

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Erlicki. Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego. — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. A. Sokółowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy*: 25. Nocht. O skutkach naciągania nerwów. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 30 Stycznia i z d. 28 Lutego 1882 r. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. KILKA RYSÓW Z SYMPTOMATOLOGII OBŁĄKANIA EPILEPTYCZNEGO.

Napisał D-r med. **A. Erlicki**,

docent prywatny akademii lekarskiej w Petersburgu.

Obłąkanie epileptyczne jest jedną z najcięższych form chorób umysłowych i częściej od wszystkich innych trafia się w praktyce sądowo-psychiatrycznej. Bliższa znajomość tej choroby ważną jest nie tylko ze względu na ogólną wiedzę psychiatryczną i na skuteczniejszą pomoc lekarską dla nieszczęśliwych chorych epileptycznych, ale również i z tego powodu, że często bywa obowiązkiem lekarza, a w szczególności specjalisty, wykazać objawy tej choroby tam, gdzie one są niedostępne dla publiki i prawników, a wyjaśniając tym sposobem rzeczywistą prawdę, nie dopuścić do wymiaru kary tam, gdzie występki jest tylko wynikiem objawu chorobnego.

Dzięki znanym pracom wielu uczonych, jak: Cossy¹⁾, Delasiauve²⁾, Hoffmann³⁾, Falret⁴⁾, Samt⁵⁾, Legrand du Saulle⁶⁾ i innych, najnowsza psychiatryja znakomicie rozszerzyła pojęcie o obłąkaniu epileptycznym.

Obłąkanie epileptyczne znalazło swoje miejsce w klasyfikacji psychiatrycznej wśród form dziedzicznych, ponieważ większa część epileptyków należy do osobników, rodzących się z pewnemi wadami w organizacyi mózgu.

Mężczyźni częściej podlegają tej chorobie, aniżeli kobiety i częściej w młodziemym i średnim wieku, aniżeli w starości.

1) Recherches sur le délire aigu des épileptiques. 1854.

2) Traité de l'épilepsie. Paris. 1854.

3) Beobachtungen über Seelenstörungen und Epilepsie. 1859.

4) De l'état mental des épileptiques. Paris. 1861.

5) Archiv für Psych. etc. Bd. V. Heft 2 i Bd. VI. Heft 1.

6) Étude médico-légale sur les épileptiques. Paris. 1877.

Obląkanie epileptyczne stanowi wyższy stopień zaburzeń psychicznych, zdarzających się u epileptyków; grunt jednakowoż, na którym rozwijają się te zaburzenia, dostarcza tak zwany epileptyczny charakter, właściwy prawie wszystkim bez wyjątku epileptykom. Tutaj naturalnie nie może być mowy o przypadkach, w których drgawki epileptyczne są jednym z objawów innych stanów chorobnych, jak np. *trauma capitis*, *paralysis progressiva*, zatrucie alkoholem i t. p.

W niektórych razach znajomość charakteru epileptycznego nabiera niesłychanej ważności. Zdarza się to wtedy, kiedy mamy pewną zasadę podejrzewać, że dany objaw, lub cały szereg objawów zaburzenia psychicznego, jest natury epileptycznej, a na zupełne potwierdzenie tego brakuje u danego osobnika prawdziwych napadów epilepsji. Charakter epileptyków uwydatnia się poczęści we właściwościach fizycznych, poczęści w psychicznych. Między fizycznymi na pierwszym miejscu należy postawić niesymetryczność twarzy i czaszki, dochodzącą niekiedy do znakomitych rozmiarów. Taka niesymetryczność zdarza się prawie wyłącznie przy epilepsji wrodzonej; ostry kąt twarzowy, siodłowate podniebienie i t. p. bywa nieco rzadziej. Oprócz tego często spotykamy u epileptyków takie objawy, które podług Kraft-Ebbing'a¹⁾ są w ogóle właściwe organizacyi neuropatycznej, a mianowicie: podwyższoną czułość, bóle i zawroty głowy, nieznoszenie napojów wysokowych, trzęsienie, chwilowe drgawki i częściowe skurcze, choreiczny rozstrój ruchów, *nystagmus*, zaburzenia naczynioruchowe, jak np. raptowne zaczerwienienie i bledność twarzy, zimne i sine kończyny.

Duchowa strona u epileptyków przedstawia następujące właściwości:

Epileptycy po większej części są umysłowo ograniczeni i z tego powodu nie kończą wyższych zakładów naukowych. Wszakże co do pojedynczych zdolności umysłowych, lub talentów, epileptycy mogą osiągać wysokich stopni, zwłaszcza w pewnych okresach życia; tak np. dość często epileptycy odznaczają się doskonałą pamięcią, talentem do muzyki, malarstwa i t. d.

Jednym z najcharakterystyczniejszych rysów umysłowej sfery epileptyków jest szczególniejszy brak równowagi w stosunku między otrzymanem wrażeniem i następującem oddziaływaniem. To ostatnie bywa nieodpowiednio wielkie. Ten stan, nazywany w zwykłym języku podwyższoną drażliwością, czyni epileptyków bardzo nieprzyjemnymi, czasami nawet zupełnie niemożliwymi członkami nie tylko rodziny, ale i społeczeństwa.

Podwyższona drażliwość epileptyków nastraja ich do ciągłej złośliwości względem wszystkich otaczających, często zaś pobudza do wybuchów gniewu pod wpływem najnieznaczniejszych przyczyn i to do gniewu, który nieraz przybiera charakter bardzo gwałtowny.

Epileptycy odznaczają się skłonnością do mówienia jadowitych przycinków i dowcipów, od których łatwo przechodzą do prawdziwej złości; lubią szukać zaczepki i bezustannie są niezadowoleni. Epileptycy są nakoniec ogromnymi samolubami i zwykle nie okazują najmniejszego współczucia na cierpienia

1) Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1879.

bliźnich. Ogólne poczucie moralności i cnoty, obowiązków obywatelskich i poczucie estetyczne zwykle bywa u nich bardzo przytępione.

Epileptycy bywają za to w wyższym stopniu religijni; nadzwyczajna ich pobożność często przybiera charakter fanatyzmu, którym niekiedy nawskróś się przejmują. Takiego rodzaju osobniki są bardzo skłonne do wiary w cuda i we wszystkie zjawiska nadprzyrodzone; często sami się starają dowieść takowych, wykazując przytem niezwykłą skłonność do wszelkich mistyfikacyj.

Porównyując w charakterze epileptyków usposobienie wielce złośliwe z ich nadzwyczajną religijnością, spostrzega się niezwykłą sprzeczność, którą S a m t tak trafnie określił następującymi słowami, przytoczonymi przez K r a f t- E b i n g'a ¹⁾: „*armen Epileptiker, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Canaillerie im Leibe tragen*“ (nieszczęśliwi epileptycy, którzy mają w kieszeni książkę do nabożeństwa, na końcu języka imię kochanego Boga, a w duszy arcyłajdackie zamiary).

Tak w dziedzinie uczucia epileptyków, jak w zakresie ich wyobrażeń, nadzwyczaj łatwo powstają znaczne zmiany. Silne przygnębienie lub podniecenie, znacznie utrudnione lub wielce przyspieszone wytwarzanie myśli, a wskutek tego uparte milczenie, lub niezwykła mówność, zjawiają się niespodziewanie i bez widocznych powodów.

W działalności epileptyków, wziętej pod uwagę przez dłuższy czas, widać także pewien nieład, brak porządku i brak przewodniej myśli. W pojedynczych przypadkach umieją być nader chytrymi i przewidującymi; w większości ich postępów jednak uwydatnia się osłabienie ośrodków wstrzymujących, nierozmysłność i porywczosć, dochodząca aż do bezwiednych prawie popędów.

Epileptycy bywają wielce skłonni do wszystkich przestępstw, a szczególnie do złodziejstwa. Czasami kradną, jeśli można się tak wyrazić, według wszelkich prawideł sztuki, podejmując wszystkie środki ostrożności i wszystkie sposoby dla uniknięcia kary; w innych razach jednakże kradną w obecności wszystkich jawnie i publicznie i nie próbują nawet ukryć tego. Takie same sprzeczności napotyka się i w innych postępach epileptyków.

Na zakończenie rzeczy o charakterze epileptyków nie uważam za zbyteczne przytoczyć następujące słowa z kapitalnej pracy F a l r e t'a ²⁾. „Brak jednociągłości, to jest znikanie i pojawianie się nanowo pewnych psychicznych objawów, tak w sferze uczuć i charakteru, jak i w dziedzinie zdolności umysłowych jest główną cechą charakteru epileptyków; jest to prawo ogólne, do którego stosują się wszystkie objawy tego stanu i które wyciska swoje piętno zarówno na objawach psychicznych, jak i fizycznych tej choroby czysto peryjodycznej natury“.

Obląkanie epileptyczne znajduje się po największej części w mniej lub więcej ścisłym związku z napadami epilepsji, które znów ze swej strony bywają rozmaitej siły, nawet rozmaitej postaci. Z tego powodu obląkanie epileptyczne zjawia się w nader różnych, ale tylko na pozór najzupełniej do siebie niepodobnych, formach, które jednakże zawsze mają ze sobą bardzo wiele wspólnego, jak to

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

zobaczymy poniżej. Ze stanowiska czysto klinicznego jednakże możemy odróżnić w obłąkaniu epileptycznym dwie formy; jedna ta, która się zjawia przed samym napadem epilepsji, lub natychmiast po nim, druga zaś ta, która bywa w ciągu dłuższej przerwy między napadami i trwa daleko dłużej, aniżeli pierwsza.

Upośledzenie zdolności umysłowych, które zwykle przychodzi po dłuższym trwaniu epilepsji, bądź wraz z obłąkaniem, bądź też bez takowego, nie może być przyjęte za formę naczelną psychozy epileptycznej, a raczej za następstwo epilepsji wogóle.

Obłąkanie epileptyczne, powstające przed napadem epilepsji, bywa daleko krótsze i daleko lżejsze w swoich objawach aniżeli to, które następuje zaraz po napadzie. Przednapadowy atak obłąkania charakteryzuje się nadzwyczajnym rozdrażnieniem, wskutek którego chorzy łatwo dochodzą do afektów. Przytem częściej widzimy przygnębienie aniżeli podniecenie.

Chorzy przedstawiają się zamysłonymi, skupionymi w sobie i nieruchomymi; unikają wszelkiego towarzystwa i bywają rozzłoszczeni lub bojaźliwi. Rzadziej się zdarza, że w tym stanie bywają niezwykle ożywieni i wielomówni. W ogóle tacy chorzy podlegają złudzeniom i urojeniom przeważnie przykrego, przestraszającego charakteru; wyjątkowo tylko innym, w szczególności urojeniom treści religijnej.

Z powodu krótkości trwania całego tego stanu chorobnego rzadko dochodzi do powstania bredzenia. Chorzy, w tym stanie pozostający, odznaczają się bezwiedną popędliwością w swoich postępach; chwytają np. do rąk pierwszy lepszy przedmiot, gniotą go, psują, rzucają gdzie się zdarzy, lub chowają do kieszeni, lub gdziekolwiek bądź indziej; wychodzą z domu i wałęsają się pewien czas bez wszelkiego celu i sami nie wiedzą gdzie. Czasami biegną na oślep przed siebie i zatrzymują się tylko przy takich przeszkodach, których ani przejść ani przeskoczyć nie mogą. Podpalenia, zabójstwa i inne ciężkie kryminalne przestępstwa rzadko się zdarzają w tym stanie choroby.

Samowiedza tego rodzaju chorych, albo najzupełniej ginie, albo co najmniej znacznie bywa przyćmiona. Najlepszym tego dowodem jest zupełny brak pamięci o wszystkim, co zaszło przez czas trwania napadu takiego obłąkania. Jeśli zaś pozostaje jakiegokolwiek wspomnienie, to tylko nader niedokładne, zamglone i jakby niejednociągłe, poprzerywane (epizodyczne).

Nie będzie zbytecznym zwrócić tu uwagę na tę okoliczność, że często istnieje pewnego rodzaju stereotypowość w objawach psychicznych, ukazujących się przed napadem epilepsji; najczęściej to się odnosi do urojeń (*hallucinatio*), np. chory przed napadem widzi jednę i tę samą osobę, jednakowo ubraną, lub też jakąkolwiek figurę, cień, słup ognisty i t. p..

W ogóle w tej odmianie obłąkania epileptycznego rzadko się zdarza, aby wszystkie wyżej wyliczone objawy występowały w całej pełni, najczęściej widzimy tylko pewne ich grupy, a nawet tylko pojedyncze symptomy, powstające bezpośrednio przed samym napadem epilepsji.

W ogóle objawy rozstroju psychicznego 1-o mogą uprzedzić cały szereg podmiotowych objawów nerwowych, które zwykle ukazują się przed napadem epilepsji i które przyjęto nazywać *aura epileptica*; 2-o objawy rozstroju psychicz-

nego mogą wystąpić jednocześnie z temi podmiotowemi objawami nerwowemi; 3-o, nakoniec mogą wystąpić same bez żadnych objawów nerwowych i wtedy *aura* ma charakter wyłącznie psychiczny.

Rzecz o podmiotowych objawach nerwowych, charakteryzujących aurę i o samym napadzie epileptycznym należy wyłącznie do neuropatologii i nie może być tu braną pod uwagę. (D. n.)

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Wynik badania pośmiertnego: *ascites, hydrothorax* w umiarkowanym stopniu i *hydropericardium*. Serce znacznie powiększone, wymiar idący z góry z prawej strony do lewej ku dołowi = 23 ctm. Odległość podstawy od wierzchołka serca, po prawej komórce = 14 ctm. Ta sama odległość, mierząc po lewej komórce = 11 ctm. Szerokość podstawy = 13 ctm. Główne powiększenie dotyczy prawej połowy serca. Oba przedsionki znacznie krwią rozszerzone, napelnienie komórek małe. Rozszerzenie (*dilatatio*) prawego przedsionka znacznie większe, aniżeli lewego. Prawa komórka również w stanie rozszerzenia, przerost ścianek umiarkowany; w bliskości wierzchołka na osierdziu bliznowate zgrubienia, gdzieś ślady tłuszczowego zwyrodnienia; otwór przedsionkowo-komórkowy prawy znacznie rozszerzony, zastawki prócz niewielkiego zgrubienia nie przedstawiają nic szczególnego (*insufficiencia valv. tricusp. relativa*); obwód tętnicy płucnej w miejscu jej wyjścia z serca = 88 mm. Zastawki nie zajęte sprawą chorobną. Ścianki lewej komórki w stanie przerostu, jama zaś tejże mniej rozszerzona, aniżeli w komórce prawej, otwór przedsionkowo-komórkowy lewy nie zwężony, zastawki delikatne, na brzegach nieco zgrubiałe. Zastawki półksiężycowe aorty nie przedstawiają widocznych zmian. Obwód aorty, w samym początku = 75 mm. Na wewnętrznej powierzchni aorty w dalszym jej przebiegu biało-żółtawe zgrubienia w postaci plam. Ota nerwy błędne jak również i nerwy sympatyczne w całym swym przebiegu aż do serca nie dotknięte żadną sprawą chorobową. Mózg w stanie niedokrwiistości, większe i mniejsze naczynia w stanie tłuszczowego zwyrodnienia i stwardnienia (*arteriosclerosis*).

Przytoczony przypadek *Malbranca* zasługuje na uwagę, pod tym względem, że w okresie występującej arytmii, albo allorytmii

1) na dwa tętna żyłne i dwa uderzenia serca, przypadało jedno tętno arteryjalne; 2) że przy każdym drugim uderzeniu serca, t. j. wtedy, kiedy w tętnicach tętna wyczuć nie można było, znikał szmer skurczowy w okolicy wysłuchiwania zastawki dwudzielnej, a zamiast zwykłego, głośnego, gwiżdżącego szmeru, słyszalnego w okolicy zastawki dwudzielnej, słychać było tylko lekki podmuch, podobnie jak nad prawą komórką.

