№ 5. Warszawa d. 20 Stycznia (2 Lutego) 1901 r. T. XXIX.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny". — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6. **Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do nauki o tętnie paradoksalnem. Napisał S. Muttermilch. (Dokończenie). — O nowotworach móżdżku. Napisał d-r med. L. Bregman. (Dokończenie). WYKŁADY KLINICZNE. Dostateczna dawka bromu i objawy ze strony źrenic w leczeniu padaczki. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 13 Przyczynek do rozpoznawania skrycie przebiegającego raka przełyku. 14. Przyczynki do etiologii i patogenezy ostrych zaburzeń przewodu pokarmowego, a szczególniej cholery swojskiej w niemowlęctwie. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 19 stycznia r. b. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2—9 sierpnia 1900 r.). (Ciąg dalszy). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA"
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Muttermilch** — Contribution à l'étude du pouls paradoxal. 2) **D-r L. Bregman** – Sur les néoplasmes du cervelet.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA"
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Muttermilch** — Beitrag zur Lehre vom paradoxalen Puls. 2) **D-r L. Bregman**—Ueber Neubildungen des Kleinhirns.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH D-RA MED. TEODORA DUNINA
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przyczynek do nauki o tętnie paradoksalnem.

Podał
Stanisław Mutermilch b. asystent oddziału.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 4).

W dostępnej mi literaturze znalazłem następujące luźne wzmianki o możliwości wdechowego znikania tętna, wyłącznie na tętnicy promieniowej w zależności od pewnych wyjątkowych okoliczności. Według Knoll'a [4]) zdarzyć się może, że, jeżeli podczas zdejmowania tętna badana osoba nachyli się w stronę przyrządu (t. j. sfigmografu), tętno przy wdechu może zniknąć. Weil [5]) zaś opisuje pod nazwą tętna paradoksalnego jednostronnego zjawi-

[4]) Eichhorst. Lehrbuch d. physikal. Untersuchungsmethoden. 1881. str. 99.
[5]) Eichhorst. L. c. Cz. II. str. 88.

sko, polegające na tem, że tętno znika na tętnicy promieniowej na wysokości wdechu, rzadziej zaś wydechu z powodu utworzenia się pomiędzy ścianą tętnicy podobojczykowej i opłucną zrostów zapalnych, które zwężają światło naczynia przy ruchach oddechowych; znikaniu tętna towarzyszy tutaj frémissement i szmer na miejscu tętnicy podobojczykowej. Zjawisku temu Weil przypisuje nawet pewne znaczenie w sprawie rozpoznawania suchot płucnych.

Na krzywych sfigmograficznych, otrzymanych w moich przypadkach, wpływ oddechania na wielkość fal tętna jest o wiele wybitniejszy, niż w tętnie paradoksalnem istotnem, opisanem np. przez Kussmaul'a w *mediastino-pericarditis* (Fig. 9).

Wspomniałem już poprzednio, że Sommerbrod podaje w pracy swej dwa wybitne tętna paradoksalne u ludzi zdrowych.

Na fig. 10 widzimy istotnie zupełne niemal znikanie tętna przy wdechu. Autor ten ograniczył się jednak do badania tętnicy promieniowej, nie zwróciwszy żadnej zgoła uwagi na zachowanie się innych tętnic. Uzasadnionem przeto wydaje się przypuszczenie, iż miał on do czynienia z opisanym przeze mnie objawem, t. j. ze znikaniem wdechowem tętna wyłącznie na tętnicy promieniowej.

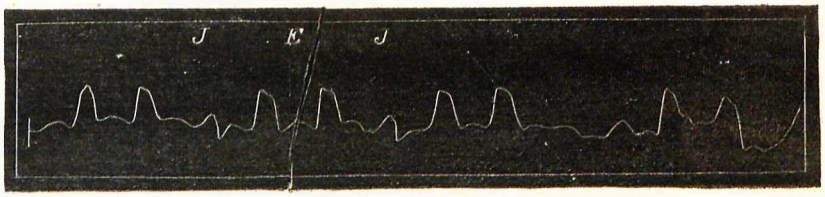


Fig. IX. Tętno paradoksalne według Kussmaul'a.

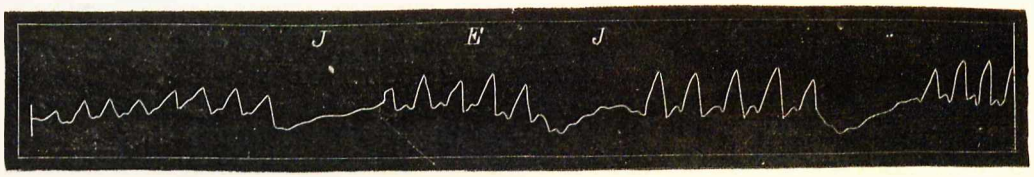


Fig. X. Przypadek Sommerbrod'a.

Również wybitne tętno paradoksalne u człowieka zdrowego opisuje Janowski [6]). Autor łaskawie zakomunikował mi, że tętno, przez niego opisane należy do tej samej osoby, której krzywe sfigmograficzne z wdechowem znikaniem tętna wyłącznie na tętnicach promieniowych wyżej na fig. 3 podałem, oraz, iż w rzeczy samej ograniczył się on do badania tętnicy promieniowej.

W literaturze znajduje się jeszcze jeden przypadek z wybitnem jakoby tętnem paradoksalnem u osobnika zdrowego, opisany przez Bauer'a [7]); i tu jednak jest mowa wyłącznie o tętnicy promieniowej.

---

[6]) Władysław Janowski. O znaczeniu dyagnostycznem i prognostycznem dokładnego badania tętna. 1897 str. 67. Fig. 86 a i b.

[7]) Cytowany w pracy Davida Schmala. Ueber den Pulsus paradoxus. Inaug. Diss. str. 17.

Z powyższych danych, zdaje się, możemy wyprowadzić wniosek, że tętno paradoksalne istotne u ludzi zdrowych zdarzyć się nie może. Głęboki wdech wywiera wprawdzie pewien wpływ na tętno w stanie normalnym, obniżając ciśnienie tętnicze (p. niżej), różnice jednak są tu tak nieznaczne, że o paradoksalności tętna mowy być nie może.

Tętno paradoksalne istotne powstawać może przeto jedynie w stanach patologicznych. Spostrzegano je jednak prócz *mediastino-pericarditis* w całym szeregu innych cierpień, np. w wysiękowem zapaleniu osierdzia, przewlekłem zapaleniu mięśnia sercowego, wysiękach opłucny i in. W tych razach objaw ten zawsze idzie w parze ze znacznie upośledzoną czynnością mięśnia sercowego; inaczej też być nie może, gdyż ta właśnie okoliczność jest warunkiem niezbędnym do powstawania tutaj tętna paradoksalnego. Wiadomo, że już w warunkach zwykłych oddychanie wywiera pewien wpływ na fale tętna; mianowicie, podczas wdechu, z powodu wzmożenia się ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, większa ilość krwi tętniczej zostaje w tej ostatniej zatrzymaną, krew żylna ulega silnemu wessaniu do prawego przedsionka, serce kurczy się słabiej, ciśnienie krwi w układzie tętniczym obniża się Odwrotnie rzecz się ma przy wydechu [8]). Otóż w razie, jeżeli będziemy mieli do czynienia z przypadkiem bardzo upośledzonej czynności serca, wpływ ten na ciśnienie krwi może stać się tak wydatnym, że przy dostatecznie silnych ruchach oddechowych otrzymamy wyraźne tętno paradoksalne. W podobnych jednak razach winno wykazać ono pewne cechy odmienne w porównaniu z tętnem w *mediastino-pericarditis* Mam na myśli przedewszystkiem zachowanie się skurczów serca w fazie znikania tętna, t. j. przy wdechu. W szeregu omawianych w tem miejscu cierpień znikanie wdechowe tętna znajduje się, jakeśmy to wyżej zaznaczyli, w ścisłym związku przyczynowym ze słabszymi skurczami serca: oczekiwać przeto należy wdechowego osłabienia tonów serca. Traube [9]) i Szapiro [10]) opisują przypadki wysiękowego zapalenia osierdzia, w których znikaniu tętna przy silnym wdechu istotnie towarzyszyło wybitne osłabienie tonów serca. Chociaż *a priori* osłabienie wdechowe tonów serca wydaje się w podobnych razach warunkiem koniecznym, to jednak znajdujemy w literaturze opis przypadku [11]) wysiękowego zapalenia osierdzia, w którym przy wybitnem tętnie paradoksalnem na wszystkich tętnicach siła tonów serca pozostawała bez zmiany; tłomaczy się to, być może, tą okolicznością, że, aczkolwiek siła tonów terca zależy przedewszystkiem od skurczu mięśnia sercowego, to jednakże mogą tu wchodzić w grę i inne jeszcze czynniki. W każdym jednak razie w *mediastino - pericarditis* znikaniu wdechowemu tętna napewno towarzyszyć będzie niezmieniona czynność serca, co jest łatwo zrozumiałe ze względu na mechanizm powstawania tutaj tętna paradoksalnego. W pracy swej Kussmaul wyraźnie wskazuje takie właśnie zachowanie się skurczów serca.

Przechodzę do drugiej cechy, charakteryzującej tętno paradoksalne w opisywanym tutaj szeregu cierpień w porównaniu z tętnem w *mediastino-pericarditis*, mianowicie do odmiennego stosunku krzywej tętna do krzywej od-

[8]) Landois. Lehrbuch d. Physiologie d. Menschen. 1896. Str. 146. Tigerstedt. Lehrbuch d. Physiologie des Kreislaufes. 1893. Str. 460 i 462.

[9]) Traube. Pulsus paradoxus bei chron. Pericarditis etc. Charité-Annalen. 1876. str. 270.

[10]) Szapiro. K woprosu o diagnosticzeskom znaczenii paradoksalnago pulsa. Wracz. 1883. Str. 580.

[11]) Stricker. Puls. paradox. bei Pericardit. tubercul. etc. Charité Annalen. 1875.

dychania. Badania fizyologiczne nad wpływem oddechu na ciśnienie tętnicze wykazały, że prócz czynników mechanicznych odgrywa tu pewną rolę podrażnienie oddechowe ośrodka naczynioruchowego [12]). Sprawia ono, że, wprawdzie, najniższe ciśnienie w tętnicach przypada na fazę wdechową, zaczyna ono jednak już podczas wdechu stopniowo się wzmagać, dosięgając *maximum* na początku wydechu; przy dalszym wydechu ciśnienie stopniowo się obniża, dochodząc do *minimum* na początku wdechu. Fale tętna nie będą przeto zmniejszać się i wzmagać równolegle do ruchów oddechowych, lecz wykażą ten sam stosunek, co ciśnienie krwi (Klemensiewicz, Knoll i inni). Taka sama nieodpowiedniość pomiędzy krzywemi tętna i oddechu wystąpić musi również w omawianych cierpieniach, gdyż tętno paradoksalne powstaje tutaj, jak widzieliśmy wyżej, wskutek działania tych samych przyczyn, które normalnie na tętno wpływają. Przeciwnie w *mediastino - pericarditis* dla łatwo zrozumiałych powodów krzywa sfigmograficzna będzie niewolniczo kroczyła za ruchami oddechowymi. Na ten objaw w przyszłych badaniach baczną należy zwracać uwagę.

