

Z KAZUISTYKI
CHORÓB UKŁADU NERWOWEGO

NAPISAŁ

Dr. Wł. Biegański.

OSOBNIE ODBICIE Z „MEDYCYNY.“

WARSZAWA.

W Drukarni Maryi Ziemkiewiczowej.

Krakowskie Przedmieście Nr. 17.

—
1890.



Z KAZUISTYKI

CHORÓB UKŁADU NERWOWEGO

NAPISAŁ

Dr. Wł. Biegański.

OSOBNIE ODBICIE Z „MEDYCINY.“

Biblioteka Główna
WUM
Br.3082



000027306

WARSZAWA.

W DROKARNI MARYI ZEMKIEWICZOWEJ.

Krakowskie Przedmieście Nr. 17.

—
1890.



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna
WUM**

Дозволено Цензурою.
Варшава, 7 Іюля 1890 года.

Z kazuistyki chorób układu nerwowego.

Napisał Dr. Wł. Biegański.

I. Fractura cranii, haematoma durae matris, hemiepilepsia Jacksoni.

Ludwik Dubicki 56 l. pisarz przy urzędzie powiatowym był przyniesiony do szpitala w stanie nieprzytomnym w dniu 14 Kwietnia 1887 r. Od obchodowego dróżnika D. Ż. W. W. dowiedziałem się, że chory w dniu dzisiejszym rzucił się pod pociąg towarowy idący do Granicy, na drugiej wiorście za Częstochową, odrzucony jednak został odgarniaczem parowozowym na bok. Kiedy dróżnik przybiegł do niego, chory siedział na plancie, miał głowę okrwawioną, na pytania odpowiadał niewyraźnie. Przy pomocy robotników, pracujących na plancie, chorego zaraz włożono na wózek i odstawiono do Częstochowy do szpitala. Było to więc usiłowanie samobójstwa, chory przed niedawnym czasem został wydalony z biura powiatu za jakieś nadużycia służbowe i ostatnie kilka dni pozostawał bez żadnego zajęcia i bez żadnych środków do życia. O poprzednim jego stanie zdrowia nic nie mogłem się dowiedzieć, gdyż w mieście nikt go dobrze nie znał, przebywał od niedawna dopiero w Częstochowie i nie miał tu nikogo z rodziny. Zdaje się jednak o ile ubocznie mogłem się dowiedzieć, że chory nałogowo używał spirytualii.

Chory chudy, źle odżywiony, jak już powiedziałem był w stanie zupełnej nieprzytomności. Oddech ciężki, choć powierzchowny dochodził do 40 na minutę. Tętno 100. Przy badaniu tegoż dnia wieczorem znaleziono za lewem uchem na kości potylicowej, na części głowy pokrytej włosami małą ranę, pozornie powierzchowną, przy obmacywaniu jednak brzegów rany widocznem było pewne zakłębienie w kości, także na ograniczonej bardzo przestrzeni. Badanie zgłębnikiem nie wskazywało ani obnażenia ani istnienia odłamków kości. Oprócz tej jednej rany na głowie nie odnaleziono nigdzie żadnych innych obrażeń. Na prawej goleni znajdujemy kilka większych siniaków, cała goleń obrzmiała, złamania jednak kości niema. Przy oglądaniu klatki piersiowej zauważyć można mniejszą ruchomość strony lewej podczas oddychania. Odgłos opukowy po stronie lewej z przodu nieco jaśniejszy aniżeli po stronie prawej.

Szmer oddechowy z prawej strony i z przodu i z tyłu pęcherzykowy bez rzężeń, z lewej z tyłu także pęcherzykowy bez rzężeń, z przodu jednak mocne osłabienie szmeru oddechowego. Przy obmacywaniu żeber złamania odnalesić nie byliśmy w stanie. Tętno serca czyste, stłumienie opukowe prawidłowe. Ścianki brzuszne zapadnięte, przy badaniu brzucha za pomocą obmacywania i opukiwania nic nieprawidłowego w jamie brzusznej nie znajdowałem. Przy pierwszym badaniu nie zanotowano również istnienia żadnych objawów ani kurczowych, ani porażennych. Tylko prawa źrenica była nieco rozszerzona, obie jednak oddziaływały dość dobrze na światło. Ciepłotę wieczorem w 4 godzinie po przypadku notowano 39,0°.

15 Kwietnia t. 39,0, p. 110. Chory wciąż nieprzytomny, ciągle bełkocze jakieś niezrozumiałe słowa. W nocy były dwa razy wymioty. Wieczorem t. 39,8, p. 112. Kaszel suchy, płwociny niema.

16 Kwietnia p. 104, t. 38,0. Stan ten sam. Zatrzymanie moczu. Wypuszczony cewnikiem mocz jest mocno nasycony. C. g. 1020 białka nie zawiera.

17 Kwietnia t. 38,0, p. 92. Przy badaniu powtórnem znaleziono to samo osłabienie, szmeru oddechowego z przodu z lewej strony, z tyłu zaś wyraźne tarcie opłucny. Stłumienie opukowe serca prawie zniesione, na całej odpowiedniej przestrzeni odgłos opukowy bębnowy. Tętno serca czyste ale słabo słyszalne bez żadnego metalicznego poddźwięku. Wieczorem t. 37,4

18 Kwietnia t. 37,5. Wciąż stan bezprzytomny, pacjent bredzi, nie rzuca się jednak.

19 Kwietnia t. 37,0, p. 130 słaby, mało wyczuwalny. Od godz. 6-ej rano wystąpiły drgawki prawie co 15 minut. Prawa ręka i noga w stanie niepełnego porażenia. Kolanowe odruchy ścięgniste z obu stron wzmoczone. Podczas mojej wizyty chory miał kilka napadów drgawek, które miałem możność z całą dokładnością spostrzegać. Napad zaczynał się tem, że chory szeroko otwierał oczy, wkrótce zaraz następowało drżenie gałki ocznej (*nystagmus*) w poziomym kierunku, następnie twarz cała mocno wykrzywiła się na stronę prawą, powieki prawego oka mocno się zwierzały i równocześnie prawa ręka i noga sztywniały. Po kilku sekundach następowały skurcze kloniczne w prawej ręce i nodze. Podczas bardzo silnego napadu i lewa noga przyjmowała w mniejszym stopniu udział w skurczu. W lewej zaś ręce żadnych skurczów nie widać. Cały napad trwał od 3—5 minut. Po takim napadzie następowała kilku lub kilkunastominutowa pauza.

Takie napady drgawek trwały aż do samej śmierci, która nastąpiła 20 Kwietnia o godz. 12-ej rano.

Ogledziny pośmiertne, dokonane na drugi dzień wykazały złamanie kości potylicowej z lewej strony na miejscu odpowiedniem ranie. Wylew krwi pod oponę twardą na rozległej przestrzeni, wylew krwi obejmuje mianowicie prawie całe prawe półkule z wyjątkiem przedniego czołowego zraza. Nigdzie jednak śladów zapalenia w oponach nie znajdujemy. W mózgu na przekrojach widzimy tylko przekrwienie. W innych narządach znajdujemy złamanie piątego lewego żebra, odmę piersiową lewostronną, gruźlicę płuc i marskość wątroby.

W powyższym przypadku dwa objawy zasługują na szczególną uwagę mianowicie znaczne początkowe wzniesienie ciepłoty i drgawki połowiczne. Co do pierwszego, to szybkie wzniesienie ciepłoty zaraz po przypadku (w cztery godziny po przypadku ciepłota 39,0), trwające dwa dni, w danym przypadku bardzo przemawiało za wylewem krwi na powierzchnię mózgu. Nie mogło to być wzniesienie ciepłoty wskutek zapalnego odczynu, gdyż odczyn zapalny tak szybko wystąpić nie może. Przytem zapalenie raz rozwinięte trwałoby aż do śmierci, odczyn więc gorączkowy musiałby być stałym aż do ostatnich dni choroby. Tymczasem w naszym przypadku już 17 Kwietnia notowano stan prawie bezgorączkowy, który trwał do śmierci chorego. Objaw ten szybkiego wzniesienia ciepłoty był już niejednokrotnie spostrzegany przy wylewach krwi na powierzchnię mózgu w przebiegu t. z. krwotocznego zapalenia opony twardej (*pachymeningitis haemorrhagica*). Fakt ten uważają również bardzo słusznie za ważny znak różniczkowy w odróżnianiu napadu apoplektycznego powstającego wskutek wylewu krwi na powierzchnię mózgu (*haemorrhagia extracerebralis*) od takiegoż napadu wskutek wynaczynienia wewnątrz-mózgowego. Badania termometryczne Bourneville'a przekonały, że w tym ostatnim razie następuje prawie zawsze w początkach obniżenie ciepłoty; dopiero następnego dnia ciepłota nieco się podnosi, nigdy jednak nie przechodzi 38°. Nieliczne wyjątki od tego pravidła (dwa przypadki *haemorrhagiae intra cerebralis* Huguenina z t. 39,5) dotyczą tylko obecności gorączki przy wewnątrz-mózgowych wynaczynieniach, przeciwnie brak gorączki przy zewnątrz-mózgowym wynaczynieniu, o ile wiem nigdy nie był spostrzegany (Huguenin) ¹⁾. Ztąd też i wartość rozpoznawcza tego objawu jest wielką.

Drgawki połowiczne spostrzegane w powyższym przypadku, swoim bardzo właściwym przebiegiem i kolejnym zajmowaniem różnych mięśni ciała są prawie identyczne z temi, jakie Jackson klinicznie opisał a doświadczenia na zwierzętach Unverrichta dowiodły, że są korowego pochodzenia. Wernicke i Unverricht ²⁾ dowiedli również, że w korze mózgowej istnieją pewne ośrodki, podrażnienie których wywołuje skurcze kloniczne rozmaitych odpowiednich mięśni ciała. Unverricht wylicza takich ośrodków 13, z których ośrodek dla skurczów mięśni oka jest najdalej ku tyłowi położony w korze zrazu potylicowego, ośrodek dla ruchów ucha w korze zrazu skroniowego, reszta zaś w korze zawojów środkowych zrazu czołowego i ciemieniowego (w miejscach tak zwanego pasa ruchowego Hitziga i Ferriera). Tenże autor na zasadzie swoich doświadczeń dowodzi, że mocne podrażnienie jednego ośrodka korowego powoduje odśrodkowe rozchodzenie się podrażnienia i kolejne występowanie skurczów stosownie do ułożenia ośrodków. Jeżeli więc podrażnimy korę w pewnej części zawoju środkowego, to spotykamy najpierw występowanie drgawek bądź w mięśniach twarzy, bądź w kończynie górnej, później w mięśniach powiek,

¹⁾ Huguenin. *Acute und Chronische Entzündung des Gehirus und seiner Häute* w Ziemsen's Handbuch. B. XI.

²⁾ Unverricht. *Experimentell und klinische Untersuchungen über Epilepsie* Arch. f. Psych. B. XIV. Refer. w pracy Vettera: *Ueber die Pathogenese der Epilepsie auf Grund der neueren Experimente*. Deutsch Arch. f. klin. Med.

w kończynie dolnej, a nakoniec dopiero, stosownie do ułożenia najwięcej oddalonych ośrodków, w mięśniach oka i ucha.

Wspominam umyślnie nieco obszerniej o wynikach patologii doświadczalnej, gdyż nasz przypadek kliniczny w zupełności je potwierdza. Jako bodziec drażniący korę w naszym przypadku należy uważać odłamki kości, i wynaczynioną krew. Źródło krwawienia było w oponie twardej zraza potylicowego, na zraz więc potylicowy przedewszystkiem działało podrażnienie ¹⁾). Dlatego też napad drgawek zaczynał się rozwarciem powiek, rozszerzeniem źrenic i drżeniem gałki ocznej. Stąd skurecz kolejno przechodził na mięsień okrężny oka, na mięsień twarzy, a dopiero później na górną i w końcu dolną kończynę. Na zachowanie się języka podczas napadu nie zwróciłem wcale uwagi nie mogę więc powiedzieć, czy drgawki tutaj występowały i w jakim czasie. Godną uwagi jest jeszcze ta okoliczność, że wszystkie powyżej opisane drgawki odbywały się w mięśniach prawej strony ciała, tylko jedne ruchy oka były obustronne (*nystagmus*, rozszerzenie źrenic). Fakt ten należy sobie objaśnić tem, że ruchy oka są zawsze skojarzone, podrażnienie więc ośrodka jednej półkuli wywołuje skurecz obustronny. Nakoniec w końcu mocnego napadu widzieliśmy przejście drgawek na stronę lewą, mianowicie na lewą dolną kończynę. Wszyscy autorowie, badający doświadczalnie korową padaczkę zgadzają się, że przy mocnem podrażnieniu drgawki z jednej strony ciała mogą przejść na drugą, nie zgadzają się jednak co do porządku występowania drgawek na stronie przeciwnej. Unverricht dowodzi, że podrażnienie przechodzi na najbliższe ośrodki drugiej półkuli a zatem z *gyrus para centralis* jednej strony na taką część kory strony przeciwnej i stąd dalej się rozchodzi. To też w doświadczeniach Unverrichta drgawki występowały najpierw w kończynie dolnej przeciwnej strony i następnie w kierunku wstępującym obejmowały kończynę górną i mięsień twarzy. Przeciwnie Bubnow i Heidenhain ²⁾ w swych doświadczeniach widzieli kolejne występowanie drgawek po drugiej stronie w tym samym porządku, co i na stronie pierwotnie zajętej. Jeżeli więc występowały na stronie lewej drgawki najprzód w mięśniach powiek, potem twarzy i t. d., to przy mocniejszym podrażnieniu tego samego miejsca kory, w końcu na stronie prawej występują drgawki w tym samym porządku. Nasz przypadek dowodzi słuszności zdania Unverrichta, aczkolwiek podrażnienie widocznie nie było tak mocne, żeby wywołać mogło zupełne powtórzenie się drgawek na stronie lewej, tylko lewa dolna kończyna przyjmowała udział w drgawkach.

¹⁾ Przypadek powyższy również zdaje się klinicznie rozstrzygać kwestyą sporną dotychczas w patologii doświadczalnej. Chodzi mianowicie o to, czy bodziec drażniący korę zraza potylicowego może wywoływać drgawki padaczkowe, zdania w tej kwestyi są podzielone. Daniłło (Czy przyczyna napadów epileptycznych polega na zmianach w tylnej części kory mózgowej. Przegląd Lekarski 1884) na zasadzie swych doświadczeń twierdzi, że to jest nie możebnem. Przeciwnie Unverricht w najnowszej swej pracy (*Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall. Deutsch Arch. f. klin. Medic. 1888*) ob staje za poprzednio dowiedzionem przez siebie zdaniem, że w korze zraza potylicowego leży ośrodek dla ruchów oka i że podrażnienie tego ośrodka wywołuje napad korowej padaczki zaczynający się klonicznymi kurczami mięśni oka.

²⁾ Bubnow und Heidenhain w *Pflüger's Arch. für Physiologie* 1886 ref. Vettera.

Typowy napad połowicznej padaczki ma ważne bardzo znaczenie rozpoznawcze, dowodzi on niezbitcie sprawy patologicznej, drażniącej korę półkuli a zatem usadowionej w samej korze lub w bliskości tejże ¹⁾). Dokładna obserwacja napadu pozwala na jeszcze ściślejsze umiejscowienie. Rozpoznanie bowiem umiejscowienia sprawy patologicznej zależy będzie od tego, gdzie początkowo drgawki występują. Znając lokalizację ośrodków w korze, z całą dokładnością rozpoznać możemy umiejscowienie bodźca drażniącego. Jeżeli drgawki zaczynają się w kończynie górnej, to siedlisko podrażnienia należy szukać w środkowej części zawoju czołowego wstępującego, jeżeli w kończynie dolnej, to w części górnej tegoż zawoju (w t. z. *gyrus paracentralis*) i t. d.

Dwa te powyżej opisane objawy mianowicie szybkie wzniesienie ciepłoty i połowiczna padaczka, występująca tak wyraźnie w naszym przypadku, obok przyczyny, urazu, powodowały, że rozpoznanie mogło być nietylko możebnem, ale nawet zupełnie pewnem. Uraz i pośrednio złamanie miejscowe czaszki mogły powodować albo odszczepienia się odłamka kości z uwięzieniem w oponach lub mózgu, albo rozerwania większego naczynia opony twardej i wylewu krwi, albo nakoniec wstrząsu tylko bez naruszenia całości opon i mózgu. Szybkie jednak wystąpienia znacznego wzniesienia ciepłoty wykluczyło pierwszą i ostatnią możliwość a przemawiało za drugą, również połowiczna padaczka przemawiała przeciw wstrząsowi a za pewnem ograniczonym podrażnieniem kory mózgowej. To też kombinacja tych dwóch objawów dowodziła z całą pewnością wylewu krwi na powierzchnię mózgu.

W końcu nadmienić jeszcze musimy o jednym objawie, który zaraz w pierwszym dniu spostrzegliśmy. Na karcie szpitalnej wyraźnie wtedy napisałem: prawa źrenica szersza aniżeli lewa. Objaw ten należało sobie tłumaczyć, albo że prawa źrenica jest rozszerzona, albo że lewa zwężona. To drugie tłumaczenie jest prawdopodobniejszem. Griesinger bowiem wspomina, że przy wylewie krwi na powierzchnię mózgu następuje mocne zwężenie źrenic. Możliwym jest, że przy jednostronnym wylewie krwi, źrenica tejże strony zwęża się. Zwężenie źrenic Griesinger uważał za ważny znak różniczkowy wyznaczania zewnątrz-mózgowego od wewnątrz mózgowego. Znaczenie to jednak jest b. niewielkie, gdyż jak wiadomo przy wynaczynieniach w móście Warola znajdujemy także mocne zwężenie źrenic.

II. Encephalitis suppurativa lobi temporalis hemisphaerae sinistrae, pneumonia interstitialis lobi inferioris pulmonis sinisteris Bronchiectases.

Kaźmierz Dolecki l. 32, kucharz był przywieziony do szpitala w stanie zupełnej nieprzytomności w dniu 12 Września 1887 r. Z anamnezy od właściciela restauracji u którego chory ostatnie dwa lata służył, dowiedziałem się niewiele tylko danych. Chory cały ostatni czas był pozornie zdrow, kasłał tylko bardzo i często odpluwał mocno cuchnącą plwociną. Był przytem nałogowym pijakiem. W dniu 11 Września nagle wystąpiły drgawki padaczkowe

¹⁾ Tylko wyjątkowo spotykano padaczkę połowiczną jako objaw mocznicy (Dunin).

z utratą przytomności. Przytomność przez całą noc nie wracała i drgawki często bardzo powtarzały się. Rano więc 12 Września odstawiono go do szpitala.

Tutaj znaleziono co następuje: Chory średniej budowy ciała i średnio odżywiony, jest nieprzytomnym, prawie w ciągłej śpiączce, źrenice równe, nie oddziałują na światło, widocznego porażenia w mięśniach twarzy lub kończynach nie znajdujemy. Co kilkanaście lub kilkadziesiąt minut powtarzają się drgawki padaczkowe obejmujące całe ciało, bez szczególnego umiejscowienia. Przy badaniu klatki piersiowej znaleziono z lewej strony z tyłu wyraźne stłumienie odgłosu opukowego prawie do samego dolnego kąta łopatki. W linii pachowej lewej stłumienie zaczyna się na VII żebrze, sprzodu stłumienia nie ma. Granice prawego płuca prawidłowe. Na miejscu stłumienia z tyłu szmer oddechowy oskrzelowy z nielicznymi wilgotnymi rżeniami. Powyżej miejsca stłumienia znajdujemy pas z oddechem zaostrzonym; w innych zaś miejscach klatki piersiowej szmer oddechowy pęcherzykowy bez rżeń. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste; tętno około 100 na minutę. Ani śledziona, ani wątroba nie okazują powiększenia rozmiarów. Wymiotów nie ma. Mocz wyszczyszony cewnikiem białka nie zawiera.

Na zasadzie znalezionych objawów oraz wywiadów rozpoznanie co do zmian w płucach było łatwe. Nie ulegało prawie wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z przewlekłym zapaleniem łączno-tkankowym płuca lewego w dolnym płacie, z wytworzeniem prawdopodobnie niezbyt wielkich rozstrzeni oskrzelowych, gdzie zatrzymywała się plwocina i następnie wykrztuszaną była w stanie rozkładowym. Co do znaczenia jednak mózgowych objawów rozpoznanie wcale nie było łatwe. Możliwą była samoistna padaczka, jakkolwiek restauator upewniał mnie, że przez 2 ostatnie lata nigdy u chorego nie występowały drgawki padaczkowe. Rzucawkę mocznicową wykluczyć można było na zasadzie badania moczu. Innych zaś porażennych objawów mózgowych nie było. Rozpoznanie więc prawdopodobne pierwszego dnia postawiłem jako epilepsia? mając nadzieję, że w dalszym przebiegu choroby znajdę więcej danych do pewniejszego rozpoznania.

13 Września znalazłem chorego już przytomnym. Od godz. 12 w nocy napadów padaczki nie było. Przy rozpytywaniu chory stanowczo zaprzecza, żeby kiedykolwiek miał poprzednio napady drgawkowe. W odpowiedziach chorego widać pewną ociężałość myśli. Skarży się również na ból głowy, zresztą czuje się bardzo dobrze. Przepisano bromek potasu i kreozot.

14 Września stan ten sam. Drgawek nie ma. Ból głowy mniejszy. Objawów porażennych nie ma. Spi w nocy dobrze. Podniesienia ciepłoty także nie ma.

Taki stan był do dnia 16 Września. W dniu tym wieczorem wystąpiła apatya. Chory już wieczorem nie jadł wieczerzy, nie odzywał się do nikogo i ciągle drzemał. W nocy dwa razy oddawał mocz pod siebie. 17 Września znalazłem go ciągle drzemiącym, półprzytomnym na pytania odpowiadał pojedynczymi słowami. Objawów porażennych nie znalazłem żadnych. Źrenice równe, oddziaływały na światło nie zbyt wyraźnie. Badany powtórnie mocz nie okazał ani śladu białka. Taki stan apatyczny, pół przytomny, bez wznieśienia

gorączkowego ciepłoty trwał do dnia 19 Września, w którym to dniu po południu nastąpiła śmierć bez drgawek.

