



WIZYTA LECNARSKA

PISMO WYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LECNARSKICH.

Dziesięć
Dzieci

Warszawa, 1 listopada 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2851.

O stosunku anatomicznym sprzyjającym powstawaniu padaczki.

† Dr Edward Zielinski.

Robiąc sekcje zmarłych, którzy za życia cierpieli na padaczkę, zauważyłem u nich odmienne pochylenie stoku (*clivus*) Blumenbacha, niż u ludzi, nie dotkniętych tą chorobą. Część ta kości potylicznej u osobników, cierpiących na padaczkę, jest bardziej pozioma tak, że w stosunku do kanału kręgowego tworzy z nim kąt niemal prosty, gdy u zdrowych jest to kąt rozwarty. Dzięki temu zarówno most Varola, jak i część znaczna, nieomal że cały rdzeń przedłużony, odpowiednio ustawiają się do rdzenia kręgowego, a więc zarówno wodociąg Sylwiusza, jak i 4-a komora mają swój zlew do kanału rdzeniowego pod takimże kątem prostym. Zlew taki oczywiście jest mniej dogodny, niż w warunkach zwykłych pod kątem około 130° i warunkuje przeto pewne utrudnienie w połączeniu obu płynów, mózgowego i rdzeniowego, a w pewnych warunkach nawet zupełne tego połączenia przerwanie. Warunkiem takim, między innymi, może być obfitsze zebranie się płynu w jamach mózgowych, wzmoczenie choćby tylko ciśnienia przez powiększenie się objętości samego mózgu wskutek przekrwienia tegoż, ucisk na otwór Magendiego i obfitszy stąd prześięk do komórek mózgowych. Wówczas to wskutek zaciśnięcia tą drogą zasuwki (*obex*) odpływ nadmiaru płynu mózgowego musi ulec zatrzymaniu, a dalsze tegoż skupianie się coraz się musi potęgować. Gdy zaś zbierze się płynu znaczna ilość, przewyższająca stopień tolerancji kory mózgowej, występują drgawki o charakterystycznych skurczach mięśni karku,

dających tężec tylny (*opistotonus*), który nadaje obu kanałom (mózgowemu i rdzeniowemu) mniejsze załamane, a więc i mniejszą przeszkodę w połączeniu się obu płynów. Że nadmierne skupienie się płynu mózgowego jest wystarczające dla wywołania napadu padaczki, nie ulega dla mnie wątpliwości: dość tylko tu przypomnieć, że także napady można spostrzegać w guzach mózgowia, zapaleniu surowiczym opon mózgowych, nawet w mechanicznym utrudnieniu odpływu krwi od mózgu. Pamiętam chorego u którego napady padaczki Jacksonowskiej występowały przy każdym napadzie kaszlu, wskutek unoszenia się i ucisku tętniaka łuku tętnicy głównej na żyłę bezmieniową lewą. Żyła ta była ujmowana wówczas jak w kleszcze między tętniak, obojczyk i mostek. Znany mi też jest przypadek chorego z padaczką Jacksonowską, operowanego przez kol. R a u m a w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Po otwarciu czaszki i usunięciu części opony twardej z guzem, nastąpiło na pewien czas porażenie przeciwległej połowy ciała. Uciskając przez opatrunek na mózg można było kolejno wywoływać zjawianie się objawu palucha (Babińskiego) i następnie drgawki padaczkowe przy wzmoczeniu ciśnienia. Lecz po co wywalać drzwi otwarte?

Poważniejszy na pierwszy rzut oka zarzut możnaby postawić tej mechanicznej teorii padaczki — zadając pytanie: 1) dlaczego przy obecności stałej przeszkody w komunikowaniu się płynów mózgowego i rdzeniowego nie mamy stałego też stanu padaczkowego lub stale narasta-

jącego wodogłowia, lecz tylko mniej lub więcej okresowe nasilenia w formie napadów; 2) jak powiązać to ze znaną wszystkim okolicznością, że napady padaczki występują w pewnych okresach życia, a mianowicie przy ząbkowaniu, przy pokwitaniu a najrzadziej w okresie przekwitania (*climax*). Zdaje mi się jednak, że nie jest tak trudno odpowiedzieć na te obydwa pytania. Przypomnieć tu należy sobie, że i przy stałej obecności guzów w jamie czaszkowej stany padaczkowe (właściwie drgawkowe) są chwilowe, niestałe, a więc nawet przy obecności stałych przeszkód muszą być jeszcze i pewne warunki chwilowe, które w pewnym tylko okresie wzmagają ciśnienie i pewne warunki takie, które ułatwiają wyrównanie się narastającego wciąż ciśnienia. Do warunków chwilowo wzmagających ciśnienie musimy odnieść to wszystko, co utrudnia odpływ krwi żyłnej i podnosi ciśnienie tętnicze, a więc: A) z przyczyn wewnętrznych będzie to: 1) zmęczenie fizyczne, szczególnie takie, które się odbija na sercu i oddechu (np. po forsownem chodzeniu, dźwiganiu, irytacji; 2) osłabienie czynności serca, wskutek chwilowego wyczerpania się mięśnia sercowego; 3) przepełnienie układu krwionośnego wskutek szybkiego i obfitego wessania się płynów spożytych, szczególnie gorących; 4) krwistość brzuszna z uniesieniem przepony, ograniczeniem oddechowej czynności płuca, a więc i przepełnieniem następczem układu żylnego; 5) wreszcie działanie trucizn (alkoholu, tytoniu, opium i t. p.) oddziaływających na naczynia i ich rozkurcz lub skurcz nadmierny. B) Czynnikiem zaś zewnętrznym, podnoszącym ciśnienie wewnątrzczaszkowe przez wzmożenie zastoju wskutek utrudnienia odpływu krwi będzie: 1) ciasna odzież (gorset, pasek, kołnierz), 2) złe trzymanie głowy (zbyt pochyło ku przodowi, a więc powodujące załamanie obu kanałów prawie pod kątem ostrym); 3) działanie gorąca lub ciśnienia barometrycznego, którego wpływ tak często był notowany przez dawnych autorów. Z drugiej strony czynnikiem, ułatwiającym wyrównywanie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jest łatwość odpływu krwi żyłnej od mózgu, w pierwszej linii przez żyły szyjne wewnętrzne i czaszkowe, w drugiej za pomocą wypustów (*emissaria Santorini*), przez żyły skórne głowy ew. przez żyłę szyjną zewnętrzną. Otóż wypusty te u różnych osobników są i różnej szerokości, i w różnej ilości. Dzięki temu jedni są zaopatrzeni w lepsze, inni w gorsze klapy bezpieczeństwa; oczywiście więc i tu taka błaża na pozór rzecz, jak ucisk ciasnej czapki na skórę głowy, może wpłynąć ujemnie na czynność wyrównawczą tych kłapek; i kto wie, czy tem nie udałoby się wyjaśnić faktu zjawiania się napadów padaczki u niektórych takich chorych

przy wyjściu na ulicę, a więc przez uciśnięcie nie tylko tych kłapek, ale i szyi i skrępowania całego ciała wogóle ciężkiem odzieniem i koniecznem trzymaniem głowy bardziej pochyło, niż w pokoju, co szczególnie nieodzownem jest u krótkowidzów; ci ostatni tak często spotykają się u epileptyków, że próbowano nawet związać padaczkę z wadami wzroku wogóle i leczyć ją przez odpowiednią poprawę wzroku za pomocą szkieł.

Odpowiedź na drugą część pytania, dotyczącą okresów zjawiania się pierwszych przejawów padaczki jest jeszcze łatwiejsza. Toć we wszystkich trzech tych okresach (ząbkowania, pokwitania i przekwitania) występują aż nadto dobrze wszystkim znane zaburzenia w krążeniu; przy ząbkowaniu wzmożenie czynne ciśnienia, przy pokwitaniu wzruszeniowe też czynne wahania, w przekwitaniu osłabienie odpływu żylnego od mózgu obok chwilowych wybuchów czynnych zanikającego układu rozrodczego. We wszystkich tych trzech okresach mamy zaburzenie równowagi stałej, przejście jej w stan chwiejny. Wreszcie można by jeszcze zarzucić tej mechanicznej teorii to, że jednak na zmniejszenie się liczby napadów padaczki wpływa: 1) djeta np. roślinna i mleczna, jak to wykazał kol. Kozłowski Stanisław; 2) brom i opium; 3) wody mineralne karlsbadzkie i marjenbadzkie (jak to stwierdził kol. Biernacki Edmund). Odpowiedź na te pytania jest też dość łatwa. Djeta roślinna działać może w tym razie dwojako: 1) mechanicznie, ułatwiając krążenie kału w kiszkiach, a więc zmniejszając krwistość brzucha i zaparcia i 2) chemicznie, zmieniając zasadowość krwi (przy mleku szczególnie), a przeto i warunki osmozy, a więc i przesieków do komór mózgowych. Ten ostatni wpływ zależy głównie od djety bezsolnej, tak zbawiennej w przesiekach sercowych i nerkowych. Brom zaś i opium (tak często używane w leczeniu padaczki) utrzymują naczynia w stanie stałego rozkurczu, a więc zmniejszają wahania w ciśnieniu. Wreszcie wodom marjembadzkim i karlsbadzkim także możemy przypisać znaczenie, jak i djecie roślinnej: zmniejszając ciśnienie wewnątrzbrzuszne, odtłuszczając, podnosząc sprawność serca, wpływając na własności osmotyczne krwi, działają znakomicie i na uregulowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Jeżeli ta teoria mechaniczna pozwala, jak to powyżej widzieliśmy, na zdanie sobie sprawy ze wszystkich wyżej wyszczególnionych faktów, wiąże się ona jeszcze i z paru odnotowanemi dawniej i obecnie faktami. Mianowicie, dawni autorzy spostrzegali u epileptyków obecność wysokiego podniebienia, w ostatnich zaś czasach zaczynają coraz to więcej przypisywać znaczenia zniekształceniom czaszki dla powstawania chorób mózgowych. Tak np.

wielu autorów, jak Hirschberg, Berkhan, Dzierżyński i inni, u łódkogłowych (*scaphocephalia*) odnotowywali wypadki padaczki, zwyrodnienia psychicznego i ślepoty, (jako następstwa wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego). Z temi obydwoma zmianami w budowie czaszki niezwykle pochylenie stoku Blumenbacha zostaje w najściślejszej łączności.

Na zakończenie nie zawadzi przypomnieć jak ważną rolę odgrywa takie, a nie inne ustawienie głowy przy nakłuciu lędźwiowem; wszak wiadomo, że wszystkie śmiertelne przypadki przy

tym zabiegu miały miejsce w pozycji siedzącej, a więc w warunkach najbardziej zbliżonych do opisanego ustawienia obu kanałów (mózgowego i rdzeniowego) u padaczkowych. Fakt ten, sądzę, nadaje ogromne znaczenie takiemu a nie innemu pochyleniu stoku Blumenbacha, jako czynnikowi, usposabiającemu do powstawania padaczki. Cecha ta jest tak znamienna, że pozwoliła mi stwierdzić padaczkę na zwłokach nieznanego mi z anamnezy chorego.

Psków, 29.VII 1916.

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala Powsz. we Lwowie (Prymarjusz prof. Dr Orzechowski).

O stosowaniu psycholecznictwa w nagminnem zapaleniu mózgu.

podał Stefan Baley Dr filoz. i słuch. medycyny.

W okresach zejścia nagminnego zapalenia mózgu można spostrzegać niejednokrotnie stany, w których, oprócz niewątpliwych objawów organicznych, występują zjawiska jakoby czynnościowe, względnie psychorodne. Nieraz nawet wysuwają się one w obrazie chorobnym na pierwszy plan, tak że organiczne składniki choroby stają się prawie zupełnie niewidoczne, ustępując miejsca objawom naśladowującym jużto histerję, jużto niedomogę duchową (*psychasthenia*).

Pod pewnym względem zbliżają się do czynnościowych niezwykle ciekawe zaburzenia, występujące u niektórych chorych na nagminne zapalenie mózgu w nocy względnie wieczorem. Zaczynają się one nieraz już po południu, pod postacią podniecenia psychicznego, psychoruchowego i w ogóle ruchowego, różnopościowego (ruchy płasawicze), objawy, które oczywiście łączyć się muszą z bezsennością. Gdybyśmy chcieli zbiór tych objawów, będących wyrazem widocznie jednolitego zaburzenia, określać terminami według li tylko ich zewnętrznych przejawów, możnaby mówić o *chorea*, *hemichorea*, *hypomania*, *hyperkinesis* etc. *vesperea* vel *nocturna*.

