

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYPADEK

PARAMYOCLONI MULTIPLICIS.

Podał

E. Bregman,

ordynator kliniki terapeutycznej.

— ✂ — ✂ —

Pomimo że liczba ogłoszonych w literaturze przypadków *paramyocloni multiplicis* jest już pokaźna — 53 przypadków, według obliczenia WEISS'a ¹⁾, do których dodać należy 1 przypadek COLLEVILL'a ²⁾ i jeden LEMOIN'a ³⁾, a więc razem 60—znajomość tej formy chorobowej nie jest jeszcze dość dokładna. Zarówno pod względem charakterystyki klinicznej i stosunku do innych nerwów ruchowych, jak i co do przyczyny jej powstawania i siedliska zaburzeń, wprowadzie tylko czynnościowych, zdania autorów są podzielone. Niektórzy nawet, a między nimi tak poważni neuropatologowie, jak STRUEMPPELL ⁴⁾ i MÖBIUS ⁵⁾, zaprzeczają wogóle istnienia *paramyocloni*, jako samoistnej nerwicy, utrzymując natomiast, że należy ona do histeryi. Sprzeczności te mogą być rozstrzygnięte li tylko w skutek poznania większej liczby przypadków danej choroby, pożądanem więc jest ogłoszenie każdego przytrafiającego się przypadku. Przypadek, którego opis tu podaję, spostrzegalem roku zeszłego na klinice prof. LAMBLA. Jest tem ciekawszy, że przedstawia kilka szczegółów, dotyczących się kwestyi najbardziej spornej, t. j. stosunku *paramyocloni* do histeryi.

Aleksander G., 43 lat liczący, gospodarz wiejski, wstąpił do kliniki 3. XI. 1893. Ojca stracił, będąc dzieckiem. O chorobie ojca wie tylko, że towarzyszyły jej silne bóle w piersi. Z opowiadania rodziny wie, że ojciec był pijakiem i roztrwonil dość znaczny majątek. Matka również odumarała go w młodym wieku, z nieznaney mu choroby. Jeden brat został zabitym w bójce, przy wyrzucaniu go z tramwaju. Wszystkie trzy siostry chorego miewają silne napady bólów w piersi i w brzuchu, zresztą są zdrowe. Chorób nerwowych lub umysłowych w rodzinie nie było. Nikt z rodziny, ani ze wsi, w której zamie-

¹⁾ WEISS. Ueber Myoclonic. Wiener klinik. 1893.

²⁾ COLLEVILLE. Gaz. des Hôpitaux. 1893.

³⁾ LEMAINÉ. Rév. de Méd. 1892.

⁴⁾ STRUEMPPELL. Neurol. Centralblatt. 1883 i 1893.

⁵⁾ MÖBIUS. SCHMIDT's Jahrbücher. 1888.

szkuje, nie był dotknięty chorobą podobną do tej, na którą on cierpi. Przeciwnie, najstarsi ludzie we wsi powiadają, że takiej choroby nie widzieli.

Chory żadnych dziecięcych chorób nie przechodził. Zaczął chodzić, mając 3 lata. Od 14—17-go roku życia był czeladnikiem szewckim, następnie służył w restauracyi, z początku jako służący, później awansował i zebrał kilkaset rubli. Ażeby pieniędzy w Warszawie nie roztrwonić, wyprowadził się na wieś, ożenił się i wstąpił jako robotnik do cukrowni. Jako taki, był zmuszony pracować w wielkim upale zupełnie nago. Razu jednego, przed 14-u laty, powracając z fabryki do domu, chory dostał nagle silnych bólów w piersi. Po udzieleniu mu przez felczera pomocy bóle zmniejszyły się, jednak wtedy był zmuszony 2 tygodnie przeleżeć w łóżku, ponieważ czuł się słabym, jakby złamanym. Od czasu tej choroby nigdy już do zupełnego zdrowia nie powrócił; częściej bowiem lub rzadziej doznawał napadów bólu i palenia w piersi wraz z uczuciem dławienia w gardle. Jednocześnie lub zaraz potem występowało uparte ziewanie, kichanie, lub też silna czkawka. Napady te zjawiały się szczególnie zrana, trwały 5—10 minut. Od lipca 1893 stan chorego się pogorszył; silne bóle w piersi i brzuchu uczyniły go niezdolnym do pracy.

Powyżej opisane napady znikły, natomiast występować zaczął też napadami ślinotok; 6 tygodni przed wstąpieniem do kliniki, bez wiadomej przyczyny, po raz pierwszy pojawiły się u chorego drgawki całego ciała. Drgawki te od samego początku były bardzo silne, występują napadami, o każdej godzinie dnia i nawet w nocy budzą go ze snu. Bólów w drgających częściach chory nie doznaje. Łaknienie jest złe. Stolec zaparty. Bólów głowy, zawrotów głowy, szumu w uszach chory nie miewa. Żadnych parestezyi w kończynach, czasami tylko uczucie zimna w nogach. Często bóle w piersi i brzuchu oraz nad lewym obojczykiem, bóle, których charakteru dokładniej określić nie może. Palenie we wnętrzu. Uczucie dławienia w gardle. Czynności płciowe prawidłowe. Z żoną dzieci nie miał, ale miał dziecko przed ożenieniem się. Napojów wysokowych używał zawsze umiarkowanie, nie nałogowo. Syfilisu nie przechodził.

Status praesens. D. 3. XI. 1893 r.. Chory jest średniego wzrostu, silnej budowy. Mięśnie są średnio rozwinięte, napięcie ich nie jest zwiększone. Obwód czaszki 55. Czaszka ma kształt prawidłowy, górna szczeka wystaje. W grzbietowej części kręgosłupa *scoliosis dextra*. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zaburzeń.

Układ nerwowy. Żrenice średniej wielkości, reagują dobrze na światło i akomodację. Siła wzroku w obu oczach prawidłowa. Pole widzenia nie zwężone. Uczucie kolorów zachowane. Nerwy twarzowe normalne. Język wysuwa chory prosto, ruchy języka dobre. Mowa jest niezmienniona, nawet dość szybka. Chory barwnie przedstawia swoje cierpienia. Wyraz twarzy bardzo jednostajny, trochę cierpiący. Zwykle chory patrzy nieruchomo przed siebie, zwłaszcza podczas napadów. Zaburzeń umysłowych żadnych. Pamięć dobra. Odpowiedzi chorego są dokładne. Usposobienie wogóle spokojne, chory zajęty jest jednak ciągle swoim cierpieniem.

W górnych kończynach siła mechaniczna dobra. Ruchy dowolne wykonywa chorey szybko i sprawnie. Może nawet pisać, ale po napisaniu kilku wierszy rzuca pióro, ponieważ dostaje drgawek. Ręce wyciągnięte nie drżą. Odruchy okostnej oraz ścięgien mięśni dwugłowych i trójgłowych dość silne. Nerw promieniowy prawy, oraz nerw promieniowy i łokciowy lewy bolesne przy ucisku. Siła kończyn dolnych również normalna. Chód prawidłowy, chory jest w stanie nawet biec. Przy powolnem chodzeniu występują jeszcze czasami drgawki w tułowi i w górnych kończynach, przy szybkim -- nigdy. Sprawność ruchów zupełna. Chory wspina się z łatwością na stół, przegina się, stojąc na nim. Stoi dobrze na jednej nodze. Objawu ROMBERG'a niema. Odruchy kolanowe oraz ścięgna ACHILLES'a wzmożone. Z obu stron nieznaczny *clonus pedis*. Odruchy stopowe nie są wzmożone, również odruchy *m. cremasteri*. Nerw łydkowy prawy bolesny przy ucisku. Czuć wszelakiego gatunku na całym ciele zachowane. Mechaniczna pobudliwość mięśni wszędzie wzmożona. Objaw nerwu twarzowego (*Facialisphänomen*) na obu stronach wyraźny. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów prawidłowa.

Od czasu do czasu chory doznaje napadów drgawek. Napady te zjawiają się nieprawidłowo, przerwy między nimi trwają kilka minut do kilku godzin. W nocy ani służba szpitalna, ani sąsiedzi chorego na sali drgawek nie zauważyli; chory sam jednak utrzymuje, że miewa je też i w nocy i że za każdym razem się budzi ze snu. Sam napad trwa kilka minut do kwadransa. Prawie wszystkie mięśnie ciała bywają drgawkami dotknięte. Wyjątek stanowią: mięśnie oczu, mięśnie twarzy i język. Współudział mięśni w pojedynczych napadach bywa jednak za każdym razem odmienny; jakiegoś prawidła w tym względzie, jakiegoś typu napadu odkryć nie byłem w stanie. Czasami drgawki ograniczają się do kilku zaledwie mięśni jednej kończyny, innym razem znów dotknięte bywają naraz wszystkie 4 kończyny, tułów i głowa. W górnych kończynach drgawki występują najczęściej w następujących mięśniach: *mm. biceps, triceps, supinator longus*. Z mięśni tułowia najczęściej drgają: *mm. pectorales, deltoidei, recti abdominis, sacro-lumbales*. Z mięśni szyi: *mm. sterno cleido-mastoidei, cucullares*. W dolnych kończynach drgawki spotyka się najrzadziej. Drgawki głowy pojawiły się, według opowiadania chorego, dopiero podczas jego pobytu w klinice. Wogóle po obu stronach ciała te same mięśnie ulegają drgawkom i nawet w pojedynczym napadzie rozkład ich niekiedy bywa symetryczny, ale nie zawsze: bardzo często np. drga prawa górna kończyna sama jedna, albo rzadziej—sama tylko lewa górna kończyna, albo *m. pectoralis* jednej strony i t. d.. W dolnych kończynach jednak drgawki prawie zawsze występują symetrycznie.

Najczęściej drgawki bywają kloniczne i przebiegają bardzo szybko. Rzadko się trafia, że mięsień drga raz tylko (*secousse unique*), zwykle powtarza się to wielokrotnie (*secousse agglomrée*), ale bez żadnego rytmu, albo, rzecz można, rytm zmienia się co chwila. Czasami drgawki bywają w początku rzadkie, później stają się coraz częstsze i wreszcie przechodzą w krótkotrwały tetos. Siła skurczu też bywa różna. Czasami jest on tak słaby, że żadnego ruchu wywołać nie jest w stanie. W mięśniach: *supinator longus, sterno-cleido-mastoideus*,

extensor digitorum tego rodzaju słabe skurcze spotyka się najczęściej. Ani razu w czasie napadów nie spostrzegalem drgawek palców. Ale i wtedy, kiedy skurcze są dość silne, aby spowodować poruszenie części ciała, t.j. drgawki, rozległość (*amplitudo*) tych ostatnich wypada różnie; wogóle jest ona tem większa, im rzadziej się drgawki powtarzają. Poruszenia, wywołane kurczami, są proste, wcale niekoordynowane. W kończynach polegają one na zginaniu i prostowaniu, przyciąganiu i odciąganiu, wywracaniu i nawracaniu. Głowa wykonywa ruchy boczne, lub potakujące. Tułów przez skurcz mięśni grzbietowych bywa podrzucany do góry. Oprócz klonicznych, chory miewa też i skurcze rodzaju tonicznego, które przebiegają wolniej, niż tamte i trwają kilka sekund. Rozległość ich jest wogóle większa, aniżeli tamtych. Toniczne skurcze spotyka się najczęściej w *mm. deltoidei* i *sterno-cleido-mastoidei*.

