

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dwa wypadki wrodzonego braku kości rzepkowej (*patella*). Przez Dra W. Körte, asystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu. — Rozprawy naukowe. O chorobach układu nerwowego. Wykłady kliniczne prof. Charcot (w Paryżu). Podał Dr Piotr Dubelt (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu). — Wiadomości bieżące. Terapia Ogólna. O nerwowych objawach, spowodowanych przez obce ciało w jamie bębenkowej. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II. ark. 25. Choroby z zatrucia ark. 10. Choroby płuc ark. 27. Hygieny ark. 19. Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich za rok 1874, zeszyt IV-ty.

Dwa wypadki wrodzonego braku kości rzepkowej (*patellae*).

Przez Dra W. Körte, asystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu.

Podczas lata 1875 roku przypadkowo znalazłem zupełny brak kości rzepkowej u dwojga dzieci, przyjętych do kliniki chirurgicznej Strassburgskiej z powodu wrodzonego zboczenia w położeniu kończyn. Z powodu rzadkości tej sprawy, pozwolę sobie oba spostrzeżenia w krótkości opisać i spróbuję je wyjaśnić.

I. Pierwszy wypadek tyczył się 2 1/2 rocznej dziewczynki z Leberau w Alzacyi, która oddana nam była do leczenia w lipcu 1875 r. Dziecko to pochodzi ze zdrowych rodziców i posiada kilka sióstr także zupełnie zdrowych. O zboczeniach w przebiegu ciąży niczego się nie można było dowiedzieć. Dziecię urodziło się mając stopki założone na barkach i kończyny wyciągnięte wzdłuż tułowia. Ramiona były skrzyżowane na piersiach, przedramiona w położeniu nawrotném, a dłonie razem złożone. Zaraz po porodzie spostrzeżono obecnie istniejące zboczenia, które się wcale od owego czasu nie zmieniły. Stan obecny przedstawia się w następujący sposób:

Dziecko na swój wiek jest dość dobrze rozwinięte. Zęby istnieją już w znacznej części, brak zupełny objawów krzywicowych. Intelligeneya znajduje się w stanie normalnym. Dziecko nie może stać ani chodzić. Obie dolne koń-

czyny są zupełnie sztywne, w biodrze są one zgięte i z pewną pomocą mogą być łatwo do góry na tułów założone, tak żeby stopy znajdowały się koło szyi. Stanie i chodzenie są niemożliwe, dziecko ciągle siedzi prosto. W stawie biodrowym kończyny są ruchome i z pomocą mięśni miedniczych mogą być wykonywane dosyć silne ruchy obrotowe. Wyprostowanie w biodrze jest utrudnionem. Mięśnie uda są węższe z wyjątkiem ksobnych, które są skurezone. Lewa kończyna jest na wewnątrz, prawa zaś na zewnątrz obróconą. W obu stawach kolanowych możliwe są tylko nieznaczne, bierne, chwiejne ruchy we wszystkich kierunkach. Czynnie stawy kolanowe poruszać się wcale nie mogą. Oba kłykiec udowe istnieją w zupełności. Kłykiec wewnętrzny z obu stron jest bardziej wystający niż zewnętrzny. Dół międzykłykciowy jest próżny, przy próbach zginania wyczuwa się wyraźnie ścięgno mięśnia czworogłowego uda (*m. ext. quadric. crur.*), przesuwające się w dole międzykłykciowym, nie dostrzega się jednak ani śladu jakiegś twardszej masy. Kości rzepkowe brakują. Stopy znajdują się w położeniu palcowem (*pes equinus*). Ścięgna Achillea są naprężone. Mięśnie goleni są bardzo węższe i zanikłe. Czynne ruchy stopy są niemożliwe. Skóra na dolnych kończynach jest grubą, w dotknięciu chłodną.

Pobudzalność elektryczna mięśni udowych i goleniowych jest bardzo zmniejszoną. Czuć normalne. Górne kończyny słabo rozwinięte. Przedramię i dłoń z obu stron są bardzo na wewnątrz obrócone (*pronatio*). Dłonie zgięte. Ramiona dziecię zwykle w taki sposób na piersiach krzyżuje, że dłonie są z sobą złączone. Palce są zgięte, paluchy ku dłoni nachylone. Palec piąty względem innych palców zachowuje położenie palucha. Ręce mogą być tylko bardzo mało używane, lewa ręka z trudem do ust przybliżyć się daje. Za przedmioty dziecię zawsze chwyta w położeniu ręki nawrotnem i umie je utrzymać. Pobudzalność elektryczna mięśni ramieniowych jest nieznaczna. Inne narządy ciała są w stanie zdrowia.

Leczenie polegało na stosowaniu elektryczności i ćwiczeń ortopedycznych. Stan kończyn górnych cokolwiek się poprawił, dziecię było w stanie trochę lepiej chwytać przedmioty. Co do dolnych kończyn, to za pomocą przecięcia ścięgna Achillea i opatrunku gipsowego poprawiono cokolwiek położenie stopy. W ogólności dało się bardzo mało osiągnąć i w listopadzie dziecię opuściło nasz zakład.

II. W zakładzie jednocześnie z poprzedniem znajdowało się siedmiotygodniowe dziecię z powodu wrodzonych ściągów (*contractura*) w obu stawach kolanowych. Było to pierworodne dziecię zupełnie zdrowych rodziców. Cięża przebiegała normalnie, a poród ukończył się siłami natury w położeniu czaszkowem. Według podania akuszerki miało odpłynąć bardzo mało wody płodowej. Od porodu do obecnej chwili dziecię znajduje się w jednakowym stanie, który poniżej opiszemy.

Dziecię jest dobrze rozwinięte, skórę ma wywiedłą, wiotką; karmionem jest przez matkę, pomimo to istnieje nieznaczne rozwolnienie. Rękoma porusza prawidłowo, nogi są przyciągnięte do tułowia. Kolana są silnie zgięte,

stopy znajdują się w położeniu palcowém (*spitzfußstellung*), a u jednej z nich spostrzega się umiarkowane położenie wywrotne (*supinatio*). Stopy mogą być na siebie zakładane. Dziecię utrzymuje ciągle nogi spokojnie w położeniu wyżej opisanym, porusza nimi nadzwyczaj mało; tylko w stawie biodrowym wykonywają się nieznaczne ruchy. Zgięcie istniejące w stawie biodrowym może być przez ciągnięcie cokolwiek wyrównanem, wkrótce jednak napotyka się na znaczny opór. Stawy kolanowe jeszcze trudniej wyprowadzić cokolwiek z ich stanu zgięcia, zaraz się uczuwa, że ścięgna zginaczy silnie się wyprężają. Stopy nie mogą być wyprostowane. Mięśnie uda są wątłe, szczególnie mięsień czworogłowy uda (*m. extensor quadriceps cruris*) jest bardzo niedostatecznie rozwinięty. Zginacze łąki są lepiej rozwinięte. Lewa kość udowa jest w średniej części cokolwiek zgrubiała i lekko wypukła ku górze i ku zewnątrz. Dolne końce stawowe uda, jako też guzowatość łąki (*tuberositas tibiae*) dają się łatwo wymacać, lewa łąka jest silnie obróconą na wewnątrz. W dole międzykłykciowym wyczuwa się ścięgno mięśnia czworogłowego, ale brak kości rzepkowej zarówno w wycięciu jak i na jednym z kłykciów.

Mięśnie dosyć dobrze kureczą się pod wpływem prądu elektrycznego, najleniwiej zaś względnie rozginacze. Czulość jest dobrze zachowana. Inne części organizmu znajdują się w stanie zdrowia.

Przy staranniej pieczy dziecko bardzo prędko się poprawiło. Stosowano codzienne kąpiele i ćwiczenia ortopedyczne dla zniesienia ściągów. Po pewnym czasie używano regularnie elektryczności. Ruchomość kończyn przytęm się powiększyła. Ruchy rozgięcia z początku bardzo ograniczone stały się obszerniejszemi. Za pomocą przecięcia ścięgna Achilleasa i następczego nałożenia opaski gipsowej nadano stopie lepsze położenie.

Na początku listopada dziecko było wypuszczone z istotnym polepszeniem. Kończyny w stawie biodrowym i kolanowym mogły być rozginane aż do utworzenia się kąta tępego. Kureczliwość mięśniowa poprawiła się pod wpływem elektryczności, dziecko było w stanie poruszać nogami. Matee zakazano stosować dalej ćwiczenia ortopedyczne, aby z ich pomocą stawom dolnych kończyn nadać lepsze położenie.

Po sprawdzeniu w obudwu tych wypadkach braku kości rzepkowej, zajęłem się wyszukiwaniem bliższych wiadomości o zdarzaniu się tego zбочenia. W podręcznikach naukowych nie prawie o niem nie znalazłem, i po przejrzeniu literatury, o ile to było w mojej możności, zdołałem wyszukać tylko pięć wypadków analogicznych. Z tych nie wszystkie są dokładnie opisane, tak że wiele punktów w nich ciemno się przedstawia.

Przy porównawczem jednak rozpatrzeniu tych siedmiu spostrzeżeń wykazują się pewne wspólne oznaki, mogące rzucić trochę światła na sposób powstania tego cierpienia. Dla tego myślę przytoczyć tutaj w krótkości owe 5 opisanych spostrzeżeń.

v: Ammon (Die angeborenen chirurg. Krankheiten des Menschen. S. III ff. Taf. 26. 1) znalazł to zбочenie u chłopca 1½ rocznego, pochodzącego ze zdrowych rodziców, który przyszedł na świat ze stopami założonemi na

barki. Stawy biodrowe były normalne, mięśnie uda bardzo wátłe. Kłykie udowe były dobrze rozwinięte, kłykieć wewnętrzny bardziej sterczał. W kolanach możebne były ruchy chwiejne we wszystkich kierunkach, obie kości rzepkowe brakowały, na miejscu ich istniały poprzeczne fałdy skóry. Golenie składały się tylko z jednej kości, obustronnie *pes equino-varus*. Ręce koszlawe (*Klumphande*), chodzenie i stanie niemożebne.

W drugim wypadku podanym przez Wutzera (*Müller's Archiv* 1835 *Angeborene Missbildungen der Kniee*), u chłopca sześciomiesięcznego ruch w stawach kolanowych był ograniczony. Końce stawowe uda z przodu przedstawiały się bardzo płaskimi, kości rzepkowe brakowały. Biernie możebne były tylko nieznaczna hyperekstensya i zgięcie. Stawy biodrowe okazywały się bardzo ruchomemi.

U pewnego chłopca, urodzonego przez zdrową matkę przy pomocy obrotu i zmarłego w 13-ym miesiącu życia. Friedleben (*Jahrb. f. Kinderheilk.* III. Schmidt's *Jahrb.* 112) znalazł, że górna część obu kości udowych składała się z masy więzadłowej (*Bandmasse*) od miednicy odchodzącej. Dolne końce stawowe kości udowych były prawidłowo rozwinięte, zarówno jak i końce stawowe goleni. Powierzchnie stawowe były nieprzesuwalne. Kości rzepkowa i łydkowa obustronnie brakowały. Oprócz tego istniały niekształtności (*Missbildungen*) obu kończy górnych.

Czwarte spostrzeżenie zostało podane przez Moor'a (*Langenbeck's Arch.* 17. *Angeb. Luxat. der Tibia nach vorn*). Dziecko urodziło się w położeniu czaszkowem z prawą stopą na prawy bark założoną. Rodzice i liczne rodzeństwo byli zdrowi. Powierzchnia stawowa goleni leżała pionowo na przedniej powierzchni końca stawowego uda. Przy zgięciu prawego uda można za pomocą lekkiego nacisku końce palców do piersi przyłożyć. Mięśnie prawego uda były w stanie prawidłowym. Mięsień czworogłowy uda przyczepiał się do guzowatości goleniowej za pomocą dobrze wyczuwalnego, wazkiego ścięgna: prawa kość rzepkowa brakowała. Zwichnięcie dawało się znieść za pomocą lekkiego pociągnięcia goleni, potem jednak natychmiast powracało. Przez zastosowanie mocnego obandażowania dało się osiągnąć pewne polepszenie.

Nakoniec znalazłem jeszcze jedno zadziwiające, ale na nieszczęście bardzo niedokładnie opisane spostrzeżenie w „*The Lond. med. Gaz.* 1833. 19 Jan. Tam mianowicie bez podania autora znajduje się wiadomość, że w szpitalu św. Jerzego przebywa chory u którego brak zupełny kości rzepkowych. Kolana jego mają być bardziej płaskie niż zwykle, ale pomimo tej niekształtności zdolne do funkcyonowania, tak że chory może ujsć kilka mil. Zboczenie to jest w jego rodzinie dziedziczném: ani dziadek, ani ojciec kości rzepkowych nie posiadali. Bliższych danych, niestety, nie pomieszczono.

Jeżeli porównamy charakterystyczne objawy, jakie dostrzeżono w powyżej przytoczonych wypadkach, to widzimy, że sześć pierwszych wypadków zgadza się z sobą pod wielu waznemi względami i tylko ostatnie spostrzeżenie, zresztą bardzo niedokładnie opisane, wyróżnia się.

Ruchy biernie stawu kolanowego uległy zmianie we wszystkich sześciu

wypadkach. W czterech z nich, spostrzeganych przez Wutzer'a, Friedleben'a i przezemnie, ruchy te były ograniczone—dały się biernie wykonać tylko bardzo nieznaczne ruchu zgięcia i rozgięcia, a często też i ruchy boczne. W wypadku v. Ammon'a podana jest nieprawidłowa ruchomość we wszystkich kierunkach, ale nie ma żadnej wzmianki o rozległości ruchów.

Moor znalazł zwicnięcie goleni ku przodowi, po odprowadzeniu którego były możebne bierne ruchy zgięcia i rozgięcia. Jestto jedyny wypadek, w którym zboczenie opisywane było połączone ze zwicnięciem w stawie kolanowym. W opisach wrodzonych zwicnięć kolanowych znalazłem kilka razy (np. przez Malgaigne'a) podaną niezwykle małość kości rzepkowej, ale brak jej zupełny był spostrzeżony tylko w tym jednym wypadku (Moor'a).

Co się tyczy ruchów czynnych, to w największej liczbie wypadków brak danych, tylko kilka razy zauważono, że mięśnie uda, mianowicie *ext. quadric. cruris.* (czworogłowy uda) były bardzo wątłe. U obu moich pacjentów ruchy czynne nie istniały, u starszego dziecka przedstawiało się zupełne porażenie mięśni poruszających kolanem, które nie poprawiło się nawet pod wpływem elektryczności; u drugiego zaś porażenie z początku także zupełne, zmniejszyło się cokolwiek pod wpływem elektryczności.

Chodzenie i stanie przy obustronnym braku kości rzepkowej było zawsze niemożliwem, z wyjątkiem tylko jednego wyżej wspomnianego wypadku; przy jednostronnym zaś braku, chód niepewny umożliwiano za pomocą opatrunku gipsowego i przyrządów podtrzymujących.

Szczególne ułożenie płodu podczas porodu spostrzegane było trzy razy (v. Ammon, Körte). Dzieci przychodziły na świat z kończynami wyciągniętymi wzdłuż tułowia i ze stopami założonemi na barki.

