

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O nieprawidłowych nitkach ścięgniętych w sercu i możebnem ich znaczeniu, podał prof. Browicz.—Przyczynę do etiologii przetok żółciowych, i kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych. Napisał D-r Ignacy Grundzach. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Syringomyelia, podał D-r med. H. Higler. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 65 O istocie myoklonii (paramyoclonus multiplex). 66. Katar kiszek i nerwica kiszek. 67. Dyeta w moczołwie cukrowej. 68. Działanie surowicy krwi w przypadkach gołłca stawowego. — **Notatki bibliograficzne.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **Prof. Browicz** — Sur des fils tendineux anormaux au coeur et leur signification. 2) **D-r I. Grundzach** — Contribution à l'etiology des fistules biliaires; quelques mots sur les fistules biliaires idiopathiques.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **Prof. Browicz** — Ueber abnorme sehnige Fäden im Herzen und ihre eventuelle Bedeutung. 2) **D-r I. Grundzach** — Beitrag zur Aetiologie der Gallen fisteln und einige Worte ueber Idiopathische Gallen fisteln.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau—Obozna str. 5.

O nieprawidłowych nitkach ścięgniętych w sercu i możebnem ich znaczeniu,

podał **prof. BROWICZ.**

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. Lek. Krak. w dniu 20 maja r. b.).

W sercach ludzkich, zupełnie zresztą prawidłowo zbudowanych i rozwiniętych, spotyka się kilka kategorii nitek ścięgniętych, ze względu na umiejscowienie i częstość znaczne różnice wykazujących. Do stałych, w każdym sercu prawidłowem spotykanych, należą nitki ścięgnięte przyzastawkowe, łączące mięśnie brodawkowe z brzegami, jakoteż powierzchnię komorową płatów zastawek ujęć komorowo-przedsionkowych. W tej kategorii nitek ścięgniętych istnieją nierzadko wcale liczne odmiany nitek, łączących brzegi płatów zastawkowych lub powierzchni komorowej tychże, czy to z dodatkowymi, nadliczbowymi mięśniami brodawkowymi, czy wprost ze ścianą komór sercowych, np. przy płacie wewnętrznym zastawki trójdzielnej.

Do drugiej kategorii nitek ścięgniętych napotykaných należą nitki niestałe, pozazastawkowe, przysienne, przylegające do ściany w kierunku bardzo zmiennym, będące w związku z siecią beleczek mięsnych (*trabeculae carneae*), jakie na wewnętrznej powierzchni komór sercowych, w przedsionkach głównie w obrębie uszek istnieją.

Do trzeciej kategorii zaliczyć należy nitki ścięgnięte, które rozpięte są w obrębie jamy głównie komory lewej, rzadziej prawej (w obrębie jam przedsionków nie spotkałem ich nigdy). Te nitki ścięgnięte są rozmaitej długości i grubości, leżą częściej blisko części koniuszkowej jamy komory, rzadziej więcej w części jej środkowej. Nitki te są wogóle rzadkie, mianowicie te,

które rozpięte są w środkowej części jamy. Przebiegają one poprzecznie lub skośnie przez środek jamy komory i łączą przeciwległe mięśnie beleczkowe przyścienne lub dwa punkta ścian przeciwległych komory.

Do czwartej kategorii należą takie nitki ścięgliste, jakie opisali BIESIADECKI (Poszukiwania dokonane w zakładzie patologiczno-anatomicznym, Kraków, 1871, str. 95), i FEIGEL (Pamiętnik II zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1875). Oba te przypadki różnią się tem tylko między sobą, iż gdy w obu przypadkach górny koniec nitki ścięglistej przyczepiony jest do przedniego brzegu zastawki otworu owalnego niezrośniętej z przednim brzegiem otworu owalnego, dolny koniec nitki, wchodzącej z przedsionka lewego przez ujście żyłne do jamy komory lewej, przyczepia się w przypadku BIESIADECKIEGO trzema cienkimi niteczkami do jednej z nitek ścięglistych przyzastawkowych płatu tylnego zastawki dwudzielnej, w przypadku FEIGELA zaś do brzegu tegoż samego płatu zastawki powyżej przyczepu nitek przyzastawkowych na powierzchni przedsionkowej płatu. W obu więc przypadkach nitka ścięglista częściowo leży w obrębie jamy przedsionka i komory. Nitki ścięgliste tej kategorii należą do wyjątkowych.

