

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W SZP. STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

I. ISCHIAS SCOLIOTICA.

Podał

D-r Med. H. Higier,
asystent oddziału.

Dziwnym zaiste wydaje się fakt, iż do ostatnich czasów żadnej nie zwracano uwagi na skoliozę, jako na powikłanie dosyć ciekawe i, jak się zdaje, nie nadzbyt rzadkie w przebiegu tak często wydarzającego się nerwobólu kulszowego. ALBERT, który przed 6 laty pierwszy tego rodzaju przypadek opisał ¹⁾, podaje, iż w literaturze lekarskiej nic podobnego nie znalazł, wobec czego czuł się zmuszonym wyróżnić nową postać skoliozy.

Ciekawym był ów przypadek, w którym ALBERT u młodego, niedokrwistego, źle odżywianego i dotkniętego nerwobólem kulszowym mężczyzny, nie mogąc odnaleźć tła ani urazowego, ani syfilitycznego, ani też rachitycznego, rozpoznał powstałe w ciągu kilku miesięcy skrzywienie kręgosłupa, jako wynik gruźliczego zniszczenia kręgów. Do takiego rozpoznania skłoniły ALBERT'a: sztywność kręgosłupa, niemożność wyprostowania go, obok niedokrwistego wyglądu i wyniszczenia chorego. Zdziwił się jednak niemało, gdy w kilka lat potem tego samego chorego, któremu przepowiadał blizki koniec, ujrzał w służbie wojskowej, w pełnym rozwoju sił, bez wszelkich śladów nieprawidłowości w kręgosłupie.

Wobec tego ALBERT uznał, iż skolioza w przypadku jego zależała od nerwobólu kulszowego. Zależność tę w ostatnich czasach potwierdziło wielu autorów: NICOLADONI ²⁾ ³⁾, CHARCOT, BABIŃSKI ⁴⁾, BALLET ⁵⁾, TEXIER ⁶⁾, BRISSAUD ⁷⁾,

¹⁾ ALBERT. Eine eigenthümliche Art. der Total-Scoliose. Wien. med. Presse 1 Marca 1886.

²⁾ NICOLADONI. Ueber eine Art des Zusammenhanges zurschen Ischias und Scoliose. Wien. med. Presse. 1886. Nr. 26, 27.

³⁾ NICOLADONI. Ein weiterer Fall von durch Ischias bedingter Scoliose. Wien. med. Presse. 1886. Nr. 39.

⁴⁾ BABIŃSKI. Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique. Arch. d. Neurol. 1888. Nr. 43.

⁵⁾ BALLET. Société médicale des hôpitaux, séance du 8 Juillet. 1887.

⁶⁾ TEXIER. Déformation particulière du tronc causée par la sciatique. Thèse de Paris. 1888. Nr. 150.

⁷⁾ BRISSAUD. Des scolioses dans les névralgies sciatiques. Arch. d. Neurol. 1890. XIX. 55,

KOCHER, SCHUEDEL ⁷⁾, JASIŃSKI ⁸⁾, LAMY ⁹⁾, BERBEZ ¹⁰⁾, BOUCHAUD ¹¹⁾, GORHAN ¹²⁾, SOUQUES ¹³⁾, GUSSENBAUER ¹⁴⁾, BONSDORFF ¹⁵⁾, HAYEM ¹⁶⁾, VALENTINI ¹⁷⁾, REMAK ¹⁸⁾, MASURKE ¹⁹⁾, TORALBO ²⁰⁾, POSPISCHIL ²¹⁾, SALOMONSON ²²⁾.

Niedawno temu miałem sposobność obserwowania na oddziale chorób nerwowych D-ra GAJKIEWICZA 5-ciu przypadków nerwobólu kulszowego, powikłanego rozmaitego rodzaju skrzywieniem kręgosłupa. Podaję tu w krótkości opis tylko 3-ch, gdyż w 2-ch rozpoznanie, ze względu na niedokładność wywiadów i inne powikłania, pozostało niezupełnie jasnym.

I. 40-letnia kobieta od 8-in miesięcy cierpi na bóle w lewej kończynie dolnej oraz na bóle głowy, występujące od czasu do czasu i umiejscowione po lewej stronie. Przed miesiącem występowały 2—3 razy tygodniowo pod wieczór ziębienia, które znikwały nad ranem, następując miejsca uczuciu gorąca, trwającemu kilka godzin. Na 10 tygodni przed przybyciem do szpitala chora urodziła zdrowe dziecię. Bóle w kończynie po porodzie wzmogły się znacznie. W dzieciństwie przeżyła chora zimnicę. Pochodzi z rodziny zdrowej. Dwoje dzieci zmarło na krztusiec. Od najmłodszych lat mieszkała w lokalu wilgotnym, mało oświetlanym słońcem. Choroba rozpoczęła się przed 8-iu miesiącami; w przebiegu jej występowały to zwalniania, to znów nasilenia, którym towarzyszyły zazwyczaj gwałtowne bóle międzyżebrowe, oraz uczucie sztywności i bolesności w okolicy uda i krzyża, trwające całe tygodnie. W czasie takich nasileń chora nie była w stanie oddawać się zwykłym swym zajęciom: najslabsze poruszenie łową kończyną dolną pociągało za sobą nieznosne bóle. Czasu pojawienia się skrzywienia kręgosłupa nie jest w stanie chora [mało zresztą inteligentna] określić, pewną jest tylko tego, że skolioza rozwinęła się w ciągu ostatnich 6-iu miesięcy. Środki lecznicze, zastosowane przez chorą w domu, nie sprowadziły żadnej wyraźnej ulgi. Badanie wykazało, co następuje. Chora słabo rozwinięta, z bardzo małym pokładem tłuszczowym. Bóle w lewej kończynie dolnej istnieją stale, jakkolwiek są słabo wyrażone. Niekiedy tylko, zwłaszcza wieczorem, wzmagają się na jakie 2—3 godziny, zmieniając przytem swoje cechy: do zwykłego tępego bólu przyłącza się wówczas uczucie kłucia i strzelania. Bóle rzeczone wzmagają się nadto, gdy chora położy się na lewy bok, *resp.* gdy zgiętą nieco w kolanie nogę

⁷⁾ SCHÜDEL. Ueber Ischias scoliotica. Arch. f. klin. Chir. 1889. XXXVIII. 1.

⁸⁾ JASIŃSKI. Skoliozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. Rzecz czytana na zjeździe chirurgów. Kraków. 1889.

⁹⁾ LAMY. Deux cas. de sciatique spasmodique. Le progrès médical. 1891. 10 Janvier.

¹⁰⁾ BERBEZ. Deux cas de sciatique de formante. France méd. 1887.

¹¹⁾ BOUCHAUD. Attitude du corps dans la sciatique. Journ. des sciences médic. Lille. 1888. [z referatu].

¹²⁾ GORHAN. Ueber Scoliosis ischiadica. Wien. klin. Woch. 1890. Nr. 24.

¹³⁾ SOUQUES. Sur deux cas de guérison complète de la déformation du tronc dans la sciatique. Nouvelle Iconogr. d. la Salpêtrière. 1890. Nr. 5.

¹⁴⁾ GUSSENBAUER. Ueber Ischias scoliotica. Wien. klin. Woch. 1890. 10.

¹⁵⁾ BONSDORFF. Et fall af ischias scoliotica. Finska läkaresällsk. handl. 1890, XXXII. 5. Referat w Neurol. Centralbl. 1890. Nr. 24.

¹⁶⁾ HAYEM. Revue de Médecine. 1890. Août.

¹⁷⁾ VALENTINI. Ein Fall von Ischias scoliotica. Deutsch. med. Woch. 1891. Nr. 16.

¹⁸⁾ REMAK. Alternirende Scoliose bei Ischias. Deut. med. Woch. 1891. Nr. 17.

¹⁹⁾ MASURKE. Vier Falle von Ischias scoliotica. Inaug. Dissert. Königsberg. 1891.

²⁰⁾ TORALBO. Etiologia della Sciatica e di una deformazione particolare del trunco causata della sciatica. Gazz. med. lomb. 1889. Milano [Cyt. podł. A. MASURKE].

²¹⁾ POSPISCHIL. Zur hydriatischen Therapie der Ischialgien. Blätter für klin. Hydrotherapie. 1892. I.

²²⁾ SALOMONSON Ischias scoliotica. Woekkl. van het Neder II. 23. 1890. Refer. VIRCHOW HIRSCH. 1890.

stara się wyprostować. Wstawanie i siedzenie również jest uciążliwe. Gdy chora stoi, widać wyraźne skrzywienie tułowia ku przodowi. Lewa ręka zbliżoną jest do lewego biodra, czego o prawej powiedzieć nie można. Prawy łuk żebrowy opiera się na grzebieniu kości biodrowej. Na kręgosłupie spostrzegać się daje skrzywienie w dolnej części grzbietowej oraz części lędźwiowej, którego wypukłość zwrócona jest ku stronie chorej. W okolicy szyjowo-grzbietowej wyraźne skrzywienie w kierunku przeciwnym. Podczas chodzenia chora opiera się głównie na prawej nodze, pomimo że nieco odwiedziona lewa noga ściśle przystaje do ziemi. Przy leżeniu cały obraz mało się zmienia. Chęć przywrócenia pozycji prawidłowej pociąga za sobą zawsze gwałtowne bóle w lewej kończynie dolnej. Zwykłym siedliskiem samoistnych bólów u chorej bywa boczna połowa okolicy krzyżo-pośladkowej, tylna powierzchnia uda oraz przednia golei, poczęści zaś i zewnętrzna strona tej ostatniej. Punkty bolesne znajdują się pod kolanem, powyżej główki kości strzałkowej, na górnym i dolnym brzegu mięśni pośladkowych, przeważnie zaś na wysokości ostatniego kręgu lędźwiowego i wyrostka górnego tylnego kości biodrowej. Zarówno ucisk wypukłej okolicy krętarza (*trochanter*), jak i opukiwanie kości skokowej (*talus*) nie wywołuje żadnych prawie bólów. Na plecach po prawej stronie ponad grzebieniem kości biodrowej spostrzegamy poprzeczne fałdy skóry. Lewa połowa miednicy stoi nieco wyżej niż prawa. Wszelkie ruchy kończynami dolnymi, zarówno bierne jak i czynne, odbywają się prawidłowo. Sfera czucia, odruchy skórne i ścięgiuste prawidłowe. Również brak wszelkich zaburzeń naczynio-ruchowych. Słaby zanik uda i goleni (o jakie 1½ ctm.). Pobudliwość mięśni i nerwów na prądy elektryczne, głównie zaś na prąd przerywany, nieco obniżona po stronie lewej. Brak wszelkich zbocezeń jakościowych na prąd galwaniczny. Co się tyczy pozostałych części ciała, to na lewych żebrach oraz na lewej połowie twarzy [u otworu nadoczodołowego, otworu kości licowej oraz u otworu bródkowego] można stwierdzić obecność punktów bolesnych. Wierchołki płuc przedstawiają zmiany, przemawiające za poczynającą się gruźlicą. Śledziona i wątroba prawidłowe. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Środki nanerwne, kąpiele oraz *points de feu* poprawiły znacznie stan ogólny: zarówno bóle, jak i skrzywienie zniknęły stopniowo.

Że w przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z nerwobólem kulszowym, to nie ulega wątpliwości. Inaczej rzecz się ma z kwestyją, mniej nas tu zajmującą, a mianowicie: czy cierpienie było pochodzenia neuralgicznego, czy też neurytycznego; czy rozwijało się samoistnie, czy też na tle malarycznym, gruźliczym, lub historycznym. Można by było podejrzewać obecność zapalenia stawu biodrowego; atoli typowe umiejscowienie bólów wzdłuż nerwu kulszowego i obecność punktów bolesnych z jednej strony, z drugiej znów zupełne zachowanie ruchów w stawie biodrowym obok bezbolesności przy uderzaniu w okolicę krętarza czynią przypuszczenie to wątpliwym.

Ważną jest przedewszystkiem kwestycja, dotycząca przyczyny i sposobu powstawania skrzywienia kręgosłupa w przypadkach nerwobólu kulszowego. Że ból nie może być wyłączną przyczyną skrzywienia, dowodzi tego rzadkie występowanie skoliozy w cierpieniu tak często spotykanem jak nerwoból kulszowy, dalej pojawianie się jej w rozmaitych okresach cierpienia [od 1-go dnia do 1-go roku po wystąpieniu bólów], wreszcie częste pozostawianie skrzywienia kręgosłupa po ustąpieniu nerwobólu.

Kierunek skrzywienia oraz sposób zachowania się postawy ciała niezależnie odpowiadają siedlisku cierpienia. BABIŃSKI, który pierwszy szczegółowo zajął się na oddziale CHARCOT'a badaniem *scoliosis ischiatica*, uważa następującą postawę chorego za charakterystyczną. Tułów pochylony ku stronie zdrowej. Kręgosłup przedstawia podwójne skrzywienie boczne: jedno w okolicy lędźwiowej z wklęśnięciem zwróconem w stronę zdrową, drugie kompensacyjne w okolicy szyjowo-grzbietowej z kierunkiem przeciwnym. Cierpiąca noga jakkolwiek

słabo opiera się o ziemię, to jednak ściśle do niej przylega. Niewielka też istnieje zmiana w zachowaniu się postawy ciała przy staniu i leżeniu.

Z obrazem rzeczonym w ogólnych zarysach zgadza się niemal zupełnie wyżej opisany przez nas przypadek. Jako przyczynę skoliozy przyjmuje BABIŃSKI gwałtowny ból, towarzyszący nerwobólowi kulszowemu przy pewnym jednak usposobieniu osobniczym. Jeżeli tym sposobem, np. przy gwałtownym lewostronnym nerwobólu, tułów zostaje pochylonym na prawo, wówczas cały ciężar ciała przenosi się na prawą kończynę dolną, prawidłowy zaś ucisk, któremu ulega cierpiący nerw kulszowy, przy zwolnieniu mięśni lewej kończyny znacznie się zmniejsza. W tym samym celu chory stara się unikać unoszenia lewej nogi i bezwiednie stawia ją na ziemię mocno. Że postawa rzeczona pozostaje niezmienioną również przy leżeniu, łatwo tłumaczy się tem, że skurczone przez pewien czas mięśnie ulegają pewnego rodzaju przykurczeniu, *resp.* pozostają stale przykurczonymi za pomocą wytwarzających się powrózków włóknistych. Co się tyczy podwójnego skrzywienia kręgosłupa, to łatwo zrozumieć, że dolne zależy od pochylenia tułowia, górne zaś występuje jako zrównoważenie pierwszego i w miarę swego rozwoju powoduje zmiany w położeniu głowy i wysokości łopatki.

Przeciwko teorii BABIŃSKIEGO można postawić spostrzeżenie, dokonane na trupie przez SCHUEDEL'a, a mianowicie: że nerw kulszowy w żaden sposób nie może być uciśniętym przez kurczenie się sąsiednich mięśni miednicy; a nawet chroni go poniekąd od ucisku kurczenie się przebiegającego nad nim mięśnia gruszkowatego. Usiłowanie zatem wywołania zwiócenia mięśni (*relaxatio*) nie może stanowić przyczyny skrzywienia tułowia. Pogląd powyższy, podług SCHUEDEL'a, upada już dlatego, że w pomienionej pozycji nerw podlegałby uciskowi przez leżące głębiej więzy i kości, a co za tem idzie, byłby wystawiony na stosunkowo większy ucisk, niż jaki w stanie jest wywołać przykurczenie jednego mięśnia.

