

O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach,

oraz

o stwardnieniu tętnic w ogólności

przez

J. GRASSETA ¹⁾

dyrektora kliniki lekarskiej w Montepellier.

Panowie! Udalo mi się onegdaj, pod pozorem adjecta krzywej sphygmograficznej, przyprowadzić do szpitala i okazać Wam chorego, który przybył z Arles dla osiągnięcia mej porady. Przekonaliście się, że tętno chorego uderza tylko 20 do 25 razy na minutę; mie- wa on nadto częste zawroty głowy, które niekiedy dochodzą do prawdziwego omdlenia.

Przed ninjakim czasem mieliśmy na sali S. Lazaru ciekawego pacyenta, który podobnie ulegał zawrotom, połączoneym często nie już z omdleniem, ale z rzeczywistymi napadami epileptoidalnymi (*crises epileptiformes*).

Nureczcie, jak dawniej tak i obecnie, znajduje się na naszych sz- lach powna liczba chorych, dotkniętych prostemi zawrotami, które wprowadzic nie dochodzą ani do omdlenia ani do napadów epileptoi- dalnych, ale przez swoje natężenie i dotkliwosc uczucia, jakie wywołują, stanowią najwazniejszy objaw w danym razie i dostarczają spe- cyjalnych wskazad.

Oto trzy odmiany, albo raczej trzy stopnie roznego natężenia objawów zawrotu. Rozczywiście z punktu widzenia morfologii napa- dów rozróżniamy:

¹⁾ Przetłóżył J. Szozdowski.

- 1). Zawrót prosty.
- 2). Zawrót z napadami epileptoidalnymi.
- 3). Zawrót z tętnem stale powolnym i z napadami omłotenia lub epileptoidalnymi.

Pomimo różnic w postaci, punkt wyjścia we wszystkich trzech grupach faktów wydał mi się jednakowym; wszyscy ci chorzy mieli zmiany w sercu i naczyniach; wszyscy byli dotknięci stwardnieniem tętna (*arteriosclerosis*).

Sądzę więc, że istnieje dostateczny powód do badania i opisu zawrotu głowy tej kategorii. Nie powiem, aby to był nowy rodzaj, nowa nieznana dotąd odmiana zawrotu; ale wolno mi twierdzić, że ta postać nie była dotąd dostatecznie zbadana, i że nie zwracano na nią należytej uwagi w klinikach, wobec chorych dotkniętych zawrotem.

Zbadanie tego typu klinicznego jest tem ważniejsze, że prowadzi ono do wniosków prognostycznych i terapeutycznych, wielce zajmujących. Każdy rodzaj zawrotu ma swoją przyszłość i swoje leczenie; zawrót spotykany u ludzi, dotkniętych stwardnieniem tętna, wymaga swoistego leczenia, które dalej wylotę.

Zawrót głowy jeżeli dochodzi do pewnego stopnia natężenia i częstotści, należy do najprzykrojszych objawów. Znakliwy jest to objaw pospolity, zdarzający się w chorobach umiarkowanych, wobec którego wskazania są bardzo zależne od dokładnego niewinowienia sobie przyczyn i rodzaju choroby. Nie mówię o zgłębieniu samej istoty choroby, bo flajjologija patologiczna zawrotu głowy jest jeszcze bardzo ciemną. Niech mi będzie wolno zostawić rozmyślnie to pytanie na boku, bo nie może ono w tej chwili doprowadzić nas do żadnego ścisłego i praktycznego wniosku.

Przeciwnie, łatwo na podstawie etjologii, ustalić kilka typów klinicznych, które pozytywnie jest określić i rozróżniać. Nie jest to rzeczą obującą wiedzieć czy poza wielkimi klasykami zawrotami i obok nich, istnieje czy też nie, nowa odmiana, zawrót naczyniowy, czyli innymi słowy, zawrót zależny od stwardnienia tętna, posiadający właściwo sobie rokowanie i leczenie.

Dla badania tej rzeczy, o ile można nazupełniej i najwięcej (bo nie mogę poświęcić na nią więcej nad arterje odczyty), podam na-przód ogólnie pojęcie o zawrocie; następnie zobaczymy co to jest stwardnienie tętna i nakoniec opiszę zawrót właściwy tej chorobie.

I.

Trudno jest dać dobre określenie zawrotu głowy; wolę zatem po prostu podać jego opis kliniczny i streścić istotno jego cechy.

Jakież więc są akładowo a istotno zjawiska zawrotu?

1. Naprzód zawrót jest *uczuciem* (*sensation*). Wyznaje to przekonanie wraz z większością pisarzy wbrew mniemaniu tych, którzy, jak HUGLINGS JACKSON, obcą w nim widzieć zakłócenie ruchu.

Zawrót polega na uczuciu utraty równowagi, które chorey odczuwa jako ruch albo zmianę miejsca. Ten pozorny ruch ściąga się albo do samego osobnika, albo do otaczających go przedmiotów. Kierunek jego jest zmienny; może być poziomym, pionowym, wahadłowym, wirowym i t. d. Zład pochodzą rozmaite uczucia bardzo zmiennej postaci, jakich doznają podlegający zawrotowi. Dobry ich opis można znaleźć w artykule *Vertige* w *Dictionnaire encyclopédique* przez LEROUX.

Choremu wydaje się, że pada, że się kręci w kółko, lub wywraca kozła, jeżeli ów ruch pozorny ściąga się do niego; jeśli zaś dotyczy on obcych przedmiotów, wtódy chorey mniema, że zapada się podłoga lub sufit, że uciekają ściany i t. p.

2. Pozornemu zakłóceniu ruchu towarzyszy pewien stopień męczącego niepokoju, przestachu. To zjawisko zmienia się w rozmaitych przypadkach i przedstawia rozmaite modyfikacje, ale jest tak stałym objawem, że musi być uznany za istotną cechę zawrotu.

3. Męczące to uczucie i utrata równowagi mogą doprowadzić do rzeczywistego upadku.

4. Biorąc ogólnie, podczas zawrotu głowy przytomność nie ginie; chorey ma świadomość swojego stanu i dobrze rozumie, choć nie może pokonać doznawanego uczucia, że jest to tylko proste i czyste urojenie.

Powiedziałem: „ogólnie” bo nie zawsze tak bywa.

CHARCOT a po nim WRELL w swojej tezie habilitacyjnej (*thèse d'agrégation*) chcieli wykluczyć zawrót epileptyczny z ogólnej grupy zawrotów i utworzyć z niego oddzielny rodzaj; przytaczają oni na poparcie takiego rozróżnienia, że brak utraty przytomności ma być stałą i bezwzględną cechą prostego zawrotu, zaś nieświadomość ma zawsze towarzyszyć objawom epileptycznym.

Jest to teoryja zbyt wyłącza, dążąca do utworzenia oddzielnych gatunków tam, gdzie w rzeczy samej są tylko różne stopnie tej samej

postaci chorobowej. Nawet pomijając zawrót epileptyczny, można twierdzić, że i inne zawroty wywołują niekiedy utratę świadomości; w innych wypadkach świadomość zostaje. Ja w zawrocie połączonym z napadem epileptycznym nie upatruję odrębnej postaci, ale tylko wyższy stopień zawrotu i przyjmuję, że brak utraty świadomości jest cechą charakterystyczną niższych jego stopni. Zachowanie przytomności stanowi zatem cechę zawrotu w początkowych stopniach jego natężenia, ale nie stanowi wcale bezwzględnej i koniecznej właściwości zawrotu, wziętego w ogólnem znaczeniu.

5. Często towarzyszą zawrotowi rozmaite objawy zmysłowe (*aenocielo*). Najczęściej bywa dotkniętym zmysł wzroku; przytrafiają się ośmieszanie, mgła przed oczami, zamroczenie wzroku, ruch obrotowy przedmiotów i rozmaite ich zabarwienie.

Zo strony słuchu wydarza się szum, dzwonicie, świstanie w uszach, jednem słowem szmery wszelkiego rodzaju i natężenia.

Fakt ten zasługuje na podkreślenie i autytkujemy go w dalszym rozbiórce etyologicznej. Zaburzenia czuciowe stanowią częste symptomatologii samego zawrotu bez względu na jego punkt wyjścia; nie należy więc wnioskować, że zawrót jest pochodzenia zmysłowego na tej jedynie podstawie, że towarzyszą mu nieprawidłowe zjawiska w narządach zmysłowych.

Zobaczymy ponizej, że zawrót MENIERE'ŃA, czyli zawrót uszny zależy od uszkodzeń organicznych narządu słuchu. Jedynkie z tego jedynie faktu, że chory okazuje zaburzenia słuchu, nie należy wnioskować, że jest on dotknięty chorobą MENIERE'ŃA. Zaburzenia słuchowe przytrafiają się wraz z innymi przy każdym zawrocie, a przy właściwym zawrocie MENIERE'ŃA tylko jednym z czynników składowych.

6. To samo można powiedzieć o zaburzeniach zółdkowych. Zaburzenia czynności trawienia zdarzają się często w samej rzeczy przy zawrocie bez względu na jego przyczynę. Zwykle dają się zauważyć nudności i kurek zółdki; chory utrzymuje, że ma zółdek podniesiony do góry; częstokroć następują wymioty i wtedy mamy przed sobą zupełny obraz choroby morskiej.

Ale znówu powtarzam to, co mówiłem Panom przed chwilą przy zaburzeniach zmysłowych; przypadłości w trawieniu widzujemy nie tylko przy tak zwanym zawrocie zółdkowym i nie dowodzą one bynajmniej gwałtownego początku zawrotu. Nudności i wymioty należą do symptomatologii zawrotu w ogóle i wcale nie przesądzają jego przyczyny.

Takie są cechy ogólne, na które chciałem na wstępie położyć nacisk. Teraz macie Panowie wyobrażenie o zwyczajnym zawrocie, to jest o zawrocie w niższym jego stopniu.

W wyższym stopniu zawrót może osiągnąć dwóch stanów poważniejszych, które go bardziej wnikają; temi stanami są z jednej strony omdlenie, z drugiej napad epileptoidalny. Przykłady wymienione na początku odczytu należą do tej kategorii. Wiadomo Panowie, jak trudno jest zamknąć to wszystko w jednym określeniu. To też wszystkie podane dotąd określenia są z konieczności niedokładne.

Takiem jest między innymi następujące określenie, dane przez GUGNEAU de MESSY, a przytoczone przez LEROUX. „Zawrót jest to zaburzenie mózgowe, jest to błędne uuzęcie, pod wpływem którego chorey myśli, że on sam, lub przedmioty otaczające go, znajdują się w ruchu wahadłowym albo wirowym.” To wszystko jest bardzo prawdziwe i bardzo dokładne, ale nie wystarcza do dania zupełnego pojęcia o zawrocie, bo wyraża tylko część cech klinicznych.

Jest jeszcze jeden objaw zawrotu, którego nie pomieszczałem w liście jego cech istotnych, dlatego że nie jest jeszcze dokładnie zbadany, a jednak, podług mojego przekonania, zdaje się mieć wielkie znaczenie kliniczne, i może po lepszem zbadaniu, stanąć się z czasem podstawą dla nowej klasyfikacji zawrotów; wam tu na wyrost wpływ otwarcia lub zamknięcia oczu.

Nie wszystkie zawroty ulegają w tym względzie jednokowemu wpływowi. Niektóre po zamknięciu oczu chorego słabną lub nawet zanikają; takim jest zawrót choroby morskiej i zawrót przestrzeni, czy to idzie w ostatnim razie o przestrzeń w kierunku wysokości (zawrót wysokości), czy o przestrzeń w kierunku poziomy (agoraphobia).

Inna grupa zawrotów potęguje się, albo nawet prostuje skutkiem zamknięcia oczu; zawrót nieostrawności i zawrót ostrego alkoholizmu, rodzą się przez zawarcie powiek i następują po ich otwarciu. Do tej samej grupy należy objaw, przytrafiający się u chorych dotkniętych ataksją, zwany zjawiskiem Romberg'a, który to objaw, jak Panom wiadomo, polega na utracie równowagi po zamknięciu oczu. Zjawisko Romberg'a podchodzi pod określenie zawrotu, bo tu rzeczywiście utrata równowagi, objawiająca się po zamknięciu oczu, i następująca po ich otwarciu, jest następstwem nieznanego co do swej natury użycia utraty równowagi. Uważa się to chętno przypisać znieczuleniu skóry na podszewie, lecz mylnie, bo są histeryczki, u których to znieczulenie bywa bardzo wybitne, a które nie okazują wcale objawu Romberg'a. Objaw ten, którego wewnętrzny mechanizm nie zdano dotąd przeniknąć, jest w każdym razie, jak mi się zdaje, w prostym związku z nagłym przejściem od światła do ciemności, i dlatego otwarcie lub zamknięcie powiek wystarcza do jego wywołania.

Jak skoro będzie można pomieścić każdy rodzaj zawrotu w jednej z tych dwóch kategorii, może wtedy uła się naukowo wyjaśnić fizjologję patologiczną i samą przyczynę chorobotwórczą tego zjawiska. Już więc teraz jest to ważny czynnik kliniczny, zasługujący na głębsze zastanowienie się w każdym pojedynczym wypadku.

Po rozpatrzeniu zawrotu w ogólności nustręcza się z kolei pytanie, jak można klinicznie rozszerogować rozmaite jego rodzaje. Rzecz to bynajmniej nie łatwa.

Znajdziecie Panowie w podręcznikach długie i nużące wyliczenie najrozmaitszych przyczyn zawrotu. W istocie zawrót jest częstym i pospolitym objawem miodstwa bardzo różnych stanów chorobnych. Ponieważ te przyczyny nie są rozklasyfikowane i podporządkowane względem siebie, wynika ztąd bardzo przykra niepełność dla lekarza. Spróbujmy zaprowadzić trochę ładu w tym przedmiocie. Pierwsze rozróżnienie, na które zwykle mało się zważa, a które wydają mi się pierwszorzędnego znaczenia, bo znakomicie oczyszcza drogę, którą przebyć potrzeba, prowadzi do wytworzenia dwóch wielkich działów: z jednej strony z awrót ostry lub przypadkowy, z drugiej z awrót przewlekły albo nawykowy.

Największą liczbą przyczyn zawrotu, wyliczanych w literaturze tego przedmiotu, odnosi się do zawrotu ostrego, podczas gdy etyologję zawrotu chronicznego, który jest najważniejszym, jest bardzo cianą. Pod nazwą z awrotu ostrego lub przypadkowego rozumiem taki, który się wydziera tylko raz, albo razy niowiele i to w pewnych odstępach, którego bezpośrednia i zewnętrzna przyczyna łatwą jest do pochwycenia i który znika po jej ustąpieniu.

Do tej grupy można zaliczyć: zawrót w początku chorób ostrych (tyfus, influenza i t. d.), zawrót z niestrawności i zaburzeń żołądkowych, z ostrego alkoholizmu, zawrót przy paleniu pierwszej raz cygara (ale nie zawrót starych palaczy), zawrót przestrzeni (wysokość albo długość), zawrót w tańcu i na huśtawce, wreszcie zawrót własciwy chorobie morskiej.

Można tu jeszcze włączyć zawroty pochodzące z otrucia: korą granatu, naparstnikiem, siarczanem chininy, salsylianem sodu i t. d.

Wszystkie to zawroty, zawiązujące sobą słownictwa klasycznie, należą do ostrych, mają w klinice bardzo mało znaczenie, i dają się łatwo wyłączyć, ilekroć mamy do czynienia z chorobym, u którego z awrót stanowi zjawisku zwykłe i prawdatające.

Do drugiej grupy należą z awrót chroniczny albo nawykowy. Ten pod względem swojego trwania albo powtarzania się napadów, przedstawia znowu kilka postaci, mianowicie: z awrót ciągły który rzadko się przytrafia, — długotrwały, to jest taki stan z awrotu,

podczas którego chory przez całe dnie i tygodnie nie może ani odmie-
nić miejsca, ani się w jakikolwiek sposób poruszyć bez dozwania
uczucia męczącego niepokoju, — wreszcie zawrót częsty, którego czę-
sto powracające napady powtarzają się bez żadnej widocznej przy-
czyzny zewnętrznej.

Jest to właśnie grupa wielkich zawrotów, zawrotów stanowią-
cych wskazania i wymagających specjalnego leczenia, a zatem w naj-
wyższym stopniu zajmujących dla klinicysty.

Tu grunt chorobotwórczy jest już dobrze oczyszczonym, i jak
się zdaje, istnieją tylko trzy typy kliniczne zawrotów, o których nale-
ży zwrócić i wyłącznie pamiętać; są to:

- 1) Zawrót epileptyczny.
- 2) Zawrót zmysłowy, a specjalnie zawrót naszy (cho-
roba MÉNIEGE'a).
- 3) Zawrót zółdkowy.

Biorąc ścisłe, można by jeszcze opisać kilka innych typów do-
datkowych; wolę wszakże przymiarkować wyłączenie Waszą uwagę do
powyżej wymienionych, które, dzięki swojej częstości i wyrazistości
swoich cech, stanowią zjawiska niezmiernie ważne dla każdego le-
karza.

Parę słów o każdym z tych typów.

Jakkolwiek wbrew zdaniu OMBROU'a, dla zawrotu epileptycz-
nego zachowuję miejsce w rozdziale o zawrocie, to jednak czynię z nie-
go zupełnie oddzielny rodzaj, całkowicie odrębny od innych. Istotne
cechy tej postaci zawrotu są następujące: Zawrót epileptyczny, który
jest tylko jedną z nierozwiniętej postaci epilepsji (*petit mal*), przed-
stawia wszystkie cechy tej nerwicy, pomiędzy którymi pierwsze miej-
sce zajmuje całkowita utrata świadomości i pamięci. Prawda że
i przy innych zawrotach chory może również utracić świadomość, ale
w tych rzadach zupełny brak przytomności nie jest esencją pierw-
otnym i istotnym ale drugorzędnym i następczym. Prawie zawsze
chory uczuwa zawrót, nie tracąc przytomności, dopiero później, już
podczas zawrotu przychodzi nieswiadomość. Przeciwnie, nawet przy
najbardziej ograniczonych objawach epileptycznych, przy najłagodniej
postaci tej nerwicy, najbardziej charakterystyczną dla niej cechą jest
właśnie utrata przytomności. Podobnie i w zawrocie epileptycznym
utrata przytomności występuje już od początku napadu; w ciągu każ-
dego z nich właściwy okres zawrotu jest bardzo krótki i szybko prze-
chodzi w okres całkowitej nieprzytomności.

W każdym z wypadków tego rodzaju, historia chorego, wy-
wiady i stwierdzenie innych objawów nerwicy posłużą do stanowczo-
go rozstrzygnięcia wątpliwości, co do epileptycznej przyrody objawu.

Zawroty amylowe są dwójkie: oczne i uszne.

Zawrót oczny powstaje przy patrzeniu obu oczami—skutkiem wadliwości we współdziałaniu obu oczu, a przy patrzeniu jednym okiem—skutkiem błędnej oceny położenia przedmiotów. W obu rodzajach przychylną jego jest zupełne, lub niezupełne porażenie mięśni ocznych. Zoby go usunąć lub osłabić należy usunąć albo złagodzić jego przychylną i sami chorzy uciekają się w tym celu do pewnych środków sztucznych; reszta zaś wchodzi w zakres działalności oftalmologów. Pomijam więc opis zawrotu ocznego, który ściśle biorąc, mógłby znaleźć miejsce w pierwszej z naszych grup.

Zawrót uszny stanowi przeciwnie typ bardzo specjalny i wyraźnie odgraniczony. Zowią go chorobą MEXIERRE'a od czasu ogłoszonego w r. 1861 przez tego lekarza w „Gazette médicale de Paris” artykułu „O cierpieniach ucha wewnętrznego, które dają objawy apoplektycznej postaci przekrwienia mózgu”. Badania MEXIERRE'a zostały podjęte na nowo w ostatnich czasach, głównie przez CHANOT'a, który położył nacisk na specjalne leczenie tej postaci zawrotu.

Przyczyną choroby są bardzo różne co do swej natury cierpienia nerwa. Pod względem klinicznym cechuje się ona prawie stale przez postępującą głuchotę. Napad zawrotu odpowiada się powstawaniem lub nasileniem pewnych szmerów w uszach. Ale (i to jest punkt, na który raz jeszcze robić nacisk) istnienie szmerów w uszach podczas napadu zawrotu nie wystarcza jeszcze do określenia natury zawrotu. Przypisywanie bezpośrednie wszystkich wypadków tego rodzaju zawrotowi MEXIERRE'a jest błędem bardzo rozpowszechnionym. Każdy zawrót może wywołać zaburzenia uszne. Dla pewnego rozpoznania choroby MEXIERRE'a, trzeba objąć całość obrzu, t. j. z jednej strony zmiany już dawno istniejące niezależnie od słuchu, a z drugiej rozmaite rodzaje szmerów usznych bezpośrednio poprzedzające napad.