Matka jednego obserwowanego przezemnie dziecka podawała, że, według zapewnienia akuszerki, straciła bardzo mało wody płodowej. Dziecko to przedstawiało na lewej kości udowej bardzo charakterystyczne wygięcie ku górze i na zewnątrz, połączone w tém miejscu ze zgrubieniem kości. Zboczenie to, według podań zresztą zupełnie wiarogodnej matki, trwa od urodzenia. Ponieważ podczas porodu nie przedsiębrano żadnych rękoczynów, to zboczenie to można z wielkiem prawdopodobieństwem uważać jako pozostałość po złamaniu wewnątrzmacicznem, dokonaniu się którego sprzyjała niedostateczna ilość wody płodowej. W pozostałych wypadkach nie można się było dowiedzieć o żadnem zboczeniu w przebiegu ciąży.

U obu obserwowanych przezemnie dzieci zajmującą była ta okoliczność, że można było z wielką łatwością nadać im to ułożenie, jakie miały podczas życia płodowego (*die fötale Stellung*). Gdy u 2½ rocznej dziewczynki założono obie kończyny na tułów, co z łatwością dawało się uskuteczyć, to pozostawała ona bardzo długo w tém położeniu i, mając ramiona skrzyżowane na piersiach, naśladowała w zupełności to ułożenie, w jakim znajdowała się w łonie matki. Bardzo typowem było ułożenie, w którym się drugie dziecko przedstawiało: ze zgiętymi w biodrze i udzie i do tułowia przyciągniętymi kończynami i ze stopami leżącymi na sobie. Malec zachowywał to poło-

żenie nie tylko kiedy go pierwszy raz widziałem w 7-mym tygodniu życia, t. j. w wieku, w którym wszystkie dzieci okazują jeszcze skłonność do takiego ułożenia członków, jakie istniało podczas okresu płodowego ich życia, ale także przez cały ciąg obserwacji, więcej niż pół roku trwającej, okazywał on dążność do takiego układania się.

Z okoliczności tej można wnioskować z wielkiem prawdopodobieństwem, że dzieci te w łonie matki przez długi czas zachowywały bez zmiany jedno i to samo ułożenie.

W większej części przytoczonych wypadków znaleziono także inne zbożenia, jak brak kości łydkowej lub jednej z kości przedramieniowych. wykrzywienia stopy lub dłoni. We wszystkich jednak istniała zdolność do życia i nie było ważniejszych zmian w narządach wewnętrznych.

Z powyższego więc okazuje się, że u wszystkich dzieci, u których spostrzegano brak kości rzepkowej, musiała za życia płodowego przez dłuższy lub krótszy czas istnieć ograniczona ruchomość dolnych kończyn. To ograniczenie ruchów spowodowanem było w wielu wypadkach przez zupełnie wyprostowane położenie kończyn w macicy, w dwóch wypadkach przez wrodzone porażenie, w jednym wypadku przez zupełnie nieruchome połączenie końców stawowych uda i goleni, raz nakoniec prawdopodobnie z powodu małej przestronności macicy. W wypadku Wutzer'a nie mamy żadnych danych anamnestycznych.

Co się tyczy rozwoju kości rzepkowej, to o nim w ogóle wiemy bardzo mało pewnego. Hueter (*Gelenkrankheiten*) podaje, że ona powstaje bardzo wczesnie, że z początku znajduje się głębiej w jamie międzykłykciowej i dopiero później przez wydoskonalenie się ruchów zgięcia i rozgięcia zostaje pociągniętą do góry.

Albrecht (*Beitr. zur Tensionstheorie des Humerus, und zur morphol. Stellung der Patella in der Vierbelthierreihe. Dissert. Kiel 1875*) znalazł ją już u 9-ciomiesięcznego zarodka cielaka. W obszerniejszym krytycznym rozborze dowodzi on, że zarówno historia rozwoju jak i anatomia porównawcza wykazują, że rzepkę należy uważać za kość trzeszczkową (*os sesamoideum*), która powstaje w tem miejscu, w którym mocne ścięgno mięśnia czworogłowego przechodzi ponad kłykcami uda i przy każdej ekskursyi stawu powoduje tarcie—w takiż sam sposób, w jaki tworzą się kości trzeszczkowe około pierwszego stawu dłoniopalcowego i około pierwszego stawu śródstopopalcowego. Na kończynie górnej odpowiada jej nie wyrostek łokciowy, ale rzadko istniejąca kość trzeszczkowa w ścięgnię mięśnia dwugłowego ramienia (*patella brachialis*). Podług tego więc ruchy mięśniowe, które, według nowszych poglądów wywierają tak istotny wpływ na powstanie i rozwój stawów, odgrywają także bardzo ważną rolę w utworzeniu się kości rzepkowej. I podczas życia zewnątrzmacicznego dalszy rozwój rzepki zależy od czynności stawu kolanowego. W stawach kolanowych, które od dzieciństwa bardzo mało są czynne, rzepka pozostaje niewielką. Już Ammon podaje (l. c.), że przy znacznych wrodzonych

wykrzywieniach stopy rzepka pozostaje po największej części małą z powodu ograniczonego używania stawu kolanowego.

Lucke (Ueber den angeborenen Klumpfuß. Volkmann's klin. Vortr.) także mówi, że przy silnych wrodzonych wykrzywieniach stopy rzepka przedstawia się bardzo mało rozwiniętą. Pierwszy z nich spostrzegł nawet w kilku wypadkach, że po wyleczeniu za pomocą operacji następował dokładniejszy rozwój rzepki, w skutek lepszej ruchomości stawu kolanowego.

Jako przyczynek do tej mechanicznej teoryi powstania i rozwoju kości rzepkowej mogą także służyć dwa spostrzegane przezemnie wypadki, w których przy znacznie lub też zupełnie ograniczonych ruchach stawu kolanowego podczas życia wewnątrz macicznego, utworzenie się rzepki wcale nie miało miejsca.

O chorobach układu nerwowego.

Wykłady kliniczne Prof. Charcot (w Paryżu).

Podał Dr Piotr Dubelt.

(Dalszy ciąg).

Zboczenia odżyweze przy chorobach nerwów.

Przedewszystkiem zatrzymajmy się nad chorobami obwodowych nerwów, one bowiem przedstawiają najprostsze do zbadania stosunki.

W tym przedmiocie chirurgia dostarcza nam ważnego materiału, ponieważ traumatyczne zmiany w nerwach u człowieka w ten sposób powstają, że dają się z łatwością u zwierząt sztucznie wywołać i z ostatnimi porównane być mogą.

A. Zaraz na wstępie podam panom zasadniczy, jak sądzą, podział którego znaczenie wkrótce ocenić będziecie:

1) Naprzód, skaleczenie nerwu polega na zupełnym przecięciu i tu w ogólności skutek jest bardzo prosty, bo nieczynność nerwu.

2) Powtórę — przez zranienie, zgniecenie, rozszarpanie, nerw przywiedziony bywa w stan rozdrażnienia. Wtenczas — i wyłącznie tylko wtenczas — następują zboczenia odżyweze, na które chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę panów, niemi bowiem zajmować się obecnie będziemy.

Zmiany w nerwach spowodowane przez trauma, mogą wywołać chorobowe zboczenia w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, stawach i kościach. Ostatnia wojna amerykańska podała sposobność do ważnych w tym przedmiocie spostrzeżeń; opisali je S. W. Mitchell, G. R. Morehouse i W. Keen w bardzo zajmującym dziele, z którego często będziemy korzystali ¹⁾. Zawdzię-

¹⁾ S. Weir, Mitchell, G. R. Morehouse i Keen. Gunshot Wounds and other Injuries of the Nerves. Philadelphia 1864. Także w Arch. gen. de Médec. 1865. T. I.

czany też mojemu dawnemu uczniowi, zbyt wczesnie zgasłemu Mongeot, godne uwagi opracowanie zmian na skórze, jakie przy skaleczeniach obwodowych nerwów przychodzą. Rzecz prosta, że nie będziemy się mogli tutaj szczegółami zajmować i tych panów, którzyby chcieli bliżej ten przedmiot poznać, musimy odesłać do dzieła Mongeot'a ¹⁾.

a) Zmiany na skórze. Tu należące zmiany, które przy skaleczeniach nerwów przychodzą, są dwojakiego rodzaju: 1) Do pierwszej grupy należą różnorodne wypryski, najczęściej przychodzące w formie mniejszych albo większych pęcherzyków. Musimy nadewszystko wspomnieć o Zoster (*Zona*), bo ten daje się w podobnych razach dość często spostrzegać i dla tego „*Zoster traumaticus*“ nazwany został. Ogłosiłem już dawniej ładny tego rodzaju wypadek, jaki w klinice mego przewodnika Rayer'a widziałem ²⁾. Amerykańscy chirurdzy opisali pod nazwą „egzematycznego wyprysku“ takie cierpienie skóry, które do powyższego zdaje się być bardzo zbliżone. 2) Drugą gromadą tworzy *pemphigus*. Występuje on w postaci pęcherzyków, na różnych miejscach odpowiadających przebiegowi skaleczonego nerwu; a wracając od czasu do czasu pozostawia prawie nie niknące blizny. Tego rodzaju wypryski pokazują się tu i owdzie przy nieprawidłowych bliznach i są prawdopodobnie następstwem drażnienia, jakiemu nerw przez zbitą tkankę uciśnięty albo zgnieciony ulegać musi. 3) Chcemy tu wspomnieć o zaczerwienieniu skóry, które nam *Erythema pernio* (czerwonosć przy odziębieniu) przypomina; wymienimy dalej rodzaj obrzęku skóry i tkanki podskórnej, o którym już Hamilton wzmiankował i który za wrzód uchodzić może (falszywy wrzód, *faux phlegmon*).

1) J. B. A. M o n g e o t, Recherches sur quelques troubles de nutrition consecutifs aux affections des nerfs. Paris 1867.

2) Chory, w r. 1851 na oddział R a y e r'a przyjęty, podczas rozruchów 1848 r. był kulą trafiony w dolną i przednią okolicę uda. W jakiś czas po zagojeniu rany wystąpił w rzezonym udzie mocny ból trwający prawie ciągle i wzmagający się peryodycznie. Ból ten, który się zdawał wychodzić z blizny, rozszerzał się aż na górną powierzchnię stopy i odpowiadał widocznie przebiegowi nerwu. Obok opierającej się wszelkim środkiem neuralgii, przez czas znajdowania się chorego w szpitalu Charité, występowały często herpetyczne pęcherzyki; tworzyły one gromadki zupełnie do *herpes zoster* podobne i zajmowały te miejsca skóry, które się odznaczały bolesnością. (C h a r e o t, Sur quelques cas d'affection de la peau dependant d'une influence du systeme nerveux. Journal de Physiologie, T. II. N. 5. styczeń 1859). W tem samym piśmie znajdujemy podobny wypadek opowiedziany przez R o u g e t'a: Jeden wieśniak, przeskakując przez rów, przestrzelił sobie środkową część wewnętrznej powierzchni ramienia. Na dniu 8 centymetrów szerokiej rany widac było tętnicę ramieniową, przedartą żyłę odłokciową i kilka pogniecionych nerwów, szczególnie skórny wewnętrzny. Rana zablizniła się dosyć prędko, ale po upływie 2 albo 3 miesięcy na wewnętrznej powierzchni przedramienia pokazał się wyprysk do zoster podobny i zajął 4 do 5 centymetrów wynoszącą przestrzeń znieczulonej skóry. Przykłady tego rodzaju wyprysku po uderzeniu (O p p o l z e r), po nadmiernem wytężeniu (T h o m a s) nie należą do rzadkich (S. M o n g e o t, l. c. p. 38).

4) Wreszcie następują zboczenia przez angielskich autorów Glossy skin nazwane a dosłownie „gładką skórę“ (*peau lisse*) oznaczające. Skóra bywa rzeczywiście połyskująco-gładka, biała, niedokrewna, gruczoły potowe zanikłe, ich wydzielina zmniejszona. Przeskórek zgrubiały, jak również paznokcie, które są przytem dziwnie pokrzywione. Krótko mówiąc, jest to szczególny rodzaj zapalenia prowadzący do zaniku właściwej skóry i przypominający bardzo zmiany, jakie przy tak zwaney scleroderмии widzieć się dają.

b) Zmiany w mięśniach. Mięśnie z nadzwyczajną szybkością zanikają i tracą w części, albo nawet zupełnie swoją kurezliwość i wtenczas prąd elektryczny pobudzić ich nie może. Tym przedmiotem osobno zająć się musimy.

c) Zmiany w stawach. Skaleczenie nerwów wywołuje w stawach objawy zapalne, mające wielkie podobieństwo do pół ostrego reumatyzmu. Zanik w ogólności prowadzi bardzo prędko do ankylozy.

d) Zmiany w kościach. Często w podobnych warunkach powstaje zapalenie okostnej, przy którym często i kość pruchnieje.

Nie będziemy przedłużali sumarycznego wyliczenia, które i tak już celowi naszemu wystarczy. Weźmiemy natomiast pod rozwagę i postaramy się jak najdokładniej ocenić te szczególne warunki, pod których wpływem skaleczenie nerwu do odżywezych zboczeń prowadzi.

Paget, który między innymi i powyższe warunki drobiazgowo badał, wyznaje z całą szczerością iż w tym względzie nie rozstrzygać nie może. Wyżej wymienieni amerykańscy chirurgowie szczęśliwszymi byli; ich zaś twierdzenia są dla nas tém większej wartości, że opierają się na empirycznych dowodach i wolne są od wszelkiej, naprzód wyprowadzonej doktryny.

Po zrobieniu uwagi, której zresztą i Paget nie pominął, że następowe zmiany są zawsze poprzedzone bólem (*Burning pains*) albo występują z nim razem; że ten zostaje w związku ze stanem rozdrażnienia skaleczonego nerwu i nakoniec, że w takich razach znieczulenie nie daje się nigdy dostrzegać, kładą oni największy nacisk na to, iż w mowie będące zmiany przychodzą zwyczajnie po kontuzji, przebiciu, niezupełném przecięciu nerwu, słowem, po traumatycznie działających przyczynach, które do zapalenia nerwu, a co najmniej do neuralgicznego stanu prowadzą. Z równym naciskiem przeciwstawia nasi autorowie ten fakt, że zupełne przecięcie nerwu takich zmian nie powoduje, ponieważ jedynem jego następstwem jest brak czynności nerwowych.

Na ostatek dodać musimy, że zmiany w obwodowych częściach, które podrażnieniu nerwu swój początek zawdzięczają, przychodzą najczęściej samodzielnie bez współdziałania zewnętrznych wpływów, np. ucisku ¹⁾. To są jednak tylko bardzo ogólne warunki i należałoby dalej poszukiwać, czy czasem zajęte nerwy takim zmianom anatomicznym nie ulegają, któreby stale na powstawa-

¹⁾ Gunshot Wounds etc. l. c. p. 71—77, a także Archives générales de Médecine. T. I. 1865. pp. 188, 191, 194.

nie obwodowych zboczeń wpływały. Lecz niestety na tém miejscu zatrzymują nas przerwy, jakie dopiero przez dalsze badanie zapełnione być mogą: wątpić nie należy, iż to wkrótce nastąpi.