Teoryja BABIŃSKIEGO nie jest również w stanie wytłumaczyć t. zw. *scoliose homologue* BRISSAUD'a. Ten ostatni autor opisał właśnie 3 przypadki niewątpliwego nerwobólu kulszowego, w których skrzywienie kręgosłupa miało kierunek w stronę chorego nerwu. Dla wyjaśnienia takiego zachowania się podaje BRISSAUD swój pogląd, z bardzo wielu względów słuszny, że „*ischias*“ niezawsze jest nerwobólem samego tylko nerwu kulszowego, ale całego spłotu lędźwiokrzyżowego, zaczem przemawiałyby nierzadko występujące punkty bolesne na przebiegu nerwu udowego, nasiennego i łono-udowego (*genito-cruralis*).

W przypadkach, w których ból dosięga znacznego natężenia, obok włókien czuciowych następuje podrażnienie również włókien ruchowych spłotu lędźwiokrzyżowego, powodujące przykurczenie mięśni lędźwiowych, analogicznie z występowaniem kurczów mięśni, np. przy nerwobólu twarzowym. Przykurczenie mięśni, położonych po stronie cierpiącej i zaopatrywanych przez spłot lędźwiowy, pociąga za sobą homologiczną skoliozę w okolicy lędźwiowej, t. j. taką, której wklęsłość zwróconą jest w stronę cierpiącą. Łuk żebrowy po stronie chorej zbliża się do grzebienia kości biodrowej (działanie *mm. obliqui abdominis* i *quadratus lumborum*), udo zaś i goleń zginają się w stawie biodrowym i kolanowym.

Jeżeli natomiast kurcz ogranicza się wyłącznie do obrębu mięśni, zaopatrywanych przez nerw kulszowy, nie dotykając zupełnie obrębu spłotu łądźwiowego, wówczas, jakto łatwo zrozumieć ze stosunków anatomicznych, położenie kończyn pozostanie takie same jak w postaci BRISSAUD'a, skrzywienie zaś tułowia będzie w stronę zdrową lub też, wyrażając się językiem BRISSAUD'a, będzie skrzyżowanym (*scoliose croisée*). Dla wytłumaczenia skoliozy skrzyżowanej możnaby, zdaniem BRISSAUD'a, zastosować teorię BABIŃSKIEGO. Że przy postaci skoliozy BRISSAUD'a kurcz niezawsze w jednakowej mierze dotyka wszystkie mięśnie, zaopatrywane przez obydwie spłoty, dowodzą tego przypadki, obserwowane przez LAMY'ego, HAYEM'a, BRISSAUD'a. W jednym np. przypadku LAMY'ego zginacze stopy do tego stopnia były skurczone, że stopa przedstawiała stałe zgięcie grzbietowe, chora zaś kończyna zdawała się być krótszą. W przypadku znów BRISSAUD'a chora kończyna zdawała się być wydłużoną i wreszcie w przypadku HAYEM'a cierpiąca kończyna była *ad maximum* wyprostowana w stawie kolanowym i t. d.

Przy homologicznej, czyli spastycznej skoliozie, zależnej od nerwobólu kulszowego, uważa LAMY za zjawisko charakterystyczne, obok pozornego skrócenia, *resp.* wydłużenia kończyny, pozorne powiększenie objętości, wypuklenie pośladka po stronie zdrowej, które może być mylnie przyjęte za guz krętarza. Zależy ono prawdopodobnie od skrócenia miednicy, które przesuwając okolice krętarza strony cierpiącej ku tyłowi.

Przypadek skoliozy w stronę chorego nerwu (*scoliosis homologica*), który mamy zamiar opisać, jak się zdaje, podaje w wątpliwości niektóre objawy, uważane przez BRISSAUD'a za charakterystyczne.

II. A. K., 45 letni, stolarz, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej; żadnej dziedziczności wykazać nie można. W dzieciństwie przechodził tyfus i szkarlatynę. Jak sam powiada, napojów wysokowych nie nadużywał, syfilisu, podagry, ani też zimnicy nie przechodził. Żonaty, dzieci zdrowe. Przed 16 laty, po zimnej kąpieli uczuł chory zmęczenie i sztywność w prawej nodze, które w początkach występowały w postaci napadów, później zaś nie ustępowały już wcale i były już bolesne. Bóle umiejscawiały się wyłącznie na tylnej powierzchni uda, rozpromieniały się niekiedy w okolicę pośladkową i krzyżową. Uczucie mrowienia w goleni i ciągłe bóle uczyniły chorego niezdolnym do pracy na przeciąg 4-ch miesięcy. Spokój i kąpiele poprawiły znacznie stan chorego. Po 4 1/2 latach chory uległ podobnemu cierpieniu, wskutek czego przeleżał w łóżku 12 tygodni. Jako przyczynę podaje on to, że jedną noc jesienną spędził w zimnym spichrzu. Bóle umiejscowiły się tak samo, jak i za pierwszym razem, ustępowały jednak znacznie, gdy punkty bolesne prawej nogi znajdowały się pod wpływem stałego ucisku. Zboczenia w postawie ciała nie spostrzegął chory ani podczas pierwszego nerwobólu kulszowego, ani też drugiego. W ciągu ostatnich 2 lat zapadał często na bóle gośćcowe, które występowały w rozmaitych stawach. Od 4—5 miesięcy ograniczają się one wyłącznie do prawej kończyny dolnej, zajmując tylną i zewnętrzną powierzchnię uda, tylną i zewnętrzną powierzchnię goleni, całą podszew, okolice pachwiny oraz dolną część prawej połowy pośladków. Uczucie palenia często ustępowało miejsca uczuciu strzelania.

Badanie wykazało, co następuje. Stały ból w okolicy prawego krętarza, tylnej powierzchni uda i goleni, niezmienny pod wpływem ucisku. Obecność punktów bolesnych na grzebieniu kości biodrowej, w trójkącie SCARPA'y, na kostce wewnętrznej oraz w miejscu wyjścia nerwu kulszowego z miednicy. Wyrostki ościste, zaczynając od 2 kręgu łądźwiowego aż do kości ogonowej oraz prawa połowa moszny bolesna na dotyk. Ciepłota chorej kończyny w porównaniu ze zdrową, stale była obniżona o 0,5—1°, pomimo że różnica ta bynajmniej nie odpowiada podmiotowemu uczuciu chorego. Brak wszelkich zaburzeń w sferze uczucia skórznego. Wrażliwość nerwów i mięśni na prądy elektryczne jednakowa z obu stron, odruchy ścięgiuiste niewzmoczone. Lewe udo

[w oddaleniu 25 ctm. od dolnego brzegu rzepki] = 40,5 ctm. Prawe udo = 38 ctm.. Lewa goleń [w oddaleniu 15 ctm. od tego samego punktu] = 29 ctm.. Prawa goleń = 28 ctm.. Gdy chory siedzi $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, wówczas bóle znikają; powracają jednak, gdy wstaje. Jeżeli kazać choremu położyć się, to ten wybiera najchętniej położenie nawpół siedzące, przyczem jednocześnie zgina nieco udo. Przy zgiętej goleni choremu daleko łatwiej zgiąć udo [oznaka LASÈGUE'a]. Leżenie na zdrowej stronie jest mu o wiele dogodniejsze, niż na chorej. Gdy chory stoi, to przedewszystkiem uderza pozorne wydłużenie pochylonej do wewnątrz chorej nogi, zgiętej nieco w kolanie, przyczem udo z golenią tworzy wówczas tępy kąt otwarty na zewnątrz. Grzebień kości biodrowej po prawej stronie stoi niżej, niż po lewej, mimo to jednak prawe *spatium costo-iliacum* jest mniejsze od lewego. Wyraźne fałdy poprzeczne pomiędzy grzebieniem kości biodrowej i ostatnim żebrem strony cierpiącej. Lewa łopátka wysunięta nieco ku przodowi i położona niżej, niż prawa. Linija wyrostków ościstych przedstawia się w postaci skrzywienia esowatego; wklęśnięcie jej znajduje się w okolicy lędźwio-grzbietowej prawej, wypuklenie zaś w okolicy szyjo-grzbietowej i zwrócone jest na prawo. Pod wpływem zawieszania [na przyrządzie CHARCOT'a-MOCZUTKOWSKIEGO] skolioza niekiedy znikała. Leczenie [zawieszanie, pędzelek faradyczny, sugestya hypnotyczna] dało wyniki pomyślne: postawa chorego stawała się coraz równiejszą i bóle znikaly.

Zestawiając opisany przypadek z przypadkami BRISSAUD'a i LAMY'ego, przychodzimy do wniosku, że niektórych objawów, uważanych przez wspomnianych autorów za charakterystyczne dla skoliozy homologicznej, brakło tu zupełnie. Tyle jaskrawa różnica w długości obu kończyn była tu bardzo niewielką; ani śladu przykurczenia mięśni lędźwiowych; odruchy ścięgniste po stronie chorej nie nazbyt żywe; nie towarzyszyło im też żadnego rodzaju drżenia. Powrót nerwobólu w tej samej nodze, znaczne natężenie bólów, umiejscowienie ich, rozpromienianie się do wyrostków ościstych kręgow-lędźwiowych, skręcenie miednicy wraz z okolicą krętarza strony cierpiącej ku tyłowi: wszystko to zgadza się poniekąd z jednym z przypadków skoliozy homologicznej, opisanych przez LAMY'ego.

Nieco szczegółowiej, niż to czynią autorowie francuzcy, rozpatruje kwestyję skoliozy ze strony czysto anatomiczno-patologicznej NICOLADONI, któremu znaną była wyłącznie skolioza skrzyżowana. Wypowiada on zdanie, że nerwoból kulszowy zarówno polegać może na zaburzeniu czysto czynnościowem, jak i na zmianach zapalnych otoczki nerwowej (*perineurium*) i że zmiany mogą dotyczyć nerw kulszowy, bądź na jego obwodzie, bądź w miejscu wyjścia z rdzenia. Podług NICOLADONI'ego, spotykamy skoliozę najczęściej właśnie, gdy nerw kulszowy cierpi wewnątrz jamy kręgowej.

Bliższy stosunek splotu krzyżowego do splotu lędźwiowego w okolicy pnia, jak się zdaje, przemawia za tym poglądem. „Bóle w głębi pośladków, punkt bolesny w pobliżu 4-go kręgu, odpowiednio położeniu grubej gałęzi, przesyłanej przez 4-ty korzeń lędźwiowy ¹⁾ do splotu kulszowego, a bardziej jeszcze ból w górnej części cierpiącej połowy pośladków, zaopatrywanej przez *nervus ileo-hypogastricus* ze splotu lędźwiowego“, wskazują, wedle NICOLADONI'ego, na wewnątrzkręgowo umiejscowienie cierpienia, oznaczanego mianem nerwobólu kulszowego. W przypadkach tych, wedle N., istota cierpienia polega na przekrwieniu i obrzmieniu opon rdzeniowych, połowy ogona końskiego (*cauda equina*). Osobnik, dotknięty wewnątrzkręgowem cierpieniem połowy *caudae equinae*, mimowolnie tak

¹⁾ Musimy tu przypomnieć, że 1—4 korzenie lędźwiowe łączą się w splot lędźwiowy, 5-ty lędźwiowy i 3 pierwsze korzenie krzyżowe w splot kulszowy, 4 i 5 korzenie krzyżowe, w splot sromno-hemoroidalny, 5-ty krzyżowy — w splot ogonowy.

wykrzywia kręgosłup, aby chorym nerwom zrobić w jamie kręgowej jak największe miejsce. Cel ten jeszcze lepiej zostaje osiągnięty, gdy kręgosłup traci jednocześnie fizjologiczną lordozę, a przybiera położenie kifotyczne.

SCHUEDEL odiera hipotezę NICOLADONI'ego twierdzeniem, iż rdzeń w kanale kręgowym bynajmniej nie jest w stanie swobodnie się poruszać. Zresztą, gdyby, jak sądzi NICOLADONI, rdzeń rzeczywiście był ruchomym, wówczas musiałby on przy wspomnianej skoliozie kręgosłupa pochylić się nie w kierunku zdrowej, lecz w kierunku chorej strony, przyczem ucisk na chorą połowę ogona końskiego i bolesność jej powiększyłyby się znacznie.

Przy skoliozie skrzyżowanej, zdaniem tego autora, ulegają cierpieniu głównie włókna czuciowe mięśni pochyłających tułów. Chory oszczędza mięśnie rzezone, unikając bezwiednie kurczenia ich, wskutek czego powstają typowe zmiany w ustawieniu tułowia. Zazwyczaj, ale niestale, zajęte są wtedy cierpieniem jednocześnie nerwy splotu kulszowego i nerwy lędźwiowe, zaopatrujące między innymi mięsień krzyżo-lędźwiowy (*sacro-lumbalis*). Pogląd powyższy tłumaczy SCHUEDEL fizjologicznym działaniem dolnych mięśni grzbietowych. Wskutek zniesienia czynności mięśni *quadratus lumborum* i *sacro-lumbalis* po stronie cierpiącej powstaje skrzywienie kręgosłupa przez samo już przykurczenie mięśnia krzyżo-lędźwiowego strony zdrowej. Zaburzenie w jednoczesnym kurczeniu się obu mięśni krzyżo-lędźwiowych wywołuje również spostrzegany przez niektórych garb części lędźwiowej. Jeżelibyśmy chcieli wówczas chorego wyprostować, to szarpanie zwolnionego mięśnia krzyżo-lędźwiowego powoduje straszne bóle, podczas gdy stały ucisk dotkniętych cierpieniem czuciowych gałęzi nerwowych łągodzi je.

Co się tyczy wzajemnego stosunku i zależności nerwu kulszowego od nerwów lędźwiowych, zaopatrujących mięsień krzyżo-lędźwiowy, to SCHUEDEL na podstawie preparatów anatomicznych dowodzi, iż pierwszy nerw krzyżowy, który tworzy, jak wiemy, z innymi 3-ma splot kulszowy, oddaje właśnie gałęzie czuciowe do dolnej części mięśnia krzyżo-lędźwiowego.

Łatwo więc tym sposobem pojąć, że przy cierpieniu samego nawet nerwu kulszowego, *resp.* splotu krzyżowego, może uleść też cierpieniu mięsień krzyżo-lędźwiowy i wywołać skoliozę skrzyżowaną. Tyle ciemne nawet pochodzenie punktu bolesnego pomiędzy chrząstko-zrostem krzyżo-biodrowym (*synchondrosis sacro-iliaca*) i krzyżowemi wyrostkami ościstymi staje się wobec tego, podług SCHUEDEL'a, jasnym.

Skoliozy homologicznej SCHUEDEL zarówno jak i NICOLADONI nie znali.

VALENTINI próbował na podstawie własnego przypadku typowej skoliozy odeprzeć hipotezę SCHUEDEL'a, według której bolesność oddzielnych mięśni grzbietowych i odpowiednich nerwów zmuszają chorego zbliżyć część lędźwiową kręgosłupa do odpowiedniej połowy miednicy. W przypadku VALENTINI'ego brakło wszelkich bólów w okolicy lędźwiowej, oraz w górnej części okolicy pośladkowej. Wobec tego V. skłania się chętniej do poglądów BABIŃSKIEGO, według których chory, w celu ulżenia chorej nodze, ciężar ciała przenosi na stronę zdrową; nie mamy tu właściwie wcale skoliozy, brak bowiem skrzywienia miednicy i skręcenia kręgow.