Trzecim nareszcie typem klinicznym, którego niejednokrotnie nadużyto, jest zawrót żółdkowy, czyli zawrót *à l'estomac laeso*. Ta postać zawrotu, która od czasu miatrzwackiego opisu THOUSSAUD stała się klasyczną, jest dla lekarza najwciążniejszą ze wszystkich; ustępuje ona prędko przy działaniu na jej przychylną, a lekarz korzysta często z tej szaczelniwej okoliczności dla rozbudzenia nadziei możliwego wyleczenia w zwątpiałyeh umysłach chorych, dotkniętych nieuleczalnym cierpieniem.

Zawrót żółdkowy przedstawia zwykle cechy zawrotu; nie towarzyszy mu utrata przytomności, a i omdlenia przytrudniają się wyjątkowo i występują późno. Zawrót przychodzi w daleko już posuniętym okresie trawienia, przeciętnie w 4 do 6 godzin po przyjęciu pokarmu. LASSEQUE utrzymuje, że można często zapobiedz napadom, lub

jo powstrzymać, podając choremu małą ilość pokarmu, np. silitankę buljonu lub biszkopt. Rzadziej zawrót ten występuje wczesnie, już w pierwszych godzinach trawienia. Oczywiście w tej postaci zawrotu przytrafiają się często zaburzenia w trawieniu, chory skarty się na nudności, nudności a czasami zdarzają się i wymioty. Ale i tu — wymioty i nudności nie wystarczają do stwierdzenia zawrotu śródłukowego; aby rozpoznanie było pewnem, potrzeba dowieść, że chory jest dotknięty istotnem cierpieniem narządów trawienia. Objawy gastryczne mogą towarzyszyć każdej postaci zawrotu; aby mieć prawo mówienia go śródłukowym, potrzeba stwierdzić, że i po za napadami zawrotu, niezależnie od nich, istnieją oznaki niestrawności.

(Na) w streszczeniu, opis trzech wielkich typów klinicznych zawrotu. Zauważyło Panowie, że różnią się one wyraznie pomiędzy sobą tak przez swoją symptomatologję, jak i przez swoje przyczyny, a oprócz tego (co jest pierwszorzędnym punktem przy ustanawianiu podziałów klinicznych) i przez właściwe sobie leczenie. Zawrót ostry lub przypadkowy wcale nie podlega leczeniu; ograniczamy się prawie zawsze na działaniu na jego przyczynę, a sam ten objaw ustępuje bez użycia środków bezpośrednio przeciw niemu zwrotczonych. Przeciwnie każda postać zawrotu przewlekłego ma swoje szczególne leczenie. Zawrót epileptyczny wymaga podawania bromu w dużych dawkach, usznu—chininy, śródłukowy środków regulujących trawienie. Przy pomylek w rozpoznaniu i przy sklerowaniu leczenia przeciw śródłukowej przyczynie, zostawia ono zupełnie bezskuteczność. W ogóle, mając do czynienia z zawrotem, ograniczamy się zazwyczaj do odszukania, poza objawami zewnętrznemi, tła chorobowego, odpowiadającego jednej z trzech chorób, o których wspominałem, mianowicie epilepsyi, chorobie MENIERE'a i zaburzeniom gastrycznym. Pospolicie nie przypuszczają, że mogą istnieć inne postaci kliniczne, inne źródła choroby.

Jest to błąd.

Trzy wymienione typy zdarzają się co prawda bardzo często, lecz same w sobie nie obejmują one całkowitej etjologii zawrotu przewlekłego. W rzeczywistości, istnieje jeszcze czwarty typ kliniczny, nie mniej rozpowszechniony, który ma także swoją historję i swoje odrębne leczenie.

Jest to zawrót, którego źródłem są: serce i naczyńia, a właściwie stwardnienie tych ostatnich; jemu to będą poświęconu następnio odczyty.

II.

A więc najprzód co to jest stwardnienie tętnic (*arterio-sclerosis*).

Zmuszony do liczenia się z czasem, nie zamierzam bynajmniej podać Panom w tych kilku odczytach całkowitego rysu tej choroby, mam wszakże obowiązek objaśnić Was na czem ona polega i jak ją można rozpoznać.

Stwardnienie tętnic¹⁾ jest to choroba ogólna i przewlekła całego układu tętniczego, która ogarniając całość tego układu, może nadto umiejscowić się wyraźniej w rozmaitych organach. As do ostatnich czasów badanie tętnic było bardzo zaniedbanem; badano pilnie serce i jego błony, a nie zajmowano się prawie zupełnie zmianami naczyń. Narząd krążenia doznawał podobnego losu, jaki był przez czas długi udziałem układu nerwowego; stan mózgu i rdzenia były ciekawie przedmiotem głębokich badań, podczas gdy wcale nie trąszono się o to, czy i nerwy obwodowe nie doznają też czasami jakowych zmian.

Patologija serca panowała przez długi czas samowładnie, a patologii naczyń pisarze ledwie raczyli udzielać skromny podział, albo jeszcze skromniejszy paragraf w swoich traktatach o chorobach układu krążenia. Ten tak nierówny podział wskazuje wyraźnie, jaki aż do ostatnich czasów przeważał kierunek w zajęciach klinicyistów. Obecnie objawiła się już energiczna reakcja, a tętnicom dostał się szerszy i sprawiedliwszy udział w opisach ogólnej patologii tkanek. Przeszczesano do ożywienia tkanek we wszystkich zakątkach ustroja, przenikają one do wszystkich jego okolic i na obsługiwano przez siebie pole obejmują najrozmaitsze narządy. Ztąd wynika, że stwardnienie tętnic jest chorobą ogólną, prawie chorobą *totius substantiae* i że przy możliwości następujących umiejscowień, stanowi ona wspólny początkowy łącznik dla wielu chorób, o różnym ostatecznym wyglądzie.

I w samej rzeczy wiele chorób dobrze zróżniczkowanych w późniejszym okresie swojego rozwoju, a mających swoje siedlisko już to w nerkach, już w sercu, już w mózgu, w wielu wypadkach rozpo-

¹⁾ Przekładam czasowo nazwę *arterio-sclerosis* nad nazwą *angio-sclerosis*, którą zbył nadać tej chorobie, a która określałaby lepiej większe uogólnienie zmian, i też rozszerzenie na składowe tkanki. Stwardnienie był *jułobro-sclerosis*, wydaje mi się jednak, ażeby mało zbadanego i byłoby rzeczą przedwczesną klasę je na równie stopie a analogicznom cierpieniem tętnic.

czyną się w tenże sam sposób, skutkiem wspólnego i uogólnionego oziębienia układu naczyniowego.

Badanie stwardnienia tętna pożytecznem jest i w końcowym okresie sprawy chorobowej, bo choć nie daje tu już wyraźnych wskazań terapeutycznych, dostarcza nam przecież bardzo cennych objaśnień, dotyczących rozwoju choroby. Ale ma ono pierwszorzędne znaczenie w początkowych okresach tego cierpienia, mianowicie w tym, w którym stwardnienie ogarnęło już całkowicie tętno, ale się jeszcze nie zdążyło umiejscowić w żadnym z organów trzewiowych; w tej bowiem chwili choroba jest zupełnie dostępną dla wpływu odpowiednich środków leczniczych.

Choroba BOUTIERA bardzo się różni pod względem objawów od rozmiękania mózgu, a wiadomo, że w obu wypadkach radykalno wyleczenie jest często mało prawdopodobnem. Lecz jeśli stoimy wobec początkowego okresu, wspólnego obu tym chorobom, w którym nie ma jeszcze umiejscowienia, wtedy mamy przed sobą identyczną zmianę, dającą się uleczyć i naprawić.

Ten okres początkowy, zapowiedni dla obu chorób, przedstawiony jest w dziełach klasycznych ciemno i nieokreślenie. Czy to iżnie o chorobę BOUTIERA, czy o rozmiękanie mózgu, dają nam one tylko objawy rozproszone i niedość wyraźne, które tem trudniej zapamiętać, że nie możemy uchwycić ich przyczyny.

Obecnie objawy te odnosimy do stwardnienia tętna, a kto je umie rozpoznać i ocenić, ten zdola wczesnie zdobyć wskazania leczniczo niezaprzeczanej wartości. Ma więc lekarz ważne powody do wytropienia stwardnienia tętna i to, o ile można jak najwcześniej.

Nie wdając się tu w historję, muszę w tem miejscu zaznaczyć wybitną zasługę HUCHARD'a na tem polu. Nie twierdząc bynajmniej, że to on odkrył tę chorobę, ale on rozwinął i wyłożył przystępnie z wielkim talentem znaczenia chorobotwórcze ogólne stwardnienia tętna. Ma on tę wielką zasługę, że pierwszy rozpoważenił we Francji to pojęcie w świecie lekarskim, i nie mogąc dość gorąco założyć Panom przeczytanie nowej jego książki: p. t. „*Traité des Maladies du coeur et des vaisseaux*“.

Czemże jest dalej stwardnienie tętna z punktu widzenia anatomicznego? Przedewszystkiem muszę Panów ostrzec przed bardzo rozpowszechnionym błędem, a mianowicie braniem za jedno stwardnienia tętna (*arterio-sclerosis*) z ich zwyrodnieniem ateromatycznym. Starszy lekarzo, pisarce ubiegłego czasu, jednym słowem wszyscy, którzy się zżyli z dawnymi pojęciami, przyjmują tę jednoznaczność i uważają zmiany ateromatyczne za istotny i wyłączny objaw stwardnienia tętna. Otóż są to dwie rzeczy całkiem różne

których nie należy utotemiać, jakkolwiek ściśle związek je łączy. Wiedząc Panowie, jak rozpoznajemy w klinice ateromatycznie zwyrodnienie tętnic. Sama ta nazwa przynadzi Wam na myśl, owo twarde i pokręcone tętnice, usiane węzłami, z których każda na palcu, przesuwanym w jej kierunku, czyni wrzawienie rozciągniętego pod skórą różańca; wyobraźcie sobie nastychmiaś owo sterząco i powyciągano tętnice skroniowe, których węzłowe ząkręty podnoszą powierzchnię skóry do swojego poziomu. Na skocy tętnice te, których obraz kliniczny przedstawiłem powyżej w streszczeniu, ukazują się wam jako zgrubiałe, rozszerzone, szeroko i niejednostajnie roztwarte, pozabawione normalnej sprężystości i usiane blisko swojej powierzchni wewnętrzną białawość, twardemi lub rozmiękczonemi blaszkami.

Co się tyczy związku, zachodzącego pomiędzy stwardnieniem a sprawą ateromatyczną, to polega on na tem, że zmiany ateromatyczne są w naczyniach końcowym ogniskiem stwardnienia ścian tętnic. Jest to jednak x umiejscowien choroby, nie zaś jedyny jej objaw. Z tego punktu widzenia są one analogiczne ze zmianami nerok w chorobie BRICHTA, lub rozmiękczonim mózgu i bynajmniej nie mogą w sobie streszczać całego rozdziału o stwardnieniu tętnic. Mówiąc innczej, zmiany ateromatyczne w naczyniach bywają często ostatocznym wynikiem stwardnienia tętnic, nie stanowią jednak ani jego skutego niezbędego objawu, ani ściśle wyłącznego umiejscowienia.

Jeśli stwardnienie tętnic umiejscawia się w nerce, wtedy wywołuje chorobę BRICHTA, jeśli oddziaływa przeważnie na mózg, może wytworzyć w nim aukrzep, poprzedzający późniejszo rozmiękczenie, jeśli nareszczie daje pierwaszeństwo naczyniom własnym ścianek tętnicznych (*maas vasorum*), wtedy daje początek ateromatycznemu ich zwyrodnieniu. A zatem zwyrodnienie ateromatyczne jest skutkiem stwardnienia ścianek tętnic, jest jednem x umiejscowien ogólnego stwardnienia naczyń.

Można więc ze uluznością powiedzieć, że weszemy dotknęci sprawą ateromatyczną chorąją na stwardnienie tętnic, ale twierdzenie odwrotne nie byłoby prawdziwem. Tak samo jak stwardnieniu (*sclerosis*) trawioń, tak i zwyrodnienie ateromatyczne tętnic jest także wyrazem stwardnienia tętnic już posuniętego i często nieuleczalnego. Jest więc rzeczą niezmierną wagi wysledzić cierpienie przed ukazaniem się tego spóźnionego jej objawu, a przynajmniej w samym jego początku.

Z punktu widzenia ściśle anatomicznego, stwardnienie tętnic jest zapaleniem tętnic (*arteriitis*), a przynajmniej mieszaniną w zmienności stosunku zapalenia błony wewnętrznej (*endarteritis*) i zapalenia błony zewnętrznej (*periarteritis*). Taki przynajmniej jest pierwaszy

stopień anatomiczny cierpienia. Zapalenie tętnic trzewiowych spowodować dwa szeregi następstw: murasność (*cirrhosis*) czyli stwardnienie (*sclerosis*) i zgorzel (*neuritis*).

Stwardnienia trzewiów odbywają się podług trzech typów:

Jedne powstają nie w bezpośrednim sąsiedztwie chorych tętnic, nie wokół zmienionego naczynia, ale w pewnej odległości, zawsze jednak w polu obalugiwanem przez cierpiący kanał krwionośny. W obazarzo zraszanym przez tętnicę powstaje, tak zwane przez HIROLITA MARTIN'a stwardnienie rozrostowe (*dystrophiqne*), to znaczy, że elementy czynno zanikają i giną, a na ich miejscu rozwija się tkanka łączna. Stwardnienia zajmują całą przestrzeń się zraszaną, ale odżywiają przez tętnicę, w której zapalenie wywołalo zwiększenie, a często i częściowo zarosnięcie; stąd niedostateczny dopływ krwi i nieprawidłowy rozrost (*dystrophia*) tkanki łącznej.

Stwardnienia przez sąsiedztwo, których opisem bardzo pilnie zajmował się HUCHARD, są to stwardnienia zapalnie, że się tak wyrażę, stwardnienia zapalnie *per continuitatem*; powstają one w bezpośrednim sąsiedztwie tętnicy, dotkniętej zapaleniem błony zewnętrznej, i rozchodzą się stopniowo wokół chorego naczynia w kierunkach odśrodkowych.

Naczynia zdarzają się w trzewinoli stwardnienia mięsne, zarazem rozrostowe (*dystrophiqnes*) i zapalnie. powstające z połączenia dwóch powyżej opisanych typów.

Taki jest pierwszy sposób oddziaływania stwardnienia tętnic na trzewia. Stwardnienia trzewiów, czy to rozrostowe, t. j. pochodzące z niedostatecznego odżywiania, czy też powstałe w sąsiedztwie tętnicy drogą rozprzeatrzenia sprawy zapalnej, stanowią ważny rozdział patologii trzewów, zwłaszcza gdy wiemy, że dotyczą one przeważnie takich narządów jak: serce, nerki i rdzeń.

Drugą sprawą zależną od działania stwardnienia tętnic na trzewia jest zgorzel. Chore naczynie zwolna zarasta, powstaje w niem zakrzep i obieg krwi ustaje. Jeżeli tkanka, pozbawiona w ten sposób krwi, nie zostanie zaopieczona drogą oboczną w płyn odżywczy, potrzebny do podtrzymania jej sprawności żywotnej, wtedy ulega ona rozmięczeniu i rozpadowi. Typem takiej sprawy jest rozmięczenie mózgu.

Z tego ogólnego poglądu, jaki rzuciliśmy powyżej na patologię tętnic i na jej następstwa, mogliście Panowie się przekonać, w jaki to sposób stwardnienie, pierwotnie ogólna choroba tętnic, może w posuniętym stopniu swojego rozwoju, umiejscowić się w jednym z trzewiów i stać się chorobą organu. Paza trzewiowa jest tuż umiejscow-

wieniu; można powiedzieć o stwardnieniu tętnic to co o syfilisie, t. j. że z wiekiem nawyka do pewnego porządku i karności.

Cierpienia obejmujące w początku całe drzewo tętnicze, po długim czasie umiejscawia się, stosownie do tej lub owej przyczyny usposabniającej, w pewnym organie i to ostatecznie umiejscowienie. In końcowa faza nadaje najczęściej nazwę chorobie. Jakoz najczęściej w pierwszym okresie rozpoznano pozostaje niepewnem; wobec nieokreślonych i dziwnych objawów, jakie chorey przedstawia, pojmujemy, że znajduje się on w początku rozwoju jakiej sprawy chorobowej, caujemy, jeśli mi wolno użyć trywialnego wyrażenia, że coś się wyłęgła, ale nie wiemy jeszcze co się przygotowuje.

Potem, po upływie zmiennego przeciągu czasu, jeden zapada na serce, drugi na nerki, trzeci na rdzeń, albo na mózg. A lekarz mówi wtedy z pozorą słusznością: dotychczasowe objawy były tylko zwiastunami choroby serca, choroby BRUNTA, stwardnienia rdzenia, albo rozmiękania mózgu!

Nie, tak nie jest bynajmniej. Ten ciasny pogląd nie wystarcza; ograniczony do przypatrywania się faktom dokonany, przyjmujący umiejscowienie trzewiowo nie za wynik, lecz za przyczynę, pogląd ten odnosi wszystkie zauważone poprzednio zjawiska do tego późniejszego rozpoznania; zaniedbuje okres początkowy, który wydał mu się nieokreślonym, ciemnym i bez znaczenia, a liczy się tylko z nabytą już chorobą, wyraźniejszą w swoich objawach, ale najczęściej już ostateczną i nieuleczalną.

Pogląd dzisiejszy jest bardziej filozoficznym, bardziej podniosłym, a jednocześnie prowadzi do bardzo ważnych wniosków praktycznych. Wszyscy chorzy, o których była mowa, mieli w początku chorobę tętnic; wszyscy byli dotknięci tem samem cierpieniem pierwotnem, a cierpienia ich stały się odmianami, zróżniczkowały się dopiero w późnym okresie rozwoju. Jeżeli pierwszy okres pozostał niedostrzeżonym albo przynajmniej nie przyznano mu tego znaczenia na jakie zasługiwał, to dla tego, że rozpoznano stwardnienie tętnic lub go ostatecznie nie znano.

W samej istocie rzeczy, okres zwiastunowy cechuje się objawami ogólnego stwardnienia tętnic; są to pierwsze, niepewne języczki i nieokreślone, ale zrzeszły zawsze jedno i to same kroki wielu chorób różnych na pozor. Odnajdujemy je w początkach pewnych chorób serca, rozmiękania mózgu, rozmaitych stwardnień rdzenia i t. d. i dla nich to właśnie, kiedy maskują pierwsze okresy choroby BRUNTA, utworzono nową odmianę zapalenia nerek bez białkomoczu.

W tych wszystkich rozmaitych stanach, należy dzisiaj opierać dwa okresy; pierwszy to jest ogólnego stwardnienia tętnic, stanowiąc

cy samoistną chorobę, bez względu na jej skutki następczo, i drugi t. j. okres trzewiowy, w którym cierpienie się umiędzcawia i którego obraz symptomatyczny całkowicie się zmienia, stosownie do roli dotkniętego organu.

To ogólnie stwardnienie tętnic, które uderza od razu choć w rozmaitych stopniach cały układ tętniczy, ma swoją specjalną etiologię. W braku przyczyny specyficznej i jedynej, powodem choroby może być ogół okoliczności, albo rozmaitych stanów chorobowych, które łatwo jest wyliczyć z pewną ścisłością.

Reumatyzm przewlekły, we wszystkich postaciach, może nawet zimno i wilgoć, które sprzyjają jego rozwojowi, ale niedowszystko reumatyzm dalszyczny i będący wyrazem dyjatezy; podagra, artrytyzm wraz z reumatizmem przejawami skórnymi, jednym słowem cała grupa chorób, którą BOECHARD oznacza nazwą chorób ze zwolnionej przemiany materji, a którą w liście swoich objawów, obejmują chorobę cukrową, natęże, migrenę, kamienie nerkowe i tyłocę, może być źródłem stwardnienia tętnic.

Obok tej grupy artrytycznej (biorę tę nazwę w najobszerniejszem znaczeniu) należy pomieścić otrucie; rozumiem tu otrucie przewlekłe i długotrwałe. Alkohol, opium i tytuń, oto trzy ciała, które jak sądzę najczęściej wywołują stwardnienie tętnic.

Dołączę tu jeszcze malaryję i syfilis, które należą także do przewlekłych otruc i posiadają mi za przodek do otruc przechodniech, do których przedowszystkiemaliczam choroby zakazne ostre.

To ostatnie odgrywają w etiologii stwardnienia tętnic rolę daleko szerszą, bo długie ich działanie na ustroj jest mniejszą; uderzają ono mocno, ale prędko przechodzą i rzadko zostawiają po sobie ślady. Dla tego to ospa, tyfus, odra, szkarlatyna i dysferyt grają daleko mniej wybitną rolę niż reumatyzm stawowy, lub syfilis. Praca praca w n i o jednorazowo lub długo trwale, praca nad siły, zwłaszcza w połączeniu ze zbytnimi kłopotami, należą także do czynników usposabiających.

Nareszcie w i o k (od którego może powiniennem był zacząć) jest potężnym czynnikiem stwardnienia tętnic; prawie wszyscy dotknięci tem cierpieniem okazują rzeczywiste oznaki starości prawdziwej, albo przedwczesnie nabytej.