Mięśnie oddechowe również i nawet dość często przyjmują udział w napadach. Głębokie wdechania, czasem połączone z westchnieniem, płytkie wdechania i wydechania, kilkakrotne wydechania, a po nich głębokie wdechania i t. d. następują zupełnie nieprawidłowo jedno po drugim, a w końcu zjawia się często skurcz mięśni przełyku, wskutek którego otrzymujemy wrażenie, jakby się chory dławił. Czasem przylączają się skurcze mięśni krtaniowych, które powodują wydawanie przez chorego jakichś nieokreślonych dźwięków. Drgawki występują silniej i częściej, jeżeli chory wie, że go obserwuję. W czasie wizyty trwają one bez przerwy prawie. Nawet na umiejscowienie drgawek można tym sposobem wpływać; występują one bowiem najsilniej w tych częściach, na które specjalnie uwagę swą skierowuję. Natomiast odwrócenie uwagi chorego od tych napadów, przez skierowanie jej na inne przedmioty, wywiera na drgawki wpływ hamujący. Wzruszenia umysłowe nie wpływają na nie wcale. Gdy rozkazuję choremu drgawki wstrzymać, skutek bywa niezawsze jednakowy: udaje mu się czasami to przez chwilę, ale w następnej zaraz chwili rozpoczynają się na nowo, nawet z większą jeszcze siłą. Innym razem drgawki stają się pod wpływem udzielonego rozkazu słabsze, choć nie ustają. Zdarza się wreszcie, że ustają wprawdzie w mięśniach chwilowo dotkniętych, ale przenoszą się natomiast na inne mięśnie do tej chwili wolne. Drgawki nie przeszkadzają wcale wykonywaniu ruchów dowolnych; w mięśniach biorących w nich udział natychmiast następuje przerwa, czasami jednak i w innych mięśniach drgawki na chwilę ustają. Po dokonaniu ruchu wszystko rozpoczyna się na nowo. Mowa jest wolna. Na wysokości napadu, nawet przy współudziale mięśni oddechowych, chory udziela odpowiedzi. Chory je, ubiera się bez pomocy i może pisać, dłuższe nieco pisanie wywołuje jednak napad. Gdy choremu w łóżku każe wyciągnąć i podnieść do góry nogę, to ta ostatnia w początku pozostaje spokojna, później zaczyna drgać, a następnie drgają i inne części ciała.

Drgawki bywają najsilniejsze, kiedy chory leży; w postawie siedzącej i stojącej są one słabsze. Obnażenie ciała je wywołuje.

Leczenie polegało na stosowaniu ciepłych kąpieli, na podawaniu bromku potasu i antyfebryny. Stan chorego był zmienny. Po użyciu bromku potasu czuł się lepiej, ale nazajutrz już wszystko powróciło do dawnego stanu. Chory

zaczął się niecierpiwić i pomimo namowy do pozostawiania opuścił klinikę dnia 24. XI. 1893 r..

Porównyując nasz przypadek z obrazem chorobowym, nakreślonym przez FRIEDREICH'a ⁶⁾, dostrzegamy między nimi wielkie podobieństwo. Zarówno pod względem ogólnego charakteru drgawek, ich umiejscowienia, jak i warunków ich pojawienia się analogia jest tak wielką, że wcale wątpić nie można, że przypadek nasz do tej samej grupy chorobowej należy. Różniczkowe rozpoznanie między *paramyoclonus multiplex* i innymi nerwicami ruchowymi opiera się na zasadach dobrze znanych; wystarczy więc, jeśli je tu w krótkości tylko przytoczę. Od zwykłej płasawicy przypadek nasz różni się tem, że drgawki przebiegały szybciej, aniżeli przy płasawicy, że niepodobne były wcale do ruchów dowolnych, że siła woli i ruchy dowolne tamowały je, podczas gdy w płasawicy dzieje się odwrotnie. Przy *maladie des tics* drgawki mają charakter skomplikowanych gestykulacji, prócz tego występują różne zaburzenia umysłowe, jak np.: *echolalia*, *koprolalia*, *echokinesis*, *arythmomania* i t. d.; tego wszystkiego w naszym przypadku nie było. Umiejscowienie drgawek, mianowicie zajęcie obu stron ciała i pozostawienie twarzy wolną, tamujący wpływ woli i ruchów dowolnych, odróżniają nasz przypadek od zwykłego *tic convulsif*. SCHULTZE ⁷⁾ jednak wskazał już na to, że przytoczonym oznakom nie należy przypisywać absolutnej wartości. Przedewszystkiem co do twarzy, to więcej niż w połowie znanych dotąd przypadków *myocloni* była ona również zajęta. Co się tyczy symetrii drgawek, to i ta nie zawsze bywa wyraźna. Często bardzo jedna połowa ciała, zwłaszcza prawa, silniej bywa dotknięta. W przypadkach MINKOWSKIEGO ⁸⁾ i SEELIGMUELLER'a ⁹⁾ drgawki były wogóle tylko jednostronne. Niektórzy autorzy z tego powodu uważali nawet za stosowne zmienić nazwę, nadaną chorobie przez FRIEDREICH'a. LOEWENFELD nazwał ją *myoclonus*, SEELIGMUELLER — *myoclonia*, MARINA zaproponował *myospasia simplex*. Mojem zdaniem jednak, powiększa się tym sposobem tylko zamęt w tym i tak już dość trudnym przedmiocie; sądzę więc, że najwłaściwszem jest pierwotną nazwę choroby zatrzymać.

Wreszcie wpływ woli i dowolnych ruchów nie zawsze bywa tamujący. W przypadkach HOMEN'a ¹⁰⁾, GOLDFLAMA ¹¹⁾, MINKOWSKIEGO ⁸⁾, ZIEHM'a ¹²⁾, SEELIGMUELLER'a ¹³⁾, UNVERRICHT'a ¹⁴⁾ ruchy dowolne powodowały nawet wzmaganie się drgawek. Drugi chory GOLDFLAMA przy ruchach dowolnych dostawał tak silnych drgawek, że o wykonaniu jakiej roboty nie mogło być mowy. Chorego trzeba było karmić. Pierwszy chory tegoż autora również

⁶⁾ FRIEDREICH. VIRCH. Archiv. 1882.

⁷⁾ SCHULTZE. Neurol. Centralbl. 1876.

⁸⁾ MINKOWSKI. NAUNYN's Mittheilungen. 1858.

⁹⁾ SEELIGMUELLER. Deutsche med. Wochenschr. 1857.

¹⁰⁾ HOMEN. Neur. Centralbl. 1891.

¹¹⁾ GOLDFLAM. Kronika Lekarska. 1893.

¹²⁾ ZIEHM. Archiv für Psych. 1898.

¹³⁾ SEELIGMUELLER. Deutsche med. Woch. 1885.

¹⁴⁾ UNVERRICHT. Die Myoclonie. 1891.

nie mógł ani jeść, ani ubierać się bez pomocy. Przy wykonaniu jakiegokolwiek ruchu, drganie było w początku nieznaczne, po chwili stawało się silniejszym i później tem silniejszym, im dłużej trwał przedsięwzięty ruch. UNVERRICHT przeciwnie spostrzegał u swoich chorych wzmaganie się drgawek zwłaszcza na początku ruchów czynnych, później pisanie, chodzenie i t. d. stawało się na jakiś czas możliwem. Początkowe nasilenie UNVERRICHT przypisuje skierowaniu uwagi na daną część ciała i wzruszeniu wobec możliwości nieudania się próby. Ale i w typowych przypadkach tamujący wpływ woli i dowolnych ruchów wyczerpuje się dość szybko; drgawki pojawiają się na nowo, nieraz silniejsze, aniżeli były przedtem. Pomimo tego wszystkiego sądzimy jednak, że tymczasem nie powinniśmy jeszcze zlewać w jedno *tic convulsif* i *paramyoclonus multiplex*. Uznając natomiast w nich dwie różne, choć pokrewne, postaci kliniczne, przypadki nieprawidłowe, od typu odbiegające, będziemy zaliczać do jednej lub drugiej w miarę tego, do której się bardziej zbliżają.

Niemożliwem zupełnie jest, naszym zdaniem, przeprowadzenie różniczkowego rozpoznania między *paramyoclonus* i *chorca electrica*. I ta ostatnia polega również, jak i pierwszy, na „drgawkach błyskawicznych, wywołanych niby słabym prądem faradycznym; przy obnażeniu ciała można widzieć i wyczuć szybkie kurczenie się mięśni; drgawki nie są rytmiczne; nie zawsze miarowe, często jedna połowa ciała drga silniej, drgawki ustają we śnie, odwrócenie uwagi chorego je tamuje. Czynności ruchowe są prawidłowe. Mowa jest wolna, pisanie, zycie i t. d. możliwe, jeżeli raptowne drgnięcie kończyny tych czynności nieprzerywa”¹⁵⁾. O tamującym działaniu woli i ruchów dowolnych HENOCH nie wspomina, ta okoliczność mogłaby zatem służyć do rozpoznania, gdyby się w każdym przypadku *paramyocloni* znajdowała. Widzieliśmy jednak już, że tak nie jest.

[D. n.]

II. PRZYPADEK ROZDARCIA KROCZA U NOWORODKA.

Podał

Bronisław Sawicki.

— ✂ —

Jeżeli rozdarcie krocza u rodzących zdarza się bardzo często, to przeciwnie toż samo uszkodzenie u noworodka należy do rzędu przypadków stosunkowo rzadkich. Tak przynajmniej możnaby sądzić z tej okoliczności, że nawet obszerne podręczniki chirurgii pedyatrycznej [jak np. *Die chir. Erkrankungen d. Kindesalters*. SCHOENBORN, DEMME etc. 1887. *Die chir. Krankheiten des Kindesalters*. KAREWSKI. 1894] nie o tem obrażeniu nie wspominają. Wobec tego przypuszczam, że nie będzie pozbawionym interesu przypadek, który spostrzegłem w prywatnym „Zakładzie leczniczym dla dzieci“. W d. 31 października roku zeszłego przedstawiono mi miesiąc życia liczącą chorą Jadwigę G., która od urodzenia nie mogła zatrzymywać moczu i kału, oddając je, podług

¹⁵⁾ HENOCH. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 6-te wydanie.

słów matki, przy każdym porażeniu. Matka chorej, kobieta dobrze zbudowana, 42 lata licząca, rodziła poprzednio już ośm razy. Wszystkie te porody odbywały się prawidłowo, dzieci rodziły się główkami. Ostatni, t. j. dziewiąty poród nastąpił w czasie prawidłowym. Wody odeszły w godzinę po wystąpieniu pierwszych bólów. Przywołana akuszerka po zbadaniu chorej zawnioskowała, że dziecko rodzi się główką, poczem badanie swe jeszcze wielokrotnie powtarzała. W kilka godzin po odejściu wód urodziło się dziecko, lecz nie główką, a pośladkami. Po obejrzeniu dziecka przekonano się, że ma ono rozdarte krocze, lecz z powodu zapewnienia akuszerki, że to samo się zrośnie, nie nie przedsięwzięto. Dopiero bezustanne wydzielanie się moczu i kału, oraz wystąpienie pryszczycy na częściach płciowych i udach zniewoliły rodziców do szukania pomocy lekarskiej. Obejrzawszy dziecko, znalazłem już zabliznione zupełnie rozdarcie krocza na linii środkowej. Wejście do pochwy bardzo obszerne, przednia ściana pochwy dość znacznie się wypina, zwłaszcza przy krzyku. Przegroda pochwowo-odbytnicowa cienka, bliznowata. W odbytnicy rozdarcie sięga poza zwieracz zewnętrzny i zajmuje część przedniej ściany kiszki. Błona śluzowa kiszki od przodu wywija się pod postacią czerwonego wału; podczas krzyku wał ten powiększa się, zajmując cały obwód kiszki i tworząc w ten sposób niewielkie wypadnięcie odbytnicy. Z tejże odbytnicy wypływa często żółty kał, z otworu zaś cewki moczowej co kilka minut wydziela się niewielka ilość moczu. Błona śluzowa zewnętrznych narządów płciowych mocno zaczerwieniona, pokryta ropną wydzieliną, przedstawia w wielu miejscach utraty nabłonka. Skóra na wargach dużych, na wewnętrznej powierzchni bioder znajduje się w stanie zapalenia pryszczykowego.

