

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O t. zw. rozsiańem zapaleniu nerwów. Podał S. Goldflam.—Stre-
szczenia i wyciągi. 34. O długotrwałem leczeniu przyniotu zapomocą rtęci. 35. O operacyjnem lecze-
niu przerostu gruczołu przyprątne. 36. O mentolu.—Odczyty kliniczne. O niezbytach pęcherza mocz-
owego przez prof. Guyon'a. Streścił Dr. T. Solzman. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

O T. ZW. ROZSIANEM ZAPALENIU NERWÓW

(*Neuritis multiplex, disseminata, polyneuritis*).

Podał S. Goldflam.

W patologii systemu nerwowego istnieje wielka grupa porażen tem się odznaczających, że im towarzyszy zanik mięśni. Grupa ta nie jest jednorodną, ale składa się z różnych form chorobowych, przedstawiających odrębny obraz kliniczny i mających rozmaite umiejscowienie w systemie mięsno-nerwowym. Wyodrębnić te różne postacie porażen zanikowych, a następnie odnaleźć dla nich właściwe im zmiany anatomo-patologiczne było dziełem niestrudzonych badaczów drugiej połowy bieżącego wieku. HEINE i DUCHENNE położyli ka-
mien węgielny do poznania klinicznego t. zw. porażenia dziecięcego (*paralysis essentialis, infantum, paralysie atrophique, graisseuse de l'enfance*). DUCHENNE w późniejszym czasie (1872 r.) wykazał, że niekiedy u dorosłych zdarza się obraz chorobowy identyczny z tym, który w powyższym cierpieniu u dzieci spotyka-
my i odniósł do tej samej anatomicznej podstawy. ARAN, DUCHENNE i CRU-
VEILHIER prawie współcześnie koło 1850 r., ale niezależnie jeden od drugiego, opisali jako odrębną formę chorobową postępujący zanik mięśni (*atrophia mus-
cularis progressiva*). DUCHENNE także w 1861 jako oddzielną, o odrębnych ce-
chach chorobę określił postępujące porażenie języka, podniebienia i warg (*para-
lysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des levres*), które WACH-
SMUTH, przypuszczając zmiany w rdzeniu przedłużonym, nazwał postępującem
porażeniem opuszkowem (*paralysis bulbaris progressiva*). Wreszcie DUCHENNE pod
nazwą *paralysie générale spinale antérieure subaiguë* opisał postać chorobową u lu-
dzi dorosłych, cechującą się osłabieniem, następnie porażeniem, rozpoczynającem
się zwykle od dolnych kończyn lub jednej z nich, rozszerzającem się później
na mięśnie tułowia i górnych kończyn (bez zajęcia twarzy); porażone mięśnie
wcześnie tracą pobudliwość elektryczną i ulegają zanikowi *en masse*, brak zabu-
rzeń czuciowych, czynność pęcherza i kiszki stolcowej pozostaje prawidłową,
choroba trwa kilka lat i pomyślnie zwykle się kończy. W mniejszej liczbie
przypadków śmierć następuje od porażenia mięśni oddechowych, albo powikła-
nia z porażeniem opuszkowem.

Strona anatomo-patologiczna wzmiankowanych postaci porażen zanikowych trochę później doczekała się zadawalniającego rozwiązania. Pierwsi badacze na tem polu nie byli uzbrojeni w metody badania jakich nam nowsza technika histologiczna dostarcza i znajdując na sekcji tylko zmiany widoczne w mięśniach, uważali porażenie zanikowe za będące pochodzenia obwodowego, mianowicie mięśniowego. Już wówczas znane doświadczenia WALLERA, pod względem rozumienia funkcji rdzenia i odchodzących od niego korzeni i nerwów tak ważne, nie wywarły wpływu na postęp pojęć o zależności zmian mięśniowych i nerwów obwodowych od chorób rdzenia ¹⁾. Później, pod wpływem teorii o znaczeniu nerwu sympatycznego dla odżywiania tkanek, zaczęto porażenia zanikowe czynić zależnymi od zmian w tym nerwie, których wszakże anatomicznie dowieść nie zdołano.

Z udoskonaleniem techniki mikroskopowej zaczęły się pojawiać spostrzeżenia, wykazujące w przypadkach niektórych porażen zanikowych pewne zmiany w rdzeniu, a zwłaszcza w jego substancji szarej. LUYSS ²⁾ w przypadku postępującego zaniku mięśni (*atrophia muscularis progressiva*) znalazł w rdzeniu nie przedstawiającym makroskopowo zmian, przy badaniu mikroskopowem, nowotworzenie naczyń włosowatych w substancji szarej zgrubienia szyjowego, zgrubienie ścian naczyń, ciała krochmalowe rozrzucone w substancji szarej, z rogów przednich której znaczna liczba komórek zwojowych znikła i zastąpioną została przez ziarnistą masę; z pozostałych zaś komórek, niektóre były zwyrodniałe i pozbawione wyrostków. Zmiany te tyczyły się przeważnie lewego przedniego rogu i odchodzących od niego lewych przednich korzeni, co odpowiadało większym zmianom zanikowym w lewej górnej kończynie. Niebawem podobne spostrzeżenia zostały ogłoszone przez innych autorów, zwłaszcza szkoła francuzka z CHARCOTEM na czele, w szeregu prac wykazała zmiany zapalno-mięszkowe w rogach przednich rdzenia, mianowicie w komórkach zwojowych tu się znajdujących nietylko w postępującym zaniku mięśniowym, ale również w porażeniu dziecięcym; w postępującem porażeniu opuszkowem zaś takie same zmiany w jądrach nerwowych na dnie 4 komórki. Uwaga patologów była odtąd bacznie zwrócona na rdzeń, w którego zmianach upatrywano pierwotną anatomiczną podstawę postępujących porażen zanikowych kończyn i tułowia. CHARCOT i za nim większość patologów uważała odtąd wielkie wielowystokowe komórki zwojowe w rogach przednich za ośrodek odżywczy dla odchodzących od nich nerwów ruchowych i mięśni, a zmiany mięszkowo-zapalne doprowadzające do zaniku

¹⁾ WALLER (cytowany u Charcota, *Leçons sur les localisations etc.* S. 263) dowiódł, że przecięcie nerwu mieszanego powoduje zwyrodnienie całego obwodowego końca, że przecięcie korzenia tylnego między zwojem między kręgowym (*ganglion intervertebrale*) i wejściem do rdzenia powoduje zwyrodnienie końca ośrodkowego i przedłużenia jego w samym rdzeniu, a koniec obwodowy zostający w związku ze zwojem pozostaje niezmiennym, że więc ostatni jest ośrodkiem odżywcym dla nerwu czuciowego; na koniec, że przecięcie korzenia przedniego powoduje zwyrodnienie końca obwodowego, a więc nerwu ruchowego z całym obszarem mięśni od niego zależnych, a koniec ośrodkowy pozostaje nienaruszony, z czego WALLER wyprowadził wniosek, że ośrodek odżywczy dla korzeni przednich *resp.* nerwów ruchowych i mięśni znajduje się w substancji szarej rdzenia.

²⁾ Gazette médicale de Paris. Nr. 32. 1860.

komórek (*Tephromyelitis*, *Poliomyelitis*, *Kussmaul*) za pierwotną przyczynę postępujących porażań zanikowych. Dzieli on ³⁾ je na I protopatyczne ostre: a) *poliomyelitis anterior acuta* (zapalenie substancji szarej rogów przednich dotykające przede wszystkim komórek zwojowych), którego typem jest porażenie dziecięce, b) taż sama postać u dorosłych. Deuteropatycznie sprawa zapalna ostra może przejść na rogi przednie z innych okolic rdzenia przy *myelitis centralis acuta*, *haematomyelus*, *myelitis traumatica*. II *poliomyelitis anterior subacuta*, jako domniemana podstawa anatomiczna dla Duchenne'owskiego *paralysie générale spinale antérieure subaigue*. III *poliomyelitis anterior chronica*, jest wyrażeniem anatomicznem dla Aran-Duchenne'owskiego typu postępującego zaniku mięśniowego (*atrophia muscularis progressiva*). Inne choroby rdzenia, mające swe siedlisko w rozmaitych innych okolicach rdzenia mogą się czasem szerzyć na rogi przednie i wikać się klinicznie porażeniami zanikowymi, jest to grupa deuteropatyczna, do której należy 1) *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*, 2) *sclérose des zones radiculaires postérieures* t. j. podstawa anatomiczna władu rdzeniowego, 3) *hydromyelus*, 4) nowotwory, jak *glioma sarcoma*, 5) rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia i наконец 6) cierpienie, które CHARCOT wyodrębnił z grupy przewlekłych i postępujących porażań zanikowych rdzeniowego pochodzenia, jako mające oddzielną postać kliniczną i swoiste umiejscowienie w pęczku pyramidalnym, zkład stwardnienie (skleroza) przechodzi na rogi przednie rdzenia, których komórki zwojowe ulegają zanikowi, następnie na jądra nerwowe na dnie 4 komórki, jest to *sclerosis lateralis amyotrophica*. Postępujące porażenie opuszkowe należałoby, według tej klasyfikacyi, do grupy przewlekłej, protopatycznej, tylko że zamiast zwojowych komórek rogów przednich, tutaj zajęte są ich homologa, jądra nerwowe na dnie 4 komórki (*polioencephalitis inferior chronica*). Do działu rdzeniowej natury porażań zanikowych starano się włączyć także te, które powstają po błonicy i innych chorobach zakaźnych ⁴⁾ nawet te porażenia zanikowe które powstają na skutek zatrucia ołowiem (*VULPIAN* ⁵⁾), *MONAKÓW*, *OELLER*, *REMAK-OPPENHEIM* ⁶⁾).

