

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Spostrzeżenia ryno-laryngologiczne, podał Z. Srebrny. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. — **Wykłady kliniczne.** O gruczole tarczowym. (Dokończenie). — **Stre-szczenia i Wyciągi.** 78. Gruźlica i zakażenie wtórne. 79. Badania nad błoną: uodpornianie i leczenie jej zapomocą surowicy krwi zwierząt uodpornionych przeciwko błonie. 80. O stosunku elektroterapii do sugestyi. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 5 Czerwca r. b. — **Listy** otwarte do redakcyi Medycyny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.
Sommaire d'articles originaux: 1) D-r Z. Srebrny—
Communications rhino-laryngologiques. 2) D-r Z.
Bychowski—De la maladie de Parkinson.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Sre-
brny—Rhino-laryngologische Mittheilungen. 2) D-r
Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

Spostrzeżenia ryno-laryngologiczne

podał Z. Srebrny.

I. Zatkanie przewodów gruczołów śluzowych krtani.

W przebiegu przewlekłego nieżyty krtani zdarzyło mi się kilkakrotnie widzieć powikłanie w istocie swojej zupełnie niewinne, przedstawiające jednak pewien interes pod względem rozpoznawczym. Lekarz, widzący je po raz pierwszy, łatwo pomylić się może, przypisując mu znaczenie poważniejsze, i wskutek tego niepotrzebnie zaniepokoić chorego.

Poniższe cztery przypadki przedstawiają obraz tego cierpienia.

I. Nauczycielka lat 35, dobrze odżywiana, przybyła do mnie w lipcu r. 1887 z powodu bólu gardła z lewej strony, trwającego kilkanaście dni. Ból był niewielki, głos czysty, łykanie nie utrudnione. Przy badaniu znalazłem w miejscu, gdzie błona śluzowa przechodzi z lewej chrząstki nalewkowej na lewą strunę rzekomą, punkcik wielkości główki od szpilki, biało-żółty, nieco wzniesiony nad powierzchnię błony śluzowej. Otaczająca go błona śluzowa nie przedstawiała żadnych zmian. Struny prawdziwe cokolwiek zgrubiałe, pozbawione właściwego im blasku. Ruchomość obu stron krtani jednakowa, prawidłowa. W narządach wewnętrznych żadnych wybitniejszych zmian nie znalazłem. Musiałem ów biały punkcik uznać za przyczynę bólu, a w celu przekonania się, z czem mam do czynienia, przekłułem go. Na końcu noża znalazłem trochę żółto-szarej gęstej masy, którą uważałem za ropę.¹⁾

II. Nauczyciel lat 42, radził się mnie w kwietniu r. 1888, z powodu bólu gardła z lewej strony, trwającego od dwóch tygodni; głos czysty. W gardzieli nie znalazłem nic, co mogłoby wytłomaczyć ból. W krtani na wspomnianem wyżej miejscu okrągłe wzniesienie, mające w średnicy około 2 mm., na szczycie którego widać punkcik żółtawy. Otaczająca błona śluzowa zabarwieniem mało różni się od zdrowej. Ruchomość obu stron krtani prawidłowa. W płucach znalazłem objawy nieżyty przewlekłego. Brak wszelkich objawów przymiotu. Ponieważ

¹⁾ Rzecz miała miejsce w lecznicy, gdzie drobnowidza nie było.

chory nie zgodził się na przekłucie owego nacieczonego miejsca, poradziłem więc wdechania z 2% kwasu karbolowego i okłady ciepłe na szyję. Po upływie tygodnia widziałem chorego po raz drugi i nie znalazłem ani śladu poprzedniego cierpienia. Ból w zupełności ustąpił. Na zapytanie, czy w przeciągu tego tygodnia nie wykrztusił ropy, odpowiedział, że nic takiego nie zauważył.

III. Robotnik z fabryki tabaczej lat 21, zgłosił się do mnie w grudniu r. 1889 z powodu lewostronnego bólu gardła, trwającego od dwóch dni. Ból był dosyć silny, w każdym razie silniejszy, niż w dwóch poprzednich przypadkach, nie utrudniał jednak bardzo łykania. Głos czysty. W krtani, obok nieżyty przewlekłego, w tym samym znowu miejscu wzniesienie okrągłe o średnicy 2—3 mm.; otaczająca je błona śluzowa zaczerwieniona. Ruchomość obu strun jednakowa, prawidłowa. W płucach nieżyt rozlany; kaszel oddawna. Przymiotu nie przechodził. Wobec zmian w płucach nie byłem pewny, czy nie mam przed sobą nacieczenia gruźliczego w krtani. Kształt jego jednak i siedlisko tak przypominały poprzedni przypadek, że więcej skłaniałem się do uznania go za analogiczną z tamtym przypadkiem sprawę. Zaleciłem wdechania 2% kwasu karbolowego i okłady ciepłe na szyję. Chorego tego miałem sposobność widzieć często w przeciągu prawie 3-ch tygodni. Powoli wzniesienie zarysowywało się coraz wyraźniej, odczyn naokoło niego powiększał się, nie doszło jednak do znaczniejszego obrzęku. Po upływie dwóch tygodni spostrzegłem na szczycie nacieczenia żółty punkcik. 18-go dnia przybył do mnie bez bólu. Na miejscu poprzednio chorem znalazłem prawidłową błonę śluzową. O wykrztuszeniu ropy nic nie wie.

IV. Nauczyciel lat 25, przybył do mnie w maju r. 1889 ze skargą, że krtani wyszła mu z właściwego miejsca, prosił więc, abym mu ją poprawił. Chory utrzymywał, że nigdy krtani nie wystawała mu tak daleko, jak obecnie. Zresztą nie skarżył się na nic więcej. Przy badaniu zewnętrznem dobrze rozwiniętej krtani nie znalazłem nic nieprawidłowego, *pomum Adami* było duże. Badając krtani lusterkiem, znalazłem na wewnętrznej powierzchni prawej chrząstki nalewkowej, zresztą niezmiennionej, niewielkie nacieczenie błony śluzowej. Innych żadnych zmian, oprócz lekkiego nieżyty przewlekłego, w krtani nie było. Na zapytanie, czy nie ma uczucia bólu w gardle, odpowiedział, że po długim mówieniu doznaje bólu z prawej strony gardła, przy łykaniu nie czuje go. Płuca zdrowe, przymiotu nie przechodził. Uspokoilem chorego co do wyjścia krtani z miejsca, a przypuszczając sprawę podobną do opisanych wyżej, zaleciłem wdechania i okłady ciepłe. Po tygodniu widziałem chorego po raz drugi i znalazłem ten sam stan, co poprzednio. Od owego czasu do następnego widzenia przezemnie chorego upłynęło 8 miesięcy, zjawiał się bowiem u mnie dopiero w styczniu r. 1890 z innego zupełnie powodu. Badając krtani, nie znalazłem ani śladu dawnego cierpienia.

Zestawiwszy wszystkie te cztery spostrzeżenia, otrzymujemy następujący obraz chorobowy: u osobnika, narzekającego na lekki ból gardła, a nawet, jak w spostrzeżeniu 4-em, wspominającego o nim dopiero po zwróceniu mu na to uwagi, u osobnika wogóle zdrowego lub z pewnymi większymi albo mniejszymi zmianami w płucach, znajdujemy na błonie śluzowej, pokrywającej chrząstki nalewkowe, małe okrągłe nacieczenie, na szczycie którego powoli ukazuje się białe-żółte lub szarawe punkcik. Otaczająca je błona śluzowa jest zlekka zaczerwieniona, lub nie przedstawia żadnych zmian. Poza tem w krtani znajdują się objawy nieżyty. Gdy się obraz taki widzi, zwłaszcza w okresie, kiedy na szczycie nacieczenia punktu białego jeszcze nie ma, lub gdy punkcików takich jest kilka, łatwo bardzo w pierwszym razie pomyśleć można o nacieczeniu gruźliczem lub przymiotowem, w drugim o gruźliczkach prosówkowych. Szczególniej myśl o gruźlicy narzuca się ze względu na siedlisko cierpienia, tak charakterystyczne dla spraw gruźliczych, jak również z powodu małego odczynu zapalnego w otaczającej owe nacieczenia błonie śluzowej. Jeśli w dodatku płuca zdradzają pewne zmiany, omyłka jest bardzo łatwa. Szczęśliwym trafem, już w pierwszym przypadku miałem możność

przekłucia nacieczonego miejsca i skonstatowania na końcu noża czegoś, co uważać mogłem za ropę, a całej sprawie nadać nazwę ropnia.

Cóżby to były za ropnie? Przeglądając podręczniki chorób krtani, a w szczególności rozdziały o niezycie i ropniach krtani, nigdzie opisu podobnego cierpienia nie znalazłem. Jeden tylko MORELL MACKENZIE ²⁾ w rozdziale pod tytułem: „Ostre zapalenie krtani“, mówiąc o nadżarciach nabłonka w tem cierpieniu, dodaje: są to tak zwane *érosions glandulaires* autorów francuskich, według których powstają one skutkiem zropienia torebek limfatycznych krtani. Punkt wyjścia ropy ma przechodzić w małe owrzodzenie, które niezmiernie szybko się goi“. Sądziłem, że w spostrzeżeniach moich miałem do czynienia właśnie z takimi zropiałemi torebkami; to zaś, że owrzodzenia na ich miejscu nigdy nie widziałem, tłumaczyłem sobie jego szybkim gojeniem się.

Gdy w roku 1889 na zebraniu tutejszych laryngologów owe 4 spostrzeżenia przedstawiłem (nazwawszy czwarte niepewnem, gdyż sprawy chorobowej nie spostrzegałem wówczas do samego końca), jako przykłady ropni folikularnych krtani, kol. HERYNG nie podzielił zapatrywania mojego na istotę tej sprawy, lecz uznał przypadki moje za zatkanie przewodów gruczołów śluzowych krtani. Obraz chorobowy, przezemnie nakreślony, spostrzegał; i w jego przypadkach siedlisko cierpienia było to samo, co tłumaczy się obfitością gruczołów śluzowych w tem miejscu błony śluzowej krtani; i jego pacyenci należeli do ludzi zmuszonych nadużywać głosu.

Nie pozostawało mi nic innego, jak czekać na nowy tego rodzaju przypadek, przekłuć to, co uważałem za ropień, i zawartość jego zbadać pod drobnowidzem. Na sposobność taką musiałem czekać około 3-ch lat, bo do lipca r. 1892, w którym to czasie zgłosił się do mnie 30-letni artysta dramatyczny, narzekając na lekki ból gardła z prawej strony, trwający od dni trzech. Badając jamę ustną, gardziel i krtani, nie zdołałem znaleźć nic, co mogłoby dać powód do bólu. Ponieważ i zzewnątrz na szyi nie byłem w stanie wykryć nic chorobliwego, uznałem więc chorego za neurastenika i zaleciłem płukanie z bromku sodu. Po upływie 6-u dni pacjent zjawił się po raz drugi, utrzymując, że ból trwa w dalszym ciągu, a szczególnie wzmacnia się po długim mówieniu. Tym razem na miejscu, gdzie struna rzekoma prawa przechodzi w chrząstkę nalewkową, znalazłem nacieczenie okrągłe, mające około 3 mm. średnicy, z białym punktem na szczycie. Nie wiem, czy przy pierwszym badaniu rzecz tę przeoczyłem, czy też wówczas zmiany wyraźnej w owem miejscu nie było. Na propozycję przekłucia przypuszczalnego ropnia chory się zgodził. Skorzystawszy więc z zawartości, jaka pozostała na nożu, zbadałem ją pod drobnowidzem i w istocie musiałem przyznać słuszność zdaniu kol. HERYNGA: znalazłem tylko śluz i złuszczonego nabłonek. Miałem więc w samej rzeczy do czynienia z zataniem przewodów gruczołów śluzowych, spowodowanym prawdopodobnie obrzmieniem błony śluzowej tej okolicy krtani, obfitującej w gruczoły.