Ze względu na to, że objawy te występowały częstokroć tylko w nocy u osobników, jakoby zupełnie zdrowych we dnie, nie wykluczone było przypuszczenie, że zaburzenia te, zjawiające się z nadchodzącą porą snu nocnego, przynajmniej w pewnej części, mają tło psychorodne (lęk przed nocą, osamotnienie psychiczne, bezruch i t.p.), a to tem więcej, że wzmiankowane objawy dotyczą przeważnie dzieci, w których psychice groza nocy waży nieporównanie więcej niż u dorosłych.

Zauważyliśmy, że także niektóre objawy dzienne ruchowe naszych «ozdrowieńców», robiące wrażenie organicznych, podlegały wpływowi psychicznemu. W czasie tych spostrzeżeń przeczytaliśmy referat pracy W. Späta, w której autor omawia dodatnie wyniki, uzyskane przez niego

przy leczeniu niektórych objawów w zapaleniu mózgu za pomocą hipnozy¹⁾. Autor zdaje się wierzyć w dobre skutki tej metody, stosowanej w ostrym okresie cierpienia i przypisuje jej nawet zmniejszenie odsetka śmiertelności. Pomimo krytycyzmu, z którym przyjęliśmy wywody Späta, wydawało nam się jednak, iż stosowanie metod psycholeczniczych wobec spostrzeganego przez nas psychorodnego charakteru pewnych objawów mogłoby mieć pewne widoki powodzenia. Z tych właśnie względów prof. Orzechowski zachęcił mnie do spróbowania na chorych naszego oddziału zastosowania metody psychicznego poddawania, ażeby ewentualnie w ten może sposób przynieść ulgę chorym, u których inne środki stałe zawodziły. Odgrywały tu rolę również i względy teoretyczne: powodzenie tej metody rzucałoby światło na istotę danych objawów, którym z racji ich powstania należałoby przyznawać wyłącznie źródło organiczne.

Jak już zauważyliśmy, w pewnych przypadkach nagminnego zapalenia mózgowego występuje z czasem okres, w którym zasadniczych objawów ostrego okresu, jak zrywania, bóle neuralgiczne, podwójne widzenie i t. p. już nie ma, a główną lub jedyną skargą chorych jest bezsenność, która bywa albo bezwzględna, to jest w dzień i w nocy, albo względna, to znaczy, że chorzy nie mogą usnąć w nocy, we dnie natomiast nie potrafią opanować senności. Bezsenność ta trwa nieraz kilka miesięcy, a przytem jest oporna na wszelkie środki farmakologiczne i wodolecnicze, które albo zawodzą zupełnie, albo też mają skutek bardzo przemijający.

Skoro badamy takich chorych dokładniej, okazuje się bardzo często, że, pomijając bezsenność zachowanie się ich jest w nocy i w dzień odmienne. Mianowicie w nocy, a więc wtedy, gdy

¹⁾ Spät W. Zur Frage der epidemischen Encephalitis. Neurologisches Zentralblatt. 1920, str. 402. (Sprawozdanie).

nie mogą spać, chorzy ci stają się niespokojni. Niepokój ten może z początku objawiać się tylko przez to, że chory pod wieczór zaczyna więcej i przedniej mówić niż w ciągu dnia. Po jakimś czasie staje się niepokój jeszcze wyraźniejszy, zdradzając się drobnymi lub też znaczniejszymi ruchami tułowia, głowy, albo też kończyn, o charakterze często płaswiczym, lub też objawiając się ruchami globalnymi pewnych kończyn albo wreszcie wstrząsaniem całego ciała. Objawy te zdają się łomaczyć bezsenność chorych: nie mogą oni zasnąć dlatego, że są niespokojni. W zgodzie z tem zdawałoby się pozostawać dalszy fakt, że, pomęczony się czas jakiś, chorzy tacy nie jednokrotnie zasypiają, przy równoczesnym zanikaniu objawów niepokoju, i że zasnąwszy, śpią na ogół spokojnie.

Właśnie w przypadkach, należących do scharakteryzowanego powyżej typu, zaczęliśmy próbować leczenia przez poddawanie. Główny cel zabiegu był ten, by choremu ułatwić zaśnięcie wieczorem. Przypuszczaliśmy przytem, że chory, po wyspaniu się w nocy, mniej będzie skłonny do spania w dzień, że więc w ten sposób walczyć będziemy pośrednio także ze zwykłą u tych chorych sennością dzienną. Staraliśmy się przeto odnośnych chorych, o ile okazali się podatnymi na wpływ hipnotyczny, uśpić wieczorem o tej porze, która z praktycznych względów wydawała mi się najodpowiedniejszą do zaśnięcia. Usypiałem zazwyczaj leżących już w łóżku, usiłując przeprowadzić sen hipnotyczny wprost w sen normalny, nie budząc zatem zupełnie chorego z hipnozy. Poddawałem oczywiście zawsze choremu, że zbudziwszy się rano o oznaczonej porze, nie będzie w dzień sennym i że dopiero następnego dnia o tej samej wieczornej porze uczuje senność i ewentualnie uśnie sam. Poddawałem ponadto, że chory spać będzie spokojnie, nie budząc się w nocy.

Bliższe określenie w każdym poszczególnym przypadku rodzaju stanu hipnotycznego, poprzedzającego normalny sen, nie było rzeczą łatwą, zwłaszcza że nie robiłem w tym kierunku żadnych szczególnych prób, usiłując jak najprędzej przeprowadzić go w zwykły sen. W większości leczbie przypadków była to niewątpliwie t. zw. hipotaksja; niektórzy chorzy, bardziej podatni wpadali przy tem samorzutnie w stan somnambulizmu. Zaznaczyć jeszcze wypada, że w niektórych przypadkach zabieg nasz powodował od razu sen zwykły, nie poprzedzony żadną z postaci hipnozy.

Jakkolwiek takie usypianie zalecało się z wielu względów jako najodpowiedniejsze, to przecież miało ono także swoje niedogodności. Usypiać trzeba było bowiem właśnie wtedy, gdy chory zaczynał być podnieconym, kiedy zatem z góry liczyć się wypadało z większą opornością na wpływ hipnotyczny. Mogło by się nawet zdawać, że lepiej by było w tych przypadkach usypiać chorych w dzień, korzystając z występującego u nich wtedy okresu uspokojenia, względnie senności i poddawać im spokojne zaśnięcie wieczorem. Ta droga dawała jednak wyniki znikome. Pomijając już bowiem fakt, że wiele osób dających się uśpić nie ulega poddawaniom pohipnotycznym, trzeba zważyć, że podniecenie nie tylko utrudniało lekarzowi uspienie chorych wieczorem,

lecz utrudniało samym chorym wykonanie nakazu snu danego im za dnia.

Dla przykładu podaję tutaj odnośne zachowanie się chorego H. Z. jako pod tym względem bardzo charakterystyczne.

H. Z. chłopak sześćioletni, był leczony w domu. Ostry okres z początkiem wiosny 1920. Forma płasawiczomyokloniczna. Obecnie jeszcze słaby odczyn ze strony zrenic, niewyraźna mowa, bardzo wygórowane odruchy głębokie, ociężałość postaci i chłodu. Kiedy więc poznałem chorego w 6. miesiącu jego choroby, objawy ostre już minęły od trzech blisko miesięcy. Natomiast dokuczala mu przez cały ten czas „bezsenność“ nocna. Wieczorem nie chciał kłaść się do łóżka, chodził po pokoju, kręcił się, a ułożony przez matkę do snu, rzucał się na łóżku, przewracał się z jednej strony na drugą i mówił wtedy coś do siebie urywanymi zdaniem. Mówił wtedy jeszcze mniej wyraźnie niż zwykle, tak że trudno go było zrozumieć; zdaniem matki to, co mówił, tyczyło się jego zabawek. Dopiero około 4-ej rano chory zasypiał i spał do pierwszej w południe. Scharakteryzowany powyżej okres choroby przeszedł w postać przewlekłą, a rozmaite środki nasenne i uspakajające oraz zabiegi wodolecznicze, stosowane od kilku miesięcy, okazały się bezskuteczne; działały one co najwyżej przez jeden do dwóch dni. Z tego powodu postanowiliśmy spróbować leczenia „bezsenności“ hipnozą. Zrobiłem wtedy następujące spostrzeżenie. Gdy przechodziłem o 8-ej wieczorem do chorego, który chodził lub bawił się, nie zdradzał on jeszcze wyraźnych objawów podniecenia. Z chwilą jednak, gdy go rozebrano, ułożono w łóżku i gdy próbował usnąć, zaczynały występować natychmiast objawy, opisane przed chwilą. Jednocześnie i oddech chorego stawał się ciężki, sapiący.

Postępowałem wtedy w ten sposób, iż starałem się prędko uśpić chorego ułożonego w łóżku, zanim niepokój doszedł do znaczniejszego stopnia nasilenia. Ale tylko za pierwszym razem udało mi się „zaskoczyć“ chorego tak, iż zasnął rzeczywiście bardzo prędko, spał bez przerwy przez cztery godziny, zbudził się następnie na chwilę, a potem spał dalej do 10. rano, t. j. do czasu, w którym zbudzono go, zgodnie z mojem zleceniem.

Następnego jednak dnia chory, mimo takiej samej metody postępowania, nie mógł zasnąć od razu. Wprawdzie najwidoczniej odczuwał senność pod wpływem poddawania (można to było widzieć doskonale po wyrazie oczu), zamknął też powieki, zamiast jednak usnąć, zaczął przewracać się i bredzić; widoczne było przytem, że, pragnąc usnąć, walczy z podnieceniem. Dopiero po upływie jakich dziesięciu minut przy ciągłym ponowianiu poddawania senności i uspokojenia chory usnął. Spał jednak nieco gorzej niż dnia poprzedniego, budząc się w ciągu nocy dwukrotnie. Trzeciego dnia próbowałem uśpić chorego w dzień, poddając mu sen wieczorny. Gdy jednak przyszedłem do niego o zwykłej porze wieczornej, trudno mi było uśpić chorego, a objawy bredzenia przed zaśnięciem wystąpiły jeszcze wybitniej niż dnia poprzedniego. Myślałem już, że i hipnoza będzie działać tak samo jak środki nasenne, to jest w ciągu jednego lub dwu dni co najwyżej. Jednakowoż systematyczne ponawianie zabiegu w ciągu kilku dni dało niewątpliwie wynik: chory, który przedtem nie chciał nigdy wieczorem kłaść się spać, teraz, o zwy-

klej porze usypiania, odczuwał senność i prosił, aby go położono do łóżka, a nawet, o ile jeszcze nie przyszedłem, usiłował zasnąć sam, co mu się też czasem udawało. Gdy zasnąć nie mógł, pomagałem mu w tem. Przekonałem się wtedy, że nie należy usypiać zbyt energicznie, że chory nie poddaje się na tychmiast nakazowi usnięcia, że natomiast, o ile wystąpi u chorego senność, nie należy ponawiać bezustannie nakazów spania, lecz pozostawić go w spokoju. Przekonałem się również, że czasem, gdy chory był bardziej niespokojny i ruszał ciągle głową, dobrze było, poddając choremu potrzebę usnięcia, przytrzymać nieco jego głowę w jednej pozycji, ująwszy ją delikatnie w ręce. Moje obawy, że chory stopniowo będzie się wyłamywać z pod wpływu hipnozy, okazały się na szczęście płonne. O ile bowiem małał mój wpływ, o tyle większe stawało się chorego panowanie nad sobą samym. Jednym słowem chory nauczył się sam pokonywać swoją bezsenność. Chory zasypiał odtąd co raz łatwiej, sam bez uspienia, sypiał z małymi przerwami przez całą noc, a równocześnie z tem ustąpiła także senność dzienna. Wynik ten uzyskałem po dziesięciu posiedzeniach. Nie było to jednak zupełne wyleczenie choroby, gdyż mniej więcej w dwa miesiące potem zgłosiła się matka chorego do prof. Orzechowskiego, twierdząc, że u jej syna nastąpiło pogorszenie, a mianowicie wykonywanie jednostajnych ruchów językiem. Pomimo to jednak sen był nadal normalny, zatem wynik leczenia, przynajmniej w tym kierunku, był dodatni.

Przejdę teraz do omówienia wyników u kilku innych chorych należących do tego samego typu, ograniczając się przytem jedynie do szczegółów bardziej ważnych.

Chory A. K. chłopak 11 lat zainteresował mnie z powodu postaci nocnego podniecenia. Początek choroby był rzekomo w lipcu 1920. Postać myokloniczna. Stan podgorączkowy przez kilka pierwszych dni, potem bez gorączki. Przyjęty został do szpitala we wrześniu wskutek bezsenności i krzykliwego niepokoju w nocy. Podczas bawienia w dzień stwierdza się tylko nieuchwytny niepokój płasawicy tułowia i kończyn i lekkie zmniejszenie napięcia w lewej kończynie górnej.