Teorya pochodzenia rdzeniowego porażań zanikowych przez dłuższy czas była panującą. *FRIEDREICH* tylko z pomiędzy znakomitszych badaczy wytrwale bronił pochodzenia pierwotnie obwodowego (mięśniowego) postępującego zaniku mięśniowego, który za *myositis propagata* uważał, mogącą następnie wywołać pewne zmiany w nerwie, nawet w rdzeniu. Niebawem wszakże się pokazało, że pośród grupy przewlekłych postępujących zaników mięśniowych są takie postacie, które klinicznie się różnią od typowego postępującego zaniku mięśniowego, anatomicznie zaś nie przedstawiają żadnych zmian w rdzeniu, a polegają na cierpieniu obwodowem, mianowicie mięśniowem. Należą tu przede wszystkim 1) *pseudohypertrophia muscularis*, 2) *myopathie atrophique progressive*

³⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux. T. II S. 192 et leçons sur les localisations S. 370.

⁴⁾ Anatomie et physiologie pathologique des paralysies dans les maladies aiguës. Thèse d'agregation 1880.

⁵⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux. T. II. S. 158.

⁶⁾ Real-Encycl. Bd. III. S. 122.

débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face LANDOUZY i DÉJERINE'A ⁷⁾ (*type facio-scapulo-humérale de l'atrophie musculaire progressive de l'enfance* DUCHENNE'A) i według wszelkiego prawdopodobieństwa, ³⁾ ERB'owska ⁸⁾ forma postępującego zaniku mięśniowego, właściwego młodemu wiekowi (*juvenile Form der progressiven Muskelatrophie*).

Jeżeli wszakże dalsze badania anatomo-patologiczne wykazały niewątpliwie ogniska zapalne w rogach przednich rdzenia w porażeniu dziecięcym; systemowy zanik zwyrodniający komórek zwojowych rogów przednich w typowym postępującym zaniku mięśniowym ⁹⁾; systemowe stwardnienie (sklełozę) pęczka piramidalnego, zanik komórek zwojowych rogów przednich i jąder na dnie 4 komórki w *sclerosis lateralis amyotrophica*; zmiany zanikowe komórek jąder nerwowych na dnie 4 komórki w postępującym porażeniu opuszkowym, to inaczej rzecz się ma z t. zw. podostrem porażeniem DUCHENNE'A (*paralysie générale spinale antérieure subaigüe*), dla którego pochodzenia rdzeniowego od zmian w przednich rogach dowodów anatomo-patologicznych jest bardzo niewiele, a zwłaszcza takich, któreby od krytyki były wolne. CORNIL i LÉPINE ¹²⁾ w przypadku, dość szybkiego rozwinięcia się porażenia i zaniku wszystkich 4 kończyn i w którym śmierć nastąpiła od porażenia opuszkowego, znaleźli rozmięczenie dolnej części rdzenia, stwardnienie (sklerozę) rogów przednich ze zniszczeniem komórek zwojowych w części szyjowej, rozlane stwardnienie istoty białej tejże okolicy, stwardnienie pęczków bocznych sięgające aż do dolnej części grzbietowej. Nie ma tu więc mowy o systemowym cierpieniu ograniczonym do jednych tylko rogów przednich, gdyż tak istota szara rdzenia, jak i biała była dotknięta i znaleziono rozmięczenie dolnej części rdzenia. Daleko donioślejszy jest przypadek ROSSA ¹¹⁾ który u 50-letniej kobiety, u której osłabienie zaczęło się od lewej dolnej i górnej kończyny, powoli się zwiększającego i rozszerzającego na prawą dolną kończynę i tułów, tak że po 2 miesiącach przedstawiała obraz prawie zupełnego porażenia z zanikiem czterech kończyn, a śmierć nastąpiła po 8 miesiącach od porażenia oddechania, znalazł brak prawie zupełny komórek zwojowych w rogach przednich na całej długości rdzenia, rozszerzenie i zgrubienie naczyń w istocie szarej środkowej i rogach przednich, rozmnożenie jąder neuroglii i nacieczenie drobnokomórkowe tamże. Na niektórych cięciach komórki kolumny Clarke'a zdawały się mniejsze i okrągłejsze aniżeli prawidłowo, chociaż w ogóle zmiany tutaj były małe, tylne zaś rogi okazały się zdrowymi. Komórki jądra przydatkowo-błędne były w zani-

⁷⁾ Revue de Médecine 1885. Nr. 2 i 4.

⁸⁾ Deut. Arch. f. klin. Med. 1884.

⁹⁾ Nie jest jeszcze ostatecznie dowiedzionem, że zmiany w komórkach zwojowych przy postępującym zaniku mięśniowym są sprawą pierwotną, a zwyrodnienie korzeni przednich, nerwów i mięśni wtórnem, że sprawa nie bierze początku w mięśniach, nerwach, albo też nie występuje jednocześnie w tych tworach i komórkach zwojowych (SEELIGMÜLLER. Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks u. Gehirns. S. 215. 1886. Schultze Ueber Poliomyelitis u. Neuritis Verhandlungen des III Cong. f. inere Med. 1884. S. 130).

¹⁰⁾ Cas de paralysie générale spinale antérieure subaigüe, suivi d'autopsie. Gazette médicale 1875. Nr. 11.

¹¹⁾ A treatise on the diseases of the nervous system. T. I. S. 925.

ku, nerwu zaś podjęzykowego nawet przerosłe (*hypertrophied*). W środku części grzbietowej rdzenia znaleziono w pęczku Burdacha, a w części szyjowej nieprawidłowo rozrzucone w substancji białej, zwłaszcza blisko powierzchni rdzenia, ogniska jakby stwardnienia (*plaques*), w których siatka neuroglii była zgrubiałą, komórki Deitersa powiększone, ale niewiele tylko włókien nerwowych uległo zanikowi. Znaczna zaś część włókien korzeni przednich była zanikłą i została zastąpioną przez tkankę łączną. Nerwy obwodowe nie były zdaje się badane. W zanikłych mięśniach stwierdzono brak prążkowatości, ziarnistość, zwężenie włókna, rozmnożenie jąder. Widzimy więc, że komórki zwojowe rogów przednich uległy prawie zupełnemu zanikowi na całej długości rdzenia, ale nadto znaleziono rozsiane stwardnienia istoty białej w rozmaitych okolicach rdzenia. W przypadku AUFRECHTA, cytowanym przez ROSS'A, zmiany w komórkach zwojowych były znacznie mniejsze, aniżeli w powyższym. Przypadek LANDOUZY i DÉJERINE'A ¹²⁾ postępującego zanikowego porażenia wszystkich mięśni kończyn i tułowia u 50-letniego mężczyzny (odeczyn zwyrodnienia, brak bólów i przedmiotowych zmian czucia) zakończony wyzdrowieniem sprawy porażeniowej, a w którym śmierć spowodowaną została przez ostrą gruźlicę, okazał ścięczenie splotu ramieniowego i kulszowego bez zmian mikroskopowych, w mięśniach rozmnożenie jąder sarkolemy i międzymięśniowych, a wyjątkowo tylko włókna będące w zaniku; w nabrzmieniu lędźwiowym, oprócz starego ogniska *poliomyelitis anterioris sinistae* (po przebytem porażeniu dziecięcym), świeższe zmiany pewnej liczby komórek, przedstawiających prosty zanik i ziarnistość; w nabrzmieniu szyjowym przedni prawy róg jest mniejszy, komórki zwojowe z grupy zewnętrznej prawie zupełnie znikły, widać komórki które straciły wyrostki, są bardziej ziarniste, jądra neuroglii są rozmnożone, fibrille obfitsze, róg lewy zaś przedstawia bardzo małe zmiany, gdyż niektóre tylko komórki są w stanie zaniku. W części grzbietowej rdzenia zmiany są również niewielkie, zdaje się jakby w rogach przednich było mniej komórek, z których niektóre są zaokrąglone, bez wyrostków. Przypadek ten byłby jeszcze najczystszy z istniejących w literaturze, gdyby nie okoliczność, że chory był w dzieciństwie dotknięty porażeniem dziecięcym, wskutek czego trudno orzec, czy zmiany w przednich rogach które LANDOUZY i DÉJERINE uważają za świeże, nie były pozostałością dawnego cierpienia.