Prócz wymienionych wyżej stanów patologicznych, tętno paradoksalne spostrzegano wielokrotnie w sprawach chorobowych, w których utrudniony dostęp powietrza do płuc (zwężenia krtani, oskrzeli i t. d.) doprowadzał do wybitnej duszności. Powstawanie jego łatwo tłomaczy się z jednej strony upośledzoną czynnością serca, z drugiej wzmożeniem ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej przy wdechu, t. j. tego właśnie czynnika, który przedewszystkiem na ciśnienie krwi wpływa. I w tych przypadkach tętno paradoksalne będzie posiadało te same cechy odmienne, któreśmy wyżej omówili.

Zwrócić należy uwagę na dwie jeszcze cechy, charakterystyczne dla tętna paradoksalnego w *mediastino - pericarditis*: po pierwsze jest ono (t. j. tętno paradoksalne) objawem stałym, ponieważ i przyczyna, wywołująca je, jest stała; powtóre — występuje ono już przy zwykłych ruchach oddechowych. Własności te zostały przez Kussmaul'a również zaznaczone.

Tętno paradoksalne, posiadające wszystkie nadane mu przez Kussmaul'a cechy, zwłaszcza z jednoczesnem nabrzmiewaniem żył szyjowych, może powstawać jedynie w tych sprawach chorobowych, kiedy istnieją te lub inne warunki czysto mechaniczne, powodujące wdechowe zwężanie wielkich pni naczyniowych.

Warunki podobne mamy przedewszystkiem w *mediastino-pericarditis fibrosa*; ponieważ jednak zdarzać się one mogą, aczkolwiek rzadko, i w innych cierpieniach, to nabierają one ważnego znaczenia dyagnostycznego dla powyższej choroby dopiero wówczas, kiedy, jak to słusznie zauważył Kussmaul, objawy kliniczne przemawiają za przewlekłem zapaleniem osierdzia i jego zarośnięciem. Podobny zbiór objawów pozwala z bezwzględną niemal pewnością na zrobienie rozpoznania włóknistego zapalenia osierdzia i śródpiersia. Dotychczas znany jest jedyny wyjątek. Jest to przypadek wysiękowego zapalenia osierdzia, opisany przez Boehr'a [13]). Warunki ułożyły się tutaj w sposób tak szczególny, że mylne rozpoznanie *mediastino-pericarditis* byłoby możliwe. Przedewszystkiem wysięk w ilości przeszło jednego litra zebrał się, z powodu zrośnięcia się listków osierdzia od przodu, tylko w tylnej części worka osierdziowego; wykazanie płynu było przeto niemożliwe.

[12]) Landois. L. c. str. 147.
[13]) Berlin. Klin. Woch. 1883. N. 13.

Tętno zaś paradoksalne i wdechowe nabrzmiewanie żył zależało od tego, iż z jednej strony przepona pociągała przy wdechu serce ku dołowi z powodu silnego zrośnięcia osierdzia z wierzchołkiem serca, z drugiej zaś płuca, zrośnięte z opłucną osierdziową, pociągały w bok zgrubiałe osierdzie a wraz z niem pnie wielkich naczyń, ponieważ zgrubienia błony włóknistej osierdzia w miejscu jego zagięcia utworzyły mięsistą masę, szczelnie obejmującą w postaci pierścienia wielkie naczynia.

Guzy śródpiersia, zdaje się, nie mogą dawać powodu do błędów rozpoznawczych; dotychczas przynajmniej nie spostrzegano przy nich ani razu tętna paradoksalnego w związku z wdechowem nabrzmiewaniem żył.

Ze względów czysto praktycznych uważam za odpowiedni podział tętna paradoksalnego na trzy rodzaje:

1) tętno paradoksalne istotne z wdechowem nabrzmiewaniem żył;
2) tętno paradoksalne istotne bez wdechowego nabrzmiewania żył;
3) tętno paradoksalne rzekome czyli miejscowe.

W przyszłych badaniach klinicznych nad tętnem paradoksalnem należy uwzględniać wszystkie te okoliczności, któreśmy wyżej omówili, mianowicie: lokalizacyę jego, siłę ruchów oddechowych, zachowanie się przy wdechu żył szyjowych i tonów serca, stosunek krzywej tętna do krzywej oddechu, oraz zaznaczać, czy tętno wykazuje własności paradoksalnego stale przez cały czas trwania choroby lub też tylko w pewnych jej okresach. Tylko takie opisy tętna paradoksalnego w związku z podaniem objawów chorobowych, ewentualnie i zmian pośmiertnych, mogą przyczynić się do należytej oceny znaczenia interesującego nas zjawiska.

Szanownemu d-rowi Duninowi składam w tem miejscu serdeczne podziękowanie za łaskawie udzielone mi wskazówki oraz zachętę do pracy niniejszej.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

O NOWOTWORACH MÓŻDŻKU.

(Odczyt wygłoszony na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Podał

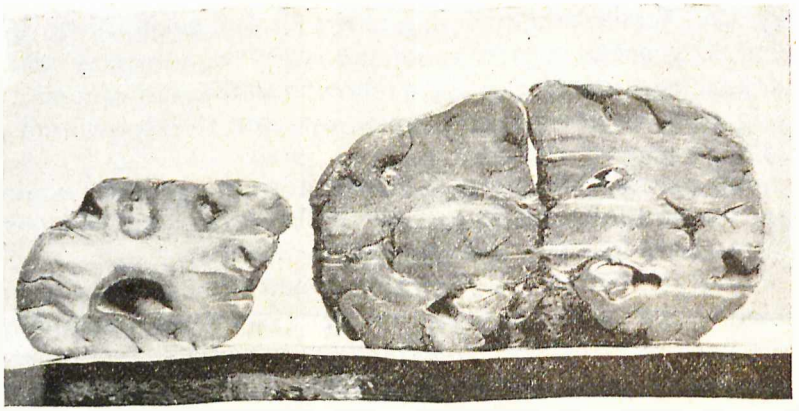
D-r med. LUDWIK E. BREGMAN.

Ordynator szpitala.

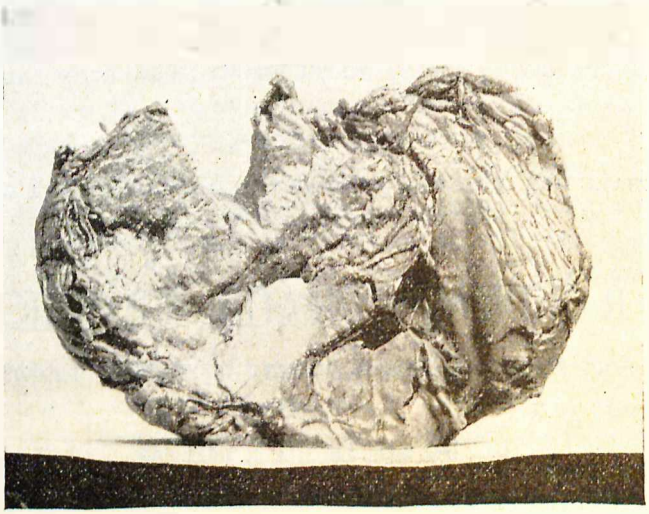
(Dokończenie—Zob. Nr. 4.)

Przypadek II. D. L. 61-letni kupiec zapisał się do oddziału chorób nerwowych 5. I. 1900. Od kilku tygodni — wywiady od samego chorego — silny ból głowy, zawrót głowy, szum w głowie, osłabienie nóg, trudność chodzenia. Ból głowy głównie na czole, niekiedy i w okolicy potylicznej (zwłaszcza lewej). Badanie przedmiotowe wykazało: leży nieruchomo zwykle na lewym boku, *torpor cerebri*, opukiwanie czaszki niebolesne; obustronna *neuritis optica*; źrenice średnio szerokie, oddziaływają na światło. Tętno 66, prawidłowe. Stać i chodzić bez oparcia nie może, przytem silny zawrót

głowy. Chód ataktyczno-cerebellarny bez wyraźnego zbaczania w jednę stronę. Niedowład kończyn dolnych niewyraźny. Napięcie mięśni we wszystkich kończynach wzmożone, odruchów ścięgnistych (być może dla tego) się nie otrzymuje. Żadnych innych zaburzeń.



D. L. Tumor lobi occipitalis dextri. Tumor thalami optici dextri.



D. L. Tumor cerebelli.

W czasie dwumiesięcznej obserwacyi szpitalnej *torpor cerebri* stopniowo się wzmagał; tętno niekiedy 50 54; stan spastyczny kończyn coraz silniejszy, w kończynach dolnych ostatecznie kontraktura w zgięciu; niedowład z początku przemijający, później stały kończyn strony lewej oraz lewej połowy twarzy (wyraźny tylko w dolnej części), sztywność karku i odchylenie głowy w tył. Postępujące wyniszczenie, gruczoły w lewej pachwinie i pod prawą pachą. Śmierć 10. III. 1900 przy objawach najwyższego wycieńczenia.

Rozpoznanie kliniczne. Sprawa nowotworowa była najbardziej prawdopodobna, za nią przemawiały objawy ucisku mózgu — wprawdzie bez wymiotów— oraz stopniowy, bezgorączkowy rozwój ich.

Z bezładu móżdżkowego wnioskować należało przedewszystkiem o umiejscowieniu w móżdżku. Na razie brak jednak było objawów, popierających to rozpoznanie. Jedynym objawem ucisku miejscowego było wzmożone napięcie mięśni kończyn, ale i ono zależne być mogło od wikłającego wodogłowia. Większe już znaczenie miał późniejszy niedowład kończyn strony lewej oraz lewego nerwu twarzowego (wyraźny tylko w dolnej części): jak już we wstępie wspomnieliśmy, porażenie kończyn tej samej strony, co i nerw twarzowy, spotyka się w nowotworach móżdżku częściej jeszcze, aniżeli porażenie odmienne (*hemiplegia alternans*); wyjaśniliśmy tam, w jaki sposób objaw ten wytłomaczyć możemy, i że wskazuje on najprawdopodobniej zajęcie jednoimiennej, t. j. w naszym przypadku lewej połowy móżdżku. Czasowe umiejscowienie bólu głowy w lewej okolicy potylicznej, stałe leżenie na lewym boku (ostatnie według R. Schmidt'a), choć mają znaczenie rozpoznawcze drugorzędne, zgadzały się również z umiejscowieniem w lewej półkuli móżdżku.

Z drugiej strony jednak brak pewniejszych objawów ucisku miejscowego, mniej gwałtowny charakter objawów uciskowych ogólnych, brak wymiotów, zachowanie częściowe przynajmniej siły wzroku nasuwały pewne wątpliwości. Nie można było z pewnością wyłączyć innego umiejscowienia — w prawej półkuli mózgowej. Nadzwyczaj silnie wyrażone zaburzenia psychiczne kierowały uwagę w stronę zrazu czołowego, późniejsza hemipareza lewostronna, z początku przemijająca, powstać mogła przy umiejscowieniu w prawym zrazie czołowym przez ucisk na tory piramidalne.

