

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

I. O ROPNIACH PODPRZEONOWYCH

(*abscessus subphrenicus*).

Podał

Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.

— 3 —

Pyothorax subphrenicus, pyopneumothorax subphrenicus, abscessus subphrenicus, empyema hypophrenicum, abcès sous-diaphragmatique gazeux — otok ropny, otok ropno-powietrzny podprzeponowy — są to nazwy, służące dla oznaczenia ogniska czysto ropnego lub z gazami, pomieszczonego bezpośrednio pod przeponą, która wtedy stanowi jedną ze ścian owego zbiornika. Różnorodność nazw bynajmniej nie przyczynia się do wyjaśnienia kwestyi, nader też odpowiedniem wydaje mi się proste miano „ropnia podprzeponowego“, i tem też w pracy mojej posługować się będę.

Ropnie podprzeponowe były znane od dawna anatomo-patologom i klinicytom; w 1844 r. nawet BARLOW rozpoznał taki ropień za życia chorej, lecz cierpienie to, jako odrębna forma kliniczna, ujęte w ścisłe ramy, znane jest dopiero od roku 1879, w którym LEYDEN ¹⁾ ogłosił pierwszą pracę w tej kwestyi i na zasadzie 4 własnych spostrzeżeń [3 rozpoznanych za życia, jedno z PHUL'em] i kilku zebranych z literatury ugrupował cały szereg cech, służących do rozpoznania przy łóżku chorego takich ropni. LEYDEN pierwszy wprowadził nazwę *pyopneumothorax subphrenicus*, która aż nadto dobrze wykazuje, że objawy kliniczne przy tem cierpieniu muszą być ludzaco podobne do cech prawdziwego otoku ropno-powietrznego, umieszczonego nad przeponą w jamie opłucnej (*pyopneumothorax verus*). W rzeczy samej ropnie podprzeponowe należą do szeregu tych cierpień, które nie tylko niezbyt często są spotykane, ale w większości przypadków zupełnie nierozpoznawane, albo też przyjmowane za inne cierpienia, przedstawiające z niemi niejaki podobieństwo, jako to: zapalenie opłucnej, zapalenie około-płucne, odma piersiowa i t. d..

¹⁾ LEYDEN. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift für klin. Medicin.

LEYDEN opierał swoje wnioski zaledwie na kilku spostrzeżeniach; w roku 1889 SCHEUERLEN ¹⁾ już przytacza znanych mu 34 przypadków, a NOWACK ²⁾ w 1891 r. zebrał z literatury rozmaitych narodów 58 spostrzeżeń, oprócz tego zaś przytacza 22 obserwacje z oddziałów FIEDLER'a [16] i STELZNER'a [6] w Dreźnie, sam jednak zaznacza, że od czasów LEYDEN'a dotąd znanych jest 63 spostrzeżeń, które on wzbogaca jeszcze o 22.

W statystyce NOWACK'a do 1891 r. nie są pomieszczone wszystkie ogłoszone już wtedy spostrzeżenia; brak naprzykład przypadków OBRAZCOWA ³⁾, MATLAKOWSKIEGO, DEBOVE'a i RÉMOND'a ⁴⁾; przypuszczam, że takich spostrzeżeń jest więcej, przeto obliczenie NOWACK'a nie jest ściśle; od tego zaś czasu przybyło jeszcze mnóstwo prac, znacznie powiększających kazuistykę ropni podprzeponowych.

Przypominam tu przypadki: MAYDL'a [4] ⁵⁾, DE ANGELIS MANGANO [1] ⁶⁾, RAMADAN'a [1] ⁷⁾, KÖRTE'go [7] ⁸⁾, LEYDEN'a i RENVERS'a [2] ⁹⁾, VANLAIR'a [1] ¹⁰⁾, MELTZNER'a [1] ¹¹⁾ i innych. Nie mam bynajmniej zamiaru zebrania wszystkich spostrzeżeń, gdyż to niepomiernie utrudniłoby mi pracę, a bardzo mało przyczyniłoby się do powiększenia jej wartości. Głównie staram się uwzględnić rzeczy większej wagi.

W naszej literaturze posiadamy nader mało prac obszerniejszych w tej kwestyi, mamy za to szereg spostrzeżeń. W 1889 r. MATLAKOWSKI ogłosił w [Nowinach lekarskich] „Przypadek ropnia podprzeponowego“, w 1892 r. GRÜNBAUM w „Medycynie“ № 20 i 21 „Dwa przypadki ropnia podprzeponowego“, w 1893 r. WŁ. BRUNER podał „Przypadek ropnia podprzeponowego, oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym wogóle“ [Medycyna № 6 i 7], w tymże roku [w № 9 Medycyny] spotykamy krótką notatkę EHRlich'a: Ropień wątroby z na-

¹⁾ SCHEUERLEN. Ueber Pyothorax subphrenicus. Charité-Annalen, 1889 r.

²⁾ NOWACK. Die hypophrenischen Empyeme. 1891, str. 73—94 i 200—221. SCHMIDT's Jahrbücher.

³⁾ OBRAZCOW. Dwa słucają pieczenocznym gnojnikom, [k uczeniu o poddiafragmaticzskich narywach]. Wracz. 1888, Nr. 23 i 24.

⁴⁾ DÉBOVE et A. RÉMOND. Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. Gazette des hôpitaux, 1890, str. 1150.

⁵⁾ MAYDL. Ueber subphrenische Abscesse. Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congresses. 1890, Bd. III, p. 141.

⁶⁾ DE ANGELIS MANGANO. Un caso di ascesso epatico con consecutiva ascesso subfrenico ed empiema. Rif. med. 1891, september. Centralblatt. f. Chir. 1891, Nr. 50.

⁷⁾ RAMADAN. Du pyopneumothorax sous-phrénique. Thèse de Paris. 1891. Centralblatt f. Chir. 1893, Nr. 5.

⁸⁾ KÖRTE. Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 40. 1892.

⁹⁾ LEYDEN und RENVERS. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und dessen Behandlung. Berliner klinische Wochenschr. Nr. 46. 1892.

¹⁰⁾ VANLAIR. Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques gazeux. Revue de Médecine. 1893, Nr. 7.

¹¹⁾ MELTZNER. Ueber subphrenische Abscesse. Internationale klin. Rundschau. 1893, Nr. 29, 31, 34.

stępczym ropniem podprzeponowym, a w № 26 i 27 „Medycyny“ wyborną pracę WŁ. BIEGAŃSKIEGO: Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych.

Oprócz tego w 1889 r. kol. JAWDYŃSKI na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 25 czerwca mówił o 2 przypadkach ropni podprzeponowych, operowanych przez siebie z zejściem pomyślnem. W sprawozdaniach zaś Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego z 1891 r. znajdujemy, że kol. JUNDZIŁ operował 2 przypadki ropni podprzeponowych, również zakończonych wyzdrowieniem. Jeden z nich dotyczy 30-letniego mężczyzny, u którego JUNDZIŁ rozpoznał *abscessus subphrenicus dexter*; choroba rozpoczęła się przed 8 miesiącami; przypadek ten demonstrował kol. КОHAN; drugi przypadek JUNDZIŁ nazywa *perihepatitis ichorosa acuta*, dotyczy on 33-letniego mężczyzny, u którego cierpienie rozpoczęło się przed 2 tygodniami; z całego opisu choroby sądzić można, że był to ropień podprzeponowy powietrzny (*pyopneumothorax subphrenicus dexter*).

Ogółem zatem posiadamy 12 spostrzeżeń ropni podprzeponowych, z których 6 zakończyło się śmiercią; badanie pośmiertne jednak było dokonane w jednym tylko przypadku. Chociaż z przytoczonych tu prac i spostrzeżeń można się zapoznać z omawianem cierpieniem, nie stanowi to jednak przeszkody do zakomunikowania szerszemu kołu czytelników moich wniosków, opartych na ścisłym badaniu chorych z ropniami podprzeponowymi w klinice prof. KOSIŃSKIEGO.

Miałem sposobność spostrzegania 5 przypadków ropni podprzeponowych; w tym czasie 6-ty był również operowany w szpitalu Ś-go Ducha, jednak sam go nie obserwowałem, szczegóły zaś spostrzeżenia tego zaczerpnąłem z karty szpitalnej i uzupełniłem wiadomościami, zebranymi od lekarzy, którzy opiekowali się tym chorym [SZTEYNER, SOLMAN].

Zanim przejdę do opisu moich spostrzeżeń, postaram się pokrótce objaśnić, co właściwie nazywamy ropniem podprzeponowym. Jak to już wyżej zaznaczyłem, jest to ognisko ropne, którego jedną ze ścian stanowi przepona brzuszna. Takie wysięki ropne zbierają się bądź z prawej, bądź też z lewej strony w jamie brzusznej i mogą być zewnątrzotrzewnowe lub wewnątrzotrzewnowe; te ostatnie spotykamy częściej. Wewnątrzotrzewnowe ropnie podprzeponowe NOWACK nazywa *empyema hypophrenicum*, a dla zewnątrzotrzewnowych (*retroperitoneales*) utrzymuje nazwę *abscessus hypophrenicus*.

Jeżeli ropień utworzy się z prawej strony pomiędzy przeponą a wątrobą, to przedstawia pewne podobieństwo, jak to zaznacza BIEGAŃSKI, do stożka, zwróconego wierzchołkiem ku tyłowi, a podstawą ku przodowi, skutkiem czego przylega na znacznej przestrzeni do przedniej ściany klatki piersiowej. Warunkuje się to budową samej przepony i przyczepem tylnego brzegu wątroby. Przy zbieraniu się wysięku wierzchołek kopuły przepony unosi się ku górze i przodowi, a wątroba opuszcza się głównie przednią swoją częścią. Górną granicę ropnia stanowić wtedy będzie przepona, boczną zewnętrzną — ściana klatki piersiowej, do której przylega przepona, od przodu — klatka piersiowa, a nawet ściana brzuszna, na lewo — *ligam. suspensorium*, a ku dołowi wątroba.

Jeżeli wysięk jest pod; przeponą z lewej strony jamy brzusznej, to dolną granicę może stanowić żołądek i *colon transversum*, na prawo wątroba, na lewo śledziona i ściana klatki piersiowej, a od góry przepona. Naturalnie, granice te mogą się zmieniać, stosownie do tego, z kąd cierpienie bierze swój początek, w jaki sposób się szerzy i t. p..

Niekiedy ropnie takie odsuwają znacznie wątrobę ku linii środkowej, same zaś opuszczają się głęboko w jamę brzuszną, dochodząc niemal do dołu pachwinowego; granice ich są wtedy bardzo rozmaite.

Istnieją spostrzeżenia, z których się okazuje, że ropnie podprzeponowe ograniczają się do środkowej części, mieszczą się naprzykład w jamie, zamkniętej pomiędzy przeponą, lewym płatem wątroby i żołądkiem ¹⁾. W innych znów razach zdarza się, że u jednego osobnika występują jednocześnie ropnie podprzeponowe z lewej i prawej strony; najczęściej jednak spotykamy je z prawej strony.

Zawartość tych ropni bywa rozmaita; raz znajdujemy w nich ropę—*pyothorax*, ropę z gazami—*pyopneumothorax*, innym znów razem posokę, ropę zmieszaną z żółcią, lub też z zawartością żołądka albo kiszek, co w zupełności zależy od punktu wyjścia cierpienia.

Ropnie podprzeponowe występują jako cierpienia wtórne, o czem obszerniej postaram się mówić poniżej.

MATIAKOWSKI podaje wprawdzie przypadek *peritonitidis tuberculosae saccaetae* z obrazem klinicznym ropnia podprzeponowego, który wytworzył się po urazie. Ale spostrzeżenie to bynajmniej nie przekonywa, jak to chce mieć BRUNER ²⁾, aby sprawa mogła powstać pierwotnie. Badanie pośmiertne [sekcji w tym przypadku nie dokonano] mogłoby wykryć pierwotne ognisko, nawet gruźliczej natury, w jakimkolwiek z sąsiednich narządów jamy brzusznej, lub w samej klatce piersiowej.

