

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK PRZEPUKLINY PŁUC

(*pneumocèle*).

Opisał

Dr Michał Pietkiewicz [z Baku.]



Przypadek dotyczy 53-letniego ślusarza, Wasyla Warłamowa, który przybył do mnie w kwietniu r. b. z powodu lekkiego nieżytu płuc.

Przy badaniu zauważyłem po lewej stronie klatki piersiowej dwa miękkie guzy, na które chory nie zwracał najmniejszej uwagi, a zapytany, opowiedział mi, że egzystują od urodzenia i nie sprawiają mu żadnych dolegliwości. Czasami guzy znikają „podczas niepogody“ i wówczas występują niektóre nieprzyjemne objawy, jak wymioty i brak łaknienia. Znikanie guzów następuje samo przez się i trwa 1—2-ch dni; również i zjawianie się ich nie bywa spowodowane jakimkolwiek wysiłkiem fizycznym, jest jednak zawsze pożądanem, bo wówczas chory czuje się zupełnie dobrze.

Dawniej guzy znikają rzadko, raz, albo dwa razy do roku; w ostatnich zaś latach znikanie guzów powtarzało się częściej, a zatem zjawiały się także częściej wymioty i brak łaknienia. Zresztą W. czuje się zupełnie zdrowym. Stolce były zawsze normalne. Chorób ciężkich nie przechodził. Kaszlał czasami po przeziębieniu się, ale nigdy nie miewał ciężkiej choroby płuc, albo narządów brzusznych. Będąc młodszym i silniejszym, nosił często ciężary 5-cio i 6-cio pudrowe, nie doznawał jednak nigdy bólu w okolicy guzów i nie zauważył nigdy powiększania się ich objętości przy dźwiganiu ciężarów, chociaż przyznaje, że wielkość guzów ulega czasami zmianie.

W. W., blondyn, wzrostu średniego, wątłej budowy, miernego odżywiania, jest żonaty, ma kilkoro dzieci. Klatka piersiowa nie jest symetryczną: lewa strona jest nieco mniejszą i jakoby spłaszczoną pod pachą. Na wysokości sutek objętość lewej strony klatki piersiowej jest o 4 ctm. mniejszą od prawej. Oddechanie i tętno normalne. Ekskursye oddechowe po obu stronach jednakowo widoczne. Granice płuca prawego normalne. Wątroba nie powiększona. Przy wypukiwaniu płuca lewego słychać wszędzie normalny odgłos płucny, który nie zmienia się bynajmniej na guzach; przytępienia w żadnym miejscu skonstratować nie można. Poniżej guzów zaczyna się odgłos bębnowy, nie przytępiający się nawet w okolicy śledziony, której położenia oznaczyć niepodobna. Serce nie powiększone, tony jego czyste i wyraźne, dolna granica przytępie-

nia sercowego sięga od lewego brzegu mostka do lewej sutki. Uderzenia serca wyczuwa się w 4-em międzyżebżu na linii sutkowej. Z tyłu odgłos płucny przy wypukiwaniu lewego płuca sięga do 8-go żebra *in linea scapulari*. Szmerzy oddechowe i *fremitus pectoralis* po obu stronach płuc jednakowe i normalne.

Po lewej stronie klatki piersiowej pomiędzy *l. mammill. sin.* i *linea scapul. sin.* przedstawiają się 2 guzy. Przedni mniejszy, wielkości jajka kurzego, na

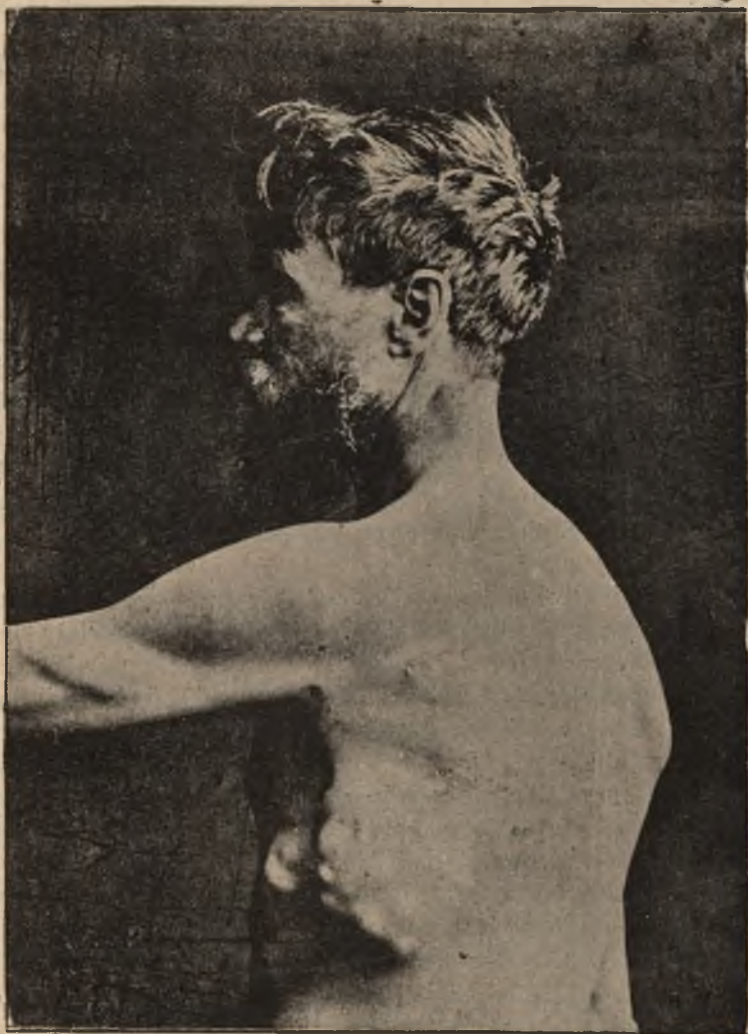


Fig. 1.

lewo od *linea mammill. sin.* pomiędzy górnym brzegiem 6-go i górnym brzegiem 7-go żebra. Tylny guz, wielkości sporej pomarańczy, nieco spłaszczonej, zaczyna się pomiędzy *lin. axill. ant.* i *poster.* i sięga w kierunku poziomym do *lin. scapularis sin.*; u góry graniczy z dolnym brzegiem 4-go żebra, a u dołu z dol-

nym brzegiem 8-gò żebra. Powierzchnia guzów nierówna, falowata, o wypukłościach łagodnie zaokrąglonych. Skóra na guzach ruchoma, nie różni się ani grubością, ani kolorem od sąsiedniej okolicy. Blizn nie ma. Przy obmacywaniu guzy są miękkie, elastyczne, nie chęłbocące i zupełnie niebolesne. Rzężeń trzęszczących niema. Przy głębokiem oddechanu guzy nie powiększają się. Przyłożwszy ucho do guza większego, słyhać oba tony serca znacznie wyraźniej, niż w innych miejscach klatki piersiowej. Szmer oddechowy daje się słyszeć przez guz również wyraźnie, jak powyżej jego lub z tyłu. Przy ucisku dłonią i palcami, szczególnie przy lekkim ruchu wirowym, guzy znikają całkowicie



Fig. 2.

i pod palcami wyczuwa się dokładnie żebra i międzyżebra. Po odjęciu ręki guzy zjawiają się natychmiast i wracają do dawnej wielkości. Jeśli chory kładł się na prawym boku, to guzy znikają przy ucisku łatwiej, niż w pozycji stojącej, i nie zjawiały się napowrót, dopóki chory oddechał lekko i zachowywał się spokojnie.

Guz mniejszy znika w 6-em międzyżebżu, trochę na lewo od *linea mam-mill. sin.*; guz zaś większy, tworzący jakby jedną masę, dzieli się przy ucisku na dwie części: górną część jego daje się wprowadzać z osobna pomiędzy 6-em i 7-em żebrem, a dolną pomiędzy 7-em i 8-em żebrem *in linea axill. sin. posterior*. Po odprowadzeniu guzów wyczuwa się w miejscu ich zaniknięcia, na

7-em i 8-em żebrze nieznaczne wklęsłości z twardem dnem. Na miejscach wklęsłych znajdują się dwa twarde gruczoły, wielkości grochu. Po odprowadzeniu mniejszego guza nie wyczuwa się żadnej wklęsłości. Jaki kierunek i jaką formę mają kanały, prowadzące do wnętrza klatki piersiowej, tego dokładnie określić niepodobna. Opisane guzy nie przedstawiają, zdaje mi się, wątpliwości co do rozpoznania. Nowotwory, jak np. miękkiej formy tłuszczaki, a także wysięk [otorbiony] opłucnej, możemy wykluczyć z łatwością na zasadzie danych przy perkusyi i auskultacyi. Bąblowca niepodobna podejrzewać dla tych samych przyczyn, a także z powodu braku niektórych objawów, towarzyszących stale bąblowcowi płuc, jako to: bóle, duszność i wycieczenie. Zresztą bąblowiec nie trwa dłużej nad 3—4 lat.

Wykluczyć należy w tym przypadku także obecność w przepuklinie narządów brzusznych [żołądka, albo sieci], które przez otwór w przeponie (*hernia diaphragmatica*) mogą się przedostawać do lewej jamy opłucnej. Wiadomo zresztą, że dzieci, które rodzą się z przepukliną przeponową, przeważnie długo nie żyją.

Zważywszy to wszystko, przychodzimy do przekonania, że tutaj mamy do czynienia z rzadkim przypadkiem wrodzonej przepukliny płuc (*pneumocoele*), zawierającej prawdopodobnie po większej części zwyrodniałą tkankę płucną.

Godnym uwagi jest fakt, że chory, obchodząc się całe życie bez bandaża i ciężko pracując fizycznie, przeżył 53 lata i tak mało i rzadko doświadczał dolegliwości. W. sam zeznaje, że ostatnimi czasy nadużywał napojów wyskokowych, więc prawdopodobnie objawy gastryczne byłyby jeszcze radsze, gdyby chory prowadził życie wstrzemięźliwe.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. HISTERYA, JAKO SYMULACYA I KOMBINACYA WIĄDU RODZENIA,

oraz przyczynek do różniczkowego rozpoznania objawów podrażnienia ruchowego przy władzie, histeryi i t. zw. nerwicach ruchowych.

Napisał

Dr med. Henryk Hügler

[były asystent oddziału].

— 3 —

[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 48].

Naszkicowawszy stosunek symulacyi histerycznej do rzeczywistego władu mleczka, przystępuję do kwestyi współistnienia histeryi z władem. Przypadek histero-tabetyzmu, który przytoczyć zamierzam, jest z wielu względów bardzo ciekawy, aczkolwiek pod względem klinicznym nie zupełnie jasny: obecność władu nie ulega w nim żadnej wątpliwości, natomiast można się spierać co do tego, czy mamy do czynienia z histeryą, czy też z nerwicą z grupy t. zw. nerwic ruchowych (*Motilitätsneurosen*).

Liczba dotychczas ogłoszonych przypadków powikłania wiądu histeryą nie przenosi tuzina. Są to spostrzeżenia ¹⁾ GRASSET'a, SUCKLING'a, CHARCOT'a, GUINON'a, JOFFROY'a, SIREDEY'a, BLOCQ'a, ONANOFF-BLOCQ'a, ACHARD'a i ROUFFILANGE'a.

Spostrzeżenie II. Mendel K., lat 47 wieku liczący, handlarz koni, wstąpił do szpitala dnia 30 czerwca 1891.

Z wywiadów, dotyczących się obecnego cierpienia, chory zwraca uwagę na przebyty przed 15 laty syfilis, który silne na nim wywarł wrażenie i nerwowym go uczynił. Bliższych szczegółów o tej nerwowości chory nie jest w stanie, czy też nie chce podać. W rodzinie pacyenta nikt nie był dotknięty chorobą nerwową lub umysłową. Rodzice odumarli go w późnym wieku śmiercią naturalną. Sam cieszył się zawsze „żelaznem“ zdrowiem, a przebyta przed kilkunastu laty w Busku kuracja wcieraniami i kąpielami siarczanemi była pierwszą w jego życiu.

