

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmovaniu zbroceń zmysłowych, podał K. Rychliński. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 140. Chloroform czy eter? — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 listopada r. b. — **Odrobniejsze wiadomości różnej treści.** — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Rychliński — Considerations sur les psychoses periodiques. 2) D-r T. Heiman — Complications léthales des maladies de l'oreille. 3) D-r Z. Bychowski — De la maladie de Parkinson.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Rychliński — Zur Lehre von den periodischen Psychosen. Was verstehen wir unter Sinnestäuschungen? 2) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten. 3) D-r Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH UNIERSYTETU
WARSZAWSKIEGO.

Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmovaniu zbroceń zmysłowych

podał K. Rychliński ordynator kliniki.

Zamierzchle wieki, bo sięgające czasów ARISTOTELES'a, AETIUS'a i innych, świadczą, że wybitniejszym ówczesnym myślicielom znane były pewne zbroczenia umysłowe, zjawiające się co pewien czas; nie przeto dziwnego, że nauka o psychozach peryodycznych jest tak stara, obejmuje tyle specjalnych prac, że niesposób obecnie zajmującemu się tym przedmiotem objąć je wszystkie. Studyjujący rozwój nauki o psychozach peryodycznych musi się ograniczyć do wiadomości podanych w monografiach, poświęconych tej kwestyi, i do przestudjowania poglądów wybitniejszych specjalistów. Nie muszą być jednak te poglądy tak skryształizowane, tak zakończone, skoro co pewien czas zjawia się jakaś nowa praca, która pod naciskiem nowych wierzeń i zapatrywań, jeżeli nie obala dawnych poglądów, to w każdym razie przedstawia znane fakty w odmiennem świetle. Powyższe słowa dadzą się zastosować w zupełności do nauki o psychozach peryodycznych, podział bowiem na różne postacie: a) zadumę peryodyczną, b) szaleństwo peryodyczne i c) bredzenie peryodyczne, wkrótce uzupełniony został dodaniem t. zw. obłąkania przemienne (psychosis periodica circularis), nałogowego opilstwa (dipsomania) i wreszcie zbroczenia umysłowego miesięczkowego u kobiet (psychosis menstrualis periodica). 6 tych postaci, pod którymi objawiają się psychozy peryodyczne, zdawało się, obejmują wszystko, na co obserwacya i analiza specjalisty zdobyć się może.

Że tak nie jest, świadczy praca prof. MENDEL'a, ogłoszona w r. 1888, w której autor dowodzi, że oprócz wyżej przytoczonych postaci istnieje jeszcze jako odrębna postać, t.zw. obłąkanie omamowe peryodyczne (*paranoia hallucinatoria periodica*).

Oprócz 3-ch przytoczonych przez autora przypadków, istnieje w literaturze opis KAUSCH'a, ogłoszony w 1893 r. w „Archiv f. Psych. und Nerv.“, który, zdaje się, przemawia za odrębnym stanowiskiem postaci MENDEL'a.

Poglądy berlińskiego profesora do obecnego czasu nie trafiają do przekonania wielu specjalistów, gdyż oni nie chcą uznać obłąkania omamowego peryodycznego za odrębną postać. Nim jednak zacznę przytaczać zarzuty czynione MENDEL'owi i wykazywać ich bezzasadność, niech mi wolno będzie przytoczyć na tem miejscu opis kilku napadów u jednego chorego, którego od maja 1892 roku mam sposobność obserwować w szpitalu Św. Jana Bożego.

I. Chr. urodził się w 1856 r. w Warszawie. Ojciec chorego cierpiał co pewien czas na jakąś chorobę umysłową, dziad i pradziad również mieli jakieś przypadłości pomieszania. Matka chorego umarła wskutek ospy. Ma tylko przyrodnich braci, którzy są zupełnie zdrowi. Pierwsze nauki pobierał od matki, później wstąpił do szkół w Warszawie, lecz z 2-ej klasy po śmierci ojca wystąpił dla braku funduszków i oddany został na naukę do sklepu łokciowego; na tej drodze niedługo wytrwał, gdyż wskutek nieporozumień z pryncypałem musiał opuścić zajęcie. Na wsi, dokąd się udał, pod okiem dziadka przykładał się w ciągu 2-ch lat do książki i wstąpił do 3-ej klasy szkoły realnej w Krakowie. Po ukończeniu 4-ch klas, po śmierci matki, musiał porzucić myśl o dalszem kształceniu się, by na drodze praktycznego życia zdobyć sobie kawałek chleba. Na pierwszym jednak wstępie po tej nieznaney drodze, która dla naszego chorego okazała się zbyt ciernistą i niewdzięczną, dostał pierwszego napadu choroby, która go do obecnej pory nie porzuca.

W przerwach między napadami zajmował się różnemi gałęziami pracy. Wiadzimy go najpierw jako praktykanta w cukrowni, później jako oficjalistę w biurze hydraulicznem, następnie pełni służbę wojskową w Smoleńsku; uwolniony z tej służby dla poprawienia zdrowia, zajmuje się kolporteryą książek i pism, to znów zostaje bez zajęcia, wraca do poprzednich obowiązków w zakładzie hydraulicznym, prowadzi księgi buchalteryjne w kantorze swych braci przyrodnich, zajmuje się rysunkiem technicznym, do którego miał zdolności, znów wałęsa się, szukając pracy, i nie znalazłszy jej w Warszawie, wyjeżdża wraz z nowozaślubioną żoną do Dąbrowy, gdzie na poszukiwaniu zajęcia i pielęgnowaniu chorej żony (starszej od siebie o lat kilkanaście i cierpiącej od dłuższego czasu na astmę sercową) schodzą mu miesiące miodowe. Osierocony wkrótce przez śmierć żony w kilka miesięcy po ślubie i będąc w złych warunkach materialnych wśród obcych mu ludzi, dostaje tam napadu swojej choroby i wraca do Warszawy, gdzie po wyzdrowieniu zaczyna poprzednią odyseę, coraz to zmieniając zajęcie, gdyż albo nie może się zgodzić ze zwierzchnikiem, albo mało zarabia, albo też nie chciano go trzymać ze względu na jego chorobę. Znudzony niepowodzeniami z jednej strony, z drugiej zaś trapiony coraz częściej przytrafiającymi się napadami cierpienia umysłowego, postanowił wreszcie w maju zeszłego roku (1892) zapisać się do szpitala Św. Jana Bożego, w murach którego od tego czasu znajduje opiekę w czasie choroby i możliwie dobre warunki w przerwach między napadami.

Do pobieżnego tego szkicu dodać muszę, że w dzieciństwie nasz chory odznaczał się dosyć dobrymi zdolnościami, umysłem refleksyjnym, łagodnym i dosyć jednostajnym charakterem. Uczył się w szkołach średnio, nauki przyrodnicze i matematykę przedewszystkiem lubił, do języków zaś nie zdradzał wielkiego zamiłowania i wybitniejszych zdolności. W przerwach między napadami czytał wiele, gdyż, jak sam mówi w swojej autobiografii: „spędzałem czas, czytając dziełka z zakresu nauk przyrodniczych lub filozofii ze szczególnem uwzględnieniem matematyki i fizyki, które są mymi ulubionymi przedmiotami“.

W życiu swem oprócz przytrafiających się od czasu do czasu bólów głowy, ostrej rzeżączki i szankra miękkiego, poważniejszych cierpień nie miał; za to napa-

dy choroby umysłowej nadzwyczaj często zatrzymywały go w łóżku lub robiły go niezdolnym do pracy. Nim jednak przytoczę opis tych napadów, dokonany przez samego chorego, pozwolę sobie powtórzyć dosłownie to, co sam chory pisze w swej autobiografii.

„Początki mojej choroby, pisze chory w listopadzie 1892 roku, przypadają na wiosnę 1874 r., a w 18-ym mego życia przebiegu. Średni czas jej trwania ograniczał się na 8 do 14-to dniowym terminie, większy trwał 3 do 4-ch tygodni, a maksymalny 2 do 3-ch miesięcy. W szpitalach różnych, mianowicie w Krakowie, znajdowałem się potrzykroć: raz około 4-ch miesięcy, drugim razem byłem 6 miesięcy, a trzecim też około 4-ch miesięcy. Razem 1 rok i miesiąc 2. W naszym szpitalu znajduję się po raz 6-ty, a to w następującym porządku: pierwszym razem bawiłem 6 miesięcy, drugim 9, 3-im — 8, 4-tym — 10, 5-tym—18, a obecnie już 7 miesięcy znajduje się w murach tego zakładu. Razem więc w szpitalu Św. Jana Bożego przebyłem 58 miesięcy, czyli 4 lata i 10 m., a poprzednio 1 rok i 2 m., co stanowi 6 lat pobytu w samych szpitalach. Prócz tego często narażony byłem na pobyt w ratuszu z powodu braku miejsca w szpitalu i tam mogłem spędzić ogółem jakie 1½ roku. Poza domem przeto na kuracyi spędziłem 7½ lat. Oprócz tego przez przeciąg czasu 18-to letni, bez popełnienia wielkiego nieprawdopodobieństwa, mogę utrzymywać, że przeszedłem jakie 40 napadów, będąc w domowym otoczeniu, co pomnożone przez liczbę 3 (mniej więcej 3 tygodnie trwa napad) daje 2 lata i 4 miesiące nieprzerwanej choroby. Z okresu mego życia, odkąd mogłem samodzielnie pracować, wykreślić przeto muszę 9 lat miesięcy 10, przebyte poza szrankami walki codziennej, reszta zaś 8 lat i 2 miesiące przypada na względny stan zdrowia mego“.

Kilkakrotnie podejmowane przezemnie badanie chorego w okresie wolnym od napadu choroby nie wykazało nic anormalnego w narządach wewnętrznych. Ze strony układu nerwowego ani w sferze ruchowej, ani w czuciowej żadnych zbożeń zaobserwować nie można było. Co się zaś tyczy stanu psychicznego, to czytelnik potrafi sobie wyrobić zdanie o niem po przeczytaniu opisu tych kilku napadów choroby, które dosłownie z rękopisu samego pacjenta przytaczam poniżej.

Opis 1-go mego ataku z uwzględnieniem wszelkich szczegółów.