Wszelako już i teraz całość objawów któreśmy poznali za *neuritis* przemawia. Nadto mogą za nióm przemawiać pewne organiczne zmiany w nerwach znajduwane przy seceji, gdzie za życia wszystkie następstwa traumatycznego uszkodzenia nerwu jak najdokładniej widziano. W tych wypadkach nerwy były rzeczywiście obrzękłe, przesiąkłe surowicą i znacznie przekrwione: mikroskop zaś wykazał mniej więcej wyraźne pomnożenie jąder w pochewkach rdzeniowych, a w niektórych razach oznaki granulacyjnego zwyrodnienia.

Zachodzi jednak pytanie, czy bez tych stosunkowo grubych zmian nie może przyjść do takiego podrażnienia nerwu, któryby mogło w oddalonych częściach ciała zboczenia odżyweze wywołać. Teraz mamy najstosowniejszą chwilę do powiedzenia, że nie należy sądzić aby każde zapalenie nerwu i koniecznie prawidłowe odżywienie zakłucać miało. Do tego potrzebne są pewne warunki, które się jednak dotąd wyświecić nie dały. Widzimy zatem sprzeczność z powstawaniem zmian w oddalonych okolicach ciała po zupełnym przecięciu nerwu. Ostatnie uważać można za konieczne następstwo braku czucia i ruchu w porażonych członkach.

Bądź co bądź na wpływ podrażnionego nerwu rzucają nam właściwe światło, że tak powiem wyraźnym go czynią te wypadki, w których widziano ustępowanie i powracanie w mowie będących zmian odżywezych, w miarę tego, jak przyczyny drażniące nerw przestawały działać lub do swojej czynności wracały. Dla przykładu przytoczę panom zdarzenie opisane przez Pageta Hilton'a.

U mężczyzny, w szpitalu Guys leczonego, powstał przez złamanie kości promieniowej obszerny calus i nerw pośrodkowy ramienia uciskał. W skutek tego na wielkim palec i dwóch następnych odpowiedniej ręki potworzyły się wrzody, które się wszelkim środkiem lekarskim opierały. Przy zgięciu ręki dokonaniem w ten sposób, że wszystkie miękkie części na dłoń zwolniały i przez to ucisk na nerw ustawał, już po kilku dniach goiły się te wrzody. Ale skoro tylko chory zechciał ze swojej ręki korzystać i nerw był na nowo uciśnięty, natychmiast owrzodzenie wracało ¹⁾.

B. Pozostaje nam nakoniec o tych zbozeniach odżywezych pomówić, które przy samodzielnie powstających chorobach nerwów widzieć się dają, a ponieważ uprzedziłem już panów, że spotkamy tutaj też same zmiany, jakieśmy przed chwilą poznali, ta zatem okoliczność upoważnia mnie do ograniczenia się na kilku przykładach, które po większej części ze zbioru Mongeot'a ²⁾ przytoczę.

¹⁾ Paget. Lectures on Surgical Pathology. T. I. p. 43.

²⁾ Mongeot, l. c. Cap. 2. Des lésions organique des nerfs et des troubles de nutrition consécutif.

Dla zachowania całości te naprzód opiszemy zmiany, w których patologiczny stan nerwów jakkolwiek nie z traumatycznie działających, zawsze jednak z mechanicznych przyczyn pochodzą. Takim sposobem powstaje niekiedy cierpienie nerwu trójdzielnego i w ślad za nim zmiany odżyweze w oku; jeżeli bowiem w jamie czaszkowej i w bliskości rzezonego nerwu jakkolwiek wytworzy się guz, to takowy, nie zmieniając anatomicznej całości nerwu, ugniata go i w mniej więcej znaczne podrażnienie wprowadza. Wiemy też o rakowatym zwyrodnieniu kręgosłupa, które może tak zmiękczyć pojedyncze kręgi, iż te, uginając się pod ciężarem ciała, ściślej do siebie przylegają i zwięzają międzykręgowo kanały. Staje się to następnie przyczyną ucisku podrażnienia a nawet zapalenia nerwów, które przez te kanały przechodzą. W podobnym wypadku widziałem *herpes zoster* z prawej strony na całej przestrzeni skóry, gdzie się gałęzie cierpiącego splotu szyjowego rozkrzewiały. Ow wyprysk był następstwem ucisku na pnie nerwowe tego splotu, wywieranego przez międzykręgowo kanały. Przy poszukiwaniu pośmiertnym znalazłem powierzchownie grzbietową mlecza, jako też korzenie nerwów szyjowych zupełnie zdrowe; ale po otworzeniu kanałów z prawej strony ujrzałem zwoje i pnie nerwowe obrzękłe i mocno zaczerwienione. Nadto pod mikroskopem dawało się rozpoznać pomnożenie jąder w powyższych zwojach i nerwach, tymczasem nerwy i zwoje lewej strony żadnych nie przedstawiały zboczeń ¹⁾. Godnym jest także uwagi zapalenie ograniczające się ściśle do zwojów i nerwów rdzeniowych, które samodzielnie bez współdziałania mechanicznych czynników powstaje i mimo to, jak *Bärensprung* pokazał, na skórze odpowiadającej zajęтым nerwom sprowadza liszajowe wypryski ²⁾. Są zatem niezawodnie powody do utrzymywania, iż znaczna część wypadków, w których *herpes zoster* bez widocznych przyczyn występuje, odnieść się da do tego rodzaju *neuritis* ³⁾. Znajdowano też bardzo zmienione zwoje międzykręgowo bez współdziałania mlecza tak przednich jak i tylnych jego korzeni; w następującym zaś, niedawno przez *E. Wagnera* ⁴⁾ opisanym wypadku, nawet międzykręgowo nerwy zdrowymi były.

Pewien, zapaleniem płuc dotknięty, 23 letni mężczyzna, dostał wkrótce przed śmiercią liszajowego wyprysku na całej przestrzeni skóry, odpowiadającej dwóm lewym (9-u i 10-u) międzyżebrowym nerwom. Przy poszukiwaniu

¹⁾ *Charcot et Cotard*. Sur un cas de zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures. Mémoires de la Société de Biologie. 1865. p. 41.

²⁾ v. *Bärensprung*. Beiträge zur Kenntniss der Zoster; Arch. f. Anat. und Physiol. N. 4. 1865. Podobnież w *Canstatt's Jahresbericht*. 1864. T. 4. p. 128.

³⁾ *Mongeot*, l. c. p. 65.

⁴⁾ *R. Th. Bahrdt*. Beiträge zur Aetiologie des Herpes Zoster. Dissert. Leipzig 1869; także *E. Wagner*. Pathol. anat. und klinische Beiträge zur Kenntniss der Gefässnerven. Archiv der Heilkunde. 4 Lief. Leipzig 1870. p. 321.

pośmiertnym znaleziono ciała sześciu ostatnich grzbietowych i dwóch pierwszych lędźwiowych kręgów spróchniałe. Zewnętrzną powierzchnię odpowiadającą tym kręgom błony twardej gruba warstwa zserowaciałej ropy pokrywała i rozszerzała się na pochewki nerwów i zwojów. Sama błona twarda zgrubiała i na dwie blaszki podzielona, osobliwie w bliskości korzeni lewych (9, 10 i 11) nerwów grzbietowych. Jakkolwiek błona ta i z prawej strony wydawała się równie zmienioną, to jednak tylko trzy zwoje należące do powyższych nerwów były obrzękłe i tylko w nich mikroskop patologiczne zmiany wykazał. Komórki tych zwojów były zanikłe; w bliskości zaś mieszczących je przestworów można było widzieć wszystkie oznaki zapalnego przerostu tkanki łącznej.

Ja sam w wielu wypadkach bardzo rozwiniętego zapalenia opon rdzeniowych ze zgrubieniem błony twardej, widziałem, że towarzyszące mu zapalenie odpowiednich nerwów i ograniczone do części przechodzących przez schorzone błony, wywoływało w obwodowych okolicach ciała, obok mniej więcej wyraźnego zaniku mięśni, rozliczne liszajowe wyrzuty; one zaś przez swoją formę zbliżały się do herpes albo do bąblicy (*pemphigus*).

Już Brown-Séquard mówił w dublińskiej wszechnicy ¹⁾ o pokazywaniu się szczególnego wyprysku na ramieniu przy *Meningo-neuritis spinalis* w dolnej części rdzenia szyjowego.

W wypadkach zagorzenia—rózyczka, liszaj, zanik mięśniowy, a nawet pewne cierpienia stawów, podług Duménila, zostawały w związku z postępującym chronicznym zapaleniem nerwów ²⁾, podług Leudet'a zaś, z obwodowym *neuritis*.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweitel (w Strassburgu).

W ciągu ostatnich lat tyle się nagromadziło tak doświadczalnych, jak i klinicznych spostrzeżeń nad działaniem sporyszu, iż mimowoli się nastrecza pytanie, skąd pochodzi to szczególne zamięślenie do tego mianowicie przedmiotu.

Bezwątpienia przyczyna tego w części przynajmniej spoczywać musi w wybornych rezultatach terapeutycznego zastosowania, rezultatach stwierdzonych przez pierwsze w nauce powagi, w szczególności zaś przez Langenbeck'a i Hildebrandt'a.

Ponieważ wszystkie niemal objawy działania sporyszu dotyczą przeważnie zmian wywoływanych w układzie krążenia, nie przeto dziwnego, że właśnie wpływ pomienionego środka na naczynia zwracał na siebie uwagę nowszych w tej dziedzinie bada-

¹⁾ Quarterly Journal of Medicine, May 1865. p. 11, 12.

²⁾ Duménil. Contributions pour servir à l'histoire des paralysies périphériques spécialement de la nevrite. Gaz. hebdom. 1866. N. 4, 5, 6.

czow. Należą do nich: Briesemann ¹⁾, Holmes ²⁾, Potel ³⁾, Eberty ⁴⁾, Roszbach ⁵⁾, Wernich ⁶⁾ i Köhler ⁷⁾.

Z badaczy niemieckich pierwszy Briesemann, wstrzykując podskornie przetwory ergotyny, spostrzegł i opisał zwężenie naczyń krwionośnych w przezroczystych częściach ciała żaby. W roku 1870 ogłoszone zostały spostrzeżenia Holmes'a, dokonane pod przewodnictwem Vulpian'a. W Niemczech jednakże Wernich najbardziej się temi zmianami zajmował, ważne im przypisując znaczenie, a to do tego stopnia, iż w pomienionem działaniu sporyszu widział prawie wyłącznie skuteczność jego, jako leku. Inni autorowie również uznali zwężenie tętnic za główny i zasadniczy skutek działania sporyszu.

Ponieważ Wernich nie uznaje wpływu sporyszu na układ nerwowy w tem znaczeniu, w jakim go pojmowali dawniejsi badacze, ponieważ dalej uważa on za dwuznaczne i wątpliwe te objawy, którym Haudelin ⁸⁾ wielkie przypisuje znaczenie najbliższem przeto mojem zadaniem było: sprawdzić doświadczenia obu tych badaczy w kierunku spornego pomiędzy nimi punktu.

Już na pierwszych żabach, które rozpięte zostały dla badań mikroskopowych stwierdzić mogłem fakt dostrzeżony przez Holmes'a: że forsowne ruchy zwierząt, chcących się oswobodzić z krępujących je więzów, wywoływały znaczne zaburzenia w krążeniu: zwężenie tętnic, zastój śłupa cieczy w tych ostatnich, a nawet wsteczny ruch jego; o toż celem uniknięcia powyższych przeszkód uciekłem się do użycia kurary, jak to już czynił Holmes. Kurarę wprowadzałem w postaci drobnych kawałeczków pod skórę grzbietu, ponieważ roztwór tego jadu u żab działa nadzwyczaj silnie i bardzo już niewielki jego nadmiar nie przestaje bez wpływu na krążenie. Ubezważnionej w ten sposób żabie zastrzykiwałem nieco wodnego wyciągu sporyszu, poczem zaraz mogłem już obserwować zwężenie tętnic pod drobnowidzem. A chociaż nie uważałem, żeby w rozszerzonych tętnicach powstawały skutkiem częściowego ich skurczu wypuklenia z kształtu do butelek i łydek podobne (P o t d), nie mniej jednak pozostałe szczegóły obrazów mikroskopowych zgodne były z tem, co obserwowali wyżej przytoczeni badacze.

Wernich szczegółowo opisał (l. c.) pomienione zjawiska; ale nie wspomina nie o zaburzeniach cyrkulacji powstających pod wpływem wypilków celem oswobodzenia się, pomimo że nadmieniał, iż używał także żab niekuraryzowanych.

Jeżeli rzeczywiście sporysz wywiera wpływ swoisty na naczynia i jeżeli działanie to ma służyć za podstawę do wytłumaczenia terapeutycznego jego działania, w takim razie inne substancje, o których wiemy z pewnością, że ani wzmacniają bólów porodowych, ani też tamują krwotoków i t. d., że substancje te, będąc wstrzyknięte pod skórę żaby, nie sprowadzą zwężenia naczyń krwionośnych.

Wychodząc z tego punktu zastrzykiwałem żabom (do limfatycznego kanału na grzbiecie) najrozmaitsze substancje, a to najczęściej bez uprzedniego kuraryzowania, niekiedy zaś po kuraryzacji. W ten sposób badałem drobne tętnice błony międzypalcowej, języka i kreski żaby jadalnej (*rana esculenta*), aby się zaś całkiem zabezpieczyć od błędów mierzyłem grubość spostrzeganych naczyń za pomocą mikrometru. Otóż tedy pod wpływem 0,6 procentowego roztworu soli kuchennej, od którego doświadczenia me rozpocząłem, zwężenie naczyń nie wystąpiło, jeżeli tylko kanka strzykawki wprowadzana była z należytą ostrożnością. W tym ostatnim celu przecinałem niekiedy delikatnie skórę nożyczkami. Co do ilości, to wstrzykiwałem zawsze zawartość całej strzykawki Pravaz'a naraz. W dalszych doświadczeniach wstrzykiwałem rozcieńczone roz-

1) Inaug. Diss. Rostock 1869.

2) Eifets de l'ergot du seigle. Arch. de Physiol. 1870. III. 384.

3) Inaug. Diss. Greifswald 1873.

4) Inaug. Diss. Halle 1873.

5) Pharmakol. Untersuch. Würzburg 1873. 114.

6) Beitr. zur Geburtshilfe u. Gynaekologie. III. 1. Berlin 1874.

7) Virch. Arch. tom 60.

8) Beitrag zur Kenntniss des Mutterkorns. Inaug. Diss. Dorpat 1871.

twory kwasów solnego i siarczanego, pierwszy w stosunku 1 pro mille, drugi zaś przyrządzony w ten sposób, iż 4 krople zwyczajnego rozcieńczonego kwasu siarczanego przypadają na 10 gram wody. Kwaśny smak tego ostatniego płynu zaledwie się czuć dawał na języku. W doświadczeniach tych, z których każde po wielokroć było powtarzane, tętnice bardzo wybitnie się zwęzły, aż do połowy normalnego swego światła, jak to wskazywał mikrometr. Nie podaję tu dalszych szczegółów tych obrazów drobnowidzowych, lecz mogę zapewnić czytelnika, iż przy użyciu dopiero co wymienionych substancyj zwężenie tętnic występowało w równym, a może nawet w wyższym stopniu, jak i po wstrzyknięciu onycjalnego *extractum secalis cornuti*, którym zwykle się posługiwał Wernich. Do dalszych wstrzykiwań używaleń gliceryny (nawpół z wodą), chlorku potasu w roztworze, oraz roztworów niektórych innych wyciągów roślinnych.