Badanie pośmiertne (kol. Steinhaus) wykazało zgodnie z naszem pierwszem przypuszczeniem nowotwór w lewej połowie móżdżku, ale i w prawej półkuli mózgu znalazło się ognisko gruźlicze, zajmujące większą część pagórka wzrokowego, i drugie mniejsze w zrazie potylicznym tuż pod korą wypukłości tego zrazu. Nowotwór móżdżku, ogromnych rozmiarów, zajmuje całą prawie lewą półkulę i wielką część robaka, zwłaszcza tylną i dolną. Prawa półkula jest zmniejszona, spłaszczona. Nowotwór dochodzi w wielkiej części do powierzchni, ale zmian w oponach, podobnych jak w pierwszym przypadku, tu nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe dowiodło natury gruźliczej nowotworu: w masie rozpadowej liczne komórki olbrzymie.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z następujących względów:

1) Poucza on, że należy pamiętać przy rozpoznaniu o możliwości kilku naraz ognisk nowotworowych. Drugie ognisko w pagórku wzrokowym przyczynić się mogło do wzmożenia objawów ogólnego ucisku, a z objawów ogniskowych niedowład lewej połowy ciała powstać mógł przez ucisk na torebkę wewnętrzną. Ponieważ jednak, jak wyjaśniliśmy, ten sam objaw mógł być w zależności od cierpienia móżdżku, zatem patogenezę jego pozostawić musimy w zawieszeniu.

2) *Tubercula solitaria* w wieku podeszłym — 61-ym roku — są rzadkie.

3) Pomimo kolosalnych rozmiarów nowotworu, objawy ucisku miejscowego nie były zbyt znaczne, a zwłaszcza brak było, po za porażeniem twarzy, objawów ze strony nerwów mózgowych, prawdopodobnie dla tego, że nowotwór wrastał w substancyę mózgową, a nie na zewnątrz móżdżku

i nie sprowadził ani zbyt wielkiego powiększenia, ani zniekształcenia tego narządu.

4) Zestawiając przypadek ten z pierwszym, widzimy ogromną różnicę w przebiegu: tu powolne wyniszczenie całego ustroju przy silnym *torpor cerebri*, *neuritis optica*, zwolnieniu tętna, ale małym bólu głowy, braku wymiotów, tam gwałtowne napady bólu głowy z wymiotami, z najsilniejszem napięciem mięśni karku i tułowia, śmierć nagła w takim napadzie wskutek porażenia najważniejszych ośrodków. Z wyników anatomicznych trudno tę różnicę wytłomaczyć, tem bardziej że nowotwór w drugim przypadku był znacznie większy, wodogłowie wewnętrzne w obu m. w. jednakowe. Niejednakowa szybkość rozrostu nowotworu moglaby różnicę tę spowodować, ale trwanie choroby nie było w drugim przypadku dłuższe, niż w pierwszym. Pozostaje tylko różnica wieku: mózg dziecka oddziaływać może energiczniej na ucisk, aniżeli mózg starca.

Przypadek III. Ch. S., chłopiec 9-letni. W wywiadach nic szczególnego. Rozwijał się prawidłowo, uczył się dobrze. Od 10-iu miesięcy napady bólu głowy bez określonego umiejscowienia, z nudnościami i wymiotami, z początku rzadkie — raz na kilka tygodni, później coraz częstsze. Przed czterema tygodniami zaczął źle chodzić, jak pijany, od $2^1/_2$ miesięcy nie chodzi wcale. Około tego samego czasu po silnym napadzie nagła utrata wzroku. Równocześnie napady ustały, a głowa zaczęła się powiększać.

Badanie przedmiotowe. Obwód czaszki 56,5 ctm. Rozejście się szwu strzałkowego. Ballotement kości ciemieniowych.

Ból głowy nieznaczny, głównie w czole. Opukiwanie głowy niebolesne. Zmiany psychiczne: chory przytomny, pamięć ma częściowo zachowaną, ale odpowiada na pytania po długim namyśle, a najczęściej powtarza zadane mu pytania kilkakrotnie w mniejszych lub większych odstępach czasu, nieraz na drugi dzień, lub po dłuższym jeszcze czasie (Echolalia). Tak samo powtarza nakazane mu czynności (podniesienie ręki, pokazanie języka i t. p.). Mówi bezustannie bez związku, żąda np. odcięcia nogi, otworzenia mu brzucha; najczęściej powtarza różne wymysły i to w obcym mu, zresztą, polskim języku (koprolalia).

Obustronna *neuritis optica* z przejściem w stan zaniku. Niedowład, z początku zmienny, później stały prawego nerwu twarzowego, najbardziej w dolnej części, w górnej gałązce mniej wyraźny.

Stać i siedzieć nie może. Głowa odchylona w tył i na prawo, ruchy jej bardzo utrudnione. *Opisthotonus* zmienny — nieraz bardzo znaczny, tak że głowa z tułowiem tworzą kąt prosty, innym razem słaby.

Stan spastyczny kończyn, w dolnych kontraktura w zgięciu. Bezwład prawej kończyny dolnej, lewą porusza nieco w biodrze. Niedowład prawej kończyny górnej wraz z drżeniem i pewnego stopnia bezładem.

Odruchów kolanowych otrzymać nie można (kontraktura), *clonus pedis* obu stron. Odruchy podeszwowe wzmożone.

W czasie $1^1/_2$ miesięcznego pobytu w szpitalu zmian żadnych w stanie chorego nie zaszło. Napadów bólu głowy, wymiotów — nie było. Narzekał na bóle w nogach. W nocy był często niespokojny. Wypisany na żądanie matki.

Rozpoznanie kliniczne. Za rozpoznaniem nowotworu przemawiają te same momenty, co i w poprzednich przypadkach. *Hydrocephalus*, który tu doprowadził do rozejścia się szwów czaszkowych, jest najprawdopodobniej

wtórny, nagła utrata wzroku następstwem ucisku na *chiasma*. Te objawy wraz z zaburzeniami równowagi ciała wskazują w pierwszej linii na móżdżek, za nim przemawia również silny i napadowy *opisthotonus*. Stan spastyczny wszystkich kończyn, zupełne prawie porażenie dolnych byłyby w takim razie następstwem ucisku na pień mózgowy. Co do niedowładu prawej połowy twarzy i kończyny prawej górnej (z drżeniem i bezładem) oraz bezwładu prawej kończyny dolnej, poczynić należy te same zastrzeżenia, jak w przypadku drugim: jeśli objawy te są w zależności od cierpienia móżdżku, to najprawdopodobniej to ostatnie umiejscowić należy w prawej połowie tego narządu. W przypadku tym zasługuje na uwagę:

1) że w 9-ym roku wodogłowie doprowadziło do rozejścia się szwów czaszkowych. Jestto rzadkie, choć kilkakrotnie spostrzegano to samo jeszcze w późniejszym wieku: w 13-ym, a nawet w 15-ym roku życia. U naszego pierwszego chorego, choć był młodszy i choć u niego również nastąpiła nagle niemal zupełna utrata wzroku (wskutek ucisku wypiętego dna 3 komórki na *chiasma*) nic podobnego nie zauważono.

2) że po rozejściu się szwów gwałtowne objawy uciskowe odrazu ustąpiły (napady bólu głowy, wymioty);

3) stan psychiczny chorego — powikłanie *torporis cerebri* echo i koprolalią.

Sz. Panowie! We wszystkich opisanych tu przypadkach rozpoznanie kliniczne nowotworu móżdżku zrobione było z wszelką możliwą w tych razach pewnością; z pewnem, w jednym przypadku mniejszem, w drugim większem prawdopodobieństwem mogliśmy nawet bliżej dotkniętą część tego narządu określić — a jednak w żadnym nie uciekaliśmy się do interwencyi chirurgicznej, nie próbowaliśmy nawet szukać nowotworu w celu wyłuszczenia go, ani zmniejszać ucisku mózgowego przez dokonanie jednej z proponowanych w tym celu operacyi paliatywnych. Usprawiedliwia mnie w tem dostatecznie doświadczenie licznych autorów, którzy rękoczyny podobne wykonali. Z wyjątkiem paru szczęśliwych przypadków — przedłużenie życia przy mniej silnych objawach — wszystkie próby wyłuszczenia nowotworów móżdżku dały złe wyniki. Aczkolwiek móżdżek należy na mocy swego położenia do okolic dostępnych dla noża chirurga, to jednak wobec grubości kości w tem miejscu, wobec licznych zatok żylnych, okalających go, dostęp doń jest bardzo utrudniony. Bliskość rdzenia przedłużonego, nerwu błędnego nakazuje prócz tego wielką ostrożność przy odszukiwaniu guza. Tem się tłomaczy, że, jak wykazuje statystyka Starr'a, w większej części przypadków (9 na 16, w nowotworach mózgu zaledwie 26 na 81) nowotworu przy operacyi nie wykryto wcale. W przypadkach, w których nowotwór się znajduje (najczęściej tam, gdzie wyrasta na tylnej i dolnej powierzchni półkuli), wyłuszczenie jego całkowite okazuje się często niemożliwem. Starr opisuje przypadek, w którym nowotwór znaleziono, i, jak się chirurgowi zdawało, w całości wyłuszczono: po 15-tu dniach śmierć, a badanie pośmiertne dowiodło, że połowę jego pozostawiono nietkniętą. Rzut oka na preparaty, przedstawione Sz. Panom, wystarczy, by dowieść, że i tu usiłowania nasze pozostałyby prawdopodobnie bezowocne. Zresztą nawet tam, gdzie udało się nowotwór w całości usunąć, wyniki były niemniej smutne. Śmierć następowała najczęściej wkrótce — w kilka godzin lub kilka dni po operacyi, czy to wskutek wstrząsu, czy przekrwienia *ex vacuo* — rdzenia przedłużonego lub innych powikłań nieuniknionych przy tak trudnej operacyi (*meningitis* w je-

dnym przypadku, obserwowanym i operowanym w klinice szpitala św. Ducha).

Ale i paliatywne operacye, przedsiębrane w celu zmniejszenia ucisku mózgowego, który, jak widzieliśmy, w nowotworach móżdżku dosięga największego stopnia, nie są bynajmniej bezpieczne. Operacye te są: punkcya komórek bocznych, punkcya lędźwiowa, rezekcya zwykła i wreszcie rezekcya z otwarciem opony twardej. Wszystkie te rękoczyny, aczkolwiek teoretycznie usprawiedliwione, w nowotworach móżdżku okazały sie nader niebezpiecznymi. Najmniej stosunkowo jest nią rezekcya zwyczajna kości potylicznej, choć w jednym z czterech przypadków, operowanych tym sposobem przez Chipault'a, nastąpiła śmierć w kilka godzin po operacyi. Że rezekcya taka w stanie jest sprowadzić zmniejszenie ucisku mózgowego, dowodzą spostrzeżenia tego autora i wielu innych (Horsley, Caton i Paul, Kammerez, Clarke i Morton). Nasz trzeci przypadek z samowolnem rozejściem się szwów czaszkowych dowodzi również, jak dobroczynny być może wpływ otwarcia czaszki: od chwili, gdy rozejście się to nastąpiło, i czaszka zaczęła się powiększać, gwałtowne napady bólu głowy i wymioty w zupełności ustały. Po rezekcyi, rzecz prosta, warunki są odmienne, czaszka się tu nie powiększa, ale za to tworzy się zwolna stopniowo powiększająca się kiła mózgowa, dając tym sposobem częściowo przynajmniej ujście uciskanemu mózgowi.