Tyle przedwstępnych wiadomości o ropniach podprzeponowych, a teraz przechodzę do moich spostrzeżeń.

Spostrzeżenie I. *Peritonitis. Pyopneumothorax subphrenicus dexter.*

Dnia 14. VI. 1892 r. przyniesiono do szpitala Św. Ducha na oddział chórów wewnętrznych Augusta K., 36-letniego, robotnika, który od 2 dni już pozostawał w łóżku, wskutek pobicia w kłótni ze swoimi kolegami. Największym obrażeniem uległa jama brzuszna: chory uskarżał się wyłącznie na nadmierne bóle brzucha, co też zniewoliło go do zapisania się do szpitala. Bójka miała miejsce przed 2 dniami, i K. bezpośrednio od niej zaznacza początek swojego cierpienia. Chory przybył w stanie gorączkowym, z ciepłotą wieczorną 38,6°, tętnem 120. Przy badaniu w płucach i sercu nie wykryto zmian. Brzuch znacznie wzdęty, niezmiernie bolesny na dotyk na całej przestrzeni, wymiotów jednak nie było; od 2 dni brak stolca. Rozpoznawano zapałanie otrzewnej. Po zastosowaniu głębokich wlewań do kiszek nastąpiło wypróżnienie; wzdęcie i bolesność brzucha zmniejszyły się, ciepłota jednak

¹⁾ NOWACKI l. c.

²⁾ BRUNER l. c.

utrzymywała się na tej samej wysokości. Po upływie 7 dni chory wyraźnie zaznaczał, że ból głównie ograniczył się do okolicy wątroby, a 14 dnia od czasu przybycia do szpitala zauważono z prawej strony klatki piersiowej od dołu stłumienie, po próbnym przekłuciu którego okazało się, że w miejscu tem jest wysięk ropny. Z tego też powodu chorego przeniesiono zaraz do kliniki chirurgicznej.

Znaleźliśmy wtedy brzuch cokolwiek wzdęty, niezbyt bolesny, całe prawe podżebrze i okolice wątroby obrzmiałe i wyraźnie wypukłone. Przy opukiwaniu klatki piersiowej z prawej strony wykryliśmy stłumienie, od przodu sięgające do IV żebra, na linii pachowej do VI-go, odtąd zaś granica stłumienia zniża się stopniowo do kręgosłupa, a tym sposobem cała linia tworzy rodzaj łuku, wypukłą częścią obróconego ku górze. Przy położeniu poziomem chorego otrzymujemy na przedniej ścianie klatki piersiowej na pewnej przestrzeni przy opukiwaniu wyraźny odgłos bębnowy; toż samo zjawisko występuje przy zmianie położenia chorego w tych miejscach, w których pierwej mieliśmy stłumienie.

Wysłuchiwanie klatki piersiowej części górnej i poniżej obojczyka wykazuje oddech pęcherzykowy; na miejscu stłumienia oddechu nie słychać, również zniesiony jest *fremitus*, przy wstrząsaniu słychać szelest, przy jednoczesnym zaś opukiwaniu i wysłuchiwaniu rozróżnić można przydźwięk metaliczny.

Strona lewa klatki piersiowej nie przedstawia zbyt wyraźnych zmian; granice płuc cokolwiek podniesione ku górze.

Rozmiary serca nie powiększone, tony czyste.

Brzuch wzdęty, opukiwanie przeto utrudnione. Wątroba znacznie opuszczona ku dołowi, brzeg jej wyraźnie wyczuć można na wysokości pępka. Poniżej łuku żebrowego z prawej strony chełbotanie wyraźne. W miejscu tem na przedłużeniu linii sutkowej zrobiliśmy przekłucie próbne i otrzymaliśmy ciecz szarą, cuchnącą.

Chory gorączkuje, skarża się na ból w prawym boku, nie kaszle jednak, na chorem boku nie leży, lecz tylko na grzbiecie.

Biorąc pod uwagę wszystkie przytoczone objawy, przyszlśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ogniskiem o zawartości ropnej, pomieszananej z gazami, które zajmuje jednak przestrzeń pomiędzy przeponą i wątrobą — *pyo-pneumothorax subphrenicus dexter*.

Po zachloroformowaniu chorego, zrobiliśmy w miejscu największego chełbotania poniżej łuku żebrowego cięcie szerokie, równoległe do łuku i od razu otworzyliśmy jamę ropną, z której wydzielila się znaczna ilość szarej cieczy, niezmiernie cuchnącej, wraz z gazami. Palcem, wprowadzonym do jamy, można było wyczuć od dołu powierzchnię wątroby. Jama szła głęboko do tylnej ściany. Ponieważ w położeniu leżącym chorego całkowita zawartość z jamy nie mogła się wylewać, przeto należało zrobić otwór od tyłu. Na linii kąta łopatki wyresekowaliśmy część IX żebra, otworzyliśmy opłucną, w której jamie nie było wysięku, do brzegów rany przyszlśmy szczelnie przeponę, przez co oddzieliliśmy jamę opłucnej, a następnie cięciem, poprowadzonym przez przeponę, otworzyliśmy ową jamę ropną, do której wprowadziliśmy grube sączki.

Przebieg pooperacyjny bardzo ciężki: stan gorączkowy, wydzielina obfita i cuchnąca, znaczny upadek sił. Po upływie 3 dni po operacji w jamie prawej opłucnej wykryć można było obecność wysięku. Przez ranę, zrobioną przy pierwszej operacji, otworzyliśmy jamę opłucnej, wypuściliśmy surowiczo-ropny wysięk i założyliśmy sączki. Stan chorego zupełnie się nie poprawił. Gorączka ciągnęła, wydzielina nader obfita i cuchnąca, trudność oddechania, niezmiernie osłabienie, a 13 dnia po operacji śmierć przy objawach zapaści—16. VII. 1892.

B a d a n i e z w ł o k w y k a z a ł o: *pleuritis purulenta dextra, abscessus subphrenicus dexter*, a oprócz tego *peritonitis purulenta* z licznymi zrostami kiszek pomiędzy sobą i z sąsiednimi narządami.

W danym przypadku mieliśmy zatem do czynienia z ropniem podprzeponowym, który powstał bezpośrednio [w szybkim bardzo czasie] po urazie. Człowiek zupełnie zdrowy został pobity, otrzymał kontuzję brzucha, czego następstwem było zapalenie otrzewnej, z którym też we 2 dni po przypadku przybył do szpitala. Skutkiem uderzenia w brzuch [nogą lub kijem] mogła uleść uszkodzeniu, ewentualnie pęknięciu, kiszka, a przez otwór z niej wy dostała się zawartość jelit do jamy otrzewnej i spowodowała jej zapalenie. Otwór ten mógł się zasklepić przez zrosty z innymi pętlami kiszek lub częściami otaczającymi, i dlatego zawartość w dalszym ciągu nie wydobywała się; zrosty te kiszek, spowodowane zapaleniem otrzewnej, mogły przeszkadzać do wykrycia uszkodzenia jelita przy badaniu pośmiertnym, tembardziej, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że śmierć nastąpiła w 5 tygodni po przypadku. Objawy, z jakimi chory przybył do szpitala — nadmierna bolesność brzucha, znaczna bębniaca, niezmiernie szybko wytworzona, tętno powyżej 100, ciepłota podniesiona do 39° C. — również pozwalają wnioskować, że kiszka uległa uszkodzeniu i spowodowała zapalenie otrzewnej. Skoro raz przypuścimy przedziurawienie кишки, łatwo już można objaśnić powstanie *pyopneumothoracis subphrenici*.

Rozpoznanie otoku ropno-powietrznego tym razem nie było zbyt trudne. Oprócz wywiadów mieliśmy tak wybitne objawy, że pod tym względem nie można było mieć wątpliwości. Charakterystyczna linia stłumienia na klatce piersiowej, objawy *pneumothoracis*, wypuklenie pod łukiem żebrowym, opuszczenie się wątroby, wreszcie przekłucie próbne—wszystko to wskazywało, z czem mamy do czynienia. Chory wcześniej się dostał pod opiekę lekarską, jednak zabiegi nasze nie odniosły pożądanego rezultatu. Pomijam zupełnie kwestyę leczenia zapalenia otrzewnej, a zwracam się wprost do postępowania przy ropniu podprzeponowym, gdyż już z ropniem tym dostaliśmy chorego. Wobec znacznie posuniętego zapalenia otrzewnej rokowanie nigdy nie było pomyślne, po operacji zaś ciężkiej wystąpiło powikłanie ze strony opłucnej, co ostatecznie do reszty wyczerpało siły chorego, i tak już wyniszczonego ciężkiem cierpieniem.

[C. d. n.]

II. PRZYPADEK T. ZW. CHOROBY LITTLE'A. PRZYZYNEK DO ANATOMII PATOLOGICZNEJ PORAŻEŃ MÓZGOWYCH U DZIECI.

Podał

D-r Med. Adam Ciagliński,

b. pomocnik prosektora przy katedrze anatomii patologicznej, lekarz ambulatoryum chorób nerwowych przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

— 5 —

W marcu r. b., dzięki uprzejmości kolegów ANDERSA i KAMIEŃSKIEGO, miałem sposobność dość dokładnie spostrzegać przypadek choroby LITTLE'a; ponieważ przypadek ten zakończył się śmiercią i dostarczył mi materiału do poszukiwań anatomo-patologicznych, skorzystałem przeto z łaskawego pozwolenia zużytkowania tego materiału, by go tu choć w krótkości przytoczyć.

Żochowki Wacław, lat 2, miesięcy 4, został umieszczony w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. ANDERSA d. 13 marca 1893 roku.

Budowa wątpa, odżywianie marne; mięśnie rozwinięte słabo, tkanki tłuszczowej ilość bardzo mała. Wysokość chłopca 90 ctm.. Obwód główki 44 ctm., obwód klatki piersiowej 47 ctm.. Waga 7750 grm.. Wyraźne objawy krzywicy: zgrubienie nasady kości długich, paciorkowate zgrubienie chrząstek żebrowych. Badany przedstawia się jako idyota: nie mówi, nie rozumie, co się do niego mówi. Wyraz oczu błędny. Zez zbieżny.

Wyraźna sztywność mięśni karku; ani stać, ani siedzieć o własnych siłach nie może.

Badany w pozycji leżącej przedstawia następujący układ kończyn:

Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych i przyciągnięte do klatki piersiowej; przedramiona w lekkim położeniu nawrotnem; piąstki zaciśnięte.

Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych; kolana silnie przystają do siebie i przyciągnięte są do brzucha.

Czynnych ruchów podczas badania nie spostrzegamy; w karcie jednak szpitalnej, pod datą 15. III., zaznaczono, że malec w kąpeli wyciągał obie ręce i nogi ¹⁾.

Przy usiłowaniach wykonania ruchów biernych kończyn natrafiamy na opór z powodu bardzo znacznego napięcia mięśni.

Prócz tego, próby wyprostowania kończyn są widocznie dla chorego bolesne.

Co się tyczy uczucia, to o dokładnem zbadaniu w tym kierunku mowy być nie mogło. Można było tylko wnosić, że uczucie bólu istnieje napewno.

Badanie odruchów ścięgnistych, z powodu znacznej sztywności mięśni, było bardzo utrudnione; wyczekawszy jednak odpowiedniej chwili, można było skon-

¹⁾ Dane, dotyczące przebiegu choroby, jak również i wyniki pomiarów dziecka, były mi łaskawie zakomunikowane przez kol. ST. KAMIEŃSKIEGO, za co mu niniejszem najserdeczniej dziękuję.

statować bardzo silne wzmożenie odruchów tak kolanowych, jak i stopowych. Uderzenie młotkiem po ścięgnach sprawiało malcowi wyraźny ból.

Odruchów skórnych żadnych wywołać nie byliśmy w stanie.