Wzgląd na silnie wyrażoną sprawę zapalną skóry i błony śluzowej części rodnych powstrzymał mnie od rychłego wykonania operacyi. Zaleciłem przeto zachowanie czystości, obmywanie miejsc ropiejących i smarowanie maścią cynkową, po zastosowaniu czego pryszczyca na tyle ustąpiła, że w trzy tygodnie później mogłem wykonać operację. Operowałem podług sposobu Lawson Tarr'a, który to sposób z powodu małości pola operacyjnego okazał się jedyne możliwym w danym przypadku. W tym celu na przegrodzie pochwowo-odbytnicowej przeprowadziłem cięcie poziome, do którego dodałem dwa boczne pionowe. Przednie końce cięć pionowych sięgały do granicy pomiędzy $\frac{2}{3}$ górnemi i $\frac{1}{3}$ dolną warg małych, tylne zaś wychodziły nieco poza cięcie poziome. Wprowadziwszy tamponik do kiszki prostej, oddzieliłem ją teraz ostrożnie od tylnej ściany pochwy, co nie było zbyt trudne, gdyż grubość przegrody pochwowo-odbytnicowej wynosiła około 2 mm.. Odsunawszy ścianę pochwy ku górze, a ścianę odbytnicy ku dołowi, zeszyłem ze sobą boczne powierzchnie okrwawione za pomocą 4 ściągów, wytwarzając w ten sposób nowe krocze. Ponieważ okazało się, że tylna ściana pochwy tworzy znaczny grzebieniowaty występ, silnie wystający ku górze i na zewnątrz, obciąłem więc ten występ i na ranę nałożyłem jeszcze dwa ścięgi jedwabne. Ranę posypałem jodoformem, otaczającą zaś skórę i błonę śluzową posmarowałem maścią cynkową, zalecając dalej robić to samo. W dalszym przebiegu gojenia górne szwy, bliżej pochwy leżące, puściły i rana się rozeszła, natomiast dolne utrzymały się, wsku-

tek czego część krocza i zwieracz odbytnicy zrosły się dokładnie. Dziś oddawanie moczu i kału u dziecka odbywa się w sposób prawidłowy. Z dawniejszych objawów cierpienia pozostał tylko brak błony dziewiczej i dość duże wejście do pochwy, spowodowane rozejściem się szwu w tem miejscu. Być może, iż szew druciany byłby się tu prędzej utrzymał, gdy tymczasem jedwabny przy ciągłem wydzielaniu się moczu wywołał ropienie i przeszkodził rychłozrostowi.

Powyżej opisany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na mechanizm powstawania tego rodzaju obrażeń. Powstają one przy położeniach pośladkowych, jeżeli lekarz lub akuszerka, nie zdając sobie sprawy ze stanu rzeczy, przyjmuje odbyt dziecka za ujście maciczne i stara się siłą go rozszerzyć.

Za najlepszą ilustrację może tu służyć przypadek, zakomunikowany mi przez NEUGEBAUERA, a zaczerpnięty z piśmiennictwa francuskiego z zeszłego dziesięciolecia. Syn profesora akuszerki w Bordeaux, wówczas asystent kliniki położniczej, został wezwany do porodu o kilka kilometrów poza miasto. Pomimo silnych bólów i prawidłowych wymiarów miednicy, poród nie postępował, jak się młodemu lekarzowi zdawało, z przyczyny niepodatności ust macicznych. Wprowadził więc jeden palec do otworu, poczem przy pomocy drugiego palca starał się, jak sądził, usta maciczne rozciągnąć i w ten sposób ujście rozszerzyć. Rękoczyn ten nie doprowadził do celu: noc minęła, a dziecko nie urodziło się. Wówczas młody lekarz udał się do Bordeaux, skąd do pomocy ojca sprowadził. Gdy obadwaj na miejscu przybyli, dziecko już się było tymczasem urodziło. Obejrzawszy dziecko, profesor znalazł, że odbyt dziecka był rozerwany. Dziecko rodziło się w położeniu pośladkowym i młody lekarz wziął otwór odbytowy dziecka za otwór ust macicznych, widocznie wtenczas już zupełnie rozwartych i w tył cofniętych, podczas gdy pośladki już znajdowały się w ujściu miednicy.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ETYOLOGIA I LECZENIE OBRZĘKU ŚLIZOWEGO

(*myxoedema*).

O leczeniu płynami tkankowymi w ogólności (*Gewebssafttherapie*).

Skreślił

A. Puławski.

—†—

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 31].

II.

Leczenie obrzęku śluzowego do niedawnego czasu polegało na „zwalczaniu“ charłactwa przez podawanie arsenu, chininy. CHARCOT radził zmianę klimatu, kurację mleczną, kąpiele siarczane. Lekarze angielscy stosowali *diaphoretica*. Podawano nitroglicerynę, fosfor i naturalnie, jak we wszystkich cho-

robach nerwowych, nie zapomniano o galwanizacji. Skutków nie widziano żadnych, pocieszając się tem tylko, że choroba wydarza się nie często.

Etylogia stała się punktem wyjścia nowych metod leczenia obrzęku śluzowego. Opierając się na doświadczeniach SCHIFF'a, BIRCHER [1889] w przypadku bardzo ciężkiego charłactwa po wycięciu gruczolu tarczowego u kretynki wprowadził do jamy brzusznej cząstki gruczolu tarczowego, wyciętego innej kobiecie. Rana się zagoiła. Nastąpiła wyraźna poprawa wszystkich objawów na 3 miesiące. Po upływie tego czasu—recydywa, ponowna implantacja gruczolu i poprawa, trwająca 9 miesięcy. To samo z takimże skutkiem powtórzył HORSLEY [1890], wycinając do implantacji gruczoł tarczowy owczy, jako najbardziej zbliżony do ludzkiego pod względem budowy [bliższym jeszcze ma być małpi, który jednakże trudniej otrzymać]. Za radą HORSLEY'a poszedł LANNELONGUE ¹⁾, implantując nowy gruczoł pod skórę 14-letniej kretynce. Wynik tej operacji nie jest wiadomy.

MERKLEN i WALTHER zaszczyepili podskórnie gruczoł tarczowy barani kobiecie, dotkniętej obrzękiem śluzowym i krwotokami macicznymi. Na 3 dzień krwotoki ustały, obrzęki skóry się zmniejszyły, ruchy stały się żywsze, niedokrwestość mniejszą, ogólna poprawa. MACPHERSON zaszczyepił pod skórę owczy gruczoł tarczowy 39-letniej kobiecie, dotkniętej obrzękiem śluzowym; już po 12 godzinach nastąpiła poprawa w stanie psychicznym, potem podniosła się ciepłota ciała, a skóra stała się miększą.

Doświadczenia BETRENCOURT'a i SERRANO [1890 Lizbona] sprawdziły na nowe tory leczenie obrzęku śluzowego. Zaszczyepili oni pod skórę gruczoł tarczowy 41-letniej chorej, która od lat 10 dotknięta była obrzękiem śluzowym. Wybitne polepszenie wystąpiło już w ciągu pierwszej doby i postępowało szybko. Widocznem było, że polepszenie należało przypisać wessaniu części płynnych, *resp.* wydzielin gruczolu, gdyż rana nie zagoiła się jeszcze i nie mogło być mowy o waskularyzacji i czynności zaszczyepionego gruczolu. Przemiłujące działanie w poprzednich zaszczyepieniach należało również przypisać temu, że gruczoł dotąd działał, dopóki zupełnie nie został wessanym.

Za takim pojmowaniem rzeczy przemawiały również laboratoryjne doświadczenia VASSALE'a i GLEY'a na zwierzętach. VASSALE wstrzykiwał sok gruczolu tarczowego [z psów i wołów] do żył 8 psom, którym wycięto gruczoł tarczowy. U trzech psów zwykle objawy nie miały wcale miejsca, u 3-ch zjawily się, ale zmniejszyły się lub zniknęły po ponownem wstrzyknięciu, jeden pies zdechł zaraz po wstrzyknięciu (*embolia*), jeden wreszcie, któremu zrobiono wstrzyknięcie dopiero przy pierwszych objawach otrucia, wyzdrowiał. Kiedy VASSALE ogłosił swą pracę, psy były jeszcze przy życiu [104, 99, 86, 54 dni]. Prawie w tymże czasie GLEY robił całą seryę podobnych doświadczeń na psach i doszedł do równie dobrych wyników. Tylko w niewielu przypadkach, w których wstrzykiwanie zrobiono zbyt późno po zjawieniu się charakterysty-

¹⁾ A. DERRIEN. Étude historique et critique sur le traitement du myxoedème par les injections de liquide thyroïdien. Dissert. Paris. 1893.

cznych objawów, kiedy objawy te były już bardzo groźne, jeżeli sok był filtrowany przez porcelanę, wstrzykiwania okazały się bezskutecznymi.

Nie można jednakże pokryć milczeniem wiadomości, podanej przez H. MUNK'a (*Arch. f. Physiol.* 1892), że zrobione przez niego doświadczenia na zwierzętach dały wynik ujemny, a szczególnie szczegółowo podanych wyników [bo komunikat MUNK'a jest krótki i ogólnikowy] doświadczeń R. SCHWARZ'a (*Lo sperimentale* 1892. fasc. I—cytuję podług DERRIEN'a), który na mocy 17 doświadczeń dochodzi do wyników ujemnych co do korzyści wstrzykiwań soku gruczołu tarczowego u zwierząt po operacji wola. Wyznać jednak należy, że pesymizm tego autora nie jest całkowicie uzasadniony, gdyż w 3 przypadkach psy albo nie miały objawów tężyczki, albo, mając ją, żyły dość długo. W kilku przypadkach objawy tężyczki były niewątpliwie słabsze, niż to pospolicie bywa. Wynik więc wstrzykiwań nie był całkiem ujemnym, lubo znacznie gorszym, niż w doświadczeniach VESSALE'a i GLEY'a.

Zaszczepienie podskórne lub do jamy otrzewnej gruczołu tarczowego mogłoby tylko w takim razie mieć pierwszeństwo przed wstrzykiwaniem soku z tegoż gruczołu, gdyby się udawało otrzymać prawdziwą implantację, t. j. waskularyzację i funkcję tegoż. To się udało EISELSBERG'owi¹⁾ na zwierzętach. Że implantacja była rzeczywistą, dowodem tego było, iż po wycięciu implantowanego gruczołu występowało charłactwo. Ale „*greffe thyroïdienne*“ nie udawała się na ludziach, być może dlatego, że ją wykonywano na osobnikach, dotkniętych charłactwem i upadkiem sił życiowych. Ponieważ takimi właśnie są chorzy, dotknięci obrzękiem śluzowym, przeto porzucono stanowczo myśl implantowania gruczołu tarczowego i zwrócono się do wstrzykiwań soku, wyciśniętego z tegoż gruczołu.

Pierwszym, który tę metodę zastosował u człowieka, był GEORGE MURRAY [1891]. Chora jego, 46-letnia, dotknięta była obrzękiem śluzowym od 5 lat. Po 3-ch miesiącach wstrzykiwań nastąpiła zupełna poprawa, polegająca na tem, że obrzęk skóry zupełnie zniknął, a stąd nastąpiła zupełna zmiana w wyglądzie: skóra zaczęła się pocić, ciepłota podniosła się do normy, mowa stała się łatwą i szybką, powróciła pamięć i inteligencja²⁾.

Metoda przysposabiania płynu do wstrzykiwań, podana przez MURRAY'a, z małemi modyfikacyami, zrobionemi przez jego naśladowców, jest następująca: Wycięcia gruczołu i wszelkich opisanych niżej manipulacji dokonywa się z zachowaniem najściślejszych zasad antyseptyki, a jeszcze lepiej aseptyki, a więc wyjałowionemi narzędziami i w wyjałowionych naczyniach. Gruczoł, oczyszczony od otaczających go tkanek, pokrajany na drobne cząsteczki, uciera się w moździerzu z piaskiem lub drobno potłuczonym szkłem, z dodatkiem w równych częściach gliceryny i wody [lub 5% kwasu karbolowego] i stawia w chłodnym miejscu na 24 godziny. Tak otrzymaną papkę precedza się przez płótno lub watę. Płyn ma barwę różową, lekko opalizuje. O ile poprzednio nie był do

¹⁾ A. v. EISELSBERG. Ueber Tetanie in Anschluss an Kropfoperationen. Wien. 1890. Cyt. podł. LEICHTENSTERN'a.