LITERATURA.

Adler. Die Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen. Wiesbaden. 1899. J. F. Bergmann. Adams. Sam. Case of sarcom e of cerebellum. Archives of Pediatrics. 1899. Sept. Nr. 9. Biedl A. Absteigende Kleinhirnbahnen. Neurolog. Centralblatt. 1895. Nr. 10. p. 432. Beevor. The accurate localisation of intracranial tumours excluding tumours of the motor cortex, motor tract, pons and medulla, ref. w Londyńskiem tow. neurologicznem- Brain. 1898. Autuum. Boettiger A. Zur Casuistik der Kleinhirntumoren Neurol. Centralbl. 1898. Nr. 6. p. 244. Bramwell B. On the localisation of intracranial tumours. Brain. 1899. Spring. Bresler. Deutsche med. Wochenschr. 1898. Nr. 50. Brun. Brit. med. Journal. 1899. Jan. Bruns L. Der heutige Stand unserer Kenntnisse von den anatom. Bezichungen des Kleinhirns zum übrigen Nervensystem etc. Berliner. klin. Wochenschrift. 1900. Nr. 25. 18 czerwca. Bruns L. Neuropathologische Mittheilungen Versam. d. Irrenärzte Niedersachsens u. Westf. 6. V. 1899. Neurol. Centr. 1899. Nr. 11. Chipault. Odczyt w Raymond Clinique des meladies du syst. nerv. III, Série 1898. Clarke w dysk. nad odczytem Beevora Brain, 1898. Gowers W. R. Handbuch der Nervenkrankheiten. T. II. 1892. tłom. C. Grube. Luciani L. Das Kleinhirn, tłom. M. O. Fraenkel. 1893. Nonne. Sarkom des Kleinhirns mit multipler Sarkombildung an der Pia der Rückenmarks. Hamb. ärzt. Verein Neurol. Centr. 1897, p. 285. Oppenheim. Die Geschwülste des Gehirns Nothnagl'a specielle Pathol. und Therapie. T. IX. I część. III rozdział. Petersen Fr. Tumor of the Cerebellum Journ. of ment. and nervous dis T. XXI. p. 398. Pincler F. Zur Lehre von den Functionen der Kleinhirns Arb. aus Prof. Obersteiner's Labor. 1899. Zesz. 4. Raymond. Clinique des mal. du Syst. nerveux. T III. 1898. Rothmann M. Ueber das Rumpfmuskelcentrum in der Fühlsphäre der Grosshirnrinde Neur. Centr. 1896. Nr. 24. s. 1105. Russel R. Phenomena resul-

ting from interruption of afferent and efferent tracts of the cerebellum. Neurol. Centralbl. 1897. Nr. 22. S. 1040. Sachs B. Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kinderalters tłom. Onufrowicz. 1897. Saenger dem. w Aerzt.Ver. w Hamburgu 17. I. 99. Neurol. Centr. 1899. Nr. 5. s. 237. Schmidt R. Zur genaueren Localisation der Kleinhirntumoren etc. Wiener klin. Wochenschr. 1828. Nr. 51. Starr. Allen Hirnchirurgie. tłom. M. Weiss. 1894. Thumas A. Le cervelet. Paris. 1897. Wolf. Zur Klinik der Kleinhirntuberkel, Arch. f. Kinderheilkunde. 1899. T. 26.

WYKŁADY KLINICZNE.

Gilles de la Tourette.

Dostateczna dawka bromu i objawy ze strony źrenic w leczeniu padaczki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 4.)

Przed rozpoczęciem leczenia należy w każdym wieku dowiedzieć się koniecznie, czy chory przyjmował brom, w jakich dawkach i w jakich warunkach. W ten sposób można najlepiej zdać sobie sprawę z tolerancyi chorego względem bromu, co jest konieczne dla ustalenia dostatecznej dawki. Jeśli wywiady są niedokładne, lub jeśli chory dotąd nie przyjmował bromu, należy trzymać się prawideł, zdobytych doświadczeniem, choć w ten sposób nie łatwo ściśle poznać tolerancyę chorego. Należy w początku leczenia badać, czy wydzielanie moczu jest dostateczne, czy nie ma białka w moczu i t. p., i w ten sposób dowiedzieć się, czy nie ma przeszkody do stosowania bromu.

Wiadomo, że dzieci znoszą daleko lepiej brom, aniżeli dorośli. Około 8 do 12 roku życia dosyć często pojawiają się pierwsze napady padaczki; w tym okresie życia często 3, 4, 5 gramowe dawki mogą być znoszone bez trudności, gdy niektórzy dorośli z trudnością dawki te znoszą. Pod tym względem należy z samego początku próbować tolerancyę i w interesie chorego, o ile można najszybciej, ją wypróbować.

Dla ustanowienia leczenia za pomocą bromu u chorego na padaczkę należy zatem ściśle określić to, co autor nazywa dostateczną dawką bromu, t. j. dawkę, która, dostatecznie łagodząc nadmierną pobudliwość ruchową, usuwa napady drgawek bez sprowadzenia zaburzeń w stanie ogólnym, bez wywołania powikłań, mogących uczynić leczenie niemożliwem.

Dawka ta musi być bardzo ściśle określona: za słaba nie jest zdolna wstrzymać napadów; za silna będzie źle znoszona; co więcej, autor widział przypadki, gdzie w przebiegu leczenia za pomocą za wielkich dawek napady drgawek częściej się pojawiały, co należy przypisać trującemu działaniu.

Pod względem więc stosowania bromu w początkach leczenia należy u chorych, którzy dotąd nie brali bromu, a zatem, o których nie wiemy, jak go znoszą, zacząć od niższych dawek i stopniowo, badając tolerancyę, przejść do dawki dostatecznej.

Uwzględnić przytem należy, jak to wyżej było zaznaczone, wiek chorego i liczbę napadów.

Co się tyczy dzieci, to ze względu na to, że znoszą one dobrze brom, należy zacząć od dawek nieco większych. U dziecka np. 6 do 8-letniego można prawie zawsze zacząć od 2, 3 i 4 gramów i stopniowo zwiększać dawkę.

U młodzieńców między 15 a 20 rokiem można tak, jak u dorosłych, dojść, jeśli to jest konieczne, do 8, 10, 12 gramów. U osób nieco starszych tolerancya nie jest mniejsza, lecz należy przekonać się u nich, czy nie istnieje niedomoga nerek (insuffisance rénale).

Liczba napadów nie posiada tego znaczenia, co wiek. Są epileptycy, których autor nie poddaje prawie leczeniu z przyczyny niezmiernie rzadkich napadów. U tych zaś epileptyków, których leczyć trzeba, ilość bromu, jaką podawać należy, powinna być zawsze jednakowa, wszystko jedno, czy napady będą liczniejsze, czy też rzadsze. Wszelako u mających częste napady należy szybko przejść do dawek większych, gdy w przypadkach średnich lub tych, gdzie napady są rzadkie, należy zachowywać się ostrożniej.

Co się zresztą tyczy dostatecznej dawki bromu w leczeniu padaczki, którą nie łatwo z góry określić, a która jednak dla skutecznego leczenia jest konieczna, autor zwraca uwagę na pewne objawy ze strony źrenic, pozwalające orzec, czy podawana dawka bromu jest dostateczna, czy też można ją powiększyć, a ewentualnie zmniejszyć.

Gdy w przebiegu leczenia padaczki za pomocą bromu dawka jest za słaba w stosunku do tolerancyi ustroju, źrenice są średnio rozszerzone, czyli normalne; reagują one zwyczajnie na światło i akomodacyę. Jeżeli się podnosi dawkę bromu, następuje chwila, w której źrenice się rozszerzają, a reakcya na światło i akomodacyę staje się leniwą. Jeżeli się podniesie jeszcze dawkę bromu, źrenice w zupełności przestają reagować na światło i akomodacyę.

Chwila, w której się objawia zwolnienie oddziaływania źrenic i rozszerzenie ich, wskazuje, że dawka bromu jest dostateczna. Dalsze powiększenie dawki bromu prowadzić może do zatrucia, którego zawsze unikać należy.

Stan ten zwolnienia oddziaływania źrenic i ich rozszerzenie nie szkodzą nic wzrokowi chorego; żaden z licznych chorych autora na nic się nie skarżył. Tylko badając bardzo szczegółowo chorych, autor wykrył zmiany w źrenicach wyżej opisane.

Za pomocą badania zmian w źrenicach udawało się niekiedy autorowi wykryć u chorych, którzy nie przyjmowali całej dawki bromu i oszukiwali otoczenie i lekarza lub sami byli oszukiwani, podstęp lub błąd, stwierdzał bowiem w takich razach powrót źrenic do stanu prawidłowego.

Zboczenia w źrenicach, powstałe pod wpływem przesiąknięcia bromem, dostarczają jeszcze innych cennych wskazówek w stosunku do utrzymania dostatecznej dawki bromu. Dawka ta nie jest przez cały czas trwania leczenia niezmienna. Po pewnym czasie, po 2—3 miesiącach np., zależy to od wrażliwości osobnika, należy zwiększyć dawkę dzienną bromu o 1 lub 2 gramy, podawać zamiast 3, 4 do 5 gramów 4, 5 do 6 grm. Ustrój w rzeczy samej przyzwyczaja się do leku, i dawka, która jest dostateczna w początkach leczenia, przestaje nią być później i musi być powiększona. W jakim zaś stosunku powiększenie dawki ma nastąpić, można określić, badając źrenice.

Kiedy należy zacząć zmniejszać dawki bromu? Gdy przypadek przebiega pomyślnie, należy zdaniem autora czekać rok od chwili ostatniego napadu drgawek, zawrotu lub napadu nieprzytomności i dopiero przystąpić do zmniejszenia dawki i stopniowego przerwania leczenia bromowego.

Nie u wszystkich jednak chorych dawka dostateczna zawsze jest dobrze znoszona. Są chorzy, u których po dojściu do dostatecznej dawki bromu, zaczynają występować objawy ogólne i miejscowe, stanowiące przeszkodę do leczenia. Trzeba znać te przypadłości, by je uprzedzić, jeśli to jest możliwe, lub też usunąć, jeśli się zjawiły.

Z przypadłości ogólnych, mogących powstać pod wpływem długotrwałego użycia bromu w dostatecznej dawce, przedewszystkiem na zaznaczenie zasługują pewne ogólne osłabienie fizyczne i psychiczne, skłonność do snu i do zaparcia stolca. Przypadłości te bywają w pewnych granicach zupełnie dobrze znoszone przez chorych. Nie zawsze jednak ma to miejsce; niekiedy przypadłości te występują w formie, jeśli nie ciężkiej, to przynajmniej na tyle poważnej, że zmuszają do przerwania dalszego użycia bromu, czego naturalnie, unikać należy. Pojawienie się ich jest prawie zawsze winą lekarza.