Nitki pierwszej kategorii są prawidłowe, stałe, jakkolwiek, jak wyżej wspomniałem, spotyka się nierzadko wcale liczne odmiany tychże. Trzy dalsze kategorie nitek ścięglistych należą do niestałych, nieprawidłowych. Z pomiędzy tychże, nitki, należące do kategorii trzeciej, t. j. nitki pozazastawkowe, rozpięte wśród jamy komory lewej, są najważniejsze.

Nitki ścięgliste prawidłowe wytwarzają się, jak wiadomo, z beleczek mięsnych, z jakich ściana serca rozwijającego się jest złożona. Ściana komór serca w pierwszych miesiącach składa się z gębczastej sieci beleczek mięsnych, pokrytych śródsierdziem, której szczeliny łączą się z wąską jamą serca i wśród których krąży krew. W zewnętrznych warstwach ściany serca beleczki mięsne grubieją, szczeliny międzybeleczkowe stają się coraz węższe, a ściana coraz bardziej jednolita. W wewnętrznych warstwach sieci gębczastej dzieje się odwrotnie.

Włókna i pęczki mięsne cieńszeją, zanikają. W górnej części ściany ku ujściom żyłnym (*ostia atrioventricularia*) z tkanki łącznej śródbeleczkowej i śródsierdzia wytwarzają się płaty zastawkowe, w powstawaniu więc których beleczki mięsne, gębczastą ścianę tworzące, znaczny udział biorą. Z płatami zastawkowymi od dołu w związku będące, zanikające beleczki mięsne zamieniają się w końcu w stałe nitki ścięgliste. W skład tychże niekiedy, jak to już dawniej OEHL wykazał (Mem. della acad. delle scienze di Torino, t. 20; według HENLE go, Handbuch d. systematischen Anatomie t. III, I część, str. 24) i co na podstawie własnych moich badań potwierdzić mogę, wchodzi włókna mięsne, które tworzyć mogą według OEHL'a niejako samoistny śródnitkowy mięsień, który OEHL nazywa *musculus contractor chordae*. Spostrzeżenie OEHL'a zgodne jest zupełnie z rozwojem nitek ścięglistych. Taką samą budowę i niekiedy szczątki tkanki mięsnej posiadają także nitki ścięgliste pozazastawkowe drugiej i trzeciej kategorii, t. j. nitki przyścienne i nitki rozpięte w obrębie jamy komory głównie, jak wspomniałem, lewej. Niekiedy już makroskopowo powstawanie tych nitek ścięglistych z mięśni beleczkowych oznaczyć można, gdy postronki te nitkowate złożone są na jednym końcu a nawet w połowie z wyraźnego utkania mięsnego, stopniowo ku drugiemu końcowi ścięnczącego się i przechodzącego w utkanie ścięgliste. Tak więc wejrzenie drobnostkowe jakoteż makroskopowe stwierdza, iż te pozazastawkowe nitki ścię-

gniste w ten sam powstają sposób, jak nitki przyzastawkowe prawidłowe. Nitki ścięgniste wyjątkowe czwartej kategorii, jak w przypadkach BIESIADECKIEGO i FEIGELA, powstać mogły, zdaniem mojem, w ten sam sposób, co poprzednie, przez zanikanie mięśnia beleczkowego nieprawidłowego; trudnoby inaczej wytłumaczyć związek tej nieprawidłowej nitki z nitką ścięgnistą przyzastawkową, jak to w przypadku BIESIADECKIEGO było. Naturalnie, nie mogę tego poprzeć wynikiem badania drobnowidzowego i wykazaniem włókien mięsnych śródnitkowych, gdyż mam przed sobą jedyny okaz serca z taką nieprawidłową nitką ścięgnistą, którego popsuć nie mogę tembardziej, iż wynik nie musiałby być dodatni, nie w każdej bowiem nitce ścięgnistej istnieją szczątki mięśniowe.

