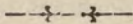


GAZETA LEKARSKA

I. NIEZWYKŁY ZBIÓR OBJAWÓW, TOWARZYSZĄCY ZNIECZULENIOM POŁOWICZNYM MÓZGOWYM POCHODZENIA ORGANICZNEGO.

Podał

K. Chelchowski.



Przed 12 laty obserwowałem przez dłuższy czas w klinice terapeutycznej chorą, dotkniętą zupełnem porażeniem lewostronnem ruchu, czucia i zmysłu mięśniowego. Porażenie nastąpiło nagle, zapewne wskutek zatoru mózgowego [chora miała guz tętniący *in jugulo sterni.*] W przypadku tym zauważyłem szczególne zjawiska czuciowe po stronie porażonej.

Jak już wspomniałem, porażenie czucia wydawało się zupełnem. Jednakże przy stosowaniu bardzo silnych bodźców, jak bardzo silnych ukłuć, gorącej wody [45—50° R.], niekiedy lodu, zjawiał się ból, ale szczególniejszego rodzaju. 1) Ból występował nie od razu po ukłuciu, ale po paru sekundach. 2) Ból zjawiał się bardzo silny, doprowadzał do jęków, głośnego narzekania, chociaż przed chwilą bodźce nie o wiele słabsze wcale nie były odczuwane. 3) Ból ten trwał bardzo długo, bo kilka minut, podczas których żadne nowe bodźce, nawet silne, nawet stosowane na zdrową połowę ciała nie dochodziły do świadomości chorej. 4) I charakter bólu był jakiś szczególniejszy. Chora przy badaniu miała oczy zakryte. Otóż nie podejrzewała ona nawet, że ów silny ból pochodzi z ukłucia lub dotknięcia gorącym kubkiem przy badaniu; przeciwnie uważała go za samoistny, jakby wewnętrzny. Tłumaczyła się ona wtedy niejako z tego, że nie może zwrócić uwagi na dalsze badanie i wołała np. „oj! zaraz, zaraz, bo mię coś załupało w ramieniu“. 5) Chora fałszywie umiejscowiła opisany ból. Ukłuta w palec ręki, czuła łupanie, rwanie w barku, albo w całym ramieniu, niekiedy w uchu. Ukłucia w stopę najczęściej odnosiła do biodra, czasem do ramienia lub barku. Od czasu do czasu chora miewała samoistne parestezye w uchu i barku.

Opisane objawy spostrzegłem u tej chorej w kilka tygodni po nastąpieniu porażenia połowicznego. Obserwowałem ją przez kilka miesięcy. Stan jej nie zmienił się wcale przez ten czas.

Dodam jeszcze, że w stawie barkowym istniało bolesne przykurczenie i że w zmysłach wyższych nie mogłem wykryć zbroczeń.

W tym samym roku zdarzył mi się drugi przypadek ze zbiorem podobnych objawów: opóźnione, ale silne i przeciągłe odczuwanie bólu i fałszywe jego umiejscowienie w połowie ciała dotkniętej porażeniem ruchu, czucia i zmysłu mięśniowego. 20-to-kilkoletni chory pod koniec tyfusu brzuszego dostał zgorzeli prawej stopy, wskutek czego odjęto mu goleń. W 3 miesiące potem nagłe porażenie lewej połowy ciała [16. IX. 1884]. Chory zmarł 11. X. 1884. Na seceki znaleziono: Blizny potyfusowe w kiskach. Zator prawej tętnicy SYLWIUSZA. Rozległe rozmięczenie w prawej półkuli mózgowej. Zkrzep zatok mózgowych. Stare zawały krwotoczne [z zagłębieniami] w nerkach i śledzionie. Ropień w dolnym zrazie lewego płuca, dziurawiący przeponę i otorbiony w otrzewnej. Rozległy skrzep unaczyniony w tętnicy udowej.

Chorego tego obserwowałem zaledwie kilka dni [od 21—25 IX]. Okazywał on wtedy porażenie połowiczne lewostronne zupełne z przykurzeniami zginaczów w górnej i dolnej kończynie oraz mięśni nawrotnych przedramienia. *Lagophthalmos sinister*. Odruchy ścięgniste wzmożone (*epilepsia spinalis*). Zmysł mięśniowy po lewej stronie zniesiony [ręki, łokcia musi szukać, często daremnie]. Znieczulenie połowiczne lewostronne niemal zupełne. Kubków z zimną i gorącą wodą nie odczuwa wcale. Silniejsze wrażenia dotykowe, połączone z uciskiem, odczuwa, jako ból i fałszywie je umiejscawia. Wrażenia bólowe czuje po stronie lewej później, niż po prawej, ale za to silniej i bardzo długo; umiejscawia je fałszywie. Raz poczuwszy ból gdziekolwiek, wszystkie następne wrażenia bólowe odnosi do miejsca, które najprzód zabolało.

Po kilku dniach te szczególne objawy zniknęły, pozostało znieczulenie zwyczajne. W ciągu następnych 10 lat nie spotkałem się z przypadkiem analogicznym, chociaż przez ten czas nieraz zdarzało mi się badać dokładniej połowiczne porażenia mózgowe pochodzenia organicznego i trwałe i stopniowo znikające.

D. 5. III. 1894 r. przybył na mój oddział 73-letni żebrak. Od pół roku zawroty i bóle głowy. W ostatnich kilku tygodniach stopniowo zesłabły mu zupełnie obie nogi i lewa ręka. Wybitne stwardnienie tętnic obwodowych. Wzmożenie 2 tonu tętnicy głównej. *Pes varus dexter*; wielki i mały palec prawej stopy przykurzone (*flexio dorsalis*). Prawa łydka i mięśnie ksbne prawego uda względnie zanikłe.

W łóżku ruchy nogami słabe, ale możliwe. Pomimo tego zupełna bezradność przy próbach postawienia go na nogi. Nawet siedzieć o swej mocy nie może. Ruchy prawej kończyny górnej prawidłowe, ale chory sam jeść nie może: trzeba go karmić. W ramieniu i łokciu lewej kończyny górnej żadnych ruchów, w napiętku słabe; palcami ściska silniej. Ruchy twarzy prawidłowe. Przy obracaniu głowy na lewo ból w karku. Bolesne przykurczenie lewego stawu barkowego. Pewna sztywność karku i porażonych kończyn. Odruchy ścięgniste żywe, skórnych niema. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona.

Zupełna utrata zmysłu mięśniowego w kończynie górnej i dolnej lewej. [Przy odpowiednim badaniu uważa rękę lekarza za swoją, swoją zaś

za ciężar położony na piersiach i t. p.]. Znieczulenie lewej połowy ciała prócz głowy, twarzy i górnej połowy szyi. Kubków z zimną i gorącą wodą wcale nie czuje. To samo z dotykiem i lżejszemi ukłuciami. Ukłucia głębokie czuje daleko silniej, niż po stronie prawej i ból ten trwa bardzo długo. Umiejscawia ból fałszywie, ukłucie w palce ręki odnosi np. do ramienia, biodra, czasami napiętką.

Podczas pobytu w szpitalu chory zrazu przytomny i spokojny, często bredził, krzyczał, nie dawał innym spać w nocy. Mocz i stolec często oddawał pod siebie. Skarżył się na ból głowy [zwłaszcza prawej połowy], rąk i nóg. Przemijająca puchlina stawu kolanowego lewego. Po kilku tygodniach [16. IV.] uspokoił się zupełnie. Czucie w lewej połowie ciała wróciło prawie zupełnie. Zmysł mięśniowy w lewej kończynie dolnej wrócił, w górnej—nie. Bezradność po dawnemu.

D. 7. V. Poprawa postępuje. Jada sam. Nie zanieczyszcza się. Posadzony może usiedzieć na łóżku.

Przez następne 4 miesiące wyraźnych zmian w jego stanie nie zauważono. Rozpoznawałem u niego stwardnienie tętnic mózgowych i rozmiękczenia mózgu w pobliżu kory.

Jeszcze jeden przypadek z opisywanym tu zbiorem zaburzeń czuciowych obserwowałem niedawno przez czas krótki.

Szlązak Augustyn, b. służący, 61 lat, przybył na oddział d. 13. IX. r. z. Przed 9 miesiącami po dwóch dniach niedomagania stracił nagle przytomność i władzę w lewej połowie ciała. Przytomność wkrótce wróciła. Porażenie zupełne pozostało. Przykurczenie bolesne w stawie barkowym i biodrowym lewym. Sztywność porażonych kończyn, wzmożony objaw kolanowy, objaw stopowy po lewej stronie. Znaczne upośledzenie zmysłu mięśniowego po lewej stronie. Znieczulenie połowiczne lewostronne prawie zupełne na wrażenia dotykowe, cieplne i lżejsze bólowe. Po silnych ukłuciach ból zjawia się nie zaraz, ale dopiero we 2—3 sekundy, stopniowo się wzmaga, trwa kilka [5] minut, zajmuje całą kończynę. Przy ukłuciu w palce stopy chory czuje ból od biodra do kostki, przy ukłuciu w palce ręki od barku do napiętki; czasami ból taki przechodzi w zęby. W moczu [ciężar właściwy 1010—1022] stale niewątpliwa obecność cukru w niewielkiej ilości. Obrzęk lewej stopy. *Cryptorchismus testiculi dextri*.

Z opisanych przypadków tylko w pierwszym i ostatnim mógłbym wykluczyć ślepotę połowiczną. W 2-im i w 3-im badanie w tym kierunku było niemożliwem.

W literaturze mało znalazłem wzmianek o zaburzeniach czucia mózgowych podobnych do spostrzeganych przezemnie. NOTHNAGEL¹⁾ cytuje chorobę CHARCOT'a, która odczuwała wrażenia bardzo powolnie i słabo i umiejscawiała je w końcach członków. Chory VULPIAN'a, szczypany w łydkę, czuł ogólną niedomogę (*un malaise général*), rozchodzącą się z ucha. RENDU wspomina o zaburzeniach w umiejscowieniu. Chory NOTHNAGEL'a czuł w rękę

¹⁾ *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale*. 1885 str. 272. [Przekł. franc.].

dotknięcie w stopę. OPPENHEIM¹⁾ bardzo często widuje fałszywe (umiejscawianie wrażeń, a niekiedy szczególny rodzaj nieprzyjemnej nadezłości nawet na proste dotknięcie. EDINGER²⁾, BIERNACKI³⁾ przytaczają przypadki nadezłości i bólów, towarzyszących cierpieniom mózgowym.

Nie będę się silił na wnioski ogólniejsze ze swoich spostrzeżeń. Zaznaczam, że 1) połowicznym znieczuleniom mózgowym pochodzenia organicznego dość często towarzyszą szczególniejsze zбочenia w odczuwaniu bólu: odczuwanie bólu opóźnione, nadmierne, przeciągłe, fałszywa lokalizacja bólu i fałszywe ocenianie jego natury; 2) zбочenia te w odczuwaniu bólu występują razem, tworząc pewną całość.

W połowicznych znieczuleniach histerycznych nic podobnego nie widywałem.

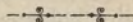
Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

O PNEUMOTOMIACH PRZY ROPNIACH PŁUC.

[Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 24. XI. 1896].

Podał

Dr. Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

Abscessus pulmonis post pneumoniam.

Adolf R., lat 66, przemysłowiec m. Warszawy, budowy doskonałej i odżywiania wybornego, cieszył się zawsze niezłym zdrowiem. Rodzice jego żyli długo, z rodzeństwa siostra zmarła na ostre zapalenie płuc. W 32 roku życia R. się ożenił, ma kilkoro dzieci, najstarszy syn jego w 25 roku zmarł na suchoty płucne.

Przed 35 laty R. miał artrytyzm, skutkiem czego jeździł kilkakrotnie do Akwisgranu. Z porady lekarzy od czasu do czasu pił wody Maryenbadzkiej. Na wiosnę roku 1895 pojechał do Maryenbadu, skąd powrócił w Czerweu. Po kilku tygodniach zaczął uczuć pewne nieokreślone niedomagania, co kładł na karb kuracji Maryenbadzkiej. 3-go września 1895 r. dostał gwałtownych dreszczy, które go zmusiły do położenia się do łóżka. Wezwany lekarz wtedy stwierdził gorączkę, dochodzącą do 40° C., jednak w narządach nie wykrył zmian, które by tak wysoką gorączkę usprawiedliwiały, jedyny bowiem objaw chorobowy stanowiło wyraźne zaostrzenie szmerów oddechowych w przestrzeni międzyłopatkowej prawej. Podejrzenie na influencję. Nazajutrz rano cie-

¹⁾ Lehrbuch das Nervenkrankheiten. 1894. str. 445.

²⁾ Deutsch. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1891. str. 262.