Przypadłości te zwykle występują nie w początkach leczenia, lecz później. Niektórzy jednak chorzy są tak wrażliwi nawet na małe dawki bromu, że już od samego początku zauważyć u nich można wzmożenie wszystkich przypadłości ogólnych wyżej wzmiankowanych: zaburzenia gastryczne (utrata łaknienia, język obłożony, wydech z zapachem bromu, zaparcie stolca), ciągły sen, ogólne osłabienie fizyczne i psychiczne a wraz z niem rozszerzenie źrenic znacznego natężenia i utratę w nich oddziaływania na światło i akomodacyę.

Najczęściej jednak przypadłości te pojawiają się u chorych dawno leczonych. Ci byli albo źle lub niedostatecznie pielęgnowani, albo lek był źle przygotowany, dawka wadliwa, najczęściej za wielka, o czem autor wielokrotnie miał możność się przekonać. Przypadłości tych łatwo uniknąć, jeśli chory jest starannie leczony przez lekarza doświadczonego.

Jeśli pomimo wszelkich ostrożności występują przypadłości ogólne nieco cięższe, należy przerwać leczenie za pomocą bromu lub może lepiej stopniowo zmniejszać dawki, dać środki czyszczące, zalecić dyetę mleczną, i podawać w ciągu 4 do 5 dni po 15 kropel nalewki cebulowej i naparstnicy dla pobudzenia czynności serca i wzmożenia diurezy, a to w celu szybszego wydalenia z ustroju nagromadzonego w nim bromu. Należy oprócz tego ściśle określić dawkę, przy której nastąpiły przypadłości ogólne, by w przyszłości módz się ustrzedz od powrotów.

Obok przypadłości ogólnych istnieje druga kategorya — przypadłości miejscowe, przeważnie skórne, już to w postaci *acne*, już to więcej lub mniej rozlanego rumienia, *erythema nodosum*, już nawet spraw ropnych, zgorzelinowych.

Do przypadłości miejscowych należy w późniejszym okresie leczenia bromowego szczególny kaszel, na który dotychczas małą zwracano uwagę. Kaszel ten suchy, męczący, spowodowany jest prawdopodobnie podrażnieniem krtani i tchawicy tej samej przyrody, co i wysypki skórne Kaszel ten skutkiem swej uporczywości odbiera sen choremu, a tem samem niekorzystnie wpływa na stan ogólny. Przeciw temu kaszlowi autor zaleca wdychania ciepłe z liści eukaliptusu.

Dalszy rozdział pracy autora poświęcony jest higienie i dyetetyce chorych na padaczkę, sprzyjającej tolerancyi ustroju względem dostatecznej dawki bromu. Ze względu na rozmiary streszczenia, po szczegóły musimy odesłać czytelnika do oryginału.

Następnie autor przechodzi do ważnej pod względem praktycznym kwestyi, co czynić należy, jeśli pomimo zachowania i przestrzegania wszelkich warunków higieny ogólnej, higieny fizycznej i psychicznej, chory źle znosi leczenie bromowe za pomocą dostatecznej dawki. W przypadkach tego rodzaju należy, zda-

niem autora, obok licznych ostrożności w przeprowadzeniu leczenia bromowego chwycić się środków pomocniczych, do jakich należy przedewszystkiem wodolecznictwo, ułatwiające tolerancyę ustroju przez poprawienie stanu ogólnego, upośledzonego pod wpływem leczenia bromowego.

W przypadkach znowu, wprawdzie, rzadkich, gdzie nawet małe dawki bromu sprowadzają zaburzenia żołądkowe (wymioty, niestrawność), jakoteż w przypadkach, w których przy wewnętrznem użyciu bromu w dostatecznej dawce nie następuje żadna poprawa, autor widział dobre wyniki przy zalecaniu bromu w lawatywach, przez długi czas stosowanych.

Sposób stosowania lawatyw jest bardzo prosty. Do lawatywy, zawierającej 125 do 150 gramów ciepłej wody, dodaje się 3, 4 do 5 łyżek roztworu bromu, reprezentujących 3, 4 do 5 gramów bromu,

Ten sposób leczenia padaczki dawał autorowi niejednokrotnie pomyślne wyniki tam, gdzie leczenie za pomocą wewnętrznego stosowania bromu było źle znoszone lub nie dawało pomyślnych wyników.

(*La semaine médicale Nr. 41. 1900*). *F. Arnstein.*

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

13. C. Hödlmoser. **Przyczynek do rozpoznawania skrycie przebiegającego raka przełyku.** Rozpoznanie raka przełyku nie przedstawia żadnych trudności, jeśli występują objawy stopniowo wzmagającego się zwężenia przełyku.. Zdarzają się jednakże przypadki, w których żadnych objawów zwężenia niema, i wówczas o istnieniu raka przełyku często przekonywano się dopiero na stole sekcyjnym. Autor podaje dwa spostrzegane przez siebie przypadki raka przełyku, w których rozpoznanie nie mogło być zrobione za życia chorego dla braku wszelkich objawów ze strony przełyku. W jednym z tych przypadków wszystkie objawy przemawiały raczej za guzem złośliwym żołądka lub kiszek (bóle w okolicy żołądka po jedzeniu, odbijania gazami cuchnącymi, wymioty, brak kwasu solnego w zawartości żołądka, nieprawidłowe wypróżnienia i t. d.); na żadne zaś zaburzenia w połykaniu chory się nie uskarżał, skutkiem czego nawet badanie przełyku zgłębnikiem nie zostało dokonane. Oględziny pośmiertne wykazały w obydwóch przypadkach obecność raka przełyku z licznymi przerzutami w innych narządach. Ponieważ szczegółowe badanie krtani, dokonane za życia u obydwóch chorych stwierdziło w każdym przypadku porażenie jednostronne nerwu zwrotnego, autor radzi zwracać baczną uwagę w każdym przypadku na stan nerwu zwrotnego, gdyż wykrycie porażenia jednostronnego tegoż nerwu może naprowadzić rozpoznanie na drogę właściwą pomimo nawet braku wszelkich objawów ze strony przełyku.

Użycie zgłębnika, względnie wziernika przełykowego, może wówczas sprawę rozstrzygnąć ostatecznie. Porażenie nerwu zwrotnego może występować w raku przełyku jako objaw bardzo wczesny, a bywa spowodowane uciskiem na nerw bądź samego nowotworu, bądź też następczo zajętych gruczołów. Prócz tego autor jest zdania, że duże znaczenie rozpoznawcze posiada także obrzmienie gruczołów szyjowych, na zasadzie którego Hacker np. w jednym przypadku zdołał trafnie rozpoznać guz złośliwy przełyku pomimo ujemnego wyniku nawet badania zgłębnikiem.

Nie należy tylko zapominać, że samo porażenie jednostronne nerwu zwrotnego lub powiększenie gruczołów nie dowodzi jeszcze obecności raka przełyku, gdyż objaw ten spotkać możemy i w przypadkach raków innych narządów, jak np. żołądka, lub macicy, gdy przerzuty umiejscowią się w gruczołach śródpiersia. Znalezienie porażenia nerwu zwrotnego jednostronnego powinno tylko wzbudzić w nas podejrzenie co do istnienia raka w przełyku i skłonić do troskliwszego badania w tym kierunku.

(*Wiener. Klin. Woch. Nr. 44. 1900.*) *W. Rubin.*

14. Sonnenberger. **Przyczynki do etiologii i patogenezy ostrych zaburzeń przewodu pokarmowego, a szczególniej cholery swojskiej w niemowlęctwie.** Od 20 niemal lat walczy Sonenberger przeciw panującym obecnie w pedyatryi pojęciom co do przyczyn, powodujących cierpienia przewodu pokarmowego u ssawców, które, jak wiadomo, dziesiątkują dzieci, szczególniej sztucznie żywione. Wiadomo wszystkim, jaką powagą i uznaniem cieszyła i cieszy się jeszcze teorya bakteryjna, na zasadzie której poszukiwano swoistego drobnoustroju dla każdej niemal choroby, a prócz tego, stosując się do tego poglądu, opierano na nim również profilaktykę i terapię, której ostatecznym wyrazem było wyjaławianie mleka, wprowadzone przez Soxhlet'a i przez wiele lat tryumfująco panujące w tej dziedzinie medycyny. Poglądy Sonnenberger'a, wedle których nie bakterye i ich produkty są przyczyną zaburzeń, lecz jady, spożywane przez krowy i wydzielane w ich mleku, z ostrą na początku spotykały się krytyką; pomawiano go o przesadne poglądy naturo-filozoficznego zabarwienia, o nieprawdziwość spostrzeżeń, niedokładność badań, i t. p. Powoli jednak przekonania autora poczęły torować sobie drogę, tem łatwiej, iż doświadczenie wykazało z czasem, że ani sterylizacya sposobem Soxhlet'a, ani pasteuryzowanie mleka krowiego, ani inne zastępcze środki nie zapobiegły w zupełności złemu, nie zmniejszyły bowiem ogólnej śmiertelności ssawców z powodu cierpień żołądka i kiszek.

Wobec tego odczyt autora, wygłoszony przezeń w r. 1900 w Wiesbadenie na zjeździe lekarskim, streszczający wszystkie jego badania, poglądy i wyniki, nader jest ciekawy.

Najpierw zwraca autor uwagę, że wielka śmiertelność ssawców z chorób przewodu pokarmowego nie zależy wcale od mniejszej ich odporności, wiemy bowiem, że pod tym względem szczególne zachodzą różnice, to na korzyść dorosłych, to znów na rzecz dzieci. Odra jest cięższą chorobą u dorosłych, niż u dzieci, toż samo można powiedzieć o durze brzusznym, o zapaleniach nerek i o wysokiej gorączce w ogólności Nie od zmniejszonej odporności zależy przeto ta śmiertelność, tak właściwa wiekowi niemowlęctwa, iż w starszym wieku niemal nie zdarzają się przypadki zejścia śmiertelnego wskutek ostrego nieżytu żołądka lub kiszek. Oprócz przyczyn swoistych, o których później, działają tutaj warunki biologiczne, na które w krótkości zwrócimy uwagę. Przedewszystkiem ślina u ssawców pozbawiona jest głównej swej (u dorosłych) własności, t. j. dekstrynowania krochmalu. Dalej żołądek ssawca ma kształt workowaty, o dnie zupełnie niewykształconem i zajmuje przy tem położenie niemal pionowe. Pojemność jego jest bardzo mała, wskutek czego soki żołądkowe niezbyt długo działać mogą na zawartość — w 2 godziny po nassaniu się żołądek ssawca zupełnie jest próżny. Nadto sernik mleka krowiego łączy się z znacznie większą ilością kwasu solnego, niż sernik pokarmu kobiecego, skutkiem czego przy karmieniu sztucznem pozostaje w żołądku bardzo mało wolnego kwasu solnego, mającego, jak wiadomo, działanie przeciwzakaźne. Wedle badań Moritz'a, v. Mering'a i Brandt'a żołądek ma bardzo małe znaczenie dla sprawy trawienia; działanie

jego polega na mechanicznem roztarciu pokarmów, na pomięszaniu ich ze sokiem i śluzem żołądkowym, na ścinaniu sernika mleka i na przemianie go w peptony; nadto siła chłonna żołądka również jest bardzo mała względem węglowodanów i ciał białkowych, a żadna — względem tłuszczów.