Zasługuje na uwagę okoliczność, że we wszystkich moich przypadkach cierpienie dotyczyło ludzi, których krtani wystawiona była na wpływ czynników szkodliwych: w 4-ch nadużywanie głosu, w 5-ym drażnienie pyłem tytoniowym.

2) Die Krankheiten des Halses und der Nase. Przekład z angielskiego.

Zwlekałem z ogłoszeniem podanych tutaj spostrzeżeń, w nadziei, że uda mi się ilość ich powiększyć i potwierdzić wynik badania drobnowidzowego chociażby jeszcze raz. Na nieszczęście, od lipca r. 1892 do dnia dzisiejszego nowego analogicznego przypadku nie widziałem. Czekalbym więc dłużej jeszcze, gdybym nie był w tych dniach przypadkowo znalazł potwierdzenia powyżej rzeczzonego w podręczniku chorób krtani STOERK'a. Mówiłem, że w podręcznikach specjalnych, w rozdziałach o nieżycie i ropniach, wzmianki żadnej o interesującej mnie sprawie nie znalazłem. Przed kilku dniami przeglądałem w książce STOERK'a w rozdziale o gruźlicy krtani kilka historii chorób, i oto co znalazłem wplecione w opis jednej z nich: „W najrozmaitszych cierpieniach krtani zdarza się widzieć zmiany w błonie śluzowej, szczególnie w okolicy chrząstek nalewkowych, zmiany, polegające na powstawaniu białych punkcików; wielokrotnie wycinałem takie małe guziczki u osobników żywych, i za każdym razem okazywały się one zmętniałymi, powierzchownie leżącymi gruczołami śluzowymi. Również i przy badaniach na trupie doszedłem do wniosku, że owe małe, białawe punkciki w błonie śluzowej, pokrywającej chrząstki nalewkowe, nie są niczem innem, jak gruczołami śluzowymi, obficie w tem miejscu się znajdującymi.

Prawdopodobne jest, że skutkiem jakiegokolwiek cierpienia nieżyłowego przewody gruczołów (*stomata*) ulegają zatkaniu, a dzięki pęcznieniu oraz zmętnieniu gruczołów i ich zawartości dają się spostrzegać owe białe punkty. Wspominam o tem dla tego, że przy pierwszych moich spostrzeżeniach owe guziczki dawały mi dużo do myślenia, przypuszczałem bowiem, że mam tu do czynienia z początkiem gruźlicy. Przedsiębrane atoli za każdym razem badanie nie pozostawiało żadnej wątpliwości, że owe białe punkciki z gruźlicą nie mają nic wspólnego³⁾.

Powyższe słowa, oparte na dokładnych badaniach drobnowidzowych, potwierdzając przytoczony wyżej pogląd na istotę cierpienia oraz na możliwość uznania go za gruźlicę, ośmieliły mnie do ogłoszenia moich spostrzeżeń.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 25).

Mamy tu do czynienia z osobnikiem nerwowym (prędko ustępujące dlawienie w gardle—*globus hystericus*, migrena, kilka dni trwające skrzywienie głowy), który pod wpływem silnego wzruszenia (pożar i strach wskutek tego), zostaje dotknięty bólami i parestezjami w dolnych kończynach, które nie ustępują, jak to bywało przedtem, z innemi dolegliwościami, lecz coraz bardziej się wzmagają. W kilka dni potem, przy ogólnych objawach — wymioty — następuje silne drżenie prawej ręki, które, co prawda, na pewien czas przecho-

³⁾ STOERK. Klinik der Krankh. des Kehlkopfs etc. 1880, str. 307.

dzi, później jednak powraca. Jest to szczegół godny uwagi, że choroba zaczęła się nie od objawów ruchowych, lecz czuciowych, i że drżenie w początku miało charakter jakby napadu, który trwał stosunkowo niedługo, nie zostawiając po sobie żadnych śladów. Przypadki takie opisane są w literaturze i w jednym z następnych rozdziałów obszerniej o nich pomówimy.

Pozwalamy sobie przytoczyć jeszcze jedną historię choroby, gdzie chora także silnemu wzruszeniu przypisywała początek choroby.

II. G. lat. 47. Przed 3 laty silne zmartwienie, wskutek którego zemdląła. Odtąd darcie w lewej dolnej kończynie, później i w prawej; następnie prawa dolna kończyna zaczęła drżeć, później i prawa górna.

Kobieta doskonale zbudowana i odżywiana. Tętno około 80. Chód jest ciężki, z pewną skłonnością propulsyjną. Nie może dużo chodzić, ani długo siedzieć, musi często zmieniać pozycję. Śpi spokojnie, ale budzi ją od czasu do czasu ból w okolicy prawego stawu biodrowego. W tejże kończynie opór przy ruchach biernych znacznie większy, niż w lewej. Ulega ona w spokoju drżeniu, które jest znacznie większe w prawej górnej kończynie, gdzie umiejscawia się głównie w stawie napiętkowym, jako lekkie zginanie i wyprostowywanie, ustępujące na początku ruchu dowolnego, ażeby niebawem wystąpić z trwaniem ruchu. Ten ostatni jest powolny. W lewych kończynach drżenia się nie spostrzega. Odruchy kolanowe wyraźne. Twarz ma wyraz nieruchomy. Język odbywa ruchy powoli i ze znacznym drżeniem. Ust nie może dobrze otwierać, mówi z wysiłkiem. Polykanie dobre. Głos nadzwyczaj cichy, mowa trudno zrozumiała, rodzaj szeptu; bardzo często jeden wyraz dwa razy powtarza. Pamięć zachowana; głowa nie boli; kark nie sztywny; źrenice dosyć wąskie, oddziałują na światło, ruchy gałek bez drżenia, wzrok dobry.

I w tym przypadku silne wzruszenie, wskutek którego chora zemdląła, dało początek parestezyom, po których dopiero nastąpiło drżenie typowe. To ostatnie miało charakter połowiczny. Na szczególną uwagę w tym przypadku zasługuje także głos i mowa chorej.

Jak zaznaczyliśmy, i uraz mechaniczny bywa często przytaczany w etyologii choroby PARKINSON'a. W takich przypadkach jeszcze większa dokładność co do opowiadania chorego przeprowadzona być może. U jednej chorej CHARCOT'a cierpienie zaczęło się drżeniem charakterystycznym kończyny lewej wkrótce po zwichnięciu lewej stopy. Druga chora CHARCOT'a dotknięta została chorobą PARKINSON'a po uderzeniu w lewe udo; z początku były tylko silne bóle kulszowe, nieco później wystąpiło drżenie odpowiedniej kończyny.

W przypadku SAN MARTIN'a²⁰⁾ typowa choroba PARKINSON'a zaczęła się po uszkodzeniu lewego nerwu promieniowego. U jednej chorej GOWERS'a silny prąd wody, puszczony na rękę, wywołał nagłe drżenie odpowiedniej kończyny, poczem wystąpiła choroba PARKINSON'a.

LEVA²¹⁾ niedawno ogłosił z kliniki EICHHORST'a dwa przypadki, gdzie chorobę bezpośrednio poprzedzał silny uraz. W jednym przypadku drżenie wystąpiło w rękę po zdjęciu gipsowego opatrunku (*festen Verbandes*), nałożonego z powodu złamania obojczyka (przez 7 tygodni ramię było unieruchomione przy klatce piersiowej). Drugi przypadek LEVA'y tyczy się 40-letniego dziedzicznie nie obciążonego mężczyzny, który wypadł z wagonu, i chociaż nie było żadnych zewnętrznych śladów uderzenia, zmuszony był leżeć 5 tygodni

²⁰⁾ SAN MARTIN, Gaz. med. ital. lombard. 18 Dec. 1880; według artykułu EULENBURG'a w jego encyklopedyi.

²¹⁾ LEVA, Klinische Beiträge zur Paralysis agitans. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd II, p. 95 i d.

w łóżku z powodu gwałtownych bólów w kończynie lewej dolnej. Kiedy zaś chory, opuściwszy łóżko, zamierzał zabrać się do pracy, wystąpiło typowe drżenie w prawej ręce.

W naszych przypadkach chorzy także kilka razy wspominali o urazie mechanicznym, jako o przyczynie swego cierpienia. Niektóre z nich przytaczamy.

III. G. G. lat 61. Rok temu u chorego nagle wystąpiło drżenie w lewej ręce. Stało się to przy następujących okolicznościach. Pacjent wieczorem zdrzemnął się, opierając się przytem lewym łokciem o stół; przebudziwszy się w pół godziny potem, uczuł osłabienie w lewej ręce, która wydawała mu się spuchniętą. Nazajutrz w tej samej kończynie wystąpiło drżenie i osłabienie. Dopiero po pewnym czasie i lewa noga zaczęła słabnąć. Oprócz trypra żadnej innej choroby nigdy nie przechodził. *Abusus in Baccho*. Ojciec żył 101 lat, matka zmarła podczas porodu. Bliższe rodzeństwo zdrowe.

Chory skarży się głównie na ból w krzyżu i osłabienie kończyn lewych, chociaż wogóle cierpienie nie wiele mu przeszkadza (jest faktorem). W nocy czasami spać nie może, bo źle mu leżeć.

Mężczyzna średniego wzrostu i odżywiania. Nieznaczne stwardnienie tętnic. Typowa dla choroby PARKINSON'a postawa i wygląd: twarz nieruchoma z wyrazem stałym gniewu i niezadowolenia; bruzdy nosowargowe stosunkowo bardzo głębokie; dolna warga nieco obwisła. Czoło pokryte zmarszczkami poprzecznymi. Podczas śmiechu wyraz twarzy tylko nieznacznie się zmienia. Kark sztywny, tułów pochylony naprzód. Lewa ręka zgięta w łokciu. Dłoń tejże ręki ułożona jak przy pisaniu, wykonywa ruchy ksobne i odsiebne; oprócz tego paluch wspólnie z 2-im i 3-im palcem wykonywają ruchy obrotowe, jak przy kręceniu kulki. Drżenie i kręcenie nie jest ciągłe; przy pewnym wysiłku ze strony chorego ruchy te ustają na kilka minut; przy ruchach zaś dowolnych zmniejszają się one. Mięśnie ramienia lewego i przedramienia napięte. Mniejsza sztywność mięśni w dolnej lewej kończynie. Głowa, język, mięśnie oczne nie drżą. Ruchy wogóle (np. przy rozbieraniu i ubieraniu się) nieco powolne, chociaż jeżeli chory chce, może chodzić prędko. Antepulsyi niema, ale bardzo wyraźna retropulsya (przy nieznacznym popchnięciu go wtył wykonywa 3—4 kroki mimowolnie). Chory sam opowiada, że czasami zdarza się, iż, stojąc, zaczyna nagle i mimowoli posuwać się wtył. Ślady lewej lateropulsyi. Słaba siła mięśniowa zachowana. Odruch kolanowy lewy mocniejszy niż prawy. Odruchy mięśnia dwugłowego i trójgłowego ramienia z lewej strony silniejsze niż z prawej. Na lewej dłoni żywy odruch okostnej. Czucie i inteligencja zachowane. Głos cienki i piskliwy od czasu choroby. Ze strony innych narządów żadnych widocznych zmian niema.

Ciekawy ten pod wieloma względami przypadek zajmuje nas obecnie z powodu swej etyologii. Chory — inteligentny i sprytny faktor — stanowczo twierdzi, że owego fatalnego dla niego wieczoru był zupełnie zdrow. Trzeba więc przypuścić, że okoliczności (opieranie się o stół), wywołujące zwykle (choć nie zawsze) prędko mijające porażenie uciskowe (*Drucklähmung*) nerwu promieniowego, spowodowało w naszym przypadku daleko poważniejsze skutki, bo typowe dla choroby PARKINSON'a drżenie. Prawdopodobnie chory przedtem miał jakieś usposobienie, które dopiero pod wpływem tego nieznacznego urazu szybko się ujawniło. Pod pewnym względem przypadek nasz jest analogiczny z przytoczonym wyżej przypadkiem SAN MARTIN'a

Ciekawy też pod względem etyologicznym jest i następujący przypadek.