³⁾ BIERNACKI E. Gazeta Lekarska. 1893. str. 169, 198.

plota prawidłowa [36,5° C.] i brak jakichkolwiek skarg ze strony chorego; wieczorem ponowne podniesienie ciepłoty [39,0° C.], a badanie chorego nie doprowadziło do żadnych pozytywnych wniosków. Po kilku dniach wobec takiego samego typu gorączki [rano 36,0° C., wieczorem 39,0° C.], a zarazem nieustępującego zaostrzenia oddechu w powyżej wymienionej okolicy lekarze zaczęli podejrzewać *bronchopneumoniam*. Ku końcowi drugiego tygodnia zaczęły występować objawy, stwierdzające obecność niewielkiej ilości płynu w prawej jamie opłucnej. Kaszlu i bólu w boku chory nie miał. Pod koniec października wypuszczono 1100 ctm. sześć. płynu surowiczego. Nasilenia gorączkowe coraz mniejsze, a po wypuszczeniu płynu zupełnie ustały; chory zaczął wówczas kaszlać i wykrztuszać dosyć znaczną ilość plwociny, przytem nabierał łaknienia i sił, wogóle czuł się coraz lepiej. W początkach listopada kaszel zupełnie ustał, pozostało stłumienie w dolnej części prawego płuca od tyłu. Chory do świąt Bożego Narodzenia czuł się względnie dobrze. Po świątach ponownie pogorszenie, dreszcze, gorączka, brak snu i łaknienia. Przy opukiwaniu od tyłu klatki piersiowej z [prawej] strony stłumienie. Kilkakrotnie wykonane przekłucie nie dało żadnego wyniku. 11 stycznia 1896 r. przy ponownem głębokiem przekłuciu otrzymano ropę.

D. 14. I. 1896. *Sub chloroformo* prof. Kosiński wykonał operację. Cięciem równoległym do IX żebra z prawej strony żebro obnażył i resekował pomiędzy linią pachową tylną i idącą od kąta łopatki. Po wyjęciu kilku centymetrów żebra cięcie posunięto głębiej; opłucna przedstawiała się mocno nacieczoną, znaleziono trwałą zrost opłucnej ścięonej z samem płucem. Ponieważ przekłucie wykonane w tem miejscu przed kilkoma dniami i powtórzone podczas operacyi wykazało w głębi ropę, przeto prof. Kosiński pomimo dość znacznego krwawienia śmiało cięcie przedłużył i pogłębił, doszedł w rezultacie na znacznej głębokości do rozsianych ognisk ropnych. Płuco w tem miejscu było mocno zmienione, powierzchnia przecięcia robiła zupełnie wrażenie antraksu. Oddzielne ogniska ropne wielkości grochu polnego do orzecha laskowego połączono, o ile możności, ze sobą, cały ten odcinek płuca wyskrobano łyżeczką VOLKMANN'a, skutkiem czego utworzyła się jedna jama 16 ctm., idąca w głąb płuca [licząc od powierzchni klatki piersiowej]. Krwotok był bardzo znaczny, ze względu też na to jamę całą prof. Kosiński wytamponował gazą jodoformową.

Po operacyi ciepłota się nie podniosła, tętno pełne, nieprzyspieszone. Przesięk krwisty przez opatrunek tak znaczny, że wieczorem zmieniono warstwy powierzchowne. Chory uskarża się na ból w okolicy operowanej; kaszel niewielki, w plwocinie nieznaczna przymieszka krwi.

D. 15. I. Stan takiz sam, bezgorączkowy; krwioplucie i ból w boku.

D. 16. I. Stan bezgorączkowy; w plwocinie krwi znacznie mniej. Opaśka sucha.

D. 17. I. Wykrztuszanie małe bez przymieszki krwi, kaszel niewielki.

D. 18. I. Stan bez zmiany. Chory sypiać nie może, dostaje przetwory makowca.

D. 19. I. Opatrunek zmoczony, zmieniony też całkowicie. Jamę prze-
myto fizyologicznym rozczynek soli kuchennej, podczas czego wystąpiły na-
pady silnego kaszlu, dochodzące aż do krwioplucia. Do jamy w płucu wpro-
wadzono paski gazy jodoformowej i dren.

D. 20. I. Chory skarży się na ból w okolicy operowanej, oddech utru-
dniony, kaszel niewielki, lecz męczący. Krwioplucia niema, wykrztuszenie
w małej ilości.

D. 21. I. Zmiana opatrunku. Wydzielina ropna, nieobfita. Jamę pono-
wnie przemyto rozczynek soli, przyczem wystąpiły napady kaszlu niezmier-
nie gwałtownego. Do jamy wprowadzono dren i gazę.

D. 23. I. Opatrunek cały wilgotny, zmieniono go też, wydzielina obfita,
ropna. Ciągłe osłabienie, łaknienia żadnego; chory w nocy spać nie może; bóle
w klatce piersiowej. Tętno jednak nie przyspieszone, ciepłota nie podnie-
siona. Chory nie czuje żadnej ulgi po wykonaniu operacji. Przy opatrunk-
u usunęliśmy zupełnie gazę jodoformową, zastąpiliśmy ją gazą preparowaną,
zmaczaną w płynie Burow'a.

D. 25. I. 1886. Opaska cała przesiąknięta, zmiana opatrunku. Wobec
gwałtownych napadów kaszlu podczas przemywań jamy zaniechaliśmy ich,
a ograniczyliśmy się do oczyszczenia sączka i założenia świeżej gazy.

D. 27. I. Stan bez zmiany. Opatrunek zmieniono, wydzielina obfita,
jednak w jamie nie się nie zatrzymuje.

Dnia 29. I. Wystąpił kaszel dosyć mocny wykrztuszenie śluzowo-ro-
pne, niezbyt obfite. Opaska zmieniona, wydzielina z rany obfita, wobec czego
zachodzi potrzeba codziennej zmiany opatrunku.

D. 30. I. Rana choremu nie dolega, pięknie granuluje, w jamie nie się
nie zatrzymuje. Chory jednak uskarża się na ból w klatce piersiowej. Przy
opukiwaniu otrzymujemy stłumienie naokoło jamy.

Dnia 31. I. Sypiać chory nie może, kaszel i płwocina nieznaczne,
ciepłota nie podwyższona, tętno nie przyspieszone. Chory czuje się niezmier-
nie zmęczonym, brak ciągły sił.

D. 4. II. 1896. Po napadzie gwałtownego kaszlu chory wypluł kilka sza-
rych czopów. Wydzielina z rany obfita.

D. 5. II. Kaszel cokolwiek mniejszy, chory mniej się uskarża na ból
w boku.

7. II. Kaszel występuje napadami. Pomimo to, że chory nie gorączku-
je, jednak po południu każdego dnia uczuwa znaczniejsze osłabienie, senność,
a w nocy się poci. Kilkakrotne badanie płwociny na laseczniki gruźlicze dało
zawsze rezultat ujemny.

10. II. Kaszel bardzo mocny występuje napadami. Chory wypluwa
znaczną ilość ropiastej wydzieliny.

11. II. Stan bez zmiany, wykrztuszenie bardzo obfite.

Stan taki trwał aż do marca r. b.; chory ustawicznie wykrztuszał zna-
czne ilości płwociny ropiastej, niekiedy z przymieszką szarych czopów. Zwo-
lna ilość wykrztuszonej płwociny zmniejszyła się, kaszel się uspokoił, chory
przestał się uskarżać na ból w boku. Stan ogólny stopniowo się poprawiał,

siły wracały, chory zaczął wstawać z łóżka. Wydzielina z rany śluzowo-ropna, bardzo obfita, opatrunki codzienne. Rana się znacznie zmniejszyła, sączek ciągle jest wprowadzany do jamy.

W drugiej połowie marca chory wyjechał kilkakrotnie na przechadzkę, jednak to zmęczyło go niezmiernie, i następnie nie można go było namówić na żadne wycieczki.

Taki stan rzeczy trwał przez cały kwiecień. Nie bacząc na wszelkie usiłowania, aby przetokę płucną zagoić, nie udało się to nam. Stosowaliśmy *bals. Peruvian.*, *hydr. oxyd. rubrum*, *argent. nitricum*, rozpylanie kreozotu w jamie, zawsze z ujemnym rezultatem, powodowaliśmy tylko kaszel i zwiększenie wydzieliny.

W połowie maja wydzielina rany przez dren zmniejszyła się, część jej zatrzymywała się w klatce piersiowej. Prof. Kosiński rozszerzył przetokę wyskrobał ją i zatamponował gazą jodoformową. Krwawienie było bardzo żywe. Wieczorem tegoż dnia wystąpiło nieznaczne krwioplucie.

Po upływie 2 dni opatrunek zmieniłem, gdyż ciepłota się podniosła. W jamie skrzepy zaczęły się rozkładać. Niezmiernie ostrożnie, aby nie wywołać napadów kaszlu, jamę przemyłem rozczynek soli, tampony usunąłem, założyłem grube sączki. Ciepłota się zaraz obniżyła. Wydzielina z rany była bardzo obfita.

Po ostatniem wyskrobaniu jamy nastąpiła bardzo wielka skłonność do krwawień. Sączek należało nader ostrożnie wyjmować i wprowadzać, gdyż krew w ranie natychmiast się pokazywała. Każde sondowanie rany wywoływało żywsze krwawienie, a niekiedy krwioplucie. Powietrze bezpośrednio przez jamę do oskrzeli nie przechodziło.

W tym czasie chory dostał napadu kolki wątrobowej skutkiem kamieni pęcherzyka żółciowego. Osłabienie potem było bardzo znaczne, chory z trudnością siadał na łóżku, a przy większym ruchu zaraz mdał. W połowie czerwca wyprawiliśmy chorego na letnie mieszkanie; po kilku dniach zostałem do niego wezwany, gdyż w nocy opatrunek się zsunął i dren wypadł. Rozszerzyłem cokolwiek otwór zewnętrzny rany i dren wprowadziłem, poczem natychmiast nastąpił napad silnego kaszlu i chory wykrztusił niemal całą łyżkę czystej krwi. Od tego czasu *haemoptoe* już nie było, skłonność jednak rany do krwawienia pozostała, prawie codziennie na opatrunku bywały ślady krwi. Jama stopniowo się zmniejszała, wstrzykiwałem do niej jodynę, *sol. zinci murici*, *argenti nitrici*, a nawet ostrożnie bardzo *liquor Buronii*. W pierwszych dniach sierpnia ponowny napad *colicae hepaticae*, co R. zmusiło do pozostawania w łóżku w ciągu kilku dni; pod koniec zaś sierpnia wystąpił nowy napad i od tego czasu chory już z łóżka wstawać nie może.

Chorego przywieźli do Warszawy we wrześniu; przetoka płucna jeszcze się nie zagoiła, przez sączek wypływa dosyć obficie wydzielina śluzowo-ropna. Za poradą prof. Kosińskiego sączek usunęliśmy w drugiej połowie września. Obecnie stan chorego po upływie 10 miesięcy po operacji nie jest bynajmniej zadawalający. Osłabienie znaczne, chory z trudnością siada na łóżku, zawroty głowy, łaknienia niema, bezsenność; wieczorami omdlewanie; w nocy obfite

poty. Kaszel niewielki, plwocina w bardzo małej ilości; z przetoki na klatce piersiowej wypływa nader obficie ropa, przetoka draży w głąb około 6 ctm.. Przy opukiwaniu otrzymujemy stłumienie naokoło rany, które zajmuje niemal dolną połowę płuca prawego. Wysłuchiwanie poniżej rany nie wykazuje zupełnie szmerów oddechowych, wyżej zaś otrzymujemy oddech oskrzelowy.

Abscessus pulmonis post pneumoniam.

L. F., lat 50, maszynista drogi żelaznej, przybył na oddział wewnętrzny kolegi SOKOŁOWSKIEGO 9 stycznia 1896 r., uskarżając się na ogólne osłabienie, ból w boku i gorączkę.

Przed 5 tygodniami chory przeziębił się, dostał dreszczy wstrząsających i gorączki, wystąpiły bóle w brzuchu, które jednak po zastosowaniu środków przeczyszczających uspokoiły się. Chory ciągle gorączkował, wieczorami miał podniesienie ciepłoty, od czasu do czasu dreszcze, uskarżał się na ból w lewym boku i kaszel z plwociną dosyć obfitą. Rozpoznawano jakoby płątowe zapalenie płuc.

Na początku stycznia chory przyjechał do Warszawy i zgłosił się do kol. SOKOŁOWSKIEGO. L. do tego czasu uważał się za zupełnie zdrowego człowieka. *Abusus in Baccho et in Venere* nie było. Żonaty, ma 5 dzieci. Syfilisu nie przechodził. Brat chorego zmarł na suchoty płucne. L. średniego wzrostu z odżywianiem upośledzonym, błądy, niezmiernie osłabiony, uskarża się na ból w lewym boku i trudność oddechania. Przy pierwotnym badaniu kol. SOKOŁOWSKI znalazł, co następuje: Przy opukiwaniu klatki piersiowej otrzymujemy nieznaczne stłumienie u prawego wierzchołka w okolicy nadobojczykowej; z lewej strony znajdujemy od tyłu tępość na ograniczonej przestrzeni pomiędzy kręgosłupem i linią pachową tylną z jednej strony, a dolną granicą płuca i połową łopatki z drugiej—przestrzeń tępości odpowiada wielkości dłoni. Granice owego stłumienia przy zmianie położenia chorego nie zmieniają się. Na pozostałej części płuca lewego otrzymujemy przy opukiwaniu ton płucny. Wysłuchiwanie wykazuje u prawego wierzchołka oddech nieokreślony, z lewej zaś strony na miejscu tępości szmerów oddechowych nie słyhać, nad miejscem zaś stłumienia oddech zaostrzony.