W 1873 roku, bawiąc w Krakowie i uczęszczając do 4-ej klasy szkoły realnej, zostałem zawiadomiony, że matka moja jest niebezpiecznie chora, a wkrótce potem babka moja przyjechała do mnie i przywiozła mi smutną wiadomość, że matka moja przed kilku dniami zmarła. Dotknięty do żywego tą wiadomością, nie uroniłem wprawdzie ani jednej łzy, lecz stałem się dziwnie pośepny i zamyślony, chociaż zajęć w szkole nie przerywałem. Po śmierci matki zostałem pozbawiony pomocy materyjalnej, lecz dzięki dobrym ludziom, którzy mi pod różnemi postaciami przychodzili z pomocą, postanowiłem dalej uczęszczać do szkół. Wkrótce jednak odebrałem list od dziadka, w którym przedstawił mi ciężkie swoje położenie materyjalne i wzywał mnie, abym porzucił szkoły i udał się do Warszawy, gdzie otrzymam stałe zajęcie, tą więc drogą ulżę jego kłopotom i wkrótce będę mógł dopomagać 2 młodszym braciom, którzy pozostali na jego opiece. Po krótkich wahaniach, choć z żalem, postanowiłem pójść za radą dziadka, przed wyjazdem jednak do Warszawy chciałem odwiedzić nieznaną mi dotąd stryjenkę w Tarnowie. Nagle powziętą decyzję wprowadziłem zaraz w wykonanie; poszedłem do kancelaryi szkolnej, zameldowałem swoje wystąpienie ze szkoły i nazajutrz rano powzięłem zamiar wyjechać do Tarnowa. Przypominam sobie, że były chwile przelotne w dniu owym, w których jakby lekkie przeczucie i obawa choroby zaprzętały moje myśli, lecz wkrótce to przeszło, gdyż starałem się odwagą i dobrą myślą niweczyć owe czarne kruki. Jakoż wstałem, jakby zdrow i dobrej myśli i, idąc na dworzec kolejowy, postanowiłem wypić dwie szklanki piwa i kupić gazetę do czytania w wagonie. Nareszcie przybyłem na salę, usadowiłem się na jednej z ławeczek obok bufetu i, kazawszy podać piwa, paląc papierosy, obserwowałem snujących się gości lub oddawałem się myśli o przyszłości i losach, jakie mnie przypadną w udziale po widzeniu się ze stryjenką. Przypominam sobie nawet, że rozmawiałem z jedną z osób podróжных i nie przypominam sobie, żeby coś zwiastowało we mnie zarodek choroby. Kupiłem nareszcie „Czas“ i, oczekując odejścia pociągu, usadowiłem się w wagonie, zajęty będąc jedynie myślami, odnoszącymi się do mojej stryjenki,

a mianowicie, jakie zrobię na niej wrażenie, jakie ona na mnie wywrze, w jakim ją zastanę usposobieniu i t. p.

Zmęczony własnymi myślami, zacząłem wyglądać przez okno wagonu, zachwycalem się krajobrazem, lecz wkrótce przyszła mi myśl, że mogę być zawiany, a ponieważ wiedziałem, że w naszym rodzim jest dziedziczne usposobienie do chorób umysłowych, przyszła mi myśl, że wskutek zawiania i ja mogę dostać obłędu. Pod wpływem tej obawy opuściłem okno i zatopiłem się w czytaniu gazety. W trakcie czytania rozglądałem się po wagonie i zostałem zaintrygowany obecnością dwóch pasażerów z drągami żelaznymi, zdawało mi się bowiem, że oni mnie śledzą. Starłem się pokonać obawę, jaką uczuwałem na widok 2-ch nieznanych mi ludzi, skupiałem uwagę na gazecie, lecz napróżno, myśl moja bowiem zbaczała na inne zupełnie tory i to z takim natężeniem, że przez chwilę zastanawiałem się, jak daleko sięgałaby myśl moja niczem niehamowana i pod tem wrażeniem zacząłem się zastanawiać nad ogromem i ilością zagadnień niepokojących człowieka. Zatopiony w podobnych myślach, uczuwałem od czasu do czasu lekki zawrót głowy, szum w uszach, ale nie słyszałem, ani wiedziałem, co się koło mnie działo. Wyprowadziły mnie z tego odrętwienia dopiero te słowa: „co się z panem stało, już od kwadransu krzyczmy i stukamy, a pan jak umarli lub śpiący nie dajesz znaku życia; stacya Tarnów, pociąg za chwilę odchodzi, spiesz się pan“. Słowa te, wypowiedziane przez jednego z licznie zebranych koło mnie pasażerów, oprzytomniły mnie cokolwiek; spiesźnie opuściłem wagon i zacząłem się zastanawiać nad swoim stanem umysłu, słusznie niepokojąc się o normalność jego. Jeszcze większy lęk ogarnął mnie, gdy stanąłem na rynku nieznanego mi miasta z zamiarem zapytania się o drogę do mieszkania mojej stryjenki i gdy zaczęły się tworzyć przed memi oczami gwiazdki z towarzyszącym im zawrotem głowy; gwiazdki prędko zamieniły się to na ciemno-szare, to na popielate, to wreszcie na brudno-czerwone smugi, które jak ekran zaciemniały blask mojego wzroku. Powstała znów w umyśle mym obawa przed pomieszaniami zmysłów. Skupiam całą swą uwagę nad jednym pytaniem: jak się dowiedzieć o ulicy, gdzie mieszka moja stryjenka; zaczepiam przechodniów i proszę o potrzebne mi wskazówki, lecz tu nowa niespodzianka mnie spotyka, gdyż zamiast żądanych informacji słyszę jakieś słowa dla mnie niezrozumiałe. Powtarzam pytanie i znów słyszę koszałki — opalki, zapytuję wreszcie po raz trzeci i czwarty, lecz zamiast odpowiedzi widzę pogardliwe kiwanie głowami, słyszę odpowiedzi, nie mające związku z zapytaniem, a nawet słyszałem przekleństwa, wypowiedziane żargonem żydowskim. Zniecierpliwiony zaprzestaję pytać i zaczynam rozmyślać o tem, co mnie spotkało, myśl jednak o nienormalnym stanie mego umysłu kilkakrotnie przechodzi przez mój umysł, walczę z widmem choroby, której się boję i, przywołując siłą woli całą przytomność umysłu, chcę znów pytać przechodniów o drogę. Lecz nowe niepowodzenie mnie napotyka: złudzenia wzrokowe ciągle mnie prześladują, chociaż w zmienionej formie. Gwiazdy i smugi ustąpiły miejsca jeszcze gorszym złudzeniom wzroku: rysy twarzy spotykanych osób przybierały formę straszną, zdawało mi się, że widzę snujące się widma o bladych, blado-żółtych z jakimiś ceglastego koloru rumieńcami twarzach. Zdawało mi się, że mnie otaczają z grobu powstałe osoby, że usta ich przy przemówieniu przybierały jakiś podłużny kształt, że przestrzeń jamy ustnej przedstawiała jakąś otchłań ciemną, coś demonicznie szatańskiego w sobie mającą. Poczynając wierzyć w autentyczność tych widzeń, przypuszczałem, że i ja już nie żyję i że się znajduję na tak zwanym innym świecie. Jak długo stałem na ulicy, opanywany zmorami, nie pamiętam, przypominam tylko sobie, że wreszcie ocknąłem się z odrętwienia i prosiłem jakiegoś rzemieślnika, żeby mnie odprowadził pod wskazany adres. Prośba moja została wysłuchana i wreszcie znalazłem się w mieszkaniu stryjenki. Czekać przybycia krewnej, rozmyślałem nad tem, co mnie spotkało i nie byłem pewny, czy widziadła, o których wspominałem, były wytworem chorobliwej wyobraźni, czy też rzeczywiście istniały. Gdy po przywitaniu ze stryjenką opowiedziałem jej moje przeżycia, zaliczyła je do objawów chorobliwych, wywołanych zmęczeniem i wysłała mnie spać do osobnego pokoju. Napróżno jednak siłę się zasnąć, myśli moje tak się rozbijały, że o spoczynku marzyć nie mogłem. Wkrótce zaczęły mnie trapić widziadła: zdawało mi się, że jakieś różnobarwne cienie przesuwają się przed memi oczami, obrazy, wiszące na ścianie, co chwila zmieniały barwy, twarze na nich znajdujące się i perspektywę. Dochodziły do mych

uszu różne dźwięki i słowa. Nakoniec stryjenka, aby się przekonać, czy śpię, otworzyła drzwi do mego pokoju i w owej chwili uderzył mnie niespodziewany widok: zdawało mi się, że widzę w przyległym pokoju wysoki katafalk, czerwonym zdaje się suknem obity i obstawiony ze wszystkich stron srebrnymi lichtarzami, na których były obsadzone jarzące się świece stearynowe; wśród tych światel stała trumna czarna, obita aksamitem, w trumnie zaś widziałem własny trup. Zapytałem stryjenkę, czy rzeczywiście ja leżę w trumnie, otrzymałem jednak przeczącą odpowiedź. Jak długo pozostawałem w podobnym stanie, nie pamiętam, wiem tylko, że na drugi dzień pod dozorem kuzyna powróciłem do Krakowa i umieszczony zostałem w szpitalu. Przez kilka pierwszych dni mego pobytu tam trapiiony byłem różnemi przywidzeniami, następnie zacząłem przychodzić do przytomności i sił i po 6-cio tygodniowym pobycie w krakowskim oddziale chorych umysłowych byłem wypisany i zaraz wyjechałem do gub. Kieleckiej, a następnie do Warszawy".

(D. c. n.).

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr 47).

Bardzo rzadko zdarza się zapalenie wsierdza, ropnie i następne zapalenie osierdza. Inne zmiany nie przedstawiają nic charakterystycznego. Serce jest zwykle mocno skurczone, mocno czerwone i zawiera zakrzepy słoniowate. Żołądek i kiszkę niekiedy okazują zmiany nieżytowe. Gruczołki odosobnione (*gl. solitariae*) i kępki PEYER'a są obrzmiałe. W kioskach grubych widzimy niekiedy sprawy dysenteryczne. Skóra jest żółta, czasem cała lub tylko na kończynach pokryta pryszczami ropnymi lub krwistymi.

Przy zakażeniu posocznicowem ciało nadzwyczaj szybko ulega gniciu, a szczególnie miejsce, z którego rozwinęło się zakażenie krwi. Krew nie jest zupełnie skrzepła, jest ciemno czarna, posiada właściwy zapach gnilny; oddziaływanie jej nierzadko jest kwaśne, prawdopodobnie wskutek rozwoju węglanu amoniaku i innych zmian chemicznych krwi; zawiera też znaczną ilość bakterii. Ośrodki nerwowe i ich opony nie przedstawiają nic charakterystycznego. Czasem istnieją na powierzchni wewnętrznej opony twardej małe i liczne wybroczyny krwawe. Mięśnie są koloru ciemno-brunatno-czerwonego. Na wsierdzu i osierdzu widoczne są często wybroczyny krwawe, a gdy zakażenie trwało przez czas dłuższy, mogą istnieć zmiany zapalenia wsierdza. Powiększenie zawartości osierdza napotyka się często; płyn ten jest mętny i lekko krwią zabarwiony. Serce jest blado-brunatne, łamliwe i drze się łatwo. Wybroczyny krwawe napotykamy też na opłucnej, rzadziej wylewy surowicze, surowiczo-ropne i surowiczo-krwiste i to tylko w zakażeniach, dłuższy czas trwających. Płuca okazują zjawiska zastoju biernego, niekiedy pod opłucną istnieją też wybroczyny krwawe. Obrzęk płuc, wzmożona ilość wydzieliny w oskrzelach i hypostazy w płucach są następstwem zaburzeń krążenia w czasie konania lub niezadługo przed nim. Otrzewna nie przedstawia zmian, z wyjątkiem tych miejsc, gdzie istniała za życia silna *enteritis septica*. W takich razach, obok wzdęcia kiszek i lekkiego przekrwienia otrzewny kiskowej, znajdujemy w jamie brzusznej umiarkowaną ilość płynu czerwono-mętnego. Ważne i prawie że patognomoniczne są zmiany w przewodzie

pokarmowym; napotykamy w żołądku wybroczyny i punkcikowate wylewy krwawe; błona śluzowa jest lekko zaczerwieniona. Czasem znajdują się małe owrzodzenia w okolicy odźwiernika. Skutkiem wybroczyn błona śluzowa żołądka przyjąć może zabarwienie nieprawidłowe, najczęściej szyfrowoszare. Niekiedy istnieje zapalenie błony podśluzowej (*gastritis submucosa*). Stałe są także zmiany zapalne w przewodzie pokarmowym, zachodzi tylko różnica w ich natężeniu i umiejscowieniu. Powierzchnia kiszek zawiera także często punkcikowe wybroczyny krwiste, pokryta jest galaretowatym, krwistym śluzem. Gdy zapalenie było znaczniejsze, ulegają obrzmieniu gruczołki odosobnione i kępki PEYER'a. Zapalenie bywa od kataralnego do najwyższych stopni błonicowego i dysenterycznego. Gruczoły krezkowe są przekrwione, obrzmiałe i surowiczo lub też komórkowo nasiąknięte i z wybroczynami krwawymi.

