażeniu nerwu oko-ruchowego towarzyszy, brakowało w danym przypadku, nie mniej jednak obie źrenice słabo oddziaływały na światło. Dodać tu winniśmy, że drżenie połowiczne wystąpiło wcześniej, aniżeli porażenie nerwu 3 pary i że opadnięcie prawej górnej powieki nie było zupełne.

Na szczególną uwagę zasługuje ta okoliczność, iż w naszym przypadku brak było zaburzeń ze strony nerwu wzrokowego. Nietylko że chora dobrze widziała, ale i badanie wzornikowe dna oka nie wykazało żadnych zmian w nerwie wzrokowym. Tymczasem zaburzenia w tym ostatnim, a mianowicie *neuritis optica* uważane są za charakterystyczne objawy dla nowotworów i wogóle spraw chorobowych wzgórków czworaczych. W tym względzie GRIESINGER stanowczo twierdzi, że jeśli w danym przypadku zmysł wzroku jest zupełnie nietkniętym, to siedlisko nowotworu nie może być nigdy we wzgórkach czworaczych, ani też w przedniej, górnej, lub średniej części mózdzku, gdyż wtedy przy niewielkiej nawet objętości uciskać musi koniecznie wzgórki czworacze w kierunku ku przodowi. Punktu wyjścia podobnego twierdzenia należy upatrywać w przyjętem powszechnie zdaniu fizjologów o przeznaczeniu wzgórków czworaczych. Mają one pozostawać w ścisłym związku ze zmysłem wzroku. Doświadczenia fizjologiczne FLOURENS'a, wykonane na zwierzętach, wykazały, że po zniszczeniu jednostronnem wzgórków czworaczych występuje ślepotą po stronie przeciwnej i porażenie tęczówki, a to wskutek krzyżowania się nerwów wzrokowych w *chiasma nervorum opticorum*. Całkowite zniszczenie wzgórków czworaczych wywołuje u zwierząt ślepotę obu oczów. Według późniejszych doświadczeń KNOLL'a, przyczyną ślepoty nie jest zniszcze-

nie wzgórków czworaczych w ścisłym znaczeniu, ile raczej obrażenie *tractus opticus*. Jeśli tylko przy doświadczeniach ten ostatni zachowany zostanie w całości, to zniszczenie wzgórków czworaczych nie pociągnie za sobą ślepoty, ani też porażenia tęczówki.

Zasługuje również na uwagę brak zastój na brodawce nerwu wzrokowego, pomimo istnienia tak znacznego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

Być więc może, że w naszym przypadku brak niedoślepu i ślepoty należy sobie wytłómaczyć, że włókna nerwu wzrokowego nie były zniszczone, lecz tylko przez nowotwór w części na bok usunięte, albo że *tractus opticus* nie był dotknięty. Że tak być mogło, łatwo zrozumieć, zważywszy, że siedliskiem nowotworu były tylko przednie części przednich wzgórków czworaczych. Oprócz mego przypadku znalazłem jeszcze w literaturze dwa, a mianowicie: HENOCH'a STEFFEN'a i GOWERS'a, w których przy zajęciu sprawą chorobową wzgórków czworaczych nie zauważono żadnych zaburzeń we wzroku. Pierwszy dotyczył 15-miesięcznego dziecka, u którego za życia zauważono: prawostronne porażenie kończyn, porażenie prawego nerwu twarzowego, mianowicie gałązek idących do powiek i warg, skoszenie wewnętrzne prawego oka, zwężenie prawej źrenicy, a prócz tego chwilowe drgania nie tylko w zdrowych, lecz także i w chorych kończynach. Wzrok pozostał prawidłowym. Na sekcji, oprócz gruźlicy prawego płuca, gruzełków w rowie SYLWIJUSZA i *plexus choroid.* komórek, znaleziono w lewym tylnym wzgórku czworaczym gruzełek wielkości $\frac{1}{2}$ grochu.

W przypadku zaś STEFFEN'a, gruźlicy płuc u 3-letniego dziecka, głównymi objawami były: ból głowy, obustronne opadnięcie górnej powieki, napady eklamptyczne całego ciała krótkotrwałe, utrata przytomności. Żadnych zaburzeń ze strony wzroku nie było. Badanie pośmiertne wykazało, oprócz gruźlicy płuc i gruczolów oskrzelowych i kręzkowych, zniszczenie wzgórków czworaczych. Te ostatnie przemienione były w rodzaj okrągławej, rozpadającej się masy gruźliczej. Tutaj zaliczyć by należało także dwa przypadki nowotworów szyszki — NIEDEN'a (*Centralblatt für Nervenheilkunde.* IV. 1879. Nr. 8), pomieszczony przez BERNHARD'a pomiędzy nowotworami szyszki. Była to zwyrodniała torbiel szyszki, wypełniająca trzecią komórkę i mocno uciskająca przednie wzgórki czworacze. Żadnych zaburzeń wzrokowych nie było. Badanie dna oka dawało rezultat ujemny. Podobnież w przypadku GOWERS'a nie było zupełnej ślepoty, pomimo znacznego zniszczenia przednich wzgórków czworaczych. [Istniał tylko zastój krwi na brodawce nerwu wzrokowego]. Są to jedyne dwa przypadki nowotworu wzgórków czworaczych, tamże pomieszczone. W pracy zaś BERNHARDT'a, który podaje literaturę nowotworów tylko od r. 1865, znajdujemy 11 przypadków guzów wzgórków czworaczych. We wszystkich tych bez wyjątku istniały zaburzenia wzroku (*neuritis optica, atrophia nervi optici*). Być może, iż częstość, z jaką się przy nowotworach w mowie będących zwojów mózgu spostrzega zmiany w nerwie wzrokowym, zależy głównie od tego, iż przy obecności tychże łatwiej, aniżeli w innych miejscach mózgu, następuje wskutek ucisku żyły wielkiej GALENA — zebranie płynu w komórkach, a ztąd znaczny ucisk na podstawę mózgu, a więc i na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, na szlak wzrokowy i na same nerwy [BERNHARDT].

