

O przymiocie rdzenia,

przez

S. GOŁOFLAMA.

Przymiot systemu norwowego już był w polskiej literaturze lekarskiej opracowany przez kol. GASKIEWICZA w jednym z odczytów; jeszcze przedtem pisał o nim kol. FABIAN w *Gazecie Lekarskiej* [1889]. Ważność wskazuje tematowi, oraz doświadczenie, które zebrałem w ciągu dłuższego czasu, niechże reprezentują niniejszą pracę.

Jednym z potężnych czynników, wywołujących choroby układu nerwowego, jest niewątpliwie przymiot. Z pomiędzy trzech najważniejszych momentów etjologicznych patologii układu nerwowego, jako to: dziedziczność, uraz i przymiot, ten ostatni może najważniejszą gra rolę. Rozpatrując się w klinice chorób nerwowych, dochodzimy do przekonania, że gdy dziedziczność przebija się głównie, jako czynnik przyczynowy w chorobach funkcyjnalnych układu nerwowego, w różnego rodzaju neurozach: histeryi, epilepsyi, psychozach i t. d., to syfilis natomiast wywołuje cierpienia organiczne ośrodków nerwowych. Tak przecieraszająco częstymi są te ostatnie cierpienia, dowodzi statystyka FOURNIEA¹⁾, który na 3420 przypadków t. zw. form trzeciorzędnych syfilisu znalazł 1093 z różnego rodzaju cierpieniami układu nerwowego.

Należy uważać za błąd tradycyjny, przechodzący z podręcznika do podręcznika, ten pogląd autorów, że syfilis trzewi, a więc i ośrodków nerwowych, należy do objawów bardzo późnych tego zakażenia. Powyższa statystyka FOURNIEA wykazuje, że największa ich częstota przypada między 1 i 3 rokiem po zarażeniu; statystycano JACQUES NAUSSYNA²⁾ również dowodzą, że nerwowe cierpienia na gruncie syfilii

¹⁾ *Annales de dermatologie et syphilographie* 1889 Nr. 12. Ref. w *Centr. f. Klin. Med.* 1890 Nr. 23.

²⁾ *Mittheilungen aus der medicinischen Klinik an Königsberg.* 1888 str. 6.

tycznym występują w czasie niezbyt odległym od zarazenia, że częstość ich zmniejsza się nawet w miarę oddalenia od pierwotnej infekcji, że w pierwszym roku częstość ta jest największa, w następnych latach się zmniejsza. Na 18 przypadków czystego syfilisu rdzeniowego, które w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać, czas pojawienia się pierwszych przypadłości rdzeniowych przypadku: w 1-m półroczu 4 przypadki, w 2-m półroczu 3 przypadki, po upływie roku 3 przypadki, w ciągu 2-go roku 4 przypadki, więcej aniżeli 2 lata 5 przypadków.

Pogląd, jakoby syfilis trzew, resp. nkładu norwowego, należał do form trzeciorzędnych, gumatycznych, jest już i z tego względu nieuczelnym, że między objawami t. zw. drugo i trzeciorzędzemi przymiotu histologicznych różnic nie ma. Najnowsi syfilidolodzy [MAURICE] w rzeczy samej nie przywiązują wielkiej wagi do rozróżniania objawów drugo od trzeciorzędnych; widzieli oni bowiem w wczesnych okresach przymiotu wykwitły, należące do okresu t. zw. trzeciorzędzengo, wykwitły przymiotu zarazliwa: dla nich ważniejszą rzeczą jest określenie zarazliwości tworów syfilitycznych. Kiedy zaś nimi być przestają oznaczyć trudno; czas 10—12 letni istnienia syfilisu zdaje się być kresem jego zarazliwości.

Doświadczenia pokazują, że cierpienia układu nerwowego występują często w tych przypadkach przymiotu, które przedstawiają najcięższe objawy początkowe, w których trudno rzęzo orzec, czy mamy do czynienia z szankrem twardym, czy miękkim, w których objawy ze strony skóry, błon śluzowych, gruczołów, są tak nieznaczne, że przechodzą niepostrzeżenie; są to właśnie przypadki często nieleczone, lub leczone niedostatecznie. Wprawdzie pogląd ten został wypowiedziany odnośnie do przypadków władu rdzeniowego, w których syfilis poprzedzał, to jednak, według mojego doświadczenia, da się zastosować i do cierpień rdzenia niełabetycznych, powstałych na gruncie przymiotu. Fakt ten skłania do przypuszczenia, że w charakterze, rozwoju, oddziaływaniu ustroju na zarazek syfilityczny istnieją rozmaite modyfikacje, dotąd niezbadane. Na stosunek zarazki przymiotowego do ośrodków nerwowych raucją w pewnym stopniu światło badania LANG'a ¹⁾, który w towarzyszących, lub poprzedzających wystąpienie wysypek w wczesnych okresach przymiotu, objawach norwowych, jak: bóle i zawroty głowy, zmiany ustroju duchowego, przypuszczenie tętna, podwyższenie temperatury [ze strony mózgu],—bóle i porostazyje w nogach z uczuciem zmęczenia i osłabienia [ze strony rdzenia], upatruje podrażnienie specyficznym zarazkiem opon móz-

¹⁾ Wiener med. Woch. 1880; Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1881. S. 410.

go-rdzeniowych. Na zasadzie badań SEITZKANDL'a ¹⁾, który na 40 syfilityków w wczesnym okresie bez zaburzeń czynnościowych wzroku znalazł u 21 stan irytacyjny siatkówki, u 7 zapalny stan siatkówki, lub naczyńki, lub obu razem, niekiedy bardzo wysokiego stopnia, stawia LANG hipotezę, że przy wspomnianom postępowaniu opon zachodzą w nich pod wpływem zarazka syfilis naciekzenia, które najczęściej znikają, lub też w pewnym miejscu jakas cząstka pozostaje, żeby pod wpływem tej lub innej przyczyny w danym momencie być punktem wyjścia nowotworzenia przymiotowego: uarząd, w którym rozwijają się guzaki, musiał w wczesnych okresach przymiotu być siedliskiem spraw irytacyjnych. To też JAMESON ²⁾ i PINOCH ³⁾ wykazali, że wzmotnienie odruchów ścięgnistych i skórnych poprzedza wytatpienie wysypki przymiotowej, po kilku dniach następuje ich zmniejszenie, po pewnym czasie zaś wracają do normy.

Syfilis układu nerwowego obserwujemy najczęściej pod postacią cierpienia mózgowych, dotąd najlepiej zbadanych. Na syfilityczne cierpienia rdzenia dopiero w ostatnich czasach baczniejszą zaczęto zwrócić uwagę i ukazał się cały szereg prac, które znakomicie wiadomości nasze w tym kierunku rozszerzyły, że tu wspomnę tylko o pracach CHARCOT—GONBAULT'a, DÉJÉRINE'a, JULLIARD'a, HOMOLLE'a, MOLLER'a, GRKIFF'a, JURGENS'a, BUTTENBACH'a, HUMPH'a, EISENLOHR'a, OEFFENHEIM'a, NAUKYNS'a, ZIEBSEN'a, SAVARD'a, SCHVAUSS'a, SIKMELING'a, MOELLER'a i wielu innych. Wiadomo z jakim napulem poczęło podnosić zależność wiądu rdzeniowego od syfilisu [FOCKNER, EAB, STUECKMILL i wielu innych]. W niniejszej pracy tej ostatniej kwantyi, jeszcze spornej i niejako odrębnej, poruszać nie będziemy; zajmijmy się temi cierpieniami rdzenia i jego opon, których pochodzenie syfilityczne nie ulega wątpliwości, przedstawimy pod jakimi postaciami syfilis rdzenia w klinice się ukazuje. Wbrew panującemu przekonaniu sądzę, że syfilityczne cierpienia rdzenia napotyka się często, do tego stopnia, że w każdym przypadku cierpienia rdzeniowego i jego opon, czy to ostrego, czy przewlekłego, czy rozlanego, czy nawet systematycznego, np. rogów przednich, możliwość tej etjologii należy uwzględnić. Zwrócenie na ten punkt uwagi, przedstawienie form, pod jakimi przymiot rdzenia się przejawia, ma wielką doniosłość praktyczną; uł wczesnego bowiem rozpoznania charakteru cierpienia należy w znacznej mierze rokowanie i zejście, które o tyle będzie gerzem, o ile na-

¹⁾ Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1881, S. 172.

²⁾ Winn. med. Blät. 1881, S. 333.

³⁾ Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1881, S. 269.

tura cierpienia została później rozpoznana, resp. czy leczenie specyficzne zostało wcześniej, lub późno zastosowanem. Syfilityczno bowiem cierpienia rdzenia mają skłonność do rozszerzania się, do obejmowania coraz to większych terytoryjów; gdy a początku granulacyjne nowotworzenie może pod wpływem odpowiedniego leczenia uleciać wcesaniu, to w następstwie dochodzi do wytworzenia grubych blizn, do dużych zmian w samych elementach nerwowych, do ich rozpadu, do czego się przyłączają, jak w każdym innym cierpieniu rdzenia nieprzymiotowanem, wtórne zwyrodnienia, których już żadna leczono nie usuwa.

Już na zewnątrz rdzenia i jego opon może się przymiot usadowić w samych kręgach (*peridontitis gummosa, ossica, arthroses, necrosis*) i pośrednio oddziaływać na rdzeń i jego opony przez ucisk, wywoływanie zwężeń, skrzywienia kanału kręgowego, a także wtórnej sprawy zapalno-gummatycznej na oponie twardej (*posthymeningitis externa gummosa*), co suowu powoduje ucisk korzeni nerwowych, przechodzących przez zgrubiałą i naciekową oponę twardą. Wogóle wazakto syfilityczno cierpienie kręgow należy do rzadkości [LAFITTE, JUKAGERA, KUMER], a jeszcze rzadziejmi są zależne od nich cierpienia opon i samego rdzenia, co się objaśnia stosunkami anatomicznymi; opona bowiem twarda rdzenia nie przylega bezpośrednio do wewnętrznej powierzchni kręgow, które mają oddzielną okostną, a oddzielną jest od nich dość grubą warstwę luźną i obfitą w naczynia tkanki tłuszczowej.

Sam nie miałem sposobności obserwowania przypadku przymiotu kręgow, odlayam zatem cytelnika do pna LAFITTE'a ¹⁾ LAFITTE'a ²⁾, JUKAGERA ³⁾ i JASIKKIEGO ⁴⁾. Przechodzę wprost do cierpien przymiotowych samego rdzenia i jego opon.

I. Meningitis spinalis et meningo-myelitis syphilitica.

Z cierpien przymiotowych wewnątrz kanału kręgowego może najczęstszem jest to, które się umiejscawia w oponach, zwłaszcza miękkiej. Jest też bardzo waznem, zohya blawy tego cierpienia uchwycić wcześniej, gdyż sprawa bardzo łatwo może się odbić na odżywianiu rdzenia, którego naczynia pierwotnie przebiegają w oponach, lub też nadobrosznie gummatyczne może nań się rozszerzyć wadłuż wyrostków, które opona miękka do rdzenia wysyła [OPPENHEIM, SIKERLINO]. Wprawdzie przymiot może pierwotnie i odraszu usadowić się w na-

¹⁾ Klinik der Rückenmarks-Krankheiten (Berl. klin. Woch. 1880) str. 411.

²⁾ Des lésions syphilitiques du rachis.

³⁾ l. c.

⁴⁾ Gazeta Lekarska. 1880. Str. 45 i 46.

na bólak bolesne, pęcherz i kieszka stołcowa funkcjonują prawidłowo. Prawa strona naczyniowa anizet lewa, obie lub reagują ani na światło, ani na konwergencyję, przy czem warok. Tak jak i inne zaszły, jest prawidłowy. Objawy z powodów zaważszych nie mógł przedsięwziąć większej kuracji; był tylko Jed, ju którym 10. VII. 01 otrzymał, że mu jest lepiej, że ruchy w karku są swobodniejsze. Obiektywnie wszakże znajdując się ty samą sztywność kręgosłupa, w barku tylko słowacyja jest ograniczona, na tułowiu i górnych kończynach latnieje nawet nadczulić na bodźce termiczne i bolowe. Zalecan wyjazd do Hessa, lub Solca dla przeprowadzenia tam sporych kuracji.

W tym przypadku godnem przedewszystkiem uwagi jest nadzwyczaj wczesne wystąpienie objawów na strony opon rdzeniowych, mianowicie w 5 tygodni po zarażeniu, gdy owrzodzenie na czołku jeszcze się nie zabliźniło i podczas latnienia objawów drugorzędnych. Za ciernieniem opon w części szyjowej i górnej grzbietowej przemawiał ból w tej okolicy, sztywność karku i ograniczenie ruchów tak czynnych, jak i biernych głowy, bolesność przy ucisku wyrostków ciernistych, niezwykła nadczulość skóry karku, okolicy międzyłopatkowej, bocznych okolic szyi, promieniowanie bólu wzdłuż plotu barkowego, skurcze mięśni karkowych. Ze to nie był zwykajny reumatyzm mięśniowy dowodzi bolesność wyrostków ciernistych, nadczulość samej skóry, promieniowanie bólu wzdłuż pni nerwowych. Brak skrzywienia kręgosłupa, obramion, guzów, nieszczególnie tylko zwiększenie bólu przy obciążeniu przemawiało przeciw sprawie przymiotowej w samych kręguach. Wykorny rezultat leczenia specyficznego potwierdził wreszcie pochołzenie syfilityczne tego zajęcia opon. Po 9 latach nie było żadnego objawu, któryby wskazywał, że sprawa przeszła na rdzeń, nawet korzenie nerwowe nie uległy większym zmianom, ponieważ nie było ani anieozulacji, ani porażek, lub zaników mięśniowych, a jako wyraz sztywności opon po przebytej sprawie przymiotowej, pozostała tylko sztywność i ograniczenie ruchów kręgosłupa. Sprawa więc przymiotowa umiejscowiła się pierwotnie w oponach rdzeniowych, nie było ani śladu jakiegokolwiek objawu mózgowych, uieruchomość zaś stronie wyetąpiła w kilku lat później; znajdujemy ją zresztą w przypadkach dawnego zakażenia syfilitycznego bez wyraźnych objawów mózgowych, nawet bez bólu głowy.

Widziemy zatem, że objawy *meningitidis spinalis* w tym przypadku nie różniły się od tych, jakie przy tam ciernieniu innego pochodzenia spotykamy. Uwzględnienie momentu etjologicznego, brak najczęściej gorączki porwoli odróżnić sprawę przymiotową. Najważniejszym objawem jest sztywność kręgosłupa w tej lub innej jego części, zależnie od umiejscowienia sprawy, nieczas obejmująca cały kręgosłup. Konfiguracyja tego sztywnego się zmięknienia, normalnie skrzywienia się wyrównują i kręgosłup tworzy jakby jedną płaszczyznę. Tu-

kie zastępowanie wpływa ogromnie na ograniczenie ruchów tułowia, przy których kręgosłup prawie udziału nie bierze. Jest ono także wypływem bólów, tak samodzielnymi w odpowiedniej części kręgosłupa, jak zwłaszcza powstających przy ruchach. Bole te w formie ostrej, lub ostrawej, dochodzą do wielkiego natężenia, rozpromieniają się wzdłuż szpłotów, lub nerwów międzyżebrowych i dają często powód do omyłek rozpoznawczych, gdyż nieraz przyjmują je za czyste nerwobóle, lub bóle reumatyczne. Są to właśnie te bóle, loczone długi czas bezskutecznie przetworzami przeciwreumatycznymi, antinowralgicznymi, a których pochodzenie głębokie niekiedy zbyt późno wychodzi na jaw, gdy nie przylączą objawy, wskazujące na zajęcie samego rdzenia. Są one zaś objawem sprawy, zwykle przymiotowej, w oponach rdzeniowych, lub *spondylitis tuberculosa* z następczym zajęciem opon. *Spondylitis* zaś *tuberculosa* najczęściej łatwo od *meningitis syphiliticae* odróżnić: jeżeli bowiem nawet nie ma charakterystycznego garbu, to żywy ból, powstający przy obciążeniu kręgosłupa jest bardzo dla *spondylitis* cechującym; wreszcie przy tem ostatnim cierpieniu ból przy ucisku wyrostków cierniowych jest ograniczony do jednego lub paru kręgów, a dane ogólnie i ze strony innych organów wskazują na obecność gruźlicy.

Ważnym dalej objawem jest nadczułość skóry w obrębie nerwów, wychodzących z zajętej części opony; widzieliśmy, że słaba dotknięcie jest dostatecznym dla wywołania bólu, że ucisk paru elementów sprawia nieznosne palenie. Tak ból jak i nadczułość spowodowaną jest podrażnieniem korzeni czuciowych przez ucieszoną i zgrubiałą oponę miękką. Korzenie nerwowe, jak to później zobaczymy, biorą same żywy udział w sprawie oponowej i gumatycznej, może w nich dojść do rozpadu włókien nerwowych, z drugiej strony mogą być wystawione na ucisk przez blizny i zgrubienia łączno-tkankowe opon [jako rezultat ich siarninowego nacioczenia]; wtedy będziemy mieli znieczulenia skóry mniej lub więcej obszerno, widzieliśmy także zmiany troficzne skóry w kształcie *herpes zoster* i t. d.. Podrażnienie korzeni tylnych powoduje zapewne odruchowo skurcze toniczne w obrębie odpowiednich grup mięśniowych, stąd owe sztywność kręgosłupa, a drugiej warstwie strony zmiękczeniu opony mogą uciekać na korzenie przednie i będziemy mieli porażenia, zaniki pojedynczych mięśni, lub całych grup mięśniowych.

Oczywiście, że objawów prawdziwego *meningitis* rdzeniowego nie należy uważać za jedno z owymi przemieszującymi objawami podrażnienia opon, towarzyszącymi, lub poprzedzającymi wystąpienie wczesnych wysypok przymiotowych, a t. zw. objawami podrażnienia ze strony opon LANGE'go (*Meningalirritation*).

Zaluzo się, że we wszystkich sprawach przymiotowych wewnątrz ka-
nalu kręgowego, zajęcie opon daje najlepsze rokowanie, o ile będzie
czytelnie, niepowikłano wierpioniem rdsoniowem, zwłaszcza, jeżeli
sprawa została wrocznie rozpoznana i spocyficzne leczenie wczesnie
zastosowanem. Nie należy wszakże zapominać o bliskim stosunku
opony miękkiej do rdzenia, że nuczynia tego ostatniego przebiegają
pierwotnie w oponie, że więc odżywianie jego zawisło od stopnia
zasilku w niej, następnie, że gumatyczne nuczeczenie może przebieć na
rdzeń wadliwą wyrostków, która opona miękka don wysyła [ORREN-
NUM i SIMKILLING], wreszcie, że objawy oponowe mogą na pewien
czas maskować istniejącą wpoleszoną sprawę rdzeniową. Istotnie,
zajęcie opon przymiotowe najczęściej przebiega z takimże zajęciem
samego rdzenia. Poniżej podaję opoztrzeżenia *meningitidis spinalis
syphiliticae*, gdzie po pewnym czasie wystąpiły objawy, wskazujące
na zajęcie samego rdzenia, i gdzie, pomimo to, swoiste leczenie
wzięzione zostało pomyślnym skutkiem.

Spostrzeżenie 2. W. Ma. lat 42, wstąpił 16-go Maja 1888. Przed 14, rokiem
miał szankra, w ostery tygodniu później wystąpiły objawy wtórne (wysepka); leczoniu
wstrykiwaniami WATRASKAWIKKO [TOXICUM]; wycozowało. Przed cateremnia miazgca-
mi pojawiła się wysepka na rękach, usuwana przez lekarza za syfilityczną; ebory wzięł kilka
woieran staruchy i nuzął się od leczenia. Przed trzema miesięcami wystąpiły gwałtowne
ból, rozprzestrzeniające się od dolnej części kręgosłupa z obu stron na brzech. Bóle to wy-
stępowały z wielką gwałtownością, zwłaszcza po nocach, które ebory walczył tego spędzal
trzechmnie przez dwa tygodnie. Jednocześnie doznawał ebory nuziwa zimna w nogach.
Zrobiło mu się w następnie trochę lepiej, zuzął nawet wychodzić, ale nogi były nieco
slabe. Przed dwoma tygodniami powrócił ten sam ból kręgosłupa z rozprzestrzenieniem
się wleżal dolnych kończ i uczuciem zapierania niożoch. Ebory wlewał doozore
i poty, doznawał uczucia zimna w nogach i wstąpienia w niek; wystąpiła w pewnym
stopniu incontinencia urinae, musiał często oddawać moocz, wydymać się, odużnie potrzeb-
nie czasu zadobó nuczynie. Zakarowała zrzucal pęcherzowa w miazgcaym stupniu
latział już przed 3 miesięcami. Kadzie moocz wykazało lekkie ziazdowy odczyn
i inofaturyję. Ebory zuzął porudy wleku lukarzy w ciągu swej ebory i zuzwał
przewadnie przetwory nalezylowe.

Jest to mędrzyca dohrza zbudowany, w którego nuzgłach wewnątrznych ale
nieprawidłowego nie znalazłem, z wyjątkiem niezupolnie czystego pierwotnego tonu u
wleuchelha nerea, bulżych zrzucal objawów niezapala nerea nie było. Na tuiwiu zuz-
daje się wysepka czystowa (czysta), nuzynjąca pod palcem, gwałdzal zezozortieniona,
gruczny szjowu, łokciowu i pachwinowe powiększone. Ze strony kuzczyn dolnych zwraca
uwagę uład parazytarny z odcieniem utaktycznym, ale grubo zuzmieszona, przyker-
czek wprawdzie nie ma, ale odruchy kolanowe są znacznie wzmoczone, z latwością mo-
żna wywoład odruch stupowy. Czucie dotykowe zachowane, bólowe przytępnian na
stopach, czucenie pęcherza, jak wyżej. Kręgosłup na ucisk nie bolący.

Kuzprzeżenie leczenie swolito usunęło prawie doozczętnie wszystkie objawy, jak
bólowe, tak i inne ze strony rdzenia. Dla dopolnienia kuzczy był dwa razy
w lanku w 1888 i 1889.

Ostatni raz widziałem go z kol. MARBURGEN dnia 30. IV. 1890 r. w stanie zupełnie zaskawiającym. Szkała snu porady, ponieważ długo chodził i snuć nie może, nogi wydają mu się ciężkimi, dźwija czasem krótkotrwałego bólu w prawym boku, głównie przy ruchach tułowia. Ogólnie odżywianie mierne, chodzi chory wcale dobrze także z zamkniętymi oczami. Rękożęby dolne przedstawiają nieco oporu przy ruchach bliźnich, ale sila grzała jest bardzo znaczną. Odruchy kolosowe są znacznie wzmocnione i wydłużone i krótkotrwały odruch stopowy. Odruchy skórne są pechowat śniakopodobnie dobre. Chory skarży się także na drętwienie w podłaskach, ale czucie wargalec ma jak najlepiej zachowane. Aktywności kręgosłupa nie ma. Zalecono: *ferrum iodatum*, *Cloebosinek*.

W tym przypadku u mężczyzny, niezawodnie dotkniętego przymiotem, wystąpiły w 15 miesięcy po pierwotnym zakażeniu, a w miesiąc po rezydycie, niedostatecznie leczonej, i podczas istnienia charakterystycznej wysypki, objawy neuralgiczne w postaci bólów, idących od kręgosłupa na brzocho, a których największe nasilenie przypadało na porę nocną. Wystąpiły nawet objawy, wskazujące na podrażnienie rdzenia, mianowicie uczucie zimna w nogach, zaburzenia funkcjonalne ze strony pechowat. Po kilku tygodniach nastąpiła samostanna poprawa, chory mógł nawet wychodzić, nawią jednak pewno osłabienie w nogach. Romiasyja ta trwała wszakże niedługo, bo uleciało dwa miesiące: bóle ponowily się, rozpraszczony ku gorsze co wskazywało na rozszerzenie się sprawy w graniżowej części opon. Objawy ze strony rdzenia również się wzmogły. Nie ulega wątpliwości, że były to bóle neuralgiczne, zależne od zajęcia opon i korosni, za czym przemawiała ich obustronność, nasilenie nocne, uporczywość i odporność na zwykłe leczenie, a ostatecznie objawy czysto rdzeniowe, które niebawem się przyłączyły [osłabienie nóg, powiększenie odruchów ścięgniętych, zaburzenia pechowatowe i esnościowe]. Sprawa wszakże była dość świeża, udało się rozwinąć jej wstrzymanie i uleczenie przyskane. Znakomitą poprawę tę mogliśmy stwierdzić jeszcze po dwóch latach. Jako ślad cierpienia pozostały wzmocnione odruchy ścięgnięte, łatwo zsunienie po dłuższym chodzeniu, nogi wydawały się choremn ciężkimi, czasem dosznawał on krótkotrwałego bólu w prawym boku.

Niezawodnie przebieg *meningitidis syphiliticae* z następczym zajęciem rdzenia jest taki pomysłowy, jak w powyższym przypadku. Niekiedy pomiędzy wystąpieniem objawów oponowych i rdzeniowych krótki tylko przeciąg czasu upływa, a i ostatecznie szybko dosięgają wysokiego stopnia, jak tego dowodzi następujące spostrzeżenie.

Spostrzeżenie 3. R.... 16-let. kolarz, lat 30, przybył do kliniki prof. LAMBLA 30. V. 87. Przed rokiem miał szkarę, w 2 miesiące później b. obfita wysypka. W Sanitale św. Łazarza próbował on 4 iniekcyje żółtego tlenku rtęci, 18 frkcyj, wy-

syпка zgineła, jed przyjmował chory śniej. W Lutym r. b., wystąpił ból gardła, na który przepisałno mu pigułki. Przed 3 i pół tygodniami pojawiły się dreszcze, ucie i gorączka, ból głowy i krzyża, ogólna osłabienie, po paru dniach trwania tego stanu miał się chory do łóżka położyć, bóle głowy i krzyża trwały do wieczora i nocą zupełnie go nie porażały. Jednocześnie z bólem krzyża wystąpił ból ściskający na wysokości dolnych żeber, który swobodnie oddychać mu nie pozwalał. Przed tygodniem wystąpiło zatrzymanie moczu: w chwili gdy chory robił wydech iła oddania go, czułoby mu angie nogi, aż do stopała zupełnego porażenia. Odłną nocą wypuszczono kateeterem.