IV. K. N. lat 60, skarży się na trzęsienie rąk, prawej nogi i ogólne osłabienie. O początku swojej choroby opowiada co następuje. Trzy lata temu, zamykając lufcik, doznał uczucia, jakby go wiatr zawiał, szczególniej prawą rękę. Już 3-go dnia po tym wypadku zauważył podczas obiadu, że prawa ręka się trzęsie. Trzęsienie to ciągle się powiększało, mógł jednak jeszcze nią robić. W pół roku potem lewa ręka zaczęła drżeć i chory jakby stracił władzę w prawej. Dopiero

następnie prawa noga zaczęła drzeć. Od 8-iu miesięcy leży bądź w domu, bądź w szpitalu. W głowę uderzony nie został. Rodziców nie pamięta i o przyczynie ich śmierci nic nie wie. Przechodził tyfus, miał także febrę, w 18 roku życia miał szankrę miękkiego; 8 lat mieszkał w wilgotnem mieszkaniu, narażał się często na przeciągi, wskutek czego miał 10 lat temu bóle w lewej kończynie bez obrzmienia (*ischias?*). Żonaty od 34 lat. Miał 4 dzieci, lecz wszystkie zmarły.

Dobrego wzrostu i budowy. Stoi z nachylonym ku przodowi tułowiem, z głową nieznacznie na dół skierowaną, kończynami dolnemi zbliżonemi do siebie, kończyny zaś górne zbliżone są do tułowia, zgięte w stawie łokciowym i w stawach napiętkowo-palcowych; bezustannie obie kończyny, szczególnie lewa, wykonywają ruchy ksobne i odsiebne w stawie ramieniowym, zgięcia i wyprostowania w łokciowym, napiętkowym i napiętkowo-palcowych, palec zaś duży i wskaziciel robią ruchy ksobne i odsiebne. Ułożenie rąk przypomina *griffe cubitale*. Ruchy te ustają tylko we śnie, na jawie zaś istnieją ciągle, zmieniając się tylko pod względem natężenia. Pod wpływem ruchu dowolnego drżenie czasami znika. Prawa górna kończyna ma mięśnie szczuplejsze od lewej, a przestrzenie międzykostne z prawej strony bardziej zagłębione. Mięśnie: *supinator*, *biceps* i *triceps* silnie rysują się pod skórą, szczególnie po stronie lewej, a na niektórych mięśniach (np. *deltoides*, *pectoralis*) całe pęczki podnoszą się podczas drżenia. Ruchy dowolne są ograniczone, szczególnie po stronie prawej, gdzie są one bardzo słabe. Dynamometr w prawej ręce 30, w lewej 45. Ruchy bierne napotykać na opór umiarkowany. Prawa dolna kończyna również cieńsza, a mięśnie jej bardziej wiotkie niż lewej. Opór tu jeszcze znaczny, tak przy zginaniu, jak i przy wyprostowywaniu, przyczem mięśnie rysują się pod skórą. Ruchy czynne niezmiernie ograniczone, szczególnie w prawej kończynie. Odruchy kolanowe bardzo żywe, stopowych niema. Odruchy podszewkowe są; odruchu mięśni unoszących jądro wywołać nie można. Czucie zachowane; usiąść w łóżku, wstać bez pomocy obcej chory nie może. Chód powolny, kroki małe; najmniejsze dotknięcie wyprowadza go z równowagi; po kilku krokach wtył lub naprzód pada. Z położenia stojącego w siedzące przechodzi odrazu, rzucając tułów wtył i podnosząc nogi do góry.

Ruchy bierne głowy napotykać silny opór, czynne są ograniczone i odbywają się powoli. Trzęsienia niema. Wyraz twarzy jednostajny; bruzdy nosowargowe głębokie; język nie drży, odbywa wszelkie ruchy prawidłowo. Mowa cicha, powolna; pamięć osłabiona. W nocy budzi się z powodu częstej potrzeby oddawania moczu i dość częstego uczucia gorąca. W jednym położeniu może dość długo wytrwać. *M. interosseus primus dexter* oddziałują na prąd przerywany i stały prawidłowo, wymaga tylko silniejszych prądów, aniżeli *m. interosseus primus sin.* Ruchy gałek ocznych prawidłowe, źrenice dość wąskie, oddziałują prawidłowo. Wzrok dobry. Tętno 66. Ze strony innych narządów niema żadnych zmian.

I w tym przypadku widzimy prawie nagły wybuch choroby PARKINSON'a przy okolicznościach, które często towarzyszą innym chorobom nerwowym (porażenia twarzowe, apopleksye) i które do silnych bodźców mogą być zaliczone. Chory opowiada, że doznał uczucia, jakby go wiatr zawiał. Przyczynił się może jeszcze i ten, co prawda, nieznaczny wysiłek, jaki chory przy zamykaniu lufcika uczynił. Że drobne przyczyny mogą wywoływać daleko poważniejsze skutki, jest to przecie fakt ogólnie znany.

Przypisując taki ogromny wpływ urazowi przy powstawaniu choroby PARKINSON'a, mimowoli przychodzi na myśl stworzona w ostatnich latach forma nozograficzna pod nazwą nerwicy urazowej (*neurosis traumatica*). Nie mając teraz bynajmniej zamiaru mówić obszerniej o zawiślanej i tyle dyskutowanej sprawie nerwic urazowych, zauważę tylko, że pod tą nazwą opisują zbiór histerycznych i neurastenicznych objawów, który powstał na tle silnego wzruszenia, a który jednakże wychodzi po za ramy histeryi i neurastenii, pozostając mimo to w granicach zaburzeń czynnościowych (padaczka odruchowa, padaczka, umiejscowione drgawki mięśniowe, psychozy etc.²²⁾.

²²⁾ OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, p. 704.

Jeżeli się zgodzić z takim szerokim określeniem nerwicy urazowej, może czasami powstać wątpliwość co do niektórych chorych, którzy pod wpływem silnego wzruszenia dotknięci zostali chorobą PARKINSON'a, czy nie mamy do czynienia w danym przypadku z nerwicą urazową, podobną do choroby PARKINSON'a?

I rzeczywiście, niestrudzony badacz nerwicy urazowej OPPENHEIM²³⁾ ogłosił 2 przypadki, które pod wielu względami (trzęsienie, sztywność w karku, postawa) przypominały chorobę PARKINSON'a, a które on jednakże, opierając się na wywiadach (uraz, wzruszenie), nieznacznych zmianach czucia i pola widzenia, uznał za nerwicę urazową, przyczem, dla odróżnienia ich od prawdziwej choroby PARKINSON'a, nazwał je *pseudo-paralysis agitans*.

Nie będziemy się tu wdawali w szczegółowy rozbiór przypadków OPPENHEIM'a. Zaprowadziłoby nas to zadaleko, bo do kwestyi istnienia i istoty nerwicy urazowej, jako choroby *sui generis*. Wiemy przecież, że wielu poważnych badaczy wcale nie uznaje nerwicy urazowej, uważając odpowiednich chorych za symulantów, ubiegających się o wynagrodzenie za straty (SCHULTZE z Bonn, SEELIGMÜLLER); inni zaś utożsamiają ją z histerią i neurastenią (CHARCOT i jego szkoła). Chcemy tylko zauważyć, że wprowadzenie nowego terminu *pseudo-paralysis agitans*, wydaje nam się zupełnie niestosowne i przedwczesne. Oczywiście, że autor uczynił to przez analogię. Jeżeli istnieje *pseudo-sclérose en plaques*, *pseudo-tabes*, *pseudo-syringomyelia*²⁴⁾, dlaczego nie ma istnieć i rzekoma choroba PARKINSON'a? Zapomina się przytem tylko to, że wyżej wymienione choroby mają ściśle określone zmiany anatomiczne. Rzecz naturalna, że zbiór objawów, odpowiadający tym chorobom, bez jakichkolwiek zmian anatomicznych, bywa określany jako choroba rzekoma. Ale dopóki istota choroby PARKINSON'a jeszcze jest pokryta mgłą niepewności, dopóki ją jedni zaliczają do nerwic, a drudzy do chorób organicznych, nie widzimy potrzeby takiego podziału; owszem, przyczynić się on tylko może do większego zawiłkiania i zagmatwania sprawy. Że tak jest, przekonywa nas praca FÜRSTNER'a²⁵⁾ „O niektórych stanach ruchowych osłabienia i podrażnienia“. Niektóre przytoczone w tej pracy przypadki bezwarunkowo należą do choroby PARKINSON'a, że tylko wspomnę o przypadku MEYER'a²⁶⁾, SCHERER'a²⁷⁾, KERL'a.

²³⁾ Ueber eine, der Paralysis agitans verwandte Form der traumatischen Neurose (*pseudo-paralysis agitans*). Charité-Annalen. XIV Jahrg. 1889.

²⁴⁾ Por. A. SOUQUES, Etude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Paris 1891.

²⁵⁾ FÜRSTNER, Ueber einige motorische Schwäche- und Reizzustände. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde XXIV.

²⁶⁾ 70-letnia kobieta. Brat w ostatnich latach życia dotknięty był drżeniem. Żadnych momentów etiologicznych. Choroba się zaczęła przed dwoma laty drżeniem w prawej ręce, od roku wystąpiło drżenie i w prawej nodze. Z początku drżenie miało charakter przemijający; stopniowo przyjęło charakter stały. Badanie wykazuje niedowład prawej górnej i dolnej kończyny, bez udziału twarzy. W obydwóch dotkniętych kończynach drżenie o małych wahaniach, które ustaje podczas ruchów intencjonalnych. Pojedyncze ruchy w palcach i głowie mają charakter ruchów udzielanych; kark sztywny, głowa schylona naprzód; brak pro- i retropulsyi. Cucie zupełnie prawidłowe, odruchy o średnim natężeniu; mięśnie nie sztywne; innych objawów brak. Leczenie polegało na podniesieniu odżywiania, stosowaniu słabych prądów przerywanych; choroba nie postępowała naprzód. Chora czuła nieznaczną poprawę.

Nie w przypadkach tych nie przemawia przeciwko rozpoznaniu choroby PARKINSON'a, a jednak autor się waha, czy nie ma ich zaliczyć do rzędu *pseudo-paralysis agitans* OPPENHEIM'a. Przecież chyba subiektywnej nieznacznej poprawie chorej MEYER wielkiego znaczenia przypisywać nie może. Spokojne życie szpitalne wraz z podniesieniem odżywiania bezwątpienia poprawia samopoczucie każdego chorego. Co się tyczy innych spostrzeżeń FÜRSTNER'a (przypadki G. i W.), to i te mogą być zaliczone do niezupełnie jeszcze rozwiniętych przypadków choroby PARKINSON'a. Nieznaczne zmiany czucia niczego jeszcze nie dowodzą. Przedewszystkiem zmiany czucia mogą towarzyszyć chorobie PARKINSON'a, jak wielu innym chorobom nerwowym, jak to widzimy w *sclerosis disseminata*, *tabes*, *atrophia muscularis progressiva*. Z drugiej zaś strony możebna jest kombinacja, właściwie mówiąc powikłanie²⁸⁾ choroby PARKINSON'a z histeryą, tak samo, jak to spostrzegamy w wyżej wymienionych i wielu innych chorobach (przypadki mózgu, *syringomyelia*²⁹⁾. (D. c. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

OTTO LANZ.

O gruczole tarczowym.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 25).

Przechodząc do opisu klinicznego *cachex. thyreoidect.*, nadmieniam LANZ, że dobro odżywianie i wysoka temperatura łagodzą jej przebieg. Wśród objawów klinicznych odróżniać należy: 1) zaburzenia w krążeniu, 2) w oddychaniu, 3) w trawieniu, 4) w narządzie moczopłciowym oraz 5) zaburzenia nerwowe.