Granice serca nie przedstawiają zmian, tony czyste, lecz słabe—tętno około 100, słabe. Wątroba i śledziona bez zmian widocznych. Ciepłota wieczorem podniesiona od 38,2°—39, 0° C. Kaszel z małą ilością plwociny, bez przymieszki krwi. Ból w klatce piersiowej z lewej strony, który się wzmaga przy kaszlu lub wdechu głębokim. Brak snu i łaknienia. Od tyłu na klatce piersiowej na miejscu stłumienia wykonano przekłucie próbne i otrzymano gęstą ropę.

Po tygodniu chory był przeniesiony na klinikę chirurgiczną. Pacjent robi wrażenie ciężko chorego człowieka; oddechać mu trudno, śpi w położeniu w pół siedzącym. Przy opukiwaniu zauważyliśmy wtedy, że górna granica stłumienia z lewej strony podniosła się i przy zmianie położenia chorego zmienia swoją powierzchnię; pozostaje jednak pomimo to stłumienie na ogra-

niezonej przestrzeni, które nie zmienia swojej granicy przy rozmaitem położeniu chorego. Na miejscu stłumienia brak zupełny oddechu, a cokolwiek powyżej oddech osłabiony.

Biorąc pod uwagę przebyte zapalenie płuc, które miało przebieg nieprawidłowy, gdyż okres szczytowy się przedłużył, chory ciągle gorączkował, duszność się nie zmniejszyła, można było przypuszczać, że mamy do czynienia z ropniem w płucu, jako zejściem zapalenia płuca i opłucnej prawdopodobnie po grypie (*pleuropneumonia post influenzae*). Tak też cierpienie rozpoznawaliśmy, nie wyłączając obok tego wysięku wolnego w opłucnej.

D. 18. I. 1896 prof. Kosiński przystąpił do operacji. Na linii pachowej tylnej wykonał resekcję 9 żebra z lewej strony na przestrzeni kilku ctm. [6—7]. Opłucna była zgrubiała, naciekła, po otworzeniu jamy opłucnej wylało się około szklanki płynu surowiczoro-ropnego. Poniżej wyjątego żebra otrzymaliśmy przy opukiwaniu stłumienie; 9 żebro było na granicy zrostów płuca z opłucną ścienną. Ostrożnie odseparowano zrost i po przecięciu płuca na nieznacznej głębokości w dolnym płacie otworzono jamę ropną wielkości pięści. Po opróżnieniu jamę wyskrobano i zatamponowano gazą jodoformową. Do jamy opłucnej wprowadzono sączek, a obok niego tampon jodoformowy. Krwawienie podczas operacji było niewielkie. Ciepłota wieczorem 39,0° C.

Dnia 19. I. Chory przepędził noc niedobrze, nie mógł spać. Tętno 100, nieprawidłowe, *arrhythmia*. Kaszel męczący, trudność odpluwania, plwociny niewiele z małą przymieszką krwi. Opaska zmoczona i dlatego zmieniono powierzchowne jej warstwy. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 38,5° C. Wewnątrz przepisano *digitalis*.

Dnia 20. I. Chory cokolwiek lepiej spał. Tętno 81, pełne, jednak *arrhythmia* się utrzymuje. Wykrztuszanie nader utrudnione, chory uskarża się na ból znaczny przy kaszlu. Opaska cała zmoczona, wydzielina nader obfita, cuchnąca. Jamę w płucu i opłucnej przemyto rozczynek *kalii hypermanganici*.

Dnia 22. I. Stan bezgorączkowy. Sączek z jamy opłucnej usunięto, a wprowadzono do jamy w płucu. Rano ciepłota 37,1° C., wieczorem 36,7° C.,

Dnia 23. I. Kaszel męczący. W plwocinie krwi niema. Wydzielina z rany obfita, mniej cuchnąca. Rana przemyta.

Dnia 24. I. *Status afebrilis*. Wydzielina obfita, rany się nie przemywa.

Dnia 26. I. Ciepłota się podniosła rano do 38,7° C., wieczorem zaś obniżyła się do 38,0. Wydzielina ropna niezbyt obfita.

* Dnia 29. I. Ponowne podwyższenie ciepłoty, z rany wydzielina śluzowo-ropna. Kaszel męczący, wykrztuszanie w małej ilości, śluzowo-ropne.

D. 1. II. 1896. Chory dostał rozwolnienia, które trwało kilka dni.

Dnia 4. II. Opukiwanie klatki piersiowej powyżej rany wykazuje stłumienie, na miejscu którego przy wysłuchiowaniu nie otrzymujemy szmerów oddechowych. Tętno 105, ciepłota 39,5° C. Należy przypuszczać, że w głębi płuca wyżej utworzyło się nowe ognisko ropne. Chory pozostawał jeszcze kilka tygodni w szpitalu. Stan podgorączkowy, ciepłota wieczorna dochodziła do 38,0° C., a niekiedy 33,5° C. Siły chorego bynajmniej nie wracały, brak apetytu i snu. Kaszel męczący, wykrztuszanie zawsze w małej ilości

i utrudnione. Wydzielina z jamy płucnej ropna i niezbyt obfita, tak, że zmiana opatrunku następowała co drugi dzień. Chory nie czuje żadnej ulgi po operacji; nie bacząc na stan gorączkowy i ogólne osłabienie, dłużej w szpitalu pozostawać nie chce. Opuścił też naszą klinikę 25. II. 1896.

Zasięgałem wiadomości od miejscowych lekarzy i dowiedziałem się, że chory systematycznie nie leczył się. Pomimo przestróg nie słuchał lekarzy, jamy starannie nie przemywał, przez co zwiększał nadmiernie ropienie. Przy objawach niezmiernego wyniszczenia zmarł w 4½ miesięcy od czasu wykonania operacji.

Abscessus pulmonis. Bronchiectasia.

O czwartym przypadku, operowanym jeszcze przez kol. BUKOWSKIEGO, niewiele mogę zakomunikować szczegółów. Dotyczyło to mężczyzny 65-letniego, dobrej budowy i dobrego odżywiania; u chorego tego utworzyło się ognisko ropne w górnej części lewego płuca od przodu, przyjmowane za otorbione ropne zapalenie opłucnej. W tem też miejscu było zrobione próbne przekłucie i otrzymano ropę. Kolega Bukowski wyresekował część 3-go żebra od przodu, opłucna ścienna była zrośnięta z płucem, po stopniowym przecięciu wszystkich warstw, B. doszedł do jednego większego i kilku małych rozsianych ognisk ropnych w płucu, które wyskrobał i następnie zatamponował gazą jodoformową. Ogniska te okazały się zmienionymi jamami, zależnemi od rozszerzenia oskrzeli. Gojenie szło bardzo wolno, pozostała przetoka. Chory zmarł w 5 miesięcy po operacji.

Zatrzymam się cokolwiek nad naszymi spostrzeżeniami. W dwóch z nich ropień powstał jako zejście zapalenia płuc po grypie, a w trzecim po bronchopneumonii. We wszystkich trzech przypadkach sprawa rozwinęła się w dolnych płatach [2 z prawej, 1 z lewej strony], które też przyrosły do klatki piersiowej. W jednym z tych przypadków mieliśmy nieznaczne opróżnianie ogniska ropnego przy kaszlu, w dwóch pozostałych płwocina nie przedstawiała swoistego, zupełnie też nie było w naszych spostrzeżeniach objawów jamistych. Objawy kliniczne cierpienia ograniczały się do gorączki, bólu w boku z odpowiedniej strony, kaszlu męczącego, duszności, stłumienia przy opukiwaniu i braku szmerów oddechowych w miejscach stłumienia.

U wszystkich chorych ropniom płuc towarzyszyło wysiękowe zapalenie opłucnej, co niezmiernie utrudniało rozpoznanie; u chorego R. wysięk surowiczy w opłucnej rozpoznano na kilka tygodni przed operacją, wysięk zaś u L. był surowiczo-ropny i rozwinął się podczas pobytu chorego w szpitalu w ciągu tygodnia.

Wszystkie objawy u naszych chorych same przez się nie wystarczały do określenia rodzaju cierpienia, w jednym tylko przypadku rozwój sprawy chorobowej szedł tak typowo, że staranne zebranie wywiadów i rezultat badania chorego naprowadziły nas na myśl, że mamy do czynienia z ropniem w płucu.

We wszystkich trzech przypadkach było wykonane przekłucie próbne klatki piersiowej i to niejednokrotnie; wyniki tego przekłucia przez długi

czas były ujemne: u panny J. i u chorego R. wykonano kilkanaście przekłuć, zanim otrzymano ropę. I nic dziwnego, że przekłucie tak długo nie dawało zgoła żadnego rezultatu: w obu przypadkach ropnie były liczne, małe, rozsiiane na stosunkowo znacznej przestrzeni. Tam, gdzie było jedno ognisko większych rozmiarów, przekłucie próbne bez trudności wykazało obecność ropy.

Płuco, zajęte sprawą chorobową w naszych spostrzeżeniach, było przyrośnięte do ściany klatki piersiowej; pneumotomia też nie przedstawiała trudności. Krwawienie podczas operacji nie było zbyt zatrważające. Po operacji w jednym tylko przypadku krwioplucie trwało kilka tygodni i to z przerwami. Pomimo starannego wyskrobywania jamy podczas operacji u naszych chorych nie otworzono wszystkich ognisk ropnych. Panna J. w ciągu 4 tygodni gorączkowała, pomimo ofitego wypływu wydzieliny; nie ulega wątpliwości, że musiały pozostać w płuca ogniska, które się zwolna otwierały do utworzonej ogólnej jamy. Chory R. uskarżał się po pneumotomii przez długi przeciąg czasu na ból w klatce piersiowej, znaczne osłabienie, poty nocne, w ciągu niemal 2 miesięcy wykrztuszał znaczną ilość płwociny ropnej. Podczas operacji otworzono kilka ognisk, reszta zaś [a być może jedno większe] otworzyła się sama do oskrzeli i chory zawartość jego wykrztusił.

W przypadku 3 chorego L., nie bacząc na swobodny odpływ ropy z rany, miewał podniesienie ciepłoty, uczuwał ból w klatce piersiowej, przy opukiwaniu zaś otrzymaliśmy wyraźne stłumienie powyżej rany i brak w tem miejscu szmerów oddechowych. Objawy te naprowadziły na myśl, że w głębi płuca mógł powstać nowy ropień, który jednak nie otworzył się ani do starej jamy w płucu, ani do oskrzeli. Chory nie chciał dłużej pozostać w Warszawie i poddać się prawidłowemu leczeniu, niewiele też powiedzieć mogę o dalszym przebiegu jego cierpienia. Po upływie kilku miesięcy zmarł skutkiem wyniszczenia.

Jeden tylko przypadek z naszych spostrzeżeń zakończył się pomyślnie w całym znaczeniu tego słowa. Rana w zupełności się zagoiła po upływie 3 miesięcy; chora obecnie czuje się zupełnie dobrze i wróciła do swych zwykłych zajęć.

W przypadkach dotąd operowanych jako wskazania do pneumotomii służyły ogniska ropne, zgorzelinowe i gruźlicze, jamy powstałe skutkiem rozszerzenia oskrzeli i bąblowce płuc. Zatrzymam się tu głównie na sprawach ropnych, gdyż takie tylko przypadki miałem sposobność spostrzegania.

Ropne ogniska w płucach mogą przedstawiać się pod postacią jednej jamy, większych lub mniejszych rozmiarów, albo też licznych jam mniejszych, rozsianych w rozmaitych miejscach. Znajdują się one w górnych, środkowych lub dolnych płatach, najczęściej jednak spotykamy je w dolnych. QUINCKE na 54 przypadki spraw ropnych i zgorzelinowych w płucach przytacza 46 w płacie dolnym, 5 w górnym, a 3 tylko w środkowym.

Niekiedy ognisko ropne jest umiejscowione w głębi płuca, niekiedy zaś dotyka do powierzchni i wtedy bardzo łatwo powstają zrosty z opłucną ścienną.

Rozróżniać należy ogniska ropne ostre i przewlekłe.

Ropnie w mięszu płuc mogą powstawać skutkiem nader rozmaitych przyczyn. Znajdujemy je jako zejście zapalenia płuc—włóknikowego, nieżytego, po influenzy, odrze, szkarlatynie, koklusu, niekiedy przy zapaleniu płuc zachłystowem, przy ranach kłutych i postrzałowych płuc, ropne ogniska przy promienicy płuc, dalej jako szerzenie się sprawy ropnej w narządach sąsiednich—przy zropieniu gruczołów oskrzelowych, przy *empyema pleurae*, ropniu wątroby; ropnie przerzutowe przy ropnicy [gorączce połogowej, tyfusie, ropieniu w uchu średnim], niekiedy skutkiem obecności ciał obcych: kawałków zęba, kości, rurek tracheotomijnych i t. p., które przypadkowo dostają się do płuc.

Rozszerzone oskrzela, t. zw. jamy rozstrzeniowe—*bronchiectasiae*, oraz bąblowce zropiałe także przedstawiają jamy wypełnione ropą. Gruźlica płuc również daje początek ropnym ogniskom, które niejednokrotnie stanowią wskazanie do pneumotomii, na tem jednak miejscu pomijam gruźlicę, gdyż ze względu na ważność cierpienia i trudności określenia wskazań powinna ona stanowić oddzielny przedmiot do rozprawy.