Przypadek mieć chciał, że właśnie w tym samym tomie „Archives de Physiologie“ (Brown-Séquard'a, Charcot'a i Valpian'a), w którym ogłoszone były poszukiwania Holmessa, spotkałem pracę Dulmонта i Laurent'a, którzy przy miejscowym zastosowaniu hyocyaminu i daturyny otrzymywali to same skutki, jakie Holmes spostrzegał po ergotynie. Ba, nawet wodan chlorału w pierwszej chwili po zastrzyknięciu sprowadzał zwężenie tętnic, które się rozszerzały dopiero później, w okresie bezwładu. Dla dokładnego ocenienia pomienionego zjawiska dodać wreszcie winienem, że przez proste przyłożenie kawałka lodu na ciało żaby, przez uszczypnięcie jej łapek lub wreszcie przez bodźce elektryczne dawało się wywołać zwężenie tętnic i to w stopniu najwyższym!

W ogóle u żab kuraryzowanych zwężenie występowało nieco później, niż u niekuraryzowanych.

Tym więc sposobem, dzięki powyższym doświadczeniom, wiara moja w specjalne działania sporyszu na zwężenie naczyń u żaby całkiem runęła. Oczywiście, że poprzedni badacze nie zwrócili uwagi na owe bodźce czuciowe, będące właściwą przyczyną zwężenia naczyń. I powtarzając powielokroć te doświadczenia, nie dostrzegłem nigdy innego, później występującego zwężenia tętnic, chyba że żaby zaczynały się rzucać, przyczem, rozumie się, niepodobna było wyłączyć istnienie bodźca czuciowego (u żab przymocowanych szpilkami!).

Tylko co do czasu jaki upływał od czasu zadrażnienia aż do wystąpienia zwężenia naczyń, to zwykle nie zdążyłem naliczyć 3 minut, lecz tylko pół, w rzadkich wypadkach 2—2½ minut. Wernich tymczasem podaje, iż zwężenie występowało dopiero po upływie kilku (3—6) minut. Atoli nikt chyba nie przypisze wielkiego znaczenia tej drobnej różnicy.

A więc skoro nie znalazłem żadnej różnicy we wpływie na zwężenie naczyń pomiędzy ergotyną a innymi bodźcami czuciowymi, i skoro dalej Wernich, Holmes, a o ile wiem i inni badacze, nie uwzględnili całkiem zwężenia tętnic zjawiającego się pod wpływem bodźców czuciowych, stanowczo przeto zaprzeczę muszę zdaniu jakoby za pomocą badania mikroskopowego dawało się ocenić działanie sporyszu.

Że bodźce czuciowe wywołują zwężenie naczyń, to, jak się zdaje, nie wymaga wcale dalszych dowodów. Pod tym względem dość będzie się powołać na prace Ludwiga i Thiry¹⁾, który fakt ten dowiedli na naczyniach mikroskopowych; Naumann²⁾ i Saviotti³⁾ również wykazali za pomocą drobnowidza bezpośredni wpływ bodźców czuciowych na błonę międzypalcową żaby. Ostatni badacz podaje, iż skurcz naczyń trwa 10—20—30 sekund, poczem krążenie znowu idzie normalnym torem. Ale oprócz tych zmian w świetle naczyniowym, występuje nadto jeszcze rytmiczne ściąganie się naczyń, co już Gunnung⁴⁾ obserwował. Bez żadnego zewnętrznego powodu w błonie międzypalcowej występowały kontrakcje tętnic, a to nawet u takich żab, u których na 14 dni przedtem przecięte zostały nerwy odpowiedniej kończyny! Waznemi zwłaszcza są pod tym względem spostrzeżenia Riegla⁵⁾. (Dalszy ciąg nastąpi).

1) C. Ludwig i C. Thiry. Wien. Sitzungsber. 1864.

2) Naumann. Prager Viertelj. 1863. tom I i Pflügers Arch. tom V.

3) Virch. Arch. t. 50. 1870. str. 607.

4) Cytata z pracy Riegla.

5) Pflüger's Arch. tom IV i V.

Wiadomości bieżące.

— **Terapia Ogólna.** W tych dniach opuściła prasę drukarską *Terapia Ogólna*, opracowana przez Prof. Dra Dybka. Ze względu że w całej literaturze Europejskiej lekarskiej nie ma żadnego nowego dzieła w tej gałęzi wiedzy, pracę naszego uczonego profesora uważać musimy za wielkiej wartości nabytek dla piśmiennictwa polskiego i najgoręcej polecić czytającej naszej publiczności. Oto treść dzieła: Cel nauki i zadanie lekarza. Treść zasad i plan wykładu. Ogólne własności organizmu jako przedmiot badania lekarskiego. 1. Zdrowie. 2. Zmiana materji. 3. Uszkodzenia na drodze zmiany. 4. Siła żywotna. 5. Pochodzenie. 6. Własności dziedziczne, wrodzone i nabyte. 7. Własności zwłokowe i żywotne. 8. Kompensacya i akomodacya. 9. Peryodyczność. 10. Usposobienie do czynności. 11. Bodźce. 12. Wpływy zewnętrzne. 13. Celowość i użyteczność. 14. Działanie i oddziaływanie. 15. Nawyknięcia. 16. Sprawy ustrojowe. 17. Wzrostowanie. 18. Narzędzia wzrostowania. 19. Urzędowanie, przyrząd, układ. 20. Wzajemna zależność czynności. 21. Ustosunkowanie obrotu materji. 22. Zasobność. 23. Czynności zmysłowo-ruchowe. 24. Czynności duchowe. 25. Wypoczynek, tonus. 26. Całokształt ustroju. 27. Właściwości osobiste. 28. Miara dzielności. 29. Zmiany właściwości. 30. Zaburzenia. 31. Umiejscowienie zaburzeń. 32. Stan chorobny. 33. Formy chorobne. 34. Przypadłości. — Ogólnego leczenia część dyagnostyczna. Badanie własności ustroju 35. Przeszłość i stan obecny. 36. Historya choroby. 37. Znaki rozpoznawcze. 38. Rozpoznawanie. 39. Badanie podmiotowe, przedmiotowe i mieszane. 40. Obejrzenie. 41. Dotykanie. 42. Zglębianie. 43. Mierzenie. 44. Opukiwanie. 45. Słuchanie. 46. Wysłuchiwanie oddechu. 47. Wysłuchiwanie głosu. 48. Wysłuchiwanie tonów i szmerów naczyńnych. 49. Woń. 50. Dochodzenie chemiczno-fizyczne. 51. Badawcze zastosowanie elektryczności. 52. Inne probierze fizyczne. 53. Probierze farmako-dynamiczne. 54. Oddziaływanie na wpływy przypadkowe. Porządek badania lekarskiego w celach rozpoznawczych. 55. Potrzeba porządku w badaniu. 56. Badanie zbiorowe. 57. Badanie stosunków chorobnych. 58. Badanie rozbiorowe. 59. Obserwacya przebiegu choroby. Rozpoznawanie stosunków chorobnych. 60. Zadania rozpoznawcze. 61. Osobistość chorego. 62. Przeszłość i jej przedmiotowe znaki. 63. Przyczyny zachorowania. 64. Dziedziczność i usposobienie wrodzone. 65. Usposobienie nabyte. 66. Wpływy miejsca i czasu. 67. Warunki życia. 68. Przyczyny powodowe i wpływy determinujące. 69. Ważność rozpoznawcza przyczyn. 70. Rozpoznanie uszkodzenia. 71. Siedlisko choroby. 72. Umiejscowienie się choroby. 73. Znaczenie rozpoznawcze przypadłości. 74. Przebieg choroby. 75. Okresy. 76. Typ przebiegu. 77. Powikłania. Granice pewności rozpoznania. 78. Brak szczegółów. 79. Niepewność przyczyn. 80. Niepewność nozografii. 81. Trudności stosowania klasyfikacyi. 82. Brak punktów porównania. 83. Ogólna niepewność nauki. Ogólne formy zaburzeń przedmiot rozpoznania stanowiących. 84. Znaczenie formy zaburzeń. 85. Elementarne formy zmiany korrelacyi animalnej. 86. Zaburzenia czynności ustosunkowania obrotu materji. 87. Krwibrak przekrwienie. 88. Nawał. 89. Zastój. 90. Przesiek. 91. Czynniki dyffuzji. 92. Zmiany wydzieleń. 93. Konkrecye. 94. Wydzielina rozpadowa, posokowata, ropna. 95. Krwotok. 96. Zmiany składu krwi. 97. Źródła zakażeń. 98. Zmiany anatomiczne. 99. Obrzmienie, wysięk, złogi. 100. Przerost i zanik. 101. Zmiany jakościowe utkania. 102. Przeistoczenia. 103. Nowotwory. 104. Guzy i nasięki. 105. Heteroplazya. 106. Zmiany budowy. 107. Zgorzel i strupieszenie. 108. Kombinacye zbroczeń. 109. Zapalenie. 110. Bodziec zapalny. 111. Objawy zapalenia. 112. Znaczenie obrzmienia. 113. Ciepłota. 114. Formy chorób zapalnych. 115. Hyperynoza. 116. Gorączka i jej objawy. 117. Rozrób pod wpływem gorączki. 118. Rozciągłość rozrobu. 119. Tętno. 120. Oddychanie w gorączce. 121. Znaczenie dreszczów. 122. Wybuch gorączki. 123. Typ i rytm. 124. Przelom. — Ogólnego leczenia część prognostyczna. — Ogólne zasady rokowania. 125. Podstawy rokowania. 126. Pierwotne pojęcie rokowania jako wróżbienia. 127. Znaki dobre i złe. 128. Użytecznościowy kierunek prognozy. 129. Trudności roko-

wania. 130. Jego różne zadania. 131. Rokowanie ogólne i szczegółowe. 132. Rokowanie zbiorowe i rozbirowe. 133. Dyagnoza przed prognozą. 134. Warunki niebezpieczeństwa. 135. Wpływ wieku. 136. Płeć. 137. Skład ciała. 138. Dziedziczność. 139. Stosunki przyczynowe. 140. Forma choroby. 141. Stan ogólny chorego. 142. Natura przebiegu. 143. Sposób rozpoczęcia się choroby. 144. Poty. 145. Krwotoki. 146. Wyraz twarzy. 147. Nastrój umysłu. 148. Objawy uczuciowe. 149. Objawy ruchowe. 150. Stan dróg pokarmowych. 151. Oddechanie. 152. Tętno. 153. Własności moczu. 154. Ciepłota. 155. Powierzchnia ciała. Stan sił i zasobność ustroju jako element rokowania. 156. Wycludnienie, bladeść i osłabienie. 157. Wysokie znaczenie czynności korrelacyi wegetacyjnej. 158. Stan mięśni. 159. Układ nerwowy. 160. Stosunki działania ruchowego. 161. Odruchy. 162. Straty ustroju. 163. Otyłość. 164. Postęp zmian. 165. Kollapsus. 166. Zawieszenie czynności korrelacyjnych. 167. Śmierć pozorną. O śmierci. 168. Ustanie obiegu krwi i oddychania. 169. Najbliższe przyczyny śmierci. 170. Rodzaje śmierci według przyczyn. 171. Przebieg konania. 172. Jego stosunek do różnych rodzajów śmierci. 173. Przypadłości konania. 174. Przypadłości śmierci. 175. Rozpoznanie śmierci. Obejrzenie pośmiertne. 176. Cele obejrzenia. 177. Obejrzenie zewnętrzne i otworzenie ciała. 178. Rozróżnienie znaków wykazywanych w zwłokach — Ogólnego leczenia części właściwa. — Ogólne zadania leczenia. 179. Regulowanie wpływów zewnętrznych. 180. Wskazówki i wskazania leczniczych potrzeb ustroju. 181. Podział wskazań ze względu na momenty rozpoznawcze. 182. Podział wskazań ze względu na momenty rokowania. 183. Najogólniejszy podział ze względu na środki. 184. Współwskazania. 185. Plan leczenia. 186. Ustanowienie planu rozbirowe. 187. Wpływ środków jako wskazówka. 188. Zbiorowe rozpoznanie potrzeb leczniczych. 189. Okoliczności przyczynowe. 190. Przyczyny odleglejsze. 191. Przyczyny bliższe. 192. Obszerłość postulatów leczenia według danych możliwości. 193. Okoliczności skutkowe czyli przypadłości choroby. 194. Najogólniejsze życiowe potrzeby chorego ustroju. 195. Wskazania życiowe. 196. Wskazania bezpieczeństwa całości ustroju. 197. Skracanie przebiegu choroby. 198. Wskazania ulgi. 199. Bliżki stosunek prognozy do terapii polega na užitarném zapatrywaniu tak jednej jak drugiej. 200. Wybór wskazań. 201. Uporządkowanie wskazówek na prognozie oparte. 202. Sposoby leczenia i ich przybory. 203. Wzgle dy kierujące wyborem środków. 204. Doniosłość środków. 205. Wykonalność ich zastosowania. 206. Prostota planu. Szczegółowe zadanie i sposoby leczenia. 207. Kolej planu leczenia. 208. Terapeutyczny podział sposobów leczenia. 209. Środki mechaniczne. 210. Środki chemiczne. 211. Środki fizyczne. 212. Środki dynamiczne. 213. Zasada podziału sposobów leczenia opartego na patologii. — Cena tomu I-go wraz z przesyłką rs. 2.

— O nerwowych objawach, spowodowanych przez obce ciało w jamie bębenkowej (J. Israel, Berlin. klin. Woch. 1876. Nr. 15—Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 39. 1874). Odłamany guzik od ołówka utkwivszy w ucho spowodował u 20 letniego młodzieńca stan gorączkowy, trwający przez kilka dni i rozmaite nerwowe objawy. Podczas gdy głowa i chore ucho lewe były wolne, skarżył się chory na ciągnące bóle w rozmaitych częściach ciała. Po stronie odpowiadającej choremu uchu, objawy były więcej uwydatnione: tutaj pojawił się także silny skurez mięśni zginających rękę. Lewa źrenica była szersza, aniżeli prawa. Po podskórnem zastrzyknięciu małej dawki atropiny znikły wszelkie objawy i ustąpiły stale, skoro się przez operacyę wydalilo obce ciało. Autor sądzi, że podstawą gorączki było zatrzymanie ropy w jamie bębenkowej; za podstawę zaś objawów nerwowych, ze względu iż po stronie cierpiącego ucha były najsilniejsze resp. jedynie się uwydatniały, iż po atropinie natychmiast znikły i zostały zupełnie usunięte po wydostaniu obcego ciała, uważa objawy jako odruchowe, a nie jako wywołane przez miejscowe processy w nerwowych ośrodkach po stronie lewej.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztow t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 28 Октябрю (9 Ноября) 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dwa wypadki wrodzonego braku kości rzepkowej (*patella*). Przez Dra W. Körte, asystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu. — Rozprawy naukowe. O chorobach układu nerwowego. Wykłady kliniczne prof. Charcot (w Paryżu). Podał Dr Piotr Dubelt (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu). — Wiadomości bieżące. Terapia Ogólna. O nerwowych objawach, spowodowanych przez obce ciało w jamie bębenkowej. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II. ark. 25. Choroby z zatrucia ark. 10. Choroby płuc ark. 27. Hygieny ark. 19. Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich za rok 1874, zeszyt IV-ty.