Muszę tu zresztą zauważyć, że do przedmiotu, który nas zajmuje, stosuje się w zupełności zasada, wypowiedziana przez człowieka przy opisie histeryi: najczęściej mamy przed sobą nie jedną tylko i wyłączną przyczynę. Stwardnienie tętnic jest najczęściej, równie jak hi-

steryju, wypadkową wielu czynników etyologicznych, rozmianie ugrupowanych, z których żaden z osobna nie byłby jej watanie wywołac.

Reumatyzm i alkoholizm mogą wprawdzie same przez się spowodować tę chorobę, ale przynoszą przechodnie, jak choroby zakaźne albo praupracowanie, odgrywają jak się zdaje, skromniejszą tylko rolę czynników przypadkowych, i wtedy tylko mogą wywołać stwardnienie tętnic, jeżeli dany osobnik jest szczególnie do niego usposobiony. W tym razie usposobienie uwilocznia się właśnie pod działaniem tych przyczyn.

Czy przyczyny, o których mowa, działają na osobnika, wytwarzają od razu to zapalenie tętnic, które stanowi podstawę anatomyczną ich stwardnienia?

Na ten punkt, mający bardzo wielkie znaczenie kliniczne, HUGHARD zwrócił szczególną uwagę. Według niego, przyczyny drażniące, przed wywołaniem zapalenia tętnic, powodują najprzód skurczenie drobnych tętniczek, w początku przerywany i przemijający, potem coraz trwalszy, którego bezpośredni następstwem jest nadmierne napięcie i o (hypertension) tętnic. To powtarzające się nadmierne napięcie ma być punktem wyjścia dla zapalenia naczyń i następczego stwardnienia.

Pogląd ten jest zbyt ogólny, i z tego powodu zasługiwałby na bliższy rozbiór, niemniej przeto trzeba się na to zgodzić, że tkwi w nim myśl bardzo dokładna i ważna pod względem klinicznym. Tłumaczy on wybornie fakt pierwszorzędowego znaczenia, dawniej tylko empirycznie stwierdzony, a jednak niezaprzeczone rzeczywisty i pożyteczny, że w początkowych okresach, zjawisku stwardnienia tętnic są przerywane i możliwe do wyleczenia, a w późnych stają się stałymi i trudno uleczalnymi. Jest to fakt pierwszorzędowego znaczenia, mający najważniejsze znaczenie praktyczne.

Dochodzimy w ten sposób do uzupełnienia całego cyklu rozwojowego stwardnienia tętnic, który rozpatrywaliśmy dotąd tylko w jego okresach końcowych.

Oto więc jest szereg zjawisk, które powiniemy być zawsze przytomnie w umyśle klinicysty, jeżeli nie chce zapoznać choroby: najprzód skurcz drobnych tętniczek, któremu towarzyszy nadmierne napięcie w tętnicach, potem własolwe stwardnienie tętnic i w końcu umiejscowienie jego w trzewach. Znać dokładnie i umieć poprawnie rozpoznąć każdy z tych okresów, jest dla klinicysty rzeczą pierwszorzędną wagi.

Dla okresów końcowych rzecz to łatwa: mamy przed sobą klasyczną symptomatologię choroby BRIGHTA, cierpienia mięśnia sercowego, krwotoku mózgu i różnych stwardnień rdzenia. Nie prostszego, nad roz-

poznanie w podobnych warunkach. Ale daleko trudniejszą, a zarazem i daleko ważniejszą rzeczą jest wyjaśnienie objawów na pierwszych etapach choroby. I pod tym względem polecił HUCHARD bardzo cenne analogi; zjadł on i wyświadczył z wielkim rozumem klinicznym objawy, należące do pierwszych okresów, a mistrzowski jego opis stanowi zupełnie i w wielkiej części samostatne opracowanie, od którego zapożyczamy pewną część następujących wyjaśnień.

Jakież więc są oznaki nadmiernego napięcia tętna, napięcia będącego wyrazem skurczu tętniczek?

Potrzeba tu rozróżnić objawy czynnościowe i fizyczne.

Do objawów czynnościowych nadmiernego napięcia tętna należą: twarde uczucie ciężaru na piersiach, duszność przy wysiłku i przy wchodzeniu pod górę, ten ciekawy objaw na który często robić nacisk w obecności Panów, przy wypytywaniu chorych, a który w początkach występuje tylko przy samotnej robocie, przy wstępowaniu na schody lub podobne chodu pod górę, po spulchniętej ulicy albo pod wiatr;—przykre, niepokojące i bolesne kolatania serca;—niekiedy lekkie uczucie niepokoju w okolicy dolka sercowego;—ziębienia miejscowo (stygnięcie kończyn, obamieranie palców);—nagle blednięcie skóry i błon śluzowych.

Czy nie uderza to panów, że te ostatnie objawy, są zarazem przedwstępniemi objawami choroby BRUCHA, którą tak starannie opisał DIKOLAROWY? I rzeczywiście, u niektórych chorych nastąpi po tym przedwstępnym okresie umiejscowienia norkowe. Ale i na to zwróćcie Panowie szczególną uwagę, że żaden z powyższych objawów niema właściwie nie wspólnego z zapaleniem nerek. Nie dla tego widzimy te objawy u chorych, że są oni kandydatami do choroby BRUCHA, ale dla tego, że mają stwardnienie tętna. Takie same zaburzenia również często się przytrafiają w początkowym okresie rozmiękania mózgu, albo tej choroby serca, która powstaje w następstwie cierpienia aorty (*cardiopathie aortique*).

Zaliczę jeszcze do zaburzeń czynnościowych bóla głowy, senność, nerwoból i narazicie z a w r ó t, jako objaw złego ukrwienia mózgu, do czego jeszcze później powrócę.

Przechodzimy teraz do objawów fizycznych. Tu wymienię naprzód, wyjątkowo zresztą przytrafiające się istnienie smorru przedskurczowego u wierschołka; smoru ten zajmuje tylko krótką chwilkę rozkurczu i zjawia się tylko chwilowo, założy on, o ile się zda, od ostrego rozszerzenia serca i niknie wraz ze skurczem naczyńnym, który go wywołał.

Drugim następstwem nadmiernego napięcia tętniczego jest odplyw pewnej części szływającej krwi z małych naczyń do aorty;

pod jego wpływem aorta się rozszerza, a po ustaniu skurczu, powraca do pierwotnego stanu. Po wielu takich kolejnych odmianach rozszerzenia i skurczenia, zmniejsza się sprężystość aorty i wówczas następuje stale jej rozszerzenie. W związku z tem stałym rozszerzeniem daje się często zauważyć wzniesienia tętnic podobojczykowych.

Jednocześnie i jako skutek tego samego działania, można niekiedy zauważyć niedomykalność aorty, zrazu przemijającą i czysto względną, która następnie przechodzi w organiczną i stałą i ściągnie za sobą szereg klasycznych objawów.

Znamioną cechą nadmiernego napięcia tętnic, do której wraz z HUCHARDDEM przywładzają najwyższą wagę, jest wzmocnienie drugiego tonu aorty.

Często powtarzałem Panom, że przy badaniu zaburzeń sercowych, nie należy mieć wyłącznie na oku dźwięków nieprawidłowych; potrzeba również słodkić najpilniej odmiany, zachodzące w dźwiękach prawidłowych, a przede wszystkim dotyczące natężenia i rytmu każdego z tych dźwięków. Daję tej myśli mojej postać nieco szematyczną, nauczylem Was, że podług ogólnego prawidła, natężenie pierwszego tonu wyraża energję skurczu serca, a natężenie drugiego tonu znajduje się w zależności od napięcia tętniczego. Pierwszy ton cechuje stan serca, drugi — stan naczyń.

Kiedy słabnie natężenie pierwszego tonu, jak to ma miejsce u dwóch znajdujących się obocnie w moim oddziale obcych na ciężkie zapalenie płuc, to znaczy, że kruchość serca słabnie.

Jżeli drugi ton przychodzi, należy wiedzieć, że się obniża napięcie tętnicze. Na to znacząco rozpoznawasz drugiego tonu serca świeżo zwrócili uwagę BOCQUOY i MARFAS w ciekawym artykule, zamieszczonym w *Revue de Médecine*.

Odwrótnie, nasilenie pierwszego tonu świadczy o wzmocnieniu energii mięśnia sercowego, a nasilenie drugiego tonu jest powną wskazówką zwiększenia napięcia tętniczego i stanowi najlepszą oznakę nadmiernego napięcia tętnic, a zatem i pierwszych początków ich stwardnienia. Oznaki tej należy poszukiwać w pobliżu zwykłego ogniska aorty, a zatem w okolicach najwewnętrzniejszej części drugiego albo trzeciego prawego międzypłacza. Rzadziej można ją znaleźć w innych okolicach; jednakże niekiedy zdarza się wysłuchać ją nad samą komórką, na wewnątrz brodawki sutkowej, albo odsłukać wzdłuż mostka, czasami nawet w pobliżu wyrostka mieczykowego.

Potrzeba rozróżniać nasilenie rozkurczowe aortalne, czyli wzmocnienie drugiego tonu, wyrażające jedynie nadmiernie napięcie tętnicze, od innego zjawiska, które się nazywa przydźwiękiem metalicznym

albo bąbniącym drugiego tonu aorty. Jest to wyższy stopień aniżeli prosto nasilenie rozkurczowe, świadczący o cierpieniu bardziej poznaczonym niż nadmierne napięcie spowodowane skurczom tętniczek, i wyrażający rozszerzenie aorty.

Ważną jest także rzeczą nie wziąć nasilenia drugiego tonu aorty za wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, który wysłuchujemy w drugim międzyżebrowiu lewom. Zauważenie tych dwóch objawów jest w rzeczy samej ciekawym odmiennym; pierwszy zdradza nadmierne napięcie w wielkim krwioobiegu, drugi, poapólny przy rozmaitych cierpieniach płucnych, świadczy o nadmiernym napięciu tętniczym w małym obiegu, w układzie prawego serca. Ten drugi objaw można także spostrzegać w niektórych przypadkach niedokrwoności.

Tak więc wzmocnienie drugiego tonu aorty jest ważną i znamionną cechą stwardnienia tętnic w jego pierwotnym okresie; cechę tę można spostrzegać w tym okresie współcześnie a przejawiać w napadami zaburzeń czynnościowych, które często poprzedzają o długi szereg lat ostatoczna umiejscowienie się choroby.

W niektórych wypadkach nagłego nadmiernego napięcia, widzimy niekiedy ostre rozszerzenie, a dalej czasowy niedokurcz serca. W tym czasie do ustalenia rozpoznania połączą nam, zamiast zwiększenia napięcia w naczyńach, inne objawy, jako to: twardość tętnic promieniowych, krętość tętnic skroniowych, i cały zbiór oznak przedwczesnej starości.

Stressującą cały powyższy wywód, twierdzimy, że najstałą i najbardziej znamionną cechą stwardnienia tętnic jest wzmocnienie drugiego tonu aorty. Stała niż zaburzenia czynnościowe, których objawy zmieniają się zależnie od umiejscowienia, cecha ta istnieje prawie zawsze i niezależnie od tego, w jakim z trzewów umiejscowi się następczo stwardnienie tętnic. Kiedy cierpienie to umiejscawia się już w jakimś organie trzewowym, wtedy objawy czynnościowe przedstawiają na razie też same cechy przemijalności i napadowości, które zaznaczyłem, mówiąc o jego ogólnem działaniu na układ naczyniowy; ale nabierają one natychmiast więcej znaczenia i mocniej rzucają się nam w oczy.

Umiejscowienie stwardnienia tętnic w jakimś organie, wywołuje w pierwotnych okresach choroby ciekawe zaburzenia, których do prac HUCHARD'a wytłomaczyć nie było można, a które stanowią to, co możemy nazwać przypuszczającą niesprawnością, albo chromaniem narządu (*claudication*).

III.

Po wyłożeniu symptomatologii stwardnienia tętnie w jej okresie początkowym, pragnę dać Panom teraz wyobrażenie o znamionach, pozwalających rozpoznać chorobę wtenczas, kiedy grozi już nando-wianiem się w jakim organie wewnętrznym. Łatwo jest odznaczyć klinicznie ten okres; skoro bowiem w całym jego ciągu przypadłości, wywołwane przez stwardnienie tętnie wydurzają się w sposób przepuszczający, czyli parokazyzmowy, wynika stąd szczególny stan narządów, który można nazwać przypuszczającą ich nie-sprawnością, albo chromaniem. Ta ostatnia nazwa oznacza pewien, bardzo ciekawy stan, zdarzający się u koni. Koni mianowicie rzadko ruza z miejsca, ma nawet dobry chód i daje nam wazelką nadsięcie przybiecia powtarznej odległości. Lecz bardzo prędko przechodzi zmęczenie; koni zaczyna utykać i za chwilę nie może już zrobić jednego kroku. Zmuszony do dalszego chodu, czyni parę bezużytecznych wysiłków, nogi mu sztywnieją i pada. Jeśli przeciwnie pozwolimy mu odpocząć, to po krótkiej chwili rusza powtórnie naprzód równo rzadko, jak na początku, ale bardzo prędko zatrzymuje się znowu. Ciekawo to zjawisko występuje zatem skutkiem chodu i ginie pod wpływem spoczynku.

Zauważono i u człowieka coś podobnego w pewnych chorobach. Tak np. CHANCEOT zauważył podobno objawy u chorych na chorobę cukrową; chory wstaje i zaczyna iść prawidłowo, lecz wkrótce przychodzi do sztywnienia, i osobnik, nie mogąc bezwarunkowo przellżnąć chodu, musi usiąść; krótki spoczynek pozwala mu następnie iść dalej.

Jak więc wytłumaczyć to zjawisko?

Oddawna już stwierdzono, że zjawisko to występuje z tej lub owej przyczyny, kiedy krążenie miejscowo jest niezapelnem. Jeśli krążenie w kończynach jest prawidłowe, osobnik, czy to człowiek czy zwierzę, chodzi bez trudności; jeśli krążenie zupełnie nastaje, wcale chodzić nie może. Lecz jeśli dopływ krwi do kończyny stanie się tylko niezapelnym, będzie ona wypełniać swoją czynność dotąd, dopóki żądamy od niej pracy umiarkowanej; jeśli przeciwnie wymagamy od niej więcej i żądamy wysiłku długotrwałego, sprawność jej będzie mogła być tylko chwilową, wkrótce przyjdzie zmęczenie i po pierwotnym wysiłku nastąpi całkowita niesprawność, która natychmiast ustąpi jak skoro organ zaczerpnie w krótkim odpoczynku energii, dostatecznej do odnowienia jego działalności.

U koni taka przepuszczająca niesprawność konkretn objawia się w samej rzeczy wtedy, kiedy dopływ krwi staje się niezapelnym w skutek jakiegokolwiek przeszkody, a najczęściej wskutek przerosła gruczołów, rozłożonych wzdłuż aorty brzusznej.

Jeżeli stwardnienie tętnic obejmuje jaki organ, wszystko jedno czy mamy do czynienia jeszcze tylko z pierwotnym skurczem tętnic czy też już z następczym ich zapaleniem, krążenie staje się utrudnionem. Ta przeszkoda nie wystarcza do zahamowania zwykłych czynności żywotnych; lecz, jeżeli w danej chwili działalność zostanie nadmiernie podniesioną, organ stawia się nie dość sprawnym, robi kilka kroków fałszywych, a potem chwilowo przestanie być czynnym. Wkrótce nabędzie on nowych sił i rozpocznie na nowo swoją czynność, zawieszoną na chwilę.

To właśnie uważam niesprawnością przepuszczającą albo chronieniem organów; idzie tu o przemijające zaburzenie czynności, które może dojść do chwilowego zawieszenia, a które zależy od niedostatecznego dopływu krwi.

Choćby stwardnienie ogarnia cały układ naczyniowy, przepuszczająca niesprawność może dotknąć jeden tylko organ oddzielny, skutkiem umiejscowienia się choroby w tym przeważnie organie. Oto dwa przykłady, które Panom jasno dowiodą istnienia sprawy trzewiowej; w jednym z nich dotyczy ona niesprawności przepuszczającej nerek, w drugim serca.

Pamiętaicie, Panowie, tego małego staruszka o dobrodusznym wyglądzie, a tak skłonnego do płaczu, który zajmował 25 numer na sali FOUQUETA, i który, co rano, podczas wizyty, domagał się pociechy od nas wszystkich, odwołując się raczej do naszego współczucia niż do środków leczniczych. Przed kilku niedawno dniami krwotok mózgowy uwolnił nas od obowiązku wypowiedziania mu z szczególnym uniesieniem mało urozmaiconych słów, mających za cel właśnie w niego ufność i podtrzymanie odwagi.

Otoż ten rozkwiłwiony początkowo chorował na stwardnienie tętnic ogólnie, a przeważnie umiejscowieniem nerkowym; tylko cierpienie nerek nie doszło u niego jeszcze do tego stopnia, aby wywołało stałą mocznicę. Od czasu do czasu chorey miał napady moczniczy przemijającej, od której właśnie był wolnym w chwili, kiedy pęknięcie naczynia mózgowego powaliło go nagle, podczas mówinnej rozrywki,—te napady moczniczy były właśnie skutkiem przepuszczającej niesprawności nerek.

Odczytuję panom całkowicie tę ciekawą historiją choroby, uzupełnioną wiatnem sprawozdaniem profesora KERRAN'a z sekcji pośmiertnej.

Franciszek Dawin, mający lat 67, wstąpił 23 lipca 1886 do oddziału kliniki lekarskiej, na salę FOUQUERA pod N. 25.

Jest to człowiek niskiego wzrostu, bledy, słabiejcy, ubroci ubramiasty. Ojciec jego zmarł, mając lat 81, przez całe życie cieszył się doskonałym zdrowiem. Matka była lat 75, umarła, jak mówi chorey z wycieńczenia. Siostra umarła, mając lat 34 z nieznaną chorobą.

On sam był zawsze zdrow i opóźnił lukktygo wzmocnienia kataralnego, nie poprzedził nigdy poprzednio żadnej choroby. Już utrzymuje, nigdy nie pił; tylko czasem używał trochę rumu do kawy, a wina pił bardzo mało. Nie miał nigdy reumatyzmu, ani syfilisu i nie podlegał ostrzeżeniu ołowianu, z chorób wenerycznych miał tylko rany trypra, ale już bardzo dawno. Od bardzo dawnego czasu, którego nie jest w stanie określić, cierpi prawie urdawniczo na głowę. W pewne dni, przeciętnie raz na tydzień ból głowy się nasila i dochodzi prawie do natężenia migreny. Od czasu do czasu przychodzi bólucie kureze tydek. Od pewnego czasu zaś warok uległ osłabieniu, a w uszach często przytrafia się szum. Na dwa miesiące przed wejściem do szpitala upadł z nozu, uległ mocnemu stłuczeniu okolicy łędźwiniwej i stracił przytomność. Od tam doznaje bólów w okolicy noska i nie może już pracować. Wkrótce potem wystąpiła opuchlina dolnych kończyn i powiek; prawa noga jest z porażką bardziej opuchniętą niż lewa. Następnie opuchlina zajmuje mostek i chorey wchodzi do szpitala z twarzą obrzękłą, a powiekami i kończynami dolnymi mocno opuchniętymi.

Chorey doznaje dumsności, lecz niedarkowanej, nie kaszle; skarży się głównie na ból głowy, szum w uszach, połączoney z zupełną prawie głuchotą lewego ucha, narowicie na względnie osłabienie kończyn, spowodowane przez puchliny. Apetyt dobry i trawienie łatwe.

Badania rozmaitych organów wykrywa istnienie mocnego i rozpowszechnionego zwyrodnienia skleromatycznego i części promienistowych skroniowych i wszystkich innych dostępných dla zbadania; są one twarde, kręte, o nierównej średnicy; w sercu słychać bardzo wyraźnie wzmocnienia drugiego tonu aorty. Kształt mozoła wykazuje pierwszego dnia w 1100 gramach, oddanych w ciągu 24 godzin, 24 gramy moczownika i 61,50 białka na dobę; w osadzie znajdują się walczaki żółte i szare.

Przy stosowaniu kolejnem naspród cukru mlecznego w dawkach od 50 do 100 gramów, a potem dyjety mlecznej w połączeniu z utykiem Jodka sodu z taniną i nareczem kowalaja, opuchlina kożesyń dobiega ustępną, ale obrzęk twarwy zostaje. Ciężar moczku wzrasta i w dniu 22 września dobiega 3111r. 200; ilość moczownika zwiększa się także i w dniu tym dobiega 37 gramów; przeciwnie ilość białka utrzymuje się stale na wysokości od 2 do 4 gr. na 24 godziny.

Okolo połowy Października, zapewne skutkiem wykrezenia przeciw dyjecio, choroby dostaje gwałtownej migrenki skardzy się na mocny ból głowy, domaga się opokoju, ciągłych prawie zawrotów i mococej duszności. Potem przychodzi wymioty, opuchlina się zwiększa, u przy wzdychiwaniu serca znajdujemy samoty u zastawki dwudzielnej i aorty, tętno 56 razy na minutę.