HUBER ¹⁾ przyczyny powodujące ropnie w płucach dzieli w następujący sposób. Przyczyny, których punktem wyjścia jest płuco lub opłucna, do tych należą: zapalenie płuc włóknikowe lub kataralne, *empyema pleurae*, kiedy otwiera się do płuc—krwotoki płucne, zropienie gruczołów oskrzelowych.

W drugim szeregu wylicza przyczyny, znajdujące się zewnątrz płuca, lub opłucnej, ropienie powstające skutkiem zatoru, zawałów (*infarctus*), przez przejście ropnia z wątroby i ropnie skutkiem obecności ciał obcych w oskrzelach.

LEYDEN ²⁾ dzieli ropnie płuc na 3 grupy. Do pierwszej zalicza tak zwane *perforirende Lungenabscesse*, których punktem wyjścia jest ropna sprawa w narządach sąsiednich, szerząca się na samo płuco. Druga grupa obejmuje typowe ropnie płucne, przy zapaleniu płuc, przy postrzałowych i kłutych ranach, ropnie emboliczne i pyemiczne. Do trzeciej grupy zalicza ropnie przewlekłe, które się rozwijają u starych ludzi przy przewlekłym zapaleniu płuc.

Odmienny cokolwiek podział podaje DUPRÉ: rozróżnia on: 1-o ropnie pyemiczne, metastatyczne, które mogą powstawać przy ranach chirurgicznych, *febris puerperalis*, ospie i innych zakaźnych chorobach; 2-o *abcès migrants*—ropień w płucu zjawia się skutkiem przejścia sprawy ropnej z narządów sąsiednich; 3-o ropnie płucne (*abcès pneumoniques*) właściwe, pierwotne, skutkiem pierwotnej sprawy w płucach ostrej lub przewlekłej ³⁾.

Właściwe ropnie płuc przy sprzyjających okolicznościach mogą się zwołna powiększać przez niszczenie tkanki otaczającej i tworzyć wtedy obszerne ogniska, zajmujące znaczną część płata lub nawet cały.

RADEK ⁴⁾ opisuje przypadek, w którym ropień zajmował cały płat dolny i część górnego płuca lewego, była to jedna jama, wysłana błoną wrzekomą

¹⁾ FR. HUBER. Abscess of Lung. Archives of Pediatrics. 1892. Nr. 5. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. XXXVII. 1894, p. 423.

²⁾ LEYDEN. Ueber Lungenabscess. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 114—115. 1877.

³⁾ Manuel de médecine. 1893. DEBOVE et ACHARD. T. I. Maladies de l'appareil de respiration.

⁴⁾ RADEK. Przegląd Lekarski. 1878. Nr. 23.

i zawierająca około litra ropy; płuco samo było zrośnięte z klatką piersiową, z opłucną żebrową. Sprawa cała w przebiegu swoim klinicznym robiła wrażenie otorbionego otoku opłucnej znacznych rozmiarów.

Ropnie płucne mogą się otwierać do oskrzeli i tą drogą stopniowo opróżniać swoją zawartość; pozostaje potem jama w mięszu płuca, która trwa niekiedy bardzo długo i powoduje znaczne wyniszczenie ustroju; w rzadkich przypadkach po opróżnieniu się ropnia następuje zablźnienie się jamy. W innych znów razach ropień otworzyć się może do opłucnej i wywołać *pyothorax* lub *pyopneumothorax*, lub też torować sobie drogą na zewnątrz przez ścianę klatki piersiowej, a w innych jeszcze przypadkach ropień płuca otarbia się skutkiem zapalenia tkanki płucnej naokoło. W małych ogniskach ropnych, jeżeli ściany wysłane są błonami wrzekomemi i nie ma połączeń z oskrzelami, to zawartość ropnia może zgęstnieć skutkiem wessania części płynnych, pozostała zaś część zawartości ulega przeistoczeniu tłuszczowemu i podobna jest do zbitej masy serowatej, albo też ulega zwapnieniu.

[C. d. n.]

II. O WPŁYWIE (SUCHEGO) ZAPALENIA OSIERDZIA

NA POWSTAWANIE STENOKARDYI I DYCHAWICY SERCOWEJ.

Napisał

D-r med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— § —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

W przypadkach, które poniżej przytoczymy, oprócz zajęcia osierdzia mieliśmy do czynienia z zajęciem błony wewnętrznej serca, a niekiedy i opłucnej.

Spostrzeżenie 3. L., lat 43 liczący, urzędnik Drogi Żelaznej, zgłosił się do mnie w początku stycznia r. p., skarżąc się na częste bicie serca i występujące od czasu do czasu bóle w przedniej części klatki piersiowej [w okolicy rękoności mostka i wierzchołka serca]. Chory opowiada, iż przed 4 tygodniami, po wzięciu ciepłej kąpieli w stanie silnego zakatarzenia, uczuł niezmiernie silne bóle w okolicy serca. Bóle te rozpromieniały się na średnią i górną część mostka, jak również na obie kończyny górne, łączyły się z ogromnym niepokojem, a powiększały się przy głębszem oddechaniu. Trwały z większem, lub mniejszem natężeniem w ciągu 2 tygodni, później występowały coraz rzadziej i słabiej. Lekarz, który widział kilka razy chorego w tym czasie, nie był w stanie, za pomocą badania fizykalnego, wykryć żadnych poważniejszych zmian w układzie oddechania i krwiobieg. Dopiero przed tygodniem, po kilku dniach niewidzenia pacjenta, stwierdził ku wielkiemu swemu zdziwieniu niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty. Chory poprzednio cieszył się dobrem zdrowiem, chorób ciężkich nie przebywał.

Status praesens. Budowa i odżywianie dobre. Tętno 100, duże, nieco skaczące.

Badanie fizykalne płuc nie wykryło nic nieprawidłowego. Uderzenie wierzchołkowe w V-em międzyżebżu na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Tępość serca powiększona nieco w wymiarze podłużnym. Na całym *praecordium*, a zwłaszcza u podstawy serca, słychać głośny szmer skurczowy. Z prawej zaś strony mostka, na przestrzeni pomiędzy II—IV żebrem, słychać od czasu do czasu, oprócz dopiero co wspomnianego szmeru, tarcie, nie odpowiadające ściśle dwóm głównym fazom czynności serca. Na wysokości IV międzyżebża, z lewej strony mostka, tarcie stawało się wyraźnem dopiero przy silniejszym ucisku stetoskopem odpowiedniego miejsca klatki piersiowej. Ze strony przewodu pokarmowego, jak również w czynności nerek, niepodobna było nic nieprawidłowego wykryć.

Epicrasis. Na zasadzie powyższych danych należało przypuścić, iż sprawa chorobowa jest świeżej daty i że pierwotnem źródłem cierpienia było zapalenie osierdzia lub wsierdzia. Być wreszcie może, że obie te sprawy powstały jednocześnie. Zdaje się jednak, iż *pericarditis* było pierwotnem, a *endocarditis* następczem, sądząc z gwałtownych bólów, jakie w samym początku choroby wystąpiły. Za tem przypuszczeniem przemawia i ta okoliczność, że dopiero w okresie wyzdrowienia stwierdzono niedomykalność zastawek aorty.

W następnych kilku miesiącach chory czuł się względnie dobrze, pełnił nawet swe obowiązki służbowe; wreszcie w połowie maja, nagle życie zakończył przy objawach porażenia serca. Jaka była ostatnia przyczyna śmierci, nie wiadomo, być może zator jednej z tętnic wieńcowych serca, co wobec sąsiedztwa otworu tychże naczyń, ze sprawą umiejscowioną na zastawkach aorty, ma za sobą najwięcej prawdopodobieństwa.

Jeśli w przypadku, dopiero co opisanym, mogły nastęczać się pewne wątpliwości co do patogenyzy cierpienia, to przypadek następujący ilustruje nam dokładny obraz choroby i jej stopniowego rozwoju, a to dzięki możności dłuższej obserwacji chorego.

Spostrzeżenie 4. Do p. M., lat 39 liczącego, rzemieślnika, wezwany zostałem d. 20 października r. p. z powodu silnych bólów w przedniej i górnej części klatki piersiowej, które rozprzestrzeniały się ku tyłowi do łopatek, do bocznych części szyi i do stawu łokciowego lewego. Bóle wzmagają się głównie przy zmianie pozycyi; chory stara się przeważnie na wznak leżeć. Obok bólów odczuwa on pewną ciężkość w piersiach.

Co do początku choroby, to opowiada on, iż przed 3 dniami po wypiciu kilku butelek piwa i kilku kieliszków wódki, będąc mocno rozgrzanym, wyszedł na dżdżyste powietrze. Powróciwszy do domu, czuł się niedobrze, miał lekkie dreszyczki, noc źle przepędził. Nazajutrz wyszedł za interesami na miasto i kilka godzin na wilgotnem powietrzu przepędził, poczem stan jego znacznie się pogorszył. Wystąpił stan gastryczny z lekką gorączką [ciepłota 38°—38,2°] i bólem gardła (*angina tonsillaris*), do którego przyłączyły się wspomniane powyżej bóle. Przed ostatniem zapadnięciem na zdrowiu, pacjent

czuł się dobrze. W anamnezie zaznaczyć tylko należy częste nadużycia napojów wyskokowych. Lekarz domowy, oddawna znający chorego, zapewnił mnie, że, oprócz umiarkowanej miażdżycy tętnic, nie był w stanie żadnych zaburzeń w ustoju, a zwłaszcza ze strony płuc i serca, stwierdzić.

Status praesens. Budowa dobra. Odżywianie średnie. Ciepłota 37,8° C. zrana, wieczorem 38° C.. Tętno 76, dość napięte, twarde. Oddech 26, dość powierzchowny. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebrowo w linii sutkowej lewej. Tępość serca zwykłych rozmiarów. Tony czyste, 2-gi ton aorty głośny, dźwięczny. Przy ucisku palcem różnych miejsc przedniej części klatki piersiowej, chory żadnego bólu nie doświadcza. Badanie fizykalne płuc nie wykazało nic nieprawidłowego, to samo dotyczy narządów jamy brzusznej. Język obłożony, brak łaknienia. Mocz wydziela się w niewielkiej ilości, około 500 ctm. sześć. na dobę, jest mocno nasyconym, białka, ani cukru nie zawiera. Skoro, pomimo zastosowania nitrogliceryny, ciepłych okładów i morfiny, bóle wciąż były silne, zaleciliśmy bańki cięte na okolicę serca, poczem chory doznał pewnej ulgi, w każdym razie większej, niż po innych środkach. Następnego dnia zjawił się suchy, jakby nerwowy kaszel, który przy zmianie położenia, a zwłaszcza przy podnoszeniu się lub przewracaniu z boku na bok, stawał się znacznie silniejszym.

Po upływie kilku dni, kiedy bóle były nieznaczne, a główną skargą chorego był jakiś ciężar w piersiach, którego bliżej nie był w stanie określić, usłyszałem przy podstawie serca, na ograniczonej przestrzeni słabe tarcie, odpowiadające skurczowi. W kilka godzin później podobne tarcie wystąpiło w okolicy wierzchołka serca, z tą tylko różnicą, iż składało się jakby z 2 części, z których pierwsza przypadała w czasie skurczu, druga zaś wyprzedzała nieco rozkurcz. Na drugi dzień nie byłem już w stanie objawów tych stwierdzić, natomiast uderzyło mię, iż po 2 tonie aorty, dotychczas zupełnie czystym, zaczął występować lekki podmuch. Napięcie tegoż wzmagало się z każdym dniem, aż wreszcie po upływie 4—5 dni usłyszeliśmy bardzo wyraźny szmer, zamiast 2 tonu. Jednocześnie tępość serca uległa pewnemu zwiększeniu w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Ponieważ tętno przyjmowało stopniowo coraz wyraźniejsze cechy tętna szybkiego, nieco skaczącego, nie ulegało więc najmniejszej wątpliwości, iż obok nieznacznego wysięku płynnego w osierdziu wytworzyła się niedomykalność zastawek półksiężycowych. Jednocześnie z powstaniem zmian chorobowych na zastawkach, a może nawet jeszcze nieco wcześniej, zauważyliśmy, iż odgłos opukowy w miejscu, odpowiadającym rękojeści mostka, staje się coraz więcej stłumionym (*dilatatio aortae ascend.*). Dopiero później nastąpiło stopniowe złanie się tego stłumienia z tępością serca.

W następnym tygodniu jednocześnie ze zmniejszeniem się obszaru tępości serca wystąpiło znowu tarcie listków osierdzia, na wysokości IV międzyżebrowo przy lewym brzegu mostka i przy dolnej granicy serca, co i profesor BARANOWSKI, wezwany na naradę, potwierdził. Chory w owym czasie uskarżał się głównie na suchy kaszel, chrypkę, wstręt do jedzenia i dławienie w gardle. Przy przelykaniu, nawet płynnych pokarmów, doznawał jakiegoś bólu w przelyku, to znowu jakby uczucia jakiegoś ciała obcego w rodzaju *glob*.

hyster. i to, zdaje się, było powodem, iż unikał przyjmowania pokarmów. Sen niespokojny, niekiedy lekkie majaczenie, bóle głowy; stan bezgorączkowy.