Dwa wypadki wrodzonego braku kości rzepkowej (*patellae*).

Przez Dra W. Körte, asystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu.

Podczas lata 1875 roku przypadkowo znalazłem zupełny brak kości rzepkowej u dwojga dzieci, przyjętych do kliniki chirurgicznej Strassburgskiej z powodu wrodzonego zбочenia w położeniu kończyn. Z powodu rzadkości tej sprawy, pozwolę sobie oba spostrzeżenia w krótkości opisać i spróbuję je wyjaśnić.

I. Pierwszy wypadek tyczył się 2 1/2 rocznej dziewczynki z Leberau w Alzacyi, która oddana nam była do leczenia w lipcu 1875 r. Dziecko to pochodzi ze zdrowych rodziców i posiada kilka sióstr także zupełnie zdrowych. O zбочeniach w przebiegu ciąży niczego się nie można było dowiedzieć. Dziecię urodziło się mając stopki założone na barkach i kończyny wyciągnięte wzdłuż tułowia. Ramiona były skrzyżowane na piersiach, przedramiona w położeniu nawrotném, a dłonie razem złożone. Zaraz po porodzie spostrzeżono obecnie istniejące zбочenia, które się wcale od owego czasu nie zmieniły. Stan obecny przedstawia się w następujący sposób:

Dziecko na swój wiek jest dość dobrze rozwinięte. Zęby istnieją już w znacznej części, brak zupełny objawów krzywicowych. Intelligeneya znajduje się w stanie normalnym. Dziecko nie może stać ani chodzić. Obie dolne koń-

czynny są zupełnie sztywne, w biodrze są one zgięte i z pewną pomocą mogą być łatwo do góry na tułów założone, tak żeby stopy znajdowały się koło szyi. Stanie i chodzenie są niemożliwe, dziecko ciągle siedzi prosto. W stawie biodrowym kończyny są ruchome i z pomocą mięśni miedniczych mogą być wykonywane dosyć silne ruchy obrotowe. Wyprostowanie w biodrze jest utrudnionem. Mięśnie uda są węższe z wyjątkiem ksobnych, które są skurezone. Lewa kończyna jest na wewnątrz, prawa zaś na zewnątrz obróconą. W obu stawach kolanowych możliwe są tylko nieznaczne, bierne, chwiejne ruchy we wszystkich kierunkach. Czynnie stawy kolanowe poruszać się wcale nie mogą. Oba kłykiec udowe istnieją w zupełności. Kłykiec wewnętrzny z obudwu stron jest bardziej wystający niż zewnętrzny. Dół międzykłykciowy jest próżny, przy próbach zginania wyczuwa się wyraźnie ścięgno mięśnia czworogłowego uda (*m. ext. quadric. crur.*), przesuwające się w dole międzykłykciowym, nie dostrzega się jednak ani śladu jakiegś twardszej masy. Kości rzepkowe brakują. Stopy znajdują się w położeniu palcowem (*pes equinus*). Ścięgna Achillea są naprężone. Mięśnie goleni są bardzo węższe i zanikłe. Czynne ruchy stopy są niemożliwe. Skóra na dolnych kończynach jest grubą, w dotknięciu chłodną.

Pobudzalność elektryczna mięśni udowych i goleniowych jest bardzo zmniejszoną. Czuć normalne. Górne kończyny słabo rozwinięte. Przedramię i dłoń z obu stron są bardzo na wewnątrz obrócone (*pronatio*). Dłonie zgięte. Ramiona dziecię zwykle w taki sposób na piersiach krzyżuje, że dłonie są z sobą złączone. Palce są zgięte, paluchy ku dłoni nachylone. Palec piąty względem innych palców zachowuje położenie palucha. Ręce mogą być tylko bardzo mało używane, lewa ręka z trudem do ust przybliżyć się daje. Za przedmioty dziecię zawsze chwytą w położeniu ręki nawrotnem i umie je utrzymać. Pobudzalność elektryczna mięśni ramieniowych jest nieznaczna. Inne narządy ciała są w stanie zdrowia.

Leczenie polegało na stosowaniu elektryczności i ćwiczeń ortopedycznych. Stan kończyn górnych cokolwiek się poprawił, dziecię było w stanie trochę lepiej chwytac przedmioty. Co do dolnych kończyn, to za pomocą przecięcia ścięgna Achillea i opatrunku gipsowego poprawiono cokolwiek położenie stopy. W ogólności dało się bardzo mało osiągnąć i w listopadzie dziecię opuściło nasz zakład.

II. W zakładzie jednocześnie z poprzedniem znajdowało się siedmiotygodniowe dziecię z powodu wrodzonych ściągów (*contractura*) w obu stawach kolanowych. Było to pierworodne dziecię zupełnie zdrowych rodziców. Cięża przebiegała normalnie, a poród ukończył się siłami natury w położeniu czaszkowem. Według podania akuszerki miało odpłynąć bardzo mało wody płodowej. Od porodu do obecnej chwili dziecię znajduje się w jednakowym stanie, który poniżej opiszemy.

Dziecię jest dobrze rozwinięte, skórę ma wywiedłą, wiotką; karmionem jest przez matkę, pomimo to istnieje nieznaczne rozwolnienie. Rękoma porusza prawidłowo, nogi są przyciągnięte do tułowia. Kolana są silnie zgięte,

stopy znajdują się w położeniu palcowém (*spitzfussstellung*), a u jednej z nich spostrzega się umiarkowane położenie wywrotne (*supinatio*). Stopy mogą być na siebie zakładane. Dziecię utrzymuje ciągle nogi spokojnie w położeniu wyżej opisanym, porusza nimi nadzwyczaj mało; tylko w stawie biodrowym wykonywają się nieznaczne ruchy. Zgięcie istniejące w stawie biodrowym może być przez ciągnięcie cokolwiek wyrównanem, wkrótce jednak napotyka się na znaczny opór. Stawy kolanowe jeszcze trudniej wyprowadzić cokolwiek z ich stanu zgięcia, zaraz się uczuwa, że ścięgna zginaczyw silnie się wyprężają. Stopy nie mogą być wyprostowane. Mięśnie uda są wątłe, szczególnie mięsień czworogłowy uda (*m. extensor quadriceps cruris*) jest bardzo niedostatecznie rozwinięty. Zginacze gołeni są lepiej rozwinięte. Lewa kość udowa jest w średniej części cokolwiek zgrubiała i lekko wypukła ku górze i ku zewnątrz. Dolne końce stawowe uda, jako też guzowatość gołeni (*tuberositas tibiae*) dają się łatwo wymacać, lewa goleń jest silnie obróconą na wewnątrz. W dole międzykłykciowym wyczuwa się ścięgno mięśnia czworogłowego, ale brak kości rzepkowej zarówno w wycięciu jak i na jednym z kłykciów.

Mięśnie dosyć dobrze kureczą się pod wpływem prądu elektrycznego, najleniwiej zaś względnie rozginacze. Czulość jest dobrze zachowana. Inne części organizmu znajdują się w stanie zdrowia.

Przy staranniej pieczy dziecko bardzo prędko się poprawiło. Stosowano codzienne kąpiele i ćwiczenia ortopedyczne dla zniesienia ściągów. Po pewnym czasie używano regularnie elektryczności. Ruchomość kończyn przytęm się powiększyła. Ruchy rozgięcia z początku bardzo ograniczone stały się obszerniejszemi. Za pomocą przecięcia ścięgna Achillesa i następczego nałożenia opaski gipsowej nadano stopie lepsze położenie.

Na początku listopada dziecko było wypuszczone z istotnym polepszeniem. Kończyny w stawie biodrowym i kolanowym mogły być rozginane aż do utworzenia się kąta tępego. Kureczliwość mięśniowa poprawiła się pod wpływem elektryczności, dziecko było w stanie poruszać nogami. Matee zakazano stosować dalej ćwiczenia ortopedyczne, aby z ich pomocą stawom dolnych kończyn nadać lepsze położenie.

Po sprawdzeniu w obudwu tych wypadkach braku kości rzepkowej, zajęłem się wyszukiwaniem bliższych wiadomości o zdarzaniu się tego zбочenia. W podręcznikach naukowych nie prawie o niem nie znalazłem, i po przejrzeniu literatury, o ile to było w mojej możności, zdołałem wyszukać tylko pięć wypadków analogicznych. Z tych nie wszystkie są dokładnie opisane, tak że wiele punktów w nich ciemno się przedstawia.

Przy porównawczem jednak rozpatrzeniu tych siedmiu spostrzeżeń wykazują się pewne wspólne oznaki, mogące rzucić trochę światła na sposób powstania tego cierpienia. Dla tego myślę przytoczyć tutaj w krótkości owe 5 opisanych spostrzeżeń.

v: Ammon (Die angeborenen chirurg. Krankheiten des Menschen. S. III ff. Taf. 26. 1) znalazł to zбочenie u chłopca 1½ rocznego, pochodzącego ze zdrowych rodziców, który przyszedł na świat ze stopami założonemi na

barki. Stawy biodrowe były normalne, mięśnie uda bardzo wątłe. Kłykie udowe były dobrze rozwinięte, kłykieć wewnętrzny bardziej sterczał. W kolanach możebne były ruchy chwiejne we wszystkich kierunkach, obie kości rzepkowe brakowały, na miejscu ich istniały poprzeczne fałdy skóry. Golenie składały się tylko z jednej kości, obustronnie *pes equino-varus*. Ręce koszlawe (*Klumphande*), chodzenie i stanie niemożebne.

W drugim wypadku podanym przez Wutzera (*Müller's Archiv* 1835 *Angeborene Missbildungen der Kniee*), u chłopca sześciomiesięcznego ruch w stawach kolanowych był ograniczony. Końce stawowe uda z przodu przedstawiały się bardzo płaskimi, kości rzepkowe brakowały. Biernie możebne były tylko nieznaczna hyperekstensya i zgięcie. Stawy biodrowe okazywały się bardzo ruchomemi.

U pewnego chłopca, urodzonego przez zdrową matkę przy pomocy obrotu i zmarłego w 13-tym miesiącu życia. Friedleben (*Jahrb. f. Kinderheilk.* III. Schmidt's *Jahrb.* 112) znalazł, że górna część obu kości udowych składała się z masy więzadłowej (*Bandmasse*) od miednicy odchodzącej. Dolne końce stawowe kości udowych były prawidłowo rozwinięte, zarówno jak i końce stawowe goleni. Powierzchnie stawowe były nieprzesuwalne. Kości rzepkowa i łydkowa obustronnie brakowały. Oprócz tego istniały niekształtności (*Missbildungen*) obu kończy górnych.

Czwarte spostrzeżenie zostało podane przez Moor'a (*Langenbeck's Arch.* 17. *Angeb. Luxat. der Tibia nach vorn*). Dziecko urodziło się w położeniu czaszkowem z prawą stopą na prawy bark założoną. Rodzice i liczne rodzeństwo byli zdrowi. Powierzchnia stawowa goleni leżała pionowo na przedniej powierzchni końca stawowego uda. Przy zgięciu prawego uda można za pomocą lekkiego nacisku końce palców do piersi przyłożyć. Mięśnie prawego uda były w stanie prawidłowym. Mięsień czworogłowy uda przyczepiał się do guzowatości goleniowej za pomocą dobrze wyczuwalnego, wazkiego ścięgna: prawa kość rzepkowa brakowała. Zwicnięcie dawało się znieść za pomocą lekkiego pociągnięcia goleni, potem jednak natychmiast powracało. Przez zastosowanie mocnego obandażowania dało się osiągnąć pewne polepszenie.

Nakoniec znalazłem jeszcze jedno zadziwiające, ale na nieszczęście bardzo niedokładnie opisane spostrzeżenie w „*The Lond. med. Gaz.* 1833. 19 Jan. Tam mianowicie bez podania autora znajduje się wiadomość, że w szpitalu św. Jerzego przebywa chory u którego brak zupełny kości rzepkowych. Kolana jego mają być bardziej płaskie niż zwykle, ale pomimo tej niekształtności zdolne do funkcyonowania, tak że chory może ujsć kilka mil. Zboczenie to jest w jego rodzinie dziedzicznem: ani dziadek, ani ojciec kości rzepkowych nie posiadali. Bliższych danych, niestety, nie pomieszczono.

Jeżeli porównamy charakterystyczne objawy, jakie dostrzeżono w powyżej przytoczonych wypadkach, to widzimy, że sześć pierwszych wypadków zgadza się z sobą pod wielu ważnemi względami i tylko ostatnie spostrzeżenie, zresztą bardzo niedokładnie opisane, wyróżnia się.

Ruchy bierne stawu kolanowego uległy zmianie we wszystkich sześciu

wypadkach. W czterech z nich, spostrzeganych przez Wutzer'a, Friedleben'a i przezemnie, ruchy te były ograniczone—dały się biernie wykonać tylko bardzo nieznaczne ruchu zgięcia i rozgięcia, a często też i ruchy boczne. W wypadku v. Ammon'a podana jest nieprawidłowa ruchomość we wszystkich kierunkach, ale nie ma żadnej wzmianki o rozległości ruchów.

Moor znalazł zwicnięcie goleni ku przodowi, po odprowadzeniu którego były możebne bierne ruchy zgięcia i rozgięcia. Jestto jedyny wypadek, w którym zboczenie opisywane było połączone ze zwicnięciem w stawie kolanowym. W opisach wrodzonych zwicnięć kolanowych znalazłem kilka razy (np. przez Malgaigne'a) podaną niezwykle małość kości rzepkowej, ale brak jej zupełny był spostrzeżony tylko w tym jednym wypadku (Moor'a).

Co się tyczy ruchów czynnych, to w największej liczbie wypadków brak danych, tylko kilka razy zauważono, że mięśnie uda, mianowicie *ext. quadric. cruris.* (czworogłowy uda) były bardzo wątłe. U obu moich pacjentów ruchy czynne nie istniały, u starszego dziecka przedstawiało się zupełne porażenie mięśni poruszających kolanem, które nie poprawiło się nawet pod wpływem elektryczności; u drugiego zaś porażenie z początku także zupełne, zmniejszyło się cokolwiek pod wpływem elektryczności.

Chodzenie i stanie przy obustronnym braku kości rzepkowej było zawsze niemożliwem, z wyjątkiem tylko jednego wyżej wspomnianego wypadku; przy jednostronnym zaś braku, chód niepewny umożliwiano za pomocą opatrunku gipsowego i przyrządów podtrzymujących.

Szczególne ułożenie płodu podczas porodu spostrzegane było trzy razy (v. Ammon, Körte). Dzieci przychodziły na świat z kończynami wyciągniętymi wzdłuż tułowia i ze stopami założonemi na barki.