Jednocześnie zmniejsza się stopniowo ilość moczku i 10 Listopada wynosi już tylko 310 etn. sz.; ilość moczownika zmniejsza się w tym dniu do 2 gr., a za to ilość białka, która w tym dniu wynosiła 4 gr. wzrasta nagle do 8, a w dniu następnym do 10 gr. na dobę. Współczynnik ureturyczny spada do 0,147.

Pod wpływem przeczyszczeń, kufelny, lekki i prawidłowo stosowanej dyjety mlecznej, ustępną wymioty i duszność, ustaje migrenka, zmniejszają się bóle głowy i opuchlina.

21 Listopada, ilość moczu podlegała się do 3,500 c., mocznika do 28 gr.; ale ilość białka utrzymuje się na 7 gr.; przed pięciu dniami współczynnik umiarkowany podlegał się do 0,704.

Cały ten napad, przedstawiający dwa paroksyzmy, przedzieleno około tygodnia trwałym powrotem do stanu normalnego, trwał dłużej niż zwykle.

Gdybym wszedł głębiej w szczegóły spostrzeżenia, mógłbym przedstawić Panom historję wielu podobnych wypadków, zauważonych w rozmaitych odstępach czasu. Niechęć się jednak narazić na powtarzanie, wolę pozostawić Was pod wrażeniem poprzedzającego obrazu, który jest typowym; następnie wypadki są tylko mniej lub więcej ubarwioną jego kopiją.

Przed zakończeniem historii tego chorego uważam za rzecz właściwą zaznaczyć pewne ciekawe osobliwości, jakie przedstawiał rytm jego serca.

Wiecie Panowie, że w początku znajdowaliśmy prosto wzmocnienie drugiego tonu aorty i że później, w ciągu napadu uremicznego, stwierdziliśmy szmery nad zastawką dwudzielną i u aorty, które zależały od nagłego rozszerzenia aorty. Następnie spostrzegliśmy następującą nieprawidłowość rytmu sercowego; skurcze łączą się dwójkami, to jest po każdym dwóch uderzeniach następuje długa cisza, która może wyobrazić zupełny brak skurczu tak w aorty, jak i w tętnicach. Zrosną catory dźwięki, odpowiadające każdej parze uderzeń, mają to samo natężenie i są od siebie oddzielone równomiernymi przerwami ciszy. Jest to rytm płodu, przerywany regularnie co dwa uderzenia długotrwałą ciszą.

Taki stan serca, często badany w ciągu dni następnych, pozostał bez zmiany przez cały tydzień; chorey skarżył się wtedy ciągle na ból głowy, zaparcie stoła i miał w rozmaitych miejscach opuchlinę; po temu stan ten ustąpił miejsca innemu, w którym prosto wzmocnienie drugiego tonu aorty zmieniło się kolejno ze szmerami u wierzchołka i u aorty.

Dla dokonania tej długiej historii, dodam, że dzięki ścisłemu przestrzeganiu diety mlecznej i użyciu Jodku sodu, stan ogólny chorego polepszył się znacznie w pierwszych miesiącach bieżącego roku; wydzielanie moczu i mocznika utrzymywało się ciągle na wysokim poziomie, ale i ilość białka postępowała za niemi w tym ruchu wznoszącym. Pomimo żalostliwego humoru i płaczących odwoływań się do naszego współczucia, udawał się on być względnie zdrowym i nie budził w nas żadnego niepokoju, kiedy niespodzianie, 29 Marca, spotkał go napad apoplekacji podczas gry w *carte*. Porażeniu, ograniczonemu z początku do strony prawej, ogarnęło zwolna i lewą, ciepłota podniosła się w kilku godzinach do 40,3° C. i chorey, nie odryskawszy

przytomności, umarł w 24 godziny po wypadku. Nie mam potrzeby dodawać, że w obojętym obrazie uznano za powód śmierci krwotok mózgowy a zalwem komór, nie zaś zator (embolia).

Oto szereg oględzin pośmiertnych, bardzo dla nas ciekawe.

Trup blady, nieco wychudły, a niewielką epochliwą.

Osierdzisko zdrowe, jego jama zawiera ledwie dwie tyki cieczy serowatej. Serce dużej objętości waży 440 gramów; prawostronni śródka głównie lewa komórka, której ściana ma do 2½ centymetrów grubości. Mięsień wieńcowy na najdłuższym pociągnięciu rozdziela się. Zastawka dwudzielna zdrowa; na zastawkach aorty widzimy masywne, twarde i w części kredowate blaszki; istnieją prawdopodobnie powłoki stopnia niedomykalności; zwiększenie ujścia siemna.

Aorta nęgała na całej długości głębokim zminnem. Blaszki i osierdziska atromatyczne, głębokie lub powierzchniowe skorupy wapniowe, tworzą na jej powierzchni niby brzośki prawie jednolitego i o szarym wyglądzie. Jakkolwiek blaszki atromatyczne zagrażają otwory tętna wieńcowych, to jednak te ostatnie po rozcięciu zaskazują się głęboko i wewnątrz swobodnie, tak daleko, jak tylko można dojdzie przy dyssekcji. Tętno kręgosłupowe i udowe są, między innymi, rozwarłe, agrubiałe i usłane blaszkami atromatycznymi. Drobną tętno kłębowe nie mogły być zbadane.

Płaca nęga ciemno szarawłona i przekrwiona, ale bez krwotoku ani zapalenia.

Nerki blade i bardzo wielkiej objętości; prawa waży 230, lewa 370 gramów. Otoczka ich powiększona pomimo zgrubiałej torebki, przecięta jest linijami wklęsłymi, które dzielą nerki na pewną liczbę krawców. Na powierzchni każdej z nerok widnieją torbiele wielkości łaskowego orzecha. Torebka odzieliła się, jednak wydobyła się trochę przyrośniętą do kory nerki, bo przy rozdzielaniu unosi z sobą pewną ilość istoty nerkowej. Na przekroju widnieją typowy obraz wielkiej białej nerki. Istota korowa obramowana, białoczerwona, odbarwiona, piramidki przeciwnie są wycieńczone i przekrwione. Nerki są kruche i rozdzielają się bardzo łatwo. Całkowita grubość substancji nerkowej wynosi najwyżej 3 centymetry, ponieważ miedulki są otoczone przez grubą warstwę tkanki tłuszczowej. Każda torbiel, wielkości orzecha łaskowego, jest gładką i smaczną; na wewnętrznej powierzchni mają one wypukłości w kształcie sznurków ściągających, dzielących je na pewną liczbę jamek, otwierających się do wspólnej jamy.

Śledziona waży 110 gram.; jej spójność i wygląd normalne.

Wątroba waży 1770 gram.; na przekroju marista, zabarwiona żółtawą, epójność zmniejszona; nie ma wyglądu wątroby tłuszczowej.

Pęcherz rozciągnięty, zgrubiały; gruczoł krokowy ogromnie przekrwiony, trójżarowy.

Przy otwarciu czaszki, widnieją że lewa półkula mózgowa jest uszczuplona i wycieńczona zapalenia niż prawa. Nadto widzimy wyłog krwiawy w opuszczeniu miękkiej krowy przednich obu półkul i w szczególności miękkopłukowej.

Spójność wielkie rozszerzenia się bardzo łatwo. Po utworzeniu go widnieją, że komórka boczna strony lewej jest uszczuplona i rozciągnięta przez skrzepłą krowę. Ściana jej się rozdarła na przednie do tylnego końca, a ogromną jamę stała utworzoną zapalenia czarniawy skrzep, ściśle połączony z częściami sąsiednimi, rolniczkowatymi i rozdzielonymi.

Na stronie prawej, komórka boczna zawiera trochę krwi płynnej. Tętno wypływa rozmiększone i w części zniekształcone na lewej stronie. Ciężko przątkowane również z lewej strony rozmiększone; jest ono siedliskiem licznych krwotoków gromadzonych; podobnie i w górki warzkowe.

W opisanym powyżej wypadku, tak bardzo godnym uwagi i uzupełnionym przez badanie posmiertne, bardzo wiele punktów zasługiwałoby na szczególną rozprawę, jak np. zmiany w rytmie serca,—wpływ dobroczynny diety mlecznej,—sprzeczność pomiędzy rozpoznaniem klinicznym, które na podawaniu dużej ilości moczu i poważnego procentu mocznika chyliło się wedle panujących zasad ku środkowemu zapaleniu nerek, a wynikiem sekcji, która wykazała wielką nerkę białą, co wreszcie mogłoby dać powód do ciekawych uwag. Ale wolę się nie oddalać od właściwego przedmiotu tych odczytów i zrobić wyłącznie nacisk na przebieg objawów nerkowych u chorych na stwardnienie tętnic.

Człowiek ten bez najmniejszej wątpliwości należał do kategorii chorych na stwardnienie tętnic; badanie kliniczne jego tętnic, serca, mózgu i nerek przekonały nas o tem za życia; wypadek ostateczny i sprawdzenie anatomiczne tylko stwierdziły to rozpoznanie. Był to typ stwardnienia tętnic ogólnego, a przeważającym umiejscowieniem w nerkach.

Kiedy w pewnej chwili obory doznał silnego zawrotu głowy, kiedy potem przyszły wymioty, biegunka, bóle głowy, upadek sił i ogólne obrzęki—jednym słowem zupełny obraz zatrucia uremicznego, można było mniemać, że jest to już ostateczny okres choroby Bright'a. A jednak tak nie było; czynność nerek uległa tylko czasowemu zawieszeniu, a potem sprawa chorobowa poszła dalszym, zwykłym sobie trybem; przemijające powikłania nie wywarło żadnego szkodliwego wpływu na przebieg choroby przewlekłej. Wypadek taki powtarzał się wielokrotnie i zawsze się kończył przez względne *restitutio ad integrum*. Dla przerwania życia chorego potrzebna było zdarzenie zupełnie innego: nagłego i nieuleczalnego uszkodzenia mózgu.

Tak więc napady mocznicowe, na które patrzyliśmy, nie wynikały ze zmniejszenia czynności nerek, bo czynność ta powracała następnie. Zdarzały się tylko chwilowe przeszkody dla tej czynności, czyli miały tu miejsce przepuszczenia niesprawności nerek. Nerki chorego, jakby obromuły przez dni kilka, a następnie odzyskiwały swoją niezbędną dla życia działalność.

Przechodząc teraz do historii innego chorego; spotkamy w niej zjawiska tejże natury, tylko z odmiennym umiejscowieniem. U tego chorego objawy stwardnienia tętnic dotknęły nie nerki ale serce.

Data 8 Marca 1890 r. rolnik, mający lat 60, przybywa do naszego oddziału z nie-
duszkami serca i zajmuje S. 3 na sali Poręczyca.

Człowiek ten nie wie o swoich przedkach, bo nie znał wcale swoich rodziców; sam nie chorował nigdy, nie miał ani reumatyzmu ani syfilisa i utrzymuje sprężo-

to nie był płajskiem. Od trzech lat bardzo łatwo się męczy; trudno mu wchodzić na schody i iść prołku; objaw ten miał swoje okresy ulgi i pogorszenia. Od lat dwóch często kazało, co mu się dawniej ulgi nie zdarzało. Przed trzema miesiącami, bez żadnej przyczyny przypałkowej, duszność powiększyła się i ukazały się obrzęki. Te ostatnie, zrazu przechodziły i występowały w pewnych odstępach czasu, powoli stawały się ciągłymi, ale ani kołtanis serca, ani lunych zaburzeń czynnościowych nie było. Kazało na kilka dni przed przybyciem, zwraca bez widocznej przyczyny, objawił się prawdziwy niedostatek serca z natwieszaną dusznością i ogólną puffiną.

W dniu przybycia chorego znalaziono: duszność, śniadę, obrzęk kończyn dolnych aż do wysokości kolana; skóra na miejscach opuchniętych jest twarda, błonkowa, wino-czerwona, pokryta białawymi łuszkami.

Uderzenia serca słabe, bardzo nieregularne, słodówni; szmerów śluznych nie słychać, ale latwiej zaznać wzmocnienia drugiego tonu aorty.

Tętno małe, słodównie, nieregularne, uderza 103 razy na minutę. Tętno bardzo twarde, wązłowate i krótko. Kżywa sfyngograficzna daje tylko linię płonowego wzniesienia, potem długi spadek i rysy nieprawidłowe.

Najlepiej zauważono lekkie przesłuch w dolnych częściach obydwóch jam opłucnych i oznaki przewlekłego kataru oskrzeli. Wątroba duża.

Przy zastosowaniu diety mlecznej i naparu z naparstnicy po 0,50 grama, ilość moczu dochodzi w ciągu dwóch dni do 3,40 litra, tętno staje się wznem i regularniejszem, obrzęki serca się zwiększa.

Trzeciego dnia zawieszamy podawanie naparstnicy, a dziewiątego, w skutek natługo domagania się chorego, wstrzymujemy i diety mleczną. W tej chwili obrzęk zszedł całkowicie; pozostało tylko niemiernowolne tętno, chociaż w mniejszym stopniu. Wzmocnienie drugiego tonu trwa dalej, lecz szmeru nigdy i nigdy nie słychać.

Chory ten został przyniesiony do szpitala w całkowitym niedostateku serca. Otóż niedostatek uważany jest pospolicie jako krwocowy wynik chorób serca. Panuje dążność do pożytywania go za ostatocznego objaw zwyrodnienia mięśnia sercowego, wskutek zmian na szatawkach, podobnie jak uromiję uważają prawie powszechnie za wyrus ostatocznego zniszczenia nerok. To też większość lekarzy nie oczekuje w tych razach od najtruskliwszego leczenia niezgo więcej, tud lekkie i chwilowe tylko polepszenie.

Ale, na szczęście, zupełnie innczej się stało z naszym chorym; po dwóch dniach ilość oddawanego moczu dosięgła znaczącej cyfry, pod wpływem diety mlecznej i naparstnicy; obrzęki znikły, a dziewiątego dnia z tej całej burzy objawów pozostał tylko pewien brak rytmiczności serca.

Nadto chory nie cierpiał bynajmniej na żadną wadę szatawkową, nigdy mu się nie udało dostrzedz szatawczonych oznak zwięcenia lub niedomykliwości. Zdarza się często, jak Panom wiadomo, że w prawdziwym, końcowym niedostateku, zalegającym od wady serca, która doszła już do ostatniej swojej fazy, występują zupełny brak szmeru podczas okresu nadmiernej pobudzenia działalności serca. Ale w takim wypadku, wkrótce ukazują się on napowrót, skoro tylko

przez użycie środka, działającego tonicznie na serce, przywrócimy jego skurczom trochę mocy i prawidłowości.

W naszym przypadku nie podobnego nie widzieliśmy. Zarówno podczas całkowitego rozstroju wyrównania, jak w chwili napadu nerkowego, lub wtedy, gdy nastąpiło *restitutio ad integrum*, nie słyszeliśmy nigdy szmoru, cechującego wadę zastawki. Nasz chory cierpiał i dotąd cierpi na stwardnienie tętnic. Mieliliśmy więc do czynienia z chorobą serca, która zależała od stwardnienia tętnic, a napad przemijającego niedoskurczu był tylko nagłym naruszeniem równowagi sercowej, fałszywym krokiem serca, wywołanym przez niedostateczne ukrwienie tego organu.

U chorego z N. 25 stwardnienie tętnic umiejscowiło się przeważnie w nerkach, u tego zaś w sercu; dla tego też przepuszczająca niesprawność dotknęła u pierwszego norki, u drugiego serce.

U ludzi cierpiących na stwardnienie tętnic z umiejscowieniem w sercu, unaczynienie mięśnia sercowego jest niezupełne; wystarcza ono jednak przy życiu higienicznem, przy byciu bez zmęczenia i wysiłku, bez zaciężenia, jednym słowem bez żadnego powodu do sepsisii równowagi. Lecz jeśli pod wpływem jakiego zaburzenia, ukrwienie mięśnia sercowego stanie się niedostatecznem, natychmiast serce zaczyna chromać i następuje niedoskurcz. Ale ponieważ zachodzi tu tylko skurcz tętniczek wieńcowych, nie ma posunięta zmiana mięśnia sercowego, przeto dość jest łatwo przywrócić równowagę i usunąć chromanie serca i jego następstwa.

Moiemam, że dwa to przykłady dadzą Panom dokładne pojęcie o siostrze objawów, cechujących pierwazy okres kliniczny stwardnienia tętnic. Jeżeli zmiany umiejscowią się w nerkach lub w sercu, wywołają one z początku przepuszczającą niesprawność organu, t. j. zaburzenia przemijające, przelotne, paroksyzmowo w miejscowym krążeniu, które tylko przez pewien ograniczony czas ciągną za sobą niedostateczność albo zawieszenie czynności.

W okresie dalej posuniętym, umiejscowienie trzewiowe pozostaje na zawsze nieuleczalnem. Po niesprawności przepuszczającej, następują objawy stanowego zerwania równowagi czynnościowej i wtedy rozwija się choroba miejscowa, która odtyd pochłania całkowicie uwagę lekarza i wytrąca mu z pamięci dawniejsze, ogólne zmiany układu tętniczego.

Choroba Bright'a i to przewlekłe cierpienie serca, które zależy od zmian w tętnicach, stanowią dwie główne postacie umiejscowionego stwardnienia tętnic. Są to dwa typy dobrze znane, rzeć można klasycznie, a zależą od stwardnienia nerek i serca. Można jeszcze do-

łączyć do nich dusznicę bolesną, którą również jest wyraźnym stwierdzeniem tętnic wieńcowych (HUCHARD).

Nie mogę wchodzić w bliższe szczegóły każdej z tych chorób, które w podręcznikach patologii szczegółowej opisywane są osobno, jako rzeczy zupełnie różne. Ale na jedno z trzewiowych umiejscowień pragnąłbym zwrócić szczególną Waszą uwagę, a mianowicie na stwierdzenie tętnic układu nerwowego. I tutaj, podobnie jak w nerkach i sercu, przejawia się ono w sposób dwójaki. Zrazu przychodzi okres przepuszczającej niesprawności, który się cechuje niestalością i napadowością wszystkich objawów, a po nim następuje czas nieuleczalnych zmian anatomicznych.

Znamy dobrze drugi z tych okresów. Dla nikogo nie jest tajnym związek rozmięczenia mózgu, albo różnych postaci zapalenia rdzenia, czy to rozlanych czy też miejscowych, z chorobami układu tętniczego. Ale pierwszy etap w rozwoju choroby, t. j. faza przepuszczającej niesprawności daleko mniej jest znana i opisywana.

A właśnie do tej pierwszej fazy należą zawroty głowy, które stanowią w tej opoce objaw, jeśli nie wyłączny, to przynajmniej najważniejszy. Totot powinniśmy dobrze się z nim zapoznać i umieć odnieść go zawsze do właściwej przyczyny, bo objaw ten może nam posłużyć do wykrycia śladów stwardnienia tętnic w tej porze, kiedy można jeszcze skutecznie z nią walczyć.

Przepuszczająca niesprawność, właściwa stwardnieniu tętnic, może się objawić w każdym z trzech wielkich oddziałów osrodkowego układu nerwowego, a więc zarówno w mózgu, jak w rdzeniu i w opuszce (rdzeniu przedłużonym i most Warol'a).

Nie będąc się długo zatrzymywał na objawach rdzeniowych, dla których nie mamy obecnie w oddziale żadnego przykładu. Najłatwiej można je spotkać w praktyce prywatnej. Należą tu przemijające porażenia kończyn dolnych, krótko trwale przykurczenia, bóle umiejscowione, znieczulenia połączone z mrowieniem, lub bez tego i t. d. Tylko napadowy charakter tych zjawisk pozwala je odnieść do właściwej przyczyny i ochrania nas od przyjęcia ich za wyraz organicznych chorób rdzenia.

Przepuszczająca niesprawność mózgu objawia się szeregiem różnorodnych objawów, do których należą głównie: połowiczny niedowład (*hémiparesis*), amnezja, zmęczenie umysłowe i utrata mowy.

Oto godny uwagi przykład czasowej utraty mowy u chorego na stwardnienie tętnic, z przerwaniem umiejscowieniem w nerkach.

Rzecz dotyczy człowieka, Hcaqyego 56 lat, który malej więcej przed rokiem zajmował 11 numer łóżka na sali 8-go Lazzareta. (Mieści jego gorący zwulniona alkohola, umarł mając lat 80 i nigdy nie ukazywał żadnych zjawisk chorobliwych prócz

zawrotów i częstych bólów głowy, przeciwko którym namiętnie sadywał tabakę. Matka była 60 lat, przez dwa ostatnie, w następstwie udaru, miała porażenie połowiczne lewej strony. Dziad i babka przeszli po sto lat z górą. W rodzinie niema wspomnienia do żadnych chorób i dziewięcioro rodzeństwa chorego cięży się dobram zdrowiu.