Na mocy dwóch powyższych objawów Malbranc uważa się zmuszonym, podobnie jak Leyden, do wniosku, że w 1-szem uderzeniu przyjmują jednakowy udział obie połowy serca, a przy każdym 2-gim uderzeniu, ulega skurczowi tylko prawa komórka. Podczas oddzielnego skurczu prawej komórki lewa, według zdania Malbranc'a, pozostaje w stanie rozkurczu, a nie tetanicznego skurczu. W dalszym ciągu swej pracy załączył autor kilka rysunków. Jeden z nich przedstawia obraz tętna promieniowego, narysowany za pomocą sfigmografu Marey'a, i to w czasie intermitteneyi, t.j. przepuszczania tętna. Na długiej linii rozkurczowej ani śladu drugiej fali ¹⁾, jak utrzymuje autor. Drugi rysunek poniżej znajdujący się przedstawia nam tętno żyłne z żyły tarczowej dolnej. Z dwóch po sobie następujących tętn, drugie, przypadające w czasie braku tętna arteryjalnego, jest mocniejsze, wyższe aniżeli pierwsze. Wreszcie dwa obrazy kardyjograficzne, zebrane z samego serca, podczas normalnej czynności serca i podczas zmienionego rytmu; kształt tych rewolucyj sercowych, nakreślonych w czasie prawidłowych ruchów serca, niczem się nie różni od rewolucyj normalnych; natomiast w kardyjogramie, otrzymanym podczas intermitteneyi tętna zachodzą bardzo ważne różnice, a mianowicie w każdej drugiej rewolucyi serca, której odpowiada tylko tętno żyłne (arteryjalnego wtedy nie ma), widać zaledwie ślady skurczu przedsionka, poczem następuje dość wysoka linija zstępująca, zawdzięczająca swój początek skurczowi komórki, a ponad tą ostatnią jedno wzniesienie, zależne od zamknięcia zastawek półksiężycowych. Potem następuje linija zstępująco-rozkurczowa. Otóż, na mocy tego obrazu przychodzi autor do wniosku, że w każdym drugim uderzeniu serca przyjmuje udział tylko prawa komórka, ponieważ w rewolucyi, odpowiadającej drugiemu uderzeniu brak wszelkich śladów skurczu lewej komórki. Natomiast prawe serce kurczy się z całą siłą, czego dowodem: silne uderzenie wierzchołkowe, wysokość wzniesienia, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, krótki czas trwania rewolucyi serca.

Co się tyczy trzech wspomnianych wyżej przypadków Leyden'a, to w pierwszym, w którym prawa komórka kurczyła się naprzemian z lewą, należałoby według Malbranc'a użyć nazwy *alternirende Hemisystolie*, w dwóch zaś następnych, w których kurczyła się najprzód prawa komórka z lewą jednocześnie, a potem tylko prawa komórka oddzielnie, ma być odpowiedniejszą nazwa: „*intermittirende* lub *periodische Hemisystolie*“

Wreszcie wypada nam także dodać, że Malbranc, podobnie jak Bozzolo, zauważył, że fala, której brak w układzie tętnicznym podczas 2-go uderzenia serca, może się znowu zjawić i przedstawić się jako druga mniejsza fala i tym sposobem z pierwszą utworzyé t. z. tętno naprzemienné (*pulsus alternans*).

Co się tyczy zapatrywania Bozzolo, a mianowicie, że *hemisystolia* Leyden'a nie polega na nierównoczesnym skurczu obu komórek serca, lecz jest popro-

¹⁾ Pod nazwą rewolucyi serca (*Herzrevolution*) rozumieny jednorazową czynność serca od jednej pauzy serca do drugiej, zatem skurcz i rozkurcz przedsionka, skurcz komórki, rozkurcz teje, aż do t. z. pauzy serca, tj. chwili, w której całe serce pozostaje w stanie rozkurczu.

stu zapoznanem tętnem dwudzielnem i naprzemiennem, *Malbranc* stanowczo się na to nie zgadza, a nawet okazuje się skłonny do wyprowadzenia zupełnie przeciwnego wniosku, t. j. że tętno dwudzielne naprzemiennie (*pulsus bigeminus, alternans*) polega często na połowicznym skurczu serca.

Jakkolwiek *Malbranc* jest gorliwym zwolennikiem istnienia połowicznego skurczu *Leyden'a*, jednak co do tłumaczenia powstawania podobnego zjawiska różni się od *Leyden'a*; *Malbranc* nie przyjmuje powstawania połowicznego skurczu na drodze mechanicznej, ale przyczynę tego ostatniego upatruje w nieprawidłowem unerwieniu serca, a mianowicie w przyrządzie regulującym ruchy serca. *Leyden* zaś widzi głównie w momentach mechanicznych najważniejszą przyczynę *hemisystoliae cordis*, ponieważ nie chce posądzać nerw błędny o tego rodzaju kaprysy, aby wpływ hamujący tegoż miał oddziaływać więcej na lewą, aniżeli prawą komórkę.

Na dowód możliwości niejednoczesnego skurczu obu komórek przytacza autor doświadczenia toksykologów, którzy zauważyli nierównoczesny skurcz pewnych oddziałów serca, związanych z sobą pod względem anatomicznym i fizjologicznym równie ściśle, jak np. obie komórki u człowieka. *Malbranc* ma tu na myśli przedsionek. W końcu, na poparcie swego zdania przytacza autor obliczenia czasu trwania pojedynczych faz, wchodzących w skład rewolucyi serca przy normalnej czynności serca, i w okresie zmienionego rytmu, nad czem na innem miejscu zastanowimy się szczegółowiej.

Prócz *Malbranc'a* za istnieniem połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*) *Leyden'a* przemawiają *Gerhardt* i *Friedrich Schreiber* zaś w pracy swej „o tętnie naprzemiennem (*pulsus alternans*) nie zgadza się na zapatrywania powyższych autorów, a obraz kliniczny, odpowiadający połowicznemu skurczowi serca, stara się wytłomaczyć z tętna dwudzielnego i naprzemiennego. Wniosek swój opiera autor na 12-stu spostrzeżeniach tętna dwudzielnego i naprzemiennego, w których kilka razy spostrzegał na dwa uderzenia serca jedno tętno arteryjalne a dwa tętna żyłne, głównie zaś powołuje się na rysunki tętna, zebrane z tętnicy szyjowej. W tych ostatnich udało mu się odnaleźć oprócz wzgórka głównej fali, ślady bardzo małej fali, która dla dotyku była niedostępną. Na korzyść znowu teoryi *Leyden'a* przemawiają spostrzeżenia kazuistyczne *Roy*, jak również i poglądy *Rosensteina*, który twierdzi, iż nie należy odrzucać możliwości jednostronnego skurczu serca, chociażby z tego względu, iż u zwierząt przy obumieraniu serca zauważyć można jednostronny skurcz, a najprzód lewej połowy serca. Przeciwnie znowu wyraża się fizjolog *Landois*; nie przyjmuje on połowicznego skurczu serca z powodu wspólności włókien w obu komórkach, jak również i wspólnej innerwacyi, i sądzi, że pozorny odpoczynek lewej komórki jest tylko słabym skurczem, niedostatecznym dla wywołania fali krwi w tętnicy promieniowej.

Wreszcie, dla całości przeglądu historycznego w sprawie będącej kwestyi, wypada nam przytoczyć jeszcze dwa ważne spostrzeżenia *D-ra Oskara Widmana* a o nierównoczesnym skurczu obu komórek serca *Leyden'a*. Pierwsze z nich dotyczy chorego, lat 27 liczącego, z rozpoznaniem niedomy-

kałności zastawki dwudzielnej ze znacznem zwężeniem ujścia.

Główne momenty choroby były następujące: chory skarżył się głównie na kaszel i duszność, plwocina ze krwią. Szyja krótka i gruba, żyły napelnione tętnią. Uderzenie serca widzialne jako wzgórce skurczowe i namacalne, podnoszące palec, w 6 międzyżebżu; stłumienie serca rozpoczyna się na linii podłużnej, idącej od dolnego brzegu 3 żebra, a sięga poza dolny brzeg 7 żebra, w linii zaś poprzecznej rozpoczyna się stłumienie na 1 centymetr od prawego brzegu mostka, a sięga na 1 centymetr poza lewą brodawkę; stłumienie serca nie przekracza widzianego uderzenia wierzchołka serca.

Nad wierzchołkiem serca słycać dwa szmery: pierwszy przeciągły, pilujący; drugi krótki, urywany, wysoki. W tętnicy płucnej drugi ton wyraźnie wzmocniony. Tony aorty gluche. Ruchy serca rytmiczne. Tętno tętnicy promieniowej słabe, tętnica napięta, fala jej niska, łatwo ucisnąć się dająca. Tętno 110 na minutę.

W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, Dr. Widman zauważył znaczne zwolnienie tętna, wynosiło ono bowiem tylko 42 uderzeń na minutę. Badanie wykazało, że w miejscu, w którym uderzał wierzchołek serca, t. j. w 5 i 6 międzyżebżu, widać dwa, czasami nawet 3 wzgórza skurczowe; pierwsze jest silniejsze i trwa nieco dłużej, niż następne. Nad tem miejscem słycać dwa, czasami trzy krótkie szmery, przedzielone dwoma lub trzema szmerami rozkurczowemi, z których pierwszy jest krótszy, a ostatni dłuższy. Co się zaś tyczy szmerów skurczowych, to pierwszy jest w stosunku do następujących dłuższy i silniejszy. Tętno tętnicy promieniowej odpowiada tylko pierwszemu silniejszemu uderzeniu, czem się tłumaczy pozorne jego zwolnienie, albowiem serce uderza 84 razy na minutę, a tętno tętnicy promieniowej tylko 42.

Objaw ten, trwający przez dwa dni prawie bez przerwy, nie sprawiający choremu oprócz duszności żadnej innej dolegliwości, znikł następnie, bez użycia żadnych środków lekarskich, poczem częstość tętna zwiększyła się doszedłszy do 96 uderzeń na minutę i odpowiadała zupełnie częstości uderzeń serca.

Chory w stanie polepszzonego zdrowia wystąpił ze szpitala, powrócił jednak wkrótce w okresie naruszenia kompensacyi, z zawałem w płucu lewem. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie zrobione za życia; znaleziono bowiem po śmierci: przewlekłe zapalenie wsierdzia i zastawki dwudzielnej; następne zgrubienie i zupełny zrost zastawek; wybijalności wapienne na brzegach zastawki i niedomykalność ze zwężeniem ujścia żylnego lewego; zgrubienie zastawek półksiężycowych aorty; przerost komórki lewej, a zwłaszcza prawej, z rozszerzeniem; w osierdziu wynaczynienia, w worku osierdzia mętny płyn w ilości około 50 grm.; w trzewiach zmiany zastoinowe.

Z przytoczonego rysunku, zdjętego za pomocą kardyjografu Marey'a, w miejscu, w którym koniec serca uderzał, widać, że pierwszy skurcz jest silniejszy, poczem jest krótki przestanek, po nim następuje skurcz słabszy i długi przestanek. Co się zaś tyczy obrazu tętna, otrzymanego za pomocą sfigmografu Marey'a, to na nim zauważyć można: pierwszy większy wzniesienie, odpowiadający pierwszemu silniejszemu skurczowi komórki, drugi mniejszy, zaledwie dostrzedz się dający,

odpowiadający słabszemu, drugiemu skurczowi komórki, oddzielony od pierwszego krótkim przestankiem, a po drugim wznórku długi przestanek.

Drugi przypadek, podany przez D-ra W i d m a n a jest następujący.

Chory, lat 54 liczący, cierpi od lat 6 na duszność i bicie serca; poprzednio przechodził gościec w skutek wilgotnego mieszkania. Cierpienie sercowe wystąpiło z całą gwałtownością przed 5-ciu laty, gdy chory został ugodzony ślepym nabojem w okolicę serca. Chory dobrze odżywiany, nie gorączkuje. Szyja dość krótka, żyły nadzwyczaj naprężone, lecz tętnienia żylnego nie ma. Uderzenie serca widać na dość rozległej przestrzeni, jako silne wznórza skurczowe. Wierzchołek serca w 6 międzyżebżu, na 3 cent. na zewnątrz od linii sutkowej; w okolicy wierzchołka serca widać podwójne wznórza skurczowe, szybko po sobie następujące; pierwsze silniejsze, drugie słabsze, potem następuje przestanek dłuższy; następnie zjawia się ten sam podwójny rytm. W miejscu tem słychać 4 głuche tony: pierwszy silniejszy, podnoszący głowę osłuchującego, dość długi; następnie krótszy rozkurczowy: trzeci słabszy od pierwszego skurczowego; wreszcie czwarty, przeciągły, rozkurczowy. Między tonami słychać przeniesione szmery z aorty. Nad tą ostatnią słychać cztery szmery, zupełnie zachowujące ten sam rytm, co i tony słyszalne nad wierzchołkiem serca. Szmery te słychać również w tętnicach szyjowych z tym samym rytmem. N a d t ę t n i c a m i u d o w e m i słychać cztery tony, tę samą zachowujące miarowość, co i ruchy serca. Wymiary serca powiększone, mianowicie podłużny.

Tętno promieniowe pozornie zwolnione, bije bowiem 35 uderzeń na minutę, t. j. uderzeń silniejszych, a słabszych również tyle, przeto tętno uderza właściwie 70 na minutę. Tętno wszystkich tętnic jest wyraźnie naprzemienne, czasami dwu lub trójdzielne. Niemiarowość tętna utrzymuje się dłużej lub krócej, występuje i ustaje bez powodu, na co lekarstwa nie mają najmniejszego wpływu.

Rozpoznano niedomykalność z a s t a w e k p ó ł k s i ę ż y c o w y c h aorty. Po przedstawieniu rysunków kardyjograficznych i obrazów tętna, autor kończy następującymi słowy: „w przypadku powyżej opisanym mamy niewątpliwie ten sam objaw, który L e y d e n i M a l b r a n e uważają za nierównoczesny skurcz serca, lecz nie ma niedomykalności zastawki dwudzielnej, ale jest bardzo wybitny kliniczny obraz niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty; z tego wynika, że objaw ten przy każdej wadzie serca zdarzyć się może, przez co tłumaczenie zjawiska, podane przez L e y d e n'a, okazuje się zupełnie mylnem. Nie mając bynajmniej zamiaru zaprzeczać analogii dopiero co przytoczonego przypadku z przypadkami opisanymi pierwotnie przez L e y d e n'a, chciałbym tylko położyć nacisk na to, iż obraz kliniczny nie jest zupełnie identyczny z obrazem *hemisystoliae cordis*, a tylko o takim może tu być mowa. Brak tu tętnienia żył szyjowych i znikania tętna w układzie tętnicznym co drugie uderzenie serca, przynajmniej dla zmysłu dotyku, a są to dwa ważne objawy, które naprowadziły L e y d e n'a, M a l b r a n c'a i innych na myśl nierównoczesnego skurczu obu komórek serca“. Z dołączonego zaś przez W i d m a n a rysunku sfigmograficznego przekonywamy się, że drugie tętno jest wprawdzie mniejsze, ale w każdym razie dość wyraźne, a obadwa tętna (większe i mniejsze) zbliżają się podług naszego zdania więcej do tętna dwudzielnego, aniżeli do naprzemiennego, rozkur-

czowa bowiem linija pierwszego tętna przerwana jest przedwcześnie występującą liniją skurczową, odpowiadającą skurczowi serca, tak, że dopiero linija rozkurczowa drugiego tętna staje się dłuższą i dosięga linii poziomej, łączącej punkt wyjścia skurczowej linii 1 tętna z końcem rozkurczowej linii 2 tętna.

Zresztą, co do przyczyny, dla czego przedwczesny skurcz komórki nie uwydatniał się w tętnicy promieniowej w spostrzeżeniach *Leydena*, *Malbranca*, a występował w przypadku, o którym mowa, chętnie zgadzamy się z *Drem Widmanem*; zależało to od niedomykalności zastawki dwudzielnej, której brakowało w przypadku *Widmana*.

Co się tyczy natury w mowie będącego zjawiska, to *Dr. Widman* zgadza się zupełnie ze zdaniem *Bozzollo*, nie przyjmuje bowiem również istnienia nierównoczesnego skurczu obu komórek serca. (D. c. n.)