Na jedną jeszcze okoliczność chciałem zwrócić uwagę: pomimo iż siedlisko nowotworu znajdowało się w przednich wzgórkach czworaczych, jednakże nie zauważyliśmy zaburzeń innerwacyjnych w mięśniach oczów, podawanych przez АДАМУЕК'а. Autor ten utrzymuje, na zasadzie swoich badań doświadczalnych, iż w przednich wzgórkach czworaczych mieści się ośrodek ruchowy wspólny dla obu gałek ocznych: prawy wzgórek rządzi ruchami obu oczów na lewo, lewy zaś włada ruchami na prawo. U naszej chorej mieliśmy tylko porażenie gałązek nerwu okoruchowego jednostronne. Zresztą inne dotychczas opisane nowotwory przednich wzgórków czworaczych nie dostarczają również pewnych dowodów istnienia wspólnego ruchowego ośrodka dla obu oczów. БЕЧТЕРЕВ jest nawet zdania, że wszystkie objawy, z wyjątkiem odnoszących się do wzroku, jakie występują po zniszczeniu lub przy drażnieniu wzgórków czworaczych, zależą od obrażenia głębiej leżących części. Tym sposobem wzgórki te nie są siedliskiem ani ośrodka ruchów źrenicy, ani też skombinowanych poruszeń oczów, ani wreszcie nie są miejscem ośrodka równowagi ciała.

Oprócz objawów porażenia nerwu okoruchowego prawego, spostrzegaliśmy u naszej chorej dr g a w k o w e m r u g a n i e w prawem oku (*spasmus nictitans*). Powstaje ono wskutek podrażnienia gałązek nerwu twarzowego, zaopatrujących mięsień okrężny powiek. Mruganie takie zjawia się na drodze zwrotnej wskutek podrażnień oczów, zębów i t. p., albo też wprost wskutek podrażnienia kory mózgowej lub też jądra nerwu twarzowego. W naszym przypadku było ono ośrodkowego pochodzenia; w którym jednak miejscu mózgu miało ono swe źródło, trudno pewno orzec. Ponieważ występowało na temże oku, co i skoszenie, być więc może, że ucisk, który wywierał nowotwór na nerw okoruchowy, udzielał się i nerwowi twarzowemu. Przemawiałoby to na korzyść zdania MENDEL'а, który utrzymuje, iż włókna nerwu twarzowego, przeznaczone dla mięśnia okrężnego oka, zdają się mieć swój początek w jądrze nerwu trzeciej pary.

Przechodząc do objawów rozlanych, wspomnieć nam wypada przedewszystkiem o z w o l n i o n e m r y t m i e s e r c a (*bradycardia*). Wystąpiło ono bardzo wczesnie, podczas pierwszego pobytu chorej w szpitalu, kiedy jeszcze o cierpieniu ośrodków nerwowych nie mogło być mowy. Jak już poprzednio wspomnieliśmy, nie byliśmy w stanie zdać sobie jasno sprawy z tego objawu, ze względu, iż w samym ośrodku krążenia nie mogliśmy odszukać dostatecznego objaśnienia. Badanie dopiero pośmiertne wykazało nam, iż przyczyną ową było prawdopodobnie zwiększenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, które działało drażniąco na ośrodkowy koniec nerwu błędnego. Niekiedy *bradycardia* może mieć znaczenie objawu ogniskowego, skoro nowotwór rozwija się w bliskości źródła nerwu błędnego, czego jednak w naszym przypadku nie było. Zresztą wystąpiła ona prawie jednocześnie z silnym bólem głowy, który także początek swój zawdzięcza zwiększeniu wewnątrz-czaszkowego ciśnienia. Rzecz tylko godna uwagi, iż *bradycardia* wystąpiła bardzo wczesnie, kiedy jeszcze ucisk mózgu nie był znacznym, a później skoro ciśnienie wewnątrz-czaszkowe było bez porównania większem, tętno uderzało według zwykłego rytmu 70—76 razy na minutę. Należy więc przypuścić, że tylko w samym początku nerw błędny posiadał prawidłowo-

wą lub też może zwiększoną wrażliwość, gdy tymczasem później wrażliwość jego pod wpływem zwiększającego się ciągle ucisku i złego odżywiania stępiała. Anatomiczne objawy spostrzegano już niejednokrotnie i w innych nerwach, a nawet w wielkich zwojach i ośrodkach mózgowych.

Co się tyczy rozszerzenia serca, które za życia chorej kilkakrotnie stwierdzaliśmy, a które pozostawało w uderzającym kontraście z dobrym odżywianiem mięśni całego ciała, to być może, iż źródłem jego były zmiany troficzne w nerwie błędnym. Na sekcji mięsień serca przedstawiał się bladym, wiotkim, nieco rozciągniętym bez widocznych zmian we włóknach sercowych. Oprócz zwolnionej działalności serca uderzało nas słabe napięcie naczyń: tętno promieniowe przedstawiało się miękkim, łatwo dającym się ucisnąć, ścianka tętnicy nie posiadała zwykłej elastyczności; przyczynę tego, sądzę, należy upatrywać w osłabieniu, złem odżywianiu ośrodków naczynio-ruchowych. To zmniejszenie tonizacji w układzie tętnicznym trwało przez cały ciąg choroby, pomimo iż *bradycardia* znikła, a serce uderzało według zwykłego rytmu. Ból głowy nie posiadał w sobie nic charakterystycznego: nie był on ciągłym, ani też umiejscowionym, dosiadał niekiedy znacznego natężenia. Należy on, jak wiadomo, do objawów ogólnych i nie posiada pod względem rozpoznawczym szczególnej wartości.

Wreszcie mimowolne oddawanie moczu, trudne polykanie, śpiączka — jakie w ostatnich dwóch tygodniach wystąpiły — wypada policzyć na karb zwiększającego się ciągle wodogłowia (*hydrocephalus internus*) i ucisku niezbędnych dla życia ośrodków nerwowych. Ostatnim zaś wyrazem podkopanej żywotności było charłacznie zapalenie płuca lewego.