Chory ten był w bardzo małym stopniu podatny na usypianie, nie można też mówić u niego o jakichś trwałych wynikach uzyskanych tą drogą, ale i u niego udawało mi się niejednokrotnie przez zabieg taki sam, jak w poprzednim przypadku, skrócić trwanie podniecenia i wywołać sen. Usypiany chory oświadczył dwukrotnie, że czuje się bardzo sennym, ale że „choroba nie daje mu usnąć“. Przed usnięciem wpadał w stan zamroczenia, w którym bredził, z oczami wół przymkniętymi. Tematem był czasem dom rodzinny; niekiedy chory powtarzał jednostajnie raz po raz: „kiedy ja pójdę do domu?“ Innym razem powtarzał moją formułkę usypiania, mówiąc ciągle do siebie: „patrz spokojnie“ „uspokój się“ „zasypiać“. O możliwości oddziaływania przez poddawanie na objawy chorobne w tym przypadku, świadczy jeszcze następujący fakt. Pewnego razu wieczorem chory, bredząc, uskarżał się w sposób gwałtowny i krzykliwy na ból w krzyżach, spowodowany, zdaje się, przypadkowym uderzeniem w ciągu dnia, nie sprawiający jednak poprzednio choremu jakichś większych dolegliwości. Wystarczyło wtedy chwilowe podziałanie niezbyt silnym prądem faradycznym, by ból natychmiast ustąpił.

Chory bredził wprowadzie tej nocy dalej, ale już na inny temat.

Z kolei wspomnieć mi teraz wypada o dwojgu dzieciach: J. A. lat 8 i T. F. lat 7, cierpiących tak samo na bezsenność oraz niepokój nocny. Chory J. A. w okresie, w którym go spostrzegałem, nie sypiał także w dzień, natomiast chory T. F. bywał w dzień niekiedy bardzo senny, o ile miał noc poprzednią bezseną. Obydwaj chorzy byli nie długo w szpitalu, wskutek czego nie mogłem zająć się nimi systematycznie. Można było jednak obu, szczególnie zaś łatwo chorego T., za pomocą nakazu, ewentualnie chwilowego unieruchomienia głowy, przeprowadzić ze stanu podniecenia po kilku minutach w zwykły sen, który utrzymywał się potem przez kilka godzin, a nawet aż do rana. Wogóle stan chorego T. poprawił się znacznie podczas jego krótkiego pobytu u nas w szpitalu, nie wiemy tylko, czy poprawa ta utrzymała się po powrocie do domu?

Usypianie u chorego S. K. 11 lat, było początkowo bez wyników, gdy zawijania suche albo mokre sprowadzały sen. Choroba zaczęła się w tym przypadku w początku r. 1920 przez ostry okres, trwający przez miesiąc, potem miał być K. przez dwa miesiące zupełnie zdrowy; z wiosną nastąpił nawrót. Przyjęty został w lipcu ze skargami na dwojenie w oczach, bóle głowy, nudności; w dzień śpi, w nocy niespokojny. Stan bezgorączkowy. Twarz maskowata nierównością zrenic, oczopląs, o ile chory jest senny, brak go, gdy jest rozbudzony. We dnie zasypia nawet w pozycji siedzącej. W nocy nie zasypia „z powodu bólów w lewym przedramieniu i łokciu“. U tego chorego występował silny niepokój zazwyczaj dopiero około północy; mimo to nie udawało mi się wieczorem uspić go naprawdę. Wprowadzie pod wpływem zabiegu chory jakoby natychmiastowo zasypiał; właściwie jednak nie był to sen, a tylko swego rodzaju „przyczajenie się“, z którego chory bardzo rychło się budził. Poddawanych w tym stanie nakazów, iż w nocy będzie spokojny, chory nie przyjmował. Przekonałem się jednak później, nabrawszy w tym kierunku większego doświadczenia, że i tego chorego można było uspić naprawdę, trzeba było tylko postępować inaczej. Podnoszę tutaj ten szczegół, bo zdaje mi się, że rzecz ta nie będzie u takich chorych faktem wyjątkowym. Poznaliśmy dotąd typ chorych, którzy nie mogą spać wskutek niepokoju, u których jednak nie trudno wywołać uczucie senności, zjawiające się zresztą u nich nieraz samoistnie, mimo objawów podniecenia. Istnieje jednak typ drugi chorych, którzy nie mogą usnąć mimo braku objawów podniecenia, u których więc bezsenność jest przynajmniej do pewnego stopnia zjawiskiem nie wtórnem, lecz pierwotnem. Chorzy tego typu mogą nie odczuwać senności i nie można jej wywołać przez hipnozę. Tak właśnie było z wspomnianym chorym K., co do którego przekonałem się z czasem, spostrzegając go bliżej, że nie ma on wieczorem uczucia senności, przynajmniej na tyle, by mój zabieg, w dotychczasowy sposób stosowany, mógł w nim takie uczucie wywołać. Usypienie, które jakoby udawało mi się wywołać wieczorem, było tylko pozorne, gdyż polegało na chwilowym znudzeniu oczu.

Jednak i u tego chorego udało się wywołać sen. Ażeby ten cel osiągnąć, trzeba było choremu kazać wpatrywać się przez czas dłuższy (około 10 minut) w jeden punkt, nie poddając potrzeby opadnięcia powiek, która pozwoliła by mu „przyczaić się“ mimo

braku prawdziwej senności. Po takim dłuższym wpatrywaniu się zjawiała się senność, a wtedy, pod jej wpływem, chory zaczynał już sam pracować nad tem, by usnąć. Na twarzy widoczny stawał się wysiłek. Chory siedząc przechylał głowę naprzód i szybko na przemian zamykał i otwierał powieki, który to ruch wyglądał zupełnie inaczej, niż występujące często u hipnotyzowanych drżenie powiek. Kiedy pierwszy taki wysiłek był nadaremny, chory patrzył znowu przez chwilę na oznaczony punkt i znowu ponawiał wysiłek tak długo, aż usnął. Moment ten zaznaczał się bardzo wyraźnie. Chory dość nagle opuszczał głowę z zamkniętymi oczami i trwał w bezruchu. Wytwarzał się stan, w którym chory miał uczucie, że śpi, a który to stan okazywał skłonność do przejścia w zwykły sen. Im późniejszym wieczorem wykonywałem taką próbę, tem trudniej ona się udawała.

Omówiłem nieco dokładniej zachowanie się chorego w tym przypadku, gdyż wynika stąd pewne wskazanie lecznicze. Trzeba mianowicie być przygotowanym u chorych z zapaleniem mózgu, pozbawionych samoistnego uczucia senności, na znaczny opór przy próbach usypiania. Usypianie chorego wzrokiem może w tych przypadkach nie doprowadzić do celu jedynie z tego powodu, że usypiający znuży się prędzej, niż usypiany.

Trudności w usypianiu w tych przypadkach opłacają się tylko wtedy, gdy chory ma z tego jakiś pożytek. Tak było u naszego chorego. Mianowicie, zawijanie na noc, które z początku działało dobrze, z czasem zaczęło choremu nawet rzekomo przeszkadzać w zaśnięciu. Lecz tymczasem ja nauczyłem się usypiać go w sposób właśnie opisany. Od tego czasu chory sam zgłaszał się do mnie pod wieczór z prośbą, by go uspić, twierdząc, że po takim uspieniu śpi w nocy dobrze. Nie trzeba też było przeprowadzać hipnozy od razu w sen. Wystarczyło tylko wprowadzić chorego przed wieczorem w stan senności, aby w nocy mógł spać. Przy końcu pobytu w szpitalu zasypiał już chory wieczorem przeważnie sam, bez stosowania jakichkolwiek zabiegów i spał w nocy spokojnie.

Wspomnieć również muszę o chorym A. H. 14 lat, który w porównaniu z poprzednimi chorymi wykazywał pewną właściwość. Kiedy bowiem tamci wpadali przy uspieniu tylko w stan hypotaksji, okazał się on prawdziwym „medjum“ i pod wpływem lekkiego tylko poddawania wpadał łatwo w stan somnambulizmu. Poddawane w tym okresie dowolne halucynacje wzrokowe i dotykowe urzeczywistniały się bardzo żywo. Ciekawe więc było stwierdzić, jaki wpływ na objawy choroby mieć mogła hipnoza w tym właśnie przypadku.

Ostry okres postaci u tego chorego przypadł na marzec 1920. Postać ruchowa. Przyjęty został w lipcu z powodu bólów głowy, nudności, łamania, bólów w dolku podsercowym i niepokoju w nocy. Przedmiotowo stwierdziłem tylko nierówność źrenic, stan bezgorączkowy. Chory zachowywał się w dzień zupełnie spokojnie. Dopiero wieczorem, przy zbliżającej się porze snu, zaczynał „sapać“, to jest oddechy stawały się głośne, przyspieszone, a chory doznawał silnego uczucia duszności. Jeżeli położył się do łóżka i usiłował zasnąć, dostawał gwałtownych wstrząsów całego ciała.

Stosowanie hipnozy w tym przypadku dało częściowo wynik dodatni. Od chwili, gdy zacząłem chorego usypiać, nie miał on już więcej ani jednej nocy

bezsennej a nawet bez usypiania przez kilka dni zasypiał zawsze sam. Natomiast mało skuteczną okazała się walka z „sapaniem“ i wstrząsami, występującymi przed zaśnięciem. Coprawda nie męczyły one już chorego tak długo, trwając w najgorszym razie około pół godziny, poczem przychodził sen. Bezskuteczne okazywały się pod tym względem wszelkie nakazy, dawane na wieczór podczas hipnozy w dzień, lub przy usypianiu wieczorem. Pod wpływem nakazu chory „sapał“ wprawdzie nieco inaczej, ale „sapał“ dalej. I tutaj miałem wrażenie, że początkowo łatwiej było „zaskoczyć“ chorego pod wieczór uspieniem, natomiast później wylamywał on się po trochu z pod wpływu poddawania. Być może byłby usłuchał wieczorem nakazu, gdyby można było uspić go wtedy głęboko. To jednak udawało się łatwo tylko w dzień. Wieczorem natomiast wprawdzie nie trudno było wywołać senność, nim jednak sen ostatecznie zwyciężył, chory męczył się „sapaniem“ przez czas dłuższy.

Zdawało mi się wreszcie, że objawu tego nie można będzie usunąć przez działanie psychiczne. Jednego jednak wieczoru, gdy moja próba rychłego uspienia natrafiła na większy opór, zapowiedziałem choremu, że natychmiast usunę jego duszność silnym prądem elektrycznym. Gdy w chwilę potem wziąłem do rąk elektrody, by je przyłożyć do ciała chorego, zauważyłem, że duszności już zupełnie nie było. Następnego dnia wieczorem chory nie „sapał“ zupełnie, a trzeciego został zabrany do domu, usuwając się w ten sposób z pod mojego spostrzegania.

Podobne, połączone z bezsennością „sapanie“, które jednak w miarę stopniowania się objawu w nocy przechodziło w jęk i płacz, spostrzegaliśmy u chorej S. S. 21 lat. Początek choroby w połowie marca 1920, przyjęta w grudniu. Postać hyperkinetyczna. Przedmiotowo prócz nieco maskowatej twarzy, sinicy rąk oraz wychudzenia nie szczególnego. U tej chorej wystarczało, przy zjawieniu się wieczorem „sapania“ upewnić ją w tonie stanowczym, że zaraz się uspokoi, by objaw ten na jakiś czas (kilka godzin) zniknął zupełnie. To też chora „sapała“ potem tylko nad ranem a więc w porze, w której moja interwencja była niemożliwa. Mimo to chora była nie podatna na właściwą hipnozę; można ją było tylko czasami wprowadzić wprost w zwykły sen, który utrzymywał się potem przez kilka godzin.

Chorą N. P. lat 18, która była trzykrotnie na naszym oddziale a oprócz innych objawów cierpiała na uporeczywą bezsenność, jednak bez wyraźniejszych objawów niepokoju, można było przez wpatrywanie się wprowadzić wprost w zwykły sen i dać jej w ten sposób możność częściowego wyspania się. Skutek był jednak zawsze tylko jednorazowy.

Muszę teraz podnieść, że w niektórych przypadkach moje usiłowania walczenia z bezsennością przy pomocy usypiania nie osiągały chociażby tylko dorywczego wyniku. Tak było u chorego M. M. lat 14 cierpiącego na bezsenność oraz niepokój nocny. W marcu 1920 r. okres myokloniczny; przyjęty we wrześniu 1920 r. z powodu bólów głowy i niepokoju nocnego. Przedmiotowo: stałe przechylenie głowy naprzód, lekki zanik lewego nerwu wzrokowego, stały lekki niepokój płasawiczy, wzmagający się pod noc, ślinienie, uderzająca sinica wargi górnej. Stan bezgorączkowy. Choremu temu przy usypianiu sklejały się powieki, przyczem ruchy na jakiś czas ustawały. Nie można było jednak przeprowadzić stanu hypo-

taksji w sen zwykły. Lepszy wynik dawało w tym przypadku unieruchomienie chorego za pomocą zawijań.