III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski**.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

5). Na szczególną uwagę zasługują zmiany w krtani (obraz laryngoskopijny), napotymane za życia u naszych chorych. I tak, w przypadku pierwszym mieliśmy od roku trwający zupełny bezgłos; badanie wziernikowe wykazało, że nagłośnia i tylna ścianka krtani były zupełnie prawidłowemi; za to wewnątrz krtani przedstawiało obraz zupełnych zniszczeń obu strun głosowych prawdziwych i wrzekomych, obok czego widać było liczne różnej wielkości blizny. Ten to wygląd krtani był jednym z momentów, które nas zmusiły do rozpoznania sprawy przymiotowej, zupełna bowiem nietykalność tylnej ścianki krtani, obok tak dalece posuniętych zniszczeń wewnątrz krtani, jest objawem, o ile mi się zdaje, nigdy się nie trafiającym przy zwykłych suchotach krtaniowych, przytem obecność blizn obok istniejących znacznych zniszczeń również była momentem, wielce przemawiającym za przymiotem, na co jeszcze zwrócił uwagę *Türk* w swojej klinice chorób krtani. W drugim przypadku mieliśmy mniej więcej tenże sam obraz. Brak owrzodzeń na tylnej ściance i nagłośni, obecność takowych na strunach głosowych, obok silnego przerostu lewej struny fałszywej. W trzecim przypadku krtani nie przedstawiała żadnych zmian ważniejszych. W obu więc przypadkach mieliśmy wielce charakterystyczny wygląd, t. j. zupełny brak zajęcia tylnej ścianki krtani. Obraz laryngoskopijny może być w istocie w danym razie wielce ważnym momentem rozpoznawczym przymiotu płuc. Z drugiej jednakże strony, winniem zaraz dodać, że bywa to niezawsze; i tak, *Schnitzler*, w pracy swojej, wyżej przytoczonej, o przymiocie płuc, podaje właśnie jako cechy wielce charakterystyczne przymiotu krtani, owrzodzenia głębokie na tylnej ściance i nagłośni. Trafić się również może, że w przymiocie płuc jest zajęta sama tylko

tylna ścianka krtani, a w tym właśnie ostatnim przypadku przedstawi się niezwykle trudne różniczkowe rozpoznanie między przymiotem a gruźlicą krtani. Tego rodzaju przypadek podaje nam C u b e (*Virchow's Archiv. Tom 82.*); ja również podobny przypadek miałem sposobność obserwować w roku zeszłym wspólnie z kol. H e r i n g i e m. U 40-letniej kobiety wystąpiła lekka chrypka i utrudnione polykanie, wzmagające się coraz bardziej. Jednocześnie wystąpił suchy kaszel i nieznaczna wieczorami gorączka. Badanie płuc wykazało bardzo nieznaczne zmiany w jednym ze szczytów płucnych. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało silny obrzęk tylnej ścianki krtani; inne części krtani nie przedstawiały zmian wyraźnych. Zdawało się pierwiastkowo, że nie ulega wątpliwości, iż mamy do czynienia z poczynającą się gruźlicą krtani; tymczasem przebieg późniejszy wykazał nam naturę przymiotową danego cierpienia, a leczenie swoiste (zastrzykiwania podskórne sublimatu), prędko usunęło groźne objawy ze strony krtani.

6). U wszystkich trzech naszych chorych mieliśmy mniejszą lub większą ilość białka w moczu (*albuminuria*). Autorowie, a szczególnie P a n c r i t i u s, wzmiankują w wielu bardzo przypadkach daleko posuniętych suchot płucnych przymiotowych o białkomoczu. Zależny jest on od zwyrodnienia mączkowego nerek (*degeneratio amyloidea*), które to zmiany u dwóch naszych chorych wykazało badanie pośmiertne. W trzecim przypadku mieliśmy tylko zmiany cechujące t. z. miąższowe zapalenie nerek (*nephritis parenchymatosa chronica*).

Prawdopodobnie zwyrodnienie mączkowate kiszek było również przyczyną r o z w o l n i e n i a bardzo upartego, istniejącego we wszystkich trzech przypadkach.

7). Chciałem jeszcze parę słów powiedzieć o r o k o w a n i u i l e c z e n i u. Rokowanie przy suchotach płucnych przymiotowych jest zawsze złem, sprawa bowiem płuc występuje zazwyczaj z jednocześnie daleko posuniętymi zmianami w innych organach (nerki, śledziona, krtani, i t. d.); nawet w tych przypadkach, gdzie leczenie przymiotowe przynosi poprawę, nie należy wiele się łudzić, leczenie bowiem to uspokaja pewne przypadłości (najczęściej duszność), a na sprawę daleko posuniętą nie wpływa bynajmniej; najlepszy dowód przedstawia nam przypadek pierwszy, gdzie pomimo znacznej poprawy podmiotowej i dalej prowadzonego leczenia swoistego zmiany w płucach pozostawały *in statu quo*; wkrótce zaś nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego, sprowadzające szybko zejście niepomysłne. Co się dotyczy leczenia, to pod tym względem j u ż P o r t a l, przed stu laty niemal, zdawał sobie jasno sprawę, pisząc: „Gdzie suchoty płucne przymiotowe są posunięte daleko, żadne leczenie nie pomoże; leczenie specyficzne może tylko zejście śmiertelne przyspieszyć (l. c. str. 214). Słowa te dają się dziś jeszcze w zupełności zastosować, a więc tylko środki wzmacniające, dyjeta mleczna, wino, a co najwyżej jodek żelaza u tego rodzaju chorych jest wskazanym.

8). Wypada nam pokrótce zastanowić się jeszcze nad zmianami patologicznymi, znalezionymi w naszych przypadkach przy badaniu pośmiertnym; i tak w p ł u c a c h w pierwszym przypadku główne zmiany znaleźliśmy w górnych zrazach, a mianowicie silne zrosty, dalej twarde guzy, na przecięciu przedstawia-

jące tkankę, suchą, bliznowatą, szarego koloru; oprócz tego znaleźliśmy w obu szczytach dosyć rozległe jamy (*cavernae*), nigdzie zaś nie napotkaliśmy ognisk zrazikowych bronchopneumonicznych. Zmiany te, opisane szczegółowo wyżej przy badaniu pośmiertnem, przedstawiają podobny obraz do tego, jaki Virchow nakreślił w swoim klasycznym wykładzie o zmianach anatomopatologicznych w płucach u syfilityków w następujący sposób: „Najczęściej napotykamy przewlekłe, rozrzucone, induracyjne zapalenie płuc i opłucnej, które wytwarza ogniska twarde bliznowate bądź na powierzchni organu, bądź też pod opłucną, lub w okółko małych i średnich oskrzeli; ogniska te we wnętrzu płuca mają więcej postać guzów. Są one twarde w dotknięciu, z trudnością dają się przecinać i przedstawiają wówczas twardą, nieraz sklerotyczną tkankę łączną; tkanka owa właściwie jest białego zabarwienia, przez przyjęcie jednakże w siebie barwnika przybiera ciemne, nieraz zupełnie czarne zabarwienie“.

Co się tyczy nadmienionych jam, znajdujących się w naszym przypadku w obu szczytach, to takowe mogły powstać wskutek rozpadu większych ziarniaków (*gumma*), umiejscowionych w tkance płucnej, lub też mogły być następstwem drugiego rodzaju swoistego zapalenia płuc, które również Virchow w temże samym miejscu opisuje w następujący sposób: „Innym razem mamy do czynienia z zapaleniem płuc zrazikowem serowatem ogniska owe rozmiękczają się, rozpadają i powodują t. z. suchoty płucne przymiotowe.“

W pozostałych dwóch przypadkach mieliśmy nieco odmienny obraz anatomopatologiczny. W przypadku drugim w obu płucach w górnych zrazach znaleźliśmy kilka jam różnej wielkości, w pozostałych zaś częściach płuc mieliśmy znaczny rozwój tkanki łącznej, szczególnie okółko oskrzeli, tak, że płuca przy przecięciu były twardości włóknistej; nigdzie ognisk serowatych zrazikowych (bronchopneumonicznych) nie odnaleziono, miejsca stwardniałe tu i owdzie przedstawiały się ciemno zabarwionemi. Takież same niemal zmiany znaleźliśmy w trzecim przypadku, jak to bliżej przy badaniu pośmiertnem podano. Zmiany w powyższych dwóch przypadkach przedstawiały więcej charakter rozlanego zapalenia natury przymiotowej. Tego ostatniego rodzaju zmiany w płucach opisał bliżej w swojej pracy Kryłow, nazywając je prostem zapaleniem płuc natury przymiotowej. (D-r Kryłow: *Izsledowanija o patologoanatomiceskich izmienenijach lohkich u syfilitikow*. Tom II. 1870). Zapalenie owo podług K. przedstawia charakter zapalenia płuc śródmiąższowego. Przedstawia się ono pod postacią obszernych rozlanych ognisk mocno zabarwionych, nieraz zajmujących całe zrazy płucne i tym sposobem warunkujących oddzielną postać suchot płucnych, przy których jednocześnie zniszczenie tkanki płucnej jest zależnem od wytworzenia wtórnych drobnych ognisk gummowatych wśród rozlanej tkanki włóknistej.

W krtani znaleźliśmy po śmierci u obu naszych pierwszych chorych wielce charakterystyczne zmiany; i tak, u pierwszego znaleźliśmy obszerne owrzo-

dzenia we wnętrzu krtani, które zniszczyły obie struny prawdziwe i wrzekome; z obu stron brzegi owrzodzenia pokryte były twardą blizną, na dnie zaś wrzodu w części, odpowiadającej chrząstce nalewkowej, sterczały chrząstki obnażone. Tak głębokie owrzodzenia, które zniszczyły nie tylko całą błonę śluzową, ale i ochrząstną, były prawdopodobnie następstwem rozpadu gummatów, które rozwinęły się symetrycznie z obu stron wnętrza krtani, a rozpadając się następnie niszczyły stopniowo głębsze części krtani, doszedłszy nareszcie aż do chrząstki. Do tej sprawy przyłączyło się w następstwie zapalenie ochrząstnej, które właśnie spowodowało zgorzel częściową chrząstki. Obok tych zmian mieliśmy około wrzodów rodzaj brodawkowatych wybujałości błony śluzowej, robiących wrażenie polipów. Zmiany te, które wybornie opisał *Virchow*, są podług tego autora natury zapalnej, i tworzą się wskutek przewlekłego zapalenia błony śluzowej, otaczającej owrzodzenia przymiotowe, powstałe z rozpadu gummatów.

W drugim przypadku były zmiany nieco odmienne; tu mieliśmy do czynienia z drobnymi owrzodzeniami obu strun prawdziwych, natomiast struna wrzekoma lewa była niezwykle zgrubiała, a przy przecięciu była twardości włókniastej. Drobne te owrzodzenia były w danym razie następstwem silnego kataru przymiotowego obu strun prawdziwych; jednocześnie zaś mieliśmy do czynienia z tą postacią przymiotu krtani, którą *Türk* w swojej klinice chorób krtaniowych opisał, jako oddzielny poddział, p. t. *Bildung von fibroiden callösen Gewebe*; w opisie 124-iej (str. 382) historii podaje przypadek wielce podobny do naszego również ze znacznym zgrubieniem lewej struny fałszywej.

Na bliższą uwagę zasługują zmiany, znalezione w dwóch pierwszych przypadkach w aorcie, szczególnie zaś w pierwszym; zmiany te przedstawiały się nader charakterystycznie, cała bowiem aorta (łuk, aorta zstępująca i brzuszna) usiana była drobnymi, soczystemi, blad różowemi naleciałościami (*endoarteriitis*), podczas gdy osierdzie i zastawki żadnych zmian nie przedstawiały. W drugim przypadku mieliśmy podobne zmiany w aorcie, chociaż nie tak rozległe, z jednoczesnymi zmianami ateromatycznymi na zastawkach sercowych. Zmiany te, które należy uważać za zależne od sprawy przymiotowej, są wielce rzadkie, a szczególnie jak to miało miejsce w pierwszym przypadku, gdzie okok daleko posuniętego zwyrodnienia całej aorty, wsierdzie było zupełnie normalne. Zmiany te w aorcie opisał już *Virchow* (l. c. str. 444), szczegółowo zaś zajął się nimi *A. Beer* (*Leingeweide-Syphilis*). Autor ten w swojej pięknej pracy szczegółowo zajął się temi zmianami ze stanowiska histologicznego i chociaż podaje, że zmiany te nie przedstawiają pod względem histologicznym nic odrębnego, dla przymiotu charakterystycznego, jednakże należy je uważać za zależne od sprawy przymiotowej, szczególnie tam, gdzie obok jednocześnie istniejących zmian przymiotowych w innych organach, zastawki sercowe żadnych zmian nie przedstawiają. Związek ten jest tem prawdopodobniejszy, jak powiada dalej *Beer*, że podobne drobne ogniska ateromatyczne w aorcie znajdował on nie tylko przy przymiocie, lecz także u ludzi zmarłych na tyfus, a zatem w warunkach, przy których istniało ogólne usposobienie ustroju do

rozrostu tkanki łącznej i nacieczeń białkowatych (*albuminose Infiltrationen*) z przemianą tłuszczową (l. c. str. 68 i 104).

Wreszcie w trzecim przypadku znaleźliśmy liczne drobne o w r z o d z e n i a w k i s z c e g r u b e j, a szczególnie w poprzecznicy i odbytnicy z jednocześnie istniejącymi licznymi białymi bliznami. Owrzodzenia te uważać należy za zależne od sprawy przymiotowej, przedstawiały bowiem wyraźne cechy zmian, które *Virchow* opisał, jako charakteryzujące owrzodzenia przymiotowe kiszki grubej (l. c. str. 416).

Na zakończenie niniejszej pracy chciałem jeszcze w kilku słowach wspomnieć o w r z e k o m y m p r z y m i o c i e (*pseudosyphilis pulmonum*). Jakiśmy widzieli wyżej, istotny przymiot płuc jest cierpieniem rzadkiem; tembardziej rzadko występuje przymiot w płucach bez innych objawów przymiotu ustrojowego w innych organach, stanowiąc wówczas *par excellence* przymiot płuc, zależny od pierwotnego rozwoju ziarniniaków (*gummata*) w płucu. Formy te są nader rzadkie i tu jednakże anamneza, przebieg cierpienia, i t. p. objawy, wyżej wzmiankowane, pozwolą rozpoznać cierpienie i odpowiednio je leczyć. Daleko już częściej, ale i to stosunkowo rzadko, występują wyżej opisane suchoty płucne przymiotowe, rozpoznanie których, sądzę, po wyżej przytoczonych danych nie przedstawia wiele trudności.

Jeżeli oba powyższe rodzaje cierpienia płuc stosunkowo do zwykłych suchot płucnych występują bardzo rzadko, za to niesłychanie często spotykamy zwykle suchoty płucne, rozwijające się u osobników, które przebyły kiedyś chorobę przymiotową. Cierpienie to powstaje, albo wskutek wielkiego wyniszczenia, spowodowanego przez samą chorobę przy jednoczesnem zbyt energicznie prowadzonem leczeniu przeciwprzymiotowem i w tym razie powstaje ono stosunkowo dosyć szybko po zarażeniu (w kilka miesięcy do roku), lub też rozwija się daleko później, w lat kilka lub kilkanaście, z przyczyn najczęściej niezależnych zupełnie od przymiotu kiedyś przebytego. Pomimo to jednakże w ostatnich czasach, gdy kwestya przymiotu płuc postawioną została na porządku dziennym, widzi się niesłychanie często, że suchotników tej ostatniej kategorii starają się unas, a bardziej jeszcze w Niemczech, podciągnąć pod kategorię syfilityków i pomimo daleko posuniętego cierpienia stosują u nich nieraz bardzo energiczne leczenie przeciwprzymiotowe, naturalnie bez skutku, owszem nieraz wywołując bardzo szybko ogólne i miejscowe pogorszenie. Tego rodzaju przypadki nazwałbym pseudo-przymiotem płucina nie również od kilku lat bacznie zwróciłem uwagę. W czasie ostatnich lat pobytu mojego w Goerbersdorfie, gdzie miałem sposobność widzenia rocznie całych setek suchotników, zwracałem bacznie uwagę w anamnezie na tę okoliczność, czy chory przechodził chorobę przymiotową; otóż u wszystkich chorych, którzy stanowczo chorobę ową przebywali, a którzy, po krótszym lub dłuższym pobycie w zakładzie, przy zwykłym przeciwsuchotniczem leczeniu nie poprawiali się, stosowałem bezwarunkowo leczenie przeciwprzymiotowe pod postacią jodku potasu w odpowiednich ilościach. Wyznać jednakże muszę, że w żadnym przypadku nie widziałem nawet przemijającej poprawy; przeciwnie u wielu chorych występowało pogorszenie, które zniewoliło nas do zaniechania tego leczenia. Po powrocie do kraju w dalszym ciągu zajmowałem się tą kwestyją, badając w tym

samym kierunku chorych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. Tu również doszedłem do tych samych wyników, co poprzednio, a przekonanie swoje tem bardziej utrwaliłem po dokonaniu kilku badań pośmiertnych u tego rodzaju wrzekomych syfilityków, u których znajdowałem zmiany właściwe li tylko zwykłym serowatym suchotom płucnym. Z tego też względu, opierając się na własnem pod tym względem licznem doświadczeniu, uważam za stosowne zaprotestować przeciw owemu *à tout prix* wynajdywaniu przymiotu płuc u każdego suchotnika, który kiedyś przebywał przymiot, wynikiem bowiem tego bywa naturalnie leczenie swoiste, pociągające za sobą najfatalniejsze następstwa, do których w pierwszej linii zaliczam upośledzenie trawienia, a nawet zupełną ruinę czynności kanału pokarmowego, jak to niejednokrotnie widziałem u suchotników, którym zalecano duże ilości *protojodureti hydrargyrii* uważając ich za syfilityków. Zwolennicy owego przeciwprzymiotowego leczenia suchotników zwykle rozumują w ten sposób, że jeżeli mamy do czynienia ze zwykłymi suchotami, to choremu nic nie pomożemy, jeśli zaś jest to przymiot płuc, to wówczas zupełnie go wyleczymy. Rozumowanie to jest zdaniem mojem nielogiczne, zupełnie błędne; pominąwszy już bowiem tę okoliczność, na którą słusznie zwraca uwagę prof. Rosner, że rozpoznanie choroby nie powinno być zależnem od działania środków podanych, że leczenie powinno być wynikiem rozpoznania choroby, a nie odwrotnie, należy nie zapominać, iż dzisiaj przy odpowiedniem racjonalnem leczeniu jesteśmy w stanie bardzo często nawet w daleko posuniętych suchotach płucnych osiągnąć mniejszą lub większą poprawę i że nawet nieraz na pozór zupełnie rozpaczliwe przypadki suchot na dłuższy przeciąg czasu zatrzymują się w rozwoju, a podstawą tego leczenia jest zawsze i wszędzie tylko leczenie wzmacniające, a nie dysplastyczne. Dalej należy nie zapominać o tej okoliczności, że nawet suchoty płucne na tle przymiotowem, jak to widzieliśmy w naszej obserwacyi, nie ustępują pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego i że w większości przypadków istotnych suchot płucnych przymiotowych tylko leczenie wzmacniające jest wskazane przedewszystkiem. Sądzę więc, że owo bezkrytyczne podawanie chorym, dotkniętym przewlekłymi sprawami płucnymi, przetworów rtęciowych lub jodowych, owo kierowanie się *juvantibus et nocentibus*, jako tylko przynoszące chorym szkodę, winno być stanowczo zaniechane, a rozpoznawanie przymiotu płuc opierać się winno na ścisłym rozbiórce symptomatologii choroby, zresztą dosyć rzadkiej, do której sądzą, że niniejsza praca będzie małym przyczynkiem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