Śledziona jest zawsze znacznie powiększona, przekrwiona i miękka. Niekiedy są w niej zawały, które podług BERGMANN'a nie są następstwem zatysek. Wątroba i nerki są przekrwione, pierwsza bywa znacznie powiększona. W naczyniach od- i doprowadzających nerek znajduje się mnóstwo mikrokoków i bakterii. W samych narządach zmian nie ma. Powiększenie śledziony i *enteritis* są najstalszemi i najwybitniejszymi zmianami przy posocznicy.

Ropniczo-posocznica jest daleko częstsza, aniżeli czyste postacie ropnicy i posocznicy¹³⁾. Oprócz miejscowych ognisk gnijących, widziano, że trupy bardzo szybko gniją. Stałe znajdujemy zakrzepy, a w narządach wewnętrznych wszystkie zmiany wymienione przy ropnicy i posocznicy. Krew ma własności septyczne. Prócz ropni przerzutowych w płucach, znajdujemy wybroczyny krwawe w osierdziu, we wsierdziu, w opłucnej. Często napotykamy w workach opłucnej i osierdzia wylewy brudno-surowiczo-krwiste. Mięsień sercowy jest zmieniony, jak przy posocznicy. Wątroba i nerki są ziarnisto zwyrodniałe, powiększone i zmętniałe. Śledziona i przewód pokarmowy przedstawiają zmiany, jak w posocznicy. Zakrzepy są często gnilno-rozpadowe.

Przy krwotokach z tętnicy szyjowej¹⁴⁾ zauważono zupełny brak ściany kostnej między tętnicą i jamą bębenkową, tętnica jest otoczona ropą i roz-

¹³⁾ Obecnie zaczynają rozpowszechniać się poglądy (TILLMANNS, SONNENBURG), że ścisłe odróżnienie ropnicy od posocznicy często zupełnie jest niemożliwe, ponieważ obydwa obrazy chorobowe klinicznie i anatomicznie łączą się z sobą i w obydwóch działają jedne i te same drobnoustroje; wystąpienie lub brak ropnia jest rzeczą podrzędną. Sądzę jednakże, że obraz bakteryologiczny nie odpowiada w zupełności klinicznemu i nie możemy tylko mówić o zakażeniu gronkowcami lub paciorkowcami. W przypadkach czystych obrazy anatomiczne i kliniczne różnią się stanowczo od siebie. Wiele jeszcze pytań na tem polu pozostaje do rozwiązania.

¹⁴⁾ Krwotoki z tętnicy szyjowej dotąd zanotowano 19 razy (HESSLER—SCHWARTZE „Handbuch der Ohrenheilkunde“, T. II, str. 627), 13 razy ze strony lewej, 6 z prawej; 13 razy u mężczyzn, 6 u kobiet, przeważnie między 20—30 rokiem; u dzieci nie zauważono ich dotąd prawdopodobnie dla tego, że te wcześniej umierają z powodu gruźliczego lub zwyczajnego zapalenia opon mózgowych. Od chwili pojawienia się ropienia do wystąpienia krwotoku przeszło od 3-ch miesięcy do 20-tu lat. Ilość krwi wynosiła od 240 grm. do 1½ kilogr.; między jednym a następnym krwotokiem przeszło 2 minuty do 2¼ miesiąca. Na 19 przypadków 10 razy znaleziono gruźlicę płuc.

WREDEEN zestawil w 1869 r. 12 przypadków urazowych krwotoków z zatok i 18 przypadków wywołanych zapaleniem ich. O krwotokach takich wspominają HUGUIER, BOEKE, KUHN, SYME, TROELTSCH, KOEPPE i t. d. Te krwotoki nie zawsze są śmiertelne. Osobiście spostrzegalem dotad 4 razy krwotoki z zatoki poprzecznej, wywołane 3 razy

darta zawsze na granicy przejścia części pionowej w poziomą. Otwór w niej wynosi od 3—8 millim. Ściany tętnicy są obrzmiałe, rozmiękle, koloru brudnego; brzegi rozdarcia najczęściej nierówne. Czasem istnieją dwa otwory.

Opisane zmiany anatomiczne dają nam pewne obrazy kliniczne, które będą odmienne stosownie do tego, czy ta lub inna postać powikłania w jamie czaszkowej rozwinie się. Czyste obrazy kliniczne nie tak często udaje się spostrzegać, ponieważ, jako to już powiedzieliśmy, powikłania dość rzadko występują pojedynczo. Częściej jednocześnie dwie lub więcej postaci chorobowych rozwija się jako powikłanie ropienia usznego. Okoliczność ta stanowi też jedną z przyczyn, dla czego powikłania te często przedstawiają znaczne, a nawet nieprzewyżnione trudności dyagnostyczne. Słusznie powiada FOURNIER¹⁵⁾: powikłania te nie przedstawiają tego zbioru objawów i tego sposobu rozwoju, co zapalenie jamy czaszkowej innego pochodzenia. Przeciwnie, wtedy nawet, kiedy się rozwijają w postaciach najzupełniejszych, są często bardzo ubogie pod względem objawów, niezupełne pod względem obrazu ogólnego i z gruntu nieprawidłowe pod względem rozwoju. Można ich nie rozpoznawać od początku, jak i podczas dalszego rozwoju, lub też można je tylko podejrzawać, z powodu braku objawów, pozwalających rozpoznać je na pewno. Mogą one istnieć przy braku objawów nie tylko drugorzędnych, ale nawet najistotniejszych.

Pod względem przebiegu można odróżnić trzy postacie kliniczne, a mianowicie: powolną czyli utajoną, piorunującą i szybką.

Najczęstsza jest postać powolna czyli utajona. Rozpoznanie choroby w tym okresie jest niezmiernie doniosłe pod względem leczniczym. Okres ten odpowiada bądź to podstępemu i powolnemu rozwojowi ograniczonego zapalenia opony twardej (*pachymeningitis externa*) lub ropnia zewnątrzoponowego, podrażnienia opon mózgowych i mózgowia. Właściwością okresu tego jest zmienność objawów i jego charakteru, oraz zwolnienia, nadające mu pozór prawie paroksyzmatyczny. Te nieznaczne i błahe na pozór objawy po pewnym czasie wywołują następstwa bardzo ciężkie, choroba bowiem postępuje wciąż, a początek jej datuje od dnia wystąpienia wycieku ropnego z ucha.

Objawem bardzo ważnym i prawie stałym jest ból głowy; pojawia się on paroksyzmami i bywa różnego natężenia: od zwyczajnej ciężkości do najstraszniejszych bólów świdrujących, rwących, pukających i t. d. Często ból głowy, chociaż nie bardzo silny, staje się jednak nieznośny z powodu ciągłego trwania. Ból ten przeważnie jest jednostronny, a mianowicie po stronie ucha chorego w okolicy ciemieniowej, skroniowej lub przyusznej i często wzmacnia się po lekkim naciskaniu lub opukiwaniu tych okolic. Czasem ból rozciąga się na całą głowę. Nasileniom bólu głowy towarzyszy nasilenie bólu ucha. Częstym objawem jest też zawrót głowy rozmaitego natężenia: od uczucia nieznacznego wahania się przedmiotów otaczających aż do tego stopnia, że dany osobnik chodzi jak pijany; przytem ma nudności, wymioty, niekiedy nawet wpada w stan półomdlenia. Zawrotowi towarzyszy odurzenie,

zranieniem zatoki podczas trepanacyi wyrostka sutkowego; 3 przypadki zakończyły się dla chorych pomyślnie, w 4-y m przypadku ściana zatoki przy trepanacyi okazała się nadzarta. Chory zmarł skutkiem ropnico-posocznicy, powstałej w 3½ tygodni po operacyi. Kilkakrotnie zdarzyły się krwotoki z opuszki żyły szyjowej po przecięciu błony bębenkowej, krwotoki te nie były śmiertelne.

¹⁵⁾ Des osteites naso-craniennes d'origine syphilitique. *Annal. de mal. de l'oreille, du larynx etc.* 1881, p. 13—73.

szum, świst, dzwonienie i t. p. Niekiedy chory nie ma świadomości swego stanu, odpowiada niejasno na zapytania i jakby pod wpływem odrętwienia mózgu. Czasem towarzyszy temu stanowi bezsenność, napady histeryczne, zaburzenia wzrokowe, przemijające lub postępujące, oraz uczucie ciągłego ucisku mózgowego. W pewnej liczbie przypadków przeważają napady epileptyczne rozmaitego trwania, po których następuje stan komatyczny. Ataków bywa od jednego do kilkunastu na dzień. Poprzedza je powiększenie głuchoty, senność, bicie serca, natężenie bólu głowy, zawroty i t. d.

Inna grupa przypadków odznacza się zaburzeniami intelektualnymi najrozmaitszego rodzaju: od zwyczajnego osłabienia czynności umysłu do najgwałtowniejszych napadów manii i majaczenia. Charakter chorego zmienia się: staje się on ponurym, milczącym, traci pamięć i chęć do pracy, a gdy chore jest dziecko, staje się ono niezmiernie krnąbrnem. Rozwija się nadmierna i wybitna drażliwość, halucynacje słuchowe, rozmaite postacie obłądu, między którymi figurują: mania wielkości i mania samobójcza. Te objawy mogą istnieć od roku do dwóch lat i stanowić prawdziwą chorobę umysłową. Czasem chorych takich trzeba pomieścić w domu obłąkanych.

W innej grupie przypadków napotykamy bezwład połowiczny, przemijający, mrowienie, odrętwienie połowy twarzy lub innej części ciała, porażenie nerwu twarzowego, utrudnienie mowy, zéz. Porażenie nerwu twarzowego znajduje się zawsze po stronie ucha chorego, w okresie końcowym porażony jest często nerw drugostronny. Czasem spostrzegać się dają nerwobóle twarzowe (cierpienie zwoju GASSER'a). Dość często napotkać można zastoje brodawki wzrokowej (*Staungspapille*) i zapalenie nerwu wzrokowego (*neurorinitis ascendens*) oraz zwolnienie tętna.

Nareszcie występują w wielu przypadkach objawy ogólne, które przyłączają się do objawów powyżej wymienionych, rzadziej występują one samodzielnie. Tu należą: napady gorączki natężenia niewysokiego, ogólny upadek sił i wychudnienie, którego przyczyny szuka się wszędzie, tylko nie w uchu;— wymioty i zaparcie stolca, zwracające uwagę na przewód pokarmowy. Jakiegokolwiek jednak objawy występowałyby, bólu głowy nie brak prawie nigdy. Objaw ten poprzedza, towarzyszy i postępuje za innymi i występuje nawet przy braku wszelkich innych objawów w okresie utajonym. Objawy postaci tej odznaczają się tem, że rzadko występują pojedynczo, prawie zawsze z nasileniami, które rozmaicie trwają i po których następują często dłuższe przerwy, tak, iż możnaby sądzić, że chory wyzdrowiał.

Żaden z objawów nie ma znaczenia rozstrzygającego; zaś zmienność zjawisk, nieznaczne lub żadne objawy ze strony ucha, długie zwolnienia, wreszcie ta okoliczność, że objawy te bywają pochodzenia zwrotnego, mogą zmylić nawet bardzo doświadczonego lekarza. Podejrzewa się, że mózgowie wchodzi w grę; przeczuwamy, że coś powolnego, lecz postępującego, wytwarza się w mózgu, lecz często na tem podejrzeniu poprzestać musimy.