Tak samo ujemnym był wynik u chorej D. K. lat 20. W lutym 1920 okres myokloniczny, oddana do szpitala wskutek bezsenności i apatii oraz silnych bólów w okolicy brzucha. Przedmiotowo: stan bezgorączkowy. Różnica odruchów brzusznych. Drżenie lewej ręki. Lekkie objawy Parkinsonowskie. Chora ta usypiana wieczorem „przyczajała się“, nie zasypiając zupełnie, albo też wpadała w lekki sen, z którego budziła się po bardzo krótkim czasie. Jakiejś stopniowej poprawy z dnia na dzień pod wpływem systematycznych prób usypiania nie mogłem zauważyć.

Jako przykład zupełnej oporności na wszystkie zabiegi usypiające przytaczam z kolei chorego W. T. 30 lat. W marcu 1920 r. śpiączka, po dwu miesiącach stała bezsenność. W sierpniu ruchy szczęki dolnej, ślinotok, zawadzenie w gardle, zdenerwowanie, zwłaszcza w nocy. Przyjęty we wrześniu. Ze strony układu nerwowego prócz ślinotoku i bardzo żywych odruchów brzusznych nic szczególnego. Chory ten opowiadał o sobie, że nie jest nigdy senny chociażby nie spał najdłużej; twierdził, że jeżeli kiedyś nawet na jakiś czas usnął, to działo się to jakoś dla niego niepostrzeżenie; nie zdołał mianowicie zauważyć, żeby w tych razach sen był poprzedzony chwilą senności. U tego chorego nie udało mi się wywołać nie tylko snu, ale nawet przelotnej senności. Mógł on też kilkanaście minut wpatrywać się bez przerwy w świecący przedmiot, by wreszcie stwierdzić, że nie jest ani troszkę senny.

Ogólny wniosek, wypływający z analizy wszystkich omówionych dotychczas przypadków, zdaje się być taki, że przy pozostałościach po zapaleniu mózgu, poprzednio scharakteryzowanych, psycholecznictwo, pod postacią usypiania, może okazać się zabiegiem użytecznym. Pozostawiając nawet na uboczu sprawę trwałości wyników, przez nie osiągniętych, uznać, zdaje się, trzeba jako rzecz niewątpliwą, że potrafi ono często ulżyć chorym. Przy rozważaniu zalet tej metody trzeba położyć na szali także i tę okoliczność, że po za ulgą chorym, jest ona zarazem dobrodziejstwem dla otoczenia. Wszak bezsenność noc dziecka jest bezsennością matki, która czuwa przy dziecku. Metodę naszą zaleca zaś nie tylko ta okoliczność, że przypadki omawiane pod względem leczniczym przedstawiają się na ogół wprost rozpaczliwie, ale i fakt częstotliwości chorych z objawami niepokoju nocnego i bezsenności.

Nasuwało się jeszcze pytanie, czy poza walką z bezsennością nie możnaby stosować poddawania dla leczenia takich pozostałości chorobowych, jak ruchy płasawicze, zrywania, różne bóle. Robiłem także w tym kierunku kilka prób, których wynik muszę jednak, przynajmniej na podstawie dotychczasowych moich spostrzeżeń, uważać wbrew wynikom Späta za dość nikły. Nie znaczy to, jakoby nie można było uzyskać żadnego wpływu tą metodą na powyższe objawy. Udało mi się niejednokrotnie po wprowadzeniu chorych w stan hypotaksji usunąć na jakiś czas ich przymusowe ruchy. U chorych z niepokojem płasawiczym robiło to nawet wrażenie „cudownego“ wyleczenia. W pewnych przypadkach można było także uspokoić na jakiś czas ruchy globalne

rytmiczne, dość częste u naszych chorych. Zatrzymanie tych ruchów w okresie hypotaksji udało mi się raz w przypadku, w którym ruchy były tak uporczywe, że chory wykonywał je nawet podczas snu, co zdarza się rzadko. W ten sam sposób udawało mi się niekiedy uspokoić chorego I. K. 21 lat, którego dziwaczne, a bardzo gwałtowne ruchy, miały charakter drgawkowy. Niestety jednak wszyscy ci chorzy, otrząsnąwszy się ze stanu hypotaksji, nadal wykonywali swoje ruchy. Nerwobóle dość częste u tych chorych także w późniejszym przebiegu nie ustępowały przy leczeniu przez poddawanie. Czasami udawało mi się, jak na przykład u chorego M. B. 20 lat, u którego objawy pozapalne miały charakter niedomogi duchowej, uzyskać przez poddawanie w uspianiu oprócz snu w nocy także ustawianie bólów w lewej okolicy barkowej i czucia niedomogi na przeciąg jednego lub dwóch dni. Po tym czasie jednak dolegliwości wracały. W dwóch innych przypadkach analogiczne próby usunięcia bólów nie dały żadnego wyniku.

Na ogół z trzynastu przypadków, w których starałem się usunąć objawy wieczornego niepokoju i bezsenności przez usypianie poddawcze, trzy dały wynik zupełnie ujemny, w innych natomiast udało się osiągnąć większy lub mniejszy wynik dodatni. W dwóch wynik ten wydaje mi się bardzo dobrym, gdyż w nich przy niewielkiej stosunkowo liczbie posiedzeń usunęliśmy długo przedtem trwającą i słałą bezsenność na czas dłuższy niż jeden miesiąc, to jest czas, przez który spostrzegaliśmy chorych, i bodaj że trwałe. W jednym z nich poprzednia bezsenność trwała kilka miesięcy i była leczona bezskutecznie wszystkimi niemal znanymi sposobami. W czterech dalszych przypadkach wynik był wcale dobry, gdyż u chorych nastąpiło znaczne polepszenie snu, przy czem jednak częściowo polepszenie przypisać może należało innym stosowanym równocześnie środkom (przedewszystkiem wpływowi psychicznemu unieruchomienia przez zawijania). W pozostałych przypadkach wynik był tylko dorywczy, ograniczając się na ogół na przeciąg jednej nocy. W pięciu przypadkach usunięcie bezsenności było zarazem zwalczaniem podniecenia wieczornego, które, jeżeli nawet czasem nie dawało się w ten sposób zupełnie usunąć, to jednak trwało krócej. Natomiast stosowanie hipnozy do leczenia ruchów płasawiczych i rytmicznych, względnie nerwobólów, dawało na ogół wyniki jedynie chwilowe, nie wychodzące poza czas trwania hypotaksji hipnotycznej.

Skoro godzimy się, że poddawanie może mieć chociażby czasem tylko przejściowy wpływ na objawy u niektórych naszych chorych, to nasunie się dalsze, teoretycznie ważne pytanie, w jaki sposób oddziaływanie to można wytłumaczyć. Rzecz pewna, że niektóre z tych objawów robiły wrażenie „histerycznych“. Naprzykład, wspomniany już chory I. K. wykonujący nieustannie dziwaczne ruchy, wyniesiony na świeże powietrze, uspokajał się często na czas dłuższy; ten sam chory wprost groził, że będzie rzucał się w nocy, jeżeli nie dostanie takiego wstrzykiwania jak inni. Trudno więc oprzeć się wrażeniu, że gra tu rolę także czynnik „pithiatyczny“. Wobec tego nasu-

wa się, przynajmniej w odniesieniu do niektórych przypadków i niektórych objawów, przypuszczenie, że zapalenie mózgu wydobywa na jaw dotąd utajoną wrodzoną skłonność do hysterji, względnie skłonność taką wprost może stwarzać tam, gdzie jej pierwotnie nie było. Dlatego też właśnie dołączające się do organicznych następstw zapalenia mózgu objawy historyczne mogą być

dostępne wpływom poddawania. Analogiczny mechanizm powstawania należy przyjąć dla objawów psychasteniczych i neurastenicznych po zapaleniu mózgu, które poddają się leczeniu psychicznemu. W przeważającej części przypadków, gdzie to leczenie zawodzi, są jednak te objawy pozornie tylko czynnościowe i odpowiadają organicznym zmianom, sprowadzonym przez zapalenie.

Streszczenie zbiorowe.

Układ współczulny, a chirurgia współczesna.

podał Dr A. Wojciechowski.

Układ współczulny, do niedawna zajmujący bardzo skromne stanowisko w piśmiennictwie bieżącym, obecnie doczekał się rozgłosu i stał się tematem modnym. Wojna, a wraz z nią ogromna liczba uszkodzeń i urazów nerwów, stworzyła obszerne pole do spostrzeżeń, a chirurgia, zachęcona dobrymi wynikami leczenia chirurgicznego zaburzeń układu współczulnego pochodzenia urazowego, poczęła włączać w zakres swej działalności i inne sprawy chorobne o podłożu współczulnym, które były dotychczas wyłączną dziedziną, należącą do chorób wewnętrznych i nerwowych.

Najlichniesze prace dotyczą zaburzeń pochodzenia urazowego o charakterze nerwobólowym, ale swoistym, t. zw. bólu piekącego (*causalgia*). Określenie to, wprowadzone przez Weir-Mitchell'a, dopiero w latach ostatnich zyskało rozpowszechnienie. Pierwotnie rozumiano pod tą nazwą nerwobóle i zaburzenia czuciowe, spowodowane przez zranienie, zwykle nieznaczne, nerwu, lub, jak na to zwrócili uwagę Meige i Benioty (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1915*) pęczka naczyniowo-nerwowego. Nerwobóle te są odmienne od zwykłych: nie pozostają one ściśle w granicach anatomicznych rozgałęzienia nerwu; obecność mniej lub więcej wyraźnych objawów ze strony układu współczulnego, napięcie skóry, zaczerwienienie jej, lub znacznie rzadziej bladość, wzmożone wydzielanie potu, zależność napadu od wpływów psychicznych, częste powstawanie zmian odżywczych odróżnia je od zwykłych nerwobólów i usprawiedliwia wydzielenie w odrębną jednostkę chorobną. Większość autorów wiąże go z zaburzeniami w układzie współczulnym, aczkolwiek są i głosy przeczące temu (*Giroud: Causalgies etc. Presse méd. 1918 p. 584*). Leriche, badacz szczególnie zasłużony na tem polu, na pierwszy plan wysuwa obrażenia splotu współczulnego okołotętniczego, inni znowu urazy nerwów mieszanych. Zdania więc co do etiologii są jeszcze bardzo podzielone, lecz, jak już zaznaczono, ogromna większość autorów szuka źródła zaburzeń w układzie współczulnym. Co się dotyczy leczenia, to i tu panuje niezgodność poglądów: jedni są zwolennikami przecięcia nerwów współczulnych okołotętnicznych poleconego przez Leriche'a (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1917 p. 310*), inni stosują wycięcie nerwów. Są również zwolennicy łączenia tych zabiegów, niektórzy wreszcie w przypadkach

uporczywych przecinają tylne korzonki. Należy nadmienić, że zastrzyknięcia wewnątrznerwowe kokainy lub alkoholu dają niekiedy dobre wyniki (*Sicard et Robineau. Revue neurologique 1920 Nr 12* Dean Lewis and Wesley Gatewood *Journ. of the American Med. Assoc. 1920 Nr 1*; W ostatniej pracy znajdujemy ciekawą statystykę—na 550 ran nerwów 4 przypadki bólu piekącego).

Co się dotyczy wyników zabiegów operacyjnych, to należy odnosić się do danych rozmaitych chirurgów dość krytycznie, a to dlatego, że bóle piekące mają i bez widocznych przyczyn okresy zwolnienia, lub znikają nawet zupełnie, tudzież dlatego, że wyniki bezpośrednio po zabiegu bywają bardzo często znakomite, lecz po pewnym przeciągu czasu bóle wracają. Wiele więc zależy od sposobu ujęcia i oświetlenia przebiegu pooperacyjnego. Jednakże, jeżeli weźmiemy pod uwagę przypadki spostrzegane przez czas dłuższy, należy przyznać, że przecięcie nerwów współczulnych okołotętnicznych ma często widoki powodzenia (*Leriche Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr 10*, Odilon Platon *tamże Nr 11*). Niekiedy jednak zabieg ten pozostaje zupełnie bez wyniku (*Tinel Contribution etc. Revue neurol. 1917 p. 243*; Robineau *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr. 11*). Bardzo ciekawa jest praca Tinel'a (*Présse medic. 1921 Nr 27*); podaje on 6 spostrzeżeń przypadków z objawami bólu piekącego i wybitnym udziałem układu współczulnego lecz powstałych nie na podłożu urazowym. Dzięki tej pracy rozszerza się pojęcie bólu piekącego, nie można go ściśle wiązać z raną lub urazem nerwów. Moutier (*Arch. des malad. de l'app. dig. t. X 1920*) opisał pod nazwą „*crises solaires*” zespół objawów również zbliżonych do bólu piekącego.