W połowie listopada, a więc mniej więcej po 3 tygodniach od początku choroby, kiedy już tępość serca była nieznacznie powiększoną i to już tylko w wymiarze podłużnym, a stłumienie na rękojeści mostka znikło zupełnie, chory zaczął się znowu uskarżać na kłucie z prawej strony mostka. Przy badaniu słyhać było bardzo wyraźny szmer tarcia na wysokości III i IV międzyżebra *in l. parastern. et mam. d.*, jak również i wyżej, choć w słabszym stopniu, w miejscu, odpowiadającym połączeniu 2 żebra z mostkiem. Szmary te pozostawały w zależności od ruchów oddechowych i od czynności serca. W czasie wdechania wyrazistość ich wzmagala się, nie znikaly jednak przy zatrzymaniu oddechu i wtedy łatwo stwierdzić można było, iż odpowiadały fazie skurczu i rozkurczu. Mieliśmy więc w tym razie do czynienia z tak zwanem *pleuro-pericarditis externa*.

Już nazajutrz szmary te znikły, lecz natomiast w dolnej części lewego płuca wystąpiło lekkie stłumienie odgłosu opukowego, które w następnych dniach stało się bardzo wyraźnem. Wtedy już na mocy osłabionego drżenia (*fremitus pectoralis*) i egofonii doszliśmy do wniosku, iż mamy do czynienia z zebraniem płynu w opłucnej. Tępość sięgała do wysokości łopatki, ciepłota nie wynosiła więcej, niż 37,8° C.. Jednocześnie poprawa w ogólnym stanie chorego było uderzającą, kaszel znikł zupełnie, jak również uczucie duszności, nastrój psychiczny lepszy, sen spokojniejszy, mocz zaś z ciemnego, nasyconego stał się jasnym i znacznie obfitszym. Wkrótce chory zaczął się mocno, zwłaszcza nocą, pocić, a płyn z jamy opłucnej szybko znikł, tak, iż w przeciągu kilku dni niepodobna było za pomocą fizykalnego badania stwierdzić jego istnienia.

Następnie pacjent szybko wracał do zdrowia, a z przebytej choroby pozostała niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty z powiększeniem lewej komórki, z zupełną sprawnością mięśnia sercowego.

Epicrisis. Streszczając powyższy przebieg, widzimy:

1) że choroba rozpoczęła się skrycie, wśród objawów ogólnego niedomagania, lekkiego zapalenia gardła, z nieznacznym podwyższeniem ciepłoty;

2) że wystąpiła po przeziębieniu u człowieka, robiącego częste nadużycia w napojach wysokowych;

3) że mieliśmy do czynienia z ostrem zapaleniem osierdzia, wsierdzia i opłucnej; zapalenie osierdzia było przeważnie suche, zebranie płynu pomiędzy listkami osierdzia było nieznaczne, wysięk płynny w opłucnej był stosunkowo większym niż w osierdziu; jednocześnie z jego wystąpieniem nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa, znikł jednak szybko, bez użycia środków moczopędnych;

4) pierwotnem umiejscowieniem sprawy chorobowej było osierdzie, poczem dopiero dotkniętem zostało wsierdzie (*endocarditis ad v. v. semilunar. aortae*), a w końcu opłucna;

5) stłumienie w górnej części mostka, zależne od rozszerzenia aorty, a w części, być może, od płynu w osierdziu, czyniło cały obraz chorobowy podobnym do ostrego zapalenia aorty francuskich autorów (*aortite aigüe*).

Przypadki, powyżej przytoczone dotyczyły osób poprzednio mniej więcej zdrowych, w następujących zaś zapalenie osierdzia przyłączyło się do istniejących już zmian w przyrządzie cyrkulacyjnym.

Spostrzeżenie 5. Pani K., lat 58 licząca, dotknięta oddawna niedomykalnością zastawek półksiężycowych, powstała wskutek zmian miażdżycowych, dostała nagle w pierwszych dniach kwietnia 1894 r. niezmiernie silnego napadu bólów w okolicy mostka. Chora pod wpływem tychże upadła, straciwszy zupełnie na pewien czas przytomność, tak, że dopiero pod wpływem środków, pobudzających czynność serca i oddechania, przyszła do siebie. Przybyłem do niej wkrótce po napadzie: bóle były już mniejsze, rozprzestrzeniały się ze średniej i górnej części mostka na lewą kończynę górną, na szyję i na łopatki. Zostałem chorą mocno zmienioną, bladą, nie będącą w stanie poruszyć się z miejsca z powodu bólu i ciężkości oddechu.

Przy badaniu serca znalazłem tylko dawne zmiany, t. j. szmer rozkurczowy u podstawy serca [niedomykalność zastawek aorty] i umiarkowane powiększenie lewej komórki. Tętno 80, dość twarde, słabo napięte, stan bezgorączkowy. Ze strony płuc nie byliśmy w stanie stwierdzić nic nieprawidłowego, jak również i w innych narządach.

Nazajutrz [w szpitalu] obraz chorobowy uległ pewnej zmianie: bóle trwają jeszcze, choć są słabsze, zwiększają się przy głębszem oddechaniu. Chora narzeka na większą duszność, tak, że trudno jej pozostawać w pozycji leżącej. Tętno częstsze, około 100 na minutę, znacznie słabsze, niż dnia poprzedniego. Tępość serca nie uległa zmianie. Rytm płodowy (*embryocardia*), tony słabe, głuche. Szmeru rozkurczowego usłyszeć niepodobna, natomiast u podstawy serca i na wysokości III żebra w linii sutkowej lewej wystąpił szmer tarcia, pozostający w zależności od czynności serca. Przepisano wówczas *Inf Digitalis* i pryszczydło na *praecordium*, poczem nastąpiła pewna, choć wogóle niewielka, ulga.

Przez następne 2 tygodnie stan chorej podlegał częstym wahaniom, był to lepszym, to gorszym. Bóle stenokardyalne zaś zmniejszyły się wprawdzie wielce, lecz za to duszność mocno dokuczwała chorej. Występowała ona często w postaci napadów dychawicy sercowej, głównie w nocy, wskutek czego, zmuszoną była przeważnie pozostawać w pozycji siedzącej w fotelu. Pomimo stosowania kofeiny, kamfory, czynność serca podupadała coraz bardziej, wystąpił obrzęk kończyn dolnych, a mocz stawał się skąpym, mocno nasyconym. Dawny szmer rozkurczowy, od niedomykalności zastawek aorty zależny, zjawiał się tylko na krótko w chwilach zwiększonej sprawności mięśnia sercowego, pod wpływem środków pobudzających. Przeważnie tony serca były słabe, przyspieszone, do tonów serca płodu zbliżone. Wątroba w stanie przekrwienia biernego, w jamie brzusznej można było stwierdzić pewną ilość płynu.

Dnia 15 kwietnia widziałem ostatni raz chorą, nie przypuszczając, że już po 2 godzinach żyć przestanie. Rozmawiała ze mną swobodnie, narzekała tylko na krótki oddech, jakiś niepokój w okolicy serca (*anxietas*). W nocy chora miała napad duszności. Tętno średnio napięte, około 90, tony czyste lecz słabe, tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym. W płucach żadnych

poważniejszych zmian nie można było stwierdzić. Naparstnica z kofeiną i kamforą, które w ostatnich dniach przyjmowała, nie wiele przynosiły chorej pożytku. Wkrótce po mojem wyjściu, usiłując zmienić położenie, nagle życie zakończyła.

Badanie zwłok wykazało: w dolnych częściach płuc zastój i obrzęk, świeże zrosty *pericardii* z opłucną lewą, w postaci różnej grubości pasemek. Na trzewowym listku osierdzia, pokrywającym serce, zwłaszcza w bliskości naczyń, widać zgrubienia i częściowe zrosty w postaci pasemek i nitek różnej grubości. W jamie osierdzia znajduje się płyn surowiczy w nieco większej ilości, niż normalnie. Serce powiększone w wymiarze podłużnym: 12 cm.. Lewa komórka w stanie przerostu, grubość ścianki 1,8 cm., jama dość znacznie powiększona. Zastawki półksiężycowe aorty na brzegach wolnych zgrubiałe. W aorcie wstępującej rozrzucone stwardniałe wysypki — jako rezultat sprawy miażdżycowej. Otwory tętnic wieńcowych wolne. Same tętnice nie przedstawiają wyraźnych zmian. Mięsień lewej komórki koloru czerwonego, tylko warstwy powierzchowne, sąsiadujące z osierdziem, przedstawiają inne zabarwienie, a mianowicie żółtawy odcień. Szczegółowe badanie wykazało, iż włókna mięsne, z tych warstw wzięte, znajdowały się już to w stanie zmętnienia mięszowego, już to w stanie mniej lub więcej wyraźnego stłuszczenia. Mięsień prawej komórki przedstawia się wogóle mniej zmienionym. Wątroba, nerki znajdują się w stanie przekrwienia biernego, jak również przewód pokarmowy. W jamie brzusznej znaleziono umiarkowaną ilość surowiczego płynu.

Epicrasis. Z powyższego widzimy, iż rzeczywiście punktem wyjścia choroby było suche zapalenie osierdzia, które w następstwie stało się powodem — *per continuum* — rozwoju sprawy patologicznej w mięśniu serca. Stłuszczenie warstw, sąsiadujących z osierdziem, wpłynęło niekorzystnie na sprawność mięśnia sercowego, wywołało duszność, rozszerzenie serca, doprowadziło do powstania puchliny, a wreszcie do śmierci w szybkim stosunkowo czasie.

Nie tylko zapalenie osierdzia, ale nawet t. zw. *pleuro-pericarditis externa*, t. j. zapalenie suche listka opłucnej, który łączy się z listkiem zewnętrznym osierdzia, może wywołać ciężkie przypadłości. Jako przykład posłużą nam dwa następujące przypadki.

Spostrzeżenie 6. Pan K., lat 50, od dawnego już czasu podlega częstym nieżytom dróg oddechowych, miewał nawet i krwotoki płucne. Prócz tego: *Emphysema pulmonum. Pneumonia interstitialis in apice dextro.* Od kilku miesięcy doznaje przy prędszem chodzeniu bólu w górnej części mostka; ból rozchodzi się na lewą kończynę i do kolumny kręgosłupowej. Skoro tylko na chwilę chory przystanie, ból ten znika, poczem dalej p. K. swobodnie iść może. Duszności przytem nie doznaje. Największą ulgę przynoszą choremu w tych razach pastylki nitroglicerynowe. Przed 2 dniami, powróciwszy do domu po dłuższem chodzeniu w lekkim ubraniu w chłodny dzień jesienny, uczuł jakąś ciężkość w piersiach, lekkie dreszczyki. Wkrótce wystąpiły niezmiernie silne bóle w okolicy serca i mostka, jednak nieco odmienne od dawnych bólów. Każde poruszenie ciała było bardzo bolesnem, podobnie oddechanie, lecz tylko głąb-

sze zwiększało natężenie bóle. Bóle trwały z małemi przerwami prawie całą noc. Nad ranem, kiedy chory usiłował wstać z łóżka, uczuł niezmiernie silne klucie w okolicy serca, upadł i stracił na chwilę przytomność.

Następnego dnia wezwano mnie do niego.

Chory dobrej budowy, średniego odżywiania, siedzi nieruchomo na łóżku w pozycji pół leżącej, przechylony nieco na prawy bok. Oddecha powierzchownie, narzeka na bóle w lewej połowie klatki piersiowej. Tętno 60—64, średnio napięte, dość twarde, nierówne.

Z tyłu granice płuc obniżone, w dolnych odcinkach płuc nieco rzężeń. Uderzenie wierzchołkowe w IV międzyżebżu na linii sutkowej lewej. Tępość serca podniesiona nieco ku górze, wskutek wysokiego położenia przepony. Tony czyste, średniej siły. Brzuch mocno wzdęty, powiększony. Mocz skąpy, nasycony, białka ani cukru nie zawiera.

Po zastosowaniu środka czyszczącego, a następnie gorących okładów, bóle nieco złagodniały. Pastyłki nitroglicerynowe w tym razie żadnego dodatniego wpływu nie wywierały.

Następnego dnia obraz chorobowy uległ pewnej zmianie: tętno stało się częstym 140—160, utraciło dawne swe napięcie, stało się miękkim, wyraźnie niemiarowem, serce zajęło zwykłe położenie, uderzenie wierzchołkowe znajdowało się w V międzyżebżu. Tony słabe. Przy górnej granicy serca — na wysokości III żebra, jak również przy lewej granicy usłyszeliśmy szmer tarcia, który występował głównie przy ruchach oddechowych klatki piersiowej, nie znikał jednak w zupełności przy zatrzymaniu oddechu, zjawiał się wtedy jednocześnie ze skurczem serca. Ani w czasie rozkurczu, ani też w czasie pauz, nie było go wtedy słyhać. Wówczas zaleciliśmy kilka pijawek wzdłuż górnej i lewej granicy, co bardzo pomyślny wpływ na zmniejszenie bólów wywarło. Jednocześnie przepisaliśmy naparstnicę w celu uregulowania niemiarowej czynności serca.