Zachodzi teraz pytanie: czy dla nowotworów wzgórków czworaczych posiadamy swoiste objawy kliniczne? Żaden z powyżej wspomnianych objawów nie posiada znaczenia patognomonicznego. Zaburzenia wzroku (*neuritis optica*) i innerwacji mięśni gałek ocznych (*paralysis oculomotorii, n. abducentis*), zdarzają się wprawdzie często, jednakże występują także przy nowotworach innych okolic mózgu. I tak: przy zajęciu kory zrazów potylicowych spostrzegano znaczne zaburzenia wzroku (*hemianopsia, amaurosis*). W tym jednak ostatnim razie źrenice oddziałują na światło, gdy tymczasem przy zajęciu wzgórków czworaczych [przednich] oddziaływanie źrenic na światło znika. Podobnie zaburzenia wzroku zdarzają się przy nowotworach. Porażenie nerwu okoruchowego może mieć miejsce i przy innym umiejscowieniu sprawy chorobowej, jak np. w odnogach mózgu. Tutaj ma ono bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze, skoro występuje po stronie przeciwnej połowicznemu porażeniu. Być może, że objawy, spostrzegane w naszym przypadku, mianowicie: połowiczne drżenie i porażenie nerwu okoruchowego tejże strony, będą w niektórych przypadkach wskazówką przy rozpoznawaniu guzów wzgórków czworaczych.

Z ujemnych objawów zasługuje na uwagę brak zaburzeń w czuciu. Chwiejny, niepewny chód, jaki niekiedy przy opisie guzów wzgórków czworaczych autorowie podają, należy, zdaniem BERNHARDT'a, odnieść do współdziałania mózdzka w sprawie chorobowej. NOTHNAGEL zaś przeciwnie uważa ataksję za ważny znak rozpoznawczy, a źródło jej upatruje w obrażeniu tylnych wzgórków; po-

wołuje się w tym względzie na przypadek GOWERS'a, w którym były zajęte tylko przednie wzgórki, a ataksyi brakowało. Nasz przypadek przemawia również na korzyść zdania prof. NOTHNAGEL'a; nie było bowiem żadnej ataksyi przy zajęciu nowotworem przednich wzgórków.

III. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI

WŁÓKNIKOWEGO ZAPALENIA OSKRZELI

(*bronchitis fibrinosa*).

Podał

J. Józefowicz [z Kowna].

Włóknikowe zapalenie oskrzeli pojawia się najczęściej następczo w przebiegu dławca lub włóknikowego zapalenia płuc, gdy sprawa chorobowa posuwa się w pierwszym razie na dół, w drugim w górę i zajmuje oskrzela i tchawicę. Pomimo tego pojawia się ono i pierwotnie, przyczem bywa w ostrej lub przewlekłej formie i jako takie napotyka się rzadko. Ze względu na rzadkość cierpienia oraz na niektóre szczególne zjawiska, pozwolę sobie opisać obserwowany przeze mnie przypadek ostrego włóknikowego zapalenia oskrzeli, które się pojawiło w przebiegu ostrego gośceca stawowego.

Józef P., 19 lat, alumn I-go kursu seminarjum rzymsko-katolickiego, przebył przed czterema laty ostry gościec stawowy, poczem czuł się zupełnie dobrze i tylko przy silniejszym zmęczeniu się dostawał nieznacznej duszności i bicia serca, oraz miał częste krwotoki z nosa. D. 5. III. 1891 r. dostał gorączki i bólów w kończynach dolnych. Na trzeci dzień, t. j. 8. III. zwrócił się do mnie. Zastanę stan następujący: chory wzrostu średniego, wątłej budowy, średnio odżywiony, małokrwisty, skarży się na gorączkę, poty i bóle w obu stawach kolanowych i w obu stawach biodrowych. Ciepłota 39,4° C., tętno 120, oddech 32 na minutę. Oba stawy kolanowe obrzękłe, ruch czynny i bierny w tych stawach, oraz w obu stawach biodrowych bolesny. Prawa granica tępości serca dochodzi do połowy mostka, górna—do III-go żebra, uderzenie wierzchołkowe pod V-em żebrem na palec na wewnątrz od linii sutkowej; pierwszy ton w miejscu uderzenia słaby i niejasny, zamiast drugiego tonu szmer trący, drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Zaleciłem użycie salicyny gr. x co 2 godziny. Na drugi dzień chory czuł się lepiej i przerwał użycie lekarstwa. Trzeciego dnia, t. j. 10. III. znowu się zwiększyły bóle w zajętych stawach i oprócz tego zajęte zostały stawy: skokowe, łokciowe i napięstkowe. Tętno 144, oddech 44, ciepłota 39,3° w południe, a 39,4° C. wieczorem. Prawa granica tępości serca zachodzi trochę na prawo za środek mostka, zjawiska wysłuchowe też same. W płucach odgłos opukowy normalny, oddech pęcherzykowy zaostrozony. Rp. *Salicini* gr. x co 2 godz., *Infus digitalis* [ex gr. XII] $\frac{3}{4}$ vj co 2 godz. łyżkę stołową. W nocy z 10 na 11 chory dostał silnego napadu duszności. Zawezwany jeden z bliżej mieszkających kolegów znalazł tętno bardzo małe i słabe i zaordynował środki pobudzające. 11. III. Ciepłota rano 38,5°, w południe 39,9°, wieczorem 39,2° C., tętno 144 małe, miękkie, oddech 44. Granice tępości serca też same, co i przedtem; pierwszy ton prawie niedosłyszalny. Chory skarży się na silny ból w zajętych stawach, głównie w łokciowych i napięstkowych, na duszność, męczący kaszel, na klucie w prawej połowie klatki piersiowej,

ból gardła i ból w okolicy tchawicy. Przy kaszlu odrzuca z trudnością i w małej ilości śluzowo-ropną płwocinę z domieszką żyłek krwi i drobnych zlepeków włóknika. W płucach: z prawej strony od kąta łopatki aż do dołu odgłos opukowy stępio-ny; u samego kąta łopatki na niewielkiej przestrzeni wdech zaostrzony, wydech oskrzelowy; niżej na całej przestrzeni oddech prawie zupełnie zniesiony, przewo-dnictwo głosowe (*fremitus pectoralis*) trochę wzmożone; z lewej strony pod łopa-tką odgłos opukowy bębniasty i rżenia wilgotne drobnopęcherzykowe. Do na-parstnicy dodałem nieco arniki i waleryjany; oprócz tego lód na okolicę serca i z prawej strony pod łopatką. Wino.