Mięśnie, jak to już wyżej wspomnieliśmy, w ogóle słabo rozwinięte; wyraźnych zaników nigdzie stwierdzić nie było można.

Stolce i mocz oddaje chory pod siebie, akty te jednak odbywają się niezupełnie nieświadomie; łyka z trudnością, zachłystuje się przy karmieniu. Żadnych danych anamnestycznych co do urodzenia dziecka, jak również co do pierwszych miesięcy jego życia, aż do chwili oddania go do szpitala, zebrać nie było można. Z krótkiej historii choroby wyjmujemy jeszcze jeden szczegół: w nocy z 15 na 16 marca mały pacjent wydawał dość głośne krzyki i miał drgawki padaczkowe.

Dnia 4. IV. przyłączyła się krwawa biegunka, która prędko, bo na trzeci dzień, przecięła pasmo życia nieszczęśliwego idoty.

Badanie zwłok wykonałem nazajutrz, dnia 8 kwietnia. Z protokołu sekcyjnego wyjmuję następujące szczegóły. Kości czaszki twarde i nieproporcjonalnie grube; opona twarda u wierzchołka czaszki bardzo silnie przyrośnięta do kości i daje się oddzielić od nich tylko za pomocą noża; również silnie przyrośnięta wewnętrzna powierzchnia opony twardej w okolicy zrazu ciemieniowego mózgu do opony miękkiej; cała wyżej wspomniana część błony twardej zgrubiała; po odseparowaniu jej od opony miękkiej, widzimy po obu stronach szpary mózgu, w okolicy rowka ROLANDA, utratę tkanki mózgowej, przedstawiającą się w postaci zagłębień o konturach nieregularnych i głębokości niejednakowej.

Zniszczenia te zajmują w prawej półkuli mózgowej górne części zwojów: środkowego tylnego, środkowego przedniego, tylną część zwoju czołowego, oraz górną część *lobuli paracentralis*. Szerokość tego zniszczenia, licząc od szpary podłużnej mózgu, ma w przybliżeniu 15 milimetrów.

Zniszczenie w lewej półkuli jest nieco mniejsze: zajmuje ono mianowicie tylko jedną część zwoju środkowego tylnego i przedniego — górną część *lobuli paracentralis*; szerokość tego zniszczenia nie przenosi 10 milim., co się tyczy głębokości tych zniszczeń w rozmaitych miejscach, to wynosi ona od 4 do 8 milim.. Sądząc z powyższych danych i mając na uwadze, że grubość substancji korowej człowieka dorosłego ma od 2 do 5 milim. grubości, wnosić by należało, że substancja korowa w ośrodkach ruchowych w górnych częściach zwojów środkowych w danym przypadku została zniszczoną doszczętnie.

Pozostałe części mózgu dla gołego oka zmian żadnych nie przedstawiają. Toż samo powiedzieć można o oponach, jakoteż i o samej tkance rdzenia.

Prócz tego nadmienić muszę, że badanie narządów wewnętrznych stwierdziło, iż przyczyną śmierci były zmiany wrzodziejące w dolnej części kiszki grubej.

Mózg i rdzeń zostały zachowane w płynie MUELLER'a i po upływie 6-ciu miesięcy poddane badaniu drobnowidzowemu.

*

*

*

Do badania drobnowidzowego wzięto części mózgu makroskopowo najwięcej zmienione, mianowicie: górne części obu zwojów środkowych prawej półkuli, oraz oddzielne odcinki mostu, rdzenia przedłużonego i rdzenia na rozmaitych wysokościach. Poddzielane odcinki, po wydobyciu ich z płynu MUELLER'a, poddane zostały możliwie dokładnemu przepłukaniu w wodzie bieżącej [pod kranem wodociągowym] w ciągu 24—28 godzin, a następnie przeprowadzone przez spirytus, olejek anilinowy, ksyłol i zatopione w parafinie.

Skrawki grubości 0,01 milim., przygotowywane na mikrotomie SCHANTZE-ALTMANN'a, barwiono podług metody zmodyfikowanej ADAMKIEWICZA w 2% roztworze wodnym safraniny 0 w ciągu 1—3 dni, a następnie podbarwiano nasyconym wodnym roztworem *anilinblau* w ciągu 1—2 minut ¹⁾. Pewną część preparatów barwiłem także roztworem pikrokarminu, bez wielkiego jednak powodzenia.

Badanie preparatów, pochodzących ze zwoju środkowego tylnego prawej półkuli mózgu, dało, co następuje:

Opona miękka mózgu zachowana na całej długości preparatu, ściśle przylega do górnej jego powierzchni, opisując wraz z tą ostatnią, w miejscach zagłębienia, łuk wypukłością zwrócony ku dolnej części preparatu; naczynia opony miękkiej o ścianach niezmienionych wypełnione są dobrze zachowanymi i silnie barwiącymi się safraniną krążkami krwi. Gdziekolwiek między pojedynczymi włóknami opony miękkiej, lub pod nią, napotykałyśmy niewielkie skupienie krążków krwi; i te, również jak znajdujące się w świetle naczyń, są zachowane zupełnie dobrze i również dobrze zabarwione. Nietrudno przekonać się, rozpatrując uważniej preparat, że te krążki krwi przypadkowo tylko, przy preparowaniu, wypadły ze światła sąsiednich naczyń i zajęły najbliższe miejsce na oponie lub pod nią.

Tuż pod oponą mięką, na całej długości preparatu, znajdujemy zachowaną w całości najbardziej powierzchowną warstwę kory mózgowej, mianowicie warstwę ubogą w komórki nerwowe [*Neuroglia-schicht* MEYNERT'a]. Pod nią z łatwością rozróżnić możemy pozostałe cztery warstwy MEYNERT'a. Tak więc na preparacie mamy całą korę mózgową; grubszych zniszczeń w niej nie znajdujemy. Wybitniejszych zmian w komórkach kory również nie byłem w stanie stwierdzić; jedno, co mogę zauważyć, to brak prawie zupełny na moich preparatach skupień olbrzymich komórek piramidalnych, które w zwojach środkowych zwykle grupują się w dolnej części warstwy większych komórek piramidalnych.

Badanie preparatów, przygotowanych ze zwoju środkowego przedniego, dało wyniki najzupełniej z poprzednimi analogiczne.

A zatem owe „utrąty tkanki mózgowej, przedstawiające się w postaci zagłębień o konturach nieregularnych i głębokości niejednakowej“, jak głosi protokół sekcyjny, nie były w rzeczy samej utratami tkanki, lecz istotnie tylko zagłębieniami. Rzecz prosta, przyczyna, która zagłębienia te wywo-

¹⁾ Po szczegóły tej metody odsyłam do artykułu mego: Przyczynek do techniki mikroskopowej rdzenia i nerwów peryferycznych. Kronika Lekarska. Nr. 1. 1891 r.

łała — a wiemy ze spostrzeżeń analogicznych, we wcześniejszych okresach dokonywanych, że bywa nią zwykle wylew krwi międzyoponowy, podczas porodu powstający — nie może pozostać bez wpływu na dalszy rozwój mózgu; stąd też powstała cała suma objawów klinicznych, o których jeszcze nieco niżej powiem słów kilka.

Badanie preparatów drobnowidzowych, przygotowanych z mostu, rdzenia przedłużonego i rdzenia, wykazało zupełnie normalny stan tych narządów, z wyjątkiem tylko dróg piramidalnych [*resp.* pęczków piramidalnych bocznych], które na całym przebiegu od mostu do *conus medullaris* przedstawiały pewne, dość wyraźne dla oka, zmiany. Zmiany te polegały na rozroście neuroglii w pęczkach piramidalnych, oraz na obecności w tych pęczkach znacznej liczby włókien nerwowych, bardzo ubogich w myelinę. Tuż obok dobrze wytworzonego włókna nerwowego z wyraźnym cylindrem osiowym i z dobrze uwarstwioną myeliną widzimy tu po kilka i więcej wyraźnych, ciemno zabarwionych punktów. Przy znaczniejszych powiększeniach (*Zeiss In. Ol. 1/12 Oc. 3*) możemy dopatrzeć się na około tych punktów cieniutkiej obwódki, zabarwionej safraniną na czerwoną.

Nie ulega wątpliwości, że owe ciemne punkty są to poprzeczne przecięcia cylindrów osiowych, zabarwionych na kolor ciemno-niebieski, wokoło których tylko w bardzo niedostateczny sposób wytworzyła się myelina. Zmiany te dróg piramidalnych są, rzecz prosta, zmianami wtórnymi, zależnymi od pierwotnych zmian w korze mózgowej. Mamy tu więc do czynienia z pewnego rodzaju niedorozwojem włókien nerwowych w drogach piramidalnych, wraz z kompensacyjnym rozrostem neuroglii, włókna te otaczającej.

Wynik badania pośmiertnego, a zwłaszcza poszukiwań drobnowidzowych mózgu w naszym przypadku, zasługuje na szczególną uwagę. Być może, że nieraz, gdy makroskopowo rozpoznajemy powierzchowne zniszczenia substancji korowej mózgu, badania drobnowidzowe przekonają nas, że mamy do czynienia tylko z zagłębieniami powierzchownych warstw mózgu, powstałymi w pierwszych chwilach życia, z następczym powstrzymaniem lub zakłóceniem prawidłowego tych warstw rozwoju. Być może, że fakt ten stanowić będzie jeden z podstawowych rysów anatomicznych choroby LITTLE'a, odróżniających ją od innych form porażień mózgowych u dzieci.

Choroba LITTLE'a jest jedną z najczęstszych postaci porażień mózgowych u dzieci. Charakterystycznymi cechami tej choroby są: przewaga sztywności mięśni nad ich porażeniem [stąd też nazwy: *allgemeine cerebrale Starre, rigidité spasmodique congénitale des membres*], oraz pewnego rodzaju zahamowany wpływ mózgu [*resp.* woli] na wyzwolenie ruchów dowolnych: dotknięte tą chorobą dzieci bardzo powoli tylko uczą się władać członkami, bardzo późno są w stanie nie tylko chodzić, ale i siedzieć.

Na te dwie wybitne cechy zwrócił pierwszy uwagę badacz angielski LITTLE w pracach swych z roku 1853 (*Deformities of human braine*). Ten to mianowicie

wzgląd, jak również i wybitne cechy, odróżniające tę postać porażenia mózgowego dzieciennego od innych t. zw. mózgowych diplegii lub obustronnych hemiplegii, skłoniły mnie do zachowania nazwy choroby LITTLE'a, zaproponowanej przez RUPRECHT'a i przyjętej przez DÉJÉRINE'a (*Maladie de Little. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1892. Avril*), a ostatnio przez FREUD'a.

Najbardziej zbliżonem do LITTLE'owskiej formy jest obustronne połowiczne porażenie (*hemiplegia duplex, diplegia cerebrealis*). Nie wchodząc w bliższe szczegóły etyologiczne i anatomo-patologiczne, którymi postacie te różnią się między sobą, zaznaczę tu tylko wybitniejsze cechy kliniczne, odmienne w obu postaciach chorobowych.

W obustronnych porażeniach połowicznych przeważającym objawem jest porażenie kończyn wraz z porażeniem dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Pamiętać przytem należy, że w hemiplegiach podwójnych, podobnie jak to ma miejsce w połowicznym jednostronnem porażeniu, noga zwykle dotknięta jest w nie-równie słabszym stopniu, niż ręka, a mięśnie karku i tułowia zwykle zostają oszczędzane. Zupełnie odwrotnie rzecz się ma w postaci LITTLE'a: dominującym objawem jest skurcz spastyczny mięśni, sztywność ich, najsilniej wyrażona w kończynach dolnych, słabiej już w kończynach górnych. Mięśnie karku i tułowia okazują również sztywność bardzo wydatną.