20 Września dokonano oględzin pośmiertnych i wtedy znaleziono w płucach mocne zrosty dolnego płata lewego płuca. Cały dolny płat zmniejszony w objętości, twardy z licznymi cylindrycznymi rozszerzeniami oskrzeli. Objętość serca nieco powiększona; zastawki miękkie bez zmian patologicznych. Wątroba powiększona stłuszczone; w nerkach przekrwienie. W mózgu zaś znaleziono obszerny ropień zajmujący cały czołowy zraz lewego półkula, na oponach mózgu żadnych zmian zapalnych nie znajdujemy.

Przyznam się, że wynik sekcji był dla mnie niespodzianką, jakkolwiek przyznaje również, że przy bliższem rozpatrzeniu, rozpoznanie w powyższym przypadku było możliwe w granicach pewnego prawdopodobieństwa. Możliwem zaś było głównie ze względów etyologicznych. Już Biermer ¹⁾ w klasycznej swej pracy nad rozstrzeniami oskrzeli z 1860 r. zwraca uwagę na względną częstość występowania ropni w mózgu przy istniejących rozstrzeniach oskrzelowych. Następnie niejednokrotnie zdanie to było przez innych autorów stwierdzone, że tu wspomnę tylko niedawną pracę Näthera ²⁾. Ten ostatni autor objaśnia powstawanie ropni mózgowych przy rozszerzeniach, gnilnem zapaleniu oskrzeli (*Bronchitis putrida*) zakrzepem w żyłach płucnych, który w tych warunkach b. łatwo wytworzyć się może. Z gnilnego skrzepu żylnego, oderwać się łatwo może czopek, dostający się do układu tętniczego i sprowadzający zator w mózgu. Zator ten ze względu na właściwości zakaźne czopka jest powodem ropnego zapalenia mózgu Huguenin wylicza następujące sprawy patologiczne płuc, które mogą powodować wytworzenie się ropnia w mózgu: 1) rozstrzenie oskrzelowe z zatrzymującą się w nich i rozkładającą się wydzieliną (*Bronchitis putrida cum Bronchiect.*); 2) rozstrzenie oskrzeli powikłane zgorzelą płuc (*Bronchiectasis cum Gangraena pulmonum*), 3) zgorzel płuc sama bez rozstrzeni oskrzelowych; 4) ropień płucny; 5) gruźlica; 6) zapalenie opłucny z rozkładowym wysiękiem. To też w każdym przypadku powyższych chorób płuc, jeżeli tylko występują wyraźne objawy mózgowie, należy zawsze myśleć o możliwości ropnego zapalenia mózgu. Trudności rozpoznawcze mogą wyniknąć szczególnie przy gruźlicy, w tej ostatniej bowiem chorobie często także występuje inna sprawa patologiczna układu mózgowego mianowicie gruźlicze zapalenie opon. Gruźlicze zapalenie opon zdarza się w przebiegu gruźlicy o wiele częściej, aniżeli ropne zapalenie mózgu. To ostatnie może występować tylko przy gruźlicy powikłanej sprawą gnicia. Dlatego też przypuszczanie ropnia mózgowego uzasadnionem jest w przebiegu gruźlicy wtedy dopiero, jeżeli objawy mózgowie występują obok wydzielania cuchnącej gnilnej płwociny.

III. Fractura cranii. Encephalitis suppurativa hemisphaerae sinistrae, hemiplegia dextra.

Edward Selbert l. 20 robotnik fabryki odlewów żelaznych w Myszkowie podczas bójki ulicznej był uderzony nożem w głowę w dniu 24 Listopada

¹⁾ Biermer. Zur Theorie und Anatomie der Bronchien erweiterung. Virch. Arch. 1860.

²⁾ Näther. Die metastatischen Hirnabscesse nach primären Lungenherden. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 34.

1885 r. Krwotok z rany głowy był nieznaczny, chory nie stracił przytomności i był zaraz na miejscu opatrzony przez fabrycznego felczera. Na drugi dzień jednak wystąpił mocny ból głowy i wymioty które trwały kilka dni, z polecenia więc lekarza fabrycznego kol. LEVEGO z Zawiercia został przesłany do szpitala Częstochowskiego w dniu 28 Listopada t. r.

W dniu zapisania się chorego do szpitala znaleziono co następuje: chory szczupły, wzrostu wysokiego ma na lewej stronie głowy na kości ciemieniowej mniej więcej na połowie odległości pomiędzy wierzchołkiem głowy a uchem ranę niewielkich rozmiarów. Brzegi rany dość równe, ropienie obfite, przy badaniu zgłębnikiem na dnie rany odłamków kości nie znajdujemy. Przy obmacywaniu jednak naokoło rany znajdujemy wyraźne wgniecenie kości. Chory jest przytomny na wszystkie pytania odpowiada, uskarża się tylko na mocny ból głowy i od czasu do czasu występujące wymioty. Przy dalszem badaniu znajdujemy, że ruchy prawej ręki są znacznie ograniczone, chory ręki tej nie może podnieść na głowę, ruchy w palcach są dość swobodne. Siła mięśniowa tej ręki o połowę mniejsza, aniżeli lewej. Czucie w zupełności zachowane. Ruchy prawej nogi nie przedstawiają żadnych widocznych zmian; czucie nie zmienione, odruchy kolanowe na nodze prawej nieco wzmocnione w porównaniu z nogą lewą. Ciepłota rano 37,3, wieczorem 28 Listopada dochodziła 38°. Tętno 76 na minutę. Rozpoznano złamanie ograniczone czaszki, zapalenie ograniczone opon i istoty korowej mózgu na ograniczonej przestrzeni. Mając zamiar wykonać trepanację, tymczasowo zaleciliśmy choremu mocny środek czyszczący i lód na głowę. Rana została z całą starannością opatrzoną.

Na drugi dzień stan chorego był znacznie lepszy. Bóle głowy znacznie mniejsze, chory spał w nocy, wymioty ustały. Od tego czasu chory był co dziennie lepiej. Stan był stale bezgorączkowy, wymioty nie powtarzały się, ból głowy nie wracał. Rana również oczyściła się, a niezupełne porażenie prawej ręki w kilka dni zupełnie wyrównało się. W obec takiego przebiegu odstąpiłem od myśli wykonania dość ciężkiej jak na stosunki źle urządzonego prowincjonalnego szpitala operacji, tembardziej, że i chory, widząc polepszenie, stanowczo sprzeciwiał się czynnej interwencji.

W dniu 9 Grudnia rana prawie zagoiła się i na własne żądanie mogłem chorego wypisać ze szpitala.

Chory powrócił do szpitala w dniu 9 Lutego 1886 r. a zatem w dwa miesiące po wypisaniu się. Przez cały ten czas czuł się zupełnie dobrze, rana tylko na głowie odnowiła się i chory chodził do opatrunku do ambulatoryum fabrycznego. Dopiero przed 4-ma dniami znowu pokazały się wymioty, zawrót i ból głowy. Przy badaniu znaleziono na głowie ranę niezagojoną, pokrytą strupem z pod którego wypłynęło parę kropli ropy. Wgniecenie kości znaleźliśmy to samo, co i przedtem. Objawów porażennych nie znajdujemy żadnych. Drgawek, ani przykurczeń również niema ani nie było. Chory tylko uskarża się na mocny ból głowy, jest niespokojny, sypiać nie może. Ciepłota wieczorem 37,6°. Zalecono znowu środek czyszczący i lód na głowę.

W nocy z 10 na 11 Lutego wystąpiło nagle połowiczne porażenie po stronie prawej z zajęciem prawej strony twarzy. Ruchy oczu prawidłowe. Zre-

nice równe dobrze oddziałują na światło. Chory jest przytomnym, na pytania, odpowiada jakkolwiek z trudnością. Uskarża się wciąż na mocny ból głowy, rzuca się na łóżku i ma ciągle nudności a od czasu do czasu nawet wymioty. T. 37,5. P. 68. W dniu 12 Lutego rano temp. 37,4, wiecz. 37,5, puls 68. Stan ten sam. Odruchy kolanowe na prawej nodze zniesione, na lewej wzmożone. Naczynioruchowy odczyn skóry prawidłowy, na obu stronach jednakowy, stan pół przytomny.

W takim stanie znajdował się chory aż do 15 Lutego. Tego dnia w nocy wystąpiły drgawki, które trzy razy się powtarzały w odstępach czasu co $\frac{1}{2}$ godz. Czy drgawki były obustronne czy połowiczne nie wiem, gdyż sam ich nie spostrzegalem a posługacz szpitalny nie mógł mi w tym względzie udzielić żadnych pewnych wiadomości. Rano chorego znalazłem względnie przytomnym, chory na zażądanie pokazuje język, porusza oczami, mówić jednak nie może. Jeżeli mu każemy powtarzać za nami słowa bełkocze niezrozumiale. Prawostronne połowiczne porażenie w tych samych rozmiarach. Odruchy ścięgnowe i skórne po stronie porażonej zniesione, po stronie zdrowej wzmożone. Przy opukiwaniu młoteczką mięśni tułowia strony porażonej nie znajdujemy wcale odczynu w postaci skurczu pojedynczych pęczków włókien mięśniowych; przeciwnie na stronie zdrowej odczyn ten występuje bardzo wyraźnie. Ciepłota 37,5, tętno 72. W dniu 17 Lutego chory utracił zupełnie przytomność, tętno zaledwie wyczuwalne. Nic nie je, mocz oddaje pod siebie. Lewa ręka i lewa noga w ciągłym ruchu, prawe kończyny nieruchome. W dniu 19 Lutego chory rano umarł.

Oględziny pośmiertne dokonane w dniu 20 Lutego wykazały złamanie kości ciemieniowej na ograniczonej przestrzeni i kilka odłamków blaszki wewnętrznej było uwięzione w twardej oponie. Opona twarda na przestrzeni kilku kwadratowych ctm. była przyrośnięta mocno do miękkiej i pośrednio do kory mózgowej. W tem samym miejscu kory mózgowej zauważyć możemy stwardnienia wielkości dużej wiśni wnikające w miąższ mózgu. Stwardniała część na przekroju przedstawia się jako zbita tkanka łączna. Dopiero pod tem stwardnieniem w lewej półkuli znajdujemy ropień obejmujący cały prawie ośrodek mózgu Vieussena i dochodzący do szarych jąder podstawy mózgu.

W powyższym przypadku głównie na uwagę zasługuje dość długi, bo blisko 2 miesiące trwający peryod zupełnego ustąpienia wszelkich objawów chorobowych. Chory w tym czasie czuł się zupełnie dobrze, nie miał ani bólu głowy ani wymiot, ani podwyższeń ciepłoty gorączkowych. Podobny brak objawów przez czas mniej więcej dłuższy nie jest zjawiskiem rzadkiem w przebiegu ropni mózgowych. Wspominają o tem wszyscy autorowie piszący w tej kwestyi. Nieraz przy autopsyi znajdowano ropnie w mózgu stare, otorbione które prawdopodobnie długi bardzo czas istniały, pomimo że za życia chorego nie obserwowano najmniejszych nawet zaburzeń czynnościowych ze strony mózgu. Zresztą w danym przypadku możebnem jest jeszcze i drugie tłumaczenie. Mogły istnieć niezależne dwie sprawy zapalne: pierwotna nie zakaźnej przyrody, następstwem której było ograniczone zlepnie zapalenie opon i stwardnienie ograniczone w mózgu i druga ropna, punktem wyjścia której była

zanieczyszczona ropiejąca rana. Pierwsze zleplne, łącznotkankowe zapalenie było przyczyną objawów, jakie spostrzegaliśmy za pierwszym pobytym chorego w szpitalu, objawów które w następstwie w zupełności się wyrównały. Cały zaś szereg ciężkich objawów, jakie za drugim pobytym chorego w szpitalu spostrzegaliśmy, możnaby odnieść do ropienia, które wystąpiło, jako powikłanie pierwotnej, już ukończonej sprawy zapalnej. Czy więc ropna sprawa była już w samym początku choroby, podczas pierwszych objawów spostrzeganych, następnie przez jakiś czas zatrzymała się w swym rozwoju, czy też ropienie wystąpiło dopiero z powtórным ukazaniem się mózgowych objawów, pozostaje rzeczą w tym razie trudną do rozstrzygnięcia.

Pomijając rozstrzygnięcie tej kwestyi wspomnieć jeszcze muszę o innych uwagach, jakie nasuwają się przy rozpatrywaniu opisanego przypadku. W obu ostatnich spostrzeżeniach nie znajdowaliśmy wcale gorączki, obecności której należałoby się spodziewać ze względu na poważną sprawę zapalną, wywołującą zwykle gorączkowe zaburzenia w organizmie. W rzeczy samej w przebiegu ropnego zapalenia mózgu najczęściej spotykamy gorączkę z dreszczami, spadkami i potami czyli t. z. gorączkę ropną o typie przestankowym. Dwa takie przypadki opisał Huguenin, gdzie nawet wskutek typowych przestanków w przebiegu gorączki było postawione fałszywe rozpoznanie zimnicy. W pewnej jednak znacznej części przypadków podobnego przestankowego typu gorączki nie znajdujemy. Gorączka jeszcze może być ciągłą z nieznacznymi zwolnieniami; ciepłota wtedy nigdy prawie nie dochodzi do wysokich stopni, waha się zaś zawsze poniżej 39°. Nakoniec mogą być przypadki gdzie gorączki wcale niema, lub gdzie stopnie ciepłoty trzymają się w granicach podgorączkowych. Nasze właśnie przypadki należą do tych ostatnich. Powyżej opisane zachowanie się gorączki przy ropniach w mózgu ma również pewne znaczenie różniczkowe. W wielu przypadkach urazowych może zachodzić wątpliwość, z czym mamy do czynienia, czy z ropnem zapaleniem mózgu, czy też opon mózgowych. Wiemy jednak, że ropne zapalenie opon przebiega zwykle z ciągłą wysoką gorączką, ropne zapalenie opon bez gorączki nigdy się nie zdarza. To samo należy powiedzieć o typie przestankowym gorączki, ten rodzaj nigdy nie był spostrzegany w przebiegu zapalenia ropnego opon. Nawet tam, gdzie spotykamy małego natężenia gorączkę lub stan podgorączkowy możemy z wielkim prawdopodobieństwem wykluczyć zapalenie opon, jako przebiegające zwykle z wysokimi stopniami ciepłoty.

Nakoniec musimy jeszcze kilka słów powiedzieć zachowaniu się odruchów ścięgnistych, a w szczególności odruchów kolanowych przy ogniskach patologicznych usadowionych w mózgu. Na tę właśnie kwestyę pod wieloma względami jeszcze sporną, nasz powyżej opisany przypadek III-ci rzuca niejako światło. Zauważyliśmy od samego początku, że po stronie prawej odruch kolanowy był nieco wzmóżony, jakkolwiek żadnych zmian nie było w ruchomości prawej dolnej kończyny, a tylko górna prawa kończyna była w stanie niepełnego porażenia. Z wystąpieniem zupełnego połowicznego porażenia, odruch kolanowy po stronie prawej zupełnie znikł, a zato po stronie lewej był znacznie wzmóżonym. Stan taki w zachowaniu się odruchów kolanowych-

pozostał do samej śmierci chorego. Równocześnie zauważyliśmy że po stronie prawej i mechaniczna pobudliwość mięśni była zniesioną. Można było nawet z wielką siłą opukiwać mięśnie ciała po stronie prawej, nie powodując właściwych skurczów tychże. Przeciwnie zaś na stronie nie porażonej pobudliwość mechaniczna mięśni zdawała się być wzmożoną.

Podobne zachowanie się odruchów ścięgniętych niezupełnie odpowiada panującym obecnie poglądom na odruchowe pochodzenie tych zjawisk. Od roku 1875 t. j. od czasu, kiedy objawy kolanowe były poraz pierwszy opisane przez Westphala i Erba powstał cały szereg prac doświadczalnych starających się rozświetlić pochodzenie, że tu wspomnę tylko prace Czyrjewa i Senatora. Prace te doświadczalne dowiodły, że mamy tutaj do czynienia ze zjawiskami odruchowymi, odbywającymi się na drodze przez rdzeń kręgowy w części lędźwiowej tegoż. Przyjęty więc został powszechnie pogląd Erba na te objawy, tembardziej, że i dane kliniczne zdawały się przemawiać za takim pochodzeniem objawów kolanowych. Na zasadzie teorii odruchowej przypuszczano, że przy porażeniach mózgowych objawy kolanowe, jako odruchy rdzeniowe powinny być wzmożone po stronie porażonej wskutek tego że hamujący odruchy wpływ czynności mózgu ustaje. Jako na dowód wskazywano, wzmożenie odruchów ścięgniętych występujących przy istniejących przykurczeniach, porażonych mięśni w późnych okresach porażen połowicznych. Zachowanie się zaś objawów kolanowych w samym początku porażenia mózgowego, podczas lub wkrótce po udarze apoplektycznym było rozmaicie opisywane. Bernhardt ¹⁾ powiada, że odruchy ścięgnięte w pierwszych dniach porażen połowicznych bywają najczęściej zniesione po stronie porażonej. Rosenbach ²⁾ dowodzi, że objawy ścięgnięte przy porażeniach mózgowych w początkach albo bywają zniesione obustronnie jeżeli świadomość jest głęboko zakłóconą, albo przeciwnie (najczęściej) bywają wzmożone po stronie porażonej. Ja sam w kilkunastu przypadkach porażen mózgowych w pierwszych dniach po wystąpieniu porażenia znajdowałem albo zupełne zniesienie odruchów ścięgniętych po stronie porażonej albo zachowanie ich, nigdy jednak nie spotykałem wzmożonych odruchów. Dopiero po 2—3 tygodniach od początku porażenia odruchy ścięgnięte stale wzmagają się. Jestto fakt, na który wszyscy autorowie zwracają uwagę i którzy objaśniają wtórnem zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Otóż zniesienie odruchów kolanowych w pierwszych dniach porażen mózgowych nie da się objaśnić teorią odruchową. Podług tej teorii odruchy powinny być w tych razach raczej wzmożone, gdyż wpływ miarkujący w mózgu ustaje. Należy więc koniecznie przypuścić, że w objawach tych odgrywa pewną rolę również i napięcie (*tonus*) mięśni. Jeżeli napięcie mięśni jest zniesionem, to nawet przy swobodnej drodze odruchowej, objawy odruchu w samem mięśniu nie wystąpią. Napięcie mięśni zależy prawdopodobnie od czynności mózgu, może kory mózgowej i dróg piramidalnych ³⁾. Zakłócenie więc tej

¹⁾ Bernhardt. Gehirukrankheiten w Encyklopadie Eulenburg. T. VIII.

²⁾ Rosenbach. Sehnenphanamene w Encyklop. Eulenburg. T. XVIII.

³⁾ Adamkiewicz przypuszcza że napięcie mięśni zależy od czynności tylnych sznurków

czynności może powodować czasowe zniesienie napięcia mięśni porażonych i pośrednio odruchów ścięgnistych. Wszędzie tam gdzie napięcie mięśni jest osłabione, zniesione i odruchy ścięgniste nikną, przeciwnie gdzie napięcie jest wzmożone, odruchy ścięgniste także się wzmacniają. Ztąd też znajdujemy zniesienie odruchów ścięgnistych przy porażeniach zanikowych, jakie spotykamy w zapaleniu przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis anterior*) lub w przebiegu rozsianego zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*) i odwrotnie wzmożenie odruchów przy przykurczeniach porażennych w przebiegu zapalenia opon rdzeniowych, stwardnienia bocznych sznurów i wtórnego zwyrodnienia dróg piramidalnych. Dlatego również spotykamy zmiany w zachowaniu się odruchów ścięgnistych w chorobach nie przedstawiających właściwych zmian w układzie nerwowym jako to w gruźlicy płucnej i cukromoczu. W gruźlicy stale, przynajmniej w końcowych okresach spotykamy wzmożenie odruchów ścięgnistych, w cukromoczu zaś bardzo często zniesienie odruchów kolanowych. Jasną jest rzeczą, że w tych chorobach nie możemy mieć do czynienia ze zmianami w drodze odruchowej mianowicie w nerwach i rdzeniu lecz z pewnemi zmianami w stopniu napięcia mięśni. Ze tak jest najlepiej się przekonać, badając bezpośrednią mechaniczną pobudliwość mięśni przez opukiwanie. Przekonałem się niejednokrotnie, że w końcowym okresie gruźlicy opukiwanie mięśni wywołuje rozległy skurcz mięśniowy nie tylko w mięśniach bezpośrednio pobudzanych, lecz i w sąsiednich.

Właściwie więc, za konieczne warunki odruchów ścięgnistych należy uważać nie tylko brak przerwy w drodze odruchowej lecz i prawidłowe lub wzmożone napięcie mięśni. Tak zwany sposób Jendrassika wywoływania słabych odruchów ścięgnistych kolanowych polega właśnie na wzmożeniu ogólnego napięcia mięśni, a nie jak chcą inni autorowie na odwróceniu uwagi chorego od badania odruchu. Chory bowiem robiąc pewien wysiłek w mięśniach rąk jak się to dzieje w sposobie Jendrassika tem samym wzmagają napięcie i naprężenie mięśni całego ciała i wskutek tego odruch ścięgnisty wyraźniej występuje.