Dnia 12 rano ciepłota 39,9° C., tętno 132, oddech 40; zajęte stawy mniej obrzmiałe i mniej bolesne. Wieczorem ciepłota 38,9° C., tętno 132, oddech 44. Chory czuje się gorzej, skarży się na silną duszność i większy ból w prawej po-łowie klatki piersiowej; stawy więcej bolesne. Zwiększyłem dawkę salicyny do gr. xv.

W nocy z 12. na 13. z silnym kaszlem pojawił się krwotok z ust i nosa, przyczem, jak sam chory, tak i otaczający zwrócili uwagę, iż razem z krwią odchodziły jak by kawałki mięsa. Krwotok trwał około dwóch godzin. Krwi odrzucił chory więcej niż dwie szklanki. Po ustąpieniu krwotoku chory poczuł się znacznie lepiej i zasnął.

Dnia 13 rano ciepłota 37,8° C., tętno 108 dobrze rozwinięte, oddech 32, ka-szel znacznie lżejszy; z kaszlem odchodzą skrzepy krwi. W płucach: z prawej strony w miejscu, gdzie było stępienie, odgłos stępio-ny z odcieniem bębniastym, od-dech zaostrzony, wydech przedłużony i rżenia wilgotne, drobnopęcherzykowe; oskrzelowego oddechu nigdzie nie ma; z lewej — odgłos bębniasty, oddech zao-strzony.

W odrzuconej w nocy krwi, której część zostawiono do mego przybycia, znalazłem znaczną ilość kawałków, na pierwszy rzut oka bardzo przypomina-jących kawałki mięsa; po starannem oplókaniu wodą, okazały się one zlepkami skrzepłego włóknika. Takież zlepki znalazłem i w odrzuconej przy mnie krwi. Jedne z nich były rozgałęzione, przyczem ostatnie gałązki pochodziły z najdro-bniejszych oskrzeli; niektóre z takich zlepeków u grubego końca były wewnątrz puste, inne cieńsze — jednolite. Gałązki nie były równe, lecz w przebiegu swym przedstawiały paciorkowate zgrubienie, podobne do tych, jakie opisał BIERMER i inni. Niektóre zlepki miały kształt rurek i pochodziły z oskrzeli średniego kalibru. Nakoniec były kawałki błon niejednostajnej grubości i w niektórych miejscach chrząstkowate na dotyk. Błony te prawdopodobnie pochodziły z du-żych oskrzeli, a może z tchawicy i z nosa. Przy badaniu pod drobnowidzem, oprócz skrzepłego włóknika, znalazłem znaczną ilość ciałek ropnych, komórki na-błonka i czerwone krążki krwi. Zamiast salicyny, zapisałem salol co 3 godziny po gr. x.

Dnia 14. Ciepłota rano 38,4°, w południe 38,9°, wieczorem 37,5° C., tętno 105. Ból w zajętych stawach bardzo nieznaczny; obrzmiałe tylko oba stawy na-pięstkowe. W nocy chory odrzucił trochę krwi ze zlepkami włóknika; ani dusz-ności, ani bólu w klatce piersiowej nie doświadcza. Mocz, barwy ciemno-zielonej, białka nie zawiera. Prawa granica tępości serca dochodzi do połowy mostka; w miejscu uderzenia słaby, ledwie dosłyszalny szmer podmuchowy przy pierwszym tonie, przyczem słyhać i pierwszy ton, oraz silny trący szmer rozkurczowy; słaby skurczowy szmer w miejscu ujścia aorty; drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Pod prawą łopatką na przestrzeni wielkości dłoni odgłos opukowy stępio-ny z odcie-niem bębniastym, wdech zaostrzony, wydech przedłużony; w innych miejscach ani opukiwanie, ani wysłuchiwanie nie nieprawidłowego nie wykazuje. Z powodu sil-nego zabarwienia moczu, zaprzestałem użycia salolu i wróciłem do salicyny w dawkach 10-granowych co 2 godziny.

Dnia 15. Ciepłota rano 38,3° C., w południe 37,5° C., wieczorem 38,1° C..

Dnia 16. Ciepłota rano 37,4^o C., wieczorem 38^o C., tętno 84. Stawy bardzo mało bolesne; stan ogólny dobry.

Dnia 17. Stan bezgorączkowy, tętno 68, oddech 18; stawy nieobrziałe i niebolesne; łaknienie niezłe; z prawej strony pod łopatką na niewielkiej przestrzeni odgłos opukowy trochę jaśniejszy, niż z lewej; prawa granica tępości serca, zachodzi trochę na prawo za lewy brzeg mostka, zjawiska wysłuchowe też same. Chory odrzuca śluzowo-ropną plwocinę, w której spotykają się drobne zlepki włóknika.

Od tego czasu w ciągu tygodnia chory czuł się zupełnie dobrze i nawet próbował przechadzać się po pokoju.

29. III. Chory znowu od kilku dni zaczął gorączkować i doświadcza bólów w kilku stawach. Ciepłota 38,3^o C., tętno 88; zjawiska przedmiotowe w sercu też same. Pod prawą łopatką na niewielkiej przestrzeni odgłos opukowy trochę wyższy, niż w odpowiednim miejscu z lewej strony. Zaleciłem użycie *natrii salicylicae* co 2 godziny po gr. x.

31. III. po południu chory dostał silnego krwotoku z prawej nozdrzy; krwotok się powtórzył wieczorem. W tym czasie odwiedziłem chorego, lecz kiedy przybyłem, krwotok już ustąpił. Na chustce, zbroczonej krwią, znalazłem kilka skrzelców, w których po zmyciu wodą okazały się zlepki włóknika, w postaci oddzielnych lekko ze sobą spojonych włókien, silnie zabarwionych krwią, która się nie dawała odmyć, tak, że w danym razie miałem do czynienia nie ze zlepkami, powstałymi w drogach oddechowych, lecz z takimi, które się formują w krzepnącej krwi. W płucach nic nowego; stan bezgorączkowy.