²⁾ British med. Journal. 1891. 10 October,

niego dodany kwas karbolowy, dodajemy kilka kryształków tymolu. Dla ściślejszego dozowania [a to jest konieczne] należy zważyć gruczoł i dodawać wiadome ilości gliceryny i wody [*resp.* karbolu]. Tak otrzymany preparat nie ulega zmianie i może być używany w ciągu tygodnia, bez wywołania ropni. LEICHTENSTERN utrzymuje, że wyciąg taki po 5 miesiącach posiadał niezmiennione własności i miał zapach tymolu.

VERMEHREN osadzał otrzymany wyciąg alkoholem absolutnym, filtrował, susząc pozostałość, która miała postać proszku, uważanego przez tegoż autora za tyreoidynę. Podawał je w formie pigułek.

Aptekarz WHITE wyrabia wyciąg z gruczołu tarczowego w postaci proszku w sposób następujący: płyn otrzymany po odciedzeniu zakwasza kwasem fosfornym, dodając wodanu wapnia (*cal. hydr.*) aż do odczynu zasadowego. Osad filtruje i osusza. Otrzymany proszek ma zawierać w 3 granach $\frac{1}{4}$ część gruczołu baraniego. Proszku tego używał z dobrym skutkiem ARTUR DAVIES. Tyreoidyna WHITE'a stała się już przedmiotem handlu.

Wreszcie prof. HOWITZ z Kopenhagi, zamiast wstrzykiwań wyciągu z gruczołu tarczowego, zastosował [1892] podawanie samego gruczołu *per os* w stanie surowym ¹⁾. VERMEHREN, LAACHE ²⁾, LEICHTENSTERN radzą go lekko gotować lub przysmażyć.

O ile sądzić można z podanych opisów, fizyologiczna i lecznicza wartość tych preparatów jest jednakowa. W większości przypadków używano gruczołu baraniego lub owczego, chociaż z równym skutkiem podawano gruczoł cielęcy, wieprzowy i wołowy [CARTER, SHAW].

Działanie gruczołu tarczowego, podawanego w jakiegokolwiek postaci, dla lepszego zorientowania się, podzielimy na ogólne i swoiste. Działanie ogólne objawia się w ten sposób, że chorzy na drugi lub trzeci dzień po przyjęciu środka doznają uczucia rozbicia i ogólnego niedomagania, przyczem ciepłota jest nieco podniesioną. Kilkakrotnie tak po wstrzykiwaniach jak i po wewnętrznym użyciu zauważono po kilku dniach wysypkę podobną do szkarlatynowej ³⁾. Ciepłota przytem nie bywała podniesioną. Wysypka ta, raz pojawiwszy się, trwała podczas całej kuracyi, zmniejszała się lub znikiała po zawieszeniu kuracyi, zjawiając się na nowo przy rozpoczęciu nowej seryi leczenia. Po zniknięciu wysypki zjawiało się łuszczenie naskórka płatami, jak to bywa po szkarlatynie [LAACHE]. W pierwszych zaraz dniach notowano powszechnie zwiększoną diurezę. W przypadku FENWICK'a diureza podniosła się z 566 grm. do 1417 grm.. Jednocześnie podnosi się procentowa ilość wydzielanego mocznika, lubo co do tego punktu nie wielu tylko autorów podaje cyfrowe dane. Tak zwiększona diureza w przypadku FENWICK'a trwała od 15—20 dui, co zresztą nie jest rzeczą stałą. Stale jednak wszyscy autorowie zauważyli zmniejszanie się obrzęków i ubytek na wadze.

¹⁾ VERMEHREN. Ueber die Behandlung des Myxoedems. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 11.

²⁾ LAACHE. Ueber Myxoedem und dessen Behandlung mit innerlich dargereicherter Glandula thyreoides. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 11.

³⁾ LEICHTENSTERN. Ein mittelst Schilddrüseninjection und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 49, 50, 51.

Ta ostatnia okoliczność naprowadziła na myśl, że sok gruczołu tarczowego wpływa na przyspieszenie przemiany materji, na co zwrócił uwagę MENDEL ¹⁾, podając, że wydzielanie azotu w moczu znacznie się zwiększa. Bliżej zajął się tem pytaniem VERMEHREN ²⁾, który badał przemianę materji w trzech typowych przypadkach obrzęku śluzowego. Chorych leczono w szpitalu. Podawano w 1 przypadku 1 grm. gruczołu tarczowego cielęcego, lekko ugotowanego, w 2-ch drugich—tyreo idynę [p. wyżej] w dawkach 0,10—0,40 grm. co dzień. Codziennie oznaczano zawartość azotu i węgla w pożywieniu. W moczu oznaczano azot. Przed rozpoczęciem leczenia, chorych obserwowano od 6—9 dni, wtedy mniej wydzielali azotu, niż przyjmowali [średnio ilość przyjętego azotu 16,5; 12,1; 9,9; średnio ilość wydzielonego azotu 8,6; 6,1; 6,3].

W ciągu pierwszych pięciu dni leczenia nastąpiło wzmożenie wydzielania azotu, które, dosięgłszy szczytu, przewyższało 2—3 razy wydzielanie przed leczeniem. We wszystkich trzech przypadkach wydzielanie azotu przez długi czas przewyższało przyjęcie tegoż z dużemi wahaniami. Diureza była znacznie zwiększoną bezwzględnie i w porównaniu z przyjęciem płynów. Waga ciała spadała znacznie. Takie same wyniki otrzymano podczas leczenia sporadycznego kretynizmu.

Niezależnie od przypadków wyżej opisanych, VERMEHREN badał wpływ gruczołu tarczowego na przemianę materji u ludzi chorych na inne choroby, nie mające związku z gruczołem tarczowym (*fractura tibiae*, *chlorosis*, *bronchitis*, *ulcus cruris*), razem w 6 przypadkach. Okazało się, że u ludzi młodych i u dzieci szczególnego wpływu na przemianę materji nie znaleziono, za to u ludzi starych działanie było zupełnie takie, jak u chorych na obrzęk śluzowy. VERMEHREN wyprowadza stąd wniosek, że u ludzi starych muszą zachodzić zmiany w tkankach podobne do tych, jakie się odbywają u chorych na obrzęk śluzowy.

Że zmniejszenie wagi ciała nie zależy jedynie od zwiększenia diurezy i znikania obrzęków, widzimy to z tych przypadków, w których gruczoł tarczowy podawano w celu zmniejszenia otyłości. Przypadki takie podaje PUTNAM ³⁾. W jednym z nich waga ciała z 270 funtów spadła do 237 w ciągu 4 miesięcy; w drugim zmniejszyła się o 47 funtów, bez zmiany diety, jedynie przez podawanie 5—10 gramów dziennie wysuszonego gruczołu tarczowego.

Z ogólnych objawów podczas leczenia stale występują: podniesienie ciepłoty ciała, która, jak wiadomo, przy obrzęku śluzowym zawsze jest niższą od normalnej, dalej zwiększenie częstości tętna i częstości oddechów [MACKENZIE]. Niekiedy występuje prostracya, osłabienie działalności serca (*cardiac weakners* — PUTNAM), bóle przypominające dusznicę bolesną, białkomocz [LAACHE]. Objawy te często trwają tygodnie całe nawet po zawieszeniu le-

1) MENDEL. Ein Fall von Myxoedem. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 2.

2) VERMEHREN. Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyreoidea an Individuen mit und ohne Myxoedem. Deutsch. med. Woch. 1893. Nr. 43.

3) Further notes respecting the therapeutic use of the steeps thyroid. The amer. Jour. of med. Sciences. 1893, october.

czenia [PUTNAM]. W dwóch przypadkach MURRAY'a nastąpiła śmierć podczas leczenia. Wprawdzie w przypadkach tych przyczyna śmierci była aż nadto jasną [w jednym—wada serca, w drugim - otluszczenie tegoż], to jednak skłoniło autorów do przestróg, ażeby rozpoczynać leczenie od małych dawek. Tak np. MURRAY radzi wstrzykiwać nie więcej jak 1---1½ ctm. sześć. owego wyciągu raz na tydzień [co odpowiada połowie gruczołu baraniego]. LEICHTENSTERN wstrzykiwał codziennie, ale dawki znacznie mniejsze, tak, że dawka wstrzyknięta w ciągu 9 dni równała się trzem połowom gruczołu baraniego. Tenże autor do wewnątrz podawał 5—12 grm. gruczołu raz na tydzień. Najlepszą metodą dawkowania jest ważenie, gdyż dawkowanie takie, jak: ¼ gruczołu, cały gruczoł, jest nieściśle, wobec tego, że waga gruczołu tarczowego, jak to zauważył DAVIES, waha się w szerokich granicach [2—8 grm.].

Działanie swoiste gruczołu tarczowego wyraża się przez polepszenie, *resp.* znikanie objawów charakterystycznych dla obrzęku śluzowego. Przedewszystkiem ustępują patologiczne objawy ze strony skóry, która z obrzęklej, twardej, chropawej staje się coraz cieńszą, gładszą i wilgotną, przeziw skórny staje się normalnym. Wskutek tego wygląd zewnętrzny chorych ulega radykalnej zmianie, jak o tem przekonywają porównawcze fotografie i rysunki, których autorzy nie szczędzą dla lepszego objaśnienia rzeczy ¹⁾. Twarz nabiera wyrazu, członki i cała postać powracają do normalnych kształtów. Zmniejszenie rąk i nóg, niektórzy autorowie konstatowali za pomocą ścisłych pomiarów. Włosy na głowie, brwiach i całym ciele, które zwykle podczas choroby wypadają, wyrastają na nowo. Chorzy zmieniają się do niepoznania, stają się swobodnymi w ruchach, chodzą na przechadzki.

Jednocześnie ze zmianą wyglądu chorych zmienia się ich nastrój psychiczny: powraca pamięć, zdolność kombinowania i szybszego myślenia; mowa staje się prędszą i wyraźniejszą; znikają bóle i parestezye. W przypadkach sporadycznego kretynizmu, połączonego, jak to zwykle bywa, z obrzękiem śluzowym, daje się dostrzedz postęp w rozwoju umysłowym ²⁾.

„Niema zapewne żadnego środka leczniczego, powiada ROR ³⁾, którego działanie w jakiegokolwiek chorobie byłoby tak stałem, jak gruczołu tarczowego przy obrzęku śluzowym“. Niepodobniństwem byłoby przytaczać całą literaturę leczenia obrzęku śluzowego.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Edynburgu w lutym roku zeszłego w referacie, poświęconym nowej metodzie leczenia obrzęku śluzowego, zebrano wszystkie przypadki leczenia tej choroby różnorodnymi przetworami gruczołu tarczowego. Okazało się, że z ogłoszonych dotychczas 42 przypadków, tylko w 2 nie otrzymano pomyślnego wyniku ⁴⁾. Były to przypadki CLARKE'a, który już *a priori* zapatrywał się sceptycznie na leczenie zastarzałych przypadków obrzęku śluzowego. Zapatrywanie to jest niesłusznem, wobec te-

¹⁾ Patrz cytowane prace PUTNAM'a, LEICHTENSTERN'a, LAACHE'go, ROR'a.

²⁾ Neuere englische literatur über therapeutische versuche mit Thyreoidpräparaten II. Myxoedem bei Kinder. Wien. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 13.

³⁾ W. R. ROR. O miksedemie i jeja lečenii. Moskwa. 1893.

⁴⁾ ROR. L. c.

go, że we wszystkich prawie leczonych pomyślnie przypadkach choroba trwała lat kilka lub kilkanaście.