On sam, aż do początku obecnej choroby, był dosyć zdrowym. W ciągu siedmiolatałej służby wojskowej w pułku, chorował w długich odstępach czasu z kolei na zapalenie płuc, na krwawa biegunkę i na zapalenie, prawie bezboleśnie, zapalenie cewki, które trwało wszystkiego przez dni piętnaście i ustąpiło po ziółkach moczopędnych. Po uwolnieniu z wojska, chorey nasz ożenił się i został urzędnikiem. Przewodził, jak zapowiada, życie bardzo regularne, zapomniało tu jednak nie obejmuje wszystkich jego przywyczażeń i prawdopodobnie śledzą się tylko do niektórych, bo co się tyczy piwa, to sam przyznaje, że wypijał ordaloniem od trzecz do czterech litrów wina i poważ ilość kieliszków wódki. W trzydziestym roku życia kilka-krotnie doznawał znaczne utrudnienia w urynowaniu; mocz był mętny, opalizujący, a nawet nieco krwawy. Chorey sam wyuczył się zakładać cewnik i blisko przez rok wypuszczał srebro urynę. Odtąd trudność przy oddawaniu moczu już się więcej nie powtórzyła.

Przed piętnastą laty, jednego ranka, bez żadnej wyraźnej przyczyny chorey nagle uczuł zawrót, abiały, uszyił jeszcze kilka kroków, potem upadł i na kilka chwil stracił przytomność, a odzyskawszy ją dostał nudności i natychmiast swymiotował dużą ilość krwi czerwonej i płynnej. Po tym wypadku przeleżał dwa tygodnie w łóżku, poczem wrócił do swych zajęć i aż do ostatniego pogorszenia był wolnym od wszelkich chorobliwych przypadłości. Wszakże muszę zaznaczyć, że w tej samej epoce ukazały się z niego homoroidy, a nadto od ówch lat zaczęło się stopniowo rozwijać osłabienie wzroku.

Przed trzema miesiącami chorey nasz zauważył, że traci siłę w nogach, które pomalu zaczęły mu pochuchać. W początku obrzęk występował tylko wieczornem; po dłuższym smęczeniu, ale wkrótce zrobił się stałym i doszedł do takich rozmiarów że chorey musiał porzucić pracę. Jednocześnie dostał swędzenia skóry na grzbiecie i pierśsiach, mrowienia i częstego obumierania palców.

Wstępując do szpitala 8 Pazdziernika 1888 roku, M... B., skarżył się jedynie na osłabienie powyższej wymienionych objawów, t. j. obrzęków, osłabienia wzroku i zaburzeń czuciowych.

Badanie ówczesno dostarczyło następujących danych:

Twarz chorego blada i naderżka, tętno skromnie kręte, powieki obrzmiały. Obrzęki nietylko że całkowicie zajmują twarz i kończyny dolne, ale nadto rozprzestrzeniają się na mostek, na klatkę piersiową i na kończyny górne.

W sercu znajdujemy jedynie bardzo wyraźne wzmocnienie drugiego tonu sorty Just on tak silny i długi, że prawie pokrywa sobą pierwszy ton.

Tętno promieniowate daleko małej twardości i pogięto niś skromnie, krzywa stygmograficzna zgodnie z wysłuchiwołem wskazuje na wielkie napięcie w tętnicach.

Moczu mało (700—1,000), podobnie i mocznika (10—11); kwasna ilość białka (8 grm. na litr) i walcuszków szarłatych. Chorey oddaje urynę 10—13 razy na dobę.

Pod wpływem ścisłej diety mlecznej, przylegaa (*pointes de feu*) okolicy ledźwowej i kolejnego nocy trialtryny, Jodku soda, strophanthi, kofeiny i środków czyszczących, następuje znaczna poprawa w ogólnym stanie pacjenta. Powoli znikają obrzęki, a ilość moczu warasta i dochodzi nawet w niektóre dni do 3750 grm.

mów; również podnosił się i zawartość mocznika do 35 gramów na dobę, natomiast zmniejsza się procent białka i spada po pewnym czasie do 1-go gramu dziennie. Po każdym naruszeniu dyjoty (nieuległość obrotu pozwoliła nam kilkakrotnie sprawdzić ten fakt) dobowy ilość moczu i mocznika zmniejsza się, podczas gdy ilość białka zostaje niezmienną, lub wzrasta.

Oli swojego przybycia w październiku aż do stycznia bieżącego roku, nie zauważyliśmy u chorego żadnych szczególnych zбоcezeń w sferze psychicznej. Nieuległy, warty i nieśmiały, zachowuje się on podobnie, jak większość części ludzi niewykształconych, dotkniętych przewlekłą chorobą i pozostałych w szpitalu (mnieśliście Panowie, nieśmiety sami się o tem przekonają; u takich ludzi chorobliwej cierpiwości nie łączą z doświadczenia wychowania i dla tego nie można u nich kłaść na karb wadliwej działalności mózgowej tego, co wypływa z przyrodzonych popędów instyktu cierpiącej i rozgorączkanej.

A teraz opiszę fakt, który mię skłonił do pomieszczenia całej tej obserwacji w niniejszym rozdziale.

25 stycznia 1889 roku chorey zostaje dotknięty przejściową, kilka godzin trwającą, atakią mowy. Od trzech dni doznaje lekkich bólów głowy. Chorey miał zaleconą dyjotę mleczną, ale pokryłom używał strawy mięsnej. W trakcie tego dobowy ilość moczu spada z 2150 k. c. (25 stycznia) do 750, a zawartość mocznika z 28 grm. do 12; jednocześnie ilość białka wzrosła ponownie do 1 grm. Mocz stał się czerwonym i zawierał liczne krążki krwi.

W sam dzień napadu, podczas odwiedzin żony, chorey szukał się na mrowieniu i istywuodę w prawej ręce. Następnie, nie tracąc przytomności, stopniowo zupełnie tracił możność wyrażania swoich myśli za pomocą mowy. Pomimo, że się stara dalej rozmawiać, nie może wynieść żadnego wyraza prócz wyraża „Jours”. Ta nieudolność, którą sobie doskonale uprzytomnia, gwałtem go, a więc stara się ją pokonać, mówiąc szybciej niż zwykle, ale na próżno, bo nie może znaleźć żadnego innego wyraża dla swojej myśli, prócz tego jedyne, powyżej przytoczonego słowa, które natawicznie aż do zaudania powtarza.

O godzinie 10 wieczorem objawy te znikają i nie powracają już więcej. Następnego dnia podczas wizyty chorey rozmawia jak zwykle i dokładnie tłumaczy nosznie, jakiego doznawał. Chodzi bez trudem; na dynamometryczną prawa ręka daje 20, lewa 25 kilogramów.

Wpatrując w niego odarywam wyraznie osłabienie szczeru, podczas gdy drugi ten sorty jest silny, kłapiący.

W kilka dni później zanotowałam kolejnie serce i pewną skłonność do omiłek.

9 kwietnia chorey opuścił szpital ze stosunkowym polepszeniem, bo wolny od obrzęków i zaburzeń ośrodkowych. Wydzielanie moczu było prawidłowe. Ilość mocznika normalną, ale dobowy ilość moczu wciąż jeszcze zawierała 1,30 grm. białka.

A teraz, od czegoż mogło zależeć to zjawisko, na które raz jeszcze zwracam uwagę, owa afazyja tak wyraźna, a zarazem tak krótkotrwała? Czyż można ją uważać za skutek cierpienia organicznego, powstałego pod wpływem satoru lowej tętnicy SYLWIEZSA?

Oczywiście że nie, bo chory nie cierpił wcale na zapalenie wsięrdzia, będące najwykłąją przyczyną zatorów, a głównie dlatego, że wszystkie powyższe przypadłości trwały za krótko.

Wprawdzie i istotna afazyja, zatorowa, bywa niekiedy uleczalną, ale nigdy w tak krótkim przeciągu czasu. Kilka godzin nie wystarczy na to, aby nastąpiło wyrównanie.

Jestemny smutekni przyjął, że w danym przypadku całe zaburzenie zależało od chwilowej niedostateczności krążenia w obrębie trzeciego zwoju czolowego lowego. A znow z drugiej strony mieliśmy tu przecież do czynienia ze starym pijakiem, który był dotknięty ogólnem stwardnieniem tętnic, z dowiedzionym udziałem naczyń nerkowych. Dlaczegoż więc nie postawić powyższego zjawiska w związku od stwardnienia tętnic mózgowych, od zawieszenia czynności mózgu pod wpływem skurczu drobnych tętniczek odpowiedniej działnicy?

Tylko wyjątkowo zdarza się spotyknąć z mózgowemi przejawami stwardnienia tętnic, które były by tak jasno i wyraźnie, jak afazyja. Ale zato wcale nie rzadko zdarza się epostrzogać u osób dotkniętych stwardnieniem tętnic prawdziwe napady amnozyi, którym niekiedy towarzyszy jeszcze niezawodnie porażenie połowiczne.

Częstokrot skłaniamy się nazwać ów stan za początek rozmiękczenia spowodowanego zatorami i doszukujemy zawodu, bo owa choroba wkrótce znika.

W tym razie mamy do czynienia z niższym stopniem tego samego zjawiska, które dopiero co opisałem, a mianowicie utraty mowy, spowodowanej skurczem drobnych tętniczek.

Różen i mózgowie nie są jedynymi siedliskami stwardnienia tętnic w ośrodkowych narządach układu nerwowego. Obok przemijającej niesprawności mózgu i różenia, można jeszcze opisać przemijającą niesprawność opuszki.

Oto sprawozdanie, które zawdzięczaam Panu RAUXIER, a które dotyczy bardzo ciekawego umiejscowienia stwardnienia tętnic. Bardzo słusznie można w tym razie obwiniać o udział opuszkę, bo najważniejszym z całego szeregu objawów był oddech CHEYNE-STOKES'a.

Panowie dobrze znacie ów rodzaj oddechu, którego źródło wszyscy zgodnie upatrują w opuszcze, a który można by nazwać oddechem rytmicznie przopuszczającym.

I w istocie bo posiada on następujące cechy. Po pownej pauzie oddechowej, oddech powraca powoli, stając się stopniowo coraz to silniejszym i głębszym. Potem, po osiągnięciu najwyższego stopnia mocy, oddechy nanowo poczynają słabnąć i znowu przechodzi przerwa, tak długa, jak poprzednia.

Po tym wstępie przechodzę do opisu samego przypadku.

Mężczyzna lat 65-letni, rolnik z okolic Montpellier, wstąpił w dniu 27 Marca 1889 roku do kliniki szpitalnej i został pomieszczony na sali Świętego Łazarza, łóżko Nr. 14. Chory znajduje się w stanie pobudzenia, trochę majaczkowy i ciepły na dotknięcie. Twarz blada, tylko na policzkach piany czerwona.

Przy bliższym badaniu, najbardziej uderza rodzaj duszności, który się zbliża do typu *Chlorax-Bronchi*'a; oddawanie przerywy dochodzą do 15 sekund.

Tętno jest bardzo nieregularnem, a jego czystość waha się od 64 do 100 uderzeń na minutę; wahanie zdają się ściśle odpowiadać rozmaitym fazom oddechowym. Robiąc obliczenia, co 5 sekund otrzymujemy tablicę następującą:

6 uderzeń tętna — silny oddech	
5	" " — " "
8	" " — zwolnienie
8	" " — przerwa
8	" " — przerwa zupełna
7	" " — " "
8	" " — powolny powrót oddechu
8	" " — " " "
7	" " — " " "
7	" " — oddech nieco silniejszy
7	" " — " " "
7	" " — wzrastanie oddechów
6	" " — szybki oddech
6	" " — " "
6	" " — " "
7	" " — oddech mniej silny
6	" " — wątpliwa przerwa
7	" " — " "
8	" " — przerwa zupełna
8	" " — " "
7	" " — " "
7	" " — powolny powrót oddechu
7	" " — " " "
6	" " — oddech nieco silniejszy
6	" " — " " "

Jednem słowem można, jak się zdaje, rozróżnić dwa typy uderzeń tętna.

1. Typ powolny 5-6 — uderzeń tętna w przeciągu 5 sekund. Odpowiada on oddechom silnym.

2. Typ szybki 7-8 — uderzeń, który odpowiada przerwom.

Tętno jest izoceno stwierdzając, tętno skaczące. Już okiem daje się zauważyć silne tętnienie w okolicy uszu i szyjnych. W sercu szmer rekuracyjny, świadczący o niedomykalności zastawek półksiężycowatych aorty. Z powodu powolnego stopnia rużedmy płuc na tle przeciwnego zapalenia oskrzeli, maximum natężenia szmeru odpowiada okolicy wyrostka mieczykowatego. Mocz zawiera obfitą ilość białka.

Żrenice silnie zwężone, nawet, jeśli twarz chorego odwrócić od światła. Zwężenie to nie jest stale jednakowem, bo podczas głębokich oddechów żrenice się rozszerzają, a kurczą podczas przeryw oddechowych.

Najdłuższe przerwy oddechowe dochodziły do 30 sekund.

Następnego dnia, pod wpływem diety mlecznej i octanu amonu z kofeiną, znaków początkową podniecenia i majaczenia. Przytomność powraca, chorey dobrze odpowiada na pytania, a przerwy oddechowe, które są niemniej częste, jakkolwiek krótko, nie przeszkadzają.

Trochego dnia oddech CURYAK-STOKES'a znikł i tętno stało się miarowym. pozostał tylko szorstki i wyrostkiem młoczykowatym.

11 Kwietnia chorey opuścił szpital z zupełną poprawą. 23 Kwietnia powrócił na nowo, tym razem z ostrym zapaleniem oskrzeli, lekkim krwotoczem i z zawrotami głowy, wśród których chorey był niepokojny, ale nie padał.

Oddech CURYAK-STOKES'a, podobnie jak moranica, niedoskurreczka, utrata mowy posiada częstokroć znaczenie zaburzenia trwałego i ostutecznego, zależnego od zmian organicznych; zwykle świadczy ono o niedającej się usunąć chorobie śródmózgowej.

W naszym przypadku rzecz miała się inaczej. Po niewielu dniach objaw znikł bez śladu i chorey powrócił do zdrowia.

Czyż nie mamy prawa przypisać związku pomiędzy owym chwilowym zjawiskiem śródmózgowym, ową chwilową niesprawnością opuszki, a rozszerzonym stwardnieniem tętnic, powikłanem podwojnem umiejscowieniem sprawy chorobowej w sercu i w nerkach?

Widzicie, Panowie, jak znajomość tych faktów jest potrzebną. Bez niej nie jesteście w stanie odróżnić przejściowych i stosunkowo niewinnych zjawisk od przejawów ostutecznej i nie dającej się usunąć organicznej sprawy chorobowej. A w dalszem następstwie podobnej pomyłki zabieracie się do leczenia bez żadnego zausania i nadziei, podczas gdy właśnie tacy chorey koniecznie potrzebują energicznego i racjonalnego leczenia.

Zawroty odgrywają poważną rolę w obrazie stwardnienia tętnic mózgowych.

Stanowią one objaw częstszy, a zarazem ważniejszy do rozpoznania w praktyce prywatnej, aniżeli w szpitalu. Są one *par excellence* oznaką początkowego okresu stwardnienia tętnic, zanim jeszcze nastąpiło umiejscowienie w trawicach. Otóż właśnie chorey w tym okresie prawie że nie widzimy na naszych szlach szpitalnych. Tacy chorey zwykle zwlekają z szukaniem pomocy aż dopóki się nie rozwinię jako poważna choroba miejscowa, której ciężkie objawy trudno są do usunięcia.

Przeciwnie się dzieje w wyższych warstwach społecznych. Chorzy wczesnie zwracają uwagę na swoją chorobę i od samego początku zasięgają porady lekarskiej, z powodu zauważonych przez siebie objawów, a to umożliwił wczesne zastosowanie potrzebnych środków.

Nadmieniłem już, że zawroty należą do wczesnego okresu stwardnienia tętnic. Później, kiedy już nastąpi umiejscowienie w ważnych organach, giną one i zasiercają się w obrzbie rozlicznych zaburzeń ze strony chorobliwie zmienionych trzewiów, a rezechają na dalszy plan, przez objawy przeważającego olerpienia, tracą na wadze i znaczeniu.

Mogę was zapewnić na zasadzie licznych osobisteo znanych mi przykładów, że w początkach stwardnienia tętnic, zawrót jest objawem nadzwyczaj częstym, a niekiedy nawet głównym.

Nie należy jednak sądzić, żeśmy go nie mieli widywać i u naszych chorych szpitalnych. Wszak spotkaliśmy się z nim u więkzości pacjentów, u których wyżej była mowa. Jakkolwiek tey choroby znajdują się już zwykło w okresie umiejscowien, to jednak i oni często miewają zawroty. Tylko, że to ostatnie nie stanowią już u nich głównego i prawie wyłącznego objawu, lecz raczej zjawisko dodatkowe w zawiłym obrzbie choroby.

P. GONZALES, który na naszym oddziale szpitalnym zajmował się zaburzeniem i zastawieniem wielu przypadków stwardnienia tętnic, kładzie szczególniejszy nacisk na ten objaw u pownego chorogo z zapaleniem nerok, który przez długi czas pozostawał w naszej obserwacyi i u którego nadto rozpoznanie potwierdzonem zostało przez sekcycję. Badania posmiertnego dokonał ze zwykłą starannością profesor KIRNER.

Dono były migotek, w wieku lat 47, zajął 11 Czerwca 1899 roku 13-ty numer łóżka na sali Ponque'a.

Nie miał on swoich rodziców i nie może dostarczyć żadnych wskazówek o innych dziedzicznych.

Chory przyznaje się otworze do zastarzałego nabiegu pijaństwa. Danina, którą złożył na oltarz Wenery, składała się z szeregu trypeów i sznaków miękkich, Wreszcie, podczas pobytu w Chinach, dłuższy czas chorował na zimno.

Obecna choroba trwa już od lat czterech. W roku 1883-ym zaczął doświadczać bólów głowy, biła serca, a nadto bardzo przykrych upadków duszności. Wszystkie te objawy pojawiały się w chwili, kiedy chory kładł się do łóżka i w godzinę potem zniknęły. Tylko ból głowy trwał przez całą noc. Z tej samej epoki dotrą się się uczucie ciężkości w nogach, które utrzymało się do dzisiaj.

W roku 1887 dotęczył się ciężki szum w obu uszach, a w sześć miesięcy później nastąpiła zupełna utrata słuchu po stronie lewej.

Pod koniec tegoż roku chory zeznał podobnie do waroku, od tej pory z nastaniem zmroku wszystkie przedmioty widzi, jak przez mgłę.

Stopniowo zaczęły się zjawiać kurcze bolesne, najprzód w łydwiach i pośladkach, a w końcu w łydkach i rękach.

Chory stracił apetyt, a natomiast wzrosło mu pragnienie, jednocześnie wystąpiło zaparcie stolca.

Wreszcie, jeszcze w tym samym roku, chory znoważał że w nocy musi często oddawać mocz; zjawisko to jednak nie łączyle się wcale z nadmierem wydzielaniem moczku. W nocy chory potrzebowało wielokrotnie wstawać, usłody

oddad za każdym razem małąką ilość moczu. Natomiast we dnie urzuje wazy, szkiego dwa, lub trzy razy.

Od pewnego czasu pojawiło się bardzo silne uczucie palenia w cewce po każdym urymowaniu. Cassen był jest tak silny, że chorey na chwilę staje się spokojnie nierzuchowym, nie jest zdolny ani się porużyć, ani wstać.

W roku 1888 nastąpiły kurcze w palcach napręsimian, to w prawem to w lewym rękę. Zjawiają się one wówczas, kiedy chorey ma coś napić, a wzmagają się w porze wilgotnej. Ohamierzenia pulew nie doznawał nigdy.

Na dwa miesiące przed wstąpieniem do szpitala pojawiły się obrzęki, jednoczesnie na powiekach i na kończynach dolnych. Na nogach brachnięcie nie przekraczało nigdy kostek. Wówczas stwierdzono obecność białka w moczu.

Wrazem od siedmiu miesięcy wystąpiły guzy hemoroidalne, które były powód do częstych krwotoków.

W cztery miesiące po przybyciu do szpitala, podczas których chorey z początku pozostawał na tyłocie młoczej i przyjmował po 1-m gramie lodku sodu dziennie, stan jego przedstawił się, jak następuje.

Chorey jest całowłokiem silnie osłabionym, suchym, chudym, bladym.

Twarz pomimo dość wczesnego wieku cała w smarszczkach, za wyjątkiem nieco obrzękłych powiek. W dzień chorey wstaje i przechadza się, ale ogólny stan nł nie jest zadowalający.

Bóle głowy zmniejszają się, czuła w oczach trwa dalej, a lewo nebo zupełnie jest nieczuła na dźwięki. Wzrok nieco się poprawił, ale do istniejących już rozlicznych dolegliwości głowy dolążył się jeden nowy objaw, a mianowicie przykro i niepokojące uczucie zawrotu. Uczucie to pojawia się w nierównych przesłankach czasu i trwa razmiesz dugo. Nudno często trapią chorego amory, szczególnie jeżeli położy się na lewym boku. Kurcze wciąż trwają, jakkolwiek są mniej częste i mniej bolesne. Ciężko wszędzie prawidłowe. Powieki stopni niedowładno kończyn dolnych. Odruch kolanowy zachowany. Bardzo nieznaczny obrzęk około kostek.