Chory duberze zbudowany i doskonale odżywiany, łwa gorączki, bólu 70. Na skórze zewnętrznej; powierzchni lewej górną widno wystające guziki, mniej więcej okrągłe, budo-czerwone, pokryte strupkami, nieogrzęzające, takak wysypka, tylko błędna, na czole. Granzoty pachwinowe twarde, nieboleane, powiększone; za lewym międniam mostka-objęczyko-satkowym granzol wielkość grochu. W wewnętrznych organach zmian nie ma.

Kończyny tułowia nie przedstawiają oporu przy ruchach biernych, odruchly kolannowe są dość żywe i istnieją aż do stopowych. Porażenie ruchu jest prawie zupełne; tylko słabe zgłęcen w biodrze i bardzo nieznaczne ruchy stopami i palcami są możliwe. Ciężkie detykawy zachowane z dozą lokalizacyją, bólowe przystępnie na stopach i guzłach. Odruchy poduszowe żywe, moczowych nie ma. Kurczenie są. Na talowia od dolnych żeber aż do skóry pachwinowej istnieje naderżność, delikatne porażnięcie palem sprawia przykre, prawie bolesne wrażenie. Ciężko choroby nie może, nawet wtedy, gdy puszczają wiele rękami, trzęsło go podlegniwywół, mięśnie brzucha bardzo słabo się kurczą. Ruchy tułowia bozno i w tył są bardzo ograniczone, no w znacznej części zależy od sztywności kręgosłupa. Wzrostki cierniste ośladnich kręgow granziotowych i pierwszych lędźwiowych są na oślek bolesne; ucisk kręgosłupa z góry budo sin sprawia. Zatrzymanie moczu trwa dłużej, chory nadal wypełnienie pęcherza, wprowadzaniem kateeteru i opróżnia nie nim pęcherza; gdy pęcherz jest bardzo wypełniony, trzęcąc moczu ośleka mianowicie. Stolec zaparty, przedochodzący po środku przezczyszczającym przez otwór atokowy kał chudy czudo i może jego wydalenię powstrzymać. Okręto kończyny, głowa i k. d. zmian nie przedstawiają. Leczenie swolito okazało się prawie bezskutecznem.

W tym przypadku objawy zajęcia opon w części grzbiotowej wystąpiły w rok po zakażeniu. Chory był leczony raz jeden, wiał mianowicie 4 injekeyje i 18 frykeyj; przeciwko recydywie, która wystąpiła po 9 miesiącach, brał tylko pigułki. A więc wogolo leczenie spocyfikowne było niedostateczne. Zaczęło się od objawów oponowych, mianowicie od bardzo uporczywego bólu kręgosłupa i bólu ściskającego na wysokości dolnych żeber, który choromu swobodnie oddychać nie pozwalał i sen zakłócał. Znalazliśmy sztywność i niernuchoność kręgosłupa, którego wzrostki cierniste były bolesne na ucisk, a także naderżność skóry talowia od dolnych żeber aż do skóry pachwinowej. Ciep była gorączka, trudno urzoć; chory utrzymuje, że była i że miał dreszcze i ból głowy. Objawy rdzeniowe wystąpiły już w półtrzecim tygodniu później, mianowicie zatrzymanie moczu, prawie jednocześnie z osłabieniem kończyn dolnych, dochodzącem do zupełnego niemal ich porażenia. Przy badaniu i mięśnie tułowia okazały się porażonemi, czucie zaś w kończynach było bardzo mało zmienione. Mie-

liśmy więc *meningo-myelitis* dowodził pochodzenia syfilitycznego, za czasem przemawiało jeszcze istnienie charakterystycznej wysypki na skórze.

Niektóre objawy oponowo syfilisu wewnątrz-kęgowego są tak nieznaczące, że może się wydawać, jakoby sprawa umiejscowiła się wprost w rdzeniu.

Myelitis dorsalis syphilitica.

Spis treści 4. M. Walenty, lat 29, kolarz, przybył do kliniki prof. ŁANUZA 10. XI. 88 z powodu słabości nóg, niemożności zatrzymania stoła i moczu. Przed rokiem miał szalkę, którą się po miesiącu zabił. W kilkanaście dni później pojawiła się wysypka, głównie na kończynach, małej ilości na tułowiu. W szpitalu św. Łazarza chorey wiał 42 frykcyj i 11 iniekcyj Warneazkwenicko. Wysypka bardzo trudno znikała i pokrywała się strupami. Ze szpitala 8-go Łazarza chorey wypisał się 14. IV. 88, po 3 i pół miesiącach leczenia zdrowym, a wyjątkiem innego oka, które uległo stanowi zapalnemu jednocześnie z ukazaniem się wysypki i które jeszcze było sierpiące. 23. V. 88 wyjechał do Buska, gdzie wiedeńscy lekarze pokazali się kilka większych plam na kończynach; plamy te ponownie uległy 24 frykcyj i 30 kąpielom nioxypetno-żółty. W Warszawie żół. Tractisów wykonał choremu dwie iniekcje kółtego (leku rtęci), a ponieważ chorey musiał wyjechać, zażądał w dalszym ciągu frykcyj, których tylko 4 zapadł. Wtedy chorey dostał rozchwiania, stoła nie mógł utrzymać, niedługo także mocz oddawał niewolnie i nogi mu oślabły. Mimo to miejsce prawej i niepełna miesiącami. Parażenie koński stołcowej i pęcherza było zupełne, chociaż czucie w przegłani tych nie zniknęło; osłabienie kończy się zwiększało, chorey musiał o kilka chudeć. Wtedy po 3 tygodniach trwania tych objawów wrócił do Warszawy na oddział żół. Tractisówicko. Tu wiał 58 frykcyj drachmowych i do wewnątrz już we wznajających dawkach. Z początku funkcja koński stołcowej się polepszyła, ale wróciła do poprzedniego stanu po rozchwianiu, spowodowanym środkami parazytobójczymi. Wraz z tym chorey wyszedł ze szpitala z poprawą w nogach. W bliższe powoli funkcja koński stołcowej się polepszała, apetyt wrócił, chorey nie doznawał już parali i iniekcji. Mniej jest poprawa w strusie pęcherza: mocz długo zatrzymywany był nie może, strumień się przerywał; w ciągu dnia, zwłaszcza podczas chudzenia, częstotliwość oddawania moczu jest mniejsza, w nocy zaś większa. Mocz sam jest już czysty, gdy dawniej był mętny. Chorey chudł bez łaski, strzegła w nogach nie ma.

Dłowa i oddychanie mierne, organy wewnętrzne zdrowe, wyraźnego obciążenia gruczołów nie ma. Na wyprostach powiększenia przedramion, małej na rękopłowych, widno małe, wielkości łebka od szpilki, blizny niepigmentowane, na dolnych kończynach szablizny pigmentowane z odzieniem młodszymi tuleprzyno. Odręgniętych obruchach dwukrotnej wielkości jedno, jak gość, znajdują się na dużej zewnętrznej powierzchni goleni, drugie wielkości orzechu łaskowego przeważnie koło stawu skokowego, an tylnych powiększenia ud, podłaskach. Blizny małe, nieznaczne po wysypce, która się ukazała bezpośrednio po szalkach, większe po tej, która w Busku wystąpiła. Oprócz pesy rozkładu strusie kończy dolnych umiarkowany, ruchy czynne są silne. Odruchy kolonowe wzmożone, po prawej stronie odruch siopowy jest wyraźny [prawa dłoń kończy jest gorsza] po lewej bardzo słaby. Odruchy podżożkowe zachowują, mechanicznych i mechanicznych wywołanie nie można. Czucie wszystkich części ciała zachowane, bóle nigdy chorey nie doznawał. Erekcja hywna. Kręgosłup niebolony na ucisk. Chód dobry, tylko prędkie chudzenie jest utrudnione. Objawy Romberga nie ma. Głuche kończy zdrowe. Lewa ścieżka nieprawidłowo rozszerzona, widno ścioty łopowki.

Przymiot skórny w niniejszym przypadku odróżczał się niezwykłym natężeniem i uporczywością, nawet przy energicznem swoistem leczeniu. To ostatnie nie uchroniło chorego od umiejscowienia się sprawy po upływie 8 miesięcy od zarażenia w rdszeniu, gdyż nawet w czasie trwania leczenia specyficznego, które prawie nie zostało przerywane, wystąpiły objawy naprzód ze strony kieszki stołcowej, zaraz później i ze strony pęcherza, jako *incontinentia*. Niebawem i kończyny dolne słabnąć zaczęły. Pod wpływem energicznego leczenia frykcyjami i jodem nastąpiła powolna poprawa, ale do zupełnego wyleczenia nie doszło, mianowicie długo chory wstrzymać moczu nie mógł i chód najszybszy był utrudnionym. Objawów oponowych nigdy nie było, a zależność od syfilisa widoczna, tak z objawów współistniejących, jak i ze skutku leczenia. I tu czuicie okazało się niezamienionem, co służy za dowód, że rdzeń nie był zajęty na całym przecięciu w swej części grzbietowej, ale przeważnie w istocie białej okolic ruchowych i ośrodkach szarej substancji dla pęcherza i kieszki stołcowej.

Leżenie tylko objawów ruchowych, stan spastyczny kończyn dolnych, zwiększenie odruchów ścięgnistych daje w przypadkach *myelitis dorsalis transversa* na gruncie syfilitycznym obraz, który Ekm nazwał „*paralyse spinale spastique*”, a CHARCOT „*tuber dorsalis spasmodica*.” Już w pracy swej [1884. *Gazeta Lekarska*] wykazałem, że syndrom tego cierpienia jest składową częścią wielu chorób układu nerwowego, jak *scleroses en plaques*, lub też niektórych przypadków *myelitis dorsalis transversa*, tu czuisty obraz „*paraplegiae spasmodycae*”, trafia się w klinice bardzo rzadko, że bliższe badanie wykazuje po największej części zmiany, ale nieznaczne, czuciowe, funkcji pęcherza, że wreszcie badanie anatomiczne do tej pory nie stwierdziło istnienia pierwotnego asymetrycznego otwardzenia pęczków piramidalnych. Syndrom najbardziej ablitony do Ekm-CHARCOT'owskiego znajdowałom właśnie w starych przypadkach *myelitis dorsalis transversa* na gruncie syfilitycznym, przypadkach, w których na początku cierpienia istniały niewątpliwie zmiany czucia, zaburzenia ze strony pęcherza i kieszki stołcowej, które jednak pod wpływem specyficznego leczenia prędko ustąpiły, aż do zaburzenia ruchowe. To ostatnie w mniejszym, lub większym stopniu, pozostawały jako osłabienie kończyn z ich stanem spastycznym i zwiększeniem odruchów ścięgnistych nawet w najszczęśliwiej przebiegających przypadkach zajęcia rdzenia w części grzbietowej. Najczęściej i w tych ostatnich dokładne badanie wykrywa, ale nieznaczne, zmiany czuciowe, a anamneza niewątpliwie zaburzenia ze strony pęcherza i kieszki stołcowej.

Nie zaważo zejście syfilitycznego zapalenia rdzenia jest tak pomyślne, jak w powyższym przypadku, gdaio leczenie było energicznie i weso-

nie zastosowane. Daleko gorzej rokowanie dają przypadki niedostatecznie przedtem leczonego przymiotu skórniego, lub też te, w których nie stosowano specyficznego leczenia na początku rozwoju cierpienia rdzeniowego. Okazują się one najczęściej spóźnionem, po upływie pewnego czasu, mniej lub więcej długiego, zależnie od przypadku, od wystąpienia pierwszych objawów. Do zmniejszeń w rdzeniu, spowodowanych samą apraxją przymiotową, dołączają się zmiany wtórne, w postaci zastępujących awyrodnien pęczków piramidalnych.

Spóźnienie B. L., lat 35, arcydzieła Amory w G., wzięta w Marcu 1883. W 1880 r. zaraził się przymiotem (szankier, później obrzęczenie gruczołów, wysypka). W dwa tygodnie później wystąpił silny ból w tyłogłowie i karku, bezsensowność, przyćmienie wzroku, po jeduku potażu poprawa już po 4 dniach. W 5 miesięcy później ból głowy tego samego charakteru, jednocześnie wysypka na skórze. Zalecono 12 frykcyj, pigułki i jeduk potażu. Jed po 2 tygodniach wyzdrowienie, które się utrzymywało do Listopada r. z. Wtedy chorey poczuł osłabienie i ciężkość w nogach, kłószczową prawej. Ból w prawej nie dochował, a tylko nieznacznie kłóście w kolanie, głównie prawej, drętwienie prawego paśnika i górnej części prawego uda. Osłabienie kończyny górnej bardziej się wzmagało, a 2 Grudnia 1882 chorey zupełnie stracił w siebie władzę; mocz i kał zaczął się wydzielać bezwiednie. Od 2 stycznia wystąpiły mimowolne skurcze mięśni kończyny

Chorey dobrego wzrostu, młodego odżywiła, ciężo 64, organa wewnętrzne zdrowe, gruczoły pachwinowe nieco powiększone, twarde, niebolejące, na dotyk wyrostki ciemnie brązowego niebolejące. Położenie kończyny dolnych, zwłaszcza prawej, zawziętości mimowolnych, ale niebolejących skurczów (też lub owej grupy mięśniowej). Przy ruchach nieraz napotyka się na dady upor, czynno są bardzo ugraniczone, jeszcze bardziej w prawej nóżce, bo gdy w tej ostatniej modliwa jest tylko słabe zgięcie w kolanie i biodrze. To w lewej oprócz tego jeszcze ruchy stopą i palcami. Obruchy kolagowe znacznie wzmocnione, ubustronny odruch stopowy iluzynowały. Wzmocnionem są także odruchy skłone (podczasowa i od skóry kończyny). Ciepło dotykowe, bólowo zupełnie zniekształcone, a jeżeli czasem mooniejsze ukłucia chorey uczują, to je nie lokalizuje. Równie upośledzonem jest uczucie temperatury, niekiedy bardzo zimny przedmiot sprawia uczucie ciepła. Zniekształcenie jest także uczucie macki i czujal mięśniowy. Zaczęto to zmiany uczucia sięgają powyżej talii pachwinowej. Już na talowia wrzucił ucie, ale to się lokalizacyjną. Inkontinencja urazowa, zwiększająca się w chwili pojawienia się kłószczów. Mocz mglisty. Erekcya bardzo rzadkie. Zaparcie stolca under uporczywym. Trawienie wogóle upośledzone. Górną kończyną i gónu zdrowe.

45 frykcyj i jeduk potażu ty tylko przyniosły korzyść, że chorey subiektywnie czuł się lepiej. Obiektywnie można było stwierdzić tylko ulosychnienie małą poprawę.

W tym przypadku leczenie syfilisa z samego początku było niedbane, lub niedostateczne, cierpienie rdzeniowe wystąpiło mniej więcej we dwa lata po zarżeniu i w ciągu trzech tygodni doprowadziło do zupełnego paratonia kończyny dolnych, *incontinentia almi et urinae* zupełna i bezwiedna. Ciepło okazało się zniekształconem, przykurczeniem, mimowolne skurcze mięśniowe, a spoźnionem leczeniem specyficznem [45

frykcyj i jod) okazało się prawie bezskuteczne. Mieliśmy więc zajęcie rdzenia w części grabieliowej na ośmiu przecięciu [porażenie ruchowe, czuciowe, pęcherza i kieski stołcowej] ze zmianami zwyrodniającymi zalepającymi [przykurzenia, spazmy]. I tutaj nie było objawów ze strony opon, a wyłącznie rdzeniowe.

Poniziej podajemy spostrzeżenie syfilitycznego zajęcia rdzenia podczas istnienia drugorzędnych objawów zakazania.

Spostrzeżenie 6. G...go, lat 34, urzędnika poruczykowego w S., wstąpił w Marcu 1885, skarżył się na niemożność chodzenia, oddawania moczu i rozcznie zimna w krzyżu. Zaborował przed 5 miesiącami w parę dni po spożkowaniu w stanie nieczeknym, poczem umiarkowanie zimno w krzyżu, nieznanego strapienie w kłopotach, a którego otworu zaczęła się ropa. Podejmując ręką, wstrząsnął sobie moczem wódkę, która spowodowała silny ból w cewce i zaczęło oddawanie męskiego moczu. Po paru dniach wystąpiło rozwojenie, trwające 3—5 dni; stale choroby nie mógł wstrzymać, jednocześnie poczuł ciężkość i omdlenia w kończynach dolnych z uczuciem zimna w nich, idące od krzyża; poczęły zaparzać stopy. Przez dwa miesiące objawy były następujące: uporczywa zaparzała, nie ustępująca bólem czyszczącym, zaczęło oddawanie męskiego moczu [po kąpielach stawał się czystszy]. Wymagał on ostrożności kończyn dolnych, zimna w tych kończynach i krzyżu. Chorzy wstąpił do szpitala w S., gdzie niebawem stracił zupełnie władzę w nogach, stopy obrzękły, uczuwał w nich jakby czyszczenie i nieznosne zimno, mocz coraz trudniej oddawał; musiał sobie zaciskać okolicę pęcherza. Później kończyny zaczęły osywnąć, występowały w nich miazmaty skurczów i ruchy, ogólnie odbywające się pogarszając, chorey miał często przy obfitych potach, atracji likwidacji. Pomimo poprawy, jakiej chorey nie doznał po kilku gorących i długich kąpielach, wysłał się do szpitala w S., po kilkumiesięcznym tam pobycie i przyjechał do Warszawy.

W 28 r. życia zaraził się szankrą, po 6 tygodniach przyjął ją w parę dni. Wskazał się guzki Dłonda, pomimo kilku objawów wtórnych. Od tego czasu, miewał często ból głowy, raz zażyczył mu się w oczach. Przed rokiem miał jaką chorobę podobną, którą lekarz uznał za przybitową, a przed 2 miesiącami w szpitalu w S., wystąpiła wysypka, trwająca do tej pory.

Od 23 r. życia do 26 oddawał męczkę samogwałtowną, od 28 r. zaczął ogólnie osłabnąć, zaczął pić, od 23 r. pił wódkę i piwo, nie już kilka klasków i parę kufli starczyło do opicia się; przytrafiło się to mniej więcej co tydzień.

Obdawa, odżywianie i wzrost umiarkowane, stan gospodczakowy, piersi, cecna zdrowe. Na skórze zwłaszcza kończyn dolnych i ich powierzchniach wypustkach, mniej zaś na górnych, tubercle i czole, widział obfite wysypki, barwy czerwonej, najczęściej okrągłe, o poł. cm. średnicy, wystające nad powierzchnię i pokryte, zwłaszcza kolo kłosa, łuszczyły łuszczykami. Na gnie-wewnetrnej powierzchni od rozciągnięcia szerokości i bolesne zgrubienie skóry, na moczach powierzchniowe uwrotnała wolutek drążącego działania spływającego moczem, ścieżki pachwinowe zwłaszcza prawie powiększone, twarde, niebolesne. Infekcyjne z obu stron wielokrotne gronki. Włosy na głowie rzadkie i cienkie, miejscami zupełnie ich nie ma (*Calopila sphyllaria*).

Kończyny dolne wypustowane i zblizone do siebie. Ruchy czynne mocno ograniczone; chorey może ledwie podnieść prawą kończynę po udu poziomu łóżka; przy ruchach biernych znaczny opór. Odruchy kulawo wzmożone, stopowy wyraźny z obu stron. Od czasu do czasu widok miazmaty skurczów w jednym lub drugim międźciu ze zmianą położenia kończyny. Ciężkie zimno, zimno i to coraz bardziej im więcej oddala się od tubercle, na wewnętrznych powierzchniach guzów, stopach i b. zewnętrznych

palcach czułość dotykowa i bólowa zupełnie zniszczone, czułość zaś temperatury zachowana. Zmysł węchowy przytępiony. Zmiany czucia skórznego sięgają na talowiu do wysokości pępka. *Incontinentia urinae cum retentione*, mocz upływa krapkami, chory czuje bolesne parcie, a mocz nie może stać się zaparty, orektyje bywają. Mocz gęsty, szarawy, w osadzie ropny.

Chory został poddany leżeniu stołowemu i jodemu; wysypka wprowadzić się nie mogła, ale objawy rdzeniowe nie ustąpiły.

W tym przypadku porażeniu rdzenia w części grzbietowej na całym przecięciu, bo oprócz wydatnych objawów ruchowych istniały także wybitne zaburzenia czucia, pęcherza i kiarki stołowej, pierwsze objawy cierpienia wystąpiły w pięć lat po zarażeniu, a recydywa wysypki specyficznej pokazała się już w czasie istnienia choroby rdzeniowej. Objawów oponowych nie było wcale, a uczucie zimna, które w tym przypadku stanowi objaw tak wydatny, należy odnieść do porażenia rdzenia w części grzbietowej. Winniśmy zaznaczyć, że w tej obserwacji, mniej może unikniemy w poprzednich, zalety cierpienia rdzeniowego od syfilisu jest widoczna; oprócz tego momentu etjologicznego w anamnezie zaznaczone są inne szkodliwości, jak: alkoholizm, onanizm i spółkowanie w stanie nietrzeźwym. Wszakże przynależy zauważyć, że to ostatnio czynniki ustępują pod wagą siłą ważności zakażeniu syfilitycznemu i mogły grać raczej rolę powodów przypisujących wybuch cierpienia rdzeniowego.

Następny przypadek, który zawiązywałam kol. SOKOŁOWSKIEMU, ważnym jest z tego względu, że doprowadził do sekery i umożliwił potwierdzenie rozpoznania klinicznego badaniami pośmiertnem.

Spostrzeżenie 7. L. ... Julian, były cehwartnik niemiecki, lat 53, przybył na wieś kol. Sokołowskizna 11 Marca 1898 r. Z karty (szpitalnej) się dowiedziałem, że choroba zaczęła się przed trzema laty od bólu w krzyżu i osłabienia nóg, które, powoli się zwiększając, doprowadziło przed dwoma miesiącami do zupełnego porażenia. Już na samym początku choroby przed 3 laty wystąpiła niemożność wstrzymać moczu i kału. Przed 4 laty chorey przechodził syfilis, brał tryktylę.

Był to mężczyzna dobrze budowy i odżywienia, u którego w organach klatki piersiowej i brzucha nie stwierdziliśmy niczego. Zupełna strata wagi w tygodniach przy dość dobrze zachowanym czuciu skórnem, tylko ciepłych przedmiotów od zimnych nie rozróżniał. Obrętki kolosowo zachowane. Gorączka umiarkowana 38,0. Leczenie polegało na podawaniu jodu, kąpielach, faradyzacji. Koło 18. III. 88 zaczęła się tworzyć ogromna odłóżka na kości krzyżowej, 18. IV zanotowano kolo otworu zewnętrznej powłoki rozpoznawajac się zgorzel, na prawej podskwie zaś pęcherz wielkości jaja kurzego, wyłożony narowicą; 22. III obrzęk dolnych kończyn; 3. IV *incontinentia albi et urinae*. Rany po przypalaniu rogacim PAQUETIEM'a nie goją się; 11. IV kolo kostek zewnętrznych odłóżki; 13. IV brak odruchów kolosowych, obrzęk nog coraz większy, czucie na stopach zniszczone, wyjątki przytępione, anestetyj melancholezyj (pod podługą chorey chował sztyler w naminach smobójczych); 23. IV mocz porażony wielkim palcem prawej nogi; 3. V ogólny stan lepszy, chorey czuje potrzebę wypróżnień, moczu pod nie-

bie nie odłaje. Może prawą stopę poruszać, odleżyny mniejsze: 12. V obrzęki nóg mniejsze 27. V zastąpiło pogorzenie. Bez poprzedzającego drżazgi ciepota r. 39,7 w 32,8 prawdziwie niskim od *peruvianis febris* w mięsach, gdzie opasła dła odleżyny krzyżowej znikła. Odleżyny przyjmują charakter agorickowy. Tętno 104. Ogólnie osłabienie znaczne. 28. V rękę otworzono, r. 38,0, w. 38,8; 29. V r. 37,2 w. 34,4; 30. V r. 36,2 w. 39,4; 31. V r. 39,0 w. 39,0; 1. VI r. 39,0 w. 39,2 *Delirium*; 2. VI r. 39,0 w. 38,6; 3. VI r. 37,8; w. 39,4 *pulsus filiformis*. W nocy chorey zmarł.

Sebcyję wykosano 4. VI. 88. Trup dobry budowy o tkance tłuszczowej nieobfitej, suchy, wiotkich mięśniach, przedstawiła dolne kończyny, zwłaszcza lewą, obrzękniętą na niek głębokie i obusornie odleżyny, mianowicie na piętach i kostkach zewnętrznych, oprosz tego skóra na lowerj goleni szaroczerwona. Doleżki większe i głębsze odleżyny znajdują się na krzyżach, zwłazcza na kocy krzyżowej, mają one nierówne, brudno cna, wysusze i podmiłowane brzoży. W płucach rozdane i obrzęk. Serce duże, lewa komórka ma ściany grube, pojemność jej zwiększona, zastawki aorty zgrubiała, przy ścianie się tylniej z prawą znajdują się małe. Jak ziarno kokopca, guziczek odbarwionego włókna, przystający dość mocno, światła wewnątrz lub nieznacznie ciemni ma. Wewnątrzna powierzchnia aorty wstępującej zgrubiała na znacznej przestrzeni. Wątroba duża, kasztanowa. Nerki dość małe, twarde, otoczkę szklaną dość trudną powiększenia nierówna z dniami zagłębieniami, powierzchnia przelęcia ciemno-czerwona. kora cienka (*nephritis interstitialis*).