25. Nocht. O skutkach naciągania nerwów. (*Ueber die Erfolge der Nervendehnung. Berlin 1882*).

Autor zebrał, o ile możliwości, wszystkie przypadki, w których wykonaną była ta — po raz pierwszy w r. 1872 przez Nusbaum'a dokonana — operacyja, aby tym sposobem na drodze statystycznej przekonać się o jej skuteczności i postawić dla niej wskazania. Dotychczas naciągano nerwy:

1) przy cierpieniach nerwów obwodowych tak czuciowych jak i ruchowych; 2) przy tak zwanych ogólnych nerwicach (*neuroses*), jak: tężec (*tetanus*),

padaczka (*epilepsia*); 3) przy cierpieniach ośrodków nerwowych; 4) wreszcie przy niektórych cierpieniach skóry.

Ogółem do r. 1882 operację naciągania nerwów wykonano w około 150 przypadkach.

I. Cierpienia nerwów obwodowych.

A) **Nerwobóle** (*Neuralgiae*). Ze 150 przypadków odchodzi 60 na nerwobóle, a w szczególności: a) 24 na nerwoból kulszowy (*ischias*). Skutek naciągania nerwu chorego był taki, iż w 21, a więc w 88% przypadkach nastąpiło wyleczenie, a z nich w 16 (66%) natychmiastowe i trwałe. U 2 chorych, których można było obserwować dłużej niż rok, ból nie wrócił. Rzadko operację potrzeba było powtórzyć, bądź że pierwsza nie skutkowała (Bramwell), bądź z powodu powrotu nerwobólu (Bramwell). Co do innych następstw operacji, to w 1 przypadku (Neuber) po naciągnięciu powstało stałe porażenie mięśni, w 1 (Walter Pye) porażenie czuciowe w obrębie nerwu kulszowego, po przejściu którego ból wrócił, w 1 wreszcie przypadku (Schulter) nastąpiła śmierć w skutek ropnicy (*pyaemia*). W 8 przypadkach, w których jest mowa, iż operację zrobiono z wielką siłą, nie zauważono z tego złych następstw. Nerw naciągany był albo niezmieniony makroskopijnie, lub zgrubiały, przekrwiony. b) W 17 przypadkach nerwobólu twarzowego (*nervus trigeminus*), w których naciągano nerw trójdzielny, w 10 (59%) nastąpiło wyleczenie natychmiastowe i trwałe, w 5 wyleczenie dopiero po kilku dniach, a w 1 (Spence) naciąganie musiano powtórzyć. W 2 przypadkach (Czerny) rezultat był ujemny, w 2 nastąpiła recydywa, a z nich w 1-ym wyleczenie po ponownym naciągnięciu (Stewart), w 1-ym ból ustał dobrowolnie. W 8 przypadkach po naciągnięciu powstało znieczulenie odpowiedniej części twarzy. W 1 prócz znieczulenia skóry i zmętnienie rogówki oka. c) Z 15 przypadków nerwobólu pochodzenia traumatycznego, leczonych przez naciąganie odpowiedniego nerwu, w $\frac{2}{3}$ skutek był pomyślny i szybki. W 1 przypadku (Peter sen) wyleczenie nastąpiło dopiero po kilku dniach; w 1 (Spence) — ból ustał tylko na 1 dzień; w 1 (Mas ing) pogorszenie; w 2 (Morton Long) — operacja była bezskuteczną, tak że dla uśmierzania bólu trzeba było zrobić wycięcie nerwu. d) Naciągano nerwy: 1 raz przy nerwobólu splotu ramieniowego, powstałym po hemiplegii (Nussbaum) — z zejściem śmiertelnym; 1 raz przy nerwobólu międzybrowym (naciągano 8, 9 i 10 nerwy — Nussbaum), z dobrym ale chwilowym skutkiem; 2 razy (Maag, Hildebrandt) przy *neuritis ascendens nervi mediani* — z pomyślnym skutkiem.

Jeżeli z tych 60 przypadków nerwobólów wyłączymy takie (w liczbie 7), w których dokonywane i innych operacyj chirurgicznych (jak wycinanie blizny, wycinanie kawałka nerwu), to pozostaje 52 leczonych wyłącznie przez naciąganie. Z tych w 46 (88%) — nastąpiło wyleczenie. Wszystkie przypadki, w których nerw był makroskopijnie zmieniony, skończyły się pomyślnie. Z przypadków wyleczonych, w 34 używano bezskutecznie wszelkich środków (*narcotica*, żelazo, *aconitum*, *kalium jodatum*, kalomeli *colchicum*, terpentyna, kąpiele zwierzęce, *electro-acupunctura*, strumień stały i przerywany). W 20 cierpienie datowało od kilku do 19 — 20 lat, z tych tylko w 2 operacja była bezskuteczną.

B) *Tic convulsif*. Z 8 przypadków — w 7 drgawki ustąpiły po naciągnięciu nerwu twarzowego, w 1-ym nastąpiła tylko ulga, co do siły i częstości drgawek. W miejsce drgawek jednak po naciągnięciu *nervi facialis*, w 6 przypadkach na 8, powstało silne porażenie mięśni, zaopatrywanych przez ten nerw, porażenie całe miesiące trwające. W 5 przypadkach przyszły recydywy drgawek. Aby więc wydać ostateczny sąd o wpływie naciągania nerwu twarzowego na *tic convulsif*, potrzeba więcej liczby spostrzeżeń.

C) **Drgawki w obrębie** *nervus accessorius* (*torticollis*, *caput obstipum*). Na 7 przypadków tylko 2 razy trwałe wyleczenie; 2 razy zaś rezul-

tat ujemny; 1 recydywa; 2 razy zrobiono jednocześnie *resectio nervi* z pomyslnym wynikiem.

D) **Z a b u r z e n i a r u c h o w e k o ń c z y n** (drgawki, przykurcze). Na 6 przypadków 3 razy dobry skutek; w innych tylko polepszenie.

Jakkolwiek nie wielką jest stosunkowo liczba przypadków cierpień nerwów obwodowych, leczonych zapomocą naciągania nerwów, to jednak porównanie dotychczasowych skutków takiego naciągania przy cierpieniu nerwów czuciowych i ruchowych pokazuje, iż przy pierwszych wyleczenie następuje daleko częściej, a liczba recydyw i powikłań jest mniejszą.

II. Ogólne nerwice (*neuroses*).

A) **T ę ż e c** (*tetanus*). Naciąganie nerwów przy tej chorobie dało nie złe rezultaty. Z 24 przypadków tężca pochodzenia traumatycznego — 6 zostało przez naciągnięcie nerwu wyleczonych, a ściślej mówiąc 4 (16%), gdyż w 2 innych pomyslnie zakończonych zadawano do wewnątrz różne leki. W 3 przypadkach naciągnięcie było bezskutecznem. W pozostałych przypadkach nastąpiła znaczna ulga, polegająca na tem, iż przestanki wolne od napadów były dłuższe. Powodem tężca traumatycznego jest, zdaniem Nochta, powstające w skutek obrażenia zapalenie nerwu (*neuritis*), które szybko przechodzi i na sam rdzeń kręgowy (jak pokazały badania mikroskopowe) i zwiększa jego pobudliwość. Pomyślny rezultat naciągania nerwu przy neuralgiach i *neuritis* tłumaczy skuteczność tego rękoczynu i w tężcu.

B) **P a d a c z k a** (*epilepsia*). W cierpieniu tem dokonano naciągania nerwów 5 razy. W 2 przypadkach (Billroth, Nussbaum) — przy padaczce pochodzenia refleksyjnego z dobrym skutkiem; w 2 (Bernier, Czerny) — przy wrodzonej padaczce ze zwiastunami (*aura*) w obrębie nerwu naciąganego, ze znacznym polepszeniem. Langenbuch naciągnął w 1 przypadku *nervus medianus* w *status epilepticus*; chory wyzdrowiał.

III. O naciąganiu nerwów przy chorobach skórnych, dokonywanem przez Langenbucha i lekarzy angielskich, nie można jeszcze nic pewnego powiedzieć.

IV. Cierpienia ośrodków nerwowych.

A) **Tabes dorsalis**. Pierwszy naciągania nerwów w tej chorobie dokonał Langenbuch w r. 1879 r. Potem dokonywać je miano wielokrotnie; z wszystkich tych jednak przypadków tylko 10 nie ulega wątpliwości, iż to było *tabes dorsalis*.

Odrzuciwszy 2 przypadki (Socini, Burkhardt, Hirschfelder) zakończone śmiercią w skutek róży i posocznicy, to rezultat naciągania w pozostałych 8 był następujący: zupełnego wyleczenia nie osiągnięto ani razu, a tylko pomyslny wpływ na niektóre objawy. Najpewniejsze było działanie naciągania nerwów na bóle, gdyż we wszystkich przypadkach zniknęły one po operacyi i to nietylko po stronie, po której naciągano nerw, ale i po drugiej. Czucie w 4-ch przypadkach po operacyi polepszyło się, a w 3-ch pozostało bez zmiany. Objawy oczne w żadnym z przypadków nie uległy zmianie. Również bez wpływu było naciąganie nerwu na objaw kolanowy. Bezład ruchów 5 przypadkach zmniejszył się, ale w nich i przedtem był niewielki, w przypadkach zaś Debove'a ustąpił do tego stopnia, iż chorzy, którzy od kilku miesięcy zmuszeni byli zostawać w łóżku, po naciągnięciu nerwów mogli chodzić. Ze złych skutków naciągania, prócz wymienionych 2 przypadków zakończonych śmiercią, zaznaczyć należy, iż w 3 przypadkach (Mueller i Ebner, Westphal), po operacyi nastąpiło dość znaczne porażenie mięśni, a w kilku przypadkach napady drgawek powtarzające się.

Z dotychczasowych więc rezultatów, można wnosić, iż naciąganie nerwów w *tabes dorsalis* działa tylko symptomatycznie, to jest usuwa tylko pewne objawy,

nie leczy jednak samego cierpienia; nadto działanie to jak widzieliśmy nie jest zupełnie bezkarne.

B) Mniejsze wyniki jeszcze dało naciąganie nerwów przy innych cierpieniach rdzenia kręgowego. Dokonywano je 10 razy przy *myelitis transversa* a *compressione*, przy *myelitis multilocularis disseminata* i t. d. Rzadko tylko następstwem operacji było zmniejszenie bólów, drgawek, przykurczów i t. d., niekiedy zaś wyraźne występowało pogorszenie.

Zbierając wszystko cośmy powiedzieli, widzimy, iż nie można odmówić pomyslnego wpływu naciągania nerwów na nerwobóle, też e c t r a u m a t y c z n y i p a d a c z k ę p o c h o d z e n i a r e f l e k s y j n e g o, c z e g o z n ó w n i e m o ż n a p o w i e d z i e ć o i n n y c h c i e r p i e n i a c h w o b r ę b i e r u c h u, a z w ł a s z c z a o c i e r p i e n i a c h o ś r o d k ó w n e r w o w y c h.

W. Gajkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie hijologiczne z d. 30 Stycznia 1882. Komitet sanitarny Tow. Lek. przedstawił protokół ze swego posiedzenia w d. 7 Stycznia b. r. Komitet składa się z 14 członków Towarzystwa Lekarskiego a mianowicie: Bruner, Dobrski, Frytsche, Kosmowski, Krasiński, Kramsztyk J., Kornilowicz, Markiewicz St., Mayzel, Nencki, Przewoski, Rosenthal Jakób, Śliwiecki oraz z urzędu sekretarz stały Tow. Lekar. Prezyduje St. Markiewicz, protokoły redaguje Mayzel. Komitet ten ma funkcyjnować w roli referenta w sprawach higienicznych, dotyczących miasta Warszawy oraz naszego kraju, przychodzących pod obrady Towarzystwa Lekarskiego, lub z inicjatywy tego ostatniego powstałych. Prace Komitetu winny zwracać uwagę Władz, publiczności i lekarzy na ważność higieny, oraz rozstrzygać pytania, odnoszące się szczególnie do higieny publicznej. Posiedzenia postanowiono odbywać regularnie 2 razy na miesiąc we środę po każdym klinicznym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. W razie potrzeby Komitet będzie zapraszał na swoje posiedzenia odpowiednich specjalistów, lekarzy, chemików, techników i t. d. Gotowe wnioski ostatecznie przedstawiane będą Towarzystwu Lekarskiemu na posiedzeniach hijologicznych. Komitet ma się postarać u Władzy o utworzenie w Warszawie stacyi higienicznej, której domagał się już przed paru laty podkomitet obywatelski. Postanowiono wreszcie:

1) Zestawić szczegółowy wykaz funduszków, potrzebnych do założenia stacyi higienicznej miejskiej, wzorując się na jednej z podobnych stacyj, istniejącej w Niemczech (np. w Dreźnie).

2) Przedstawić odpowiedniej Władzy propozycję założenia w Warszawie stacyi higienicznej.

3) Odnieść się do Towarzystwa Lekarskiego z zapytaniem, jakie fundusze ono może przeznaczyć na cele Komitetu sanitarnego

4) Odnieść się do kasy M i a n o w s k i e g o z zapytaniem, czy takowa zechce udzielić członkom Komitetu sanitarnego, jako osobom naukowo pracującym, funduszu na kupno narzędzi, dzieł i t. d.

Posiedzenie hijologiczne z d. 28 Lutego 1882 r. Dudrewicz Leon mówił o Aino'sach, plemieniu zamieszkującym daleki Wschód, a mianowicie północną część wyspy Jesso, południowy koniec Saechalinu i niektóre wyspy Kurylskie. Zajmujący ten wykład z dziedziny antropologii i etnografii drukowany będzie w „Wędrowcu“ a obszernie jego streszczenie pomieszczone będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Mayzel demonstrował czerwoną wodę źródlaną, ze wsi Chojne pochodzącą, a preparatami, pod drobnowidzem na posiedzeniu przedstawionymi, dowiódł obecności w niej t. zw. *monas Ockenii*. Posłużyło to Mayzlowi do wygłoszenia wykładu o innych licznych istotach organicznych, przyczyniających się do zabarwienia wody w źródłach, jeziorach i t. d.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Sprawozdanie o chorych leczonych w Busku w r. 1881“, przez Dra Majkowskiego.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Апрѣля 1882 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска Nr. 23.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Erlicki. Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego. — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. A. Sokółowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy*: 25. Nocht. O skutkach naciągania nerwów. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 30 Stycznia i z d. 28 Lutego 1882 r. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. KILKA RYSÓW Z SYMPTOMATOLOGII OBŁĄKANIA EPILEPTYCZNEGO.