Że kierunek skoliozy w żadnym razie nie stanowi cechy znamionującej dla siedliska nerwobólu kulszowego, to o tem mieliśmy już sposobność przekonać się wyżej, gdy omawialiśmy skoliozy homologiczne, które BRISSAUD czyni zależnemi od cierpienia splotu lędźwiowego i uważa za wynik skurczu odruchowego. Przeciw takiemu sposobowi tłumaczenia homologicznej skoliozy przez BRISSAUD'a wystąpił niedawno REMAK. Twierdzi on, że do powstawania omawianych zбочeń zbytecznem jest przyjmowanie oddzielnej postaci skurczowej nerwobólu kulszowego, że, przy zupełnie dobrze zachowanej ruchliwości kręgosłupa, tułów bezwiednie przybiera postawę, którą chory sam, dla swej wygody oraz w celu unikania bólów, wybiera. Chory REMAK'a, dotknięty lewostronnym nerwobólem kulszowym oraz skrzyżowaną skoliozą, doszedł do przekonania, że skrzywienie kręgosłupa może sam zmieniać dowolnie. Gdy pochylał się, np. naprzód nad stołem i przesuwiał lewą nogę do linii środkowej ciała, wówczas prawe biodro wysuwało się ku przodowi i chód stawał się zupełnie odmiennym od poprzedniego, jednocześnie mniej krzywym i niebolesnym: skoliozę w stronę zdrową zastąpiła skolioza w stronę chorą.

Na podstawie powyższego przypadku zmieniającej kierunek skoliozy (*alternirende Scoliose*) odrzuca REMAK skurczową postać nerwobólu kulszowego w znaczeniu BRISSAUD'a. Zresztą w przypadku REMAK'a nie dają się wykazać ani objawy spastyczne w mięśniach lędźwiowych i pośladkach, stwierdzone przez BRISSAUD'a i LAMY'ego, ani też wrażliwość na ucisk okolicy lędźwiowej. Na chorej kończynie brakło też szczególnie wzmożonego objawu ścięgnistego [kolanowego] oraz t. zw. objawu pośladkowego [objawu biodrowego JOFFROY'a], charakterystycznych dla stanów spastycznych. Większości tych objawów brakowało, jakeśmy widzieli, i w naszym spostrzeżeniu II-em.

Jako dopełnienie do ciekawego spostrzeżenia REMAK'a, pozwalamy sobie przytoczyć przypadek podobny, w którym w ciągu 3½ tygodni istniała skolioza zmienna, która następnie przeszła w stałą skoliozę skrzyżowaną.

III. M. K., wyrobnik, 43 lat mający. W ciągu ostatnich kilku lat przebył 2 razy *ischias* prawej kończyny dolnej. Za ostatnim razem nerwoból trwał 3 kwartały i był wyrażony nie nadto jaskrawo. Skrzywienia tułowia wówczas nie zauważono. W początkach Marca 1891 r. znowu powróciły bóle w prawej kończynie dolnej. W ciągu pierwszych 2—3 miesięcy były one dosyć silne, tak, że chory nie mógł ani spokojnie leżeć, ani też stać lub chodzić; „pełzanie na czworakach“ najmniej było bolesne. W Maju zauważył chory, że się pochyla ku przodowi i na lewo i że wyprostowanie się staje dlań niemożliwem. W końcu Maja bóle znacznie się wzmogły, występowały tylko napadami 2—3 razy dziennie przez przeciąg całego miesiąca. Podczas silnego napadu bólu kifoza jakoby pozostawała, tułów zaś ulegał wykrzywieniu na prawo, po ustąpieniu zaś napadu przybierał kierunek wprost przeciwny. Od połowy Czerwca skrzywienie, skierowane na lewo, było już stałem, przyczem bóle znacznie się zmniejszyły. Chory przybył do szpitala w początkach Sierpnia. Szczegółowo podjęte badanie wykazało. Chory, dosyć wychudzony, bladej skóry, wysokiego wzrostu, mało inteligentny i usposobienia hipochondrycznego. Bardzo wyraźna kifo-skolioza w okolicy lędźwiowej z wypukleniem, zwróconem w stronę prawą, cierpiącą. Skolioza kompensacyjna grzbieto-szyjowa. Prawa łopatka oraz prawa połowa miednicy przesunięte nieco ku przodowi. Wszelkie ruchy czynne i bierne chorego wykonywa swobodnie. Napięcie mięśniowe (*Tonus*) i odruchy ścięgniste prawidłowe: po stronie chorej słabiej wyrażone, niż po stronie zdrowej. Żadnych przedmiotowo dających się wykazać zaburzeń w sferze czuciowej nie ma. Mnóstwo parestezyj, które chory z całą dokładnością rysuje. Dręczące te parestezyje głównie sadowią się w okolicy lędźwiowej grzbietu, rozpromieniają się ku górze do prawej ręki i do potylicy.

Tępe, niekiedy nadzwyczaj silne bóle uczuwa chory w okolicy podkrętarzowej, grzebienia kości biodrowej oraz w dole pachwinowym. Bóle, jak powiada chory, ograniczały się przez cały przebieg choroby tylko do miejsc oznaczonych i nigdy nie rozpromieniały się do kończyny dolnej. Prawe nudo jest bardziej chude niż lewe. Objętość prawego [w oddaleniu 25 ctm. od dolnego brzegu rzepki] = $33\frac{1}{2}$ ctm. Objętość lewego [w oddaleniu 25 ctm. od dolnego brzegu rzepki] = 35 ctm.. Objętość goleni z obu stron jednakowa. *Spina ossis ilei* oddalona od kostki zewnętrznej po stronie prawej na 88 ctm., po lewej zaś, na 91 ctm.. Prawe *spatium costo-iliacum* wynosi 9 ctm., lewe zaś 5 ctm. Przy zawieszaniu znika kifo-skolioza niemal zupełnie, wraca jednak natychmiast po zdjęciu chorego. Stopniowo w szpitalu bóle się zmniejszały, skrzywienie atoli kręgosłupa pozostawało prawie bez zmiany. Leczenie polegało na spokoju, stosowaniu kąpeli ciepłych, podskórnem wstrzykiwaniu morfiny, stosowaniu prądu stałego i na dwurazowem przyżeganiu żegadłem PACQUELIN'a.

U chorego więc w Sierpniu, t. j. w chwili przybycia jego do szpitala istniała typowa skolioza skrzyżowana. Z anamnezy jednak widać, iż w miesiącu Czerwcu dotknięty był on skrzywieniem kręgosłupa w stronę zdrową. Przypadek ten jednak znacznie się różni od przypadku REMAK'a. Chory REMAK'a był w stanie dowolnie zmieniać skoliozę skrzyżowaną na nieskrzyżowaną, przy czem ta ostatnia była dla niego przy chodzeniu dogodniejszą. Tymczasem nasz chory podczas całego przebiegu choroby — blisko 6 miesięcy — dotknięty był skoliozą skrzyżowaną; jedynie gdy bóle wzmagaly się znacznie, chylił się nagle tułów na pewien przeciąg czasu w stronę cierpiącą, tworząc tym sposobem mimowolnie skoliozę homologiczną, która podobnie jak i skolioza skrzyżowana mało była podatną woli chorego.

Czy przypadek powyższy miałby poniekąd potwierdzać hipotezę BRISSAUD'a? Czyby zmienność skoliozy nie dała się wytłomaczyć w sposób następujący? Tułów zostaje pochylonym w stronę zdrową, ażeby ciężar ciała przenieść na nogę zdrową i tym sposobem uchronić nerwy czuciowe po stronie chorej przed szarpaniem ich; gdy jednak zjawia się napad nerwobólu, przy którym obok nerwów czuciowych ulegają cierpieniu również nerwy ruchowe, wówczas w jednej chwili, jak za przepuszczeniem silnego prądu faradycznego, występuje skurcz odpowiednich mięśni (*m. sacrolumbalis, quadratus lumborum, obliqui*), tworząc tym sposobem skoliozę nieskrzyżowaną. Odpowiadałoby to uczuciu doznawanemu przez chorego, który sam nam opisał je jako gwałtowny kurcz mięśni strony dotkniętej.

Drugą okoliczność, odróżniającą przypadek omawiany od wszystkich dotychczas opisanych, stanowi to, że obręb nerwu kulszowego stosunkowo najmniej był dotknięty. Nerwobóle umiejscawiały się wyłącznie w obrębie splotu lędźwiowego (*n. ileo-inguinalis* i *n. genito-cruralis*), a mimo to kifo-skolioza była wyraźną i nie poddawała się wcale leczeniu. Właściwie więc byłoby może skoliozę rzeczoną nazwać nie kulszową, lecz ogólnie nerwobólową: *scoliosis neuralgica*.

Prace innych autorów, jako niezawierające nic bardziej godnego naszej uwagi i w zupełności ignorujące, podobnie jak i wyżej wzmiankowane, skoliozę homologiczną, pomijam tu, wspominając tylko o jednym przypadku GORHAN'a skoliozy skrzyżowanej, powikłanej wyraźnym skurczem mięśniowym w okolicy lędźwiowej, co, według BRISSAUD'a, stanowi cechę charakterystyczną wyłącznie skoliozy homologicznej.

Jeżeli zapytamy teraz, która z przytoczonych powyżej teoryj jest najwłaściwszą, *resp.* najbliższej stoi prawdy, to bez wahania możemy odpowiedzieć: żadna,

gdyż każda z nich ma dużo słabych stron. Atoli poczęści z własnego, poczęści zaś z literatury wyjątego materiału kazuistycznego, ten tylko wniosek wyprowadzić możemy, że wszystkie postacie skoliozy, zależne od nerwobólu kulszowego, nie mogą być rozpatrywane z jednego punktu widzenia. Całkowita skolioza (*Totalscoliose*) ALBERT'a, skrzyżowana typowa NICOLADONI'ego, homologiczna lub spastyczna BRISSAUD'a, dowolnie zmieniająca się REMAK'a, bezwiednie zmieniająca się, spostrzegana przez nas, skrzyżowana spastyczna skolioza GORHAN'a, powikłana charakterystycznymi punktami bolesnymi skolioza SCHUEDEL'a, bez nich przebiegająca skolioza VALENTINI'ego, wreszcie pojawianie się i znikanie zboczeń w położeniu kręgosłupa w rozmaitych okresach czasu i przy rozmaitem natężeniu choroby: wszystko to przemawia dostatecznie za różnorodnością zmian anatomo-patologicznych, za istnieniem rozmaitych czynników etjologicznych tak nerwobólu kulszowego, jak i towarzyszącej mu skoliozie.

Przypadki opisane spostrzegałem na oddziale D-ra GAJKIEWICZA, któremu za łaskawie udzielony mi materiały i pomoc przy opracowaniu składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Z ODDZIAŁU D-RA SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK WRODZONEGO BRAKU WIELKIEGO I MAŁEGO MIĘŚNIA PIERSIOWEGO.

Podał

Kazimierz Zieliński,

były asystent oddziału, lekarz miejscowy szpitala na Pradze.

Całkowity lub częściowy brak wielkiego lub małego mięśnia piersiowego, zarówno wrodzony, jak i nabyty, pod względem klinicznym i anatomicznym należy do nadzwyczajnych rzadkości. Tyczy się to wrodzonego braku jeszcze w większej mierze, niż nabytego, prawdopodobnie dzięki tej okoliczności, że nie wszyscy brakiem tym nawiedzeni podlegają badaniom i oględzinom lekarskim, ponieważ rzadko kiedy brak ten uczuwać się tym osobnikom daje. Klinicznie częściej już spostrzegać możemy nabyte braki mięśni piersiowych, wespół z zanikiem sąsiednich grup mięśniowych, głównie przy zaniku mięśni postępującym, bo osobniki cierpieniem tem nawiedzone zmuszone są szukać, chociaż bezskutecznie, porady lekarskiej.

STINTZING, z którego pracy ¹⁾ główne dane czerpiemy, podaje między innemi, że anatom HYRTL w ciągu swej długiej praktyki anatomicznej spostrzegał zaledwie dwa razy zupełny brak części mostko-żebrowej mięśnia piersiowego. HENLE przytacza również bardzo małą liczbę przypadków [NUHN, POLAND, QUAIN SHARPEY, BETZ].

¹⁾ Der angeborene und erworbene Defect der Brustmuskeln, zugleich ein klinischer Beitrag zur progressiven Muskelatrophie. Z dwiema tablicami. Deutsch. Archiv für klinische Medizin. T. 45. Heft 3—4, str. 205.

Nieco częstsze są opisy kliniczne tych przypadków. Pierwsze spostrzeżenie należy do ZIEMSEN'a; tu zupełny był brak mięśnia piersiowego małego, oraz prawie całego pęczka mostko-żebrowego; następny przypadek również należy do tegoż autora. Dalsze spostrzeżenia notowane są przez BAEUMLER'a, EULENBURG'a *sen.*, EBSTEIN'a, A. EULENBURG'a, BERGER'a [3 przypadki], S. SEITZ'a, B. FRAENKEL'a, v. NOORDEN'a [2 przypadki], wreszcie 2 przypadki STINTZING'a, czyli wszystkiego 15 przypadków klinicznych.

Charakterystyczną jest rzeczą, że wszystkie dotąd ogłoszone przypadki bez wyjątku notowane są tylko u mężczyzny i to u mężczyzny klasy robotniczej. STINTZING słusznie dodaje, że brak spostrzeżeń podobnych u kobiet bynajmniej nie dowodzi nieistnienia tej wady rozwojowej u płci pięknej, a dzieje się to zapewne wskutek tego, że mężczyźni daleko swobodniej bywają obnażani i badani przez lekarzy, niż kobiety, i że u tych ostatnich wykrycie podobnego braku napotyka na pewne trudności z powodu zwykle dobrze rozwiniętej tkanki tłuszczowej podskórnej, zarówno jak i gruczołu mlecznego, przykrywającego sobą mięsień piersiowy.

W naszej literaturze A. PUŁAWSKI opisał przypadek niedokształcenia kilku żeber, jako przyczynę rzadkiej nieprawidłowości w budowie klatki piersiowej (*Fissura thoracis lateralis*)¹⁾; tu również, jak załączona tam rycina przedstawia, brak jest części mostko-żebrowej mięśnia piersiowego; to samo jest widocznem i na przytoczonym w tej pracy rysunku drugim z przypadku FRORIER-FOERSTER'a. Kto wie więc, czy wada ta rozwojowa nie pozostaje w genetycznym związku i z przypadkami wrodzonego braku mięśnia piersiowego, to jest: czy przy formowaniu się tej ostatniej nieprawidłowości nie grają roli te same zaburzenia w rozwoju, co i przy powstawaniu bocznej szczeliny klatki piersiowej. STINTZING w swym bardzo obszernym artykule nad kwestyją tą nie zastanawia się wcale.

Należy dodać, że we wszystkich przytoczonych przypadkach nie zauważono jednoczesnego braku innych mięśni. NUHN i CRUVEILHIER notują brak tylko części obojczykowej.

W większości opisanych przypadków, do których i nasz zaliczamy, był brak części mostko-żebrowej, z jednoczesnym nadmiernym rozwojem pęczka obojczykowego. We wszystkich przypadkach mięsień piersiowy mały, albo nie istniał wcale, lub były tylko resztki jego. GRUBER wspomina o braku jedynie tylko mięśnia piersiowego małego.

Tylko dwóch autorów [v. NOORDEN i BERGER] wspomina o całkowitym braku obu mięśni piersiowych. Wreszcie raz tylko widziano tę nieprawidłowość po obu stronach klatki piersiowej [v. NOORDEN].