Czy nowa metoda leczenia obrzęku śluzowego może być uważaną za radykalną, trudno jest odpowiedzieć wobec tak niedawnego jej istnienia. Niektórzy autorowie [BRAMWELL, FOX, LUNDIE, LAACHE] mówią o zupełnem wyleczeniu. Ale znakomita większość spostrzeżeń—prawie wszystkie, prowadzone przez czas dłuższy—dowodzą, że pogorszenie, często formalna recydywa, zdarzają się za w s z e po zaprzestaniu leczenia, nie każąc na siebie długo czekać. Ponownie przedsięwzięte leczenie sprowadza znów poprawę. Zdawałoby się *a priori*, że tak być powinno. Wstrzykiwanie soku gruczołu tarczowego nie powraca bynajmniej czynności tegoż gruczołu, tylko dostarcza organizmowi z zewnątrz tych substancji, których chorobowo zmieniony gruczoł dostarczyć nie może; ale zmiany, zachodzące w gruczole tarczowym są tego rodzaju, że nigdy wyrównane być nie mogą [marskość, zanik]. Oczywisty stąd wniosek, że poprawa, nawet względne wyleczenie, może się utrzymywać dotąd, póki działa wstrzyknięta substancja. Z wyczerpaniem się tejże, nieuniknioną jest recydywa, powrót do *status quo ante*. Inna rzecz, gdyby można było przywrócić czynność zmienionego gruczołu, albo gdyby inny jaki gruczoł lub narząd wziął na siebie rolę zniszczonego gruczołu tarczowego. O przywróceniu czynności nie może być mowy.

Istnieje w literaturze jeden tylko przypadek KOEHLER'a ¹⁾, w którym obrzęk śluzowy został wyleczonym pod wpływem leczenia przeciwsyfilitycznego, gdzie *eo ipso* można było przypuścić cierpienie syfilityczne gruczołu tarczowego. Tutaj i leczenie i wyleczenie jest zrozumiałem. O zastąpieniu czynności gruczołu tarczowego przez inne narządy była mowa wyżej—*glandula pituitaria*, jak widzieliśmy, zastąpić go nie może. ROSENBLATT stale znajdował u zwierząt, które przeżyły operację wycięcia wola, powiększenie gruczołu krokowego (*prostate*). Jakże to ma znaczenie, dotychczas powiedzieć nie można. Jedyna jeszcze nadzieja byłaby w przypuszczeniu istnienia gruczołu tarczowego dodatkowego, napotykanego tak często u ptaków, zdarzającego się również niekiedy u ludzi. Być może, że odpowiedni przerost tego gruczołu objaśni nam z czasem owe przypadki zupełnego wyleczenia obrzęku śluzowego po wstrzykiwaniach i niezjawianie się tegoż cierpienia po wyluszczeniu całkowitem wola.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

68. H. Kehr. Usunięcie uwieczonych kamieni żółciowych z przewodu pęcherzykowego za pomocą przecięcia tegoż przewodu.

Z 77 laparotomii, dokonanych przez autora z powodu cierpień dróg żółciowych, w 26 znaleziono kamienie w przewodzie pęcherzykowym i w wię-

¹⁾ R. KOHLER. Myxoedem auf Syphilis beruhend. Berl. klin. Woch. 1892. Nr. 30.

kszości przypadków usunięto je przez przecięcie samego przewodu i zaszycie tegoż. KEHR jeszcze przed rokiem zalecał cystiko-litektomię tam tylko, gdzie wydobyć kamienia było niemożliwem za pomocą zwykłej jedno lub dwuczasowej cystotomii wraz z zastosowaniem różnego rodzaju narzędzi i wyczekiwaniem nieraz bardzo długiem. Obecnie, opierając się na pięciu ostatnich czasach wykonanych cystikotomiach, radzi od razu przystąpić do przecięcia przewodu, skoro tylko stwierdzimy uwięziony w nim kamień, i upewnia, że operacja ta jest bezpieczniejszą, aniżeli cystektomia, często tu stosowana przez Francuzów. Pierwszy COURVOISIER, a po nim RIEDEL podali myśl przecięcia przewodu pęcherzykowego, co też wykonał jeszcze przed autorem LINDNER w 1891 r., jakkolwiek ten ostatni przed dokonaniem cystikotomii robił cystektomię, czego KEHR w zupełności nie podziela, mając jedynie na względzie wydobyć kamienia; usunięcie zaś przetoki śluzowej i skrócenie czasu leczenia uważa za rzecz drugorzędnej wagi, przetoka bowiem zazwyczaj zagaja się wtedy sama przez się. Co się tyczy samej techniki, to autor wykonywa operację tę w sposób następujący: po przecięciu powłok brzusznych na zewnętrznej stronie mięśnia prostego prawego, wprowadza rękę prawą aż do przewodu pęcherzykowego, a to w celu zbadania stosunków, jak również usunięcia wszelkich zrostów; skoro wyczuje kamień, stara się łagodnie przesunąć go do pęcherzyka żółciowego, do-
tąd jeszcze nie naruszonego, przy czem radzi stać plecami do chorego i wykonywać to ręką lewą. Jeżeli w ten sposób kamień przesunąć się nie daje, raz jeszcze robi takąż próbę po wypuszczeniu żółci z pęcherzyka za pomocą aspiratora DIEULAFOY'a, wreszcie, podłożywszy pod pęcherzyk płaską gąbkę dla ochrony otrzewnej, przecina go i zakłada dwie pętlice na brzegi otworu. Gdy jednak i wtedy przesunięcie kamienia okaże się niemożliwem, należy wszyć otwór pęcherzyka żółciowego w ranę brzuszną i czekać, póki obrzęk przewodu nie zmniejszy się i kamień sam przez się nie przesunie się, lub też, zważywszy rozmiary kamienia, przystąpić od razu do cystiko-litektomii. Operacja ta w niczem prawie nie różni się od choledochotomii. Po odpowiednim podłożeniu gąbki autor robi przecięcie przewodu nad kamieniem tak długie, aby ten ostatni w całości mógł przejść. Usunąwszy kamień i zbadawszy, że nie ma drugiego, zakłada dwie pętlice na brzegach otworu w celu możliwego wydobywania przewodu z głębi i nakłada szew z cienkiego jedwabiu za pomocą igły mocno zakrzywionej.

Podczas nakładania szwu nie należy chwycić ani błony śluzowej, ani też dużej powierzchni otrzewnej; w pierwszym bowiem razie może nastąpić inkrustacja nitki, w drugim zaś — zwężenie przewodu. Nakoniec wprowadza się głęboko sączek przez otwór w pęcherzyku, co bardzo sprzyja prędkiemu zrośnięciu się szwu. Aseptyczny opatrunek w początkach należy zmieniać dość często, aby w ten sposób zapobiedz zatkaniu się sączka i uszkodzeniu zeszytego przewodu. Na zakończenie swej pracy autor wskazuje na stosunek, jaki zachodzi między cystikotomią i cystektomią. Cystektomia, zdaniem jego, jest konieczną tam tylko, gdzie ściany pęcherzyka są zwyrodniałe, czy to przez sprawę zapalną, czy też przez nowotworową, wreszcie jest operacją daleko

niebezpieczniejszą dla życia chorego, niż zwykła cystostomia w połączeniu z cistikotomią, choćby wymagały one nawet dwóch laparotomii.

(Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 23, 24. 1894.).

K. Minkiewicz.

69. Prof. D r Garre. O szynie do chodzenia Bruns'a.

Szyna do chodzenia prof. Bruns'a, dla prawej i lewej kończyny dolnej jednakowo przydatna, nieco więcej nad kilogram ważąca, składa się z poduszki w kształcie obrączki (*Sitzring*), którą można dowolnie rozszerzać od 43—65 ctm., dalej ze strzemiesia i dwóch bocznych ruchomych szyn, które można wydłużać od 72—92 ctm., a to zależnie od długości i grubości uda. Wreszcie trzy poprzeczne taśmy płócienne, szerokości dłoni, wzmacniają ustawienie kończyny w „szynie do chodzenia.“

Przyrząd w ten sposób przymocować należy, aby guz kulszowy opierał się na najgłębszem miejscu poduszki, która nadto nie powinna uciskać górnej części uda, lecz na przestrzeni od krętarza aż do spojenia łonowego ma odstawać przynajmniej na szerokość palca; stopa wreszcie przytwierdza się do strzemiesia, które, przymocowane szrubkami do dwóch szyn bocznych, na szerokość 1—2 palców od pięty odstawać musi. Tęż samą szynę można łatwo zmienić na przyrząd wyciągowy przez umocowanie na strzemiesiu deseczki, w podpórcę osadzonej i przywieszenie ciężaru.

Zalety szyny do chodzenia polegają na zupełnej wzajemnej niezależności tejże od opaski, bezpośrednio na kończynę nałożonej; a więc chory wkrótce po złamaniu może chodzić i, co idzie za tem, unika wszelkich spraw chorobowych, jakie mogą być w związku z długotrwałem leżeniem [odleżyny, zapalenie płuc opadowe, zatory i t. p.].

Szynę swą autor nakłada możliwie wcześniej. W przypadkach niepowikłanych już następnego dnia po złamaniu i nałożeniu gipsu [przyczem Bruns nakłada szynę gipsową bezpośrednio na skórę potartą tłustością]. Chory, zaopatrzony w szynę i przez kogoś podpierany lub przy pomocy laski, odbywa próbę chodzenia, dla wyrównania zaś wydłużonej przez szynę chorej kończyny na stopę zdrową wdziewa skórzany trzewik o podeszwie 3—5 ctm. grubej; podczas chodzenia chory powinien trzymać się prosto, w razie bowiem pochylenia górnej części tułowia ku przodowi poduszka wywiera ucisk na gałąź wstępującą kości łonowej, co sprawia ból i odbiera ochotę do chodzenia.

Przyrząd stosowano: 1) w złamaniach goleni (24 przypadki), przyczem złamania proste leczą się umieszczeniem chorej kończyny w szynie wyciągowej, po upływie zaś 2—8 dni najwyżej po nałożeniu gipsu [bezpośrednio na skórę] i obeschnięciu tegoż, chory natychmiast próbuje chodzić; przy złamaniach zaś skośnych ze skłonnością ku przykurczeniu przynajmniej w ciągu dwóch tygodni trzeba stosować wyciąganie; złamania kości skokowej, piętowej i kostek nadawały się najbardziej do najwcześniejszego użycia szyny Bruns'a. Rozumie się, przy towarzyszących złamaniu objawach zapalnych, szynę po zupełnem usunięciu tychże zastosować dopiero można. W ten sposób ciężkie nieraz przypadki złamań wyleczono bez wszelkich powikłań. 2) W złamaniach górnej części uda [7 przypadków]. I tu, zanim szyna do chodzenia zastosowaną

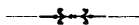
będzie, opatrunek wyciągowy, zgodnie z zapatrywaniem KOENIG'a, najmniej przez dwa tygodnie na kończynie pozostawać powinien. 3) Przy złamaniu szynki udowej [2 przypadki], gdzie użycie szyny okazało się bardzo odpowiedniem. W przypadkach tych na goleń opatrunku nie nakładano. 4) Po resekcyi stawu biodrowego z powodu zastarzałego zwichnięcia tegoż. Już w 3-ym tygodniu po zabiegu z dobrym wynikiem zastosowano omawianą szynę. 5) Przy stawach wrzekomych [3 przypadki]. Szyna, w parę tygodni zwłaszcza po połączeniu odłamów szwem kostnym nałożona, dawała wyniki wyborne. 6) Przy osteotomii uda, osobliwie przy kolanie ksobnem (*genu valgum*), gdzie [17 przypadków] po zaszcyciu i opatrzeniu rany jeszcze w uspieniu nakładano na operowaną kończynę gips, następnego zaś dnia zaopatrywano chorych w szynę do chodzenia. Chorzy tacy po większej części już w dni kilka chodzili nieźle bez pomocy laski. Zazwyczaj okres trzytygodniowy do otrzymania trwałego zrostu był wystarczającym. 7) Po resekcyi stawu kolanowego [22 przypadki]. W tych razach po zabiegu autor, wzmocniwszy opatrunek nałożeniem szyny gipsowej, nadawał operowanej kończynie wysokie położenie. Ósmego dnia dokonywano zwykle pierwszego opatrunku; wówczas, po zdjęciu szwów, nakładano na skórę gips, a po obeschnięciu tegoż, szynę do chodzenia. Wszystkie w ten sposób leczone przypadki, bez powikłań przebiegające, trwałem spojeniem odłamów kostnych zakończone zostały. Powikłania niewątpliwie wymagałyby dłuższego pozostawania w łóżku i późniejszego nałożenia szyny.