Przecięcie nerwów współczulnych okołotętnicznych było stosowane i w innych cierpieniach, przebiegających z objawami ze strony układu współczulnego, mianowicie w chorobie Raynaud'a. Veillet (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr 24*) i Ramond, Gernez Petit (*tamże Nr 15*) mieli bardzo dobre wyniki i, co ciekawsze, nastąpiło obustronne wyleczenie po zabiegu dokonanym jednostronnie. Jednakże i tu, jak świadczy przypadek Robineau (*tamże Nr 24*) niekiedy po operacji, po pewnym czasie, powstaje nawrót. Możliwe, że stosunkowo łatwe odradzanie się nerwów współczulnych, oraz liczne połączenia

splotu okołotętniczego z nerwami mieszanymi są przyczyną takich nawrotów. Po zabiegu otrzymujemy wynik przejściowy, znikający z chwilą wznowienia połączenia włókien nerwowych bądź wprost, bądź drogą okrężną. Leriche (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr 13*) wykonał w jednym przypadku przecięcie nerwów współczulnych z powodu bólów, wywołanych zgorzelą wskutek zapalenia tętnicy zarostowego. Bóle te ustały, natomiast pozostał ból wywołany przez zgorzel. Ten sam autor, wzorując się na J a b o u l a y ' u również wykonał przecięcie nerwów współczulnych naokoło tętnicy tarczycowej i szyjnej wskutek przerostu gruczołu tarczycowego i otrzymał zmniejszenie bardzo znaczne odpowiedniego płata (*Lyon chir. 1920 Nr 1*). I w innych cierpieniach próbowano stosować ten zabieg. Voncken i Guimy (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr 17*) z dobrym wynikiem pozbawili splotu współczulnego tętnicę udową w przypadku uporczywych bólów i owrzodzeń na tle odmrożenia. I bóle i owrzodzenia znikły zupełnie. Cały szereg przypadków niegojących się owrzodzeń, widocznie pochodzenia odżywczego i tak często obecnie spotykanych na kikutach lub bliznach wojennych, był leczony przez rozmaitych chirurgów (Leriche, Vienney, Maucleire, Robineau i inni) za pomocą przecięcia nerwów współczulnych z bardzo zmiennymi wynikami. Leriche chce do powyższego zabiegu dołączać jeszcze wycięcie ewentualne nerwiaka kikutowego lub nerwu. Pomimo to wyniki są rozmaite i na razie nie można wyrobić sobie zdania o wartości tego zabiegu. Również, jak wykazała dyskusja nad odczytem Proust'a, Lhermitte'a i de Nabias'a (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1921 Nr 20*) cięcie koliste przy owrzodzeniach żyłakowych nie daje stałych wyleczeń, aczkolwiek wyniki bezpośrednio są dobre. Autorowie powyżsi, na podstawie badań drobnowidzowych wyciętych nerwów, mieli, że owrzodzenia żyłakowe powstają wskutek zaburzenia równowagi między układem współczulnym, a nerwami rdzeniowymi, znaleźli bowiem wszędzie zdrowe włókna współczulne, otoczone przez zmienione włókna rdzeniowe.

Lecz oprócz zabiegów na obwodowych częściach układu współczulnego są do zamotowania operacje na zwojach współczulnych. Leriche (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1920 Nr 35*) usunął górny zwój szyjny w przypadku postępowego połowiczego zaniku twarzy z dobrym wynikiem, co jest o tyle sprzeczne z powszechnym mniemaniem że, jak wiadomo, można powyższy zanik u zwierząt wywołać doświadczalnie, właśnie wycinając zwój szyjny. Ten sam zabieg również z dobrym wynikiem był wykonany przez Leriche'a w przypadku bólu głowy połowiczego po przebytych półpaścu i w przypadku niedomykalności powiek wskutek porażenia nerwu twarzowego. W jaki sposób w tym ostatnim przypadku działa wycięcie zwoju współczulnego, jest zagadkowe. Lecz chociaż brak nam narazie wystarczającego tłumaczenia wpływu nerwu współczulnego na ułożenie gałki ocznej, wpływ ten jednak jest faktem jak to pomiędzy innymi wnioskować można z bardzo ładnej pracy Terrien'a (*Presse méd. 1921 Nr 7*), w której na podstawie dwóch spostrzeżeń klinicznych omawia on zespół objawowy Claude

Bernard'a porażenia nerwu współczulnego (zmniejszenie szpary ocznej, zapadnięcie oka i zwężenie źrenicy). I tu, aczkolwiek bez wątplenia zapadnięcie oka rozwija się wskutek porażenia nerwu współczulnego, sposób w jaki ono powstaje, pozostaje nieznany.

Praca powyższa, bardzo jasno, a jednak zwięźle przedstawiająca wpływ porażenia nerwu współczulnego na oko, lecz omawiająca i inne objawy tego zespołu, nie posiada bezpośredniego znaczenia chirurgicznego; z wielu ciekawych, znajdujących się w niej danych podnieść należy fakt, że o ile inne objawy ze strony układu współczulnego (bóle, objawy naczyniowe etc.) są często przejściowe, o tyle powyższe objawy oczne są zwykle stałe.

Bardzo ciekawy przypadek wycięcia dwóch dolnych szyjnych i pierwszego górnego piersiowego zwojów współczulnych podaje Jonnesco (*Presse méd. 1921 Nr 20*). Wychodząc z założenia, że dusznica bolesna powstaje wskutek podrażnienia splotu sercowotętniczego, spowodowanego przez schorzenie tętnicy głównej, wykonał on ten zabieg po stronie lewej u chorego, który oprócz tego cierpienia miał jeszcze kiłę, i nadużywał alkoholu i tytoniu. Osiągnął on wyleczenie zupełne, trwające przeszło cztery lata.

Jonnesco zresztą nie jest jedynym autorem, uznającym współczulne pochodzenie dusznicy bolesnej.

Nawiązując do spostrzeganego przez siebie przypadku Bard (*Presse méd. 1921 Nr 8*) omawia w sposób przekonywujący istotę tego cierpienia. Wskazuje on, że już Durozié zwracał uwagę na bliski stosunek między chorobą Raynaud'a i dusznicą, a spostrzegany przez niego przypadek jest dowodem słuszności tego zdania: Chory 33 lata, był zawsze zdrowy, kiły nie przechodził, nie pali. 9 lat temu stracił wzrok w lewym oku wskutek zarośnięcia tętnicy ośrodkowej, bez jakichkolwiek uprzednich objawów. 2 lata temu na wojnie, po przebytem silnym wzruszeniu psychicznym, chory zaczął miewać napady typowej dusznicy bolesnej. W rok później klasyczna choroba Raynaud'a; umiejscowienie — 3-ci palec lewej ręki. Powtórne badanie serca nic nieprawidłowego nie wykryło. Zejście śmiertelne nastąpiło na polowaniu nagle, podczas biegu. Na dwa dni przedtem objawy choroby Raynaud'a w paluchu lewej nogi. Ciekawe jest tu poczwórne umiejscowienie objawów naczyniowych, w dodatku tylko lewostronne, oraz zejście śmiertelne pomimo braku wszelkich zmian sercowych. Bard mniema, że wszystkie dusznice są pochodzenia współczulnego. Mianowicie, jak to wykazał Leriche, pod wpływem odruchu współczulnego naczynia kurczą się tak, że krwiobieg w nich ustaje, wywołuje to ból i uczucie lęku. O ile taki skurcz powstanie w tętnicach wieńcowych, następuje nagła śmierć. Zmiany naczyniowe lub raczej okołonaczyniowe, wywołujące taki odruch, mogą być znaczne, lub wprost niedostrzegalne — stąd podział na postać ze zmianami naczyniowymi i postacią t. zw. czysto nerwową, a raczej również ze zmianami, lecz niedostępnymi naszemu badaniu klinicznemu.

Znaczenie, zdaje się, więcej teoretyczne posiada praca Massona (*Lyon chir. 1921 Nr 3*)

o nerwiakach współczulnych w zarośniętych wyrostkach robaczkowych. Badał on wycięte podczas operacji zarośnięte wyrostki robaczkowe i znalazł, że w ogromnej większości przypadków, w miejscu byłego światła, rozwinął się w kształcie długiego splotu nerwiak, pochodzenia zapewne współczulnego. Śluzówka była zniszczona zawsze, podśluzówka zmieniona bardzo, inne warstwy mało. Nerwiak rozwija się zapewne ze splotu podśluzówkowego, może niekiedy i Meissner'owskiego. Ciekawe jest, że autor znalazł w niektórych przypadkach komórki srebrochłonne. M. mniema, że nerwiaki te mogą być przyczyną

bólów i innych objawów klinicznych. Rozwijają się one dopiero po zaniku zupełnym śluzówki, co może jednak nastąpić szybko (3 miesiące po pierwszym napadzie).

Kończąc powyższe sprawozdanie zbiorowe zaznaczam, że liczba prac w tej dziedzinie rośnie wraz z większym zainteresowaniem się układem współczulnym. Jak to często bywa i tu praktyka wyprzedziła teorię, i dopiero trzeba będzie ścisłych badań, aby można było osądzić, o ile wyżej wyliczone poglądy i sposoby postępowania operacyjnego są trafne i czy rzeczywiście w stosunku do nich *post hoc* jest zarazem i *propter hoc*.

Notatki lecznicze.

Dr Roux w Akademii nauk lekarskich w Paryżu przedstawił w imieniu Drów Ludwika Fournier i Guénot wyniki leczenia kiły za pomocą winianu sodowego lub potasowego bismutu. Wyniki leczenia 110 chorych w różnych okresach choroby były nader pomyślne. Po pierwszym zastrzyknięciu wśródmięśniowym w ilości od 0,2 do 0,3 gramów wrzód pierwotny goił się w przeciągu 6—7 dni, najpóźniej zaś na 20 dzień nie można w nim było już znaleźć krętków białych.

W okresie drugim kiły krętki znikają po 2 zastrzyknięciach, a grudki znikają również, choć nieco wolniej.

Wzmiankowani lekarze stwierdzili polepszenie stanu nawet u chorych, leczonych poprzednio związkami arseniku bez wyników.

W przypadku kiły opon mózgowych po 4 wstrzyknięciach zniknęły objawy kliniczne, a limfocytoza w płynie mózgowordzeniowym zmniejszyła się znacznie—w płynie wykazano obecność bismutu.

Również dobre wyniki otrzymywano i w okresach trzeciorzędnych (kilaki).

Odczyn Bordet-Wassermanna znika po zastrzyknięciach.

Leczenie polega na zastrzykiwaniach co 2 dni po 0,2 lub co 3 dni po 0,3 tego związku tak, aby w pierwszej serji w ciągu 3—4 tygodni zastrzyknąć razem 2 do 2,5 gramów.

Rzadko spostrzegali F. i G. u chorych leczonych zapalenie śluzówki jamy ustnej.

Bismut wydziela się przez skórę, żółć i nerki.

H.

Streszczenia z piśmiennictwa.

Bourgignon. Oznaczenie chronaksji u człowieka przy wyładowaniu kondensatorów (technika i teoria). *Revue neurologique XXXI, T. 1, str. 162.* Uproszczenie techniki pomiaru chronaksji. (*Comptes rend. de la Soc. d. biologie 30. IV. 1921.*)

Ponieważ badania elektryczne za pomocą określania chronaksji wprowadzone przez Bourgignon'a, zapowiadają się jako metoda, która wyruguje dotychczasowe sposoby badania o wiele mniej dokładne, podajemy jednocześnie sprawozdanie z pierwszego artykułu Bourgignon'a z r. 1917, który otwiera szereg jego prac w tym kierunku.

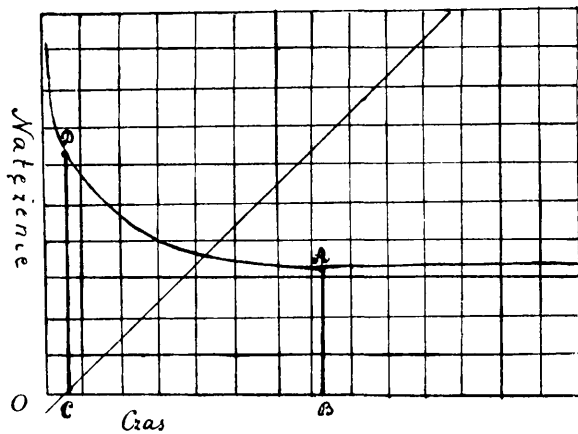
Hoorweg i Lapique wykazali, na podstawie swych badań, że pobudliwość mięśnia, względnie nerwu da się określić przez wysokość progu pobudliwości czyli reobazę, która ulega pewnym zmianom zależnie od warunków doświadczenia, — i przez chronaksję, t. j. czas trwania tego prądu, który wywołuje pierwszy najmniejszy skurcz. Chronaksja jest wielkością zmienną, zależną jedynie od pobudliwości danego mięśnia i od ciepłoty. Weiss i Hoorweg obliczyli te dwie wielkości, cechujące pobudliwość

mięśniową, pierwszy dla prądu słabego, drugi przy stosowaniu kondensatorów.