Główną czynnością żołądka jest, wedle Runge'go i Moritz'a, ochrona kiszek i całego ludzkiego ustroju przed wszelkiego rodzaju szkodliwościami (mechanicznemi, termicznemi, chemicznemi i bakteryjnemi), które mogłyby się przedostać dalej, gdyby żołądek przez rozcieńczenie, rozmiękczenie, przetrawienie, obniżenie ciepłoty, dezynfekcyę i t. p. nie przeciwdziałał ich zgubnym skutkom.

Kiszki ssawca też różnią się od kiszek dorosłego; dłuższe są bowiem w stosunku do długości ciała, — mięśnie ich są znacznie słabsze, błona śluzowa natomiast silnie rozwinięta, bardzo unaczyniona, a narządy limfatyczne (folikuły) ogromnie rozwinięte i bardzo liczne. Nadto sok trzustkowy, podobnież jak ślina, w pierwszych miesiącach życia nie działa wcale. Wobec tego wszystkiego sama niemal przyroda usposabia ustrój ssawców do chorób przewodu pokarmowego, w normalnych bowiem warunkach spotykamy u nich stosunki takie, jakie u dorosłych tylko w chorobie napotkać można, mianowicie: niedostateczność ruchowa żołądka i kiszek ssawca, mała ilość wolnego kwasu solnego. Do tych przyczyn naturalnych przyłączają się przyczyny zewnętrzne, zależne od ilości i jakości pożywienia. Prócz tego różne bakterye, a szczególniej *bact. lact. aërog.* i *bact. coli com.*, występujące szczególniej przy sztucznem karmieniu, bezpośrednio szkodliwie oddziaływają na błonę śluzową kiszek, a przez wytwarzane toksyny na cały ustrój. Prócz tych, mniej lub więcej znanych przyczyn, istnieją jeszcze inne, mniej znane, które autor nazywa zatruciami mlecznemi. Wedle doświadczeń Martiny'ego, Menzel'a, Fröhner'a, Rosenfeld'a i innych, mleko jest nie tylko sekretem lecz i ekskretem, a gruczoły mleczne zwierząt wydzielają właśnie z ustroju zwierzęcego trucizny, spożyte przez nie w różnych trawach i ziołach. Wobec tych wyników naukowych zdanie Soxhlet'a, „jakoby rodzaj żywienia zwierząt mlekodajnych mały wywierał wpływ na własności wydzielanego przez nie mleka", upada w zupełności. Przypomnieć jeszcze musimy, że trawożerne zwierzęta, szczególniej w okresie karmienia, mogą bez wielkiej szkody dla siebie spożywać bardzo dużo roślin trujących, których ilość i rodzaj byłby wprost zgubny dla mięsożernych. Te „jady roślinne" należą do rzędu złożonych eterów, alkaloidów, glikozydów, amidów, goryczek i t. p. Do tego rodzaju trucizn należą solanina (w kartoflach), digitalina (naparstnik), myrozyna (nasiona gorczycy), sporysz (w otrębach) i t. p. Alkaloidy roślinne albo nie zawierają tlenu i łatwo wtedy ulatniają się, jak np. nikotyna i koniina, lub też zawierają tlen i wtedy słabo lub wcale nie ulatniają się. Sterylizacya przeto nie niszczy ich wcale. Do takich należą: kolchicyna, anamonina, akonityna. Roślinne te alkaloidy tworzą nierozpuszczalne związki z odczynnikami alkaloidowymi, w których rzędzie na pierwszem miejscu stoi garbnik (tannina), czem tłomaczy się skuteczne działanie taniny i jej pochodnych (tannalbina, tannigen, tanokol) w cierpieniach przewodu pokarmowego. Ptomainy, czyli alkaloidy gnilne zwierzęce, również chciwie i trwale łączą się z taniną. Oprócz alkaloidów znajdujemy w roślinach również t. zw. toksalbuminy roślinne, np. rycynę w zasiewach tego krzewu, saponotoksynę w pewnych gatunkach łubinu. W wielu roślinach pastewnych spotykamy również fermenty i enzymy, podobne do toksalbuminów. Oprócz tego znajduje się w roślinach wiele ciał, nie trujących wprawdzie, lecz nieprzyjemnych i szkodliwych, jako to: olejki eteryczne i ciała wyciągowe. Znajdujemy je w kalarepie,

w rzepakowych makuchach, a nawet w słomie owsianej. Dodajmy do tego jeszcze pewne kwasy, np. szczawikowy, znajdujący się w łodygach i zielonych liściach wielu roślin pastewnych; asparaginę — w kartoflach, burakach i szparagach; betainę — w burakach.

Wszystkie te trucizny wydzielać się mogą i wydzielają zapewne w mleku zwierząt, powodując następnie u karmionych tem mlekiem — choćby wyjałowionem — szereg znanych objawów: mdłości, wymioty, biegunkę, porażenie serca, zapaść, drgawki, zwężenie lub rozszerzenie źrenic, przyspieszenie lub zwolnienie tętna, gorączkę, bezmocz i t. p. Bezwątpienia w *cholera nostras* mamy do czynienia w wielu przypadkach z zatruciami infekcyjnemi (bakteryjnemi), w wielu innych zaś — z zatruciami chemicznemi, zależnemi od paszy zwierząt, których mleka używali ssawcy.

Leczenie przeto polegać powinno na zapobieganiu przenikaniu owych jadów do mleka zwierząt resp. do ustroju ssawców. Nie o wyjaławianie zatrutego mleka chodzi, lecz o otrzymywanie mleka niezatrutego. Podoboież jak w chirurgii antyseptyka ustąpić musiała pola aseptyce, tak też w higienie żywienia niemowląt rozsądna profilaktyka ważniejsza jest od pomocniczego wyjaławiania.

Wobec tego należy: 1) Usunąć trucizny z paszy zwierząt, których mleko ma być użyte na pokarm dla dzieci. 2) Dla każdego kraju i okolicy należy ustanowić przepisy, dotyczące paszy dla zwierząt mlekodajnych, szablon bowiem do niczego nie prowadzi. 3) Łąki i pasza dla bydła powinny być pod nadzorem władzy rolniczo-weterynaryjnej. 4) Leczenie chemicznych zatruć mlekiem polega na stosowaniu przepłukiwań żołądka i kiszek, na podawaniu kalomelu, jako środka odkażającego kiszki, na podawaniu tanniny i jej przetworów, jak również środków spożywczych, zawierających garbnik, t. j. herbaty, kawy żołędziowej, kakao, somatozy mlecznej i t. p. Nadto leczenie objawowe bólów, zapaści, drgawek i t. d., a następnie przejście do żywienia niemowląt mieszanką śmietankową, mączkami dziecinnemi, odwarami z sago, z ryżu i t. p.

(*Ther. Monat. 1900. Nr. 1*). *L. W.*

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 19 stycznia r. b.

Na posiedzeniu toczyły się rozprawy o epidemii ospy w Warszawie w ostatnich miesiącach (Szwajcer, Tchórznicki, Polak, Łazarowicz). Szpital św. Stanisława w roku ubiegłym przyjął większą, niż kiedykolwiek, liczbę, bo 400 chorych na ospę. Odsetka zmarłych, głównie z pomiędzy nieszczepionych, wynosiła 20—25%. W całem mieście umierało wogóle w ostatnich miesiącach co tydzień po 30 osób z ospy. Szpital św. Stanisława potrafił zdobyć sobie zaufanie i uznanie między uboższą ludnością, która go się już nie lęka, jak dawniejszych oddziałów ospowych w innych szpitalach. Epidemia bynajmniej jeszcze nie wygasła, choć już wydaje się opanowaną. Jeszcze po 10 osób na tydzień umiera z ospy. Z instytutów szczepienia ospy wydano w ostatnich miesiącach 120 tysięcy szczepionek. Postrach pomiędzy zamożniejszą ludnością był wielki, może nawet przesadzony, choć ze względu na ogromną liczbę osób nawet inteligentnych, zaniedbujących u nas rewakcynacyi (30—40%), postrach ten w skutkach okazał się po-

żytecznym. Należałoby za to teraz pomyśleć o niższych klasach, wśród których ospa, która zawsze w zimie chętniej grasuje, może jeszcze czynić spustoszenia. Instytuty nasze zobowiązują się szczepić ospę ubogim bezpłatnie: d-ra Stępniewskiego — codziennie od 9—10, Tchórznickiego — od 8—9 prócz niedziel i świąt, Polaka — co czwartek od 9—11. Pożądane są bardzo: kamera dezynfekcyjna miejska, rozszerzenie instytutu szczepienia ospy przy szpitalu Dz. Jezus, wreszcie natychmiastowe bezpłatne szczepienie ospy wszystkim mieszkańcom tych domów, w których się okaże ospa. Szpital św. Stanisława (sto łóżek) nie wystarcza dla Warszawy. Na chorych zakaźnych miasto winno mieć 1 łóżko na 1000 mieszkańców.

Rzecz godna uwagi, że szczepienia tegoroczne często się przyjmowały już w 5 lat po dawniejszych; siła więc ochronna tych ostatnich wygasała za prędko przed upływem zwykłego terminu 10—12 lat.

W rozprawach d-r Polak obliczał, że zmniejszenie śmiertelności w Królestwie z 26‰ do 20‰ dałoby krajowi zysku 30 miljonów rubli rocznie.

Odczytano opis łaźni miejskiej z wanną i natryskiem, kosztem 400 rb., według planów z wystawy drugiej higienicznej, postawionej przez p. de Rosenwerth w Cieleśnicy pod Białą. Łaźnię wiejską murowaną według tychże planów postawiono w ostatnim czasie w osadzie Drobinie w Płockiem. Zażądania planów i opisów łaźni są liczne. Rb. 300, pozostałe z oddziału ludowego drugiej wystawy higienicznej, przeznaczono na urządzenia kąpielowe w zakładzie księdza Siemca. Po żywych rozprawach zgodzono się, że trzeba wezwać radę Towarzystwa do wybudowania wzorowej łaźni wiejskiej w pobliżu Warszawy. Łaźnię taką osoby chętne daleko łatwiej mogłyby zwiedzać i szczegółowiej się z nią zapoznać.

Ubocznie w rozprawach żądano uporządkowania biblioteki Towarzystwa Higienicznego i oddania jej na użytek ogólny.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 4).