IV. Endarteritis syphilitica. Haemorrhagia in ponte, hemiplegia sinistra.

Józefa Piotrowska l. 38 włościanka, zachorowała w miesiącu Lipcu 1886 r. na przymiot, w końcu Sierpnia t. r. przybyła do szpitala, gdzie leczoną była wcieraniami szarej maści i w końcu Września wypisaną była jako zdrowa bez żadnych widocznych objawów choroby. W dniu 20 Września 1887 r. była powtórnie przywiezioną do szpitala w stanie zupełnie nieprzytomnym. Od jej sąsiadów, którzy ją odwiedzieli, dowiedziałem się tylko, że przed trzema dniami, chora nagle podczas zajęć gospodarskich upadła bez przytomności

rdzenia i bocznych dróg piramidalnych. Przyczem tylne sznurki wzmagają napięcie mięśni boczne zaś zmniejszają, hamują wpływ tylnych sznurków. Tym sposobem objaśnia autor fakt, że przy schorzeniu tylnych sznurków odruchy ścięgniste znikają, przy schorzeniu zaś bocznych wzmagają się, patrz w tym względzie pracę Prusa: O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych. Przegl. lekarski 1885 r.

i w takim stanie pozostawała do dnia dzisiejszego, kiedy sąsiedzi ze względu na brak opieki w domu postanowili zawieść ją do szpitala (chora jest wdową, bezdzietną).

Chora dość dobrze odżywiona, była podczas badania w dniu przybycia do szpitala zupełnie nieprzytomną. Na żadne, nawet bolesne bodźce nie znajdujemy odczynu. Oddech ciężki, chrapliwy. Tętno 72 na minutę, pełne. Przy dalszem badaniu za pomocą podnoszenia i opuszczania kończyn oraz spostrzeżenia mimowolnych ruchów zauważyć mogliśmy, że lewa strona jest zupełnie porażona. Lewa noga wyprostowana leży nieruchomo, kiedy prawą chora od czasu do czasu wykonywa rozmaite ruchy. Lewa ręka jest zgięta w łokciu pod kątem ostrym, mocno przyciągniętą do tułowia, przedramię w położeniu nawrotnem, palce nieco zgięte. Jeżeli rękę chcemy wyprostować w stawie łokciowym spotykamy znaczny opór, jeżeli z siłą wykonywamy ruch wyprostny następuje drżenie w całej ręce. Taki sam znaczny opór spotykamy przy ruchach w stawie barkowym. Wyprostowanie palców i napiętka jest łatwiejszem, jakkolwiek i ono dokonywa się nie bez pewnego oporu. Jeżeli po wyprostowaniu zostawimy kończynę w spokoju w krótkim czasie kończyna przyjmuje dawne zgięte położenie. Na twarzy również zauważyć możemy porażenie mięśni lewej strony: prawa nosowo-wargowa bródka jest głębszą, cała twarz jest wykrzywiona na prawo. Głowa zaś obrócona jest na lewo, to samo i kierunek osi ocznych zwrócony jest tu wyraźnie na lewo. Jeżeli głowę siłą odchylamy w stronę przeciwną i pozostawiamy następnie w spokoju, zaraz spostrzegamy wyraźny zwrot do dawnego położenia. Czucie jak już mówiliśmy poprzednio zupełnie zniesione, chora nie odczuwa wcale ani ukłócia, ani szczypania i to na obu stronach jednakowo. Odruchy kolanowe zachowane na obu stronach jednakowo, nie wzmożone jednak. Żrenice równe, nieco zwężone, nie oddziaływały na światło.

Przy badaniu narządów wewnętrznych żadnych zmian ani w sercu, ani w płucach nie znajdujemy.

Na zasadzie powyższych objawów postawiłem rozpoznanie wylewu krwi w prawą półkulę mózgową mianowicie albo w ośrodek Vieussena w bliskości kory mózgowej, albo w torebkę wewnętrzną, wskutek zwyrodnienia przymiotowego naczyń. Postawiłem rozpoznanie wylewu krwi a nie rozmiękczenia mózgu na tej zasadzie, że nigdy rozmiękczenie nie powstaje tak nagle i nie powoduje tak głębokiej utraty świadomości. Przykurczenia lewej ręki oraz zbieżne kurcze mięśni okoruchowych i szyi zdawały mi się przemawiać za siedliskiem sprawy w półkuli mózgowej w bliskości kory.

Jako leczenie zalecono pęcherz z lodem na głowę i pijawki za uszami. Chora pozostawała w takim stanie bez zmiany przez cały dzień i w dniu 22 Września o godz. 2-iej po północy zmarła.

Następnego dnia dokonano oględzin pośmiertnych, przy których nie znaleziono wcale zmian w półkulach mózgu, lecz dopiero w moście Warola na prawej stronie spotkano dwa niewielkie (wielkości grochu polnego) wybroczynowe ogniska, leżące jedno blisko drugiego w przedniej części mostu. Zresztą w innych narządach żadnych zmian nie znaleźliśmy.

Powyższy przypadek z wielu względów zasługiwał na uwagę. Najpierw należy nam pomówić o trudności rozpoznania siedliska ogniska patologicznego w obec powyżej opisanych objawów. O wylewach krwi w móście Warola wnioskować możemy, stosownie do obecnie znanych faktów na zasadzie następujących objawów: 1) występowanie zaraz w początku, lub w ciągu choroby rozległych ogólnych drgawek padaczkowych (Nothnagel); 2) porażenia skrzyżowane połowiczne strony ciała przeciwnej ognisku mózgowemu i nerwów czaszkowych (twarzowy, okoruchowy podjęzykowy) strony odpowiadającej umiejscowieniu sprawy w móście i 3) mocne zwężenie źrenic. Co do pierwszego to ze względu na niedokładną anamnezę nie mogliśmy wiedzieć, czy w początku choroby nie było drgawek. Drgawek jednak w każdym razie nie spostrzegaliśmy podczas dwudniowego prawie pobytu chorej w szpitalu. Zresztą objaw ten o ile wiem nie jest koniecznym przy wylewach krwi w móście. Daleko ważniejszym jest drugi objaw. Otóż w naszym przypadku nie było żadnych śladów porażenia nerwów czaszkowych z prawej strony. I to właśnie odsunęło nam wszelką myśl poszukiwania siedliska dla sprawy patologicznej w móście. Pomimo to znaleźliśmy niespodziewanie dwa ogniska wybroczynowe w tej części mózgu. Tłumaczyć sobie ten fakt można małym rozmiarem ognisk, które zajęły tylko pęczki włókien piramidalnych, pozostawiły jednak nienaruszonymi jądra nerwów czaszkowych, leżących zresztą w górnej części mostu, zaraz przed dnem IV-ej komórki i wodociągu Sylwiusza. Nawet trzeci objaw, zwężenie źrenic nie był zbyt wyraźnym w naszym przypadku, żeby na zasadzie jego można wnioskować o siedlisku sprawy. Właśnie ten brak wyraźnych objawów miejscowych był przyczyną mylnego rozpoznania siedliska choroby.

Przypadek powyższy oprócz opisanej trudności rozpoznawczej zasługuje jeszcze na uwagę ze względu na występowanie kilku rzadszych objawów mózgowych spotykanych przy porażeniu połowicznym. Mam tu właśnie na myśli przykurczenia w lewej górnej kończynie i zboczenia w ustawieniu oczu i głowy. Przykurczenia w porażonych kończynach przy połowicznym porażeniu występują dopiero w okresie późnym choroby, zwykle po upływie trzech tygodni od wystąpienia porażenia. Francuscy autorowie (Charcot i inni) uważają tę sprawę jako zależną od następczego zwyrodnienia dróg piramidalnych. Ztąd też i cała sprawa tak późno występuje ¹⁾. Przykurczenia występujące zaraz w początku porażenia połowicznego są zjawiskiem względnie rzadkiem i dadzą się chyba objaśnić nagłym podrażnieniem pewnych pęczków włókien piramidalnych. James Ross ²⁾ uważa występowanie wczesnej sztywności w mięśniach porażonych i przykurczeń jako bardzo zły objaw pod względem rokowniczym. Co zaś do znaczenia tego objawu pod względem rozpoznawczym, to zdaje się nie można opierać na nim żadnych wniosków o siedlisku sprawy

¹⁾ Pogląd Charcota nie jest ogólnie przyjętym. Z innych teorii zasługują na uwagę teorya Hitziga i Jacksona. Hitzig uważa przykurczenia poporażenne jako następstwo zaburzenia innerwacji w ośrodkach. Jackson zaś jako zależne od niehamowanego czynnością mózgu wpływu mózdzku.

²⁾ James Ross. Rukowodstwo k izuczeniu neurnynych boliezniej, tłum. rosyjskie z 1884.

patologicznej; zdarzyć się on może przy ogniskach umiejscowionych w różnych odcinkach drogi piramidalnej.

Na zboczenie w ustawieniu oczu i głowy zwrócił pierwszy uwagę Prevost jeszcze w 1868 r. Objaw ten zboczenia zbieżnego (*déviation conjuguée*) spotykał autor dość często przy porażeniach połowicznych i chciał mu nawet nadać na zasadzie swych spostrzeżeń pewne dość ważne znaczenie rozpoznawcze. Prevost przypuszcza, że jeżeli porażenie jest zupełne i nie spotykamy żadnych kurczowych objawów, to głowa i oczy chorego są zwrócone w stronę przeciwną porażeniu: „*le malade regarde la partie affectée de son cerveau*“ jak powiada autor. Przeciwnie jeżeli przeważają objawy skurczowe na stronie porażonej, oczy i głowa chorego są zwrócone ku stronie porażonej. Spostrzeżenia kliniczne innych autorów dowodzą, że rzeczywiście w większości przypadków tak bywa. Trudniej daleko wyzyskać ten objaw w rozpoznawaniu ścisłego umiejscowienia ogniska patologicznego. Zdawałoby się że ogniska umiejscowione w korze mózgowej, lub w bliskości kory powinny głównie powodować występowanie tego objawu. Doświadczenia na zwierzętach Unverrichta dowiodły, że w korze mózgowej znajdujemy ograniczone ośrodki podrażnienia których powoduje zboczenie oczu lub zboczenie głowy w jedną stronę. Rzecz dziwna, że ośrodki dla ruchu zbieżnego oczu i dla ruchu mięśni szyi i karku (zboczenie głowy) nie tylko są różne lecz nawet znacznie oddalone od siebie. Ośrodek dla ruchów oczu leży w zrazie potylicowym, kiedy ośrodek dla ruchu mięśni karku w zrazie ciemieniowym, pomiędzy ośrodkami ruchowymi dla górnej i dolnej kończyny. Pomimo tego względnego oddalenia już Unverricht w swych doświadczeniach zauważył, że ruchy te często kojarzą się przy podrażnieniu jednego ośrodka ¹⁾. Klinika również dowodzi, że zboczenie oczu zwykle idzie w parze ze zboczeniem głowy. Na zasadzie właśnie tych doświadczeń Unverrichta należałoby przypuszczać, że ogniska korowe jedynie powinny powodować objaw, nazwany przez Prevost'a *déviation conjuguée*. Tymczasem nasz przypadek dowodzi, że ognisko umiejscowione w moście może również wywołać powstanie tego objawu. James Ross i Grasset, którzy nieraz spotykali ten objaw przy wylewach krwi w moście twierdzą, że objaw ten wtedy zachowuje się inaczej, niż przy zajęciu korowem. Przy ognisku umiejscowionem w moście, oczy i głowa chorego są zwrócone w stronę porażoną, przy korowem zaś w stronę przeciwną. Zdanie to zdaje się zgadzać z powyżej wypowiedzianym poglądem Prevost'a, gdyż zwykle ogniska w moście przebiegają ze zaburzeniami skurczowymi.

W niedawnym czasie Bernhardt ²⁾ poddał sprawdzeniu znaczenie rozpoznawcze objawu Prevost'a i przyszedł do przekonania, że objaw ten niema w tym względzie wielkiego znaczenia. Jest on najczęściej przechodnim, rzadko trwa dłuższy czas i zdarza się nietylko przy wylewach krwawych, lecz i przy

¹⁾ Unverricht. Die Beziehung der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall. Deutsch Arch. für klin. Medic. 1888 r.

²⁾ Bernhardt. Ueber den diagnostischen Werth der Symptome der *Déviation Conjuguée*. Virchow's Arch. 1876 r.

wielu innych zmianach anatomopatologicznych w mózgu, a nawet autor widywał go u chorych na padaczkę, bez żadnych wyraźnych umiejscowionych zmian w mózgu. Widzimy więc z tego, że zboczenie zbieżne oczu i głowy ma chyba tylko znaczenie w rozpoznawaniu strony mózgu zajętej, nie może jednak dać żadnych pewnych nawet prawdopodobnych danych ani co do ścisłego rozpoznania umiejscowienia w rozmaitych odcinkach mózgu, ani co do rodzaju sprawy zachodzącej ¹⁾).

V. Luxatio vertebrae II-dae dorsalis Paraplegia. Myelitis transversa dorsalis.

Mikita Skopin 1. 64 dróżnik przy D. Ż. W. W. w dniu 20 Września 1884 r. pokrywał dach na chlewiku i upadł z dachu z wysokości 6 stóp na ziemię. Upadł na wierzchołek głowy i około tego punktu oparcia cały tułów przekręcił się ku tyłowi. Chory nie stracił wcale przytomności po wypadku, uczył jednak mocny ból w karku i nie mógł się podnieść. Tegoż dnia odwieziony został do szpitala.

Chory wysokiego wzrostu, mocnej budowy ciała, dobrze odżywiony odznaczał się dotychczas wybornym stanem zdrowia. Służył przez lat 20 w wojsku i nigdy o ile pamięta ciężej nie chorował. Przy badaniu na drugi dzień po przybyciu chorego do szpitala znaleziono na kręgosłupie pod I-ym kręgiem grzbietowym zakłębienie. Wyrostek ciernisty pierwszego kręgu grzbietowego wyraźnie sterczy, wyrostek zaś ciernisty drugiego kręgu wyczuwamy dopiero w głębi. Przy obmacywaniu tego miejsca kręgosłupa chory uczuwa mocny ból. Mięśnie wyprostne grzbietu i karku są mocno naprężone, chory tym sposobem utrzymuje kręgosłup w stanie nieruchomym. Wyczuwanie więc trzeszczenia w obec tego staje się niemożliwym, nie możemy bowiem wykonać tułowiem żadnego biernego ruchu ani ku przodowi ani w bok.

Dolne kończyny chorego są zupełnie nieruchome, równocześnie i czucie na nich zniesione. Chory nie uczuwa ani dotykania ani ukłócia szpilką na obu dolnych kończynach i na tułowiu, aż do wysokości 7-go żebra. Odruchy ścięgniaste i skórne na nogach i tułowiu zniesione. Ruchy czynne rąk w stawach barkowym, łokciowym i napiętkowym w zupełności zachowane, ruchy jednak palców dokonywają się z wielką trudnością. Czucie na górnych kończynach zachowane, tylko na palcach zauważyć można pewne przytępienie czucia, chory niedokładnie umiejscawia tutaj uczuwany bodziec. Przykurczeń ani w górnych ani w dolnych kończynach niema. Mocz zatrzymany, wypuszczony cewnikiem nie zawiera wcale białka. Ciepłota r. 37,2, wiecz. 37,6. T. 68.

W dniu 22 Września zanotowaliśmy tętno 60, t. 38,1. Chory uskarża się na mocny ból w rękach, porażenie palców i napiętka wyraźniejsze. Mocz sam nie oddaje, wypuszczany bywa dwa razy dziennie cewnikiem.

Na gwałtowne nalegania żony musiałem wypisać chorego ze szpitala

¹⁾ Porównaj również zdanie Sattlera co do tego przedmiotu. O stosunku narządu wzrokowego do ogólnych cierpień ustroju. Odczyty kliniczne 1889 r.

w dniu 23 Września. Dopiero w kilka dni dowiedziałem się ubocznie że chory umarł w dniu 26 Września.

W powyższym przypadku zachodziła kwestya, z czem właściwie mieliśmy do czynienia, ze zwichnięciem kręgu, czy też ze złamaniem. Pewne rozstrzygnięcie tej kwestyi za życia było niemożliwem, rozpoznanie na karcie szpitalnej postawiłem jako zwichnięcie, sądząc jednak, że prawdopodobnie mieliśmy do czynienia z powikłaną sprawą, że było zwichnięcie ze złamaniem, co jak wiemy zdarza się bardzo często.

Co się zaś tyczy uwag nad przebiegiem objawów ze strony układu nerwowego, to o tych wypadnie nam jeszcze pomówić przy opisie drugiego podobnego przypadku. Obecnie więc o nich wspominać tutaj nie będziemy.

VI. Fractura vertebrarum XII-ae dorsalis et V-ae lumbalis. Myelitis transversa dorsalis et lumbalis. Fractura antibrachii sin. et costarum sinistr. VII-ae et VIII-ae.

Józef Bal l. 33 przejazdowy na stacyi Częstochowa D. Ż. W. W. w dniu 18 Września 1885 r. przebiegając przed parowozem, jadącym po węgiel, zaczepił się nogą, mianowicie obcasem, między podwójnemi szynami na przejeździe, a nie zdążywszy na czas wyjąć zaczepionej nogi, dostał się pod parowóz. Pochwycony przez popielnik parowozu był wleczony coś około 15-tu kroków po za przejazdem gdzie pozostał leżeć między szynami. Bal po wypadku nie utracił wcale przytomności, nie mógł jednak o własnej sile podnieść się, gdyż czuł straszny ból w krzyżu i w lewej ręce. Wzięty na nosze, był przeniesiony natychmiast ostrożnie do szpitala. Tutaj po rozebraniu chorego okazało się, że mamy do czynienia ze złamaniem w dwóch miejscach lewego przedramienia, ze złamaniem dwóch lewych żeber 7-go, 8-go oraz co najważniejsze ze złamaniem kręgosłupa. Na kręgosłupie w dwóch miejscach znajdujemy zapadnięcie wyrostków ciernistych mianowicie na wysokości kręgu grzbietowego XII i na wysokości V-go kręgu lędźwiowego. Zapadnięcia na miejscu XII-go kręgu jest tem wyraźniejsze, że wyrostek ościsty pierwszego kręgu lędźwiowego mocno wystaje na zewnątrz. Trzeszczenia przy ostrożnych ruchach kręgosłupa nie znajdujemy.

Dolne kończyny chorego są zupełnie porażone, czucie na nich zniesione. Dopiero na brzuchu i krzyżu chory uczuwa bodźce stosowane. Odruchy ścięgniste kolanowe i stopowe zniesione, również i skórny stopowy nie jesteśmy w stanie wywołać. Odruch jądrowy Jastrowitza występuje z obu stron, lecz bardzo niewyraźnie. Naczynioruchowe oddziaływanie skóry na obu nogach prawidłowe. W 4 godziny po przypadku mierzona ciepłota wynosiła 37,0, tętno 60.

19 Września. Ciepłota r. 37,4, tętno 96. Mocz zatrzymany, wypuszcza się dwa razy przez dzień cewnikiem. Dobowa ilość moczu 750 cc. oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar gatunkowy 1035, białka nie zawiera. Ciepłota wieczorem 37,5, tętno 88, oddechów 28 na minutę. Chory uskarża się przez cały dzień na mocny ból w krzyżu.

w dniu 23 Września. Dopiero w kilka dni dowiedziałem się ubocznie że chory umarł w dniu 26 Września.

W powyższym przypadku zachodziła kwestya, z czem właściwie mieliśmy do czynienia, ze zwichnięciem kręgu, czy też ze złamaniem. Pewne rozstrzygnięcie tej kwestyi za życia było niemożliwem, rozpoznanie na karcie szpitalnej postawiłem jako zwichnięcie, sądzę jednak, że prawdopodobnie mieliśmy do czynienia z powikłaną sprawą, że było zwichnięcie ze złamaniem, co jak wiemy zdarza się bardzo często.

Co się zaś tyczy uwag nad przebiegiem objawów ze strony układu nerwowego, to o tych wypadnie nam jeszcze pomówić przy opisie drugiego podobnego przypadku. Obecnie więc o nich wspominać tutaj nie będziemy.

VI. Fractura vertebrarum XII-ae dorsalis et V-ae lumbalis. Myelitis transversa dorsalis et lumbalis. Fractura antibrachii sin. et costarum sinistr. VII-ae et VIII-ae.

Józef Bal l. 33 przejazdowy na stacyi Częstochowa D. Ż. W. W. w dniu 18 Września 1885 r. przebiegając przed parowozem, jadącym po węgiel, zaczepił się nogą, mianowicie obcasem, między podwójnemi szynami na przejeździe, a nie zdążywszy na czas wyjąć zaczepionej nogi, dostał się pod parowóz. Pochwycony przez popielnik parowozu był wleczony coś około 15-tu kroków po za przejazdem gdzie pozostał leżeć między szynami. Bal po wypadku nie utracił wcale przytomności, nie mógł jednak o własnej sile podnieść się, gdyż czuł straszny ból w krzyżu i w lewej ręce. Wzięty na nosze, był przeniesiony natychmiast ostrożnie do szpitala. Tutaj po rozebraniu chorego okazało się, że mamy do czynienia ze złamaniem w dwóch miejscach lewego przedramienia, ze złamaniem dwóch lewych żeber 7-go, 8-go oraz co najważniejsze ze złamaniem kręgosłupa. Na kręgosłupie w dwóch miejscach znajdujemy zapadnięcie wyrostków ciernistych mianowicie na wysokości kręgu grzbietowego XII i na wysokości V-go kręgu lędźwiowego. Zapadnięcia na miejscu XII-go kręgu jest tem wyraźniejsze, że wyrostek ościsty pierwszego kręgu lędźwiowego mocno wystaje na zewnątrz. Trzeszczenia przy ostrożnych ruchach kręgosłupa nie znajdujemy.

Dolne kończyny chorego są zupełnie porażone, czucie na nich zniesione. Dopiero na brzuchu i krzyżu chory uczuwa bodźce stosowane. Odruchy ścięgnowe kolanowe i stopowe zniesione, również i skórny stopowy nie jesteśmy w stanie wywołać. Odruch jądrowy Jastrowitza występuje z obu stron, lecz bardzo niewyraźnie. Naczynioruchowe oddziaływanie skóry na obu nogach prawidłowe. W 4 godziny po przypadku mierzona ciepłota wynosiła 37,0, tętno 60.