Przed 8 laty zauważył, iż dwoi mu się często przed oczami, przyczem częściej go nawiedzać w nocy silne bóle głowy. Po ponownem leczeniu rtęcią bóle znikły. Przed 5—6 laty cierpiał na nieznośne bóle błyskawiczne w grzbiecie i w nogach. Wkrótce potem miewał bóle żołądkowe i częste wymioty; co do charakteru i typu owych bólów z wymiotami, nic pewnego podać nie jest w stanie.

Od kilku lat zauważył stopniowy upadek zdolności płciowej, utratę chęci do spółkowania obok częstych erekcyi z polucjami podczas snu. Od 15 miesięcy uskarża się na zaburzenia w odawaniu moczu. Miewał także niepewność podczas stania i chodzenia oraz bóle i przykre parestezye w nogach, które jednak często znikaly, a wtedy chory mógł chodzić bez laski. Przed 2 laty kończyny dolne były przez kilka dni zupełnie porażone.

Od pół roku chory może się trzymać pionowo tylko przy największym wysiłku, wskutek czego zmuszony jest pozostawać w łóżku.

Przy badaniu klinicznem znaleziono obraz następujący.

Chory jest dobrze odżywiony, w lekkim stopniu niedokrwistości. Zaburzeń psychicznych niema. Mowa i dobór słów bez zarzutu. Łaknienie i sen zadawalające. Brak wyraźnych bólów. Chory doznaje często przykrego uczucia gorąca w całym ciele. Stanie i chodzenie są zupełnie niemożliwe tak przy otwartych, jak i zamkniętych oczach. Gruba siła mięśniowa

¹⁾ GRASSET. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1878.
SUCKLING. *Brit. med. Journ.* 10 kwietnia. 1886.
CHARCOT. *Leçons du mardi*. 1888.
JOFFROY. *Société médicale des Hôpitaux*. 14 Grud. 1888.
CHARCOT. *Poli-clinique de mardi*. 5 lutego. 1889.
GUINON. *Thèse inaugurale*. Paris. 1889.
SIREDEY. *Soc. méd. des Hôpitaux*. 6 listopada. 1888.
BLOCQ. *Mercure médical*. 16 grudnia. 1891.
ONANOFF-BLOCQ. *Arch. de méd. expérimentale*. 1892.
ROUFFILANGE. *Thèse inaugurale*. Paris. 1893.
ACHARD. *Cytow. podł. ROUFFILANGE'a*, str. 35.

nieznacznie upośledzona. Napięcie mięśniowe w obu kończynach dolnych osłabione. Beźład nóg bardzo wyraźny. Odruchy ścięgniste kolana i ścięgien ACHILLES'a nie dają się żadną miarą wywołać. Odruchu podszwowego również niema. Żrenice, zwężone, są jednakowej wielkości, na światło nie oddziałują. Akomodacja źrenic prawidłowa. *Paralysis n. abducentis sinistri*. Lekki stopień zatrzymania moczu.

Oto są pokrótce główne objawy, któreśmy zanotowali przy pierwszym badaniu i które wraz z anamnezą najzupełniej wystarczyły do rozpoznania władu rdzenia. Syfilis przed 15 laty, bóle strzelające, *crises gastriques*, podwójne widzenie, nagłe i szybko przemijające porażenie kończyn dolnych, niemoc płciowa: oto dane wywiadowcze, które za władem przemawiać się zdawały. Obecność zaś porażenia nerwu *abducentis*, objaw ARGYLL-ROBERTSON'a i objaw WESTPHAL'a obok ataksji i upośledzenia zmysłu mięśniowego rozpoznanie władu rdzenia w zupełności usprawiedliwiały. Cokolwiek trudniej wytłumaczyć można było następujące objawy, które po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu zaczęły występować u tabetyka.

Gdy choremu ani leczenie wewnętrznymi środkami, ani przypalenie żegadłem PACQUELIN'a żadnego nie sprowadziły polepszenia, zalecono mu zawieszanie na aparacie CHARCOT-MOCZURKOWSKIEGO. Chory bardzo niechętnie się zgodził na suspensję, z początku w przekonaniu, że tak „surową“ metodą można tylko zaszkodzić człowiekowi ze „słabym krzyżem“, później zaś z obawy spadnięcia z aparatu [co zresztą w tym czasie zdarzyło się w szpitalu jednemu pacjentowi, dotkniętemu neurastenią urazową].

I rzeczywiście chory, który bardzo sceptycznie względem powyższego sposobu leczenia był usposobiony, twierdził stanowczo, że się po każdym zawieszeniu czuje gorzej, niż przed nim. Koło 6—7 dnia od rozpoczęcia zawieszania zjawily się u chorego dość dziwne zaburzenia ruchowe, w których brały udział prawie wszystkie mięśnie kończyn dolnych.

Były to drgawki kloniczne o amplitudzie dość rozległej i przebiegu bardzo szybkim. Drgawki bywały w początku rzadkie, później stały się coraz częstsze i wreszcie przechodziły w krótkotrwałe tężec. Poruszenia wywołane kurczami, były niekoordynowane, a polegały na mimowolnem i nieustannem zginaniu i prostowaniu, wywracaniu i nawracaniu, przyciąganiu i odciąganiu we wszystkich bez wyjątku stawach kończyn dolnych. Palce co chwila to się wyprostowywały, to się *ad maximum* zginały; stopa przyjmowała na przemian położenie szpotawej i końskiej stopy. Niekiedy chory trzymał bezwiednie uda w położeniu pionowem przez 10 sekund, nie zdając sobie sprawy z przyczyny nagłego wystąpienia skurczu tężcowego. Ruchy te poprzedzał nierzadko skurcz mięśni brzusznych. Płasawicze te ruchy, nie dające się powstrzymać natężeniem woli, stawały się coraz rozleglejszymi, bardziej gwałtownymi i dłuższymi, tak, że chory wcale nie miał spokoju i nocę spędzał bezsennie. Mimowolnie drgawki występowały po części po jakimś ruchu dowolnym, poczęści zaś zupełnie odeń niezależnie. Jeżeli np. chory na rozkaz mój wyciągnął nogę, to nie był w stanie napowrót ją cofnąć, aż dopiero po kilku sekundach, kiedy kurcz ustąpił, ewentualnie beładne płasawicze ruchy prze-

szły. Stan ten trwał bez zmiany, wciąż wzmagając się i sadowiąc wyłącznie w dotkniętych bezładem kończynach. Od czasu do czasu drgawki przechodziły i na górne kończyny.

Najsampród należało rozstrzygnąć, jak sobie wytłomaczyć owe ruchy mimowolne: czy jako samoistną nerwicę ruchową, rodzaju płasawicy, która przypadkowo do organicznego cierpienia mlecza się przyłączyła, czy też jako objaw niewątpliwie stwierdzonego wiądu. Jeżeli owe drgawki uważać za zależne od wiądu rdzenia, to stanowią one dość rzadki objaw, wymagający bliższego rozbioru.

W klasycznym podręczniku chorób nerwowych GOWERS'a ¹⁾ nie znajdujemy w wyczerpującym rozdziale „wiądu rdzenia“ żadnej wzmianki o ruchach płasawicznych. To samo się tyczy obszernej dyagnostyki LEUBE'go ²⁾ i nowszego zbiorowego „*Manuel de Médecine*“ ACHARD-DEBOVE'a ³⁾.

STRUEMPPEL ⁴⁾ w podręczniku swoim kończy rozdział o zaburzeniach ruchowych przy wiądzie następującą uwagę: „Wzmianka wreszcie należy się objawowi nieznacznego podrażnienia ruchowego, występującemu nieraz w przebiegu wiądu w drobnych mięśniach ręki. Drgawki te przeoczyć bardzo łatwo, jeżeli się nie zwraca na nie specjalnie uwagi. O przyczynie powstawania ich nie wiemy nic pewnego.“ W naszym przypadku drgawki były wcale nie lekkie i nie mogły ująć uwagi nawet powierzchownego badacza, gdyż w obrazie chorobowym przez czas pewien przeważały.

Obszerniejszą nieco wzmiankę poświęca drgawkom tabetycznym HIRT ⁵⁾. „Objawy wzmożonej pobudliwości ruchowej są bardzo rzadkie przy wiądzie i ograniczają się na drgawkach napadowych w palcach ręki lub nogi; występują także nieraz mimowolne ruchy w członkach, których chory wprowadzać w ruch wcale nie zamierza, tak np. w jednym przypadku STRUENTZING'a tabetyk przy każdym kaszlnięciu wykonywał mimowolny ruch w stawie udowym, wyprostowując udo.“ HIRT wspomina następnie o drzeniu i choreatyczno-atetotycznych ruchach u tabetyków, nie siląc się na bliższe wyjaśnienie ich patogenety.

Jeszcze dokładniej opisuje ten objaw w nowym podręczniku swoim OPPENHEIM ⁶⁾. „Ciekawe zjawisko towarzyszy nieraz bezładowi, gdy ten dotyczy kończyn górnych. Chory nie jest w stanie utrzymać rąk w spokoju, pomimo mocnej podpory: to następuje mimowolne zginanie lub rozginanie pojedynczych palców, to przyciąganie lub odciąganie wszystkich palców, to wreszcie podnoszenie w górę dłoni; w cięższych przypadkach całe ramię podnosi się mimowolnie i wyprostowuje pionowo. Wszystkie te ruchy nie dochodzą do świadomości chorego“.

¹⁾ GOWERS. Handbuch der Nervenkrankheiten. Tłomacz z angielskiego. T. I. str. 399—444. 1892

²⁾ LEUBE. Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. T. II, str. 101—114. 1893.

³⁾ ACHARD-DEBOVE. Manuel de Médecine. T. IV, str. 554—593. 1892.

⁴⁾ STRUEMPPEL. Spezielle Pathologie und Therapie. T. II, część I, str. 228. 1892.

⁵⁾ HIRT. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten, str. 493. 1890.

⁶⁾ OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, str. 117. 1894.

PIERRE MARIE ¹⁾ wspomina o mimowolnych ruchach tabetyków zaraz w pierwszym rozdziale swoich wielce ciekawych odczytów o wiaździe [str. 168—403]. „Wzmianka się należy w tem miejscu jednemu, mało znanemu objawowi wiaźdu, którego prawdziwość żadnej nie może ulegać wątpliwości. Mówię tu o ruchach atetotycznych i drgawkach mięśniowych, występujących niekiedy u chorych tabetyków.... U jednego np. wyprostowują się palce, by natychmiast do pierwotnego wracać położenia, u innego znów dłoń podlega lekkiej, a mimowolnej pronacji lub supinacji. W rzeczywistości nie są to wcale ruchy przymusowe (*Zwangsbewegungen*) i nie noszą cech spastycznych prawdziwej atetozji. Co się tyczy rodzaju tych niesłusznie „*athetiform*“ nazwanych ruchów, to nie przedstawiają one nic charakterystycznego; zwracają uwagę na siebie tylko dla tego, że występują zupełnie bez woli chorego, a często i bez świadomości jego“.

Po raz pierwszy dokładnie opisał i analizował wzmiankowane zaburzenia ruchowe przy wiaździe ROSENBACH ²⁾ [1876]. Autor ten wskazuje na pewien ustęp ze starej anatomii patologicznej CRUVEILHIER'a, gdzie objaw ten bardzo szczegółowo jest opisany w jednej z historii chorób.

LEYDEN ³⁾, omawiając w artykule z r. 1867 zmiany anatomiczne przy wiaździe, wspomina „o dość rzadkich, nagłych i mimowolnych skurczach mięśniowych“, mających być właściwymi tylko późniejszym okresom wiaźdu; u śpiących tabetyków można, zdaniem LEYDEN'a, już we wcześniejszych okresach konstatować podobne, acz mniej wyraźne skurcze.