Na drugi dzień, t. j. IV, przy zbadaniu jamy nosowej za pomocą wziernika, znalazłem w prawej nozdrzy na dolnym brzegu dolnej muszli i na niewielkiej przestrzeni na przegrodzie nosowej nalot białego koloru; takiż nalot na lewej dolnej muszli; błona śluzowa nosa obrzwała; naloty mocno się trzymają i dają zdejmować się tylko częściowo; przy odrywaniu ich błona śluzowa krwawi. Oprócz salicylanu sodu, zaleciłem wewnętrzne użycie jodku sodu i przepłukiwanie nozdrzy wodą wapienną. Krwotok więcej się nie powtórzył; chory przyszedł do zdrowia i w drugiej połowie Kwietnia wyjechał na wieś.

Opisany przypadek z kilku względów zasługuje na uwagę. Przyczyny tego cierpienia nie są dotąd dostatecznie zbadane. Gdy dawniejsi autorowie prawie za główną i wyłączną przyczynę uważali gruźlicę płuc, BIERMER i ci, co po nim pisali o tym przedmiocie, odrzucają ten pogląd ¹⁾. Według BIERMER'a ²⁾, usposabiająco działają: poprzedzający niezbyt, ogólne osłabienie ustroju, wiek i płeć [częściej w młodym wieku i u osobników płci męskiej]; za najbliższą powodującą przyczynę autor ten uważa wpływy atmosferyczne. Co do ostrej formy, BIERMER zwraca uwagę na silny genetyczny związek między tem cierpieniem i dławcem, przy czem powiada, iż cała różnica polega na tem, że sprawa umiejscawia się w oskrzelach i pozostawia krtań nietkniętą. Ten sam związek notują i niektórzy francuzcy autorowie, dając miano *croup bronchique ascendant* w przeciwstawieniu do *croup bronchique descendant*, gdy zapalenie oskrzeli pojawia się w następstwie dławca.

Oprócz tego były spostrzegane przypadki włóknikowego zapalenia oskrzeli w przebiegu tyfusu brzuszego [EISENLOHR ³⁾] i po przebyciu onego

¹⁾ W ostatnim czasie LEHMANN MODEL [Inaug. Dissert. Freiburg i. B. 1890] kładzie nacisk na związek między gruźlicą płuc i oskrzeli a zapaleniem włóknikowym tych ostatnich.

²⁾ VIRCHOW's Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie.

³⁾ Zacyt. w podręczniku EICHHORST'a.

[MOELLER ¹⁾], po szkarlatynie z zapaleniem płuc [MOELLER ²⁾]. W ostatnich czasach spostrzegano przypadki tego cierpienia u chorych, mających niedomykalność zastawki dwudzielnej, lub zwężenie ujścia żylnego lewego. Takie przypadki opisali: DEGEN ³⁾, FRAENTZEL ⁴⁾, STARCK ⁵⁾, BERNGUILLI ⁶⁾ i ESCHERICH ⁷⁾. Wpływ wady serca na pojawienie się wysięku STARCK objaśnia zastojem w płucach, przyczem omawia, iż nie daje się objaśnić, dlaczego raz pojawia się wysięk surowiczny, drugi raz włóknikowy.

Do tej samej kategorii możnaby odnieść mój przypadek, ponieważ już w początku goścecia istniała niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego; lecz trudno zrozumieć wpływ wady serca na pojawienie się powrotu, który się ograniczył tylko do błony śluzowej nosa. Nie mam żadnych danych do orzeczenia, czy mógł usposabiająco wpłynąć gościec stawowy. Co do włóknikowego zapalenia błony śluzowej nosa (*rhinitis fibrinosa*), to ono może pojawić się i jako samoistne cierpienie. Z nowszych spostrzeżeń spotkałem się z przypadkami, opisanymi przez RAULIN'a ⁸⁾, GLUECK'a ⁹⁾ i SEIFERT'a ¹⁰⁾. Autorowie ci uważają je za cierpienie *sui generis*; przypadki RAULIN'a i GLUECK'a były niepowikłane, przypadek zaś SEIFERT'a podobny do mego ze względu, iż oprócz *rhinitidis fibrinosae* było i włóknikowe zapalenie oskrzeli.

Drugim objawem, zasługującym na uwagę w moim przypadku, są zjawiska zgęszczenia miąższu płucnego. Wszyscy autorowie są tego zdania, iż czyste niepowikłane zapalenie oskrzeli daje nam przy przedmiotowym badaniu tylko objawy nieżytu. BIERMER ¹¹⁾, przy opisanii zmian anatomicznych przy tem cierpieniu, powiada, iż tylko w rzadkich razach nie bywa zmian w miąższu płucnym. Do takich należą: zgęszczenia zrazikowe, ograniczone zapalenia ropne i wylewy krwiste. S. WEST ¹²⁾ w pracy, w której zestawia 52 przypadki, zebrane od 1869—1889 r., wspomina o dwóch, w których zaznaczono stępienie z tyłu u dołu, i przypuszcza, iż to prawdopodobnie zależało od atelektazy lub zapalenia płuca. W moim przypadku nie można zjawisk zgęszczenia odnieść na karb włóknikowego zapalenia płuca z powodu braku innych objawów tego cierpienia, jako to: dreszczu, znaczniejszego podniesienia ciepłoty i swoistej rdzawej plwociny. Zresztą i przebieg był zupełnie odmienny od przebiegu włóknikowego zapalenia płuca: zaraz po odrzuceniu zlepków włóknika i znacznej ilości krwi, zjawiska zgęszczenia prawie zupełnie ustąpiły. Nie można tych zjawisk objaśnić atelektazą, któraby w tak krótkim czasie zajęła cały zraz. Również i zgęszczenia, zale-

1) i 2) Zacyt. u SAM. WEST'a. The practitioner. 1889. T. XLIII. Nr. 2.

3) Württemberg. med. Wochenschr. 1878. Nr. 10.