Po kilku dniach tętno stało się miarowem, posiadało częstość zwykłą [72]. Serce odzyskało większą sprawność. Wyzdrowienie trwało jednak dość długo. Chory dopiero po 4 tygodniach mógł powrócić do zwykłych zajęć, przez wiele jednak miesięcy czuwał duszność, łatwo się męczył przy chodzeniu, choć dawnych bólów stenokardyalnych nie doświadczał. [C. d. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

A K I N E S I A A L G E R A

(BEZWŁAD WSKUTEK BÓLU).

Podał

A. Puławski.

— 3 —

L I T E R A T U R A.

- 1) P. J. MÖBIUS. Ueber Akinesia algera. Deut. Zeit. f. Nervenheilk. 1891. B. I. str. 121. —
- 2) Tenze. Weitere Bemerkungen über Akinesia algera. Ib. 1892. B. II. str. 436 — 3) J. LONGARD. Zur Casuistik der „Akinesia algera“. Ib. 1892. B. II. str. 455. — 4) W. EBB Zur Casuistik der

„Akinesia algera”. Ib. 1892. B. III. str. 237. — 5) A. SZPANBOK. Przypadek histeryi z objawami *akinesiae algerae*. Medycyna. 1893. st. 704. — 6) W. ERB. Ueber akinesia algera [Nachtrag]. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. 1894. Bd. V. str. 424. — 7) Prof. W. v. BECHTEREW. Akinesia algera. Ib. 1894. B. V. str. 430. — 8) P. J. MOEBIUS. Neurologische Beiträge. Leipzig. 1894. II Hft. str. 1—61. [Ueber Akinesia algera]. — 9) Prof. D-r H. OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1894. str. 702. — 10) W. ERB. Zweiter Nachtrag zu meiner casuistischen Mittheilung über Akinesia algera. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilkunde. 1896. B. VIII. str. 345.

W r. 1881 MOEBIUS (1) opisał pewien stan chorobowy, polegający na tem, że u danego osobnika po każdym ruchu występuje ból w członkach, co doprowadza wreszcie chorego do zupełnego ubezwładnienia (*akinesis*), chociaż żadnej organicznej przyczyny bólów wykazać się nie daje. Przed MOEBIUS'em w r. 1883 NEFFTEL¹⁾ opisał stan, nazwany przez siebie *atremia* [od *τρέχω* = biegać], polegający na tem, że chorzy jego także nie mogli stać, ani chodzić, jednakże nie wskutek bólu w członkach, ani wskutek bezwładności w tychże, tylko wskutek nieprzyjemnych sensacji ogólnych [zawrót głowy, bicieserca], doprowadzających do omdlenia. W pozycyi leżącej, np. w łóżku, chorzy mogli swobodnie się poruszać i czuli się dobrze. Owa *atremia* NEFFTEL'a tak się ma, według M., do jego *akinesia algera*, jak *astazyabazy* do paraplegii histerycznej.

Od tego czasu jesteśmy już w posiadaniu kilkunastu spostrzeżeń i kilku prac poważniejszych, które nam pozwalają wszechstronnie przedstawić stan danej kwestyi, posiadającej niemały interes kliniczny i naukowy.

Chorobie ulegają zarówno mężczyźni, jak kobiety; najmłodszy chory miał lat 12, najstarszy—63 [kobieta]. W większości przypadków zaznaczono, że chorzy pochodzili z rodzin neuropatycznych, a nawet psychopatycznych i sami posiadali cechy tak zw. zwyrodnienia, a przynajmniej wielkiej nerwowości. Jako przyczyna choroby występuje najczęściej nadmierny, t. j. przewyższający wytrzymałość danego osobnika wysiłek umysłowy, niekiedy uraz, połączony z przestraszeniem, raz—*puerperium*, a bywa i tak, że żadnej szczególnej przyczyny wykazać się nie daje.

Obraz kliniczny jest mniej więcej następujący:

Chory, zwykle dziedzicznie „obarczony“ i poprzednio już zapadający na różne przypadłości nerwowe, jak bóle głowy, bezsenność, osłabienie nerwowe, parestezye i t. d., zaczyna doznawać w różnych częściach ciała bólów, które są przyjmowane już to za reumatyzm mięśniowy, już to za neuralgię. Bóle zjawiają się zwykle po wykonaniu przez chorego jakiegoś ruchu i obejmują naraz różne członki, nawet nie przyjmujące udziału w danym ruchu. Szyja, *resp.* ruchy głowy zwykle są swobodne. Niekiedy ból występuje przeważnie w jakimś jednym organie zmysłów, np. oku. MOEBIUS (2) opisuje jeden przypadek, dotyczący znanego fizyka i filozofa FECHNER'a, który, nie mając żadnej wady wzroku, doznawał nieznośnego bólu, gdy patrzył na światło, co go zmuszało lata cała do pozostawiania w ciemności lub do chodzenia z zawiązanymi oczyma. Chorzy usiłują z początku już to z własnego popędu, już to zachęceni przez lekarzy, przezwyciezać ból i starają się być czynnymi pomimo bólu. Ale po kilku nieudanych próbach nabierają przeświadczenia, że im się więcej ruszają, tem bóle są dotkliwsze. Niekiedy dochodzą do tego, że leżą bezwładnie, nie odważając się wykonać najmniejszego poruszenia. Robią oni wtedy wrażenie dotkniętych bezwładem wszystkich członków, a jednak nie jest to bezwład w zwykłym znaczeniu tego słowa, tylko unikanie ruchu wskutek bólu, a nawet wskutek obawy tegoż.

Ta bolesność rozszerza się nieraz na wszelką czynność: bolesnym staje się akt jedzenia [OPPENHEIM (9)], patrzenie [FECHNER], słuchanie głośnego

¹⁾ VIRCHOW'S ARCHIV. XCI. p. 464. [Cyt. MOEBIUS'a].

czytania [chory Erb'a], mówienie, nawet myślenie—mamy tu więc już nie tylko *akinesium* lecz *upraxiam algeram*—termin, proponowany przez MOEBIUS'a. Obok bólów przy ruchu istnieją bóle samodzielne i parestezye w różnych częściach ciała [palenie, świdrowanie, ściskanie żelazem i t. d.]. Z tem wszystkiem za dnej organicznej przyczyny bólów wykryć się nie daje: to jest właśnie charakteryczne dla *akinesia algera*. Nie znajdujemy zmian w czuciu, ani w odżywianiu dotkniętych członków, ani punktów bolesnych, ani zmian w oddziaływaniu na strumień elektryczny. Nie jest to ani reumatyzm, ani neuralgia, ani *neuritis*. Wszelkie organiczne cierpienia ośrodków nerwowych dają się z łatwością w każdym danym przypadku wykluczyć. Bóle mają charakter psychiczny: powstają i wzmagają się wskutek wpływów natury psychicznej. Chory MOEBIUS'a doznał gwałtownego pogorszenia, gdy się dowiedział, iż go posądzono o symulację; inna znów chora miewała się znacznie gorzej po zastosowaniu najniewinniejszych zabiegów leczniczych [obmywanie letnią wodą]. Bóle, spotykane w *akinesia algera*, MOEBIUS na równi z bólami histerycznymi uważa za halucynacje bólu (*Schmerz-Hallucinationen*).

Charakter tego głównego objawu *akinesiae algerae* stoi w związku z innymi objawami tej choroby. Obok zaznaczonej już etyologii cierpienia i ogólnego tła, na którym się choroba rozwija, znajdujemy takie objawy, jak zawsze prawie istniejącą bezsenność, niekiedy niezmiernie uporczywą, którą MOEBIUS zalicza do znamion [stygmatów] *akinesiae algerae*.

Dalej spotykamy bóle głowy, uczucie ucisku w teźże, nastrój melancholizny lub hypochondryczny. Niektórzy spostrzegali stygmaty histeryczne [drgawki, znieczulenia, zwężenie pola widzenia], większość jednak autorów zaznacza brak tych ostatnich.

Przebieg choroby jest nad wszelki wyraz przewlekły. Tę właśnie cechę, na równi ze złem rokowaniem, MOEBIUS uważa za wysoce charakterystyczną dla swojej choroby. I rzeczywiście, ERB opisuje chorego, który od lat przeszło dwudziestu dotknięty był bolesnością przy ruchach, a od lat 14 spędzał życie w pozycji leżącej, chora MOEBIUS'a po 15 latach zmarła na gruźlicę, we wszystkich prawie spostrzeżeniach chorej od lat kilku lub kilkunastu byli dotknięci tą szczególną chorobą. Wogóle losy takich chorych bardzo są smutne: albo się dotąd nie wyleczyli, albo poumierali przy ciągłym postępowaniu choroby, z tych—część na choroby umysłowe, część—z przyczyn niewiadomych. W dwu przypadkach wykonane badanie pośmiertne dało wyniki ujemne co do natury cierpienia [jeden przypadek był powikłany przez *paranoiam*]. Nic dziwnego, że wobec tak ciężkiego przebiegu choroby MOEBIUS wyraża się sceptycznie o leczeniu. Owszem, ostrzega przed wszelką „energiczną“ interwencją lekarską, gdyż ta, jak pokazuje doświadczenie, pogarsza napewno bóle—najprzykrejszy objaw choroby. Do takich właśnie zabiegów energicznych należy tu mięsienie, elektryzacja i hydroterapia. Suggestya, przynajmniej hypnotyczna, nie miała tu nigdy żadnego wpływu. Nie zawsze jednak wyniki terapii bywają tak bezowocne. Przypadek, opisany przez ERB'a, tak jest typowym dla *akinesia algera*, i zarazem takie rzuca światło na pojmowanie i leczenie teźże, że zmuszeni jesteśmy pomówić o nim obszerniej.

W r. 1892, a zatem już po ogłoszeniu pierwszej pracy MOEBIUS'a, ERB (4) widział we Włoszech pewnego Anglika ze sfer zamożnych. Człowiek ten, wówczas 47-letni, pochodził z rodziny neuropatycznej, sam był zawsze słabego zdrowia i bardzo nerwowy. W młodości wiele pracował umysłowo, zwłaszcza po nocach. Od 25 roku życia zaczął chorować na bicie serca i bóle w okolicy tegoż, co go zmusiło do zarzucenia wszelkich ćwiczeń gimnastycznych i sportu. Następnie zjawily się jakieś zaburzenia w krążeniu: ziębnięcie nóg, uderzenia do głowy. Gdy, nie zważając na te objawy, chory oddawał się dalej pracy umysłowej, zaczął doznawać symetrycznych bólów w nogach, przyczem

wzmogły się objawy ze strony serca. Podawano mu wtedy przez 4 dni duże dawki strychniny, po których chory uczył znaczne pogorszenie: zjawiły się bóle w łopatkach i od tej chwili nie mógł już stać, ani siedzieć. Po 14 dniach leżenia nastąpiło nieznaczne polepszenie: mógł stać, ale nie dłużej, niż 20 minut, a siedzieć najdłużej 4 godziny. Wszelkie wysiłki woli dla pokonania tego stanu nie udawały się. Zjawiło się dzwonięcie w uszach, chory zaprzestał pisać i czytać, gdyż te czynności sprawiały mu ból, dalej nie mógł znosić głośnego czytania, a nawet rozmowy, chociaż sam mógł bez zmęczenia długo i głośno mówić. Od tego czasu, t. j. od lat 14, chory leży, unikając wszelkiego ruchu z obawy bólu, bo najmniejsze próby zmiany pozycji ból ten wywołują. W ciągu tego 14-letniego leżenia, przyczem swobodnymi były tylko ruchy głowy, chory nie stracił humoru, nie upadł umysłowo; owszem, zjadł sobie nawet pewną sławę, jako poeta, dyktując swoje wiersze. Utrzymywał stosunki ze znajomymi, a sam podtrzymując rozmowę, do której nie wolno było nikomu wtrącić więcej niż 2—3 słowa od czasu do czasu. Z krewnymi znosił się przez korespondencję, przyczem nie mógł przeczytać więcej, niż jeden lub dwa wiersze odpowiedzi. Erb w ciągu godziny mógł tylko wysłuchać długiej opowieści samego chorego, zadać mu kilka króciutkich pytań i zbadać powierzchownie. Skonstatował wtedy wychudnięcie kończyn dolnych, przyczem czucie znalazł normalnem. Głowa, oczy, źrenice, język, ręce, mowa—zmian nie przedstawiały. Chory przeszedł już wszystkie możliwe metody leczenia nie tylko bez skutku, ale z wyraźnem pogorszeniem, po każdej z nich występującem.

ERB, nie mając wielkiej nadziei pomożenia choremu, zalecił mu jednak pewne środki lekarskie (*Sol. Fowleri*, *T-ra strychni*, *strophantu* i *castoreum*), a przede wszystkim polecił otoczeniu wpływać na chorego, ażeby tenże stopniowo próbował ruchu. W rok po swojej wizycie Erb (6) otrzymał wiadomość od samego chorego w liście, przez niego dyktowanym, z którego można znieść o niejakię poprawie: chory usiłował przynajmniej słuchać głośnego czytania, pomimo, że te pierwsze próby sprowadziły pogorszenie. W rok później chory własnoręcznie zawiadomił Erb'a (6) o prawie zupełnem swoim wyleczeniu. „Od czasu, jak uwierzyłem, pisze chory, że bóle moje powstały drogą autosugesty, zacząłem systematycznie zwalczać moją chorobę“. A więc zaczął słuchać głośnej rozmowy, z początku 2—3 słów, potem całego zdania i doszedł do tego, że mógł znosić czytanie na głos i słuchać długiej rozmowy. To samo było ze zmianą pozycji—przez powolne ćwiczenia doszedł do tego, że mógł siedzieć, jeździć na wózku, grać na cytrze. Chodzenie tymczasem było niemożliwe z powodu wychudnięcia nóg.