Jeszcze ciekawszym jest następujący ustęp, cytowany przez AUDRY'a z wykładów TROUSSEAU'a ⁴⁾ datujących z czasów przed DUCHENNE'em, kiedy wiaźd rdzenia uważano jeszcze za nerwicę. „*A une periode avancée de l'ataxie locomotrice, on observe fréquemment des phénomènes spasmodiques qui se produisent, non seulement lorsque la volonté commande un mouvement regulier, mais encore à l'état de repos. Ces spasmes, qui dans ce dernier cas, consistent en des secousses très énergiques dans les membres, jouent un rôle important dans la syptomatologie de cette singulière névrose.... Enfin dans le courant de juillet 1891, un de mes plus anciens cliens, atteints de l'ataxie locomotrice depuis plus de vingt ans, se cassa les deux os de la jambe. Il fallut de maintenir à l'aide d'un appareil, et, malgré la contention du bandage, il avait sans cesse des mouvements convulsifs du membre fracturé qui ont singulièrement entravé le traitement*“.

Pomimo, iż opisane zaburzenia ruchowe przy wiaździe rdzenia już niektórym dawniejszym klinicytom były znane, jednakże, jakeśmy powiedzieli, dopiero ROSENBACH'owi ⁵⁾ zawdzięczamy pierwsze ich opracowanie, po którym

¹⁾ PIERRE MARIE. Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarkes. Tłomaczenie z francuskiego, str. 177. 1894.

²⁾ ROSENBACH. VIRCHOW's Archiv f. patholog. Anatomie. T. LXVIII, str. 85, 1876.

³⁾ LEYDEN. VIRCHOW's Archiv. f. patholog. Anatomie. T. XL. 1867.

⁴⁾ TROUSSEAU. Clinique med. de l'Hôtel-Dieu. T. II. str. 614 [cyt. podł. AUDRY].

⁵⁾ ROSENBACH. Loc. cit.

nastąpiły oddzielne spostrzeżenia BERGER'a ¹⁾, DRUMMOND'a ²⁾, STERN'a ³⁾, AUDRY'a ⁴⁾, WISZWIAŃSKIEGO ⁵⁾, MASSALONGO'a ⁶⁾, LAQUER'a ⁷⁾, GRASSET'a ⁸⁾, i SACAZE'a ⁹⁾. Dokładną analizę patogenezy zaburzeń ruchowych przy chorobach rdzenia wogóle, a przy wiaździe w szczególności, znajdujemy w pracach EULENBURG'a ¹⁰⁾, OPPENHEIM'a ¹¹⁾, STINTZING'a ¹²⁾, STRUEMPELL'a ¹³⁾, AUDRY'a ¹⁴⁾, GRASSET'a ¹⁵⁾, i MICHAŁOWSKIEGO ¹⁶⁾.

Jakie jest zatem, pytamy, stanowisko kliniczne i jaki sposób powstawania mimowolnych ruchów i drgawek mięśniowych, wyróżniających się w przypadku naszym do tego stopnia, że pochłaniały całą uwagę chorego i lekarzy? Czy należą one rzeczywiście do obrazu wiaźdy, czy się zdawało niewątpliwie wynikać z przytoczonych powyżej cytat? Na pytanie to opowiedziałbym przecząco, a to z rozmaitych powodów, które staną się dla nas zrozumiałe dopiero po omówieniu panujących obecnie hipotez o mimowolnych ruchach u tabetyków.

Co wiemy o cechach klinicznych i podstawie anatomicznej omawianych zaburzeń ruchowych?

1) ROSENBACH, opierając się na spostrzeganiem przez siebie fakcie, iż ruchy drgawkowe stale występowały we wszystkich czterech kończynach i były zupełnie niezależne tak od woli, jak i świadomości chorego, uważa swój przypadek za *atetozę*, której, w przeciwieństwie do HAMMOND'a, odmawia samodzielnego stanowiska nozologicznego. EULENBURG mówi również o dwustronnej *atetozie* tabetyków. Ponieważ ruchy mimowolne w przypadku ROSENBACH'a występowały ze szczególną gwałtownością podczas obecności bólów strzelających, to uważał on je za zjawisko odruchowe, na drodze czuciowej powstałe — pogląd, wyrażony między innymi także przez LEYDEN'a. Podobne odruchy bólowe (*Schmerzreflex*) napotykamy np. w postaci *tic convulsif* przy nerwobólu nerwu trójdzielnego, w postaci *spasmus nictitans* przy cierpieniach rogówki i t. d.

Dla naszego przypadku hipoteza ROSENBACH-LEYDEN'a nie wystarcza, już chociażby z tego prostego powodu, że ruchy nie miały cechy *atetotycznych* i że nie towarzyszyły im bóle strzelające.

¹⁾ BERGER. Real-Encyklop. der gesammten Heilkunde. 1880.

²⁾ DRUMMOND. British Journal. 22. IX. 1883.

³⁾ STERN. Archiv f. Psych. und Nervenkrankheiten. T. XVII, str. 514. 1889.

⁴⁾ AUDRY. Révue de Médecine. 1887.

⁵⁾ WISZWIAŃSKI. DySSERTACJA. Würzburg. 1889.

⁶⁾ MASSALONGO. Gaz. degli ospit. 1890.

⁷⁾ LAQUER. Neurolog. Centr. 15. VII. 1890.

⁸⁾ GRASSET. Nouveau Montpellier médical. Nr. 51—53. 1892.

⁹⁾ SACAZE. Nouveau Montpellier médical. Nr. 1. 1893.

¹⁰⁾ EULENBURG. ZIEMSEN's Handbuch. T. XIII. 1877.

¹¹⁾ OPPENHEIM. Posiedzenia Tow. Charité. 20. III. 1884.

¹²⁾ STINTZING. Centr. f. Nervenheilkunde. IX. 3. 1886.

¹³⁾ STRÜMPELL. Neurolog. Centr. VI. 1. 6887.

¹⁴⁾ AUDRY. L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance. 1892.

¹⁵⁾ GRASSET. Loc. cit.

¹⁶⁾ MICHAŁOWSKI. Étude clinique sur l'athétose double. Thèse. Paryż. 1892.

2) OPPENHEIM, STRUEPPELL i STINTZING zaliczają większość owych zaburzeń ruchowych do kategorii współruchów (*Mitbewegungen*). Rzeczywiście przy sprawach myelitycznych powstają niekiedy takie ruchy: w jednym np. przypadku przy zginaniu kolana wyprostowuje się jednocześnie stopa i palce, w innym zaś—kichaniu lub ziewaniu towarzyszy unoszenie się ramion albo addukcja nóg.

Co się tyczy zaburzeń ruchowych naszego tabetyka, to trudno je uważać za takie współruchy. Co prawda, to owe ruchy patologiczne występowały kilkakrotnie razem z ruchami dowolnymi, ewentualnie bezpośrednio po nich, zdarzało się to jednak wyjątkowo, po największej części zaś występowały one podczas spokoju i bez wyraźnego powodu.

3) AUDRY i MASSALONGO, po części i JACCOUD, sądzą, iż owe ruchy, zdaniem ich, z kurczami połączone, stanowią dowód przejścia zwyrodnienia z pęczków tylnych na pęczki boczne, piramidalne: w ten sposób byłyby owe zaburzenia motoryjne charakterystyczne dla t. zw. skombinowanego wiądu rdzenia, czyli „paraplegii ataktycznej“ Gowers'a.

Rzeczą jest jasną, że w naszym przypadku i ta hipoteza, według której droga piramidalna mlecza wskutek podrażnienia przez zwyrodnienie staje się zdolną do wywołania ruchów płasawiczych („*choreigène*“—AUDRY), nie da się zastosować. Wprawdzie u tabetyka naszego występowały skurcze toniczne na przemian z drgawkami klonicznymi skurcze te jednak były tylko chwilowe, przemijające, dały się bez trudności przewyciężyć, ustępując miejsca zupełnemu zwolnieniu mięśni. Zresztą odruchy kolanowe były zupełnie zniesione, co również nie może przemawiać za postacią wiądu skombinowanego.

4) Jeżeli uwzględnimy nareszcie fakt, że ruchy płasawicze zdarzają się niekiedy przy zwykłym ostrem zapaleniu nerwów [LOEWENFELD] oraz w pewnych przypadkach dziedzicznego zaniku postępowego mięśni, zależnych od przewlekłego zwyrodnienia nerwów obwodowych (t. zw. „*peroneal type of progressive muscular atrophy*“, czyli „*neurale Amyotrophie*“)—to można łatwo wpaść na myśl, iż owe ruchy przy wiądzie zależne są od cierpienia nerwów obwodowych: wiadomo bowiem, że zwyrodnienie nerwów, zarówno jak i ruchy samoistne należą do rzadkich i późniejszych objawów wiądu. Tego właśnie mniemania zdaje się być ROSSOLIMO¹⁾, którego dwa przypadki wrzekomego wiądu (*pseudotabes neuritica*), powikłane ruchami atetotyczno-płasawiczymi, z tego względu są ciekawe, że pod wpływem stosownego leczenia zapalenia nerwów i oznaki podrażnienia sfery ruchowej znacznej uległy poprawie. Owe drgawki mimowolne, niezbyt trafnie przez ROSSOLIMO nazywane „*amyotaxin*“, należy zatem uważać jako „kurcze pochodzenia odruchowego, zależne od zmian anatomicznych, umiejscowionych w odcinku tak czuciowym, jak i ruchowym narządu nerwowego, zwykle zaś od zapalenia nerwów.“

5) Jak się zachowuje—nasuwa się pytanie—wobec naszego przypadku powyższa hipoteza, pokrewna poniekąd z hipotezą ROSENBACH'a i w pewnym stopniu uzupełniająca ją? Brak w dotkniętych kończynach zaniku mięśni i innych

¹⁾ ROSSOLINO. Posiedzenie Tow. Lek. w Moskwie z dnia 21. V. 1893.

zaburzeń troficznych, brak porażień i bólów już z góry uprzedza nas względem zapalenia nerwów, jako powikłania władu rdzenia. Zresztą, nie znajdujemy u naszego chorego charakteru odruchowego kurczów, gdyż ani zimno, ani spadek ciśnienia barometrycznego, ani wreszcie bodźce zewnętrzne nie zwiększały odruchowo kurczów, jak to miało miejsce w przypadkach ROSSOLIMO. W naszym przypadku na natężenie kurczów w pewnym tylko stopniu wpływały wzruszenia moralne.

6) GRASSET i MARIE, wiążąc wspomniany objaw z zaburzeniami zmysłu mięśniowego, kładą go na karb bezładnego unerwienia mięśni. Wład rdzenia należy uważać jednocześnie za *ataxie locomotrice* i *ataxie statique*. GRASSET też zjawisko to określa jako „bezład napięcia mięśniowego — *ataxie du tonus*“. *L'équilibre* — rozumuje on — *aussi bien que les mouvements volontaires, est le résultat de la contraction de certains groupes musculaires et du relâchement de certains autres. La moelle, pour le produire, joue le même rôle que dans la marche, l'écriture etc.; elle est donc un centre de coordination de ce tonus. On comprend que chez des tabétiques gravement atteint elle présente des troubles liés à cette fonction comme elle présente des troubles portant sur le centre de coordination des mouvements volontaires*“. Nagłe zjawianie się tych kurczów mimowolnych, zależność ich od wpływów psychicznych oraz wystąpienie zaburzeń ruchowych od czasu do czasu w kończynach górnych, t. j. w okolicach wolnych od ataksyi, nie pozwalają zastosować w przypadku naszym i hipotezy GRASSET-MARIE.

7) Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden możliwy sposób powstawania tego zjawiska u tabetyków, który, rzecz dziwna, nie jest nigdzie uwzględniany przy patogenezie tych ruchów samoistnych. Większość autorów, jak widzieliśmy, opisuje u tabetyków albo ruchy atetotyczne [ROSENBAUGH, EULENBURG, WISZWIANSKI, AUDRY], albo płasawicze [TROUSSEAU, GRASSET, SACAZE]. Aczkolwiek nie jesteśmy obecnie w stanie dokładnie określić siedliska sprawy chorobowej, wywołującej t. zw. samoistną atetozę lub płasawicę, to jednakże, o ile nas uczą nowsze badania anatomiczno-fizjologiczne, szukać go należy z niemałym prawdopodobieństwem w korze mózgowej: przemawia za tem tak częstość atetozy i płasawicy przy porażeniach dziecięcych pochodzenia mózgowego — *diplegiae cerebrales infantiles* — oraz przy hemiplegiach u dorosłych, jak i zmiany anatomiczne, znalezione przy płasawicy dziedzicznej. Z tych właśnie względów możnaby — wprawdzie nie bez zastrzeżeń — twierdzić, iż atetozę u tabetyków zależy od zwyrodniającej sprawy kory mózgowej: wszak z jednej strony kombinacja władu rdzenia z syfilisem mózgu lub z porażeniem postępowym, zależnem od stwardnienia substancji korowej mózgu, jest zjawiskiem dość częstem, z drugiej zaś strony oznaki zaniku kory mózgowej przy „czystej“ postaci władu rdzenia są zjawiskiem tak stałym, że tacy poważni badacze, jak JENDRASSIK, a po nim BRAZZOLO i poczęści RAYMOND, nie wahali się większość objawów władu postawić w zależności od zmian korowych, a nawet uważać zmiany w rdzeniu jako zwyrodnienie następne, również od spraw mózgowych zależne.

Rozumowaniu naszemu, przemawiającemu na korzyść możliwej zależności ruchów atetotyczno-płasawiczych u tabetyków od zmian korowych, można je-

dnak i niektóre dość poważne czynić zarzuty. Przedewszystkiem dziwną i niewytłómaczoną pozostaje ta względna rzadkość atetozy przy wadzie, a następnie niezrozumiałe są pewne, dość znaczne zboczenia kliniczne od typu prawdziwej atetozy mózgowej — zboczenia, wyraźnie przez niektórych autorów [MICHAŁOWSKI, MARIE] zaznaczone.

„Spostrzeżenia moje własne i innych autorów, powiada MARIE, pozwalają mi stanowczo twierdzić, że mamy przy wadzie do czynienia nie z prawdziwą atetozą, lecz z szeregiem dość częstych, mimowolnych, u jednego i tegoż samego chorego prawie jednostajnych, swoistych ruchów“.

8) Pozostaje nam wreszcie jeszcze jedna możliwość, a mianowicie to, że ruchy mimowolne nie należały w przypadku naszym do obrazu wadu rdzenia, lecz były objawem jakiejś swoistej nerwicy, wikłającej wad. Z pośród nerwic podobnych uwzględnić należy: płasawicę, myoklonię, t. zw. *maladie des tics* oraz histeryę.

Wobec braku zgodności wśród klinicystów co do klasyfikacji i sympatologii nerwic ruchowych nie łatwą jest rzeczą w przypadku powikłanym z pośród mnóstwa tych nerwic wyróżnić jedną i od innych wyosobnić.

Z przypadków, należących do grupy płasawic, niektóre, mniej lub więcej słusznie, zaliczane bywają do histeryi, jak np.: *chorea imitatoria*, *chorea rhytmica* [SÉE, CHARCOT], *ch. electrica* [HENNIG, HENNOCH]. Myoklonię, czyli *paramyoclonus multiplex*, napotyka się w tej postaci, w jakiej ją opisał odkrywca jej, FRIEDREICH, tak rzadko, że jej samoistności nozologicznej nie można jeszcze uważać za należycie ugruntowaną. Zboczenia od typu FRIEDREICH'a w nielicznych dotychczas opisanych przypadkach są tak częste i zasadnicze, że granice między niemi a innemi nerwicami ruchowemi prawie zupełnie się zacierają. Niektórzy uważają myoklonię za jedno z *chorea electrica* [OFFENHEIM], inni znów za pewną postać histeryi [MOEBIUS]; są także tacy klinicyści, którzy twierdzą, iż myoklonia jest właściwie odmianą t. zw. *maladie des tics* bez objawów ze strony mięśni twarzy i bez zaburzeń psychicznych [JOLLY]; inni wreszcie widzą w *paramyoclonus* zwyczajny *tic convulsif* kończyn [SCHUIZE] i t. d.. Stosunkowo najpewniejszym jest stanowisko nozologiczne t. zw. choroby GILLES DE LA TOURETTE'a (*maladie des tics*), aczkolwiek nie brak i takich autorów, którzy ją utożsamiać chcą z histeryą. Jeżeli wreszcie zgodzimy się na to, że wszystkie wymienione wyżej rodzaje zaburzeń ruchowych uważać należy nie za jednostki chorobowe, lecz wyłącznie za objaw, w różnych występujący postaciach — jako ruchy płasawicze, atetotyczne, myokloniczne i t. d. i jeżeli następnie rozpoznanie opierać będziemy nie na jednym objawie tym, lecz na całokształcie, na etyologii i dalszym przebiegu cierpienia, to mniej dziwnem wyda nam się zdanie niektórych poważnych klinicystów, stawiających chorobę GILLES DE LA TOURETTE'a i chorobę FRIEDREICH'a obok płasawicy i uważających je za pewną, rzadką odmianę tejże.

Chaos ten w klasyfikacji zwiększa się jeszcze znacznie, jeżeli uprzytomnimy sobie, że z jednej strony rozmaite postacie zaburzeń ruchowych zdradzają wybitną skłonność do łącznego występowania, do współistnienia, z drugiej

zaś histerya, ta zręczna symulantka rozmaitych chorób, nierzadko przedstawia się w postaci określonych nerwic ruchowych.

Z jaką postacią zatem mamy do czynienia w naszym przypadku?

Już z góry możemy odpowiedzieć, że nie mamy przed sobą postaci czystej, typowej. Szczegółowiej kwestyę tę rozpatrzyć zdołamy po przestudyowaniu dalszego przebiegu klinicznego zaburzeń ruchowych. Dalsza historia choroby opowiada nam, co następuje.

D. 19. VII. 1891. Drgawki, umiejscowione początkowo w kończynach ataktycznych, przechodzą stopniowo na mięśnie kończyn górnych, ramion, głowy, szyi i twarzy. Chorego podrzuca to w tę, to w inną stronę; kilkakrotnie znów wstaje on, cały podrzucony silnie w górę, a w ciągu jednej nocy [18. VII] wypada trzykrotnie z łóżka. Rozciągliwość więzów stawowych podczas tych ruchów mimowolnych jest niekiedy nadzwyczajną: nogi np. w ciągu jednej chwili tak gwałtownie się zginają w stawie udowym, że chory o mało nie uderza się końcem stopy w czoło. Również gwałtownie wyprężają się ku przodowi ramiona. Niektóre objawy fonacyjne i oddechowe przemawiają za rozpoczynającymi się skurczami mięśni języka krtani i przepony.

Od czasu do czasu zjawiają się drgawki błyskawiczne w rozmaitych grupach mięśniowych, trwające przez krótką bardzo chwilę. Po kilku minutach, albo też nieraz już po kilku sekundach występują nowe drgania, różniące się często bardzo od poprzednich. W kończynach dolnych powtarza się nierzadko całkowite skrócenie nogi i odprowadzenie w stawie udowym, zginanie i rozginanie w stawie skokowym, w górnych zaś występują szybkie ruchy odprowadzające i doprowadzające w stawie ramieniowym, a od czasu do czasu zginanie naprzemian z rozginaniem w stawie napięstkowym. W stawach palcowych ruchy odbywają się nieraz z gwałtowną szybkością. Podczas snu drgawki ustają.

D. 3. VIII. Chory spędza noce bezsenne. Po wstrzykiwaniach morfiny, wykonanych w ciągu kilku dni, drgawki osłabły, wkrótce jednak powróciły z większem jeszcze natężeniem. Skurcze są tak gwałtowne, że chory staje się zupełnie bezsilnym. Pokarmów nie może sam przyjmować. Od kilku dni trwa wyraźne zatrzymanie moczu. Znieczulenie całego ciała na ból.

D. 13. VIII. Wykonane przed kilkoma dniami przypalanie kręgosłupa pozostało bez żadnego wpływu na przebieg i natężenie choroby. Brak łaknienia zupełny: chory już od tygodnia nie prawie nie jadł, aczkolwiek nie jest w stanie wytłumaczyć przyczyny wstrętu do jedła. Zaburzeń żołądkowo-kiszczowych podmiotowych niema. Obok inkoordynowanych ruchów klonicznych występują na twarzy skurcze toniczne, trwające nieraz $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ minuty: tak np. oczy pacyenta nagle się zamykają i przez pewien przeciąg czasu pozostają kurczowo zamknięte. We wszystkich mięśniach mimicznych i bocznych szczęki dolnej występują naprzemian skurcze toniczne. Mięśnie, przez nerw przydatkowy unerwione, są również w podobny sposób dotknięte. W dzień i w nocy chory gwiżdże, mruczy, szczele, wykrzykuje i t. p.

Jeżeli odwrócić uwagę jego, wtedy wszystkie objawy kurczowe występują rzadziej, nie znikają jednak zupełnie. Erekcye podczas snu częste.

D. 20. VIII. Brak łaknienia trwa wciąż. Analgezya skóry i dostępnych błon śluzowych. Osłabienie smaku i węchu. Pole widzenia jest znacznie zwężone. Badanie perymetrem nie daje się wykonać. Chory wpada w usposobienie hypochondryczne, rozczula się i płacze bardzo łatwo.

D. 24. VIII. Wyraźne zaburzenia w mowie: chory się jąka. Uważniejsze spoglądanie na chorego wystarcza do wywołania silnych drgawek w symetrycznych odcinkach kończyn, lecz nie zawsze izochronicznych. Drgawki występują przeważnie w lewej kończynie dolnej: ruchy przypominają tu niekiedy t. zw. *clonus pedis*. Drgawki występują tak w położeniu pionowym, jak i poziomem. Ruchy dowolne, zmiana w położeniu kończyn, podrażnienie skóry bardzo nieznaczny wywierają wpływ na drgania mięśni, występujące bez żadnego rytmu tak jednorazowo (*secousse unique*), jak i wielokrotnie (*secousse agglomérée*). Krótkotrwałe skurcze toniczne, *tetanus*, spostrzega się po większej części w następstwie drgawek klonicznych tej lub owej grupy mięśni.

D. 3. IX. 1891. Chory wypisuje się ze szpitala bez żadnej poprawy. W domu chory pozostawał około 3 lat pod moją obserwacją. Objawy władu pozostały przez ten czas bez zmiany, niektóre nawet znikły, jak parastezye i zatrzymanie moczu, obraz zaś opisanej nerwicy ulegał ciągłym zmianom i rozmaitym wahaniom.

D. 6. X. 1891. Zamiast wstrętu do jadła, zjawił się głód wilczy, który trwał około 3 tygodni. Analgezya całego ciała znikła i pozostała tylko w kończynach dolnych, organiczną sprawą wladową dotkniętych. Chory nie może, jak to miało miejsce w szpitalu, ani spać, ani chodzić. Gruba siła mięśniowa bez zmiany. Siła wzroku nie osłabła. Dno oka jest prawidłowe. *Globus i clavus*.

D. 13. II. 1892. Głośnie czkawka mężczy chorego od kilku dni. Ślinotok i uczucie słodczy w ustach trwają wciąż od miesiąca. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Niektóre drgania mięśni tułowia są krótkotrwałe, błyskawiczne, zjawiają się często, acz nie zawsze, w mięśniach synergicznych, wywołując prawie bez wyjątku znaczny efekt lokomocyjny. Drgań włókienkowych niema. Mechaniczna pobudliwość mięśni jest zupełnie prawidłowa.