4) Charité Annalen. 1878, str. 295.

5) Berlin. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 23.

6) Deutsches. Archiv für klin. Med. T. XX. 1887.

7) Deutsch med. Wochenschr. 1883. Nr. 9.

8) Revue de Laryngol. XI. 9. 890. ref. SCHMID. Jahrb. Nr. 11. 1890.

9) New-York Med. Rec. Apr. 1889. Ref. Medicinskoje Obozrenije. Nr. 5. 1890.

10) Sitz. Ber. d. Physiol-Medicin. Ges. zu Würtemb. Nr. 7. 1889.

11) L. c.

12) L. c.

znego od nieżyłowego zapalenia płuc, nie można przyjąć. Najprawdopodobniej miałem do czynienia z wylewem krwi do pęcherzyków płucnych, a może i z wysiękiem włóknika. Pod tym względem podobny przypadek opisuje JACCOUD ¹⁾. U osobnika, cierpiącego na gruźlicę płuc i miewającego obfite krwotoki płucne, pojawiły się objawy zgęszczenia dolnego zrazu lewego płuca; po kilku dniach chory odrzucił zlepkę włóknika, pochodzące z tchawicy i oskrzeli, a na drugi dzień nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała w dolnym zrazie lewego płuca niejednolite zgęszczenie, tak, iż zraziki, niezawierające powietrza, były pomieszane ze zrazikami zawierającymi takowe. Pod drobnowidzem jedne grupy pęcherzyków i odpowiednich drobnych oskrzeli okazały się wypełnionymi włóknikiem, inne zaś nie zawierały żadnego wysięku. Opierając się na tym przypadku, oraz na przypadku FRAENTZEL'a, JACCOUD przypuszcza istnienie formy ostrej włóknikowego zapalenia drobnych oskrzeli, dającego przedmiotowe zjawiska zgęszczenia i przebiegającego przy obfitych krwotokach (*broncho-alvéolite fibrineuse hemorrhagique*).

Z powodu mego przypadku chcę jeszcze zwrócić uwagę na krwotok płucny. W większości przypadków tego cierpienia przy odrzucaniu zlepków bywa krwiopłucie, najczęściej nieznaczne; daleko rzadziej pojawiają się obfite krwotoki płucne. Dawniejsi autorowie uważali krwotok za przyczynę powstawania zlepek włóknika. BIERMER odrzuca te zdanie i uważa gwałtowne odrywanie się wysięku od błony śluzowej za przyczynę powstawania krwotoku, przyczem zwraca uwagę na to, iż nie trzeba uważać za jedno zlepek włóknika, powstających w krzepnącej krwi, ze zlepkami błoniastymi przy wysięku włóknikowym. Jeżeli dla małego krwiopłucia objaśnienie to jest zupełnie zadawalającym, to, o ile mi się zdaje, nie daje się w zupełności zastosować do tak obfitych krwotoków, jaki miał miejsce w moim przypadku. Przeciwno takiemu tłumaczeniu w danym razie mówi i krwotok przy powrocie choroby w nosie; jeżeli na błonie śluzowej oskrzeli krwotok powstaje skutkiem odrywania się skrzeplego włóknika, to tego samego trzeba przy podobnej sprawie spodziewać się i na błonie śluzowej nosa; tymczasem przy rozpatrzeniu krwi, jaka się wydzieliła z nosa, znalazłem w niej tylko kilka zlepek włóknika takich, jakie podług BIERMER'a powstają w krzepnącej krwi, a natomiast znalezione na drugi dzień wysięki skrzeplego włóknika na błonie śluzowej oddzieliły się bez żadnego krwotoku.

NOTATKI LEKARSKIE.

12. Przypadek daleko posuniętego poronienia, powstrzymanego za pomocą makowca, stosowanego przez kiskę prostą. Przyczynek do nauki o użyciu makowca w celu powstrzymania poronienia.

Poronienie należy do najczęstszych stanów patologicznych ciąży; fakt ten daje się łatwo objaśnić mnogością przyczyn wywołujących ten stan chorobowy. Nie każde jednak rozpoczęte poronienie kończyć się musi wydalaniem jaja płodowego; przeciwnie, zdarzają się dosyć często przypadki, w których rozpoczęte poronienie, jużto samo przez się, już też przez zastosowanie odpowiedniego leczenia,

¹⁾ Leçons de clinique médic. 1886. Paris [leçon 7 Mars, 1885].

zostaje powstrzymanem, a ciąża dobiega kresu. Ma to miejsce nietylko w przypadkach świeżych, lecz i w zaniedbanych. Przypadek, jaki miałem sposobność niedawno spostrzegać, przekonał mnie o tem najdowodniej.

W dniu 2 Kwietnia r. b. o godzinie 4-ej po południu wezwany zostałem do ciężarnej, Kat... St... Z wywiadów dowiedziałem się, że chora trzeci raz jest w ciąży: 2 razy odbywała poród prawidłowo, ostatni raz przed niespełna dwoma laty. Ostatni peryjod miała w początku Stycznia. Dnia poprzedniego popołudniu skutkiem ciężkiej pracy kilkodniowej zaczęła doznawać lekkich bólów w dolnej części brzucha, od czasu do czasu się powtarzających. Nie zważając na nie, chora dalej pracowała, lecz wieczorem zmuszoną była wcześniej położyć się do łóżka; całą noc jednak nie mogła spać skutkiem coraz częstszych i silniejszych bólów w brzuchu i krzyżu, a dnia dzisiejszego już nie mogła wstać. Przed kilku godzinami zaczęła się pokazywać krew niebardzo obficie. Podczas mej wizyty chora miała kilka bólów znacznego natężenia. Przy badaniu zewnętrznem chorej znalazłem kilka cali nad spojeniem łonowem twarde dno macicy, bolesne przy ucisku; przy badaniu zaś wewnętrznem — część pochwową macicy rozpułchnioną, po prawej stronie znacznie wypukłą, szyję maciczną skróconą, usta maciczne miękkie, otwór zewnętrzny szyi macicznej na tyle rozwarto, że łatwo przepuszczał palec, krwawienie nieznaczne, nieliczne skrzepy krwi na pokładzie. Chora, zresztą dobrze odżywiana, skarży się na dokuczliwe bóle, wogóle zaś czuje się zupełnie dobrze.