Pod koniec roku 1889 i na początku 1890 mieliśmy możność spostrzegania na oddziale D-ra SOKOŁOWSKIEGO, najprzód klinicznie, a później na stole sekcyjnym, wrodzony brak mięśnia piersiowego małego, oraz części mostko-żebrowej mięśnia piersiowego wielkiego, po stronie prawej, u Kromkowskiego Aleksandra, lat 31 mającego, żołnierza straży ogniowej, który w d. 23 Października 1889 roku

¹⁾ Gazeta Lekarska, Nr. 12., z r. 1888.

zapisał się do szpitala Ś-go Ducha, z powodu kaszlu, gorączki, potów nocnych, krwiopłucia.

Chory bez usposobienia dziedzicznego, o klatce piersiowej płaskiej, nieco wyniszczony, oprócz trapiącej go od 3-ch lat obecnej choroby, przed 6-cioma laty przebywał tyfus brzuszny; dawniej zawsze uważał siebie za zdrowego i do pracy fizycznej najzupełniej zdolnego [do ostatniej chwili był w straży dobrym pracownikiem]; o swojej nieprawidłowości nie wiedział wcale.

Przy bliższym badaniu po obnażeniu ciała uderza nas pewna asymetria obu połów przedniej powierzchni klatki piersiowej, a mianowicie: prawa połowa jest więcej spłaszczoną z wydatnie zarysowującymi się żebrami i szerokimi przestrzeniami między-żebrowymi, z napiętą skórą, z fałdą pachową rozwartą, idącą ku wewnątrz i ku górze ku mostkowemu końcowi obojczyka, z brodawką sutkową leżącą nieco wyżej, niż po stronie lewej. Ta ostatnia strona przedstawia się najzupełniej prawidłowo, nieco wypukłona, ze skórą więcej elastyczną, z większą ilością tkanki podskórnej, z fałdą pachową prawidłową ostrokątną. Już przy tem powierzchownem badaniu widzimy, iż mamy tutaj prawostronny brak części mostko-żebrowej mięśnia piersiowego. Asymetria obu połów przedniej powierzchni klatki piersiowej uwydatnia się jeszcze lepiej jeżeli każemy choremu unieść ręce w górę i ustawić je poziomo. Doskonale zarysowuje się wtedy lewy mięsień piersiowy, oraz pozostała część obojczykowa prawego mięśnia piersiowego. Ta ostatnia jest nieco przerosła i najzupełniej wystarcza, a przynajmniej wystarczała dawniej do spełniania pracy przynależnej mięśniowi piersiowemu, tak, że wszelkie ruchy kończą górną prawą są najzupełniej zachowane i zupełnie prawidłowe. Uwłosienie jamy pachowej po stronie prawej przedstawia się w postaci kępki włosów, wielkości talara, niżej niż po stronie lewej położonej. To jakby obsunięcie się owłosienia jamy pachowej, oraz wyższe nieco położenie brodawki sutkowej, prawdopodobnie tłumaczyć należy zgodnie ze STINTZING'iem silniejszym napięciem skóry po stronie nieprawidłowości, brakiem prawie zupełnym tkanki tłuszczowej podskórnej, która i w innych częściach ciała naszego chorego z powodu cierpienia zasadniczego była zanikłą.

Samo oddechanie u chorego odbywa się symetrycznie, to jest obie połowy klatki piersiowej wykonywają jednakowe, jakkolwiek bądź nieco przyspieszone i forsowne ruchy. Przy tem sprawdzić można twierdzenie ZIEMSSSEN'a, że mięśnie między-żebrowe wewnętrzne i zewnętrzne przyjmują udział czynny przy wdechu i są unosiicielami żeber. Przy głębokim wdechu z początku mamy zagłębienie górnych przestrzeni między-żebrowych, w następstwie zaś spłaszczenie i stężenie ich. To ostatnie STINTZING uważa jako skutek skurczu mięśni, pierwsze zaś czyni zależnem od opadania ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej; pierwotne zapadanie się przestrzeni międzyżebrowych zwłaszcza przy spokojnym oddechu może nie mieć miejsca, jak to było w przypadkach ZIEMSSSEN'a, BAEUMLER'a i STINTZING'a.

Nadzwyczaj wydatnem było silne wypuklenie się 2 i 3-ej przestrzeni między-żebrowej przy kaszlu, który u naszego chorego podczas badania niejednokrotnie występował. O wypuklaniu się tem podczas kaszlu wspominają powyżej

wymienieni autorowie, zarówno jak i VON BERGER i VON NOORDEN, przeciwnie zaś A. EULENBURG i B. FRAENKEL je kwestyjoniują.

Poza tem staranne oględziny nie wykazują wcale żadnych ninych zmian troficznych w mięśniach, kościach, żadnych innych wad rozwojowych, o których wspomina STINTZING i inni. A mianowicie: oprócz drgań mięśniowych samostnych¹⁾, występujących przy mechanicznem drażnieniu mięśni, a dających się wywołać w naszym przypadku we wszystkich dostępnych badaniu mięśniach, oprócz ogólnej wiotkości mięśni, jak to zwykle przy wyniszczających, długotrwałych chorobach bywa, nigdzie nie można było wykryć żadnych zaników w pewnych oddzielnych grupach mięśniowych umiejscowionych.

Okoliczność ta aż nadto odróżnia przypadek nasz od innych, zaliczanych do wrodzonych nieprawidłowości, gdzie obok braku mięśnia piersiowego znajdowano zanik mięśnia naramiennego, nadgrzebieniowego i t. d. W przypadku BERGER'a był zanik całej połowy ciała, C. SEITZ'a—brak części kości mostkowej [czy to czasem nie *fissura toracis lateralis?*], wreszcie w przypadku I-ym STINTZING'a po stronie braku — zanik prawej połowy twarzy, zanik całkowity kończyny prawej, zrost palców (*syndactylia*). W tych, jeżeli się tak wyrazić wolno, nieczystych przypadkach braku mięśnia piersiowego trudno jest dowieść wrodzonego braku tego mięśnia; trudno jest wykluczyć cierpienie, kiedyś w dzieciństwie przebyte, rdzenia, a mianowicie jego przednich rogów istoty szarej (*poliomyelitis anterior acuta*), w następstwie którego mógł nastąpić zanik pewnych grup mięśniowych, dotykających mięsień piersiowy w większej mierze aniżeli inne.

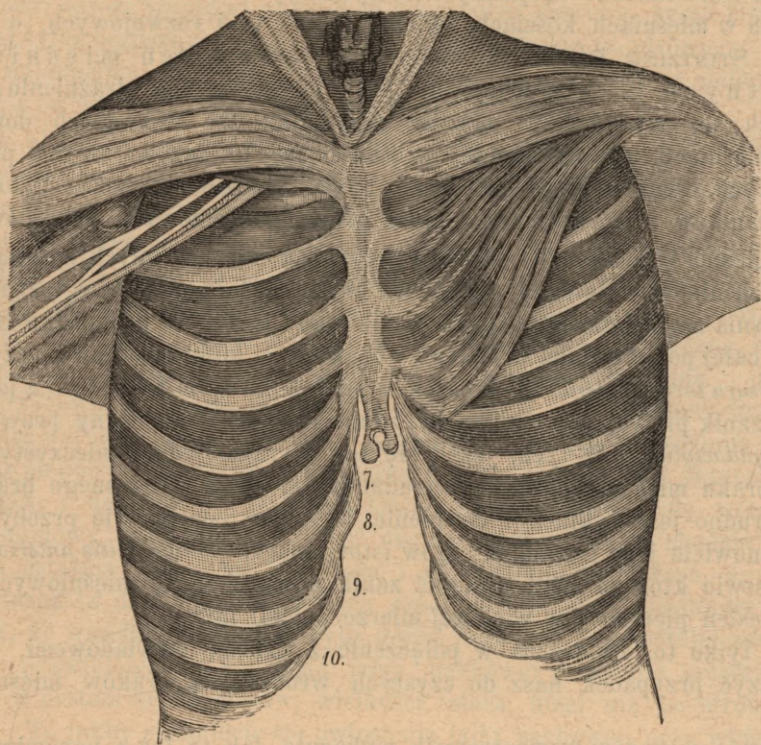
Już tylko to, zwłaszcza w połączeniu z danymi wywiadowemi, pozwala nam zaliczyć przypadek nasz do czystych wrodzonych braków mięśnia piersiowego.

Badanie narządów wewnętrznych wykazuje, jak to już z napomknien wyżej poczynionych domyślać się można było, rozległe zgęszczenia z poczynającym się rozpadem w obu szczytach płucnych, przeważnie zaś w szczycie lewym, co aż nadto mogło warunkować wyżej wspomniany ogólny upadek odżywiania. Gorączka hektyczna z obfitemi potami nocnymi, laseczniki KOCH'a w płwocinie — dopełniają obrazu choroby. W Listopadzie r. 1889 chory opuścił szpital z polepszeniem podmiotowem, jednakże już w Grudniu powrócił znowu. Następnie sprawa gruźlicza w płucach robiła znaczne postępy, wyniszczenie się wzmogło, tak, że chory w Marcu 1890 r. stracił z górą 11 kilo na wadze. Przy badaniu klatki piersiowej w tym czasie to zasługiwało na uwagę, że powyżej wspomniane wypuklenie się 2-ej i 3-ej przestrzeni międzyżebrowej po stronie prawej przy kaszlu było bez porównania mniej wybitnem, co prawdopodobnie zależało od większych nacieczeń w płucu prawem, a zatem od mniejszej sprężystości tkanki płucnej. W dniu 22 Kwietnia chory zmarł; nazajutrz dokonano rozbioru zwłok.

Po oddzieleniu skóry okazało się, jak to załączony rysunek kol. EDWARDA ZIELIŃSKIEGO przedstawia, że prawa połowa klatki piersiowej zupełnie jest nieprzykrytą mięśniem piersiowym [widać wszystkie żebra, oraz mięśnie między-

¹⁾ Patrz ZIEMSSENS klinische Vortraege. Vortrag. IX.

żebrowe]; tylko w górnej części klatki piersiowej ciągnie się pęczek włókien mięśniowych, pochodzący się na całej długości obojczyka i przyczepiający poniżej



przyczepu mięśnia naramiennego do kości ramieniowej — jest to zachowany, a względnie dobrze rozwinięty, pęczek obojczykowy mięśnia piersiowego. Od główki kości mostkowej bierze początek również nieco włókien mięśniowych, lecz włókna te biegną skośnie ku zewnątrz i ku górze i zlewają się tam z włóknami mięśnia podobojczykowego; a zatem jest to jak gdyby dodatkowy, nieprawidłowy pęczek mięśnia podobojczykowego. Mięśnia piersiowego małego nie ma. Cały pęczek naczynio-nerwowy [tętnica i żyła pachowa, splot ramieniowy], jak to widać na załączonym rysunku, po zdjęciu li-tylko skóry zupełnie jest obnażonym. W głębi jamy pachowej wypukła się główka kości ramieniowej.

Rzadkość przypadku skłoniła mnie do ogłoszenia go drukiem; za zachęcenie do napisania i pomoc w opracowaniu tego komunikatu winienem wyrazić swą wdzięczność D-rowsi A. SOKOŁOWSKIEMU.

Już po przygotowaniu tego artykułu do druku, łaskawie zakomunikowanym mi został przez D-ra DUNINA opis przypadku, spostrzeganego na oddziale jego i opisanego przez J. SKŁODOWSKIEGO w *VIRCHOW'S Archiv*. [Tom 121 r. 1890]. Dotyczył on 20-letniego chorego z gościem przewlekłym stawów, u którego obok prawostronnego braku mięśnia piersiowego wielkiego i małego

istniała jeszcze wrodzona wada prawej ręki, a mianowicie — skrócenie i zrost palców. Należy on przeto do przypadków nieczystych braku mięśnia piersiowego, a zatem nie do tej kategorii, do której zaliczyliśmy opisany przez nas przypadek. W pracy tej SKŁODOWSKI wspomina, iż obecnie przypadków takich opisano w literaturze około 30, a czytelnika odsyła do pracy BENARJO: *Ueber einen Fall von angeborenen Mangel des musc. pect. major und minor mit Flughautbildung und Schwimmhautbildung* (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. 1890).

III. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I TERAPII MIGDAŁKA JĘZYKOWEGO.

[Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 3 Listopada 1891 r.]

Napisał

D-r Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 13].

Dziwna rzecz, że na syfilis podstawy języka zwracano dotąd zbyt mało uwagi, a przecież wiadomo, jak często spotykamy zmiany syfilityczne w gardzieli, a zwłaszcza na migdałkach podniebiennych. Przyjąwszy również pod uwagę fakt, że tkanka adenoidalna bywa zazwyczaj dość często dotkniętą tem cierpieniem, już *a priori* można być przekonanym, że migdałek czwarty tym samym prawom ulegać powinien. Nie chcę twierdzić, aby fakt ten nie był dobrze znany syfilidologom, zwłaszcza tym, którzy zwykli posiłkować się wzniemkami krtaniowym w przypadkach wykrytych zmian syfilitycznych w gardzieli, zwrócić jednak muszę uwagę na to, że podobnych przypadków napróżno szukałem w dostępnej mi literaturze. Oprócz niewyraźnych wzmianek tu i ówdzie porozrzucanych, na przytoczenie zasługuje jedyna tylko praca MOURE'a i RAULIN'a ¹⁾, która, uwzględniając obszernie umiejscowienie syfilisu, uchronić może niejednego lekarza od nieraz bardzo szkodliwych dla chorego pomyłek rozpoznawczych, a wynikających z nieumiejętnego lub niedokładnego badania. Przedmiotem pracy są objawy syfilisu jamy nosogardzielowej, zwłaszcza migdałka językowego i LUSCHKA'İ. Syfilis migdałka czwartego objawia się miejscowo w postaci znacznego powiększenia gruczołów, rozpulchnienia i zacerwienia błony śluzowej. Obrzmieniem dotknięte bywają bądź wszystkie gruczoły podstawy języka w postaci dużej jednolitej wyniosłości, względnie guza, bądź oddzielne grupy, a nawet pojedyncze torebki, tworząc kępki, składające się z guziczków, którymi nieraz usianą bywa cała podstawa języka. Powyższą postać przerostu wtedy tylko uważać można za swoistą, gdy mamy współrzędne inne zmiany niewątpliwie syfilitycznej natury. Daleko łatwiejszem jest rozpoznanie płaskich lepięzy podstawy

¹⁾ Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et pré-épiglottique [3-e et 4-e amygdales]. Par les D-rs E. J. MOURE et RAULIN. Revue de laryng. etc. 1891. N-ra 6 i 7.

języka, które zazwyczaj umiejscawiają się na wierzchołkach powiększonych gruczołków i którym jednocześnie towarzyszą także zmiany w gardzieli, na łykach lub migdałach podniebiennych. Dodać winienem, że i tutaj spotykamy nieraz gumaty, które przy rozpadzie tworzą mniej lub więcej obszerne owrzodzenia. Objawy podmiotowe zależą od stopnia rozwoju sprawy i wahają się pomiędzy uczuciem nieznacznej przeszkody lub drapania w gardle, a silnymi bólami podczas łykania, rozprzestrzeniającymi się nieraz na uszy. Leczenie ogólne, zależne od okresu cierpienia, natężenia sprawy, indywidualności chorego i t. d., stosuje się na podstawach, w syfi isie przyjętych; miejscowe zabiegi według MOURÉ'a i RAULIN'a polegać mają na pędzlowaniu rozczytnem w glicerynie z dodatkiem makowca, oraz na płukaniu rozczytnami chloranu potasu, rezorcyny, kwasu bornego i t. d.. W końcu swej cennej pracy autorowie przytaczają 3 przypadki syfilisu migdałka językowego, przedstawiającego się, to w postaci guza, to oddzielnych guzików, które uległy wessaniu pod wpływem leczenia swoistego ¹⁾.