Pia ossificata mleczno-białego koloru zwłazcza w kruchach szdowych i ścięciowych, łatwo się daje zdejmować; na podstawie zgrubienia pnia jest mulejsze, głównie kóło rdzenia przedłobowego i mostu, a w tkankach pokrywających ostatni. Świeży. Jaśniejszy wyłw krwi. Tętno na pociatwie, jak *basilaris*, *carotialis prof.*, *fovars* *Sydr* i mniejsze, mają ściany zgrubione i mlecznego koloru. Siatkowna wosgu ciastnawa, dość tkała, komórki boczne rozszerzone, *epithyma*, także 4 komórki, drobnozianista.

Przeźrzedni podjęzyczna rdzenia wypełniona dużą ilością płynu serowatego. No jest zgrubiała i biało-mlecznego koloru na całej przestrzeni, przewlecia wiezue, dość słabo urosły z oporną twardą. Sam rdzeń jest biały, na wysokości dolnej grzbietowej dość cienki, przecięcie nie jest tu okrągłe lub owalne, ale szersze na boków, a w prawej połowie rdzenia znajdują się jasna nieregularnie okrągła o średnicy kóło 1 1/2 mm. wytworzona na kocy głównie tylnego rogu szdowej szarej, ciągnąca się wzdłuż osi rdzeniowej mniej więcej na wysokość 1/4 cm. i wypełniona krwawym płynem. Ryzynek rdzenia jest nieco szary rozlanym jakby wyrodnieniem, konsystencyja prawie niezmieniona. Poziżej widać obciążkowe wyrodnienie, tyżące się tylko otwołu rdzenia. Powyżej średniej grzbietowej wyrodnienie obciążkowe zachodzi głęboko, a wtymczasem wyrodnienie widoczne jest w pęczkach GOLL'a. W części lędźwiowej szdowa szara przedstawia się szdową.

Po staraniu w płynie Euzekcie i autojenia po orzeł w cellulozynie, po części w parafinie, porobiono skrawki mikroskopowe z rdkych segmentów rdzeniowych, barwiono pikrokarumem, ośmiesem Weizert'a, antrazyną. Okazało się, że szdowa w parafinie wcale nie paje, że daje możność utrzymania bardzo cienkich skrawków bez odrywania opony miękkiej i korzeni.

Na wyskocy 2 karczala szdowej widać golem obtem widące wyrodnienie pęczków GOLL'a, barwie nieznacznie brązne wyrodnienia w obrębie pęczków bocznych. Pia cienka, bardzo słabo infiltrowana, naczylna w niej przobiegająco prawie bez zmian, tak np. w tętny rdzenia przedniej mowa jest tylko nieco zgrubiała. Włókna nerwowe szdowej białej wazędzie zachowauę, z wyjątkiem obciążkowego wyrodnienia. W szdowej szarej znalazło i znalazło wyłw krwi, tylko niektóre komórki rozwjowo są wyrostków postawione, bez widocznego jądra i jąderka.

Na wysokości 3 korzenia sztyrowego zwyrodnienie pęczków Goula i brzośną w pęczkach bocznym, jak powyżej. W dośr. cienkiej opońce miękkiej większo naczyń, tak tętniczo jak i żylna, mają zgrubiałą błonę wewnętrzną, która w niektórych dyktach powoduje dośr. znaczne światło. W korzeniach nerwowych encefalorium nieco zgrubiałe, naczyniami drobnokomórkowe otaczające tylko osokolu naczyń, nieliczdy przedstawiających zgrubienie ścisły.

Na wysokości 8 korzenia sztyrowego niornie zgrubiała i odłtrowana opońca miękka wysyła grubo wyrutki w rdzeń; naczyńia mają błonę zgrubiałą, błonę wewnętrzną niedzienną, komórki endotelijalne rozmnożone, wystające do światła. W nitelnia zwyrodnienie brzośną głównie w pęczku bocznym i prawie całkowicie w pęczku Goula, naczyńia nawet mniejsza mają pęczkach porywaskularną rozszerzoną, infiltrowaną, tu i owdzie kule amyloidalne. W niektórych komórkach zwójowych rdzeń przednich nie znad jądra, jąderka, wyrutków, natomiast widujemy dużo pigmentu. Korzenie nerwowe, jak wyżej.

Na wysokości 2 korzenia grzbietowego zgrubiała, umiarkowanie naciekona opońca miękka wysyła liczno i grube wyrutki w rdzeń. Naczyńia jej, zwłaszcza tętnice, mają błonę zgrubiałą błonę wewnętrzną, zewnętrzną umiarkowanie naciekoną; światło światła jeszcze się wznaga wskutek wystawiania komórek endotelijalnych. Włókna korzeni nerwowych po części bez zmian, po części zanikłe aż do pozostawienia tylko neurylemy; naczyńia w korzeniach mają również zgrubiałą, jakby nakłusowo zwyrodniałą błonę ścisłą a umiarkowanie naciekoną błonę zewnętrzną. Zwyrodnienia brzośne zachodzi zwłaszcza w bocznym pęczkach, głównie w rdzeń. Część zwyrodniała stanowi ziarnista, gęsta neuroglia, w której oczekach dość obficie porozrzucają się okrągłe twory (o których już wyżej wspomnieliśmy, jako o kulach amyloidalnych), których wielkość i położenie odpowiada włókna nerwowemu, sądząc także po zabarwieniu, sążamy je za ciała lub kule amyloidalne. Pojęcie między innymi przedstawia rdzenia a strówą nie jest nagłe, między innymi pozostałe po podrodul, gdzie włókna nerwowe przedstawiają zwłany różnego stopnia, jak: rozpad myeliny, obrzmienie cyfiodra osiowego, zupełny rozpad włókna z wytworzeniem się tworu podobnego do komórki starostej i Körnerzellem), tu także komórki pająkowane wydają się powiększonymi i rozmnożonymi. Co się tyczy komórek zwójowych, tu one po największej części straciły wyrostki, jądra i jąderka nie jest widoczno, jedno są ziarniste, inne kuliste. Naczyńia samego rdzenia mają ścisłą szeroką, szklaną, lub ciekłą włókniastą, przetrzoną porywaskularną rozciągłą komórkami hemofalnymi, elastami amyloidnymi, ziarnistymi. Nacieknie drobnokomórkowe przechodzi, zmniejszając się, na sąsiadnie części rdzenia.

Na podziwnych częściach neuroglia pęczków Goula ma wygląd fakstej tkanki łącznej, neuroglia zaś terytoryjów zwyrodnienia brzośnego ma wygląd gęstej miazki włóknistej. Włókna nerwowe z części rdzenia, stosunkowo zdrowej, mają zgrubienia pacierkowane i przekonane się można na tych przeciwościach, że twory, nazwane wyżej ciałami amyloidnymi, nie są obrzmiałymi cyfiodrami osiowymi.

Na wysokości 4 korzenia grzbietowego zwyrodnienie tylnych pęczków zajmuje prawie cały lech obnaż, gdyż tylko wąski pasek kulo wewnętrznego brzośnego togu tylnego pozostał od zwyrodnienia wulym. Zwyrodnienie brzośne jest jednakże większo niżeli na wyższym przeciwościu, zwłaszcza w pęczku bocznym. Widad w części zwyrodniałej mdatwo kul amyloidalnych, ziarnistych i naczyń. Wprawdzie kule amyloidalne

zą wewnątrz w części wyrostkowej porożrzucano. Jednak najcięższej skupione są kolo naczyń, których przestrzeń perywaskularną wypełniają i rosnącają. Małe naczynia mają często tętno grube, ażeby światło, które jest awężone, gily w innych naczyniach światło wydają się raczej rozszerzonem. W tylnych pęczkach napotyka się obrazy, które przypominają obrazy, opisane przez Dierksena i L. v. Siedlitz'a przy *tabes Pseudotuberica*, t. zw. *scierose neurologique pure*; wygląda to na przedzielną siatkę włókna tkanki łącznej (*Wirbel, Strahlung*). Wokół czułości centralis małe wylowy krwi, zmiany w komórkach swojowych. Jak powyżej opisano. Opona miękka, dość mocno zgrubiała, wyszła grubo wyrostki widzoś i przedstawia opisano już zmiany w oczyniach i korzeniach.

Na wysokości 7 korzenia grzbietowego kształt przecięcia poprzecznego jest zmieniony, mianowicie: prawa połowa rdzenia jest opłaszczona od tyłu ku przodowi, wódek tego wydłużona w kształcie języka tak, że prawy pęczek bocany i język przedni zbaczają w prawą stronę. Zmiany makroskopowe i mikroskopowe także same, jak powyżej, tylko że pęczek tylny nie jest awyrudniały na całej przestrzeni, ale wraz z pozostałą siatką białą w części obwodowej wznakło awyrudnienie zajmujące całą prawie tylną połowę pęczków tylnych, a neuroglia jest w przedniej połowie silnie zgrubiała. Obrazów, przypominających sklerozę neuroglia, tu się nie widzi. U podstawy lewego przedniego roga mały wylow krwi.

Na wysokości 10 korzenia grzbietowego rdzeń jest opłaszczony od tyłu ku przodowi tak, że rogi tylny odsunęły się na awęznie ku pęczkom bocanym. W tylnej części (prawej) połowy rdzenia występuje się defekt substancji rdzeniowej, formy granularnej, zakrzywionej i grubszej z przodu, zwięźniającej się ku tyłowi, gdzie granicę jego stanowi opona miękka; defekt ten dotyczy prawego rogu tylnego, kata między rogami tylnym i przednim i pęczka tylnego, nie dochodząc dobrożej tylniej, brzoży zaś jego stanowi zgrubiała neuroglia. Jak już przy opisie sekcji wspomniano, defekt ciągnie się wazystkiego na wysokości $\frac{1}{2}$ cm. w kierunku uni wyżej uni niżej już go się nie spotyka. Zwyrodnienie odrętkowe ma sięgu tu tak głęboko, jak w wyżejch przecięciach; zmiany makroskopowe naczyń, neuroglia, włókien i komórek nerwowych, obecność kal amyloidalnych, ciąż starczych, małych wylowów krwi, pustych przestrzeni siatk neuroglia, prawdopodobnie wskutek wypulnięcia siatkini, wyżej opisano.

W części grzbieto-łędźwiowej awyrudnienia brzdań jest także sama, jak powyżej, z takimi samymi zmianami mikroskopowymi. W miarowanie zgrubiałej i uszkodzonej oponie miękkiej awraca uwagę przy brzożach przedniej siatki, o zawiązkiem światła o mocno zakrzywionej brzoży i ma siatkę jest też zatkana. W korzeniach nerwowych znajdujemy opisane już zmiany naczyń, uszkodzenie jądrami, rozpad włókien w różaych okresach.

Na wysokości siatkowej części łądźwiowej widać do widnia, o ile rzucnęliśmy rdzenia należy od zmian naczyniowych w opnie miękkiej, bo gdy w wyżej opisanych preparatach pęczki przedni okazały się stosunkowo najmniej zmienionymi, to tutaj wraz z ogromnem zgrubieniem siatki *ret. spinalis ant.* Młocno głównie na poczest błony wewnętrznej (*media i adventitia*) umiarkowanie uszkodzone i prawie niezmiennione, włókien osnoży światła jest znacznie awężone, siatkę ogromnie zmiany w tych pęczkach (*Vorderstranggründlichkeit*) i rugach przednich. Polegają one na rozmięczeniu; włókna nerwowe uległy rozpadowi, zamiast nich powstały kule starczyste, w niektórych miejscach pozostały tylko uoszyta a rozszerzoną przestrzeń perywaskularną, wypuloną kulami starczystymi to ostatnie awobodnie porożrzucano i neuroglia; w innych miejscach i neuroglia stopniała, a pozostały tylko kule starczyste, narzynia i awoludnie porożrzucane jądra. Tak zw. kule starczyste usztyko zajmują miejsce włókien nerwowych w siatce neuroglia, ale tam, gdzie widzieliśmy włókna nerwowa jeszcze pozo-

stały. Ich cylinder osłowy uległ takim zmianom, które go czynią podobnym do kuli ziarnistej; wosółc też wzmogła się moczka, że kula ziarnista, o których wyżej wspomiano, powstały z rozkładu włókien nerwowych. W istocie szarej widno mało wylowy krwi. Komórki zwijowe po największej części zmieszane, poszarzone, drobne, bez wymiarków. Jądra i jąderka, zawierają dość barwnika. Zwymieszane zrosną barwnie, jak wyżej. Ale najmniej wydatne w tylnych pęczkach, w których stosunkowo najwięcej jest szarej wsiady włókien nerwowych; nie brak też i tu kul sztylodulnych. W opisie miękkiej i korzeniach zmiany już opisano.

Część łądźwiowa dolna. Zmiany tu są znaczne; mianowicie błona wewnętrzną *art. spinalis ant.* znaczna część zgrubiała, światło jej o wiele szersze; mało zamieszana jest także żyła obok leżąca. Korzenie nerwowe prawie zupełnie prawidłowo się przedstawiają. Zmiany też u części rdzeniowych mniejsze, kul sztylodulnych i ziarnistych mniej. Przez tylny prątnic cały bez zmian, szwyrodulnie barwno w pęczkach białych i przednich moliu poszarze; jest też dość dużo drobno zachowanych włókien nerwowych. W istocie szarej widno mało wylowy krwi, wiele komórek prawidłowych, obok smolnionych, nadržektych, wypalanych barwnikiem, niekiedy wakuolizowanych.

Zbadano jeszcze sorty. Atm na wewnętrzną powiększają przedstawiła płaskie wzniesienie, załusne od wzniesienia błony wewnętrzonej. Włókna tej ostatniej są w wielu miejscach, zwłaszcza w warstwach głębszych, porozrywane przez ziarnistą masę komórek jej są rozmieszane, często gromadzą skupiona. Poszczególne powiększają włókna i tutejże w pewnych miejscach alia infiltracja drobnokomórkowa. Najmniejsze zmiany przedstawia błona miazna, która tylko w warstwach bliższych błony wewnętrznej okazuje najmniejszą nasycenie drobnokomórkowe. To ostatnie jest znaczniejsze w błonie wewnętrznej niż w błonie kolo zgrubiałych osu resorum. Zgrubienie tych ostatnich także idzie na poszet błony wewnętrznej, której komórki (endotelialne) ulegają rozmnożeniu, wystają do światła, które owadają.

Arteria basilaris przedstawia niejednolite, ale w wielu miejscach znaczne, zgrubienie błony wewnętrznej, dochodzące do tego, że grubość jej przewyższa grubość ściany *et adonitico* razem wziętych. Zgrubienie to zależy od przyczyn wszystkich od rozmnożenia komórek błony wewnętrznej, w pewnej części od ziarnistego nasycenia, mianowicie jej w białka. Błona sprężysta w niektórych miejscach gorzej się barwi, grubiej, rozszerza się i przyjmuje wygląd włóknisty. Naciekająca drobnokomórkowo w błonie wewnętrznej jest niezmiernie. Wtórnie galęte *art. basilaris* przedstawiają również obrazy nie zgrubienie błony wewnętrznej ze znacznym owężaniem światła, prawie do zupełnego jej zamknięcia; w błonie wewnętrznej ograniczone nasycenie drobnokomórkowe.

W *arteria cerebri posterior* ściana błony wewnętrznej jest również niejednolite, a w niektórych miejscach alia zgrubiała. Na pewnym, ograniczonym miejscu pod błoną sprężystą, a więc w najgłębszej warstwie błony wewnętrznej widno nagromadzenie wielu komórek ołbrzymich, zawierających niemało kłębki okrągłych lub owalnych dużych jąder z jąderkami. kształt tych ołbrzymich komórek jest rozmaity; są one nieregularnie okrągłe, wydłużone, trójkątne, okrągłe, a wypustkami i t. d. Większość także jest rozmaita, od takich, które zawierają kolo 30 jąder, do mniejszych, posiadających ich 4, 5, 6. Granice tych komórek nie wszędzie są ostro; czasem wydają się, jakby protoplazma z jednego boku wyciekła. Nie wszystkie komórki barwią się jednako; są takie, które mniej w sobie przyjmują barwnika; protoplazma wszystkich jest drabnoziarnista. Na wielu z nich widno jaśnie, zupełnie proste linie, które jakby komórki dzielą na części. Niektóre komórki wcale jąder nie zawierają, a tylko protoplazmę jednolitą drabnoziarnistą, w innych widno wakuole, niekiedy po kilka w jednej komórce. Są także komórki, których środkowa część protoplazmy mocniej się barwi i jądra są w około szeregtem złożone, po największej zaś części jądra są nieregularnie porozmieszane. Oprócz tych

komórek obrzymych, widnie pod błoną sprężystą i pentapodnie do niej masę protoplazmatyczną, bez wyraźnych ubryzów, podobną do frotelli, ułożoną w postacię jąderek i jąderkami, podobnie do tych, które leżą wewnątrz komórek obrzymych. Robi to wrażenie, jakby ta masa protoplazmatyczna segmentowała się i jakby z niej powstawały komórki obrzymyń.

W miejscu, odpowiadającem ognisku komórek obrzymych, błona sprężysta się przerwa, zawija i nasercj przyjmuje barwniki, błona średnia w tem miejscu jest mocno ściśnięta, tak ona jak i błona wewnętrzna przedstawiają silne nacieczenie drobnymi komórkami, między którymi są większe, zawierające po kilka jąder z jąderkami. Małozna infiltracja drobnokomórkowa ma miejsce w sąsiadujących z ogniskiem komórek obrzymych warstwach błony wewnętrznej.

Galunie wtórne i trzeciorzędne art. cerebri post. sin. przedstawiają również znaczne zgrubienie błony wewnętrznej, znacznie głębsze od rozszerzenia jej komórek, zwiększenie światła, powiększone jeszcze przez wystawienie kolbowato obrzysiałych i szklistawych komórek endotelialnych; miejscami ograniczone nacieczenia drobnokomórkowe w błonie wewnętrznej.

Arteria fossae Sylvii, jej 2, 3 rzędno rozgałęzienia przedstawiają jednostajne zgrubienie błony wewnętrznej w mniejszych gałęziach, jednostajnie w większych.

Sprawa więc syfilityczna dotknęła w tym przypadku rdzeń na całej jego długości, wszakże nie wszędzie w jednakowym stopniu. Do największego natężenia doszła sprawa w części grabiotowej i grabioto-leślawowej, najmniejszej zmiany zanotowaliśmy w szyjowej. W tej ostatniej części tylko bardzo wąski pasek obwodu rdzenia niegł zwyrodnienia, zwyrodnienie zaś systematycznie pęczków GOLL'a było następstwem zmian w części grabiotowej rdzenia. W miarę posuwania się ku dołowi, w części grabiotowej, natężenie i rozprzestrzenienie się sprawy postępowało. Przeważnie dotkniętą była istota biała na obwodzie rdzenia, a zwyrodnienie tak głęboko tu sięgało, że tylko niewielka część istoty białej, dotykającej bezpośrednio szarej, ocalała. Tęczy się to głównie pęczków bocznych i tylnych. Ponieważ zmiany naczyniowo były jedną z głównych przyczyn całego rozwoju sprawy, nie też dziwnego, że istota szara ucierpiała. Wyrażało się to zanikiem siatki włókien nerwowych, zgrubieniem neuroglii, pomnożeniem jąder, a przedowszystkiem znacznymi zmianami w komórkach norwowych, od ich obrzymienia, szklistawego wyglądu, utraty wyrostków, jąder, jąderka, wytworzenia wakuol, aż do zwyrodnienia barwnikowego, postaci zanikowych i t. d. Zmiany zaś w istocie białej polegały na zupełnym braku włókien norwowych, rozroście natomiast znacznym neuroglii, wśród której w obfitości porożniano były kule amyloidalne. Neuroglija pęczków bocznych, jak to na podłużnych cięciach można było widzieć, składała się z gęstej siatki włókienek z mnożstwem jąder, neuroglija zaś pęczków tylnych z salistej tkanki łącznej, słuszonej z włókien równoległych. Oczywiście, że między częścią zwyrodniałą istoty białej, a szarą, przejście nie było nagłe; na gra-

nicy tych dwóch terytoryjów włókna nerwowe znajdowały się w różnych okresach zmian, jak: rozpad myeliny, sgrubienie cylindra oniwego, zniknięcie jego, wytworzenie się zamiast włókna nerwowego masy ziarnistej, podobnej do komórki ziarnistej i t. d., a i neuroglia była tu sgrubiałą, zawierała dużo komórek pajukowatych.

Nie było to więc cierpienie systemowo pewnych pęczków rdzeniowych, lecz rozlane głównie w istocie białej, a także w mniejszym stopniu w szarej. Sam rozrost ogromny neuroglii wakałuje, że sprawa była przewlekła. W niektórych wszakże miejscach charakter jej był bardziej ostry, tak np. w środkowej części łądźwiowej, gdzie doszło do świeżego rozmiękania tkanki rdzeniowej, a wytworzeniem kul ziarnistych po rozpadłych elementach nerwowych, a w dolnej części grzbietowej powstała nawet w okolicy prawego rogu tylnego jamy, rodzaj torbieli, wypełnionej płynem krwawym, jak to się często widuje w mózgu.

Samo umiejscowienie stwardnienia na obwodzie rdzenia, liczne grube wyrostki, jakie opona miękka zapuszcza w niego, są dowodem, że przerodziła opona miękka grula ważną rolę w powstaniu sprawy zwyrodnienia. Dodane wszakże należy, że opona miękka i jej wyrostki były umiarkowanie nacieczona, w każdym razie nie tak silnie, jak przy granulacyjnych nowotworach być by powinno. Ważniejszą wszakże zdaje się być rola naczyn. Były one zmienione w oponach, rdzeniu i korzeniach nerwowych. W oponie miękkiej przeważnie dotknięte były tętnice, ale i żyły uległy zmianom. Największe zmiany przedstawiała błona wewnętrzna, która była silnie sgrubiałą, komórki jej pomnożona, miążsa i zewnętrzna były stosunkowo mniej zmienione, ta ostatnia była nacieczona. Powstało stąd zwięźlenie światła, które jeszcze w mniejszych naczyniach było znaczniejшем, wskutek wystawania komórek endotelijalnych, i dochodziło do zakrzepu i zarośnięcia. Natężenie zmian, np. w art. spinalis ant. nie było wszędzie jednako: tam, gdzie było największe, doprowadziło do świeżego rozmiękania, jak w części łądźwiowej środkowej, do wytworzenia nawet torbieli, jak w dolnej części grzbietowej. W rdzeniu na okolo zakłistawych lub sklerotycznych, umiarkowanie nacieczonych sznurek naczyniowych przestrzeń porywaskularna była rozciągniętą, wypełnioną drobnymi komórkami, ciałami nasyblinacmi i ziarnistemi; nacieczenie drobno-komórkowe przechodziło, zmiękając się, na okoliczne części rdzenia. To samo zmiany naczyniowe znajdowaliśmy w korzeniach nerwowych, które były umieszczone w sgrubiałej oponie miękkiej, a której włókna nerwowe przedstawiały różnego stopnia zmiany aż do zniknięcia włókna i pozostawiania tylko otoczki SCHWANN'a.

Cały wreszcie system tętniowy był dotknięty *endarteritide*, począwszy od aorty, a skończywszy na drobnych gałązkach mózgowych,

W art. *cerebri port. sin.* znaleźliśmy ognisko komórek olbrzymich, wyżej szczegółowo opisane. Wobec tak posuniętych zmian w tętnicach mózgowych, wydają się dawnom, że nie było nigdzie rozmiękczenia, i że nie było zn tytu objawów fatalnego cierpienia, a istniały tylko ogólne objawy złego odżywiania mózgu [mysli samobójcze].

Tak więc zmiany rdzeniowe miały podwójne źródło: oponowe, od którego zależało brzojne zwyrodnienie, i naczyniowe, które powodowało się odżywianiem rdzenia, rozpad jego elementów nerwowych, aż do zupełnego rozmiękczenia substancji i wytworzenia torbieli i małych wylewów krwi. Zmiany zaś w korzeniach nerwowych pochodziły tak od zgrubienia *peri i endoneurii*, jak i od zmian naczyniowych.

Dodać należy, że gdy wtórnie wstępująco zwyrodnienie pęczków GOLL'u było bardzo wyraźne, w pęczkach bocznych nie mogliśmy znaleźć zwyrodnienia, które by miało charakter symptomatycznego i było ograniczone do pęczka piramidalnego: tutaj zwyrodnienie było rozlanem.

Przypadek bardzo przewlekłego przebiegu sprawy rdzeniowej przymiotowej jest następujący:

Spostrzeżenie B. W. — J. H. Symona, lat 24, widziałem pierwszy raz w Lutym 1883 r. Przed 1/2 rokiem miał szalkra i niuroplegające obrzmienie gruczołów pachwinowych; po 2 miesiącach zaczął się wrzół na członku, wystąpił ból gardła, chrypka. Wyppki podobno nie było. Chory brał lekarstwa w płynie i pigułki. Przed 6 tygodniami pojawiło się osłabienie kończyn dolnych, które się coraz zwiększało, jednocześnie zaburzenia peristaltyczne, częste i utrudnione wypróżnienie, czasem niemożność wstrzymania moczu, zaparcie stoła. Nie znalazłem wtedy u tego doległa szkodowanego i odżywianego mędrzejszy zmian syfilitycznych na skórze, błonach śluzowych i kciach, tylko powiększenie gruczołów pachwinowych i szylowych, błony na członku po szalkrze. Chód był paretyczny, siła gruba nog szalkra, odruchy kolanowo szalkra, objawy stopowe ubóstwione, całość zachowana. Leczenie trykcyjną, jodem, później żegadłem Fagotian'a, ale miało pomyślnego skutku, gdyż w rok później, w Lutym 1884, u którego tego chód był epastyczny, siła gruba zmniejszona, przy ruchach bocznych zauwazy epur, oprócz wzmocnienia odruchów kolanowych drgawie odruchy stopowe, wzmocnienie odruchów okostnych, latwo występownie *épileptique spinale*, zmiany niewielkiego natężenia całości wszystkich gatunków na nogach; choroby obliża moczo często i kroplami, stołek ma zaparty, ale gdy go naprze wstrzymać nie może; przy wieku 25, 26, 27 wycootka czerstwego, grzdzetowego — ból.