Tymczasem pojawiać się zaczęły prace, w których wykazano, że w przypadkach, które przebiegały pod postacią Duchenne'owskiego porażenia (*paralysie générale spinale antérieure subaigue*) nie znaleziono żadnych zmian w ośrodkach nerwowych, a więc i w rdzeniu, a wyłącznie w narządach obwodowych, to jest nerwach i mięśniach. Już DUMÉNIL ogłosił dwa tego rodzaju przypadki, następnie JOFFROY, LICHTHEIM i inni. EISENLOHR ¹³⁾ opisuje 25-letniego mężczyznę dotkniętego gruźlicą i nałogowego pijaka, u którego osłabienie dolnych kończyn szybko się powiększyło doszedłszy do zupełnego prawie porażenia, a mięśnie

¹²⁾ Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable. Revue de medecine 1882. S. 645.

¹³⁾ Centralblatt f. Nervenheilkunde 1879. S. 100.

okazały się wiotkimi, wrażliwymi na ucisk i zanikłymi. Silne bóle samoistne zwłaszcza w udach, podszewach, nadezłość skóry i mięśni. Pęcherz, kiszka prosta i górne kończyny nie przedstawiają zboczeń. Ruchy zaczęły wracać, bóle mięśniowe się zmniejszały, gdy chory zmarł po 5 miesiącach na zapalenie płucnej i gruźlicę. Sekcyja wykazała, że mózg i rdzeń były mikroskopowo normalne. Mięśnie dolnych kończyn wszystkie w wysokim stopniu zmienione: zanikłe, żółto-różowawe lub szaro-białej barwy, pod mikroskopem sprawy zwyrodniające wysokiego natężenia, rozpad drobnoziarnisty i tłuszczowy, przemiana substancji kurezliwej na blaszki woskowo-błyszczące, utrata poprzecznej prążkowatości, znakomite rozmnożenie jąder mięśniowych, obszerne nowotworzenie delikatnych włókienek (*fibrillen*) i wielkich podłużnych tworów komórkowych w *perimysium internum* (między pojedynczymi pęczkami mięśniowymi). Wybitne zmiany zwyrodniające znaleziono w nerwach mięśniowych i pniach splotów kulszowych: prosty zanik włókien, ziarnisty rozpad myeliny, przemiana włókna nerwowego na delikatne, blade nici, opatrzone podługowatymi jądrami, rozmnożenie jąder endoneurii. Czy w tym przypadku cierpienie nerwów jest pierwotnem, czy wtórnem po pierwotnem mięśniowem, czy też powstałe jednocześnie od tych samych warunków chorobotwórczych, EISENLOHR nie rozstrzyga ¹⁴⁾. EICHHORST ¹⁵⁾ opisał pod nazwą *Neuritis acuta progressiva* przypadek postępującego porażenia zanikowego o szybkim przebiegu, zakończony śmiercią, w którym mózg i rdzeń okazały się zdrowymi, natomiast nerwy znakomicie zmienionymi. Już makroskopowo przedstawiały się brudno szaro-czerwonego koloru, widać w nich było wylewy krwawe, przy preparowaniu były łamliwe, a pod mikroskopem przedstawiały rozpad myeliny, zanik włókien nerwowych, naczynia silnie krwią wypełnione, nacieczenie drobno-komórkowe i obecność komórek ziarnistych, zwłaszcza naokoło naczyń. Największe zainteresowanie wzbudziły odnośne prace LEYDENA, który w Charité-Annalen (*Ein Fall von multipler Neuritis* Bd. V. S 206) opisał przypadek postępującego porażenia zanikowego kończyn przebiegającego z gorączką, w którym sekcyja wykazała: nienaruszony rdzeń, natomiast nerwy

¹⁴⁾ Jest to tembardziej ważne, że w ostatnich zupełnie czasach niektórzy autorowie zwrócili uwagę już nie na nerwy, jako na punkt wyjścia porażań zanikowych, ale na same mięśnie. E. WAGNER (*Ein Fall von acuter Polymyositis. Deut. Arch. f. klin. Med.* 40 Bd. 1887) dochodzi do przekonania, że w jego przypadku szło o rzadko opisywaną chorobę, która u dotkniętej gruźlicą kobiety, zajęła symetrycznie z obu stron prawie wszystkie mięśnie tułowia i kończyn w rozmaitem natężeniu. Choroba ta mięśni zaczęła się dość ostro, rozwinęła się w przeciągu kilku tygodni do znacznego natężenia, później nawet pokazała się poprawa, gdy niespodzianie śmierć nastąpiła po 2 miesiącach wśród jednego z napadów duszności (nie spowodowanych ani chorobą serca, ani rozwiniętą gruźlicą). Objawy czuciowe początkowe były: ból krzyża, kręgosłupa, karku, barków, stawów rąk i w dolnych kończynach, później drętwienie przedramion. Przedmiotowo tylko czucie farado-skórne było znacznie zmniejszone. Skóra i tkanka łączna podskórna uległy zapaleniu, wyrażającemu się znacznem obrzmieniem. Mózg, rdzeń, nerwy okazały się mikroskopowo bez zmian, w mięśniach zaś sprawy zwyrodniające i zapalne prowadzące do zaniku, ale także i regeneracji. Według WAGNERA jest to przypadek postępującego zaniku mięśniowego o niezwykle szybkim przebiegu. Dowodzenie jego, mojem zdaniem, zostaje osłabionem przez fakt, że znalazł kilka egzemplarzy trychin w mięśniach.

¹⁵⁾ Virchow's Archiv Bd. 69.

w niektórych miejscach były zgrubiałe i w wysokim stopniu zwyrodniałe, z oznakami przebytego zapalenia (nagromadzenie barwnika naokoło naczyń nie tylko w miejscach nerwów najbardziej dotkniętych, ale w najdrobniejszych wewnątrz-mięśniowych rozgałęzieniach). W innej krytycznej pracy ogłoszonej w *Zeitschr. für klin. Medicin* 1880 wykazał, że wiele przypadków ogłoszonych pod mianem *poliomyelitis acutae chr.* były prawdopodobnie obwodowego pochodzenia, mianowicie rozsianem zapaleniem nerwów, przytacza drugi własny przypadek ostatniego cierpienia, który się wcześniej dostał na stół sekcyjny. Makroskopowo nerwy nie przedstawiały nic godnego uwagi, mikroskopowo zaś wielkiego natężenia zwyrodnienie i zanik włókien nerwowych z nacieczeniem drobnokomórkowem między pęczkami nerwowymi, niekiedy tak znacznem, że w tem miejscu nerw widocznie był zgrubiał. Rdzeń zaś okazał się zdrowym. Na zasadzie tych danych, LEYDEN jako oddzielną, mającą swe odrębne cechy, formę chorobową określił taką postać mniej lub więcej ostro przebiegającego postępującego porażenia zanikowego, którego podstawą anatomiczną jest zapalenie nerwów, nazwane przez niego *neuritis multiplex*, a w którym rdzeń żadnego udziału nie bierze.