Czas trwania tej postaci choroby bywa rozmaity: od kilku miesięcy do wielu lat. Pojedyncze paroksyzmy mogą trwać od kilku godzin do kilku dni; ilość ich bywa rozmaita. W wielu przypadkach, przy każdym nowym ataku, objawy zdają się występować coraz liczniej i coraz silniej, przyczem czas trwania napadu staje się też dłuższy; innym razem znowu wszystkie paroksyzmy są jednakowe. Tylko zaburzenia intelektu nie giną całkowicie w okresie zwolnienia. Niekiedy wystarcza jednego ataku, ażeby zabić chorego; częściej jednakże następuje ich kilka.

Taka jest pierwsza faza tych zaburzeń; zwykle bywa ona nierozpoznawana i nienależycie oceniona. Staranne badanie ucha wykáže często objawy charakterystyczne dla próchnienia kości, a mianowicie: zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego przez ziarninę, polipy, masy serowate lub cholesteatomatyczne; wydzielina z ucha jest jużto obfita, jużto skąpa, cuchnąca, brudna, często zmieszana z krwią; błona bębenkowa jest przedziurawiona lub całkowicie zniszczona; błona śluzowa jamy bębenkowej owrzodziła i pokryta ziarniną. Ściany kostne ucha średniego, a czasem i zewnętrznego, są poczęści obnażone; po za uchem widzimy nasięki i przetoki, prowadzące w głąb i nierazdo do jamy czaszkowej. Zdarza się jednakże, że zmiany w narządzie słuchowym są bardzo nieznaczne, jak np. małe, suche przedziurawienie błony bębenkowej.

Po pewnej seryi paroksyzmów, przedzielonych zwolnieniami mniej lub więcej długimi, występują przypadłości ostre, przyspieszające bieg choroby. W tym okresie chory zginąć może w czasie bardzo krótkim w sposób prawie piorunujący, lub też objawy stopniowo i szybko się wzmagają.

Miedzy przypadłościami końcowymi, a objawami, które charakteryzują postać piorunującą i ostrą, niema właściwie żadnej różnicy, jedynie brak okresu utajonego w ostatnich dwóch postaciach różni je od postaci powolnej.

W postaci piorunującej osobnik napozór zupełnie zdrowy niespodzianie wydaje okrzyk, pada tknięty udarem mózgowym i z pianą na ustach, silną dusznością umiera w ciągu kilku minut lub też kilku godzin. Innym razem dany osobnik dostaje niespodzianie gwałtownego bólu głowy, drgawek, wpada w stan komatyczny i tak samo szybko umiera. Nie znając przedtem chorego, lub też nie zwróciwszy uwagi na ucho, rozpoznać choroby prawie niepodobna. Cóż nam w takim razie pokazują oględziny pośmiertne? Oto w przypadkach nawet najgwałtowniejszych znajdujemy w jamie czaszkowej zmiany stare, a mianowicie: zapalenie opon mózgowych i mózgu, najczęściej zaś ropień, który utworzył się do jednej z komór lub na powierzchnię mózgu; czasem zaś widzimy tylko powiększenie się płynu wewnątrzkomórkowego lub podpajęczego. W podobnych przeto razach choroba istniała i mogła nawet trwać przez czas bardzo długi, lecz nie manifestowała się przez jakiegobądź objawy, któreby zwróciły bacniejszą uwagę chorego, otaczających i lekarza. Ma się rozumieć, że o uchu w tym razie nikt nie pomyślał.

Postać ostra stanowi albo zakończenie postaci powolnej, lub też jest taką odrazu. W postaci powolnej napady postępujące choroby przedzielone są różnej długości przerwami, które z czasem stają się coraz krótsze, aż nie wystąpi ostateczny atak; w postaci ostrej natomiast mamy przed sobą wyłącznie ataki postępujące i wciąż wzmagające się, lub też przypadłości postępują bez żadnej przerwy od samego początku postaci ostrej. Ta ostatnia rozwijać się może zarówno przy ropieniu przewlekłym, jak i przy ostrem i zupełnie świeżem.

Objawy formy ostrej występują pod postacią dwóch wielkich grup, a mianowicie: pod postacią mózgową i ogólnego zakażenia krwi. Do grupy pierwszej należą objawy, wywołane ograniczonym i rozlanym zapaleniem opon mózgowych, ropniem mózgowym i zewnątrzoponowym; drugą grupę stanowi zapalenie zatok mózgowych, ropnica i posocznica.

Objawy pierwszej grupy bywają rozmaite, stanowią je: silny ból głowy, napad apoplektyczny, drgawki, senność bez przyczyny, zawroty, dochodzące do omdlenia, nierówność źrenic, zéz lub światłowstręt, zaburzenia intelektualne,

wzmożenie się szmerów lub bólów ucha, szczykościsk, skurcze mięśni twarzowych po stronie ucha chorego, bolesność przy naciskaniu dolnej lub tylnej granicy wyrostka sutkowego, gorączka, dreszcze, wymioty, zaparcie stolca, zwolnienie lub przyspieszenie znaczne tętna i duszność bez jakichbądź zmian w płucach. Objawy tego okresu występują bądź pojedynczo, bądź wszystkie razem w najrozmaitszych kombinacjach.

Po tych przypadłościach następuje spokój zwodniczy, poczem bardzo prędko występują objawy mózgowe, często różne od poprzedzających; potem znowu spokój, lecz mniej zadawalniający od poprzedniego i jeszcze krócej trwający; nareszcie po seryi wahań od 2—4 następuje ostatni napad. Przez cały czas zwolnień ból głowy nie ustępuje, a przynajmniej nie całkowicie, pozostaje pewna ciężkość jej; zwykle jednak wymyka się ten stan z pod uwagi lub bywa fałszywie tłumaczony. Mając przed sobą postać ostrą pierwotną, bez poprzednich objawów postaci utajonej, takie zwolnienie objawów budzi otuchę i rozprasza niepokój otaczających i lekarza. Wszelako po kilku dniach objawy wracają i zejście śmiertelne szybko następuje. W tym okresie, oprócz objawów powyżej wymienionych, chorzy mającąż, rozwijają się kurcze i porażenia, sennaść, drgawkowe, nieprawidłowe ruchy mięśni żuchwy, twarzy, ramienia i t. d., utrudnione połykanie, zwolnienie lub przyspieszenie tętna bez powodu, podniesienie ciepłoty ciała bez żadnego typu określonego. Chorzy nagle tracą przytomność umysłu, oddech staje się niespokojny, skóra przyjmuje odcień sinawy, źrenice rozszerzają się niejednakowo i nie oddziałują na światło, rogówka staje się nieczuła na dotknięcie, kiszka odchodowa i pęcherz moczowy ulegają porażeniu i chory ginie w stanie komatycznym. Badanie dna ocznego wykazuje często brodawki zastoinowe i *neuritis ascendens*. Tak zwykle kończy największa część chorych, lecz nawet i w tych ostatnich godzinach objawy nierzadko są bardzo zmienne. Jedni umierają w napadzie drgawkowym; inni znowu na chwilę odzyskują przytomność, aby nagle umrzeć; inni wreszcie giną przy objawach zapaści (*collapsus*). Cała choroba trwać może od kilku dni do kilku tygodni. (D. c. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 47).

Jak już na początku pracy niniejszej zaznaczyliśmy, rozpowszechnia się w ostatnich czasach pogląd, że choroba PARKINSON'a jest chorobą wieku starczego i że przyczyną objawów klinicznych jest zbyt silne i wybitne zestarzenie się układu nerwowego. „*Paralysis agitans*, powiada KETSCHER¹¹³⁾, nie jest niczem innym, jak nieprawidłowo daleko posuniętą, a może także i przedwczesną starością (*Senilität*) układu nerwowego“. K. opiera się przytem na dokonaniem przez siebie badaniu układu nerwowego u 10-iu starców (60 l., 63 l., 68 l. i t. d.), zmarłych na różne choroby (*apoplexia, psychosis, marasmus*,

¹¹³⁾ L. c.

nephritis, tuberculosis pulmonum, carcinoma). Znalazł bowiem tam te same mniej więcej zmiany pośmiertne, co u 3-ch swoich chorych, dotkniętych chorobą PARKINSON'a. Wniosek KETSCHER'a i wielu innych autorów, będących tego samego zdania, polega jednakże na błędzie logicznym. Zapomina on, że jego chorzy na chorobę PARKINSON'a byli jednocześnie starcami (70 l., 68 l., 76 l.). Nic więc dziwnego, że znalazł u nich te same zmiany, co u innych starców. Gdzie tu logiczna konieczność, że choroba PARKINSON'a jest wyrazem przedwczesnej (w 76 roku) starości? Wniosek KETSCHER'a miałby znaczenie, gdyby mu się udało dowieść, że u ludzi młodych, dotkniętych chorobą PARKINSON'a, są te same zmiany, co u starców. Można byłoby wtedy przypuścić istnienie jakiegoś związku między odpowiednimi zmianami, a daną chorobą. Ale w obecnej swojej postaci spostrzeżenia KETSCHER'a dowodzą tylko, że i starcy mogą być dotknięci chorobą PARKINSON'a, że starcze zmiany układu nerwowego nie wykluczają choroby PARKINSON'a, ale niczego więcej. Choroba PARKINSON'a, jak wiadomo, jako taka nie jest śmiertelna, dotknięci nią mogą żyć dziesiątki lat i przez to na stole sekcyjnym mamy zawsze do czynienia ze starcami, co właśnie wprowadza w błąd. Jest to wogóle niesłusznie utożsamiać cierpiącego na chorobę PARKINSON'a ze starcem. Istniejące na pierwszy rzut oka podobieństwo znika przy bliższym wpatrywaniu się. Objawem, najbardziej przypominającym starość, jest drżenie, ale wszak już widzieliśmy przypadki choroby PARKINSON'a, gdzie chory był zeszytywniały, nieruchomy. Prawda, że nasi chorzy bardzo często, jak starcy, schyleni są naprzód, co naprowadza na myśl, że ciężar lat ich przygniata. Ale mamy przecież i takich, którzy nie tylko są wyprostowani, lecz owszem, zgięci są wtył (*type d'extension RICHER'a, type d'extension prononcée avec renversement de la tête en arrière DUTIL'a* etc., patrz wyżej). I wreszcie to, czasami tak wybitnie występujące, bieganie naprzód i wtył (ante- i retropulsja) i ciągłe skargi na uczucie gorąca najmniej, zdaje się, licują z charłactwem starczem.

Przechodzimy teraz do rozpatrzenia kwestyi, tyle razy podnoszonej, mianowicie, w jakiej części układu nerwowego należy umiejscowić chorobę PARKINSON'a, jeżeli o umiejscowieniu wogóle może tu być mowa.

Wspomnę przedewszystkiem w kilku słowach o teorii HUGHLINGS-JACKSON'a, według której siedlisko choroby znajduje się w mózdzku. Teoria ta opiera się na fakcie, że w rzadkich przypadkach cierpienia mózdzku dłonie są ułożone tak samo, jak w chorobie PARKINSON'a. Ale, jak słusznie już zauważył GOWERS, przecież podobne ułożenie dłoni znajdujemy i w innych chorobach, np. tężycze, a z drugiej strony nie we wszystkich cierpieniach mózdzku.