Tętno skrętnowe i promieniste twarde, pogięte, różnecowate. W sercu zdwojenie pierwowzgu tonu u wierzchołka i bardzo wyraźne wzmocnienie drugiego tonu u sory.

Guzy hemoroidalne wciąż nabrzękle i bolesne.

W końcu października 1880 roku jesteśmy świadkami silnych napadów kręcowych w obrębie przednich mędnal stopy. Jednocześnie wzmagają się zawroty i biele serca; od czasu do czasu występują przykre bóle w okolicy sercowej. Około 20 Grudnia dotychczas się doznaczają podczas napadów, które występują przeważnie w nocy i rozwija się awykły obraz duszności bolesnej. Kilkakrotnie byłimy amnuszni ostatniego jedek sodu i niekiedy się do kofeiny i tlenku.

Krążyły uryny bardzo starannie wykreślił P. Gorkzał. Ilość moczu jest wciąż ubitą, nawet większą, niż w stanie prawidłowym i waha się pomiędzy 1350 grm. (minimum) i 2350 (maksimum). Zawartość moczulka waha się od 14 do 40 grm. na dobę, średnio około 28 grm. Białko długo utrzymuje się na poziomie 2 grm., ale w listopadzie i Grudniu ilość jego naglo wzrasta i dosięga obrzymiej cytry 18,00 grm. na dobę, w chwili kiedy ogólna ilość uryny wynosi jeszcze 2 litry dalekie, a zawartość moczulka 25 grm.

17 stycznia 1880 roku chorey umiera w strasznych cierpieniach, spowodowanych ustawicznie jedno na drugi zachodzącymi napadami anginy prętwis.

A teraz przedstawię Państwu opracowanie z badania postmortalnego. Potwierdza ono w zupełności rozpoznanie ogólnego stwierdzenia tętna i choroby Hazzany'a,

a jednocześnie objawia przyczynę duszności bolesnej, wykazując obecność cierpienia tętna wieńcowych.

Jama otrzewnej zawiera kilka litrów płoszy prawdopodobnie żółte zawierającej, pływają w niej liczne kleszkowate skrzepki włóknika.

Pętliszki blaszki są silnie przekrwione i wzdęte, arnają się okazują śluzowych zmian patologicznych.

Punktem wyjścia zapalenia otrzewnej służy być okalica wątroby, bo na przedniej i na górnej powierzchni wątroby znajduje się najobfitsza ilość śluzów włóknikowych.

Prawa nerka, mała, spłaszczona, waży zaledwie 60 grm. i przedstawia na powierzchni licząc zniechęcenia i torbieli. Tętno okołocerkowa jest zgrubiała, twarda i tak mocno przyrosła do torbki, że tylko z wielkim trudem daje się od niej oddzielić. Sama torbka jest również zgrubiała, sztywna i przyrosła. Po jej szwarcu utrzymuje się powierzchnia mocno siarzysta.

Złuzna wielkości główki od cywilki są białawe i oddzielone jedne od drugich tkanką przekrwioną. Niektóre z nich dosięgają rozmiarów większych.

Nadto znajduje się mnóstwo torbieli z zawartością napół płynną, żółtobrunatną.

W krainie nerka nie jest zbyt twardą. Na przekroju nie dostrzegamy prawie żadnych śluzów śluzowej. Grubość tej śluzowej wynosi zaledwie od $\frac{1}{2}$ do 1 milimetra. Na wysokości paa granicznego wyraźnie widnie wystające na zewnątrz i służące otwory tętna nerkowych.

Nerka lewa jest nieco większa od prawej, waży 60 grm. i przedstawia te same cechy co i prawa, a tą jedyną różnicą, że posiada większe torbieli, z których jedna o największej przekroju dosięga rozmiarów małego orzecha.

Wątroba waży 1330 gramów, jest mała, sztywna i ma brzozy śluzowane. Powierzchnia jej brodawkowata (wartownicza) i pomarszczona, spijając nieco większa niż zazwyczaj, choć nie dająca się porównać ze spotykaną w marskawej alkoholowej.

Torbka mocno przyrośnięta, a pod nią powierzchnia sztywna i drobno-siarzysta.

Na przekroju wnętrza jest marskawolowa i sztywna, części żółtawe albo białe wystają.

Pęcheryk śluzowy jest rozciągnięty i zawiera w sobie dwa kamyczki.

Śledziona mała, waży 60 gramów. Torbka jej sztywna i usiana drobnymi białawymi kropkami. Spijając bardzo wielką, prawie sztywną tkankę śluzowej.

Ścianki pęcherza mocno zgrubiałe, przedstawiają stan zwany „torbis & obstrucio”. Nieznaczny przerost gruczołu krokowego.

Bereza waży 530 gramów. Osłuzowienie lekko przekrwione i usiana drobnymi kłaczkami włóknika.

Rozmiary serca ogromne. Przerostowi uległa przeważnie komórka lewa, ale i prawa komórka i uszka przyjęły udział w sprawie przerostowej. Ciężkość ściany lewej komórki wynosi na całej przestrzeni 2 centy.

Wewnątrz lewej komórki napotyka się torbiel włóknikowa wielkości laskowego orzecha, słabo przytwierdzony do wierzchołka serca. Ów torbiel stał się punktem wyjścia licznych zatorów w tętnicach wieńcowych. I w śluzie, w ściankach lewej komórki spostrzegamy kilka infarktów, w części uszłuzowionych, w części bezbarwnych, najmniejszych albo całą, albo tylko część grubości ścianki. Tętno wieńcowe są bardzo rozszerzone, a ścianki ich zgrubiałe.

Zastawka dwudzielną również nieco zgrubiła.

Zastawki półkałtępowe aorty wyraźnie stwardniały u podstawy.

W chwili otwarcia lewego przedsionka uderzył się drugi torbiel, zupełnie zamknięty i zawierający ciecz ropiasta. W górnej części komórki, pomiędzy beleczkami mięsist. również znajdują się torbiele. Wszystkie one składają się z dość cienkiej błony włóknikowej i z cieczy, zbilansowej wyglądem do ropy. Na wewnętrzną powierzchnię aorty leżą blaszki ateromatyczne.

Płaca nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości.

Mózg normalny. Na tętnicach Sywlicjusza kilka niewielkich guzów ateromatycznych. Zasadą ani zbytek błonistej, ani obrzęku mózgu zauważyć nie można.

Jak więc Panowie widzicie, zawrót jest wyrazem zaznaczonej w historii chorego i odgrywa w niej pewną rolę, ale nie można powiedzieć że zajmował on w tym razie miejsce pierwsze, bo główną uwagę naszej uwagi pochlaniały objawy ze strony serca i nerek.

Niech mi wolno będzie opowiedzieć Panom inny jeszcze przypadek, również opisany przez p. GONZALEZ, a tem różniący się od poprzedniego, że w tym razie stwardnienie tętnic nerkowych nie objawiło się białkomochem, ale jedynie pobudzeniem czynności wydzielniczej nerek, prostą poliurią.

Wielu spośród Was miało sposobność widzieć w moim oddziale 58-letniego mularza, który zajmował 7-o łóżko na ul. Poqueiro, a przybywszy około 21 października 1880 roku, dopiero przed miesiącem opuścił szpital. Gdy go rano odwiedziłem się do jego łóżka, mularzka Was na wstępie niepomierną wielkość naczyń, przeznaczonych do zbierania moczu tego chorego. A jednak musiałem Panowie zauważyć, że naczyń to, mieszczące w sobie około 4 litrów, było bardzo ciężo całkowicie napełnione przezroczystą uryną, burzystawoją barwy.

Dzielnieszo warunki tego pacjenta nie osmiłwego. Zato on sam przez całe życie nadszywał trunków. Nigdy nie zaliczał mu na tem, czy pije ten lub ow napój alkoholowy, ale zawsze się trzeźwiał u to, aby w tem co pije był odprytus. Pomimo badań porównawczych, którym się oddawał z nadzwyczajną pilnością, ale potrafił jeszcze wyrubić w sobie specjalnego upodobania; dotąd waha się w wyborze między winem, absyntem i rumem, i nadszywa wszystkiego po kolei. Nie potrzebuje dolawać, że dookreślnie kusi pleć i chępli się, że nie opija się nigdy. Nie przebywał syfilis, a a chorób wenerycznych miał tylko, jak utrzymuje, trypra i kilka migających szankrów, powikłańskich zropieniem dwóch guzów pachwinowych.

W roku 1849, mając lat 10, chorował na żółtaczkę. W pięć lat później miał przypadek, który go przyprowadził jednocześnie o kilka ciężkich obrażeń, a mianowicie o złamanie prawego obojczyka i lewej gołci, o podrażnieniu piersi i zwichnięcie lewego ramienia.

Przed osmiu laty zachorował na przewlekłe zapalenie oskrzeli, które powstrzymywało go dziesięć miesięcy w szpitalu na Kurayco i które nigdy go już zupełnie nie opuściło; oddał, co śmie, kaszle.

Od dwóch, czy trzech lat miewa często kraczo w tyłkaach, biele serca; przy każdym większym wysiłku dostaje duszności. Na dwa miesiące przed przybyciem do szpitala, kaszel się zwiększył, a nagle pojawiły się bóle w klacie pierśniwej.

głównie po stronie prawej). Wreszcie od czasu do czasu choroby doznają bólów w łędźwiach, miewa szum w uszach i uczucie zamierania w drugim człunku wielkiego palca prawej ręki.

W dniu przybycia oskarża się na duszność i na kaszel męczący. Klatka piersiowa od przodu wypukła, jamy podbrzojskowe wypełnione. Oddech opokowy na całej przestrzeni nadmierale głęboki. Oddoch niewyraźny, szorstki i austrzony, w części pokryty praską ślasy.

Tętno serca nieco przytłumione z powodu rozcięcia. Pomimo to daje się zauważyć wyraźnie wzmożenie drugiego tonu u ujścia aorty. Tętno promieniste i skrobiowe twarde i pokręcone.

Wreszcie oskarża się choroby na zawroty głowy, połączone z niepokojem, ciężką sennością zniechęceniu w nocy i częstą potrzebę oddawania moczu, połączonej z nadmiernym wydzieleniem moczu. — To ostatnie trwa od bardzo dawna. Chorzy miewał wahań, sześć do osmiu razy przez noc, podczas gdy w dzień oddaje mocz zwykle dwa lub trzy razy. Mocz wcale nie zawiera białka.

Z początku na pewien czas podaliśmy chorego diety mlecznej przy jednoczesnym użyciu Jodku i bromku sodu, po 1,5 gram. każdego z nich na dobę. Później przyjmował już tylko Jod i brom przy dowolnej diecie.

Nadmiernie wydzielenie moczu trwało przez cały przebieg choroby w szpitalu. — *Maximum* dobowe do 4,300 l., *minimum* do 2 l., średnio oddawał choroby po 3 litry moczu na dobę. Stosunek ilości mocznika nie była szczególnie zwiększoną i wahała się stale pomiędzy 18-a a 23-ma gramami; średnio wynosiła stale 25 gram. Natomiast ilość chlorków uległa zwiększeniu; przy wahańach od 16 do 32 grm. średnia ich ilość dobową wynosiła 25 gramy. Ilość ich wzrastała przy diecie mlecznej i malała przy ścisłej diecie mlecznej. Białka nigdy nie udało się wykazać. Po trzech miesiącach, caując poprawę, choroby opuścił szpital.

Oto więc jest przykład chorego so stwardnieniem tętnie, u którego nie było białkomoczu, a pomimo to stanowczo zjawiały się zawroty. Z tego względu przypadek ten zasługuje na zaznaczenie. Widać we wszystkich dawniej przytoczonych obserwacjach współczesne występowanie zawrotów z białkomoczem, moglibyśmy Panowie pomyśleć, że istnieje pomiędzy nimi jakiś związek przyczynowy. Otóż tak nie jest. Opisany przed chwilą przypadek najlepiej dowodzi, że zawroty nie powstają wskutek białkomoczu, lecz wskutek stwardnienia tętnie.

Mniemam, że Panowie jesteście już dostatecznie przekonani o istnieniu zawrotów u osób dotkniętych stwardnieniem naczyń układu tętniczego, że wierzyćcie w ich pojawianie się i ich częstotność.

A jednak to źródło zawrotu jest aż dotąd bardzo lekceważąco traktowanem nawet w najlepszych podręcznikach. Mówi się o nim przy opisie wad zastawkowych norty, które, jak o tem wiacie, w razie następstwem cierpienia układu tętniczego, anizoli chorób wsierdza.

Nawet bardzo staranni klinicyści sądzą, że już zupełnie ukonczyli badanie, jeżeli po wykluczeniu trzech głównych przyczyn przewlekłe-

go zawrotu, zwrócili jeszcze uwagi na poszukiwanie oznak niedomykalności uorty.

Po za obrębem cierpien uorty, w przebiegu wielu innych, napozor zupełnie jasnych chorób, prawie nigdzie już nie wspomina się ani słowa o zawrotach.

Otóż wspólnym łącznikiem tych wszystkich zapoznawanych źródeł zawrotu, o których umyślnie przemilczalam przy wstępnej wyliczaniu przyczyn tego objawu, jest nie co innego, jak stwardnienie tętnic. I to nam wyjaśnia, dlaczego w ogólnym obrazie wielu chorób, napozor zupełnie innego rodzaju, istnieją niektóre cechy wspólne, a zarazem pomaża nas, że zawrót, o którym dotąd zaledwie wspomiano, nie umiejąc go wytłumaczyć, lub którym przypisywano zupełnie fałszywe pochodzenie, winien sobie wywalczyć poważnie stanowisko pośród objawów ogólnej symptomatologii.

Zawrót podagryków jest dobrze znany od czasów Vax Swickra's'a. Autor ów wspomina o pewnym chorym, który od dwóch lat podlegał tak silnym zawrotom głowy, że nie mógł się utrzymać na nogach; zawroty znikły od chwili, kiedy przyszedł pierwszy atak podagry. Podobne fakty opisują Biondrau, Guérin de Meus i Laskota. Stwierdza się to zawroty powiązać ze spotykaną u podagryków dusznością (Mucchinon), odnoszono je do choroby Ménière'a. A ja uważam je za przejaw stwardnienia tętnic, do którego najczęstszych przyczyn należy włóknio podagra. Zawroty, a także i dusznica holcana u podagryków są początkowo tylko wyrazem, pierwszą — kurczą małych tętniozek mózgowych, a drugą kurczą — drobnych naczyń mięśnia sercowego; w następstwie do skurczu przyłączają się zmiany w samych ściankach naczyń i wówczas choroba staje się ataką.

To samo można powiedzieć o zawrotach reumatycznych lub, biorąc ogólniej, artretycznych, które są objawem pospolitym w rozmaitych postaciach zwolnienia przemiany materji (bradytrophia — Bouchard'a). Dawniej trudno było je objaśnić; jeszcze niedawno Leroux wahał się, czy należy je odnieść do współcześnie istniejących zaburzeń trawienia, czy też do samej sprawy reumatycznej: „Trudno jest częstokroć — mówi on — „wyznaczyć wpływ przynależny każdemu czynnikowi; niostrawność wikła się często z nerwowością, a nad wszystkiem panuje ogólnie ustrojowe usposobienie artretyczne według Raxis'a, herpetyczne — według Laxcerraux'.

I tutaj ogniwem, które łączy pomiędzy sobą ogólnie chorobliwe usposobienie ustroju, z zawrotami głowy, jest nie innego, jak tylko stwardnienie tętnic, którego objawy odkryłcie, Panowie, z łatwością u wszystkich artretyków dotkniętych zawrotami.

Podobnie i w pownych otruciach zawroty głowy zależą od zaprzeczenia od stwardnienia tętnic. Dla przykładu weźmy otrucie tytoniowe i alkoholowe, dwa typy, które równie często się zdarzają.

Mówiąc o zawrocie nikotynowym, nie mam na myśli zawrotu od pierwszej fajki, który szybko przemija i jako zjawisko przypadkowe może być porównanym do zawrotu w chorobach ostrych, lub z niestrawności. Mówię o zawrocie przewlekłym, nawykowym, przycho- dzącym po długotrwałem nadużyciu tytoniu.

Rozróżniamy dwie jego postacie. W pierwszej zawroty są czę- sto a oddzielno napady silne, ale wszystkie przypadłości ustają, jak tylko chorey przestanie palić; natomiast w drugiej postaci zawroty trwają dłużej, nawet jeśli chorey wyrzeknie się tytoniu.

I w jednym i w drugim razie ostatocznym powodem zawrotów jest stwardnienie tętnic, a mechaniczną przyczynę powyższego objawu wymienił BUCHARD, mówiąc o dusznicy bolesnej, wywołanej przez nadużycie tytoniu. Pierwsza postać zależy od kurczu drobnych tętniczek, który odpowiada początkowej fazie stwardnienia tętnic, druga pozostaje w związku ze stałymi zboczeniami w budowie ścianek tętniczych.

Zupełnie tożsamo stosują się i do zawrotów alkoholicznych i tutaj, jeżeli pozostawimy na boku ostre, a przypadkowe zawroty, które występują przy upiciu się wyskokiem, pozostaną nam jeszcze zawroty nawykowe, albo przynajmniej częste, zależne od prawdziwego otrucia ustroju i mogące zniknąć, lub trwać dłużej, po usunięciu przyczyny, która je wywołała. Objasnienie ich jest tożsamo, co i za- wrotów nikotynowych.

Niekiedy powyższe różnorodne przyczyny zawrotu wklajają się i łączą ze sobą w rozmaitym stosunku i to ich łączenie się objaśnia nam niektóre ciekawe zjawiska, których inaczey zupełnie nie mogli- byśmy zrozumieć. Na przykład wiadomo, że podagrycy i reumatycy gorzej znoszą tyton od osób zdrowych. Niekiedy jedno cygaro jest w stanie spowodować u nich zawrót głowy. A spowoduje go dla tego że w tym razie łączą się ze sobą dwa wpływy szkodliwe, mianowicie uspokajający wpływ głównej choroby i trujący tytoniu, i dla tego mała ilość cygaro trującego, działające jako przyczyna okoliczno- ściowa, wystarcza do wywołania mocnego zawrotu.

Takie fakty dobrze jest znać i umieć wyciągnąć z nich pozytywne wskazówki dla profilaktyki i leczenia. Mając do czynienia z osobni- kiem, ulegającym zawrotom, a zarazem chorym na przewlekły re- umatyzm, dobrze jest wiedzieć zawczasu, że palenie tytoniu sprzyja

naturalnej jego skłonności do stwardnienia tętnic, że współdziała w tym względzie z już istniejącą chorobą ustroju. Takiemu chorczemu należy stanowczo zabronić palenia.

Nakoniec zwiększając zawrotów, towarzyszących chorobom mózgu i rdzenia, należy również od stwardnienia tętnic. Czyż potrzebują nawet przypominać Panom o niezmiernej roli, jaką choroby tętnic odgrywają w powstawaniu rozmiękczenia mózgu i w ogólnem porażeniu postępowemu, w wiązadzie rdzenia, a w szczególności w chorobie zwanej *selérose en plaques*? W przeważnej liczbie podobnych wypadków pierwszym objawem bywa stwardnienie tętnic, którego zjawiska są już dzisiaj dokładnie znane, a dopiero po pewnym, rozumnim długim czasie, następuje umiejscowienie w ośrodkach nerwowych.

A więc zawroty pochodzenia tętnicowego stanowią objaw częsty i w zupełności zasługują na to, żeby klinicyści zwrócili na nie bezwądną uwagę.

Jeszcze raz powtarzam, że częściej niż w szpitalu zdarza się je widzieć w praktyce prywatnej. W tej ostatniej posiadają ono tak wielkie znaczenie, że niekiedy na nich tylko samych opieramy całe nasze rozpoznania.

I albo bardzo się myślę, albo częstotność tego objawu wzrasta będzie w przyszłość, wmiarę, jak go lepiej poznamy i staranniej będziemy odszukiwać.

Powracam zatem do wnikosku, postawionego w pierwszym rozdziale: wobec zawrotu przewlekłego, czyli nawykowego, nie zaniedbując poszukiwania trzech wielkich źródeł chorobotwórczych, o których mówiłem na początku, należy mieć na względzie możliwość i innego jeszcze typu klinicznego, równaj wagi, a mianowicie zawrotu zaledniego od stwardnienia tętnic.

Zobaczymy dalej, że ta ostatnia odmiana zawrotu ma właściwe sobie wskazania, że posiada osobną symptomatologję i specjalne leczenie. Lecz zanim pomówimy o leczeniu, musimy dodać jeszcze kilka słów dla zakończenia klinicznego obrazu tego rodzaju zawrotu. Dotąd mówiłem tylko o zawrocie prostym, o zawrocie w pierwszym jego stopniu, czyli tym który się najczęściej zdarza.