Ciśnienie krwi po wyluszczeniu gruczołu tarczowego znacznie się obniża. Autor podaje następujące cyfry z własnego doświadczenia: przed operacją ciśnienie krwi u psa = 195 mm., nazajutrz po operacji wynosiło tylko 175 mm., a w 4 dni później

²⁷⁾ 57-letni mężczyzna bez dziedziczności chorobowej. Przed 8-iu laty było zranienie prawego ramienia, nałożono jakoby szew na ścięgna zginaczy prawej ręki; wkrótce potem w lewej ręce wystąpiło drżenie, następnie w nodze, a wreszcie i w głowie. Chory nie wiedział, że i z lewej strony istnieje także drżenie. Wkrótce potem uległ przygnieceniu średniego palca. Wyraz twarzy tępy i apatyczny; głowa sztywna; czucie nienaruszone; odruchy dosyć żywe; siła gruba w prawych kończynach zmniejszona; lekkie drżenie w prawej ręce; drgania mięśni palucha; drżenie w prawym ramieniu i prawej nodze. Zmuszony jest jeść lewą ręką, która także dotknięta jest nieznacznie drżeniem. Mięśnie nie napięte.

²⁸⁾ Mechanizm takiego powikłania można sobie wyobrazić w ten sposób, że układ nerwowy, osłabiony *resp.* podrażniony tą lub inną chorobą organiczną, staje się oczywiście podatniejszym i przystępniejszym dla różnych wpływów, a jednocześnie i dla „infekcji historycznej”. Przyczynia się do tego prawdopodobnie i ta okoliczność, że tacy chorzy często spotykają się z osobami, dotkniętymi histeryą w szpitalach i ambulatoriach, i sami od nich różne objawy przyswajają. Ciekawy analogiczny przypadek widział OPPENHEIM; chora, dotknięta stwardnieniem rozsianem, leżała na sali, gdzie była chora z *maladie des tics convulsifs*. Ta ostatnia wykonywała między innymi silne ruchy nogą. Pewnego poranku pierwsza chora nagle zaczęła wykonywać takie same ruchy. Te ostatnie jednakże ustąpiły pod wpływem leczenia psychicznego, objawy zaś stwardnienia rozsianego pozostały. (OPPENHEIM, *Einiges über die Combination functioneller Neurosen mit organischen Erkrankungen des Nervensystems*. *Mendel's Centralblatt*. 1890, p. 490).

²⁹⁾ Przypominamy tu „historyczną” anamnezę naszej chorej M. Ch. (N-r I).

na dwa dni przed śmiercią spadło do 135 mm. Skład krwi ulega dużym zmianom: ilość białych ciałek znacznie wzrasta, ilość zaś czerwonych zmniejsza się według QUERVAIN'a o 25%. Krew tętnicza jest ciemna i zawiera mało tlenu, z czego ALBERTONI i TIZZONI wynioskowali, że gruczoł tarczowy udziela czerwonym ciałkom krwi zdolności zatrzymywania tlenu.

Co się dotyczy zaburzeń w oddychaniu, to występują one napadami.

Zaburzenia w trawieniu przejawiają się w utrudnionem przełykaniu, w wymiotach i w niechęci do jedła.

W moczu często znajdowano cukier i białko.

Oslabienie czynności płciowej krotynów i chorych, dotkniętych charłactwem poporacyjnem, jest znane. Występują też zaburzenia w miesiączkowaniu.

Na pierwszy plan występują objawy nerwowe. Początkowy niepokój wraz z następczą apatią i głupotą zwierząt, zarówno jak powolna mowa, utrudnione myślenie i zanik inteligencji u ludzi, mogą być objaśnione jedynie przez udział mózgu. Co się dotyczy tęczy przy charłactwie, doświadczenia LANZ'a wskazują, że siedliskiem jej jest rdzeń przedłużony, jakkolwiek i wyższe ośrodki wywierają niejaki wpływ na drgawki.

Co się dotyczy leczenia charłactwa z braku gruczołu tarczowego, to KOCHER, korzystając z doświadczeń SCHIFF'a, próbował już w 1883 r. przeszczepiać chorym kawałki gruczołu tarczowego pod skórę—kawałki te ulegały jednak zanikowi. Wtedy, idąc za przykładem BIRCHER'a, KOCHER przyszcepiał swoim chorym kawałki gruczołu tarczowego do jamy otrzewnej, poczem widział zawsze znaczną, lecz czasową poprawę, ponieważ wszczepione kawałki z czasem ulegają wessaniu. HORSLEY zaproponował wobec tego, aby chorych karmić przede wszystkim gruczołem tarczowym, a dopiero po niejakiem czasie próbować przeszczepiania. MACKENZIE pierwszy poszedł za tą radą i otrzymał doskonałe wyniki, karmiąc swoich chorych świeżymi baranami gruczołami tarczowymi. W ostatnich czasach KOCHER leczył 5 przypadków *cachexiae thyreoides*, podskórniemi zastrzykiwaniami ekstraktu świeżo wyluszczonego gruczołów tarczowych i otrzymał doskonałe wyniki, jakkolwiek wszyscy chorzy już przed 10-u laty zostali pozbawieni gruczołów tarczowych. Ponieważ ta substytucyjna metoda leczenia w rękach poważnych badaczy wydaje tak dobre wyniki, przypomnieć należy, że zawdzięczamy ją BROWN-SEQUARD'owi, który już w 1869 roku wypowiedział przekonanie, że wszystkie gruczoły mają dla przemiany materii wybitne znaczenie.

MENDEL zauważył, że przy leczeniu chorych ekstraktem gruczołu tarczowego, waga ich ciała się zmniejsza, a ilość azotu w moczu wzrasta, co dowodzi wzmożonej przemiany materii. Wobec tego LANZ zaleca ostrożne próby nad działaniem ekstraktu gruczołu tarczowego przy innych cierpieniach, rozwijających się na tle nieprawidłowej przemiany materii, np. przy otyłości, podagrze, anemii. Angielscy lekarze dowodzą, że karmienie gruczołem tarczowym ludzi zdrowych, oraz przepisywanie zbyt wielkich ilości tego leku chorym, dotkniętym charłactwem, wywołuje przyspieszenie tętna, ogólne rozdrażnienie i zawroty głowy. Jeśli spostrzeżenie to jest słuszne, to należałoby wnioskować, że w chorobie BASEDOW'a mamy do czynienia ze wzmożoną czynnością gruczołu tarczowego. Chcąc sprawdzić słuszność twierdzenia lekarzy angielskich, zjadał LANZ kilkakrotnie duże ilości gruczołu tarczowego (np. 4 na raz); prócz nieznacznego przyspieszenia tętna nie zauważył żadnych innych objawów; zamierza także chorego, dotkniętego chorobą BASEDOW'a, karmić gruczołem tarczowym, aby przekonać się, czy objawy chorobowe się wzmagają.

Opierając się na symptomatologii *cachex. thyreoides*, na dodatnich wynikach substytucyjnej metody leczenia, na badaniach doświadczalnych nad czynnością innych gruczołów, oraz na nielicznych badaniach chemicznych, wyprowadza autor następujące wnioski o znaczeniu gruczołu tarczowego dla ustroju.

Przebieg ostrej formy *cachex. thyreoides*, przemawia za tem, że wskutek wyluszczenia gruczołu tarczowego następuje ostre zatrucie ustroju. Mniej gwałtowny przebieg charłactwa u człowieka, niż u zwierząt, pochodzi stąd, że tu usuwamy gruczoł już zwyrodniały i że organy zastępczo miały czas rozwinąć swą czynność i może trochę zmniejszyć trujące działanie szkodliwej substancji na układ nerwowy. Wydaje się prawdopodobniejszem, że gruczoł tarczowy niszczy jakąś krążącą we krwi szkodliwą dla ustroju substancję, niż, że wydziela substancję, niezbędną do przemiany materii. Tak COLZI zauważył, że transfuzja krwi zdrowych psów poprawia nieco stan zwierząt dotkniętych charłactwem, że jednak po upływie 2—3 dni zwierzęta wracają do da-

wnego stanu. ALONZO i LAULAUNIC zaznaczają, że trujące własności moczu po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego wzrastają, a GLEY dowiódł, że mocz zawiera najwięcej pierwiastków trujących w 2—3 dni po operacji. Ten sam autor dowiódł, że we krwi zwierząt chorych krążą pierwiastki trujące; surowica krwi tych zwierząt, zastrzyknięta zwierzętom zdrowym, spowodowała u nich drgawki; nie spostrzega się tego nigdy po zastrzyknięciu surowicy krwi zdrowych, posiadających gruczoł tarczowy, zwierząt. Trucizna, wytwarzająca się przy przemianie materii, a niszczona czy zobojętniana przez gruczoł tarczowy, działa bez kwestyi przedewszystkiem na układ nerwowy. Określenie tej trucizny i wogóło wypowiedzenie ostatniego słowa o znaczeniu gruczołu tarczowego należy do chemii fizyologicznej.

(*Samml. klin. Vortr. N-r 98*).

S. P.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

78. I. STRAUSS. **Gruźlica i zakażenie wtórne.** Za jedną z przyczyn, wpływających najczęściej na urozmaicenie obrazu anatomo-patologicznego i klinicznego cierpień gruźliczych, a nadewszystko gruźlicy płuc, uważają w ostatnich czasach fakt, że bardzo często lasecznik KOCH'a znajduje się skojarzony z innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi. Pierwszy, który zwrócił na to uwagę badaczy i dał w tym względzie pewne wskazówki, był sam KOCH. GRANCHER i HUTINEL mówią, że prawie zawsze u suchotników spotykają się obok laseczniaka swoistego i inne drobnoustroje chorobotwórcze, które ze swojej strony są w stanie wywołać więcej lub mniej ostre zapalenia, różniące się swoim pochodzeniem, charakterem anatomicznym i przebiegiem. W tym razie mamy do czynienia z procesem mieszanym.

BABES badał kilka z tych skojarzeń drobnoustrojowych u 65 dzieci, cierpiących na gruźlicę i zmarłych w szpitalu dzieciennym w Bukareszcie. W większości przypadków śmierć była spowodowana przez inne drobnoustroje, towarzyszące lasecznikowi gruźliczemu, szczególnie przez pneumokoki i mikroby ropotwórcze. Ich to mianowicie wytworom wydzielniczym CZAPLEWSKI przypisuje spostrzegane w takich razach ciężkie objawy, w szczególności zaś objawy gnilne i gorączkę trawiającą, i zgodnie z tem wielu autorów jest zdania, że ciężkie objawy u suchotników należy przypisać nie lasecznikowi KOCH'a, a raczej ropotwórczym mikrobowi, zamieniającym gruźlicę na posocznicę przewlekłą (*septicaemia chronica*).

MARFAN, ORTH, ORTNER są zdania, że zapalenia płuc zrazikowe, spostrzegane podczas zapalenia płuc gruźliczego, z punktu widzenia histologicznego są wywołane nie przez laseczniaka KOCH'a, lecz przez inny pasorzyt, i że w następstwie tylko są zmodyfikowane wskutek przyłączenia się laseczniaka gruźlicy.

PETRUSCHKY badał płwocinę podług metody KOCH-KITASATO i wykrył przez zabarwienie i przez hodowlę obecność paciorkowców (*streptococci*) u suchotników gorączkujących a niejednokrotnie u suchotników niegorączkujących. Przy badaniu zwłok znajdował prawie stale w tkance płucnej gronkowca; w 8-iu przypadkach na 14 wykazał obecność paciorkowców we krwi i sokach wszystkich narządów. PETRUSCHKY wnioskuje przeto, że ciężkie objawy u suchotników należy przypisać owym wtórnym zakażeniom.

JAKOWSKI zbierał krew z palca przez ukłucie u pewnej liczby suchotników w okresie hektycznym, zasiewał ją na żelatynie i w większości przypadków (8 na 9) wykrył obecność gronkowców: złocistego i białego, lub paciorkowców, osobno lub skojarzonych jednych z drugimi.

Autor przeto stawia pytanie, czy wobec tych nowych wyników badań bakteriologicznych należy się oświadczyć za jednością gruźlicy, która zdawała się być przez wykrycie laseczniaka KOCH'a stwierdzoną i niewzruszoną, czy też powrócić do jej dwoistości, do idei VIRCHOW'a, oddzielić jeszcze raz zapalenie płuc ściśle gruźlicze od zapalenia płuc serowatego? Czy suchoty płucne są wywołane przez zakażenie mieszane, gdzie paciorkowce, pneumokoki i mikroby ropotwórcze odgrywają rolę nie przypadkową, lecz istotnie główną, przysposabiają grunt dla laseczniaka gruźliczego, który bywa wciągnięty w grę najczęściej wtórnie, aby przeistoczyć wytwór zapalny na masy serowate? Czy gorączkę trawiającą, ten objaw za-

sadniczy suchot płucnych, należy przypisać nie sprawie gruźliczej samej przez się, lecz posocznicy, zakażeniu mieszanemu?