Teoria o rdzeniowym pochodzeniu zajmującego nas cierpienia tak samo nie opiera się na poważnych faktach. Jeżeli koniecznie mamy umiejscowić chorobę PARKINSON'a, to najprawdopodobniej siedlisko jej znajduje się w mózgu. Wiele objawów klinicznych przemawia za tem, że mamy tu do czynienia z cierpieniem mózgowym:

1) Podczas snu, kiedy działalność półkul jest prawie zupełnie wykluczona, drżenie znika.

2) Wielokrotnie zwracano uwagę na to, że u chorych, dotkniętych chorobą PARKINSON'a, a następnie porażeniem połowicznym wskutek zatoru albo wylewu, drżenie ustępowało w porażonej połowie, żeby jednakże po pewnym czasie, kiedy porażenie się zmniejszy, znowu wystąpić. Oczywiście, jeżeli się przypuści, iż bodziec dla drżenia znajduje się w półkuli mózgowej,

łatwo zrozumieć, że przy wykluczeniu działalności półkuli powinno zniknąć i drżenie.

3) Bardzo często spostrzegane wzmoczenie odruchów ścięgniętych także odpowiada cierpieniu mózgowemu, chociaż nie wyklucza cierpienia rdzenia.

4) Brak zaburzeń ze strony mięśni zwieraczy wyklucza prawie chorobę rdzenia.

5) Bardzo cenną wskazówką są powikłania, jakie w chorobie PARKINSON'a napotykamy. Wzmiankowaliśmy już wyżej, że choroby umysłowe (więc cierpienia mózgu) często opisywane były u dotkniętych chorobą PARKINSON'a ¹¹⁴). Histeria — ta wielka nerwica mózgowa — tak samo bywa u naszych chorych. O kombinacji choroby PARKINSON'a z padaczką mówi FÉRÉ ¹¹⁵). TOPINARD ¹¹⁶) widział cukromocz (glikosuryę) u dotkniętego chorobą PARKINSON'a. Wszystkie te cierpienia mają w każdym razie więcej łączności z mózgiem, aniżeli z mleczem, i kombinacja ich z chorobą PARKINSON'a dowodziłaby, że w tej ostatniej mózg jest dotknięty cierpieniem. Sprawiedliwość jednakże każe dodać, że opisane są dwa przypadki wiądu rdzenia, powikłanego chorobą PARKINSON'a ¹¹⁷), także przypadek choroby BASEDOW'a z chorobą PARKINSON'a ¹¹⁸).

6) Opisane wyżej, doznawane przez chorych uczucie palenia i gorąca z podniesieniem ciepłoty ciała także przemawia za zaburzeniami w ośrodkach czuciowych i ciepłorodnych mózgu. Dałyby się z tem połączyć i objawy naczynioruchowe, występujące czasami u naszych chorych ¹¹⁹).

Trzeba przyznać, że wszystkie przytoczone argumenty nie są zupełnie przekonywające. Chciałem tylko zwrócić uwagę, że teoria mózgowego pochodzenia jest bardziej prawdopodobna, aniżeli inne.

Jeszcze mniej punktów oparcia posiadamy dla bliższego określenia miejsca w mózgu, które jest siedliskiem choroby. GOWERS w swoim podręczniku szuka go w korze półkul, mianowicie w komórkach ruchowych, przyczem także powołuje się na zaburzenia i wrażenia cieplikowe chorych i na objawy ze strony nerwu współczulnego (nierówne źrenice, pocenie się), którego czynności także są umiejscowione w korze i zależne od tej ostatniej. Wiadomo także, że podczas silnego strachu — więc zaburzenia w korze — może wystąpić drżenie. Przypuszczenie to jednakże wcale nie uwzględnia innych objawów choroby PARKINSON'a, jak sztywność, zaburzenia równowagi i t. d.

Trudno również umiejscowić zajmujące nas cierpienie na podstawie mózgu. LUYs ¹²⁰) w dwóch przypadkach znalazł przerost komórek nerwowych mostu, wskutek czego utrzymuje, że choroba PARKINSON'a polega na nadmiernej działalności wspomnianych komórek. Jest to oczywiście przypuszczenie, bardzo mało prawdopodobne już z punktu widzenia teoretycznego. Cierpienia mostu prawie zawsze wywołują zmiany ze strony nerwów czaszkowych, co

¹¹⁴) Literaturę patrz wyżej.

¹¹⁵) Les épilepsie et les épileptiques, p. 233.

¹¹⁶) Gazette des hôpitaux 1886 № 21.

¹¹⁷) Placzek. Combination von Tabes dorsalis und Paralysis agitans. Deutsche medicinische Wschr. 1892, № 27. Drugi (niewolny od zarzutów) opisał Heimann: Ueber Paralysis agitans.

¹¹⁸) Moebius. Memorabilien, 1883, Heft 3.

¹¹⁹) Por. A. Fuchs. Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Zeitschrift für klinische Medizin, Bd XXV. Heft 3—4.

¹²⁰) Gaz. méd. de Paris 1880, p. 29. L'Encephale 1881, p. 649.

właśnie należy do wielkich rzadkości w chorobie PARKINSON'a. Z tego samego powodu wątpliwa jest rola odnóg mózgu w omawianem cierpieniu. Przytoczyliśmy wyżej kilka przypadków, gdzie były znajdowane zmiany w odnodze. I rzeczywiście, wiemy przecież, że przez odnogę przechodzą włókna ruchowe dla kończyn i twarzy. Przypuszczając jednak w tem miejscu siedlisko choroby PARKINSON'a, trudno sobie wytłumaczyć, dla czego inne twory (jądra nerwu okoruchowego, włókna czuciowe), znajdujące się w odnodze mózgu obok włókien ruchowych, zupełnie lub bardzo rzadko zostają wciągnięte w sprawę chorobową.

Bardzo oryginalne jest zapatrywanie STRÜMPELL'a na istotę naszego cierpienia. W odnośnym rozdziale swego podręcznika powiada: „Muszę przyznać, że wątpię, czy mamy wogóle prawo uważać *paralysis agitans* za cierpienie układu nerwowego. Być może, że cała choroba jest cierpieniem czysto mięśniowym, w każdym razie nie jest niemożliwe, żeby jakie nieprawidłowości w mięśniach mogły wywoływać drżenie i skurcze toniczne“. STRÜMPELL, niestety, nie mówi, na jakiej zasadzie wypowiada takie przypuszczenie. Ale trzeba przyznać, że z punktu widzenia teoretycznego daje ono wiele do myślenia. I kto wie, czy teoria STRÜMPELL'a nie będzie w przyszłości ogólnie przyjęta. Dalekobycy to nas zaprowadziło, gdybyśmy się z tego powodu chcieli wdać w rozumowania.

Medycyna przedewszystkiem potrzebuje faktów, a właśnie tych nam tu brakuje. Wspomnę tylko dla analogii o innej dziwnej chorobie, o t zw. chorobie THOMSEN'a. Pierwsi, którzy opisali to cierpienie, zaliczają je do psychoz (BELL, THOMSEN), inni do nerwic, a jednakże, sądząc z badań ostatnich czasów BERNHARD'a, STRÜMPELL'a, ERB'a, WESTPHAL'a i innych, nie ulega już kwestyi, że choroba THOMSEN'a jest cierpieniem mięśniowym (myopatycznym). Nie twierdzą bynajmniej, że z poglądem na chorobę PARKINSON'a tak stać się musi, lecz że stać się to może.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

140. Prof. MIKULICZ. **Chloroform czy eter?** Statystyka narkozy, zestawiona z polecenia niemieckiego towarzystwa chirurgów przez GURLT'a, wykazała tak doskonale wyniki uspiania zapomocą eteru, że GURLT nie zawahał się polecić niemieckim chirurgom wyłączne posługiwanie się eterem, jako środkiem mniej niebezpiecznym, niż chloroform. Liczby, na których w r. 1893 opiera się GURLT, są rzeczywiście bardzo wymowne. Na 133,729 uspiania zapomocą chloroformu, zanotowano 46 przypadków śmierci, to znaczy 1 na 2,907 uspiania, gdy na 14,646 uspiania zapomocą eteru zaledwie zdarzył się jeden przypadek śmiertelny. Rzecz bardzo naturalna, że niektórzy chirurgowie zarzucili chloroform i zaczęli posługiwać się wyłącznie eterem. W roku bieżącym liczba uspiania zapomocą eteru podwoiła się i wyniki bezsprzecznie przemawiają za tym środkiem. Obecnie stosunek przedstawia się tak: na 13,160 uspiania zapomocą eteru zdarzył się jeden przypadek śmierci, z drugiej strony na 2,647 uspiania zapomocą chloroformu również jeden. Należy zatem przyznać słusność GURLT'owi. Każdy chirurg więc powinien posługiwać się odtąd eterem, a przynajmniej narkozę tę wypróbować. Kto zaś obstaje za chloroformem, powinien wytłumaczyć się z tego wobec własnego sumienia i wobec innych chirurgów. W położeniu tem znajduje się autor, gdyż po jednorocznem stosowaniu eteru w swej klinice powrócił do chloroformu. W semestrze zimowym roku 1893—94 stosowano narkozę eterową w klinice MIKULICZA 80 razy, nie było przytem żadnego przypadku śmierci. Podczas uspiania, a szczególnie po uspianiu często atoli spostrzegano przykre następstwa, które skłoniły właśnie autora do zarzucenia eteru i do powrócenia do chloroformu. Eter, używany do uspiania, po-

chodził od MERCK'a, zawsze posługiwano się maską JULLIARD'a; przestrzegano przytem zawsze wskazówek GARRÉ'go. W wyborze przypadków M. zawsze był bardzo ostrożny, nie stosował jej nigdy ani u chorych z chorobami dróg oddechowych, ani też u małych dzieci lub osób starszych, osłabionych, jak również u osobników wybitnie niedokrzwistych lub z wadami serca.

Przesadną ostrożność w wyborze przypadków usprawiedliwia M. tą okolicznością, iż chciał, by asystenci tylko w przypadkach zupełnie bezpiecznych mogli studyować różnice usypiania zapomocą eteru. Wynika stąd, że w pierwszym sprawozdaniu autora, włączonem do statystyki GURLT'a, obok 45 usypiań zapomocą eteru figuruje 913 znieczuleń zapomocą chloroformu. Ogólne wrażenie, jakie robi na początkującym usypianie zapomocą eteru, jest zawsze bardzo nieprzyjemne. Sinica twarzy i szyi, niemożność skontrolowania głębokości narkozy z wyrazu twarzy i oczów niepokoją chirurga, przyzwyczajonego do chloroformu. Powoli jednak przyzwyczajamy się do tego widoku tembardziej, że spostrzeżenia sumiennych badaczy wykazały, iż objawy te nie są niebezpieczne. Autor też w końcu stwierdził dodatnie strony, wychwalane przez zwolenników narkozy zapomocą eteru. I gdyby nie przykre powikłania, spostrzegane przez M., byłby nadal pozostał zwolennikiem takiego usypiania, gdyż dla operatora jest ono przyjemniejsze, a przytem spokojniejsze i równomierniejsze, niż usypianie zapomocą chloroformu. Czy usypianie zapomocą eteru jest i dla chorego przyjemniejsze, niż sen chloroformowy? tego z opowiadania chorych rozstrzygnąć nie można. Z pomiędzy chorych, usypianych jednym i drugim środkiem, jedni chwalili chloroform, inni znów eter. Pewien chory, którego musiano kilkakrotnie usypiać, stanowczo w końcu nie życzył sobie być usypianym zapomocą eteru.