Dla chorych, którzy przed zabiegiem całe miesiące pozostawali w łóżku, którzy ze względu na gruźliczy charakter cierpienia potrzebują ruchu na świeżem powietrzu, przyrząd prof. BRUNS'a jest istotnem dobrodziejstwem.

(*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 21. 1894.*)

K. Niedzielski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.



Posiedzenie kiniczne z d. 19. VI. 1894 r.

RYCHLIŃSKI przedstawił mózg osobnika, u którego za życia zauważono objawy następujące:

Chory, lat 62, w r. 1891 przywieziony został na oddział SOMMERA w stanie pijanym. Przez dni kilka był na wpół przytomny i niespokojny. Kiedy stan chorego się poprawił, SOMMER przy badaniu stwierdził rozedmę płuc, powiększenie wątroby i sprawę miażdżycową w naczyniach. Po kilku dniach względnej poprawy chory znów był niespokojny, a pewnego dnia w nocy zauważono napad padaczki częściowej lewostronnej. Od tego czasu napady padaczki częściowej powtarzały się dosyć często: chory powoli zaczął tracić władzę w lewych kończynach i zdradzał coraz wyraźniejsze zboczenia w sferze psychicznej. Chorego przepisano do kliniki psychiatrycznej w szpitalu św. Jana Bożego, gdzie ze strony układu nerwowego zauważono zmiany następujące: prawdopodobna *hemianopsia sinistra* [badanie nie mogło być dokładnem ze względu na umysłowy stan

chorego], *hemiplegia sinistra* z bardzo znacznymi kontrakturami w stawie łokciowym i kolanowym, wzmoczenie odurchów ścięgniastych po stronie porażonej i *hyperalgesia* po tej samej stronie; oprócz tego prawy nerw twarzowy był nieco porażonym.

W klinice R. obserwował u omawianego chorego kilkanaście napadów padaczki lewostronnej. Napad zaczynał się od drgawek w lewej nodze, następnie w lewej ręce i lewej połowie twarzy; czasami przyjmował postać ogólnych drgawek z utratą, a kilka razy i bez utraty przytomności. Chory zmarł wskutek zapalenia płuc.

Na sekcji stwierdzono: zrosty opłucnej lewej, zapalenie płuc kataralne z prawej strony, powiększoną muszkatolową wątrobę, ostre powiększenie śledziony i przewlekłe zapalenie nerek.

Kości czaszkowe dość grube; opona twarda ze strony prawej mniej więcej przyrośnięta do kości z jednej strony i do opony miękkiej — z drugiej. Mózg *in toto* wraz oponą miękką waży 1170 grm., lewa półkula waży 557 grm. prawa — 450 grm., mózdzek z mostem i mleczem przedłużonym — 163 grm. Po zdjęciu opony miękkiej z lewej półkuli widać zanik *en masse* na całej powierzchni kory mózgowej. Taki sam obraz przedstawia się i ze strony prawej, lecz tylko do *sulcus Rolandi*; od tego zaś miejsca aż do ostatniego potylicowego zawoju opona miękka przedstawia się na pozór jako masa galaretowata. Przy zdejmowaniu opony widać znaczne jej zgrubienie, pod nią zaś masę żółtą z pozostałymi śladami zawojów, przy dotyku znacznie twardszą niż sąsiednia tkanka nerwowa. Taki sam obraz przedstawia się i na wewnętrznej powierzchni pomiędzy *sulcus callosomarginalis* i *sulcus occipito-parietalis*. Podobne zniszczenie w mniejszym tylko stopniu obserwować się daje i w tylnej części zrazu skroniowego. Również zmian makroskopowych nie widać w moście WAROL'a, w mózdzku i w rdzeniu. Mózg ten będzie podany szczegółowemu badaniu drobnowidzowemu. (*Autoreferat*).

Następnie RYCHLIŃSKI mówił o umiejscowieniu guza w przypadku padaczki JACKSON'a, którego przebieg kliniczny na poprzednim posiedzeniu przedstawił WIZEL. Guz (*angio-sarcoma*) mieścił się w *centrum semiovale* pod *gyrus praecentralis ant. et. post.*, miał postać nerki, ważył 54 grm.; wymiar podłużny jego = 59 mm., poprzeczny = 45 mm., grubość = 33 mm. Guz twardy na przekroju składa się z tkanki łącznej miejscami mocno unaczynionej i z rozrzuconych wysepek białej substancji mózgu. Oprócz tego w *gyrus praecentralis sin.* w dolnej części tuż nad *fossa Sylvii* widać powierzchowne rozmiękczenie kory. Preparaty drobnowidzowe guza wykazują, że jest to *angio-sarcoma*. Na preparatach z mostu WAROL'a już makroskopowo można zauważyć, że drogi piramidalne ze strony lewej są mniejsze co do objętości, aniżeli ze strony prawej; drobnowidz zaś wskazuje na świeże wybroczyny w szarą substancję mostu. Zestawiając dane anatomo-patologiczne z objawami klinicznymi, R. dochodzi do przekonania, że brak objawów ogólnych w danym przypadku można wytłumaczyć powolnym wzrostem nowotworu, który zastępował tylko zdrową tkankę nerwową, nie wywołując powiększenia objętości półkuli mózgowej.

Następnie R. w krótkim zarysie przedstawił rozwój nauki o padaczce, powołując się na prace doświadczalne HITZIG'a, FRITZ'a, PITRES'a, FRANEK'a, SEPIEL-

LI'ego, LUCIANI'ego, TAMBURINI'ego, DANIEŁY i innych, którzy wykazali, że padaczkę wywołać można, nie tylko drażniąc pas ruchowy lecz i pas czuciowy, a nawet i *centrum semiovale*. Prace te znajdują potwierdzenie w klinice. Inaczej się rzecz przedstawia w przypadkach padaczki JACKSON'a; wtedy zazwyczaj umiejscawiać zwykliśmy sprawę chorobową w okolicy pasa ruchowego na powierzchni mózgu. W ostatnich dopiero czasach opisane były przypadki, w których zmiany patologiczne stwierdzano albo w *centrum semiovale* [3 przypadki, podane w monografii ROLLAN'a] lub w *corpus striatum i thalamus opticus* [2 przypadki].

Przejrzawszy przeszło 600 opisanych przypadków sprawy nowotworowej mózgowia, R. dochodzi do przekonania, że częściowa padaczka może być wywołaną przez guz umiejscowiony w różnych częściach mózgu, jako to: w mleczu przedłużonym, w moście WAROL'a, mózdzku, *pes pedunculi*, *thalamus opticus*, *corpus striatum* i t. d.. Według zdania prelegenta, w pewnych przypadkach podkorowe umiejscowienie (w *centrum semiovale*) nowotworu zdradza: niedowład, jako objaw stały, jeżeli nie było i niema objawów ogólnych oraz stale występujące zaburzenie mowy. (Autoreferat).

W dyskusyi Sekretarz Stały zwraca uwagę na niewłaściwość nazw *gyrus praecentralis et postcentralis*, które właściwiej byłoby nazwać *gyrus frontalis ascendens et parietalis*. Zajęcia opony twardej bez zawrotów i innych objawów Sekretarz Stały nie uważa za niezwykle, niema bowiem roku, w ciągu którego nie miałyby sposobności widzieć takich nowotworów, rosnących powolnie bez żadnych objawów przyżyciowych. Guzy takie nie są zrosnięte z oponą twardą, lecz z niej wychodzą.

Prof. Kosiński przytacza kilka własnych spostrzeżeń epilepsyi JACKSON'a: 1) Przypadek ropnia mózgu, opisany w „Klinice“ w r. 1866, 2) Nowotwór opony twardej wielkości pięści wychodzący *processus falciformis* i wchodzący pomiędzy półkule. 3) Przypadek zranienia czaszki w okolicy ciemieniowej lewej z utratą kości; po wygojeniu pozostała przetoka, przez którą wydzielalo się dużo ropy; w głębi zgłębnik wykrył obecność odłamka kości. 4) Ropień mózgu po przebytej zgorzeli płuc. Operacya, przed rokiem wykonana, objawy padaczki na 9 miesięcy usunęła; napady powtórzyły się od 3 miesięcy prawdopodobnie nie skutkiem blizny, lecz z powodu ponownego ropnia.

RYCHLIŃSKI zgadza się ze zdaniem Sekretarza Stałego, że nazwa *gyrus praecentralis et postcentralis* nie jest dość zrozumiałą, choć z drugiej strony zamiast *gyrus frontalis ascendens et parietalis* zawojom tym dla ułatwienia w oryentowaniu się w lokalizacyi wołałby nadać nazwę *gyrus centralis anterior et posterior*. Co się zaś tyczy zaznaczonego w odczycie wyjątkowego braku objawów ogólnych przy nowotworach związanych z oponą twardą, to R. miał na myśli tylko sprawy szybko przebiegające, lecz nie te, które rozwijają się powoli i przy których istnienie guza wykazuje dopiero sekcyja.

CIAGLIŃSKI powtarza w krótkości treść przemówienia M. BRUNERA z okazji demonstrowanej chorej (*chorea rythmica*), jak również i przemówienie BERNACKIEGO, który demonstrowany przypadek rozpoznaje jako typowy tik. — [p. Gazeta lekarska Nr. 27 str. 729]

Następnie mówił co następuje: Przechodząc z roli referenta do roli dyskutującego, pozwolę sobie w paru słowach dać Panom określenie płasawicy rytmicznej i przypomnę, że pod nazwą tą pojmiemy cierpienie, występujące napadami, charakteryzującymi się szeregiem ruchów impulsywnych, złożonych, następujących po sobie w równych odstępach czasu, to jest najzupełniej rytmicznie i imitujących pewne ruchy życia codziennego, jak np. taniec, ukłony, ruch pływania, pracę kowali i t. d.. Zwracając się teraz do rozbieranego przypadku, widzimy, że ani jednej z tych cech przypadek ten nie przedstawia.

Popierwsze, spostrzegane u pacjentki kol. BRUNERA skurcze mięśni twarzy i języka występują w najrozmaitszych odstępach czasu, zawsze jednak mniej więcej długich: przerwy między nimi trwają minutę i więcej.

Jest to cecha bardzo ważna i o rozpoznaniu decydująca.

Rozpoznajemy niekiedy *typhus exanthematicus sine exanthemate*, nawet *paralysis agitans sine agitatione*; ale płasawicy rytmicznej bez rytmu rozpoznawać nie możemy, gdyż nie jest to choroba swoista *sui generis*, która istnieć może bez tej cechy charakterystycznej, jak tyfus plamisty bez wysypki, lub choroba PARKINSON'a bez drgań: płasawica rytmiczna jest to pewna postać hysterii, która, o ile przejawia się pod formą drgawek rytmicznych, o tyle nosi nazwę rytmicznej, jeśli niema rytmu — niema i płasawicy rytmicznej. Nie jest to jednak jedyny argument, jaki przeciwko rozpoznaniu płasawicy rytmicznej przemawia.

Przypatrując się skurczom mięśni twarzy i powiek danej chorej, każdy z Panów zauważył zapewne, że skurcze te są nadzwyczaj szybkie, błyskawiczne i w zupełności odpowiadają tym, jakie wywołujemy w mięśniach za pomocą prądu faradycznego. Gdyby je przedstawić graficznie, za pomocą krzywej, to otrzymana krzywa przypominałaby zdjęcie sfigmograficzne tętna przy niedomykalności zastawek aorty, t. zw. tętna skaczącego: anakrota i katakrota w postaci linii prostej prawie do poziomu prostopadłej.

Zupełnie inaczej rzecz się ma przy płasawicy rytmicznej; tam ruchy są o wiele powolniejsze, przypominające ruchy dowolne: krzywa ich dałaby nam obraz tętna przy zwężeniu ujścia tętniczego aorty, łukowatą anakrotę i takąż samą katakrotę. Ta to mianowicie cecha skurczów pozwala ustrzedz się od pomyłek nawet wtedy, gdy skurcze o charakterze błyskawicznym występują w całym szeregu z porządku rytmicznym, jak to miało np. miejsce w jednym przypadku CHARCOT'a, w którym skurcze mięśni powiek i twarzy powtarzały się ze 200 razy na minutę.