Sposób tłumaczenia powstawania takiej nitki, jaki podają BIESIADECKI i FEIGEL, nie jest zdaniem mojem słuszny. BIESIADECKI (*l. c.* str. 100) tłumaczy powstanie nitki ścięgnistej, łączącej brzeg płatu zastawki dwudzielnej z zastawką otworu owalnego, tem, iż zbitysza jakaś tkanka, leżąca w miejscu zetknięcia się tych zastawek, w pewnym okresie rozwoju tychże wyciągniętą została w długą nitkę w miarę wzrostu tych zastawek. FEIGEL zaś (*l. c.*) uważa ową nitkę jako gotowy już twór, powstały z wyparcia pasma sieci przegrodowej skutkiem prądu krwi poza powierzchnią przegrody przedsionkowej, a więc wynikły z wady rozwoju, a jako taki, już przyczepiony do zawiązku przyszłej zastawki dwudzielnej tak, iż wyciągnięcie tej nitki na długość było sprawą wzrastania tejże ostatniej zastawki.

Znaczenie nitek ścięgnistych drugiej, trzeciej i czwartej kategorii nie jest jednakie.

Nitki drugiej kategorii, przyścienne, jakoteż te nitki trzeciej kategorii, które niekiedy znajdują się w części koniuszkowej jamy komory lewej, znaczenia mieć nie mogą. Tak samo nie można przypisać znaczenia tym bardzo rzadkim, wyjątkowym nitkom czwartej kategorii, jak w przypadkach BIESIADECKIEGO i FEIGELA.

Jakkolwiek bowiem przez naciągnięcie tej nitki nieprawidłowej rozchyła się szczelina między przednim brzegiem zastawki otworu owalnego, a przednim brzegiem otworu owalnego, brzeg zastawki bowiem w obu tych przypadkach nie był przyrośnięty, to jednakowoż na czynność serca istnienie tej szczeliny wpływu mieć nie mogło i rzeczywiście wpływu nie wywarło, o czem z ogólnego stanu serca napewno wnosić można. Nitka ta w żadnej fazie czynności serca nie mogła być napiętą, by jakkolwiek szmer wydawać mogła, co zresztą wynik badania klinicznego w przypadku FEIGELA stwierdza.

Natomiast nitki ścięgniste pozazastawkowe wśród komory lewej, w środkowej części jamy tejże komory rozpięte, mogą, jak to wskazują spostrzeżenia kliniczne np. HUCHARD'a (*Contribution a l'étude clinique des tendons aberrants du coeur. Revue de méd. 1893, str. 2*), być podstawą pewnych szmerów, wywołanych przez drgania takich nitek pod wpływem prądu krwi śródkomorowego, skierowanego ku ujściu tętniczemu, co zresztą zależy może od kierunku przebiegu takich nitek ścięgnistych, ich grubości, długości i siły skurczu serca.

Przyczynek do etyologii przetok żółciowych, i kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych.

Napisał **D-r IGNACY GRUNDZACH.**

(Dokończenie.—Zob. N. 26).

Długotrwała obecność kamieni w pęcherzyku żółciowym, wywołuje, jakkolwiek niezawsze, rozmaitego rodzaju sprawy zapalne, wskutek mechanicznego drażnienia błony śluzowej pęcherzyka i zakażeń wtórnych. Sprawa przybiera zwykle charakter od samego początku bardzo przewlekły, trwa lata całe i bardzo często ma dążność do uleczenia samoistnego. Taką dążność upatrywać możemy w tem, że pod wpływem mechanicznego drażnienia grubieją ściany pęcherzyka; powstaje wówczas rodzaj tkanki bliznowej, zbitej tkanki łącznej, która obciąża kamienie, obejmuje je, a następnie, kurcząc się naokoło nich, czyni je nieszkodliwymi, jakkolwiek w tych razach pęcherzyk przestaje istnieć jako narząd czynny, maleje, zanika i dochodzi często do wielkości orzecha laskowego lub pestki wiśniowej. Pęcherzyk taki, uległy zupełnemu zaniżeniu, może być niezrośnięty lub zrośnięty z tkankami otaczającymi, a tkanki jego mogą uleść zwapnieniu lub stłuszczeniu (*cholecystitis sclerosa, atrophia vesicae felleae*).