Przykre następstwa, spostrzegane przez autora, dotyczą następujących przypadków. W trzech przypadkach spostrzegał M. asfiksję podczas usypiania, w 2-ch przypadkach zapaść po usypianiu, w 4-ch przypadkach ostre zapalenie oskrzeli, w dwóch przypadkach obrzęk i zapalenie płuc.

Nikt temu wprawdzie nie przeczy, że podczas usypiania eterem może wystąpić asfiksja, t. j. chory przestaje oddychać i tętno znika. Utrzymują jednak, że asfiksje te nie są groźne i nie przedstawiają tych niebezpieczeństw, jak porażenia serca (*syncope*) przy usypianiu chloroformem. GARRÉ uważa usypianie zapomocą eteru za rzecz bezpieczną do tego stopnia, że twierdzi: „z chwilą, gdy nastąpiła zupełna narkoza, dalsze usypianie jest do tego stopnia proste, że śmiało można je powierzyć nawet nielekarzowi“. Autor nigdyby się na to nie zgodził, usypianie eterem powierzyłby tylko lekarzowi wykwalifikowanemu. Dawniejsze statystyki podają cały szereg przypadków śmiertelnych podczas usypiania eterem, ostatnia statystyka GURLT'a zawiera również 2 przypadki zakończone śmiercią. Wprawdzie w tych przypadkach istniały ciężkie powikłania, jak wada serca i ciężkie złamanie miednicy, lecz i w przypadkach, zakończonych śmiercią przy usypianiu chloroformem, nie zawsze zejście śmiertelne wyłącznie zależy od chloroformu, lecz i od innych, współcześnie istniejących przyczyn. Jeżeli nawet przyznajemy, że przypadki śmierci podczas usypiania eterem są rzadsze, niż przy chloroformie, to jednak uważać musimy usypianie zapomocą eteru za dostatecznie niebezpieczne, a więc należy zachowywać te same ostrożności, co i przy chloroformie. Daleko bardziej zaniepokoiły autora 2 przypadki zapaści, spostrzegane po usypianiu. W 1 przypadku zapaść wystąpiła po upływie 10 minut, w drugim po upływie 20 minut po skończonem usypianiu. Przypadki ostrego zapalenia oskrzeli po narkozie eterowej już i inni spostrzegali. Autor powikłania tego nie uważa za tak niewinne, jak to inni jednogłośnie twierdzą. Środek, wywołujący w płucach zupełnie zdrowych tak często zapalenie oskrzeli, może w danym razie powodować i groźniejsze następstwa. Nawet GURLT wspomina w swem sprawozdaniu o możliwem wystąpieniu *bronchopneumonii*, a przecież te ostatnie mogą czasami stać się powikłaniem groźnem i powodować śmiertelne zejście.

Dwa przypadki zapalenia płuc, wywołanego eterem, spostrzegane przez autora, zakończyły się wprawdzie pomyślnie, przekonały go jednak, iż z tej strony grozi chorym poważne niebezpieczeństwo, nie istniejące przy usypianiu zapomocą chloroformu.

Autor podnosi szczególnie dwa niebezpieczeństwa, grożące chorym, i to nie podczas usypiania, lecz po uspianiu eterem, a mianowicie: późną zapaść i za-

palenie płuc *resp.* obrzęk płuc. POPPERT, z kliniki w Giessen opisał przypadek, zakończony śmiercią wskutek obrzęku płuc w dwie godziny po skończonej narkozie eterowej; prócz tego zebrał 7 przypadków z literatury, które również zakończyły się śmiercią wskutek obrzęku płuc wkrótce po uśpieniu lub w kilka godzin, a jeden po 17, a nawet po 32 godzinach. Prócz tego wykazał POPPERT w sprawozdaniu GURLT'a przypadki śmiertelnego zejścia po usypianiu eterem, a mianowicie jeden przypadek obrzęku płuc, 2 przypadki późnej zapaści i 5 przypadków zapalenia płuc. Jeżeli włączymy te wszystkie przypadki śmierci do ogólnej statystyki GURLT'a, to cyfry śmiertelności od eteru okażą się daleko gorsze, niż od chloroformu. Wypadnie wtedy, że prócz 2 przypadków śmierci podczas usypiania, było jeszcze 8 przypadków śmierci w późniejszym okresie, to znaczy, że na 11,669 było 10 zejść śmiertelnych czyli 1 : 1167 usypiań, gdy dla chloroformu stosunek będzie 17 śmierci na 33,083 czyli 1 zejście śmiertelne na 2,647 usypiań.

Liczyby te nie są jednak zupełnie dokładne, gdyż ani dla chloroformu, ani dla eteru nie posiadamy wiadomości o wszystkich przypadkach, zakończonych śmiercią w późniejszym okresie.

Z dotychczasowych danych możemy jednak wnioskować: 1) że przy usypianiu eterem istnieją niebezpieczeństwa, nieuwzględnione przez dotychczasową statystykę i 2) że mniejsze niebezpieczeństwo narkozy eterowej w porównaniu z chloroformem dotąd nie zostało dowiedzione.

Autor proponuje następujący szemat, uwzględniający w statystyce śmiertelne zejścia w późnym okresie zarówno przy narkozie eterowej, jak i chloroformowej.

A. Podczas usypiania.

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| 1. a) Zejścia śmiertelne. | { | Dokładne dane o okolicznościach <i>resp.</i> badanie pośmiertne. |
| 1. b) Przemijające asfiksyje. | | |

B. Po usypianiu.

- | | | |
|--|---|--|
| 2. a) Śmierć wskutek późnej zapaści. | { | W przeciągu pierwszych 48 godzin. |
| 2. b) Przemijająca późna zapaść. | | |
| 3. a) Śmierć wskutek obrzęku płuc lub zapalenia płuc. | { | Przypadki, w których objawy te wystąpiły bezpośrednio lub też najpóźniej po upływie 48 godzin po uśpieniu. |
| 3. b) Obrzęk płuc lub zapalenie płuc niezakończone śmiercią. | | |

Należałoby również podawać nietylko te przypadki śmierci i powikłań po uśpieniu, które wywołane zostały przez środek usypiający, lecz i przypadki wątpliwe. Wobec tego, że wszystkie przypadki, w których drogi oddechowe poprzednio były zajęte, przypadają na uśpienie zapomocą chloroformu, należałoby i ten wzgląd mieć na uwadze w statystyce. W przypadkach więc obrzęku płuc i zapalenia płuc należy uwzględnić stan płuc przed uśpieniem, jak również nie zapominać o tem, że po pewnych operacjach (np. herniotomiach, operacjach wola) względnie często występuje zapalenie płuc.

Zbiorowe badania niemieckiego towarzystwa chirurgów nie dały zatem dotąd odpowiedzi na zasadnicze pytanie—chloroform czy eter? wykazały jednak, że każda narkoza może być niebezpieczna i to daleko niebezpieczniejsza, niż dotąd sądzono. Dały one przytem bodziec do zmniejszenia o ile możności niebezpieczeństw narkozy i to szczególnie zapomocą chloroformu. Autor podnosi zasady i wskazówki WITZEL'a i RYDYGLERA (w wykładzie klinicznym) odnośnie chloroformu. Nadzieje uzyskania bezwzględnie bezpiecznego środka usypiającego, zdaniem M., chyba nigdy nie będą urzeczywistnione, starać się jednak powinniśmy o ile możliwości zbliżyć się do tego ideału. Obecnie każda narkoza zapomocą wdychania środków usypiających przedstawia pewne niebezpieczeństwo. Wynika stąd, że nie wolno nam usypiać zapomocą chloroformu bez wyraźnego wskazania do takiego rękoczynu. O ile możności staramy się je zastąpić przez znieczulenie miejscowe. Ograniczenie wskazań do narkozy chloroformowej jest pierwszym środkiem zmniejszenia jej niebezpieczeństw. Zdaniem M.,

w tym kierunku bardzo wiele się grzeszy. Przedewszystkiem gani autor częste stosowanie narkozy w celach rozpoznawczych. Od wielu lat M. prawie nie stosuje narkozy w celach rozpoznawczych, gdyż przekonał się, iż nie wyjaśnia ona prawie nic lub bardzo niewiele. Środki pomocnicze przy rozpoznawaniu chorób jamy brzusznej są już tak udoskonalone, iż możemy się obejść bez usypiania.

Do najważniejszych środków, zapobiegających niebezpieczeństwu narkozy chloroformowej, należy bezwzględnie wprowadzone w ostatnich czasach usypianie kroplami. Powolne usypianie i niewielka ilość zużywanego przytem chloroformu stanowi nieocenioną tej metody zaletę. Autor wątpi, czy sposób otrzymywania chloroformu ma tu wielkie znaczenie. W praktyce prywatnej M. używa drogiego chloroformu ANSCHUTZ'a, w klinice zaś chloroformu GEHE'go z Drezna, i nie widział różnic, ani przedmiotowo, ani też podmiotowo występujących. Chloroform chemicznie czysty powinien pozostać takim aż do chwili użycia i nie powinien się rozkładać pod wpływem światła i powietrza.

Wiadomo powszechnie, że pewne choroby ogólne i choroby pewnych narządów wymagają szczególnej ostrożności przy użyciu chloroformu. Samo przez się rozumie się, że przed chloroformowaniem należy zbadać dokładnie nie tylko serce, lecz i inne narządy. Doświadczenie autora wykazało, że chorzy na ciężką posocznicę bardzo źle znoszą chloroform. Pierwszy przypadek śmierci od chloroformu, który M. spostrzegł, dotyczył chorego na posocznicę w klinice BILLROTH'a; od tego czasu autor spostrzegł jeszcze dwa przypadki śmierci przy posocznicy. W przypadkach tych wszystko jedno, czy mamy do czynienia z ciężką posocznicą przy głębokich ropniach tkanki podskórnej, z zapaleniem otrzewnej posokowatą, zapaleniem płucnej lub inną sprawą posocznicową. Obficie wytwarzające się w tych sprawach toksyny zostają z łatwością wessane i stanowią truciznę dla serca; otrucie chloroformem, dodatkowo działające, może wywołać nagłe porażenie serca. M. sądzi, że nie należy stosować głębokiej narkozy chloroformowej u chorych z ciężką posocznicą. W większości przypadków głęboka narkoza jest i tak niepotrzebna, gdyż chorzy tacy są zwykle w stanie znieczulenia, wywołanego prawdopodobnie działaniem znieczulającym owych toksyn. Bardzo słabe uspienie wystarcza zwykle najzupełniej do zniesienia bolesności lub też do jej zmniejszenia do *minimum*. Chorzy tacy zwykle są wprawdzie niespokojni, wykonywają ruchy obronne, krzyczą; zależy to jednak więcej od męczącego uczucia strachu, jakim u zwykle podlegają chorzy posocznicowi, niż od bólu. W końcu autor zadaje sobie pytanie, czy narkoza chloroformowa, pomijając chorych posocznicowych, musi być zawsze głęboka? Wielu lekarzy do każdego rękoczynu, nawet kilka sekund trwającego, usypia chorych głęboko. Zdaniem autora jest to zbyteczne, z wyjątkiem tych przypadków, które wymagają zupełnego zwolnienia mięśni jak np. zwichnięcia. W większości przypadków autor stosuje półuspienie i to zupełnie wystarcza. Szczególniej takie półuspienie zaleca się u dzieci i kobiet. Czeką się tylko dopóty, dopóki chorzy przestają liczyć i oddychają głęboko i równomiernie; jeżeli wtedy wykonamy małą operację szybko, to nie zauważymy żadnego objawu bolesności, najwyżej krzyk lub ruch obronny, powstały na drodze odruchowej. Najczęściej już za chwilę można przywrócić chorego do przytomności przez nawoływanie, a chory nie pamięta nic, co się z nim działo. Często chorzy dziwią się, że już wszystko skończone. Przy większych operacjach można po 20—30 minutowem trwaniu głębokiego uspienia dokończyć operacji przy półuspieniu. Autor zauważył często, że chorzy są nawpół przytomni, otwierają na rozkaz usta, oddziałują na nawoływanie, a jednak leżą spokojnie i nie okazują uczucia bólu. Przy operacjach na żołądku i kiszki, podczas nakładania szwów na te narządy wystarcza zupełnie półuspienie, głęboka zaś narkoza konieczna jest tylko przy nakładaniu bolesnych szwów na powłoki brzuszne. I tacy chorzy po obudzeniu zwykle nie wiedzą nic o tem, co się z nimi działo. Jeżeli nawet chorzy wiedzą, jakby przez mgłę, o tem, co robiono, i uczuwaliby trochę bólu, to jednak cel narkozy został osiągnięty t. j. strach przed operacją został usunięty. Należy sobie jasno przedstawić, że nie tylko ból, lecz daleko więcej jeszcze obawa bólu skłania najodważniejszych ludzi do żądania uspienia.