Chory w taki sposób przedstawia patogenezę swego cierpienia: „Zdaje się, że choroba początkowa miała obiektywną i realną podstawę: pewne symetryczne bóle i zaburzenia w krążeniu, wywołane przez nadmierną pracę. Niektóre okoliczności przypadkowe tak się zeszły z pewnymi objawami, że wytworzyły we mnie przekonanie, iż bóle zależą od pozycji mojego ciała. Kiedy się podobne idee w mojej jaźni zakorzeniły, zjawiły się objawy subiektywne i bóle w całej swej rozciągłości zostały wywołane przez obawę. Mam to przekonanie, że nie można było zwalczać mego cierpienia przez gwałtowne jakieś środki i że ja sam tylko, zrozumiawszy, o co chodzi, mogłem je zwalczać powoli w sposób opisany“.

„Trudno jest trafniej, powiada Erb, przedstawić związek psychologiczny objawów *akin. algerae*, sposób ich powstawania i leczenia; pod tym względem list ten nie wymaga żadnych komentarzy“. Chory był przekonany, że każdy ruch, każde zmęczenie jego organu słuchu lub uwagi mu się wywołać ból, bał się więc ruchu, jak neurastenik boi się przestrzeni, tłoku, wejścia na górę i t. d.. Trze-

ba było długiej pracy ze strony bardzo inteligentnej siostry, która go pielęgnowała, aby chory doszedł do przekonania, że jego stan zależy od obawy, że jest subiektywny i że należy przede wszystkim tę obawę zwalczać. To wszystko stało się bez hypnozy, tylko przez wpływ otoczenia, które pracowało nad wytworzeniem się autosugestyj u samego chorego. Zapewnienie ze strony kompetentnego lekarza, przepisanie przez tegoż odpowiedniej higieny i leczenia, tę autosugestyję w wysokim stopniu podtrzymało.

Poprawa stale postępowała, tak, że ERB (10) w r. b. [1896] miał wiadomość od siostry chorego, że tenże powrócił do normalnego trybu życia. Nawet nogi, których stan ERB uważał za opłakany, poprawiły się o tyle, że chory mógł swobodnie chodzić. Nastrój chorego pozostał w dalszym ciągu nerwowym, nawet pewne objawy neurastenii były silniejsze, niż podczas choroby.

Drugi przypadek, w którym nastąpiło wyleczenie, dotyczył znanego filozofa i fizyka FECHNER'a, który sam najszczegółowiej historię swojej choroby opisał¹⁾.

U tego *akinesia algera* ograniczyła się głównie do wzroku, *resp.* oczu. Patrzyenie sprawiało mu ból nieznośny nie tylko w oczach, ale w głowie i wprawiało go w stan rozdrażnienia. GRAEFE nie znajdował żadnych zmian we wzroku. Obok głównego objawu, w tym przypadku były inne objawy nerwowe, jak: ból głowy, trudność myślenia, ogólne osłabienie i wyczerpanie. Wyleczenie [po kilku latach] nastąpiło w ten sposób, że chory siłą woli stopniowo przyzwyczajał się do znoszenia światła. W anamnezie FECHNER'a nie znajdujemy dziedziczności, tylko nadmierną pracę umysłową i zmęczenie wzroku. Na początku choroby zdawało się, że F. oślepie lub dostanie obłądu. Jednakże dożył do późnego wieku. Napady światłowstrętu, bólu głowy i zmęczenia zdarzały się w ciągu życia kilkakrotnie.

Od chwili pojawienia się pracy MOEBIUS'a toczą się rozprawy co do stanowiska, jakie ma zająć w nozologii opisana przezeń po raz pierwszy choroba, a przede wszystkim, czy wogóle należy ją uważać za jednostkę nozologiczną, czy też tylko za zbiór objawów (*syndrom*), dający się pomieścić w którejkolwiek ze znanych już chorób.

Sam MOEBIUS gotów jest opisaną przez siebie *akinesiam algeram* uważać za szczególną postać histeryi, w wielu razach za t. zw. postać monosymptomatyczną, gdy chorzy żadnych znamion [stygmatów] histeryi nie posiadają. Ze względów praktycznych uważał za właściwe rozpatrywać *akinesium algeram*, jako coś samodzielnego, a miał tu na myśli przede wszystkim rokowanie, którem się ta choroba od histeryi i innych nerwic wyróżnia. „Jeśli jednak, powiada M., ktoś się upiera, aby widzieć w niej tylko zbiór objawów, może ma i rację“. Wogóle podobne spory M. uważa za walkę o słowa (*der Streit läuft auf einen Wortstreit hinaus*).

KOENIG²⁾, który widział *akinesiam algeram* u histeryczki w przebiegu *paranoiae chronicae* patrzy na nią, jako na napad hypochondryi i zalicza do chorób umysłowych.

LONGARD [z kliniki SCHULTZE'go] (3) uważa *akin. alg.* za najwyższy stopień *iritationis spinalis*, co naturalnie rzeczy nie wyjaśnia, gdyż obecnie nie uważamy *irr. spin.* za jednostkę kliniczną i spotykamy ją w różnego rodzaju nerwicach.

1) Gustaw Teodor Fechner [D-r Mises]. Ein deutsche. Gelehrtenleben von Prof. D-r Juris J. E. KUNTZE. Leipzig. 1892. Cyt. MOEBIUS'a.

2) KÖNIG. Zur Akinesia algera, Centr. Bl. f. Nervenheilkunde, 1892. XI, p. 97. Cyt. MOEBIUS'a.

BECHTEREW (7) zaznacza tylko nadzwyczajność objawów *akin. alg.*, waha się, czy można uważać bóle, spotykane w tej chorobie, za psychiczne i z sądem wstrzymuje się do dalszych spostrzeżeń i badań pośmiertnych.

ERB (10) uważa *akin. alg.* za objaw nerwicy czynnościowej, którą bliżej określić trudno. Własny swój przypadek skłonny jest uważać za neurastenię, której właściwością są różnego rodzaju obawy (*fobiae*), którą się udaje leczyć przez wywołanie odpowiednich autosugestyi.

SZPANBOK (5) wreszcie uważa *akin. alg.* jako objaw histeryczny, odnoszący się do sfery uczuciowej. O ile w danym przypadku nie znajdujemy innych cech histeryi, uważamy *akin. alg.*, jako monosymptomatyczną postać histeryi, jaką jest np. niekiedy astazyja- abazyja.

Trudno jest nie zgodzić się z powyższem zdaniem, zwłaszcza też po ogłoszeniu w całości przypadku ERB'a, który jest typowym dla obrazu *akinesiae algerae* i najbardziej przemawia za histerycznem pochodzeniem tejże. Nie znamy innego cierpienia, prócz histeryi, w którym chory mógłby leżeć przez lat 14, nie ruszać się z powodu bólów, nie mających żadnego podkładu anatomicznego i wyzdrowieć zupełnie, dzięki leczeniu psychicznemu.

To samo da się powiedzieć o przypadku, dotyczącym FECHNER'a. Dlaczego w innych przypadkach zejście było tak fatalne—trudno odpowiedzieć. Leczenie psychiczne ciężkich przypadków histeryi, zwłaszcza męskiej, nie jest bynajmniej rzeczą łatwą. „Wielką to jest sztuką, powiada ERB(6), w każdym danym przypadku zastosować odpowiednie metody działania psychicznego. Tu jest obszerne pole do indywidualizowania. Jednego chorego, będącego pod wpływem jakiejś szkodliwej dla niego autosugestyi, dość jest jednorazowo objaśnić o stanie jego zdrowia, ażeby wywołać pożądaną przeciwsugestyę, innemu—należy ją podawać w sposób nieznaczny, ukradkiem. Tu może się okazać skutek doraźny, tam—tylko stopniowy i nader powolny. Raz uciekamy się do energicznego rozkazu, drugi—do delikatnej namowy i łagodnej perswazyi. Nie możemy gardzić i wszelkimi innymi metodami leczenia [farmaceutycznymi, mechanicznymi], które już to somatycznie, już to psychicznie przez sugestyę podnoszą sprawność ustroju“. Z drugiej strony nie bez słuszności twierdzi MOEBIUS (8), iż dla zwalczenia pewnych szkodliwych autosugestyi chory z natury swojej musi posiadać duży zapas siły duchowej. Taki właśnie kapitał wewnętrzny musieli mieć z natury choroby ERB'a, jak również i FECHNER. Dlaczego jednak ci silni ludzie tak długo byli ofiarami swoich autosugestyi, dla czego tak długiego trzeba było czasu, aby ich wola zwyciężyła — na to znów jest trudno dać odpowiedź. Musiała wreszcie zajść jakaś dobroczynna zmiana w całym ustroju, która to zwycięztwo umożliwiła.

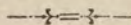
Spór o to, do jakiego działu nerwic czynnościowych należy zaliczyć *akinesiam algeram*, przypomina wielce głośnie debaty nad pochodzeniem nerwic urazowych. I tu także rozpoczęto od uważania tych ostatnich za zupełnie odrębną jednostkę chorobową [STRUEMPPELL], włączono je następnie całkowicie do histeryi [CHARCOT i jego szkoła], póki wreszcie nie zgodzono się na to, że objawy, spotykane w nerwicach urazowych, dadzą się pomieścić w różnych nerwicach czynnościowych, jak: histeryja, neurastenia, hypochondryja, a nawet pewne cierpienia umysłowe [patrz SURZYCKI. O nerwicach urazowych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896. Zesz. II].

Nawet nie brakło w *akinesia algera* i podejrzeń o udawanie, jak było w przypadku MOEBIUS'a [nauczyciel gimnazjalny] i BECHTEREW'a [rekrut, włączający się po szpitalach wojskowych].

Do nerwic urazowych *akin. alg.* bardzo jest zbliżoną ze względu na rokowanie. I tu, i tam jest ono bardzo ciężkiem. Nie możemy go uważać za tak bezwarunkowo złe, jak jeszcze przed kilku laty uważał je MOEBIUS, ale w każdym razie, mając przed sobą obraz kliniczny *akin. alg.*, musimy być z rokowa-

niem ostrożni. Nie możemy tu liczyć na hypnotyzm, ani też spodziewać się naglej poprawy, jak to bywa w wielu innych nawet ciężkich przypadłościach histerycznych. Doświadczenie uczy, że nie pomaga tu wszepochężna izolacja, mięsienie, hydroterapia i elektroterapia, żegadło PLAGUELIN'a, którymi to środkami wojujemy tak nieraz skutecznie przeciwko histeryi. Leczenie psychiczne w najsubtelniejszym znaczeniu tego słowa, wejście do głębi duszy chorego, uchwycenie nici przewodniej jego przywidzeń i teoryi co do pochodzenia choroby, nadanie im pewnego właściwego kierunku, dobranie inteligentnego otoczenia: oto trudne zadanie, jakie ma tu przed sobą lekarz. Obok tego ogólne wzmocnienie organizmu przez odpowiednią higienę i leki, zwalczanie niektórych ciężkich objawów, jak bezsenność, systematyczne a powolne ćwiczenie chorego w przezwyciężaniu swej niemocy, mogą doprowadzić, jak to widzieliśmy, do zupełnego wyleczenia bardzo nawet ciężkich i przewlekłych przypadków. Zawsze jednak należy mieć na pamięci tę znaczną większość przypadków, w których leczenie nie pomogło.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



2. F. Ingerslev. Płonica przyrana.

Od czasu, jak GAGET w r. 1864 zwrócił uwagę na dość częste występowanie szkarlatyny u chorych z otwartymi ranami, namnożyło się w literaturze lekarskiej sporo odnośnych spostrzeżeń. Znaczna część opisanych przypadków, jak to słusznie zauważył HOFFA, nie ma ze szkarlatyną nic wspólnego, lecz winna być zaliczoną do miejscowych przekrwień, septycznych lub toksycznych rumieni; odnosi się to szczególnie do wysypek pólógowych, lub wysypek, towarzyszących ranom po tracheotomii przy błonicy. Niektórzy stawiają przy szkarlatynie chirurgicznej rokowanie daleko gorsze, niż przy płonicy zwyczajnej. Do rozpoznania w danym przypadku szkarlatyny trzeba, oprócz wysypki skórnej, stwierdzić obecność jeszcze przynajmniej jednego z charakterystycznych objawów tej choroby. Najpewniejszym staje się rozpoznanie wtedy, gdy źródło zakażenia jest wiadome. Spostrzeżenia, podane przez autora [w liczbie 3], czynią zadość tym wymaganiom tak, że rozpoznanie szkarlatyny w nich nie ulega żadnej wątpliwości. W pierwszym przypadku 10-letni chłopak obcował z kilkoma towarzyszami, chorymi na typową płonice. Od miesiąca miał on na paluchu lewej ręki zastrzał, podtrzymywany ciąglem rozdrapywaniem i pokryty strupami. Pewnego poranku obudził się z silną gorączką i wymiotami, przyczem zauważono czerwony pas, ciągnący się od chorego palca do pachy i plamiste zaczerwienienie skóry na tułowiu. Dalszy przebieg choroby wskazywał na szkarlatynę. W ciągu pierwszych 2 dni żadnych plam w gardzieli nie było; dopiero 3-go dnia zauważono odzielne punkciki na lewym migdałku. 6-go dnia zaczęło się łuszczenie naskórka, początkowo na szyi, następnie na tułowiu i kończynach. Zastrzał w opisanym przypadku autor uważa za wrota, przez które jad szkarlatynowy wniknął do ustroju. Dalszą drogę, którą szerzył się zarazek, znać pas czerwony, idący wzdłuż kończyny górnej (*lymphangitis*). Tak więc zaczerwienienie na obwodzie rany, które różni autorowie widzieli w rozmaitych przypadkach płonicy zewnątrz-gardzielowej, było w opisanym przypadku bardzo wyraźne, acz w szczególnej postaci. Ze *lymphangitis* była dawniejszego pochodzenia, aniżeli zaczerwienienie reszty skóry, zdaje się wynikać z tego, że pas na kończynie górnej był bardziej czerwony, niż pozostała skóra. Co

się tyczy zapalenia gardzieli torebkowego (*angina follicularis*), które w powyższym spostrzeżeniu pojawiło się dopiero w 3-im dniu choroby, to okoliczność ta zdaje się wskazywać, że nabłonek migdałków uległ zmianom chorobowym nie pierwotnie, lecz następczo. O zajęciu gardzieli nadmienić należy jeszcze, że jeśli zwyczajnej szkarlatynie towarzyszy stale *angina*, to w szkarlatynie przyranej może ona być nieraz bardzo słabo wyrażona, albo zupełnie się nie pokazać.