Dlaczego w porażeniach mózgowych dzieciennych, wbrew temu, co zwykle widzujemy u dorosłych, nie mamy do czynienia z porażeniami jednostronnymi, lecz przeciwnie, obie połowy ciała dotknięte bywają w stopniu prawie zupełnie równym, a jeżeli istnieją pewne różnice co do natężenia zmian chorobowych, to tylko między górną i dolną połową ciała?

Odpowiedź na to pytanie dadzą nam badania anatomiczne zmian, w mózgu znajdujących, jak również i dokładne zrozumienie przyczyn, zmiany te wywołujących.

Podobnie jak w naszym przypadku, podstawą anatomiczną porażen mózgowych u dzieci są wylewy krwawe międzyoponowe w okolicy szpary podłużnej mózgu, mniej więcej w bliskości rowka ROLAND'a.

Te krwi wylewy powstają z rozerwanych naczyń żylnych, wychodzących z opony miękkiej i wpadających do zatoki podłużnej opony twardej mózgu. Przyczyną zaś rozerwania tych naczyń jest, podług zapatrywania VIRCHOW'a, WEBER'a i KUNDRAT'a, zachodzenie kości ciemieniowych jednych na drugie przy trudnym porodzie; momentem pomocniczym przy wywoływaniu tych krwotoków jest znaczny zastój krwi żylniej, wskutek szybko odbywającego się porodu i niemożność przystosowania się mózgu do stale i szybko wzrastającego ciśnienia.

Rzecz prosta, że wylewy międzyoponowe we wspomnianem miejscu przede wszystkim zagrażać muszą zawojom środkowym (*gyrus centralis anterior, g. centr. posterior, lobulus paracentralis*), czyli innymi słowy: ośrodkom psychoruchowym.

Natężenie tych zmian bywa rozmaite: od lekkiego ucisku do zupełnego zniszczenia tkanki korowej; w każdym razie natężenie zmian najsilniejsze jest u samego stropu mózgu i słabnie w miarę oddalenia się od linii środkowej.

Tego, cośmy tylko co powiedzieli, wystarcza, by zrozumieć, dlaczego w porażeniach mózgowych kończyny dolne [których ośrodek ruchowy jest najwyżej położony] bywają najsilniej dotknięte, oraz dlaczego stan spastyczny mięśni zwykle przeważa nad ich porażeniem.

Co się tyczy tego ostatniego punktu, to przytoczone racje mają bardziej charakter wyjaśnień ujemnych, niż dodatnich; tłómaczą nam, dlaczego po dość obfitych wylewach krwi nie mamy do czynienia z porażeniem mięśni kończyn, nie tłómaczą nam jednak wcale wzmożonego w tak znacznym stopniu napięcia mięśni.

Ten ostatni objaw wiązano zwykle ze zwyrodnieniem pęczków piramidalnych rdzenia. W ten to mianowicie sposób tłómaczą sobie zeszywnienie mięśni, po porażeniach połowicznych powstałe; w takiż sam sposób objaśniano porażenia spastyczne pochodzenia rdzeniowego (*tabes spasmodique* CHARCOT'a, *Lateralisklerose* ERB'a).

W rzeczy samej i w naszym przypadku, jak i w niewielkiej znanej liczbie spostrzeżeń analogicznych, znajdowano pewien rodzaj zwyrodnienia, a raczej niedokształcenia pęczków piramidalnych rdzenia. Drobnowidzowo zmiany pęczków piramidalnych przedstawiają się nieco inaczej, niż przy zwykłych zstępujących zwyrodnieniach, po porażeniach połowicznych u dorosłych powstałych i wygląd ten w zupełności związany jest ze sposobem wytwarzania się tych zmian.

Jak wykazały badania FLECHSIG'a, włókna pęczków piramidalnych otrzymują później, niż inne, swe obsłonki myelinowe, tak, że nawet u dzieci donoszonych, w chwili przyjścia ich na świat, myelina tylko cienką bardzo warstwą otacza cylindry osiowe. Ponieważ ośrodki ruchowe kory mózgowej są także i ośrodkami odżywczymi dla pęczków piramidalnych, nie więc dziwnego, że zniszczenia lub uszkodzenia tych ośrodków odbić się z konieczności muszą na odżywianiu pęczków piramidalnych; ztąd też i niedokształcenie ich (*agenesia*) jest faktem łatwo zrozumiałym.

Niestety, nie tłómaczy ona wszystkiego. Już przy sprawdzaniu anatomicznem przypadków, rozpoznawanych za życia jako pierwotne zwyrodnienia pęczków piramidalnych bocznych, natrafiano na różne choroby mózgu lub nerwów przy zupełnie niezmiennych pęczkach piramidalnych rdzenia [przypadek SCHULTZ'a, ZACHER'a, BRIEGER'a, MADER'a — cytowane w pracy SCHUELE Ad. D. *Die Lehre von der spastischen Spinalparalyse. Deut. Zeit. f. Nervenheilk. IV Bd. 3 i 4 Heft. 1893*].

Takąż samą niespodzianką, zadającą kłam powyżej przytoczonym teoryom, było spostrzeżenie RAILTON'a, który przy sekcji trzechletniego dziecka, zmarłego przy objawach wybitnego zeszywnienia mięśni, znalazł w okolicy rowka ROLAND'a u stropu mózgu wyraźne zmiany, polegające na zmętnieniu i zgrubieniu błony miękkiej i pajęczej, na pewnem zagłębieniu w zwojach środkowych i w zraziku paracentralnym, gdy tymczasem pęczki piramidalne dolne na całym ich przebiegu w moście, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu były zupełnie normalne. [RAILTON, *Birth Palsy. (Manchester Patholog. Society 10 Februar. 1892) British. med. J. 27 Februar*].

Przytoczone spostrzeżenia najwyraźniej zdają się mówić, że mogą istnieć porażenia spastyczne mięśni w zupełności niezależne od zwyrodnień pęczków piramidalnych bocznych. Podobne przekonanie wypowiada również jeden z uczniów CHARCOT'a, bardzo w sprawach badań anatomicznych narządu nerwowego biegły, mianowicie BLOCQ, w pracy: *Des contractures* (Paris, 1888), na bardzo bogatym materiale opartej.

Wobec powyższych danych FREUD, któremu zawdzięczamy bardzo ładną i wyczerpującą monografię o porażeniach mózgowych u dzieci (*Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Leipzig u. Wien, 1893*), dla objaśnienia przyczyny zwiększonego napięcia mięśni przy cierpieniach kory mózgowej, ujrzał się zmuszonym zwrócić do hipotezy ADAMKIEWICZA o stosunku działania unerwiającego rdzenia do takiegoż działania mózgu. Rdzeń sam, uwolniony od działania hamującego mózgu, wywołuje w mięśniach wzmożenie ich napięcia. Rzecz prosta, działanie to przypisać należy komórkom rogów przednich, które pozostają pod kontrolującym działaniem mózgu za pośrednictwem pęczków piramidalnych. Jeżeli to hamujące działanie mózgu ustaje, czy to wskutek zniszczenia ośrodków ruchowych kory mózgowej, czy też wskutek zwyrodnienia pęczków piramidalnych, natenczas komórki rogów przednich, niekrępowane z góry, wywołują wzmożone napięcie w mięśniach.

I to tłumaczenie jednak nie może być uważane za zupełnie wystarczające; znane są bowiem przypadki rozległych zniszczeń kory mózgowej, połączonych z idiotyzmem, bez sztywności mięśni kończyn. Akta sprawy tej uważać przeto musimy po dziś dzień jeszcze za niezamknięte, a ostatecznego rozwiązania oczekiwać musimy nie tylko od fizjologii, ale i od kliniki i patologii.

Z pozostałych objawów chorobowych, kilka słów powiedzieć należy o stanie umysłowym dziecka, o drgawkach i o zezie.

Dwa pierwsze objawy, pochodzenia czysto korowego, nie potrzebują bliższych omawiań. Często napotykanie u dzieci, chorobą LITTLE'a dotkniętych, powstrzymanie rozwoju inteligencji w mniejszym lub większym stopniu, dochodzące do zupełnego idiotyzmu, można łatwo wytłumaczyć niepomyślnymi warunkami rozwoju i odżywiania kory mózgowej, zwłaszcza przy nieco rozleglejszych jej zniszczeniach, przekraczających granice ośrodków sfery ruchowej. Z drugiej znowu strony drgawki padaczkowe dotkniętych porażeniem spastycznym kończyn są bezpośrednim wynikiem drażnienia samych ośrodków ruchowych kory mózgowej i dla rozpoznania mają znaczenie nader ważne.

Nieco bardziej złożoną przedstawia się sprawa pochodzenia zez. Nieprawidłową czynność mięśni ocznych starano się objaśnić [FEER — cytowany u FREUD'a] zwiększonym ich napięciem i upatrywano w tem zupełną analogię z ogólnym stanem mięśni całego organizmu. Powyższe przypuszczenie ma tylko pozorną słuszość za sobą: kończyny, których mięśnie znajdują się w stanie zwiększonego napięcia, są wskutek tego stanu prawie nieruchome, gdy tymczasem ruchy gałek ocznych zezowatych są najzupełniej swobodne.

Sposób rozumowania FREUD'a jest zupełnie odmienny. Wychodzi on z tego założenia, że oczy zezowate od urodzenia lub też od wczesnego dzieciństwa okazują się zwykle przy badaniu dotkniętymi niedoślepem (*amblyopia*).

Jakkolwiek odnośnych badań przy wrodzonych porażeniach mózgowych nie robiono, dla FREUD'a nie ulega jednak wątpliwości, że i w tych przypadkach istniał niedoślep i że on to mianowicie był przyczyną zez.

Niedoślep ten przyjmował początkowo FREUD za objaw pochodzenia centralnego, zależący mianowicie od zmian kory w ośrodkach widzenia, względnie w zraziku klinowym dolnym (*lobus cuneus*). Zaburzenia wzrokowe, na tej drodze powstałe, przejawiają się głównie pod formą widzenia połowicznego (*hemianopsia*), nie ulega jednak wątpliwości [tak przynajmniej twierdzi CHARCOT wraz ze swymi uczniami], że mogą się one przejawiać i pod innymi postaciami, mianowicie w formie niedoślepu skrzyżowanego. Badania anatomiczne rozwiały jednak i te przypuszczenia. Niejednokrotnie spostrzegano za życia zez w przypadkach, w których badania pośmiertne wykazywały jak najlepszy stan wymienionych ośrodków korowych.

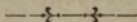
Nieco odmienne światło na powstawanie niedoślepu u noworodków rzucają badania KOENIGSTEIN'a (*Untersuchungen an den Augen neugeborener Kinder. Medicinische Jahrbücher. 1881*) i SCHLEICH'a (*Mittheilungen aus der ophthalmologischen Klinik zu Tübingen. 1882*). Obaj ci okuliści zwracają uwagę na wylewy krwi do siatkówki, które mogą później ulegać wessaniu, pozostawiając wszakże niedoślep. Rzecz prosta, że owe wylewy krwawe do siatkówki, napotykanne podług tych autorów u 10% do 18% noworodków, przytrafiają się częściej przy porodach przedwczesnych lub trudnych, co nam tłumaczy pośrednio związek ich następstw z objawami choroby LITTLE'a.

III. KILKA SŁÓW W KWESTYI STOSOWANIA KREOZOTU PRZY LECZENIU SUCHOT PŁUCNYCH.

Podał

D-r Med. A. Sokółowski,

ordynator szpitala Św. Ducha.



Kol. HEWELKE na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek. Warsz. bardzo słusznie podniósł kwestyę, o ile kreozot, tak szeroko i powszechnie w ostatnich czasach stosowany przy leczeniu suchot płucnych, zasługuje na tę reputacyę, którą mu liczni autorowie przyznają, tembardziej, że w ostatnich czasach istnieje szereg spostrzeżeń wiarogodnych autorów, odrzucających w zupełności doniosłość leczniczą kreozotu. Kol. H. na podstawie swych doświadczeń jest skłonny popierać poglądy tych ostatnich autorów. W sprawie tej, bardzo żywo ogół lekarzy-praktyków obchodzącej, pozwalam sobie wypowiedzieć kilka słów, opartych na doświadczeniu osobistem, zaczerpniętem tak z praktyki szpitalnej, jako też i prywatnej.