Że jednak leczenie ogólne niezawsze daje wyniki zadawalające, szczególnie w późniejszych okresach; na dowód przytoczę dwa przypadki syfilisu migdałka czwartego, w których to przypadkach usunięcie choroby zawdzięczyć mogę tylko zabiegom miejscowym.

Pierwszy przypadek dotyczy p. R., urzędnika, lat 36-ku, który zaraził się przymiotem przed 3 ma laty i od tego czasu poddawszy się starannej kuracji, leczony był wcieraniami i jodem, a z powodu bólu gardła, trwającego od kilku miesięcy, udał się do Buska, gdzie pomimo energicznego leczenia ogólnego, netylko nie uczył poprawy, lecz doszedł do znacznego rozwoju utrudnienia przełykania. Zawdzięczając uprzejmości kol. HERYNGA, do którego chory zwrócił się po poradę, 5. IX. 1886 r. miałem okazję zbadania tego bardzo ciekawego przypadku. Był to męczyzna bladej, nadzwyczaj wyniszczony; od dwóch tygodni nie może przełknąć stałych, a od tygodnia i płynnych pokarmów. Przy badaniu wykryliśmy w gardzieli bliznę na miejscu zupełnie zniszczonego języzka, przechodzącą i na tylną ścianę podniebienia miękkiego. Nos i jama nosogardzielowa bez zmian. Na nasadzie języka bardzo głęboki wrzód nieprawidłowej wielokątnej formy, o brzegach twardych, wyniosłych. Powierzchnia jego pokryta obfitą, bladą, atoniczną ziarniną. Wrzód ten, zajmując całą szerokość podstawy języka, dochodzi do podstawy nagłośni i brodawk wąłotowych. Krtani i narządy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. W ciągu pierwszego tygodnia pędzlowaliśmy owrzodzenie dwa razy dziennie rozczytnem kokainy; w dalszym ciągu oprócz kokainy stosowaliśmy pędzlowania 2 — 4% roztworem sublimatu w glicerynie i alkoholu, co znakomicie ożywiło ziarninę. Następnie zrobił mu kol. HERYNG kilkakrotnie przypalenie powierzchni wrzodu kwasem chromnym. W ciągu 6-ku tygodni nastąpiło zupełne wygojenie, które trwa dotąd. W lecie 1887 r. wypił chory kilka butelek jodu [3jj—3vi] i od tego czasu żadnego innego leczenia nie było potrzeby mu zalecać.

Drugi przypadek dotyczy Józefy J., mężatki, lat 25-ku, która udała się do mnie we Wrześniu 1890 z powodu wrzodu pierwotnego syfilitycznego na migdałku podniebiennym prawym ²⁾. W listopadzie wystąpiły lepieże płaskie na wargach sromnych i wysypka różyczkowa. Po 30-tu wcieraniach szaruchy objawy powyższe ustąpiły. 22. V. 91 chorą tę widziałem po raz wtóry; przyszła wychudzona, blada, osłabiona, skarżąc się na silny ból w gardle przy łykaniu, trwający od 2-ku tygodni, a od tygodnia zupełna niemożność łykania. Opowiada mi, że w ciągu zimy przebyła dalsze okresy przymiotu z bardzo gwałtownymi objawami: miała „guzy po całym ciele“ i kolosalne

1) W N-rze 23 Revue de Laryng. z r. 1891 znajduję pracę D-ra LABIT'a pod tytułem „Syphilis secondaire de l'amygdale linguale“ z kliniki prof. MOURÉ'a, stanowiącą przyczynek do powyższej.

2) Przypadek ten opisałem w sprawozdaniu za 1890 r. z ambulatoryjum mego w „Szpitalu Ewangielickim“. Kronika Lekarska. 1890 rok.

obrzemienia gruczołów. Całą zimę przeleżała w łóżku, wzięła 60 weierań i 24 butelek jodku potasu wypła [zapewne z 3jj—3vi]. Przed miesiącem leczenie ukończone. Przy badaniu gardła znajdują: czerwoność i nacieczenie dolnych odcinków obu łuków prawych, olbrzymie nacieczenie migdałka językowego i na nim po stronie prawej dwa owrzodzenia: jedno wielkości i formy fasoli, drugie tuż obok o połowę mniejsze. Owrzodzenia te niezbyt głębokie, o nierównych brzegach, pokryte białozółtą wydzieliną. W ciągu tygodnia stosowane pędzlowania sublimatem małą tylko ulgę przyniosły. Wtedy owrzodzenia te przypaliłem kwasem chromnym, natopionym na srebrnym zgłębniku. Odczyn kilkodniowy bardzo żywy, lecz już na siódmy dzień znaczna ulga w łykaniu. we dwa tygodnie po pierwszym przypalaniu zrobiłem drugie, lecz już na całej nasadzie języka; odczyn znacznie słabszy. W końcu Czerwca znalazłem zupełne wygojenie owrzodzeń i objętość migdałka językowego prawie prawidłową. Chora łyka zupełnie swobodnie. Przypomnieć tu muszę znakomite działanie kwasu chromnego przy owrzodzeniach syfilitycznych, na co zwrócił uwagę HERYNG¹⁾. Idąc za radą autora stosowałem srodek ten wielokrotnie przy owrzodzeniach przymiotowych późnych gardzieli, jamy nosogardzielowej i nagłośni, a zwłaszcza przerostowych, zawsze z jak najlepszym wynikiem i pod tym względem oddaję mu pierwszeństwo przed galwanokautyką.

Nasada języka może być również punktem wyjścia nowotworów, choć wogóle rzadko. BUTLIN²⁾ na 80 przypadków pierwotnego raka języka raz jeden tylko spostrzegął go na podstawie. Ja sam zanotowałem też jeden odnośny przypadek.

Dr., woźny, lat 45. Skarży się [15. IX. 1887] na ból gardła przy łykaniu, szczególnie z lewej strony. Ból ten trwa od kilku miesięcy, lecz od 3 tygodni dopiero stał się dokuczliwym. Od czasu do czasu nasilenia bólu, wtedy bywa ból w lewym uchu i nieznosne zasychania w gardle, zwłaszcza w nocy. Mężczyzna dobrze zbudowany, z nieco podupałym odżywianiem. Przebywał syfilis przed 15 laty, w gardzieli strona prawa bez zmian; migdałek lewy powiększony, czerwony; ku dołowi twardy, bolesny. Na podstawie języka głębokie owrzodzenie o nieprawidłowych, rogowo twardych brzegach, silnie czerwone. Na dnie jego wiele czerwonych, wystających guzków wielkości ziarnka pszenicy aż do wielkości grochu. W owrzodzeniu tem zbierają się resztki pokarmowe, a rozkładając się, tworzą nieprzyjemny odór. Nagłośnia nacieczona, znacznie zgrubiła, czerwono-fioletowa, nachylona tak, że zakrywa krtań. Mała część migdałka językowego po stronie prawej, nie zajęta owrzodzeniem, jest nacieczona i czerwona. Zaleciłem choremu jodek potasu i miejscowo traktowałem kokainą i sublimatem. Po kilku tygodniach była pewna poprawa co do połykania. Widziałem go później wraz z kol. ELSENBERGIEM, który był łaskaw zbadać pod drobnovidzem wyjęty przezemnie kawałek tkanki i określił to, jako niewątpliwy rak rogowy. W tym czasie zaczęło się obrzemieć gruczołów chłonnych szyi; poradziłem więc choremu, aby zwrócił się o pomoc chirurgiczną. Dalsze losy jego nie są mi wiadome.

Nowotwory dobrotliwe zdarzają się także niezbyt często na nasadzie języka. BUTLIN³⁾ wspomina o dwóch przypadkach gruczolaków podstawy języka, uważając je za niesłychanie rzadkie. Raz widział u noworodka zmarłego w 16 godzin skutkiem zaduszenia guz olbrzymi, wychodzący z podstawy języka i uciskający krtań. Drugi przypadek podaje bardzo ogólnikowo: guz na zasadzie języka. Tenże autor⁴⁾ opisał w r. 1890 znowu dwa przypadki gruczolaków języka. Guz

1) Kwas chromny, jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtań. Gazeta Lekarska. 1884 r., str. 841 i 842.

2) L. c. str. 222.

3) L. c. str. 217.

4) BUTLIN. Brit. Med. Journal. 1890. Centralblatt f. Laryng. 1891. str. 433.

wielkości kurzego jaja po przecięciu błony śluzowej wyłuszczonej palcami i ostrą łyżką; był to gruczolak, w którym były torbiele. Nastąpiła recydywa w małym stopniu, nie wymagającym operacji. W drugim przypadku guz mniejszy, usunięty galwanokaustycznie; budowa jak i w poprzednim. Oba guzy były u kobiet i wychodziły z języka tuż przed nagłośnią. Autor przytoczył nieliczne, dotąd opisane podobne przypadki i dowodzi: 1) że wszystkie były spostrzegane u kobiet, 2) że wszystkie, z jednym tylko wyjątkiem, były usadowione [na nasadzie języka] tuż przed nagłośnią, 3) budowa wszystkich jednakowa, bardzo podobna do budowy gruczołu tarczowego. Z własnej praktyki przytoczyć mogą jeden podobny przypadek.

Dotyczy on pani K., lat 40. Zgłosiła się 3. IX. 1887, skarży się, że od miesiąca zauważyła jakąś przeszkodę na języku w połykaniu po stronie prawej. Przed rokiem leczyła się u mnie na bezgłos histeryczny, i wówczas już zauważyłem przerost oddzielnych gruczołów podstawy języka. Obecnie znajduję na nasadzie języka, bliżej do *papillae vallatae*, po stronie prawej guzik wielkości dobrej fasoli na nóżce. Guzik ten bladoróżowy o dosyć gładkiej powierzchni leży na podstawie języka i przy połykaniu porusza się naprzód i w tył. Zdjąłem go pętlicą galwanokaustyczną i przypaliłem podstawę. Widziałem chorą w rok później: w miejscu tem pozostała blizna.

Raz jeden spostrzegałem torbiel migdałka językowego u R. F., mężczyzny lat 40, który od miesiąca czuje jakby jakieś obce ciało w gardle. Nieżył przewlekły gardzieli, krtań bez zmian. Migdałek językowy znacznie powiększony o wyglądzie gronkowatym; po stronie prawej jest jeden guziczek wielkości grochu, o powierzchni gładkiej, koloru szaro-białego z zawartością płynną. Wypaliłem go galwanokauterem 4. I. 1889 r..

Podstawa języka podlega stosunkowo często uszkodzeniom przez ciała obce: kości, ości, skórka chleba i t. p.. W większości przypadków są to bardzo powierzchowne zdrapania, które niekiedy, lekko krwawiąc, nabawiają ludzi niepokoju, a co nadewszystko dają uczucie obecności obcego ciała, które pacjenci doskonale potrafią zlokalizować i trudno im niekiedy wytłumaczyć, że go tam nie ma. Przy poszukiwaniu ciał obcych w gardzieli, zawsze należy pamiętać o migdałku językowym. Rzadko bardzo jednak ciała obce zatrzymują się w tej okolicy. Leczenie takich zdrapań zależy od ich rozległości, bólu, jaki sprawiają, obrzmienia sąsiednich części i t. p.. A więc stosują w tych razach lód, kokainę, płukania chłodne, ściągające, *argentum nitricum* 2—4‰ i t. d..

NOTATKI LEKARSKIE.

4. Pouczający przypadek krztuśca, powikłanego ropniem płucnym. Wyzdrowienie.

Dziewczynka 8-letnia, N., w ostatnich dniach Sierpnia r. b., zaczęła, jak i dwie młodsze jej siostrzyczki, pokaszliwać. Z dnia na dzień kaszel się powiększał i w końcu przybrał charakter napadowy, krztuścowy. Każdy napad zaczynał się od kichania kilka lub kilkanaście sekund trwającego i stopniowo przechodził w charakterystyczny kaszel przeciągły, krztuścowy. Wdmuchiwanie do nosa kwasu benzoesowego z kokainą, stosowane w tym czasie, antypiryna, podawana do wewnątrz, w niczem nie wpłynęły na złagodzenie napadów, które stawały się coraz częstszymi i silniejszymi. Dziecko, skutkiem zupełnej utraty łaknienia,

częstych wymiotów i niespokojnych nocy, osłabło i bardzo było rozdrażnione. W dniu 14 Września po 2-tygodniowym przeszło trwaniu choroby zaczęło gorączkować; jednocześnie i wzmógł się kaszel.

Badając dziecko 15 Września rano, znalazłem je wątłem, źle odżywianem, bladym, z wyraźnymi objawami zółtów [gruczoły na szyi, *blepharitis* i t. p.] Ciepłota ciała 39,4, tętno przeszło 120, słabe; oddechanie częste, przeszło 40 na minutę. W obu wierzchołkach płuc liczne rżenia suche i wilgotne. Wieczorem ciepłota 39,8°, wielkie osłabienie.

Dnia 16. IX. ciepłota 38°, 39,2°, 39,6°. Rżenia nieco liczniejsze, głównie po prawej stronie. 17. IX. 37,3°, 38,8°, 39,5° tętno 110. 18 Września 39,3°, 37,8°, 37,6°. 19 Września 37,3°, 39°, 40°, tętno 130 słabe, oddech bardzo częsty, kaszel bardzo męczący. W dolnej części prawego płuca na nieznacznej przestrzeni lekkie stłumienie odgłosu opukowego, nieliczne rżenia wilgotne. 20 Września rano ciepłota ciała 37,5°, tętno 110. Ze względu na charakter gorączki, to przepuszczający, to zwalniający, na wspólnej naradzie z kolegą HANDELSMANEM przepisaliśmy chininę w dawkach 0,2 trzy razy dziennie.

Pomimo chininy przez 2 dni następne gorączka nietylko się nie zmniejszyła, lecz przeciwnie zwiększyła i dłużej w ciągu doby trwała. I tak: w dniu 22. IX. ciepłota ranna 38,5°, wieczorem o godzinie 10 wynosiła 39,8°; nad ranem dopiero opadła. 23. IX. 38,3°, 40,2°, w płucach żadnych nowych zmian. 24. IX. 38,6°, 39,5°. W dniu 25 rano dziecko silnie się zakaszłało, przyczem wykrztusiło czystą ropę, zmieszaną z krwią w ilości kilku łyżek, według słów matki. W kilka godzin potem widziałem dziecko i znalazłem następujący stan: ciepłota 38°, tętno przeszło 100, oddechanie swobodniejsze, mniej częste. W dolnych częściach klatki piersiowej z prawej strony przy opukiwaniu odgłos typaniczny; przy wysłuchiwaniu oddech amforyczny, przelewanie. Nie ulegało więc wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z ropniem płuc, który się opróżnił na zewnątrz przez przerwanie oskrzela i po którego opróżnieniu została jama w płucach. Dalszy przebieg choroby był następujący: wieczorem tego dnia ciepłota ciała 39°, stan ogólny dziecka lepszy, kaszel częsty z płwociną ropną, która w szklance z wodą pływa po wierzchu. Począwszy od tego dnia, gorączka stopniowo zaczęła się zmniejszać; dziecko było po większej części w dzień wolne od niej i tylko nocami gorączkowało. Kaszel częsty z obfitą wydzieliną ropną; napady kokluszowe bardzo częste. W dniu 30 Września w dolnej części prawego płuca stopień odgłosu opukowego z odcieniem typanicznym, na ograniczonym miejscu odgłos pękniętego garnka; oddech wciąż amforyczny, płwocina ropna mniej obfita; ogólny stan dziecka zadawalający, tętno mniej częste, pełniejsze; dziecko ma łaknienie i lepiej się odżywia.