Autor następnie stara się rozstrzygnąć te pytania i zaczyna od badań, jakie robił nad gorączką trawiaącą u suchotników. Badania te tyczyły się 13-tu suchotników z charakterystycznymi objawami gorączki trawiającej. Od tych chorych autor brał krew wprost z żyły z fałdy łokciowej. W tym celu nakładał bandaż na ramię powyżej łokcia i kazał choremu ścisnąć pięść, aby uwydatnić więcej żyłę. Skórę na fałdzie starannie oczyszczał i strzykawką PRAVAZ'a, wyjałowioną w wodzie wrzącej, robił ukłucie u przedramienia i wyciągał znaczną ilość krwi z żyły, poczem natychmiast zalepiał kollodyonem otwór igły.

Ten sposób otrzymywania krwi do badań bakteriologicznych uważa autor za dogodniejszy z wielu względów: 1) zamiast jednej kropli, otrzymywanej dawniej przez ukłucie palca, wyciąga się znaczną jej ilość; 2) krew wzięta nie znajduje się w styczności z powietrzem; 3) cienka skóra na fałdzie łokciowej łatwiej może być oczyszczona, niż gruba skóra na palcu.

Krew była brana od 13-tu chorych dwukrotnie, raz podczas nasileń gorączkowych wieczornych i raz podczas zwolnień porannych. Za każdym razem zasiewano krew w pewnej ilości probówek z żelatyną lub bulionem. Probówki były umieszczane w termostacie przy 37°.

We wszystkich 13-tu przypadkach autor otrzymał wyniki ujemne, t. j. krew suchotników podczas gorączki trawiającej nie zawierała żadnych drobnoustrojów.

Niepodobieństwem jest, mówi autor, nie być zdziwionym tą różnicą w wynikach ujemnych, otrzymanych przez niego, i wynikach JAKOWSKIEGO, który zasiewając jedną kropelkę krwi, zebraną z palca, otrzymywał 7 razy na 8 przypadków hodowle gronkowców lub paciorkowców. Autor przeto wyraża obawę, czy wyniki dodatnie JAKOWSKIEGO nie były skutkami błędu technicznego. Co się tyczy paciorkowców, znalezionych we krwi zebranej od trupów, to twierdzenie to należy przyjąć z wielką ostrożnością ze względu na łatwość wnikięcia tych drobnoustrojów po śmierci do krwi i tkanek.

Autor nie zaprzecza możliwości przenikania drobnoustrojów ropotwórczych do krwiobiegu podczas przebiegu suchot płucnych; ale to wtargnięcie nie jest wcale prawidłowe, lecz przeciwnie, jest ono zupełnie wyjątkowe i dla tego nie może być uważane jako należyta przyczyna objawu tak ogólnego u suchotników, jakim jest gorączka trawiająca. Gdy badania bakteriologiczne wykazały obecność gronkowców lub paciorkowców ropotwórczych we krwi, wówczas mamy do czynienia z zakażeniem poważnym, kończącym się w krótkim czasie śmiercią, kiedy tymczasem u suchotników, jak wiemy, gorączka trawiająca trwać może całymi tygodniami, i chory żyje dłużej, niż kilka miesięcy. Autor zatem przychodzi do wniosku, że gorączka trawiająca wywołana jest przez lasecznik KOCH'a.

Oprócz tego, lasecznik gruźlicy może wywołać nietylko wytworzenie gruzelki, lecz i inne zmiany anatomiczne, wysięk surowiczowo-włóknikowy, komórkowo-włóknikowy lub ropny. Obecność innych mikrobów (paciorkowców, gronkowców) nie jest bynajmniej objawem stałym przy suchotach płucnych. A. FRAENKEL i TROJE, jak również i sam autor, przeprowadzali badania nad ogniskami zapalnymi oskrzelowo-płucnymi i w wielu razach nie byli w stanie wykazać żadnym sposobem, ani zapomocą zabarwienia, ani zapomocą hodowli i szczepień obecności zarazków powodujących ropienie. Słowem, pneumokoki, gronkowce i paciorkowce nie są pierwotną przyczyną owrządzeń następnych w ogniskach zapalnych i, jeżeli się spotykają kiedykolwiek, to tylko w charakterze powikłań, zmieniających mniej lub więcej sprawę w zasadzie gruźliczą. Doświadczenia na zwierzętach potwierdzają te zapatrywania.

Autor zaznacza, że nie chce zmniejszać ważności, ani zajęcia, jakie budzą poszukiwania świeże nad drobnoustrojami ropotwórczymi w przebiegu zapalenia płuc wrzodziejącego u suchotników, powstaje tylko przeciw nadawaniu nadmiernego znaczenia nowym pojęciom. Nieśluszenie przypisują gorączkę trawiającą u suchotników wtargnięciu do krwi mikrobów obcych, nieśluszenie nadają im znaczenie czynników pierwotnych i wyłącznych w wytworzeniu nacieku zapalnego oskrzelowo-płucnego lub płucnego, pozostawiając w udziale laseczników KOCH'a uszkodzenia ściśle gruźlicze lub zserowacenia wysięków zapalnych.

(*Semaine méd. N-r 32. 1894 r.*).

Kutakowski.

79. BARDACH. **Badania nad błonicą: uodparnianie i leczenie jej zapomocą surowicy krwi zwierząt uodpornionych przeciwko błonicy.** (Z pracowni bakteriologicznej w Odesie). W pracy niniejszej autor początkowo rozpatruje morfologiczne i biologiczne własności zarazka KLEBS-LOEFFLER'a, następnie przeprowadza szereg doświadczeń z surowicą krwi psów, uodpornionych przeciwko błonicy. Wstępując w ślady PASTEUR'a i jego szkoły, autor uodparniał psy, zastrzykując im w tkankę podskórną coraz większe dawki jadowitej bulionowej hodowli, leczniczą zaś własność surowicy badał na świnkach i królikach. Na zasadzie licznych swych doświadczeń B. przyszedł do następujących wniosków: Osłabiony zarazek KLEBS-LOEFFLER'a, wprowadzony do ustroju zwierzęcego, zyskuje na jadowitości; zwiększona ta jadowitość zarazka jest chwilowa. Chcąc ją uczynić stałą, należy dokończyć całego szeregu przejść przez ustrój psów.

Zarazek błonicy posiada własności ropotwórcze; z ropy zawsze można wydzielić czystą hodowlę; wprowadzony do krwi w znacznej ilości, zwiększa swą jadowitość i może być wydzielony ze krwi i narządów. Przeszczepiając zarazek z królika na królika, wzmacniamy jego własności jadowite jedynie odnośnie do królików, a nie do innych zwierząt. Psy i susły są wrażliwe na działanie zarazka, małpy zaś nie.

Wytwarzanie jadu przez laseczniki różni się co do siły na zewnątrz i wewnątrz ustroju. Formy wsteczne posiadają własności więcej jadowite. Zarazek błonicy może żyć czasem bardzo długo w hodowlach (do 15-u miesięcy); wydzielony po 3—4-ch miesiącach nie może się rozwijać w przesączach, otrzymanych z tych hodowli; prawdopodobnie hamują rozwój jego wytworzone alkalia, a nie jad; również nie może się rozwijać w przesączach ogrzanych do 70°.

Laseczniki jadowite silniej przyciągają komórki niż słabe.

Dodatnia własność chemotaktyczna zarazka błonicy jest bardzo duża dla psów, znaczna dla świnek, mała dla królików. W tym samym stosunku posiadają własności chemotaktyczne toksyny błonicowe, lecz w mniejszym stopniu.

Surowica psów uodpornionych zwiększa dodatnią chemotaksę komórek królika. Możemy uodpornić psy, wprowadzając im w tkankę podskórną coraz większą dawkę jadowitych hodowli; otrzymana odporność, pomimo swej siły, zawsze jest tylko względna. Po zastrzyknięciu hodowli u psów, występuje odczyn miejscowy i ogólny: guz na miejscu szczepienia, brak apetytu, upośledzone trawienie, utrata na wadze. Stosownie do odczynu można powiększać zastrzykiwaną dawkę; odczyn miejscowy i ogólny może trwać przez całe miesiące. Długotrwały miejscowy i ogólny odczyn wpływa na wzmożenie odporności. Wogóle wzrasta ona stopniowo; na pewnej wysokości może utrzymywać swe własności przez dość długi przeciąg czasu. Sprawa uodparniania odbywa się w komórkach, które stopniowo przywykają do trawienia laseczników i wydzielają odtrutki.

Odtrutki, krążąc we krwi, podtrzymują komórki w pewnym stopniu pobudzenia i dają możność ustrojowi niszczyć jad w pierwocinach tkankowych, które stopniowo osławiają się z jego działaniem. Jednocześnie ze wzrostem odporności u psów wzrasta i siła uodparniająca ich surowicy.

Bezpośrednio po zastrzyknięciu siła uodparniająca surowicy może się zmniejszyć, następnie ponownie wzrasta. Zależy ona od indywidualnych własności osobnika.

Surowica nazewnątrż ustroju zachowuje swe własności przez całe miesiące. Wprowadzona do ustroju—wywołuje odporność. Siła uodparniająca tej samej surowicy jest względna dla różnych gatunków zwierząt. Świnkę łatwiej uodpornić, niż królika.

Surowica o znacznej sile uodparniającej uodparnia świnkę na dość długi przeciąg czasu, nawet będąc wprowadzona w nieznacznej ilości.

Świnki, uodpornione zapomocą surowicy, po przebyciu zakażenia nabywają odporności, która, może być doprowadzona do znacznego stopnia przez zastrzykiwanie wzrastających dawek hodowli jadowitej. Szybkie zwiększanie zastrzykiwanych dawek powoduje wahania w sile osiągniętej odporności.

U świnek i u psów odporność bywa względna. Surowica musi posiadać silniejsze własności uodparniające, ażeby uodpornić królika przeciw wewnętrznemu zakażeniu. Stopień i trwałość odporności, nabytej przez zastrzyknięcie surowicy, zależy od ilości i siły jej. Odporność zjawia się bezpośrednio po wprowadzeniu

surowicy. U świnek nabyta odporność była zachowana nawet po upływie 4 ch miesięcy; wszystkie króliki przetrzymywały zakażenie przez krtań po upływie 3-ch miesięcy od chwili uodpornienia. Zwierzęta z osłabioną odpornością umierają znacznie później od użytych do kontroli. Surowica w większości przypadków nie mogła zabezpieczyć zwierząt otrutych toksynami błonicowemi. Surowica pobudza komórki do trawienia laseczników; podczas trawienia komórki wydzielają odtrutki, a zatem surowica uodparnia, działając na elementy tkankowe.

Surowica ma własności nie tylko uodparniania, lecz i leczenia zwierząt dotkniętych błonicą. W celach leczniczych dawka musi być większa przynajmniej 30 razy od zwykłej dawki uodparniającej. Króliki, zarażone przez krtań, mogą być wyleczone pomimo utworzenia się błony rzekomej; dawka surowicy musi przewyższać przynajmniej $2\frac{1}{2}$ raza zwykłą dawkę uodparniającą.

Praca niniejsza zawiera 180 stron, wyszła w oddzielnej broszurze w Moskwie, w 1894 r. Wł. P.