Owe ruchy patologiczne zjawiają się od kilku tygodni tylko wieczorem między 8-mą a 12-tą godziną. Jeżeli o tym czasie odwrócić uwagę chorego za pomocą rozmowy, to ruchy drgawkowe wcale się nie pojawiają, lub też w bardzo nieznacznym stopniu. Niektóre z nich do złudzenia naśladują pewne ruchy fizyologiczne, celowe, jak np. klaskanie, uderzanie kulakiem. Narządy artykulacji, oddechowy i fonacyjny, biorą bardzo wydatny udział w tych ruchach: pacjent bez żadnego powodu wciąż cmoka, gwiżdże, językiem młaska, szczeka, kaszle, łka. Od czasu do czasu mimowoli wykrzykuje zupełnie niezrozumiałe, krótkie wyrazy lub zdania. Ku wielkiemu zdziwieniu swemu, pacjent, wierny i pobożny wyznawca religii

mojżeszowej, jednego wieczora kilkakrotnie bez żadnego powodu zmuszony był wykrzyknąć: „O Jezu Chryste!“ „Najświętsza Panno!“ „Matko Boska!“ i t. d..

Przypominając sobie szpital, w którym przepędził kilka miesięcy, chory nie mógł się pewnego dnia wstrzymać od wyliczenia nazwisk wszystkich ordynujących lekarzy, co wykonał w bardzo szybkim tempie i w pewnym porządku „stosownie do wiadomości naukowych wymienionych lekarzy.“ Innego dnia nie mógł się oprzeć pokusie wyliczania na głos wszystkich miast Rosyi i Niemiec, w których się odbywają większe jarmaki na konie [onomatomania]. Niekiedy znów nie mógł się wstrzymać od głośnego wypowiedzenia swoich myśli. Nigdy nie dręczyła go natrętna myśl wymawiania słów niaprzyzwoitych (*koprołalia*), powtarzania usłyszanych wyrazów (*echolalia*) lub naśladowania widzianych ruchów i giestów (*echokinesis*). Złudzeń zmysłowych nigdy nie doznawał. Chory, nie pozbawiony bynajmniej krytycyzmu i zdolności oryentowania się, jest nadzwyczaj zdziwiony i jednocześnie zmartwiony tym przymusem ruchowym i natręctwem myślowym; bardzo jednak rzadko udaje mu się gwałtownym wysiłkiem woli powstrzymać na chwilę ruchy przymusowe.

D. 19. I. 1894. Wyobrażenia natrętne i odpowiednie do tego ruchy i postępkę od 10 miesięcy nie zjawiają się. Stan umysłowy chorego pod każdym względem prawidłowy. Natężenie skurczów znacznie się zmniejszyło. Wogóle daje się spostrzegać napadowe zwolnienia i nasilenie drgawek. *Nervina* i *narcotica* [brom, makowiec, antypiryna, chlorał, Waleryana] żadnego nie wywierają wpływu na zaburzenia ruchowe.

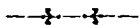
D. 12. VII. 1894. Stan chorego w ciągu ostatnich $1\frac{1}{2}$ lat bardzo niewiele się zmienił. Zwolnienia i nasilenia pozostały bez zmiany. Natężenie drgawek jednak znacznie mniejsze. Charakter kurczów pozostał w głównych zarysach ten sam. Zaburzenia ruchowe zjawiają się od czasu do czasu bez żadnej widocznej przyczyny w rozmaitych grupach mięśniowych twarzy, szyi, głowy, karku, tyłowi i kończyn, po części w postaci napadów nierytmicznych drgawek klonicznych z efektem lokomocyjnym, po części jako gwałtowne pojedyncze i wielokrotne wstrząśnienia, po części zaś jako ruchy rytmiczne o nieznacznej ekskursyi, po części wreszcie jako krótkotrwałe skurcze tężcowo. Powikłane czynności przymusowe znikły bezpowrotnie.

Wiad rdzenia nie czynił od r. 1892 absolutnie żadnych widocznych postępów. [D. n.]

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH CHOLERYCZNYCH W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

III. O ETYOLOGII I LECZENIU CHOLERY.

Stanisław Pechkranc.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

Przejdźmy teraz do innego wskazania, które znajdujemy ze strony jednego z najniebezpieczniejszych objawów cholery — z osłabienia czynności serca,

wywoływanego, jak wielu sądzi, toksynami cholerycznymi. Ze środków pobudzających stosowaliśmy *per os* i podskórnie następujące: eter, kamforę, *coffeinum natrio-benzoicum*, waleryanę, *spiritus nitri dulcis* i niektóre inne. Od użycia tych środków tylko w tym razie widzieliśmy niejaki pożytek, gdy ono było energiczne: dopiero po 10—15 wstrzyknięciach eteru z kamforą w przeciągu kilku [5—6] godzin zdarzało się nam, i to nie rzadko, spostrzegać pojawienie się tętna u chorych asfiktycznych, t. j. bez tętna. Pomiedzy drogami, któremi można środki pobudzające do ustroju wprowadzić, pierwszeństwo należy się tkance podskórnej, gdyż tam wchłanianie, aczkolwiek zwolnione, zniesione jednak nie jest, jak tego dowodzą między innemi doświadczenia GOLDBAUM'a z atropiną, która wywołuje w takich warunkach rozszerzenie źrenic i t. d.. Do środków pobudzających zewnętrznych należy rozcieranie chorego szczotkami lub kawałkami płótna, umaczanymi w spirytusie kamforowym lub w occie. Działanie pobudzające zależy tu: 1) od wdychania lotnych płynów, służących do rozcierania i 2) od drażnienia nerwów skórnych. Prócz tego rozcieranie, będąc wykonywane podług ogólnych zasad mięsienia [w kierunku prądu krwi, jak np. na kończynach od dołu do góry], sprzyja przywróceniu normalnej cyrkulacji i ułatwia czynność serca: niejednokrotnie widzieliśmy, jak pod wpływem takiego rozcierania znikwały duże cyanotyczne plamy na kończynach.

W rozdziale o leczeniu cholery naczelnie miejsce udzielają nowsi autorzy metodzie CANTANI'ego. Ta ostatnia w epidemii roku 1892 tak szerokie znalazła zastosowanie, że każdego lekarza, nie posługującego się tą metodą, niechybnie spotykałby zarzut konserwatyzmu. I my, rzecz naturalna, hołdowaliśmy temu naówczas „modnemu“ leczeniu, póki nareszcie doświadczenie nie przekonało nas ostatecznie o jego bezskuteczności. Wlewań podskórnych fizyologicznego roztworu soli kuchennej robiliśmy w roku zaprzyszłym około 20. Wstrzykiwania te wykonywano w okresie zziębienia i odczynu. Używaliśmy do nich przyrządu SAHL'iego albo HEGAR'a. Do wlewań braliśmy ogrzany do 38° C. wyjałowiony 0,6% roztwór chlorku sodu [z dodatkiem węglanu sodu] w ilości 1 litra lub więcej. Chorzy dostawali po 1 lub po 2 hypodermoklizy przez dzień. Środków pobudzających do roztworu nie dodawaliśmy [niektórzy dodają *coffeinum natrio-benzoicum*]. Miejsce do wlewań wybieraliśmy najczęściej w okolicy międzyłopatkowej lub podobojczykowej. Płyn wstrzyknięty przez długi czas nie rozchodził się, tak, że trzeba było rozcierać wytworzony podskórny guz podczas i po wlewaniu. Rękoczyn ten [wlewania] zawsze był dla chorych w wysokim stopniu nieprzyjemny i bolesny, przyczem w miarę wlewania skargi ich zwiększały się. Zakażenia ropnego tkanki podskórnej po hypodermoklizie ani razu nie spostrzegaliśmy [być może, po części dlatego, że śmierć następowała zwykle po kilkunastu godzinach do 1½ doby po hypodermoklizie].

W kilku [2—3] przypadkach do tkanki podskórnej dostało się trochę powietrza (*emphysema subcutaneum*) bez żadnej szkody dla chorego.

Z 20 blisko chorych, którym robiono wlewania, jedni wcale polepszenia nie okazywali, u innych występowała, co prawda, niejaka poprawa [podniesienie się tętna, rańniejszy wygląd chorego...], lecz zawsze tylko na krótki

czas, poczem cholera szła swym zwykłym trybem. Wlewania kiszkowe roz-
tworu garbnika lub kwasu bornego, były nie o wiele skuteczniejsze.

W naszych rękach metoda CANTANI'ego okazała się o tyle bezużyteczną,
o ile, że literalnie ani jeden chory, tą metodą leczony, nie wy-
zdrowiał. Nauczony tem smutnem doświadczeniem, postanowiłem w tegoro-
cznej epidemii nie stosować tej metody, lecz na wyraźne życzenie Naczelnego
lekarza, D-ra KINDERFREUNDA, wykonaliśmy wspólnie z kol. GOTARDEM
w kilku ciężkich przypadkach wlewania podskórne: powtórzyła się historia
przeszłoroczna. Spostrzeżenia podobne do naszych poczęły szybko się mno-
żyć w różnych stronach i zupełnie zdyskredytowały metodę włoskiego profe-
sora. Jeśli zastanowimy się głębiej nad tą metodą, to nie omieszkamy prze-
konać się, że i teoretyczne jej uzasadnienie jest pod wieloma względami słabe.

Podług CANTANI'ego ¹⁾, mamy w cholery 4 następujące wskazania:

- 1) wstrzymać rozwój laseczników w przewodzie kiszkowym;
- 2) zubożyć produkty trujące laseczników w kiszkach;
- 3) szybko usunąć ze krwi już wessane toksyny;
- 4) znieść lub zmniejszyć zgęszczenie krwi.

Pierwszym dwóm wskazaniom zadość czynią, zdaniem CANTANI'ego, gorące
enteroklizy z 1—1½% roztworu garbnika. Lecz czy tak jest w rzeczywisto-
ści? Bakteryobójcze działanie taniny jest wogóle niewielkie, a w obecności
substancji białkowych i alkalii, zawartych w przesięku kiszkowym, jeszcze
bardziej się zmniejsza, gdyż ciała te wiążą garbnik. Dalej klizmy, zawie-
rające 1½ lub 2 litry płynu, nie przechodzą wcale przez zastawkę BAUHIN'a [jak
tego dowodzą doświadczenia, wykonywane na trupach]; nie dochodzą więc do
siedliska laseczników cholerycznych [jelita cienkie]. Gdyby nawet roztwór
taniny, użyty w większych ilościach, przekroczył zastawkę biodrowo-kątniczą,
to i wtedy nie mogłoby być mowy o zabiciu laseczników na całej przestrzeni
kiszek cienkich, przytem, jak wiadomo, przecinkowce często tkwią w głębo-
kich warstwach błony śluzowej i nawet mięśniowej, gdzie są, rozumie się, nie-
dostępne działaniu kwasu garbnikowego [DEYKE, cytowany u SOBIERAŃSKIEGO].

Co się tyczy drugiego wskazania, to SOBIERAŃSKI zwraca uwagę na na-
stępujące okoliczności: 1) nie znamy wcale toksyny cholerycznej, nie wiemy do
której grupy związków organicznych ją zaliczyć należy; 2) nie wiemy, którądy
ta toksyna [*resp.* toksyny] opuszcza ustrój chorego [na podstawie analogii
z innymi truciznami, np. z jadem żmii, morfiną i t. d., autor przypuszcza, że
toksyna ta, zaczawszy od żołądka, wydziela się również i w kiszkach];
3) jeśli już przypuścić, że jad choleryczny daje z garbnikiem nierozpuszczalne
połączenie [jak to chcą SCHOLL i HOEPPE], to nie wyklucza się możliwości we-
ssania tego ostatniego przy dłuższem jego przebywaniu w kiszkach, gdyż płyn
taninowy, według CANTANI'ego, powinien możliwie długo być zatrzymanym [do-
datek makowca do enteroklizy]. „Czy zaś te hypotetyczne połączenia toksy-
ny z garbnikiem po wessaniu byłyby nieszkodliwymi—trudno sądzić; lecz znów
posiłkując się analogią [połączenia alkaloidów i metali], możnaby twier-

¹⁾ Cholerabehandlung. Prof. D-r A. CANTANI. Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 37.

dział, że one działanie swoje rozwijać mogą dalej“. Na dowód, że klizmy tani-nowe [nawet z dodatkiem sublimatu — LUSTIG — i kalomelu — SZULCOWA], nie zabijają laseczników Koch'a w kiskach, autor przytacza badania LUSTIG'a ¹⁾ i SZULCOWEJ ²⁾, w których otrzymywano z zawartości kiszek drogą szczepienia czyste hodowle prątków cholerycznych.