Według LEYDENA ¹⁶⁾ i STRÜMPFELLA ¹⁷⁾ *neuritis multiplex* zaczyna się w typowych przypadkach jak ostra zakaźna choroba dreszczami, ogólnem niedomaganiem, osłabieniem, brakiem apetytu, gorączką dochodzącą nieraz do 40°, czasem nawet przytrafia się białkomocz i obrzęk śledziony. Chory, zwykle dorosły, skarży się na bóle, zwykle w obrębie kończyn dolnych i wzdłuż przebiegu nerwów; bóle te są często niezmiernie gwałtowne, ciągłe, albo peryodyczne, występują najsilniej na obwodzie kończyn, ale się także rozprzestrzeniają na kark, krzyż i t. d., ewentualnie na kończyny górne i tułów. Bólowi najczęściej towarzyszy uczucie mrowienia, odrętwienia, obumarcia rąk i nóg, które się zwiększa przy ucisku nerwu. Ale jeszcze więcej aniżeli nerwy są mięśnie na ucisk wrażliwe; najslabsze ich dotknięcie lub ruch wywołuje bardzo dotkliwy ból, co ze względu na towarzyszące czasem obrzmienie stawów może dać powód do omyłki rozpoznawczej z ostrym gościem stawowym. Często sama skóra jest w wysokim stopniu nadezuta. Już w początku chory spostrzega osłabienie najczęściej kończyn dolnych lub jednej z nich, przybierające szybko rozmiary zupełnego porażenia. Ma ono skłonność do rozszerzania się i bardzo często przechodzi na górne kończyny, rzadziej na tułów, czasem na mięśnie oddechowe, a bardzo rzadko na mięśnie gałek ocznych twarzy, niekiedy na inne nerwy czaszkowe, jak wzrokowe, błędny; od porażenia ostatniego ma zależeć szybkie tętno w tej chorobie spostrzegane.

Porażenie mięśni kończyn jest najzupełniej wiotkie, śladu przykurczenia nie przedstawiające, mięśnie straciły normalne swe napięcie. Odruchy ścięgnięte są zniesione, skórne słabną, aż do zupełnego zniknięcia. Już w tym początkowym okresie pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni upada i dochodzi

¹⁶⁾ Verhandlungen des III Congresses. 1884.

¹⁷⁾ Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie 1885. S. 119.

często do zupełnego odczynu zwyrodnienia, tembardziej, że wkrótce do porażenia przyłącza się zanik mięśni, często bardzo obszerny i wielkiego natężenia, czynność pęcherza i kiszek stolcowej pozostaje prawidłowa.

Gwałtowne początkowe bóle z biegiem choroby się zmniejszają, ale darcie, ciągnięcie i parestezye pozostają na dłuższy czas, przedmiotowo zaś daje się najczęściej stwierdzić zmianę uczucia skórno, która w wielu przypadkach jest wcale niewybitną. Częstość są objawy odżywcze i naczynio-ruchowe skóry, jak obrzęki kończyn i stawów, pigmentacja, zgrubienia, eczema, zmiany w paznogiach, włosach i t. d.

Przebieg jest czasem bardzo gwałtowny, mogący doprowadzić do śmierci w ciągu 1 do 2 tygodni, na skutek porażenia mięśni oddechowych; są to najrzadsze przypadki. W innych, zapalenie nerwów po dłuższem lub krótszem trwaniu ostrego okresu, przechodzi w przewlekły, porażenie z zanikiem może się szerzyć dalej, a doszedłszy największego rozwoju zaczyna się zmniejszać i dochodzi do zupełnego lub częściowego wyzdrowienia po wielu dopiero miesiącach, ze względu na towarzyszący bardzo znaczny zanik. W innych znowu przypadkach *neuritis multiplex* występuje odrazu jako cierpienie przewlekłe z wybitną cechą rozszerzania się porażenia zanikowego; i w tych przypadkach często się trafiają poruszenia gorączkowe jak tego dowodzą spostrzeżenia wielu autorów. (STRÜMPPELL, MOELI, SCHULZ, FISCHER, KRÜCHE, LILIENFELD, HIRT, LÖWENFELD). Bóle prawie zawsze, przynajmniej na początku, istnieją, porażenie i zanik występuje najczęściej naprzód w dolnych kończynach, później mogą przejść na górne; niekiedy śmierć i w tych przypadków następuje po kilku miesiącach od porażenia mięśni oddechowych. Najczęściej jednak następuje wyzdrowienie zupełne, lub częściowe z pozostawieniem większych lub mniejszych nieuleczalnych zaników mięśni.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

34. O długotrwałem leczeniu przymiotu zapomocą rtęci, przez prof. J. CASPARY w Królewcu. Pytanie: która z metod leczenia przymiotu jest najlepszą? nie jest dotąd rozstrzygnięte. W każdym pojedynczym przypadku choroby z zadowoleniem patrzymy na stopniowe znikanie objawów, lecz przyszłość chorego zawsze jest niepewną, zawsze dla nas zakrytą. Niepewność ta była udziałem wszystkich dotychczasowych metod leczenia, nie wyjmując ogólnie przyjętej metody objawowej t. j. polegającej na stosowaniu rtęci tylko przy istniejących objawach choroby. Nic więc dziwnego, że tak zwana metoda przyczynowa, przeciwarzakowa, radykalna wzbudzić musiała ogólną uwagę. Metoda ta znana jest pod nazwą metody FOURNIER'a, chociaż Amerykanie VAN BUREN i KEYES już przed tem stosowali, w ciągu kilku lat bez przerwy, małe dawki ($4-7$ cgrm. = $\frac{2}{3}-1\frac{1}{6}$ gran. dziennie) *protojoduret. hydrarg.*

Te dwie metody objawowa i przyczynowa znalazły na ostatnim zjeździe lekarzy w Wiesbaden w osobie prof. KAPOSÍ'EGO i NEISSER'a dwóch godnych przedstawicieli i rzeczników ¹⁾. Kiedy NEISSER ze szczególną energią popierał konieczność długotrwałego leczenia rtęciowego podług FOURNIER'a, to KAPOSÍ był przeciwnego zdania i utrzymywał, że przy braku objawów choroby, wszelkie leczenie jest zbytecznem, bo i pocóż waleczyć z wiatrakami? Z tem wszystkim KAPOSÍ, uznając nieszkodliwość długiego używania rtęci, przy umiejętnej

¹⁾ „Medycyna“ 1887 Nr. 2, str. 27 i Nr. 3 str. 44. „O leczeniu przymiotu.“

i starannej kontroli, nie sprzeciwia się powtórzeniu kuracji w pierwszych latach choroby.

W początku 1834 r. wypowiedział NEISSER i autor niniejszego (Caspary) w „*Deutsche medicinische Wochenschrift*“ X. 1—13 swoje zdanie odnośnie do w mo-
wie będącego przedmiotu. NEISSER popierał wtedy metodę długotrwałego le-
czenia FOURNIER'A z powodu swych przekonań o pasożytniczem pochodzeniu
przypadku. Dodać tu wypada, że FOURNIER wcale tego nie miał na względzie,
gdyż swoją metodę wprowadził w użycie dużo wcześniej, zanim jeszcze paso-
żytnicze pochodzenie przypadku było dyskutowanem. Sądzę jednak, że dla nas
zwolenników ręki obojętnem będzie, czy objawy przypadku są zależne od czyn-
nika chemicznego czy drobnoustrojowego. Rękę używamy jako środka usuwa-
jącego objawy choroby. Pod wpływem ręki objawy choroby ustępują, wiemy
jednak, że to ustępowanie objawów nie oznacza pewnego wyzdrowienia. Wedle
ogólnie przyjętego zdania VIRCHOW'A przebywa zarazek przypadowy w okre-
sie utajenia choroby (*stadium latentiae*) w gruczołach chłonnych lub innych na-
rządach wewnętrznych. Czy zaś istotę tego zarazka stanowi lasecznik lub czyn-
nik chemiczny, to jego osiągalność i działanie nań rękę wcale się lepiej tem
nie objaśni i zdaniem mojem leczenie FOURNIER'A równie dobrze nadaje się do
każdego teoretycznego pojęcia o naturze jadu utajonego. Ponieważ metoda
FOURNIER'A powstała na zasadzie klinicznej obserwacji, przeto należy się nam
zastanowić nad tem: jakie praktyczne pobudki skłoniły FOURNIER'A do postawie-
nia swojej metody? Skłoniły go do tego jego obserwacje: że w przypadkach choro-
by wcale lub słabo ręką leczonych następują zwykłe mózgowe lub inne ciężkie
objawy przypadku. Gdyby obserwacje te były prawdziwe, to należałoby przyjąć
leczenie FOURNIER'A; lecz tak nie jest. Oprócz powtórnego zarażenia się (*reinfe-*
ctio), zdarzającego się po lekkich kuracjach rękami i to nie tak rzadko, co
stanowczo przemawia za radykalnem wyleczeniem choroby, przeciwko metodzie
FOURNIER'A walczą i doświadczenia starszych lekarzy, rzec można każdego star-
szego lekarza. I tak ZEISSL, który w roku 1861 też same co obecnie FOURNIER
wyznawał przekonania, zalecał odpowiednio temu rękę w każdym przypadku
choroby i to koniecznie; a w roku 1882 radził, o ile można, unikać ręki; a ST-
GMUND, którego sławę stanowiło wprowadzenie łagodnych wcierań, pod koniec
swego, tak bogatego w doświadczenie życia, uznawał rękę za potrzebną tylko
w $\frac{2}{5}$ wszystkich przypadków przypadku. DIDAY zwalcza naukę FOURNIER'A
bardzo energicznie. Bardzo pouczającym jest w jego dziele tablicowe zestawie-
nie przemian, którym ulegały pojęcia FOURNIER'A. I tak: 1858 r. przyjęte od
RICORD'A 6-miesięczne leczenie ręką, potem 3-miesięczne jodem. (Jest to le-
czenie, które w największej liczbie przypadków wystarcza do zneutralizowania
zarazka) W r. 1873, po 12-letnim doświadczeniu na tysiącach chorych, znana
formuła 2-letniego przestankowego leczenia ręką i jodem; 1880 roku absolut-
nie fałszywym jest twierdzenie, aby 2-letnie leczenie wystarczało; termin ten,
jako za krótki, został potępionym w skutek zdarzających się smutnych na-
stępstw, a zatem 3—4 letnie energiczne leczenie stanowi konieczne minimum.
Teraz rodacy FOURNIER'A nie czekali aż mistrz pójdzie dalej: MARTINEAU żąda
jeszcze 5-go roku, a DENIS DUMONT wcale nie określa granic leczenia.