Jeżeli przy stałym oporze szukamy kolejno progu pobudliwości przy różnym czasie trwania prądu, przekonywamy się, że im dłuższy jest czas trwania prądu, tem próg pobudliwości występuje przy niższej wartości natężenia prądu. W ten sposób możemy zmniejszać natężenie aż do pewnej minimalnej wartości, poniżej której nie otrzymamy już skurczu, bez względu na przedłużanie czasu trwania prądu. Tę zależność natężenia prądu od czasu można przedstawić graficznie za pomocą hyperboli, której rzędne przedstawiają natężenia, odcięte zaś czas.

Z rysunku widać, że im dłuższy jest czas pobudzenia, tem natężenie prądu, potrzebne do wywołania minimalnego skurczu, staje się mniejsze; od miejsca A natężenie zachowuje już jednak stałą wartość. Jest to hyperbola natężenia prądu Weissa (*l'hyperbole des intensités*). Jeżeli zamiast natężenia przyjmujemy za oś rzędnych ilości elektryczności, przepływającej w odpowiednich czasach, wtedy zależność tych nowych dwóch zmiennych przedstawi nam prosta zwana pro-

sta ility elektryczności (*droite des quantités*). Hyperbola i prosta są to dwie różne postaci tego samego prawa pobudliwości. Zmieniając warunki doświadczenia, otrzymujemy szereg hy-



$$\begin{aligned} OB &= 10 \times OC \\ CD &= 2 AB \\ AB &= \text{reobaza} \\ OB &= \text{czas użyteczny} \\ OC &= \text{chronaksja.} \end{aligned}$$

perbol równoległych do siebie, i szereg prostych, przecinających się w jednym stałym punkcie, położonym na osi odciętych, czyli na osi czasu. Jedyną zatem wartością niezmienną w różnych warunkach doświadczenia na tym samym mięśniu jest czas. Czas ten jest więc charakterystyczną cechą pobudliwości elektrycznej.

Odcięta, czyli czas trwania prądu, który odpowiada punktowi A hyperboli, nazywa Lapieque czasem użytecznym (OB). Odcięta zaś OC, odpowiadająca punktowi, w którym przecinają się proste ilości elektryczności, przedstawia nam chronaksję. Matematycznie można wyprowadzić, że czas użyteczny odpowiada 10-krotnej wartości chronaksji. Rzędna, czyli natężenie prądu, odpowiadające czasowi użytecznemu, nosi nazwę zasadniczego progu pobudliwości czyli reobazy. Każdy czas większy od czasu użytecznego, jak też i czas nieskończenie wielki, dają próg pobudliwości przy natężeniu równym reobazie. W praktyce czasem nieskończenie wielkim jest czas potrzebny do zamknięcia prądu galwanicznego ręką. Jest to galwaniczny próg pobudliwości Du Bois Reymonda, który odpowiada reobazie.

Odciętej OC, przedstawiającej chronaksję, odpowiada rzędna CD, która, jak z rachunku wynika, przedstawia podwójną wartość reobazy.

Dla przejrzystości powtarzamy w krótkości określenia tych trzech pojęć:

1) Reobaza czyli zasadniczy próg pobudliwości, jest to wielkość natężenia prądu, która odpowiada czasowi trwania prądu przy zamykaniu prądu ręką, jak to się wogóle skutecznia dotychczas.

2) Czas użyteczny jest to ów najmniejszy czas, przy którym osiąga się jeszcze próg pobudliwości, przy natężeniu odpowiadającym reobazie. Praktycznie biorąc, czas ten jest 10-krotną wartością chronaksji.

3) Chronaksja jest to czas trwania prądu przy którym uzyskuje się minimalny skurcz przy natężeniu o wartości podwójnej reobazy.

Prawie równocześnie z Weissem podał Hoorweg prawo pobudliwości przy badaniu kondensatorami. Stosując kondensatory o coraz to większej pojemności, otrzymujemy próg pobudliwości przy ciągle mniejszej różnicy potencjału. Poniżej pewnej minimalnej wartości różnicy potencjału skurczu już nie otrzymamy, mimo że zwiększać będziemy pojemność kondensatora. Podobnie więc jak w prawie Weissa, odcinając na osi rzędnych różnice potencjałów, na osi odciętych zaś pojemności, otrzymamy hyperbole, a przyjmując za oś rzędnych ilości elektryczności zamiast różnic potencjałów, otrzymamy proste ilości elektryczności. Najmniejszą wartość różnicy potencjału, przy której jeszcze uzyskujemy próg pobudliwości, nazywamy różnicą potencjałów zasadniczą czyli reobazalną.

Wiemy, że czas trwania rozbrojenia kondensatora jest proporcjonalny do pojemności kondensatora (C) i do oporu przewodników (R) poprzez które dokonywa się rozbrojenie, czyli jest proporcjonalny do iloczynu obu tych czynników (RC). Gdy wprowadzimy zatem do równań hyperboli i prostej zamiast pojemności iloczyn z pojemności i oporu, wtedy ilość elektryczności wyrazi nam się jako funkcja czasu, podobnie jak w prawie Weissa. Czas, jak powiedzieliśmy, jest proporcjonalny do RC, gdybyśmy zatem znali czynnik proporcjonalności, moglibyśmy i przy użyciu rozbrojeń kondensatora obliczyć chronaksję. Lapieque znalazł doświadczalnie, że dla oporów stałych, wynoszących około 10,000 Ohmów, czynnik ten wynosi 0,37 a zatem chronaksja $\tau = 0,37 \times RC$. W praktyce następują jeszcze liczne trudności, a mianowicie trudność uzyskania u badanego oporu stałego o tak małej wartości, zjawiska polaryzacji i inne, które Bourignon zdołał w znacznej mierze usunąć przez użycie elektrod niepolaryzujących i przez wprowadzenie odpowiednich oporów. Metoda Bourignon'a oszczędza pomiaru oporu, jest równie dokładna jak metoda pierwotna, a znacznie szybsza.

Freyówna.

Fischer H. Związek między wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi skóry, a zbczeniami psychicznymi

Autor podkreśla fakt, że przy wrodzonych zmianach skóry szczególnie znamionach t. z. (*naevi*), często istnieją zmiany w innych narządach, a nawet i całym układzie, mianowicie nerwowym. Tomaczy się to wspólnym pochodzeniem skóry i tego ostatniego od jednej blaszki zarodkowej mianowicie ektodermy.

Istnieje cały szereg nieprawidłowości skóry, przy których spotykamy się ze zmianami psychicznymi i nerwowymi bardzo różnego rodzaju.

Autor zwraca n. p. uwagę na częstość znajdowanej padaczki.

Według statystyki Fere i Mouroux na 167 epileptyków aż 142 miało wrodzone znamiona skórne, najczęściej w postaci plam barwikowych.

Do chorób skórnych, przy których zachodzą zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym należą: choroba Reklinghausena, t. zw. gruczolak łojowy,

Epidermolysis bullosa haereditaria, usystematyzowane znamiona barwikowe i cięższe postaci rybiej łuski. Jak często występują zmiany psychiczne w chorobie Reklinghausena świadczy fakt, że Darier uważa zmiany psychiczne za jeden z głównych objawów tej choroby, poza zmianami barwikowymi i różnego rodzaju guzami skóry i tkanki nerwowej.

W rozsiańm stwardnieniu mózgu i rdzenia spotykamy się ze zmianami skórnymi w postaci gruczolaków łojowych, płaskich, ograniczonych zmian barwikowych, znamion owłosionych i licznych, różnej wielkości włókniaków.

Zmiany anatomopatologiczne układu nerwowego ośrodkowego w przypadkach choroby Reklinghausena i rozsianego stwardnienia bywają tak podobne, że Orzechowski i Nowicki uważają je za tę samą chorobę, wspólnego pochodzenia, a tylko o nieco odmiennych objawach klinicznych. U chorych na *epidermolysis bullosa hereditaria*, ze zбочeniami w odżywianiu, spotykamy ogólny niedorozwój, wybitne małowłowie i postępującą złośliwą krótkozwrotność.

To jednoczesne występowanie zmian skórnych i w układzie nerwowym świadczyłoby o powstawaniu tych zmian w tkance zarodkowej i to jeszcze przed zróżnicowaniem jej na skórę i tkankę nerwową. Duże praktyczne znaczenie ma badanie skóry u epileptyków, gdyż niejednokrotnie wykrycie jakiegoś objawu skórniego wyjaśnia nam pochodzenie choroby. Nie obojętną jest znajomość tych spraw dla lekarza szkolnego, który badając dzieci niezdolne lub ulegające napadom drgawek, może, po obejrzeniu skóry, mieć wskazówkę dla rozpoznania i stwierdzenia wrodzonej istoty choroby.

Dr W. Borkowski.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 134.

M-me Long-Landry. Rodzina z kiłą dziedziczną układu nerwowego.

Ojciec z wiałem rdzenia, 20 letni syn — kiłowe zaburzenia wzroku, 19 letnia córka — wiał rdzenia, 17 letni syn — z wodogłowiem i z niedorozwojem umysłowym, 15 letni syn — młodzieńczy paraliż postępujący, 6 letni syn — zmiany kiłowe czaszki. Uderza długi, bo 20-letni okres zaraźliwości kiły ojca i neurotropizm jadu, który dotknął wszędzie z narządów wewnętrznych mózgu, rdzeń i nerwy.

Revue neurologique 3, 1921.

H. Higier.

H. Krueger. Wyniki badań krwi i płynu mózgowordzeniowego u chorych z kiłą mózgu i rdzenia.

Omawianie własnych 72 przypadków kiły mózgowordzeniowej, 84 wiału i 310 porażenia postępującego i wiałoporażenia. Zupełny brak wszystkich t. zw. 4 odczynów w płynie należy w typowym porażeniu do nadzwyczajnych, w typowym wiałdzie do mniej rzadkich wyjątków. W 90% porażenia wszystkie 4 odczyny były dodatnie, w nietypowych brak czasem Wassermanna w płynie, rzadziej we krwi, najrzadziej brak pleocytozy i odczynu Nonne-Nissla w płynie. W wiałdzie obecność wszystkich 4-ch odczynów jest o 20% rzadsza niż w porażeniu, zupełna ich nieobecność zaledwie w 3% przypadków. W 85% jest Wassermann dodatni we krwi, w 75% w płynie. Pleocytozy brak w 10% przypadków. W połowie przypadków kiły mózgowordzeniowej

wszystkie 4 odczyny są obecne, w 60% odczyn Wassermanna jest w płynie dodatni, natomiast w 80% we krwi. Brak 4-ch odczynów wyklucza przeto kiłę układu nerwowego, o ile badania nie poprzedziło energiczne leczenie swoiste. Wartość 4-ch odczynów w odróżnianiu sprawy kiłowej od pokilowej jest bardzo niewielka.

H. Higier.

Monatsschrift für Psychiatrie, 18. 1920.

H. Pette. O ostrej gorączkowej postaci zapalenia kiłowego opon.

Pette opisuje 3 przypadki, które przebiegały z początku jako zwykłe zapalenie opon mózgowych. P. sądzi, że przypadki te z podłożem kiłowym nie są tak rzadkie, jak rzadkie są ich opisy. Ciekawy jest zwłaszcza jeden przypadek, który wystąpił już w 3 miesiące po zarażeniu się.

Piśmiennictwo zna przypadek Löhnego z kiłowym porażeniem połowiczem, stwierdzonym na sekcji, w 24 dni po zakażeniu kiłą.