W niewielkiej liczbie przypadków sprawa ta przebiega w sposób ostry: przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej pęcherzyka przechodzi szybko w ropienie (*cholecystitis suppurativa*): znajdujemy wówczas w pęcherzyku ropę, w której stwierdzamy obecność kamieni żółciowych lub żwiru (OGLE).

Najczęściej jednakże powstaje wskutek działania kamieni miejscowa utrata nabłonka, a w części i błony śluzowej,—słowem owrzodzenie, które się szerzy następnie wgłąb tkanki, wywołuje zmiany zapalne na otrzewny, zrosty z otaczającymi narządami i t. d. Skutkiem tego powstają w następstwie przetoki między pęcherzykiem a narządami sąsiednimi, z którymi uprzednio utworzyły się zrosty. Pęcherzyk żółciowy zrastać się może z sąsiednimi jamistymi narządami, więc z żołądkiem i kiszka lub ze ścianą brzuszną, a przetoki, jakie wówczas powstają, nazywamy: 1) wewnętrznymi (dwuśluzowymi) i 2) zewnętrznymi (śluzowo-skórnymi).

L. KORCZYŃSKI²⁾ w pracy swojej zaznacza, mówiąc o zapaleniach ropnych w następstwie kamicy żółciowej, że „zapalenie ropne wywołać może zniszczenie mniej lub więcej rozległe ścian dróg żółciowych (jeżeli kamień siedzi w przewodzie żółciowym) i pośredniczyć w powstawaniu przetok do narządów sąsiednich, jak worka opłucnowego, osierdziowego, otrzewnowego“. Ropa dostaje się czasem do naczyń sąsiednich: żyły wrotnej, żyły głównej dolnej i tętnicy wątrobowej. Najlepszem zejściem bywa przetoka do dwunastnicy lub poprzecznicy. Jest to samowyleczenie, tą drogą bowiem wydają się wytwory zapalne zwykle razem z kamieniami żółciowymi.

²⁾ Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej. Medycyna. Nr. 13, 14, 16 i 17. 1896 r.

Do zejść kamicy pęcherzykowej należy jeszcze zaliczyć rzadko na szczęście spotykane pęknięcie owrzodzonego pęcherzyka wskutek urazu, wstrząsu ciała; sprawa ta kończy się śmiertelnem zapaleniem otrzewny, jeżeli uprzednio nie powstały zrosty, któreby otrzewnę od tej ewentualności broniły. Czasem znów owrzodzenie to może, jak utrzymuje FRERICHS, samoistnie się zagoić.

Z tem wszystkiem najczęstszą sprawą chorobową, jaką wywołuje istnienie owrzodzeń w pęcherzyku żółciowym, jest niewątpliwie powstawanie przetok żółciowych³⁾.

Dla dokładnego zrozumienia rzeczy, dotyczących powstawania przetok, ich względnej częstości w danych narządach, sąsiadujących z pęcherzykiem żółciowym, radzi CHARCOT uprzytomnić sobie granice anatomiczne pęcherzyka żółciowego; łatwo daje się to uskutecznić, jeżeli zauważymy przy oględzinach pośmiertnych, jakie narządy jamy brzusznej zabarwiają się na żółto wskutek przesiąkania (*imbibitio*) pośmiertnego. Przekonamy się wówczas, że u pewnych osobników dno pęcherzyka ukryte jest pod żebrami fałszywemi; nie zawsze jednakże; a wówczas dotyka ono przedniej ściany brzucha w miejscu, odpowiadającem brzegowi zewnętrznemu prawego mięśnia prostego brzucha. Dolna powierzchnia pęcherzyka dotyka zwykle górnej części drugiego odcinka dwunastnicy (prostopadłego) i poprzecznicy. Zdarza się, jakkolwiek nie często, że pęcherzyk znajduje się bliżej linii środkowej ciała; będzie on się wówczas stykał z pierwszą częścią dwunastnicy (poziomą), a nawet z odźwiernikiem. Jeżeli zaś pęcherzyk znajdzie się bardziej nazewnątrz, bliżej podżebrza prawego, zetknie się wówczas z górną częścią okrężnicy wstępującej lub początkiem poprzecznicy i nerką prawą. Z kątnicą pęcherzyk styka się jedynie wówczas, jeżeli się bardzo nisko opuszcza (wraz z wątrobą) w jamie brzusznej. Dane te anatomiczne w sprawie, nas zajmującej, bardzo są pouczające. Zobaczymy niżej, że częstość względna przetok żółciowych zależy jedynie od wzajemnego stosunku anatomicznego bliżej leżących narządów jamy brzusznej i zrozumimy, dlaczego pewne przetoki są bardzo częste, inne znowu stanowią tylko zjawisko wyjątkowe.