80. SCHEIBER (Budapeszt). **O stosunku elektroterapii do sugestyi.** Metoda lecznicza, stworzona przez DUCHENNE'a i REMAK'a, od pewnego czasu poddawana bywa roztrząsaniom krytycznym. Jedni z oponentów (MOEBIUS) przypisują dodatnie wyniki zabiegów elektroterapeutycznych wyłącznie sugestyi, inni (ROSEN-BACH) przypuszczają, że dane cierpienia znikają same przez się, niezależnie od leczenia. Zjazd elektroterapeutów we Frankfurcie nad Menem nie wypowiedział o wartości metody należytego zdania ze względu na brak odnośnych danych klinicznych. Autor pragnie lukę tę zapełnić. Sądzi on, że prąd elektryczny wywiera działanie, jakiego nie można dopiąć zapomocą sugestyi, czy to przy użyciu hipnozy, czy też bez uciekania się do niej; ma on usuwać sprawy, które nie znikająby bez wszelkich zabiegów, i wyleczenie innych przyspieszać. O wpływie sugestyi nie może być mowy w cierpieniach z wyraźnymi objawami anatomicznymi u osób jakiegokolwiek wieku lub też w jakichkolwiek sprawach u dzieci 1—2-letnich. Wiadomo zaś, że zapomocą elektryczności zmniejszono nowotwory (APOSTOLI), usuwano obrzęki, wysięki w stawach, torebkach maziowych, pochwłkach ścięgniętych, zgrubienia zapalne w nerwach i pochwłkach, niszczone kostniny, od wielu lat powodującą paraliż czy też nerwobóle, wywołane przez ucisk na nerwy, obok nich leżące lub w nie wrosnięte. W przypadku WEISS'a zapalenie nerwów urazowe z przyszczyką, leczone bezskutecznie w przeciągu 5 miesięcy zapomocą środków przeciwpalnych, kojących i miejscowych, poddane zabiegom elektroterapeutycznym w okresie żywo występujących bólów, znikło w przeciągu 2 tygodni.

Podobne przypadki opisali BROUARDEL, DUMENIL, BURDON i SCHEIBER. Autor cytuje przypadek wyleczenia *pachymeningitidis cervicalis*, trwające od 4 miesięcy. Z cierpień, jakie udało się mu usunąć zapomocą elektryczności u dzieci, autor przytacza porażenie nerwu promieniowego u 3-miesięcznego dziecka, wyleczone po 6-iu posiedzeniach, i datujący od 9-iu miesięcy przypadek *poliomyelitidis acutae infantum* po 2-u miesięcznem jej stosowaniu (galwaniczny prąd na rdzeń, faradyczny na części obwodowe).

Materyał SCHEIBER'a ma dowodzić, prócz wypowiedzianej w nagłówku tezy, również stosunku elektroterapii do różnorodnych cierpień układu nerwowego: spraw obwodowych w zakresie nerwów ruchowych i czuciowych, jako też spraw ośrodkowych. Wpływ elektryczności na nerwy ruchowe autor upatruje w przypadku, w którym pacjent poczuł poprawę po pierwszym posiedzeniu, jakkolwiek został uprzedzony, że elektryzacja podjęta została wyłącznie w celach dyagnostycznych. Przypadek nerwobólu ogonowego, od 4 lat w najrozmaitszy sposób leczony, miał się poprawiać niezwłocznie po zastosowaniu elektryzacji na dotknięty nerw. Mniej jaskrawym jest zbawienny wpływ elektryzacji na sprawy ośrodkowe. Słabsze oddziaływanie objaśnia się tu utrudnionym dostępem prądu do ośrodków. Autor sądzi jednak, że i w danych przypadkach elektryzacja oddaje wielkie usługi przez wpływ na odżywianie i inne czynności fizjologiczne dotkniętych części.

(Berl. klin. Woch. 1894. N-ra 19, 21 i 22).

Maksymilian Biro.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 Czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) KOSMOWSKI—przedstawienie chorej z przewlekłym cierpieniem gruźliczem gruczołów chłonnych na szyi. 2) NEUGEBAUER—przedstawienie chorej a) z całkowitem zarosnięciem pochwy macicznej; b) z bliznowatym zwężeniem dolnego odcinka pochwy. 3) WIZEL i RYCHLIŃSKI—odezyt: Przyczynek do nauki o padaczce JACKSON'a.

1) Kol. KOSMOWSKI przedstawił chorą z przewlekłym cierpieniem gruźliczem gruczołów chłonnych na szyi (*lymphadenitis tuberculosa chronica*). Chora ma lat 15 i zostaje pod obserwacją kol. K. od urodzenia. Ojciec jej chorował od lat kilku przed urodzeniem chorej i zmarł na gruźlicę płuc, gdy miała 11 miesięcy życia. Matka zupełnie zdrowa, żyje dotąd i karmiła ją sama. Rodzeństwo chorej, a mianowicie siostra, lat 18 licząca, i brat, mający lat 16, dotąd są zupełnie zdrowi. W pierwszym roku życia chora była dzieckiem tłustym, dobrze odżywionem; w drugiej połowie tego roku pojawiła się pryszczycza na twarzy, utrzymująca się przez kilka miesięcy, z jednocześnie obrzmieniem umiarkowanym gruczołów chłonnych na karku. Obrzmienie to wkrótce ustąpiło. W pierwszej połowie drugiego roku życia, na prawym policzku w tkance łącznej podskórnej pojawił się guzik, tak zwany *scrophuloderma* (*gomme scrophuleuse*), który po długim czasie zmiekkł, otworzył się na zewnątrz i pozostawił po sobie bliznę gwiazdowatą, dotąd widoczną na policzku prawym. W innych okolicach tego rodzaju guzy, będące według obecnych pojęć cierpieniami gruźliczemi skóry, nigdzie się nie pojawiły. Dziecko do 6-cgo roku życia, oprócz wyglądu żółwowatego, żadnych złożeń chorobowych nie przedstawiało. Następnie chora przebyła odrę, po której w parę miesięcy pod szczęką prawą pojawił się powiększony gruczoł, rosnący nader szybko. Gruczoł ten wraz z kilkoma sąsiednimi gruczołami został wyluszczonej przez kol. KRAJEWSKIEGO. W gruczołach tych okazało się przeistoczenie serowate. Po operacji przez lat 7 dziecko znowu było zupełnie zdrowe. Roku zeszłego, mając lat 14, w parę miesięcy po pierwszej miesiączce i po przebyciu kilkutygodniowego koklusz, chora zaczęła się skarżyć na bolesne i powiększone gruczoły po drugiej stronie szyi, mianowicie podszczękowo lewe i pachowo prawe. Występowała stopniowo ilość gruczołów coraz większa, tak, iż w końcu wytworzyły się obszernie guzy gruczołów. Jednocześnie wystąpiła gorączka, z charakterem przerywanym, z nasileniami długo trwającymi i dochodzącymi do 40° C. Po 4-o tygodniowym trwaniu gorączki chora zdecydowała się na powtórne wyluszczenie przeistoczonych gruczołów, co wykonał kol. KRAJEWSKI. Nazajutrz po operacji gorączka ustąpiła, wszystkie zajęte gruczoły zostały wyjęte i rana w kilka dni zagoiła się doraźnie.

W ciągu następnego roku chora czuła się dobrze. Dopiero przed paroma tygodniami znowu po stronie prawej pod żuchwą i pod mięśniem mostko-obojęzycowosutkowym prawym zaczęły pojawiać się guzy gruczołowe, szybko się powiększające, przyczem wystąpiła gorączka. Stan ogólny chorej jest względnie dobry. W płucach, w przewodzie pokarmowym żadnych zmian wykryć nie można. Chora nie kaszle. Brak objawów gruźlicy gruczołów oskrzelowych, kręzkowych i pachwinowych. Nad obojęzkiem lewym daje się wyczuć parę gruczołów ruchomych, nieco powiększonych, niobolesnych. Rozbiór krwi wykazuje ilość hemoglobiny nieco zmniejszoną, stosunek ciałek czerwonych do białych wynosi 480 : 1. Ciałka czerwone w preparatach, barwionych metodą EHRLICH'a, przedstawiają się jasno zabarwione, blade; często spotyka się ciała bledsze i mniejsze od innych i to w znacznej ilości; rzadka ułamki czerwonych ciałek lub postaci nieprawidłowe (*poikilocytosis*); ciałek czerwonych z jądrami nie zauważono. Ciałka białe przedstawiają się w postaci przeważnie leukocytów neutrofilowych; ciałek cozynofilowych (stosunkowo) ilość zwiększona. Natomiast uderza prawie zupełny brak małopłukowych limfocytów. Śledziona i wątroba nie powiększone. Ze strony nerek nie nieprawidłowego nie ma. Rozbiór moczu nie wykrywa lasoczników KOCH'a; mocz białka ani cukru nie zawiera, tylko ślady indykanu; chlorków ilość zmniejszona.

Gruczoły, wyluszczone w roku zeszłym, były badane przez kol. PRZEWÓSKIEGO, który stwierdził, iż uległy one w wielu miejscach zwyrodnieniu serowatemu. Pod mikroskopem wszystkie guzy składały się z tkanki zarodzinowej (cytogennej), tylko bar-

dziej zbitej, niż w prawidłowych gruczołach limfatycznych, i w niej miejscami rozrzucone były, w postaci ograniczonych ognisk, twory podobne do gruczołków. Twory te często zawierały w środku komórki olbrzymie, dokoła których leżały komórki nabłonkowe i dalej pas zgęszczonej tkanki zarodkowej. Przy odpowiednim barwieniu znaleziono w małej ilości lasoczniki Koch'a.

Kol. K., przedstawiając niniejszy przypadek gruźlicy gruczołów limfatycznych na syzi przed skończeniem obserwacji, gdyż chora ma się poddać operacji wyluszczenia guzów po raz trzeci, wstrzymuje się od dalszych uwag nad tym przypadkiem do czasu ukończenia obserwacji; zwraca tylko uwagę na fakt przewlekłego przebiegu gruźlicy miejscowej bez występowania i infekcji w innych ważniejszych narządach.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił dwie chore z oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego: jedną z częściowem zarośnięciem pochwy w jej dolnym odcinku, powstałem po ciężkim porodzie; drugą — z całkowitem zwężeniem pochwy, powstałem również po ciężkim porodzie. Chora pierwsza zamężna od lat 15, 9 lat temu odbyła pierwszy i jedyny poród. Poród trwał dni kilka, dziecko przyszło na świat żywe. Chora, po porodzie gorączkując, przeleżała 6 tygodni w łóżku, poczem wyzdrowiała, lecz odtąd miesiączkowanie zawsze było bolesne, trwało 4 — 6 dni, krew sączyła się kroplami. Po miesiączce zjawiały się odchody ropiasto, cuchnące. Przyczyną bolesnego miesiączkowania było bliznowate zwężenie dolnego odcinka pochwy. Należyte spółkowanie okazało się po tym porodzie już niemożliwem, tak, że mąż, szukając drogi, widocznie napierał na otwór cewki, dziś tak rozszerzony, że wpuszcza koniec palca. Na miejscu rozerwanego kroczka widoczna blizna w kształcie litery Y odwrotnie leżącej. W dolnym odcinku szpary sromnej widać lejcowate zagłębienie, głębokości około 1 cm., poniżej otworu cewki. W głębi widać mały otwór, przepuszczający zaledwie zgłębnik 3 mill. grubości. Zgłębnik wskazuje rozległość zwężenia pochwy mniej więcej 2 cm., powyżej zaś górny odcinek pochwy ma prawdopodobnie obszerność właściwą lub nawet jest rozszerzony wskutek zatrzymywania się krwi przy każdej miesiączce, a następnie wydzielin ropanych, których źródłem jest właśnie zatrzymanie częściowe krwi. Macica powiększona, mało ruchoma, oba *parametria* zajęte są przez guzowate twory z równoczesnym zadawnionym *parametritis*. Prawdopodobnie istnieje w danym przypadku zatrzymanie częściowe krwi miesiączkowej i w jajowodach. Chorą kol. N. przyjął do oddziału w celu usunięcia zwężenia na drodze stopniowego rozszerzania po przecięciu lub wycięciu części bliznowatych.