Psychiczne odurzenie operowanego jest celem narkozy zarówno ważnym i humanitarnym, jak usunięcie fizycznego bólu.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* N 46—1894).

G.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 Listopada r. b.

TREŚĆ: 1) BIERNACKI—przedstawienie chorego dotkniętego aleksją i agraphią przy afazji amnestycznej. 2) NEUGEBAUER—przedstawienie a) mężczyzny o kobiecych sutkach; b) dziecka z pseudohermafrodytyzmem; c) macicy przez pochwę wyciętej. 3) STANKIEWICZ—przedstawienie ciała obcego z płuca 4) RYCHLIŃSKI—przedstawienie okazu mózgu stwardniałego w formalinie. 5) WINAWER—przedstawienie dwóch okazów torbieli śródwężowych. 6) STEINHAUS i SZPANBOK—przedstawienie chorej dotkniętej *diabetes insipidus* i *hemianopsia bitemporalis*. 7) JAWDYŃSKI—przedstawienie chorego po wycięciu połowy krtani.

1) Kol. BIERNACKI przedstawił chorego dotkniętego aleksją i agraphią przy afazji amnestycznej. Chory ma lat 15. Przy badaniu stwierdzono ze strony układu nerwowego szereg objawów somatycznych i zaburzenia ze strony psychicznej. Ze strony ruchowej—pareza dolnej gałęzi nerwu twarzowego prawego, prawa górna kończyna wydawała się być słabszą, niż lewa. Co się dotyczy wzroku, to badanie perymetrem stwierdziło: 1) zwężenie pola widzenia jednakowej wielkości w obu oczach; 2) defekty w polu widzenia w obu oczach z prawej strony, wytwarzające typ zaburzenia bardzo zbliżony do *hemiopsia homonyma*. Zwężenie pola widzenia dotyczyło i kolorów, w najwyższym stopniu koloru zielonego, następnie czerwonego i fioletowego. Odruchy ścięgniste wzmoczone. Mowa jest monotonna, powolna, przypomina nieco mowę przy *sclerose en plaques*. Co do strony psychicznej, to uderza przedewszystkiem znaczne osłabienie pamięci, zarówno względem wrażeń dawniejszych, jak i świeżych. Powtórzyć może wszystko, ale po chwili zapomina, co mu powiedziano. Natomiast zaburzeń apercepcji normalnego przebiegu kojarzeń nie widać. Chory w rozmowie często się zacina i sam twierdzi, że mu trudno przypomnieć lub znaleźć odpowiednie wyrazy. Chory nie umie przeczytać, ani wyrazów, ani oddzielnych liter, natomiast poznaje i czyta dosyć szybko oddzielne cyfry. Pisanie samodzielnie lub pod dyktando także jest zupełnie niemożliwe. Kol. B. przypuszcza, że w danym przypadku istnieje cierpienie organiczne w okolicy potylicowej korowej, lub bardzo blisko pod korą lewej półkuli, oprócz tego muszą być ogniska i w innych częściach. Co do charakteru samej sprawy, to mało prawdopodobny jest wylew krwawy lub zator, ze względu na stopniowy rozwój choroby; wykluczyć można nowotwór, ze względu na zwrot ku poprawie. Najprawdopodobniejsza jest obecność przewlekłego zapalenia opon mózgowych, a wobec poprawy, jaką spostrzegano w klinice przy użyciu jodku potasu, rzucić należy pytanie, czy nie mamy do czynienia z cierpieniem przymiotowem opon w postaci późnego przymiotu dziedzicznego, albo przymiotu nabytego w dzieciństwie.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił a) 18-letniego mężczyznę o zupełnie kobiecych sutkach, z oddziału kol. STANKIEWICZA (*gynaecomastia*). b) Nadzwyczaj rzadki, jeśli nie jedyny w swoim rodzaju, okaz pseudohermafrodytyzmu u dziecka 2½ rocznego. Dziecko to zapisano jako dziewczynkę do oddziału kolegi POZNAŃSKIEGO w szpitalu dla dzieci starozakonnych wskutek tego, że otwór kiszki stołcowej znajduje się w miejscu niezwykłym. Wezwany kol. N., zbadał owo dziecko i fotografował je. Dziecko Dwojra Danziger pochodzi z biednej rodziny tutejszej, w rodzinie jego dotąd nie spostrzegano żadnych zboczeń rozwojowych. Dziecko prawidłowo rozwinięte, uderza osobliwie ukształtowanie okolicy sromu. Miednica nadzwyczaj szeroka, również *spatium interfemorale perinei*. Na linii środkowej nie widać szpary sromowej, lecz ona więcej ku prawej stronie, pomiędzy dwiema wargami sromowymi większemi. Po odciągnięciu warg na bok, widać u samej góry prawidłowo rozwiniętą lechtaczkę, poniżej prawidłowy otwór cewki moczowej, oraz po obu stronach otworu cewki po jednej *crypta paraurethralis*. Poniżej otworu cewki widać błonę dziewiczą o trzech otworkach. Zglebniuk wskazuje istnienie pochwy prawidłowych rozmiarów; poniżej błony dziewiczej, zamiast spojenia warg sromowych większych istnieje otwór odbytniczy, z którego wydziela się obficie kał dosyć gęsty. W miejscu, gdzie powinien znajdować się otwór kiszki stołcowej, nicma nawet zagłębienia. Palce, wprowadzony do odbytnicy, wyczuwa prawidłową macicę i po każdej stronie trąbkę oraz twory, odpowiadające jajnikom. Mocz wydziela się prawidłowo z otworu cewki moczowej. Wyniki badania dziecka dowodzą, iż Dwojra Danziger jest dziewczynką. Prócz tych narządów płciowych kobiecych, dziecko posiada również i zewnętrzne narządy płciowe męskie. Po lewej bowiem stronie spostrzegać się daje moszna oraz prącie z właściwymi jego częściami;

corpora cavernosa, glans, praeputium glandis, oraz bardzo długie *frenulum glandis*, przechodzące ku dołowi w rodzaj sierpowatego więzu, ginącego pomiędzy dwiema połowami moszny. W mosznie nie daje się wymacać jąder lub sznurka nasionnego, ani przyjądrzy. Prącie ma około $1\frac{1}{2}$ ctm. długości. Żołądź posiada otwór jakby wąskiej cewki moczowej, do którego wchodzi cewnik około 3 mm. grubości do głębokości 4—5 ctm. Pomimo narkozy i kilkakrotnych badań, nie można być pewnym, czy istnieją dwa pęcherze moczowe. Jeśli przypuścimy, że Dwojra jest dziewczynką, to warga sromna jej lewa stanowi równocześnie połowę moszny, jeśli zaś przypuścimy, że Dwojra jest chłopcem, to prawa połowa moszny stanowi jednocześnie lewą wargę sromną większą, czyli że warga sromna lewa i prawa połowa moszny stanowią jedno i to samo ciało, są jakby złane jedno z drugim. Jąder nie znaleziono ani w mosznie, ani toż w jamie brzusznej. c) Kol. N. następnie przedstawił macicę w całości wyjętą przez niego z powodu mięsaka. Operacji kol. N. dokonał w swoim oddziale d. 17 listopada r. b. u 36-letniej kobiety, zamężnej od lat 16.

3) Kol. STANKIEWICZ przytacza następujące spostrzeżenie. W czerwcu 1889 r. przybył do jego oddziału mężczyzna 44-letni ze świeżą raną postrzałową pomiędzy 1 a 2-em żebrzem z prawej strony. Drugiego otworu nie było, a chory żadnych objaśnień co do pochodzenia rany dać nie chciał. Od znajomych chorego dowiedziano się, że ranę zadał sam sobie wystrzałem z broni, swojej roboty. Chory był niespokojny, miał krótki oddech, kaszel i pluł obficie krwią. W szczycie płuca słychać było grube rżęcenia, a w okolicy rany i szyi była rozedma podskórna. Po paru dniach objawy ze strony płuca zaczęły ustępować i chory czuł się lepiej. 5-go dnia zaczął gorączkować i narzekać na pewien ból w okolicy wewnętrznej kąta łopatki prawej. Kol. S. wy-czuł tam głębokie stwardnienie, 8-go dnia zrobił cięcie i znalazł w głębi pocisk pokryty ropą i kilku odszczepami kostnymi. Brzeg żebra był obnażony i nierówny. Pocisk z ołowiu miał kształt walca długości przeszło 4 ctm., a średnicy 1 ctm. Po operacji gorączka ustala i rana szybko zaczęła się zablizniać, tak, że chory, czując się ogólnie dobrze, 15 dnia szpital opuścił i w niedługim czasie ranę miał zabliznioną. W trzy lata potem, w lipcu 1892 r., tenże chory przybył do oddziału wewnętrznego szpitala Ewangielickiego z objawami ostrego niezłytu żołądka i kiszki i w kilka dni potem zmarł. Przy sekcji znaleziono wierzchołek płuca prawego przyrośnięty do klatki piersiowej, a w środku niego grubą masę bliznowatą, po przecięciu której ukazał się otorbiony kawał drzewa, długości 5 ctm., a grubości $1\frac{1}{2}$ ctm., w jednym końcu prawie klinowato zaostrowany o jednej powierzchni zaokrąglonej, tak jak gdyby stanowił odłamek walca drewnianego o średnicy przeszło 2 ctm. Chory był często widywany przedtem przez kol. BABIŃSKIEGO, który stwierdził, iż nigdy od czasu rany na płuca nie chorował. Powyższy przypadek dowodzi, jak dalece nieraz płuco łagodnie oddziaływa na tak ciężkie zranienia oraz, że nieraz wielkie ciała obce zarastać mogą w jego mięszu i pozostawać tam bezkarnie przez lata, nie wywołując żadnych objawów podrażnienia.