Trzeciemu i czwartemu wskazaniu można zadośćuczynić, zdaniem CANTANI'ego, za pomocą hypodermokliz. Dla wydalania ze krwi jadu cholerycznego niezbędnem jest przywrócenie czynności nerek na czas dość długi, gdy tymczasem, jakśmy widzieli, działanie hypodermokliz jest tylko krótkotrwałe.

Co do 4-go zauważyć można, że zgęszczenie krwi w cholerye nie jest tak wielkie, aby samo przez się powodować mogło poważniejsze chorobowe objawy, spotykane przy cholerye, jak: upadek ciśnienia, bezmocz i t. d.. Sprowadzając u psów za pomocą soli przeczyszczających silną koncentrację krwi, SOBIERAŃSKI znalazł u nich ciśnienie wewnątrz naczyń zaledwie trochę niższe od normalnego. OKŁADNYCH ³⁾, badając krew przy cholerye, znalazł ciężar właściwy, liczbę ciałek czerwonych i białych i ilość hemoglobiny cokolwiek tylko powiększone. Na korzyść powyższego twierdzenia przemawiają także doświadczenia ZAWADZKIEGO ⁴⁾.

Ze wszystkiego, co wyżej powiedziano o metodzie CANTANI'ego, wynika, że nie wypełnia ona wskazań, postawionych przez wynalazcę metody.

Dobrą stroną jej stanowi dowóz ciepła do ustroju, lecz ten sam cel może być osiągnięty innymi bardzo prostymi sposobami, jak okrywanie chorego wełnianymi kołdrami, okładanie go bańkami, gorącą wodą napełnionymi i t. d..

Tak więc teoria i praktyka nie bardzo jakoś przemawiają na korzyść metody CANTANI'ego, która „jest tylko rodzajem tortury dla cierpiącej ludzkości“, jak się wyraża SOBIERAŃSKI.

Podczas napadu cholerycznego występują pewne nadzwyczaj dolegliwe objawy, które bezwarunkowo wymagają interwencji lekarskiej. Kurcze mięśniowe, które sprawiają tak gwałtowne bóle, usuwa się zwykle za pomocą mocnego rozcierania; lecz o wiele szybciej można dopiąć celu, jeśli skurczony mięsień [lub grupę mięśni] raptem rozciągnąć i utrzymać przez pewien czas w stanie rozkurczu. Te dwa sposoby są skuteczne w tym tylko razie, gdy kurcze są ograniczone. Jeśli zaś zajmują szybko po kolei lub jednocześnie różne okolice ciała i są bardzo uporczywe, to wzmiankowane sposoby mechaniczne nie na wiele się zdadzą. Stosowaliśmy w takich razach podskórne wstrzykiwanie morfiny z doskonałym wynikiem. Przeciw wymiotom dawaliśmy, prócz pigułek lodowych, gorzyczników i t. d., podskórnie morfinę, lecz tylko w przypadkach wymiotów bardzo uporczywych, męczących i obfitych. Lód podczas na-

¹⁾ Giornale internazionale delle scienze mediche. T. IX. 1887.

²⁾ K woprosu o bakteriológiceskom razpoznavaniju cholery i o značenii obezzarażywajuszezych sriedstw pri jeja lečenii. N. K. SZULC. Wracz. T. XIII. 1892. Nr. 50.

³⁾ K woprosu ob izmienenii krowi pri cholerie. Wracz. 1892. Nr. 44.

⁴⁾ Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7% roztworu soli kuchennej na krew i mocz po silnem zgęszczeniu krwi. J. ZAWADZKI. Odbitka z „Pam. Lek.“. Warszawa. 1889.

padu cholerycznego nie wpływa wcale lub bardzo mało na zmniejszenie wymiotów i pragnienia, przytem chorzy po większej części niechętnie go przyjmowali; lepiej chorzy znoszą napoje gorące.

Przeciw czkawce, częstokroć bardzo bolesnej, używaliśmy zewnątrznie gorczyczników, nawet pryszczydeł, gorących okładów na okolicę nadżołądkową, wewnątrznie kokainę ¹⁾, niekiedy po kilka granów dziennie i morfinę. Wszystkie te środki były mało skuteczne. Najlepiej działała morfina, stosowana podskórnie.

Co się tyczy leczenia cholery w okresie oddziaływania, to winno ono być skierowane do spraw chorobowych, służących za podstawę temu okresowi. Najglówniejszą rolę tu gra ścisła dyeta, spokój, napoje chłodzące. Przy objawach silnego przekrwienia mózgu—zimne okłady na głowę i nawet miejscowy upust krwi. W kwestyi skuteczności ogólnego upustu krwi przy objawach mocznicowych w okresie odczynu nie mamy osobistego doświadczenia. Wielce użyteczne są w tym okresie ciepłe kąpiele. Stosowaliśmy je raz lub dwa razy dziennie, przyczem ciepłota wody wynosiła 23°—29° R., a czas trwania każdej kąpieeli około 10—15 minut. Przed użyciem kąpieeli lub w samej kąpieeli podawaliśmy chorym *eccitantia*, wino, koniak. Wanny takie zdawały się okazywać dobry wpływ na dyurezę i chorym bywały do tego stopnia przyjemne, że często sami nawet domagali się ich.

W okresie zdrowienia zalecałem wielką ostrożność w dyecie; albowiem łatwo mogą nanowo powstać rozmaite zaburzenia w przewodzie żołądkowo-kiszczowym.

Powikłania i choroby następce leczy się podług ogólnych zasad terapii.

Na zakończenie niniejszej pracy postawimy następujące tezy: 1) Rola laseczników Koch'a w cholery azyatyckiej nie jest jeszcze wyjaśniona i wogóle wymagane są dalsze badania w celu rozświetlenia wielu ciemnych stron etyologii cholery. 2) Zaraźliwość cholery [przy zetknięciu się z chorym i jego wydzielinami] jest bardzo małą. 3) Patogeneza całego prawie obrazu klinicznego cholery jest ciemną. 4) Z powyższego wynika niemożność zbudowania, przy obecnym stanie nauki, terapii cholery na racjonalnych podstawach. 5) Metoda CANTANI'ego nie znajduje potwierdzenia ani w teoryi, ani w praktyce; 6) Obecne leczenie cholery może być tylko przypadkowe, do głównych objawów chorobowych skierowane, przyczem baczycy należy, aby ściśle indywidualizować każdy poszczególny przypadek i nie uganiać się zbyttnio za lasecznikami, gdyż łatwo jest w tej pogoni zapomnieć o samym chorym i przeto wielką mu wyrządzić krzywdę.

¹⁾ Z oddziału dla chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnym. ST. PECHKRANC. Gaz. Lek. Nr. 37. 1894.

NOTATKI LEKARSKIE.

18. Tężec po podwiązaniu hemoroidów.

Przypadek powyższy dotyczy 24-ro-letniego S. Ch., blacharza, który zapisał się na oddział D-ra CHWATA w celu poddania się operacyi hemoroidów, na które cierpiał od lat dwunastu.

Przy badaniu chorego zanotowano: odżywianie dobre, błony śluzowe zewnętrzne nieco niedokrwiste, tętno prawidłowe; słowem: stan ogólny zadawalaający.

Ze zmian patologicznych zanotowano: *callus* wielkości śliwki na miejscu 9-go i 10-go kręgu grzbietowego, pochodzący, według słów chorego, od złamania kręgosłupa przed pięcioma laty. Chory leczył się wówczas w jednym z amerykańskich szpitali i przez długi czas borykał się ze śmiercią. Od czasu wyzdrowienia do obecnej chwili żadnych dolegliwości ani zaburzeń ze strony kręgosłupa lub rdzenia chorey nie doznawał.

Oprócz tego zanotowano: guzy hemoroidalne zewnętrzne i wewnętrzne, łatwo krwawiące, jak również szczelina odbytu (*fissura ani*), która choremu silnie sprawia bóle.

Dnia 18. X. r. b., po zwykłym, uprzednim przygotowaniu chorego, przystąpiono do podwiązania hemoroidów [bez obcięcia szyszek poniżej ligatury] i do operacyi szczeliny (*fissura*) metodą gwałtownego rozszerzenia odbytu (*dilatation forcée*). Operacyi dokonano pod chloroformem. Po przemyciu pola operacyjnego rozczytnem sublimatu 1:3000, nałożono aseptyczny jodoformowy opatrunek.

Pierwsze cztery dni po operacyi chory czuł się zupełnie dobrze, a piątego dnia dostał łyżkę oleju rycynowego, jak to się zwykle na oddziale D-ra CHWATA przy przebiegu normalnym u podobnych chorych praktykuje. Nastąpił obfity stolec. Do dnia następnego chory czuł się również bardzo dobrze.

Dnia 24-go. X. [czyli na 6-ty tydzień po operacyi] przy wieczornej wizycie chory zwrócił się do mnie ze skargą, że mu jakoś trudniej, niż zwykle, szeroko otworzyć usta i że mu niewygodnie łykać. Po za tem chory był wesół, chodził po sali, miał wyśmienity apetyt i czuł się zresztą zupełnie dobrze. Obejrzałem chorego i zauważyłem rzeczywiście pewne napięcie żwaczy. Uspokoiłem chorego i sam nie zwróciłem na to większej uwagi. Dopiero nazajutrz dnia 25-ego X. 1894 r. przy rannej wizycie zaniepokoiło mnie to, że chory zaczął się pokładać i stracił humor.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: chory czuł się gorzej, ciepłota ciała jednak prawidłowa, tętno nieco częstsze od zwykłego [98], lecz pełne, wyraźne, wydatny już szczykocisk, tak, że pomiędzy zęby trudno przecisnąć szpadeł. Przy próbie usilnego rozwarcia ust chory krzyczy z bólu. Wargę górną odciągniętą ku górze (*spasmus mm. levatorum labii superioris*). Mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe silnie napięte i sterczą, jak dwa twarde wałki po obu stronach szyi. Trudność przy poruszaniu głową. Połykanie niemożliwe z powodu skurczów w mięśniach przełyku.

Oprócz tego od czasu do czasu występuje w mięśniach kończyn dolnych skurcz toniczny, który sprawia choremu za każdym razem silne bóle. Badanie oddechów rzepkowych wykazało zupełny brak tychże po stronie prawej, zaś po stronie lewej odruchy prawidłowe. Stolec i mocz oddał chory, jak zwykle. W moczu białka nie znalazłem. Podwiązane szyszki hemoroidalne zanikły; w odbycie i naokoło niego nic nieprawidłowego nie zauważyłem. Żadnych bólów w miejscu operacji chory nie doznawał.

Tegoż dnia wieczorem chory czuje się coraz gorzej, ciepłota jednak wciąż normalna, tętno jak zrana, szczękocisk silniejszy. Przyłączył się *opisthotymus*.

Skurcze toniczne stały się częstsze i zajęły także mięśnie brzucha. Podczas tych ostatnich napadów chory doznawał strasznych cierpień i przy każdym skurczu mięśni brzusznych wydawał bardzo głośne krzyki. Całe ciało pokryło się obfitym potem. Mocz chory już nie oddał. Każdy mimowolny ruch chorego, jak również dotknięcie czemkolwiek wywoływały natychmiast skurcze wraz z bólami.

Zaleciłem morfinę pod skórę. Dnia 26-go X. Noc przeszła bez snu pomimo morfiny. Drgawki toniczne nie ustały.