19 Września. Ciepłota r. 37,4, tętno 96. Mocz zatrzymany, wypuszcza się dwa razy przez dzień cewnikiem. Dobowa ilość moczu 750 cc. oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar gatunkowy 1035, białka nie zawiera. Ciepłota wieczorem 37,5, tętno 88, oddechów 28 na minutę. Chory uskarża się przez cały dzień na mocny ból w krzyżu.

20 Września. T. 37,3. P. 84. R. 24. Ilość moczu przez dobę 1200 ccm., ciężar gatunkowy 1024. Wieczorem T. 38°. P. 84. Zresztą stan ogólny chorego ten sam.

21 Września. T. 37,8. P. 80. Ilość moczu 1400 ccm. ciężar gatunkowy 1021, białka niema. Zaparcie stolca, stolec nastąpił dopiero po zastosowaniu lewatywy.

22 Września. W nocy nastąpił mocny dreszcz, ciepłota rano 40,4, tętno 100. Mocz 1300 ccm., kaszlu chorego niema. Przy badaniu ani w sercu, ani w płucach żadnych zmian nie znajdujemy. Porażenie i znieczulenie na dolnych kończynach zupełne, na tułowi i górnych kończynach ruchy i czucie zachowane. Przytomność jest bez zmiany. Wieczorem. T. 39,1. T. 92.

23. IX. T. 40,4, tętno 104. Na plecach, gdzie w kilku miejscach było obnażenie skóry z naskórka zauważyć możemy mocne zaczerwienienie różycowate, wyraźnie odgraniczone, na którym w kilku miejscach pokazują się pęcherze z surowiczą zawartością. Wieczorem po zażyciu 6,0 antipiryny. T. 38,8 Puls 92.

24. IX. T. 40. P. 104. R. 40. Na całych prawie plecach znajdujemy różę. Przy badaniu naczynioruchowego oddziaływania skóry czerwony pas po drażnieniu znika na kończynach dolnych po 6 minutach, na piersiach po 4 minutach a na rękach utrzymuje się około 15 minut. Mocz 2060 ccm., ciężar gatunkowy 1024, oddziaływanie nieco zasadowe, mocz mętny, białe. Wieczorem. T. 40,2. P. 104.

25. IX. T. 40. P. 100. Róża przechodzi na kark. Porażenie i znieczulenie w tym samym stopniu. Wieczorem. T. 40,5. P. 108. Mocz 1270 ccm. c. g. 1020.

26. IX. T. 40,5. P. 104. Róża przechodzi z przodu na piersi. Mocz 1300 ccm., wieczorem t. 39,8.

27. IX. T. 39,8. P. 108. Na krzyżu znajdujemy odleżynę. Różę znajdujemy już na brzuchu i piersiach. Zatrzymanie moczu w tym samym stopniu; mocz mętny, odczyn zasadowy. Wieczorem t. 40,5.

28. IX. T. 39,8. P. 108. Stan ten sam. Wieczorem t. 40,3.

29. IX. T. 40,0. P. 112. O godz. 1-ej w południe i o 10 wieczorem był mocny dreszcz. Odleżyna powiększa się. Wieczorem t. 40,1.

30. IX. T. 40,2. P. 120. Zaparcie stolca w jednej mierze, ustępuje tylko po zastosowaniu lewatyw. Na stopach znajdujemy obrzęk, stopy zdają się być zimne na dotyk.

1. X. T. 39,6. P. 112. Odleżyna powiększa się. Zresztą stan ten sam. Róża zbladła zupełnie na plecach, widoczną jest jednak na piersiach i brzuchu. Zamiast antipiryny, którą dotychczas chorego przyjmował przepisano chininę. Wieczorem t. 39,8.

Nie będę szczegółowo dalej opisywał monotónnego zresztą przebiegu choroby, wspomnę tylko w krótkich słowach o dalszych losach chorego. Gorączka od 39—40° z tętnem około 120 trwała aż do dnia 6 Października. W tym dniu ciepłota spadła na 38°, równocześnie mogliśmy zauważyć i zniknięcie róży na brzuchu i na piersiach. Porażenie i znieczulenie w kończynach dolnych

pozostawało bez zmiany, wyżej sprawa nie przechodziła. Mocz i stolec pozostawał zatrzymanym i tylko sztucznie mógł być wydzielany, za pomocą cewnika i lewatyw. Mocz był coraz więcej mętnym z mocnym amoniakalnym zapachem i obfitym osadem. Ilość moczu wahała się pomiędzy 1000 a 1500 ccm. Odleżyna na krzyżu powiększała się, w końcu już dochodziła do samej kości. Nieco wyżej na grzbiecie około lewej łopatki utworzyła się druga odleżyna mniejszych rozmiarów. Przytomność cały ten czas była zachowana.

Spadek ciepłoty po zniknięciu róży trwał niedługo. Już 9 Października ciepłota się podniosła do 39°. Chory był niespokojny, w nocy nie sypiał, bredził, nastąpiło mocne wyniszczenie. Tętno dosyć mocne dotychczas, stało się nikłym około 130 na minutę. Skóra ciała przybrała żółtawy odcień zabarwienia. Nakoniec w dniu 19 Października chory wpadł w śpiączkę i w takim stanie pozostał aż do śmierci, która nastąpiła 21 Października o godz. 11 wieczorem. W dniu 23 Października zrobiono sekcję. Przy sekcji znaleziono złamanie zupełne 12 kręgu grzbietowego, i trzon i łuk kręgu były poprzecznie złamane. Na 5-tym kręgu lędźwiowym znaleźliśmy również złamanie niezupełne; jedna część łuku była niespełnie złamaną, druga pękniętą, trzon cały. Twarda opona rdzenia nie była rozerwaną, rdzeń zaś sam na wysokości 12-go kręgu zupełnie zmiądzony, miękka opona również rozerwana. W okolicy zmiążdżenia spotykamy mocne przekrwienie i rozmiękczenie rdzenia. W narządach wewnętrznych, oprócz zwyrodnienia tłuszczowego w niewielkim stopniu serca i wątroby, żadnych zmian nie znajdujemy.

Powyżej opisane przypadki V i VI przedstawiają typową postać urazowego zapalenia rdzenia. Wskutek urazu następuje zwichnięcie lub złamanie kręgów. Zwichnięte lub złamane części kręgów przerywają i miażdżą rdzeń kręgowy. Wskutek przerwania rdzenia występuje odrazu porażenie w dolnych kończynach przedewszystkiem, w dolnych i górnych, jeżeli obrażenie następuje w szyjowych kręgach. Porażenie występuje tak szybko, że chorzy natychmiast po wypadku nie są w stanie podnieść się, oraz żadnego ruchu wykonać porażeniami kończynami. Sam akt urazu chorzy opisują jako mocny, rwący ból w kręgosłupie, w obu jednak naszych przypadkach nie znajdujemy ogólnego wstrząsu układu nerwowego z utratą przytomności, jaki niektórzy autorowie opisują. Chorzy nasi w zupełności zachowali świadomość tak podczas, jako też i po wypadku. Równocześnie z porażeniem, jako bezpośrednie następstwo przerwania rdzenia występuje znieczulenie. Znieczulenie zajmuje ten sam obszar co i porażenie i jest również zupełnem. Żaden bodziec nawet bardzo bolesny nie jest w tych razach odczuwanym. Odruchy ścięgniste i skórne na miejscach porażonych zaraz po wypadku bywają w zupełności zniesione. Widzieliśmy to samo w przypadku V-ym gdzie zmiążdżeniu uległ rdzeń kręgowy na wysokości 2-go grzbietowego kręgu, co i w przypadku VI-ym gdzie zmiążdżeniu uległa lędźwiowa część rdzenia. Autorowie wspominają, że jeżeli przerwanie znajduje się w górnych odcinkach rdzenia, to w kilka dni po wypadku odruchy skórne i ścięgniste na dolnych kończynach wracają i wtedy nawet bywają wzmożone. Sami nie mogliśmy tego spostrzec, gdyż chory w przypadku V-ym zbyt krótko był w naszej obserwacji, w VI-ym zaś przy-

padku mieliśmy do czynienia z zajęciem dolnego odcinka rdzenia, gdzie właśnie znajduje się łuk odruchowy odruchów skórnych i ścięgniętych dolnych kończyn. Naczynioruchowych zaburzeń ani w początku, ani w następnym przebiegu choroby wcale nie spotykałem. Nie znajdowałem nigdy ani poczerwienienia skóry na porażonych kończynach, ani podniesienia ciepłoty tychże, nawet badane ściśle naczynioruchowe oddziaływanie skóry ¹⁾ w VI-ym przypadku nie było wyraźnej różnicy pomiędzy zachowaniem się skóry kończyn dolnych a innych nieporażonych odcinków ciała. W tymże przypadku dopiero na 12-ty dzień notowałem obrzęki stóp i zimne nogi, kiedy chory wskutek gorączki mocnej podpadł znacznemu osłabieniu. Inni jednak autorowie wspominają prawie stale o zaburzeniach naczynioruchowych w porażonych kończynach, w postaci bądź poczerwienienia, bądź zmniejszonego lub wzmożonego uczucia ciepła przy dotykaniu. Zatrzymanie moczu i kału należy również do najwcześniejszych objawów przerwania rdzenia. Zatrzymanie to jest stałem i trwa do końca choroby. Erb powiada, ²⁾ że zatrzymanie moczu inaczej się zachowuje przy zajęciu górnych odcinków rdzenia, a inaczej przy zajęciu części lędźwiowej. W pierwszym przypadku podług tego autora oddawanie moczu odruchowo odbywać się może, tylko świadomość oddawania jest utraconą, oraz oddawanie nie może odbywać się pod wpływem woli. W drugim przypadku kiedy bywają zniszczone odruchowe ośrodki w lędźwiowej części rdzenia, mocz jest zupełnie wstrzymanym i ani pod wpływem woli, ani odruchowo wydzielać się nie może. W tych jednak razach bardzo często zdarzać się ma zaparcie moczu z nietrzymaniem t. j. z odchodzeniem moczu kroplami (*retentio urinae cum incontinentia*). Nasze jednak przypadki nie potwierdzają tego zdania. I w pierwszym i w drugim przypadku mieliśmy zupełne zatrzymanie moczu, pęcherz nawet odruchowo nie mógł być wypróżnianym. Być może, że w przypadku V-ym za krótko spostrzegliśmy chorego, że z czasem u tego chorego, zniesione początkowo wskutek wstrząsu, odruchy powróciłyby i wtedy nastąpiłoby odruchowe oddawanie moczu. Zaparcia moczu z nietrzymaniem w drugim przypadku nie spostrzegliśmy.

Objawy powyżej opisane występują natychmiast po urazie i zależą od przerwania ciągłości rdzenia. Następczo po przerwaniu występuje zapalenie. Zapalenie rdzenia (*myelitis*) występuje dopiero najwcześniej po 24 godz. od wypadku. W przypadkach naszych V-ym i VI-ym dopiero po upływie 48 godzin od wypadku notowaliśmy wzniesienie gorączkowe ciepłoty do 38°, którą należy uważać za pochodzenia zapalnego. W ogóle pierwszy początek występującego zapalenia należy upatrywać w wystąpieniu pierwszych gorączkowych objawów, o ile te nie zależą od innych powikłań. Jaki jest przebieg i naprężenie gorączki przy zapaleniu rdzenia urazem trudno jest coś na zasadzie naszych przypadków powiedzieć, w pierwszym bowiem z nich zbyt szybko straciliśmy chorego z oczu, w drugim zaś przyłączyła się jako powikłanie róża,

¹⁾ Sposób ten badania patrz w mojej pracy: „O naczynioruchowym oddziaływaniu skóry i o sztucznej pokrzywce”. Medycyna 1886.

²⁾ Erb. Krankheiten des Rückenmarks 1878 r.

przez co cały typ gorączki zmienił się. Z tego jednak, co z innych opisów wiemy, gorączka nigdy przy zapaleniu rdzenia urazowym nie może być wielką. Oprócz gorączki, drugim objawem występującego zapalenia jest ból i nieprawidłowe sensacje w zakresie nerwów, wychodzących z rdzenia, na wysokości przerwania i zapalenia. I tak w przypadku V-ym razem z podniesiem gorączki notowaliśmy mocny rwący ból, na jaki chory zaczął uskarżać się w rękach. W VI-ym przypadku objaw ten nie był tak wyraźnym. Do dalszych objawów zapalenia rdzenia należy potęgowanie wszystkich poprzednio opisanych objawów przerwy ciągłości rdzenia oraz odleżyna. Odleżyna wystąpiła w naszym przypadku na 10-ty dzień choroby i stale powiększała się aż do śmierci chorego.

Śmierć następuje zawsze we wszystkich ciężkich przypadkach urazowego zapalenia rdzenia i następuje albo wskutek postępowania sprawy zapalnej na szyjową część rdzenia i zajęcia tym sposobem ośrodków nerwu przeponowego (śmierć z zaduszenia) albo jeżeli choroba długo się ciągnie, śmierć następuje z wyniszczenia lub z gnilnego zakażenia, jakie łatwo rozwija się przy głęboko sięgających odleżynach, błonicowych zapaleniach pęcherza i t. p. W przypadku V-ym zdaje się mieliśmy do czynienia ze śmiercią w skutek zajęcia ośrodka nerwu przeponowego, chory bowiem umarł dość wcześnie na 6-ty dzień po wypadku, jak mi opowiadano wśród objawów duszności. W VI-tym zaś przypadku mieliśmy do czynienia z septycznym zakażeniem, chory żył 33 dni.

VII. Myelitis diffusa dorsalis subacuta sanatio.

Juljanna Garztko l. 25 służąca przybyła do szpitala w dniu 8-ym Listopada 1888 r. zachorowała przed trzema blisko miesiącami na osłabienie w nogach. Chora uczuwała jakiś ciężar w nogach, męczyła się łatwo, przytem nogi były jakby znieczulone, jakby „drewniane“. Pomimo to chora chodziła i zajmowała się ciężką nawet pracą, musiała dźwigać duże konewki z wodą i wiele chodzić. Bólu w nogach nie czuła, lecz za to bardzo często szczególnie wieczorem po pracy uczuwała mocny ból w krzyżu i plecach. Bywała przytem dziwnie jakoś rozdrażniona, sypiała źle, miewała często przywidzenia. Czy te rozdrażnienie, brak snu i przywidzenia należało zaliczyć na karb gorączki, trudno wiedzieć. Chora twierdzi, że nigdy dreszczy, ani gorączki nie czuła. Apetyt cały czas był dobry. Dopiero przed tygodniem osłabienie nóg tak się wzmogło, że chora nie mogła już chodzić wcale i leżała przez cały tydzień w domu; ponieważ poprawa pomimo leżenia nie następowała, przywieziono ją do szpitala.

Rodzice chorej odumarli ją w dzieciństwie nie wiadomo na jaką chorobę. Ma dwie siostry i brata, wszyscy mieszkają na wsi i są zdrowi. Sama chora dotychczas była zupełnie zdrowa, przed 7-miu laty chorowała na zimnicę z napadami codziennymi przez dwa blisko miesiące, zresztą żadnej innej choroby nigdy nie przechodziła. Przyczyny obecnej choroby nie umie wskazać. Sądzi, że takowa mogła nastąpić z ciężkiej pracy, gdyż służyła u rze-

znika, gdzie trzeba było ciężko pracować. Była jednak bardzo silna i praca wcale ją nie nużyła. Wódki, ani piwa nigdy nie piła.

Po przybyciu chorej do szpitala znaleźliśmy co następuje: pacjentka wysokiego wzrostu, mocno zbudowana i wybornie odżywiona, nie może ani stać bez podtrzymywania, ani chodzić. Leżąc na łóżku może poruszać nieco prawą nogą t. j. zgina ją w kolanach, w stopie, nie może jednak podnieść jej wyprostowanej w górę. Lewa noga zupełnie nieruchoma, zaledwie nieznaczne czynne ruchy w palcach są możebne. Ruchy bierne wykonywają się we wszystkich stawach z łatwością, nigdzie żadnych przykurczeń, ani oporu przy ruchach nie spotykamy. Odżywianie mięśni porażonych na dolnych kończynach dobre, zaniku ani śladu nie znajdujemy. Czuć przy dotykaniu znacznie zmniejszone, chora słabego dotykania na stopach i goleni nie czuje, mocniejszego przyciśnięcia nie umie dokładnie umiejscawiać. Ukłócie jednak wszędzie czuje i umiejscawia dobrze. Odruch skórny stopowy zniesiony. Odruchy ścięgniste, kolanowe wzmożone, szczególnie na lewej nodze. Stopy ciepłe, barwa skóry prawidłowa, obrzęku na nich nie znajdujemy. Bólu w nogach pacjentka nie uczuwa, również i wymacywanie mięśni kończyn dolnych jest niebolesnem.

Czynne ruchy w kończynach górnych z łatwością wykonywa, przy biernych ruchach także nie znajdujemy oporu. Zaniku mięśni niema. Czuć wszędzie zachowane. Chora jednak uskarża się na odrętwienie w palcach. Siła zacisnięcia ręki przy próbach nieznaczna, nie odpowiada wcale ogólnej mocnej budowie chorej. Bólu w rękach chora nie uczuwa wcale. Odruchy ścięgniste tylko ze ścięgnięcia mięśnia trójgłowego wywołać można i to w bardzo słabym stopniu.

Chora o własnych siłach siedzieć na łóżku nie może, jeżeli ją się posadzi, to opiera się rękami o łóżko i tym sposobem utrzymać się może w równowadze. Przy oglądaniu kręgosłupa żadnych widocznych zmian nie znajdujemy, przy naciskaniu wyrostków ciernistych, tylko w lędźwiowej części kręgosłupa nieznaczny ból uczuwa. Stale jednak uskarża się na ból w pasie, naokoło ciała w postaci ciśnienia. Ból ten opasujący wypada swoim umiejscowieniem na dołek sercowy i dolną część klatki piersiowej. Mocz odchodzi z trudnością raz na dzień i to przy wielkiem naprężeniu mięśni brzusznych. Zaburzenie to w oddawaniu moczu zauważyła chora już od kilku tygodni. Zaparcie stolca uporeczywe ustępuje tylko po środkach czyszczących.

Bólu głowy niema, wzrok dobry, słuch także, źrenice równe oddziałują dobrze na światło, ruchy gałek ocznych prawidłowe, język drgań nie przedstawia, nieco obłożony, ruchy jego prawidłowe. Mowa swobodna, bez jankania się. Umysłowa czynność zaburzeń nie przedstawia. Przy badaniu narządów wewnętrznych żadnych zmian ani w płucach, ani w sercu, ani w wątrobie i śledzionie nie znajdujemy. Tętno 80 na minutę. Ciepłota 37,5°.

Na zasadzie powyżej opisanych objawów łatwą było rzeczą postawić rozpoznanie. Obustronne wiotkie porażenie dolnych kończyn z zaburzeniem czucia bez zaniku i utraty odruchów ścięgnistych; zaburzenie w oddawaniu moczu i kału i ból opasujący na tułowiu, wszystkie te główne objawy możebne są tylko przy jednej sprawie mianowicie przy rozlanem zapaleniu rdzenia (*Mye-*

litis diffusa). Wątpliwości żadnej być tutaj nie mogło. Zachowanie, a nawet wzmoczenie odruchów kolanowych, możliwość oddawania moczu odruchową drogą, ból opasujący w dolnej części klatki piersiowej przemawiały za umiejscowieniem sprawy w środku mniej więcej grzbietowej części rdzenia. Osłabienie siły mięśniowej rąk, oraz nieprawidłowe sensacje (drgawienie) w palcach dowodziło, że górna granica zapalnego rdzenia dochodziła prawie pod samą część szyjową tegoż. Przebieg choroby zdawał się być ze względu na niewyraźny długotrwały początek przewlekłym, a przynajmniej podostrym.

O ile jednak łatwym było rozpoznanie anatomicznego umiejscowienia choroby, o tyle trudno było odnaleźć przyczynę choroby. Ani uraz, ani zaziębienie nie można było obwiniać, gdyż chora stanowczo zaprzeczała tym możliwościom. Darmobyśmy się silili na wynajdywanie innych przyczyn, w rezultacie chyba, musielibyśmy przyznać słuszność chorej, że wysiłki fizyczne spowodowały u niej tę chorobę, na co zresztą pewnych danych wcale nie mamy.

Chora leżała w szpitalu przez 5 miesięcy, wypisała się dopiero 2 Kwietnia 1889 r. opisywać więc szczegółowo przebiegu choroby nie będę, zajęłoby nam to niepotrzebnie wiele miejsca. Ponieważ główną uwagę w tym przypadku myślę zwrócić na leczenie, przeto ono właśnie stanowić będzie punkt wyjścia dla opisu dalszego przebiegu choroby.

Przedewszystkiem w przypadku tym zastosowaliśmy mocne czyszczące środki (jeden raz w początku *Inf. Sennae* a następnie codziennie po łyżeczce *Plv. liquir. Compos*). Erb tego rodzaju leczenie u osób mocno zbudowanych zaleca. Oprócz środków czyszczących stosowaliśmy równocześnie środki odciągające na kręgosłup w postaci codziennego penzlowania nalewką jodową całego kręgosłupa, a następnie nawet kilkakrotnie stawiane były przyszczydła. Ten sposób leczenia stosowany był przez cały miesiąc, do 10 Grudnia 1888 r. Poprawy najmniejszej po niem nie znaleźliśmy. Porażenie było w tym samym stopniu. Mocz nawet, który z początku oddawała, chora sama, jakkolwiek z trudnością raz lub dwa razy na dobę, około 20 Listopada zatrzymywał się dłużej, pęcherz wypełniony sięgał do pępka i musieliśmy uciec się do wypuszczenia moczu cewnikiem. Wskutek częstego dwa razy dziennie stosowania cewnika mocz stał się mętnym z amoniakalnym zapachem z oddziaływaniem prawie zasadowem. Odżywianie chorej także podupadło.