Chorogo widziałem następnie w Maju 1885 po powrocie jego z Czechocinka: chód on szalkra lepiej, odruchy szalkra znacznie zwiększone, częste prawie zupełnie prawidłowe: perchor, klasa, jak wyżej. W Czerwcu 1888, objawy te same, choroby szalkra się opiera tego na przeciwnie dwojako w oczach, przedmiotowo jednak porażenia mięśni ocznych szalkra nie miało. W styczniu 1890 r., po kąpielach w Clapleash oczek szalkra poprawy.

Zwróć uwagę na wystąpienie objawów rdzeniowych w pół roku po szalkra, na brak objawów ze strony opon, oporność objawów epastycznych kończyn dolnych na wszelkie leczenie, jak również zaburzeń pęcherzowych i kiszki stołowej. Oczek szalkra, że poraża

spastyczna zależała od zstępującego zwyrodnienia pęczków piramidalnych. Sprawa przymiotowa była umiarkowaną, jak się to najczęściej zdarza, w części grabietowej. Mózg nie był wcale dotknięty.

Miło interesującąmi są przypadki, stosunkowo pomysłowe, gdzie leczenie doprowadziło dołą poprawę w nogach, ale gdzie cierpienie pęcherza stanowi najważniejsze zaburzenie, główną skargę chorego, który na nogi, pomimo że chodzi przy pomocy laski, jak uwagi nie zwraca.

Spostrzeżenie B. Węz... lat 20, administrator dóbr. W 1877, mając lat 27, naraził się szankram. Choćby sam chorey objawów wtórnych nie zauważył, to jednak lekarz-specyalista początywał to za przymiot i polecił wlecieleżenie, którego w skutek metodyznie chorey nie mógł przeprowadzić, bo w tym właśnie czasie musiał odbywać dalskie podróże i służbę wojskową. W rok po narazeniu się, a więc w 1888 r. po przemoczeniu nóg [na co tyłekrotnie w życie się naraził bez szkody, lub też w skutek naderżnięć pielowych, w owym właśnie czasie popielanych, czuł się pewnego dnia niedysponowanym, a następniej nogy wystąpiło porażenie kończyn dolnych wraz z zatrzymaniem moczu, który kwaterem wypuszczane naderżały; rzucie skorne były zmniejszone. Po 40 wleczaniach i odpowiedniej ilości jodu [jodku] nastąpiła znakomita poprawa ciele kończyn, ale pęcherz nie przestał ile funkcjonować, mianowicie chorey nie mógł powstrzymać parcia moczu, i musiał natychmiast z oddaniem jego puszczać, a w nocy muez odchodził bezwiednie. Tęgi rok chorey pojechał do Szaka, gdzie zapilkeowano znowu 40 wleczani i jodu, oraz kąpiele, ale zniósł poprawy chorey miał się gorzej i ocalony wrócił do Warszawy, gdzie znowu rozpoczęto traktowanie, którego [nie dalej] chorey zniechęcić mógł, także z powodu obrzucenia szcęk. Stosowano prąd elektryczności dwukrotnie kuracyjnej elektrycznością, przypalania kręgosłupa, 40 kąpiele w Cieplicach w 1890 r., wszystko bez skutku. Odtąd chorey bierze co dzień prawie kąpiele jadowe, które wprowadziła na ogólny stos dobrze działają, ale są bez wpływu na pęcherz. Cierpienie pęcherza stanowi główną skargę chorego, przysięgająco wpływa na jego stan psychiczny i przemaga na pracy. Zaledwieczną funkcją nóg zupełnie się pogodził!

Chorey pochodził z najszerszej rolsiny, sam był zawsze bardzo zdrow, zawołany gimnastyk i amator wszelkich sportów.

Chorego widziałem 16.VI.00. Jest to mężczyzna dobrego wzrostu i odżywienia; smian w narządach wewnętrznych nie ma. Inteligencyja i pamięć zachowane, umysł nawet bardzo żywy. Żyłce równe, dość słabo na światło oddziaływają, ruchy gałek ocznych prawidłowe. Nigdy nie było objawów mózgowych, ani bólu głowy. Kręgosłup nie jest na ucisk bolesny, czucie na tułowiu zachowane. Wogóle chorey chodzi nie-żle, ale przy pomocy laski, prawą nogą postępuje, czasem koczem stopy zachodzi. Objawy Romberga nie ma. Siła ruchów czynnych znaczna, przy bliższych napotyka się mierzy opór w prawej nodze. Odruchy kolannowe wzmożone, istnieją nawet słaby odruch stopowy. Cudnie wszystkich gatunków zachowane, z wyjątkiem małej przestrauni kolo kostek zewnętrznych, gdzie chorey słabego dotknęła nie czuje. Chorey stale nosi przywiązana na biodrach gumową kieszkę dla mudości natychmiastowego oddania moczu właśnie poczucia potrzeby. Klaska stolowa w porządku.

Zwracam w tem spostrzeżeniu uwagę, że objawy rdzeniowe wystąpiły w rok po zakażeniu, że ich nie poprzedzały objawy ze strony opon, nie było bólu ani w tułowiu, ani w nogach, a porażenie nóg

i pęcherzu wystąpiło bardzo szybko w ciągu jednej nocy, po krótkich zapowiedziach, trwających jeden dzień i polegających na ogólnej niedyspozycji. Pod wpływem leczenia swoistego, porażenie nóg ustąpiło miejsce słabej parezy, która tylko w małym stopniu choremu doległa, natomiast zaburzenia funkcji pęcherza, pomimo zastosowania rozmaitych metod leczenia, pozostaje i wpływa przynębiająco na umysł chorego. Mamy więc *myelitis dorsalis* słabego natężenia, ale z zajęciem takto prawdopodobnie substancji szarej naokoło kanału środkowego. Gdyby nie było objawów pęcherzowych, to obraz chorobowy podobny by był do *paraparesis spasmodica*; czucie bowiem okazało się prawie zupełnie nienaruszonym. W istocie, zespół *paraplegias spasmodicas* jest bardzo często sekcją wielu przypadków rozlanego przymiotowego zajęcia rdzenia w części grzbietowej, jak już o tem wspomniano.

MYELITIS ACUTA (MYELOMALACIA).

W przypadkach, wyżej opisanych, cierpienie rdzeniowo rozwijało się wprawdzie w ciągu dość krótkiego czasu, tu jednak nie okazywało zbytnej tendencji do rozszerzania się wzdłuż osi rdzeniowej, a zwłaszcza nie groziło bezpośrednio życiu chorego przez szybkie wystąpienie takich komplikacji, jak: odleżyny ostre, *cystitis*, *pyelo-nephritis*, i t. d.. Nawet nieleczono przypadki porażen syfilitycznych rdzenia w części grzbietowej przyjmują najczęściej przebieg przewlekły, lata trwający, bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia nie przedstawiają i dają rokowanie nie gorsze od przypadków *myelitis transverse dorsalis*, powstałej z innych przyczyn. Zakażają się zaś przypadki, na szczęście nie zbyt często, gdzie cierpienie przymiotowe rdzenia występuje w postaci ostrej, piorunującej, z tendencją do rozszerzenia się po osi rdzeniowej, której to tendencji nie nie może powstrzymać, nawet energiczne leczenie swoiste, objawy wskazują na ostro zajęcie części grzbieto-łędźwiowej. Przypadki takie szybko prowadzą do ostrych, głębokich odleżyn zgorzeliowych, przyłącza się *pyelo-nephritis* i chorzy szybko umierają wskutek *septica-pyæmia*. Na to przypadki nie wrócono dotąd należytaj uwagi. Miałem sposobność obserwować dwa takie przypadki, które podaje poniżej wraz z sekcyjną i badaniem mikroskopowem rdzenia.

Spostrzeżenie 10. M...ski Jan, ubywatel słomki, lat 31, przybył do kliniki 29.VIII. 88r. z powodu porażenia kończyn dolnych. Choroba zaczęła się przed 4-ma tygodniami, podczas pobytu pacjenta na karnoyi w Bolan, od darcia w uogach i organach płciowych zewnętranych, trwającego pierwszego dnia tylko kilka minut. Nazajutrz, to jest we środę, darcie powtórzyło się trzy razy i ustąpiło po kąpiel, ale natomiast chorey poczuł ból opasujący górną część brzucha, słowielkiego z początku natężenia. Do płątku miał się nieudło, był tylko osłabiony, wieczorem tego dnia

ból opasujący się zwiększył, a darło w nogach zmusło chorego do wezwania lekarza, który zaindukował objęty rycynową, kumpres zimny i chłodzić. W Sobotę chorego cała się lepiej, a we Wtorek mógł w swoim stałe Solce opaść, a lekkiem hulem opasującym na wysokość łóżka i drętwieniem kończyn dolnych. Ale już nastajęca po powrocie do domu, to jest we Środę, musiał wezwać lekarza, z powodu silnie podpierającego bólu w okolicy łóżka; we Czwartek mógł przez cały dzień oddać moczu, który cewnikiem wypuszczono dopiero w Piątek. Kończyny dolne coraz bardziej estywniały i tegoż dnia chorey położył się do łóżka w parę dni później, a w 13 lub 16 dni od pojawienia się pierwszych objawów choroby, nie był w możności skutecznio najmniejszego ruchu kończynami dolnymi. Stolec zaparty, a w dniu przybycia do kliniki zamiast zatrzymania moczu, który już przedtem okazał się wytrysnym, wystąpiło mimowolnie i bezwładne jego oddawanie; ból opasujący w miarę czasu stopniowo trwał dotąd. W parę dni po położeniu się chorego do łóżka pokazała się odleżyna na krzyżu, nieco później na prawym krętarzu, od poprzedniajacego zaś dnia pojawiła się zascherwienienie skóry i na lewym; od początku choroby zauważył obrzmienie obu kończyn dolnych i silnie zmniejszenie chędości lewej.

Przed 15 mianikami kuracji się przymiotem, jak to zapiniłował lekarz: ranka, stwierdzenie na czołku, obrzmienie gruczołów szyjowych, ból gardła, brak wysypki. Leczony był pigułkami rycynowymi, we Wrześniu 1884 r. skończył kurację i był zdrow do stycznia 1885 r. Wtedy bez bólu głowy i utraty przytomności wystąpiło porażenie prawych kończyn, podobnie horzmiem na twarzy i w mowie; po 4 do 6 godzin porażenie w zupełności przeszło. Niedługo potem wystąpił ból, obrzmienie lewego stawu łokciowego, wskutek czego za poradą Dr. OBRALICHOWICZA udał się chorey na kurację do Solca. Leczydyw przymiotu, ani innych objawów dotąd nie było. W mianikach choroby oddawał się samogwałtowni, a w wieku późniejszym nadużytoim piętowym. W dziesięć lat był akrofalinowym. W 1876, podczas 3 letniej służby wojskowej i kampanii tureckiej, przechoił tyfus. Nadzwyż wyukukowych nie było, a w rodzinie nie ma choroby uszykowej, ani nerwowej.

Chory dobrego wzrostu i odżywiania, skóra i błony śluzowe blade, adipsia [która już istniała przed przymiotem], gruczołów chłonnych szyjowych nie wykształca się, przedwonne nie powiększone, kręgowy zaś z obu stron wykształca, lewy jest wielkości młodego migdała; żadnych zresztą objawów przymiotu nie ma. Płuca i serce zdrowe. Lewy staw łokciowy przedstawia zmianę kształtu, zależną od nieobrotowego obrzmienia błyska zewnętrznego i wewnętrznego kości ramiennej, zwłaszcza zewnętrznego; ruchy w tym stawie ograniczone, a wyjątkiem ruchu nawrotnego. Obrzmienie lewego ramienia wynosi 18¹/₂ cm., prawego 27¹/₂ cm., on zależy od częściowego zniekształcenia dwi i trójczłowego ramienia; naruszenie może jest dotknięty. Siła tych mięśni jest znacznie słabszą, uakłeli mięśni strony prawej, na strumień faradyzacji odzyskiwały też silniej. Stępy i gołeniska obrzękłe, lewe uda gołeniska wydają się chudsze niż uakłeli prawe, mięśniska bardziej wiotkie. Chorey leży na boku ze zgłębieniami w stawach udowych i kolankowych kuczynami. Na kości krzyżowej znajdują się obroszenia, jak duża piędź, jama rozpalowa, dochodząca do kości krzyżowej i do tej jamy wypełnioną są brodem i czaruo-szarawą otwartą tkanką. Na prawym krętarzu skóra w obzazrze 6 groszy niemno-śluzowa, uokolo zaś szorstka; skóra na lewym krętarzu tylko zascherwieniona. Oprócz tego widac okrągłe, wielkości 6 groszy, czarneos plamy, zalkające pod naciskiem palca na skórze wewnętrznych kłyków udowych, wewnętrznej powłóczki prawego stawu stopogolenowego, a na kostce zewnętrznej prawej dwie plamy sine, nie zalkające od ucisku. Przy ruchach biernych nie napotyka się żadnego oporu w stawach. Ruchy czynne bezwzględnie, nawet w palcach, zniekształcone. Spreczniega się czasem w jednej lub drugiej kończynie mimowolny i niewładny ruch. Prawy odruch kolankowy bardzo słaby,

lowy wyrażają się, ale osłabiony; odruch ścięgna Achilleusza nie ma odustronnie. Nerwy i mięśnie kończyn dolnych nie oddziałują na strumień faradyzacji, z wyjątkiem in. goleniowego, przedniego i wyprostnego palców wąpłanego. Z powodu niezdolności przedstawiciela chorego, nie mogłem dokonać badania strumieniem małym. Często dotykowe, bólowe, temperatury, w zupełności znikają na skórze kończyn dolnych, z wyjątkiem ud, na których jest ona tylko trochę przytykła. Zmysł mięśniowy znikł. Odruch podaszowy istnieje. *Incontinencia urinae completa* z brakiem świadomości o odciekaniu kropli do moczku; jest on z powodu zanadto wężym, z dużym osadem, składającym się przeważnie ze szlamy, ciłek ropnych, kryształów fosforanu amonu i magnezyi. Stolec zaparty, a porażenia przebiegają jak przytyknięcie. Erakcyj ale ma. Brak czucia skórno-go sięga do wysokości pępka. Mięśni brzucha chorey zapamiętano może wcale, odruch brzuszny i podbrzoowy znikł. Ze strony nerwów czuciowych żadnych zjawisk nie ma; pamięć i lateralizacja zanbowane.

Rozpoznanie nie przedstawiało trudności; oczywiście było, że mamy do czynienia ze sprawą rdzeniową, szybko przebiegającą, zajmującą przede wszystkim nabrzmienie lędźwiowe. Wiotko porażenie ruchowe kończyn dolnych, prawie zupełne zniekształcenie, zanik i zwyrodnienie mięśni [brak oddziaływania faradyzacyjnego], osłabienie lub zniknięcie odruchów, bezwiedne oddawanie moczu i kału, obwzerno odłożyny szybko powstała—przedstawiają zbiór objawów, wskazujących na głębokie zniszczenie części lędźwiowej rdzenia. Na wysokość musiała sprawa chorobowa zajmować całą prawie nabrzmienie lędźwiowe; całkowicie porażenie ruchu i czucia w kończynach dolnych, zwyrodnienie mięśni otrzymujących gałązki od spłotu lędźwiowego, znaczne osłabienie odruchów kolunowych, zaburzenia pęcherza i kiscki stołcowej dowodziły zajęcia górnej części nabrzmienia; porażenie zaś zanikowe w obrębie spłotu krzyżowego, zniknięcie odruchu ścięgna Achilleusza, brak erakcyj wskazywał na zajęcie dolnej części lędźwiowej. Istniały oprócz tego objawy dowodzące, że i część grzbietowa rdzenia była cierpieniem dotknięta. Porażenie czucia na tułowiu do wysokości pępka, porażenie mięśni ścięgna brzusznej, brak odruchu brzuszno-go [zajęcie rdzenia na przestrzeni między 8 i 11 nerwem grzbietowym], podbrzoowego [między 4 i 7 nerwem grzbietowym], ból opasujący na wysokości dolnych zober, przemawiają niowiętliwie za takim umiejscowieniem. Objawy podrażnienia, które zwłaszcza na początku choroby istniały, jak: darcie w kończynach dolnych i narządach płciowych zewnętrznych, ból opasujący i t. d., dowodzą zajęcia opony miękkiej.

Trudniej było, aniżeli umiejscowienie, było określenie etjologii sprawy rdzeniowej. Rozwinęła się ona u młodego osobnika, który przed 15 miesiącami przedstawiał objawy wtórnego przymiotu, a który w 6 miesięcy później uległ krótkotrwałemu prawostronnemu porażeniu, porażenia najprawdopodobniej przymiotowego [brak zmian

w serou], w chwili wybuchu choroby przedstawiał niowątpliwe obja-
wy specyficznego zakażenia pod postacią zapalenia okołotnej, przy
badaniu znaleziono nadto gruczoły limfatyczne obrzmiałe. Jeżeli jeszcze
dodam, że takich innych szkodliwych wpływów odszukać się nie
udało, że tyfus chory przebył przed 9 laty, to okazało się przypuszczenie
usprawiedliwionem, że sprawa rdzeniowa związana się pod wpływem
zakażenia przymiotowego (*meningo-mycelitis lumbalis et dorsalis latens*).
Wobec groźności objawów nie można było umi chwili zwłoknąć, po-
mimo stanu gorączkowego, z leżaniem specyficznem; założono pół-
drachmowa frykcyje szaruchy i jodek potasu w wielkich dawkach—
nieścisły, bezskutecznie. Dłuższy przebieg choroby był następujący:

5. IX. Temperatura 120 ciepłota 39,1°. Od kilku dni chory niwiera co dzień parę razy
dreszcze mieniące się i statnia, trwające godzinę i więcej, później uboście się paci. Jest mo-
ralnie przygnębiony, rysy twarzy ma zmienione, polleszki i oczy wpacile, stracił apetyt,
wymiotuje po spożywaniu jedynie płynnych pokarmów, nie raczył zwinąć się ludku po-
tamu. Kał odchodzi bezwodnie. Wobec słęgo stanu ogólnego zaprzestano wlecznia,
a zamiast ludku potażu przaciano jedntorm po 2 gr. dwa razy dobowie, wino. Ciepłota wieczorem 38,4.

6. IX. 86 r. ciepłota r. 38,4°. Wokraj i dół karku ciepło dreszcze w nocny poty,
wymioty, przyłączył się kaszel. Bóla głowy nie ma, ale spatyja. Zalecono chininę,
Ciepłota wieczorem 38,2.

7. IX. Ciepłota r. 38,6°. Temperatura 106°. Dreszcze słabsze, wymioty naswet po wodzie,
Ciepłota w. 38,7°.

8. IX. Ciepłota r. 40,0°, w. 39,7°. (Młodyny znaczenie się rozszerzyły, na
kości krzyżowej jest uwzrodnienie wielkości talerza i dochodzące do kółek skóra nad
prawym krętarzem zezorniała, sucha.

9. IX. Ciepłota r. 38,4°. Ciepłe dreszcze. Skóra twarzy i łęcznie z odzieniem
żółtawym, wychudzenie asyliko postępuje. (Hos przytłumiony. Wymioty, oprócz wino
żółtego pokarmu chory nie raczył. Kaszel suchy i męczący Ciepłota w. 37,2°.

10. IX. Ciepłota r. 39,5°. Temperatura 120 słabo. Dreszcze. Zmoczony upadek mł. Żółtarzka
wyróżniająca. Chory skarży się cichym głosem na ból w karku. Jest niespokojny, ale
przytomny. Przed 3 dniami oddzielił się podżrzą opatrunka odleżyny na krzyżu kawałek
kości, który się okazał kością cęgową.

11. IX. o godzinie 9 rano chory zmarł, do ostatku był przytomny.

Schwyty wykonane 12. IX. 88. Kończyny dolne obrzmiałe, łowa więcej. (Głębokie
zgorzeliaczo odleżyny na kości krzyżowej i krętarzach o czem już wyżej była
mowa. Opasa miękka męzgu zgrubiała, zwłaszcza wzdłuż naczyń wypchnionych plyn-
ną krwią. Móg przetrwiony, zwała bez zmian, a spocyjalnie tyndes na ciemnie, cla-
styczne. Opasa twarza rdzenia kręgowego przyrosła w części lędźwiowej do tylnej
powierzchni uszów kręgowych. Po bardzo ostrożnem wyjęciu opatrzenia się w rdze-
niu znalazł konsystencyi w 2 miejscach: 1) w części grzbietowej na wysokości 6 i 6
nerwa grzbietowego, gdzie rdzeń nietylko jest miękki, ale przedstawił na przecię-
ciu małośćwo drobnych wylewów krwi, zwłaszcza w substancji szarej i po stronie le-
wej, w prawym zaś pęczku białym widać żółtą plamę, wielkości słarsa konijnego.
barwa rdzenia w tem miejscu jest szaro-żółta, rysunek szubstancji szarej jednak wy-
razny. Innezą się na 3 drugiem ogniskiem na wysokości 12 nerwa grzbietowego i 11 lęd-
wiowego. Opasa miękka pokrywająca jest zgrubiała i zezworniona, kształt rdze-

nia nieokupchwo cylindryczny, pęczki boczne szlankowato ubstające, jakby szlankowato konwoyencyja jeszcze znaczejsza, aniżeli ogólna grubłetowego, szaro-białawy odcień wyrażniejszy, rysunek szary substatocył zupełna szary. Nozyczki opony miękkiej, pokrywającej ogon koński, wypełnione miękkimi, nieodbarwionemi skrzopami. Za owieża badane preparaty z rżnięta przedstawiają pod mikroskopem kulki i kule myślny, krople tłuszczowe, włókna nerwowe z nadzwyczajnymi i domokręgi słabnie; tych ostatnielrżają więcj w ogólniku grubłetowym, aniżeli w łądźwiowym.

W płacach przekrwione, bez śladu gruzelków; w prawym sercu odbarwiony szarym zwręta nie nieprzebiegowca. Wątrobu przekrwione, śluzowa dość duża, miękka Nerke 1/2 powiększona, śluzowa łatwo się daje zdejmować, powierzchnia gładka, usiana plankwal wielkości od ziarna psianki do konopnego, są one żółte w środku, czerwone na obrzeżach, często się zlewają w większe żółte plamy. Śluzowa korowa z żółtawym odcieniem, piramidy przekrwione. Błona śluzowa miodocinki nerkowej rozpuszczalna, nalana maśniętym drobnych wyazektych krwi w tkankę. Pęcherz białogłęty, błona śluzowa szarobiała, pulchna, naciekła wyinną w jej tkankę krwią. Rozpoznanie anatomiczne makroskopowe braźniło: *Lepidomeningitis hypophysialis, obrzętku, cerebralis. Hyperemia cerebri, meningitis spinalis acuta, myelitis acuta lumbalis et dorsalis, leucomylogia. Cystitis, pyelitis et nephritis albacida.*

Po stwierdzeniu w płycie Enciclerio błona pajęcza przedstawiała się jako błonista, dość tęgi, napół przezroczysty worok, gładki na zewnątrz i do opony (warde) nieprzystający, na wewnątrz zaś łączący się z oponą miękka za pomocą licznych, dość długich włók i smug (przebiega pod pajęcza), zwłazsza na tylniej powierzchni rżnięcia i na wysokości ognisk rozmiękczenia w rdzeniu (arachnoides albacida).

Po zatopieniu w celulozynie zrobiono skrawki mikrotomowe ze wszystkich odcińków rżnięcia.

Barwiono różnemi metodami, przeważała pikrokarminem i sposobem Weizsäck'a, nie także safranin i kwasną fuksyną. Po odwodnicaniu skrawków w absolutnym alkoholu, sprężarocyzowaczu w olejku gwóźdźkowym, przechowywano je w balsamie kanadyjakim.

Badanie mikroskopowe wykazało największo zmiany w dwóch ogólnikach: grubłetowym i grubłeto-łądźwiowym.

Ogólnik grubłetowy na wysokości 5 i 6 nerwu. Zwraca przedewszystkiem uwagę ogromna ilość naczyń na przecięciu, nawet najdrobniejszych są widoczne i mocno krwią wypełnione. Mają one przeważnie mocno szarobiałą, sklerotyzowaną ścianę, a szarobienie to odnosi się głównie do błony wewnętrznej, która się wydaje włóknista, zewnętrzna zaś warstwa i przestrzeń perivaskularna jest mocno nasączona ciążkami tłuszczowatymi, a jądra endotelialne błony wewnętrznej wysiadają się w mniejszych naczyńkach pomastkowe i wystają do światła. Mniejsza naczyńka wydają się jakby układają się jedynie z mocno szarobiałej i włóknistej błony wewnętrznej z warstwą nasaczenia naczołki. Szarobienie ścian naczyńowych jest tak znaczne, że sąsiadujące naczyńka zlewają się ze sobą i że spotyka się naczyńka tak dużego kalibru, jakich zwykło w rdzeniu nie widzi. Spowodowane tem zwiększenie światła mieszaninowego prowadzi dość często do zupełnej oślitzacyi. W związku najciekawszej widoczny z naczyńkami są oślitzki, do których można na przecięciu, większe i mniejsze wypływy krwi, z których niektóre już kolom okiem rozpoznac można; oprócz tego tu i owdzie narzuty barwnik krwi, niekiedy także w samej szarobiałej ścianie naczyńowej. Nasaczenie doobokomorkowe najliczniejsze w adwentycyi i przestrzeni peryadwentycyjnej przebiega na kolektach części rżnięcia, na tkankę łączną.