Napisał D-r med. **A. Erlicki**,

docent prywatny akademii lekarskiej w Petersburgu.

Obłąkanie epileptyczne jest jedną z najcięższych form chorób umysłowych i częściej od wszystkich innych trafia się w praktyce sądowo-psychijatrycznej. Bliższa znajomość tej choroby ważną jest nie tylko ze względu na ogólną wiedzę psychijatryczną i na skuteczniejszą pomoc lekarską dla nieszczęśliwych chorych epileptycznych, ale również i z tego powodu, że często bywa obowiązkiem lekarza, a w szczególności specjalisty, wykazać objawy tej choroby tam, gdzie one są niedostępne dla publiki i prawników, a wyjaśniając tym sposobem rzeczywistą prawdę, nie dopuścić do wymiaru kary tam, gdzie występki jest tylko wynikiem objawu chorobnego.

Dzięki znanym pracom wielu uczonych, jak: Cossy¹⁾, Delasiauve²⁾, Hoffmann³⁾, Falret⁴⁾, Samt⁵⁾, Legrand du Saulle⁶⁾ i innych, najnowsza psychiatria znakomicie rozszerzyła pojęcie o obłąkaniu epileptycznym.

Obłąkanie epileptyczne znalazło swoje miejsce w klasyfikacji psychijatrycznej wśród form dziedzicznych, ponieważ większa część epileptyków należy do osobników, rodzących się z pewnemi wadami w organizacyi mózgu.

Mężczyźni częściej podlegają tej chorobie, aniżeli kobiety i częściej w młodziemym i średnim wieku, aniżeli w starości.

¹⁾ Recherches sur le délire aigu des épileptiques. 1854.

²⁾ Traité de l'épilepsie. Paris. 1854.

³⁾ Beobachtungen über Seelenstörungen und Epilepsie. 1859.

⁴⁾ De l'état mental des épileptiques. Paris. 1861.

⁵⁾ Archiv für Psych. etc. Bd. V. Heft 2 i Bd. VI. Heft 1.

⁶⁾ Étude médico-légale sur les épileptiques. Paris. 1877.

Obląkanie epileptyczne stanowi wyższy stopień zaburzeń psychicznych, zdarzających się u epileptyków; grunt jednakowoż, na którym rozwijają się te zaburzenia, dostarcza tak zwany epileptyczny charakter, właściwy prawie wszystkim bez wyjątku epileptykom. Tutaj naturalnie nie może być mowy o przypadkach, w których drgawki epileptyczne są jednym z objawów innych stanów chorobnych, jak np. *trauma capitis*, *paralysis progressiva*, zatrucie alkoholem i t. p.

W niektórych razach znajomość charakteru epileptycznego nabiera niesłychanej ważności. Zdarza się to wtedy, kiedy mamy pewną zasadę podejrzewać, że dany objaw, lub cały szereg objawów zaburzenia psychicznego, jest natury epileptycznej, a na zupełne potwierdzenie tego brakuje u danego osobnika prawdziwych napadów epilepsji. Charakter epileptyków uwydatnia się poczęści we właściwościach fizycznych, poczęści w psychicznych. Między fizycznymi na pierwszym miejscu należy postawić niesymetryczność twarzy i czaszki, dochodzącą niekiedy do znakomitych rozmiarów. Taka niesymetryczność zdarza się prawie wyłącznie przy epilepsji wrodzonej; ostry kąt twarzowy, siodłowate podniebienie i t. p. bywa nieco rzadziej. Oprócz tego często spotykamy u epileptyków takie objawy, które podług Kraft-Ebbing'a¹⁾ są w ogóle właściwe organizacyi neuropatycznej, a mianowicie: podwyższoną czułość, bóle i zawroty głowy, nieznoszenie napojów wysokowych, trzęsienie, chwilowe drgawki i częściowe skurcze, choreiczny rozstrój ruchów, *nystagmus*, zaburzenia naczynioruchowe, jak np. raptowne zaczerwienienie i błądzenie twarzy, zimne i sine kończyny.

Duchowa strona u epileptyków przedstawia następujące właściwości:

Epileptycy po większej części są umysłowo ograniczeni i z tego powodu nie kończą wyższych zakładów naukowych. Wszakże co do pojedynczych zdolności umysłowych, lub talentów, epileptycy mogą osiągać wysokich stopni, zwłaszcza w pewnych okresach życia; tak np. dość często epileptycy odznaczają się doskonałą pamięcią, talentem do muzyki, malarstwa i t. d.

Jednym z najcharakterystyczniejszych rysów umysłowej sfery epileptyków jest szczególniejszy brak równowagi w stosunku między otrzymanem wrażeniem i następującem oddziaływaniem. To ostatnie bywa nieodpowiednio wielkie. Ten stan, nazywany w zwykłym języku podwyższoną drażliwością, czyni epileptyków bardzo nieprzyjemnymi, czasami nawet zupełnie niemożliwymi członkami nie tylko rodziny, ale i społeczeństwa.

Podwyższona drażliwość epileptyków nastraja ich do ciągłej złośliwości względem wszystkich otaczających, często zaś pobudza do wybuchów gniewu pod wpływem najnieznaczniejszych przyczyn i to do gniewu, który nieraz przybiera charakter bardzo gwałtowny.

Epileptycy odznaczają się skłonnością do mówienia jadowitych przycinków i dowcipów, od których łatwo przechodzą do prawdziwej złości; lubią szukać zaczepki i bezustannie są niezadowoleni. Epileptycy są nakoniec ogromnymi samolubami i zwykle nie okazują najmniejszego współczucia na cierpienia

1) Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1879.

bliźnich. Ogólne poczucie moralności i cnoty, obowiązków obywatelskich i poczucie estetyczne zwykle bywa u nich bardzo przytępione.

Epileptycy bywają za to w wyższym stopniu religijni; nadzwyczajna ich pobożność często przybiera charakter fanatyzmu, którym niekiedy nawskróś się przejmują. Takiego rodzaju osobniki są bardzo skłonne do wiary w cuda i we wszystkie zjawiska nadprzyrodzone; często sami się starają dowieść takowych, wykazując przytem niezwykłą skłonność do wszelkich mistyfikacyj.

Porównyując w charakterze epileptyków usposobienie wielce złośliwe z ich nadzwyczajną religijnością, spostrzega się niezwykłą sprzeczność, którą S a m t tak trafnie określił następującymi słowami, przytoczonymi przez K r a f t- E b i n g'a ¹⁾: „*armen Epileptiker, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Canaillerie im Leibe tragen*“ (nieszczęśliwi epileptycy, którzy mają w kieszeni książkę do nabożeństwa, na końcu języka imię kochanego Boga, a w duszy arcyłajdackie zamiary).

Tak w dziedzinie uczucia epileptyków, jak w zakresie ich wyobrażeń, nadzwyczaj łatwo powstają znaczne zmiany. Silne przygnębienie lub podniecenie, znacznie utrudnione lub wielce przyspieszone wytwarzanie myśli, a wskutek tego uparte milczenie, lub niezwykła mówność, zjawiają się niespodziewanie i bez widocznych powodów.

W działalności epileptyków, wziętej pod uwagę przez dłuższy czas, widać także pewien nieład, brak porządku i brak przewodniej myśli. W pojedynczych przypadkach umieją być nader chytrymi i przewidującymi; w większości ich postępów jednak uwydatnia się osłabienie ośrodków wstrzymujących, nierozmysłność i porywczosć, dochodząca aż do bezwiednych prawie popędów.

Epileptycy bywają wielce skłonni do wszystkich przestępstw, a szczególnie do złodziejstwa. Czasami kradną, jeśli można się tak wyrazić, według wszelkich prawideł sztuki, podejmując wszystkie środki ostrożności i wszystkie sposoby dla uniknięcia kary; w innych razach jednakże kradną w obecności wszystkich jawnie i publicznie i nie próbują nawet ukryć tego. Takie same sprzeczności napotyka się i w innych postępach epileptyków.

Na zakończenie rzeczy o charakterze epileptyków nie uważam za zbyteczne przytoczyć następujące słowa z kapitalnej pracy F a l r e t'a ²⁾. „Brak jednociągłości, to jest znikanie i pojawianie się nanowo pewnych psychicznych objawów, tak w sferze uczuć i charakteru, jak i w dziedzinie zdolności umysłowych jest główną cechą charakteru epileptyków; jest to prawo ogólne, do którego stosują się wszystkie objawy tego stanu i które wyciska swoje piętno zarówno na objawach psychicznych, jak i fizycznych tej choroby czysto peryjodycznej natury“.

Obląkanie epileptyczne znajduje się po największej części w mniej lub więcej ścisłym związku z napadami epilepsji, które znów ze swej strony bywają rozmaitej siły, nawet rozmaitej postaci. Z tego powodu obląkanie epileptyczne zjawia się w nader różnych, ale tylko na pozór najzupełniej do siebie niepodobnych, formach, które jednakże zawsze mają ze sobą bardzo wiele wspólnego, jak to

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

zobaczymy poniżej. Ze stanowiska czysto klinicznego jednakże możemy odróżnić w obłąkaniu epileptycznym dwie formy; jedna ta, która się zjawia przed samym napadem epilepsji, lub natychmiast po nim, druga zaś ta, która bywa w ciągu dłuższej przerwy między napadami i trwa daleko dłużej, aniżeli pierwsza.

Upośledzenie zdolności umysłowych, które zwykle przychodzi po dłuższym trwaniu epilepsji, bądź wraz z obłąkaniem, bądź też bez takowego, nie może być przyjęte za formę naczelną psychozy epileptycznej, a raczej za następstwo epilepsji wogóle.

Obłąkanie epileptyczne, powstające przed napadem epilepsji, bywa daleko krótsze i daleko lżejsze w swoich objawach aniżeli to, które następuje zaraz po napadzie. Przednapadowy atak obłąkania charakteryzuje się nadzwyczajnym rozdrażnieniem, wskutek którego chorzy łatwo dochodzą do afektów. Przytem częściej widzimy przygnębienie aniżeli podniecenie.

Chorzy przedstawiają się zamysłonymi, skupionymi w sobie i nieruchomymi; unikają wszelkiego towarzystwa i bywają rozzłoszczeni lub bojaźliwi. Rzadziej się zdarza, że w tym stanie bywają niezwykle ożywieni i wielomówni. W ogóle tacy chorzy podlegają złudzeniom i urojeniom przeważnie przykrego, przestraszającego charakteru; wyjątkowo tylko innym, w szczególności urojeniom treści religijnej.

Z powodu krótkości trwania całego tego stanu chorobnego rzadko dochodzi do powstania bredzenia. Chorzy, w tym stanie pozostający, odznaczają się bezwiedną popędliwością w swoich postępkach; chwytają np. do rąk pierwszy lepszy przedmiot, gniotą go, psują, rzucają gdzie się zdarzy, lub chowają do kieszeni, lub gdziekolwiek bądź indziej; wychodzą z domu i wałęsają się pewien czas bez wszelkiego celu i sami nie wiedzą gdzie. Czasami biegną na oślep przed siebie i zatrzymują się tylko przy takich przeszkodach, których ani przejść ani przeskoczyć nie mogą. Podpalenia, zabójstwa i inne ciężkie kryminalne przestępstwa rzadko się zdarzają w tym stanie choroby.

Samowiedza tego rodzaju chorych, albo najzupełniej ginie, albo co najmniej znacznie bywa przyćmiona. Najlepszym tego dowodem jest zupełny brak pamięci o wszystkim, co zaszło przez czas trwania napadu takiego obłąkania. Jeśli zaś pozostaje jakiegokolwiek wspomnienie, to tylko nader niedokładne, zamglone i jakby niejednociągłe, poprzerywane (epizodyczne).

Nie będzie zbytecznym zwrócić tu uwagę na tę okoliczność, że często istnieje pewnego rodzaju stereotypowość w objawach psychicznych, ukazujących się przed napadem epilepsji; najczęściej to się odnosi do urojeń (*hallucinatio*), np. chory przed napadem widzi jednę i tę samą osobę, jednakowo ubraną, lub też jakąkolwiek figurę, cień, słup ognisty i t. p..

W ogóle w tej odmianie obłąkania epileptycznego rzadko się zdarza, aby wszystkie wyżej wyliczone objawy występowały w całej pełni, najczęściej widzimy tylko pewne ich grupy, a nawet tylko pojedyncze symptomy, powstające bezpośrednio przed samym napadem epilepsji.

W ogóle objawy rozstroju psychicznego 1-o mogą uprzedzić cały szereg podmiotowych objawów nerwowych, które zwykle ukazują się przed napadem epilepsji i które przyjęto nazywać *aura epileptica*; 2-o objawy rozstroju psychicz-

nego mogą wystąpić jednocześnie z temi podmiotowemi objawami nerwowemi; 3-o, nakoniec mogą wystąpić same bez żadnych objawów nerwowych i wtedy *aura* ma charakter wyłącznie psychiczny.

Rzecz o podmiotowych objawach nerwowych, charakteryzujących aurę i o samym napadzie epileptycznym należy wyłącznie do neuropatologii i nie może być tu braną pod uwagę. (D. n.)

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Wynik badania pośmiertnego: *ascites, hydrothorax* w umiarkowanym stopniu i *hydropericardium*. Serce znacznie powiększone, wymiar idący z góry z prawej strony do lewej ku dołowi = 23 ctm. Odległość podstawy od wierzchołka serca, po prawej komórce = 14 ctm. Ta sama odległość, mierząc po lewej komórce = 11 ctm. Szerokość podstawy = 13 ctm. Główne powiększenie dotyczy prawej połowy serca. Oba przedsionki znacznie krwią rozszerzone, napelnienie komórek małe. Rozszerzenie (*dilatatio*) prawego przedsionka znacznie większe, aniżeli lewego. Prawa komórka również w stanie rozszerzenia, przerost ścianek umiarkowany; w bliskości wierzchołka na osierdziu bliznowate zgrubienia, gdzieś ślady tłuszczowego zwyrodnienia; otwór przedsionkowo-komórkowy prawy znacznie rozszerzony, zastawki prócz niewielkiego zgrubienia nie przedstawiają nic szczególnego (*insufficiencia valv. tricusp. relativa*); obwód tętnicy płucnej w miejscu jej wyjścia z serca = 88 mm. Zastawki nie zajęte sprawą chorobną. Ścianki lewej komórki w stanie przerostu, jama zaś tejże mniej rozszerzona, aniżeli w komórce prawej, otwór przedsionkowo-komórkowy lewy nie zwężony, zastawki delikatne, na brzegach nieco zgrubiałe. Zastawki półksiężycowe aorty nie przedstawiają widocznych zmian. Obwód aorty, w samym początku = 75 mm. Na wewnętrznej powierzchni aorty w dalszym jej przebiegu biało-żółtawe zgrubienia w postaci plam. Ota nerwy błędne jak również i nerwy sympatyczne w całym swym przebiegu aż do serca nie dotknięte żadną sprawą chorobową. Mózg w stanie niedokrwiistości, większe i mniejsze naczynia w stanie tłuszczowego zwyrodnienia i stwardnienia (*arteriosclerosis*).

Przytoczony przypadek *Malbranca* zasługuje na uwagę, pod tym względem, że w okresie występującej arytmii, albo allorytmii

1) na dwa tętna żyłne i dwa uderzenia serca, przypadało jedno tętno arteryjalne; 2) że przy każdym drugim uderzeniu serca, t. j. wtedy, kiedy w tętnicach tętna wyczuć nie można było, znikał szmer skurczowy w okolicy wysłuchiwania zastawki dwudzielnej, a zamiast zwykłego, głośnego, gwiżdżącego szmeru, słyszalnego w okolicy zastawki dwudzielnej, słychać było tylko lekki podmuch, podobnie jak nad prawą komórką.