4) Kol. RYCHLIŃKI przedstawił mózg stwardniały w formalinie. Formalina w ostatnich czasach została używana do utrwalania tkanek w celach drobnowidzowego badania zmian patologicznych. Jeden z pierwszych Hoyer (syn) w maju r. b. na posiedzeniu towarzystwa anatomicznego w Strasburgu zakomunikował, że tkanka, utrwalona w formalinie, zdalna jest do przygotowywania z niej skrawków drobnowidzowych. Do dobrego utrwalenia tkanki nerwowej Hoyer radzi używać 40% roztworu wodnego formaliny, i ten oto punkt zmusza kol. R. do zwrócenia uwagi na mózg, wyjęty z trupa d. 17 października r. b. i włożony najpierw do 3% roztworu formaliny a następnie do 5%. Mózg ten w 10 dni po wyjęciu był już tak twardy, jak w chwili przedstawienia go. Na 3-ci zaś dzień kol. R. niedużo kawałki mleczka przedłużonego przelał do spirytusu i znanymi już sposobami przygotował skrawki do barwienia. Z preparatów, przedstawionych przez kol. R., widać, że tkanka rdzeniowa, utrwalona w formalinie, barwi się doskonale. Kol. R. na tej zasadzie zaleca formalinę jako środek, utrwalający tkankę nerwową i tańszy stosunkowo od dwuchromianu potasu, a tembardziej spirytusu. W końcu kol. R. zwraca się do kolegów z prowincyi, którzy nieraz przysyłają do pracowni różne tkanki do badania, aby zechcieli używać w tym celu formaliny, tkanka bowiem wtedy dojdzie dobrze zachowana i gotowa do badania.

5) Kol. WINAWER przedstawił dwa okazy torbieli śródwężowych, usuniętych całkowicie przez cięcie brzuszne. Pierwsza torbiel była zropiałą torbielą przyjądnika.

Chora mężatka lat 25, zameżna od lat 2, przebyła wkrótce po wyjściu za mąż zapalenie błony śluzowej macicy, prawdopodobnie rzeżączkowego pochodzenia. Przy badaniu znaleziono z lewej strony macicy guz wielkości pięści, gładki, silnie napięty, nie chęlboczący, nieco przesuwalny, prawie niebolesny. Przy operacji znaleziono torbiel, umiejscowioną pomiędzy blaszkami lewego więzu szerokiego, wielkości gęsiego jaja. Nad górnym odcinkiem torbieli przebiegał jajowód, grubości palca. Na tylnowo-wewnętrznej powierzchni torbieli leżał jajnik, nie przedstawiający zmian wyraźnych. Guz oddzielono od jelita. Jajowód podwiązano i oddzielono żegadłem PAQUELIN'a, a że torbiel wyluszczyć się nie dała, nałożono na więz trzy przewiazki jedwabne i guz w całości usunięto. Przebieg i zejście po operacji bardzo dobre. Zawartość torbieli stanowił płyn ropiasty.

Druga torbiel jest wielokomorową torbielą prawego jajnika, częściowo śródwieżowa. U chorej 58-letniej przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej guz wielkości głowy dziecka, w górnej swej połowie przesuwalny i mocno napięty, zaś w dolnej nieruchomy, miękki i chęlboczący. Przy operacji okazało się, iż torbiel prawego jajnika jest tak usadowiona, iż jej część górna znajduje się w jamie otrzewny, zaś część jej dolna położona jest nazewnątrż tejże jamy pomiędzy listkami więzu szerokiego. Przebieg i zejście po operacji bardzo dobre.

6) Kol. STEINHAUS i SZPANBOK przedstawili chorą, dotkniętą równocześnie *diabetes insipidus* i *hemianopsia bitemporalis*. Chora lat 33, w 19 roku wyszła za mąż i zaraz została zarażona przymiotem. Kuracja swoista trwała krótko. W rok po ślubie poroniła, w rok potem urodziła dziecko nieżywe. Następnie rodziła jeszcze 4 razy już zdrowo i żywo dzieci. Chora do zaprzeszłego roku była jeszcze bardzo otyła, od tego czasu zaczęła chudnąć. We wrześniu r. b. zaczęło jej dokuczać silne pragnienie, przyczem wypijała całe konewki wody i jednocześnie oddawała ogromne ilości moczu. W początkach listopada r. b. przyłączyły się do powyższych dolegliwości jeszcze bicie serca i objawy ze strony oczów: zaczęła gorzej widzieć i z boków coś jej zasłaniało. W połowie b. m. przybyła do Warszawy i zwróciła się do kol. SZPANBOKA. Ten znalazł przyspieszenie tętna, niestałe wszakże (raz 120, drugi raz 90 na minutę). W układzie nerwowym pozatem, ani w innych narządach zmian kol. S. nie zauważył. Badanie moczu wykazało ciężar właściwy 1003, mocznika 4,88‰, ani białka ani cukru nie znaleziono. Badanie wzroku, dokonane przez kol. STEINHAUSA, wykazało siłę wzroku centralną $\frac{1}{2}$, po skorygowaniu krótkowzroczności $\frac{1}{20}$ siła wzroku dosięgła $\frac{2}{3}$. Badanie za pomocą perymetru przekonało o istnieniu typowej *hemianopsia bitemporalis*. Połączenie 2 tych cierpień u jednego osobnika dotąd notowano w literaturze raz jeden (DAWID 1889 r.). Obydwa wspomniane cierpienia są przejawami spraw chorobowych w mózgu. Siedliskiem zmian, wywołujących *hemianopsiam bitemporalem*, jest *chiasma nn. opticorum*, mianowicie środkowa jego część, miejsce krzyżowania się włókien nerwowych, przyczem punktem wyjścia sprawy chorobowej może być albo samo *chiasma*, albo otaczające części. Siedliskiem zaś zmian, wywołujących *diabetes insipidus*, o ile dziś sądzić możemy, jest dno czwartej komory lub sąsiadujące z niem części. Sprawami, wywołującymi te cierpienia, mogą być guzy (gruźlicze, przymiotowe, rakowate i t. d.), a niekiedy i tętniaki. Z wywiadów, otrzymanych przy badaniu chorej, wiadomo, iż chora przechodziła przymiot. Kol. St. i Sz. skłonni są wobec tego do przypuszczenia, że w danym przypadku mają do czynienia z gumatami mózgu, — jednym w okolicy *chiasma*, drugim w okolicy dna czwartej komory. Leczenie swoiste, rozpoczęte dopiero teraz, być może, pozwoli potwierdzić to przypuszczenie. Rokowanie w każdym razie wątpliwe.

7) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego po połowicznym wycięciu krtani. Chory K. C., lat 62 liczący, w miesiącu maju r. b. poczuł bóle przy polykaniu, bóle to stopniowo się wznagalały, a w następstwie przyłączyła się pewna trudność w oddychaniu. Kol. KARWOWSKI stwierdził nowotwór złośliwy w lewej połowie krtani; ze względu jednak, że chory przed laty przebywał przymiot, koledzy HERYNG i WATRASZEWSKI poddali chorego leczeniu przeciuprzymiotowemu. Gdy jednakże leczenie to pozostało bez żadnego skutku, postanowiono chorego poddać operacji. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało zajęcie lewej połowy krtani; badanie palcem wykazywało w lewym *sinus pyriformis* obecność kraterowatego wrzodu, pod którym wyczuwał się guz, drążący do wnętrza krtani. Z lewej strony na szyi pod *m. sterno-cleido-mastoideus* wyczuwano gruczoł zwyrodniony wielkości jaja gołębiego. 8 sierpnia r. b. kol. J. dokonał operacji według metody już kilkakrotnie przez niego stosowanej. Cięcie popro-

wadzono od podbródka do *jugulum sterni*, oddzielono części miękkie od lewej połowy chrząstki tarczowej; gruczoł wyluszczone. Następnie dokonano tracheotomii, rozszczepiono krtani i dokładnie zbadano wnętrze krtani w celu przekonania się, co należy usunąć. Okazało się, że guz znajduje się pod kraterowatą owrzodzeniem, wnika pomiędzy chrząstkę tarczową, a błonę śluzową, odsuwając tę ostatnią od chrząstki, ale jej nie zwyrodniając. Wycięto lewą połowę krtani i zasztyto ranę po wytamponowaniu wnętrza. Przebieg był tak pomyślny, że chory już 6 go dnia opuścił oddział. Karmienie zapomocą zgłębnika trwało kilka tygodni. Rana goiła się prawidłowo; pozostał wszelako otwór, przez który wyciekala ślina. Otwór ten przed 10 dniami kol. J. zasztył i obecnie wszystko jest zagojono. Stan chorego doskonały. Głos wyraźny, chociaż chropawy, tak że na kilka kroków można słyszeć chorego. W końcu kolega J. przedstawił wyciętą część krtani z guzem, oraz odpowiednie okazy drobnowidzowe.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== D-r Kříž podaje rzadki przypadek pomyślnego przebiegu ciężkiej połogowej ropnicy z licznymi zatorowego pochodzenia ropniami zapaleniami. 34-letnia chora, po znacznym krwotoku przy siódmym porodzie, zapadła na gorączkę połogową, w której przebiegu zaszły następujące powikłania: zapalenie ropne prawego stawu kolanowego, zapalenie wsierdza, zator prawej tętnicy płucnej, zawał płuc, zapalenie płuc przerzutowe z utworzeniem się ropnia, zapalenie ropne prawej gałki ocznej, zapalenie przy- i okołomaciczne, zakrzep obustronny żył biodrowych i liczne ropnie okołozylne na dolnych kończynach. Po wypuszczeniu ropy ze stawu kolanowego, po utracie prawego oka, otworzeniu się ropnia płucnego do oskrzeli i operacyjnem otworzeniu 9-ju ropni na dolnych kończynach, chora wyzdrowiała. (Časopis lékařů českých. № 39, r. 1894).

== D-r KUČERA przy zapaleniu szpiku kostnego pochodzenia urazowego (8-letni chłopiec spadł z drzewa, w kilka godzin potem uczuł ból w nodze) w ropie znalazł obok gronkowca złocistego w małej ilości, pneumokoki FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a w ilości znacznej. Wobec tego, że chłopiec na trzy tygodnie przed wypadkiem kaszlał i gorączkował, K. przypuszcza, że w tym czasie nastąpiło mieszane zakażenie: drobnoustroje, dostawszy się

do krwi, nie przejawiały swego działania i dopiero pod wpływem urazu powstało ropne zapalenie szpiku kostnego. (Časopis lékařů českých. № 37, r. 94).

== D-r STRANÍK przy bakteriologicznem badaniu zapalenia szpiku kostnego (12 przypadków), w dziesięciu, gdzie po operacji chorzy wkrótce wyzdrowieli, znalazł: paciorkowca ropotwórczego — 2 razy, gronkowca złocistego — 6 razy i gronkowca białego — 2 razy. W dwóch zaś przypadkach śmiertelnych znalazł mieszane zakażenie: w jednym gronkowca złocistego i białego, w drugim gronkowca złocistego i paciorkowca ropotwórczego. (Časopis lékařů českých. № 18, 19, 20, r. 94). S. Kos.

== GRAWITZ chwali bardzo działanie przy podagrze nowego środka — lizydyny, otrzymanej przez LADENBURG'a. Lizydyna podaje się w stopniowo zwiększanych dawkach od 1,0—5,0 *pro die* w 500,0 wody sodowej. *Tuphi* szybko się zmniejszają, miejsca zaczerwienione bledną, bóle ustępują zupełnie. (Deut. med. Woch. 1894, № 41).

== GAZDAHR uleczył przypadek ciężkiego tęcza idyopatycznego u robotnika zastrzykiwaniem pod skórę siarczanu ezeryny. Ilość na dawkę wynosiła 0,002, a dawek takich zastosowano dwanaście w ciągu tygodnia. (Ther. Gazette. 1894, 15. IX).

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog księgarni Toodora Paprockiego i S-ki“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Uobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Ноября 1894 г.

Друк К. Ковалевського, Мазовієцка 8.