Istotnie, przetoki dwunastnicze pod względem częstości pierwsze zajmują miejsce, a, jak widzieliśmy powyżej, częstość ta uwarunkowana jest danymi anatomicznymi, mianowicie stosunkiem dolnej powierzchni pęcherzyka do dwunastnicy. Drugie miejsce zajmują przetoki okrężnicze. Zależy to zapewne od tego, jak sądzi CHARCOT, że okrężnica, dzięki danym anatomicznym, ma ruchy o wiele swobodniejsze, a ekskursye te odbywają się w szerokich dosyć granicach, we wszystkich niemal kierunkach; stąd trudność powstawania zrostów, a w następstwie przetok. Trzecie miejsce pod względem częstości zajmują przetoki żołądkowe.

Jeżeli zwrócimy uwagę na dane statystyczne, przekonamy się, że najczęstsze są przetoki skórne. Ale statystyka bardzo często (bez ścisłości logicznej stosowana) w błąd tylko wprowadza. W danym razie błąd polega na tem, że, jak słusznie utrzymuje CHARCOT, przetoki skórne są najczęściej opisywane, częściej, niż inne, a to dlatego, że przetoka skórna dla lekarza spostrzegającego—to rzecz bijąca w oczy. Przetoki wewnętrzne pozostają bardzo często ukryte, niezbadane, a zatem do statystyki nie są wciągane. MURCHISON notu-

³⁾ Dane, tu przytoczone, zaczerpnięte zostały głównie z dwóch dzieł specjalnych: 1) CHARCOT. O chorobach wątroby. 1879. Wydanie rosyjskie i 2) LABADIE-LAGRAVE. *l'alté des maladies du foie*, 1892. Obaj sprawę tę traktują wszechstronnie.

je: 70 przetok skórnych, 28 dwunastniczych, 7 okrężniczych i 4 przetoki żołądkowe, inne zaś bardzo podrzędną odgrywają rolę pod względem częstości.

Zajmiemy się przedewszystkiem najczęstszymi, a przynajmniej najważniejszymi przetokami, łączącemi pęcherzyk z przewodem pokarmowym (*sensu stricto*).

Zauważyć należy, że przetoki te mogą posiadać charakter dwojaki: mogą bowiem łączyć wprost pęcherzyk żółciowy z kiską, żołądkiem i t. d., lub też za pośrednictwem jamy ograniczonej, która powstaje wówczas, gdy pęcherzyk, wypełniony kamieniami i owrzodzony, pęka, a zawartość jego dostaje się do jamy otorbionej (wskutek uprzednich zrostów otrzewny), zanim wytworzy się zrost pęcherzyka ze ścianą przewodu żołądkowo-kiszkowego. Tym sposobem ograniczone zapalenie otrzewny, najszcześniejsze w tych razach zejście, ratujące od śmiertelnego zapalenia otrzewny rozlanego, pośredniczy pomiędzy pęcherzykiem, a następnie otwarciem ściany kiszkowej.

Jama, w ten sposób wytworzona, stanowi drogę z zagłębieniami i załomami, mniej lub więcej obszerną (t. zw. kloaka), która powoli się zmniejsza, zwęża, skoro tylko kamienie, żółć, ropa i t. d. wyjdą drogą legalną, usuwając w ten sposób ciągle drażnienie zapalne otrzewny. Z biegiem czasu pozostaje jedynie wązkie pasmo tkanki łącznej pomiędzy dwoma narządami, jako ślad dawnego kanału.