W 2 następnych spostrzeżeniach autor nie zauważył żadnych nalotów w gardzieli, tylko zaledwie zaczerwienienie błony śluzowej. W obu tych przypadkach wrota dla zarazka stanowiła utrata substancji naskórka wskutek oparzeń. W jednym z nich pokazało się wyraźne zaczerwienienie i nacieczenie naokoło rany, w drugim nie. Okres wylegania w drugim przypadku był bardzo krótki, co przy szkarlatynie chirurgicznej stale daje się zauważyć. Brak zaczerwienienia dokoła rany w 2-iem spostrzeżeniu da się, być może, objaśnić tem, że jad szkarlatynowy dostał się tu bezpośrednio do krwi. Ze spostrzeżeń autora możnaby wyciągnąć wniosek, że zajęcie gardzieli w chirurgicznej postaci szkarlatyny winno być uważane za cierpienie analogiczne z tem, jakie występuje przy ospie, odrze i t. d.. We wszystkich więc przypadkach płonicy, w których podczas pierwszych dni choroby migdały nie okazują cierpienia torebkowego, należy szukać na skórze lub na dostępnych błonach śluzowych uszkodzeń ciągłości tkanek, gdyż, znalazłszy je, wykrylibyśmy wrota dla zarazka. Być może, iż tą drogą zyskałoby się prawo do przypuszczenia i że postać przyranna szkarlatyny zdarza się częściej, aniżeli obecnie sądzimy.

(*Zeitschrift für klin. Medicin.* XXXI Band. 2 Heft. 1896).

Stanisław Pechkranc.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Najuprzejmiej proszę Cię o łaskawe pomieszczenie w Gazecie Lekarskiej tych słów kilku w imię prawdy i bezstronności. Kolega DUNIN w artykule, pomieszczonym w № 1 „Krytyki Lekarskiej“, pod tytułem: „WŁADYSŁAW MATLAROWSKI, wizerunek pośmiertny“, następujące wyrazy napisał:

„Na klinice prof. KOSIŃSKIEGO asystent mógł się nauczyć: sumiennego badania, ścisłej dyagnozy, wybornej techniki, oraz względnej, jak na czasy przedantiseptyczne, dużej nawet, czystości, a więc najważniejszych przymiotów chirurga-praktyka. Nie można tego powiedzieć o drugiej ówczesnej klinice chirurgicznej GIRSZTOWTA, gdzie panowały: dużo dobrych chęci i talentu pedagogicznego, ale z drugiej strony brak głębszej wiedzy, a często nawet elementarnych wiadomości, nieporządne operowanie i jeszcze gorsze opatrywanie ran“.

Operowanie u GIRSZTOWTA było zupełnie tak samo porządne, jak w innych oddziałach ówczesnych; asystentom i studentom dawał on często nóż do ręki i pozwalał wykonywać pod swoim osobistym kierunkiem bardzo wiele operacji, egzaminując przedtem dokładnie każdego, kto miał operować za chwilę.

Kolega DUNIN za mało znał klinikę GIRSZTOWTA, by mógł podjąć się oceny jej wartości istotnej; nie powinien więc odważać się na stawianie zarzutu tak kategori cznego o braku elementarnych wiadomości i o nieczystem opatrywaniu ran.

Przed GIRSZTOWTEM nikt w Warszawie nie stosował metody LISTER'a, GIRSZTOWT zaś z nadzwyczajnym zapalem chwycił wszystkie podówczas znane sposoby walczenia

z chorobami przyrannymi, rozumiejąc wybornie wspólną wtedy wszystkim bezsilność wobec róży, ropnicy, posocznicy i tężca. Na klinice tej już w 1876 roku widzieliśmy pierwsze [w Warszawie] usiłowania antyseptyki, a w 1877 klasyczną oraz konsekwentnie prowadzoną metodę LISTER'a. Mogę o fakcie tym twierdzić na pewno, albowiem, ażeby nową wówczas metodę antyseptyczną zbadać, namówił GIRSZTOWT mnie do zwiedzenia kilku klinik niemieckich oraz szpitali paryskich. Z podróży tej przywozłem w 1877 na klinikę jego opatrunki LISTER'owskie i od tej chwili już inaczej tam ran nie opatrywano. Prawie jednocześnie z GIRSZTOWTEM, bo w pół roku po nim, metodę LISTER'a wprowadził do swego oddziału ORŁOWSKI. Inne oddziały, bez wyjątku, znacznie później i z wielkiem niedowierzaniem poszły za przykładem GIRSZTOWTA. Że MATLAKOWSKI szczęśliwie sobie wybrał przewodnika, wstępując na klinikę profesora KOSIŃSKIEGO, o tem nikt z nas nie wątpi. Znamy wszyscy bardzo dobrze niepospolite zalety tego naszego mistrza i dlatego jesteśmy najmocniej przekonani, że i on sam inaczej, niż kolega DUNIN, zapatruje się na zasługi GIRSZTOWTA, oraz wartość jego kliniki. Uczniowie, przez GIRSZTOWTA przygotowani, nie mieli nigdy powodu rumienienia się przed prof. KOSIŃSKIM; przeciwnie, rozumieli go bardzo dobrze i potrafili należycie ocenić jego arcyzm w wykonywaniu najtrudniejszych zadań operacyjnych. Ci z nich, którzy się potem specjalnie chirurgii poświęcili, jednogłośnie jednak twierdzić nie przestaną, że od GIRSZTOWTA nauczyli się oni ścisłej oraz konsekwentnej, jak naówczas, antyseptyki i bardzo, bardzo wielu innych kapitalnych rzeczy, których do dnia dzisiejszego nie zapomnieli. Równie szczęśliwie wybór udał się więc i tym, którzy w klinice GIRSZTOWTA pierwsze kroki w chirurgii stawiali. Zbyt wczesnie, niestety, straciliśmy tego dzielnego i zacnego nauczyciela, świetnego reprezentanta Warszawskiej szkoły chirurgicznej, niepospolitego pedagoga, któremu między innymi zawdzięczamy rozbudzenie drzemających mózgów u asystentów, pobudzenie ich do zajęć samodzielnych w szpitalu, do udziału czynnego w piśmiennictwie, oraz pokierowanie ich na drogę uczciwej, wytrwałej, a przedewszystkiem skromnej pracy.

Nie rozumiem też następującego zdania kol. DUNINA:

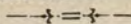
„Nie chcę bynajmniej twierdzić, jakoby MATLAKOWSKI pierwszy u nas wprowadził antyseptykę, opinia powszechna jednak głosi, że on pierwszy stosował ją z wszelką konsekwencyą i z dokładnem zrozumieniem jej celów i szczegółów“.

Dlaczego kol. DUNIN pod swoimi wyrokami podpisuje opinię publiczną — tego nie wiem. Zdaniem mojem przed MATLAKOWSKIM: ORŁOWSKI i GIRSZTOWT, a jednocześnie z nim: JAWDYŃSKI, PLACZKOWSKI i KRAJEWSKI [i bardzo wielu innych] rozumieli wybornie cele antyseptyki i stosowali ją od samego początku zupełnie konsekwentnie.

Neodżałowany przyjaciel mój i towarzysz w pracy ś. p. WŁADYSEAW MATLAKOWSKI sam sobie taką istotną i wielką wyrobił wartość, że doprawdy nie należałoby stroić jego postaci w togi niesłusznie pozdzierane z innych.

Roman Jasiński.

Wiadomości drobne.



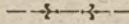
— BECHTEREW. O płasawicy. Autor podaje opis przypadku ciężkiej płasawicy (*chorea gravis*) u brzemiennej, zakończonego śmiercią. Zmiany anatomo-patologiczne, jakie znalazł autor na sekcji w danym przypadku, nie różnią się od zmian, jakie niejednokrotnie stwierdzano w podobnych przypadkach [wylewy krwawe w mózgu, zakrzep w naczyniach mózgowych, stan zapalny opon mózgowych, rozlane przekrwienie mózgu i rdzenia, zmętnienie komórek nerwowych i t. p.]. Zmiany te jedni uważali za przypadkowe, inni za zależne od płasawicy. Zdaniem B., stwierdzają one pochodzenie zakaźne płasawicy. Za tym poglądem, oprócz częstości powikłań płasawicy z zapaleniem stawów i zapaleniem wsierdzia, które to cierpienia wielu uważa za zakaźne, przemawiają bakteryologiczne poszukiwania G. PIANESE'go, który u żywych we krwi, a u zmarłych na płasawicę znalazł w mózgu i rdzeniu 2 odmiany bakterji, mianowicie *diplobacillus* i *diplococcus*. Szczepienia zwierzętom *diplobacy-*

Iusa wywoływały płasawicę. To wszystko przemawia, według BECHTEREW'a, niezawodnie za zakaźnem pochodzeniem płasawicy, jednakże teoria ta nie jest w stanie wytłómaczyć powstawania płasawicy u brzemiennych, a także płasawicy, powstałej wskutek przestrawienia. BECHTEREW przypuszcza, że w tych ostatnich przypadkach następują zaburzenia w przemianie materji, a w następstwie ich samozatrucie [autointoksykacja] organizmu, powodująca płasawicę. Częsty brak zmian na sekcji autor objaśnia tem, że toksyny początkowo wywołują tylko molekularne zmiany w komórkach nerwowych, a w późniejszych dopiero okresach płasawicy doprowadzają one do zmian widocznych. Prócz tych 2 wyżej wzmiankowanych postaci płasawicy [zakaźnej i toksycznej], autor przypuszcza jeszcze trzecią—histeryczną.

(*Therap. Woch. Nr. 44, 45. 1896.*)

K. S.

Wiadomości bieżące.



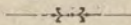
— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim na posiedzeniu odbytem w d. 5 b. m. wybrany został na rok 1897: prezesem GEPNER BOLESŁAW [ojciec], wiceprezesem GAJKIEWICZ WŁADYSŁAW, sekretarzem dorocznym REMBIELIŃSKI STANISŁAW.

— Towarzystwo Lekarzy Łódzkich obchodziło uroczystość w ubiegłym tygodniu 10-letnią rocznicę założenia.

— Towarzystwo Lekarzy Petersburskich w d. 1 lutego r. b. obchodzić będzie 25-letnią rocznicę założenia.

— W tych dniach nakładem Gazety Lekarskiej wyszło dzieło GILLES DE LA TOURETTE, „Histerya“. Są to zebrane w jedną całość i opatrzone przedmową tłumacza, 3 zeszyty „Odczytów klinicznych“; każdy kto dziś zechce nabyć wymienione dzieło, może je mieć w postaci książki. Wydaniem dzieła GILLES DE LA TOURETTE, sądzimy, wyświadczylismy prawdziwą przysługę naszemu piśmiennictwu, dając wyborny, systematyczny wykład histeryi. Jak to tłumacz w przedmowie objaśnia, dzieło to wydane zostało nie w dosłownym przekładzie, lecz w wolnym, a jednak wiernem opracowaniu. Tak, jak wydanem zostało w oryginale, dzieło GILLES DE LA TOURETTE byłoby zbyt obszernem dla naszych czytelników. Opracowanie jest zrobionem jednak tak, że żaden ważniejszy szczegół nie został pominięty. Opracowania dokonał kol. PUŁAWSKI, któremu za to należy się szczere podziękowanie.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1897 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1897 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшва 27 Декабря 1896. Друк Кошале Гайкего, Вишнева Места 8.