Względy powyższe, które skłoniły nas do odrzucenia rozpoznania płasawicy rytmicznej, pozwolą nam jednocześnie postawić rozpoznanie właściwe.

Mianowicie, jeżeli uwzględnimy błyskawiczny charakter skurczów pewnych grup mięśni, nierówne odstępy czasu pomiędzy pojedynczymi skurczami, wreszcie pewną cechę celowości, o jakiej wspomniał już kol. BIERNACKI, to nietrudno nam będzie zgodzić się co do rozpoznania z tym ostatnim i przyjąć rozpoznanie tik, albowiem tik jest to zbiór drobnych ruchów, harmonijnie skombinowanych, mających pewien sens, wyrażających pewną myśl. Są to ruchy obrony: oka — mrużenie; twarzy — zasłanianie się łokciem; chęć wydalenia

obcego ciała z jam nosowych — silne dmuchanie nosem; ruchy, wyrażające zdziwienie lub zdumienie i t. p..

Ruchy te, zawsze gwałtowne, mają pozór logicznych i celowych są jednak w gruncie rzeczy nielogiczne, gdyż nie istnieją w rzeczy samej przyczyny, któreby mogły ruchy te usprawiedliwić.

Nad ruchami tymi chory może do pewnego stopnia panować; panowanie to jednak męczy go i wyczerpuje; w końcu chory ulega nieprzepartej chęci i w dalszym ciągu się im oddaje.

Jako правило można powiedzieć, że w nocy tiki nie ustają i trzeba nieraz walczyć z nimi, by choremu noc spokojną zapewnić. Mniej gwałtowne ruchy snu choremu nie psują: o istnieniu ich w nocy może chory nawet nie wiedzieć.

Co się dotyczy rozpoznania różniczkowego, to, chcąc postawić rozpoznanie płasawicy rytmicznej, należy wykluczyć cały szereg cierpień, cechujących się rytmicznymi klonicznymi skurczami mięśni lub drżeniem, a więc uwzględnić: chorobę PARKINSON'a, drżenie przy wieloogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia, drżenie starcze, drżenie histeryczne, drżenie przy paralizu postępującym, przy zatruciu alkoholem lub rtęcią, przy chorobie BASKEOW'a, wreszcie t. z. tiki koordynowane.

Każdy, kto choć raz widział wymienione choroby, zgodzi się ze mną, że daleko trudniej byłoby upatrzeć podobieństwo między nimi i wrzekomą płasawicą rytmiczną kol. BRUNERB, niż decydujące między nimi wykazać różnice; dlatego też tę część rozpoznania różniczkowego w zupełności pomijam.

Daleko ważniejszym i bardziej celowem będzie przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego pomiędzy rozbieranym przypadkiem a podobnemi mu cierpieniami, a mianowicie: 1-o. *Chorea electrica*; 2-o. *Paramyoclonus multiplex*; 3-o. Skurcze mięśniowe u neurasteników i u amyotrofików typu DUCHENNE-ARAN'a; 4-o. wreszcie choroba GILLES DE LA TOURETTE'a, czyli t. z. choroba tików (*maladie des ties*).

Przy *chorea electrica* skurcze występują zwykle w mięśniach karku lub barku; bywają błyskawiczne, ledwie je można zauważyć, a to z tego powodu, że ruchu w kończynach nie wywołują; skurczom podlega zwykle jeden mięsień lub część jego, lecz nie grupa mięśni działających energicznie; skurcze mięśni są podobne do wywoływanych przez prąd faradyczny. Przerwy między oddzielnymi ruchami bardzo rozmaite. Powstaje choroba nagle u osobników dziedzicznie obciążonych pod wpływem psychicznych insultów. Czas trwania od kilku dni do kilku lat. Wyleczenie czasem nagle po zadaniu środka wymiotnego lub faradyzacji chorych mięśni.

Myoclonia — Paramyoclonus multiplex.

Skurcze występują w grupach mięśni symetrycznych — najczęściej kończyn; nie ustępują podczas czuwania; słabną przy ruchach dowolnych; znikają prawie albo zupełnie we śnie. Skurczom podlegają *mm. supinator longus, biceps et triceps brachii i quadriceps femoris*. Skurcze bywają całkowite, niewłóknikowe, występują nie w grupach mięśni, działających synergicznie, lecz w oddzielnych mięśniach. Powstawanie powolne; przebieg przewlekły; wyleczalność.

Skurcze mięśniowe u neurasteników i u amyotrofików w typu DUCHENNE-ARAN'a są włókienkowe niecałkowite; łatwiej je odczuć, niż spostrzedz, zdarzają się w mięśniach powiek, skrzydła nosa, w mięśniach palucha lub *pectoralis majoris* i innych.

Choroba GILLES DE LA TOURETTE'a: *Maladie des tics convulsifs*, *Maladie des tics impulsifs* [JOLLY], *Erinnerungskrämpfe* [FRIEDRICH] — cechuje się, prócz skurczów, właściwych wielkim tikom, jeszcze pewną sumą zaburzeń psychicznych: jak koprolalia, echolalia, echokinezya, arytmomania, pewnemi natrętnemi ideami lub chorobliwą wątpliwością i niepewnością siebie.

Najtrudniwszem zadaniem rozpoznania różniczkowego jest właśnie zakwalifikowanie danego cierpienia albo do szeregu t. zw. zwyczajnych tików (*tic convulsif vulgaire* — cierpienie względnie łagodne i wyleczalne), albo do t. zw. *grands tics convulsifs*, co daje już rozpoznanie o wiele poważniejsze, albo też do wymienionej grupy, choroby GILLES DE LA TOURETTE'a, co szanse wyleczenia sprowadza prawie do zera. Takie przynajmniej zdanie wypowiada CHARCOT; OPPENHEIM w swym podręczniku chorób nerwowych, świeżo wydanym, zdania tego nie podziela i sądzi, że po kilkoletniem nawet trwaniu choroby tików wyleczenie nie jest niemożliwe. Jakie rozpoznanie postawić należy w rozbieranym przypadku? Dla stanowczego rozstrzygnięcia tego pytania należałoby chorą poddać nieco szczegółowszej obserwacji; o ile mogę wnosić z tego, com widział podczas demonstracji, skłaniałbym się do rozpoznania „wielkiego tiku“, *grand tic convulsif*.

Wreszcie namienić muszę, że jakkolwiek histerya i tiki są to dwie zupełnie odrębne choroby, to jednak spostrzegamy i u histeryków zaburzenia ruchowe, występujące pod postacią tików. Rokowanie zależy w takich przypadkach od głównego cierpienia, t. j. histeryi. (Autoreferat).

JAWDYŃSKI przedstawił chorego, lat 9-ciu, któremu w 4 dni po złamaniu prawego ramienia nałożono opatrunek gipsowy. Bóle w kończynie opatrzonej zrazu silne, na drugi dzień znacznie się zmniejszyły. Po upływie 10 dni prawdopodobnie z powodu przykurczenia lekarz zalecił wyprostowywać dziecku palce u ręki chorej. Po 4-ch tygodniach opatrunek zdjęto: kość okazała się zrośniętą, palce natomiast u ręki prawej były o tyle skurczone, że paznokcie wpijały się w dłoń. Chory ten w 4 miesiące po wypadku udał się do JAWDYŃSKIEGO, który skonstatował powyżej zaznaczone skurczenie. Skóra w okolicy stawów była cieńszą, stawy bolesne, kość zrośnięta. Ponad przegubem łokciowym znajdował się wypięty kostny nadzwyczaj bolesny na ucisk; dotkliwy ból występuje również przy ucisku na rowek, gdzie przechodzi nerw łokciowy. Upatrując przyczynę skurczu palców we wrośnięciu w kostninę nerwu pośrodkowego, J. po nałożeniu opaski ESMARCH'a d. 12. X. r. z. zrobił cięcie w miejscu wspomnianego wypięcia kostnego. Nerw pośrodkowy w istocie był wrośnięty w kość; przy wejściu do kanału kostnego nerw był dwa razy grubszy niż po wyjściu z niego. Oglądając części sąsiednie, J. zamiast tętnicy prawidłowej znalazł tylko kawałek tkanki łącznej bliznowatej, która przedstawiała górny koniec tętnicy ramieniowej. Po zagojeniu się rany oraz po kilkomiesięcznem mięsieniu, kończyna wróciła prawie do stanu prawidłowego: skurcz palców ustąpił, a chory odzyskał możność pisanja.

Wiadomości terapeutyczne.

24. Argentaminum. Argentamina. Jest to płyn przygotowywany przez fabrykę SCHERING'a w ten sposób, że 10 części fosforanu srebra rozpuszcza się w roztworze, złożonym z 10 części etylendiaminy i 100 części wody destylowanej. Płyn ten oddziaływa alkalicznie i różni się od zwyczajnego wodnego roztworu azotanu srebra tem, że ani z roztworem soli kuchennej, ani z roztworem białka nie daje osadu, a tylko lekką opalizację.

D-r SCHAEFFER (*Theor. Monatsh.* 1894. VII) na klinice prof. NEISSER'a przeprowadził z danym przetworem szereg badań bakteryologicznych i spostrzeżeń klinicznych, przyczem doszedł do wniosku, że argentamina odznacza się większymi zaletami od zwyczajnego roztworu azotanu srebra. Przede wszystkim siła dezynfekcyjna argentaminy jest większą, a powtórę nowy ten przetwór daleko głębiej wnika do tkanek organicznych, aniżeli zwykły roztwór azotanu srebra.

W istocie, stosując argentaminę przy tryprze, zauważono, że gonokokki bardzo szybko znikają w wydzielinie cewki moczowej i że w tych przypadkach trypra przewlekłego, które opierały się wszelkiemu leczeniu, a więc i leczeniu azotanem srebra, po zastosowaniu argentaminy następowało zupełne wyleczenie.

Zaznaczyć tu wszelako należy, że objawy podrażnienia, wywołane argentaminą, a mianowicie wydzielina ropna, najczęściej bywają silniejsze, aniżeli po stosowaniu zwyczajnego wodnego roztworu azotanu srebra. Na tę okoliczność lekarz powinien zwrócić uwagę pacyenta, aby tenże nie myślał, że nastąpiło pogorszenie choroby i aby z tego powodu nie porzucił przestrzykiwań argentaminą.

Z powodu wzmiankowanych objawów podrażnienia nieraz do argentaminy trzeba dodawać inne środki przeciwzapalne lub ściągające.

Roztwory, stosowane przez SCHAEFFER'a, są następujące: dla przedniej części cewki moczowej (*urethra anterior*) 1: 5000 — 1: 4000; dla tylnej części cewki (*urethra posterior*) 1: 1000.

W końcu zaznaczyć tu należy, że Dr. ROSENBAUM w poliklinice prof. EULENBURG'a [*Deutsch. med. Woch.* 1894. 31] w ciężkich przypadkach władu rdzenia kręgowego przeprowadził leczenie zastrzykiwaniami podskórnymi argentaminy, ale wyniki, otrzymane tą metodą leczniczą, bynajmniej nie zachęcają do dalszych prób, bo nie tylko że chorzy poprawy żadnej nie doznawali, ale narażali się na bardzo przykre skutki, zależne od drażniącego działania wzmiankowanego środka.

Z początku używano w tym celu roztworu 2% argentaminy i zastrzykiwano $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ szpryki. U wszystkich chorych po zastrzyknięciu powstawały niezmiernie gwałtowne bóle miejscowe, które trwały 24—36 godzin, a prócz tego, pomimo głębokich zastrzyknięć, wytwarzały się albo twarde głębokie obrzmienia, albo ograniczona zgorzel skóry. Część zgorzelinowa w ciągu 4—6 tygodni

oddzielała się i pozostawiała sinawą, głęboką bliznę. W kilku przypadkach owo twarde głębokie obrzmienie rozmiękało, a przy przecięciu wypływała rzadka zawartość surowiczo-ropna.