Faktem godnym uwagi jest to, że tworzenie się tych przetok zwykle nie bywa rozpoznawane za życia, daje bowiem bardzo niewyraźne objawy lub przebiega zgoła bez objawów. HARLEY utrzymuje, że we wszystkich przypadkach, gdzie w przebiegu kamicy żółciowej spostrzegamy stolce krwawe lub pomieszane ze żwirkiem i kamieniami, należy myśleć o pęknięciu pęcherzyka i przetoce. Czasem, jak sądzi CHARCOT, mamy żółtaczkę, przytem bóle wątrobowe, bardzo rzadko stolce krwawe lub wymioty krwawe. Wobec tej rzadkości uważałem za właściwe podać powyżej przypadek przezemnie spostrzegany, w początkach mniej jasny, później zaś, wobec pęknięcia ropnia do okrężnicy, czego dowiodło badanie mas kałowych, przebiegający wśród objawów dla mnie wyraźniejszych. Zdaje mi się, że tego rodzaju sprawa chorobowa przy uważniejszym spostrzeganiu i badaniu podejrzanych mas kałowych na składniki żółci, ropę, krew, kamienie i t. d., okazałaby się może nie tak znów rzadką. Objawy są tak wyraźne, że niepodobna prawie nie wykryć tej postaci przetoki. Mówię tu, rzecz prosta, jedynie o przetokach okrężniczych, ewentualnie kątniczych, a szczególnie o tych postaciach, które otwierają się do okrężnicy za pośrednictwem „kloaki“. O rozpoznawaniu innych przetok poniżej jeszcze wzmiankować będzie można. —

1) Przetoki dwunastnicze należą, jak mówiliśmy, do stosunkowo najczęstszych. Jeżeli czytamy opisy lub spostrzegamy sami przypadki zamknięcia światła kiszek z powodu dużego kamienia żółciowego, który, dostawszy się do kiszek, zwykle zamknięcie to powoduje, bądźmy pewni, że dostał się on do kiszek jedynie tą drogą. Taką właśnie drogą dostają się do kiszek największe kamienie, a KRAUS⁴⁾, który przytacza, że kamienie wielkości jaja gołębiego mogą drogą naturalną przedostać się do kiszek przez przewody żółciowe, chyba się myli w tym względzie; jest to bowiem mało prawdopodobne. Dwa przypadki tego rodzaju zamknięcia światła kiszek sam miałem sposobność spostrzegać. W jednym przypadku kamień wielkości sporej śli-

⁴⁾ Prager med. Wochenschrift. N. 36. 1895.

wy, formy jajowatej, został przez otwór stolcowy wydalony, a badanie chemiczne przekonało, że miałem do czynienia z kamieniem żółciowym; w drugim całym przebiegu cierpienia u kobiety, wieloletnią kamicą żółciową dotkniętej, za tem stanowczo przemawiał (chora ta zmarła, oględzin nie wykonano).

Objawy przedostawania się tych kamieni są bardzo często niejasne, czasem brak ich zupełnie, dopóki nie wystąpi „*ileus*“, a CHARCOT wyraził się: „kamienie duże dostają się do kiszek łatwiej, niż małe“; pozorny ten paradoks jest prawdą oczywistą, małe bowiem kamienie, wędrujące przez przewody żółciowe, wywołują ciężkie nieraz objawy: straszne bóle, żółtaczkę i t. d. Śmiało twierdzić można, że wszystkie kamienie, jakie w kale znajdujemy, jeżeli wielkością swoją przekraczają rozmiary małego orzecha laskowego lub małej wiśni, dostają się do kiszek przez przetokę poprzednio utworzoną. Zresztą brak objawów klinicznych (bóle, żółtaczka) za tem stanowczo przemawia. Może się zdarzyć, że duży kamień wywołuje objawy zamknięcia przewodu żółciowego, po pewnym czasie objawy giną, a kamień znajdujemy w przewodzie pokarmowym. Czyż wówczas sądzić można, że dostał on się przez przewód żółciowy? Prawie nigdy, gdyż zazwyczaj powstaje wówczas przetoka dwunastniczo-przewodowa (*fistula choledcho-duodenalis*).