Rano wstrzyknąłem znowu morfinę, poczem stałe napięcie mięśni, jak również skurcze toniczne stały się cokolwiek mniej dokuczliwymi. Natomiast pojawiły się przykurczenia w mięśniach klatki piersiowej. Ciepłota [mierzona *in ano*] podniosła się w ciągu nocy do 40,8°, tętno 148 nitkowate. Uśmiech sardoniczny. Chory coraz więcej osłabiony. Poty niezwykle obfite. Sinica skóry całego ciała. Już nie ulega wątpliwości, że obraz kliniczny przedstawia typowy przypadek tężca. Dla potwierdzenia dyagnozy chciałem przeprowadzić badanie bakteriologiczne, lecz ojciec i krewni chorego stanęli kategorycznie na przeszkodzie moim chęciom i wypisali ze szpitala umierającego prawie chorego. O ile wiem, chory tego dnia zmarł w domu. Postanowiłem przypadek powyższy podać do ogólnej wiadomości, gdyż sądzę, iż, pomimo braku sekcji, przedstawia on wiele stron ciekawych dla każdego lekarza.

D-r Henryk Gotard,

lekarz miejscowy szpit. staroz. w Warszawie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

100. Prof. Pfeiffer. O specyficznej reakcji immunizacyjnej laseczników tyfusu brzuszego.

1) Jad laseczników tyfusu brzuszego, podobnie jak jad wibryonów cholery, mieści się przeważnie w samych drobnoustrojach; w filtracie, otrzymanym z precedzenia świeżego płynu hodowlanego — owego jadu wykazać nie można.

Laseczniki tyfusowe można zabić albo za pomocą działania par chloroformu, albo za pomocą ogrzewania przez godzinę do ciepłoty 54° C., a wówczas substancje jadowite, zawarte w owych lasecznikach, pomimo to nie ulegają zmianie.

Dawka zabójcza tak przygotowanego jadu tyfusowego wynosi 3—4 miligramów na 100 gramów wagi świnki morskiej.

Wzmiankowana substancja jadowna jest bardzo zmiennej natury (*labil*).

2) Jeżeli zwierzę immunizowano takim jadem tyfusowym, to w jego surowicy krwi powstają antytoksyny, które okazują działanie bakterjobójcze względem laseczników tyfusowych.

Na inne bakterye, jak np. na *bacterium coli* lub na bakterye jeszcze bardziej zbliżone do laseczniaka tyfusowego, surowica krwi, pochodząca od zwierząt immunizowanych względem tyfusu, nie wpływa specyficznie, a przynajmniej działanie jej nie różni się wówczas od działania normalnej surowicy krwi.

3) Za pomocą specyficznej antytoksyny tyfusowej można odróżnić laseczniaki tyfusowe od innych bakteryi, a nawet od takich drobnoustrojów, wobec których dotychczasowe metody morfologiczne i biologiczne były niewystarczające.

4) Wzmiankowane antytoksyny tyfusowe wykazać również można we krwi osób, które wyzdrowiały z tyfusu brzuszego. Znaczenie etyologiczne laseczniaka tyfusowego dla sprawy tyfusowej zyskuje przez to nową bardzo ważną podstawę.

5) Dotychczasowe badania nad immunizowaniem za pomocą bakteryi cholery i tyfusu brzuszego wykazały, że substancye specyficzne bakterjobójcze—przy odpowiednim przeprowadzeniu immunizacyi — gromadzą się we krwi w bardzo wielkiej ilości. Dalsze poszukiwania nad chorymi dopiero wykażą, czy można będzie za pomocą podobnej surowicy osiągnąć u ludzi także samo działanie bakterjobójcze, jakie osiąga się u zwierząt; innemi słowy: czy za pomocą takiej surowicy można będzie pomyślnie wpłynąć na przebieg sprawy tyfusowej.

(Aus dem Institut für Infections-Krankheiten in Berlin. — Ueber die specifische Immunitätsreaction der Typhusbacillen. Deutsche med. Woch. 1894. 48).

Wiktor Grostern.

101. Eisenhart. Śmiertelne zakażenie popołogowe, spowodowane przez *bacterium coli commune*.

Autor przytacza badany przez siebie przypadek jako dowód, że jedne i te same drobnoustroje mogą, wniknąwszy do ustroju, wywołać różne objawy kliniczne i na odwrót, że pewne formy zakażenia, zupełnie podobne pod względem klinicznym, wywołanemi bywają przez pasożyty odmiennych rodzajów: na przykład nietylko grzybki z rodzaju *staphylococcus* i *streptococcus* wywołać są w stanie ropienie; właściwość tę dzielą, według nowszych badań, między innemi: *pneumococcus* FRAENKEL'a, *micrococcus tenuis* i *tetragenes*, *bacillus pyocyaneus*, *gonococcus* i *bacterium coli commune*.

Wobec tego niektóre choroby, których początek przypisywano wyłącznie grzybkom ropnym, tracą typ, dający się określić ściśle drobnowidzem i pochodzić mogą od innych grzybków.

W przypadku zakażenia popołogowego, opisanym przez D-ra E., rolę chorobotwórczą odgrywa *bacterium coli commune*. Grzybkom ropnym, znalezionym w niewielkiej ilości, autor przypisuje tylko rolę czynników, które przygotowały i usposobiły organizm do przyjęcia *bacter. coli commune*.

Opis dotyczy chorej 30-letniej, dobrze zbudowanej, lecz niedokrwistej, rodzącej 5-ty raz. Ostatni poród był ciężki, ale prawidłowy, bez żadnych obja-

wów, wskazujących na cierpienie nerek. W kilka dni po porodzie chora uczuła ból w prawej stronie brzucha, w pachwinie i w górnej części prawego uda. Zajątem było prawe *parametrium*. Udo opuchnięte, a w pachwinie wyczuć się dawało chęłbotanie, przyczem słyhać było trzeszczenie (*crepitatio*), wskazujące na wyraźną obecność gazów w zawartym płynie. [Objaw cenny przy *bacter. coli commune*]. Od porodu upłynął miesiąc.

Nad więzem POUPART'a, w miejscu najbardziej wywyższonem przez zawartą ciecz zrobiono przecięcie ropnia wypłynęła znaczna ilość białej, gęstej ropy, nie cuchnącej i zawierającej dużo gazów. Do rany wprowadzono paleczkę pyoktaniny. Współcześnie pojawiły się ze strony pęcherza objawy ropnego zapalenia i obecności gazów w tym narządzie. Mocz wydzielany w małej ilości miał ciemno-pomarańczową barwę i charakterystyczny zapach.

Badanie drobnowidzowe wykazało w ropie z rany pachwinowej i w moczu obecność *bact. coli commune* z nieznaczną domieszką grzybków ropnych. Pomimo energicznego oczyszczania rany, stan chorej pogarszał się widocznie. Po sześciu tygodniach po porodzie pojawiło się w moczu białko i cylindry, a wraz z niemi objawy mocznicy. Chora zmarła po dwóch tygodniach trwania mocznicy.

Przebieg choroby trwał od chwili rozwiązania dwa miesiące.

Sekcyja potwierdziła rozpoznanie kliniczne, wykazując ostre zapalenie miąższu nerek wraz z zwyrodnieniem mączkowatym. Inne narządy, za wyjątkiem lekko zwiększonej śledziony, nie przedstawiały zmian; otrzewna była zdrową. Siedlisko ropienia rozciągało się w postaci wąskiego kanału od prawej pachwiny aż do kości krzyżowej, gdzie kończyło się szeroką jamą. Tkanki otaczające i wyższa część uda były nacieczone ropą.

Autor przyczynę śmierci przypisuje długiemu ropieniu, które spowodowało zmiany w nerkach, a te wywołały mocznicę.

Co się tyczy drogi, którą pasożyty przeniknęły z kiszek do *parametrium*, autor wykazuje na zakażenie od zewnątrz przez pochwę i cewkę moczową. W innych przypadkach, częstych według innych autorów, *bacter. coli commune* wędrowało wprost z kiszek do tkanki łącznej okółomaciczej. Niepoślednią rolę grają w takim razie zrosty otrzewnej kiszek z otrzewną wewnętrznym narządów płciowych, wywołane poprzedniemi zapaleniami. Grzybki ropne i gonokoki grają w tym razie rolę przygotowawczą, tworząc zrosty zmienionej przez nie chorobowo otrzewnej. Autor na zasadzie swego przypadku, w którym otrzewna pozostała zdrową, przypuszcza możliwość zakażenia od zewnątrz i zaleca usilną czystość ze strony otworu stolcowego w czasie porodu.

(Arch. f. Gynaek. Bd. 47. Hft. 2).

D-r Zaborowski.

K O R E S P O N D E N C Y A.

O surowicy antydyfterytycznej.

Po ogłoszeniu jakiegokolwiek nowej prawdy naukowej, zjawiają się ze strony innych badaczy różne *pro* i *contra*. Można to było również przepowiedzieć nowemu sposobowi leczenia za pomocą antytoksyny. Liczba artykułów, broszur, odczytów wzrasta z dniem każdym. Większa część tych sprawozdań

pohodzi od ludzi, należących do szkoły Kocit'a i broniących nowego sposobu leczenia. W ostatnim jednakowoż czasie dały się słyszeć głosy krytyczne i wprost ostrzegające. Prof. ROSENBACH z Wrocławia wystosował gorącą polemikę przeciwko specyficznemu działaniu surowicy; D-r GOTTSTEIN radzi w swej broszurze nie wyprowadzać zbyt pospiesznych wniosków z zestawień statystycznych; lekarze-praktycy [D-r LUBLIŃSKI, D-r MENDEL i inni] ogłosili kilka przypadków, dowodzących szkodliwości surowicy. Ogół lekarski, słysząc tak sprzeczne zdania, nie wiedział, czego się ma trzymać w praktyce lekarskiej. Można też sobie wyobrazić, z jakim napięciem wszyscy oczekiwali odczytu, zapowiedzianego przez D-ra HANSEMANN'a. Odczyt ten odbył się dnia 28 listopada w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim. D-r HANSEMANN [prosektor instytutu anatomo-patologicznego w Charité, asystent VIRCHOW'a] zwrócił uwagę nader licznie zgromadzonej publiczności na wielkie podobieństwo, zachodzące pomiędzy teraźniejszą kwestyą dyfterytu i minioną epoką tuberkuliny. Z tego porównania można już było wnosić, jaki kierunek prelegent zamierza nadać swemu odczytowi. Prof. BEHRING [tak mówił D-r H.] wybrał z literatury o dyfterycie tylko te dane, które mu były potrzebne dla poparcia nowej teorii. Zaraz w początku wyraził prof. B. i jego zwolennicy [D-r KOSSEL] swą niechęć dla anatomii patologicznej, której dobrze nie znają. D-r H. nie uznaje głównego faktu i zarazem podstawy teorii BEHRING'a, mianowicie, że lasecznik LOEFFLER'a jest przyczyną dyfterytu („als ätiologisches Moment der eigentlichen Diphtherie kann ich ihn nicht anerkennen“). D-r LOEFFLER, który w r. 1884 wątpił, czy odkryty przez niego lasecznik, jest w samej rzeczy przyczyną choroby, teraz sądzi, że ta wątpliwa kwestya stała się pewnikiem. D-r H. dziwi się temu zanikowi krytyki. Fakty, przeczące temu twierdzeniu, nie przestały istnieć: 1) Lasecznik LOEFFLER'a znaleźć można nie we wszystkich przypadkach dyfterytu, lecz tylko w 75% ogólnej liczby przypadków [według statystyki amerykańskiej i angielskiej w 67%]. 2) W żadnym przypadku dyfterytu nie znaleziono lasecznika LOEFFLER'a wyłącznie, lecz zawsze wspólnie z innymi mikroorganizmami chorobotwórczymi, jak: *staphylococcus*, *streptococcus*, *pneumococcus*, *bacterium coli* i t. d.. Istnieją jednakowoż przypadki dyfterytu, przy których ilość laseczników LOEFFLER'a jest przeważającą. 3) Lasecznik LOEFFLER'a znaleźć można w wielu chorobach, nie mających nic wspólnego z właściwym dyfterytem. LOEFFLER sam, ESHERICH, FRAENKEL i inni znaleźli ten lasecznik w jamie ustnej ludzi zupełnie zdrowych lub w zupełnie lekkich przypadkach *rhinitidis vulgaris*. 4) Jeżeli lasecznik dyfterytyczny przenieść na nieuszkodzoną błonę śluzową (np. *in vaginam*), nie następuje najmniejsza reakcja. Na uszkodzonej błonie lasecznik ten wywołuje miejscowe zapalenie i nałot ten nie rozpowszechnia się, pozostaje wyłącznie w miejscu, w które przeniesiono lasecznik i niczem się nie różni od nałotu, wywołanego przez zastosowanie chemicznych środków [kwasów, amoniaku, sublimatu i innych], lub przez innymi mikroorganizmy, np. *bacterium coli*. 5) Doświadczenia, prowadzone nad zwierzętami, nie stanowią dowodów miarodajnych. Świnki morskie nigdy nie chorują samoistnie na dyfteryt. RITTER dawał je dla zabawy dzieciom chorym na dyfteryt i pozostawały zawsze zdrowymi; nie zarażały się również, gdy im dawano do jedzenia potrawę, zawierającą