Kreozot, stosowany przy leczeniu suchot płucnych w ciągu ostatnich lat piętnastu, nie musiał okazywać się stale dodatnio działającym środkiem, skoro obok niego wprowadzano ciągle całe szeregi różnorodnych nowych leków, jakoby wybornie działających, *resp.* wyleczających suchoty płuc-

ne. Wszystkie te jednak leki, które wyliczać nawet pobieżnie uważam za zbyt liczne, szybko straciły swą sławę leczniczą i uległy zapomnieniu; jeden kreozot tylko przetrwał całe lata, a ta jego mniemana reputacja, zdaje mi się, polega na bardzo słusznym orzeczeniu BOUCHARD'a, zreasumowanem w tych słowach: „*Parmi tous les remèdes proposés contre la phthisie pulmonaire ce que nous avons de moins mauvais—c'est la créosote*“. Rzeczywiście, porównywając wpływ kreozotu na organizm suchotnika w porównaniu z takimi lekami, wielce zalecanymi i zachwalanymi w ostatnich czasach przeciw gruźlicy, jak: sublimat, kalomel, inhalacje *bacterium termo*, wdychania gorącego nadmiernie powietrza, wstrzykiwania kochiny, kantarydyny i t. p., a których wpływ szkodliwy, na szczęście, zbyt szybko przy leczeniu suchot płucnych się ujawnił, zrozumieć można, dlaczego kreozot odniósł zwycięstwo nad powyższymi licznymi lekami; do niego bowiem typowo da się zastosować aforyzm Hipokratesa: *πρῶτον μὴ βλάπτειν*“.

Jeżeli więc kreozot jest środkiem stosunkowo nieszkodliwym przy leczeniu suchot, rodzi się drugie poważne pytanie: czy jest pożytecznym, a przede wszystkim, czy wywiera działanie specyficzne na sprawę gruźliczą? Otóż, pod tym ostatnim względem doświadczenia szpitalne, robione w ciągu szeregu lat ostatnich w różnorodnych szpitalach europejskich, jak to wykazał kol. HEWELKE, doprowadziły do zupełnie ujemnego rezultatu; do podobnegoż wyniku doprowadziły mnie moje spostrzeżenia szpitalne w ciągu dziesięciu lat ostatnich, bo chociaż od czasu do czasu widywało się u chorych, nawet w daleko posuniętych okresach suchot będących, czasowe poprawy, wybitnych jednakże przypadków uleceń, w większej liczbie spostrzeganych, nie mogłem skonstatować przy stosowaniu kreozotu w różnorodnych formach i dawkach. Sądzę, że tego rodzaju ujemny wynik mógł być u chorych szpitalnych *a priori* przypuszczalnym: w szpitalach bowiem naszych, jak to zresztą ma miejsce we wszystkich wielkich miastach Europy, spotykamy przeważnie suchotników, w ostatnich okresach choroby będących; sprawa gruźlicza znajduje się u nich szeroko rozwiniętą w wielu bardzo narządach, a w większości przypadków mamy do czynienia z prawdziwą kacheksyą gruźliczą, *resp.* zakażeniem całego organizmu. Każdy zaś, ktokolwiek częściej szczegółowo rozpatrywał pośmiertne zmiany, napotykanne w organach u takich chorych, łatwo mógł wyprowadzić wniosek logiczny, że chyba lek taki się nie znajdzie, który byłby w stanie tego rodzaju skombinowane zmiany patologiczne uleczyć, lub choćby tylko powstrzymać w rozwoju. Sądzę przeto, że u tego rodzaju chorych nie tylko kreozot, lecz żaden inny środek do tak zwanych prób terapeutycznych nie powinien być stosowanym.

Rzecz się zupełnie przedstawia inaczej u suchotników, chodzących jeszcze i będących w leczeniu w praktyce prywatnej. Tutaj to mamy do czynienia z chorymi, z których bardzo wielu, szczególnie w latach ostatnich zasięgało mojej porady lekarskiej, nieraz już w bardzo wczesnych okresach choroby. U tych to chorych, z których zaledwie tylko pewna bardzo mała część była w stanie odbywać różnorodne, kosztowne kuracje klimatyczne, stosowałem przeważnie leczenie metodyczne, kreozotem lub jego prze-

tworami. I tutaj w większości przypadków kreozot nie wykazał swego widocznego specyficznego działania: każdemu bowiem z praktyków, podobnie jak i mnie, znane są wybornie przypadki, w których kreozot stosowany od samego początku rozwoju sprawy gruźliczej, nieraz nawet wówczas, gdy jeszcze w płwocinie laseczników wykazać się nie dawało, bynajmniej nie uchronił organizmu od stopniowego rozwoju niszczącej sprawy; specyfik zaś istotny winien zawsze, a szczególnie w pierwszych okresach działać skutecznie na podobieństwo chininy przy zakażeniu zimniczem.

W większości jednakże przypadków, spostrzeganych w praktyce prywatnej zrobiono doświadczenie, że kreozot, metodycznie stosowany, działa dodatnio na sprawę gruźliczą, ograniczając ją w rozwoju, lub też wywołując nieraz jej zatrzymanie. Czy jednakże ów wynik dodatni przypisywać należy działaniu kreozotu, jest to dla mnie wielce wątpliwem. Okres stosowania kreozotu zeszedł się jednocześnie z chwilą racjonalnego higieniczno-dyetetycznego leczenia suchot. Poglądy BREHMER'a i jego uczniów zaczęły zaledwie w ostatnich latach przenikać w szerokie warstwy lekarskie, a chorym tejże kategorii, obok kreozotu, zalecano konsekwentne leczenie klimatyczno-dyetetyczne, a nawet w praktyce miejskiej zaczęto stosować szeroki system higieniczno-dyetetyczny, przestano więzić suchotników w ciasnych i gorących pokojach, jednym słowem: młodsze pokolenie lekarskie zmieniło kardynalnie zasadnicze podstawy dawnego leczenia suchot.

Nic więc dziwnego, że zaczęto spostrzegać na szeroką skalę dodatnie wyniki, a które umysł lekarski, skłonny do przypisywania tego wyniku danemu leкови, na karb specyficznego działania kreozotu policzył. Należy jeszcze nie zapominać i o jednej okoliczności, że z chwilą spopularyzowania ważności badania płwociny na obecność laseczników gruźliczych, dyagnostyka wczesnych okresów suchot stała się dla ogółu lekarzy bardziej przystępną, leczenie więc ogólne higieniczno-dyetetyczne zaczęto stosować w tych okresach i postaciach, w których zejście pomyslnie najwięcej przedstawia widoków. Z drugiej strony lekarze, zachęceni szeroko ogłaszanymi wynikami dodatnimi terapii kreozotowej, zaczęli bliżej badać i interesować się chorobą, którą d tychczas za zupełnie nieuleczalną zwykli byli uważać. Ów wynik spostrzeżeń klinicznych doprowadził ich do tego wniosku, znanego oddawna tylko szczupłemu gronu lekarzy bliżej studyujących suchoty płucne, że żadna z chorób przewlekłych nie przedstawia tej dziwnej tendencji do zatrzymania się w rozwoju nawet w daleko posuniętych okresach, jak suchoty płucne. Naturalnie i te pojedyncze przypadki zatrzymania sprawy w okresach późnych leczenia kreozotowemu bezwarunkowo przypisywano. To są, zdaniem mojem, bliższe warunki entuzjazmu dla kreozotu, który wyszedł przede wszystkim z kół lekarzy nieszpitalnych. Ja zaś osobiście, który w epoce jeszcze niestosowania kreozotu widywałem przy leczeniu klimatyczno-dyetetycznem u bardzo wielu chorych wyniki dodatnie, nie mogę w żaden sposób i w tej ostatniej kategorii przypadków, t. j. spostrzeganych w praktyce prywatnej, przypisywać wynik dodatni kreozotowi; widywałem je bowiem

zarówno przy użyciu kreozotu, jako też gwajakolu lub też tam wszędzie, gdzie zastosowaniem było racjonalne leczenie higieniczno-dyetyetyczne u tych chorych, u których istniały dotychczas bliżej nam nieznanne warunki organizmu, przedstawiającego naturalną tendencję do zatrzymania się sprawy gruźliczej w rozwoju.

Jeśli więc doświadczenie moje zgodnie z wynikami wielu innych autorów odmawia kreozotowi nawet w okresach wcześniejszych suchot swoistego działania, zdaje się więc, że prostym i logicznym wnioskiem byłoby odrzucenie zupełnej terapii kreozotowej, jako zupełnie bezcelowej i nieużytecznej, jak to i wielu autorów proponuje w ostatnich czasach. Tak jednakże nie jest, a bezstronna liczna obserwacja tak prywatna, jako i szpitalna, utwierdziła mnie w stanowczym przekonaniu, że chociaż kreozot nie działa specyficznie na gruźlicę, to jednakże w bardzo wielu przypadkach jest środkiem, nader korzystnie działającym przy leczeniu suchot płucnych, środkiem, wielokrotnie wybornie wspomagającym, szczególnie w praktyce miejskiej, terapię higieniczno-dyetyetyczną.

Pomyślnie działanie kreozotu ujawnia się u suchotników w różnorodnym kierunku:

1) U bardzo wielu chorych wpływa on, np. użyty w niezbyt wysokich dawkach, stanowczo na poprawę łaknienia. Jest to fakt, który najstalej obserwowałem u moich chorych, tak w praktyce prywatnej, jak i szpitalnej, u chorych będących w różnorodnych okresach choroby. Jest to jeden, można powiedzieć, z najdonioślejszych punktów w działalności leczniczej kreozotu; tą bowiem drogą zyskujemy podstawę do należytego odżywiania, wpływając tym sposobem pośrednio na sprawę wyleczenia, czy też zatrzymania w rozwoju suchot płucnych. Fakt poprawy łaknienia pod wpływem kreozotu u wielu chorych, dla mnie nie ulegający najmniejszej kwestyi, z kąd inąd obserwowany przez wielu autorów, daje się wytłómaczyć w różnorodny sposób: u jednych bowiem kreozot musi pobudzać błonę śluzową żołądka do wzmożonego wydzielania soku żołądkowego; u innych chorych, a szczególnie znajdujących się w dalszych okresach rozwoju suchot, płujących, a tem samem polykających wiele płwociny, kreozot, jako wyborny antyseptyk, wpływa na powstrzymanie spraw fermentacyjnych, wywołanych połkniętą płwociną¹⁾. Że działanie kreozotu w tych razach nie jest tylko fikcyjnem, za dowód służą liczni chorzy z klasy inteligentnej, dobrze siebie obserwujący, którzy stale fakt ten mi zaznaczali, że z chwilą przzerwiania kreozotu stanowczo łaknienie ich podupadało, a tem samem i stan ogólny. U pewnej grupy chorych spostrzegałem również wpływ dodatni kreozotu na trawienie kiszkowe. Preparat ów regulował u niektórych wypróżnienia stol-

¹⁾ Od kilku lat stosuję kreozot również w niezżytach oskrzelowych, natury ropiasto gnilnej (*bronchitis putrida*). Jak wiadomo, większość tych chorych ma lichy apetyt z powodu zgnitej wotni, a prawdopodobnie i okoliczności wyżej wzmiankowanej, t. j. dużej ilości przelkniętej płwociny. U tych to chorych w większości przypadków zauważyć się daje poprawa łaknienia przy użyciu kreozotu.

cowe, zmniejszał wzdęcia, działając prawdopodobnie drogą ograniczenia nienormalnej fermentacji kiszkowej.