Van Gehuchten (Louvain). O odruchach ścięgnistych i skórnych. Główny przedmiot badań do czasu obecnego stanowiły poszukiwania nad pochodzeniem odruchów ścięgnistych, natomiast poświęcano zbyt mało uwagi odruchom skórnym, nawet nie badano ich metodycznie. Na skutek tego kierunku nie posiadamy obecnie dokładnego wyobrażenia o natężeniu prawidłowem np. odruchu brzusznego. Mówca zajmował się przez kilka miesięcy badaniem odruchów skórnych kończyn dolnych w przypadkach rozmaitych cierpień układu nerwowego ośrodkowego i przekonał się, że badanie tych odruchów daje często bardzo pożyteczne wskazówki. Okazało się, że w znacznej liczbie przypadków istnieje coś w rodzaju przeciwieństwa pomiędzy odruchami skórnymi i ścięgnistymi, np. wzmożenie odruchów ścięgnistych wobec jednoczesnego upośledzenia odruchów skórnych i naodwrót; dalej, obok zaniku odruchów ścięgnistych może istnieć stan prawidłowy odruchów skórnych. Szereg faktów klinicznych wprost przekonywa o zupełnej niezależności odruchów ścięgnistych od skórnych, co widzimy np. w porażeniu połowicznem pochodzenia organicznego, w porażeniu spastycznem rdzeniowem, w przypadkach ucisku rdzenia. Prze-

ciwieństwo, stwierdzone pomiędzy obydwoma rodzajami odruchów, zasługuje na uwagę z fizyologicznego punktu widzenia, pozwala bowiem przypuszczać, że mechanizmy, które nimi kierują, muszą być odmienne. Tak, odruchy skórne warunkują się całością dróg, doprowadzających bodźce przez rdzeń do kory mózgowej, ścięgniste zaś leżą w obrębie dróg, które kończą się w środku mózgu. Zdaje się jednak, że drogi korowo-rdzeniowe wywierają tam wpływ hamujący na odruchy ścięgniste, ponieważ uszkodzenie ich wywołuje wzmożenie ostatnich. Fakty te wymagają sprawdzenia, a w tym celu powinniśmy mieć możność badania stanu odruchów skórnych i ścięgnistych w takich przypadkach, w których spotykamy odosobnione zaburzenia jednych dróg i drugich. Tymczasem przerwanie dróg tylko dla odruchów ścięgnistych, które jak wiadomo, kończą się w środkowych częściach mózgu, nie jest jeszcze znane, natomiast zdarza się ono bardzo często w drogach korowo-rdzeniowych, jako podkład anatomiczny porażeń połowicznych organicznych.

Jeżeli więc pojęcia nasze o pochodzeniu odruchów są ścisłe, powinniśmy w tych razach znaleźć osłabienie lub brak odruchów skórnych oraz wzmożenie odruchów ścięgnistych z powodu usunięcia czynników hamujących. Ostatnie spotyka się stale, z czego wynika, że odruchy ścięgniste nie posiadają pochodzenia korowego, lecz że ich mechanizm kończy się pod korą mózgową. Co się tyczy odruchów skórnych, to badanie dokładne przypadków porażenia połowicznego okazuje prawie zawsze mniejszy lub większy stopień upośledzenia albo zanik ich zupełny, względnie do miejsca i wielkości ogniska chorobowego. Obecność zatem odruchów skórnych w niektórych przypadkach porażenia połowicznego wcale nie przemawia przeciwko ich pochodzeniu korowemu i tylko wtedy mogłaby stanowić zarzut poważny, gdyby zdołano udowodnić, że w tych przypadkach wszystkie włókna korowo-rdzeniowe uległy zniszczeniu. Przeciwnie zaś, zanik odruchów skórnych w znacznej liczbie porażeń połowicznych dowodzi niezaprzeczenie, że drogi korowo-rdzeniowe odgrywają w mechanizmie tych odruchów rolę czynną.

Choroby sznurów tylnych rdzenia nie-wiądowe.

Temat ten opracowało również kilku prelegentów. Odczyty ich przytaczamy niżej:

1) M. Bruce (Edymburg). Po krótkim wstępie, dotyczącym stosunków topograficznych pęczków tylnych, mówca przechodzi do spraw chorobowych, które umiejscawiają się w tej okolicy, uwzględniając spowodowane przez nie zmiany. 1) Zanik mięśni postępujący (typ Charcot — Marie). Przyczynę tego cierpienia stanowi stwardnienie pęczków tylnych na całej ich długości, wyjąwszy okolicę krzyżową, która mieści w sobie pęczek Burdach'a lub przynajmniej pęczek Goll'a. Część rdzenia pomiędzy spoidłem i rogiem tylnym pozostaje nienaruszoną. Korzenie tylne ulegają zwyrodnieniu. 2) Guzy mózgu są często sprawcami cierpień pęczków tylnych na całej ich przestrzeni aż do jąder. Istota sprawy polega prawdopodobnie na zwyrodnieniu wstępującem jednego lub kilku korzeni, które zostały zniszczone już przy wejściu do rdzenia, bądź to wskutek ich wyprężenia przez płyn powstały w przebiegu zapalenia opon, bądź pod wpływem toksyn w myśl Obersteiner'a i Redlich'a. 3) Syringomyelia. Umiejscowienie sprawy chorobowej jest następujące: *a*) poza spoidłem tylnem *b*) wdłuż *septum medianum posterius*. *c*) jako pas wąski pomiędzy pęczkami Goll'a i Burdach'a. Chodzi tu prawdopodobnie o wyciąganie istoty szarej, a nie o zwyrodnienie wtórne, wychodzące z istoty szarej. 4) Bezład Friedreich'a. Siedliskiem choroby są pęczki tylne i przednio-boczne. Co się tyczy sznurów

tylnych, to stwardnienie spotykamy najczęściej w części dolnej okolicy grzbietowej; zmniejsza się ono i ku górze i ku dołowi. *Pia mater* jest zwykle prawidłowa, a ściany naczyń posiadają bardzo nie wiele zgrubień lub też nie zawierają ich wcale. Zmiany w korzeniach tylnych dotyczą głównie włókien nerwowych, które są ścieńczałe i przeważnie pozbawione myeliny. Zmiany podobne w nerwach czuciowych obwodowych i zanik komórek zwojowych w rogach tylnych pozwalają przypuszczać, że istota cierpienia polega na rozwoju wadliwym neuronów czuciowych z następczem ich zwyrodnieniem i wtórnem bujaniu neuroglii. 5) Stwardnienia skombinowane pęczków tylnych i przednio-tylnych. Nazwa ta obejmuje cały szereg chorób, lecz we wszystkich spotykamy jednocześnie zwyrodnienie tych pęczków z następczem stwardnieniem, które jednak nie ogranicza się jednym układem pęczków. Choroby te różnią się pomiędzy sobą zarówno swem pochodzeniem, jak przebiegiem. Do nich należą: *pellagra*, *paraplegia ataxica* Gowers'a albo *tabes paraplegica* Dejerine'a, combinirte Systemerkrankung autorów niemieckich, „subacute combined degeneration" autorów angielskich.

Prof. L. Dana (New-York) przechodzi sumarycznie choroby tylnych pęczków rdzenia, omawia bezład ostry pochodzenia rdzeniowego (*acute spinal ataxia*) i przytacza spostrzeżenia Leyden'a i innych, dotyczące bezładu ostrego wskutek zaburzeń opuszkowych; opisuje przypadki chorób ostrych sznurów tylnych rdzenia i choroby sznurów tylnych w przebiegu małokrwistości, wycieńczenia i zakażeń.

Prof. A. Homen (Helsingfors). Stan patologiczny pęczków tylnych spostrzegano w cierpieniach następujących. 1) Porażenie postępujące daje zmiany, podobne jak w wiądzie; różnice dotyczą tylko ilościowego udziału różnych układów włókien i rozmaitych odcinków rdzenia; 2) trąd; 3) nowotwory mózgu dają zmiany, dotyczące głównie włókien śródrdzeniowych; 4) zapalenie nerwów obwodowych; 5) zatrucie przewlekłe wyskokiem—najwydatniejsze zmiany spotykamy zwykle w zgrubieniu lędźwiowem (rzadziej w szyjowem) i w górnej części rdzenia, a prócz tego wyraźne zmiany w sznurze Goll'a; zasługuje na uwagę, że we wszystkich przypadkach znajdowano zgrubienie przegród i ścian naczyniowych; 6) rak rzadko powoduje zmiany w pęczkach włókien nerwowych; 7) ciężkie postaci małokrwistości — zmiany w rdzeniu rozpoczynają się pod postacią plam lub pasów w pewnej odległości od obwodu wewnątrz sznurów tylnych przeważnie około naczyń; 8) stwardnienia, zwane złożonemi układowemi — zmiany polegają tu na powstawaniu ognisk zwyrodnienia lub zapalenia. Te ogniska, połączone często ze zmianami w naczyniach, rozpoczynają się i rozszerzają, przynajmniej z początku, wzdłuż przegród i naczyń; 9) uwiąd schyłkowy: mniej lub więcej rozlane bujanie neuroglii z zanikiem włókien nerwowych, przeważnie w sąsiedztwie naczyń, mniej lub więcej zgrubiałych i zawsze głównie w sznurach tylnych. Cierpienia rdzenia (wikłające zakażenia ostre), zwane myelitycznemi, nie sadowią się jedynie w sznurach tylnych. Zmiany przymiotowe rdzenia, zależne od zmian w oponach lub naczyniach, nie posiadają lokalizacyi ściśle ograniczonej. Wyjaśnienia faktu, dla czego w wielkiej liczbie różnych chorób zajęte są wyłącznie sznury tylne, lub zajęte są więcej, aniżeli inne, należy szukać, przynajmniej w większości przypadków, w układzie anatomicznym, w przebiegu włókien śródrdzeniowych z ich nagłemi zgięciami i stosunkiem ich do włókien sąsiednich, nareszcie w stosunku sznurów tylnych do nerwów obwodowych. Te warunki czynią tylne sznury mniej odpornymi,

niż inne, i wystawiają je w wysokiem stopniu na wpływy drażniące, pochodzące z nerwów obwodowych.

Prof. Marinesco. (Bukareszt). Istota i leczenie ostrego zapalenia rdzenia. Zapalenie rdzenia jest to sprawa chorobowa rozlana, obejmująca naczynia, tkankę śródmiąższową i komórki nerwowe. Pierwsze dwa czynniki prowadzą do rozwoju tkanki łącznej, zajęcie komórek szybko prowadzi do ich zwyrodnienia. Zjawisko, towarzyszące często zapaleniu rdzenia, stanowi rozmiękczenie krwotoczne. Ze względu na topografię i rozprzestrzenienie sprawy chorobowej rozróżniamy: zapalenie rdzenia poprzeczne, zapalenie rdzenia rozlane wstępujące i zstępujące, zapalenie rdzenia rozsiane i *polio-myelitis*. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w powstawaniu tej choroby najgłówniejszy udział biorą choroby naczyń krwionośnych, zaburzenia krwiobiegu i drobnoustroje, co zresztą stwierdzają badania anatomo-patologiczne, bakteryologiczne i doświadczalne. Z pośród drobnoustrojów najłatwiej wywołują zapalenie rdzenia łańcuszkowce, jad wścieklizny, pneumokokki i inne. Co się tyczy leczenia zapalenia rdzenia, to w dwóch przypadkach, w których istniało zakażenie łańcuszkowcami, wstrzykiwano surowicę Marmorek'a, lecz z wynikiem ujemnym. To samo można powiedzieć o wstrzykiwaniach błękitu metylenowego, który stosowano w dwu przypadkach *meningo-myelitis*. Przeciw bólom dotkliwym używano z niezłym wynikiem wstrzykiwań roztworu kokainy do kanału rdzeniowego pod opony.