Co do elementów nerwowych, to te ogromnym uległy zmianom. W substancji szarej, zwłazsza w prawym bocznym pęczku (w miejscu, odpowiadającym żółtej plamie,

wspomnianej w protokole nekcyjnym], włókna nerwowe prawie wszystkie przedstawiają włókna lub malejące zmiany, w wielu bardzo miejscach zupełnie się rozpadły. Stopień tych zmian jest rozmaity: od złego barwienia się włókna nerwowego, koloidalnego nieraz obrzmienia włókna osłowego, jego siarnistości, rozpadu myeliny, do tego, że włókna nerwowe stały się zupełnie podobne do komórki siarnistej (Kornchenzellen). Ścianka neuroglij jest przytem zgrubiała, a jądra jej pomniejszone. W wielu miejscach tkanka rdzenia przybiera wygląd jednostajnie ziarnisty z rozrzuconymi obficie jądrami, lub też siatki o zgrubiałych bolączkach, w której oczkach znajdują się kule siarniste lub punkty praostrzości po wypłukaniu lub rozpuszczeniu ostatnich [alkohol, olejki gwoździkowy]. Stosunkowo zdrowe włókna pozostały w niewielkiej ilości w blizkości substancji szarej. Komórki nerwowe przedtętny rząd nie są barwnie, są obrzmiałe, zaskrzepłe, o jednostajnie szklistawem ciele, bez wyrostków, w niektórych tylko widać jądro i jąderko; takież same zmiany w komórkach kolunna CLANCK'a.

Opis miękka zgrubiała, niedokładna, zaskrzepła naczyń infiltracyjna dochodził do wysokiego stopnia. Ściany naczyń przeważają zmiany, o których już przy opisie zmian rdzenia wspominaliśmy, w znacznym natężeniu są one zgrubiałe, błona wewnętrzna ściany nacieszona, światło świetne, czasem spotyka się zaskrzep lub nawet zarośnięcie naczyń w skutek głównie zgrubienia błony wewnętrznej. W narośniętych naczyniach część środkowa bywa mocno nacieszona, w zatkniętych przez zaskrzep widać często infiltrację wokół dawnego światła. Są tu wyłowy i barwalk krwi. Nie widać wszakże nigdzie, żeby nacieszenie w oponie miękkiej przechodziło na rdzeń wzdłuż jego wyrostków (*Geschickelsteppeln* OPPENHEIM'a i Fickmanning'a). Korzenie nerwowe, tak przednie, jak i tylne, są często zupełnie włóknien porabiane, tkanka ich łączna (*peri-neurium*), silnie infiltrowana; w niektórych widać jeszcze włókna nerwowe w rozpadzie, tworzy podobne do komórek ziarnistych. I w korzeniach nerwowych naczyń są zgrubiałe i infiltrowane.

Największe to natężenie zmian znajduje się na wysokości 5 i 6 nerwa grzbietowego; powyżej i poniżej zmniejsza się one, zwłaszcza w kierunku ku części szyjowej. Wszakże na wysokości jeszcze 1-go nerwu grzbietowego zmiany są dość znaczne: przekrwienie, zszedka wyłowy krwi, ściany naczyń zgrubiałe i nacieszone, nie w najmniejszym stopniu, neuroglij zgrubiała, dość mocno infiltrowana jądrami, włókna nerwowe ogólnkami nęgie różnego stopnia przemianom wstecznym, których ostatnim wyrazem są one być komórka ziarnista, w wielu miejscach pozostały tylko wolne przedzielenie po wypłukaniu ostatnich, w tylnych częściach pozostały wtórnego wyrodzenia pępeków (OLL'a, wszakże w błonach nerwowych stosunkowo zdrowych jest na tem przeciwnie więcej). I komórki nerwowe, z nielicznym wyjątkiem, są obrzmiałe, szklistawe, kaliste, bez wyrostków, jądra i jąderka. Zmiany w oponie miękkiej takież same, tylko w słabszym stopniu. Korzenie nerwowe są infiltrowane, prawie zupełnie włóknien porabiane.

W części szyjowej dolnej i w nabrzmięciu szyjowem obraz mikroskopowy jest prawie zupełnie prawidłowy. Mikroskopowo już widać systematycznie wyrodzenie pępeków (OLL'a, po za tem nie ma ani zmian w naczyniach, ani nacieszenia neuroglij, włókna nerwowe wyhorule się barwią, wyzyskują ciętko włókien w rogach przednich, grupy komórek szarych składają się prawie wszystkie z wielokątnych, wielowyrastkowych, o wyraźnem jądrze i jąderku komórek. Opasła miękka cienka, nienacieszona, lub słabo nacieszona koda niektórych szóstą uziornionych naczyń. Korzenie nerwowe bez zmian. Obraz taki nie zmienia się aż do rdzenia przedniego.

W kierunku następującym od ogniska grzbietowego napięcie zmian jest jeszcze bardzo znaczne. Na wysokości 6 nerwu grzbietowego widzimy zmiany naczyniowe, wylwy krwi (nie tak obfite), ogniska ropadawe w istocie białej, zgrubienie neuroglia blasz uszczelniają drobnokomórkowego, zmiany w komórkach szwanych, infiltrację tkanek miękkich zwłaszcza mózgu naczyń.

Na wysokości zaś 10 nerwu grzbietowego budowa rdzenia przedstawia zmiany o wiele mniejsze: wogółem włókna nerwowe są zachowane, naczyń są w miarę, osłój błonki widoczna i nie tak przekrwiona, nie mają tak zgrubiałych i odcieczonych ścian, neuroglia tylko w najbardziej obwodowych częściach zgrubiała, wiele komórek nerwowych jest dobrze wykształconych, choć trafiają się i formy znakowe. Nie ma śladu następującego wyrodnienia pępeków piramidalnych. Wazakże w dość nielicznej i umiarkowanie nacieczonyj oponie miękkiej niektóre naczyń, mianowicie żyły większego kalibru, są koloidalnie zgrubiałe, obliterowane i silnie infiltrowane. Korzonki nerwowe w mniejszym stopniu zmieniłone.

W drążeniu ogniska, znajdującem się na wysokości 12 nerwu grzbietowego i 1 ledźwiowego, napięcie zmian jest znaczne. Opona miękką silnie zgrubiała, nacieczona, zwłaszcza koło niektórych naczyń infiltracja drobnokomórkowa doszła do koloidalnych zmianów, nigdzie wszakże nie włókna, ichy przechodziła na substancyjną rdzenia. Naczyńa opony miękkiej ogromnie zgrubiała, nacieczona, ścianki ich zwężone aż do obliteracyi. Liczne wyszczynienia. Nacieczona drobno-komórkowo przechodziła na korzonki nerwowe, których włókna są w miarę więcej zmienione niż do zupełnego rozpadu, z pozostawieniem jedynie otoczki Schwanna, *peri et endoneurium* zgrubiała, a także ścianki naczyń. Wskutek owyższe znowu zgrubiała opona miękkiej różno jest spleaszony od tyłu ku przodowi, rozmiar przedmiotowy zmniejszony, brzośca przednia przobiega wążykowato, sznalar poprzeczany powiększony, rogi tylne (prawy głownie) zepchały ku pęskowi bocznemu. Rdzeń jest nacieczony, jądra nie przedstawiają się w kształcie ograniczonych skupień, z wyjątkiem ścian naczyniowych. Te ostatnie są zgrubiałe, przekrwione, w ich sąsiedztwie ma to wylwy krwi, w malarzkiej obfitości unikatów w ognisku grzbietowym. Nigdzie nie widać całości włókna nerwowe, neuroglia zgrubiała. Komórki nerwowe starunkowo male, aniazozna w lewym rogu przednim, większe ich części ma wygląd nakłiatwy lub szarłaty, bez wyrostków, bez jądra i jąderka.

W części środkowej nabrzmiała ledźwiowego nacieczona jądra jest jeszcze znaczne, spotyka się tu i owidnie wyznaczienia, ale zmiany ścian naczyniowych są mniejsze, widać bardzo wiele szerokich naczyń włosowatych (mnowytworzonych), o ścianach umiarkowanie nacieczonych, które także Orzechowicz i Jankowski opisali, głównie w substancyjnej szarej; włókna nerwowe są zachowane, widać nawet ścianki naczyń substancyjnej szarej; komórki nerwowe przedstawiają się po większej części prawidłowo. Opona miękką cieńsza, włókna korzonki nerwowych w pownej części zachowane, nacieczona *peri et endoneurii* mniejsze.

W części dolnej ledźwiowej zmiany są nieznanne: opona miękką dość cienka, w korzonkach nerwowych tylko niwiele włókien uległo rozpadowi, w istocie szarej rdzenia mnóstwo (nowo wytworzonych) naczyń włosowatych, kilka małych wylwów krwi.

Z tętna mózgowych zbudano tętnicy kręgową i mózgową głęboką. W pierwszej analizie niejednokrotnie zgrubiałe błony wewnętrznej, które tylko nieznanne części światła, w błonie zewnętrznej zaś było ślabe nacieczona. *Art. cerebri profundi* wzwała się bez zmian. Z nerwów obwodowych liniane były: *ischiatiki, peronei, tibialis postici*, *cutanei postici*; ale przedstawiały one większych zmian we włókna ner-

wowych, ani śladu trytycyjnego procesu tkanki łącznej, ani jej zgrubienia, ani pomańczenia jąder.

Lównieś mięśnie: *extensores digiti. cum. pedis, biceps femoris, gastrocnemii, rectus femoris, tibialis ant. sup., triceps brachii, deltoides, biceps brachii* (Zajspriparatem) nie okazały widoczniejszych zmian.

Zgodnie więc z tem, co już makroskopowo na seceji było widocznem, badanie mikroskopowe wykazało, że sprawa syfilityczna doprowadziła w tym rdzeniu do największych zmian w dwóch ogniskach: grzbietowem na wysokości 5 i 6 nerwu, i grzbieto-łędźwiowem na wysokości 12 nerwu grzbietowego i 1 łędźwiowego. Zmiany jednak nie były ściśle do tych ognisk ograniczone, rozszerzały się one w obu kierunkach od nich na mniejszej lub większej przestrzeni, z malejącem natężeniem. Tak np. w kierunku wstępującym od ogniska grzbietowego, zmiany widoczne jeszcze były na wysokości 1 nerwu grzbietowego i tu się zaczynało wtórnie zwyrodnienie pęczków GOLL'u; dopiero w części szyjowej dolnej rdzeń przedstawiał się prawie zupełnie wolnym od zmian, a za tu i owadno naczyńca, zwłaszcza w oponie miękkiej, były zgrubiała i napotykało się w rdzeniu mały wyłw krwi. W kierunku do rdzenia przedłużonego widac było tylko wstępująco zwyrodnienie pęczków GOLL'u. W tym więc przypadku rdzeń szyjowy przedstawiał się prawidłowo, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy, w jak wysokim stopniu dotknięta była część grzbietowa i łędźwiowa. W kierunku zstępującym od ogniska grzbietowego można było śledzić aminy jeszcze w znacznym stopniu natężenia na dużej przestrzeni, dopiero na wysokości około 10 nerwu grzbietowego przecięcie rdzenia niewiele przedstawiało zmian patologicznych, głównie zaś naczyn w oponie miękkiej. Poniżej na wysokości 12 nerwu grzbietowego i łędźwiowego natężenie zmian znówu wzrasta i jest bardzo znaczne, choć może nie dosięga stopnia, jaki przedstawiało ognisko grzbietowe. W środku części łędźwiowej znówu maleje, a w najniższej części łędźwiowej prawie zmian nie znajdujemy.

Tam, gdzie budowa rdzenia najwiękasz przedstawiała zmiany, a więc we wspomnianych ogniskach, polegały one przedewszystkiem na zmianach naczyniowych i ich następstwach. Ściany nacyn, tak w oponie miękkiej, jak rdzeniu, były kolosalnie zgrubiała, światło ich zwięzone, często obliterowane. Zwięzienie to spowodowane było głównie zgrubieniem błony wewnętrznaj, zewnętrznaj zaś była silnie infiltrowana. Często się udawało się rozróżnić warstw ścian naczyniowych, a mniejsze naczynia składały się jakby z jednej tylko włóknistej błony wewnętrznaj z wieńcem infiltracyj drobnokomórkowej wokoło; komórki endotelijalne wydawały się rozmnożonemi, wystawały do światła, jeszcze bardziej je zwięzając. Nacieczonie z błony zewnętrznaj

i przestrzeni pary-adventycyjnalnej przechodziło na okoliczne części rdzenia, ale nigdzie nie było tak skupione, jak właśnie naokoło naczyń. Najdrobniejsze nawet naczynia były silnie krwią wypełnione, naokoło wielu z nich, zwłaszcza w ognisku grzbietowym, były liczne, nieraz do kilkunastu na przecięciu, wylowy krwi do samego rdzenia. Upośledzenie w odżywianiu odbiło się zaś przedewszystkiem na tkance nerwowej. Włókna nerwowe istoty białej uległy rozpadowi, którego, adaje się, najwyższym wyrazem było wytworzenie komórki ziarnistej; komórki nerwowe przedstawiały zmiany od obrzęku, aż do zupełnego rozpadu. Neuroglia była zgrubiałą, jądra jej pomnożone, infiltrowane komórkami limfoidalnymi, które nie były skupione. Na wysokości wspomnianych ognisk była opona miękką zgrubiałą, ucieczoną w bliskości naczyń, ale nie widzieliśmy, żeby to nacieczenie przeszło na sam rdzeń wzdłuż wyrostków opony miękkiej. I korzenie nerwowe, umieszczone w tak zmienionej oponie miękkiej, silnie ucieczyły: niokiedy wiele włókien nie zawierały, to znów były w rozpadzie, tkanka łączna (*peri et endoneurium*) była niokiedy silnie infiltrowana, naczynia miały również ściany zgrubiałe.

Jżeli na wysokości wspomnianych ognisk nie było prawie ani jednej zdrowo wyglądającej komórki lub włókna nerwowego, to powyżej i poniżej, jak już zaznaczyliśmy, zmiany stopniowo się zmniejszały: można było obok rozpadłych elementów nerwowych napotkać w coraz większej ilości elementy oculo, a i zmiany naczyniowe i t. d. były mniejsze, choć nie zanikały nawet na przecięciach, które się przedstawiały stopniowo prawidłowemi [10 grab.] dopiero zdala od ognisk, np. w części szyjowej, dolnej lędźwiowej, były prawidłowe, jak i reszta tkanki.

Zauważyć trzeba, że gdy zwyróżnienie wstępujące pęczków GOLL'a było bardzo wyraźne, to nie znajdujemy wcale zwyróżnienia wstępującego pęczków piramidalnych, następnie, że pomimo znacznych zmian w korzeniach nerwowych, nerwy obwodowe i mięśnie okazały się prawidłowemi, wreszcie, że mózg i w tym przypadku nie był wcale sprawą przymiotową dotknięty, że nawet jego naczynia były prawie zupełnie od zmian wolne.

Powstaje kwestya: jak zapatrywać się na opisane zmiany w rdzeniu, czy można im przypisać charakter zapalny? Mojem zdaniem, jest to rozmiękozenie (*myelomalacia*), wskutek zaburzeń w krążeniu. Przemawiają za tem liczne wynaczynienia, rozpad włókien nerwowych, których osłutecznym rezultatem jest wytworzenie, jak i w rozmiękozeniu mózgu, komórki ziarnistej. Nacieczenie drobnokomórkowo nie było ani tak silne, ani zwłaszcza tak skupione [z wyjątkiem

około uczyni], jakby przy zapaleniu być powinna; w opanie miękkiej zaś miało raczej charakter gumatywanego nowotworzenia, aniżeli właściwej infiltracji zapalnej.

Drugi przypadek ostrego zajęcia przymiotowego rdzenia, z zejściem śmiertelnem jest następujący:

Spostrzeżenie II. Ch. Zygmunt, lat 72, urządek kaulisacyi, przybył do kliniki prof. LAZARZA 23. IX. 90. r. W 6 roku życia choroby przebył wiele, odąd był zawsze zdrowy. W początku Maja 1890 r. spostrzegł w 5 lub 7 dni po spożyciu wina czarnego, wkrótce obrzmienie gruczołów pachwinowych, a po 7 tygodniach pokazała się wystająca nad skórę na brzochu wysypka czerwona, wirkobeimnatego kształtu. Dr. KIESSKAPPEL rozpoznął przymiot, zalecił wlewanie strzykawką i jad. Po 7 frykcyjach wysypka zanikła, ranek na ciele nie pozostało; razem aplikował sobie wtedy choroby 24 wleczania. Ale już po 2 tygodniach dostał bardzo silnego bólu głowy, głównie w ciem. podłój także w nosy, przyczyną uciążliwą bezsenność. Po 3 frykcyjach ból głowy ustąpił. Wleczania stosowano jeszcze przez 2 tygodnie. Wkrótce jednak choroby zaczęły coraz mocniej chwilać w ciem, głównie w piersiach, jakby dreszcze, tak, że mimo ciepłej pogody miał w sobie chłód zimowy, a w 10 dni po zaprzestaniu wleczania, wrócił ból głowy wraz z bardzo silnym bólem kręgosłupa; ból ten zwiększał się przy nachyleniu i przemieszczaniu w siedzeniu; podłój pojawił się z gwałtownymi nasileniami, nawet gdy choroby leżał; nosy były bezczonne. Już w kilku dni po pojawieniu się tych bólów kręgosłupa, a on 14 dni przed wstąpieniem do kliniki, choroby nie mógł oddawać moczu i kału i gły z tego powodu chciał pójść do swego lekarza, miał już także zdrętwienie prawej nogi, że miał podłój. Tegodnia choroby potoczył się do łóżka, stracił zupełnie władzę w prawej nodze, na drugi dzień i w lewą; czucie światła w lewej nodze, było jeszcze przez pewien czas zachowane, mocz wypuszczano kateterem, stołek odłączano za pomocą ławatyw, ale choroby nie chciał opróżnienia się pęcherza i kloaki stolcowej. Zaczęto jeszcze w domu robić frykycje i podawać jad, ale bez skutku.

Rodzina choroby jest zdrowa, tylko wskazuje jej mają być do zniechęcenia skłonni. Objęto nadżywać napojów wyśkokowych, jedna z siostrz miała w dzieciństwie krzywe nogi.

Chory przedstawia się jako mężczyzna dobrze zbudowany, ślady, na skórze tułowia władę *parvulus rosiculus*, tkanki tłuszczowej mało, mięśnie dobrze rozwinięte, gruczoły pachwinowe powiększone, twarde. W organach klatki piersiowej śmiało ulega, tętno 100. Ciężko wzdęty.

Już w dniu przybycia chorego do kliniki, nie mógł on absolutnie żadnego ruchu wykonywać koniecznymi dlażkami, było to paralizem włókna, każdego ugnę przy ruchach biernych nie przedstawiającego. Odruchy kolunowe i biega Achillea zanikły, poleśnowe słabe, moczowych i brzośnych nie ma. Czucie wszystkich gatunków i smysł mięśniowy najzupełniej zanikł, woda chorego głęboko kłut, wyzypać poleśnowe gorzej woda, bez wahańkonia żądługokulwick wrażenia. Zatrzymanie mocz u zupełnie, choroby wypełnienia pęcherza nie czuje, a po wypuszczeniu mocz kateterem doszła tylko prawej nogi, ale czuje też potrzeby oddania kału, zaś jego wydalenia z pomocą ławatyw. Mocz, na świdra alkaliczny, zawiera dużo rupy. Waląc bez pomocy jak choroby nie może, mięśnie brzucha władę nie nie zapadła. Kręgosłup nie jest na wrisk bolesny. Zmiany czucia sięgają na tożnietu a przed do wyśkokowej łoków łobrowych, a tytu do wyśkokowej sztalnych kręgow gruczołowych. Górne koń-

uzyny są zdrowe; na zewnętrznych powierzeniach dłoń widać zaczerwienienie skóry (erythema cutaneum), które po paru dniach zanika. Zranieć równo, oddziaływały dobrze: na światło. Ze strony myślowej, twarży, stanu myślowego, żadnych zbroczeń nie ma, zwraca tylko uwagę, że chorey jest na swój ciężki stan dość obłączonym. Przystąpiło natychmiast do leczenia wieczornami rzętelowemi i Jedent, zresztą leczenia tego dla przycisnu zewnętrznego, a także z powodu szybko pogarszającego się stanu chorego, nie przeprowadzono systematycznie.

25. IX. 90 r. eleplota r. 36,5; 27. IX. eleplota w. 36,5; 28. IX eleplota r. 38.0 tętno 120, 39,4; 29. IX r. 38,0, tętno 120. Poprzedniego dnia wieczorem spuszczono odłożyc na kocił krzyżowy, jest ona obronie wielkości 5 frankówki, z rozpadłem, gaz-grauowandnem, uszłoło skóra zaczerwieniona (decubitus cutis). Wystąpiły tuż na wewnątrznych powierzeniach kolan czerwono-plamy, wo drobku blade, wielkości 10 groszy miedzianych. Chorey całk mało dręszczył jeszcze przed kilkoma dniami. Nowy i miękkie kończyny dolnych oddziaływały na strumień faradyczny. Wieczornm eleplota 38,6.

30. IX r. 37,0 w. 38,4; 1. X r. 37,8 w. 38,2; 2. X r. 37,8, tętno 120, w. 39,0; 3. X. r. 37,8. Poprzedniego dnia wieczornm mało dręszcza. Wprawdzie subiektywnie chorey czuje się lepiej, ale przedmiotowo jest coraz gorzej: młóży na krzyżu większa i głębsza, powstały nowe odłożyny na krętarżach, a na miejscu płas na wewnętrznych powierzeniach kolan utworzyły się pęcherze, wypełnione płynem czułowczym. Od paru dni zamiast zatrzymania moczu i kade wystąpiło ich bezwiednie i mimowolne oddawanie. Wieczornm dręszczył i eleplota 39,2.

4. X r. 37,4, w. 38,0, dręszczył 5. X. 38,2, w 38,0; 6. X r. 37,6 język obłożony, podniebienie, gardło, drak spuchły; odłożyny się rozszerzają, stan dohry. Chorey dostaje od trzech dni tylko *Infusum juleatum* 6 razy dziennie po 16 gran. Zmarł w kilka dni później przy wmagających się objawach *septica-pyuricae*.

W tym spuszczaniu zwraca uwagę słowliwosc zaknięcia przyziotowego. Wo 2 tygodnie po zaprzestaniu pierwszej serii wierzeń, wystąpił silny ból głowy, który wprawdzie ponownym frykcyjom ustąpił, ale niebawem wrócił w towarzystwie gwałtownego bólu kręgosłupa i objawów, które zaraz wskazywały na udział samego rdzenia, mam tu na myśli szczególnie uczucie chłodu, jakiego chorey głównie w plecach doznawał. W istocie, objawy rdzeniowe niedługo dały na siebie czekać, gdyż już po kilku dniach wystąpiło zatrzymanie moczu i szybko potem porażenie kończyny tuż, że gdy chorey przybył po 14 dniach choroby na klinikę, porażenie ruchu, czucia, pęcherza, kiarki stołcowej i t. d., było zupełne, odruchy ścięgnięte i skórne były zmiesione. Był to klasyczny obraz *myelitis dorsolumbalis acuta*, bez powikłania jakimkolwiek objawem mózgowym, a ból głowy, który był przed pojawieniem się zaburzeń rdzeniowych, przeszedł bez następstw. Następnie doswiadczeniem zaraz pierwszego dnia postawiliśmy zło rokowanie, które, niestety, zbyt prędko się sprawdziło. Leczenie nie było w stanie powstrzymać sprawy, a właściwie nannąd zsządsonych przez nią uszkodzeń. Bardzo rychle rozwinęły się gangrenowe, drążące w głąb i rozszerzające się odłożyny (*decu-*

bitus acutus), ropnie zapalenie pęcherza, a chorey zmarł przy objawach ropnicy 18-go dnia pobytu w klinice, 32-go choroby, a w 5 miesięcy po pierwotnym zarażeniu się.

Nie potrzebuję chyba wolic tak jaskrawego i jasnego obrazu chorobowego usprawiedliwić powyższego rozpoznania i umiejacowienia w części grabiato-łędźwiowej rdzenia [wiotkie porażenie, znieślenie, odruchów, odleżyny i t. d.], ani też rozbić, że owe czerwone plamy na wewnętrznych powierzchniach kolan, zanikające się następnie na dnie pęcherza wypełnione mrowicą, że owe symetryczne zaczerwienienie na grabiatach rąk były objawami troficanomii, resp. naczynioruchowem. Powstanie ropnicy, wolic powyższego i analogicznego spostrzeżenia 10-go, jest jasnem.

Sekejs, wykonana 13. X. 90 r., najspójniej rozpoznanie potwierdziła. Z przekroju wyjmując, co następuje: na krzyżu odleżyna wnikłości dłoni, drążąca do kuzki, mniejsze odleżyny znajdują się na krzyżach. Wychudulone ciała szarego. Płyn wycieł bez smia. Śledziona powiększona, miękka (*tumor lenis*). Budowa szalkowa wątroby zafarta (*dog. paracystomatia*). Pęcherz przyklejony do ścianki brzusznej i otaczających go pętlie kłosek za pomocą włókniwowych skrzepów; otrzewna w tych miejscach jest zmęta i silnie przekrwiona (*peritonitis circumscripta*). Otworzonego pęcherza ma barwę nie-czerwonej, łatwo daje się rozrywać, a błona śluzowa, pokryta błędem ropną, jest kolera włóknow-czerwonego, miejscami owrzodzona. Moczowody rozszerzone, wypełnione ropiastym płynem, błona śluzowa nacięta. Nerki nieco powiększone, miękkie, otoczki zdłżeła się łatwo, powierzchnia zewnętrzna żółtami punktami, na przekroju punktiki te zlewają się w podkowate oszronki, wierzchołki piramid wątroby owrzodzone, pokryte białą ropną masą (*cystitis; pyelitis et nephritis ascendens purulenta*).

Opona twarda mózgu lżejsza, gładka, opona miękka obrzękła. Trzcinie u podstawy wydają się zupełnie uluzycznymi. Przekroju mózgu wilgotny, lżejszy. W komórkach nieco opaliniającego płynu, rugi zaokrąglone (amarkowane *lipidocystis interea*). Opona twarda rdzenia lżejsza, miękka mocno przekrwiona, głównie na tylnej powierzchni w części łędźwiowej i dolnej grabiatowej, nacięta: są najdłuższe i najcięższe naczyń. Na przekrojach części grabiatowej widac rozrzedzoną ogólną czerwono-szarawą, tak w substancji białej jak i w szarej; w części łędźwiowej górnej ogólnie także zajmują całe przecięcie rdzenia, zostawiając tylko hacisko wązki brzeżek na obwodzie; szaryńw substancji szarej odwołnie to nie można (*wydobyta arata dżaczowu m. porta dżaradi et lądadi*). Na szlunku kostnym zmian nie ma.