Nie widząc skutków z poprzedniego leczenia, zmieniliśmy plan leczenia na następujący. Obawiając się wytworzenia nieżyty pęcherza postanowiłem zaprzestać katetyzowania zupełnie. Sądziłem, że wydzielenie moczu będzie i teraz możebnem odruchowo. I w rzeczy samej nie zawiedliśmy się. Chora od tego czasu zaczęła sama oddawać mocz niezupełnie, jednak zawsze w pewnej ilości raz lub dwa razy dziennie. Rzecz godna uwagi, że chora zawsze czuła pierwsze krople wydzielającego się moczu i była w stanie wstrzymać go dopóty, dopóki nie wysadzili ją na basen. Nigdy pod siebie przez cały czas choroby moczu nie oddawała. Na kręgosłup zastosowałem energiczniejszy odciągający środek mianowicie przyżegania przyrządem Paquelina. Stosowałem nie głębokie przyżegania lecz punkcikowate przez całą długość kręgosłupa w ilości od 20—30 z obu strun wyrostków ciernistych. Za to przyżegania te

stosowane były co drugi dzień. Takich przyżęgań do dnia 8 Stycznia 1889 r. zrobiono 10. Równocześnie do wewnętrznego użytku przepisałem sporysz z belladonną podług następnego wzoru:

Rp. Extr. Secal. Cornuti gr. 2
 Extr. Belladon.
 Extr. nuc. vomic. aa gr. $\frac{1}{6}$
 Sacch. albi gr. 5
 M. D. tal. dos. Nr. 12
 S. 3 proszki dziennie.

Sporysz z belladonną zalecał w zapaleniu rdzenia Brown-Sequard, tłumacząc ich działanie na skurcz naczyń i zmniejszenie przekrwienia w rdzeniu. Do sporyszu i belladony dodałem *nux vomica* ze względu na możliwe działanie na pobudzenie ruchowych włókien nerwowych. Proszki te chora stale pła przez dwa tygodnie przeszło, w miesiącu Grudniu.

Początkowo przy powyżej opisanem leczeniu poprawa nastąpiła znaczna 23 Grudnia, na karcie szpitalnej zanotowaliśmy znaczniejsze ruchy w palcach obu nóg, chora przytem mogła obie nogi zginać w kolanach, podnieść jednak wyprostowanych nóg w górę nie była w stanie. Czucie przy dotykaniu na palcach było wyraźniejsze. Niestety już 1-go Stycznia 1889 r. poprawa ta znikła, zginanie nóg w kolanach było niemożliwe i tylko pozostały nieznaczne ruchy w palcach, które zresztą były i przy zapisaniu się chorej do szpitala. Mocz chora oddawała po dawnemu niezupełnie, mocz jednak był czystym, oddziaływania kwaśnego. Stolce miała co dwa dni po lewatywie. Tym sposobem 8-go Stycznia 1889 r. stan chorej po całomiesięcznem stosowaniu poprzednio opisanego leczenia pozostał bez zmiany.

Zmieniłem znowu plan leczenia. Na kręgosłup zaleciłem wcieranie maści szarej z wyciągiem belladony po 2,0 maści szarej na raz a do wewnątrz przepisałem jodek potasu w rozstworze (4,0 na 180,0) 3 łyżki dziennie. Takie leczenie stosowano z małymi przerwami do 20 Lutego. Przez cały ten czas chora wyżyła 36,0 jodku potasu i wtarto 48,0 szarej maści. Skutku wielkiego i przy tem leczeniu nie znalazłem. Stan porażenia na dolnych kończynach pozostał bez zmiany. Poprawa była tylko widoczną co do czucia, które w tym czasie było prawie zupełnie prawidłowe i co do oddawania moczu. Chora bowiem teraz oddawała 2 razy dziennie mocz bez wielkiego naprężenia i trudności. Również i ból opasujący na tułowie zuacznie się zmniejszył.

Przystąpiłem teraz do stosowania prądu przerywanego na mięśnie kończyn dolnych, zadając równocześnie od czasu do czasu jodek potasu do wewnątrz. Stosowałem dość silny prąd przerywany, mięśnie goleni dość wyraźnie na prąd oddziaływały, przeciwnie mięśnie uda, gdzie zanik mięśni był widoczniejszy zaledwie słabym skurczem na mocny prąd odpowiadały. Elektryzowanie odbywało się codziennie, posiedzenie trwało mniej więcej 8 minut. Już po ósmej elektryzacji w dniu 2 Marca poprawa co do ruchu była widoczną. Chora mogła zesunąć nogi z łóżka na ziemię, mogła je zginać w kolanach, mogła swobodnie siedzieć na łóżku bez oparcia. Po 16-ej elektryzacji w dniu 10 Marca chora mogła już stanąć trzymając się łóżka. Mięśnie uda na prąd

dobrze oddziaływały. Oddawanie moczu i kału odbywa się prawidłowo. Po 25-ej elektryzacji chora już chodzi oparta na ramieniu posługaczki, leżąc w łóżku wykonywa nogami prawie wszystkie ruchy, ból opasujący znikł bez śladu. Od tego czasu poprawa była codziennie widoczną w końcu Marca chora chodziła sama po sali, opierając się o krawędzie łóżek i w dniu 2 Kwietnia po 35 elektryzacjach mogłem chorą na nalegania jej rodziny wypisać ze szpitala.

Z powyżej opisanego przebiegu choroby zdawałoby się, że najlepsze skutki w leczeniu należało przypisać ostatecznie stosowanemu prądowi przerywanemu. Wniosek jednak taki, mojem zdaniem byłby fałszywy. Już przed stosowaniem prądu przerywanego notowaliśmy poprawę czucia na kończynach dolnych i poprawę co do oddawania moczu, sprawa więc zapalna w rdzeniu musiała się ukończyć, jeżeli zaś ruchomość nie powracała to zależnem to było w znacznej części od długotrwałej nieczynności, od pewnego, chociaż nieznanego zaniku mięśni (*Inactivitatis atrophica* niemieckich autorów). Prąd przerywany w tym razie pobudzając czynność mięśni, poprawiając ich odżywianie znakomicie się przyczynił do szybkiego powrotu utraconej ruchomości. Na sprawę zaś zapalną w rdzeniu sam przez się wpływać nie mógł, tego, sądzę, nie potrzeba nawet dowodzić.

Gdybyśmy teraz na zasadzie poprzedniego spostrzeżenia zapytali się, jaki plan leczenia w zapaleniu rdzenia kręgowego jest najodpowiedniejszy, to odpowiedź nasza byłaby bardzo wymijającą. Po żadnym właściwie nie widzieliśmy wyraźnego skutku. Można stosować i przyżegania i inne rozmaite odciągające środki, można podawać do wewnątrz sporysz, wielkich jednak nadziei do tych środków pokładać nie możemy. Żałuję mocno, że nie nie mogę powiedzieć co do skutku prądu stałego, stosowanego na kolumnę kręgową, właśnie w czasie pobytu chorej w szpitalu popsła mi się bateria elektryczna Stürera, nie mogłem więc zastosować tego leczenia. Lecz i ten środek polecany tak gorąco przez Lewina ¹⁾, o ile sądzić mogę ze spostrzeżeń podawanych przez innych autorów nie wielkie rokuje nadzieje. Jedno tylko na pewno powiedzieć możemy, że jeżeli nie zbyt obszerna sprawa patologiczna w rdzeniu skończy się, jeżeli już sprawa zapalna nie szerzy się, to wtedy wielkie usługi oddać może prąd przerywany stosowany na porażone mięśnie. Ograniczyć samą sprawę zapalną, leczyć samą chorobę nie możemy, lecz możemy osiągnąć wcale dobre rezultaty w leczeniu następstw sprawy zapalnej. Taki tylko pewny wniosek osiągnąć możemy z powyżej opisanego spostrzeżenia. W roku 1885 kol. Gajkiewicz w Gazecie lekarskiej opisał przypadek ²⁾ z wielu względów bardzo podobny do naszego. I tam także przebieg choroby nie był zbyt ostry (chory wprawdzie położył się do łóżka w tydzień po wystąpieniu pierwszych objawów, nie było jednak wcale gorączkowych wzniesień ciepłoty) i tam w rezul-

¹⁾ Lewin. Paraplegie in Folge von acuter Myelitis und elektrische Behand derselben. Deutsch. klin. 1875 r.

²⁾ W. Gajkiewicz. Ostre rozlane zapalenie części grzbietowej rdzenia kręgowego (myelitis transversa dorsalis acuta) z pomyślnem zejściem. Gazeta lekarska 1885 r.

tacie nastąpiło zupełne wyleczenie. Leczenie stosowane w przypadku Gajkiewicza było prawie to samo, co i w naszym przypadku za wyjątkiem chyba prądu stałego, którego ja z powyżej wyluszczonej względów nie mogłem stosować. Czy jednak wyleczenie i w tym przypadku należy przypisać stosowanym środkom, opis przebiegu choroby nie daje do takiego przypuszczenia żadnej podstawy. Zresztą oddać słusność należy, że i sam kol. Gajkiewicz notując rezultat, nie kładzie nacisku na to, jakoby wyleczenie zależeć miało od stosowanego sposobu leczenia. Przemawia to bardzo za bezstronnością autora w dzisiejszych czasach optymizmu terapeutycznego.

VIII. Myelitis e Compressione. Spondylitis tuberculosa. Tuberculosis pulmonum.

Wincenty Przęsłak l. 56 wyrobnik przybył do szpitala w dniu 8 Listopada 1884 r. uskarżając się na duszność i kaszel. Zebranie dokładnej anamnezy od chorego przedstawiało niesłychane trudności. Na pytania podaje tak rozmaite dane, że zwątpić można było w prawdziwość wszelkich podawanych przez chorego szczegółów, tak co do przebytych poprzednio chorób, jako też co do obecnego stanu jego zdrowia. Dlatego też nie pomieszczam tutaj nic z niepewnych szczegółów wywiadowych a wprost przystąpię do opisanego znalezionej przy badaniu stanu chorego.

Chory jest szczupły, źle odżywiony. Granica obu płuc prawidłowa. Na lewym wierzchołku z przodu i z tyłu stłumienie odgłosu opukowego. Na miejscu stłumienie szmer oddechowy niewyraźny, przykryty zupełnie licznymi wilgotnymi rżeniami, słyszalnymi przeważnie przy wdechu. Zresztą w innych miejscach oddech pęcherzykowy prawidłowy i gdzie niegdzie suche rżenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Górna granica śledziony na 9-em żebrze; przy wymacywaniu nie wyczuwa się. Dolna granica wątroby obnażona, brzeg wątroby wystaje na trzy palce z pod żeber, jest twardy i zaokrąglony. Apetyt dobry, stolec prawidłowy. Ogólny stan chorego bezgorączkowy. Przepisano do wewnątrz tran, a za napój napar w *speciei pectoralis*. Stan chorego pozostawał bez zmiany aż do końca Grudnia. W dniu 31 Grudnia chory zaczął się uskarżać na ból w prawym boku. Przy badaniu dnia 2 Stycznia znaleziono oprócz poprzednio opisanych zmian w lewym wierzchołku, stłumienie odgłosu opukowego w dolnym odcinku prawego płuca, szmer oddechowy w tem miejscu nieco osłabiony z wydłużonym wdechem i suchymi rżeniami. Widocznem było, że jako powikłanie nastąpił nieznaczny prawostronny wysięk opłucny. Przepisano *Dec. senegae cum liqu. ammon. anis.*

W dniu 17 Stycznia 1885 r. notowaliśmy po raz pierwszy na karcie szpitalnej objawy osłabienia w kończynie dolnej prawej. Chory uskarżał się, że od kilku dni chodzić nie może. Przy dokładnem badaniu znaleźliśmy, że ruchy czynne w prawej nodze są bardzo ograniczone i słabe, bierne zaś z pewnym oporem wykonalne. W lewej nodze ruchy czynne i bierne dość swobodne, chociaż także osłabione. O własnych siłach chory ani stać, ani chodzić nie może. Czucie zachowane z obu stron jednakowe, odruchy kolanowe prawidłowe. Na kręgosłupie żadnych zmian w formie, ani bolesności przy nacis-

kaniu na wyrostki cierniste nie znajdujemy. Z powyższych danych trudno było określić rodzaj sprawy zachodzącej w ośrodkach nerwowych, to też pozostawiliśmy rozpoznanie w zawieszeniu i oczekiwaliśmy dalszego rozwoju choroby. W dniu 7 Lutego, powtarzając jeszcze raz szczegółowe badanie znaleźliśmy co następuje. Chory prawą dolną kończyną żadnego ruchu wykonać nie może, lewą wykonywa ruchy dobrze, choć ruchy te są bardzo słabe i żadnego oporu pokonać nią nie jest w stanie. Ruchy bierne na prawej nodze utrudnione znacznie, na lewej z łatwością wykonalne. Czucie na prawej nodze znacznie osłabione, chory nie umiejscawia mocniejszego dotyku, nie czuje wcale słabego dotknięcia. Ukłócie igłą czuje, nie umie go jednak dokładnie umiejscowić. Badanie zachowania się czucia mięśniowego oraz czucia zmian temperatury nie dało się ściśle przeprowadzić w skutek niewielkiej i nierozwiniętej inteligencji chorego. Owe powyżej opisane zaburzenia czucia nie ograniczały się tylko do prawej nogi, znajdowaliśmy je na prawej stronie tułowia aż do pachy prawie. Na lewej stronie zaburzenia czucia nie było. Odruchy kolanowe zachowane zdaje się, że z prawej strony odruch kolanowy wyraźniej występuje, aniżeli z lewej. Na ból w prawej nodze chory nie uskarża się, zaniku wyraźnego także nie spostrzegamy. Dodać jednak musimy, że chory i tak jest bardzo wyniszczony, tkanka mięśniowa kończyn dolnych z obu stron zanikła. Różnicy widocznej w każdym razie pomiędzy kończynami zauważyć nie możemy. Również, żadnych zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych nie znajdujemy. Przy badaniu kręgosłupa znajdujemy przy nacisku wyraźną bolesność wyrostków ciernistych trzech pierwszych kręgów grzbietowych. Kał i mocz oddaje chory prawidłowo.

Dnia 2 Marca przy badaniu szczegółowem znaleziono, że i lewa noga uległa w równej prawie mierze porażeniu. Chory żadnych większych ruchów lewą nogą wykonać nie jest w stanie, porusza zaledwie nieco palcami. Jeżeli zegnijemy nogę w kolanie a potem zechcemy ją wyprostować, to następuje mocny skurcz rozginaczy, przechodzący nawet na mięśnie wyprostne grzbietu i chory dostaje rodzaj tężca trwającego do $\frac{1}{2}$ minuty (*opisthotonus*). Przy biernych ruchach lewej nogi w kolanie występują te same objawy chociaż w mniejszym stopniu. Jeżeli chorego zostawiamy spokojnie leżeć, to zwykle chory zgina nogi w kolanach. Przykurczenie to z trudnością tylko daje się pokonać i przy wyprostowaniu występuje obszerny skurcz tężcowy mięśni grzbietu. Odruchy ścięgniste kolanowe wzmożone, odruch ścięgnisty stopowy także wzmożony wywołuje drganie mięśni w całej nodze.

Owym spętogowanym objawom zaburzenia ruchu nie odpowiadały w równej mierze zaburzenia czucia. Znalezione poprzednio osłabienie czucia na prawej stronie ciała, znacznie zmniejszyło się. Przy dokładnem badaniu o ile takowe jest możebne w obec słabej inteligencji chorego znajdujemy obecnie zaledwie niewielkie osłabienie czucia na obu kończynach jednakowo. Na tułowiu wyraźnych zmian nie widzimy. Kończyny górne nie zajęte. Oddawanie moczu i kału podlega woli. Na kolumnie kręgowej widzimy wyraźne występowanie ciernistych wyrostków trzech pierwszych kręgów grzbietowych (garb). Przy badaniu mięśni kończyn dolnych prądem przerywanym zaledwie niezna-

czny odczyn na ten prąd w niektórych mięśniach znajdujemy. Pewne mięśnie, mianowicie łydkowe prawej nogi wcale nie oddziaływają nawet na bardzo mocny prąd przerywany. Badanie prądem stałym nie było przeprowadzone. Zanik mięśni wyraźniejszy.

Rozpoznanie wobec tych objawów już nie ulegało żadnej wątpliwości. Mieliśmy do czynienia z zapaleniem grzliczem trzech pierwszych kręgów grzbietowych i z uciskiem rdzenia grzbietowego przeważnie w przedniej jego części. Powyżej opisany stan chorego pozostał bez zmiany. Chory coraz więcej upadał na siłach. W Kwietniu wystąpiła biegunka, która coraz więcej podkopywała siły chorego. Żadne środki nie były w stanie na czas dłuższy wstrzymać biegunki i chory z wyniszczenia umarł 30 Czerwca 1885 r. Sekcya w tym przypadku nie była dokonana.

Pomimo braku wyniku oględzin pośmiertnych rozpoznanie w tym przypadku nie może ulegać wcale wątpliwości. Wyraźne pomału w miarę rozwoju porażenia, rozwijające się skrzywienie kręgosłupa; porażenie zaczynające się w jednej kończynie prawej i dopiero po miesiącu przechodzące na drugą lewą niewielkie zaburzenia uczucia; zachowanie w początku i znaczne wzmoczenie w końcu odruchów ścięgnistych; sztywność mięśni porażonych, przechodząca następnie w przykurzenia; brak nakoniec zaburzeń w oddawaniu moczu i kału i brak odleżyny. Otóż wszystkie właśnie te główne objawy dowodzą prawie niezbicie istnienia zapalenia rdzenia grzbietowego z ucisku. Brak jednak w naszym przypadku jednego szeregu objawów, który autorowie (Charcot, Erb i inni) uważają za bardzo właściwy dla początków tego rodzaju zapalenia rdzenia, mianowicie brak objawów podrażnienia bądź przednich bądź tylnych korzeni nerwowych. Nie spotykaliśmy w naszym przypadku w początkach choroby ani neuralgicznych bólów, ani drgań, przemijających przykurczeń, któreby dowodziły podrażnienia tylnych lub przednich korzeni. Pierwszym objawem choroby rdzenia w przypadku spostrzeganym przez nas było porażenie ograniczone, niezupełne, które następnie rozwijało się coraz więcej. Widocznie wysięk zapalny w kanale kręgowym wskutek próchnienia kręgów wcześniej już wywołał zapalenie w rdzeniu, bez poprzedniego podrażnienia korzeni ruchowych. Korzenie tylne zaś wcale nie były zajęte, co łatwo zrozumieć ze względu na umiejscowienie ogniska zapalnego na przedniej stronie rdzenia w trzonach kręgów. Niezwykłym również było zachowanie się zaburzenia uczucia w powyżej opisanym przypadku. Już w samym początku choroby zauważyliśmy osłabienie uczucia dotyku na prawej porażonej kończynie, które coraz więcej powiększało się, tak że w dniu 7 Lutego można nawet było dowieść zmniejszenia uczucia nawet na tułowiu po prawej stronie. Na lewej zaś stronie uczucie było zupełnie prawidłowe. Później, kiedy porażeniu uległa i lewa kończyna, zaburzenie uczucia na prawej stronie zmniejszyło się i równocześnie znaleźliśmy osłabienia uczucia dotyku i z lewej strony. Występowanie równoczesne zaburzeń ruchu i uczucia na jednej kończynie w przebiegu zapalenia rdzenia z ucisku należy do niezwykłych zjawisk. Najczęściej w tych razach przy jednostronnym ucisku spotykamy skrzyżowanie zaburzeń, ruchu, uczucia; przy porażeniu prawej kończyny, znieczulenie występuje na lewej i od-

wrotnie. Mamy w tych razach do czynienia ze znaną dobrze postacią porażenia t. z. połowicznym porażeniem Brown-Séquarda. Tymczasem w naszym przypadku nic podobnego nie znajdowaliśmy. Z tego cośmy spostrzegali wnosićby należało o ogólnem zajęciu rdzenia t. z. *myelitis diffusa*, które zajęło ruchowe włókna strony prawej czuciowe zaś strony lewej rdzenia. I tym sposobem tylko objaśnić by można spostrzeganą anomalję.

IX. *Tabes dorsalis. Atrophia musculorum progressiva spinalis.*

Helena Neugebauer l. 36 służąca przybyła do szpitala w dniu 11 Lutego 1886. Z danych anamnestycznych co do obecnej choroby dowiedzieliśmy się, że przed 15 laty przechodziła przymiot, leżała dwa miesiące w szpitalu w Częstochowie i była leczona wcieraniami szarej maści. Przed dwoma laty po raz pierwszy wystąpiły mocne bóle w dolnych kończynach, a od kilku miesięcy dopiero zauważyła niepewność i trudność w chodzeniu. Oprócz przymiotu żadnych chorób nie przechodziła. O rodzicach swoich nic nie wie, odumarli ją w dzieciństwie. Braci i sióstr niema. Przez całe swe życie zajmowała się wyrobkiem lub domowymi posługami. Napojów wysokowych nie nadużywała.

Dość dobrze zbudowana i odżywiona nie może wcale chodzić o własnych siłach. Podtrzymywana chodzi, z trudnością jednak, ruchy nóg wtedy są wyraźnie beładue. Leżąc na łóżku wykonywa wszystkie ruchy ale niepewnie z wyraźnym beładem (*ataxia*). Ruchy rąk prawidłowe, beładu w ruchach rąk nie znajdujemy. Czucie wszędzie zachowane tylko na lewej dolnej kończynie około kolana znajdujemy dwa miejsca wielkości dłoni, gdzie czucie nawet na bolesne bodźce jest zupełnie zniszone. Odruchy ścięgniste kolanowe zupełnie zniszone z obu stron. Oddawanie moczu i kału odbywa się prawidłowo. Żrenice na obu oczach zwężone, nie oddziałują wcale na światło. Wzrok prawidłowy, słuch także, innych zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych nie znajdujemy. Z podmiotowych objawów najważniejszymi są mocne bóle w kończynach dolnych, występujące chwilowo, najczęściej w porze nocnej,

Przy dalszem badaniu uderza nas również, że ruchy palców rąk nie są bardzo rozściągłe. Chora co prawda może wszystko uchwycić rękoma, szyc jednak lub zapinać suknie z trudnością tylko może. Ponieważ beładu jak już raz powiedzieliśmy w kończynach górnych nie było, przeto dla owych utrudnień ruchu należało inną przyczynę odnaleść. I w rzeczy samej przy oglądaniu rąk, widzimy wyraźne zapadnięcie przestworów międzykostnych na zewnętrznej powierzchni ręki, a na dłoni wyraźny zanik mięśni kłębu wielkiego palucha i to jednakowo na obu rękach. Inne mięśnie przedramienia i karku nie zmienione. Nigdzie także ani na tułowiu, ani na kończynach dolnych zaniku w mięśniach nie znajdujemy.