A teraz rzućmy okiem na wyznawców FOURNIER'A na gruncie niemieckim.

NEISSER w swoim ostatnim wykładzie przytacza, że bez energicznego i dłu-
gotrwałego leczenia ręką, następują w późnym trzeciorzędnym, mięczakowym
okresie zmiany, które niedają się już usunąć, co jednak zdaniem autora nie
ziszczają się w praktyce. BOCKHART zaleca długotrwałe leczenie ręką, lecz wy-
znaje przytem, że zawsze stara się mieć na uwadze moje powątpiewania o bez-
karności długotrwałego wprowadzenia ręki do krwi, dla tego radzi nie tak
często jak FOURNIER i mniej rękę używać. FINGER oświadcza się także za me-
todą FOURNIER'A, lecz jego terapeutyczne poglądy różnią się od FOURNIER'ow-
skich.

Wzoruje się on na nauce ZEISSL'A t. j. zaleca jod przy drugorzędnych (lekkich, przypisek sprawozdawcy ²⁾) objawach, a rtęć podaje wtedy, gdy bez tego obejść się nie można (oraz w formach drugorzędnych cięższych—suchych, łuszczących wysypkach zaraz w początku leczenia, przypisek sprawozdawcy ³⁾). Rtęć nie stanowi dla niego koniecznego środka przeciwpierzmiotowego, pomimo to radzi małe ilości rtęci przez lat 2 używać. UNNA, który w 1881 roku zalecał 2-letnie bez przerwy noszenie plastru cynko-rtęciowego, starał się dowieść w najnowszych czasach, że zwężenia kiszki odchodowej, dotąd za przymiotowe poczytywane, powstają raczej w skutek owrzodzeń, wywołanych działaniem odtleniającem metalicznej lub niedość utlenionej rtęci. Ponieważ owrzodzenia i zwężenia kiszki zdarzają się i przy użyciu dobrze utlenionej rtęci (np. tleniku rtęci), która zatem nie może odtleniać tkanek; ponieważ przechodzenie wszystkich przetworów rtęci w sublimat i dalsze jego krążenie we krwi i sokach ogólnie jest przyjętem, przeto objaśnienie UNN'Y nie jest wystarczającym, a raczej należało by przyjąć swoiste działanie rtęci na czynności i życie komórek (jak przy zatruciu fosforem) lub też objaśnić to działaniem mechanicznem rtęci, skutkiem którego osadza się siarczyk rtęci w naczyniach włosowatych krwionośnych lub chłonnych i powoduje zastoiny (*stasis*), zapalenia i owrzodzenia. Osadzanie to siarku rtęci następuje w miejscach, gdzie wywiązuje się dużo SH_2 (siarkowodoru), mianowicie w jamie ust i grubych kiszkach, co też zostało potwierdzonem doświadczeniami wykonanemi na psach przez autora tej pracy MINKOWSKIEGO.

Głównym zarzutem przeciwko metodzie FOURNIER'A pozostanie zawsze niepewność i skrupuły, nasuwające się przy długotrwałem wprowadzaniu rtęci do ustroju. Staraniem czuwaniem i zapobieganiem będziemy tylko w stanie nie dopuścić *Stomatitis*, *Enteritis* i ogólnego osłabienia, lecz skryte, pełzające wpływy, niewidoczne przeistoczenia tkanek i soków, nie dadzą się skontrolować. Pomimo powagi KAPOS'EGO i NEISSERA, którzy przy tak jaskrawo różnych zapatrywaniach na leczenie przymiotu, zupełnie zgadzają się z sobą w przekonaniach o nieszkodliwości długotrwałego użycia rtęci, to jednak autor i jego królewieccy koledzy (NAUNYN, JAFFE, MINKOWSKI) mający bogate doświadczenie i oddający się badaniom farmakologicznym innego są zdania i nieprzyznają, aby długotrwałe leczenie rtęcią pozbawione było wszelkiego niebezpieczeństwa.

Jeszcze jeden argument: swoiste środki, jak chinina, salicyl, rtęć działają daleko lepiej przy istniejącej chorobie (zimnica, gościec, widoczne objawy przymiotu) niż w peryodzie wolnym od napadu i możnaby sądzić z pewnem prawdopodobieństwem, że przy wzroście lasecznika rtęć jest skuteczną, kiedy podczas peryodu utajenia nie ma wpływu na zarodniki (*sporae*).

Kończąc teoretyczne wywody, zwracamy się do tego, co również przez NEISSER'A zostało na kongresie Wiesbadeńskim wypowiedzianem (1886 roku), a mianowicie: że kwestye leczenia przymiotu tylko na drodze statystyki mogą być rozstrzygnięte. Pod tym względem autor znajduje się w wyjątkowo szczęśliwym położeniu, gdyż obok działalności specjalnej, jako syfilidolog, cieszy się i liczną praktyką ogólną jako lekarz domowy bardzo wielu rodzin; dla tego rozporządzać może statystycznym materiałem, zebrany na zasadzie wieloletniej obserwacyi i krytycznie uporządkowanym.

Autor ogranicza się na przytoczeniu 100 przypadków, leczonych przez siebie metodą objawową i obserwowanych najmniej przez lat 10. Przeważna liczba tych chorych pozostawała w ciągłej obserwacyi autora od początku cho-

²⁾ Die Syphilis und d. venerischen Krankheiten v. Dr. E. FINGER. Wien 1886. Seite 166 u. folg.

³⁾ Ibidem. Seite 167.

roby aż do obecnego czasu lub do śmierci chorego. Pewna część chorych była przez autora tylko od czasu do czasu badana, a to z powodu odległego miejsca zamieszkania, wejścia w związki małżeńskie i t. p. Niepewne pod jakimkolwiek względem przypadki zostały pominięte.

Przypadków powtórnego zarażenia się przymiotem (*reinfectio*) pomieszczono w tablicy 4, wszystkie były przez autora obserwowane i leczone tak przy 1-cj jak i powtórznej infekcyi.

Godnym jest uwagi prawie zupełny brak dziedzicznego przekazywania choroby na potomstwo, z wyjątkiem tych przypadków, w których małżeństwo zbyt wczesnie zawartem zostało, lub gdzie leczenie rżęciowe zupełnie zostało pominiętem. Uderzającą jest częsta bezdzietność chorych przymiotowych.

Liczba chorych na trzeciorzędne objawy jest wprawdzie nie mała, i wtedy skutek energicznego leczenia zwykle bardzo pomyślny. Na tabes zachorowało 4, na porażenie ogólne 2.