Po otwardaleniu rdzenia w płynie Eulichtego, odciarki wzięto z rozmaitych wysokości, i zastapiano w jarafulu. Skrawki barwione pikrokarminem, nigrozyją, epinobem Wicouera, Ciągłażkami (safranina i aniliniana¹⁾), pikrokarminem z hematoxyliną lub karminem szarowym.

Odciłek szaryńw górny. Pęzki GOLL'a niomazawia swyrodziste (swyrodzienie wstępujące wtórne), śluzny niektórych tył umarkowane nacieczono.

Odciłek szaryńw dolny. Opona miękka włóczy w części tylniej umarkowane zgrubiała i nacieczono; włóczyść jej szaryńw ma odiany zgrubiała i silnie inflowano,

¹⁾ Kronika Lekarska. 1891.

często dochodzi do zupełnego zanikania światła. Nacięciomiu dotyczą głównie błony zewnętrznej. Jest zwykle jednostronne, niekiedy w jednym miejscu skupione; błona wewnątrz do żył, tylniu są o wiele mniej zmieniona. Korzenie nerwowe przednie i tylne są słabo infiltrowane. W rdzeniu naczynia są przekrwione, niektóre tylko mają śluzę infiltrowaną; koła jednego z przednich rogów znajdują się okrągłe wy-naczynienie. W *Veränderungsgeschichte* znajdują się ograniczone nacięcenie ko-mórek, nalejące prawdopodobnie do niewidocznego naczyń. Zrzęta zmian w rdze-niu nie ma, tylko ilość włókien nerwowych w najbardziej obwodowej części ty-luży pęczków jest zmniejszona, neuroglia zaś zgrubiała.

Odcinek grzbietowy górny. Opona miękka i twarda jest bardzo umiarkowanie zgru-biała i nacieczoną, natomiast jej naczynia, a przedewszystkiem żyły, przedstawiają ko-lonialne zgrubienie, nacieczenie błony zewnętrznej, w wielu z nich światło jest oblite-rowane. W korzeniach nerwowych, obok wielu dotychczasowych, są włókna szkiele-ta. Naczynia błona są krwinią wypukłoc, gdzieśkolwiek tylko mają śluzę infiltro-wane. Wszędzie na przekroju spotyka się w substancji białej małe ogniska, w których włókna nerwowe czasami uległy zmianom, myelinu mianowicie jest roz-padła, cylindry osłowy nieokrągłe, często szarłatne, co po czyni podobnym do komórki szarłatnej, lub też zupełnie się rozpada i na miejscu włókna pozostaje tylko pusta przestrzeń. Na obwodzie rdzenia jest mało włókien nerwowych, neuroglia zgrubiała. Tylko niektóre komórki szwajowe rogów przednich zachowały wyrostki, najczęściej są one okrągłe lub trójkątne, nacieczone, o bardzo niewyraźnym, a nawet niewidocz-nym jądrze i jąderku; tak samo w komórkach kolonu CLAUDA.

Odcinek grzbietowy, środkowy. Zmiany w oponie miękkiej, jak powyżej, a więc bardzo umiarkowanie zgrubiała i nacieczona, koloidalne zgrubienie naczyń, głównie żył, są dołch nacieczona, ogromnym nacieczonemu głównie błony zewnętrznej. Wszakże zmiany te nie dotyczą wszystkich bez wyjątku naczyń opony miękkiej, bo włosa i na-czynia niezmiennione. Korzenie nerwowe, tak przednie jak i tylne, przedstawiają o wie-le włókna zmiany, nie poprzedzają rozpadu myelinu, obrzęknięcie cylindra osłowego wytworzenie w nim jakby wakuol, do zupełnego rozpadu włókna nerwowego, często umiarkowanie nacieczenie *pari et circumscripta* naczynia korzeni mają również zgrubiałą śluzę. Wszakże obok tak wczesnych zmianowych pęczków nerwowych, spotyka się i takie, w których zmiany są bardzo małe.

Na tej właśnie wysokości znajdujemy najwyższe natężenie zmian w samym rdzeniu, mianowicie w istocie białej, maństwo ognisk, mniejszych i większych, w których elementy nerwowe uległy całemu rozpadowi, a między ogniskami po-zostają jeszcze słabej substancja nerwowa. Te ogniska rozmiękczenia znajdują się przeważnie na obwodzie rdzenia, choć są i centralnie umiejscowione, zajmują ra-zem większą przestrzeń na przekroju, aniżeli tkanka szwajkowo-jęszczo zdrowa, po-łożona bliżej substancji szarej. Znajdujemy je we wszystkich pęczkach rdzeniowych, ale głównie w bocznych i przednich, mało w tylnych, najczęściej przytykają do obwodu rdzenia, choć są także ogniska, które są śluzę od obwodu, forma ich trójkąt-na z podstawą skierowaną do obwodu, to okrągła, owalna, to nieregularna. W takim ognisku cylindry osłowy jest zupełnie nieraz do uboższych rozmiarów, myelina rozpadła, pozostaje wreszcie masa szarłata lub twór podobny do komórki szarłatnej. Wreszcie w niektórych ogniskach pozostała tylko siatka neuroglia, a w jej oczkach pusta przestrzeń po rozpadniętych włókienach nerwowych. Sama neuroglia nie nigdy znacznijatemu zgrubiała, a naczynia są tylko przekrwione. Nie widzę tu nigdzie większego nacieczenia jądrami, gdzieśkolwiek tylko mały wylew krwi. Ogromne też zmiany przedstawiają komórki szwajowe rogów przednich i kolonu CLAUDA, są

one napęczniałe, okrągłe lub owalne, najczęściej bez wyrostków, bez jądra i jąderka, bardzo często szarłate lub z wakułami.

Odcinek grzbietowy, dolny, przedstawia także same zmiany, jak dopiero co opisano. W sgrubiałych ścianach niektórych naczyń miękkiej nastąpiła wtórna waskularyzacyja, widać nieraz po kilka i kilkanaście światel nowopowstałych naczyń.

Odcinek lędźwiowy, górny. Zmiany naczyniowe opony miękkiej dotrącają jeszcze wysokiego stopnia natężenia. Na powrotem miejsce obrwoli rdzenia w przekroju bocznym widać, że ostatecznie sgrubiała, zatkana i naciekona była opona miękkiej odcinka rdzenia bez jego uszkodzenia i bez przejścia naciekzenia na tkankę nerwową. W istocie białej zmian prawie już nie ma, rzadko tylko napotyka się opłasko już zmiany w pojedynczych włókniach nerwowych na samym obrwolu rdzenia, gdzie i nerwoglia jest trochę sgrubiała. Natomiast komórki zwojowe, tak osyów przednich, jak i tylnych, są jeszcze mocno zmienione, w przeważnej ich liczbie nie mać jądra i jąderka, są postawione wyrostków, jasne napęczniałe, same w zaniku będąc.

Odcinek lędźwiowy, środkowy. Opona miękka cienka, słabo infiltrowana, posiada mało naczyń o sgrubiałych ścianach i zwiększonym świetle, choć w niektórych żyłach zmiany te są tak znaczne, że dochodzi do obliteracyi. Korzenie nerwowe zmian nie przedstawiają. W rdzeniu nie widuć nawet już tego znacznego przekrwienia, większa część komórek wygląda prawidłowo, włókna nerwowe has i adnych zmian. U jednego przedniego osywu widać ograniczone małe skupienie komórek limfoidalnych, o którym nie wiadomo, czy należy do naczyń, którego nie widać.

Odcinek lędźwiowy dolny przedstawia bardzo słabo naciekającą oponę miękką, naczyń tej nie mają zwiększonego światła, są mało sgrubiałe i naciekone. W brzośnych częściach rdzenia bielocaki nerwoglii są nieco jeszcze sgrubiałe. Niektóre komórki zwojowe nie mają jeszcze wyraźnego jądra, jąderka i są postawione wyrostków.

Widzimy z tego, że zmiany w oponie miękkiej naczyniują się już w części osyjowej, dolnej, istnieją także w lędźwiowej w najniższym nawet odcinku, ale dochodzą do największego natężenia w części grzbietowej i grzbieto - lędźwiowej. Polegają one przeważnie na zmianach naczyniowych. Naczynia, zwłaszcza żyły, w mniejszym stopniu tętnice, mają ściany mocno sgrubiałe, światło jest zwiększone, a często dochodzi do zupełnego jego zatkania. Ściany są silnie infiltrowane, zwłaszcza warstwa ich zewnętrzna, gdy sgrubienie i zwiększenie światła spowodowane jest, adają się, głównie przez warstwę wewnętrzną. W niektórych silnie zmienionych naczyniach dochodzi do wtórnej waskularyzacyi ścian, do tego stopnia krążenie jest upośledzone. Infiltracyja drobnokomórkowa przechodzi na oponę miękką, ale nie dosięga w niej tak wysokiego stopnia, jak w warstwie wewnętrznej naczyń, choć jest znaczną. Przechodzi ona także na *peri et endoneurium* korzeni nerwowych na wysokości najmocniej dotkniętej, choć nie zawsze i nie w wysokim stopniu. Dużo zmiany przedstawiają włókna nerwowe tych korzeni; mają one obrzękły cylindry osiowe, które wraz z myeliną przechodzą w zupełny rozpad i znikają, pozostawiając tylko otoczki Schwanna. Naczynia w korzeniach mają często

ściannę zgrubiałą i umiarkowanie nacieczoną. Natomiast nie widac nigdzie, żeby infiltracyja opony miękkiej przechodziła wadłuz jej wyrostków na rdzeń. Zdaje się nawet, że rdzeń, a właściwie jego warstwa zewnętrzna (*gelatinöse Rindenschicht*) przedstawia opór dla przejścia nacieczony na tkankę nerwową, jak to widac na preparacie z części lędźwiowej górnej, gdzie zgrubiałe i infiltrowane naczynie opony miękkiej odciśnięto rdzeń, ale go zresztą nie zmienia. Wogóle zgrubienie opony miękkiej jest bardzo umiarkowane; to też beloczki, które wyszła w rdzeń, wcale nie są zgrubiałe. Jeżeli rdzeń ucierpiał, to oczywiście głównie przez upośledzenie odżywiania wskutek zmian naczyniowych samej opony miękkiej, a nie jej zgrubienia lub przejścia infiltracyi drobnokomórkowej.

Jeżeli zmiany w oponie miękkiej noszą jeszcze w pewnym stopniu cechę zapalną [zmiany naczyniowe, infiltracyja drobnokomórkowa], to tego wcale powiedzieć nie można o zmianach w rdzeniu. Te ostatnie rozapoecywiają się już w części górnej grzbietowej, dochodzą do największego natężenia w środku części grzbietowej, są jeszcze znaczo w grzbieto-lędźwiowej, w środku zaś części lędźwiowej już są bardzo małe i dotyczą tylko niektórych komórek swojowych. Już samo rozprzestrzenienie się tych zmian na przecięciu rdzenia w kształcie małych ognisk, nie będących w związku ani z oponą miękką, chociaż aż do niej sięgają, ani często ze sobą, dowodzi, że to nie jest sprawa zapalna, któraby przeszła od opon. Zmiany też ściann naczyni samego rdzenia nie są wcale wybitne; są one tylko silnie wypełnione krwią, a o niektórych tylko się wspomina, że mają umiarkowanie zgrubiałą i nacieczoną ściannę, a bardzo rzadko widziano małe ograniczone skupienia komórek limfoidalnych, należących prawdopodobnie do niewidocznego naczynia. Neuroglia też, z wyjątkiem może części najbardziej brzoznych, nie była zgrubiała nadmiernie, ani jej komórki powiększone lub pomnożone. Nigdzie też ani w ogniskach, ani w reszcie substancji rdzenia nie było infiltracyi drobnokomórkowej.

Jak wspomnieliśmy, ogniska chorobowe były rozrzucone po całym przecięciu rdzenia, głównie w substancji białej i na obwodzie, poprzedzielano tkanką jeszcze zdrową. Były mniejsze i większe ogniska, nieraz kilkanaście na przecięciu, a w miejscach największego natężenia sprawy zajmowały przestrzeń większą, aniżeli pozostała zdrowa część rdzenia. Forma ognisk była rozmaita, często zbliżona nieco do trójkątnej [klinowatej] z podstawą, skierowaną ku obwodowi, do którego najczęściej sięgały. Były też okrągłe, owalne, bardziej nieregularne, często zlewaly się ze sobą. Zmiany w ogniskach polegały na obrzmieniu, nieraz ko-

kształtem, cylindra osiowego, na jego walcowych praemiach, począwszy od odmiennego zabarwienia, a skończywszy na siarczystości, która go czyniła najzupełniej podobnym do kuli siarczystej (*Körnchenzellen*). Jednocześnie mylina uległa zmianom: najczęściej rozpadła się zupełnie i znikła, czasem naokoło zgrubiałego cylindra osiowego pozostał wązki jej rybek. Bardzo często tak zmienione włókno zostało zupełnie woszone lub wymyte i otrzymywaliśmy tylko siatkę nieco zgrubiałej neuruglii o pustych oczkach. Wprawdzie w istocie szarej w różnych ognisk rozmiękczenia nie widzieliśmy, jednak udział jej był niewątpliwym i wyrzucał się w zmianach komórek zwojowych, które były napęczniałe, wakuolizowane, siarcyste, bez jąder i t. d..

Są to więc zmiany, które wcale zapalnym nie odpowiadają, a raczej odpowiadają zmianom, jakie spotykamy przy *encephalomalacia*, to jest: rozpad elementów nerwowych z wytworzeniem się komórek siarczystych i następczem ich woszeniem. Na sprawę tę, w tym przypadku w rdzeniu zachodzącą, nie zważamy się inaczey, jak na rozmiękczenie rdzenia (*myelomalacia*), spowodowane zaburzeniami w krążeniu, wskutek zmian naczyńniczych opony miękkiej, a dochodzącem i do zgorzeli. Nie przeczą temu nieliczne zrosty wybrzuszenia krwawe, znalezione w rdzeniu; bo gdy w jednym miejscu zatkanie naczyń wywołało obumarcie, to w drugim zwężenie jego—zastój w krążeniu i wylew. Same zmienione naczynia zrosty są bardziej skłonne do pęknięcia. Przemawia zatem okoliczność, że wylewy krwi nie znajdowały się w ogniskach rozmiękczenia, ale w tkance jeszcze zdrowej. Tak samo objaśnia swój interesujący przypadek, do naszego wiele podobny, MORTLER ¹⁾, który również słusznie zwraca uwagę na brak zgrubienia i infiltracyi opony miękkiej.

Zauważę jeszcze, że gdy zwyrodnieniu wstępowały pęczków GOLL'a miało cznie się wytworzyć, to nie znaleźliśmy zwyrodnienia następującego pęczków piramidulnych.

W substancyi szarej zaburzenia w krążeniu odbiły się w ten sposób, że nie było śladu siatki włókien nerwowych; ale przedewszystkiem odbiły się na samych komórkach zwojowych, które najczęściej były obrzmiałe, szklistawe, okrągłe, bez widocznego jądra i jąderka, bez wyrostków, bądź siarcyste, bądź też zamienione na twory zanikowe.

Z pojęciem rozmiękczenia, a nie zapalnej sprawy rdzenia w danym przypadku, zgadza się najzupełniej obraz kliniczny. Późniejsze

¹⁾ Arch. f. Dermat u. Syphilis 1891. 2 H.

bólu kręgosłupa oczywiście odnieść należy do sprawy w opowieści miękkiej, zaś szybkie powstanie porażenia kończyn dolnych, pęcherza, kiarki stołcowej, bólu gorąckiego—do wytworzenia się ognisk rozmiękania w części grzbietowej i grzbieto-łędźwiowej. Nigdy nie było bólu w konczynach, a gorączka przyłączyła się dopiero wtedy, gdy powstały ostre, gangrenowe odleżyny, ropne zapalenie pęcherza i zapalenie wstępującej miedniczki nerkowej i nerki. Ze objawy za życia pokrywają się w zupełności i słowami zmianami, znalezionymi w rdzeniu, dłuższego dowodzenia nie potrzeba.

I tutaj godnym uwagi jest pierwotne umiejscowienie się sprawy przymiotowej w rdzeniu, i to, że zgodnie z brakiem odnośnych objawów za życia, mózg i jego ucieczka okazały się zupełnie zdrowymi, że w części szyjowej zmiany były najslabsze, i w ogóle pokazały się dopiero w dolnej jej części [nie może więc być mowy o zstępującem od mózgu rozprzestrzenieniu się sprawy przymiotowej], a ich największe uciążenie przypało na część grzbietową i grzbieto-łędźwiową.

Wprawdzie umiejscowienie sprawy przymiotowej na wysokości grzbieto-łędźwiowej jest dla chorego groźne, bo są to najczęściej te przypadki o ostrym przebiegu, prowadzące w szybkiej kolei do porażenia pęcherza, kiarki stołcowej, odleżyn, ropnego zapalenia pęcherza, miedniczki, nerki, ropnie-powoznicy, przeciwko którym leczenie najczęściej jest bezsilne, to jednak nie wszystkie przypadki z tym umiejscowieniem mają taki postępujący i ostry przebieg, nie wszystkie są ujemne swojemu leczeniu, jak to wykazało następująco spostrzeżenie.

Spostrzeżenie 12. R. M., lat 31, witałam pierwszy raz 19. III. 91 r. Przed 2 tygodniami przeszła ból dolnej części kręgosłupa, w dolnej połowie brzucha i w udach; raz jeden miała wymioty. Zdawało się raczej, że jest to cierpienie macierne; znalazłam bowiem *endometriois, infiltratus uteri*, miażdżyczkowanie od 2 r. ułożony wstrzymano, tembardziej, że chora bardzo dobrze chędną, odzyskała kolano było zachowane. 17. III. 91 chora skarży się na strętwinia i osłabienie mózgu, wstrzymano nocną, który katetorem wypuszczono. Wtedy nagle wzmógł się szczytowo, dowiedziłam się, że przed pół roku chora miała wysypkę na rękach i talowiu, ból gardła, że lekarz uznał te objawy za szarszliwe; zapisał weterynaria czarnej materii, których tylko 12 aplikowała, pociągła objawy te przeszły. O miejscu pierwotnego zarażenia dowiedzieć się nie można, chora przeżyła, żeby miała podejrzenie spółkowania, a twierdzi tylko, że praca ją była słabszą bielizną. Miała 2 dzieci, ostatnie przed 7 laty, obydwa zmarły na choroby dalszonne. Porodziła, jako też (kiedy) innej choroby nie było.

19. III. 91. Chora smarkowatej budowy i ożywienia, na skórze brzucha, górnych kończyn, udach i guzłach widać obfite czerwone plamki nieregularnych kształtów, znikające pod palcem, na penetramentach widoczna ciemna pigmentacyjna ciemność [po wysypce a przed 1/4 roku]. Gruczoły pachwinowe powiększone, twarde. W organach wewnętrznych zmian nie ma. Obrotła utraćta normalna. Poraziła dolnych kończyn jest zupełnie światła. Lewego odrucha kolonowego i lewego odrucha dalszonna

Achillea, nawet z pomocą sposobu Jambassara'a wywołac nie można, z prawej strony to odruchy ściegniste są bardzo słabe. Prawy odruch podoszwowy jest większy, niżeli lewy. Słabych dotknięć na skórze dolnych kończyn chora wcale nie czuje i nieczułość to dotykowe sięga do dalszej części brzoucha. Czułość bólowa i czułość głupoty są dość dobrze zachowane. Podmiotowo doznaje chora w nogach drętwienia i obłąka. *Rozwinięcie* rękaw, zwłaszcza wypolnienie pęcherza moczem, opróżnianie jego za pomocą katetru chemicznego. Stolec bywa tylko po średku przesyszanym. Ustaje chora może tylko z pomocą rąk (słabość mięśni brzucha i *ileo-rectum*), siedząc musi się na rękach opierać, gdyż bez podtrzymania doznaje gwałtownego bólu w górnych wyrostkach krzyżowych, rozprężeniającego się na nogi; wyrzutki te są i na uszach bolesne, ale obciążeniem kręgosłupa ból nie zwiększa. Odruchów brzusznych nie ma. Przepisanie jed.

25 III. 91. Działanki prawy odruch kulszowy, prawy odruch ścięgna Achillea i lewy podoszwowy, tak, że w wszystkich odruchach ścięgniastych i skornych w obrębie kończyn dolnych zostały tylko prawy podoszwowy. Wysepka na brzochu prawie zupełnie zanikła, pozostało tylko kilka plam na udach i kolienach.

26 III. 91. Rół krzyża i nóg mulejszy.

1. IV. 91. Czułość wszystkich gatunków okazuje się dziś na nogach mocno przytępioną, zmysł mięśniowy jest także dotknięty. Dziś udało się wywołać lewy odruch podoszwowy.

2. IV. 91. Od wezura, oprócz Joda, wstrzykiwaniem sublimatu [1], grana. Chora czuje się lepiej. Prawy odruch kulszowy i odruch prawego ścięgna Achillea powrócił, lewych tych odruchów ścięgniastych jeszcze wywołać nie można. Wezręże później pod wpływem kurecji szałowej [zusem 20 wstrzykiwań] powróciły one także, a po upływie pewnego czasu wróciło czucie i ruch w dolnych kończynach tak, że wprowadzić Jusem uślabiosa mogła ulodzień.

W tam spostrzeżeniu na następujące punkty należy zwrócić uwagę. Najprzód wezręże, bo w pół roku po ukazaniu się objawów dręgotających na skórze i błonach śluzowych, wystąpienie objawów reumatycznych, począynających się od bólów dolnej części kręgosłupa, rozchodzących się na brzocho i uda, a więc od objawów oponowych, wespółzawnie z ielnieniem powrotu *roseolae typhiliticae*. Następnie szybko, bo w ciągu paru dni, wystąpienie paralenia w dolnych kończynach do stopnia zupełnego paralenia; stopniowo i szybko zaniknięcie odruchów ścięgniastych i skornych. Najprzód zanik lewy odruch rzępkowy i ścięgna Achillea, po kilku [6] dniach zanikły prawo to odruchy ścięgniaste i lewy podoszwowy, tak, że przez pewien czas przetrwał istniał w obrębie kończyn dolnych tylko prawy odruch podoszwowy. Ze strony pęcherza było zatrzymanie moczem, ze strony kiszek zaparcie. Czułość było w mniejszym, niżeli ruch, stopnia zaniesione; ale gdy z początku znaleziono przytępienie tylko czucia dotykowego, to później i inne gatunki czucia, nawet zmysł mięśniowy, uległy zaburzeniom. Zanikanie odruchów ścięgniastych i skornych wskazywało na pewno, że sprawa przymiotowa zajęła rólent w jego części lędźwiowej, gdy często grubiotowa górna i szyjowa zdawały się być zupełnie wolne. Zmiany to jednak i w części lędźwiowej nie musiały być

głębokie; wreszcie sprawa była wreszcie rozpoznana, leczenie dość wczesnie zastosowane, dośó, że do komplikacyj, jak: odłotyny, ropne zapalenie pęcherza i t. d., nie doszło; owszem, sprawa się zatrzymała i doczekaliśmy się znakomitej poprawy już po kilku tygodniach. Przewidywaniem było się zmniejszyć, powrócił prawy odruch kolanowy i odruch ścięgna Achillesa, następnie lewostronnie te odruchy, władza w nogach, tak, że chora po 30 wstrzykiwaniach sublimatowych i odpowiedniej ilości jodu mogła jako tako się poruszać.

Na tę niestalność odruchów ścięgniastych, zwłaszcza kolanowych, w przebiegu syfilisu rdzeniowego, na często znikanie i powrót i znów zniknięcie, na różną ich wielkość i t. d., zwrócili uwagę w ostatnich czasach OPPENHEIM ¹⁾ i SIMMELING ²⁾ i skłonni są, wraz z BRILSMEYEREM ³⁾, przypisać objawowi temu bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze dla tego cierpienia. SIMMELING nawet w jednym przypadku na zasadzie wyłączenia tego jednego objawu, to jest: zmienności zachowaniu się odruchów kolanowych, rozpoznał przymiot rdzeniowy, co ankietya potwierdziła. Wraz z OPPENHEIMEM objaśnia on to w sposób następujący: korzenie nerwowe, przedstawiające w syfilisie rdzeniowym, jak i my to widzieliśmy, zmiany zanikowe, ale jeszcze mające dobrze zachowane niekóro włókna nerwowe, są uszkodzone w zdolnej do obrzmienia tkance granulacyjnej, stosunkowo bogatej w naczynia, i podlegają przy tak posuniętych zmianach naczyń uciśkowi rozmaitego natężenia, a następnie i rozmaitym zaburzeniom funkcyjnym. W naszym przypadku nie było właściwie wahań zmienności w zachowaniu się odruchów kolanowych, o jakich wspominają OPPENHEIM i SIMMELING, ale byliśmy świadkami stopniowego zanikania tych odruchów, wraz z innymi odruchami ścięgniastymi i skórnymi, na wysokości posuwania się sprawy rdzeniowej i powrotu ich jednocześnie z ustąpieniem lub poprawą zaburzeń funkcyjnych, przez sprawę przymiotową spowodowanych.

Wreszcie zaznaczą, że i ten przypadek przymiotu rdzeniowego był czysty, że nigdy żadnych objawów mózgowych, nawet bólu głowy, nie było.

Do tej pory rozpatrywaliśmy sprawy rdzeniowo rozlane, to jest takie, które nie trzymały się ściśle jednego systemu włókien lub komórek pod względem funkcji jednorodnych, lub anatomicznie albo

¹⁾ Zur Kenntnis der syph. Ecker. des centr. Nervensystems. Berlin. 1891.

²⁾ Arch. f. Psych. XXXII. II. 1. u 2.