Nie ulegało więc wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z ciążą w czwartym miesiącu i z poronieniem daleko posuniętem, o czem świadczyły silne bóle, od 30-u prawie godzin trwające, znaczne opuszczenie jaja płodowego, rozmiękczenie części pochwowej macicy i rozwarłe usta maciczne.

W pierwszej chwili sądziłem, że o powstrzymaniu poronienia mowy być nie może. Ze względu jednak na nieznaczne krwawienie, dowodzące, że jajo płodowe nie na wielkiej przestrzeni się odkleiło, na dobry stan ogólny, postanowiłem spróbować, czy nie uda się za pomocą makowca, stosowanego przez kışzkę prostą — o skuteczności tego sposobu niejednokrotnie się przekonałem — i w tym przypadku osiągnąć powstrzymanie kurczów macicznych, od których poronienie się rozpoczęło. W tym celu poleciłem, po opróżnieniu kışzki prostej za pomocą ławatywy, wstrzyknąć do kışzki prostej 15 kropeł *tinct. opii simpl.* z 2 łyżkami wody letniej. W godzinę, gdyby bóle nie ustały, kazałem powtórzyć taką samą dawkę. Oprócz tego zaleciłem spokój, napój kwaskowaty i przestrzyknięcie pochwy lekkiem roztworem kwasu karbolowego. W 2 godzin odwiedziłem znowu chorą, przyczem dowiedziałem się, że po pierwszym wstrzyknięciu makowca bóle trwały z tą samą siłą i dopiero po drugim wstrzyknięciu nieco się uspokoiły. Obecnie bóle są mniej częste i mniej dokuczliwe, krwawienie nieznaczne. Przy badaniu wewnętrznem żadnych nowych zmian; stan ogólny chorej dobry. Poleciłem zrobić jeszcze jedno wstrzyknięcie 15 kropeł makowca. O godzinie 10 wieczorem odwiedziłem po raz trzeci chorą i dowiedziałem się, że od godziny bóle prawie zupełnie ustały, krwawienie znalazłem bardzo nieznaczne, usta maciczne nie więcej, niż przy pierwszym badaniu, rozwarłe. Chora skarżyła się na lekki ból głowy i senność. Poleciłem nadal zachowywać się wyczekująco, a w razie gdyby bóle się powtórzyły, zrobić jeszcze wstrzyknięcie 15 kropeł.

Na drugi dzień rano, przybywszy do chorej, dowiedziałem się, że całą noc spokojnie spała; bóle się więcej nie powtórzyły, krwawienie zupełnie ustało. Chora czuje się zupełnie dobrze. Przy badaniu wewnętrznem znalazłem część pochwową macicy bardziej elastyczną, usta maciczne prawie zamknięte, jajo płodowe nieco do góry podniesione.

Na trzeci dzień rano chorą znalazłem w stanie zupełnie dobrym. Przy badaniu wewnętrznem usta maciczne zupełnie zamknięte, jajo płodowe wysoko umieszczone. Poronienie zatem można było uważać za stanowczo powstrzymane. W tydzień od chwili rozpoczęcia poronienia chora wstała z łóżka.

Przypadek opisany zasługuje, naszym zdaniem, na uwagę pod względem terapeutycznym. Poronienie daleko posunięte, jak o tem świadczyły silne bóle, kilkadziesiąt godzin trwające, i wyniki badania wewnętrznego [opuszczenie płodu, otwarcie ust macicznych], dało się powstrzymać dzięki energicznemu stosowaniu makowca przez kışkę prostą.

Makowiec w celu powstrzymania poronienia był oddawna i jest obecnie w użyciu; we wszystkich niemal podręcznikach akuszeryi znajdujemy o nim wzmianki; są one jednak zbyt ogólnikowe, ztąd ogół lekarzy albo wcale nie stosuje makowca w odnośnych przypadkach, lub też stosuje go w sposób niedostateczny i nie prowadzący do celu. Zresztą nie wszyscy akuszerowie odzywają się jednakowo pochlebnie o makowcu; niektórzy nawet, jak KLEINWAECHTER, uważają go za bezskuteczny. Różnica w poglądach pochodzi prawdopodobnie ztąd, że nie wszyscy stosowali makowiec w właściwy sposób i konsekwentnie, a sposób stosowania makowca, zdaje się, odgrywa ważną rolę.

Między lekarzami wogóle rozpowszechniło się błędne przekonanie, że gdy usta maciczne są roztwarte, poronienie już powstrzymać się nie daje. Z drugiej strony lekarze niesłusznie obawiają się tek bardzo krwawienia i przy lada sposobności tamponują pochwę i przepisują sporysz lub ergotyne, a tem samem sprzyjają i przyspieszają wydalenie jaja płodowego. Ten sposób postępowania jest jeszcze w większym użyciu u naszych akuszerok, które, wezwane do poronienia, zaczynają od zimnych okładów na brzuch [gdy jest krwawienie], zimnych przestrzykiwań, tamponowania i t. p., tak, że często gdy lekarz bywa wezwanym, to już o powstrzymaniu poronienia prawie myśleć nie może. Nie będzie może przesadnem twierdzenie, że większa część poronień z wydaleniem jaja płodowego jest następstwem niewłaściwej interwencyi lekarskiej; nie tyczy się to, rozumie się, przypadków, w których przyczyną poronienia było obumarcie płodu. Tylko w przypadkach ostatniego rodzaju lekarz ma prawo starać się o przyspieszenie poronienia. We wszelkich innych przypadkach bez względu na to, czy bóle niedawno się zaczęły, czy już dawno trwają i są znacznego natężenia, czy krwawienie jest mniej lub więcej obfite, czy też go wcale nie ma, czy usta maciczne są otwarte lub nie, powinniśmy stosować leczenie, mające na celu powstrzymanie. Przy odpowiedniem, energicznem i konsekwentnem stosowaniu makowca w większej części przypadków liczyć możemy na skutek, samo się przez się rozumie, tak długo, dopóki jajo płodowe niezupełnie się odkleiło od macicy. Jeżeli pomimo stosowania makowca często następuje wydalenie płodu, pochodzi to ztąd, o ile mnie się zdaje, że najczęściej stosują makowiec do wewnątrz i w dawkach niedostatecznych. Chcąc osiągnąć skutek, należy stosować makowiec przez kışkę prostą i w dużych, często powtarzanych dawkach.