Chora pozostawała w szpitalu kilka miesięcy i w końcu na tyle się poprawił jej stan, że mogła już chodzić o własnych siłach. Stanie jednak z zamkniętymi oczyma było niemożliwym. Inne objawy pozostały te same, tylko bóle w nogach nieco zmniejszyły się. Chora wypisała się w miesiącu Kwietniu ze szpitala.

Wróciła jednak wkrótce, bo w Sierpniu znów ją znajdujemy w szpitalu. Od tego czasu przez 1886 r. i 1887 r. leżała kilkakrotnie po parę miesięcy

w szpitalu. Stosowane były najrozmaitsze środki; wcierania szarej maści, jodek potasu do wewnątrz, elektryzacja prądem stałym, pigułki z chlorku srebra i t. p. wszystko jednak bez skutku. Chwilowo kilkakrotnie stan chorej polepszał się na tyle, że przez pewien czas (3 miesiące) była nawet posługaczką w szpitalu i spełniała dość dobrze ciężkie te obowiązki. Niestety poprawa bywała zwykle krótkotrwałą i wszystkie główne objawy choroby pozostawały bez zmiany. W Sierpniu 1887 r. wypisała się po raz ostatni ze szpitala i od tego czasu nie widziałem jej wcale i nie wiem, co się z nią dzieje.

Nie przytaczałbym tutaj opisu tego przypadku, gdyby nie powikłanie wiądu z zanikiem mięśni postępowym. Za taki bowiem zanik mięśni postępowy należy uważać właściwe bardzo zmiany zanikowe w mięśniach międzykostnych rąk i mięśniach kłęba palucha. Dla objaśnienia takiego niezwykłego powikłania należy przypuścić podwójne umiejscowienie sprawy patologicznej w rdzeniu, mianowicie zwyrodnienie w tylnych sznurkach (wiąd) i zwyrodnienie w przednich rogach istoty szarej w części szyjowej rdzenia (zanik mięśni postępowy). Mamy więc do czynienia z t. z. skombinowanym zajęciem układem rdzenia (*Combinirte System Erkrankungen* niemieckich autorów). Pod nazwą chorób rdzenia układowych już dość dawno (pierwszy Vulpian wprowadził to pojęcie do nauki) pojmujemy choroby, anatomiczne zmiany których umiejscawiają się ściśle w pewnej tylko części, w pewnych tylko włóknach innemi słowami w pewnym układzie rdzenia. Do takich chorób należy wiąd (*tabes dorsalis*) schorzenie tylnych sznurków, 2) porażenie spastyczne (*paralysis spastica* Erba) schorzenie bocznych sznurków; 3) zanik mięśni postępowy oraz zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis anterior*) obie ostatnie choroby zależne od zmian zachodzących w przednich szarych słupach. Z biegiem czasu przekonano się jednak, że nie zawsze powyższe choroby ściśle umiejscawiają się do pewnego układu, że w pewnych przypadkach występują stałe powikłania, świadczące o równoczesnym zajęciu dwóch układów. Ztąd też powstało pojęcie skombinowanej układowej sprawy. Do najczęstszych takich układowych skombinowanych chorób należy zajęcie bocznych sznurków i przednich rogów istoty szarej rdzenia czyli t. z. *sclerosis lateralis amyotrophica* (Charcot). Sprawa ta jest nawet częstszą aniżeli właściwe porażenie spastyczne. Dostępnym jest również przejście zwyrodnienia z tylnych sznurków na boczne, które nie raz występuje w końcowych okresach wiądu¹⁾. Nakoniec do najrzadszych należy połączenie sprawy zwyrodniającej w tylnych sznurkach z taką sprawą w przednich rogach istoty szarej. Mamy w tych razach do czynienia z klinicznymi objawami wiądu rdzenia i zaniku mięśni postępowego, kombinacja powyższa należy do rzadkich bardzo spraw jak już nadmieniałem. Wspominaną jednak jest przez Charcota i Leydena, ci ostatni autorowie opisują nawet przypadki, potwierdzone badaniem pośmiertnym. Eulenburg²⁾ na 500 przypadków wiądu przez siebie spostrzeganych, tylko w dwóch przypadkach widział powikłanie wiądu zanikiem mięśni postępowym.

¹⁾ Erb, Grasset. (Du tabes combine. Arch. de neurologie 1886).

Babiński et Charin. (Sclerose médullaire systématique combinée. Revue de med. 1886).

²⁾ Eulenburg. Berlin. klin. Wochen. 1885. Nr. 15.

Jakim sposobem wytłumaczyć sobie powstawanie podobnej kombinacji? Charcot przypuszcza, że zwyrodnienie przechodzi po włóknach czuciowych łączących tylne pęczki i rogi z przednimi ruchowymi komórkami. Przeciwno temu, możnaby zarzucić, że zwyrodnienie, przednich rogów nie występuje na jednej wysokości z zajęciem tylnych sznurków. Przy władze najczęściej sprawa zwyrodniająca umiejscawia się przeważnie w tylnych pęczkach, części lędźwiowej rdzenia, kiedy w zaniku mięśni postępowym w przednich rogach części szyjowej rdzenia. Podobne bezpośrednie a tak oddalone połączenia są żadną miarą niemożliwe. W ogóle trzeba przyznać, że nauka dotychczas nie jest w stanie wytłumaczyć powstawania układowych skombinowanych spraw rdzenia.

Od powyższego powikłania należy odróżnić ściśle wszelkie sprawy zanikowe zachodzące w mięśniach zdarzające się w przebiegu władu, a zależne od zapalenia wikłającego nerwów. Zapalenie nerwów (*neuritis*) często zdarza się w przebiegu władu i może być źródłem rozległych niekiedy porażań zanikowych. Zanik mięśni postępowy łatwo jednak odróżnić od zaniku z zapalenia nerwów 1) ścisłym ograniczeniem sprawy do pewnych mięśni górnych kończyn, 2) brakiem właściwego porażenia, 3) brakiem wszelkich zaburzeń czucia.

X. Neuritis multiplex.

Dominik Balcer l. 44, posługacz przy kościele parafialnym przybył do szpitala 4 Stycznia 1888 r. Od trzech tygodni wystąpiło osłabienie dolnych kończyn bez żadnej widocznej przyczyny. Chory z trudnością tylko mógł chodzić, nogi czuł jakby nie swoje, jakby drewniane. Wkrótce, bo w kilka dni nie mógł już wcale chodzić i zmuszony był położyć się do łóżka. Leżąc w łóżku poczuł, że i ręce mu osłabły, nie miał w nich dawnej siły. Przedmioty uchwycone wypadły często z rąk. Wskutek wciąż potęgującego się osłabienia kończyn, chory zapisał się do szpitala.

Co do poprzednio przebytych chorób trudno od chorego pewnych wiadomości zasięgnąć. Chory podaje, że nigdy dłużej nie chorował, nigdy nie był w szpitalu. Wiadomo tylko napewno, że nadużywał napojów spirytualnych w bardzo znacznym stopniu. Mieszkanie ma dość suche i ciepłe, zarobki dostateczne, wielkiego niedostatku w domu niema, ani nie było.

Przy badaniu znaleźliśmy co następuje. Chory szczupły, umiarkowanej budowy ciała ani stać o własnych siłach, ani chodzić nie może. Leżąc na łóżku wykonywa wszelkie ruchy we wszystkich stawach dolnych kończyn, chociaż z niewielką bardzo siłą. Przy ruchach tych dość wyraźnie zauważyć można bezład. Czucie na nogach przy dotykaniu zachowane, chory każde, choćby lekkie dotknięcie dość dobrze umiejscawia. Uczucie ciepła i zimna oraz czucie bólu także nie przedstawia wyraźnych zmian. Odruchy kolanowe ścięgniaste z obu stron zupełnie zniesione. Odruch jądrowy Jastrowitza z obu stron zachowany. W górnych kończynach znajdujemy osłabienie i ograniczenie w ruchach palców. Chory nie jest w stanie w prawej ręce dotknąć paluchem małego palca i odprowadzić małego palca. Zresztą zginanie i wyprostowanie palców odbywa się prawidłowo. Siła jednak skurczu ręki bardzo nieznaczna, za-

ledwie wyczuwalna. Czuć na górnych kończynach zachowane w zupełności. Chory uskarża się na ból mocny w rękach a czasowo nawet w łydkach. Wzrok dobry, słuch także, ruchy gałek ocznych prawidłowe, ruchy języka prawidłowe, wysunięty język w całości drży. Takież drgania znajdujemy i w rękach wyciągniętych. Badanie rozmiarów pola widzenia nie okazuje żadnych zmian. W innych narządach zmian nie znajdujemy, stan ogólny chorego bezgorączkowy.

Choremu zastosowano prąd stały, stawiając anodę na kręgosłupie w części lędźwiowej, katodę zaś na mięśniach porażonych kończyn dolnych. Elektryzację stosowano codziennie przez pierwsze 7 dni. Polepszenia jednak nie tylko nie było, ale codziennie widocznym było pogorszenie objawów. W dniu 12 Stycznia przy ściślem badaniu znaleźliśmy co następuje. Porażenie na kończynach dolnych zupełne, chory zaledwie może nieco zgiąć nogi w kolanach, zresztą żadnych innych ruchów wykonać nie może. Czuć na kończynach dolnych zachowane, za to chory uskarża się na ból w udach i goleni, ból ten potęguje się zawsze w nocy. Przy obmacywaniu mięśni w kończynach dolnych bolesność wielka, nieco mocniejszy ucisk wywołuje nawet krzyk ze strony chorego. Odruchy kolanowe po dawnemu w zupełności zniesione. Ruchy bierne we wszystkich stawach nóg z łatwością wykonalne. Na oko zdaje się że mięśnie kończyn dolnych przez ostatni tydzień ścieńczały. Dla dalszego sprawdzenia zebrałem następujące wymiary: obwód goleni w górnej $\frac{1}{3}$ części 30 cm. na obu nogach jednakowy, około kostek obwód 20 cm., obwód uda na środku 40 cm. Na kończynach górnych ruchy w stawach właściwej ręki ograniczone, palce u obu rąk nie jest w stanie w zupełności wyprostować, mocne zaciśnięcie ręki niemożliwe. Ruchy w stawach łokciowych odbywają się dość swobodnie, chociaż z bardzo niewielką siłą. Ruchy w stawie barkowym na prawej stronie ograniczone, chory nie jest w stanie założyć ręki na głowę. Czuć w kończynach zachowane. Ból uczuwany przez chorego w mięśniach kończyn górnych jest większy, aniżeli w dolnych. Chory opisuje go jako rwanie i palenie. Wszystkie mięśnie kończyn górnych bardzo bolesne na ucisk. Ucisk na nerw promieniowy oraz na inne nerwy splotu barkowego jest bardzo bolesny. Wyraźnych nierówności i zgrubień na nerwach nie wyczuwamy. Mięśnie międzykostne ręki oraz mięśnie wielkiego i małego kłębu widocznie zaniknięte. Wymiary dla kończyn górnych znalazłem następujące: obwód ramienia na środku 24 cm. na prawej, 23 cm. na lewej obwód przedramienia w górnej $\frac{1}{3}$ części na prawej kończynie 28, na lewej 22 cm.

Zresztą innych zmian nie znajdujemy. Gorączkowych objawów niema. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Bardzo często od najmniejszego błędu dyetetycznego występuje uparta biegunka, którą tylko na jakiś czas duże dawki makowca pokonać mogą.

Stan chorego dalej pozostał bez zmiany, a nawet widocznie sprawa posuwała się naprzód. Porażenie było coraz większe, zanik mięśni widoczniejszy, 20 Stycznia mierzone wymiary górnych i dolnych kończyn pokazały zmniejszenie wszędzie prawie jednakowe o 1 cm. Ból w kończynach nie ustawał i chory na własne żądanie był wypisany bez poprawy ze szpitala 20 Stycznia

1888 r. W dzień wypisania się, chory zaczął się uskarżać na ból w mięśniach grzbietu.

Rozpoznanie w powyższym przypadku najprzód postawiłem jako *neuritis multiplex disseminata alcoholica*. Później z powodu braku wyraźnego zaburzenia czucia wahałem się, czy rozpoznanie to było prawdziwe. Podobne zupełnie objawy mogło dać zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia. To też na karcie szpitalnej obok pierwotnego rozpoznania zapalenia rozszanego nerwów postawiłem *poliomyelitis anterior* ze znakiem zapytania. Coraz większe jednak potęgowanie się objawów bólu w mięśniach, oraz wyraźna w końcu obserwacji bolesność przy ucisku na pnie nerwowe zdawały się przemawiać za zapaleniem nerwów.

Po kilku miesiącach w dniu 16 Kwietnia t. r. chory powrócił do szpitala. Stan obecny chorego o tyle się poprawił, że bóle w kończynach przeszły, porażenie jednak pozostało prawie bez zmiany. Chory ani stać, ani chodzić nie może. Leżąc podnosi nogi w stawie biodrowym, zgina również nieco nogi w kolanach, ruchy zaś w stopach i palcach są zupełnie niemożliwe. Bierne ruchy we wszystkich stawach łatwo wykonalne. Przy oglądaniu nóg zauważyć można wyraźny, bardzo znaczny zanik w mięśniach goleni, prawie w równej mierze w mięśniach wyprostnych i w mięśniach łydkowych. Zanik mięśni na udach jest mniej wyraźny. Przy ucisku na mięśnie bólu nie znajdujemy. Niebolesny także jest ucisk na pnie nerwowe. Czucie po dawnemu w zupełności na dolnych kończynach zachowane. Odruchy ścięgniste kolanowe zniesione.

Przy oglądaniu górnych kończyn widzimy palce stale zgięte, wyprostowanie palców jest zupełnie niemożliwym, zginanie zaś dość dobrze się odbywa, jakkolwiek zupełnie zacisnąć ręki w pięść chory nie może. Ruchy w stawie nadpięstkowym dość rozległe. Swobodne także są ruchy czynne w stawach łokciowym i barkowym. Mięśnie wyprostne przedramienia mocno zaniknięte, to samo znajdujemy w mięśniach wielkiego i małego kłębu ręki. Zanik mięśni międzykostnych mniej wyraźny. Mięśnie ramienia dość dobrze zachowane. Czucie na górnych kończynach bez zmiany. Ucisk na mięśnie i pnie nerwowe nie bolesny. Z innych objawów zanotować jeszcze możemy niewielki obrzęk w okolicy kostek na stopach.

Zresztą oddawanie moczu i kału prawidłowe. Zaburzeń w zakresie nerwów czaszkowych nie znajdujemy żadnych. Inteligencya chorego zachowana w zupełności. Stan bezgorączkowy. Mocz białka nie zawiera.

Przy badaniu mięśni prądem przerywanym, który obecnie zastosowano w celach leczniczych, niektóre mięśnie, jako to wyprostne goleni i przedramienia, prawie wcale nie oddziałują, nawet na bardzo mocny prąd. Odczyn zaś innych mięśni na tenże prąd jest wyraźny, aczkolwiek mniej rozległy niż u zdrowych.

Poczynając od dnia przybycia chorego do szpitala, codziennie elektryzowano wszystkie mięśnie dolnych i górnych kończyn prądem przerywanym. Oprócz tego codziennie 2 razy stosowano mięsienie głównie mięśni goleni i przedramienia. Stan chorego widocznie się zaczął poprawiać. Już 27 Kwietnia na karcie szpitalnej notowaliśmy, pewne niewielkie ruchy w palcach nóg,

oraz znacznieszą siłę zaciśnięcia pięści. Poprawa na jakiś czas była zatrzymana z powodu zapalenia kiszki ślepej (*typhlitis*) jakie chory przechodził z dość wysoką gorączką w pierwszych dniach Maja. Objawy jednak zapalenia w tydzień przeminęły i dalej już stale następowała poprawa. W dniu 18 Maja chory mógł już poruszać stopą, mięśnie wyprostne goleni oddziaływały nieco na prąd przerywany. Odruchy jednak kolanowe stale zniesione. 30 Maja chory przy dalszem stosowaniu elektryzacji i mięsienia chodzi już, opierając się na kulach, a w dniu 10 Czerwca poprawił się na tyle, że mógł chodzić i bez kul, opierając się o krawędzie łóżek. Przy chodzeniu chory mocno zgina nogi w kolanach i często zawadza palcami stopy o podłogę. W tymże dniu na własne żądanie wypisaliśmy chorego ze szpitala. W rok później widziałem chorego na ulicy, chodzi dość dobrze nawet bez laski, uskarża się jednak na pewne osłabienie w nogach. Nie może odbywać dalekich kursów, gdyż zaraz występuje zmęczenie w nogach, zresztą czuje się zupełnie zdrowym.

Zapalenie rozsiane nerwów jest chorobą bardzo niedawno znaną w patalogii chorób nerwowych. Można rzec, że dopiero w ostatnich dziesięciu latach spotykamy się w literaturze z opisami tej choroby, jakkolwiek pierwsze przypadki zapalenia nerwów opisał Dumenil już w r. 1866. Długi czas jednak nie zwracano na nie uwagi i dopiero przypadki opisane przez Eichhorsta w 1876, Joffroy w 1879 i Leydena 1880 r. dały początek całemu szeregowi publikacji, liczbę których obecnie śmiało na kilkaset liczyć można. Z tego wnosić możemy, że rozsiane zapalenie nerwów nie jest wcale rzadką chorobą, poprzednio jednak było bardzo często przyjmowane za podobną w swych klinicznych objawach sprawę, mianowicie za zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis anterior*). W rzeczy samej podobieństwo tych chorób jest w wielu razach rażące, w obu bowiem chorobach mamy do czynienia z porażeniem wiotkiem, z zanikiem mięśni i ze zniesieniem odruchów ścięgnistych. Główne więc objawy tych chorób są jednakowe. To też i my w naszym przypadku, powyżej opisanym jakiś czas wahaliśmy się z rozpoznaniem. W rezultacie jednak rozpoznanie nasze przechyliłiśmy na stronę zapalenia rozsianego nerwów dla następujących powodów. Najprzód ze względu na dane etiologiczne, wiadomo bowiem, że przy przewlekłym zatruciu wyskokiem zapalenie rozsiane nerwów należy do częstych bardzo spraw. Powtóre ze względu na mocno wyrażony ból mięśniowy uczuwany przez chorego, oraz na bolesność mięśni przy ucisku. Podobnego objawu w takim stopniu nigdy nie spotykamy przy zapaleniu przednich szarych słupów rdzenia. Potrzebie bolesność przy ucisku na pnie nerwów dowodziła prawie pewnie zapalnej sprawy, w nich umiejscowionej. Poczwarne nakoniec umiejscowienie porażenia w samych kończynach tylko i to przeważnie na obwodzie (ręka i stopa były najwięcej porażone) przemawiało także za zapaleniem nerwów a przeciw zapaleniu rdzenia ¹⁾.

¹⁾ Czytelnikowi, chcącemu bliżej poznać kwestyę różniczkowania rozsianego zapalenia nerwów i zapalenia przednich słupów rdzenia polecić mogę pracę Leydeua „Uebes Poliomyelitis und Neuritis“. Zeitsch. f. klin. Med. T. I 1880, oraz dyskusyę w tym przedmiocie na III-im kongressie dla wewnętrznej medycyny. Verhandl. des Coogr. für inn. Med 1884.

Rozpoznanie w naszym przypadku utrudnione było jeszcze w skutek tego, że nie znajdowaliśmy częstych przy zapaleniu nerwów rozsianem objawów, mianowicie nie znajdowaliśmy, ani zaburzeń czucia, ani zaburzeń troficznych na skórze kończyn porażonych. Brak jednak tych objawów nie przemawia przeciw zapaleniu nerwów, gdyż w literaturze znane są liczne przypadki, zapalenia nerwów stwierdzone badaniem pośmiertnym i przez to niewątpliwe, gdzie tych objawów nie znajdowano, że tu wspomnę tylko przypadki Francotte'a ¹⁾, Eisenlohr'a ²⁾, Joffroy. W leczeniu przedsięwzięliśmy początkowo stosowanie stałego prądu, stosownie do zaleceń Leydena, Erba i E. Remaka ³⁾. Pomimo jednak dość długiego, bo blisko 2 tygodnie trwającego ostrożnego stosowania prądu stałego, nietylko że nie widzieliśmy poprawy, lecz stałe pogorszenie, co właściwie przypisać należy postępowemu rozwojowi choroby. Za drugim pobytem chorego w szpitalu sprawa patologiczna była już ukończona, pozostały tylko następstwa w postaci zaniku i porażen. Wtedy przy zastosowaniu prądu przerywanego i mięsienia otrzymaliśmy znakomite rezultaty. Chory w krótkim przeciągu czasu (niecałe 2 miesiące) mógł już chodzić, zanik mięśni znakomicie się wyrównał i chory prawie wyleczony mógł być wypisany ze szpitala.