Matka jednego obserwowanego przezemnie dziecka podawała, że, według zapewnienia akuszerki, straciła bardzo mało wody płodowej. Dziecko to przedstawiało na lewej kości udowej bardzo charakterystyczne wygięcie ku górze i na zewnątrz, połączone w tém miejscu ze zgrubieniem kości. Zboczenie to, według podań zresztą zupełnie wiarogodnej matki, trwa od urodzenia. Ponieważ podczas porodu nie przedsiębrano żadnych rękoczynów, to zboczenie to można z wielkiem prawdopodobieństwem uważać jako pozostałość po złamaniu wewnątrzmacicznem, dokonaniu się którego sprzyjała niedostateczna ilość wody płodowej. W pozostałych wypadkach nie można się było dowiedzieć o żadnem zboczeniu w przebiegu ciąży.

U obu obserwowanych przezemnie dzieci zajmującą była ta okoliczność, że można było z wielką łatwością nadać im to ułożenie, jakie miały podczas życia płodowego (*die fötale Stellung*). Gdy u 2½ rocznej dziewczynki założono obie kończyny na tułów, co z łatwością dawało się uskuteczyć, to pozostawała ona bardzo długo w tém położeniu i, mając ramiona skrzyżowane na piersiach, naśladowała w zupełności to ułożenie, w jakim znajdowała się w łonie matki. Bardzo typowem było ułożenie, w którym się drugie dziecko przedstawiało: ze zgiętymi w biodrze i udzie i do tułowia przyciągniętymi kończynami i ze stopami leżącymi na sobie. Malec zachowywał to poło-

żenie nie tylko kiedy go pierwszy raz widziałem w 7-mym tygodniu życia, t. j. w wieku, w którym wszystkie dzieci okazują jeszcze skłonność do takiego ułożenia członków, jakie istniało podczas okresu płodowego ich życia, ale także przez cały ciąg obserwacji, więcej niż pół roku trwającej, okazywał on dążność do takiego układania się.

Z okoliczności tej można wnioskować z wielkiem prawdopodobieństwem, że dzieci te w łonie matki przez długi czas zachowywały bez zmiany jedno i to samo ułożenie.

W większej części przytoczonych wypadków znaleziono także inne zbożenia, jak brak kości łydkowej lub jednej z kości przedramieniowych. wykrzywienia stopy lub dłoni. We wszystkich jednak istniała zdolność do życia i nie było ważniejszych zmian w narządach wewnętrznych.

Z powyższego więc okazuje się, że u wszystkich dzieci, u których spostrzegano brak kości rzepkowej, musiała za życia płodowego przez dłuższy lub krótszy czas istnieć ograniczona ruchomość dolnych kończyn. To ograniczenie ruchów spowodowanem było w wielu wypadkach przez zupełnie wyprostowane położenie kończyn w macicy, w dwóch wypadkach przez wrodzone porażenie, w jednym wypadku przez zupełnie nieruchome połączenie końców stawowych uda i goleni, raz nakoniec prawdopodobnie z powodu małej przestronności macicy. W wypadku Wutzer'a nie mamy żadnych danych anamnestycznych.

Co się tyczy rozwoju kości rzepkowej, to o nim w ogóle wiemy bardzo mało pewnego. Hueter (*Gelenkrankheiten*) podaje, że ona powstaje bardzo wczesnie, że z początku znajduje się głębiej w jamie międzykłykciowej i dopiero później przez wydoskonalenie się ruchów zgięcia i rozgięcia zostaje pociągniętą do góry.

Albrecht (*Beitr. zur Tensionstheorie des Humerus, und zur morphol. Stellung der Patella in der Vierbelthierreihe. Dissert. Kiel 1875*) znalazł ją już u 9-ciomiesięcznego zarodka cielaka. W obszerniejszym krytycznym rozborze dowodzi on, że zarówno historia rozwoju jak i anatomia porównawcza wykazują, że rzepkę należy uważać za kość trzeszczkową (*os sesamoideum*), która powstaje w tem miejscu, w którym mocne ścięgno mięśnia czworogłowego przechodzi ponad kłykcami uda i przy każdej ekskursyi stawu powoduje tarcie—w takiż sam sposób, w jaki tworzą się kości trzeszczkowe około pierwszego stawu dłoniopalcowego i około pierwszego stawu śródstopopalcowego. Na kończynie górnej odpowiada jej nie wyrostek łokciowy, ale rzadko istniejąca kość trzeszczkowa w ścięgnię mięśnia dwugłowego ramienia (*patella brachialis*). Podług tego więc ruchy mięśniowe, które, według nowszych poglądów wywierają tak istotny wpływ na powstanie i rozwój stawów, odgrywają także bardzo ważną rolę w utworzeniu się kości rzepkowej. I podczas życia zewnątrzmacicznego dalszy rozwój rzepki zależy od czynności stawu kolanowego. W stawach kolanowych, które od dzieciństwa bardzo mało są czynne, rzepka pozostaje niewielką. Już Ammon podaje (l. c.), że przy znacznych wrodzonych

wykrzywieniach stopy rzepka pozostaje po największej części małą z powodu ograniczonego używania stawu kolanowego.

Lucke (Ueber den angeborenen Klumpfuß. Volkmann's klin. Vortr.) także mówi, że przy silnych wrodzonych wykrzywieniach stopy rzepka przedstawia się bardzo mało rozwiniętą. Pierwszy z nich spostrzegł nawet w kilku wypadkach, że po wyleczeniu za pomocą operacji następował dokładniejszy rozwój rzepki, w skutek lepszej ruchomości stawu kolanowego.

Jako przyczynek do tej mechanicznej teoryi powstania i rozwoju kości rzepkowej mogą także służyć dwa spostrzegane przezemnie wypadki, w których przy znacznie lub też zupełnie ograniczonych ruchach stawu kolanowego podczas życia wewnątrz macicznego, utworzenie się rzepki wcale nie miało miejsca.

O chorobach układu nerwowego.

Wykłady kliniczne Prof. Charcot (w Paryżu).

Podał Dr Piotr Dubelt.

(Dalszy ciąg).

Zboczenia odżyweze przy chorobach nerwów.

Przedewszystkiem zatrzymajmy się nad chorobami obwodowych nerwów, one bowiem przedstawiają najprostsze do zbadania stosunki.

W tym przedmiocie chirurgia dostarcza nam ważnego materiału, ponieważ traumatyczne zmiany w nerwach u człowieka w ten sposób powstają, że dają się z łatwością u zwierząt sztucznie wywołać i z ostatnimi porównane być mogą.

A. Zaraz na wstępie podam panom zasadniczy, jak sądzą, podział którego znaczenie wkrótce ocenić będziecie:

1) Naprzód, skaleczenie nerwu polega na zupełnym przecięciu i tu w ogólności skutek jest bardzo prosty, bo nieczynność nerwu.

2) Powtórę — przez zranienie, zgniecenie, rozszarpanie, nerw przywiedziony bywa w stan rozdrażnienia. Wtenczas — i wyłącznie tylko wtenczas — następują zboczenia odżyweze, na które chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę panów, niemi bowiem zajmować się obecnie będziemy.

Zmiany w nerwach spowodowane przez trauma, mogą wywołać chorobowe zboczenia w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, stawach i kościach. Ostatnia wojna amerykańska podała sposobność do ważnych w tym przedmiocie spostrzeżeń; opisali je S. W. Mitchell, G. R. Morehouse i W. Keen w bardzo zajmującym dziele, z którego często będziemy korzystali ¹⁾. Zawdzię-

¹⁾ S. Weir, Mitchell, G. R. Morehouse i Keen. Gunshot Wounds and other Injuries of the Nerves. Philadelphia 1864. Także w Arch. gen. de Médec. 1865. T. I.

czany też mojemu dawnemu uczniowi, zbyt wczesnie zgasłemu Mongeot, godne uwagi opracowanie zmian na skórze, jakie przy skaleczeniach obwodowych nerwów przychodzą. Rzecz prosta, że nie będziemy się mogli tutaj szczegółami zajmować i tych panów, którzyby chcieli bliżej ten przedmiot poznać, musimy odesłać do dzieła Mongeot'a ¹⁾.

a) Zmiany na skórze. Tu należące zmiany, które przy skaleczeniach nerwów przychodzą, są dwojakiego rodzaju: 1) Do pierwszej grupy należą różnorodne wypryski, najczęściej przychodzące w formie mniejszych albo większych pęcherzyków. Musimy nadewszystko wspomnieć o Zoster (*Zona*), bo ten daje się w podobnych razach dość często spostrzegać i dla tego „*Zoster traumaticus*“ nazwany został. Ogłosiłem już dawniej ładny tego rodzaju wypadek, jaki w klinice mego przewodnika Rayer'a widziałem ²⁾. Amerykańscy chirurdzy opisali pod nazwą „egzematycznego wyprysku“ takie cierpienie skóry, które do powyższego zdaje się być bardzo zbliżone. 2) Drugą gromadą tworzy *pemphigus*. Występuje on w postaci pęcherzyków, na różnych miejscach odpowiadających przebiegowi skaleczonego nerwu; a wracając od czasu do czasu pozostawia prawie nie niknące blizny. Tego rodzaju wypryski pokazują się tu i owdzie przy nieprawidłowych bliznach i są prawdopodobnie następstwem drażnienia, jakiemu nerw przez zbitą tkankę uciśnięty albo zgnieciony ulegać musi. 3) Chcemy tu wspomnieć o zaczerwienieniu skóry, które nam *Erythema pernio* (czerwonosć przy odziębieniu) przypomina; wymienimy dalej rodzaj obrzęku skóry i tkanki podskórnej, o którym już Hamilton wzmiankował i który za wrzód uchodzić może (falszywy wrzód, *faux phlegmon*).

¹⁾ J. B. A. M o n g e o t, Recherches sur quelques troubles de nutrition consecutifs aux affections des nerfs. Paris 1867.

²⁾ Chory, w r. 1851 na oddział R a y e r'a przyjęty, podczas rozruchów 1848 r. był kulą trafiony w dolną i przednią okolicę uda. W jakiś czas po zagojeniu rany wystąpił w rzezonym udzie mocny ból trwający prawie ciągle i wzmagający się peryodycznie. Ból ten, który się zdawał wychodzić z blizny, rozszerzał się aż na górną powierzchnię stopy i odpowiadał widocznie przebiegowi nerwu. Obok opierającej się wszelkim środkiem neuralgii, przez czas znajdowania się chorego w szpitalu Charité, występowały często herpetyczne pęcherzyki; tworzyły one gromadki zupełnie do *herpes zoster* podobne i zajmowały te miejsca skóry, które się odznaczały bolesnością. (C h a r e o t, Sur quelques cas d'affection de la peau dependant d'une influence du systeme nerveux. Journal de Physiologie, T. II. N. 5. styczeń 1859). W tem samym piśmie znajdujemy podobny wypadek opowiedziany przez R o u g e t'a: Jeden wieśniak, przeskakując przez rów, przestrzelił sobie środkową część wewnętrznej powierzchni ramienia. Na dnio 8 centymetrów szerokiej rany widać było tętnicę ramieniową, przedartą żyłę odłokciową i kilka pogniecionych nerwów, szczególnie skórny wewnętrzny. Rana zablizniła się dosyć prędko, ale po upływie 2 albo 3 miesięcy na wewnętrznej powierzchni przedramienia pokazał się wyprysk do zoster podobny i zajął 4 do 5 centymetrów wynoszącą przestrzeń znieczulonej skóry. Przykłady tego rodzaju wyprysku po uderzeniu (O p p o l z e r), po nadmiernem wytężeniu (T h o m a s) nie należą do rzadkich (S. M o n g e o t, l. c. p. 38).

4) Wreszcie następują zboczenia przez angielskich autorów Glossy skin nazwane a dosłownie „gładką skórę“ (*peau lisse*) oznaczające. Skóra bywa rzeczywiście połyskująco-gładka, biała, niedokrewna, gruczoły potowe zanikłe, ich wydzielina zmniejszona. Przeskórki zgrubiały, jak również paznokcie, które są przytem dziwnie pokrzywione. Krótko mówiąc, jest to szczególny rodzaj zapalenia prowadzący do zaniku właściwej skóry i przypominający bardzo zmiany, jakie przy tak zwaney scleroderмии widzieć się dają.

b) Zmiany w mięśniach. Mięśnie z nadzwyczajną szybkością zanikają i tracą w części, albo nawet zupełnie swoją kurezliwość i wtenczas prąd elektryczny pobudzić ich nie może. Tym przedmiotem osobno zająć się musimy.

c) Zmiany w stawach. Skaleczenie nerwów wywołuje w stawach objawy zapalne, mające wielkie podobieństwo do pół ostrego reumatyzmu. Zanik w ogólności prowadzi bardzo prędko do ankylozy.

d) Zmiany w kościach. Często w podobnych warunkach powstaje zapalenie okostnej, przy którym często i kość pruchnieje.

Nie będziemy przedłużali sumarycznego wyliczenia, które i tak już celowi naszemu wystarczy. Weźmiemy natomiast pod rozwagę i postaramy się jak najdokładniej ocenić te szczególne warunki, pod których wpływem skaleczenie nerwu do odżywezych zboczeń prowadzi.

Paget, który między innymi i powyższe warunki drobiazgowo badał, wyznaje z całą szczerością iż w tym względzie nie rozstrzygać nie może. Wyżej wymienieni amerykańscy chirurgowie szczęśliwszymi byli; ich zaś twierdzenia są dla nas tém większej wartości, że opierają się na empirycznych dowodach i wolne są od wszelkiej, naprzód wyprowadzonej doktryny.

Po zrobieniu uwagi, której zresztą i Paget nie pominął, że następne zmiany są zawsze poprzedzone bólem (*Burning pains*) albo występują z nim razem; że ten zostaje w związku ze stanem rozdrażnienia skaleczonego nerwu i nakoniec, że w takich razach znieczulenie nie daje się nigdy dostrzegać, kładą oni największy nacisk na to, iż w mowie będące zmiany przychodzą zwykle po kontuzji, przebiciu, niezupełném przecięciu nerwu, słowem, po traumatycznie działających przyczynach, które do zapalenia nerwu, a co najmniej do neuralgicznego stanu prowadzą. Z równym naciskiem przeciwstawia nasi autorowie ten fakt, że zupełne przecięcie nerwu takich zmian nie powoduje, ponieważ jedynem jego następstwem jest brak czynności nerwowych.

Na ostatek dodać musimy, że zmiany w obwodowych częściach, które podrażnieniu nerwu swój początek zawdzięczają, przychodzą najczęściej samodzielnie bez współdziałania zewnętrznych wpływów, np. ucisku ¹⁾. To są jednak tylko bardzo ogólne warunki i należałoby dalej poszukiwać, czy czasem zajęte nerwy takim zmianom anatomicznym nie ulegają, któreby stale na powstawa-

¹⁾ Gunshot Wounds etc. l. c. p. 71—77, a także Archives générales de Médecine. T. I. 1865. pp. 188, 191, 194.

nie obwodowych zboczeń wpływały. Lecz niestety na tém miejscu zatrzymują nas przerwy, jakie dopiero przez dalsze badanie zapełnione być mogą: wątpić nie należy, iż to wkrótce nastąpi.