Ale do tej samej kategorii należą też i takie zawroty, które pod względem skali objawów należą do wyższego rzędu, a mianowicie zawroty połączone z napadami epileptoidalnymi, którym towarzyszy, lub nie, stałe zwolnienie tętna. Opisem tej nowej odmiany i przedstawieniem dwóch, należących do niej spostrzeżeń, zakończę niniejsze opracowanie.

Po ogólnym opisie zawrotu i po skróceniu obrazu stwardnienia tętnic, usiłowałem na ostatniej lekcji dowieść, że w szeregu zawrotów

przewlekłych, czyli nawykowych, istnieją oprócz zawrotu epileptycznego, usznego i żołądkowego, jeszcze jeden typ bardzo ważny i często spotykany, który należy od stwierdzenia tętna i jest wynikiem przepuszczającej niesprawności ośrodków norwowych.

Jakież są jego cechy rozpoznawcze?

Zawrót sam przez się nie przedstawia cech szczególnych, zależnych od przyczyny, która dała mu początek; objawy jego są zawsze jedno i te samo, bez względu na punkt wyjścia zaburzenia mózgowego. Rozpoznało więc należy wyciągnąć z oznak towarzyszących, które noszą na sobie piętno pierwotnej choroby. Inne objawy epileptyczne naprowadzą nas na myśl o zawrocie epileptycznym, wyraźne zaburzenia w trawieniu pozwolą wywnioskować, że mamy przed sobą zawrót żołądkowy, istnienie współczesna choroby usznej przeważy jeżeli na korzyść zawrotu MÉNIÈRE. Podobnie i dla określenia, że źródłem zawrotu są w danym razie serec i uszy, musimy się oprzeć na oznakach stwierdzenia tętna. Zwrodnienie automatycznie tętno promieniowych i skroniowych, częste urywanie, wzmocnienie drugiego tonu aorty, przepuszczająca niesprawność jakiego organu, będą w tym razie najlepszymi znakami.

W stwierdzeniu tętna spotykamy nie tylko niższe stopnie zawrotu, nie tylko zawrót prosty.

Choć rzadziej, ale bynajmniej nie wyjątkowo, zdarza się widzieć zawrót wyższego stopnia z napadami epileptoidalnymi.

Oto przykład, którego stroszonego opisu dostarczył mi p. RAZAN. Dnia 10 Kwietnia 1889 roku przybył do oddziału, pod N. 17 na sali S-go Jazara, kupiec wędrowny, pochodzenia afrykańskiego, liczący lat 47. Chory usiłował się na gwałtowny ból głowy, który dręczył go do niezmieszenia od półtora miesiąca, ale trwa dłużej, bo już od lat 4-ech, choć przeciętnie w mniejszym stopniu. Ból występuje głównie w nosy i towarzyszą mu również nocne bóle w dolnych kończynach. Niejednokrotnie w ciągu dnia, ale nade wszystko zrana przy wstawaniu, chory doświadcza zawrotu głowy, któremu od miesiąca towarzyszy często utrata przytomności i upadek. Napady trwają po kilka minut; poprzedza je szum w uszach, po którym przychodzi ciemnienie w piorsich, biele serca, zawsze wymioty; wreszcie chory cierpi na względną głuchotę w lewym uchu.

Jest to niski człowiek, o ciemnej cerze i olonny. Jego kręgosłup przedstawia wygięcie ku przodowi w dolnej części szyi i górnej grzbietu i wielki zaokrąglony garb w dolnej okolicy grzbietu i w części lędźwiowej. Od przodu klatka piersiowa jest mocno wypukła, lecz asymetryczna. Naszyjnia na zewnętrznej jej powierzchni silnie rozwinęła.

Porażen śledziony nia ma.

Znacznie zwrodnienie ateryomatyyczne tętnic promieniowych. W sercu bardzo wyraźne wzmocnienie drugiego tonu aorty.

Lewa stronica węższa. Po tej samej stronie od dwóch lat znacząco osłabienie wzroku; siła widzenia jest trzy razy mniejsza niż normalnie; porażen w mięśniach ocznych niema.

Chory wyznaje, że bardzo często nalużywał napojów gorących. Przed czterema luty przechodził syfilis i miał kilkakrotnie objawy wtórne, na które się systematycznie nie leczył.

W początku pobytu w szpitalu chory skarży się kilkakrotnie na uczucie zawrotu, ale nie pada.

Pod wpływem wieieran ręciovych, jodku w wysokich dawkach i diety wzmacniającej, nastąpiła tak znaczna poprawa, że w dwa miesiące później chory wyszedł ze szpitala, zupełnie wolny od tych przykrych objawów, które go do nas sprowadzały.

A więc ten chory miewał z początku zawroty proste, do których później dołączyła się utrata przytomności i padanie. Niewątpliwie był on dotknięty stwardnieniem tętnic. Alkoholizm i syfilis—dwie przyczyny, z których każda może sama przez się spowodować stwardnienie tętnic—współdziałały u niego w rozwoju wspomnianej choroby naczyń. Tego związku przyczynowego trudno chyba byłoby nie dostrzedz.

Na tem miejscu dochodzimy do bardzo ważnego wniosku, który jest w stanie rzucić pewne światło na rozwój napadów epileptoidalnych.

Niekroć podobne upady występują dopiero w pewnym wieku, po 18-u, 20-u, a zwłaszcza 25 latach, zgodzono się przyjmować *a priori*, że nie jest to prawdziwa epilepsyja, rzeczywista choroba padaczkowa. Powszecchnie w podobnych razach napady epileptoidalne uważamy za skutek syfilisu lub alkoholizmu.

Nie myślę bynajmniej ośmiać tego ustalonego poglądu; zapewne, winowajcami są tu często syfilis i alkoholizm. Ale w jaki sposób te czynniki etyologiczne wywierają swoje działanie? jaki jest wspólny łącznik pomiędzy owemi, tak różnemi od siebie przyczynami, a zawrotem epileptoidalnym?. Tym łącznikiem, tym wspólnym pośrednikiem jest i w tym razie stwardnienie tętnic.

Jeśli pomijam milozeniem epilepsyję JACKSON'a, to wcale nie dla tego, uważam choć w najmniejszej mierze chciał zaprzeczać wpływ chorób mózgowych na powstawanie napadów epileptoidalnych, ale dla tego, że w tym razie całość objawów jest tak różną i ma cechy tak specyjalne, że nie uważam za potrzebne rozwodzić się tutaj nad tym przedmiotem.

A zatem zdarzają się w stwierdzeniu tętna wyśzo stopnie zawrotu, połączone z napadami epileptoidalnymi.

Wprawdzie w ostatnich czasach widzieliśmy w naszym szpitalu tylko jeden taki, powyżej opisany, przypadek. Niemniej nie należą one do zbyt rzadkich i wyjątkowych. W roku 1887 ogłosił LEMOINE w *Revue de Médecine* swoją pracę nad epilepsyją pochodzenia sercowego, w której mówi o napadach epileptoidalnych, wywołanych przez wady zastawkowe. W trzech wypadkach były zajęte zastawki półksiężycowo aorty, w dwóch innych rozpoznano wady zastawki dwudzielnej. Każdy napad poprzedzała bardzo silna aura opiloptyczna, odczuwana w okolicy sercowej.

Wspomniany autor widywał u swoich chorych wszystkie stopnie ataków opiloptycznych, poczynając od prostego zawrotu, aż do wielkich napadów epilepsyj.

Mnie samemu w ostatnich czasach utkwily w pamięci dwa szczegolniej przypadki.

U jednego chorego obserwowałem wspólnie z kolegą a d-r'em Dussau (z Nimes) zawroty, połączone z atakami epileptoidalnymi, które wystąpiły w 40-ym roku życia i których nie można było odnieść do niczego innego prócz stwierdzenia tętna.

Inny chory, prześlatawany mi przez Szanownego Kolegę d-ra DEMAS'a (z Ledignan) należał do tej samej kategorii. Spostrzegłem u niego pewien objaw, o którym muszę Panom wspomnieć, bo to posłuży mi za przejście do następnego ustępu naszej lekcyi. A mianowicie po każdym napadzie można było u tego chorego zauważyć znaczne zwolnienie tętna. Zdaje się, że zjawiało się ono mniej więcej w czasie napadu, trwało przez kilka godzin jeszcze po ustąpieniu objawów epileptoidalnych i znikło, aż do następnego napadu. W miarę, jak napady stawały się częstszymi, przedłużał się okres powypadkowego zwolnienia tętna. Można by nazwać ten objaw przopnieszczającem zwalnianiem tętna.

Owa rzadkość tętna, towarzysząca niekiedy napadom zawrotu, prowadzi mnie wprost do opisanego jeszcze typu, albo raczej stopnia tego rodzaju zawrotów, których źródłem są serce i naczyńia. Mam tu na myśli zawroty, połączone ze stałym zwolnieniem tętna i epileptoidalnymi lub synkopalnymi napadami.

Ich obszar kliniczny jest bardzo ciekawy, a chory, którego wam przed kilku dniami przedstawiałem, stanowi doskonały przykład. Przytoczę tu w całości tę ze wrażeń miar godną uwagę obserwacyj.

M... B..., liczący 45 lat wieku, urzęduje jako nadzorca w jednym z większych zarządów. Stało mieszka w Arles. 15 Marca

1800 roku przyjechał do mnie po raz trzeci na poradę. Pan RAUZIER zebrał następujące dane o jego chorobie:

Ojciec chorego, reumatyk i dyjabetyk, umarł w 61 roku życia. Stryj, stale osiadły w górach Jurajskich, zdaje się, że cierpi na chorobę podobną do naszego chorego.

Matka cieszyła się dobrą zdrowotą; zmarła w 68 roku na ostrą chorobę kiszec.

Wszystkie siostry i siostry są zdrowe, nie cierpią ani na reumatyzm, ani na cukromocz, ani na a. ruc. Jedną z nich jest otyłą, drugą miewa migrenę. Jedyne brat chorego zmarł we wczesnym wieku, a piątą jego siostrę w 48 roku życia zmarła podczas pobytu w Afryce z niewiadomej choroby.

Pacjent miał troje dzieci. Jedno zmarło podczas porodu. Dwoje pozostałych cieszy się wymiennym zdrowiem.

M... B... był bardzo zdrow, aż do 38 roku. Do 20 roku życia nigdy na nie nie chorował. W tym czasie dostał krótkotrwałej szalki, która go jednak zupełnie na jeden dzień zapędziła do łóżka.

W 25 roku zaraził się tryprą, do którego dołączyło się ropne zapalenie gruczołów pachwinowych. Do innych chorób wenerycznych się nie przyznaje i w dawniejszej jego anamnezie niema nic, co by pozwalało przypuszczać syfilis. Niemniej od 7 czy 8 lat wystąpiła podejrzana wycipka, która się ogranicza do klątki piersiowej i składa z plam miedzianego koloru, wielkości półfrankowej monety, ciemniejszych po brzegach, niż w środku i nie zlewających się ze sobą.

Wkrótce po wyłączeniu z trypra chorey się ożenił. Wszystkie troje dzieci przyszły na świat we właściwym czasie. Żona zmarła przy ostatnim porożu.

M... B... nigdy nie nadużywał tytoniu, ani alkoholu. Nie cierpi na migrenę i nie doznawał żadnych przypadłości reumatycznych.

Obecna choroba rozpoczęła się gwałtownie, przed 8-u laty. M... B... czuł się zupełnie zdrowym i właśnie wychodził z domu, gdy nagle dostał zawrotu głowy i upadł. Po upadku natychmiast sam się podniósł i powrócił do domu.

Wszystko to stało się tak szybko, że przyjaciel chorego, który szedł przed nim, nie nie zauważył z całego tego wypadku.

Przez następne dni M... B... doświadczał przykrego uczucia osłabienia i ogólnego anotonia. Im dalej, tem uczucie to coraz bardziej wzrastało, a jednocześnie zauważył chorey, że ma krótki oddech i że łatwo dostaje duszności. Po upływie półtora miesiąca wejście na schody sprawiało mu już wielką trudność.

Dopelniały obrazu zawrotu, które w tej epoce ujawniły się jeszcze stosunkowo rzadko; trzy do czterech razy dziennie. M... B...

wpadał w stan pewnego odurzenia, połączony z uczuciem pustki w głowie i z szmerem w uszach. Trwało to za każdym razem nie więcej, jak kilka sekund i nigdy nie doprowadzało aż do upadku.

Kiedy objawy te nie ustępowały, lecz przeciwnie stopniowo się potęgowały, chorey, coś w rok po pierwszym napadzie, udał się po poradę do nieodżałowanej pamięci profesora COMBAL'a. Ten pierwszy zauważył u niego zwolnienie tętna (wówczas od 32 do 34 na minutę) i przepisał mu syrop GIBERT'a, krople BAUME'go, wycieranie całego ciała spirytusem i dyjetę wzmacniającą.

Wkrótce, w początku lata, zawroty ustąpiły w zupełności i M... B., miał się już za zupełnie wyłeczonego.

Nagle w Listopadzie 1885 roku wybuchła recydywa. Chorey ponownie zwrócił się do COMBAL'a, który znalazł to same objawy, co przedtem i zalecił ten sam sposób leczenia.

W Lutym 1886 roku chorey zwrócił się do mnie i wówczas rozpoznałem stale zwolnienie tętna, połączone z napadami omdlenia. Ilość uderzeń wynosiła 28—29 na minutę. Nadto zauważyłem, że tętno staje się od czasu do czasu dwójkowym (*p. bigeminus*). U zastawki dwudzielnej chorobawy szmer systoliczny. Na wysokości czwartego kręgu grzbietowego, z lewej strony kręgosłupa, punkt bolesny. Uczucie sztywnienia w palcach szczególniej po stronie prawej. Wziąwszy pod uwagę możliwość specyficznego zakazenia ustroju, zaleciłem:

1-o Jodek sodu (począwszy od 1 grm. dziennie, stopniowo powiększając dawkę aż do 2, a nawet 3 gramów).

2-o Stosownie symptomatycznie co 12—15 dni przyżeganie kolumny paciorkowej (*pointes de fer*) na całej wysokości; ale głównie u miejscu bolesnego.

3-o Elektryzację prądem stałym. Jeden biegun stale umieszczać w punkcie bolesnym, a drugi przesuwając najprzód wzdłuż kręgosłupa, potem wzdłuż ramion, wreszcie stawiać go na okolicy sercowej. Z początku używać prądów słabych, potem średnich. Połączenia mają być czasu krótkie.

Chorey z całym namaszczaniem stosował tę kurację, aż do roku 1889-go i doznał znacznej poprawy.

Lecz w Listopadzie tegoż roku nanowu pojawiły się zawroty. Ponieważ chorey był w tym czasie w Paryżu, więc poradziłem mu udać się jeszcze do kolegi HUCHARD'a, który rozpoznał: stale zwolnienie tętna z napadami omdlenia, *arteriosclerosis bulbi* (?). W sercu rozległy szmer, słyszalny i u aorty, ale najsilniejszy nad zastawką dwudzielną. Tło syfilityczne (?). HUCHARD przepisał choremu jodek sodu, trinitrynę, azotan amylu, wcierania maści ROSKIN'a

uzycie kawy. Nadto zalecił mu sypiać a niska polożoną głowę. Poprawa nastąpiła współzależnie z nastaniem ciepłej pory roku. W zimie nowe pogorszenie.

W roku 1880 po lucie zupełnie spokojnem, w Grudniu wszystkie przypadłości powróciły i obecnie dostały do takiej częstości, że niekiedy bywa po czterdziestu napadów zawrotu przez jeden dzień.

Pomiędzy zwolnieniem tętna i powstawaniem zawrotów istnieje bardzo wyraźny związek. Chory niejednokrotnie zauważył, że w chwili ataku zawrotu tętno nie uderza więcej jak 12 do 20, lub 21 razy na minutę.

Częstość napadów jest bardzo zmienną. W zimie, kiedy chory się nie leczy, są one bardzo częste, i dochodzą aż do czterdziestu dziennie. Natomiast w lecie, pod wpływem kuracji jodowej, stają się bardzo rzadkimi, a potem prawie zupełnie zanikają. W tej chwili chory jest zupełnie spokojny od 8, czy 10 dni, bo nanowem rozpoczął przyjmować jod.

Napady zwiastują się uczuciem odrętwienia mózgu (*engourdissement cerebral*), potem wzrok się mąci i występuje silny szum w uszach. Chory ma czas usnąć, albo się oprzeć. Jeżeli nie może tego uczynić, zalecałniam się przyłożeniem obydwóch rąk do karku i silnem uciskaniem okolicy karku i tyłogłowi, co znacznie osłabia przykre uczucie, jakiego doznaje podczas napadu. Nigdy nie pada (zdarzyło się to tylko jeden jedyny raz w samym początku choroby) i nigdy nie traci przytomności. Jeżeli się co mówi do chorego, rozumie to i stara się odpowiedzieć, ale zwykle wyłaja tylko jakieś niezrozumiałe dźwięki.

Napad nie trwa nigdy dłużej nad kilka sekund. Oprócz nadużyć w jedzeniu, chory nie zauważył żadnych takich okoliczności, któreby sprzyjały pojawieniu się ataków. Po napadzie występuje silne kołatanie serca. W tym czasie oddzielne uderzenia serca są tak mocne, że literalnie polnozą klutkę piersiową, ale częstość tętna wracata bardzo mało, bo zaledwie o kilka uderzeń na minutę.

Za wyjątkiem powyższego objawu, chory cieszy się wogóle dobrom zdrowiem. Ma wyśmienity apetyt, ale przez rozsądek unika obfitego jedzenia, aby nie zwiększać w sobie skłonności do zawrotów. Nigdy nie miowa mdłości, ani wymiotów i w zupełnym jest porządku ze stołcem.

W samym początku choroby M. B. łatwo dostawał dnaznośnię. Obecnie utrudnienie oddycha jest znacznie mniejsze, albo może chory się przyzwyczail. Idąc wolno, może odbywać nawet dwu i trzygodzinne przechadzki, ale prędki chód, albo nieco szybsze wchodzenie

pod górę natychmiast przyprawia go o duszność. Obowiąski służbowo (dozorey) wcale go nie męczą.

Nigdy nie miał obrzęków.

Od czasu do czasu uczuwa dość żywy ból poza lewą łopatką, który zresztą nie stoi w żadnym związku z napadami i nie rozprzestrzenia się na jednoimionną koferynę górną.

Na początku choroby pojawiały się mrowienia, które zwiastowały napad; obecnie znikły zupełnie.

Chory stał się nadzwyczaj wrażliwym na zimno. W zimie nie tylko, że częściej miowa ulega zawrotu, ale nadto doświadcza jeszcze często uczucia obumierania palców; innych objawów choroby Bright'a niema.

We śnie trapią chorego różno amory. Czasami zrywa się z łóżka pod wpływem przestrochu.

M... B... jest ciągle zdenerwowany i zdradza pewną nadwrażliwość układu nerwowego, wskutek której łatwiej wpada w gniew i rozdrażnienie, aniżeli dawniej. Zresztą nie doznaje ani migreny, ani neuralgii, ani żadnych zaburzeń zmysłowych.

Ruchy i czucie zupełnie prawidłowe.

M... B... jestto człowiek średniego wzrostu, szaty, trochę już siwiojący, ogólny jego wygląd i budowa nie przedatawiają nie szczególnego. Chudy jest, ale nie wychudły. Podczas spacerunku i przy rozmowie nie można u niego dostrzec żadnych śladów duszności, która występuje dopiero wówczas, jeżeli kategorycznie zmusi do jakiego wysiłku.

Badanie układu krążenia dostarcza następujących danych:

Ilość uderzeń tętna wynosi obecnie tylko 26 na minutę i nie zmienia się przy rozmaitych położeniach ciała. Puls pełny, nieco skuczący, ale łatwo uciskalny, sama tętnica twarda, utromatyzowana, trochę kręta. Oddzielne uderzenia są miarowe, równo i podzielone jednakowymi przestankami.

Żyły obwodowo twarde i rozszerzone, ale bez żyłaków.

W sercu szmer chropawy, aystoliczny, słyszalny na całej przestrochu, ale obecnie najwyraźniejszy u ujścia aorty.

Ruchy serca silno, granice tępości rozszerzone, oddzielne uderzenia zupełnie równo i miarowe.

Zresztą niema żadnych innych objawów fizycznych, oprócz chyba tych brunatnych, zaokrąglonych plam na skórze klatki piersiowej, o których już poprzednio wspominałem.

Stosownie do rezultat badania, mamy więc przed sobą chorego, u którego tętno bije zwykle od 26—30 razy na minutę, a niekiedy jeszcze się zwalnia i wówczas przychodzi napad zawrotu. Zawrót łą-

czy się z wyraźną skłonnością do omalienia, a raz nawet doszło do upadku.

Co najbardziej uderza u tego chorego, który prawnie dziedzicznie jest bradytrofikiem, a obok tego oiergi na stwardnienie tętna, to trwałość zwolnienia tętna i wyraźna, a stała współczesność pomiędzy napadami zawrotu, a jeszcze większem niż zazwyczaj zwolnieniem pulsu.