Zastrzykiwania podskórne roztworu 1% są mniej bolesne i nie dają takich objawów podrażnienia.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Zbiorowe badanie w kwestyi operacyjnego leczenia złośliwych nowotworów krtani.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Dnia 31 grudnia 1893 r. upłynęło lat 20 od wykonania po raz pierwszy przez BILLROTH'a całkowitej ekstyrpacji krtani z powodu raka. W ciągu tego czasu dokonano około 200 całkowitych wycięć krtani, a prawie 100 częściowych, jakoteż dość pokaźną liczbę laryngofisur, wreszcie endolaryngealnych operacji z powodu nowotworów złośliwych krtani [raki, mięsaki].

Zdawałoby się, że te cyfry powinny dawać dostateczne pojęcie co do skuteczności tej lub owej metody operacyjnej. A jednak tak nie jest.

Dziś jeszcze panują najsprzeczniejsze poglądy co do tej kwestyi: gdy jedni uważają wycięcie za jedyną racjonalną metodę leczniczą przy tem cierpieniu, inni stanowczo odmawiają jej racyi bytu. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną tych różnic w poglądach jest brak dokładnej statystyki, przynajmniej w ostatnich czasach [od ostatniej statystyki upłynęło przeszło 4 lata].

Byłoby więc interesującym wiedzieć, jak często obecnie te rękoczyny (*laryngectomia*, *laryngofissura* etc.) są wykonywane i jakie dają wyniki.

Nie łatwa to jednak rzecz napisać dokładną statystykę.

Przyszedłem do przekonania, że najlepszym w tym celu środkiem będzie odezwa do wszystkich laryngologów i chirurgów z prośbą o łaskawe zakomunikowanie mi zarówno operowanych w ciągu ostatnich lat 20, t. j. do 1 lipca 1894, przypadków, jakoteż swoich na tę kwestyę poglądów.

Dla ułatwienia pozwalam sobie podać następujący szemat:

- 1) Nazwisko i miejsce zamieszkania operatora [*resp.* laryngologa].
- 2) Wiek i płeć chorego.
- 3) Ogólny stan chorego [zajęcie lub nie gruczołów chłonnych i t. d.].
- 4) Obraz krtaniowy [prawa, lewa strona i t. d.].
- 5) Rozpoznanie [kliniczne, *resp.* drobnowidzowe].
- 6) Data operacji [dzień, miesiąc, rok].
- 7) Rodzaj operacji [endolaryngealna, *thyreotomia*, *laryngoectomia totalis et partialis*].
- 8) Rezultat operacji [śmierć—przyczyna? Recydywa—kiedy? Wyleczenie—data ostatniego badania, *resp.* ostatniej wiadomości].
- 9) Źródło [ogłoszone—gdzie?] lub nieogłoszone przypadki.
- 10) Uwagi [ogólny pogląd i t. d.].

Wiadomości te upraszam łaskawie nadsyłać w możliwie prędkim czasie pod adresem niżej podpisanego. Mając nadzieję, że powyższa odezwa, mająca na celu tak ważną kwestyę, znajdzie łaskawe poparcie, nie pozostaje mi nic innego, jak tylko z góry wyrazić moje serdeczne podziękowanie wszystkim Sz. Pp. chirurgom i laryngologom za łaskawe poparcie moich w tym kierunku usiłowań.

Jednocześnie odezwa ta będzie drukowaną w *Centr. für Chirurgie*, jakoteż w innych czasopismach specjalnych ¹⁾.
D-r Jan Sędziak.

Warszawa. 139. Marszałkowska.

Wiadomości bieżące.

— Ruch chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnym. Obecne sprawozdanie obejmuje okres czasu tygodniowy: od 29 lipca do 4 sierpnia włącznie. Przez ten czas przybyło na oddział chorych 50, co razem z 80 chorymi, o których była mowa w zeszłotygodniowym sprawozdaniu, stanowi liczbę 130. Z 50 nowoprzybyłych chorych—mężczyzn było 27, kobiet 23. Podług wieku nowo-przybyli chorzy grupują się w następujący sposób:

				Nowoprzybyłych			
Do 10 lat włącznie było	.	.	.	10	chorych, zmarło	4	
Od 10—20 lat	.	.	.	3	"	"	0
Od 20—40 "	.	.	.	24	"	"	6
Od 40—60 "	.	.	.	10	"	"	3
Powyżej 60 "	.	.	.	3	"	"	1
Razem				50	Razem		14

Najmłodszy z tych 50 chorych miał lat 2, najstarszy 67 lat.

Z chorych przybyłych przed 29 lipca zmarło oprócz 34, o których już wzmiankowałem, 6-u. Mamy więc razem 54 zejść śmiertelnych na 130 chorych. Do 6 podejrzanych chorych, notowanych już w zeszłym tygodniu, musimy obecnie dodać jeszcze 4. Odliczywszy te 10 podejrzanych przypadków, otrzymamy 54 przypadki śmierci z ogólnej liczby 120 chorych, czyli: że dotychczas mamy 45% śmiertelności.

Ruch chorych podług dni był następujący:

Przybyło		Zmarło		Przybyło		Zmarło	
		z nowoprzyb.				z nowoprzyb.	
Dnia 29. VII.	6	2		Dnia 1. VIII.	6	3	
" 30	6	1		" 2	13	5	
" 31	8	3		" 3	10	0	
				" 4	1	0	

Wypisało się od 29. VII. do 4. VIII. 34, a od 17. VII. do 28. VII. 5, czyli razem przez cały czas wypisaliśmy osób 39.

Z 50 nowoprzybyłych chorych kilku pochodzi z okolic zamiejskich [Powązki, Czyste, Sielce] i jeden z Mławy. W Warszawie dostarczyły nam chorych następujące ulice: Ostrowska N-ra 9, [4 przypadki], 8, Nizka N-r 52 [2 przyp.], Wolińska Nr. 24, Karmelicka Nr. 4, Burakowska Nr. 20 [2 przyp.], Twarda Nr. 3, Pańska N-ra 6 i 80, Bracka Nr. 12, Podwałe Nr. 11, Solec N-ra 51 i 57, Czerniakowska Nr. 1 [3 przypadki].

Praga: Targowa N-ra 6, 17, 23 [2 prz.], 30, Brukowa N-ra 2, 24 [3 przyp.], 23, 26 [3 przyp.], Moskiewska 46, Kawęczyńska 19, Grochowska 5, Kępną 13 [2 przyp.], Białostocka 51, Stalowa [Nowa-Praga] 13, Radzymińska 45, Dom noclegowy na Pradze 1 przypadek.

Z powyższego spisu ulic widzimy, że prawie połowa nowoprzybyłych chorych pochodzi z Warszawy. Jeśli porównamy ten stosunek z odnośnymi cyframi poprzedniego naszego sprawozdania [stosunek 22:80], to rezultat wypadnie niekoniecznie dla Warszawy pocieszający.

W zeszłotygodniowym N-rze Gazety Lekarskiej zanotowaliśmy kilka właściwości tegorocznej cholery: stosunkową częstość krwawych stolców i wysypek skórnych

¹⁾ Życzęte kol. SĘDZIĄKA redakcyja gorąco popiera. Już poprzednio redakcyja *Inter. Centrbl. f. Laryngologie* (Nr. 1894) w tem samym znaczeniu zdanie swe wypowiedziała. (Redak.)

w okresie odczynowym, bezgorączkowy we wszystkich naszych przypadkach przebieg tego ostatniego i t. d.. Co się tyczy krwawych stolców, to muszę w tem miejscu zauważyć, że częstość ich i w nowej seryi chorych nie da się zaprzeczyć. Wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią [należy tu również i jedna z dwóch chorych, wzmiankowanych w naszym zeszytygodniowym sprawozdaniu, osoba 80-letnia], tak, że dotychczas zanotowaliśmy tylko jeden przypadek z krwawymi [niecuchącymi] stolcami, pomyślnie zakończony. Odnośnie do wysypek skórnych zauważę, że choć rumień (*erythema*), jak to podają podręczniki, nie należy do zbyt rzadkich powikłań okresu odczynowego, jednakże ani w roku zeszłym, ani w zaprzeszłym tego wykwit nie spostrzegaliśmy. Z tego względu zasługuje na wzmiankę 1 przypadek bardzo rozległego rumienia, który dzisiaj obserwowaliśmy u 6-letniej dziewczynki. Wysypka zajmowała obadwa policzki, zaczął część ramion, przedramion, dłoni i goleń. Przedstawiała się ona w postaci dużych plam, wielkości od dziesiątki miedzianego [na gołeniac] do wielkości dłoni [na ramionach, twarzy], szkarlatno-czerwonego koloru, od ucisku palcem bladła. Przetrawszy nie dłużej nad 2 godziny, wysypka ta znikła zupełnie, nie pozostawiając po sobie śladu. Co do stanu ciepłoty w okresie odczynowym pozostaje w całej mocy to, cośmy rzekli w zeszytygodniowym sprawozdaniu: we wszystkich naszych przypadkach, w których między napadem cholerycznym a całkowitem wyzdrowieniem istnieje jakikolwiek okres pośredni, zwany w podręcznikach odczynowym, ten ostatni przebiega, jak w dotychczas spostrzeganych przypadkach, zupełnie bez gorączki: *maximum* ciepłoty, jakie dotychczas notowaliśmy, 37,30 C., *minimum*—35,20 C.. Mowa tu o cyfrach, jakie otrzymujemy przy zwykłym praktykowanem mierzeniu ciepłoty, t. j. *in fossa axillari*. Ponieważ ciepłomierz nadzwyczaj wolno podnosi się u chorych cholerycznych, to radzą, co też i my robimy, pozostawiać go pod pachą na czas dłuższy, około $\frac{1}{2}$ godziny. Rozumie się, że w tych samych przypadkach, w których ciepłota, mierzona w jamie pachowej, nie przekracza cyfr normalnych, lub znajduje się znacznie niżej normy, ciepłomierz *in recto* lub *in vagina* może wskazywać cyfry gorączkowe, i to nawet bardzo wysokie.

Jeszcze kilka uwag w kwestyi symptomatologii tegorocznej cholery. Ze strony oczu nadzwyczaj często notujemy cierpienia rogówki i łącznicy: pierwsze w postaci zmętnień i owrzodzeń na obwodzie rogówki, po większej części w dolnym odcinku, przyczem owrzodzenia są zawsze powierzchowne, drugie — w postaci silnego przekrwienia łącznicy, dochodzącego nawet do wyraźnego nieżyty z obfitem wydzielaniem śluzu [nie mówię tu o okolorogówkowym przekrwieniu, *injectio pericornealis*, które prawie zawsze ma miejsce przy owrzodzeniu rogówki]. Ze strony serca chciałbym zanotować wybitną częstość szmeru tarcia osierdzia (*affricus pericarditicus*), trwającego zwykle kilka dni [3—4] i dochodzącego niekiedy do znacznego natężenia. Charakter szmeru czasem przypomina to, co Francuzi nazywają *bruit du cuir neuf*. Od czasu, jak zacząłem zwracać bacniejszą uwagę na ten objaw, notuję go bardzo często. Co się tyczy chorób następnych, to notowaliśmy dotychczas kilka przypadków choroby Bright'a ze znacznymi obrzękami twarzy i kończyn [2-letni chłopczyk i 11-letnia dziewczynka, oboje w kilka dni po wypisaniu się z naszego oddziału]. W tych dwóch przypadkach notowaliśmy w moczu podczas okresu odczynowego dość znaczną ilość białka, a w jednym z nich prócz tego rozległą pokrzywkę. Małe i średnie ilości białka w moczu w okresie odczynowym spostrzegamy prawie w $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków, a w niektórych przypadkach dość dużą ilość substancji redukujących tlenik miedzi.

Warszawa, dnia 4. VIII. 1894.

S. Pechkranc.

— Zmarł d. 4 b. m. w Warszawie w 90 r. życia D-r HENRYK PODOWSKI, b. lekarz naczelny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 29 Іюля 1894 г.

Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.