W ciągu następnych 8 dni stan dziecka się poprawia. W dniu 9 Października znalazłem: stan ogólny dziecka dobry; w nocy nieźle sypia, nie gorączkuje, łaknienie wzmożone. Kaszle często; płwocina ropna skąpa. W dolnej części prawego płuca lekkie stępienie; oddech oskrzelowy bez odcienia amforycznego. Ostatni raz widziałem dziecko dnia 13 Października. Nieznaczne stępienie odgłosu i oddech z lekka oskrzelowy bez rżeń jeszcze pozostały. Napady kokluszowe w mniejszym stopniu trwają ciągle; wydzielanie płwociny ropnej zmniejszone do *minimum*.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu: 1) na powikłanie ropniem płuc i 2) na sam charakter napadów krzuścowych.

Co do pierwszego, przedewszystkiem na zaznaczenie zasługuje rzadkość tego powikłania. Przeglądając dostępną mi literaturę, nie spotkałem się z niem nigdzie. Nic też dziwnego, że nam nawet na myśl mi nie przychodziła ta możliwość.

Ropieniu w płucu odpowiadała w naszym spostrzeżeniu gorączka znacznego natężenia z charakterem to przepuszczającym, to silnie zwalniającym, nie ustępująca pod wpływem wielkich dawek chininy, a zatem nie będąca zimnicą.

Drugiem godnem zaznaczenia i pewne uwagi następującym zjawiskiem był charakter napadów krztuścowych w przypadku przez nas spostrzeganym. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zarazek krztuścowy wnika do ustroju albo przez jamę nosową i tu się usadawia lub też prawdopodobnie częściej przez jamę ustną i wraz z powietrzem dostaje się na błonę śluzową krtani. W większości też przypadków mamy napady kaszlu z charakterem, że się tak wyrażę, krtaniowym, dowodzącym, co zresztą i badania wziernikiem krtaniowym stwierdziły, że głównym siedliskiem zaburzeń przy krztuścu jest krtień. W znacznej mniejszości przypadków, a do tych i nasz należy, głównym, a przynajmniej również ważnym siedliskiem zarazka może być błona śluzowa jamy nosowej, a wtedy mamy objawy ze strony jamy nosowej, jak: zatykanie nosa, kichanie, obok charakterystycznego kaszlu [który może zależeć od zajęcia muszli nosowych]. W przypadku naszym wielce charakterystyczne były napady, zaczynające się od kichania, zwykle dosyć długo trwającego i dopiero stopniowo przechodzącego w kaszel. Takie rozróżnienie ze stanowiska klinicznego siedliska zarazka i dla leczenia mogłoby mieć ważne znaczenie. Tłómaczyłoby ono dlaczego w nielicznych tylko przypadkach skutecznymi okazać się mogą miejscowe metody leczenia, skierowane na jamę nosową, jak wdmuchiwanie. O wiele częściej skutecznymi się okazują wziewania, skierowane na błonę śluzową krtani. Między innymi stwierdził to ROSENBLAT¹⁾, a moje osobiste doświadczenie uzupełnię się z tem zgodza.

Feliks Arnstein [Kutno].

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie d. 26. I. 1892 r..

Sokołowski przedstawia przypadek białaczki śledzionowo-gruczołowej. O. S., 50 lat, od 6—8 lat skarży się na powiększenie i bolesność śledziony i gruczołów limfatycznych szyi. Kuracja ciecocińska przed trzema laty wpłynęła nieco na zmniejszenie się tych ostatnich. Od 2 lat, po ciężkim zapaleniu płuc, chory zaczął kaszlać, jednocześnie zauważył obrzęki nóg i brzucha. W ostatnich czasach bolesność i krwawienie dziąseł zmusiło go do szukania pomocy w szpitalu. Pochodzi z rodziny zdrowej. Od 17-go roku życia skrzywił się kręgosłup (*spondylitis kyphotica*). Mając lat 23, przechodził *lues* o przebiegu dość łagodnym, a przed 2 laty chorował na zapalenie płuc, po którym jakoby zauważył ogólne pogorszenie. W ciągu ostatniego roku silnie wychudł i wynędzniał, ku czemu w pewnej części przyczyniły się kłopoty i zmartwienia. Chory leczył się przez czas pewien prywatnie [nie używał preparatów rtęci], lecz, nie doznając ulgi, zwrócił się do szpitala. *Abusus in Baccho et Venere* nie ma. Żonaty, i ma troje dzieci. Chory wzrostu średniego, budowy i odżywiania umiarkowanego. Skóra na całym ciele blade-żółta. Błony śluzowe blade. Działa blade i bolesne, krwawią i cuchną zdaleka. Gruczoły szyjowe, pachowe i pachwinowe powiększone; pierwsze bolesne. W płucach niezauważalne zgęszczenie prawego wierzchołka z wydechem ostrym i nieco wydłużonym. Badanie serca żadnych zmian patologicznych nie wykazuje, wątroba bez zmian. Śledziona znacznie powiększona [25×23]. W jamie brzusznej *ascites*, tudzież obrzęki dolnych kończyn. Chory skarży się na ogólne niedomaganie, bolesność i krwawienie dziąseł, suchy kaszel, uczucie pełności w jamie brzusznej i bolesną ociążałość obrzękłych nóg. Stolec nieregularny, łaknienie średnie, sen niespokojny, w nocy poty. Płwocina nader nieobfita, śluzowo-ropna, swoistych drobno-ustrojów nie ma. Mocz chory oddaje 1200 o ciężarze właściwym 1,017 i z kwaśnym odczynem. Mocz ani białka, ani cukru, ani krwi nie zawiera. Co się tyczy samych białych ciałek krwi, to te po zabarwieniu za pomocą barwnika poczwórnego [płyn Biondi'ego] składają się w większości z t. zw. ciałek neutrofilnych. Ciałek eozynofilnych okazuje się stosunkowo niewiele, co według zapatrywań EHRLICH'a i innych przemawia za formą *leukaemia lymphatico-lienalis* [nie zaś *medullaris*]. Badanie kliniczne w zupełności to potwierdza.

1) Patrz: Dziennik II zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Nr. 5. 1891.

SOKOŁOWSKI przedstawia chorą, u której od roku występują od czasu do czasu objawy duszności, noszące charakter oddechu stenotycznego. Chora, lat 20 mająca, dobrze zbudowana i odżywiana, zmian w narządach wewnętrznych jako też układzie nerwowym nie przedstawia. Badanie jamy nosogardzielowej wykazuje objawy t. z. kataru nosogardzielowego suchego, ze znaczną ilością strupów w jamie nosowej. W krtani nieznaczny rozrost podgłośniaowy lewej struny, przedstawiający się pod postacią jakby niewielkiego polipa. Przy głębokim oddechaniu widać wyraźnie niemożność utrzymania głosu na wysokości wdechu, a stale występuje zbliżanie się strun, warunkujących dość znaczne zwężenie głośni. Oprócz tego istnieje na podstawie języka olbrzymi rozrost migdałka językowego pod postacią dwóch sporych guzowatości. SOKOŁOWSKI sprawę tę uważa za skurcz zwieraczy głośni, być bardzo może, powstały na drodze odruchu przerośniętego migdałka językowego; nie sądzi bowiem, aby w nieznacznym stopniu istniejąca sprawa rozrostowa mogła ów oddech stenotyczny warunkować. Zresztą przedsięwzięć się mające niebawem zniszczenie galwanokaustyczne przerośniętego migdałka wykaże, o ile przypuszczenie to jest uzasadnione.

W dyskusji zabierają głos koledzy: WRÓBLEWSKI i SĘDZIAK, którzy zdanie SOKOŁOWSKIEGO co do rozpoznania jakoteż i leczenia w zupełności podziwiają, proponując usunięcie migdałka pętlicą galwanokaustyczną. ¹⁾

TOWARZYSTWA LEKARSKIE PROWINCYJONALNE.

I. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

W minionym roku Tow. Lek. Lub. odbyło posiedzeń 11: jedno ogólne wyborcze i 10 zwyczajnych, poświęconych pracom naukowym, odczytom, sprawozdaniom i demonstracjom chorych. Ważniejsze z tych prac:

Kol. ARNSTEIN. Sprawozdanie z wycieczki do Berlina w celu studyjowania metody Koch'a leczenia gruźlicy.

Kol. BIERNACKI. 1) O metodach dyagnostycznych. 2) Sprawozdanie z 10-u przypadków chorób mózgu i rdzenia, obserwowanych w szpitalu Ś-go Wincentego. 3) Cztery przypadki histeryi u mężczyzn. 4) Sprawozdanie z pracy kol. KRÓLIKOWSKIEGO. O kwasie ortooksychinolinkarbolowym.

Kol. DOWNAR. Sprawozdanie ze 100 operacji zaęmy.

Kol. DZIEWISZEK. Sprawozdanie z kongresu międzynarodowego lekarskiego w Berlinie w roku 1890.

Kol. DOBRUCKI. 1) Sprawozdanie z wycieczki do Berlina w Grudniu 1890. 2) Przypadek zaniechanego porodu. 3) O strumektomii z demonstracją chorego.

Kol. GŁOGOWSKI. 1) O anomaljach zmysłów u więźniów. 2) O nowym objawie neurastenii [krytyka pracy kol. DUNINA].

Kol. JACZEWSKI. W kwestyi leczenia rozedmy płucnej.

Kol. JAWOROWSKI. 1) Sprawozdanie z licznych prac z dziedziny elektroterapii ginekologicznej, z dołączeniem własnej statystyki. 2) Przypadek pęknięcia macicy [z wypadnięciem łożyska i połowy płodu do jamy brzusznej], zakończony wyzdrowieniem. 3) Ciekawy i skomplikowany przypadek zapalenia błony wewnętrznej serca u dziecka.

Kol. KUSZELEWSKI. Przypadek ciąży zamacicznej z wyzdrowieniem bez interwencji lekarskiej.

¹⁾ Kol. SOKOŁOWSKI w kilka dni potem dokonał wyżej wspomnianego rękoczynu, wyciąwszy pętlicą galwanokaustyczną dwa guzy wielkości orzecha laskowego. Badanie histologiczne wykazało typowy rozrost tkanki adenoidalnej z małym udziałem rozrostowym tkanki łącznej. Objaw jednakże wyżej wspomniany, t. j. oddech stenotyczny od czasu do czasu występujący, nie uległ zmianie; w ciągu kilkotygodniowego pobytu chorej w szpitalu były spostrzegane dni, w których chora oddechała zupełnie swobodnie, w innych dniach znowu występował oddech utrudniony. Tym sposobem zależność objawu tego od rozrostu migdałka językowego okazała się nieuzasadnioną. SOKOŁOWSKI zaś przyszedł do wniosku, że mamy do czynienia z tak zwaną histeryczną dusznością, zależną od przemijającego skurczu zwieraczy, warunkowanego ogólnoneurastenicznym, *resp.* histerycznym stanem pacjentki.

Kol. KLARNER. Kilka słów o śmiertelności i rozradzaniu się ludności gminy Bełżyce.

Kol. LESZCZYŃSKI. Kilka słów o rokowaniu w przymocie.

Kol. STANISZEWSKI. 1) Dwa przypadki zapalenia gruczołu podszczękowego. 2) Zapalenie płuc krupowe o niezwykłym przebiegu.

Kol. TETZ. Sprawozdanie o ruchu chorych w szpitalu Starozakonnym w r. 1889—90.

Kol. ZAGÓRSKI. 1) O transplantacji metodą THIRSCHE'a. 2) O kruszeniu kamieni pęcherzowych. 3) O kolpoperineorafii. 4) O zwłchnieniu dwustronnem żuchwy. 5) O operacji raka języka.

Oprócz wyżej wymienionych komunikowane były na posiedzeniach prace pomniejsze, ciekawsze przypadki z praktyki z demonstracjami chorych lub też preparatów anatomicznych.

Nowych członków czynnych przybyło 4-ch: Kol. BIERNACKI, KUSZELEWSKI, LESZCZYŃSKI i KRÓLIKOWSKI.

Zmarło 2-ch członków honorowych: ś. p. SZOKALSKI i NEUGKBAUER.

Biblioteka zwiększyła się w roku zeszłym o 51 dzieł w 72 tomach, tak, że katalog obejmuje obecnie 2,224 dzieł.

St a n k a s y :

D o c h ó d w r a z z r e m a n e n t e m	rs. 313 kop. 8 1
W y d a t k i „ „	„ 213 „ 13
Pozostaje remanentu na 1891/2	rs. 100 kop. 7 1
N a f u n d u s z ż e l a z n y w r. 1890/91 z ł o ż o n o	„ 70 „ 49
z ł a t p o p r z e d n i c h	„ 221 „ 73
R a z e m c a ł y f u n d u s z w y n o s i	rs. 292 kop. 2 2
Z a l e g ł o ś c i w s k ł a d k a c h w y n o s z ą	„ 235

XIV-ty rocznik protokółów Towarzystwa za rok 1890/91 wkrótce wyjdzie z druku.

II. Towarzystwo Lekarzy miasta Łodzi gub. Piotrkowskiej.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie, istniejące od 1885 roku, w ubiegłym 1891 roku liczyło 38 członków czynnych i 2 członków korespondentów. Z liczby członków czynnych było 31 lekarzy, 2 lekarzy weterynaryi i 5 farmaceutów. 37 członków liczy sama Łódź i tylko jeden zamieszkuje poza Łodzią w Zgierzu.

W ciągu roku sprawozdawczego przybyło dwóch członków czynnych, a ubyło dwóch wskutek wyjazdu z Łodzi.

Posiedzeń w ciągu roku 1891 r. odbyło się 18 zwyczajnych i jedno doroczne. Posiedzenia zwyczajne, które odbywają się 2 razy na miesiąc, miały charakter przeważnie kliniczny: demonstracja chorych, zasługujących na uwagę, jako też demonstracje tworów patologicznych, mniej lub więcej obszerne historyje ciekawszych przypadków chorób, dokonanych operacji lub sekcji sądowo-lekarskich, stanowiły przeważnie treść tych posiedzeń. Dwa jednak posiedzenia poświęcone były wyłącznie higienie i miały na celu obmyślenie środków polepszenia warunków sanitarnych miasta.

Finansowa strona Towarzystwa tak się przedstawia:

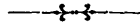
R e m a n e n t z r o k u 1890	286 rs.
W p ł y w y w c i ą g u r o k u 1891	374 „
R a z e m	660 rs.

Ponieważ wydatków w ciągu roku było 357 rs., pozostało więc na rok bieżący 303 rs.. Dochody kasy Towarzystwa stanowiły składki roczne członków [12 rs. rocznie]. Wydatki główne stanowią: opłata za lokal [150 rs.] oraz wydatki na książki i czasopisma [197 rs.].

Biblioteka Towarzystwa składa się, oprócz czasopism, z 244 dzieł w 482 tomach.

Przy wyborach, dokonanych na posiedzeniu dorocznym [16 Grudnia r. z.], wybrani zostali ci sami koledzy na członków zarządu na rok bieżący; a więc prezesem pozostał nadal J. LOHRER, wiceprezesem K. JONSCHER, sekretarzem J. KOLIŃSKI, kasyjerem M. LIKIERNIK i bibliotekarzem II. RUNDO.