Sto przypadków przymiotu, jest kroplą w morzu, to też wyników objawowego leczenia rżęcią autor nie poczytuje za możliwe najlepsze, życzy być przez innych badaczy pouczonym i przekonanym. W tym celu należałoby również i przypadki leczone metodą FOURNIER'A obserwować przez ciąg wielu lat, aby wyższość metody i stanowcze wyleczenie mogło być dowiedzionem.

Następuje tablica, mieszcząca w sobie 100 przypadków przymiotu, które powyższe wnioski autora mniej lub więcej widocznie usprawiedliwiają. W rubrykach tablicy znajdujemy następujące dane: Nr. bieżący, płeć, rok urodzenia, rok infekcyi, ówczesny stan zdrowia, choroby dziedziczne, przebieg choroby przymiotowej, leczenie, żonaty lub nie, dzieci?, obecny stan zdrowia, czy i gdzie był ogłoszonym opis choroby? (*Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis. 1887. I. Heft. s. 3*).

J. Majkowski.

35. Dr. A. LANDERER. O operacyjnem leczeniu przerostu gruczołu przyprątnego.

Mimo że przerost gruczołu krokowego sam przez się jest patologicznym zbroceniem łagodnej natury, to jednak z powodu swojego anatomicznego położenia, staje się on prawie zawsze przyczyną nadzwyczaj dokuczliwych bólów, czasami przez długie trwających lata, i nader poważnych w całym narządzie moczowym następujących zmian, mogących koniec końcem śmiertelne wywołać zejście. Zabieg operacyjny, jaki w ostatnich latach, w celu usunięcia tego cierpienia, był przez niektórych chirurgów podejmowany, mianowicie całkowite wyluszczenie przerosłego gruczołu, bądźto po poprzednim wykonaniu cięcia podbrzusznego, bądź też za pomocą cięcia kroczu, nie znalazł dobrego u większości chirurgów przyjęcia z 2-eh przyczyn: 1) że rzadko który z wiekowych chorych dobrze znosił ten zabieg operacyjny i 2) że ci nawet, którzy szczęśliwym trafem wyzdrowieli, stawali się ofiarą dotkliwego kalectwa, a mianowicie moczociek, będącego bezpośrednim wynikiem całkowitego wyluszczenia tego gruczołu. Ponieważ prawdziwą przeszkodą do swobodnego oddawania moczu stanowi podług autora nie zwężenie, powstałe wskutek przerostu bocznych zrazów gruczołu przyprątnego, lecz nadmierne rozwinięcie średniego zrazu, przedstawiającego się w kształcie fałdki, zasłaniającej wewnętrzną otwór cewki, przeto całe nasze staranie powinno być skierowane do tego, żeby ten średni zraz usunąć, pomijając istniejący jednocześnie przerost bocznych zrazów. Pomyślny wynik, jaki L. otrzymał u swojego chorego, po przypadkowym wyluszczeniu przerosłego średniego zrazu, w zupełności potwierdza wyżej przytoczone orzeczenie. Przypadek ten był następujący: R. starzec 63 lat mający, zgłosił się do autora ze skargą, że już od kilku lat cierpi na nieprawidłowości w oddawaniu moczu, że w ciągu ostatniego roku kilkakrotnie zjawiało się u niego bez najmniejszej zewnętrznej przyczyny silne krwawienie z pęcherza i nareszcie, że już od pół roku doznaje ciągle w kroczu silnych bólów. Badanie pęcherza za pomocą zgłębnika wykazało, że gruczoł przyprątny jest znacznie przerosły i że w zagłę-

bieniu dna pęcherza znajduje się obce, mało ruchome, średniej wielkości ciało, które przy zetknięciu się z dziobem cewnika daje dosyć stępiony odgłos. Ponieważ po pierwszym zbadaniu pęcherza za pomocą zgłębnika dosyć silne nastąpiło krwawienie, a dwuręczne badanie w danym przypadku żadnego stanowczego nie dało wyniku, przeto też i przyroda tego obcego ciała nie mogła być inaczej ściślej określona, jak tylko za pomocą palca wprowadzonego bezpośrednio do jamy pęcherza, po poprzednim, rozumie się, przecięciu części błonistej cewki moczowej. Otóż ostatnie to badanie wykazało, że tem obcem ciałem, leżącym w zagłębieniu dna pęcherza, tuż za gruczołem krokowym, jest kamień średnich rozmiarów i dosyć znacznej twardości. L. postanowił wydobyć ten ostatni przez istniejący już w części błonistej cewki otwór i w tym celu wprowadził do pęcherza odpowiednio skrzywione kleszcze, przenikając z wielkim trudem przez wspomniany otwór i zwięzłą część krokową kanału. Ponieważ uchwycony od razu kamień znajdował się pomiędzy gałęziami kleszczy w nieodpowiednim dla wydobywania rozmiarze, przeto L. widział się zmuszonym po raz wtóry je roztworzyć, żeby móc na nowo uchwycić kamień w dogodniejszym dla wydalenia położeniu; w tej też chwili chory przebudził się ze snu i nastąpił silny szmer mięśnia zwieracza pęcherza, wskutek czego gałęzie kleszczy nagle i ze znaczną siłą zamknięte zostały. Znajdująca się wtedy między niemi część przerostłego średniego zrazu gruczołu przyprątnego została przypadkowo odcięta i, gdy po powtórnej uspianiu chorego wyjęto kleszcze, L. znalazł między ich gałęziami dwa odcięte kawały gruczołu, wielkości łaskowego orzecha. Droga więc, prowadząca do jamy pęcherza stała się teraz dla palca i kleszczy dosyć swobodną, wskutek czego kamień z wielką łatwością został przez ten rozszerzony otwór wydobyty. Dla otrzymania na dnie zranionego gruczołu gładkiej powierzchni L. jeszcze odciął za pomocą takichże kleszczy całą sterzącą resztę średniego zrazu; przy czem żadnego nie było krwawienia. Po przemyciu powierzchni rany roztworzył syblimatowym 1 : 30,000, autor wprowadził do pęcherza gruby dren, który tam do ósmego dnia pozostał. Przebieg operacyjny był w danym przypadku nader pomyślny: zupełne bowiem wyzdrowienie nastąpiło po upływie 14 dni. W obecnej chwili t. j. 15 miesięcy po operacji, chory oddaje moc zupełnie prawidłowo. Otrzymane u wspomnianego chorego pomysne zejście, po przypadkowo wykonanym wyłuszczeniu średniego zrazu gruczołu krokowego, dowodzi podług autora dosyć jasno, że we wszystkich takich przypadkach, w których istnieje przerost tego ostatniego, można z bardzo dobrym skutkiem go wycinać, torując sobie poprzednio do niego drogę za pomocą cięcia w części błonistej cewki.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. 25. Zeszyt 1 i 2, 5—11). A. Grünbaum.

36. 0 mentolu. (Dr. A. LANGGAARD. *Therap. Monatsh.* Zeszyt III 1887 r.). Mentol otrzymuje się z olejku miętowego amerykańskiego, przeważnie zaś z chińskiego i japońskiego. Przedstawia się on w postaci bezbarwnych, błyszczących, igielkowatych lub słupkowatych kryształków, mających silny zapach miętowy. Smak mentolu jest zlekka gorzkawy, w następstwie zaś palący. Topi się przy 43° C., wrze przy 212° C. W wodzie rozpuszcza się bardzo mało, nadaje jej jednak właściwy sobie zapach i smak. Rozpuszcza się mentol w alkoholu, eterze, chloroformie, glicerynie i olejach. Z mieszaniną 1 ccm. kwasu octowego z 3 kroplami kwasu siarczanego i jedną kroplą kwasu azotowego, nie powinien mentol dawać żadnego zabarwienia, daje zaś takowe, jeśli jest zanieczyszczony thymolem. Formuła mentolu jest $C_{10}H_{20}O$. MENSZUTKIN zalicza go do alkoholiów drugorzędowych.