Prof. D. Ferrier (Londyn.) Rozpoznanie porażenia połowicznego pochodzenia organicznego i histerycznego. Rozpoznawanie wymienionych wyżej stanów chorobowych powinno być oparte na danych następujących: 1) Wywiady co do osoby i rodziny chorego. Porażenie połowiczne organiczne i histeryczne nie zależy od wieku chorego. Porażenie histeryczne zdarza się zwykle u osobników neuropatycznych, dziedzicznie obciążonych, którzy albo już ulegali napadom histerycznym, albo posiadają znamiona hysteryczne. Porażenie organiczne spotykamy u osobników, skłonnych do krwotoków, zatorów lub zakrzepów, z cierpieniami naczyń, serca lub nerek. 2) Początek choroby. Porażenie histeryczne następuje zwykle po jakiemś wstrząśnieniu moralnem lub napadzie histerycznym i nie daje zaburzeń ani w narządach krążenia lub oddechania, ani zmian ciepłoty. 3) Rodzaj porażenia. Porażenie histeryczne nigdy nie zajmuje mięśni twarzy, lecz tylko kończyny dolną i górną; jeżeli zaś spotykamy udział mięśni twarzy, to porażenie posiada typ *paralysis glosso-labialis spasmodica* po stronie tej samej lub przeciwnej. Dalej, upośledzenie ruchów w nodze jest znaczniejsze, niż w ręce, a podczas chodzenia chory powłóczy za sobą nogą bezwładnie, lecz nie opisuje nią ruchów kolistych, jak to bywa w porażeniu organicznem. Porażeniu histerycznemu w większości przypadków towarzyszy *hemianaesthesia* czuciowo-zmysłowa. Jeżeli uszkodzeniu ulegną włókna czuciowe torebki wewnętrznej, to znieczulenie rzadko bywa zupełne, nadto narządy zmysłowe bardzo rzadko bywają zajęte wszystkie, a ze strony wzroku bywa raczej *hemiopia*, niż *amblyopia* skrzyżowana ze zwężeniem dośrodkowem pola widzenia, co zwykle spotykamy w histeryi. 4) Przebieg i zejście choroby. W przebiegu porażenia histerycznego nigdy nie widzimy przykurczeń, które w następstwie porażenia organicznego powstają już po dwóch lub trzech miesiącach i rozwijają się zwykle zwolna, a nigdy nagle. 5) Odruchy głębokie i powierzchowne. Porażeniu histerycznemu nie towarzyszą zaburzenia odruchów, w porażeniu organicznem odruchy ścięgniste są zwykle wzmożone (? przyp.

sprawozd.), albo *clonus pedis* stanowi regułę. W porażeniu histerycznem odruchu podeszwowego albo brak, albo wywołać go trudno; jeżeli zaś jest, to posiada typ prawidłowy „zginaczy". W porażeniu organicznem lub uszkodzeniu dróg piramidalnych odruch stopowy posiada typ „wyprostny" (objaw paluchowy Babińskiego.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Galvagni zastosował z pomyślnym skutkiem leczenie choroby Pott'a zastrzykiwaniami podskórnemi sublimatu u 19 letniej dziewczyny, skarżącej się na silne bóle w dolnej części piersiowego odcinka kręgosłupa; 8-y i 9-y wyrostki ościste wystawały wyraźnie i były bolesne za dotknięciem. Leczenie ortopedyczne sprawiło chwilową tylko ulgę, poczem wróciły dawne bóle. G. począł stosować wstrzykiwania sublimatu po 0,01 dziennie. Po 8 dniach chora mogła trzymać się prosto i stać bez gorsetu, a po 40 zastrzyknięciach kręgi już nie były bolesne na ucisk, i chora chodziła swobodnie. Caporoni leczył 4 przypadki z równie pomyślnym skutkiem. (Gaz. d. ospid. 145—99).

= Smitt i Wastburn łączyli 12 suk z dogiem, który miał mięsaka na prąciu: u 11 z nich wkrótce zjawił się mięsak w pochwie. Następnie połączono 3 z tych suk z dogiem zdrowym; u niego również wystąpił mięsak na prąciu. Wreszcie tego doga złączono z 2 sukami, i u jednej z nich powstał mięsak. Zawsze była to postać okrągłokomórkowa. Autorzy robili także doświadczenia ze szczepieniem mięsaka pod skórę. Na 17 prób w 3 szczepienie się nie udało; w pozostałych zaś, chociaż nowotwór rozwijał się pod skórą, lecz nie odznaczał się złośliwością, gdyż po 3 miesiącach wsysał się bez śladu. Po wessaniu zwierzęta były jakby uodpornione przeciw mięsakowi: próby powtórnego zaszczepienie go u 4 psów, u których się rozwinął i wessał, pozostały bezskuteczne. (Lancet. 24. 99).

= Frazier wyciął u 10 letniej dziewczyny wyrostek robaczkowy, napełniony glistnicą robaczkową (*oxyuris vermicularis*). Kilka miesięcy przedtem chora miała charakterystyczny napad bólu i obrzmienie. Z wyrostka wyjęto około 12 pasorzytów. (Wracz 24. 1900).

= Davis usunął u 28 letniego majtka wyrostek robaczkowy, będący w stanie zapalenia ostrego, i w którym znalazł część tasiemca. Operacyę przedsięwzięto po powtórnym napadzie. Po 3 tygodniach usunięto za pomocą pelletieryny dwa tasiemce. (Wracz 24. 1900).

= Portucalis, profesor szkoły lekarskiej w Konstantynopolu, utrzymuje, na zasadzie spostrzeżeń własnych, a wbrew zdaniu powszechnemu, iż powikłanie gruźlicy płuc świeżym przymiotem stanowi nader pomyślną okoliczność dla gruźlicy: oznaki szybkiego zniszczenia płuc przybierają przebieg o wiele łagodniejszy po przypadkowem zarażeniu się chorego przymiotem. Podobne fakty znane są skądinąd w nauce, np. wyleczenie z nieżytu kiszek, biegunki krwawej, nieżytu żołądka podczas przebiegu szkarlatyny, tyfusu brzusznego. Autor miał razem 18 przypadków gruźlicy, powikłanej przymiotem. (Ztschr. f. Tuberc. T. 1).

P.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu artykułu w „Krytyce Lekarskiej“ pióra p. Marcelego Kramsztyka p. t. „A napisz pan testament“, Gazeta sądowa w Nr. 3 z r. b. zaznacza, że uczyniony przez autora tego artykułu zarzut lekarzom, jakoby często osobom ciężko chorym podsuwali myśl o potrzebie testamentu, wywołał uzasadniony ze strony lekarzy protest. „Pojedyncze przykłady, mówi „Gazeta Sądowa“, o których autor wspomina, a prawdziwości których] bynajmniej kwestyonować nie zamierzamy, nie dają podstawy do wniosku, że bardzo wielu ludzi widzieć się daje „zgnębionych tą troskliwością lekarzy o uregulowanie stosunków majątkowych ich pacyentów“. Każdy z nas zna wielu lekarzy, którzy wobec chorych z całą względnością wyrażać się potrafią o stanie ich zdrowia, nie dają poznać po sobie, że stan ten budzi obawy, a tem bardziej nie podjęliby inicyatywy w sporządzaniu przez pacyenta aktu ostatniej woli. Żeby lekarz, najbardziej nawet skłonny do ujawniania grożącego choremu niebezpieczeństwa, nie pytany przez nikogo, *proprio motu* rzucał myśl o testamencie, wydaje się nam mało możliwem. Zazwyczaj chory lub otoczenie jego porusza tę kwestyę i pragnie wybadać lekarza, czy rzecz jest nagła. W tych razach położenie lekarza nie jest łatwe: jednak odpowiedni takt potrafi ułatwić odpowiedź. Podobno jeden z głośnych lekarzy angielskich zwykł mawiać w tych razach: bez testamentu umrzeć można, ale żyć bez testamentu nie można. Powiedzenie „należy urządzić stosunki majątkowe“, które p. Kramsztyk również lekarzom wytyka, byłoby istotnie nie na miejscu. I z takiem jednak wyrażeniem rzadko chyba który lekarz wystąpić się zdecyduje; nawet niespecyaliście w kwestyach majątkowych wiadomo, że uregulowanie interesów w większości wypadków nie może być wykonane bez długich a uciążliwych formalności, do których człowiek chory może być niezdatny, a które nawet za pośrednictwem osoby trzeciej podejmowane, nie mogą obyć się bez znacznych dla chorego utrudnień i niepokoju. Wogóle mniemamy, że lekarze nasi, ku ich pochwale, posiadają wiele delikatności w obcowaniu z chorymi i pamiętają należycie o podtrzymaniu w nich otuchy, i dla tego wydaje nam się, że przytoczone w komentowanym artykule przykłady do rzadkich wyjątków zaliczyć wypada“.

— Na prezesa Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego wybrany został prof. Adolf Beck, na wiceprezesa d-r A. Sołowij.

— W Berlinie od 16 do 19 kwietnia r. b. odbywać się będzie zjazd dla medycyny wewnętrznej. Przewodniczącym zjazdu jest prof. Senator.

— W Berlinie została wybrana komisya lekarska, która ma się zająć zredagowaniem i wysłaniem podania do rządu, ażeby tenże zaprowadził obowiązkowe palenie zwłok osobników zmarłych na dżumę i inne choroby zakaźne.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty w celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma i o uregulowanie zaległych rachunków.

Wydawca Dr. L. Guranowski. Redaktor odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава, 18 Января 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

ZAKŁAD LECZNICZY
D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań gardło i nos.
Chmielna 17.
W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. **Porada 30 kop.**

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Bruhla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Zakład Leczniczy dla chorych
NA USZY
D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11— 1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY
D-ra Adama Przyborowskiego
w Warszawie

Sewerynów 5, róg Obożnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11— 12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.
Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, plwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Instytut farmaceutyczny

Ludwika Wilhelma Gans
we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID
(Nazwa zastrzeżon. Patent zameld.

Literatura:
Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indep. méd. 21 Juin 1899: Dr Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID
Nazwa zastrzeżona — Patentowany.

Literatura:
Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radca dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM
Nazwa zastrzeżona. —Patentowany.

Literatura:
Radca tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. C. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitszewskij pereułok dom Pugowkina.

NAŁĘCZÓW

W zimie ścisły internat dla chorych nerwowych (z wyłączeniem umysłowych i epileptyków). Dwóch stałych lekarzy, dozorczyni chorych i masażystka. Stosowanie wszelkich racyonalnych metod przyrodo-leczniczych.

Dyrektor **Dr. A. Puławski,**

b. ordynator Szp. Dz. Jezus w Warszawie.

Wody Mineralne **ŹRÓDŁA RZĄDOWE**

VICHY CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę na oznaczenie źródła.