Co do etiologii, to wiemy, że zapalenie nerwów rozsiane powstać może albo wskutek zatrucia (ołów, arsen, wyskok) albo wskutek zakażenia. Za zakaźną przyczyną tej choroby przemawiają spostrzeżenia Strümpella, Goldflama ⁴⁾ oraz ta okoliczność, że Leyden w pewnych przypadkach spostrzegał prawie swoiste działanie lecznicze przetworów salicylowych. Nasz przypadek ze względu na etiologię należał prawdopodobnie do pierwszego rzędu mianowicie do zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. Chory przez długi czas nadmiernie używał napojów wyskokowych i to właśnie, oraz drżenie języka i rąk i zaburzenia w czynności kanału pokarmowego, jakie spostrzegaliśmy naprowadziło nas na myśl, że w danym przypadku mamy do czynienia z zatruciem wyskokowem. Dodać tutaj musimy tę uwagę, że nie zawsze zatrucie wyskokiem powoduje powyżej opisaną postać zapalenia nerwów. W wielu przypadkach zapalenie nerwów wyskokowe wytwarza obraz kliniczny z przeważnym zaburzeniem czucia i koordynacji ruchów. Spotykamy w tych razach bardzo zbliżony do wiądu rdzenia kręgowego obraz choroby, opisany po raz pierwszy przez Dejérine'a pod nazwą „*nervotabes périphérique*” w 1884 r. W tych właśnie przypadkach zaburzenia ruchu ustępują na drugi plan, znajdujemy tylko zaledwie niezupełne porażenia w zakresie pewnych mięśni, lecz za to spotykamy mniej więcej rozległe zaburzenia czucia w postaci umiejscowionych znieczulen, utraty czucia mięśniowego, występowania objawu Romberga. Dalej spotykamy również objawy wyraźnego bezładu, zniesienia odruchów kolano-

¹⁾ Francotte Contribution à l'étude de la nevríte multiple. Revue de Medic. 1886.

²⁾ Eisenlohr. Ueber einige Lähmungs formen spinalen und peripheren Ursprungs. Deutsch Arch. f. klin. Med. 1880 r.

³⁾ E. Remak art. „Neuritis” w Encyklopedii Eulenburga wydan. II. Tom XIV.

⁴⁾ Goldflam. O t. z. rozsianem zapaleniu nerwów. Medycyna 1887.

wych oraz zaburzenia wzroku. Wszystkie te objawy razem zebrane dają obraz choroby niezmiernie podobny do wiałdu rdzenia. Ścisłe różniczkowanie tych dwóch, prognostycznie tak różnych spraw przechodzi zakres krótkich naszych epikrytycznych uwag i dlatego czytelnika odsyłamy w tym względzie do specjalnych podręczników. Tutaj tylko chcemy zanotować możliwość rozpoznawczej pomyłki, o której każdemu lekarzowi pamiętać należy.

XI. Paralysis ascendens acuta (Landry).

Frańciszek Grabiński l. 61, smarownik przy D. Ż. W. W. pochodzi z rodziny zdrowej, nie przechodził nigdy żadnej cięższej choroby; na przymiot nie chorował, napojów wysokowych używał, ale w umiarkowanej ilości. W nocy z 4 na 5 Lipca 1889 r. spał w brankardzie lekko przykryty na stacyi Strzemieszyce. Noc była zimna i chory wskutek tego często się budził. Wstawszy rano poczuł wyraźne osłabienie nóg, z trudnością wchodził na stopnie wagonów, przy chodzeniu zataczał się. To osłabienie w kończynach dolnych codziennie się powiększało tak że chory już 9 Lipca nie mógł wcale utrzymać się na nogach a w dniu 11 Lipca zapisał się do szpitala.

W tymże dniu przy badaniu znaleziono co następuje: Chory wysokiego wzrostu dość dobrze zbudowany i odżywiany. Granice płuc prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy z licznymi suchymi rżęczeniami, kaszel niewielki. Granice stłumienia serca nieco powiększone w wymiarze podłużnym. Uderzenie serca w 5-em międzyżebżu na wewnątrz od linii sutkowej. Tętno czyste. Górna granica śledziony na 7-em żebrze, dolny brzeg wyczuwa się na kilka poprzecznych palców z podżebrza twardy, niebolesny. Wątroba nie powiększona. Język nieco obłożony, apetytu niema, brzuch wpadnięty, stolec prawidłowy oddawanie moczu także prawidłowe. Stan bezgorączkowy. Chory ani stać, ani chodzić nie może. Leżąc, podnosi obie nogi w górę, prawą więcej, aniżeli lewą. Wszystkie jednak czynne ruchy słabe i dosyć jest położyć wolno rękę na kolanie, lub stopie a chory nie jest wtedy w stanie wykonać żadnego ruchu. Jeżeli choremu przykryjemy nogi kołdrą i każemy następnie podnieść nogi, to ruch ten w takim razie jest niemożliwy. Ruchy bierne we wszystkich stawach z łatwością wykonalne. Czucie na dolnych kończynach prawidłowe, chory z całą dokładnością umiejscawia najłżejsze dotknięcie, odróżnia ostry i tępy koniec szpilki, ciepłe i zimne przedmioty. Czucie mięśniowe jest również bez zmiany. Odruchy skórny stopowy i ścięgniasty kolanowy zupełnie zniesione. Odruch jądrowy bardzo niewyraźny. Na górnych kończynach zauważyć możemy tylko zmniejszenie wyraźnej siły rąk. Ucisk ręki na prawej i na lewej stronie jest bardzo słaby. Ruchy jednak czynne we wszystkich stawach górnych kończyn z łatwością wykonalne. To samo powiedzieć można o ruchach biernych. Czucie także zachowane. Bólu głowy niema, przytomność zupełna. Żrenice równe dobrze oddziałują na światło. Jednym słowem żadnych zmian w zakresie czynności nerwów czaszkowych nie znajdujemy. Chory nie uskarża się na żaden ból, można również naciskać dość mocno wszystkie mięśnie dolnych i górnych kończyn nie wywołując wcale bólu. Nacisk na główne pnie

nerwowe jest także niebolesny. Na kręgosłupie przy oglądaniu żadnych zmian nie znajdujemy, ucisk na wyrostki cierniste kręgów nie wywołuje bólu.

Rozpoznanie w tym przypadku przedstawiało pewne trudności. Brak zaburzeń czucia, zupełne zniesienie odruchów ścięgniętych kolanowych oraz prawidłowe oddawanie moczu i kału wykluczało stanowczo zapalenie rdzenia (*myelitis*). Pozostawało więc zatem przypuszczenie albo ostrego zapalenia przednich szarych słupów rdzenia, albo zapalenia rozsianego nerwów. Przeciwno temu ostatniemu przypuszczeniu zdawały się przemawiać brak bólu przy ucisku na mięśnie i pnie nerwowe, oraz brak wyraźnego zaniku mięśni. Pomimo to cały obraz kliniczny choroby robił na mnie wrażenie zapalenia rozsianego nerwów, przyczynę którego upatrywałem w zakażeniu zimniczem ze względu na mocno obrzmiałą śledzionę. Przepisałem więc choremu chininę i jodek sodu w małych dawkach.

Po zastosowaniu tych środków w pierwszych dniach nastąpiło pewne polepszenie objawów. Porażenie zdawało się być mniejszem, siła w rękach jakby wracała. Polepszenie to względne trwało bardzo niedługo i już 17 Lipca notowaliśmy nagle występujące pogorszenie wszystkich objawów. Chory już leżąc nawet nie mógł wykonać w lewej nodze żadnego ruchu, prawą nogą może zginać nieco w kolanie. Czucie i wtedy znaleźliśmy zupełnie prawidłowe a odruchy kolanowe zniesione. Na górnych kończynach ruchy palców utrudnione, ani wyprostowanie, ani zupełne zginanie palców jest niemożliwe. W innych stawach ruchy także bardzo ograniczone. Czucie zachowane. Wyraźnego zaniku w mięśniach nie znajdujemy. Oddawanie moczu prawidłowe. Zaparcie stolca od 4-ch dni. Stan stale bezgorączkowy. Wtedy to po raz pierwszy przyszło mi na myśl, czy nie mamy do czynienia w tym przypadku z porażeniem wstępującem. Zastosowałem więc w tej myśli mocne przyżeganie kręgosłupa żegadłem Paquelaina.

Z powodu wyjazdu na urlop na kilka tygodni nie widziałem już więcej tego chorego. Ze sprawozdania koll. Szpigła i Muliewiczza, którzy zastępowali mnie w szpitalu dowiedziałem się co następuje. Chory 18 Lipca był w tym samym stanie, w nocy z 18 na 19 Lipca wystąpiła duszność, częsty kaszel, przy wysłuchiowaniu na klatce piersiowej znalezione liczne suche i grubołańkowe rżężenia. Oddech częsty, powierzchowny, dość wyraźna sinica. Wieczorem 19 Lipca chory umarł przy objawach zaduszenia. Oględziny pośmiertne nie były robione.

Zsumujemy w krótkich słowach cały przebieg choroby. Chory l. 61 po przeziębieniu poczuł osłabienie w dolnych kończynach osłabienie to wzmogło się wkrótce (w 4 dni) aż do niepełnego porażenia bez żadnych zaburzeń czucia, bez sztywności i przykurczeń w mięśniach, bez zaburzeń w oddawaniu moczu i kału i ze zniesieniem odruchów ścięgniętych. W takim stanie przybył do szpitala na 7-my dzień od początku choroby. Stan chorego przez 5 dni pozostał mniej więcej bez zmiany, nagle potem porażenie niepełne kończyn dolnych, przeszło w zupełne i wystąpiło niepełne porażenie w kończynach górnych a w dwa dni później porażenie ośrodków oddechowych i chory umarł od zaduszenia w 15 dni od początku choroby.

Jakaż to więc była sprawa patologiczna? Mówiliśmy już poprzednio, że nie mogło to być zapalenie rdzenia rozlane, gdyż brakowało wiele bardzo właściwych dla tej ostatniej sprawy objawów mianowicie: zaburzeń czucia i zaburzeń w oddawaniu moczu i kału. Inne układowe sprawy rdzenia można było wykluczyć już na zasadzie ostrego początku choroby. Pozostały więc tylko zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia i zapalenie rozsiane nerwów. Przeciwno zapaleniu przednich rogów przemawiał brak zaniku w mięśniach, szybki przebieg choroby ze śmiertelnym zakończeniem i poczęści brak gorączki. Przeciwno zapaleniu nerwów także brak zaniku, brak bólu w mięśniach i pniach nerwowych. Żałuję mocno, że z powodu zepsucia się baterii Störera nie mogłem zbadać zachowania się mięśni na prąd elektryczny. Zachowanie się odczynu mięśni na prąd elektryczny właśnie w tym przypadku mogło stać się niesłychanie ważnym znakiem różniczkowym. Prawidłowe bowiem oddziaływanie stanowczo wyklucza i zapalenie nerwów i zapalenie szarych przednich słupów rdzenia. Pomimo to jednak, że w danym przypadku nie zastosowaliśmy najważniejszego kryterium rozpoznawczego, rozpoznawanie sprawy w danym przypadku jako zapalenia nerwów lub przednich szarych słupów rdzenia było mocno wątpliwe.

Istnieje jeszcze jedna sprawa patologiczna mało niestety zbadana, a bardzo w swych objawach podobna do naszego przypadku mianowicie ostre wstępujące porażenie (*paralysis ascendens acuta*), opisane po raz pierwszy przez Landry'ego w 1859 r. O niej to więc po wykluczeniu powyższych chorób należało przedewszystkiem myśleć. Ostry początek choroby, szybki bardzo przebieg najczęściej śmiertelne zejście, brak zaburzeń czucia, brak zaburzeń w oddawaniu moczu i kału, zniesienie odruchów ścięgnistych (Westphal, Immerman, Hoffman), brak zaniku w mięśniach oraz nakoniec brak gorączki—wszystko to są najważniejsze kliniczne objawy wstępującego porażenia. Do tych objawów w ostatnim czasie dodano dwa jeszcze mianowicie: prawidłowe oddziaływanie mięśni na prąd elektryczny i obrzmienie śledziony. Co do pierwszego, to liczne spostrzeżenia (Kussmaul, Bernhardt, Westphal, Rómak, Eisenlohr i inni) dowiodły właśnie że nawet w przypadkach długotrwałych (do 4-ch tygodni) oddziaływanie mięśni na prąd elektryczny pozostaje prawidłowem. Stąd nawet E. Rémak ¹⁾ twierdzi, że objaw ten jest patognomicznym i wielkiej wartości różniczkowej dla wstępującego ostrego porażenia. Co do drugiego, to na obrzmienie śledziony przy wstępującem ostrem porażeniu wskazywał już Hayem w 1869 r. dopiero jednak w ostatnich latach spostrzeżenia Kahlera i Picka Kümmela ²⁾ i Westphala zwróciły ogólną uwagę na ten objaw. W naszym przypadku objaw ten był bardzo wyraźnym tak że początkowo nawet wzbudzał w nas podejrzenie zakażenia zimniczego.

Dodać jednak winniśmy, że porażenie wstępujące Landry'ego jest właściwie pojęciem tylko klinicznym. W wielu przypadkach dotychczas nie znajdo-

¹⁾ E. Remak art. „Spinale Lähmung” w Encyklop. Eulenburga wydanie II. T. XVIII.

²⁾ Kümmell, Zur Lehre von der acuten Aufsteigenden Spinalparalyse. Zeitschrift f. klin. Medic. 1881.

wano żadnych zmian anatomopatologicznych ani w rdzeniu, ani w nerwach nawet przy najściślejszych poszukiwaniach (Benhardt, Westphal). Opisywane były jednak przypadki przedstawiające wszystkie objawy ostrego wstępującego porażenia, gdzie przy pośmiertnym badaniu znajdowano zmiany zwyrodniające albo w nerwach, (Eisenlohr ¹⁾ albo w przednich rogach istoty szarej rdzenia (Immermann, Hoffman ²⁾, Petitfils). Dla tego wielce prawdopodobnem zdaje się być, że przy więcej udoskonalonych sposobach badania anatomopatologicznego uda się w przyszłości wszystkie przypadki tej choroby zaliczyć bądź do jednego bądź do drugiego rzędu ściśle określonych anatomicznie spraw chorobowych.

Co do etiologii tej choroby, to większość autorów najczęściej wspomina jako przyczynę przeziębienie. Spotykano jednak tę chorobę także i po przebyciu tyfusu, błonicy i przymiotu. W ostatnim czasie właśnie ze względu na obrzmienie śledziony oraz szybki przebieg choroby zaczęto przypuszczać, jako przyczynę zakażenia (Baumgarten). Dotychczas jednak brak zupełny innych pewniejszych danych. Westphal, przyjmując na uwagę szybki przebieg tej choroby, uważa tę sprawę, jako porażenie z zatrucia ptomainami (*Intoxications lähmung*). Ptomainy w tym razie wytwarzają się z zakażenia pod działaniem niewiadomych jeszcze chorobotwórczych drobnoustrojów.

XII. Tetanus. Sanatio.

Franciszek Pilawka l. 30 wyrobnik. Dane anamnestyczne zebrać dosyć trudno wskutek małego rozwinięcia umysłowego chorego. O rodzicach swoich nie umie dać żadnych pewnych wiadomości, umarli w dość późnym wieku, nie wiadomo jednak na jaką chorobę. Jeden brat chorego starszy od niego żyje i zdrowy, reszta zaś rodzeństwa poumierała w dzieciństwie. Sam chory, jak powiada nigdy przedtem nie chorował. Zajmował się wyrobkiem robił to przy mularzach, to przy kopaniu rowów. W ostatnim czasie służył u piekarza do roznoszenia chleba po mieście. Praca była ciężka, trzeba było ciężkie kosze z chlebem dzwigać i przytem dużo chodzić. Napojów wysokowych używał w dość dużej ilości. W dniu 19 Września 1885 r. nagle poczuł podczas dzwigniania ciężkiego kosza z pieczywem mocny ból w plecach i sztywność w krzyżu. Chory zmuszony był przerwać zaraz robotę i położyć się. Bóle z pleców przeszły w nogi i były tak silne że chory wcale sypiać nie mógł. Ponieważ choroba wciąż się potęgowała chory 24 Września 1885 roku zapisał się do szpitala.

Przy badaniu znaleźliśmy co następuje: Chory mocno zbudowany, dobrze odżywiony. Stać o własnych siłach może, chodzi z trudnością, przyczem nie zgina wcale nóg w kolanach. Mięśnie wszystkich dolnych kończyn naprężone, sztywne, twarde. Twarz boleśnie ściągnięta, nosowo-wargowe bruzdy u obu stron głębokie, czoło zmarszczone. Usta otwiera z trudnością na odległość

¹⁾ Eisenlohr. Ueber progressive atrophische Lähmungen ihre centrale oder periphen. Natur. Neurologisches Centralblatt 1884.

²⁾ Hoffman. Ein Fall von Acuter aufsteigender Paralyse. Arch. f. Psychiat. T. XV.

1—1½ cm. pomiędzy zębami. Mięśnie karku wolne, sztywności w nich nie znajdujemy, mięśnie wyprostne grzbietu naprężone, twarde, przy ucisku bolesne. Mięśnie górnych, kończyn wolne, wszystkie ruchy bierne i czynne z łatwością w stawach łokciowym, barkowym i napiętkowym wykonalne. Czuć wszędzie zachowane. Odruchy skórne i ścięgniste olbrzymio wzmożone. Najbardziej uderzenie ręką w krąg rzepekowy wywołuje mocne i długo trwające drgania całej nogi, naprężenie zaś stopą drżenie prawie całego ciała. Odruchy ścięgniste wzmożone są także i na górnych kończynach. Opukiwanie bowiem ścięgien wywołuje wyraźne skurcze odpowiednich mięśni. Przytomność w zupełności zachowana. Żrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Ruchy języka nieco sztywne, mowa utrudniona. T. 37,4 P. 106. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znaleziono.

Chory od czasu do czasu dostaje mocnych tępcowych skurczów, podczas których pada na łóżko z krzykiem. W skurczu przyjmują udział wszystkie mięśnie grzbietu (*opistotonus*), mięśnie dolnych kończyn głównie wyprostne uda i zginacze goleni są wtedy twarde jak deska. Nogi wyprostowane mocno w kolanach, pięty mocno ściągnięte ku górze (*pes equinus*), palce zaś u nóg mocno zgięte. Mięśnie brzucha i klatki piersiowej przyjmują także udział w skurczu ale w znacznie mniejszym stopniu. Szczękościsk podczas napadu wzmagą się. Kończyny górne nie zajęte. Podczas napadu oddech staje się powierzchownym, tętno zaś wzmagą się do 120 uderzeń na minutę; skóra całego ciała pokrywa się potem. Cały napad trwa od 40 sekund do 1 minuty i powtarza się dosyć często. Przez czas półgodzinnego badania chory miał trzy takie napady. Przepisano chloral. Pomimo dużych nawet dawek chloralu chory miewał ciągle napady tępcowych skurczów, które tylko podczas snu na godzinę, mało co więcej, ustępowały. Półkanie w przestankach między napadami dość swobodne.

W dniu 27 Września notowano nawet wzmożenie siły skurczów. Podczas napadu bowiem skurcz obejmował także mięśnie karku i mięśnie górnych kończyn, które dotychczas w skurczu udziału nieprzyjmowały. Chory w czasie tępcowego skurczu mocno zgina ręce w stawie łokciowym, przyciska łokieć do tułowia. Przedramię znajduje się w położeniu wywrotnem, ręka zaciśnięta mocno w pięść. Odruchy ścięgniste na górnych kończynach bardzo wzmożone. Siła skurczów w kończynach dolnych i w mięśniach grzbietu w tym samym stopniu. Ciepłota 37,6. Tętno 104. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Zalecono podskórne zastrzykiwania morfiny po ⅓ gr. na raz. Po morfinie sen był znacznie dłuższy. Chory spał 3—4 godzin bez przerwy, podczas snu napadów nie było. I napady również były rzadsze. Kiedy w pierwszych dniach szpitalnej obserwacji chorego napady występowały mniej więcej co kwadrans to teraz mijało niekiedy ½ godz. bez żadnego napadu. Siła jednak powyżej opisanych napadów mało się zmieniła, a ciągłe krzyki i jęki chorego teraz tylko podczas snu ustępowały. Szczękościsk chwilami był tak mocny, że choremu zaledwie trzonek łyżki między zęby włożyć można było.

Stan taki trwał prawie bez zmiany do 2-go Października. W tym właśnie czasie zanotowaliśmy po raz pierwszy, że napady te znacznie słabną, że

naprężenie mięśni podczas skurczu jest mniejsze, chociaż rozmiar skurczu t. j. ilość mięśni zajętych pozostały te same. Ciepłota także nieco obniżyła się na 37,0 tętno spadło na 76 uderzeń na minutę. Z powodu mocnego, bo kilka dni trwającego zaparcia stolca zadano olejek rycynowy i w dalszym ciągu stosowano podskórne wstrzykiwanie morfiny 2 razy dziennie.

Odtąd codziennie siła napadów była mniejsza i napady same były rzadsze tak że już 7 Października chory spał pierwszą noc dość dobrze bez morfiny krzyki chorego ustały, gdyż napady były tak słabe, że nie wywoływały już jęków. Przeszedłem obecnie do stosowania dużych dawek bromku 1,0 4 razy dziennie.

W dniu 12 Października, kiedyśmy badali chorego, mógł już zginać nogi w kolanach, sztywność w nogach prawie ustała. Chodził dość dobrze po sali. Naprężenie mięśni grzbietu i dolnych kończyn bardzo nieznaczne. Odruchy ścięgniste wzmożone, ale w mniejszym stopniu. Usta otwiera szeroko, skurcz stały mięśni twarzy mniej wyraźny.

W nocy z 15 na 16 Października, kiedy już tępcowe skurcze prawie ustały i tylko 3—4 razy dziennie występowały słabe, krótko trwające napady tępcowych skurczów, nagle chory dostał drgawek padaczkowych; podczas napadu tych drgawek przytomność była zupełnie zniesioną i chory nawet spadł z łóżka. Drgawki te padaczkowe następnie jeszcze 2 razy się powtarzały. Od końca Października i te napady padaczkowe ustały. Chory byłby już zupełnie zdrow, tylko od czasu do czasu występowały napady całej utraty świadomości krótkotrwałe. Zadawano ciągle bromek potasu i chory na własne żądanie wypisany został ze szpitala w dniu 29 Listopada 1885 r. Przy badaniu w tym czasie znaleźliśmy co następuje: chory chodzi dobrze, sztywności w mięśniach ani w kończynach ani na tułowiu nie znajdujemy. Mięśnie twarzy nie ścięgniste. wszystkie ruchy mimiczne twarzy chorego z łatwością wykonywa. Usta szeroko otwiera, ruchy języka również prawidłowe, mowa nie przedstawia żadnych zmian. Czucie wszędzie dobrze zachowane. Odruchy ścięgniste kolano- we nieco wzmożone, skórne zaś prawidłowe. Ogólne odżywianie dobre, czynność kanału pokarmowego prawidłowa, mocz białka nie zawiera.