Wspólnie z kol. FREIDENSONEM spostrzegałem przed rokiem przypadek uporczywej, bo 3 lata trwającej, kolki żółciowej, charakteryzującej się napadami częstymi i bardzo silnymi. Przypadek ten dotyczył p. R., mężczyzny około 50 lat mającego, szczupłego, bladego i źle odżywionego. Wątrobę znajdowaliśmy zwykle powiększoną, bolesną na ucisk, brzeg dolny twardawy i bolesny. Pęcherzyka nie wyczuwaliśmy. Kilkakrotnie stosowane najrozsądniejsze leczenie pozostawało bez skutku, w Karlsbadzie miewał chory bardzo silne bóle. Chory, stanem swym zrozpaczony, zgodził się już na ewentualną operację, przedtem jednakże kol. GOLDFLAM i FREIDENSON zalecili mu przyjęcie większych ilości oliwy. Wkrótce potem, bo w dni kilka, chory wydalil wraz z wypróżnieniami kamień wielkości jaja gołębiego (były wówczas bóle i gorączka). Kamień ten, jak stwierdziło badanie, wykonane przez kol. NENCKIEGO, składał się z cholesteryny, barwników żółciowych i t. d., słowem przedstawiał cechy kamienia żółciowego. Objawów *ilei* nie było. Chory, który się czuje doskonale, jest istotnie wyleczony z długotrwałej swojej choroby. W przypadku tym mieliśmy z wysokim prawdopodobieństwem do czynienia z wytworzeniem przetoki do kiszek (prawdopodobnie do dwunastnicy lub okrężnicy) wskutek obecności kamienia w pęcherzyku lub w przewodzie pęcherzykowym i następczego owrzodzenia. Trudno przypuścić, aby kamień tak duży, który trzy lata sprawiał silne dolegliwości (bez wywołania żółtaczki!), mógł się przedostać *per vias naturales*. Za tem przemawia i istnienie gorączki, któraby mogła wskazywać sprawę ropienia, czyli wytwarzania przetoki. Być może, że oliwa nadała całej tej sprawie szybszy impuls przez zwiększone wydzielanie żółci, a więc możliwość zwiększonego ciśnienia w ścieńczonym pęcherzyku. Zdarza się również, że, pomimo istnienia przetoki dwunastniczej, kamień dalej siedzi w pęcherzyku, jeżeli otwór przetokowy jest dlań za mały (DESPRES). CHARCOT i inni badacze spostrzegali przy oględzinach pośmiertnych ślady zagojonej przetoki dwunastniczej; pęcherzyk ulegał wówczas zanikowi (czasem bywały w nim kamienie) i połączony był zapomocą pasma tkanki łącznej z drugą częścią dwunastnicy, na której w miejscu przytwierdzonego pasma widoczny był dołek, jako ślady przetoki.

2) Przetoki okrężnicze zajmują w tym szeregu drugie miejsce, jeżeli uwzględnimy, rzecz prosta, jedynie przetoki kamicowe, w okrężnicy bowiem daleko częściej napotykamy przetoki rakowe w raku pęcherzyka, o czym przy badaniu chorych i wnioskowaniu pamiętać należy. Zdaje się, że LABADIE-LAGRAVE słusznie objaśnia stosunkową częstość przetok rakowych w ten sposób, że pęcherzyk z powodu ciężaru swego opuszcza się nisko i przylega do okrężnicy, a następnie wciąga ją w sprawę nowotworową, powodując w ten sposób powstawanie przetoki. Przetoki kamicowe bywają najczęściej niedaleko zgięcia prawego lub nieco na lewo od zgięcia prawego, bardzo rzadko dają objawy kliniczne wyraźne, szerokość bowiem кишки sprzyja swobodnemu wychodzeniu największych nawet kamieni, które zatrzymywać się mogą np. w *ampulla recti*, skąd zresztą z łatwością usunięte być mogą. Zamknięcie światła okrężnicy jest więc z tego powodu niezmiernie rzadkie. Przetoki te, jak dowiedli BARTH i BESNIER, mają dążność do samoistnego zamknięcia. NOTTA i BRAGUE opisali również przypadki, w których zanikły pęcherzyk, składający się jedynie ze zbitej tkanki łącznej, połączony był z okrężnicą zapomocą sznurka włóknistego.

W naszym przypadku mieliśmy do czynienia z krótkotrwałą przetoką okrężniczą, ale powstała drogą pośrednią — przez wytworzenie otorbionego zapalenia otrzewny, które w sprawę ropienia wciągnęło i okrężnicę.