Wszelako już i teraz całość objawów któreśmy poznali za *neuritis* przemawia. Nadto mogą za nióm przemawiać pewne organiczne zmiany w nerwach znajduwane przy seceyi, gdzie za życia wszystkie następstwa traumatycznego uszkodzenia nerwu jak najdokładniej widziano. W tych wypadkach nerwy były rzeczywiście obrzękłe, przesiąkłe surowicą i znacznie przekrwione: mikroskop zaś wykazał mniej więcej wyraźne pomnożenie jąder w pochewkach rdzeniowych, a w niektórych razach oznaki granulacyjnego zwyrodnienia.

Zachodzi jednak pytanie, czy bez tych stosunkowo grubych zmian nie może przyjść do takiego podrażnienia nerwu, któryby mogło w oddalonych częściach ciała zboczenia odżyweze wywołać. Teraz mamy najstosowniejszą chwilę do powiedzenia, że nie należy sądzić aby każde zapalenie nerwu i koniecznie prawidłowe odżywienie zakłucać miało. Do tego potrzebne są pewne warunki, które się jednak dotąd wyświecić nie dały. Widzimy zatem sprzeczność z powstawaniem zmian w oddalonych okolicach ciała po zupełnym przecięciu nerwu. Ostatnie uważać można za konieczne następstwo braku czucia i ruchu w porażonych członkach.

Bądź co bądź na wpływ podrażnionego nerwu rzucają nam właściwe światło, że tak powiem wyraźnym go czynią te wypadki, w których widziano ustępowanie i powracanie w mowie będących zmian odżywezych, w miarę tego, jak przyczyny drażniące nerw przestawały działać lub do swojej czynności wracały. Dla przykładu przytoczę panom zdarzenie opisane przez Pageta Hilton'a.

U mężczyzny, w szpitalu Guys leżonego, powstał przez złamanie kości promieniowej obszerny calus i nerw pośrodkowy ramienia uciskał. W skutek tego na wielkim palec i dwóch następnych odpowiedniej ręki potworzyły się wrzody, które się wszelkim środkiem lekarskim opierały. Przy zgięciu ręki dokonaniem w ten sposób, że wszystkie miękkie części na dłoń zwolniały i przez to ucisk na nerw ustawał, już po kilku dniach goiły się te wrzody. Ale skoro tylko chory zechciał ze swojej ręki korzystać i nerw był na nowo uciśnięty, natychmiast owrzodzenie wracało ¹⁾.

B. Pozostaje nam nakoniec o tych zbozeniach odżywezych pomówić, które przy samodzielnie powstających chorobach nerwów widzieć się dają, a ponieważ uprzedziłem już panów, że spotkamy tutaj też same zmiany, jakieśmy przed chwilą poznali, ta zatem okoliczność upoważnia mnie do ograniczenia się na kilku przykładach, które po większej części ze zbioru Mongeot'a ²⁾ przytoczę.

¹⁾ Paget. Lectures on Surgical Pathology. T. I. p. 43.

²⁾ Mongeot, l. c. Cap. 2. Des lésions organique des nerfs et des troubles de nutrition consécutif.

Dla zachowania całości te naprzód opiszemy zmiany, w których patologiczny stan nerwów jakkolwiek nie z traumatycznie działających, zawsze jednak z mechanicznych przyczyn pochodzą. Takim sposobem powstaje niekiedy cierpienie nerwu trójdzielnego i w ślad za nim zmiany odżyweze w oku; jeżeli bowiem w jamie czaszkowej i w bliskości rzeczonoego nerwu jakkolwiek wytworzy się guz, to takowy, nie zmieniając anatomicznej całości nerwu, ugniata go i w mniej więcej znaczne podrażnienie wprowadza. Wiemy też o rakowatém zwyrodnieniu kręgosłupa, które może tak zmiękczyć pojedyncze kręgi, iż te, uginając się pod ciężarem ciała, ściślej do siebie przylegają i zwięzają międzykręgowy kanały. Staje się to następnie przyczyną ucisku podrażnienia a nawet zapalenia nerwów, które przez te kanały przechodzą. W podobnym wypadku widziałem *herpes zoster* z prawej strony na całej przestrzeni skóry, gdzie się gałęzie cierpiącego splotu szyjowego rozkrzewiały. Ow wyprysk był następstwem ucisku na pnie nerwowe tego splotu, wywieranego przez międzykręgowy kanały. Przy poszukiwaniu pośmiertném znalazłem powierzchownie grzbietową mleczną, jako też korzenie nerwów szyjowych zupełnie zdrowe; ale po otworzeniu kanałów z prawej strony ujrzałem zwoje i pnie nerwowe obrzękłe i mocno zaczerwienione. Nadto pod mikroskopem dawało się rozpoznać pomnożenie jąder w powyższych zwojach i nerwach, tymczasem nerwy i zwoje lewej strony żadnych nie przedstawiały zboczeń ¹⁾. Godnym jest także uwagi zapalenie ograniczające się ściśle do zwojów i nerwów rdzeniowych, które samodzielnie bez współdziałania mechanicznych czynników powstaje i mimo to, jak *Bärensprung* pokazał, na skórze odpowiadającej zajęтым nerwom sprowadza liszajowe wypryski ²⁾. Są zatem niezawodnie powody do utrzymywania, iż znaczna część wypadków, w których *herpes zoster* bez widocznych przyczyn występuje, odnieść się da do tego rodzaju *neuritis* ³⁾. Znajdowano też bardzo zmienione zwoje międzykręgowy bez współdziałania mleczną tak przednich jak i tylnych jego korzeni; w następującym zaś, niedawno przez *E. Wagnera* ⁴⁾ opisanym wypadku, nawet międzykręgowy nerwy zdrowymi były.

Pewien, zapaleniem płuc dotknięty, 23 letni mężczyzna, dostał wkrótce przed śmiercią liszajowego wyprysku na całej przestrzeni skóry, odpowiadającej dwóm lewym (9-u i 10-u) międzyżebrowym nerwom. Przy poszukiwaniu

¹⁾ *Charcot et Cotard*. Sur un cas de zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures. Mémoires de la Société de Biologie. 1865. p. 41.

²⁾ v. *Bärensprung*. Beiträge zur Kenntniss der Zoster; Arch. f. Anat. und Physiol. N. 4. 1865. Podobnież w *Canstatt's Jahresbericht*. 1864. T. 4. p. 128.

³⁾ *Mongeot*, l. c. p. 65.

⁴⁾ *R. Th. Bahrdt*. Beiträge zur Aetiologie des Herpes Zoster. Dissert. Leipzig 1869; także *E. Wagner*. Pathol. anat. und klinische Beiträge zur Kenntniss der Gefässnerven. Archiv der Heilkunde. 4 Lief. Leipzig 1870. p. 321.

pośmiertnym znaleziono ciała sześciu ostatnich grzbietowych i dwóch pierwszych lędźwiowych kręgów spróchniałe. Zewnętrzną powierzchnię odpowiadającą tym kręgom błony twardej gruba warstwa zserowaciałej ropy pokrywała i rozszerzała się na pochewki nerwów i zwojów. Sama błona twarda zgrubiała i na dwie blaszki podzielona, osobliwie w bliskości korzeni lewych (9, 10 i 11) nerwów grzbietowych. Jakkolwiek błona ta i z prawej strony wydawała się równie zmienioną, to jednak tylko trzy zwoje należące do powyższych nerwów były obrzękłe i tylko w nich mikroskop patologiczne zmiany wykazał. Komórki tych zwojów były zanikłe; w bliskości zaś mieszczących je przestworów można było widzieć wszystkie oznaki zapalnego przerostu tkanki łącznej.

Ja sam w wielu wypadkach bardzo rozwiniętego zapalenia opon rdzeniowych ze zgrubieniem błony twardej, widziałem, że towarzyszące mu zapalenie odpowiednich nerwów i ograniczone do części przechodzących przez schorzone błony, wywoływało w obwodowych okolicach ciała, obok mniej więcej wyraźnego zaniku mięśni, rozliczne liszajowe wyrzuty; one zaś przez swoją formę zbliżały się do herpes albo do bąblicy (*pemphigus*).

Już Brown-Séquard mówił w dublińskiej wszechnicy ¹⁾ o pokazywaniu się szczególnego wyprysku na ramieniu przy *Meningo-neuritis spinalis* w dolnej części rdzenia szyjowego.

W wypadkach zagorzenia—różyczka, liszaj, zanik mięśniowy, a nawet pewne cierpienia stawów, podług Duménila, zostawały w związku z postępującym chronicznym zapaleniem nerwów ²⁾, podług Leudet'a zaś, z obwodowym *neuritis*.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweitel (w Strassburgu).

W ciągu ostatnich lat tyle się nagromadziło tak doświadczalnych, jak i klinicznych spostrzeżeń nad działaniem sporyszu, iż mimowoli się nastęrcza pytanie, skąd pochodzi to szczególne zamiłowanie do tego mianowicie przedmiotu.

Bezwątpienia przyczyna tego w części przynajmniej spoczywać musi w wybornych rezultatach terapeutycznego zastosowania, rezultatach stwierdzonych przez pierwsze w nauce powagi, w szczególności zaś przez Langenbeck'a i Hildebrandt'a.

Ponieważ wszystkie niemal objawy działania sporyszu dotyczą przeważnie zmian wywoływanych w układzie krążenia, nie przeto dziwnego, że właśnie wpływ pomienionego środka na naczynia zwracał na siebie uwagę nowszych w tej dziedzinie bada-

¹⁾ Quarterly Journal of Medicine, May 1865. p. 11, 12.

²⁾ Duménil. Contributions pour servir à l'histoire des paralysies périphériques spécialement de la nevrite. Gaz. hebdom. 1866. N. 4, 5, 6.

czow. Należą do nich: Briesemann ¹⁾, Holmes ²⁾, Potel ³⁾, Eberty ⁴⁾, Rossbach ⁵⁾, Wernich ⁶⁾ i Köhler ⁷⁾.

Z badaczy niemieckich pierwszy Briesemann, wstrzykując podskornie przetwory ergotyny, spostrzegł i opisał zwężenie naczyń krwionośnych w przezroczystych częściach ciała żaby. W roku 1870 ogłoszone zostały spostrzeżenia Holmes'a, dokonane pod przewodnictwem Vulpian'a. W Niemczech jednakże Wernich najbardziej się temi zmianami zajmował, ważne im przypisując znaczenie, a to do tego stopnia, iż w pomienionem działaniu sporyszu widział prawie wyłącznie skuteczność jego, jako leku. Inni autorowie również uznali zwężenie tętnic za główny i zasadniczy skutek działania sporyszu.

Ponieważ Wernich nie uznaje wpływu sporyszu na układ nerwowy w tem znaczeniu, w jakim go pojmowali dawniejsi badacze, ponieważ dalej uważa on za dwuznaczne i wątpliwe te objawy, którym Haudelin ⁸⁾ wielkie przypisuje znaczenie najbliższem przeto mojem zadaniem było: sprawdzić doświadczenia obu tych badaczy w kierunku spornego pomiędzy nimi punktu.

Już na pierwszych żabach, które rozpięte zostały dla badań mikroskopowych stwierdzić mogłem fakt dostrzeżony przez Holmes'a: że forsowne ruchy zwierząt, chcących się oswobodzić z krępujących je więzów, wywoływały znaczne zaburzenia w krążeniu: zwężenie tętnic, zastój śłupa cieczy w tych ostatnich, a nawet wsteczny ruch jego; o toż celem uniknięcia powyższych przeszkód uciekłem się do użycia kurary, jak to już czynił Holmes. Kurarę wprowadzałem w postaci drobnych kawałeczków pod skórę grzbietu, ponieważ roztwór tego jadu u żab działa nadzwyczaj silnie i bardzo już niewielki jego nadmiar nie przestaje bez wpływu na krążenie. Ubezwoadnionej w ten sposób żabie zastrzykiwałem nieco wodnego wyciągu sporyszu, poczem zaraz mogłem już obserwować zwężenie tętnic pod drobnowidzem. A chociaż nie uważałem, żeby w rozszerzonych tętnicach powstawały skutkiem częściowego ich skurczu wypuklenia z kształtu do butelek i łydek podobne (P o t d), nie mniej jednak pozostałe szczegóły obrazów mikroskopowych zgodne były z tem, co obserwowali wyżej przytoczeni badacze.

Wernich szczegółowo opisał (l. c.) pomienione zjawiska; ale nie wspomina nie o zaburzeniach cyrkulacji powstających pod wpływem wypilków celem oswobodzenia się, pomimo że nadmieniał, iż używał także żab niekuraryzowanych.

Jeżeli rzeczywiście sporysz wywiera wpływ swoisty na naczynia i jeżeli działanie to ma służyć za podstawę do wytłumaczenia terapeutycznego jego działania, w takim razie inne substancje, o których wiemy z pewnością, że ani wzmacniają bólów porodowych, ani też tamują krwotoków i t. d., że substancje te, będąc wstrzyknięte pod skórę żaby, nie sprowadzą zwężenia naczyń krwionośnych.

Wychodząc z tego punktu zastrzykiwałem żabom (do limfatycznego kanału na grzbiecie) najrozmaitsze substancje, a to najczęściej bez uprzedniego kuraryzowania, niekiedy zaś po kuraryzacji. W ten sposób badałem drobne tętnice błony międzypalcowej, języka i kreski żaby jadalnej (*rana esculenta*), aby się zaś całkiem zabezpieczyć od błędów mierzyłem grubość spostrzeganych naczyń za pomocą mikrometru. Otóż tedy pod wpływem 0,6 procentowego roztworu soli kuchennej, od którego doświadczenia me rozpocząłem, zwężenie naczyń nie wystąpiło, jeżeli tylko kanka strzykawki wprowadzana była z należytą ostrożnością. W tym ostatnim celu przecinałem niekiedy delikatnie skórę nożyczkami. Co do ilości, to wstrzykiwałem zawsze zawartość całej strzykawki Pravaz'a naraz. W dalszych doświadczeniach wstrzykiwałem rozcieńczone roz-

1) Inaug. Diss. Rostock 1869.

2) Eifets de l'ergot du seigle. Arch. de Physiol. 1870. III. 384.

3) Inaug. Diss. Greifswald 1873.

4) Inaug. Diss. Halle 1873.

5) Pharmakol. Untersuch. Würzburg 1873. 114.

6) Beitr. zur Geburtshülfe u. Gynaekologie. III. 1. Berlin 1874.

7) Virch. Arch. tom 60.

8) Beitrag zur Kenntniss des Mutterkorns. Inaug. Diss. Dorpat 1871.

twory kwasów solnego i siarczanego, pierwszy w stosunku 1 pro mille, drugi zaś przyrządzony w ten sposób, iż 4 krople zwyczajnego rozcieńczonego kwasu siarczanego przypadają na 10 gram wody. Kwaśny smak tego ostatniego płynu zaledwie się czuć dawał na języku. W doświadczeniach tych, z których każde po wielokroć było powtarzane, tętnice bardzo wybitnie się zwęzły, aż do połowy normalnego swego światła, jak to wskazywał mikrometr. Nie podaję tu dalszych szczegółów tych obrazów drobnowidzowych, lecz mogę zapewnić czytelnika, iż przy użyciu dopiero co wymienionych substancyj zwężenie tętnic występowało w równym, a może nawet w wyższym stopniu, jak i po wstrzyknięciu onycjalnego *extractum secalis cornuti*, którym zwykle się posługiwał Wernich. Do dalszych wstrzykiwań używaleń gliceryny (nawpół z wodą), chlorku potasu w roztworze, oraz roztworów niektórych innych wyciągów roślinnych.