H. Higier.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. 68. 1921.

J. Hauptmann. Krętek błady a naczynia kory mózgowej w porażeniu postępującem.

Jako punkt wyjścia wielce ciekawej pracy autor wysuwa przypuszczenie, że w kiłę mózgu umiejscowienie krętka ogranicza się do mezenchymalnej części mózgu, t. j. do naczyń, podczas gdy jego przedostanie do istoty ektodermalnej, t. j. nerwowej stanowi istotę sprawy specyficzniej pokilowej. Z bardzo złożonego obrazu drobnowidzowego wynikać się zdaje, że krętek błady przedostaje się zarówno z światła naczyń do tkanki nerwowej, jak i odwrotnie. Na rysunkach widać, że tu i owdzie pełno krętków w ścianie naczyniowej, a brak prawie zupełnie w otaczającej tkance, ale częste są też obrazy wręcz odwrotne. Stały stosunek krętka do naczyń w istocie białej nie uwydatnia się nigdzie. W korze znajduje on się wyłącznie w warstwie średniej i dolnej, nigdy zaś w górnej. Tak zwane napady porażeniowe nie stoją w związku z obfitością zajętych przez chorobę naczyń, lecz są wynikiem nagłego rozsiania się krętków, obumarcia ich i nasycenia istoty mózgowej ich jadami. Jako droga szerzenia się krętka w mózgu może, obok układu krwionośnego, być układ limfatyczny.

H. Higier.

Zeitschrift für die gesammte Neurologie. 57. 1920.

Scharnke. Z etiologii porażenia postępującego.

Na zasadzie swoich 348 przypadków S. nie uznaje specjalnego kiłowego *virus nervosus*, posiadającego swoiste powinowactwo do tkanki nerwowej, u chorych z wiałem i porażeniem. Ogólne objawy zwyrodnienia spotyka się w bezwładzie częściej, niż u zdrowych, rzadziej niż w ołębieniu przedwczesnym. Obarczenie dziedziczne nie gra roli. Na zasadzie licznych nieprawidłowości histologicznych i architektonicznych w budowie układu ośrodkowego należy przypuszczać wrodzone upośledzenie układu nerwowego. Taki układ wytrzymuje pracę normalną, a nawet wzmożoną, ulega jej jednak, gdy się przyłącza czynnik osłabiający go, w rodzaju kiły. Najłatwiej ulegają chorobie jednostki dotąd zdrowe.

Pijaństwo i gruźlica u przodków mniejszą odgrywają rolę w porażeniu i wiądzie. Ostre choroby zakaźne nie przyspieszają wybuchu. Wbrew twierdzeniu oponentów, leczenie swoiste, dokładne i dostateczne, nigdy nie przyspiesza wystąpienia porażenia i wiądu.

Archiv. für Psychiatrie 62. 1921.

H. Higier.

F. Meyendorfer. Przebieg porażenia postępującego.

Praca z oddziału psychiatrycznego Friedrichsberg Hamburga, oparta na 782 przypadkach porażenia i 208 wiądu. Zachorzenia wspomniane występują naogół tem wcześniej, im później osobnik uległ zakażeniu, co tłumaczy się mniejszą odpornością ustroju w walce z jadem. Płeć, dziedziczność, alkoholizm, gruźlica, zawód, rasa, przepracowanie, urazy, zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, a także leczenie swoiste, nie mają wpływu na długość okresu utajonego. Te same czynniki mało wpływają na trwanie porażenia. Przy nadczynności lub zmniejszonej czynności gruczołów płciowych i nieprawidłowościach w wydzielaniu tarczycy porażenie trwa dłużej i zwolnienia są częstsze. Leczenie przeciwkiłowe przed wybuchem porażenia skraca jego trwanie, leczenie po wybuchu przedłuża je. W tenże sposób działa leczenie przez wywoływanie gorączki. Porażenie „wojenne” nie istnieje, czyli wpływu urazu, przepracowania i niedożywiania nie stwierdzono.

H. Higier.

Zeitschrift für die gesammte Neurologie. 63. 1921.

Jakob i Kafka. Porażenie postępujące nietypowe.

Autorzy opierając się na własnym materiale szpitali hamburskich, omawiają uchylenia od typu porażenia postępującego, klinicznie, anatomicznie i serologicznie, przyczem nietypowości w jednym kierunku towarzyszy lub odpowiada często nietypowość równoległa w drugim. „Postać młodzieńczą, często przypominającą zwykle głuptactwo, cechują obok swoistych zmian delikatne wady rozwojowe w układzie ośrodkowym pochodzenia abiotroficznego. W postaci starczej, często podobnej do rozmiękczenia mózgu, uderza minimalny udział gleju. Postać wolno rozwijająca się, przypomina często otepienie przedwczesne, podczas gdy postać *galopująca* ma wiele cech wspólnych z zapaleniem mózgu, zarówno klinicznie jak anatomicznie.

W przypadkach, gdzie brak zmian w płatach czołowych, obraz kliniczny dzięki licznym objawom ogniskowym (niedowłady, niemota, apraksja, otepienie stopniowe) naśladuje kiłę lub miażdżycę mózgu. Anatomicznie ciekawa jest postać współistnienia zaniku kory z kilakami. Czynniki ustrojowy odgrywa pewną rolę. Nietypowość serologiczną stanowi niezwykły stosunek znanych 4 odczynów krwi i płynu rdzeniowego, często w świeżej kile mózgu. Klinicznie i anatomicznie autorzy nigdy nie spotykali typowego porażenia postępującego z ujemnym odczynem Wassermanna we krwi, lub płynie mózgowordzeniowym.

H. Higier.

(Medizinische Klinik. 1123. 1920.

R. i T. Hahn. W sprawie ciężkich powikłań podczas stosowaniu salwarsanu.

Autor streszcza wyniki z 10 letniej praktyki salwarsanowej z dziedziny powikłań niepożądanych.

Dreszcze z gorączką w dniu lub w kilka dni po wstrzykiwaniu, tu i owdzie z towarzyszącą wysypką. Przemijająca głuchota z utratą przytomności w 3-ch przypadkach. Względnie pomyślny wynik wstrzykiwań zmienił się w r. 1919, gdyż autorzy, stosując zwykłą dawkę 0,45 neosalwarsanu, mieli aż 6 przypadków śmiertelnych: 1 wskutek ciężkiego zapalenia skóry, 2 wskutek ostrej choroby wątroby i 3 wskutek krwotocznego zapalenia mózgu, stwierdzonego na sekcji.

H. Higier.

Münchener medizinische Wochenschrift. 1222. 1920.

Herbert Fuchs. Wiąd rdzenia we wczesnym okresie kiły.

Autor spostrzegał w ciągu 1½ roku 4 przypadki, w których objawy wiądu rdzenia w postaci nierównych źrenic, słabo oddziaływujących na światło, osłabionych odruchów, a w jednym przypadku zбочenia czucia na nogach i objawu Romberga wystąpiły bardzo wcześnie, w kilka miesięcy od zakażenia kiłą. Rokowanie w tych przypadkach jest zazwyczaj dobre, bo po odbyciu swoistego leczenia następuje szybko znaczne polepszenie.

J. Szumski.

(Derm. Woche 9.VII. 1921 r.).

P. E. Demetre. Leczenie płasawicy ostrej.

Autor na podstawie 5 przypadków zachwala leczenie płasawicy ostrej za pomocą wśródźylnego zastrzykiwania neosalwarsanu po 0,15 grm codziennie lub 0,3 co dwa dni.

W wyniku autor otrzymywał wyleczenie zupełne w krótkim czasie, nieraz już po jednym zastrzyknięciu.

Jednocześnie autor zwraca uwagę, iż wynik dodatni po zastrzyknięciu jest środkiem rozpoznawczym, dla odróżnienia płasawicy prawdziwej od objawów płasawicy w zapaleniu mózgu nagminnem.

H.

(Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux r. 1921 Nr. 27).

Edhem. Gorączka kiłowa w przypadku napadów żołądkowych w wiądzie rdzenia.

Przypadek wiądu u 65-letniego chorego z napadami żołądkowymi (*crises gastrique*) i z ciepłotą, dochodzącą do 40°, wyleczony przez zastrzykiwanie wśródźylnie 0,05 cjanku rtęci.

Autor zgadza się z poglądem Gilbert'a, Chiray'a i Couzy'ego o możliwości istnienia gorączki kiłowej w okresie trzeciorzędnym, lecz nie uzależnia jej od zmian w wątrobie. Gorączka ta jest wyrazem czynności krętka bladego i jego jądów.

H.

(Bull. et mémoires d. la société méd. des hôpitaux r. 1921 Nr 27.

R. Mathieu. Kilka spostrzeżeń nad własnościami leczniczymi tiosiarkanu sodu (*hyposulfite de soude*) w obrzękach ostrych Quinckego, padaczce i płasawicy.

Dobry wynik po stosowaniu tego środka (4 gramy dziennie w roztworze wodnym) w przypadku obrzęku ostrego Quinckego jest według autora wynikiem przeciwdziałania objawom uczulenia (*anaphylaxia*) w związku z pewnymi zatruciami bliżej nieokreślonymi.

Żadnych wyników nie otrzymał autor w padaczce.

Dobre wyniki były w 1 przypadku płasawicy, również w związku z objawami, spowodowanymi przez spożywanie mleka.

H.

(*Bull. et mémoires de la société méd. des hôp. Nr. 27. 1921.*)

Sicard, Paraf, Forestier. Leczenie migreny przez zastrzykiwanie wśródyżylne węglanu sodu.

Autorzy zastrzykują co 2—3 dni węglan sodu w żyłę ręki w ilości 1,5—2,0 w 80 do 100 ctm³ surowicy sztucznej.

Po 3—5 zastrzyknięciach stwierdzono znaczne polepszenie.

Prócz tego polecają autorzy chorym przyjmowanie 2 — 3 gramów dwuwęglanu sodu w małej ilości wody przed jedzeniem.

Działanie węglanu sodu objaśniają autorzy przez własności jego przeciwdziałające rozpadowi kolloidów.

H.

(*Bull. et mémoires de la Société méd. des hôp. Nr 26, 1921.*)

Georges Guillain. O wpływie nakłucia lędźwiowego na odruchy ścięgniste i skórne w przypadku porażenia poprzecznego kiłowego.

Autor zwraca uwagę, że nakłucie lędźwiowe nie jest zabiegiem tak niewinnym, za jaki się go zazwyczaj uważa. Na dowód podaje spostrzeżenie u chorego z porażeniem poprzecznym na tle kiły, u którego w celu rozpoznawczym dokonano nakłucia lędźwiowego. Nazajutrz wystąpiły silne bóle głowy, wymioty; zaburzenia ruchowe i czuciowe wzmogły się, odruchy ścięgniste przedtem bardzo wygórowane (drgawkowe) można było wywołać z trudnością, a przy odruchu podeszwowym występowało zgięcie w miejsce poprzedniego prostowania stopy. Objawy te ustąpiły po kilku dniach.

Nie powinno się też, zdaniem autora, wykonywać nakłucia w pierwszym okresie po krwotoku mózgowym, można bowiem przez to wywołać ponowne krwawienie. Naogół autor radzi stosować ten zabieg tylko w przypadkach, gdzie względy lecznicze, względnie rozpoznawcze, koniecznie wymagają tego.

Freyówna.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux.
30 Juin 1921.

Przegląd Bibliograficzny.

Prof. Juliusz Szymański. „Okulistyka w skróceniu“. Kurytyba, drukarnia B. Dergint i S ka 1920 r.

W Brazylii, w Kurytybie, miłość do Ojczyzny podyktowała profesorowi Parańskiego Uniwersytetu Dr. J. Szymańskiemu książkę, poświęconą przez niego słuchaczom Wszechnie Polskich.

Autor książki, chlubnie znany w Ameryce, członek Akademii Oftalmologicznej i Oto-laryngologicznej w Stanach Zjednoczonych i członek honorowy Towarzystwa Lekarzy Polskich w Chicago, i zdala od Polski myślał o nauce polskiej i o przyszłości Polski — młodzieży.

Książka prof. Szymańskiego jest dziełem oryginalnym, może nawet jedynym w swoim rodzaju.

Bo jeśli okulistyka wogóle jest jednym z najdostępniejszych do badania przedmiotowego działów medycyny, to i szematy, podane przez autora, świetnie rysują tak choroby, jak i poszczególne etapy badania i leczenia oka. Szczególnie jasne i poglądowe

są rysunki, dotyczące refrakcji, porażań mięśni zewnętrznych, zmian na rogówce, źrenicy, szemat, objaśniający jaskrę (rys. 63) rysunki operacji ocznych i wiele, wiele innych.

Ze szczególnym pietyzmem w książce podkreślone są tak sposoby badania, jak i zabiegi, proponowane przez okulistów polskich.

Język i mianownictwo polskie bez zarzutu.

Wogóle jest to wyborny plan i skrót okulistyki, szkoda tylko, że zanadto przypomina skróty, tak często używane przez studentów przed egzaminami. Zbytnią zwięzłość, często kosztem jasności, przeszkadza, aby książka stać się mogła podręcznikiem, czego załować należy tem więcej, że oryginalny pomysł układu książki świadczy o wybitnych zdolnościach pedagogicznych autora i o żywej chęci udostępnienia przedmiotu, widocznej, zresztą, z każdej prawie kartki książki.

W. H. Melanowski

Odcinek.