³⁾ Centr. f. Nervenhell. 1888. N. 2.

embryjonalnie wyosobnionych. Zapewno, pojęcie, jakie sobie wyrobiliśmy o anatomicznej postawie syfilitycznych cierpień rdzeniowych, jako polegających na zmianach naczyńniowych, łatwiej pogodzić z mniemaniem, że sprawy rdzeniowe na gruncie przymiotowym muszą być zawsze rozlane [JULLIARD, JURGENS]. Tymczasem klinika, a nawet niektóre dane anatomo - patologiczne zdają się przekonywać, że tak nie jest, że syfilityczno porażenie rdzeniowe może czasem przejawiać się jako systemowe, ograniczone do jednego systemu, np. komórek rogów przednich. Dowodem tego następująca obserwacja, wskazująca na głębokie zajęcie przednich rogów substancji szarej części grzbietowo-łędźwiowej.

Spotrześnienia 13. B...go, lat 25 liczącego, studenta V kursu medycyny, wdziałam po raz pierwszy 15. X. 87 r. Miał on przed 15 miesiącami owróżdzenie na otłumku, początywno za szankramiękkiego, dopiero wystąpiło w 7 miesięcy później obrzęknięcie gruczołów i śródłwej przewodkowej wywypki na skórze, a przedawazymatkiem objawów cierpienia gardzieli aktorowało uwagę na prawdziwy charakter przymiotowy cierpienia [Bokozowski]. Zastosowano leczenia morkuryjalem, pod wpływem którego sprawa w gardzieli się zagoiła, a gdy owróżdzenia tamto już powym uzanie powróciły, leczenie rżęlowe zostało powtórzone we Wrześniu 1887 r. Przed 3 tygodniami zaczął chorey zauważać chętkość w prawej kończynie dolnej, oraz trudność poruszania się przy chodzeniu, przyczem stopa opadała przednim końcem. Osiadanie to coraz się zwiększało i posuwało ku górze, tak, że od tygodnia z trudnością chorey może chodzić; lewa noga jest osłabiona w znacznie mniejszym stopniu. Jeden z lekarzy, do którego chorey się zwracał, rozpoznawał zapalenie, drugi zwichnięcia w stawie. Nigdy bólów lub parastazyj chorey nie doznawał.

Chorey dobrze abudowany, miernie odżywiany, gruczoły szyjowe i barkowe ma powiększone, twarzą na tył; dotykał gardzieli owróżdzenie z odłożeniem dnem. W wewnętrznych organach żadnych zmian nie ma. Skulatera prawej dolnej kończyny jest bardzo wiotka, mięśnie karczają się bardzo słabo przy stanie, przyczem miodalna podnosi się z prawej strony i talów w tę stronę się przechyla z powodu słabości mięśni podziałkowych. Przy chodzeniu, które jest utrudnione, mał chorey pruwą nóg wysoko podnosić z powodu opadania stopy (parosa główna w obrębie n. otzwałkowego). Wszystkie ruchy czynne prawą nogą są wprawdzie możliwe, ale uadze słabe. Prawy odruch kolanoowy jest o wiele słabszy, aniżeli lewy. Ruchy lewą stopą, zwłaszcza ścięgle podnoszowe, są słabsze, aniżeli prawolowa. Funkcyja psychery i kizki stolcowej zupełnie prawidłowa. Oddziaływanie nerwów i mięśni prawej kończyny dolnej jest znacznie w porównaniu z lewą, ale i w lewej mięśnie przednio-bocznej powięziarki koloni oddziaływały słabo. Na zaradzie z kol. Tarczkowem uznaliśmy cierpienie za *polomyelitis anterior subacuta* na tle syfilitycznem; zaleciliśmy środek czyszczący, hańki na kręgosłup i przystąpiliśmy natychmiast do światłego leczenia miedzianego [wziorania drachmowe, Jodek potasu od 5].

23. XII. 87. Owrdzenie w gardzieli się goł. Prawy odruch kolanoowy silny, lewy słaby. Odruchy ścięgna Achilleasa istalają z obu stron.

30. XII. 87. Odruch kolanoowy lewy bardzo słaby, odruchy ścięgna Achilleasa z obu stron słabsze, aniżeli przedtem. Ruchy w lewej nodze coraz słabsze, nie tylko w stopie, ale w stawie kolanoowym i adowym, choć jeszcze możnająze, aniżeli

w prawej nodze. Aż ukłęknięci, ani stać już chorey nie może. Wiotkość mięśni znaczna, a prawo nóg wydaje się cięższem, niżleń lewą. Z ruchów talowia wyprowadzenie jest nieco utrudnione. Obrznięcie na tylnej części łożyska górnego prawie zupełnie się zgubiło. Apetyt niewielki, stożno opierały. Ogólny stan dość niedawalający. Chore waży 12 frykcyj, śluzotoku nie ma.

11. I. 88. Lewy odruch kolanowy i ścięgna Achilleasa zaniki, prawy odruch ścięgna Achilleasa jest bardzo słaby. Różne odruchy, jak: podczwowe, mosznowe, są wyrazne.

12. I. 88. Ruchy w prawym stawie udowym i kolanowym nadzwyczaj słabe. Waży 24 frykcyj.

26. I. 88. Od tygodnia frykcyje wstrzymane. Razem było ich 30, drachmowych. Jod białe chorey daje]. Zalozono oprócz tego *extr. Sarcis cornuti, c. extr. Gentianae*. Apetyt znacznie polepszył. Sprawa chorobowa jeszcze się powiększa. Ruchy prawej nogi są minimalne, a i lewą nader upośledzoną. Odruchów kolanowych nie ma. Wychudzenie, zwłaszcza od, bardzo widoczne. Chorey nie jest w stanie usiąść, lub w położeniu siedzącym wytrwać, ponieważ że mięśnie łożyska brzusznej dobrane się napięły. Siła prawej ręki wydaje się też słabszą, niżleń lewej.

10. II. 88. Sprawa się powiększyła: chorey może nieco więcej palcami poruszać, z wynikiem tam usiąść, przy odwróceniu lewego ścięgna rękowego występuje słaby skurcz w, *mus. interos.* Jeśli do tej pory wyżył chorey około 60 grm. Śniadko coraztem przyjmował przez 2 tygodnie.

16. II. 88. Od wczoraj rana znaczne pogorszenie, spowodowane gorączką, poprzedzoną dwukrotnością (w dzień i noc) drżaczami i trwającą dotąd (na skutek około 30°). Ogromne rozwalenie bez wydymań i rólgiela. Temperatura, brach wpały, język dość czysty. Zaregnowano: kalomel 3 razy po 2 gr. i olejki ryblowy.

17. II. 88. Wyprowadzenia są co godzina, towarzyszą im bóle, zawierają one śluz i krew, brach wpały, kłusany w lewym dół biodrowym, język obłożony, zupełny brak apetytu. Ciężka spudła, tętno przyspieszone. Zalozono nastawie z bisemtem, lawatywy z kochinatu z nalewką opłową, winu.

23. II. 88. Znaczna poprawa. Stoleców jeden lub dwa na dobę, są one kalowe, osztem z doniosłą krwią, bezbolesne. Brzech na ucisk słabotony. Język się osyłał, apetyt duży. I w rankocy nóg znakomite polepszenie: chorey może je wyłożyć podnosić, swobodnie poruszać palcami i stopą, odruch kolanowy lewy jest bardzo wyraźny, prawy słabszy. Za pobytwnie chorey dostaje mleko z koniakim, kofe, zółtha z resztkami, galarety.

3. III. 88. Kausl pokarmowy zupełnie w porządku, chorey jeść już mięso. Ruchy kończyny czoła niezbyt: chorey może nawet, upierając się o leżenie, przejść przez pokój. Odruchy kolanowe są, ale prawy słabszy. Oddychanie mięśni lepsze. Masaż, faradyzacja przez kol. Kucharska.

23. III. 88. Mięśnie nóg nabierają jedności i objętości. Jakiś nawet przed chorobą nie miały. Chorey chodzi bez laski po pokoju. Odruch kolanowy prawy jest jeszcze słaby, odruch ścięgna Achilleasa są z obu stron. Oddychywanie faradyzane obrętków nerwów strzałkowych i łokciowych tylnych jeszcze znacznie zmniejszono [zwłaszcza przy drżaniu bezpośrednim]. Razem było 16 posiedzeń masażu z faradyzacją.

15. V. 88. Stan zdrowia obecnie świetny, pomimo nowych 30 (frykcyj), które sobie w nastawie całości a powoli *ampelizo* na głowie aplikował, a podwaga których przybyło mu 13½ funtów. Odruchy kolanowe i ścięgna Achilleasa żywa, oddychywanie nerwów i mięśni prawidłowe. Siła w nogach utrudnia. Do 13. VI. 88 przybyło mu 48 funtów wagi.

U tego chorego podczas istnienia niewątpliwych objawów przymiotowych (charakterystyczne owrzodzenie gardzieli), w przeszło rok po pierwotnem zarazeniu, wystąpiły objawy porażenia najprzód w prawej kończynie dolnej, a później i w lewej; porażenie zaczęło się od najbardziej obwodowych części, to jest od stóp, obręb nerwu strzałkowego okazał się z samego początku upośledzonym, i posuwało się ku górze, tak, że w ciągu 2 miesięcy doprowadziło do porażenia obu kończyn dolnych i przeszło nawet na tułów. Było ono wiotkie, ale towarzyszył mu andon ból, a także zaburzenie czuciowo lub ze strony pęcherza i kisielki stołowej. Oddziaływanie nerwów i mięśni już w samych początkach okazało się anisiozom, niehawem stał się widocznym zanik mięśni i charakterystycznym było zachowanie się odruchów ścięgniastych, mianowicie: kolanowe były przy pierwszym badaniu tylko nierówne, prawy był o wiele słabszym, aniteli lewy, już w kilka dni później prawy odruch kolanowy znikł zupełnie, lewy był osłabionym; osłabły także odruchy ścięgna Achillesa, a w miarę posuwania się porażenia ruchowego na lewą kończynę, stały one coraz więcej, aż znikły zupełnie wraz z tegostatycznym odruchem kolanowym. Odruchy skórno, podaszowe i mosanowo przez cały czas choroby istniały bez zmiany. Jednem słowem, mieliśmy obraz DUCHENNE'ŃA *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*. Pod wpływem energicznego leczenia awoistego mieszanego zaczęła się w połowie 3-go miesiąca poprawa, która pomimo jednoczesnie przebiegającej i gwałtownej *enterocolitis*, w końcu 3-go miesiąca jeszcze bardziej się zarysowała i doprowadziła w ciągu krótkiego czasu, bo miesiąca, do zupełnego wyzdrowienia. Ta właśnie szybkość wystąpienia porażenia i powrotu do zdrowia wyróżnia ten przypadek od zwykłych porażań DUCHENNE'ŃA. Nie tylko powróciła funkcja ruchowa, ale i odżywianie mięśni anakomicie się poprawiło, a ich oddziaływanie na strunien faralyczny po dłuższym czasie wróciło do normy. Odruchy też ścięgniaste wystąpiły najprzód tam, gdzie najpóźniej zaniknęły, t. j. po stronie lewej, niehawem także powróciły po stronie prawej i w ścięgnach Achillesa. Wazako jeszcze przez pewien czas prawy odruch kolanowy był słabszy, aniteli lewy, ale po paru miesiącach różnice zupełnie się wyrównały i wszystko wróciło do normy.

Ze tutaj mieliśmy do czynienia wyłącznie z zajęciem przednich rogów substaneyi szarej rdzenia w części grzbieto-łędawinowej, zdaje się nie ulegać wątpliwości wobec porażenia z zanikiem mięśniowym, zmian oddziaływania elektrycznego, zaniknięcia odruchów ścięgniastych a zachowania skórnych, ostrawego charakterystycznego przebiegu, stopniowego posuwania się sprawy ku górze, od stóp w kierunku tułowia, najprzód w jednej kończynie, później w drugiej, wobec zupeł-

nego braku zaburzeń czucia, bólów samoistnych i uciakowych nerwów i mięśni, wręcz przeciwnie wobec braku zaburzeń pecherza i kieszki stalcowej. Ze ta *poliomyelitis anterior subacuta* rozwinęła się pod wpływem przymiotu, zdaje się dowodziło jednoczesne istnienie innych nieuniknionych objawów tego zakażenia, szybkość poprawy i zupełny powrót do zdrowia przy leczeniu swoistem. Wręcz przeciwnie w anamnezie żadnych innych czynników etjologicznych wynaleść się nie udało. Nie możemy wprost pokryć milozieniem uwagi, że poprawa nie zaczęła się w czasie stosowania frykcyj, ale po pewnym czasie [przeszło 2 tygodnie] po ich zaprzestaniu [jod przyjmował chory dalej], że znaczące polepszenie wystąpiło dopiero po ustąpieniu objawów *entero-colitidis*, a więc w miarę po ukoniecznieniu wtężeń.

W literaturze mało jest spostrzeżeń, wykazujących związek przymiotu z cierpieniem komórek swojowych przednich rogów rdzenia. DÉJÉRINE ¹⁾ w przypadku osłabienia kończyn dolnych a zanikiem mięśni znalazł zmniejszenie ilości komórek swojowych, ich zanik, brak wyrostków; nie ma wzmianki o zmianach w naczyńiach i oponach. W drugim przypadku SCHMAUSS'a ²⁾ znaleziono ognisko *poliomyelitis lumbalis* z następczym zwyrodnieniem przednich korzeni obok hyalinowego zgrubienia błony wewnętrznej bardzo wielu naczyń, siarnistej obwólki wokół nich, bez zmian w pozostałej tkance nerwowej i oponach. Porównać jeszcze można odnośnie obserwacyje RUMPE'a ³⁾ EISENLOUB'a ⁴⁾, SCHULTZE'go ⁵⁾.

Badałnia ADAMKIEWICZA ⁶⁾ nad unaczynieniem rdzenia uczą, że obszar tętniasty dla istoty szarej i białej jest od siebie niezależny, nawet KADYI, który nie zgadza się z tem w zupełności, utrzymują, że środkowa część szarych słupów dostaje krew z tętnic centralnych, powierzchowne zaś warstwy sznurów białych od tętnic obwodowych. Obwodowo zaś części szarych słupów, równie jak przylegające do nich części istoty białej zawierają rozgałęzienia tak tętnic centralnych, jako też i obwodowych. Wręcz przeciwnie mamy analogiję w mózgu, gdzie t. zw. *ophthalmoplegia externa nuclearis* rozwija się osędo na gruncie przymiotu [HUTCHINSON], a prawicę jądra czaskowych nerwów racho-

¹⁾ Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1876. p. 430.

²⁾ Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 44. p. 244.

³⁾ Die syphilit. Erkr. des Nervensystems. 1887. S. 362.

⁴⁾ Arch. f. Psych. u. Nervenk. Bd. VIII. p. 314.

⁵⁾ Berl. klin. Woch. 1883. N. 39.

⁶⁾ Die Blutgefäße des menschlichen Rückenmarks. Sitzungsberichte der k. k. Akad. d. Wissensch. Wien. 1881. u. 1882.

wyoh przedstawiają dużą analogiję z grupami komórkowemi rogów przednich.

Na tem kończymy przegląd przypadków szystego przymiotu rdzeniowego, które mieliśmy sposobność obserwować. Nie wyczerpują ono wszystkich postaci, pod jakimi syfilis rdzenia w klinice się przedstawia. Nie ma pomiędzy niemi ani jednego apostrozenia z syndromem porażenia BROWN-SEQUARD'a, które zdarza się wtedy, gdy gummat ucięła jedną połowę rdzenia lub gdy sprawa przymiotowa przeważnie się w niej umiejscowia [apostrozenia BROWN-SEQUARD'a ¹⁾, CHANCOT-GOMBAULT'a ²⁾, KAHLER ³⁾, opierając się na nielicznych przypadkach z przeważnem zajęciem nerwów czuciowych i korzeni rdzeniowych, usiłuje utworzyć nową formę chorobową. OFFENHEIM ⁴⁾, a przedewszystkiem BISELONN ⁵⁾ następnie wykazali, że umiejscowienie się sprawy przymiotowej w tylnych częściach opon rdzeniowych i peaskach tylnych, na pewnej wysokości rdzenia, może dawać obraz podobny do wiądn rdzenia. Jak już wspomniałem, nie mam zamiaru rozbiierać tu stosunku ostatniego i skombinowanych systemowych, ciępiń rdzenia do przymiotu. Być może, że przypadek, ogłoszony przesemnie jako wiądn, był właśnie taką postacią i umiejscowieniem przymiotu rdzeniowego (O powrocie odruchów ścięgniętych w przebiegu wiądn rdzeniowego. Kronika lekarska 1890). *Ueber das Wiederscheinen der Sehnenreflexe bei Tabes dorsalis*. *Hort. klin. Woch.* 1891. N. 8]. Nie mamy również przypadku, przebiegającego pod postacią ostrego wstępującego porażenia LANDRY'ego na gruncie przymiotu [RUMPF], wrzecie przypadku ostrego wstępującego zapalenia rdzenia z przejściem na rdzeń przedłużony i niektóre nerwy czuciowe (*optici*), jaki pisał KNAPP'a ⁶⁾ został opisany. Sądzimy wszakże, że dopiero co wymienione postaci chorobowe są, o ile zwłaszcza opierają się na gruncie syfilitycznym, rzadkością. Mniemam natomiast, że przypadki chorobowe, przezemnie podane, stanowią typy najczęstszoj apotykaných spraw przymiotowych rdzenia.

Spostrzeżenia moja, podane wyżej, przekonują, że przypadki szystego przymiotu rdzenia wcale do rzadkości nie należą; jestem nawet skłonny mniemac, że jedną z najczęstszých przyczyn ros-

¹⁾ *Jour. de la physiol. de l'homme et des animaux*. 1863.

²⁾ *Arch. de physiol. norm. et path.* 1873. 2. 163.

³⁾ *Die multiple syphilit. Wurzelnaritis*. *Zeitsch. f. Heilk.* 1857. VIII.

⁴⁾ *Hort. klin. Woch.* 1858. N. 53.

⁵⁾ *Festschrift. zur Eröffnung des neuen allg. Krankenhauses zu Hamburg-
Eppendorf*. 1890. p. 128.

⁶⁾ *L. c.* 340.

lanych zwłaszcza spraw rdzeniowych, jest przymiot. Twierdzenie więc tych autorów [głównie JERONIMUS ¹⁾ i ORRANIUS ²⁾], którzy utrzymują, że przymiot rdzenia jest po największej części rozprzestrzenieniem się takiejże sprawy z mózgu, wydaje mi się zbyt apodyktycznym. W większości obserwowanych przezeń przypadków przymiotu rdzeniowego nie było wcale objawów mózgowych, a wyjątkiem może bólów głowy. W podanych wyżej spostrzeżeniach tylko w jednym [10] wystąpiło, na dłuższy czas przed pojawieniem się objawów rdzeniowych, krótkotrwałe [5 dni] połowicznie porażenie, które znikło bez śladu. Potwierdzenie tezy, że przymiot rdzenia występuje pierwotnie, bez komplikacyj mózgowych, znaleźliśmy również w naszym 3 przypadkach, zakończonych sokcyjami, które wykazały ogromne zmiany w rdzeniu, a brak ich w substancji mózgu. Najciekawszym pod tym względem jest przypadek 11, w którym obok rozlanego rozmiękania rdzenia w części grzbietowej i grzbietolędwiowej, obok olbrzymich zmian naczyniowych w rdzeniu, mózg przedstawiał się zupełnie prawidłowym, a nawet jego naczyń były cienkie, przezroczyste, elastyczne. W przypadku 10, tym samym, w którym było przymijające połowicznie porażenie, naczyń mózgowo przedstawiały się makroskopowo normalnymi, badanie zaś mikroskopowe okazało tylko niewielkie zgrubienie błony wewnętrznej w tętnicy kręgowej bez światła; to też w mózgu nie zauważono najmniejszego śladu rozmiękania lub gumatu opon, a jednak rdzeń był w wysokim stopniu zajęty sprawą przymiotową. W trzecim przypadku [7] znaleźliśmy wprawdzie arteriitę, począwszy od aorty aż do trzeciorzędnych rozgałęzień głównych pni naczyniowych mózgu, sprawa ta jednak nie doprowadziła nigdzie do rozmiękania, wyłowów, infiltracji gumatycznej i t. d., gdy tymczasem rdzeń przedstawiał ogromne zmiany. MORILLAS opisuje przypadek, w którym do przymiotowej sprawy rdzeniowej przyłączyło się w następstwie porażenie pochodzenia mózgowego, a więc przymiot rdzenia może nawet poprzedzać przymiot mózgu. Dlatego w jednych przypadkach przymiotu znajdujemy zmiany naczyniowe tylko w mózgu, w innych przypadkach tylko w rdzeniu, a jeszcze w innych oba te terytoria naczyniowo są zajęte, ba, nawet cały system tętniowy, jak w naszym 7-tym spostrzeżeniu, pozostaje jeszcze tajemnicą, jak również i ta okoliczność, że inne organy, jak: wątroba, nerki, płuca i t. d., są zwykle od zmian przymiotowych wolne w przypadkach zajęcia mózgu lub rdzenia.

1) Noural. Centralblatt. 1825. S. 21.

2) Charité Annalen. X. 1845.

Иногда тот, а за ним Оппенгейм удерживают, że zmiany przymiotowe dochodzą do największego natężenia w części szyjowej rdzenia. Moje spostrzeżenia i tego nie potwierdzają. Za wyjątkiem przypadku 1-go (*meningitis praevertebralis* bez objawów mózgowych), w pozostałych objawy wskazywały na zajęcie grzbietowej lub grzbieto-łędźwiowej części rdzenia. We wszystkich trzech naszych, zakończonych śmiercią przypadkach, sekcyje wykazywały brak zmian, lub też bardzo małe zmiany w części szyjowej, większe zaś ich natężenie w części grzbietowej i grzbieto-łędźwiowej. Jeżeli więc może być mowa o uprzywilejowaniu pownych okolic rdzenia, to chyba grzbietowej i grzbieto-łędźwiowej.

Wszyscy autorzy zwracają słuszną uwagę na udział opon, a przedewszystkiem miękkiej i pajęczej, w przymiotie rdzenia; opona twarda w śladnym z naszych sekcyjnych przypadków zmian nie przedstawiała. Sprawa przymiotowa może się ograniczyć na samej oponie i nigdy, czy to wskutek loczenia, czy samolstnej tendencyi do ograniczenia się, nie przejść na rdzeń [przypadek 1]; w innych przypadkach wystąpienie objawów rdzeniowych poprzedzają objawy oponowe [przypadek 2]; w innych znów objawy oponowe nie istniały wcale, lub były tak słabe, że zdawało się, iż sprawa przymiotowa rozpoczęła się pierwotnie w rdzeniu. Najczęściej wszakże były to przypadki, w których zaczęło się od objawów oponowych, a do nich prędzej lub później przyłączyły się objawy rdzeniowe. Rozmano zmiany w oponach, głównie w części grzbietowej i grzbieto-łędźwiowej, zanalizowaliśmy we wszystkich naszych sekcjach, bądź jako zgrubienie opony miękkiej i jej wyrostków [bardziej przewlekły przypadek 7], bądź jako jej zgrubienie z mniejszem lub większem nacioczeniem [przypadek 10], wreszcie w przypadku 11 opona miękka była bardzo niezmiernie zgrubiałą, słabo nacieczoną i to głównie w bliższej części. Natomiast to ostatnio we wszystkich 3 przypadkach były w wysokim stopniu zmienione. Oczywiście, że korzenie nerwowe umieszczone w tak zmienionej oponie, musiały uciecierpieć, tombardować, że i ich naczynia przedstawiały analogiczne zmiany: wiotkość, przedstawiały one zmiany mniejsze lub większe, często bardzo znaczne, zupełnie od natężenia sprawy w oponie, a więc zgrubienie *pari et adnanti*, nacioczenie, rozpad włókien nerwowych i t. d.. Zasluguje na uwagę, że w przypadku 10, pomimo ogromnych zmian w korzeniach, nerwy obwodowe okazały się prawie zupełnie normalnymi. Udział korzeni nerwowych objaśnia wiele objawów, początkowych zwłaszcza okresów przymiotu rdzeniowego, a więc bóle, przykarczenia, zmieszanie i t. d..

O w preparatach naszych najbardziej zwrócić uwagę, to zmiany naczyń. Wyżyły się one tak tętno, jak i żył, tak naczyń

większego kalibru, jak i mniejszego; w przypadku 11 przeważnie dotknięte były żyły, w 7 tętnico. Zmiany te naczyniowe analizowano zarówno w oponach, jak i w rdzeniu w przypadkach 7 i 10, w przypadku zaś 11 dotknięte były przeważnie naczynia oponowe, gdy rdzeniowe prawie wcale zmian nie przedstawiały. Nie będę wchodził tu w szczegóły badania histologicznego naczyń, które zresztą zgodne są z opisami HEUBNER'a ¹⁾, RUMPF'a, BAUMGARTEN'a ²⁾, KOESTER'a, FRIEDLÄNDER'a ³⁾, GRIFF'a ⁴⁾ i wielu innych; nie poruszę też zasa innej kwestyi punktu wyjścia zmian naczyniowych; czy rozpoczynają się one od błony wewnętrznej [HEUBNER], czy od warstw zewnętrznych [KOESTER BAUMGARTEN]; zaznaczę tylko, że na jednych preparatach głównie błona wewnętrzna tętnic była zgrubiała, przeważnie w przypadku 7, błona zaś środkowa i zewnętrzna bardzo mało przedstawiała zmiany, w innych preparatach głównie błona zewnętrzna żył była silnie naciekoną, przeważnie w przypadku 11; to znów wszystkie warstwy tak tętnic jak i żył [przypadek 10] brały udział w sprawie. Dla nas najważniejszą rzeczą jest, że tak zmienione naczynia powodują znakomite zwiększenie światła, dochodząco często do zupełnego zamknięcia. W spowodowaniu temi zmianami naczyniowemi uposłodozenia krążenia spoczywa, mojem zdaniem, jądro kwestyi zmian anatomicznych w przymocie rdzeniowym. Charakteryzowały się one zastojem, zakrzepami, wylewami krwi, a co najważniejsza—rozmiękzeniem rdzenia. W przypadku 11 zmiany, zauważone w rdzeniu, odpowiadały zupełnie tym, które spotykamy przy rozmiękczeniu mózgu pochodzenia naczyniowego [zatorowego], a więc: rozpad elementów nerwowych z wytworzeniem komórek ziarnistych (*Körnchenzellen*) bez żadnej drobno-komórkowej infiltracyi, tylko z przekrwieniem i małymi wylewami krwi wokół. Podobnież w przypadku 10 mieliśmy taki sam rozpad elementów nerwowych, komórki ziarniste, przekrwienie, wynaczynienia i t. d., a umiarkowane naciekoszenie drobno-komórkowe nie było nigdzie skupione, chyba naokoło naczyń lub w ich ścianach. Na żadnym z licznych preparatów, z naszych trzech przypadków pochodzących, nie widzieliśmy ani razu, żeby infiltracyja nowotworowa przeważyła z opony miękkiej na rdzeń wzdłuż wyrostków tej ostatniej (*Geschwulstzapfen* OPPENHEIM'a i SIKKELING'a), i w ten sposób doprowadziła przez ucisk elementy nerwowe do rozpadu. Naodwrot, wysławiało się nam wielokrotnie, że

1) Die feistisches Eckkrankungen der Hirnarterien. 1874. Zimmerman's Hand buch. Bd. XII. 258.