Nie u wszystkich jednakże suchotników kreozot działa podobnie pomyslnie na funkcję trawienia. U wielu z nich, a szczególnie w dalej posuniętych postaciach, nie ma wpływu dodatniego absolutnie żadnego, a niezbyt znów rzadko daje się spostrzegać fakt odwrotny, t. j., że chorzy, jakie takie łaknienie posiadający, przy użyciu kreozotu, szczególnie w większych ilościach, tracili łaknienie w zupełności. U wielu chorych występuje nieprzyjemne odbijanie kreozotem, całe godziny trwające; u innych znowu występował ból i gniecienie w dołku; inni wreszcie, przy dłuższem i upartem użyciu kreozotu, tracili zupełnie łaknienie, które powracało znowu z chwilą zaprzestania jego użycia. Fakt tej ostatniej kategorii, t. j. zaburzenia w trawieniu u moich chorych, którym zazwyczaj zalecam niewielkie dawki kreozotu, spotykałem stosunkowo rzadko, natomiast widywałem to częściej u chorych, którym zalecano wielkie dawki kreozotu i to w kapsułkach, a nie w większem rozcieńczeniu. Z faktem tym praktycy, zdaniem mojem, powinni się przeważnie liczyć, nie forsując użycia kreozotu nigdzie tam, gdzie chorzy po pierwszodniowych próbach zaczynają się uskarżać na zaburzenia w trawieniu. Widywałem i to dość znaczną ilość chorych, którzy szybki upadek ogólnego stanu z pewną słuszością przypisywali forsownej kuracji kreozotowej.

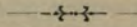
2) W pewnej grupie przypadków kreozot działa skutecznie na pobudzenie wydzieliny oskrzelowej, jest więc pośrednio dobrym lekiem wykrztusnym. Spostrzega się to szczególnie w okresach niezbyt daleko posuniętych suchot. Wielu z pomiędzy mych chorych, dobrze obserwujących siebie, notowało stanowczo przy użyciu kreozotu łatwiejsze odpluwanie, a nawet zmniejszoną pobudliwość do kaszlu. W późniejszych okresach, szczególnie w praktyce szpitalnej, tego rodzaju dodatni wpływ kreozotu rzadko daje się spostrzegać; w tych okresach kreozot w żaden sposób narkotyków wyrugować nie jest w stanie, natomiast, jak to wyżej wspominałem, w okresach niezupełnie jeszcze rozpaczliwych suchot jesteśmy w stanie kreozotem, ułatwiającym kaszel i wykrztuszanie, na długo chorego uchronić od eutanazyjnej terapii narkotycznej. Wyznać jednakże muszę otwarcie, że to dodatnie działanie kreozotu na kaszel i odpluwanie daje się spostrzegać stosunkowo rzadko; chorzy bowiem mają najczęściej zalecane obok kreozotu różnorodne środki kojące, a ztąd i wnioski wyprowadzane częstokroć bywają fałszywe. Nie należy również zapominać o tem, że u niektórych chorych, szczególnie z klasy inteligentnej, wpływ sugestyjny może pewną rolę czasową odgrywać. Chory, słysząc i czytając o fenomenalnych wynikach po użyciu kreozotu w suchotach płucnych, czas pewien łudzi się sam stanowczo, a tem samem pośrednio wpływa na wyprowadzanie fałszywych wniosków przez lekarza. W każdym razie, pomimo że kreozot nie może rościć sobie prawa do specyfiku, powyższe jego własności, a przede wszystkim pobudzanie u wielu chorych łaknienia wskazuje, że w wielu przypadkach suchot płucnych z korzyścią może i powinien być stosowanym, szczególnie zaś u ogromnej kategorii chorych, przebywających w wielkich miastach przez zimę, z których większość jednocześnie oddaje się różnorodnym mniej

lub więcej ciężkim profesjonalnym zajęciom. Ta to olbrzymia falanga ludzi, będących na granicy *lasciate ogni speranza*, szuka gwałtownie ratunku; u większości z nich kreozot, jak to wyżej mówiłem, jako środek jeden z najmniej szkodliwych, będzie w stanie niejednokrotnie w różnych kierunkach działać pomyślnie, chroniąc ich nieraz na długo przed użyciem narkotyków. Inaczej rzecz ma się zupełnie z chwilą nastania pory letniej. Wówczas, jeśli tylko to możliwe, chorzy tacy, co zresztą szczegółowo na innem miejscu rozbrałem, winni być wysyłani do stacyi klimatycznych ¹⁾, lub też w razie niemożności tego, na wieś, a podczas pobytu tamże powinni być, zdaniem mojem, zwolnieni od użycia kreozotu i innych podobnych przetworów; świeże bowiem powietrze, a szczególnie górskie lub nadmorskie jest jednym z najpotężniejszych czynników, pobudzających łąknienie, przemianę materyi, a znany jest powszechnie fakt, że suchotnik, często po całych tygodniach i miesiącach nic prawie nie jedzący, już w drodze do miejscowości leczniczej nabiera łąknienia, jedząc niezbyt strawne, restauracyjne potrawy; o tem zaś, jak suchotnicy znakomicie zyskują na łąknieniu w górach, zbytecznym jest obszerniej się rozwodzić. Dlatego też uważam za właściwe na niniejszem miejscu zaprotestować przeciw niewłaściwemu zwyczajowi, który się praktykuje przez wielu lekarzy w różnorodnych, a szczególnie naszych stacyach klimatycznych, że wysyłanym tamże na leczenie czysto-klimatyczne chorym na nowo przepisują kreozoty, gwajakole, arseniki i t. p. przetwory i to nieraz w kolosalnych dozach, a które to, w braku lepszych środków, zmuszeni byliśmy stosować w praktyce miejskiej przez zimę. Tym sposobem doniosłość leczenia klimatycznego sami ci lekarze, mający w rozporządzeniu niczem nie zastąpiony czynnik naturalny, redukują znacznie, prowadząc leczenie *quand même* farmaceutyczne, którego rezultat, niestety, bywa ten, że chorzy tracą łąknienie, podpadają w stanie ogólnym i wielokrotnie z pobytu w górach, zamiast polepszenia i korzyści, wracają do domu z utratą na wadze, przypisując całą winę lekarzowi domowemu za niewłaściwy wybór stacyi klimatycznej.

Na zakończenie tych, może nieco za długich, uwag, chciałem powiedzieć o dozie i formach, w jakich kreozot stosuję. Wychodząc z wyżej powiedzianego założenia, t. j. nie widząc w kreozocie przy leczeniu gruźlicy specyfiku lecz tylko wyborny w różnych kierunkach działający środek symptomatyczny, stosuję go w ostatnich czasach tylko w małych dawkach: zazwyczaj 4—6, najwyżej do 10 grn. dziennie, zalecając go nie w kapsułkach, lecz w mocno rozcieńczonym roztworze wina [kropla jedna do dwóch w dużym kieliszku wina czerwonego, lub też na pół szklanki gorącego mleka]. W tych dozach i postaci chorzy kreozot zazwyczaj wybornie znoszą i nie doznają żadnych ujemnych wpływów.

¹⁾ Patrz mój Odczyt kliniczny: „O leczeniu klimatycznym suchot płucnych“. Warszawa, 1892 r..

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



I. E. Sonntag. O Hegar'owskim znaku rozpoznawczym ciąży.

W 1884 roku HEGAR zrobił spostrzeżenie, że dolny odcinek ciężarnej macicy mięknie tak znacznie, iż daje się w wysokim stopniu ścisnąć między palcami przy badaniu dwuręcznym. W tej szczególnej własności dolnego odcinka macicy spoczywa, według HEGAR'a, bardzo cenny, bo zupełnie pewny, znak ciąży. Na objaw ten mało dotychczas zwracano uwagi, a jednak zasługuje on na szersze uwzględnienie z powodu wielkiej swej wartości rozpoznawczej. Objaw to bardzo wyraźny i stały. Dolny odcinek trzonu macicy ciężarnej daje się ścisnąć między palcami podczas śledzenia dwuręcznego do tego stopnia, że badający otrzymuje wrażenie, jak gdyby trzymał między palcami cienką warstwę grubości kilku milimetrów lub nawet tylko karty. W przypadkach szczególnie wydatnych palcom badającego wydaje się wskutek tego, jakoby wszelki związek między szyją a trzonem macicy był zniesiony. Na to trzeba zwrócić uwagę, że wrzekomy ten rozdział ujawnia się nie w granicach szyi macicznej, lecz dopiero ponad ustami wewnętrznymi w najdolniejszych częściach trzonu macicy.

Badanie na objaw HEGAR'a może być utrudnione, a nawet stać się niemożliwym zupełnie wskutek bojaźliwości i wzbraniania się ciężarnej, jakoteż wskutek naprężenia powłok brzusznych, a także obfitości w nich tłuszczu. Pod wpływem jednak uśpienia można zwykle łatwo stwierdzić ponad twardszą i węższą szyją maciczną miękkość i ściśliwość (*Zusammendrückbarkeit*) szerszego dolnego odcinka trzonu macicy, które to własności pośrodku wydają się wyraźniej, podczas gdy ku bokom tkanka znowu nieco grubsza się wydaje. Dwuręczne to badanie wykonać się daje w sposób następujący. Jeśli położenie ciężarnej macicy jest prawidłowe [przodopochylenie], to palec wprowadzony do pochwy umieścić należy przed częścią pochwową w przedniem sklepieniu i na przedniej ścianie trzonu macicy, palce zaś drugiej ręki, badającej od zewnątrz przez ścianę brzuszną, na tylnej ścianie macicy. Jeśli zaś mamy do czynienia z tyłopochyleniem macicy ciężarnej, to bada się w ten sposób, że palec, umieszczony w pochwie, poprowadzić należy poza część pochwową do tylnej ściany macicy, palce zaś drugiej ręki, badające zewnątrz, na przedniej ścianie macicy opierać się winny. Celem dokładniejszego zbadania w tym razie posługiwać się też można badaniem *per rectum*, przy czem trzeba koniecznie koniec palca śledzącego wprowadzić do odbytnicy wysoko, ponad przyczepy więzów maciczno-krzyżowych, aby w ten sposób osiągnąć tej części macicy, która leży ponad ustami wewnętrznymi, a prócz tego należy jednocześnie wprowadzić wielki palec tej samej ręki do pochwy i dojść nim aż do części pochwowej celem umożliwienia kontroli nad szyją maciczną. [W oryginale znajdują się 3 rysunki, ilustrujące te trzy rodzaje badania dwuręcznego].

Od czego zależy ta szczególna ściśliwość dolnego odcinka trzonu ciężarnej macicy? Zależy ona nietylko od rozmięknienia i rozpulchnienia ścian macicy

wskutek ciąży, lecz i od tego, że zawartość trzonu macicy — całe jajo płodowe — może być, przy ścisaniu macicy między palcami śledzącymi, wyciśnięte z dolnego do górnego jego odcinka; lecz i ta możliwość nie wyklucza się, że przez ścisanie dolnego odcinka macicy część worka płodowego, pod nim leżąca, ulega także ściśnieniu, a zawartość jego — woda płodowa i płód — podobnie jak w piłce gumowej nie zupełnie wodą napełnionej, może zostać wypchniętą ku części górnej worka.

Objaw HEGAR'a może mieć praktyczne znaczenie tam zwłaszcza, gdzie z jakichkolwiekby powodów rozpoznanie początku ciąży ze zwykłych znaków domniemalnych lub prawdopodobnych jest utrudnione. Zdarza się to np. przy umyślnem lub mimowolnem ze strony ciężarnej wprowadzaniu w błąd lekarza co do zachowania się odpływów miesięcznych, zdarza się też przy istnieniu obok ciężarnej macicy guzów tego narządu lub sąsiednich. Zwłaszcza zaś pamiętać należy o objawie HEGAR'a tam, gdzie się podejrzewa istnienie ciąży zewnątrz-maciczej; nierzadko bowiem się zdarza, że szyją maciczną, dotkniętą przerostem, przyjmuje się przy badaniu za pustą macicę, trzon zaś macicy z zawartem w nim jajem płodowem, jako worek miękki i wiotki! — za jajo płodowe, rozwijające się na zewnątrz macicy. Jeśli w tym razie zwróci się baczną uwagę na objaw HEGAR'a, to się uniknie błędu, bo będzie można łatwo się przekonać, iż rozdział między temi częściami jest tylko pozorny i że między przerosłą szyją maciczną a wiotkim i miękkim trzonem macicy istnieje związek przez pośrednictwo dolnego odcinka macicy, który w sposób charakterystyczny dla ciąży daje się ścisnąć w wysokim stopniu między palcami.