Na mocy dwóch powyższych objawów Malbranc uważa się zmuszonym, podobnie jak Leyden, do wniosku, że w 1-szem uderzeniu przyjmują jednakowy udział obie połowy serca, a przy każdym 2-gim uderzeniu, ulega skurczowi tylko prawa komórka. Podczas oddzielnego skurczu prawej komórki lewa, według zdania Malbranc'a, pozostaje w stanie rozkurczu, a nie tetanicznego skurczu. W dalszym ciągu swej pracy załączył autor kilka rysunków. Jeden z nich przedstawia obraz tętna promieniowego, narysowany za pomocą sfigmografu Marey'a, i to w czasie intermitteneyi, t.j. przepuszczania tętna. Na długiej linii rozkurczowej ani śladu drugiej fali ¹⁾, jak utrzymuje autor. Drugi rysunek poniżej znajdujący się przedstawia nam tętno żyłne z żyły tarczowej dolnej. Z dwóch po sobie następujących tętn, drugie, przypadające w czasie braku tętna arteryjalnego, jest mocniejsze, wyższe aniżeli pierwsze. Wreszcie dwa obrazy kardyjograficzne, zebrane z samego serca, podczas normalnej czynności serca i podczas zmienionego rytmu; kształt tych rewolucyj sercowych, nakreślonych w czasie prawidłowych ruchów serca, niczem się nie różni od rewolucyj normalnych; natomiast w kardyjogramie, otrzymanym podczas intermitteneyi tętna zachodzą bardzo ważne różnice, a mianowicie w każdej drugiej rewolucyi serca, której odpowiada tylko tętno żyłne (arteryjalnego wtedy nie ma), widać zaledwie ślady skurczu przedsionka, poczem następuje dość wysoka linija zstępująca, zawdzięczająca swój początek skurczowi komórki, a ponad tą ostatnią jedno wzniesienie, zależne od zamknięcia zastawek półksiężycowych. Potem następuje linija zstępująco-rozkurczowa. Otóż, na mocy tego obrazu przychodzi autor do wniosku, że w każdym drugim uderzeniu serca przyjmuje udział tylko prawa komórka, ponieważ w rewolucyi, odpowiadającej drugiemu uderzeniu brak wszelkich śladów skurczu lewej komórki. Natomiast prawe serce kurczy się z całą siłą, czego dowodem: silne uderzenie wierzchołkowe, wysokość wzniesienia, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, krótki czas trwania rewolucyi serca.

Co się tyczy trzech wspomnianych wyżej przypadków Leyden'a, to w pierwszym, w którym prawa komórka kurczyła się naprzemian z lewą, należałoby według Malbranc'a użyć nazwy *alternirende Hemisystolie*, w dwóch zaś następnych, w których kurczyła się najprzód prawa komórka z lewą jednocześnie, a potem tylko prawa komórka oddzielnie, ma być odpowiedniejszą nazwa: „*intermittirende* lub *periodische Hemisystolie*“

Wreszcie wypada nam także dodać, że Malbranc, podobnie jak Bozzolo, zauważył, że fala, której brak w układzie tętnicznym podczas 2-go uderzenia serca, może się znowu zjawić i przedstawić się jako druga mniejsza fala i tym sposobem z pierwszą utworzyé t. z. tętno naprzemienné (*pulsus alternans*).

Co się tyczy zapatrywania Bozzolo, a mianowicie, że *hemisystolia* Leyden'a nie polega na nierównoczesnym skurczu obu komórek serca, lecz jest popro-

¹⁾ Pod nazwą rewolucyi serca (*Herzrevolution*) rozumieny jednorazową czynność serca od jednej pauzy serca do drugiej, zatem skurcz i rozkurcz przedsionka, skurcz komórki, rozkurcz teje, aż do t. z. pauzy serca, tj. chwili, w której całe serce pozostaje w stanie rozkurczu.

stu zapoznanem tętnem dwudzielnem i naprzemiennem, *Malbranc* stanowczo się na to nie zgadza, a nawet okazuje się skłonny do wyprowadzenia zupełnie przeciwnego wniosku, t. j. że tętno dwudzielne naprzemiennie (*pulsus bigeminus, alternans*) polega często na połowicznym skurczu serca.

Jakkolwiek *Malbranc* jest gorliwym zwolennikiem istnienia połowicznego skurczu *Leyden'a*, jednak co do tłumaczenia powstawania podobnego zjawiska różni się od *Leyden'a*; *Malbranc* nie przyjmuje powstawania połowicznego skurczu na drodze mechanicznej, ale przyczynę tego ostatniego upatruje w nieprawidłowem unerwieniu serca, a mianowicie w przyrządzie regulującym ruchy serca. *Leyden* zaś widzi głównie w momentach mechanicznych najważniejszą przyczynę *hemisystoliae cordis*, ponieważ nie chce posądzać nerw błędny o tego rodzaju kaprysy, aby wpływ hamujący tegoż miał oddziaływać więcej na lewą, aniżeli prawą komórkę.

Na dowód możliwości niejednoczesnego skurczu obu komórek przytacza autor doświadczenia toksykologów, którzy zauważyli nierównoczesny skurcz pewnych oddziałów serca, związanych z sobą pod względem anatomicznym i fizjologicznym równie ściśle, jak np. obie komórki u człowieka. *Malbranc* ma tu na myśli przedsionek. W końcu, na poparcie swego zdania przytacza autor obliczenia czasu trwania pojedynczych faz, wchodzących w skład rewolucyi serca przy normalnej czynności serca, i w okresie zmienionego rytmu, nad czem na innem miejscu zastanowimy się szczegółowiej.

Prócz *Malbranc'a* za istnieniem połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*) *Leyden'a* przemawiają *Gerhardt* i *Friedrich Schreiber* zaś w pracy swej „o tętnie naprzemiennem (*pulsus alternans*) nie zgadza się na zapatrywania powyższych autorów, a obraz kliniczny, odpowiadający połowicznemu skurczowi serca, stara się wytłomaczyć z tętna dwudzielnego i naprzemiennego. Wniosek swój opiera autor na 12-stu spostrzeżeniach tętna dwudzielnego i naprzemiennego, w których kilka razy spostrzegał na dwa uderzenia serca jedno tętno arteryjalne a dwa tętna żyłne, głównie zaś powołuje się na rysunki tętna, zebrane z tętnicy szyjowej. W tych ostatnich udało mu się odnaleźć oprócz wzgórka głównej fali, ślady bardzo małej fali, która dla dotyku była niedostępną. Na korzyść znowu teoryi *Leyden'a* przemawiają spostrzeżenia kazuistyczne *Roy*, jak również i poglądy *Rosensteina*, który twierdzi, iż nie należy odrzucać możliwości jednostronnego skurczu serca, chociażby z tego względu, iż u zwierząt przy obumieraniu serca zauważyć można jednostronny skurcz, a najprzód lewej połowy serca. Przeciwnie znowu wyraża się fizjolog *Landois*; nie przyjmuje on połowicznego skurczu serca z powodu wspólności włókien w obu komórkach, jak również i wspólnej innerwacyi, i sądzi, że pozorny odpoczynek lewej komórki jest tylko słabym skurczem, niedostatecznym dla wywołania fali krwi w tętnicy promieniowej.

Wreszcie, dla całości przeglądu historycznego w sprawie będącej kwestyi, wypada nam przytoczyć jeszcze dwa ważne spostrzeżenia *D-ra Oskara Widmana* a o nierównoczesnym skurczu obu komórek serca *Leyden'a*. Pierwsze z nich dotyczy chorego, lat 27 liczącego, z rozpoznaniem niedomy-

kałności zastawki dwudzielnej ze znacznem zwężeniem ujścia.

Główne momenty choroby były następujące: chory skarżył się głównie na kaszel i duszność, plwocina ze krwią. Szyja krótka i gruba, żyły napelnione tętnią. Uderzenie serca widzialne jako wzgórce skurczowe i namacalne, podnoszące palec, w 6 międzyżebżu; stłumienie serca rozpoczyna się na linii podłużnej, idącej od dolnego brzegu 3 żebra, a sięga poza dolny brzeg 7 żebra, w linii zaś poprzecznej rozpoczyna się stłumienie na 1 centymetr od prawego brzegu mostka, a sięga na 1 centymetr poza lewą brodawkę; stłumienie serca nie przekracza widzianego uderzenia wierzchołka serca.

Nad wierzchołkiem serca słycać dwa szmery: pierwszy przeciągły, pilujący; drugi krótki, urywany, wysoki. W tętnicy płucnej drugi ton wyraźnie wzmocniony. Tony aorty gluche. Ruchy serca rytmiczne. Tętno tętnicy promieniowej słabe, tętnica napięta, fala jej niska, łatwo ucisnąć się dająca. Tętno 110 na minutę.

W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, Dr. Widman zauważył znaczne zwolnienie tętna, wynosiło ono bowiem tylko 42 uderzeń na minutę. Badanie wykazało, że w miejscu, w którym uderzał wierzchołek serca, t. j. w 5 i 6 międzyżebżu, widać dwa, czasami nawet 3 wzgórza skurczowe; pierwsze jest silniejsze i trwa nieco dłużej, niż następne. Nad tem miejscem słycać dwa, czasami trzy krótkie szmery, przedzielone dwoma lub trzema szmerami rozkurczowemi, z których pierwszy jest krótszy, a ostatni dłuższy. Co się zaś tyczy szmerów skurczowych, to pierwszy jest w stosunku do następujących dłuższy i silniejszy. Tętno tętnicy promieniowej odpowiada tylko pierwszemu silniejszemu uderzeniu, czem się tłumaczy pozorne jego zwolnienie, albowiem serce uderza 84 razy na minutę, a tętno tętnicy promieniowej tylko 42.

Objaw ten, trwający przez dwa dni prawie bez przerwy, nie sprawiający choremu oprócz duszności żadnej innej dolegliwości, znikł następnie, bez użycia żadnych środków lekarskich, poczem częstość tętna zwiększyła się doszedłszy do 96 uderzeń na minutę i odpowiadała zupełnie częstości uderzeń serca.

Chory w stanie polepszzonego zdrowia wystąpił ze szpitala, powrócił jednak wkrótce w okresie naruszenia kompensacyi, z zawałem w płucu lewym. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie zrobione za życia; znaleziono bowiem po śmierci: przewlekłe zapalenie wsierdzia i zastawki dwudzielnej; następne zgrubienie i zupełny zrost zastawek; wybijalności wapienne na brzegach zastawki i niedomykalność ze zwężeniem ujścia żylnego lewego; zgrubienie zastawek półksiężycowych aorty; przerost komórki lewej, a zwłaszcza prawej, z rozszerzeniem; w osierdziu wynaczynienia, w worku osierdzia mętny płyn w ilości około 50 grm.; w trzewiach zmiany zastoinowe.

Z przytoczonego rysunku, zdjętego za pomocą kardyjografu Marey'a, w miejscu, w którym koniec serca uderzał, widać, że pierwszy skurcz jest silniejszy, poczem jest krótki przestanek, po nim następuje skurcz słabszy i długi przestanek. Co się zaś tyczy obrazu tętna, otrzymanego za pomocą sfigmografu Marey'a, to na nim zauważyć można: pierwszy większy wznódek, odpowiadający pierwszemu silniejszemu skurczowi komórki, drugi mniejszy, zaledwie dostrzedz się dający,

odpowiadający słabszemu, drugiemu skurczowi komórki, oddzielony od pierwszego krótkim przestankiem, a po drugim wznórku długi przestanek.

Drugi przypadek, podany przez D-ra W i d m a n a jest następujący.

Chory, lat 54 liczący, cierpi od lat 6 na duszność i bicie serca; poprzednio przechodził gościec w skutek wilgotnego mieszkania. Cierpienie sercowe wystąpiło z całą gwałtownością przed 5-ciu laty, gdy chory został ugodzony ślepym nabojem w okolicę serca. Chory dobrze odżywiany, nie gorączkuje. Szyja dość krótka, żyły nadzwyczaj naprężone, lecz tętnienia żylnego nie ma. Uderzenie serca widać na dość rozległej przestrzeni, jako silne wznórza skurczowe. Wierzchołek serca w 6 międzyżebżu, na 3 cent. na zewnątrz od linii sutkowej; w okolicy wierzchołka serca widać podwójne wznórza skurczowe, szybko po sobie następujące; pierwsze silniejsze, drugie słabsze, potem następuje przestanek dłuższy; następnie zjawia się ten sam podwójny rytm. W miejscu tem słychać 4 głuche tony: pierwszy silniejszy, podnoszący głowę osłuchującego, dość długi; następnie krótszy rozkurczowy: trzeci słabszy od pierwszego skurczowego; wreszcie czwarty, przeciągły, rozkurczowy. Między tonami słychać przeniesione szmery z aorty. Nad tą ostatnią słychać cztery szmery, zupełnie zachowujące ten sam rytm, co i tony słyszalne nad wierzchołkiem serca. Szmery te słychać również w tętnicach szyjowych z tym samym rytmem. N a d t ę t n i c a m i u d o w e m i słychać cztery tony, tę samą zachowujące miarowość, co i ruchy serca. Wymiary serca powiększone, mianowicie podłużny.

Tętno promieniowe pozornie zwolnione, bije bowiem 35 uderzeń na minutę, t. j. uderzeń silniejszych, a słabszych również tyle, przeto tętno uderza właściwie 70 na minutę. Tętno wszystkich tętnic jest wyraźnie naprzemienne, czasami dwu lub trójdzielne. Niemiarywość tętna utrzymuje się dłużej lub krócej, występuje i ustaje bez powodu, na co lekarstwa nie mają najmniejszego wpływu.

Rozpoznano niedomykalność z a s t a w e k p ó ł k s i ę ż y c o w y c h aorty. Po przedstawieniu rysunków kardyjograficznych i obrazów tętna, autor kończy następującymi słowy: „w przypadku powyżej opisanym mamy niewątpliwie ten sam objaw, który L e y d e n i M a l b r a n e uważają za nierównoczesny skurcz serca, lecz nie ma niedomykalności zastawki dwudzielnej, ale jest bardzo wybitny kliniczny obraz niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty; z tego wynika, że objaw ten przy każdej wadzie serca zdarzyć się może, przez co tłumaczenie zjawiska, podane przez L e y d e n'a, okazuje się zupełnie mylnem. Nie mając bynajmniej zamiaru zaprzeczać analogii dopiero co przytoczonego przypadku z przypadkami opisanymi pierwotnie przez L e y d e n'a, chciałbym tylko położyć nacisk na to, iż obraz kliniczny nie jest zupełnie identyczny z obrazem *hemisystoliae cordis*, a tylko o takim może tu być mowa. Brak tu tętnienia żył szyjowych i znikania tętna w układzie tętnicznym co drugie uderzenie serca, przynajmniej dla zmysłu dotyku, a są to dwa ważne objawy, które naprowadziły L e y d e n'a, M a l b r a n e'a i innych na myśl nierównoczesnego skurczu obu komórek serca“. Z dołączonego zaś przez W i d m a n a rysunku sfigmograficznego przekonywamy się, że drugie tętno jest wprawdzie mniejsze, ale w każdym razie dość wyraźne, a obadwa tętna (większe i mniejsze) zbliżają się podług naszego zdania więcej do tętna dwudzielnego, aniżeli do naprzemiennego, rozkur-

czowa bowiem linija pierwszego tętna przerwana jest przedwcześnie występującą liniją skurczową, odpowiadającą skurczowi serca, tak, że dopiero linija rozkurczowa drugiego tętna staje się dłuższą i dosięga linii poziomej, łączącej punkt wyjścia skurczowej linii 1 tętna z końcem rozkurczowej linii 2 tętna.

Zresztą, co do przyczyny, dla czego przedwczesny skurcz komórki nie uwydatniał się w tętnicy promieniowej w spostrzeżeniach *Leydena*, *Malbranca*, a występował w przypadku, o którym mowa, chętnie zgadzamy się z *Drem Widmanem*; zależało to od niedomykalności zastawki dwudzielnej, której brakowało w przypadku *Widmana*.

Co się tyczy natury w mowie będącego zjawiska, to *Dr. Widman* zgadza się zupełnie ze zdaniem *Bozzollo*, nie przyjmuje bowiem również istnienia nierównoczesnego skurczu obu komórek serca. (D. c. n.)