W tej chwili obioram sobie to jedno tylko zjawisko z całej powyższej obserwacji, która i pod wieloma innymi względami bardzo jest ciekawa. Moglibyśmy zatrzymać się dłużej nad nagłym występowaniem napadów, bez zmiłnej wywołującej przyczyny, uad stała się zjawiskiem, a tak ciekawą poprawą w leczeniu, ale nie chcę odrywać Waszej uwagi od głównego przedmiotu i poprzestaję na krótkiej wzmiance.

Nasze wiadomości o tym obrazie chorobowym, na który składa się z jednej strony stałe zwolnienie tętna, a z drugiej synkopalne, lub epileptoidalne napady, są, jak dotąd, bardzo niedokładno i niecisłe. Podobne fakty są wogóle mało znane, a teoryje, ktoromi starają się je objaśnić rozmaici autorowie, polegają licznym i częstym wahaniem.

U ludzi zdrowych ilość uderzeń tętna nie spada nigdy poza pewno granicę. Są wprawdzie osoby, u ktorych puls normalnie jest rzadki, ale nigdy w takim stopniu, jak u naszego chorego. Nawet w stanach patologicznych należy tak wielkie zwolnienie tętna do rzeczy wyjątkowych.

Straino, który się kochał w neologizmach, proponował dla tego objawu nazwę bradyfiksji (*bradyphysis*) i używał jej wszędzie, gdzie tętno spadało poniżej 60 uderzeń na minutę. Nazwa ta nie została przyjęta, ale od tej pory lekarze zaczęli zwracać większą uwagę na samo zjawisko zwolnienia pulsu.

Tętno stało rzadkie należy w patologii prawie że do owolności. Nie potrzebuje dodawać, że mam tu na myśli tylko te przypadki, w ktorých rzadkość tętna trwa ciągle, staje się poniekąd przewlekłą, a nie takie, gdzie zwolnienie zależy od przypadkowych okoliczności. A więc wszystkie te rodzaje zwolnienia pulsu, które się zdarzają w agonii, w półśpiączce i w różnych otruciach (szczególniej napastrzycą) wyłączają się z pod poniższego opisu.

W krótkim zarysie historycznym przedstawię Wam teoryje, za pomocą ktorých starano się to zjawisko objaśnić.

Najsampliw dowiedzieć się Panowie, że i ogłoszenie zuszniejszej liczby specjalistów i wogóle bitwać zajęcie się tym przedmiotem należy do rzeczy bardzo niedawnych.

W 1877 roku pojawił się w *Berliner klinische Wochenschrift* artykuł FARR'a, którego rozbiór krytyczny znalazłam w *Revue de Sciences médicales* (tom XXX, str. 510). Jest tam opis przypadku, gdzie ilość uderzeń tętna spadła do 28 na minutę. Chory podlegał zawrotom, po których usza ustrata przytomności, a czasami i ogólnie drgawki. Przy sekcji znaleziono zwężenie i zwyrodnienie aterosmatycznie tętno wieńcowych i małe ziarniste nerki.

LEBRUN zdawał na posiedzeniu Belgijkiej Akademii Lekarskiej sprawę z wypadku, w którym zwykła cyfra uderzeń nie przetrzymała 32 na minutę. Od czasu do czasu przychodziły napady, z początku synkopalne, a potem epileptoidalne. W godzinę po napadzie ilość uderzeń równała się 18. U podstawy serca słychać było słaby szmer systoliczny.

Wreszcie SIGG, którego praca również była rozbiórana w *Revue des Sciences médicales* (tom XXXIII str. 510) podaje jeszcze jedną podobną obserwację. Jego chory miał napady epileptoidalne, poprzedzane narzą odosnuwaną w okolicy nadbrzusza. Częstość tętna wynosiła od 20 do 21 uderzeń, a w tętnicach istniały rozległe zmiany aterosmatyczne.

Te kilka przykładów wystarczą, ażeby przekonać Was, że jakkolwiek nie często zdarza się spotykać takie przypadki, jak nasz powyżej opisany, to jednak nie stoi on znowu zupełnie oddzielnie. A więc w wyciąganiu wniosków nie potrzebujemy zbyt się kłopotować.

Jak tylko zapomniano się ze stałą rzadkością tętna, zaczęto ją odnosić do zmian chorobowych w sercu; w szczególności obwiniano o przyczynę powyższego zjawiska tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego. Takie objaśnienie znajdujemy we wspomnianych podręcznikach patologii serca.

Pierwsze znane spostrzeżenie zawdzięczamy ADAM'owi, a opis jego jest podany w „*Traité des maladies du coeur*” STOKES'a (zjad HUGHARD proponuje nazwę choroby ADAM-STOKES'a). Autor wspomina o częstych napadach apoplekaji, których cechą stanowiło to, że nie pozostawiały po sobie porażen. Ale wycytujno się uważnie w sprawozdanie, łatwo jest dojść do wniosku, że w istocie były to napady epileptoidalne. W protokole sekcji jest wzmianka o słgach kostnych w tętnicach szyjowych i w tętnicach opony twardej, a więc istniała niezaprzeczonie choroba tętna.

Następny przypadek, osobisto spostrzegany przez STOKES'a, dotyczy chorego, który obok stałej rzadkości pulsu, przedstawił jeszcze objawy zwężenia aorty i umarł z omdlenia.

Widacielo Panowie, że we wszystkich powyższych obserwacjach i w wielu innych podobnych, przyczynę zupełnie takich samych

objawów chorobowych, jak w naszym wypadku, przypisywano zmianom w sercu. Z równą słusznością można ją przypisać stwardnieniu tętna.

Później podjęto obwinienie o rozwój tych objawów szyjową okolicę rdzenia i opuszkę.

Apostolem tej nowej teorii był CHARCOT. Badając z właściwą sobie zawsze ścisłością objawy powolnego ucisku rdzenia przy *pachymeningitis cervicalis*, wielki ten klinicysta zauważył stale zwolnienie tętna i powstawanie upadków omdlenia i epileptoidalnych.

Na wstępie przytocza on spostrzeżenia kliniczne, zapożyczone od innych autorów. HUTCHINSON widział zwolnienie pulsu do 48 uderzeń po złamaniu piątego i szóstego kręgow szyjowych. GURTL widywał 36, a nawet 20 uderzeń po złamaniach części szyjowej, lub pierwszego kręgu grzbietowego. ROSENTHAL, wroszcie zauważył u dziecka po silnym urazie w okolicy szóstego kręgu szyjowego, spadek częstości tętna początkowo do 56, a potem do 48 uderzeń.

Sam CHARCOT spostrzegł trzy takie przypadki. Jego chorzy albo nie mieli żadnych zmian w sercu, albo takie tylko, jakie co krok spotyka się u starców. Częstość tętna wynosiła od 20 do 30 na minutę.

Opierając się na powyższych danych, odmawia CHARCOT sercu wszelkiej roli w rozwoju atalogo zwolnienia tętna i odnosi powyższe zjawisko (wszakże bez bezpośrednich anatomopatologicznych dowodów) do zmian chorobowych w szyjowej części rdzenia i opuszki.

Dalej podkreśla CHARCOT fakt, że rzadkość tętna może się łączyć z napadami i uważa to za osobną postać. „Objawy — powiada on — występują napadowo i powtarzają się regularnie w większych, lub mniejszych odstępach czasu. Iluz posiadają one wszystkie cechy omdlenia, innymi razem łączą w sobie zjawiska właściwe z jednej strony omdleniu, a z drugiej apopleksyi; czasami wreszcie przyłączają się do nich ruchy epileptoidalne, najsilniej wyrażone na twarzy, ze zmianą barwy twarzy, pianą na ustach i t. d. W odstępach wolnych tętno uderza średnio około 30 do 40 razy na minutę, a podczas napadu spada do 20, a nawet 15 uderzeń. Bywa i tak, że puls chwilowo, a nawet zupełnie ustaje. Napad rozpoczyna się zawsze omdleniem, a potem następuje stan apoplektyczny i sen, połączone z ochrzczeniem; zmianą odpowiada chwila, w której po chwilowym zawieszaniu, tętno pojawia się nanowem, a bladosc twarzy następuje mijać z czorwonoscia. W tych samych warunkach ukazują się niekiedy i kurcze epileptoidalne.

„Powyższe nasze trzy spostrzeżenia dowodzą, że objawy są zawsze jedne i te same, niezależnie od tego, czy istnieją organiczne zmia-

ny w sereu, czy też ich niema. Jakże więc jest przyczyna zwolnienia tętna i tych objawów, które nie doni przylęczają w wypadkach ostatniego rodzaju? Ja, powtarzam, bardzo jestem skłonny uwierzyć, że źródła wszystkich tych zjawisk szukać należy w rdzoniu i w opuszczeniu. Nie posiadam osobistych spostrzeżeń, któreby stanowiłyby mogły rozwiązać kwestyję, ale oprócz tego, co mówiłem wyżej o następstwach urazowego podrażnienia górnych części rdzenia, mogę jeszcze na poparcie mojej hipotezy przytoczyć, pojedynczy wprowadził, ale nadzwyczaj ciekawy przypadek, który miu wiem dla czego nie zwrócił mi siębyle dotąd należytej uwagi“.

Mowa tu o pownym chorym spostrzeganym przez D-ra HALBERTON'a. Po upadku na głowę wystąpiło znaczne zwolnienie pulsu połączone z napadami o zmiennej postaci.

„Śmierć“ powiada dalej CHAUCOT „przyszła w jednym z tych napadów. Budzenie podmierłone, dokonane przez LISTERA wykryło, co następuje: górna część kanału kręgowego i dżura potylicowa znacznie zwężono w wymiarze przednio-tylnym; przez ostatnią zaślewnio przechodzi mały palec. Opona twarda i wina pokrywający tylną powierzchnię trzonu *epithelii* bardzo zgrubiałe. ATLAS zachował położenie prawidłowe, ale jego połączenia stawowe z czaszką uległy skostnieniu i ruchy w nich są zupełnie niemożliwe. Rdzeń przedłużony bardzo mały i bardzo twardy. Sereca wielkie, ale o cienkich ścianach, nie przedstawia oprócz pewnego zgrubienia wstrodzia żadnych zmian godnych uwagi“.

„Autor ani się wahał uznać wszystkie spostrzeżenia przy życiu zjawiska, a więc stało zwolnienie tętna i objawy apoplektyczne i epileptoidalne, poprzedzone przez napad omłnienia — za skutki ucisku rdzoniu szyjowego i opuski, spowodowanego zwężeniem górnej części kanału kręgowego i dżury potylicowej. I ja przyjmuję to zdanie bez żadnych zastrzeżeń“.

Wypadki nagłej, w całym znaczeniu tego słowa piorunującej śmierci, które niukiody zakończają przebieg choroby POTTA, są zdaniem CHAUCOT'a, następstwem gwałtownej, a zupełnej przerwy w krążeniu, spowodowanej zwężeniem rdzownego wyrostka drugiego kręgu, wskutek pęknięcia poprzecznego jego więzła.

Jednem słowem CHAUCOT kusi nam uwierzyć, że zwolnienie tętna, a także towarzyszące mu napady synkopalne i epileptoidalne, pozostają w zależności od zmian chorobowych w górnej części rdzenia i w opuszczeniu.

W doktorstkiej rozprawie BLONDRAU, ucznia CHAUCOT'a, przebijają się w zupełności poglądy jego mistrza. BLONDRAU zebrął 16 obserwacyj, w których nad wszystkimi innymi objawami gorowało

stale zwolnienie tętna i napady omdlenia, lub epileptoidalne. Autor przyjmuje wszędzie bez zastrzeżeń zmiany chorobowe w opuszcze.

Trzecia i najpóźniejsza teoria nie wyłącza żadnej z dwóch poprzednich, bo z jednej strony przyjmuje udział serca i naczyń, a z drugiej miejscowego cierpienia opuszki.

Autorem jej jest HUCHARD, który podczas swoich prac nad stwierdzeniem tętnic, zwrócił powszechną uwagę na wspomnianą postać kliniczną objawów w „*Société de thérapeutique*” (21 Marca 1880 roku). HUCHARD proponuje nazwę dla zbioru objawów chorobą STOKES-ADAM'a i uważa ją za wyraz stwierdzenia tętnic w sercu i opuszcze.

Dotychczas, powyższe zjawiska chorobowe uważali jedni za dowód ze strony serca, a inni, że rdzeń przestłuzony. HUCHARD bliżej określa przyrodę owego cierpienia i dowodzi, że jego podstawę stanowią ogólnie zmiany chorobowe w układzie serca i naczyń, a umiejscowienie tych zmian w naczyniach opuszki powoduje rzeczono objawy.

Ja osobiście uważam, że tłumaczenie HUCHARD'a jest zupełnie słuszne i że spostrzeżenia, czynione przy łóżku chorego, w zupełności je potwierdzają.

IV.

Jeżeli tak dokładnie staraliśmy się wyprzedać Panom rozwój owego rodzaju zawrotu, który biorąc początek z serca i naczyń i wyosobnić go od wszystkich innych, to dlatego, że posiada on właściwość leczenia. A leczeniu to bywa najskuteczniejszem w samym początku choroby, w chwili, kiedy zawrót należy do najgłośniejszych jej objawów.

Najmnieję jestem przekonany (i niemi w tem żadnej przesydy), że kto wczesnie rozpoznaje zawrót, pochodzący ze stwierdzenia tętnic i kto *par conséquent* wczesnie rozpoczyna leczenie od okresu, kiedy jeszcze nie ma umiejscowienia — a cechę obrazu stanowi skurcz drobnych tętniczek — ten zdola bardzo często powstrzymać w biegu chorobę naczyń i powrócić do ostatnie do stanu normalnego.

To znaczy, że umiejscowienie prawidłowego rozróżniania zawrotów głowy jest rzeczą konieczną.

Kiedy z trzech wielkich typów nawykowego zawrotu, o których wspominałem na pierwszej naszej lekcji, zaskładają na specjalny sposób leczenia, dla każdego z nich zupełnie odrębny.

Zawrót epileptyczny powinno się leczyć za pomocą wielkich dawek bromku sodu (0, 8, nawet do 10 gramów na dobę), podawanych długo i bez przerwy.

Zawrót uszny, czyli choroba MENIER'a, ustępuje pod wpływem chininy, a pierwszym, który odkrył to pozytywne, poniekąd specyficzne działanie staremu chininy, był CHARCOT. Nawet bardzo niedawno spostrzegłem wespół z p. KATZIKU pewną damę z towarzystwa, u której leczenie chininą dało nam prawdziwie cudowne wyniki, podczas gdy wszystkie inne sposoby zawiodły.

Zawrót tołłkowy skutecznie można zwalczać za pomocą środków, pomysłnie wpływających na trawienie. Posiłkujemy się w tych rzadkich stosownie do potrzeby kwasami, alkalijami, środkami oczyszczającymi, przemywaniem tołłku.

Zadana z powyższych kuracyj nie jest właściwą w zawrocie, pochodzącym od stwardnienia tętnic. Posiada on swój odrębny sposób leczenia, oparty na przekonaniu, że przedowszystkiem należy zmniejszyć ciśnienie w tętnicach.

HUGHARD dowiódł, że najlepiej działają w tym kierunku jodek sodu i trinitryna.

Jodek sodu jest najważniejszym lekiem w terapii stwardnienia tętnic; stosujemy go przeciwko większości jej przejawów. Można się wyrazić, że jod odgrywa w leczeniu stwardnienia tętnic taką samą rolę, jaką ciałob w zwyczajnem naszym pożywieniu. Chory powinien się nim karmić długo i bez przerwy, a lekarz winien mieć odwagę stosować powyższy środek wytrwale, przez całe tygodnie i miesiące, nie zrażając się nigdy pozorną jego nieskutecznością.

W ostatnich czasach zaczęto przekładać jodek sodu, nad odpowiednią sol potasową. Własności trującej tej ostatniej są osterdłałości razy silniejsze, aniżeli jodku sodu, podczas gdy wpływ na ciśnienie w tętnicach ma być podług fizjologów znacznie mniej wyraznym, albo nawet odwrotnym.

Dawki nie powinny być tak wielkie, jak w syfilisie. Dosem podawne 1 gram dziennie, ale kuracya musi trwać przez całe lata.

W praktyce prywatnej zwykle przepisujemy:

Natri jodati 10,0 (3jß)

Aquæ 300,0 (℞)

przyjmowane po łyżce stołowej, rano i wieczór, przed jedzeniem. Wrazie potrzeby można dodać dla smaku syropu ze skórek porzeczkowych, albo zalecić przyjmowanie lekarstwa w piwie lub mleku.

Wskazówki dla trinitryny są również wyrazne i wypływają z jej własności fizjologicznych. Posiada ona wybitny wpływ na układ naczynioruchowy, zmniejsza ciśnienie krwi i powoduje znaczne przekrwienie w naczyniach obwodowych.

Do wprowadzenia w użycie trinitryny najwięcej przyczynił się HUGHARD; przynajmniej on pierwszy postawił ścisłejsze wskazania,

które początkowo napotkały na dość żywy opór. Trinitryna jest bowiem niezem innem, jak znaną składnik dość powszechnie nitrogliceryny. Otóż nawet pomiędzy lekarzami jest wielu takich, którzy boją się stosować środka, mającego z innych względów tak straszną reputację.

Niedawno jedna z moich recept, zawierających trinitrynę, dostała się do rąk pewnego prowincjonalnego aptekarza. Zagorzony farmaceuta zwrócił ją z oburzeniem choromu i oznajmił, że nietylko nie wyda recepty, ale że nigdy nie zgodzi się trzymać w swojej aptece tak niebezpiecznego środka!

Trinitrynę przepisujemy w jednoprocetowym roztworze spirytusowym, którego damy po 4 krople rano i wieczorem, rozpuszczono w nieznacznej ilości wody.

Można stosować ją razem, albo naprzemiennie z jodkiem sodu.

Sądzę, że w początku kuracyi najlepiej jest łączyć ze sobą oba powyższe środki. Później zalecam zwykle jodek sodu przez pierwsze 20 dni każdego miesiąca (a więc 2 razy powtarzam podaną wyżej receptę), a trinitrynę przez 10 dni ostatnich.

Samy środki apteczne nie wystarczają do skutecznej walki ze stwardnieniem tętnic i ze spowodowanemi przez nie zawrotami. Należy jeszcze koniecznie zalecić choromu odpowiednie zachowanie się. Najsamprzód wymagamy od niego wyrzeczenia się tych szkodliwych nalogów, które sprzyjają rozwijowi stwardnienia tętnic, zabraniając mu tytoniu, spirytusu, ostrych pokarmów mięsnych i przypraw korzennych. Natomiast zalecamy ruch, życie czynne, mleko, białe mięso i jursyny.

Występowanie niektórych innych objawów skłania nas do użycia małego powyższego sposobu pewnemi specjalnemi dodatkami.

Jeżeli zawroty łączą się z wyraźnemi napadami epileptoidalnemi, to zwyczajnie dodaje do soli jodowej jeszcze bromową sól sodu w ilości 2—3 gramów dziennie. Nie czynię tego w przypuszczeniu istotnej epilepsyi, ale wprost objawowo. Wówczas recepta przyjmuje następującą postać:

<i>Natrii iodati</i>	10,0 (3jß)
<i>Natrii bromati</i>	20,0—30,0 (3v—5j)
<i>Aquae</i>	300,0 (5x)

Jeżeli chorey ma mało sił i jest mało odżywiany, to często dodaje jeszcze do jednej lub drugiej recepty po 10 centygramów (jß gr.) arsenionu sodu (*natrii arsenicosi*).

Nie mam wcale zamiaru wyliczać Wam wszystkich środków, które można stosować przeciwko różnorodnym powikłaniom, prze-

ciwko późnym i ostatecznym umiejscowieniem stwardnienia tętnia. Musiałbym w takim razie przejść kolejno całe leczenie zapalenia nerok, rakniękoczenia mózgu i chorób serca, rozwijających się na tle stwardnienia tętnia. Chodziło mi tym razem jedynie o to tylko, żeby Was zapoznać z podstawowymi czynnikami naszej terapii, za pomocą których można skutecznie przeciwdziałać rozwojowi choroby w jej początkowych przejawach, dopóki jeszcze stanowi ona ogólnie cierpienie ustroju, bez wyraźnych umiejscowień.

Pragnę, żebyście na zasadzie wszystkiego, co wam opowiedziałem, wyrobili w sobie to głębokie przekonanie, że zawroty głowy, rozwijające się na tle chorób układu krążenia, zajmują bardzo poważne stanowisko w szeregu innych objawów początkowego okresu stwardnienia tętnia; że zależą one prawdopodobnie od przejściowego skurczu drobnych tętniczek opuszkowych i mogą przedstawiać wszystkie stopnie, opisywane przy zawrocie w ogólności, od postaci prostych, aż do zawrotów połączonych z napadami epileptoidalnymi i ze stałym zwolnieniem tętna i omdleniami. Nareszcie pragnąłbym, żebyście uwierzyli, że należy je leczyć tak, jak stwardnienie tętnia, co najskuteczniej daje się osiągnąć za pomocą jodku sodu i trinitryny.