Są pewne stany patologiczne nieciężarnej macicy, przy których stwierdzić się daje, w mniejszym wprawdzie stopniu, lecz jednak wyraźnie, ściśliwość dolnego odcinka trzonu macicy. Tu należą znaczne tyłopochylenia, a zwłaszcza tyłozgięcia macicy, przy których również istnieje znaczne rozmięknienie ścian trzonu macicy, najwyraźniej występujące tuż ponad szyją maciczną. Tak więc mniejsze stopnie ściśliwości dolnego odcinka trzonu macicy nie mogą służyć za zupełnie pewną oznakę ciąży. Zato wysokie i najwyższe stopnie objawu HEGAR'a są niezawodnym jej dowodem. Zauważyć jeszcze trzeba, że ten wysoki stopień ściśliwości dolnego odcinka trzonu ciężarnej macicy istnieje tylko tak długo, dopóki jajo płodowe rozwija się bez przerwy; skoro zaś ciąża przerwana zostanie i objawy poronienia wyraźnie się zaznaczą, wtedy miękkość i zarazem ściśliwość dolnego odcinka znika bezpowrotnie. W macicy zaś połogowej miękkość ta i ściśliwość powracają na nowo, lecz nie ograniczają się już wtedy li tylko do ścian trzonu macicy, a rozszerzają się stale i na szyję maciczną, która, nawet w przypadkach wysokiego stopnia ściśliwości ścian trzonu macicy połogowej, nie bywa nigdy twardszą, aniżeli te ostatnie, lecz przeciwnie nierzadko nawet miększą się wydaje.

Na zakończenie upomina autor, aby badanie ciężarnych na objaw HEGAR'a wykonywano z wszelką ostrożnością; zbyt bowiem silne i długie, a także

zbyt często powtarzane badanie w tym kierunku może stać się przyczyną poronienia.

(*Volkm. Samml. klin. Vorträge. N. F. 1892. Nr. 58*). M. Zweigbaum.

2. Royet i Collet [z Lyonu]. O cierpieniu systemowem mózdzku i części rdzenia przedłużonego oraz mostu Warol'a w związku z nim będących (*Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protuberantielles*).

Chory, który dostarczył materyału do pracy autorów, był przez nich obserwowany przez kilka lat. Przedstawiał on za życia objawy właściwe rozszanemu stwardnieniu ośrodków mózgo-rdzeniowych: drżenie kończyn górnych, zwiększające się, lub wyłącznie tylko przy ruchach dowolnych występujące; drżenie języka; bieganie gałek ocznych (*nystagmus*) przy ruchach oczami; zaburzenia mowy [powolna, niewyraźna]; wzmożenie odruchów kolanowych; chwilowo sztywność tetaniczna mięśni kończyn dolnych; *clonus pedis*; chwiejność przy staniu, nie zwiększająca się przez zamknięcie oczu; brak zaburzeń czuciowych; wreszcie objaw, opisywany [LOERI, KRZYWICKI] od lat kilku jako prawie wyłącznie rozszanemu stwardnieniu ośrodków nerwowych właściwy—drżenie strun głosowych.

Badanie drobnowidzowe ośrodków nerwowych w pracowni prof. PIERRET w Lyonie, po śmierci chorego dokonane, nie wykryło żadnych zmian w rdzeniu kręgowym, ani w mózgu; natomiast znaleziono stwardnienie (*sclerosis*) mózdzku, stwardnienie i zanik odnóg mózdzkowych średnich (*pedunculi cerebellares mediae*), które, jak wiemy, normalnie, opuściwszy mózdzek, biegną w poprzek mostu WAROL'a i głównie przyczyniają się do nadania mu tej nazwy. Skutkiem zaniku tych odnóg mózdzkowych średnich most WAROL'a w przypadku autorów, był bardzo ścięczały, jakby rozplaszczony.

Zanikły nie tylko włókna nerwowe, odnogi te stanowiące, lecz i liczne nagromadzenia komórek nerwowych, normalnie między temi włóknami istniejące. Zwyrondniate i zanikłe włókna autorowie mogli śledzić między piramidami, aż do *raphe*. Nadto zwyrondnieniu zupełnemu [komórek i włókien] uległy oliwki dolne [t. zw. bulbarne] i paroliwki i to z obu stron. Oliwki górne były niedotknięte. Jądra nerwów mózgowych, leżące na podstawie 4-ej komórki mózgowej, a specjalnie tych nerwów, które służą do artykulacji głosu (*nuclei nn. hypoglossi, facialis*), a także i pnie tych nerwów, znaleziono niezmiennymi.

Objawy więc, obserwowane u chorego za życia, nie zależały od rozszanego stwardnienia ośrodków nerwowych (*sclerosis disseminata*), lecz od stwardnienia mózdzku, oliwek i odnóg mózdzkowych średnich.

Podobne zwyrondnienie bulbo-protuberancyjne następuje po cierpieniu mózdzku, z podobnymiż objawami za życia, opisał w roku 1872 PIERRET.

Z przypadków tych autorowie wyciągają kilka wniosków anatomicznych i klinicznych. Przedewszystkiem wnoszą o związku mózdzku z oliwkami, co wreszcie jest faktem znanym, gdyż przy zaniku lub wycięciu półkuli mózdzku zanika zawsze przeciwna oliwka; dalej, sądzą oni, iż połączenie to mózdzku z oliwką odbywa się i przez odnogi mózdzkowe średnie, lecz nie bezpośrednio, bo i komórki nerwowe między włóknami odnóg mózdzkowych średnich w war-

stwach powierzchniowych mostu WAROL'a znajdujące się, biorą w tem udział. Że zaś też komórki zanikają i przy zwyrodnieniu pęczka piramidalnego [biologicznego początek w substancji korowej mózgu], mówiłoby to za tem, iż są one w związku i z mózdzkiem i z mózgiem, co jest w zgodzie z obecnymi danymi o czynności mózdzku.

Stara teoria POURFOUR DU PETIT'a, czyniąca mózdzek siedliskiem *sensorii communis*, miejscem, w którym się kończą pęczki tylne [czuciowe] rdzenia kręgowego, straciła zupełnie kredyt, na korzyść teorii, wedle której mózdzek jest organem ruchu [centrem koordynacji ruchów—FLOURENS, LUSANA; centrem tonusu mięśni—LUCIANI].

Klinicznie przypadek autorów jest ważnym z tego względu, iż dowodzi, że pewną grupę objawów podobnych — jeśli nie identycznych — do tych, jakie cechują stwardnienie rozsiane ośrodków mózgo-rdzeniowych, może dawać stwardnienie pewnego systemu mózdzkowego, a mianowicie samego mózdzku — które w swym przypadku uważają autorowie za cierpienie pierwotne — odnóg mózdzkowych średnich i oliwek.

Przeoglądając opisy przypadków stwardnienia mózdzku [PIERRET, MEYNERT, SCHULTZE, MENZEL, SEPPILI i t. p.], autorowie przekonali się, iż jako objawy występujące za życia, podane w nich są: drżenie, zaburzenie mowy, *nystagmus*, zwiększenie odruchów kolanowych, sztywność mięśni i t. d., jednym słowem: objawy właściwe i stwardnieniu rozsianemu. H. SPENCER w przypadku guza w mózdzku widział za życia drżenie strun głosowych, ruchów podniebieniowych i *m. constrictoris superioris pharyngis* (*nystagmus pharyngo-laryngeus*).

Dalsze obserwacje wykażą pewne właściwości, różniące stwardnienie rozsiane od stwardnienia mózdzko-oliwkowego, tymczasem autorowie zwracają uwagę na *titubatio* i zaburzenia w koordynacji, tak charakterystyczne dla cierpienia mózdzku, a które istniały i w ich przypadku.

(*Archives de Neurologie*, 1893. Nr. 81).

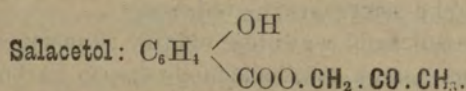
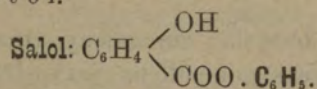
W. Gajkiewicz.

Wiadomości terapeutyczne.

—§—§—

1 **Salacetolum. Salacetol.** Prof. BOURGET z Lozanny i jego asystent BARBEY (*Terap. Monatsh.*, 1893. XI) opisali w ostatnich czasach nowy przetwór salicylowy — pod nazwą salacetolu.

Salol, wytworzony w r. 1886 przez prof. NENCKIEGO, jest, jak wiadomo, związkiem kwasu salicylowego z fenolem, czyli salicylanem fenylu. Otóż, salacetol różni się tem od salolu, że zamiast fenolu wchodzi tu do związku **a c e t o l**.



Nowy ten związek otrzymuje się przez ogrzewanie jednochloracetonu ze salicylanem sodu. Przedstawia się w postaci delikatnego, błyszczącego, krystalicznego proszku. Bardzo trudno się rozpuszcza tak w wodzie gorącej, jako też

w zimnej. Łatwo się rozpuszcza w gorącym alkoholu, w eterze, chloroformie, benzolu. Smak ma gorzki.

W roztworze alkalicznym, np. w 0,6 procentowym ługu sodowym, salacetol rozpuszcza się, rozszczepiając się na swe części składowe. Zupełnie tak samo, jak wiadomo, zachowuje się salol i z tej własności korzystamy, chcąc przeprowadzić dezynfekcję kiszek. W niektórych jednak szczególnych razach przy wewnętrznem stosowaniu salolu dość szybko zaczynają występować objawy otrucia fenolem. Słów kilka musimy tu poświęcić wyjaśnieniu, w jakich warunkach owo otrucie zwykle występować, a przez to łatwo zrozumiemy, na czem może polegać wyższość salacetolu nad salolem.

W kiszkaach cienkich, pod wpływem soku trzustkowego, żółci i soku kiszkowego, a więc pod wpływem roztworu alkalicznego, salol rozszczepia się na kwas salicylowy i fenol. Oddzielony kwas salicylowy przechodzi dość szybko w salicylan potasu lub sodu; fenol, czyli kwas karbolowy, podlega również pewnym przemianom i przez to staje się nieszkodliwym dla organizmu, tak, że w ten sposób organizm ludzki może bez szkody względnie dość duże dawki fenolu znosić.

Fenol [kwas karbolowy] sam przez się jest substancją trującą: u dorosłych już po 0,50, a u dzieci po jeszcze mniejszych dawkach występują najczęściej objawy otrucia, a jednakże salol można bezkarnie podawać przez dłuższy czas w dawce dziennej 8,0 — 10,0, co wynosi mniej więcej 3,0—4,0 czystego kwasu karbolowego. Że w tych razach nie następuje otrucie, to zależy od tego, iż kwas karbolowy w wątrobie, albo, już może, w błonie śluzowej kiszek dość szybko przemienia się na siarko-karbolan potasu lub sodu, a zatem na związek, który jest bardzo łatwo rozpuszczalnym, łatwo wydzielającym się z ustroju i nie trującym. W ten sam sposób organizm ludzki w warunkach prawidłowych uwalnia się od szkodliwych substancji, które się tworzą w kiszkaach cienkich wskutek rozkładu substancji białkowych przez drobnoustroje. Owe produkty rozkładu białka są po większej części trujące [fenol, skatol, indol i t. d.], ale wskutek połączenia się z siarczanami alkalicznymi stają się nieszkodliwymi i łatwo z organizmu wydalają się z moczem.