Co się dotyczy drugiej chorej, jest to 30-letnia włościanka, od trzech lat zamężna; 2 lata temu odbyła ciężki poród z 6-cio tygodniowym pościem, podczas którego silnie gorączkowała; od tego czasu nie miała ani razu miesiączki, ani jej zwiastunów. Również chora od tego czasu spółkować z mężem już nie może i dla tego zwróciła się o poradę do kol. N. Przy dwuręcznem badaniu przez kışkę stołcową oraz przez powłoki brzuszne okazało się, że macica ruchoma, zmniejszona, sklepienia boczne wolne. Pochwa przedstawia się w rodzaju grubego powrozu pomiędzy palcami. Postanowiono utorować drogę do ujścia zewnętrznego przez zarośniętą pochwę. Leczenie było długotrwałe i mozolne, lecz doprowadziło do tego wyniku, że całą pochwę otworzono, przecinając bliźnię po bliźnię coraz głębiej aż do ujścia zewnętrznego macicy, które okazało się zarośniętem. Kol. N. zaniechał otwierania ujścia tego wobec braku nawet zwiastunów miesiączki. Po ukończeniu kuracji najważniejszym zadaniem było zapobiedz ponownemu zarośnięciu pochwy. Dlatego też kol. N. tak długo zatrzymał chorą w szpitalu, dopóki nie nastąpiło zupełne zabliznienie się ran po operowaniu powstałych. Równocześnie przez cały miesiąc stosowano systematyczne rozszerzanie pochwy zapomocą rozmaitych przyrządów, zwykłe w tym celu używanych. Dziś pochwa przedstawia przewód długości palca wskaziciela, lejcowatej formy, w końcu dolnym tak ciasny, że przepuszcza zaledwie koniec palca. W danym przypadku istniały zarośnięcia widocznie kilkakrotnie, czyli w kilku miejscach, z których dolne zajmowało największą przestrzeń, miało bowiem 2 cm. rozległości.

3) Kol. WIZEL i RYCHLIŃSKI — odczyt p. t. „Przyczynok do nauki o padaczce JACKSON'a“. Po przedstawieniu 2 mózgów, z których jeden pochodził od osobnika dotkniętego za życia bezwładem postępującym, u którego pod koniec życia wystąpiły napady padaczki JACKSON'a wskutek wylewu krwi do *centrum semiovale*, a drugi — od osobnika, który miał napady padaczki częściowej wskutek nowotworu, usadowionego w białej substancji podkorowej i pod *gyrus praecentralis* i *postcentralis*, a sięgającego aż pod zawój ciemieniowy pierwszy, oraz po okazaniu preparatów drobnowidzowych,

dowodzących, że wspomniany nowotwór był *angiosarcoma*, — zabrał głos kol. WIZEL. Na wstępie skreślił on historię choroby osobnika, dotkniętego za życia nowotworem mózgu. Chory od 20 lat cierpiał na ataki częściowej padaczki. Na krótko przed zapisaniem się do szpitala dostał prawostronnego niedowładu, który stopniowo w szpitalu się wzmagał. Żadnych objawów zwiększonego ucisku mózgowego nie było. Prócz niedowładu istniała nieniotła pamięciowa; przymiotu ani gruźlicy nie było. Najprawdopodobniejsze zdawało się przypuszczenie nowotworu, który mógł kiedyś w mózgu powstać i, rozwijając się powolnie, wywoływał napady padaczki częściowej. Badanie zwłok potwierdziło ten domysł: w mózgu znaleziono guz, który, o ile muieć można, zaczął się rozwijać jako *angioma*, i dopiero pod koniec życia zaczął rosnać szybciej i przekształcać się w *angiosarcoma*. Rzeczony guz miał 5,9 cm. długości i ważył 54 grm. Korzystając z danego przypadku, kol. W. przeszedł następnie do kwestyi rozpoznawania cierpień w przypadkach padaczki JACKSON'a, zaznaczywszy na wstępie, iż na padaczkę JACKSON'a nie można się zapatrywać, jako na samodzielną chorobę, lecz jako na objaw. Sprawa rozpoznawania cierpień w takich przypadkach wiąże się, według niego, nierozłącznie z kwestyą rozstrzygnięcia 3 następujących problematów: 1) czy cierpienie, wywołujące ataki, jest wogóle natury organicznej; 2) jeżeli tak, to jaka może być jego istota anatomo patologiczna i 3) gdzie się znajduje jego siedlisko?

Co do punktu pierwszego, to kol. W. zaznacza, że istnieją 2 nerwice, w których padaczka częściowa się zdarza; nerwicami temi są: histerya oraz zwykła padaczka. Histerya może znakomicie symulować prawdziwą padaczkę JACKSON'a. CHARCOT, a następnie BALLET i CRESPIN sformułowali dane różniczkowo-rozpoznawcze, na mocy których możnaby odróżnić prawdziwą, t. j. organiczną, od historycznej padaczki JACKSON'a. Dane te wszakże w świetle nowszych prac i spostrzeżeń okazują się niedostatecznymi. 1) Ciepłota ciała może się podnosić i w przypadkach *état de mal hystérique*; 2) objawy paralityczne zdarzają się i w przypadkach padaczki częściowej natury historycznej, jak tego dowodzą spostrzeżenia GHILARDUCCI'ego; 3) omamy i bredzenie w czasie napadu historycznego nie należą do objawów częstych. Ażeby należycie rozpoznać, sama obserwacja napadu nie wystarcza, albowiem napad historyczny może być zupełnie podobny do tego, jaki bywa w prawdziwej padaczce JACKSON'a. Zwrócić się wtedy należy do wywiadów chorego, do innych objawów, jednocześnie spostrzeganych u chorego, oraz zbadać, czy niema danych, któreby za sprawą organiczną przemawiały. Na potwierdzenie zdania swego kol. W. przytacza spostrzeżenie, dotyczące pewnej chorej z oddziału D-ra GAJKIEWICZA, u której tylko dłuższa obserwacja wykazała, iż cierpienie jej było natury historycznej. Z początku chora nie przedstawiała żadnych objawów historycznych, dopiero powoli objawy te się rozwinęły, a w końcu domysł histeryi znalazł potwierdzenie w tem, iż chora znacznie się poprawiła pod wpływem sugestyi hypnotycznej. Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie w tych razach, gdy padaczka zwykła przejawia się pod postacią napadów padaczki JACKSON'a. Do właściwego rozpoznania dochodzi się wtedy przez wyłączenie innych cierpień.

W końcu kol. W. przystąpił do drugiego problemu, do kwestyi określania istoty anatomo-patologicznej w przypadkach organicznej padaczki JACKSON'a. Rozwiązanie tego trudnego zadania ułatwia się przez ścisłe wywiady, oraz przez dokładne zbadanie wszystkich narządów chorego. Właściwe rozpoznanie rzadko udaje się.

Listy otwarte do Redakcyi Medycyny.

I.

Szanowny Redaktorze! W N-rze 23 „Medycyny“ kolega SONNENBERG w krótkiej wzmiance o działaniu ichtyolu w anginach poleca ten środek jako poniekąd specyficzny w nieżytnym zapaleniu gardzieli.

Ponieważ przed rokiem miałem sposobność doświadczyć na samym sobie leczniczej wartości tego środka, więc też uważam za właściwe do spostrzeganych przez kol. S. przypadków anginy, leczonych ichtyolem, dodać i moją auto-obszawę, tembardziej, że uwydatniła mi się ujemna strona ichtyolu, którą kol. S. pomija zupełnie: mam na myśli dziwnie przykry, poprostu wstrętny smak ichtyolu.

Przed rokiem sam zapadłem na silne nieżytno zapalenie gardzieli: migdałki znacznie obrzmiały i zaczerwienione, również łuki podniebienne, języzek i całe miękkie podniebienie; na migdałkach szarawo-biały wysięk, symulujący nalot błonicowy; połykanie nawet płynów prawie

niemożliwe; mowa zmieniona i znacznie utrudniona; najmniejszy ruch głową sprawia ból w gardzieli; gorączka przytem wyżej 39° C.

Stan taki trwał już mniej więcej parę dni, kiedy otrzymałem N-r 19 „Medycyny“ (z roku zeszłego), a w nim krótkie sprawozdanie z wyników, otrzymanych przez HERZ'a przy stosowaniu płukań ichtyolowych w zapaleniach gardzieli. Ponieważ przeróżne płukania i pendzlowania, których używałem już parę dni, nie sprawiły mi najmniejszej ulgi, więc też nie wahałem się użyć zachwalanego, a nieznanego mi w podobnem zastosowaniu ichtyolu. Wynik był nadspodziewanie świetny. Już bowiem po trzykrotnem przepłukaniu gardła 2½% roztworem, doznałem kompletnej ulgi. Płukania uskuteczniałem wytrwale całą dobę co 20 minut mniej więcej. Po upływie tego czasu prawie wszystkie objawy znikły doszczętnie: gorączka spadła zupełnie, nałot znikł, jak również obrzmienie i wszystkie objawy podmiotowe. Pozostało małe zaczerwienienie, które bardzo prędko, już bez żadnego leczenia, znikło zupełnie.

Wynik więc, jak powiedziałem, świetny, i to tak dalece, że chyba żaden inny środek, zwykle używany w podobnych razach, nie może się równać w swem działaniu z ichtyolem.

Pomimo tego, żadną miarą nie mógłbym wraz z kol. SONNENBERGEM polecić tego środka do szerszego zastosowania w praktyce w postaci płukań, a to jedynie dla dziwnie przykrego, wprost dławiącego, palącego smaku ichtyolu,—smaku, który, szczególnie przy częstem płukaniu, ani na chwilę nie opuszcza chorego, a tak jest nieznosny, że doprawdy, jak się na sobie przekonałem, potrzeba dużo siły woli, aby się zmusić do tych bezsprzecznie skutecznych, ale również wstrętnych płukań.

Parę razy później usiłowałem zastosować ichtyol i u innych chorych, cierpiących na anginę, ale otrzymałem kompletne *fiasco*, gdyż, po jednorazowym użyciu, niepodobna było namówić chorych do dalszego użycia tego leku.

Obecnie, po przeczytaniu notatki kol. SONNENBERGA o ichtyolu w zapaleniach gardzieli, miałem sposobność zastosować raz jeden ichtyol w tem cierpieniu. Nauczony wszakże własnem doświadczeniem, nie stosowałem go w postaci płukań, ale zaleciłem pendzlowanie gardła 4% roztworem. I tym razem wynik był kompletnie dobry; chory wprawdzie uskarżał się na przykry smak leku, ale znosił go względnie dobrze.

Przypadek ten dotyczył 12-letniego M. H., który zapadł na anginę 16 VI. z gorączką 38° C. Po jednodniowem pendzlowaniu 4% roztworem co godzina, wszystkie objawy ze strony gardła oraz gorączka znikły zupełnie.

Tak więc i w postaci pendzlowań również skuteczny jest ichtyol w anginie, a że pendzlowania nierównie mniej są przykre i wstrętne dla chorych od płukań, więc w tej właśnie formie stosowany, z pewnością łatwiej się da rozpowszechnić w leczeniu nieżytowych zapaleń gardzieli. W każdym razie sądziłbym, że zawsze dla tej samej przyczyny, dla nieznosnego smaku ichtyolu, będzie on używany chyba jako *ultimum refugium* w przypadkach ciężkiej anginy, kiedy inne, mniej przykre środki stanowczo zawiodły.

Derożnia, 18 czerwca 1894 r.

D-r Zygmunt Szuch.

II.

Szanowny panie Redaktorze! Kolega SZUMLAŃSKI, omawiając w 24-ym numerze „Medycyny“ wartość ichtyolu w leczeniu nieżytowego zapalenia gardzieli, opisaną przezeń w N-rze 23, zwraca uwagę na ważną ujemną stronę ichtyolu, a mianowicie na przykry smak jego.

Smak ichtyolu jest, w samej rzeczy, nieprzyjemny, lecz przy zalecaniu lekarstw trudno jest kierować się wrażliwością podniebienia pacjenta. Są przecież leki, jak rycyna, tran, *asa foetida* i t. p., o wiele wstrętniejsze w smaku, aniżeli ichtyol, a jednak z arsenału farmaceutycznego środków tych nie wyrzucono.