Obecny stan szpitalnictwa w Stanach Zjednoczonych.

W zeszycie XVI z d. 16 Kwietnia 1921 r. *Journal of the American Medical Association* podaje na podstawie najnowszych źródeł urzędowych z r. 1920 ciekawą statystykę szpitalnictwa w Stanach Zjednoczonych. Na 105.683.108 mieszkańców — ogólna liczba szpitali, sanatorjów i innych zakładów leczniczych — 6152, łóżek — 817.020.

Pod względem pojemności (*bed capacity*) szpitali ogólne można podzielić na 2 kategorie. Do pierwszej należy 2926 szpitali, z których każdy posiada więcej niż 25 łóżek, z ogólną pojemnością 293.825 łóżek. Do drugiej należy 1087 szpitali, z których każdy posiada mniej niż 25 łóżek z pojemnością 17334 łóżek. W 5 tablicach, wykazujących rozmieszczenie

szpitali w poszczególnych stanach, okręgach i gminach, uwzględniono cztery następujące punkty: a) stosunek szpitali do liczby mieszkańców, b) do

Z a k ł a d y	Liczba zakładów	Liczba łóżek
Szpitala ogólne.	4013	311159
Szpitala rządowe	156	63148
Sanatorja dla chorych nerwowych i umysłowych	521	295382
Państwowe sanatorja dla gruźliczych ¹⁾	52	10150
Szpitala poprawcze (penitencjary)	47	2197
Przytułki dla starców, inwalidów i t. p.	1363	134984
Ogólna liczba	6152	817020

¹⁾ Łącznie z 343 oddziałami dla chorych z ostrą i podostrą gruźlicą przy szpitalach ogólnych,—liczba tych zakładów wynosi razem 395, liczba łóżek — 41.544.

Z powodu strejku służby szpitalnej w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów otrzymaliśmy dwie poniższe odezwy:

Od Stowarzyszenia Lekarzy.

D. 10 b. m. w szpitalu dziecięcym im. Bersonów i Baumanów zastrajkowała służba szpitalna, żądając podwyżki pensji o 200%. Chore dzieci pozostawiono zupełnie bez opieki. Było pomiędzy 51 choremi dziećmi 43 chorych na szkarlatynę. W dniu 11 b. m. sale szpitalne sprzątnął lekarz naczelny. W dn. 12 b. m. Zarząd szpitala był zmuszony dopuścić do obsługi chorych dzieci matki ich, przybyłe z miasta, chociaż zdawał sobie sprawę, że te matki mogły się przez to stać roznosicielkami zarazy po mieście. Zdziczenie służby szpitalnej wyraziło się w tak haniebny sposób, że służba ta nie pozwoliła wynieść z obrębu sal chorych dzieci zwłok zmarłego dziecka. Dopiero długimi perswazjami osiągnięto to, że służba raczyła po 12 godzinach pozwolić na usunięcie trupa.

ilości mil kwadratowych, c) odsetek łóżek, będących średnio w użyciu, d) odsetek hrabstw, nie mających szpitali. Jedno łóżko w szpitalu ogólnym przypada średnio na każde 340 osób, wahając się od 139 osób w stanie Nevada do 1054 osób w stanie Missisipi. Na ogólną liczbę 311.159 łóżek (w 4013 szpitalach) bywa w użyciu przeciętnie 206,024 czyli 67%. W stosunku do przestrzeni jeden szpital przypada średnio na każde 741 mil kwadratowych. Wahania są dosyć znaczne, poczynając od 42 mil kwadratowych w stanie Massachusetts do 5780 m. kw. w stanie Nevada. Na ogólną liczbę 3027 hrabstw (*counties*) we wszystkich 48 stanach 1695 czyli 56% hrabstw nie posiada żadnego szpitala. Okręgi północne są pod tym względem lepiej zaopatrzone od okręgów środkowych i zachodnich. Chociaż ogólna liczba łóżek zdaje się być przystosowaną do potrzeb ludności, jednakże, jak wykazuje statystyka, rozmieszczenie szpitali nie jest prawidłowe. W przyszłości powinny być przedewszystkiem uwzględnione potrzeby tych hrabstw, które nie mają szpitali.

K. R.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, nie znajdując dostatecznych wyrazów na napiętnowanie takiego zdziczenia moralnego ludzi, którym była powierzona opieka nad dziećmi i w dodatku nad dziećmi ciężko choremi, oświadcza w imieniu swoich członków, że takim ludziom opieka nad chorymi nadal powierzona być nie może i że żaden uczciwy lekarz nie zgodzi się obsługiwać szpitala, do któregooby przyjęto któregokolwiek z tych zdziczałych osobników

Od Związku Lekarzy.

Podzielając w zupełności motywy zawarte w powyższym proteście Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Zarząd Główny oraz Zarząd Obwodu Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego wyrażają najwyższe oburzenie z powodu nieludzkiego zachowania się służby szpitala im. Bersonów i Baumanów wobec powierzonych jej pieczy chorych dzieci oraz podzielają przekonanie, ludzie, którzy dopuścili się podobnych czynów, nie mogą pod żadnym pozorem nadal opiekować się chorymi.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Jan Bączkiewicz, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, został wybrany na członka Komitetu honorowego Ogólnego Stowarzyszenia Lekarzy Francuskich w Paryżu.

— Nr. 10 „Nowin lekarskich“ za październik zawiera: Higier. Ból ramienia jako wczesny objaw rozpoznawczy sprawy płucnej.—Bross. Ilość czerwonych krwinek w 1 mm³ krwi u człowieka.—Kwasek. Sposoby zastąpienia oryginalnego barwika Giemzy.—Alkiewicz. Działanie nerek. Liczne streszczenia z piśmiennictwa oraz dodatek nadzwyczajny, drukowany po francusku dla uczczenia kolegów francuskich, w którym znajdujemy przemowę rektora Uniwersytetu prof. Święcickiego, przemowę d-ra Dembińskiego, streszczenie odczytów prof. Turlais „O rzekomem zapaleniu płuc u starców“, prof. Billet'a „O padaczkę urazowej“, d-ra Lemierre „O cierpieniach ostrych zapalnych stawów przy wrodzonym rdzenia“, prof. Ehlersa z Kopenhagi „O przytułkach dla dzieci z kiłą wrodzoną“, prof. Roger, „Historja Uniwersytetu Paryskiego i wydziału lekarskiego“.

Nr. 8 „Polskiego Czasopisma lekarskiego“ zawiera: Zylberblat-Zandowa. „O wpływie położenia

ciała i głowy na ciśnienie płynu mózgowordzeniowego Bednarski. Przypadek samoistnego wessania zaćmy starczej. Rosenthal. Trzy przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych wyleczone metodą napotną. Nowaczyński. Leczenie wysięków opłucnych wstrzykiwaniami mleka. Kadyi. W sprawie niepoczytalności. Edw. Zieliński. Notatka o niektórych sposobach badania rzadko u nas stosowanych, bądź wcale nieznanych. Sprawozdanie Parnasa „Nowe poglądy w nauce o odżywianiu“ i liczne streszczenia prac z piśmiennictwa cudzoziemskiego, oraz ciąg dalszy artykułu Nowickiego. „Sprawa zwalczania raka w Polsce“.

W roku bieżącym będą wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zapomogi z zapisu kol. Leona Nehringa dla podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach, bądź też dla niezamożnych studentów wydziału lekarskiego. Podanie wraz z curriculum vitae i dokładnem wymienieniem obecnych warunków życiowych oraz z piśmiennem zaświadczeniem 2-ch lekarzy, a dla studentów z zaświadczeniem „Bratniej Pomocy“, należy składać w kancelarji Stowarzyszenia (Widok 2B) do 1 grudnia 1921 r.

NEKROLOGJA.

Ś. P. Dr. Roman Ostrzycki zmarł w Koninie d 12 września 1921 roku. Urodził się w Cekowie, ziemi Kaliskiej w 1850 r. szkoły ukończył w Kaliszu, a uniwersytet w Warszawie w 1877 r. Rozpoczął praktykę w Wilnie, przeniósł się do Piotrogradu, ale po paru latach wrócił w ojczyste strony i osiadł w Koninie, gdzie przepracował 37 lat, jako lekarz praktyk, a od wybuchu wojny wszechświatowej jako naczelny lekarz miejskiego szpitala Ś-go Ducha. Dzielnym i zdolnym lekarzem, z acy człowiekiem, był przez te długie lata dobrodziejem okolicy i ratownikiem kilku pokoleń, a jak spełniał swe zawodowe obowiązki, mogłyby zaświadczyć te zastępy cierpiących, które u Niego szukały zawsze pomocy lekarskiej i ten tłum różnobarwny, który z nieklamany żalem odprowadził Jego zwłoki, by oddać je ojczystej ziemi. Oby ta ojczysta ziemia, której z acynym był synem, lekka mu była! *Z. Dukalski.*

Śmierć twórcy prostatektomji nadłonowej. Dnia 9.IX.r. b. zmarł w 70-ym roku życia Peter Johnston-Freyer. Po ukończeniu nauk lekarskich w Dublinie i Paryżu spędził, szereg lat w Indiach Wschodnich, gdzie zajął się gorliwie operowaniem kamieni pęcherza moczowego—choroby bardzo w tych stronach rozpowszechnionej. W roku 1896 został mianowany chirurgiem londyńskiego St Peter's Hospital for Stone. W tym czasie amerykanin White ogłosił swą metodę leczenia przerostu stercza za pomocą kastracji i wycinania nasieniowodów. Freyer poszedł inną drogą i w 1901 roku opublikował pierwsze cztery przypadki prostatektomji nadłonowej. Metoda ta wkrótce zdobyła sobie prawo obywatelstwa we wszystkich krajach. W kilka lat później ogłosił drukiem „Tysiąc przypadków całkowitego wyluszczenia stercza w celu leczenia doszczętnego przerostu tego narządu”. (The Lancet 24 IX 1921).

E. Lewenstern.

K A D E S Ł A N O .

- 1) Higjena Szkolna — podręcznik pod redakcją D-ra St. Kopczyńskiego. 2) B. Koskowski — Receptura — Wydanie drugie.

TREŚĆ NUMERU:

	strona		strona
Ed. Zieliński. O stosunku anatomicznym, sprzyjającym powstawaniu padaczki	141	Scharnke. Z etiologii porażenia postępującego	152
St. Bailey. O stosowaniu psycholecznictwa w nagminnym zapaleniu mózgu	143	Meyendorfer. Przebieg porażenia postępującego	153
Streszczenie zbiorowe		Jakobi i Kafka. Porażenie postępujące nietypowe	153
A. Wojciechowski. Układ współczulny, chirurgia współczesna	148	R. i T. Hahn. W sprawie ciężkich powikłań podczas stosowania salwarsanu	153
tąka lecznicza. Leczenie kiły	150	Fuchs. Wład rdzenia we wczesnym okresie kiły	153
Streszczenia z piśmiennictwa.		Oemetre. Leczenie płaswicy ostrej	153
Bourgignon. Oznaczenie chronaksji u człowieka przy wyładowywaniu u kondensatorów. Uproszczenie techniki pomiaru chronaksji	150	Edhem. Gorączka kiłowa w przypadku napadów żółdkowych w władze rdzenia	153
Fischer. Związek między wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi skóry, a zbroczeniami psychicznymi	151	Mathieu. Kilka spostrzeżeń nad własnościami lecnictwami tiosiarkanu sodu w obrzękach ostrych Quinckego, padaczce i płaswicy	153
Long-Landry. Rodzina z kiłą dziedziczną układu nerwowego	152	Sicard, Paraf, Forestier. Leczenie migreny przez zastrzykiwanie wśródzylne węglanu sodu	154
Krueger. Wyniki badań krwi i płynu mózgowordzeniowego u chorych z kiłą mózgu i rdzenia	152	Guillain. O wpływie nakłucia lędźwiowego na odruchy ścięgniste i skórne w przypadku porażenia poprzecznego kiłowego	154
Pette. O ostrej gorączkowej postaci zapalenia kiłowego opon	152	Przegląd biblijograficzny. Prof. Szymański. Okulistyka w skróceniu, ocenił W. H. Melanowski	154
Hauptmann. Krętek błady a naczynia kory mózgowej w porażeniu postępującym	152	Odcinek. Obecny stan szpitalnictwa w Stanach Zjedn. Od Stowarzyszenia Lekarzy i od Związku Lekarzy	155
		Wiadomości bieżące	155

Redaktor: Prof. Dr Józef Hornowski.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 3. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5 do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ” w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk 750. Cena pojedynczego numeru 150 marek.

Cena ogłoszeń: cała strona m. 10.000; pół strony m. 6.000; ćwierć strony 3.500.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Senatorska 12. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris — Vesinet 10 Route de la Plaine.