III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski**.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

5). Na szczególną uwagę zasługują zmiany w krtani (obraz laryngoskopijny), napotymane za życia u naszych chorych. I tak, w przypadku pierwszym mieliśmy od roku trwający zupełny bezgłos; badanie wziernikowe wykazało, że nagłośnia i tylna ścianka krtani były zupełnie prawidłowemi; za to wewnątrz krtani przedstawiało obraz zupełnych zniszczeń obu strun głosowych prawdziwych i wrzekomych, obok czego widać było liczne różnej wielkości blizny. Ten to wygląd krtani był jednym z momentów, które nas zmusiły do rozpoznania sprawy przymiotowej, zupełna bowiem nietykalność tylnej ścianki krtani, obok tak dalece posuniętych zniszczeń wewnątrz krtani, jest objawem, o ile mi się zdaje, nigdy się nie trafiającym przy zwykłych suchotach krtaniowych, przytem obecność blizn obok istniejących znacznych zniszczeń również była momentem, wielce przemawiającym za przymiotem, na co jeszcze zwrócił uwagę *Türk* w swojej klinice chorób krtani. W drugim przypadku mieliśmy mniej więcej tenże sam obraz. Brak owrzodzeń na tylnej ściance i nagłośni, obecność takowych na strunach głosowych, obok silnego przerostu lewej struny fałszywej. W trzecim przypadku krtani nie przedstawiała żadnych zmian ważniejszych. W obu więc przypadkach mieliśmy wielce charakterystyczny wygląd, t. j. zupełny brak zajęcia tylnej ścianki krtani. Obraz laryngoskopijny może być w istocie w danym razie wielce ważnym momentem rozpoznawczym przymiotu płuc. Z drugiej jednakże strony, winniem zaraz dodać, że bywa to niezawsze; i tak, *Schnitzler*, w pracy swojej, wyżej przytoczonej, o przymiocie płuc, podaje właśnie jako cechy wielce charakterystyczne przymiotu krtani, owrzodzenia głębokie na tylnej ściance i nagłośni. Trafić się również może, że w przymiocie płuc jest zajęta sama tylko

tylna ścianka krtani, a w tym właśnie ostatnim przypadku przedstawi się niezwykle trudne różniczkowe rozpoznanie między przymiotem a gruźlicą krtani. Tego rodzaju przypadek podaje nam C u b e (*Virchow's Archiv. Tom 82.*); ja również podobny przypadek miałem sposobność obserwować w roku zeszłym wspólnie z kol. H e r i n g i e m. U 40-letniej kobiety wystąpiła lekka chrypka i utrudnione polykanie, wzmagające się coraz bardziej. Jednocześnie wystąpił suchy kaszel i nieznaczna wieczorami gorączka. Badanie płuc wykazało bardzo nieznaczne zmiany w jednym ze szczytów płucnych. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało silny obrzęk tylnej ścianki krtani; inne części krtani nie przedstawiały zmian wyraźnych. Zdawało się pierwiastkowo, że nie ulega wątpliwości, iż mamy do czynienia z poczynającą się gruźlicą krtani; tymczasem przebieg późniejszy wykazał nam naturę przymiotową danego cierpienia, a leczenie swoiste (zastrzykiwania podskórne sublimatu), prędko usunęło groźne objawy ze strony krtani.

6). U wszystkich trzech naszych chorych mieliśmy mniejszą lub większą ilość białka w moczu (*albuminuria*). Autorowie, a szczególnie P a n c r i t i u s, wzmiankują w wielu bardzo przypadkach daleko posuniętych suchot płucnych przymiotowych o białkomoczu. Zależny jest on od zwyrodnienia mączkowego nerek (*degeneratio amyloidea*), które to zmiany u dwóch naszych chorych wykazało badanie pośmiertne. W trzecim przypadku mieliśmy tylko zmiany cechujące t. z. miąższowe zapalenie nerek (*nephritis parenchymatosa chronica*).

Prawdopodobnie zwyrodnienie mączkowe kiszek było również przyczyną r o z w o l n i e n i a bardzo upartego, istniejącego we wszystkich trzech przypadkach.

7). Chciałem jeszcze parę słów powiedzieć o r o k o w a n i u i l e c z e n i u. Rokowanie przy suchotach płucnych przymiotowych jest zawsze złem, sprawa bowiem płuc występuje zazwyczaj z jednocześnie daleko posuniętymi zmianami w innych organach (nerki, śledziona, krtani, i t. d.); nawet w tych przypadkach, gdzie leczenie przymiotowe przynosi poprawę, nie należy wiele się łudzić, leczenie bowiem to uspokaja pewne przypadłości (najczęściej duszność), a na sprawę daleko posuniętą nie wpływa bynajmniej; najlepszy dowód przedstawia nam przypadek pierwszy, gdzie pomimo znacznej poprawy podmiotowej i dalej prowadzonego leczenia swoistego zmiany w płucach pozostawały *in statu quo*; wkrótce zaś nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego, sprowadzające szybko zejście niepomysłne. Co się dotyczy leczenia, to pod tym względem j u ż P o r t a l, przed stu laty niemal, zdawał sobie jasno sprawę, pisząc: „Gdzie suchoty płucne przymiotowe są posunięte daleko, żadne leczenie nie pomoże; leczenie specyficzne może tylko zejście śmiertelne przyspieszyć (l. c. str. 214). Słowa te dają się dziś jeszcze w zupełności zastosować, a więc tylko środki wzmacniające, dyjeta mleczna, wino, a co najwyżej jodek żelaza u tego rodzaju chorych jest wskazanym.

8). Wypada nam pokrótce zastanowić się jeszcze nad zmianami patologicznymi, znalezionymi w naszych przypadkach przy badaniu pośmiertnym; i tak w p ł u c a c h w pierwszym przypadku główne zmiany znaleźliśmy w górnych zrazach, a mianowicie silne zrosty, dalej twarde guzy, na przecięciu przedstawia-

jące tkankę, suchą, bliznowatą, szarego koloru; oprócz tego znaleźliśmy w obu szczytach dosyć rozległe jamy (*cavernae*), nigdzie zaś nie napotkaliśmy ognisk zrazikowych bronchopneumonicznych. Zmiany te, opisane szczegółowo wyżej przy badaniu pośmiertnem, przedstawiają podobny obraz do tego, jaki Virchow nakreślił w swoim klasycznym wykładzie o zmianach anatomopatologicznych w płucach u syfilityków w następujący sposób: „Najczęściej napotykamy przewlekłe, rozrzucone, induracyjne zapalenie płuc i opłucnej, które wytwarza ogniska twarde bliznowate bądź na powierzchni organu, bądź też pod opłucną, lub w okółko małych i średnich oskrzeli; ogniska te we wnętrzu płuca mają więcej postać guzów. Są one twarde w dotknięciu, z trudnością dają się przecinać i przedstawiają wówczas twardą, nieraz sklerotyczną tkankę łączną; tkanka owa właściwie jest białego zabarwienia, przez przyjęcie jednakże w siebie barwnika przybiera ciemne, nieraz zupełnie czarne zabarwienie“.

Co się tyczy nadmienionych jam, znajdujących się w naszym przypadku w obu szczytach, to takowe mogły powstać wskutek rozpadu większych ziarniaków (*gumma*), umiejscowionych w tkance płucnej, lub też mogły być następstwem drugiego rodzaju swoistego zapalenia płuc, które również Virchow w temże samym miejscu opisuje w następujący sposób: „Innym razem mamy do czynienia z zapaleniem płuc zrazikowem serowatem ogniska owe rozmiękczają się, rozpadają i powodują t. z. suchoty płucne przymiotowe.“

W pozostałych dwóch przypadkach mieliśmy nieco odmienny obraz anatomopatologiczny. W przypadku drugim w obu płucach w górnych zrazach znaleźliśmy kilka jam różnej wielkości, w pozostałych zaś częściach płuc mieliśmy znaczny rozwój tkanki łącznej, szczególnie okółko oskrzeli, tak, że płuca przy przecięciu były twardości włóknistej; nigdzie ognisk serowatych zrazikowych (bronchopneumonicznych) nie odnaleziono, miejsca stwardniałe tu i owdzie przedstawiały się ciemno zabarwionemi. Takież same niemal zmiany znaleźliśmy w trzecim przypadku, jak to bliżej przy badaniu pośmiertnem podano. Zmiany w powyższych dwóch przypadkach przedstawiały więcej charakter rozlanego zapalenia natury przymiotowej. Tego ostatniego rodzaju zmiany w płucach opisał bliżej w swojej pracy Kryłow, nazywając je prostem zapaleniem płuc natury przymiotowej. (D-r Kryłow: *Izsledowanija o patologoanatomicheskich izmienenijach lohkich u syfilitikow*. Tom II. 1870). Zapalenie owo podług K. przedstawia charakter zapalenia płuc śródmiąższowego. Przedstawia się ono pod postacią obszernych rozlanych ognisk mocno zabarwionych, nieraz zajmujących całe zrazy płucne i tym sposobem warunkujących oddzielną postać suchot płucnych, przy których jednocześnie zniszczenie tkanki płucnej jest zależnem od wytworzenia wtórnych drobnych ognisk gummowatych wśród rozlanej tkanki włóknistej.

W krtani znaleźliśmy po śmierci u obu naszych pierwszych chorych wielce charakterystyczne zmiany; i tak, u pierwszego znaleźliśmy obszerne owrzo-

dzenia we wnętrzu krtani, które zniszczyły obie struny prawdziwe i wrzekome; z obu stron brzegi owrzodzenia pokryte były twardą blizną, na dnie zaś wrzodu w części, odpowiadającej chrząstce nalewkowej, sterczały chrząstki obnażone. Tak głębokie owrzodzenia, które zniszczyły nie tylko całą błonę śluzową, ale i ochrzęstną, były prawdopodobnie następstwem rozpadu gummatów, które rozwinęły się symetrycznie z obu stron wnętrza krtani, a rozpadając się następnie niszczyły stopniowo głębsze części krtani, doszedłszy nareszcie aż do chrząstki. Do tej sprawy przyłączyło się w następstwie zapalenie ochrzęstnej, które właśnie spowodowało zgorzel częściową chrząstki. Obok tych zmian mieliśmy około wrzodów rodzaj brodawkowatych wybujałości błony śluzowej, robiących wrażenie polipów. Zmiany te, które wybornie opisał *Virchow*, są podług tego autora natury zapalnej, i tworzą się wskutek przewlekłego zapalenia błony śluzowej, otaczającej owrzodzenia przymiotowe, powstałe z rozpadu gummatów.

W drugim przypadku były zmiany nieco odmienne; tu mieliśmy do czynienia z drobnymi owrzodzeniami obu strun prawdziwych, natomiast struna wrzekoma lewa była niezwykle zgrubiała, a przy przecięciu była twardości włókniastej. Drobne te owrzodzenia były w danym razie następstwem silnego kataru przymiotowego obu strun prawdziwych; jednocześnie zaś mieliśmy do czynienia z tą postacią przymiotu krtani, którą *Türk* w swojej klinice chorób krtaniowych opisał, jako oddzielny poddział, p. t. *Bildung von fibroiden callösen Gewebe*; w opisie 124-iej (str. 382) historii podaje przypadek wielce podobny do naszego również ze znacznym zgrubieniem lewej struny fałszywej.

Na bliższą uwagę zasługują zmiany, znalezione w dwóch pierwszych przypadkach w aorcie, szczególnie zaś w pierwszym; zmiany te przedstawiały się nader charakterystycznie, cała bowiem aorta (łuk, aorta zstępująca i brzuszna) usiana była drobnymi, soczystemi, bladoróżowymi naleciałościami (*endoarteriitis*), podczas gdy osierdzie i zastawki żadnych zmian nie przedstawiały. W drugim przypadku mieliśmy podobne zmiany w aorcie, chociaż nie tak rozległe, z jednoczesnymi zmianami ateromatycznymi na zastawkach sercowych. Zmiany te, które należy uważać za zależne od sprawy przymiotowej, są wielce rzadkie, a szczególnie jak to miało miejsce w pierwszym przypadku, gdzie okok daleko posuniętego zwyrodnienia całej aorty, wsierdzie było zupełnie normalne. Zmiany te w aorcie opisał już *Virchow* (l. c. str. 444), szczegółowo zaś zajął się nimi *A. Beer* (*Langeweide-Syphilis*). Autor ten w swojej pięknej pracy szczegółowo zajął się temi zmianami ze stanowiska histologicznego i chociaż podaje, że zmiany te nie przedstawiają pod względem histologicznym nic odrębnego, dla przymiotu charakterystycznego, jednakże należy je uważać za zależne od sprawy przymiotowej, szczególnie tam, gdzie obok jednocześnie istniejących zmian przymiotowych w innych organach, zastawki sercowe żadnych zmian nie przedstawiają. Związek ten jest tem prawdopodobniejszy, jak powiada dalej *Beer*, że podobnie drobne ogniska ateromatyczne w aorcie znajdował on nie tylko przy przymiocie, lecz także u ludzi zmarłych na tyfus, a zatem w warunkach, przy których istniało ogólne usposobienie ustroju do

rozrostu tkanki łącznej i nacieczeń białkowatych (*albuminose Infiltrationen*) z przemianą tłuszczową (l. c. str. 68 i 104).

Wreszcie w trzecim przypadku znaleźliśmy liczne drobne o w r z o d z e n i a w k i s z c e g r u b e j, a szczególnie w poprzecznicy i odbytnicy z jednocześnie istniejącymi licznymi białymi bliznami. Owrzodzenia te uważać należy za zależne od sprawy przymiotowej, przedstawiały bowiem wyraźne cechy zmian, które *Virchow* opisał, jako charakteryzujące owrzodzenia przymiotowe kiszki grubej (l. c. str. 416).

Na zakończenie niniejszej pracy chciałem jeszcze w kilku słowach wspomnieć o w r z e k o m y m p r z y m i o c i e (*pseudosyphilis pulmonum*). Jakiśmy widzieli wyżej, istotny przymiot płuc jest cierpieniem rzadkiem; tembardziej rzadko występuje przymiot w płucach bez innych objawów przymiotu ustrojowego w innych organach, stanowiąc wówczas *par excellence* przymiot płuc, zależny od pierwotnego rozwoju ziarniniaków (*gummata*) w płucu. Formy te są nader rzadkie i tu jednakże anamneza, przebieg cierpienia, i t. p. objawy, wyżej wzmiankowane, pozwolą rozpoznać cierpienie i odpowiednio je leczyć. Daleko już częściej, ale i to stosunkowo rzadko, występują wyżej opisane suchoty płucne przymiotowe, rozpoznanie których, sądzę, po wyżej przytoczonych danych nie przedstawia wiele trudności.

Jeżeli oba powyższe rodzaje cierpienia płuc stosunkowo do zwykłych suchot płucnych występują bardzo rzadko, za to niesłychanie często spotykamy zwykle suchoty płucne, rozwijające się u osobników, które przebyły kiedyś chorobę przymiotową. Cierpienie to powstaje, albo wskutek wielkiego wyniszczenia, spowodowanego przez samą chorobę przy jednoczesnem zbyt energicznie prowadzonem leczeniu przeciwprzymiotowem i w tym razie powstaje ono stosunkowo dosyć szybko po zarażeniu (w kilka miesięcy do roku), lub też rozwija się daleko później, w lat kilka lub kilkanaście, z przyczyn najczęściej niezależnych zupełnie od przymiotu kiedyś przebytego. Pomimo to jednakże w ostatnich czasach, gdy kwestya przymiotu płuc postawioną została na porządku dziennym, widzi się niesłychanie często, że suchotników tej ostatniej kategorii starają się unas, a bardziej jeszcze w Niemczech, podciągnąć pod kategorię syfilityków i pomimo daleko posuniętego cierpienia stosują u nich nieraz bardzo energiczne leczenie przeciwprzymiotowe, naturalnie bez skutku, owszem nieraz wywołując bardzo szybko ogólne i miejscowe pogorszenie. Tego rodzaju przypadki nazwałbym pseudo-przymiotem płucina nie również od kilku lat bacznie zwróciłem uwagę. W czasie ostatnich lat pobytu mojego w Goerbersdorfie, gdzie miałem sposobność widzenia rocznie całych setek suchotników, zwracałem bacznie uwagę w anamnezie na tę okoliczność, czy chory przechodził chorobę przymiotową; otóż u wszystkich chorych, którzy stanowczo chorobę ową przebywali, a którzy, po krótszym lub dłuższym pobycie w zakładzie, przy zwykłym przeciwsuchotniczem leczeniu nie poprawiali się, stosowałem bezwarunkowo leczenie przeciwprzymiotowe pod postacią jodku potasu w odpowiednich ilościach. Wyznać jednakże muszę, że w żadnym przypadku nie widziałem nawet przemijającej poprawy; przeciwnie u wielu chorych występowało pogorszenie, które zniewoliło nas do zaniechania tego leczenia. Po powrocie do kraju w dalszym ciągu zajmowałem się tą kwestyją, badając w tym