2) Virch. Archiv. Bd. 73. S. 90.

3) Centralb. f. die med. Wissenschaften. 1876. Januar.

4) Arch. f. Psych. XII. S. 564.

rdzeń, a właściwie jego warstwa zewnętrzna (*polatinäre Randschicht*, Huxley) jest oporną na wtargnięcie naciożeń gumatycznych. Preparaty nasze dowodnie pokazują, że infiltracyja zgrubiałego i zamkniętego naczyńca tylko odejściu rdzeń, ale nami nie przechodzi.

Nie niega najmniejszej wątpliwości, że zmiany w oponach wpływają na powstawanie ich w rdzeniu, ale głównie za pośrednictwem zmian naczyńciovych. Widzieliśmy przecież w przypadku 11 ogromnie rozprzestrzenione rozmiekkczenie w rdzeniu bez większych zmian naczyńciovych w nim samym, ale natomiast szardzo znacznemi zmianami w oponie miękkiej; widzieliśmy zwyrodnienie łączno w przypadku 7, które co do swego położenia odpowiadało rozprzestrzenionemu t. zw. tętnu obwodowemu [*Varicosea* ADAMKIEWICZA]; ale tutaj wapółdziałało prawidłowe i zgrubienie opony, które przesłoniło się na wyrostki, a następnie na neuroglije. W tym też przypadku mieliśmy rozmiekkczenie rdzenia, jako skutek sprawy naczyńciovowej; doszło nawet do wytworzenia torbieli, co częściej spotykamy w analogicznych spranach mózgowych, a co w rdzeniu widzieli również JUKSOGENS ¹⁾ i SCHULTZE ²⁾. Według KADYRGO ³⁾, od tętna międzyczębrowych i homologicznych im lędźwiowych, krzyżowych i szyjowych, odchodzą gałązki, t. zw. tętnice korzonowe; każda z nich rozdziela się na gałązkę wstępującą i zstępującą, przebiegającą po powierzchni rdzenia pionowo, to jest równoległą do osi rdzenia. Przez wzajemne łączoncie się tych gałązek powstają na rdzeniu 3 t. zw. łańcuchy tętniczo (*tractus arteriales*): jeden przedni, leżący w rowku przednim (światniejsza *art. spinalis anterior*) i dwa tylna-boczna (*tractus arteriales posterior lateralis*), w kącie między tylnymi korzonkami i pektiom bocznym. Od tych łańcuchów tętniczych odchodzą gałązki wprost do rdzenia; inne rozgałęziają się na oponie drażwiasto, wydając gałązeczki, które się aneurują w głąb rdzenia, wreszcie znaczące gałązki, które popraczanie opasują rdzeń i łączą się między sobą i innymi gałązkami, wazędzin po drodze oddają gałązki, wchodzące do istoty rdzenia. Od łańcucha tętniczego przedniego idzie w szpico przedniej t. zw. tętnica centralna, która zaopatruje w krew część środkowo istoty szarej, a t. zw. tętnice obwodowe, wchodzące do rdzenia promienisto, zaopatrują w krew istotę białą. Badania ADAMKIEWICZA i KADYIEGO zgodność w tem, że obaj uznają, iż wszystkie odchodzące do

¹⁾ l. c. p. 740.

²⁾ Arch. f. Psych. und Nervenk. Bd. VIII. S. 222.

³⁾ O naczyniach krwionośnych rdzenia pancerzowego lędźwiowego. Kraków 1883. Ueber die Blutgefäße des menschlichen Rückenmarkes. 1883.

rdzoniu tętniczym, są w znaczeniu CONSERVA'a tętnicami końcowymi (*Endarterien*). Nie dajmy nam, że zatkanie takiej tętniarki wywołuje w pewnym obszarze rdzenia rozmięczenie, t. zw. obumarcie przez niedokrwistość (*anämische Nekrose*). Takie właśnie zmiany znajdowaliśmy w naszych przypadkach 10, 11 i po części 7.

W przypadku 10 mieliśmy dwa ogniska największego natęczenia zmian, na wysokości 5 i 6 nerwa grzbietowego i 12 grzbietowego i 1 łędawinowego, ale tutaj zmiany naczyniowe tak w opanie miękkiej, jak i szarym rdzeniu były największe. Dwa te ogniska nie były ze sobą w łączności, bo na wysokości 10 nerwa grzbietowego nam rdzeń przedstawiał się niemal prawidłowo. Na taką nierównomierność zmian naczyniowych w przymocie rdzenia zwrócił już uwagę STERNBERG, my sami widzieliśmy ją na *art. spinalis ant.*, (*tractus arterialis anterior*), która w przypadku 7 na rozmiętej wysokości zupełnie nierównomiernie była zmieniona, dopóki na wysokości środkowej części łędawinowej światło jej nie było prawie zupełnie zamknięte i w tem też miejscu w pęczku przednim, w okolicy korzeni przednich i w rogach przednich, powstało ognisko rozmięczenia.

Zmiany naczyniowe w opanie miękkiej i nawet w szarym rdzeniu były we wszystkich 3 przypadkach bardziej rozprzestrzenione, aniżeli zmiany w substancji białej. Ta ostatnia przedstawia się np. na wysokości dolnej części szyjowej i górnej części łędawinowej w przypadku 11 prawie zupełnie prawidłową, lub tylko niewiele zmienioną, gdy naczynia odradzały znaczący stopień zmian. Tłumaczy się to chyba tem, że tkanka nerwowa może się przywyższać do zmniejszonego dowozu krwi, gdy wszakże przejdzie to pewną granicę, ulegną ona obumarcu. Widzieliśmy przecież w przypadku 7 dość znaczne zmiany w tętnicach mózgowych, które to zmiany nie doprowadziły jednak do rozmięczenia.

Wobec tego powstaje pytanie: ozem anatomicznie charakteryzuje się przymiot rdzenia? Jak wiadomo, JULIARD ¹⁾ upatruje w jednozesnem zajęciu opon, neuroglii i błony szarej naczyniowej cechę charakterystyczną dla przymiotu rdzenia; jest on, według niego, charakterystycznym układem limfatycznym, który w rdzeniu przez wyższe tworzy jest reprezentowanym, zajęcie zaś samej tkanki nerwowej jest sprawą wtórną. Z tym poglądem wielu późniejszych autorów, jak GUYON, JUCKERNA i inni, się zgadza; wszakże sprzeczny się nie da, że wiele ogłoszonych przypadków nie wchodzi w ramy poglądu JULI-

1) Étude critique sur les localisations apicales de la syphilis. 1879.

2) Revue de médecine. 1884. 8. 0).

3) Étude sur les myélites syphilitiques. 1882. 8. 68.

LIARD'a, np. przypadki DÉJÉRINE'a ²⁾, SAVARD'a ³⁾, SCHMAUSS'a, MORLLER'a i t. d.. Z naszych 3 przypadków eskecyjnych tylko przypadek 7 czynił zadość postulatowi JULLIARD'a, po części także przypadek 10, w 11 zajęciu zaś opon [w znaczeniu zapaleniu] i neuroglii było prawie takie; we wszystkich trzech zmiany naczyniowe dominowały, nie tylko w błonie zewnętrznej, ale często wyłącznie w błonie wewnętrznej, tkanka nerwowa zaś uciorpiła wtórnie. Czy są to zmiany naczyniowe mające coś dla przymiotu swoistego, wydają się wątpliwym wobec badań BAUNGARTEN'a, FRISDLANDER'a, KORSTEN'a, i t. d., którzy także same zmiany naczyniowe widzieli w innych uciorpieniach niesyfilitycznych.

Bądź co bądź, zmiany naczyniowe i spowodowane nimi rozmiękczenie grają główną rolę w przymiocie rdzenia [równie jak i w przymiocie mózgu]; pierwsze tyczą się bardzo wielu naczyń i są rozpraszane prawie po całym rdzeniu. Nie dziwnego zatem, że spowodowane nimi zmiany w oponach i rdzeniu są najczęściej rozlane tak na wysokość, zajmują bardzo znaczny obszar rdzenia, jako też na przecięciu, gdzie się nie trzymają pewnego systemu włókien lub komórek. Wyjątek chyba stanowią nieliczne przypadki *polio-myelitis anterior*, o których była już mowa, gdzie w skutek warunków anatomicznych i przypadkowego ograniczenia się zmiany naczyniowej na *arteria centralis*, tylko istota szara może być sprawą patologiczną dotkniętą.

Jest też niesłychanie rzadką trudną, nawet niemożliwą, nakreślić jednostrajny obraz kliniczny dla syfilisu rdzenia. W podręcznikach spotykamy się najczęściej z opisami *meningo-myelitis* [HEUBNER]. ORPKENRICH są najcharakterystyczniejszy obraz uważa t. zw. przez siebie *meningitis syphilitica cerebro-spinalis*; widzieliśmy wszakże, że nie tylko udział mózgu nie jest konieczny, ale w wielu przypadkach go nie ma. Oczywiście, że obraz kliniczny zależy będzie od większego lub mniejszego udziału opon, które nawet samo jedno mogą być nieślikiem sprawy przymiotowej; zależy też będzie od wysokości, na jakiej rdzeń będzie dotknięty; inne objawy będą przy zajęciu części szyjowej, inne przy zajęciu części grzbietowej lub grzbieto-lędźwiowej; wreszcie od rozległości sprawy tak na wysokość, jak i na przecięciu rdzenia; widzieliśmy bowiem, że raz dotknięta jest przeważnie istota biała, to znówu sprawa ogranicza się na istocie szarej.

Opierają się na materiale przesłannym zobrany, i na danych z literatury, wnoszę, że najczęstszym obrazem jest *myelitis* lub *meningo-myelitis dorsalis transversa*; drugie miejsce pod względem częstotści zajmują *myelitis* lub *meningo-myelitis dorso-lumbalis*. Zdaleko by nas

zaprowadziło wskazanie możliwych kombinacji, pod jakimi przymiot rdzenia przedstawić się może; odśledzmy do opisanych przez nas przypadków, które pokazują, jak różnorodne kształty przymiot rdzenia w klinice przyjmują.

Jeżeli anatomiczno - patologiczno stwierdzenie przymiotu rdzenia duże, jak widzieliśmy, nastęca trudności, to są one również znaczne w klinice; nie mamy bowiem, jak dopiero co wykazano, charakterystycznego i jednostajnego obrazu dla tego cierpienia. OPPENHEIM upatruje we wpolistawieniu objawów mózgowych cechę charakterystyczną dla przymiotu rdzenia; jest to rzeczywiście cenna wskazówka, o ile istnieje, ale, jak wiemy, często jej brak. Daleko ważniejszym i częstszym objawem jest udział opon mózgowych i korzeni nerwowych; jak bowiem wspominaliśmy, *meningitis spinalis* jest bardzo często pochodzenia przymiotowego. Tam więc, gdzie w obrazie cierpienia rdzeniowego istnieją objawy oponowe i wysuwają się na pierwszy plan, a więc nadechność i uporczywa aktywność kręgosłupa, bóle neuralgiczne, rozprzestrzeniające się na tułów i kończyny, objawy ze strony nerwów ruchowych, jak kurcze i t. d., tam z wszelkiem prawdopodobieństwem mamy prawo przypisać naturę przymiotową cierpienia rdzeniowego. Wszakże pamiętać należy, że znane są przypadki niówniępliwego przymiotu rdzenia, w których w ostrogującym przebiegu nie było wcale objawów oponowych i że te ostatnie mogą istnieć w sprzecznościach rdzeniowych nieprzymiotowego pochodzenia. OPPENHEIM wskazuje na t. zw. przez siebie *schubweise Verlauf*, przebieg skokami, jako punkt oparcia dla przyjęcia syfilitycznej natury cierpienia rdzeniowego, to jest, że objawy jego są zmienne, następują nagle pogorszenia, to znów nagle poprawy takich objawów, jak: porażenia czucia, ruchów, stan spastyczny kończyn dolnych, zaburzenia pęcherzowe i t. d.. W przypadku 2 początkowo objawy cierpienia rdzeniowego nastąpiły w znacznej części na czas około 3 miesięcy bez żadnego leczenia, żeby znów z większą gwałtownością powrócić; w innych jednak obserwacjach fluktuacyi objawów, o jakiej mówi OPPENHEIM, nie miałem sposobności obserwować; przebieg był jednostajny, objawy następowały jeden po drugim z coraz większem natężeniem, o ile sprawa nie miała samoistnej tendencyi do poprawy lub nie była leczona; jeżeli następowała poprawa, to również powoli, bez żadnych skoków. OPPENHEIM wraz z SIEMERLING'em wskazuje na zmienność zachowania się odruchów kolanowych, ich znikanie i pojawianie się i odwrotnie, co epotykali przy syfilisie rdzenia, jako na objaw, mogący posłużyć do rozpoznania. Z okazji przypadku 12 już o tam wspominaliśmy i widzieliśmy tam, że odruchy ścięgniste i skórne różnie się zachowywały, to jest: znikaly w miarę posuwania się spru-

wy rdzeniowej, powracały wraz z poprawą cierpienia. Istnienie objawów porażenia BROWN-SÉQUARD'a [porażenie przewodniczości w jednej nodze, czucie w drugiej] może dawać ważną wskazówkę dyagnosyczną, ale bardzo rzadko w klinice się przytrafia. Doświadczenia nam wykazały, że przypadki z objawami *myelitis dorsalis*, o bardzo długim trwaniu, a więc stan spastyczny nóg, bez znaczących zmian czucia, zaburzenia pęcherzowe, są najczęściej pochodzenia przymiotowego. Oczywiście, to dobry rezultat leczenia swoistego potwierdza przymiotową naturę cierpienia, gdy z drugiej strony niepomysłny rezultat leczenia tej otjologii nie wyklucza, ponieważ nie każde zmiany naczyniowe i nie wszystkie wytwory przymiotowe są leczalnie dostępne, a następnie sukcesem, jakiemu rdzeń uległ, może być bardzo głębokie i rozległe, niezem nie dające się zastąpić i usunąć; wchodzi tu także w grę powikłania (*cystitis, decubitus etc.*), swyrodniczenia wtórne, zwłaszcza swyrodniczenie zastępujące pęczków piramidalnych, które same przez się powodują zaburzenia funkcjonalne i t. d.

Widzimy zatem, że charakterystycznych objawów, któreby pozwalały odróżnić cierpienie rdzenia przymiotowe od nieprzymiotowego nie ma; wszystko tu zależy od taktu lekarskiego, żeby trafić na właściwą drogę. W każdym razie pamiętać należy, że jedną z najczęstszych przyczyn chorób, zwłaszcza roślinnych, rdzenia jest przymiot [HAYEM], którego należy się domyślić tak w anamnezie, jak i przy szczegółowym badaniu, a następnie, sformułować jego istnienie, ocońić, w jakim związku przyczynowym znajduje się on do aktualnego cierpienia rdzeniowego. Zdarszyć się bowiem może u syfilityku choroba rdzenia nieswoistego pochodzenia.

Od wczesnego rozpoznania natury cierpienia zależy w znacznej części rokowanie, które wogóle jest ciężkiem, groźnym wskazaniami zaburzeniami funkcji, lub wprost zyciu chorego. Jest ono cięższem, aniżeli rokowanie dla spraw przymiotowych w mózgu, ze względu na większą wagę organu, który łatwo może być dotkniętym w całej grubości i ponieść małe już uszkodzenia rdzenia skradzają się powolnymi zaburzeniami funkcji; do tego przybývają zaburzenia funkcjonalne, spowodowane swyrodniczeniami wtórnymi [stan spastyczny]. Pamiętajmy przymiotem mózgu i rdzenia tu zdaje się zachodzić różnica, że gdy takie objawy mózgowo, jak ból głowy, porażenia połowiczne, porażenia nerwów osłonkowych, często mijają bez śladu, nawet bez leczenia, to w syfilisie rdzenia nie widzimy, z nielicznymi wyjątkami, takiej skłonności do samowolnego ustępowania objawów chorobnych; kto raz wszedł w sferę przymiotu rdzeniowego, możnaby trawstować wyrażenie CHARCOT'a o wędznie, tak łatwo z niej nie wychodzi.

Jednem z najpoważniejszych zaburzeń czynnościowych jest zatrzymanie i mimowolne oddawanie moczu, bo prowadzi do jego stagnacji, rozkładu, zapalenia ropnego pęcherza, a także sprawa w ciężkich przypadkach ma tendencyję do rozszerzania się w górę na miedniczkę i nerki (*pyelitis, pyelo-nephritis purulenta*), co powoduje niemiernione, a tak smutne następstwa. Straszne to powikłania występują zwłaszcza przy zajęciu przez sprawę chorobową części grzbieto-łędźwiowej i nabrzmienia łądźwiowego, w których to przypadkach dochodzi takto szybko do ostrych zgorzelinowych odleżyn i szybko rozwija się *caudal-pyramia*. Sprawa przymiotowa może wreszcie przedstawić wprost niebezpieczeństwo przez swe umiejscowienie w części szyjowej, grożąc funkcji nerwów oddechowych, głównie przeponowego.

Jżeli wszakże porównamy przymiotowe cierpienia rdzeniowo z nieprzymiotowymi, to rokowanie dla pierwszych jest lepsze: nawet w ciężkich przypadkach, napozór rozpaczliwych, nawet spóźniono leczenie może niekiedy dać znaczną poprawę [przypadek ZIMMSEN'a ¹⁾]. Ze wszystkich spraw syfilitycznych wewnątrz-kręgowych najłepsze rokowanie daje *meningitis*. Wczesnie rozpoznane i leczone może zatrzymać się w rozwoju, nie uszkodzić rdzenia i pozostawić prawidłowo tylko zgrubienie opon, które zdradza się estywnością i ograniczeniem ruchów kręgosłupa. Tak było w naszym przypadku 1, w którym prawie zupełnie wyliczonej apoplezji w ciągu lat 9. Niezłe jest także rokowanie w niektórych przypadkach *meningo-myelitis dorsalis*, które tu zależy od wczesnego rozpoznania natury cierpienia; widzieliśmy to w przypadku 2 [objawy oponowe, parapareza, zaburzenia czucia, funkcji pęcherza i t. d.], gdzie pod wpływem energicznego światłego leczenia nastąpiło wyzdrowienie, które się utrzymuje w ciągu kilku lat. Tak szczególne zejście do cięższych wcale nie należy: pomimo wczesnie i energicznie zastosowanego leczenia pozostają, nawet w dość pomyślnych przypadkach rdzeniowych, mniejsze lub większe zaburzenia funkcji, estywność nog [sposzczenie 8], niemotność dokładnego opróżnienia pęcherza, uporczywa obturacyja, mimowolne oddawanie moczu [sposzczenie 9] i t. d. Zbyt często, niestety, nie udaje się uzyskać żadnej poprawy, zwłaszcza jeżeli leczenie zostało późno zastosowane. Przy umiejscowieniu w części grzbietowej choroba może się przeciągnąć lata całe, dopóki nie doprowadzi z powodu powikłań do fatalnego zejścia. Najgorzej rokowanie dają przypadki z umiejscowieniem w części grzbieto-łędźwiowej lub łądźwiowej: one to prowadzą do głębokich odleżyn,

1) Klin. Vorträge. N. 13. Die Syphilis des Nervensystem.

ropnego zapaleniu dróg moczowych, ropnicy i w ciągu kilkudziesięciu dni do śmierci, pomimo nawet energicznego leczenia; tu należą nasze przypadki 10 i 11. Przypadek zaś 12 przekonuje, że pomimo istnienia objawów, wskazujących na tak fatalne umiejscowienie sprawy [porażenie wiotkie, znaczne odruchów ścięgnistych i skórnych, porażenie pęcherza i kieski i t. d.], poprawa jest możliwa. Jeżeli przyjąć, na cześć dużej wagi, że w spoważeniu ostatniem z zanikowem porażeniem kończyn dolnych (*polio-myelitis ant. subacuta*), t. j. w przypadku formą ablitonym do *paralyse spinale anterieure subaigüe* DUCHENNE'a, przymiot grał rzeczywiście rolę momentu etjologicznego, to opierając się na niem i drogim analogicznem, nie podaniem wyżej, należy dojść do wniosku, że rokowanie w tych przypadkach jest pomyślnem.

Leczenie chorych z cierpieniem rdzeniowem pobudzenia przymiotowego, lub nawet tylko podejrzanych o taką etjologję, powinno być jak najżywiej i najenergiczniej przedsięwzięte; albowiem szansa są największe, gdy tkanka granulacyjna [gmatyczna] jest świeża, gdy nie doszło jeszcze do większych zmian substancyi rdzeniowej, do wytworzenia białawej tkanki łącznej. Zasady tego leczenia są też same, co dla innych przejawów przymiotu trzew, skóry, błon śluzowych i t. d.; zostały one omówione wyżej przez kol. ELKSNBERGA w jego odczyt. Tutaj podajemy tylko najogólniejsze rzy i rezultat własnego doświadczenia.

Najlepszą formą wprowadzenia rżci pozostałą zawsze weierania szaruchy, przynajmniej mniej okazały one największe usługi, w ilości nie mniejszej, aniżeli 3 gramy, można nawet dojść do 6, 0 i należy bażyć, by weierania były robione wprawną ręką, najlepiej przez osoby w tem wywiczone. Ilość weieran wynosi zwykle 30—40, nawet więcej, zawsze pod kontrolą lekarza, który dbać będzie o higienę jamy ustnej, skóry, o uregulowanie wypróżnień, o warunki odżywiania, które powinno być wzmacniającem, o powietrze i t. d. Przy należytej ostrożności, ciągłym badaniu na ogólny stan chorego i t. d., można uniknąć powikłań ze strony jamy ustnej, kiszki i t. d. i odżywianie ogólnie nie cierpi. Rozumie się, że wystąpienie powikłań musi do przerwy w leczeniu.

Jednocześnie należy podawać jod w znacznej ilości, nie mniejszej aniżeli 3, 0 dziennie, najlepiej w mleku. Pożyteczne są kąpiele siarczane ze 2 razy na tydzień, kontynuowane nawet po ukonczeniu leczenia rżciowego.

Niewielką uwagę należy zwracać na pęcherz i na zapobieganie wytworzeniu się odleży. Pedantyczna czystość powinna być ściśle przestrzegana, miejsca na usisk wystawione zabezpieczone,

katoleryzacyja uskutecznianą według zasad antyseptyki. Tam zaś, gdzie już powikłania, których się najbardziej obawiamy, wystąpiły, należy je traktować locayo: przepłukiwać pęcherz roztworem kwasu borowego, omalajją jodoformową, rany opatrywać antyseptycznie i t. d.

W pomysłnych nawet przypadkach należy *treatment* wziąć po pewnym czasie, $\frac{1}{2}$ —1 roku, powtórzyć, a nawet kilkakrotnie w ciągu kilku następnych lat. Tacy chorzy mogą się udawać na leczenie do miejsc kąpielowych [u nas Bask i Solon]. Koniecznem zwłaszcza okazać się powtórzenie kuracyi w przypadkach recydywy lub niezpełnogo wyleczenia, choć zazwyczaj należy, że czasem terapeutyczne po pierwszeym cyklu wtórną są o wiele mniejsze, ale i w następujących przypadkach, wielokrotnie leczonych, jeszcze udawało się zyskać poprawę [przypadek Zikassaxu].

Chorych wględnie wyleczonych, a paraprząą sprętyczną, lub z zaburzeniami funkcyi pęcherza i t. d., którzy już wielokrotnie kuracyę swoistą przebyli, będziemy musieli wysyłać do kąpeli mineralnych, solankowych, lub do term obojętnych, wszakże ze szczególnem uwagą, by ciepłota wody była umiarkowaną, około 27°R. Dawni tacy chorzy doznają również ulgi od łagodnych procedur hydroterapijnych; polkąpiele, wycierania, sawiania i t. d., ostrożnie stosowane, istotną mogą przynieść korzyść takim chorym. Dla nich też wskazane jest leczenie elektroznością, głównie galwanizacyją rdzenia, według ogólnie przyjętych prawideł, masaż, pobyt w gorcach, wogóle leczenie wzmacniające, zielarz., chemicz., mineralik i t. d.

NAJWAŻNIEJSZE POMYŁKI

Ser.	Stwierz.	Przyczyna	Wynik
18	wierca 12 ml góry	łuska	ryg
"	" 29 "	ciężki stan szarych, masy wyjswów krwi	masy wykwów krwi, ciol szarych
19	" 18 "	wznieślonia	zgrubienia
"	" 30 "	zmarłego nacięzania	zmarłej masy
22	" 4 "	futalnego	ogólnego
24	" 16 "	tu	to
28	" 3 ml dołu	śluzę ląsacz	niezgodę
"	" 2 od góry	znieślonia	niezgodę
31	" 16 od dołu	1 lądźwinowego	1 lądźwinowego
32	" 11 ml góry	infiltrowania	infiltrowania