Mieliśmy więc do czynienia w powyższym przypadku z tępcowemi skurczami mniej więcej stałymi, wzmagającemi się jednak od czasu do czasu w postaci wyraźnych napadów. Skurcze obejmowały mięśnie tułowia, twarzy i dolnych kończyn, górne kończyny tylko przy największem naprężeniu choroby czasowo były zajęte. Obraz kliniczny choroby z pierwszego rzutu oka bardzo przypominał tężec (*tetanus*), chociaż pod wieloma względami występowały niejakie wątpliwości rozpoznawcze. Przedewszystkiem etiologia w tym przypadku była nie dość jasna. Nie było stanowczo żadnego chociażby najmniejszego zranienia, nie było właściwie przeziębienia, nie było nakoniec zatrucia—owych trzech głównych przyczyn tej strasznej nerwicy. Chory przyczynę choroby składał na wysiłek fizyczny. O ile podobne podanie chorego zasługuje na wiarę, nie przesądzam. Nowsze poszukiwania co do etyologii tężca, jakkolwiek wcale za ukończone uważać nie można, wykazują jednak zakażenie, jako wielce prawdopodobne źródło tej choroby. Odkrycie właściwych laseczni-

ków przez Nikołajera i doświadczenia Rosenbacha coraz więcej zdają się nas o tem przekonywać. Jeżeli jednak przyjmiemy zakażenie jako jedyną właściwą przyczynę tężca, to możemy tym sposobem z łatwością wytłomaczyć powstawanie tężca przyrannego, niewytłomaczanemi jednak stanowczo pozostaną inne postaci tężca, gdzie żadnego zranienia, a zatem żadnej możliwości zakażenia nie znajdujemy. Sądzę, że dzisiaj pod ogólnem mianem tężca rozumiemy etyologicznie a może nawet klinicznie różne sprawy, które w przyszłości mogą być wyróżnione. Nasz przypadek naprzykład, aczkolwiek w ogólnym obrazie przedstawiał wiele podobieństwa do tężca przyrannego, pomimo to różnił się od niego także w niektórych objawach. Choroba odrazu występowała mniej burzliwie, cała sprawa rozwijała się dość wolno i trwała długo, gdyż można liczyć, że ostatnie ślady tężcowych skurczów ustały w końcu Października t. j. na 6 tygodni od początku choroby. Nie spotykaliśmy również w naszym przypadku owych tak groźnych dla chorego objawów zajęcia mięśni gardzieli i przepony. Chory przez cały czas choroby połykał względnie dobrze, a zakażenia oddechania nigdy nie dochodziły do objawów zaduszania. Ciepłota ciała pomimo rozległych i często powtarzających się napadów nigdy nie dochodziła do owych niezwykłych wysokości, opisywanych przez autorów. Najwyższą ciepłotę znajdowaliśmy tylko 37,6^o t. j. zaledwie przechodzącą granicę prawidłowe. Nakoniec po ukończeniu tężcowych skurczów wystąpiły drgawki padaczkowe, rzecz niezwykła w przebiegu przypadków szczęśliwie zakończonych tężca przyrannego.

Wszystko to przekonywa mnie, że w powyżej opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z pewną odrębną, nietylko etyologicznie, ale nawet klinicznie postacią tężca, źródło której należy upatrywać w zajęciu ośrodków podstawy mózgu.

Możnaby przypuszczać także, że opisany przez nas przypadek był tylko niezwykle spotęgowaną tężyczką (*tetania*). Myśl ta ze względu na mało burzliwy i powolny przebieg choroby przyszła mi nawet z początku do głowy. Początkowe nawet rozpoznanie na karcie szpitalnej było, jako tetania. Bliższe jednak zastanowienie zmusiło mnie do zarzucenia tego rozpoznania. Tężyczka nigdy nie zaczyna się w mięśniach tułowia, jak w naszym przypadku, lecz w mięśniach kończyn i to przeważnie górnych. W tężycze objawy skurczowe najwięcej, jeżeli nie jedynie, umiejscawiają się w górnych kończynach, kiedy w naszym przypadku górne kończyny tylko czasowo i to w mniejszym stopniu były zajęte. W tężycze zresztą mamy do czynienia ze skurczami tężcowemi napadowemi w pełnem tego słowa znaczeniu. W przestankach pomiędzy napadami mięśnie są wolne, sztywności, ani przykurczeń w nich niema. Tymczasem w naszym przypadku skurcz tężcowy był stały, wzmagający się tylko napadowo. Nakoniec w tężycze o ile nieliczne zresztą dotychczasowe badania pokazują, odruchy skórne i ścięgniste bywają albo prawidłowe, albo nawet zmniejszone, kiedy przeciwnie w naszym przypadku odruchy te były olbrzymio wzmożone.

Najważniejszym jednak objawem różniczkowym tych chorób jest t. z. objaw Trousseau polegający na występowaniu w tężycze napadów przy uci-

sku na główne tętnice ciała mianowicie na ramieniową, udową. Otóż objaw ten badałem wytrwale prawie codziennie w naszym przypadku. Początkowo zdawało mi się że objaw Trousseau wyraźnie występuje. Jeżeli tylko nacisnąłem na tętnicę udową, napad natychmiastowo występował. Przy nacisku na tętnicę ramieniową występowania napadu nie spostrzegałem. Później jednak przekonałem się, że napad występuje również przy nacisku na mięsień wyprostny uda, przy szczypaniu i ucisku mięśni łydkowych. Miałem więc tu do czynienia ze wzmożoną bardzo odruchową czynnością, nie zaś z właściwym objawem Trousseau. Brak właściwego objawu Trousseau przemawiał także przeciwko tężycze, a za tężcem.

XIII. Hemiathetosis sinistra.

Marcjanna Idzik l. 40 wyrobница przybyła do szpitala w dniu 30 Sierpnia 1889 r. Chora przedstawia rzadki obraz nędzy i wycieńczenia. Błada, w wysokim stopniu niedokrwista, wychudzona nosi na sobie ślady wieloletniej *pediculosis* w postaci licznych obrażeń naskórka od drapania oraz mocno ciemnego zabarwienia skóry. Zabarwienie to na karku, na brzuchu i grzbiecie dochodzi do ciemno-brązowego odcienia. Można było z pierwszego rzutu oka przypuszczać, że mamy do czynienia z chorobą Addisona, tak bardzo rzucały się w oczy: niedokrwistość i brązowe zabarwienie skóry. Bliższe jednak rozpatrzenie się w objawach przekonało nas, że oba te objawy zależały od nędznych warunków życia w jakich chora dotychczas pozostawała. Dla uzupełnienia wcale nie estetycznego obrazu chorej, dodać musimy że na głowie widocznym jest prawie jeden obszerny strup grzybka parchowego, a włosy tylko w rzadkich kępkach pozostały.

Rozpytywanie chorej w celu zebrania danych anamnestycznych wskazuje głębokie upośledzenie jej czynności umysłowych. Każde pytanie powtarza głośno, z trudnością, na nie odpowiada. Nie wie ani wieku swego, ani miejsca zamieszkania. Po długich i uciążliwych badaniach mogliśmy się od niej dowiedzieć, że rodzice jej dawno już pomarli, że ma brata który pracuje w jednej z fabryk w Częstochowie, że całe życie służyła u włościan, ostatecznie u jakiegoś włościanina we wsi Błęsznie, że będąc dzieckiem wpadła do ognia na kominie i poparzyła się bardzo (do dziś widoczne ślady na brzuchu w postaci rozległej blizny). Zresztą nic więcej dowiedzieć się od niej nie można było. Liczyć potrafi zaledwie do pięciu, pacierza nie umie, nie rozróżnia drobnej monety, nie ma pojęcia o podziale czasu, o nazwach dni w tygodniu i t. p. Jednym słowem mieliśmy do czynienia prawie z idiotką.

Po dokładnem przedmiotowem badaniu znaleźliśmy co następuje. Granice płuc prawidłowe, na lewym wierzchołku nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego, szmer oddechowy pęcherzykowy, na lewym wierzchołku nieco osłabiony, bez rzężeń tylko w dolnych odcinkach płuc z obu stron nieliczne trzeszczenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, przy pierwszym tonie wyraźnie słyszymy na miejscu wszystkich zastawek jednakowo podmuchowy szmer (anemiczny). Dolna granica wątroby nieco obniżona, górna granica śle-

dziony na 9-em żebrze, brzeg dolny nie wymacalny, Cały brzuch nieco wzdęty, język obłożony, biegunki niema. Na stopach i twarzy ślady obrzęku. Mocz czysty, białka nie zawiera. Stan bezgorączkowy. Tętna 104, miękkie.

Przy badaniu zauważyliśmy równocześnie, że w palcach lewej ręki odbywają się ciągle pewne nieprawidłowe ruchy, niezależne wcale od woli. Jeżeli chora trzyma rękę spokojnie, to od czasu do czasu (2—3 razy na minutę), nagle powstaje mocne nadmierne wyprostowanie (*hyperextensio*) wszystkich palców, przytem mały palec bywa równocześnie mocno odwiedziony, a paluch przeciwnie przybliża się kurczowo, do innych palców. Skurcz ten po krótkim trwaniu przemija i palce przyjmują mniej więcej prawidłowe położenie, po kilkunastu sekundach następuje nowy skurcz i t. d. Zaciśnięcie ręki w pięść jest możebne, chociaż nie zupełnie, wskazujący palec nie przylega wtedy wcale do dłoni i siła zaciśnięcia jest nieznaczna. Podczas zaciśnięcia ręki skurcze powyżej opisane nie występują, lecz jak tylko chora przestaje zaciskać rękę, w teje chwili następuje nadmierne kurczowe wyprostowanie palców. Tym sposobem wszelka czynność lewej ręki jest bardzo upośledzona. Chora sama opowiada, że nie mogła skrobać kartofli, gdyż te ciągle wypadaly jej z lewej ręki. Zachowanie się skurczów podczas snu nie spostrzegalem ani razu.

W palcach lewej nogi spostrzegać się dają podobne nieprawidłowe ruchy, polegające na wyprostowaniu i odwodzeniu pojedynczych palców. Mały palec i tutaj podczas skurczu bywa mocno odwiedziony, reszta zaś palców prawie równocześnie podlega to mocnemu wyprostowaniu to odwrotnie zginaniu. I tu kurcze bywają względnie wolne nie częściej niż 3 razy na minutę. Kurcze te nie zawsze bywają równoczesne ze skurczami palców u ręki, niekiedy zdarza się tak, że kiedy kurcze w ręce ustają, to w nodze występują i odwrotnie. Zresztą ścisłego prawidła tu niema, widziałem nieraz równocześnie występujące kurcze w palcach rąk i nóg. Przy chodzeniu kurcze nie ustawały, chociaż zginanie palców wtedy nie było tak wyraźne.

W innych stawach i mięśniach żadnych przykurczeń, ani nieprawidłowych ruchów nie widzimy. Ruchy czynne i bierne we wszystkich stawach kończyn są wykonalne z łatwością. Czucie również zachowane, chora określa dokładnie miejsce dotykania, i ukłócia. Czucie mięśniowe także zdaje się być niezmienione, chociaż to ostatnie u naszej chorej trudniej jest zbadać wskutek małego jej umysłowego rozwinięcia. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane na obu stronach jednakowo. W czynności nerwów czaszkowych żadnych zmian nie znajdujemy. Ruchy mimiczne twarzy, ruchy języka, gałek ocznych są prawidłowe. Wzrok ma dobry słuch także.

Ciekawych danych dostarczyło nam mierzenie porównawcze kończyn. Lewa ręka mierzona od wyrostka barkowego łopatki do końca środkowego palca okazała się krótszą od prawej o 3 cm., z tych palce okazały się krótsze o 1 cm., właściwa ręka o 1 cm. przedramię także o 1 cm., ramię zaś nie przedstawiało skrócenia. Szerokość dłoni u lewej ręki była także mniejszą o cały cm. od takiej szerokości prawej dłoni, palce także okazały się cieńszymi. Lewa noga była krótszą o 2 cm., z których na goleń i biodro wypadalo po jednym cm. Stopa lewa była krótszą od prawej o 2 cm., szeroko-

kość stopy mniejsza o 1 cm. Objętość goleni i biodra nie przedstawiały porównawczo żadnej wybitnej różnicy. Pomimo takiego skrócenia lewej nogi chora chodziła dobrze, nie kulejąc wcale.

Chora pozostawała w szpitalu blisko $\frac{1}{2}$ roku i ostatecznie wypisała się z zupełną poprawą co do ogólnego wyglądu i odżywiania. Nieprawidłowe jednak ruchy w lewych kończynach pozostały bez zmiany.

Rozpoznanie w powyższym przypadku co do rodzaju spostrzeganych kurczów nie przedstawiało żadnej trudności. Mielśmy tutaj do czynienia z typowym przypadkiem choroby, po raz pierwszy dokładnie opisaną i wyróżnioną przez Hammonda w 1871 r. a której autor ten nadał nazwę „*athetosis*“. Pod nazwą więc atetozy rozumiemy mimowolne kurcze w palcach rąk i nóg, rzadko w innych miejscach ciała, odbywające się powoli w postaci nadmiernego rozginania, odwodzenia, rzadziej zginania. Właściwość więc ruchowa kurczów i ich umiejscowienie pozwalają z pierwszego rzutu oka na rozpoznanie tej choroby. Późniejsze badania z pomiędzy których na pierwszym miejscu należy postawić znakomitą monografię Oulmont'a z r. 1878 dowiodły, że choroba ta jest właściwie pewną postacią płasawicy (*chorea*). Niejednokrotnie spostrzegano, że początkowa płasawica przechodziła następnie z biegiem czasu w atetozę i przeciwnie, istniejąca atetoza podczas wzruszeń przybierała wszystkie właściwości płasawicy (Oulmont, Brissaud, Charcot).

Przekonano się również, że atetoza jest chorobą następczą po porażeniach połowicznych mózgowych. Samoistna atetoza bez poprzedzającego porażenia zdarza się niesłychanie rzadko. Jest ona w takim razie obustronną. Objawowa zaś, inaczej mówiąc następcza atetoza występuje najczęściej jednostronnie, bądź w jednej bądź w obydwóch kończynach (*hemiatetosis*). Atetoza występuje po porażeniu dopiero wtedy, kiedy ruchy w kończynach wracają, kiedy porażenie mniej więcej wyrównało się. Jeżeli atetoza raz wystąpiła, to zwykle trwa do śmierci chorego bez zmiany. Bardzo rzadkie są przypadki wyleczenia z tej choroby.

W rezultacie kurcze atetyczne w postaci połowicznej są objawem ograniczonej sprawy patologicznej, zachodzącej w mózgu. W ostatnim czasie wiele pisano w kwestyi ścisłego umiejscowienia sprawy patologicznej w mózgu, w przypadkach płasawicy i atetozy objawowej. Charcot twierdził, że kurcze płasawicze i atetyczne wtedy występują po porażeniu połowicznym jeżeli zajęte są pewne włókna torebki wewnętrznej mózgu, mianowicie włókna leżące w tylnej $\frac{1}{3}$ torebki przed i na zewnątrz od pęczka włókien czuciowych. Nothnagel na zasadzie spostrzeżeń, zebranych przez siebie upatruje źródło objawowej płasawicy i atetozy w zajęciu wzgórką wzrokowego w bezpośrednim sąsiedztwie z torebką wewnętrzną. Przeciwno tym ograniczonym ścisłym umiejscowieniom przemawiają dość liczne fakta. Znane są przypadki atetozy stwierdzone oględzinami pośmiertnymi, gdzie sprawa patologiczna zachodzi tylko w korze mózgowej (Demunge, Ewald, Fletcher Beach, Quinquand ¹⁾), lub

¹⁾ Za taką pochodzenia korowego atetozę należy uważać przypadek opisany przezemnie w 1883 w Gazecie lekarskiej.

w ciałku prążkowanym (Sydney Ringer, Sturges). A zatem słuszniejszą nam się zdaje być teoria, objaśniająca powstawanie kurczów płasawicznych i atetycznych pewnem zajęciem (podrażnieniem) włókien pęczków piramidalnych bez względu na umiejscowienie sprawy (Bidon) ¹⁾. Nie miejsce, gdzie nastąpił wylew krwi lub rozmiękczenie wpływa na powstawanie atetozy, lecz pewne właściwe podrażnienie, nie zupełne zniszczenie włókien pęczka piramidalnego, ma tutaj znaczenie bez względu na to, czy zajęta jest kora mózgowa, czy też pośrednio lub bezpośrednio włókien ruchowych na przebiegu w głębokich warstwach mózgu.

Porównyując to, cośmy powyżej powiedzieli z naszym przypadkiem, musimy przyjść do przekonania, że i ta atetoza lewostronna koniecznie jest następstwem poprzedzającego porażenia połowicznego. Wprawdzie nie znaleźliśmy żadnych śladów porażenia, a z anamnezy od naszej chorej nic dowiedzieć się nie można, jednak nie możemy wykluczyć, że takie porażenie mogło mieć miejsce w dziecięcym wieku chorej. Za tem zdaje się niezbitcie przemawiać głębokie upośledzenie czynności umysłowych, oraz wyraźne skrócenie lewych kończyn. James Ross ²⁾ pod nazwą: *the spasmodic paralysis of Infancy* opisuje przypadki porażenia połowicznego w wieku dziecięcym, gdzie pierwsze objawy sprawy polegają na utracie przytomności oraz rozległych padaczkowych kurczach jednej strony ciała. W następstwie, jeżeli sprawa wyrównywa się, pozostaje długi czas połowiczne porażenie. W miarę zaś jak ruchy w kończynach wracają, bardzo często wytwarza się płasawica lub atetoza w zajętych kończynach stale już do końca życia pozostające. Dzieci takie okazują zwykle objawy idiotyzmu, a kończyny niegdyś zajęte niedochodzą w swoim rozwoju do rozmiarów zdrowych kończyn. Otóż wszystkie te objawy znajdujemy w opisanym przez nas przypadku. To też pomimo braku wszelkich danych anamnestycznych możemy ze znajdujących następstw napewno twierdzić, że sprawa w opisywanym przypadku zaczęła się we wczesnym dziecięcym wieku jako porażenie połowiczne kurczowe, które w następstwie wyrównało się, pozostały jednak stale osłabienie czynności umysłowych, skrócenie kończyn i atetoza.

Na opisie tego przypadku kończę niniejszą pracę. Z 60 blisko przypadków chorób nerwowych spostrzeganych przez sześcioletni okres czasu w szpitalu wybrałem 13 ciekawych, wyróżniających się swym przebiegiem spostrzeżeń i w krótkim opisie zamieściłem je tutaj. Pojmuję dobrze pewne braki tej kazuistyki; w wielu przypadkach pominąłem prawie zupełnie elektrodyagnostykę, opis zaś badania i objawów skróciłem do możliwych granic. Tłomaczy mnie to jednak, że przypadków tych w różnym czasie spostrzeganych nie miałem zamiaru początkowo ogłaszać. Dopiero niedawno przeglądając karty szpitalne, przy opracowaniu większej pracy z zakresu dyagnostyki lekarskiej, przyszło mi na myśl ogłosić tę kazuistykę, jako rodzaj sprawozdania szpitalne-

¹⁾ Bidon. Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale. Revue de Médecine 1886 r.

²⁾ James Ross. Rukowództwo k izuczeniu bolezniej nerwnoj sistemy tłom.ross. 1883.

go. Z wielu stron ¹⁾ podawane bywają skargi na to, że bogaty materiał szpitali prowinayonalnych przepada zupełnie. Niechaj więc ta moja kazuistyka będzie pierwszą próbą, może zachęci ona innych kolegów do ogłaszania swych sprawozdań.

¹⁾ Kronika lekarska z 1890 r.

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna

WUM

Br.3082



000027306

v. KRAFFT-EBI

ZBOCZENIA UMYŚŁÓW

na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*).

OPACZNE CZUCIE PŁCIOWE.

Przełożył z niemieckiego

Dr. A. Fabian.

Numery Medycyny zawierające powyższą pracę są do sprzedania w Administracji Medycyny za cenę 1 rs. 20 kop., z przesyłką pocztową 1 rs. 50 kop.

ROK XVIII—1890.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

REDAGOWANE I WYDAWANE PRZEZ

D-ra Gustawa Fritsche.

Wychodzi w każdą sobotę i zawiera następujące działy:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych i praktyki prywatnej. 2) Kazuistykę ekarską i sądowo-lekarską. 3) Medycynę społeczną. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 7) Korespondencje z kraju i zagranicą. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich. 9) Wiadomości z Medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej. 10) Kronikę zagraniczną, krajową i miejscową. 11) Przegląd biblijograficzny. Wspomnienia pośmiertne i t. p.

Przedpłata wynosi. W Warszawie z odnośzeniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50.— Na prowincji, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

PRZY MEDYCYNIE WYCHODZI:

ROCZNIK LEKARSKI

DLA UŻYTKU LEKARZY I FARMACEUTÓW

Oprawiony w formie kieszonkowej zawierający treściwo artykuły, lekarzy i farmaceutów blisko obchodzące, wiadomości informacyjne, najwyższe dawki leków, nowe leki, zdrojowiska i zakłady lecznicze, spis lekarzy praktykujących w Królestwie Polskim, kalendarz, notatnik, tabelkę brzemienności etc.

Cena w Warszawie rs. 1 kop. 20.

Z przesyłką pocztową rs. 1 kop. 40.

Biurow Redakcji Medycyny w Warszawie, aleja Jerozolimska Nr. 80.



www.dlibra.wum.edu.pl