Ztąd łatwo zrozumieć, że, gdzie podobnego rodzaju związki mają się wytwarzać, tam znajdować się powinna dostateczna ilość siarczanów alkalicznych; w przeciwnym bowiem razie wessany i niezmieniony kwas karbolowy wywoła objawy otrucia.

Z drugiej strony ze znajomości tego faktu korzystamy przy otruciach karbolem, podając, jak można, najszybciej dużą dawkę siarczanu sodu. O prawdziwości tego poglądu przekonywa istotnie praktyka: przy otruciach karbolem wczesnie podana odpowiednio duża dawka siarczanu sodu [20,0—30,0 i więcej] szybko usuwa groźne objawy.

Jeżeli salol wywołuje objawy otrucia, to domyślać się należy, że ustrój nie mógł całego oswobodzonego kwasu karbolowego zamienić na siarko-fenolan alkali. W tych razach zatem należałoby jednocześnie obok salolu podawać odpowiednią ilość siarczanu sodu.

Otóż, przy stosowaniu salacetolu niema obawy otrucia. Związek ten w kiszkaach rozszczepia się na kwas salicylowy i acetyl. Kwas

salicylowy zachowuje się tak samo, jak wyżej wzmiankowano, mówiąc o salolu, a acetonol bardzo szybko wydalą się z organizmu albo w postaci acetonu, albo w postaci związków utlenionych i żadnej szkody nie przynosi organizmowi. W tem właśnie leży wyższość salacetolu nad salolem.

Po rozszczepieniu salacetolu w kiszka**ch** bardzo szybko następuje wessanie kwasu salicylowego. W kwadrans po zażyciu salacetolu już w moczu można wykryć pierwsze ślady kwasu salicylowego. Salacetol, rozpuszczony w olejku rycynowym, jeszcze szybciej wydalą się z organizmu. Prawdopodobnie, że pod wpływem lekko drażniącym, jaki wywiera olejek rycynowy, soki trawienne [sok trzuskowy, żółc i t. d.] daleko obficiej się wydzielają, a przez to rozszczepianie salacetolu następuje z większą energią. Zresztą wessaniu sprzyja również i zwiększony ruch perystaltyczny kiszek.

Nawiasowo zaznaczyć tu należy, że mieszanina salacetolu z olejkiem rycynowym w stosunku 1:8, lub 1:6, ogrzana, a następnie ostudzona, przedstawia się jako masa skrzepła.

Wydalanie salacetolu z organizmu przychodzi do skutku względnie bardzo szybko; dwa gramy wzmiankowanej substancji w ciągu 24—36 godzin zostają zupełnie wydalone z organizmu.

Wessanie salacetolu przez skórę zależy od środka, z którym salol został zmieszany. Po wcieraniach maści z wazeliną [1:10] salacetol nie zostaje wessanym, tak, że po kilkakrotnem wtarciu takiej maści niepodobna w moczu wykryć ani śladu kwasu salicylowego. Jeżeli zaś zamiast wazeliny, użyjemy sadła, to w 3½—4 godzin po wtarciu można wykryć w moczu kwas salicylowy. Jeżeli mieszaninę salacetolu z sadłem lekko ogrzejemy i dodamy 10% olejku terpentynowego, to salacetol się rozpuści, a taka mieszanina po oziębieniu przedstawia masę dogodną i bardzo łatwą do wessania. Ten sam wynik można otrzymać, rozpuściwszy salacetol w chloroformie i zarobiwszy to na masę z sadłem, do którego dodano nieco lanoliny.

Zastosowanie lecznicze. Salacetol polecić można do leczenia cierpień przewodu kiszki**we**go; według zapewnienia BOURGER'a i BARBER'a, jest to jeden z najlepszych i najpewniejszych środków dezynfekcyjnych dla przewodu pokarmowego. Bardzo dobre wyniki dawał wzmiankowany środek przy biegunkach, podobnych do rozwolnień cholerycznych [choleryna]. W podobnych razach dorosłym w pierwszych dwóch dniach podawano 2,0—3,0 salacetolu w 20,0—30,0 gramach olejku rycynowego. Jeżeli rozwolnienie jeszcze dalej w tem samym natężeniu trwało i następnego dnia, to powtarzano jeszcze raz tę samą dawkę, a następnie podawano już sam czysty salacetol w ilości 2,0—3,0 na dobę.

Dzieciom należy przepisywać tyle decygramów salacetolu, ile dane dziecko ma lat.

Salacetol okazał się również bardzo skutecznym w przypadkach ostrego i przewlekłego gościeca stawów. Przy ostrym reumatyzmie stawów pierwszy efekt dawki dwugramowej salacetolu polega na tem, że ciepłota gorączkowa opada i bóle znikają, co następuje we dwie lub trzy godziny po przyjęciu leku. Jeżeli dawkę dwugramową podamy dwa lub trzy razy w cią-

gu dnia, to spadek ciepłoty gorączkowej można utrzymywać na tej samej wysokości. W największej liczbie przypadków około czwartego lub piątego dnia leczenia następował okres zdrowienia: chorzy tacy przeciętnie przyjmowali na dobę 4,0, 6,0 albo 8,0 salacetolu.

Jeszcze lepsze wyniki otrzymują BOURGET i BARBEY przy stosowaniu t. zw. metody złożonej leczenia, polegającej na tem, że chory dostaje rano i wieczorem po 1,0 salacetolu, a prócz tego w stawy, zajęte cierpieniem, wciera się maść ¹⁾ według następującego przepisu:

Rp. *Acid. salicylici*
Olei Terebinth.
Lanolini aa. 10,0
Axung. 100,0
M. f. unguentum. S. Zewnętrznie.

Przy stosowaniu nawet bardzo dużych dawek salacetolu nigdy nie spostrzegano objawów zatrucia.

Przy reumatyzmie mięśniowym przewlekłym otrzymywano również znaczną poprawę wskutek stosowania salacetolu.

W kilku przypadkach kamieni żółciowych salacetol dał bardzo dobre wyniki. Dawano w tych razach salacetol przez 3—4 tygodni po dwa gramy dziennie, albo w oleju rycynowym, albo w oleju migdałowym, albo też—zwłaszcza zimą—w tranie.

W końcu zaznaczyć tu należy, że na szczególne uwzględnienie zasługuje salacetol—przy leczeniu chorób dzieci.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— FOURNIER zauważył, iż w przebiegu syfilisu powstaje niekiedy postać epilepsji różna pod wielu względami od zwykłej epilepsji syfilitycznej. Tej ostatniej towarzyszą inne objawy cierpienia mózgowego, kończy się śmiertelnie szybko, lub, co częściej, leczą się pod wpływem kuracji specyficznej. Nowa postać epilepsji, przez F. wyróżniona, ma się cechować przeciwnie tem, iż nie towarzyszą jej inne objawy mózgowie, lecz epilepsja jest jedynym objawem cierpienia, i taką pozostaje do końca, iż jest cierpieniem uporczywym, iż nie ustępuje przy stosowaniu środków specyficznych, a przetwory bromowe nieco ją uspakajają. Postać tę F. nazywa „*épilepsie parasymphilitique*“.

— Znany jest stosunek przyczynowy między chorobami infekcyjnymi a rozsiażaniem stwardnienia ośrodków nerwowych. Cierpienie to, powstałe po tyfusie, opisali: MARIE, WESTPHAL, EBSTEIN, KÄHLER, CHAUFFARD, BAILLY, CLÉMENT, BOUVERET; po szkarlatynie: POLLORD; po dyfterytycie: SCHOENFELD, STADTHAGEN; po ospie: CHARCOT, BOURNEVILLE, WESTPHAL; po dysenterji: SCHWARTZ; po róży: GUBLER, JOLLY; po cholercie: JOFFROY, HIRSCHFELDER; po zimnicy: KÄHLER i PICK, FORTI i ANGELINI, BIGNAMI i BARTIAVELLI; po zapaleniu płuc: FRIEDREICH, WESTPHAL, JACCOUD, RICHARD, BORDONI; po odrze: BENSI, SHEPERS; po kokluszu: SPARKS. Do tego szeregu przybywa przypadek rozsianego stwardnienia i to u 6-letniego dziecka po influenzy, spostrzegany przez MASSALONGO i SILVESTRI.

— W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu d. 2 b. m. wybrani zostali: na prezesa prof. BARANOWSKI, na wiceprezesa kol. A. SOKOŁOWSKI, na sekretarza dorocznego kol. W. SZUMLAŃSKI.

¹⁾ O leczeniu gośca za pomocą zewnętrznego stosowania kwasu salicylowego będzie mowa w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog księgarni E. Wondego i S-ki za miesiąc Listopad r. 1893.

Collemplastra. Plastry kauczukowe podług systemu D-ra Unna.

Unguenta extensa podług systemu D-ra Unna.

Emplastrum adhaesivum americanum odznacza się nadzwyczajną lepkością.

Saponimenta, używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy chorobach skórnych: *lichthyoli* 10%, *pyrogali* 5%, *resorcini c. Natro salicilic. an* 10%, *picis liquidae* 10%, *Olei rusci spissi* 10%, *picis liquidae sulfuratum* 10 i 2%

Mydła przetłuszczone, podług systemu D-ra Unna: *lecznicze* (5% wolnego tłuszczu) z zapachem, *Karbolowe* 10% i 5%, *Salicylowe* 10%, *Sublimatowe* 25% na 1000, *dziegiowe* 10% i 20%, *siarczane* 10%, *ichtyolowe* 10%.

Mydło rezorcyno-salicylowe \hat{a} 3% używane z wielkiem powodzeniem przez D-ra Unna przy *eczema seborrhoem*.

Emplastrum plumbi simplex pulveratum (*ex oleo oliv. prov. paratum*) z dodatkiem amyli i *Acidi borici*.

Urethral-Antrophore używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy ostrych i przewlekłych tryprach: z *thalinum sulfuricum* 2 i 5%, *zincum sulfuricum* 0.25%, *resorcinum* 2.5%, *alumen* 0.2%—długości 3 i 22 ctm. Na żądanie przygotowuję i z innymi preparatami.

Oryginalne preparaty: *Oleum Rusci Hebrae*, *Oleum Rusci spissum*, *Tra Rusci Hebrae*, *Sapo kalinus Hebrae*.

Wyłączny skład ulepszonych suspensoryj *Langlebert'a*, które uznane zostały za najpraktyczniejsze i najwygodniejsze.

E. Jarnuszkiewicz.

52—1

Właściciel apteki Nowy-Świat Nr. 35.

APTEKA H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyżkiej.

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

do operacyi

fiaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów

Preparaty D-ra Hebra

Ungt. diach. Hebrae, Tr. Rusci v. Waldheim i Tr. Rusci własna—Ol. Rusci liquidum i Ol. Rusci spissum.

Wszystkie Wina lecznicze.

TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi środkami:

z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem żelaza, z fosforem i z jodkiem potassu.

J. RUTKOWSKI
Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna
 w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefon Nr. 155,

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni (*vacuum*).

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.

Wina lecznicze, przyrządzane na wyborowych gatunkach win francuzkich i hiszpańskich—własnego importu.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

0—1

WYROBY OPTYCZNE I CHIRURGICZNE

po cenach fabrycznych

podług cenników pierwszorzędných, znanych fabryk zagranicznych poleca

Centralny Magazyn Detaliczny

WŁADYSŁAWA NISENSEN

Warecka Nr. 10.

16—5

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Bielska 5 i Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—8

Najlepszym

10—1

przyjemnym do leczenia, naturalnym środkiem przeczyszczającym jest

FRANCISZKA JÓZEFA

Woda gorzka.

Zalecana przez pp. lekarzy.

10 złotych medali.

Sprzedawana jest wszędzie. **DYREKCJA W BUDA-PESZCIE.**

Uprasza się żądać wyraźnie *Wody gorzkiej Franciszka Józefa.*