Przypadek mieć chciał, że właśnie w tym samym tomie „Archives de Physiologie“ (Brown-Séquard'a, Charcot'a i Valpian'a), w którym ogłoszone były poszukiwania Holmessa, spotkałem pracę Dulmонта i Laurent'a, którzy przy miejscowym zastosowaniu hyocyaminu i daturyny otrzymywali to same skutki, jakie Holmes spostrzegał po ergotynie. Ba, nawet wodan chlorału w pierwszej chwili po zastrzyknięciu sprowadzał zwężenie tętnic, które się rozszerzały dopiero później, w okresie bezwładu. Dla dokładnego ocenienia pomienionego zjawiska dodać wreszcie winienem, że przez proste przyłożenie kawałka lodu na ciało żaby, przez uszczypnięcie jej łapek lub wreszcie przez bodźce elektryczne dawało się wywołać zwężenie tętnic i to w stopniu najwyższym!

W ogóle u żab kuraryzowanych zwężenie występowało nieco później, niż u niekuraryzowanych.

Tym więc sposobem, dzięki powyższym doświadczeniom, wiara moja w specjalne działania sporyszu na zwężenie naczyń u żaby całkiem runęła. Oczywiście, że poprzedni badacze nie zwrócili uwagi na owe bodźce czuciowe, będące właściwą przyczyną zwężenia naczyń. I powtarzając powielokroć te doświadczenia, nie dostrzegłem nigdy innego, później występującego zwężenia tętnic, chyba że żaby zaczynały się rzucać, przyczem, rozumie się, niepodobna było wyłączyć istnienie bodźca czuciowego (u żab przymocowanych szpilkami!).

Tylko co do czasu jaki upływał od czasu zadrażnienia aż do wystąpienia zwężenia naczyń, to zwykle nie zdążyłem naliczyć 3 minut, lecz tylko pół, w rzadkich wypadkach 2—2½ minut. Wernich tymczasem podaje, iż zwężenie występowało dopiero po upływie kilku (3—6) minut. Atoli nikt chyba nie przypisze wielkiego znaczenia tej drobnej różnicy.

A więc skoro nie znalazłem żadnej różnicy we wpływie na zwężenie naczyń pomiędzy ergotyną a innymi bodźcami czuciowymi, i skoro dalej Wernich, Holmes, a o ile wiem i inni badacze, nie uwzględnili całkiem zwężenia tętnic zjawiającego się pod wpływem bodźców czuciowych, stanowczo przeto zaprzeczę muszę zdaniu jakoby za pomocą badania mikroskopowego dawało się ocenić działanie sporyszu.

Że bodźce czuciowe wywołują zwężenie naczyń, to, jak się zdaje, nie wymaga wcale dalszych dowodów. Pod tym względem dość będzie się powołać na prace Ludwiga i Thiry¹⁾, który fakt ten dowiedli na naczyniach mikroskopowych; Naumann²⁾ i Saviotti³⁾ również wykazali za pomocą drobnowidza bezpośredni wpływ bodźców czuciowych na błonę międzypalcową żaby. Ostatni badacz podaje, iż skurcz naczyń trwa 10—20—30 sekund, poczem krążenie znowu idzie normalnym torem. Ale oprócz tych zmian w świetle naczyniowym, występuje nadto jeszcze rytmiczne ściąganie się naczyń, co już Gunnig⁴⁾ obserwował. Bez żadnego zewnętrznego powodu w błonie międzypalcowej występowały kontrakcje tętnic, a to nawet u takich żab, u których na 14 dni przedtem przecięte zostały nerwy odpowiedniej kończyny! Waznemi zwłaszcza są pod tym względem spostrzeżenia Riegla⁵⁾. (Dalszy ciąg nastąpi).

1) C. Ludwig i C. Thiry. Wien. Sitzungsber. 1864.

2) Naumann. Prager Viertelj. 1863. tom I i Pflügers Arch. tom V.

3) Virch. Arch. t. 50. 1870. str. 607.

4) Cytata z pracy Riegla.

5) Pflüger's Arch. tom IV i V.

Wiadomości bieżące.

— **Terapia Ogólna.** W tych dniach opuściła prasę drukarską *Terapia Ogólna*, opracowana przez Prof. Dra Dybka. Ze względu że w całej literaturze Europejskiej lekarskiej nie ma żadnego nowego dzieła w tej gałęzi wiedzy, pracę naszego uczonego profesora uważać musimy za wielkiej wartości nabytek dla piśmiennictwa polskiego i najgoręcej polecić czytającej naszej publiczności. Oto treść dzieła: Cel nauki i zadanie lekarza. Treść zasad i plan wykładu. Ogólne własności organizmu jako przedmiot badania lekarskiego. 1. Zdrowie. 2. Zmiana materji. 3. Uszkodzenia na drodze zmiany. 4. Siła żywotna. 5. Pochodzenie. 6. Własności dziedziczne, wrodzone i nabyte. 7. Własności zwłokowe i żywotne. 8. Kompensacya i akomodacya. 9. Peryodyczność. 10. Usposobienie do czynności. 11. Bodźce. 12. Wpływy zewnętrzne. 13. Celowość i użyteczność. 14. Działanie i oddziaływanie. 15. Nawyknięcia. 16. Sprawy ustrojowe. 17. Wzrostowanie. 18. Narzędzia wzrostowania. 19. Urzędowanie, przyrząd, układ. 20. Wzajemna zależność czynności. 21. Ustosunkowanie obrotu materji. 22. Zasobność. 23. Czynności zmysłowo-ruchowe. 24. Czynności duchowe. 25. Wypoczynek, tonus. 26. Całokształt ustroju. 27. Właściwości osobiste. 28. Miara dzielności. 29. Zmiany właściwości. 30. Zaburzenia. 31. Umiejscowienie zaburzeń. 32. Stan chorobny. 33. Formy chorobne. 34. Przypadłości. — Ogólnego leczenia część dyagnostyczna. Badanie własności ustroju 35. Przeszłość i stan obecny. 36. Historia choroby. 37. Znaki rozpoznawcze. 38. Rozpoznawanie. 39. Badanie podmiotowe, przedmiotowe i mieszane. 40. Obejrzenie. 41. Dotykanie. 42. Zgłębianie. 43. Mierzenie. 44. Opukiwanie. 45. Słuchanie. 46. Wysłuchiwanie oddechu. 47. Wysłuchiwanie głosu. 48. Wysłuchiwanie tonów i szmerów naczyńnych. 49. Woń. 50. Dochodzenie chemiczno-fizyczne. 51. Badawcze zastosowanie elektryczności. 52. Inne probierze fizyczne. 53. Probierze farmako-dynamiczne. 54. Oddziaływanie na wpływy przypadkowe. Porządek badania lekarskiego w celach rozpoznawczych. 55. Potrzeba porządku w badaniu. 56. Badanie zbiorowe. 57. Badanie stosunków chorobnych. 58. Badanie rozbiorowe. 59. Obserwacya przebiegu choroby. Rozpoznawanie stosunków chorobnych. 60. Zadania rozpoznawcze. 61. Osobistość chorego. 62. Przeszłość i jej przedmiotowe znaki. 63. Przyczyny zachorowania. 64. Dziedziczność i usposobienie wrodzone. 65. Usposobienie nabyte. 66. Wpływy miejsca i czasu. 67. Warunki życia. 68. Przyczyny powodowe i wpływy determinujące. 69. Ważność rozpoznawcza przyczyn. 70. Rozpoznanie uszkodzenia. 71. Siedlisko choroby. 72. Umiejscowienie się choroby. 73. Znaczenie rozpoznawcze przypadłości. 74. Przebieg choroby. 75. Okresy. 76. Typ przebiegu. 77. Powikłania. Granice pewności rozpoznania. 78. Brak szczegółów. 79. Niepewność przyczyn. 80. Niepewność nozografii. 81. Trudności stosowania klasyfikacyi. 82. Brak punktów porównania. 83. Ogólna niepewność nauki. Ogólne formy zaburzeń przedmiot rozpoznania stanowiących. 84. Znaczenie formy zaburzeń. 85. Elementarne formy zmiany korrelacyi animalnej. 86. Zaburzenia czynności ustosunkowania obrotu materji. 87. Krwibrak przekrwienie. 88. Nawał. 89. Zastój. 90. Przesiek. 91. Czynniki dyffuzji. 92. Zmiany wydzieleń. 93. Konkrecye. 94. Wydzielina rozpadowa, posokowata, ropna. 95. Krwotok. 96. Zmiany składu krwi. 97. Źródła zakażeń. 98. Zmiany anatomiczne. 99. Obrzmienie, wysięk, złogi. 100. Przerost i zanik. 101. Zmiany jakościowe utkania. 102. Przeistoczenia. 103. Nowotwory. 104. Guzy i nasięki. 105. Heteroplazya. 106. Zmiany budowy. 107. Zgorzel i strupieszenie. 108. Kombinacye zbroczeń. 109. Zapalenie. 110. Bodziec zapalny. 111. Objawy zapalenia. 112. Znaczenie obrzmienia. 113. Ciepłota. 114. Formy chorób zapalnych. 115. Hyperynoza. 116. Gorączka i jej objawy. 117. Rozrób pod wpływem gorączki. 118. Rozciągłość rozrobu. 119. Tętno. 120. Oddychanie w gorączce. 121. Znaczenie dreszczów. 122. Wybuch gorączki. 123. Typ i rytm. 124. Przelom. — Ogólnego leczenia część prognostyczna. — Ogólne zasady rokowania. 125. Podstawy rokowania. 126. Pierwotne pojęcie rokowania jako wróżbienia. 127. Znaki dobre i złe. 128. Użytecznościowy kierunek prognozy. 129. Trudności roko-

wania. 130. Jego różne zadania. 131. Rokowanie ogólne i szczegółowe. 132. Rokowanie zbiorowe i rozbiorowe. 133. Dyagnoza przed prognozą. 134. Warunki niebezpieczeństwa. 135. Wpływ wieku. 136. Płeć. 137. Skład ciała. 138. Dziedziczność. 139. Stosunki przyczynowe. 140. Forma choroby. 141. Stan ogólny chorego. 142. Natura przebiegu. 143. Sposób rozpoczęcia się choroby. 144. Poty. 145. Krwotoki. 146. Wyraz twarzy. 147. Nastrój umysłu. 148. Objawy uczuciowe. 149. Objawy ruchowe. 150. Stan dróg pokarmowych. 151. Oddechanie. 152. Tętno. 153. Własności moczu. 154. Ciepłota. 155. Powierzchnia ciała. Stan sił i zasobność ustroju jako element rokowania. 156. Wycludnienie, bladeść i osłabienie. 157. Wysokie znaczenie czynności korrelacyi wegetacyjnej. 158. Stan mięśni. 159. Układ nerwowy. 160. Stosunki działania ruchowego. 161. Odruchy. 162. Straty ustroju. 163. Otyłość. 164. Postęp zmian. 165. Kollapsus. 166. Zawieszenie czynności korrelacyjnych. 167. Śmierć pozorną. O śmierci. 168. Ustanie obiegu krwi i oddychania. 169. Najbliższe przyczyny śmierci. 170. Rodzaje śmierci według przyczyn. 171. Przebieg konania. 172. Jego stosunek do różnych rodzajów śmierci. 173. Przypadłości konania. 174. Przypadłości śmierci. 175. Rozpoznanie śmierci. Obejrzenie pośmiertne. 176. Cele obejrzenia. 177. Obejrzenie zewnętrzne i otworzenie ciała. 178. Rozróżnienie znaków wykazywanych w zwłokach — Ogólnego leczenia części właściwa. — Ogólne zadania leczenia. 179. Regulowanie wpływów zewnętrznych. 180. Wskazówki i wskazania leczniczych potrzeb ustroju. 181. Podział wskazań ze względu na momenty rozpoznawcze. 182. Podział wskazań ze względu na momenty rokowania. 183. Najogólniejszy podział ze względu na środki. 184. Współwskazania. 185. Plan leczenia. 186. Ustanowienie planu rozbiorowe. 187. Wpływ środków jako wskazówka. 188. Zbiorowe rozpoznanie potrzeb leczniczych. 189. Okoliczności przyczynowe. 190. Przyczyny odleglejsze. 191. Przyczyny bliższe. 192. Obszerłość postulatów leczenia według danych możliwości. 193. Okoliczności skutkowe czyli przypadłości choroby. 194. Najogólniejsze życiowe potrzeby chorego ustroju. 195. Wskazania życiowe. 196. Wskazania bezpieczeństwa całości ustroju. 197. Skracanie przebiegu choroby. 198. Wskazania ulgi. 199. Bliski stosunek prognozy do terapii polega na užitarném zapatrywaniu tak jednej jak drugiej. 200. Wybór wskazań. 201. Uporządkowanie wskazówek na prognozie oparte. 202. Sposoby leczenia i ich przybory. 203. Wzgle dy kierujące wyborem środków. 204. Doniosłość środków. 205. Wykonalność ich zastosowania. 206. Prostota planu. Szczegółowe zadanie i sposoby leczenia. 207. Kolej planu leczenia. 208. Terapeutyczny podział sposobów leczenia. 209. Środki mechaniczne. 210. Środki chemiczne. 211. Środki fizyczne. 212. Środki dynamiczne. 213. Zasada podziału sposobów leczenia opartego na patologii. — Cena tomu I-go wraz z przesyłką rs. 2.

— O nerwowych objawach, spowodowanych przez obce ciało w jamie bębenkowej (J. Israel, Berlin. klin. Woch. 1876. Nr. 15—Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 39. 1874). Odlamany guzik od ołówka utkwivszy w ucho spowodował u 20 letniego młodzieńca stan gorączkowy, trwający przez kilka dni i rozmaite nerwowe objawy. Podczas gdy głowa i chore ucho lewe były wolne, skarżył się chory na ciągnące bóle w rozmaitych częściach ciała. Po stronie odpowiadającej choremu uchu, objawy były więcej uwydatnione: tutaj pojawił się także silny skurez mięśni zginających rękę. Lewa źrenica była szersza, aniżeli prawa. Po podskórnem zastrzyknięciu małej dawki atropiny znikły wszelkie objawy i ustąpiły stale, skoro się przez operacyą wydalilo obce ciało. Autor sądzi, że podstawą gorączki było zatrzymanie ropy w jamie bębenkowej; za podstawę zaś objawów nerwowych, ze względu iż po stronie cierpiącego ucha były najsilniejsze resp. jedynie się uwydatniały, iż po atropinie natychmiast znikły i zostały zupełnie usunięte po wydostaniu obcego ciała, uważa objawy jako odruchowe, a nie jako wywołane przez miejscowe processy w nerwowych ośrodkach po stronie lewej.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztow t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 28 Октябрю (9 Ноября) 1876.