Chińczycy i Japończycy używają oddawna mentolu jako środka przeciw bólowi głowy i zębów, u nas dopiero od kilku lat zwrócono na ten środek uwagę, dzięki poszukiwaniom MACDONALD'A. Przyłożony na skórę mentol sprawia uczucie chłodu, które po 10—15 minutach ustępuje miejsca lekkiemu pa-

leniu. Istniejące nerwobóle, po wcieraniu mentolu znikają w kilka minut, ażeby po kwadransie powrócić. Działanie jest najwyraźniejszym przy nerwobólach głowy i twarzy, jakkolwiek L. wspomina o skuteczności mentolu w jednym przypadku nerwobólu międzyżebrowego. Mentol posiada także własności przeciwzapalne według RUSSEL'A, przy miejscowym bowiem stosowaniu go, bóle, swędzenie, żar i obrzmienie przechodzą. Najzwyklejsza forma stosowania mentolu jest *in substantia*, według autora jednak w roztworach i maściach działanie jest energiczniejsze i dłużej trwałe. Maść radzi autor przepisywać według następującej formuły: *Mentholi* 1,0; *ol. olivar.* 0,5 grm.; *Lanolini* 8,5 grm. *M. f. ungt.* Chcąc posiadać maść mającą rzadszą konsystencją, dla możliwości wcierania jej penzelkiem np. na błony śluzowe, autor radzi przepisywać mentol według formuły: *Mentholi* 1,0 *solve in Ol. olivar.* 3,0 *adde Lanolini* 6,0 *M. f. ungt.* Przy oparzeniach stosować zaleca autor: *Mentholi* 5,0 *solve in ol. olivar.* 45,0 *adde aq. calcariae* 50,0. *M. f. linimentum.* Kryształek mentolu, lub mieszanina, składająca się z równych części mentolu i wodanu chloralu, włożona w otwór zepsutego bolącego zęba, zupełnie ból usuwa.

RABOW zaleca mentol przy nieżycie nosa. Miejscowo znieczulające działanie mentolu jest nieznaczne; doświadczenia A. ROSENBERGA w tym kierunku, w celu zastąpienia kokainy mentolem, przy znieczulaniu operowanych miejsc nosa lub krtani były zupełnie bezskuteczne. Łącznicę drażni mentol bardzo silnie, występuje tu silne palenie, kilkogodzinne przekrwienie, światłowstręt i łzawienie.

Według MACDONALD'A 0,1% alkoholowy roztwór mentolu działa, w znaczeniu środka przeciwnie, równie dobrze, jak 0,2% roztwór kwasu karbolowego. Autorowi wydaje się prawdopodobnem, że na skutek tej własności mentolu może on znaleźć korzystne zastosowanie w chorobach zakaźnych. CUTTER widział pomyślne wyniki wzięcia mentolu przy epidemicznej grypie (*influenza*), a SALISBURY przy wewnętrznem użyciu co godzina po 0,06 mentolu w błonicy zauważył poprawę w przeciągu 24 godzin.

Według R. KOCH'A olejki miętowy zabija laseczniki cholery jeszcze w rozcieńczeniu 1:2000. Mentol w znacznych nawet dawkach jest dla organizmu ludzkiego nieszkodliwym, na drobnoustroje zaś już w silnym rozcieńczeniu wywiera trujące działanie. Co do działania mentolu na wydzieliny nie można jeszcze nic pewnego wypowiedzieć, toż samo tyczy się i wpływu tego środka na ciepłotę ciała. Część wprowadzonego do organizmu mentolu wydziela się przez nerki. Do wewnętrznego użycia autor zaleca mentol w pigułkach, według następującej formuły: *Mentholi* 2,0; *Sacch. albi*, *Gum. arabici* aa 1,0; *Aq. destillat. q. s. ut f. pillul.* Nr. 20 *obduc. gelatina.* Każda pigułka zawiera 0,1 mentolu.

J. S.

ODCZYTY KLINICZNE.

O nieżytach pęcherza moczowego przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 20).

Nieżyt pęcherza przy nowotworach rozwija się z łatwością pod wpływem wielu warunków nierozłącznie z istnieniem nowotworu związanych. Tutaj należy przedewszystkiem silne przekrwienie ścian pęcherza, które, podług GUYON'A, zawsze przy nowotworach spostrzegać się daje, a przy którym łatwo objawy zapalne powstają. Gdy zapalenie w tych warunkach się rozwinęło, wtedy trwa ono uporczywie, ponieważ przyczyna jego, nowotwór, sam

przez się zniknąć nie może, a nawet objawy zapalenia ciągle się zwiększają w miarę wzrostu nateżenia objawów od nowotworu zależnych. Wyleczenie jednak jest możliwem, ponieważ pęcherz nie jest przy nowotworach tak całkowicie i rozlegle zwyrodniały, jak to bywa np. przy przerście gruczołu krokowego, a zatem po usunięciu nowotworu do normalnego stanu łatwiej powrócić może. Przekrwienie ścian pęcherza nie jest jednak główną przyczyną do nieżytku usposabiającą. Gdy siedlisko nowotworu jest w okolicy szyjki pęcherza, lub gdy guz jest dostatecznie ruchomy, aby podczas wypływu moczu ku szyjce pęcherza się opuszczał, wtedy oddawanie moczu może być znacznie utrudnionem, zatrzymanie moczu oraz wysiłki w celu zwalczenia tego zatrzymania są nową ważną i ciągłą przyczyną podtrzymującą przekrwienie i zapalenie. Nowotwory, jako ciała obce w pęcherzu mało na rozwój nieżytku wpływają, kamienie pęcherza jako znacznie od nich cięższe, ruchliwe, chropowate są w tym względzie daleko ważniejszym wywołującym nieżytk czynnikiem. Rodzaj nowotworu nie powinien być uważany za przyczynę do nieżytku usposabiającą, chociaż wielu autorów, a między innymi H. THOMPSON są przeciwnego zdania. GUYON twierdzi jednak, że złośliwe i niezłośliwe nowotwory są wobec nieżytku równoznaczne, tak jedne jak i drugie silnie usposabiają do wywołania nieżytku zależnie od stopnia przekrwienia pęcherza, od umiejscowienia guza bliżej lub dalej od szyjki, co może uczynić opróżnianie się pęcherza trudnem lub niezupełnem. Zdaniem GUYON'a owróżnienia nowotworu same przez się również na rozwój nieżytku nie wpływają lecz uważane być winny li tylko jako nowa przyczyna usposabiająca, przy istnieniu innych powyżej wspomnianych. Jakkolwiek doniosłe znaczenie mają powyższe przyczyny usposabiające, jednakże, szczególnie w pierwszych okresach choroby, prawie zawsze koniecznemi są dla powstania nieżytku pewne przyczyny wywołujące, bez nich częstokroć nowotwór długie lata istnieć może bez powyższego powikłania. Z pomiędzy owych przyczyn wywołujących bezwarunkowo najważniejszym jest cewnikowanie. Niejednokrotnie po badaniu nawet najogólniejszem łatwo występują silne objawy nieżytku lub obfite krwawienia. Wobec tego wprowadzania cewnika przy obecności nowotworów w pęcherzu wogóle unikać winniśmy, tem bardziej, że zazwyczaj daje ono tylko wskazówki ujemne lub niedokładne, a przeciwnie staranne rozważenie objawów i bezpośrednie badanie przez odbytnicę, łącznie z naciskiem na okolicę nadłonową (*exploration bimanuelle*), do pewniejszych wniosków doprowadza. To też GUYON unika cewnikowania nie tylko wtedy, gdy po zestawieniu wszystkich objawów doszedł do przekonania, że w danym przypadku wszelkie rękożyny chirurgiczne są przeciwwskazane, ale nawet w tych przypadkach, gdy leczenie chirurgiczne jest wskazanem, uciekając się do wprowadzenia cewnika li tylko podczas samej operacji. Również niebezpiecznem jest systematyczne opróżnianie pęcherza nawet cewnikiem miękkim, powinno ono być stosowane tylko w ostateczności, gdy istnieje koniecznie ku temu wskazanie, wykonywać je należy powolnie, stopniowo, a ostrożności przeciwnie zachować najściślej. Drugą przyczyną wywołującą nieżytk pęcherza przy nowotworach są chwilowe napady zatrzymania moczu, które powstają po obfitych krwotokach i wypełnieniu pęcherza skrzepami krwi, i zależą poniekąd od trudności jakie przytem odpływ moczu napotyka. Wreszcie do wywołujących przyczyn zaliczyć wypada wszelkie inne uwzględnione już i przy innych odmianach nieżytków pęcherza, jakoto: nadużycia *in baccho et venere*, przeziębienie, wykroczenia przeciwko dyecie, które tu podobnie jak i w innych przypadkach ujemny wpływ wywierają, nie nabierając jednak wobec istnienia nowotworu szczególnej wagi. Nieżytk pęcherza wydarza się w różnych okresach rozwoju nowotworu, najczęściej jednak późnym okresom cierpienia towarzyszy. Znana jest znaczna ilość przypadków w których przez czas całego trwania choroby nieżytk nie występuje wcale, w innych zaś razach bywa jednym z pierwszych objawów cierpienia, rozwijając się przytem

samoistnie. Pamiętać zawsze należy że bóle, częste lub trudne urynowanie nie są jeszcze dostateczną oznaką nieżyty, póki przy powyższych objawach nie znajdziemy jednocześnie obecności ropy w moczu.