W przypadku moim zużyłem w ciągu kilku godzin 45 kropeł *tinct. opii*; nie jest to dawka największa, można i należy nieraz dojść do 80 i 100 kropeł. Nie należy przytem zapominać, że ustrój kobiety ciężarnej daleko łatwiej znosi wielkie trujące dawki makowca. Przypadki ciężkiego otrucia i to nie zabójczego zdarzają się przy tak wielkich dawkach rzadko. W przypadku powyższym chora po zużyciu 45 kropeł *tinct. opii* skarżyła się na nieznaczną ciężkość w głowie i senność; objawy te ustąpiły na drugi dzień.

Wpływ makowca następuje często już bardzo szybko, jak o tem miałem sposobność kilkakrotnie się przekonać. Przedewszystkiem zauważyć można, że bóle stają się mniej częste i mniej dokuczliwe, krwawienie zmniejsza się; w kilka lub kilkanaście godzin bóle zupełnie ustają, usta maciczne, jeżeli były otwarte, zamykają się, jajo płodowe podnosi się do góry. Czasami się zdarza, co i miało miejsce w jednym przezemnie spostrzeganym przypadku, że bóle po chwilowem ustaniu, na nowo wracają; w takim razie należy znowu powtórzyć podawanie makowca.

Feliks Arnstein [Kutno].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. Möbius. Akinesia algosa.

Terminem powyższym autor przeżywał spostrzegane przez siebie po dwakroć cierpienie, polegające na zniesieniu ruchów w mniejszym lub większym stopniu, spowodowanem przez ich bolesność. Z początku tylko większe ruchy wywołują bolesne uczucie, z czasem jednak wszystkie lub prawie wszystkie poruszenia powodują ból. Bolesność istnieje nie tylko podczas samej czynności ruchowej, ale także po niej; umiejscawia się nie tylko w poruszanych członkach, ale przechodzi także na znajdujące się w spoczynku części ciała. W końcu chory utracił wszelką zdolność poruszania się, tak, że staje się całkowicie podobnym do sparaliżowanego. Cierpieniu temu u dwóch chorych, spostrzeganych przez MOEBIUS'a, towarzyszyły silne oznaki neurastenii, podczas gdy nie można było wykryć objawów historycznych.

Dla ilustracji omawianego cierpienia przytoczymy niektóre dane z jednej obserwacji MOEBIUS'a. Gdy autor przybył do pacjenta, znalazł go w stanie następującym. Chory leżał na wznak. Kończynami górnymi i dolnymi wykonywał pewne ruchy, ale nader słabe i ograniczone. Przy ruchach biernych oporu żadnego nie było. Klęczenie lub stanie pionowe — całkiem niemożliwe. Ruchy głowy zupełnie swobodne. Odżywianie mięśni zadawałające. Odruchy skórne prawidłowe. Odruchy ścięgniste dolnych kończyn wzmoczone. Czucie zarówno powierzchniowe, jak i głębokie — nigdzie nie zmniejszone. Lekka nadeżność rąk i ramion, zwłaszcza przy naciskaniu mięśni. Właściwych *points douloureux* nie było. W narządach zmysłów żadnych zbożeń nie było. Mowa prawidłowa, ruchy języka swobodne, znieczulenia gardzieli nie ma.

Chory opisywał swoje cierpienie w sposób następujący: wszelkich ruchów kończyn i tułowia musi unikać, gdyż sprawiają mu ból; bóle rozpoczynają się po czynności ruchowej i stopniowo zwiększają się do tego stopnia, że stają się trudnymi do zniesienia, trwają zazwyczaj kilka godzin. Atoli i przy spokoju bóle nie ustają w zupełności.

Nie będziemy tu wyliczali całego szeregu nader przykrych cierpień neurastenicznych, na które tenże chory się skarżał. Dodamy tylko, że *akinesia algosa* była niezwykle uporczywą u chorego; zaczął bowiem cierpieć na nią w r. 1889, a dotąd jeszcze żadnej poprawy nie doznał.

Co się tyczy przyczyny zbożenia, to zauważymy, że zdarza się ono, o ile wnosić można z 2 spostrzeżeń, u osób obciążonych dziedzicznością. Przebieg choroby jest ciężki: w jednym przypadku kilkoletnie leczenie skutku żadnego nie odniosło, w drugim choroba skończyła się psychozą (*paranoia*).

Co do istoty cierpienia, to MOEBIUS uważa je za zbożenie funkcjonalne pochodzenia psychicznego. Można by się tylko wahać, czy zaliczyć je do objawów hysterii, czy też uznać je za przejaw hipochondryi. Zarówno historyczne jak i hipochondryczne objawy są natury psychicznej, różnią się zaś tem, że w pierwszym przypadku chorzy są nieświadomi pochodzenia psychicznego swoich dolegliwości, w drugim zaś świadomość tę posiadają. Wychodząc z podobnej zasady, MOEBIUS skłania się do tego, aby „nieruchliwość bolesną“ uważać za objaw hysterii. Samo jednak przyjęcie hysterii jeszcze całego obrazu akinezy nie tłumaczy. Jak mówiliśmy, cierpieniu towarzyszy mnóstwo objawów neurastenicznych; dlatego MOEBIUS uważa akinezę bolesną nie za czystą histerję, lecz za mieszaną formę neurozy: przy chorobie tej, twierdzi on, „mieszają się neurasteniczne i hipochondryczne objawy z objawami hysterii, a cały obraz chorobowy czyni bardziej wrażenie ciężkiej hipochondryi, aniżeli czystej hysterii“.

Adam Witzel.

(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1891. I Bd. 1 u- 2 Heft).

Wydawca, D-r St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Августа 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska N. 29.