hodowle laseczników LOEFFLER'a. Na podstawie tych danych D-r H. dochodzi do wniosku, że bezpośredni związek etyologiczny, istniejący jakoby pomiędzy lasecznikiem LOEFFLER'a a właściwym dyfterytem — jest rzeczą wątpliwą, dotychczas nieuzasadnioną. D-r H. krytykuje w dalszym ciągu swego odczytu praktyczne znaczenie nowego sposobu leczenia. Przedewszystkiem, co się dotyczy działania surowicy na zwierzęta, to główna idea prof. BEHRING'a polega na tem, że antytoksyny, wprowadzone do organizmu zwierząt, czynią je odpornymi na dyfteryt i leczą je w razie, gdy zwierzęta te były chore. Co się dotyczy antytoksyn, to nikt nie wie, jaki właściwie związek chemiczny one stanowią. Mamy więc tutaj do czynienia nie z faktem, opartym na danych naukowych, lecz na przypuszczeniu. Z przypuszczenia tego wyprowadzać można wnioski bardzo łatwo, ponieważ ciała te są bardzo zagadkowe. [Ogólna wesołość, głosy „*sehr richtig*“!] Doświadczenia te w najlepszym razie wskazują, że surowica antydyftertyczna działa u zwierząt na chorobę, wywołaną przez zaszczepienie lasecznika LOEFFLER'a, nie zaś na dyfteryt. Ilość tych doświadczeń jest jeszcze zbyt nieznaczna, rezultaty doświadczeń na zwierzętach nie są obowiązujące dla ludzi.

Prof. BEHRING jest tego zdania, że surowica antydyftertyczna 1) immunizuje, 2) leczą 3) i jest nieszkodliwą. Co się dotyczy immunizacji, to sam fakt zarażania się [infekcji] jest czynnikiem bardzo niestałym. Często się zdarza, że w rodzinie, żyjącej w bardzo niehygienicznych warunkach, jedno chore dziecko nie zaraża innych i często rzecz się ma odwrotnie. Bardzo ważne ze względów praktycznych pytanie: jak długo trwa odporność na dyfteryt po wstrzyknięciu — nie pozostało dotychczas rozwiązane. Prof. B. wskazuje, jaką dawkę trzeba dać dziecku, znajdującemu się w okresie wylęgowym; lecz któż zdoła napewno rozpoznać ten okres, mogący trwać od 3 dni do 6 tygodni? Przypadki, w których wstrzyknięcie w celu immunizacji nie pomogło, prof. B. tłumaczy w ten sposób, że dziecko było już chore, że dawka była zbyt małą; jeżeli to samo dziecko umrze po upływie 3 godzin — że trzeba było dawkę powtórzyć. I jakież otrzymano rezultaty?

Prof. EHRLICH wstrzyknął dziecku surowicę dnia 23 października; dnia 30 października dziecko zachorowało na dyfteryt. D-r KOSSEL spostrzegł powrót choroby, pomimo wstrzyknięcia immunizacyjnego. Również ujemne wyniki otrzymali SCHOLTZ, HILBERT i inni lekarze, którzy zawiadomili o tem prywatnie D-ra H. Sam BEHRING wie zapewne o tych rezultatach, gdyż radzi teraz zwiększyć dawki immunizacyjne do 150 jednostek.

Co się dotyczy działania terapeutycznego surowicy, pod wpływem której błony dyftertyczne mają się lepiej oddzielać i ciepłota spadać w sposób przełomowy, to wyniki najpowszechniejszych badań dały rezultaty niezupełnie pomyślne. D-r KOERTE wskazuje, że zastosowanie surowicy nie wywiera wpływu na stan miejscowy i na ciepłotę. D-r MENDEL widział pogorszenie się tych objawów po zastosowaniu surowicy. Również D-r KATZ otrzymał rezultaty ujemne [?redak.].

Co się dotyczy statystycznych danych, to trzeba tu być bardzo ostrożnym w wyciąganiu wniosków. Już przed wprowadzeniem nowej metody leczenia za pomocą surowicy znane były inne środki, których skutek [na podstawie statystyki] miał być cudowny. Sumienna statystyka D-ra KOERTE'go wykazuje wprowadzie

zmniejszenie się śmiertelności o 12% przy dyfteryście wogóle, trzeba jednak pamiętać o tem, że materyał szpitalny podlega bardzo wielkim zmianom: tegoroczna epidemia dyfterytu jest słaba i śmiertelność w różnych dzielnicach miasta jest bardzo nieznaczna. Oprócz tego jest rzeczą łatwą otrzymać bardzo pomyślną statystykę, jeżeli do dyfterytu zaliczać będziemy wszystkie te przypadki, przy których znaleziono lasecznik LOEFFLER'a [a więc *rhinitis vulgaris*, *rhinitis fibrinosa* i inne, nie mające z właściwym dyfterytem nic wspólnego]. Już teraz znane są przypadki, w których surowica nie okazała najmniejszego wpływu. Do tych należą: 8 przypadków D-ra KOERTE'go i następujące przypadki [ze źródeł prywatnych]: 1) rozpoczęto leczenie 2-go dnia choroby — na trzeci dzień choroby śmierć [w przypadku tym nie było ani posocznicy, ani zajęcia krtani]; 2) z dwojga chorych dzieci, należących do jednej rodziny, jedno wyzdrowiało bez wstrzyknięcia surowicy; drugie zmarło pomimo zastosowania surowicy; 3) 2 letni chłopiec otrzymał 2-go dnia choroby 1000 jednostek immunizacyjnych; początkowo polepszenie, potem pogorszenie, śmierć po upływie 2 dni; 4) w Charité [na oddziale prof. HEUBNER'a] 2-letnie dziecko zmarło, pomimo zastosowania surowicy [dziecko to było chore na t. zw. czystą formę dyfterytu, bez żadnych powikłań].

Prof. BEHRING i inni uznali nowy środek za nieszkodliwy. Otóż, w ostatnim czasie mnoży się liczba przypadków, dowodzących szkodliwości tego środka. Prof. BAGINSKY zauważył [w początku stosowania nowej metody] osłabienie działalności serca i przyspieszenie tętna. RITTER widział w 8 przypadkach [z ogólnej liczby 26] silny białkomocz. OPPENHEIMER [w Monachium] ogłosił przypadek następujący: Mocz dziecka chorego na dyfteryt zawierał w początku choroby 3½% białka; po wstrzyknięciu surowicy ilość białka podniosła się do 14%, potem znowu się zmniejszyła do 3% i dziecko zmarło. To samo ujemne działanie surowicy antydyfterytycznej na nerki zauważył KOERRE u chorych; RITTER dowiódł tego za pomocą eksperymentu. Inni lekarze [MENDEL, LUBIŃSKI, UNGER, SCHOLTZ] zauważyli oprócz wysypki (*urticaria*), podskórne wylewy krwi, obrzmienie i bóle w stawach, bardzo wysoką gorączkę.

Do tych ujemnych rezultatów D-r HANSEMANN dołącza rezultat sekcji, dokonanej na 3-letniem dziecku, zmarłem w Charité. Dziecku temu, choremu na dyfteryt, wstrzyknięto kilkakrotnie surowicę; zmarło ono przy objawach bardzo silnego zapalenia nerek (*Albuminurie und Anurie*). Sekcja wykazała tak silne zapalenie nerek, jakie rzadko znajdowano nawet przy szkarlatynie. Dziecko to zmarło bardzo szybko; szybciej umrzeć by nie mogło, gdyby nawet nowego środka nie zastosowano [głosy: *sehr richtig!*].

Wnioski D-ra H. są następujące: 1) dane naukowe nie popierają zdania prof. B. o specyficznem działaniu surowicy antydyfterytycznej na ludzi, 2) w niektórych przypadkach surowica ta okazała się szkodliwą dla krwi i nerek.

Z powyższego streszczenia odczytu D-ra H. widzimy, że zawiera on pewną ilość prawdy, lecz również wielką ilość osobistej niechęci dla rzeczników nowej metody. Prof. BEHRING i jego zwolennicy zbyt się pośpieszyli z ogłoszeniem nowego środka, jako bezwzględnie specyficznego. Wyprowadzili zbyt pośpiesznie wnioski z niedostatecznie wypróbowanej statystyki i mało zbadali szkodliwość

nowego środka. D-r H. czyni jednak ten sam błąd, wyprowadzając wnioski z kilku klinicznych przypadków i tylko jednej sekcji. Łatwo pojąć dążenie D-ra H.: chce on stanąć w obronie niesłusznie zaatakowanego przez BEHRING'a prof. VIRCHOW'a; ostre jednak i zapewne bezpodstawne wymówki, czynione zwolennikom nowej metody [że nie znają ani anatomii patologicznej, ani chemii] i płaskie dowcipy, wywołujące wesołość zgromadzonej publiczności, mogą tylko zaostrzyć sprawę i bynajmniej się nie przyczynią do obiektywnego, czysto naukowego wyświeetlenie tej doniosłej kwestyi naukowo-społecznej. D-r H. zapomniał o starem przysłowiu: *amicus Plato, magis amica veritas*.

Berlin, d. 28 Listopada, 1894.

Edward Plutau.

Wiadomości bieżące.

— Mc BURNEY proponuje w pewnych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego nową metodę operacyjną, którą, zdaniem autora, obiecuje daleko lepsze wyniki z uwagi na zachowanie odporności ścian brzucha. Cięcie skóry lekko ukośne przecina prawie pod kątem prostym linię, łączącą *spinam ilei ant. sup.* z pępkiem; biegnie w odległości cala o.l. *spina ilei* i tylko swą górną trzecią częścią leży ponad tą linią; przecięcie mięśnia zewnętrznego skośnego i rozciągną powinny odpowiadać sobie, a zatem żadne z włókien mięsnych nie powinno być przecięte w poprzek. Po rozszerzeniu rany przy pomocy haków widać włókna mięśnia skośnego zewnętrznego, które wraz z włóknami głębiej leżącego mięśnia poprzecznego rozdziela się na tępo w kierunku ich przebiegu. Po rozszerzeniu i tej warstwy za pomocą drugiej pary haków o odpowiednim kierunku, przecinamy powieź poprzeczną i otrzewną. Operacja powyższa ma tę ujemną stronę, że wymaga większej pomocy i nie może być wykonaną w przypadkach z obfitem ropieniem, gdyż te ostatnie wymagają szerszego cięcia. Mc BURNEY stosował ją w czterech przypadkach nawrotowego zapalenia wyrostka robaczkowego. (*Annale of Surgery*, July, 1894).

— W ubiegłą Niedzielę [2. XII] otwartym został w Warszawie przy ulicy Oboźnej Nr. 5 „Zakład chirurgiczny” D-ra ADAMA PRZYBOROWSKIEGO.

— Następcą MAUTHNER'a na katedrze oftalmologii w Wiedniu mianowany został prof. J. SCHNABEL z Pragi.

— W Lublinie zmarł w 66 r. życia D-r B. TETZ, autor kilku prac, drukowanych w czasopismach lekarskich tutejszych.

Od Wydawcy.

—*—*—

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1895 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazaty Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na „Zdrowie” w r. 1895.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довозено Ценаурою, Варшава 25 Ноября 1894 г.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

APTEKA

26—24

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formie podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwassylowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassylowe na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascarae Sagradae na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.