samym kierunku chorych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. Tu również doszedłem do tych samych wyników, co poprzednio, a przekonanie swoje tem bardziej utrwaliłem po dokonaniu kilku badań pośmiertnych u tego rodzaju wrzekomych syfilityków, u których znajdowałem zmiany właściwe li tylko zwykłym serowatym suchotom płucnym. Z tego też względu, opierając się na własnem pod tym względem licznem doświadczeniu, uważam za stosowne zaprotestować przeciw owemu *à tout prix* wynajdywaniu przymiotu płuc u każdego suchotnika, który kiedyś przebywał przymiot, wynikiem bowiem tego bywa naturalnie leczenie swoiste, pociągające za sobą najfatalniejsze następstwa, do których w pierwszej linii zaliczam upośledzenie trawienia, a nawet zupełną ruinę czynności kanału pokarmowego, jak to niejednokrotnie widziałem u suchotników, którym zalecano duże ilości *protojodureti hydrargyrii* uważając ich za syfilityków. Zwolennicy owego przeciwprzymiotowego leczenia suchotników zwykle rozumują w ten sposób, że jeżeli mamy do czynienia ze zwykłymi suchotami, to choremu nic nie pomożemy, jeśli zaś jest to przymiot płuc, to wówczas zupełnie go wyleczymy. Rozumowanie to jest zdaniem mojem nielogiczne, zupełnie błędne; pominąwszy już bowiem tę okoliczność, na którą słusznie zwraca uwagę prof. Rosner, że rozpoznanie choroby nie powinno być zależnem od działania środków podanych, że leczenie powinno być wynikiem rozpoznania choroby, a nie odwrotnie, należy nie zapominać, iż dzisiaj przy odpowiedniem racjonalnem leczeniu jesteśmy w stanie bardzo często nawet w daleko posuniętych suchotach płucnych osiągnąć mniejszą lub większą poprawę i że nawet nieraz na pozór zupełnie rozpaczliwe przypadki suchot na dłuższy przeciąg czasu zatrzymują się w rozwoju, a podstawą tego leczenia jest zawsze i wszędzie tylko leczenie wzmacniające, a nie dysplastyczne. Dalej należy nie zapominać o tej okoliczności, że nawet suchoty płucne na tle przymiotowem, jak to widzieliśmy w naszej obserwacyi, nie ustępują pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego i że w większości przypadków istotnych suchot płucnych przymiotowych tylko leczenie wzmacniające jest wskazane przedewszystkiem. Sądzę więc, że owo bezkrytyczne podawanie chorym, dotkniętym przewlekłymi sprawami płucnymi, przetworów rtęciowych lub jodowych, owo kierowanie się *juvantibus et nocentibus*, jako tylko przynoszące chorym szkodę, winno być stanowczo zaniechane, a rozpoznawanie przymiotu płuc opierać się winno na ścisłym rozbiórce symptomatologii choroby, zresztą dosyć rzadkiej, do której sądzą, że niniejsza praca będzie małym przyczynkiem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

25. Nocht. O skutkach naciągania nerwów. (*Ueber die Erfolge der Nervendehnung. Berlin 1882*).

Autor zebrał, o ile możliwości, wszystkie przypadki, w których wykonaną była ta — po raz pierwszy w r. 1872 przez Nusbaum'a dokonana — operacyja, aby tym sposobem na drodze statystycznej przekonać się o jej skuteczności i postawić dla niej wskazania. Dotychczas naciągano nerwy:

1) przy cierpieniach nerwów obwodowych tak czuciowych jak i ruchowych; 2) przy tak zwanych ogólnych nerwicach (*neuroses*), jak: tężec (*tetanus*),

padaczka (*epilepsia*); 3) przy cierpieniach ośrodków nerwowych; 4) wreszcie przy niektórych cierpieniach skóry.

Ogółem do r. 1882 operację naciągania nerwów wykonano w około 150 przypadkach.

I. Cierpienia nerwów obwodowych.

A) **Nerwobóle** (*Neuralgiae*). Ze 150 przypadków odchodzi 60 na nerwobóle, a w szczególności: a) 24 na nerwoból kulszowy (*ischias*). Skutek naciągania nerwu chorego był taki, iż w 21, a więc w 88% przypadkach nastąpiło wyleczenie, a z nich w 16 (66%) natychmiastowe i trwałe. U 2 chorych, których można było obserwować dłużej niż rok, ból nie wrócił. Rzadko operację potrzeba było powtórzyć, bądź że pierwsza nie skutkowała (Bramwell), bądź z powodu powrotu nerwobólu (Bramwell). Co do innych następstw operacji, to w 1 przypadku (Neuber) po naciągnięciu powstało stałe porażenie mięśni, w 1 (Walter Pye) porażenie czuciowe w obrębie nerwu kulszowego, po przejściu którego ból wrócił, w 1 wreszcie przypadku (Schulter) nastąpiła śmierć w skutek ropnicy (*pyaemia*). W 8 przypadkach, w których jest mowa, iż operację zrobiono z wielką siłą, nie zauważono z tego złych następstw. Nerw naciągany był albo niezmienny makroskopijnie, lub zgrubiały, przekrwiony. b) W 17 przypadkach nerwobólu twarzowego (*nervus trigeminus*), w których naciągano nerw trójdzielny, w 10 (59%) nastąpiło wyleczenie natychmiastowe i trwałe, w 5 wyleczenie dopiero po kilku dniach, a w 1 (Spence) naciąganie musiano powtórzyć. W 2 przypadkach (Czerny) rezultat był ujemny, w 2 nastąpiła recydywa, a z nich w 1-ym wyleczenie po ponownym naciągnięciu (Stewart), w 1-ym ból ustał dobrowolnie. W 8 przypadkach po naciągnięciu powstało znieczulenie odpowiedniej części twarzy. W 1 prócz znieczulenia skóry i zmętnienie rogówki oka. c) Z 15 przypadków nerwobólu pochodzenia traumatycznego, leczonych przez naciąganie odpowiedniego nerwu, w $\frac{2}{3}$ skutek był pomyślny i szybki. W 1 przypadku (Peter sen) wyleczenie nastąpiło dopiero po kilku dniach; w 1 (Spence) — ból ustał tylko na 1 dzień; w 1 (Mas ing) pogorszenie; w 2 (Morton Long) — operacja była bezskuteczną, tak że dla uśmierzania bólu trzeba było zrobić wycięcie nerwu. d) Naciągano nerwy: 1 raz przy nerwobólu splotu ramieniowego, powstałym po hemiplegii (Nussbaum) — z zejściem śmiertelnym; 1 raz przy nerwobólu międzyżebrowym (naciągano 8, 9 i 10 nerwy — Nussbaum), z dobrym ale chwilowym skutkiem; 2 razy (Maag, Hildebrandt) przy *neuritis ascendens nervi mediani* — z pomyślnym skutkiem.

Jeżeli z tych 60 przypadków nerwobólów wyłączymy takie (w liczbie 7), w których dokonywane i innych operacji chirurgicznych (jak wycinanie blizny, wycinanie kawałka nerwu), to pozostaje 52 leczonych wyłącznie przez naciąganie. Z tych w 46 (88%) — nastąpiło wyleczenie. Wszystkie przypadki, w których nerw był makroskopijnie zmieniony, skończyły się pomyślnie. Z przypadków wyleczonych, w 34 używano bezskutecznie wszelkich środków (*narcotica*, żelazo, *aconitum*, *kalium jodatum*, *kalomeli colchicum*, terpentyna, kąpiele zwierzęce, *electro-acupunctura*, strumień stały i przerywany). W 20 cierpienie datowało od kilku do 19 — 20 lat, z tych tylko w 2 operacja była bezskuteczną.

B) *Tic convulsif*. Z 8 przypadków — w 7 drgawki ustąpiły po naciągnięciu nerwu twarzowego, w 1-ym nastąpiła tylko ulga, co do siły i częstości drgawek. W miejsce drgawek jednak po naciągnięciu *nervi facialis*, w 6 przypadkach na 8, powstało silne porażenie mięśni, zaopatrywanych przez ten nerw, porażenie całe miesiące trwające. W 5 przypadkach przyszły recydywy drgawek. Aby więc wydać ostateczny sąd o wpływie naciągania nerwu twarzowego na *tic convulsif*, potrzeba więcej liczby spostrzeżeń.

C) **Drgawki w obrębie** *nervus accessorius* (*torticollis*, *caput obstipum*). Na 7 przypadków tylko 2 razy trwałe wyleczenie; 2 razy zaś rezul-

tat ujemny; 1 recydywa; 2 razy zrobiono jednocześnie *resectio nervi* z pomyslnym wynikiem.

D) **Z a b u r z e n i a r u c h o w e k o ń c z y n** (drgawki, przykurcze). Na 6 przypadków 3 razy dobry skutek; w innych tylko polepszenie.

Jakkolwiek nie wielką jest stosunkowo liczba przypadków cierpień nerwów obwodowych, leczonych zapomocą naciągania nerwów, to jednak porównanie dotychczasowych skutków takiego naciągania przy cierpieniu nerwów czuciowych i ruchowych pokazuje, iż przy pierwszych wyleczenie następuje daleko częściej, a liczba recydyw i powikłań jest mniejszą.

II. Ogólne nerwice (*neuroses*).

A) **T ę ż e c** (*tetanus*). Naciąganie nerwów przy tej chorobie dało nie złe rezultaty. Z 24 przypadków tężca pochodzenia traumatycznego — 6 zostało przez naciągnięcie nerwu wyleczonych, a ściślej mówiąc 4 (16%), gdyż w 2 innych pomyslnie zakończonych zadawano do wewnątrz różne leki. W 3 przypadkach naciągnięcie było bezskutecznem. W pozostałych przypadkach nastąpiła znaczna ulga, polegająca na tem, iż przestanki wolne od napadów były dłuższe. Powodem tężca traumatycznego jest, zdaniem Nochta, powstające w skutek obrażenia zapalenie nerwu (*neuritis*), które szybko przechodzi i na sam rdzeń kręgowy (jak pokazały badania mikroskopowe) i zwiększa jego pobudliwość. Pomyslny rezultat naciągania nerwu przy neuralgiach i *neuritis* tłumaczy skuteczność tego rękoczynu i w tężcu.

B) **P a d a c z k a** (*epilepsia*). W cierpieniu tem dokonano naciągania nerwów 5 razy. W 2 przypadkach (Billroth, Nussbaum) — przy padaczce pochodzenia refleksyjnego z dobrym skutkiem; w 2 (Bernier, Czerny) — przy wrodzonej padaczce ze zwiastunami (*aura*) w obrębie nerwu naciąganego, ze znacznym polepszeniem. Langenbuch naciągnął w 1 przypadku *nervus medianus* w *status epilepticus*; chory wyzdrowiał.

III. O naciąganiu nerwów przy chorobach skórnych, dokonywanem przez Langenbucha i lekarzy angielskich, nie można jeszcze nic pewnego powiedzieć.

IV. Cierpienia ośrodków nerwowych.

A) **Tabes dorsalis**. Pierwszy naciągania nerwów w tej chorobie dokonał Langenbuch w r. 1879 r. Potem dokonywać je miano wielokrotnie; z wszystkich tych jednak przypadków tylko 10 nie ulega wątpliwości, iż to było *tabes dorsalis*.

Odrzuciwszy 2 przypadki (Socini, Burkhardt, Hirschfelder) zakończone śmiercią w skutek róży i posocznicy, to rezultat naciągania w pozostałych 8 był następujący: zupełnego wyleczenia nie osiągnięto ani razu, a tylko pomyslny wpływ na niektóre objawy. Najpewniejsze było działanie naciągania nerwów na bóle, gdyż we wszystkich przypadkach zniknęły one po operacyi i to nietylko po stronie, po której naciągano nerw, ale i po drugiej. Czucie w 4-ch przypadkach po operacyi polepszyło się, a w 3-ch pozostało bez zmiany. Objawy oczne w żadnym z przypadków nie uległy zmianie. Również bez wpływu było naciąganie nerwu na objaw kolanowy. Bezład ruchów 5 przypadkach zmniejszył się, ale w nich i przedtem był niewielki, w przypadkach zaś Debove'a ustąpił do tego stopnia, iż chorzy, którzy od kilku miesięcy zmuszeni byli zostawać w łóżku, po naciągnięciu nerwów mogli chodzić. Ze złych skutków naciągania, prócz wymienionych 2 przypadków zakończonych śmiercią, zaznaczyć należy, iż w 3 przypadkach (Mueller i Ebner, Westphal), po operacyi nastąpiło dość znaczne porażenie mięśni, a w kilku przypadkach napady drgawek powtarzające się.

Z dotychczasowych więc rezultatów, można wnosić, iż naciąganie nerwów w *tabes dorsalis* działa tylko symptomatycznie, to jest usuwa tylko pewne objawy,

nie leczy jednak samego cierpienia; nadto działanie to jak widzieliśmy nie jest zupełnie bezkarne.

B) Mniejsze wyniki jeszcze dało naciąganie nerwów przy innych cierpieniach rdzenia kręgowego. Dokonywano je 10 razy przy *myelitis transversa* a *compressione*, przy *myelitis multilocularis disseminata* i t. d. Rzadko tylko następstwem operacji było zmniejszenie bólów, drgawek, przykurczów i t. d., niekiedy zaś wyraźne występowało pogorszenie.

Zbierając wszystko cośmy powiedzieli, widzimy, iż nie można odmówić pomyslnego wpływu naciągania nerwów na nerwobóle, też e traumaticzny i padaczkę pochodzenia refleksyjnego, czego znów nie można powiedzieć o innych cierpieniach w obrębie ruchu, a zwłaszcza o cierpieniach ośrodków nerwowych.

W. Gajkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie hijologiczne z d. 30 Stycznia 1882. Komitet sanitarny Tow. Lek. przedstawił protokół ze swego posiedzenia w d. 7 Stycznia b. r. Komitet składa się z 14 członków Towarzystwa Lekarskiego a mianowicie: Bruner, Dobrski, Frytsche, Kosmowski, Krasiński, Kramsztyk J., Kornilowicz, Markiewicz St., Mayzel, Nencki, Przewoski, Rosenthal Jakób, Śliwiecki oraz z urzędu sekretarz stały Tow. Lekar. Prezyduje St. Markiewicz, protokoły redaguje Mayzel. Komitet ten ma funkcyjnować w roli referenta w sprawach higienicznych, dotyczących miasta Warszawy oraz naszego kraju, przychodzących pod obrady Towarzystwa Lekarskiego, lub z inicjatywy tego ostatniego powstałych. Prace Komitetu winny zwracać uwagę Władz, publiczności i lekarzy na ważność higieny, oraz rozstrzygać pytania, odnoszące się szczególnie do higieny publicznej. Posiedzenia postanowiono odbywać regularnie 2 razy na miesiąc we środę po każdym klinicznym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. W razie potrzeby Komitet będzie zapraszał na swoje posiedzenia odpowiednich specjalistów, lekarzy, chemików, techników i t. d. Gotowe wnioski ostatecznie przedstawiane będą Towarzystwu Lekarskiemu na posiedzeniach hijologicznych. Komitet ma się postarać u Władzy o utworzenie w Warszawie stacyi higienicznej, której domagał się już przed paru laty podkomitet obywatelski. Postanowiono wreszcie:

1) Zestawić szczegółowy wykaz funduszków, potrzebnych do założenia stacyi higienicznej miejskiej, wzorując się na jednej z podobnych stacyj, istniejącej w Niemczech (np. w Dreźnie).

2) Przedstawić odpowiedniej Władzy propozycję założenia w Warszawie stacyi higienicznej.

3) Odnieść się do Towarzystwa Lekarskiego z zapytaniem, jakie fundusze ono może przeznaczyć na cele Komitetu sanitarnego

4) Odnieść się do kasy Mirowskiego z zapytaniem, czy takowa zechce udzielić członkom Komitetu sanitarnego, jako osobom naukowo pracującym, funduszu na kupno narzędzi, dzieł i t. d.

Posiedzenie hijologiczne z d. 28 Lutego 1882 r. Dudrewicz Leon mówił o Aino'sach, plemieniu zamieszkującym daleki Wschód, a mianowicie północną część wyspy Jesso, południowy koniec Saechalinu i niektóre wyspy Kurylskie. Zajmujący ten wykład z dziedziny antropologii i etnografii drukowany będzie w „Wędrowcu“ a obszernie jego streszczenie pomieszczone będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Mayzel demonstrował czerwoną wodę źródlaną, ze wsi Chojne pochodzącą, a preparatami, pod drobnowidzem na posiedzeniu przedstawionymi, dowiódł obecności w niej t. zw. *monas Ockenii*. Posłużyło to Mayzlowi do wygłoszenia wykładu o innych lezaych istotach organicznych, przyczyniających się do zabarwienia wody w źródłach, jeziorach i t. d.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorem: „Sprawozdanie o chorych leczonych w Busku w r. 1881“, przez Dra Majkowskiego.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Апрѣля 1882 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска Nr. 23.