Co się tyczy objawów, to nieżyt przy nowotworach pęcherza odznacza się szczególnem natężeniem bólów i znaczną uporczywością. Następnie nieżyтови zwykle towarzyszą częste i obfite krwawienia; wreszcie spotykamy przy tem odrębne zmiany w moczu. Powyższa odmiana nieżyty wybucha zazwyczaj gwałtownie, szczególnie, gdy wywołaną została cewnikowaniem. Urynowanie staje się wyjątkowo częstem, przychodząc co 10, 5 minut a nawet prędzej, przyczem występują bardzo silne bóle, doprowadzające chorego do rozpaczliwego stanu, tembardziej, że stosowane środki narkotyczne zazwyczaj znaczną ulgę chorym przy takich objawach przynoszące, żadnego nieomal nie wywierają tu skutku. Wspomnieliśmy już, że raz wywołany nieżyt trwa uporczywie. Uporczywość ta jest tu o wiele wybitniejsza niż nawet w nieżycie przy przeroście gruczołu krokowego. Wyjątkowa ta uporczywość łatwą jest do zrozumienia ze względu na ciągłość anatomicznych i fizyologicznych warunków pod wpływem których cierpienie powstało; to też u ludzi nawet młodych i silnych bolesne natężenie objawów chorobowych, wzrastając ciągle trwa, długie miesiące. Jeżeli jednak prawdziło to nie jest bezwzględnie do zaznaczyć należy, że w rzadkich przypadkach szybkiej poprawy polepszenie występuje zazwyczaj bądź przy użyciu słabych, respect. obojętnych, wewnętrznych środków, bądź nawet zupełnie samoistnie. Krwotoki, zwykły objaw nowotworom towarzyszący, nie zwiększają się jednak po wystąpieniu nieżyty, a nawet częstokroć zmniejszają się podczas nasilenia objawów zapalnych. Zmiany w moczu są rozmaite zależnie od okresu rozwoju guza. Z początku zmiany te są takie same, jak i przy innych odmianach nieżyty, mocz jest mętny, zawiera różną ilość osadu ropnego i może uleść rozkładowi ammoniakalnemu; później ilość osadu i części stałych w moczu wzrasta. Wówczas to mocz przybiera ów szczególnie odrażający zapach, przypominający cuchnienie rozkładających się preparatów anatomicznych, co przyjmowano dawniej za charakterystyczną oznakę raka pęcherza.

Najtrudniejszym zadaniem przy rozpoznaniu jest, określenie nie samego nieżyty, który rozpoznać łatwo, lecz zbadanie, czy w danym przypadku nieżyt nie pozostaje w łączności z istniejącym jednocześnie nowotworem. Wcześniej występujące, nagłe, długotrwałe, uporczywe, częste, samoistnie powstające krwawienia, wydzielanie z moczem cząstek nowotworów, są oznakami nader ważnemi, które li tylko do istniejącego nowotworu odnieść wolno. Zresztą bezpośrednie badanie przez odbytnicę i przez ściany brzuszne usuwa wszelkie wątpliwości, pozwalając wyczuć obrzek rozmaitego kształtu, umiejscowienia, wielkości i utkania, od nowotworu zależny. Nie zawsze jednak zadanie jest tak łatwe do rozwiązania. Odnosi się to mianowicie do wspomnianych rzadkich przypadków, w których nieżyt rozwój innych objawów nowotworowi właściwych wyprzedza. W takich wątpliwych przypadkach przedewszystkiem baczną należy zwrócić uwagę na charakter krwawień. W żadnej innej odmianie nieżyty nie są one tak obfite, i tak uporczywe jak przy nowotworach. Wreszcie badanie przez odbytnicę, a nawet w ostateczności cewnikowanie, wykaże zmiany zasze w ścianach pęcherza, lub obecność kamienia. Należy również zbadać, czy i po wypuszczeniu moczu pęcherz nie jest powiększony. Wynikające z powyższego badania wskazówki posłużą do wyjaśnienia istoty rzeczy.

Ważnem jest odróżnienie innych odmian nieżyty. Nieżyt przy tryprze i przy gruźlicy rozpoznajemy na zasadzie znanych nam już objawów, przyczem oddziaływanie na przebieg cierpienia wkraplań rozczyńców azotanu srebra, wykrycie laseczników w moczu, rzucą zazwyczaj żądane światło na istotę chorobowej sprawy. W niektórych jednak przypadkach przy tryprze i przy gruźlicy krwotoki i zgrubienie ścian pęcherza występują nieomal w takim stopniu, jak

przy nowotworach. Wtedy często najsumienniejsze badanie, nawet znacznem doświadczeniem poparte, wątpliwości nie rozstrzyga. Nieżyłowi pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego mogą również w pewnych wyjątkowych okolicznościach towarzyszyć mogą ciągle krwotoki, i bóle nader silne i uporczywe, co pozwalało by przypuścić istnienie nowotworu. I tu jednak początkowy przebieg cierpienia, charakterystyczne nocne nasilenia objawów, określenie powiększenia gruczołu krokowego a nie ścian pęcherza, zbadanie zupełnego lub niezupełnego opróżniania się jego, wreszcie wyniki leczenia wkraplaniami roczynów azotanu srebra, pozwolą dokładnie określić chorobę.

Leczenie nieżyłu pęcherza przy nowotworach może być wewnętrzne i chirurgiczne. Główne wskazania do leczenia zależeć będą nie od nieżyłu, lecz od samego nowotworu. Jeżeli nowotwór jest w początkowym okresie rozwoju, jeżeli istnieje możność zupełnego usunięcia go, wtedy powinniśmy spróbować leczenia doszczętnego, bez względu na stopień nasilenia nieżyłu: Nieżyt pęcherza, jako groźne powikłanie przy nowotworach, sam przez się występuje jako wskazanie do działania operacyjnego, przyczem po usunięciu nowotworu nieżyt sam przez się ustaje. Jeżeli przeciwnie po dokładnem zbadaniu doszliśmy do wniosku, że w danym przypadku zupełne wyłuszczenie nowotworu jest niemożliwem, wtedy cięcie pęcherza będzie wskazaniem tylko przy nadzwyczaj silnem natężeniu nieżyłu, któremu jak wiemy towarzyszą gwałtowne bóle; celem usunięcia tych bólów przez zniesienie czynności fizyologicznej pęcherza cięcie nadłonowe wykonać wypada. Jeżeli jednak bóle nie są zbyt gwałtowne, a środki uśmierzające przynoszą ulgę, wtedy nieżyt nie wymaga leczenia chirurgicznego. W tych przypadkach należy stosować środki lecznicze narkotyczne, balsamiczne. W rzadkich przypadkach, gdy istnieje zatrzymanie moczu zmuszeni jesteśmy uciec się do opróżniania pęcherza za pośrednictwem cewnika, przyczem jednak pamiętać należy na połączone z cewnikowaniem niebezpieczeństwa, wszystkie możliwe ostrożności zachować winniśmy, bacznie szczególnie, by opróżnianie pęcherza było powolne, stopniowe i aseptyczne. Dodać jednak należy, że długotrwałe zatrzymanie moczu przy obecności nowotworu w pęcherzu samo przez się jako wskazanie do cięcia nadłonowego wystąpić może. (d. c. n.).

Wiadomości bieżące krajowe.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 7 Czerwca 1887 r. o god. 6¹/₂ wieczorem.

I. MATLAKOWSKI. Zestawienie laparotomii dokonanych przy chorobach organów płciowych kobiet.

I'. MATLAKOWSKI. Tętniak art. carotidis; podwiązanie sposobem Syme'a.

III. ZAGÓRSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra SZTEYNERA.

IV. Głosowanie na członków czynnych.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W *Gazecie lekarskiej*. W N-rze 22: T. HERYNG. O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności. L. KRAUSE. Dwa przypadki cięcia podbrzusznego. ZAWISZA. Przypadek długotrwałej gorączki o typie przepuszczającym (dok.).

W *Kronice lekarskiej*. W N-rze 5: SAWICKI. O przepuklinie przedotrzewnowej (dok.).

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. GUSTAW FRITSCHKE Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 21 Мая 1887 г.—Членками Михаила Зiemkiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (ztp. 1).