Wiadomości terapeutyczne.



12. *Guajacolium carbonicum*. Węglan gwajakolu. Dzięki SOMMERBRODT'owi w terapii gruźlicy płucnej powszechnie zwrócono się do kreozotu, już dawniej szczególnie przez Francuzów zalecanego. Wyniki, otrzymywane przez wielu lekarzy przy stosowaniu kreozotu u suchotników, jak nam wiadomo, nie wypadają jednakowo: gdy jedni, zgodnie z SOMMERBRODT'em, w kreozocie widzą jedyny skuteczny środek farmaceutyczny przeciw gruźlicy, inni przeciwnie kreozotowi do pewnego stopnia przypisują nawet własności szkodliwe, albo przynajmniej zupełnie obojętne.

Przyczyna tych sprzecznych wyników leży niezawodnie w tem, że przeważnie kreozot nie należy do przetworów zupełnie czystych, i że nie jest pojedynczym związkem chemicznym, ale mieszaniną, składającą się głównie z gwajakolu, a obok tego z dość dużej ilości kreozolu i pochodnych pyrogalolu. Owe części składowe kreozotu niezawsze znajdują się w jednym i tym samym stosunku; stosownie więc do fabryki, z której pochodzi kreozot, mamy inną mieszaninę, a nawet jedna i taż sama fabryka w rozmaitych czasach dostarcza kreozotu o rozmaitym stosunku składników.

Ta właśnie okoliczność była powodem, że SAHLI, zamiast kreozotu, wprowadził do terapii gwajakol. Wszelako następnie okazało się, że i gwajakol, a nawet przetwór tak zwany „absolutnie czysty“ wcale nie odpowiada swej nazwie, gdyż zawiera, co najwyżej, 90% gwajakolu czystego, a resztę stanowią przymieszki wcale niepożądane.

Zresztą i gwajakol nie usunął bynajmniej wszystkich stron ujemnych kreozotu; oba bowiem przetwory mają zapach niezbyt przyjemny, a prócz tego w niektórych razach istotnie tak drażnią błonę śluzową przewodu pokarmowego, że ich dłużej stosować nie można, szczególnie przy cierpieniu gruźliczem kiszki.

Oto, między innymi, są powody, dla których lekarze szukają innych środków, a względnie takich związków chemicznych, z którychby gwajakol w stanie czystym powoli i stopniowo wywiązywał się dopiero w przewodzie pokarmowym. Jeden z takich związków, a mianowicie benzoyl-gwajakol, czyli benzosol [Gaz. Lek. Wiad. Terap. 1891 r. str. 823], już poprzednio zanotowałem na tem miejscu. Obecnie kilka słów wypada mi powiedzieć o nowym środku leczniczym, w tym samym celu do terapii wprowadzonym, t. j. o węglanie gwajakolu.

Węglan gwajakolu jest to proszek krystaliczny, bez smaku i zapachu. Nie rozpuszcza się w wodzie. Mało rozpuszcza się w glicerynie, w olejach tłustych i w zimnym alkoholu; łatwo zaś — w alkoholu gorącym, w eterze, chloroformie i benzolu.

Wobec ługu sodowego węglan gwajakolu już na zimno rozszcza się na swe części składowe, t. j.: na kwas węglany i gwajakol.

Doświadczenia fizjologiczne i spostrzeżenia kliniczne, przeprowadzone przez SEIFERT'a i HÖLSCHER'a (*Ueber die Anwendung von Guajacolcarbonat bei Tuberculose. Berliner klin. Woch. 1891. 51.*), dały wyniki następujące.

Wzmiankowany środek leczniczy nie wpływa szkodliwie na organizm ludzki i zwierzęcy. Psom np. dawano na dobę aż do 20,0 węglanu gwajakolu bez wywołania zaburzeń; tak samo bez szkody króliki przyjmowały całymi tygodniami węglan gwajakolu w pokarmie.

W pół godziny lub w godzinę po zadaniu wzmiankowanego leku można gwajakol wykazać w moczu.

Węglan gwajakolu, zmieszany ze świeżo siekanym żołądkiem i wodą i pozostawiony tak przez 12 godzin przy 37° C., nie rozkłada się: w filtracie nie można wykazać gwajakolu. A zatem węglan gwajakolu w żołądku nie ulega rozkładowi, a dopiero w kiszkiach stopniowo rozszcza się na kwas węglany i gwajakol. Wszelako u suchotników, u których w żołądku znajduje się dużo saprofytów i innych pasorzytów, przez sprawę gnilną i fermentacyjną pewna część węglanu gwajakolu rozszcza się już w samym żołądku, co zresztą pożytecznem jest do pewnego stopnia, gdyż powstrzymuje dalszą fermentację i zabija pasorzyty.

Przy stosowaniu u suchotników zauważono, że wogóle chorzy bardzo dobrze znoszą węglan gwajakolu, a między innymi i tacy chorzy, którzy w żaden sposób kreozotu i samego gwajakolu znieść nie mogli. Łaknienie się poprawiało, waga ciała się zwiększała, kaszel łagodniał, płwocina

stawiała się mniej obfita, a w niej liczba pasorzytów wyraźnie malała. I miejscowe zmiany, notowane podczas biegu obserwacji, przypuszczać pozwalały, że sprawa gojenia i zabliznienia postępuje. Wyraźnego wpływu na gorączkę węglan gwajakolu nie wywiera, jednakże z poprawą stanu ogólnego i gorączka i poty ustępowały.

Rozumie się samo przez się, że obok węglanu gwajakolu starannie uwzględniać należy terapię dietetyczną i higieniczną.

D a w k a: albo rano, albo wieczorem, albo też rano i wieczorem chory dostaje 0,2—0,5 [gr. III—gr. VIII] węglanu gwajakolu. Stopniowo dawkę należy zwiększać, tak, że można dojść do 6,0 *pro die*.

13. Teoryja działania niektórych leków na ustrój, a w szczególności kreozotu i gwajakolu na ustrój gruźliczy. Co się tyczy sposobu działania kreozotu i gwajakolu na ustrój gruźliczy, to HÖLSCHER i SEIFERT (*Ueber die Wirkungsweise des Guajacols. Ein Betrag zur Theorie der Arzneivirkung. Berlin, klin. Wochenschr. 1892. 3.*) w drugiej swej pracy skreślili pogląd, zasługujący, naszym zdaniem, na zaznaczenie.

W kwestyi sposobu działania kreozotu i gwajakolu na ustrój gruźliczy, jak wiadomo, lekarze dzielą się przeważnie na dwa obozy: jedni, jak SOMMERBRODT i SCHETELIG, utrzymują, że leki te wywierają działanie s p e c y f i c z n e; inni zaś — a do nich, przyznać trzeba, większość lekarzy należy — sądzą, że środki te działają tylko s y m p t o m a t y c z n i e, KLEMPERER np. mniema, że gwajakol działa podobnie jak wszystkie środki gorzkie (*amara, stomachica*) przez pobudzenie czynności żołądka.

Ów pogląd drugi pozornie przedstawia dużo prawdopodobieństwa, a to z dwóch powodów. Przedewszystkiem najwybitniejszym i najszybszym skutkiem działania owych leków bywa istotnie w największej liczbie przypadków poprawa łaknienia i trawienia. Powtórę, kreozot i gwajakol posiadają, bądź co bądź, smak i zapach ostry, drażniący, przez co można mniemać, że na drodze drażnienia żołądka pobudzają jego czynności wydzielnicze i ruchowe. Wszelako w rzeczywistości pogląd ten nie ma słuszności; inne bowiem związki gwajakolu, które nie mają ani smaku, ani zapachu, które nie rozpuszczają się w żołądku i nie drażnią jego ścian, jak np. benzoyl-gwajakol, a szczególnie węglan gwajakolu, posiadają też samą własność pobudzania łaknienia, a nawet jeszcze w wyższym stopniu. Zresztą najbardziej przeciw temu pogładowi przemawiają SCHETELIG'a doświadczenia, według których skuteczne działanie gwajakolu pozostawało jednakiem bez względu na to, czy środek ten podawano do wewnątrz, czy też zastrzykiwano podskórnie w uda.

Zwolennicy teorii pierwszej, t. j. specyficznego, antytuberculeznego działania kreozotu i gwajakolu, opierają się głównie na doświadczeniu *in vitro*. Ponieważ — powiadają oni — kreozot i gwajakol w próbówce wyraźnie wpływają hamująco, a nawet niszcząco na rozwój lasecznika gruźliczego, przeto przyjąć należy, że i w ustroju takie działanie najpewniej wywierają.

Otóż, HÖLSCHER i SEIFERT nie zaprzeczają specyficznosci kreozotu i gwajakolu, ale zupełnie inaczej owo działanie specyficzne sobie objaśniają, a do tego doszli na drodze doświadczałnej.

Zwierzętom, psom i królikom, podawali różne przetwory gwajakolu, a następnie szczegółowo badali surowicę krwi tak na gwajakol, jako też na zachowanie się jej wobec hodowli gruźliczych. Otóż, pokazało się: 1) że gwajakol wessany do krwi wcale już tam nie krąży w stanie wolnym, t. j. jako gwajakol, ale w jakimś związku, dotąd bliżej nie zbadanym i 2) że taka surowica krwi wcale już nie zachowuje się jak roztwór gwajakolu, ale pozostaje bez żadnego wpływu na laseczniki gruźlicze. Z tego wynika, że pogląd specyficznosci opierający się na doświadczeniu w próbówce i dowodzący, że wskutek wprowadzania dużych dawek gwajakolu lub kreozotu wywołujemy wewnętrzną antyseptykę, sterylizację krwi, upaść musi.

Wszelako specyficzne działanie tych leków można sobie przedstawić zupełnie na innej drodze. Przedewszystkiem, jak przekonali doświadczenia SEIFERT'a i HÖLSCHER'a, pamiętać należy o tem, że wessany gwajakol krąży we krwi, nie w stanie wolnym, ale pod postacią nowego związku chemicznego. Ponieważ ciała białkowe krwi, jak wiadomo, są temi składnikami krwi, które najbardziej zdolne są do tworzenia związków chemicznych; ponieważ wessany gwajakol wydziela się z ustroju jako sól etero-siarczana: przeto przyjąć należy, że wessany gwajakol łączy się z substancjami białkowemi krwi i to za pośrednictwem siarki, zawartej

w molekule białka. Idźmy dalej. Wiadomo, że krew osobników gruźliczych zawiera, oprócz prawidłowych substancji białkowych, jeszcze inne substancje białkowe, nowo-powstałe wskutek sprawy chorobowej, np. wytworzone przez przemianę materii łasieczników gruźliczych. Wiadomo dalej, że właśnie owe nowo-wytworzone substancje białkowe należą do związków bardzo nietrwałych, zmiennych (*labile*), t. j. do związków, które bardzo energicznie wywołują sprawy chemiczne, lub bardzo chętnie z innymi ciałami wchodzą w różne związki chemiczne i że przez to właśnie są jadami dla nstroju. Tę skłonność tworzenia się związków z innymi ciałami posiadają ciała białkowe nietrwałe w daleko wyższym stopniu, aniżeli zwykłe ciała białkowe krwi; ztąd też nawet i nazwa ich — nietrwałe, zmienne — pochodzi.

Dopóki owe zmienne, jadowite ciała białkowe w krwi się znajdują, dopóty cały wessany gwajakol łączy się, nie z prawidłowymi ciałami białkowymi, mniej chemicznie energicznymi od nietrwałych, ale właśnie z owymi nietrwałymi substancjami białkowymi, przeprowadzając je w związki bardziej trwałe. A te nowe związki substancji białkowych zmiennych z gwajakolem są już w każdym razie niejadowite: jest to więc już wielka wygrana; jest to wprost działanie antydotyczne. Co się też dalej dzieje z owymi nowo-wytworzonymi związkami gwajakolu w krwi? W dalszym ciągu te nowe związki z gwajakolem zmieniają się pod wpływem tlenu, a mianowicie: gwajakol ze siarką molekulu białka odszczepia się ze związku i utlenia się na sól siarczano-gwajakolową, a reszta molekulu białka dalej się rozpada. Produkty rozszczepienia i rozpadu wydzielają się ze krwi i po większej części wydalają się na zewnątrz z moczem.

W ten właśnie sposób łatwo zrozumieć, że przez ciągłe wprowadzanie gwajakolu w dostatecznej ilości do ustroju krew ciągle i stale uwalniamy od jadowitych produktów przemiany materii łasieczników gruźliczych.

Jeśli teraz zwrócimy uwagę na to, że owe substancje białkowe nietrwałe, wytworzone wskutek sprawy chorobowej, są właśnie przyczyną gorączki, potów nocnych, utraty łaknienia, zaburzenia w trawieniu i upadku odżywiania, to jasno pojmujemy, dlaczego w miarę zniszczenia lub zohojętniania owych substancji jadowitych ustępować musi gorączka i poty nocne, łaknienie i trawienie poprawiać, a odżywianie ogólne podnosić się. A właśnie są to objawy poprawy, notowane przy ciągłym stosowaniu kreozotu i gwajakolu. Im więcej — naturalnie do pewnej granicy — gwajakolu wprowadzimy do krwi, tem dokładniej owe nietrwałe, jadowite substancje białkowe wydziela się z ustroju, a tem samem tym pomyślniejszym będzie wynik leczenia. I to zgadza się najzupełniej z obserwacją, że owe leki tem lepiej działają, im łatwiej i w większej ilości chorzy je znoszą.

Podobnie jak gwajakol, działają i inne pokrewne związki chemiczne, np. *eugenol* (*eugenolum*). W istocie eugenol już dawniej zalecano jako środek leczniczy przeciwko suchotom płucnym. Środek ten jednak w stanie wolnym za silnie drażniąco działa na błonę śluzową przewodu pokarmowego. Być może, że związek jego z kwasem węglanym okaże się odpowiedniejszym.

Wprawdzie dotąd należy dla gruźlicy uważać gwajakol i pokrewne mu związki za środki specyficzne, jednakże bardzo być może, że w przyszłości znajdzie terapia inny środek leczniczy o wiele skuteczniejszy, o wiele bardziej specyficzny od gwajakolu.

Nawiasowo napomknąć mi tu wypada, że właśnie w danej chwili zajmują się lekarze badaniami działania nowego związku gwajakolu, a mianowicie *cynamonianem gwajakolu*, czyli t. zw. *styrakolem*. Niepodobna przesądzać z góry, jak wypadną wyniki, ale zaznaczyć w każdym razie trzeba, że i *kwas cynamonowy*, znajdujący się w styraksie, w balsamie peruwijańskim i toluzańskim, ma gorących zwolenników przy leczeniu gruźlicy, a między innymi *LANDERER'a*, który, jak nam wiadomo [Wiad. Terap. Gaz. Lek. 1889.], głównie balsam peruwijański wprowadził do terapii gruźlicy.

Z powyższego widzimy zatem, że *HÖLSCHER* i *SEIFERT* specyficznosc gwajakolu przy gruźlicy starają się pogodzić z najnowszymi wynikami, otrzymanymi w ostatnich czasach w dziedzinie bakterjologii i patologii doświadczalnej.

Niedosć na tem, *HÖLSCHER* i *SEIFERT* idą jeszcze dalej i przypuszczają, że w podobny sposób, jak dla kreozotu i gwajakolu, można objaśnić działanie w pewnych stanach patologicznych wszystkich tych środków leczniczych, które albo całkowicie, albo częściowo wydzielają się z ustroju jako sole etero-siarczane; tu więc należałyby: 1) wszystkie fenole i ich pochodne, 2) oraz wiele leków z grupy aminów, jak: antyfebryna, fenacetyna, pewne alkaloidy i t. d.