Ważniejszem natomiast wydaje mi się twierdzenie kol. Sz., iż wiele innych środków nie ustępuje wcale pod względem skuteczności ichtyolowi. Być może, że są takie środki, lecz ja nigdy nie widział tak szybkiego wyniku od zwykle używanych przy „angina“ leków, jak od płukań ichtyolowych, i po 14-miesięcznych próbach przyszedłem do przekonania, że stosowanie ichtyolu jest najlepszym ze wszystkich znanych mi terapeutycznych zabiegów przy anginach. Powtarzam z „terapeutycznych“, gdyż nacinanie obrzmiąłych części jest środkiem jeszcze lepszym, ponieważ napięcie tkanki się zmniejsza i podmiotowe objawy zapalenia natychmiastowo w znacznej części znikają, ale nie każdy pacjent zgadza się na użycie noża.

Przyjm Szanowny panie Redaktorze, etc.

E. Sonnenberg.

Zgierz 18 czerwca 1894 r.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Chorzy cukrzycowi bardzo często cierpią na nieznaczną suchość w ustach i starają się ją sobie złagodzić rozmaitymi środkami. Używają w tym celu różnych płynów, owoców, esencji miętowej i t. p. Często udaje się usuwać nieznaczny ten objaw zapomocą pilokarpiny. Środek ten przepisywać można w postaci następujących pigułek: Pilocarpini 1 miligr. Glycer. et Gummi q. s. na jedną pigułkę. Nie należy więcej zażywać jak 5—7 pigułek w przeciągu 24 godzin. Można prócz tego używać następującego roztworu: Aq. destil. 8,0, Alcohol. 40% 3,0, Pilocarpini 0,05. 5—6 kroplami tej mieszaniki *per se* lub też rozpuszczonemi w 1—2 cm. sześć. wody zwilża się język i powtarza się tę manipulację 4—5 razy na dzień. (Lyon médical. N. 20. 94).

== MASSEI zaleca przy *chorditis tuberosa* i pewnych formach przewlekłego zapalenia krtani z umiejscowieniem na jednej lub obu strunach głosowych, niekiedy ze zgrubieniami ich tylnej części lub okolicy międzyna-lewkowej, rozpylania z kwasu mlecznego. Na działanie składają się właściwości kwasu mlecznego, mechaniczny wpływ rozpylań i możność stosowania zabiegu w przeciągu dłuższego czasu. Sam pacjent używać może odpowiedniego rozpylania, stosując 8—10 razy dziennie 2% wodny roztwór kwasu mlecznego. Należy obok tego przestrzegać przepisów higieny, a niekiedy korzystać zarówno z elektryzacji, jako też środków wzmacniających. Autor jest za stosowaniem rzeczonych rozpylań na przemian z sublimatowemi (1:5000) w gruźlicy krtani w przypadkach, uniemożliwiających energiczne zabiegi ze względu na rozlane i równomierne nacieczenie. (Berl. kl. Woch. 1894. N-r 21).

M. Biro.

== HENNING twierdzi, że salipiryna, stosowana przy reumatyzmie ostrym, zmniejsza ilość powikłań sercowych, że jest bardzo odpowiednia przy *laryngitis rheumatica* w postaci wypań do nosa i krtani, a w postaci maści przy reumatyzmie stawów i mięśni. Dawki 3—5, nawet 10 grm. *pro die* nie przynoszą żadnej szkody w gorączkowych stanach u dorosłych; działanie występuje szybko i trwa 6—8 godzin; dla dzieci bardzo są pożyteczne dawki 3—5 ctgrm. Salipirynę uważa H. za swoistą przeciw influenzy, zwłaszcza w postaciach nerwowych i sercowych; w postaciach gastrycznych podaje jeszcze H. kalomel, a w płucnych *expectorantia*. W początkach choroby należy ją podawać w dużych dawkach 3—5 grm. Przy krwotokach macicznych okazała się salipiryna również pożyteczna, a także jako dobre *antineuralgicum*. (Z Kongresu w Rzymie).

== PAWŁOWSKIJ stosował w dwóch przypadkach twardzieli nosa zastrzykiwanie podskórne produktów *b. rhinoscleromatis*, wyprobowanych wpięrow na zwierzętach, i najskuteczniejszą „rynosklerynę“ otrzymywał, używając wyciągu glicerynowego z hodowli na agarze. Wyniki otrzymano dodatnie. Działanie rynoskleryny jest bardzo podobne do działania tuberkuliny: jest ono swoiste, pociąga za sobą podniesienie ciepłoty ciała i dreszcze, zwiększa częstość tętna i oddechu, wywołuje bóle głowy i mięśni; najsilniej jednak działają zastrzykiwania rynoskleryny miejscowo: guziczki i nacieczenia obrzmiewają, czerwienieją, wydzielają się z nich płyn, zasychający w strupy, zjawia się silny ból; badanie drobnowidzowe również wykazuje silne zapalenie. Stopniowo następuje zagojenie; tworzą się gładkie, twarde blizny. Dawki rynoskleryny winny być wysokie: można zaczynać od 0,1 ctm. i dojść nawet do 3,5 ctm. sz. (Deut. Med. Woch. 1894. N-r 13, 14).

== DAHMEN otrzymał nowy preparat—hemalbuminę — zawierającą nie tylko żelazo, lecz i inne składniki krwi, a zatem sole, hemoglobulinę, hematynę, serumalbuminę i paraglobulinę z wyjątkiem włókniaka; jest to proszek bardzo łatwo strawny. Głównem wskazaniem do stosowania hemalbuminy jest blednica, a także krzywica, ponieważ fosforany obojętne i kwasne wapnia i magnezu przechodzą w obecności hemalbuminy w związki białkowe rozpuszczalne. Preparat jednak jest dość drogi; dostarcza go fabryka Klever'a w Kolonii. (Deut. Med. Woch. 1894. N-r 14).

== LÖWENHARDT zaleca najusilniej dokładne badanie mężczyzn, którzy chorowali na trypra, a udają się do lekarzy w celu otrzymania zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Za uważwszy, że jadowitość wydzieliny cewki warunkuje się tylko obecnością gonokoków, należy dokładnie zbadać pod mikroskopem wydzielinę przedniej i tylnej części cewki. Ponieważ jednak wydzielina istnieje często w bardzo skąpej ilości, pożyteczne jest sztucznie wywołać zaostrenie przy pomocy 1—5% roztworu lapi-su. Jeżeli gonokoków niema, a wydzielina zawiera tylko śluz i komórki nabłonkowe, należy uważać mężczyznę za zdrowego; gdy jednak znajduje się dużo ciałek ropnych, lekarz winien rozpocząć odpowiednie leczenie. Wymagania swe usprawiedliwia L. twierdzeniem, że cały szereg cierpień narządów płciowych kobiety wywołują prawie zawsze gonokoki.

== PANE przekonał się, że, jeśli zakażać króliki karbunkulem i innemi bakteriami jednocześnie, to: 1) zwierzę pada w zwykłym cza-

się (*Streptococcus pyogenes*, *B. diphtheriae*), 2) zwierzę pada znacznie później (*B. typhi* *abd.*, *B. coli commune*), 3) zwierzę pada od innego zakażenia (*Dipl. pneumoniae*), 4) zwierzę

przenosi oba zakażenia (*Str. erysipelatis*). Na tej zasadzie sądzi P., że paciorkowiec ropotwórczy i paciorkowiec różowy przedstawiają dwa rozmaite gatunki. (Z Kongresu w Rzymie).

Wiadomości bieżące.

— Z Ciechocinka donosi nam kol. ARNSTEIN co następuje: Przed kilku dniami oddano tu do użytku kuracuszów nowo wystawiony, choć jeszcze niezupełnie ukończony murowany budynek, mieszczący w sobie, obok kilkunastu kąpeli solankowych, kąpiele parowe (łaźnię) i natryski. Nie wiem, o ile przy wystawianiu nowych budynków i urządzeń kąpielowych zasięgają tu i tym razem zasięgano zdania kompetentnych w tym względzie t. j. lekarzy, zmuszonym się jednak czując do zwrócenia uwagi na niektóre braki, które jeszcze dziś, póki czas, mogłyby być uwzględnione przez zarząd kąpielowy. Mam tu na myśli przedewszystkiem brak specjalnego urządzenia do tak zwanych szkockich natrysków, polegających na stosowaniu naprzemiennie gorącej wody, a jeszcze lepiej pary i zimnej wody, na pewne części ciała. Szkockie natryski, o których już wspomina STOCKMAN w swoim „Ciechocinku pod względem lekarskim 1882“, mogłyby mieć obszerne zastosowanie w Ciechocinku, gdzie przybywa na kurację tak wielka liczba chorych ze sprawami wysiękowymi, z cierpieniami w narządzie nerwowym, jak: nerwobólami, porażeniami ograniczonymi i t. p. Niemniej też ważnym jest brak odpowiednich urządzeń do kąpeli parowych częściowych t. j. całego ciała bez głowy (szafki parowe — *Dampfkasten*), kąpeli parowych nożnych i t. p. Mogłyby one znaleźć zastosowanie u chorych, którzy dla jakichkolwiek powodów nie mogą znieść wdechań gorącej pary. Usunięcie powyższych braków dałoby się osiągnąć z niewielkim nakładem, a z korzyścią tak dla zakładu kąpielowego jak i kuracuszów. W końcu dodać muszę, że nieliczne braki, jakie się wogóle dają zauważyć w Ciechocinku, prędzej zostałyby usunięte, gdyby lekarze u nas więcej się interesowali Ciechocinkiem (o ile mi wiadomo, bardzo nieliczni lekarze zwiedzają Ciechocinek), poznali jego bogactwa lecznicze i uwagi swe w prasie lekarskiej, a może nawet nielekarskiej pomieszczali.

— Na wystawie higienicznej w Petersburgu urząd lekarski miasta Warszawy nagrodzony został wielkim medalem złotym za swe prace statystyczne, dotyczące zdrowotności naszego

miasta. Na tejże wystawie kol. POLAK otrzymał mały medal złoty za wydawnictwo czasopisma „Zdrowie“.

— Kol. POLAK uzyskał pozwolenie władzy na urządzenie w Warszawie wystawy higienicznej w roku 1895. Prezesem wystawy wybrano prof. BRODOWSKIEGO, wiceprezesami pp. GROTOWSKIEGO, MOŚCICKIEGO, D-ra PRZEWÓSKIEGO i inspektora urzędu lekarskiego D-ra TROICKIEGO. Sekretarzem głównym będzie D-r POLAK. Jako miejsce przyszłej wystawy projektowana jest stacja filtrów.

— Dnia 22 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie prywatnego zakładu leczniczego dla chorych na oczy, drów KĘPIŃSKIEGO i GARLIŃSKIEGO.

— Kol. M. SADOWSKI, współpracownik naszego pisma, został mianowany w tych dniach ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników w polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca b. r. Sekcja medycyny wewnętrznej wraz z laryngologią, otologią, neuropatologią i pediatrią. Dotychczas zapowiedziano następujące referaty i odczyty: 1) Dietytyka i terapia ostrego i przewleczonego niedożywienia u dzieci: D-r ROSENBLATT, D-r Z. SZYDŁOWSKI. 2) Niedokrewność i blednica: D-r DUNIN, D-r E. BIERNACKI. 3) O zapaleniu jelita ślepego i tkanek sąsiednich: D-r REJCHMANN, D-r KRAJEWSKI. 4) O rozpoznawaniu oraz leczeniu nowotworów złośliwych krtani: D-r Jan SĘDZIAK. 5) W sprawie genezy porażenia i zaburzeń czucia w cierpieniach rdzenia piersiowego (z demonstr. prep. mikr.): D-r E. BIERNACKI. 6) W sprawie krwotoków płucnych: D-r T. STACHIEWICZ. 7) Przyczynki do leczenia niektórych form zwężenia krtani: Prof. D-r P. PIENIAŻEK. 8) Przyczynki do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych: D-r JARUNTOWSKI. 9) Gruźlica ucha: D-r GURANOWSKI.

— Rektorem Uniw. Jagiel. na przyszły rok szkolny wybrany został profesor anatomii patologicznej, obecnie dziekan wydziału lekarskiego, D-r Tadeusz BROWICZ.