Z tego wszystkiego możnaby wyprowadzić zasadę ogólną, że: specyficzne działanie niektórych leków przychodzi do skutku przez to, iż pewien dany środek leczniczy łączy się szczególnie łatwo z jedną z wielu substancyj białkowych nietrwałych, jadowitych, powstawających wskutek sprawy chorobowej, i wytwarza z nią związek nowy białkowy, niejadowity. Ponieważ środki lecznicze w rozmaitym stopniu, mniejszym lub większym, zdolne są do odczynów chemicznych, a szczególnie do utleniania się, przeto dany środek leczniczy może wpłynąć i na szybkość wydzielenia ze krwi owego nowego związku białkowego.

Sądząc z dotychczasowych doświadczeń, przyznać trzeba, że mało mamy widoków na wynalezienie takich leków, któreby, po wessaniu się do ustroju, wprost mogły niweczyć pewne drobnoustroje chorobotwórcze. Takie środki lecznicze, które niwecząco mają działać bezpośrednio na bodźce chorobowe są możliwemi tylko dla niektórych przypadków chorobowych, a mianowicie tam, gdzie środek, bez poprzedniego wessania się do ustroju, wprost zetknąć się może z danym drobnoustrojem, np. w cholercze. Jednakże i taki środek leczniczy, gdyby nawet wszystkie laseczniki choleryczne w danym ustroju uczynił nieszkodliwemi, to jednakże pomimo to sam przez się ustroju zagrożonego nie mógłby uratować wówczas, kiedy ustroj już za dużo jadowitych produktów przemiany materji lasecznikóv cholerycznych przejął. Trzeba by więc w takim razie koniecznie jeszcze mieć do dyspozycji środek specyficzny, któryby owe jadowite produkty w organizmie zubożył i zniszczył.

Jasną jest przeto rzeczą, że w największej liczbie chorób zakaźnych główne usiłowanie lekarza zwróconem będzie musiało być na to, aby substancje jadowite, wytworzone przez bodźce chorobowe, wydalic z ustroju za pomocą środków specyficznie działających, i aby w ten sposób postawić chory ustroj w takich warunkach, przy których mogły wszystkie siły zespolić i wyczerpać dla zwalczenia wtargniętego bodźca chorobowego.

Ze stanowiska chemicznego przypuścić by należało, że dla każdej t. zw. nietrwałej substancji białkowej, odpowiadającej danej chorobie zakaźnej, można będzie znaleźć właściwy środek, który z nią wytwarza związek nieszkodliwy, wydzielający się następnie ze krwi. Tak przynajmniej pojmować by należało środki specyficzne przyszłości.

Wiktor Grostern.

CESARSKI INSTYTUT MEDYCyny DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

W początku roku zeszłego otwarty został w Petersburgu Cesarski Instytut medycyny doświadczalnej. Ze względu na wysokie cele naukowo-społeczne, jakie nowa ta instytucja ma na widoku, oraz międzynarodowy jej charakter, uważamy za właściwe zaznajomić czytelników z organizacją tego Instytutu, jego zadaniami i składem obecnym, a to opierając się na źródłach wiarogodnych, poczerpniętych głównie z zatwierdzonej w d. 15-go Kwietnia st. st. 1891 r. czasowej ustawy tegoż Instytutu, jak również z danych, dostarczonych nam przez kol. L. NENCKIEGO, który w miesiącu bieżącym zwiedzał szczegółowo urządzenia Instytutu. Historja powstania tego Instytutu jest następująca. W roku 1885 z inicjatywy i kosztem Jego Wysokości Księcia Aleksandra Olenburskiego otwarto przy weterynaryjnym lazarecie pułku konnego lejbgwardji pracownię dla badań nad zarazką wścieklizny, a w roku 1886 otwarto tamże stację szczepienia zarazką wścieklizny osobom pokąsanym. Skoro następnie w tejsze pracowni zajęli się badaniami doświadczalnemi nad szczepieniem syfilisu zwierzętom D-r SZPERK, a Magister weterynaryi HELMAN nad szczepieniem gruźlicy, pomieszczenie dla tych badań okazało się nieodpowiedniem i hojny mecenas nauki J. W. Ks. Oldenburgski postanowił utworzyć Instytut medycyny doświadczalnej, który, urządzony odpowiednio najnowszym wymaganiom, mógłby służyć dla celów naukowo-praktycznych, a głównie dla badań nad chorobami zaraźliwemi u człowieka i zwierząt. W tym celu należało wynaleźć dla Instytutu odpowiednie pomieszczenie, utwalić jego byt materyjalny i nadać mu charakter urzędowy. Wszystkie te zadania zostały pomyślnie rozwiązane i już w drugiej połowie roku zeszłego Instytut zaczął funkcyjnować.

Zanim przejdziemy do opisu urządzeń Instytutu i jego składu musimy powiedzieć słów kilka co do jego celów i wewnętrznej organizacji. Cesarski Instytut medycyny doświadczalnej ma za zadanie zbadanie przyczyn powodujących choroby zwłaszcza charakteru zaraźliwego, jak również

zastosowanie odpowiednich środków do zwalczania tych chorób i ich następstw. W Instytucie tym znajdują się mają: 1) oddziały naukowe, 2) oddziały praktyczne. Oddziały praktyczne mogą być otwierane, na mocy decyzji ministra spraw wewnętrznych, oprócz Petersburga i w innych miejscowościach Państwa.

W skład Instytutu wchodzi: członkowie rzeczywiści, członkowie honorowi i członkowie współpracownicy. Prace i badania, dokonywane w Instytucie, mają być dwojakie: ogólne, dokonywane w oddziałach naukowych według ustanowionego planu ogólnego, i częściowe, zależne od wyboru i zapatrywania się pojedynczych członków Instytutu. Główny zarząd Instytutu zależy od kuratora naznaczonego przez Najjaśniejszego Pana. Bezpośredni zaś zarząd Instytutu należy do dyrektora. Ogólny kierunek naukowo-praktyczny nadaje Instytutowi Rada, złożona ze wszystkich członków rzeczywistych Instytutu, pod przewodnictwem dyrektora. Rada ta zbiera się w miarę potrzeby, lecz nie rzadziej niż raz w miesiąc. Członkowie rzeczywisti Instytutu są kierownikami oddziałów naukowych i według ich wskazówek i pod ich odpowiedzialnością są wykonywane prace i poszukiwania ogólne. Zarządzający oddziałami praktycznymi winni stosować, pod osobistą odpowiedzialnością, sposoby podane przez Instytut dla zapobiegania i leczenia chorób. Instytut ma prawo wydawać swoje prace bez cenzury, jako oddzielne dzieła lub też wydawnictwa peryjodyczne. Wszystkie prace Instytutu mają być drukowane w dwóch językach: ruskim i francuzkim. Dyrektora i członków rzeczywistych Instytutu wybiera i przedstawia kurator po porozumieniu się z Ministrem spraw wewnętrznych. Wykładów w Instytucie nie bywa. Co do liczby lat służby i wynagrodzenia, członkowie rzeczywisti Instytutu są na prawach zwyczajnych profesorów Uniwersytetu, zarządzający oddziałami praktycznymi na prawach profesorów nadzwyczajnych. Pensje emerytalne członków Instytutu podlegają ogólnym zasadom, w razie zaś śmierci od choroby zaraźliwej, skutkiem zajęć w Instytucie, przyznana zostaje całkowita emerytura.

Środki finansowe Instytutu stanowią: 1) sumy naznaczone przez kasę państwa, 2) zasiłki od różnych instytucji, 3) ofiary prywatne, 4) dochody z własności instytutowej, z wydań naukowych i ze sprzedaży środków lekarskich przygotowanych w Instytucie. Ogólny etat Instytutu wynosi 131660 rs.; z tego na wydatki gospodarze 55000 rs.. Pensje członków rzeczywistych rocznie wynoszą po 4000 rs., zarządzających oddziałami praktycznymi 2400 rs., asystentów 1500 rs.. Cesarski Instytut medycyny doświadczałnej znajduje się na wyspie aptekarskiej [aptekarskiej ostrowi]; oddalony on jest od środka miasta pół godziny drogi. Wyspa aptekarska znajduje się w pięknym położeniu, otoczona licznymi starami drzewami, służy w lecie jako miejsce pobytu zamożniejszych mieszkańców Petersburga. Do Instytutu należy kilkanaście domów, znajdujących się w pobliżu od siebie. W głównym gmachu murowanym, piętrowym mieszczą się wszystkie pracownie. Instytut zaopatrzone jest już dzisiaj we wszystko, co do badań naukowych jest potrzebnem. Czystość wzorowa tak na salach jak i w korytarzach. Oświetlenie gazowe i elektryczne. Podwójnymi rurami rozprowadzona jest wszędzie woda, tak ciepła, jak i zimna. W pracowni chemiczno-bakteryjologicznej znajduje się w osobnych pokojach mnóstwo termostatów, prowadzonych głównie z Paryża, i urządzony w niej jest specjalny pokój ciemny dla fotografii. Przy pracowniach: fizjologicznej i anatomii patologicznej, znajdują się oddzielne pokoje sekcyjne ze stołami marmurowymi, które mogą być odpowiednio ogrzewane lub oziębiane, i piwnica na lodzie dla przechowywania trupów.

W tym samym gmachu mieści się czytelnia wspólna i sala posiedzeń. Oddzielny gmach służy do pomieszczenia zwierząt, mających być użytemi do doświadczeń. Spotykamy tam w osobnych, wygodnych pomieszczeniach: wspaniałą kolekcję małp, wilki, krowy, konie, psy, króliki, świnki morskie, żaby i t. p.. Inny budynek pomalowany na olejno, z podłogą marmurową, ma służyć dla ludzi i zwierząt, dotkniętych wścieklizną. Pomyślano również o wygodach dla pracujących w Instytucie i ponieważ na miejscu trudno dostać co do zjedzenia, urządzono zatem w osobnym budynku, kosztem Instytutu, restaurację, w której każdy z pracujących w Instytucie może dostać, w godzinach południowych, po cenach umiarkowanych, wszelkich gorących potraw.

Oprócz tego buduje się obecnie dla pracowni chemiczno-bakteryjologicznej osobny gmach kosztem 140000 rs. według wskazówek i pod osobistym nadzorem kierownika pracowni tej, prof. MARCELEGO NENCKIEGO. Również przed miesiącem zakupił na wyspie J. W. Książę Oldenburgski pół włóki gruntu na mający się budować dla Instytutu szpital dla pomieszczenia odpowiednich chorych. Obecny skład Instytutu jest następujący: Kuratorem Instytutu jest jego założyciel, Je go

Wysokość Książę Aleksander Piotrowicz Oldenburgski; dyrektorem prof. SZPERK, syfilidolog. Katedr ma być ośm, z tych 6 jest dotąd obsadzonych. Kierownikiem pracowni fizjologicznej jest prof. PAWŁOW; pracowni anatomo-patologicznej prof. USKOW; pracowni chemiczno-bakteryjologicznej prof. MARCELI NENCKI; pracowni dla badań roślin w stosunku do bakteryj, fizjologii, anatomii, chemizmu roślin i t. p. D-r WINOGRADZKI, przyrodnik; pracowni dla syfilidologii prof. SZPERK; pracowni weterynaryjnej D-r HELMAN. Nie są jeszcze obsadzone: katedra czystej bakteryjologii i katedra chemiczno-fizykałna do badań powietrza, odzienia, gruntu, wentylacji, opalania mieszkań, dezynfekcyi szpitali i t. p.. Redaktorem wydawnictw Instytutu jest D-r WINOGRADZKI, łómaczką na języki francuzki i ruski pani SOKOŁOW. Prof. M. NENCKI, oprócz chemii fizjologiczno-bakteryjologicznej, zajmuje się chemiją czystą. Asystentów ma obecnie 4-ch: D-rowsa NADZIEJA SIEBER, D-r DZIERZGOWSKI, D-r REKOWSKI, i technolog BORTKIEWICZ. Prof. PAWŁOW jest wyborynym wiiwisektorem, a wyklada oprócz tego farmakologiję w akademii medycznej. U prof. NENCKIEGO pracuje obecnie około 20-tu lekarzy: rossyjan, polaków, niemców, anglików i amerykanów. Również i u prof. PAWŁOWA jest kilkunastu pracowników, tak, że obecnie w Instytucie zajmuje się pracami naukowemi około 40-tu osób, do Instytutu nienależących.

E. Modrzejewski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W sprawozdaniu z odczytu mego w Towarzystwie Lekarskiem, zamieszczonem w N-rze 13 Gazety Lekarskiej na str. 286, o leczeniu *genu valgum* i *varum* wkradła się pomyłka, którą należy sprostować w ten sposób: że przypadki leczone przez wypijowanie kłykcia kości udowej ze stawu kolanowego dały wynik lepszy pod względem kształtu kończyny, lecz z powodu skłonności do skurczenia (*contractura*) potrzeba było bardzo starannie i przez długi czas zwalczać takowe za pomocą ruchów licznych i masażu; w przypadkach zaś leczenia *genu valgum* przez wypijowanie klina z kości udowej, kończyna jest mniej kształtną, ale ruchy w stawie są łatwe i swobodne. W. Stankiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt Marcowy „Odczytów klinicznych”; zawiera on spolszczenie pracy „O drgawkach porodowych” ROBERTA OLSHAUSEN'a.

— Wyszedł z druku zeszyt 1-szy Pamiętnika Tow. Lek. Warszawskiego za rok bieżący. Wygląda on bardzo korzystnie i pod względem zewnętrznym [druk, papier, piękne tablice chromolitografowane], i pod względem treści [5 rozpraw doświadczalnych i laboratoryjnych]. Przeglądając to wydawnictwo, niezmiernie tanie [900 stronic rocznie za 3 rs.], mimowoli nasuwa się myśl, że „Pamiętnik” z natury rzeczy powinien zostać archiwem dla prac polskich z dziedziny medycyny teoretycznej.

— Z powodu zwiększającej się liczby chorych na tyfus i z uwagi, iż szpital zapasowy i żydowski są podobnymi chorymi przepelnione, otwarto w tych dniach w szpitalu Dzieciątka Jezus oddział dla tyfusowych na 80 łózek, ku czemu zużytkowano zabudowanie po oddziale dla kobiet obłąkanych, które, jak wiadomo, przewieziono do Tworek.

— W mieście Kole uroczystie obchodzono jubileusz 50-letniej działalności lekarskiej kol. KELLNERA.

— Na katedrę chemii fizjologicznej w Bernie po prof. M. NENCKIM powołano profesora fizjologii DRECHSEL'a z Lipska.

— Prof. OGATA w Tokio zawiadamia w *Centr. f. Bacteriologie*, iż z wydzielin dyzenterycznych wyhodował lasecznika, który jest powodem epidemicznej dyzenterji w Japonii.

— We Wrześniu r. b. odbędzie się w Hadze kongres międzynarodowy dla badania kwestji nadużycia alkoholu.

— Z powodu choroby, z końcem bieżącego półrocza wycofuje się z zawodu nauczycielskiego prof. ROSSBACH w Jenie.

Zmarli: w Manschestrze znany neurolog, JAMES ROSS; w Halli KÜSSNER, prof. medycyny wewnętrznej; w Kopenhadze STEENBERG, prof. psychjiatriji.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 19 Марта 1892 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.