3) Przetoki żołądkowe są jeszcze radsze, niż okrężnicze, co uwarunkowane jest względami anatomicznymi, jak to powyżej widzieliśmy. Większa liczba autorów przypuszcza, że we wszystkich przypadkach, w których chorzy kamienie żółciowe zwracali w masie wymiotnej, kamienie owe dostały się do żołądka przez wytworzoną przetokę (CRUVEILHER). Możliwą jednakże jest rzeczą, że kamienie mogą dostać się do żołądka z dwunastnicy przez odźwiernik po przejściu ich przez przewód żółciowy wspólny, ale wówczas powinniśmy spostrzegać bóle i żółtaczkę, objawy chwilowego uwięźnięcia kamieni, które powinny poprzedzać zjawienie się ich w żołądku, ale tego często właśnie nie widzimy. Z literatury naszej przytoczyć mogę bardzo interesujący przypadek tego rodzaju przetoki, względnie przetok, jaki na posiedzeniu Tow. Lekar. Warsz. w styczniu 1888 r. przedstawił kol. SOKOŁOWSKI wraz z prof. BRODOWSKIM, a opisał kol. BĄCZKIEWICZ w Gaz. Lekar. tegoż roku ⁵⁾). W przypadku tym zasługuje na uwagę okoliczność, że przetoki te powodowały zwężenie bardzo znaczne odźwiernika wraz z następującą znaczną rozstrzenią żołądka: na granicy żołądka z dwunastnicą znajdowały się dwa otwory wielkości soczewicy, które prowadziły, jak zgłębnik przekonywał, do przewodu żółciowego, mieszczącego w sobie dość duży kamień (bo wielkości jaja gołębiego). Po za temi przetokami znajdował się poprzeczny worek, składający się ze zbitej tkanki łącznej, twór bliznowy, który, kurcząc się, wywołał po dłuższym czasie swego istnienia zwężenie odźwiernika z rozstrzenią żołądka, która zajmowała prawie całą jamę brzuszną i dochodziła do spojenia łonowego. Szkoda, że przypadek ten nie przeszedł do literatury cudzoziemskiej; nie zna go LABADIE-LAGRAVE, który zaznacza, że tego rodzaju przypadek został opisany przez piszącego te słowa. W marcu roku 1889, na posiedzeniu Tow. Lekars. opisałem przypadek znalezienia kilku kamieni przy przepłukiwaniu żołądka, dotkniętego znacznieszą rozstrzenią ⁶⁾). Badanie chemiczne

⁵⁾ Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek. N. 17.

⁶⁾ Kamienie żółciowe w żołądku. Przyczynek do etyologii rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek. N. 19. 1889. Wien. med. Presse. N. 28. 1891.

przekonało, że miałem do czynienia z kamieniami żółciowymi. Chora przechodziła wielokrotnie napady kolki żółciowej przed wielu laty. Ponieważ odźwiernik był niewątpliwie zwężony, trudno więc było przypuścić, aby kamienie przedostały się przez silnie zwężony odźwiernik do żołądka, tembardziej, że nie było wówczas ani kolki żółciowej, ani żółtaczki, któreby nam to przejście udowodniły. Wiemy wszakże, że w przypadkach znacznego zwężenia odźwiernika nawet żółć się do żołądka nie dostaje (JAŹWORSKI). Przyjąłem więc, że w przypadku moim z wysokiem prawdopodobieństwem mieliśmy do czynienia z przetoką (lub przetokami) żołądka, która, jak w przypadku powyżej opisanym, wywołała bliznowe zwężenie odźwiernika. Przypuszczenie to przyjmuje i LABADIE-LAGRAVE. REJCHMAN¹⁾ z następstw kamicy żółciowej wspomina o dwóch rzadkich: o rozstrzeni żołądka i o przetokach między pęcherzykiem, względnie przewodem żółciowym a żołądkiem, i podaje przypadki powyżej wzmiankowane, opisane przez kol. BĄCZKIEWICZA i przeżemnie. Nie jest to bynajmniej jedyna przyczyna wytwarzania się przetok żołądkowych. Czasem wywołują je sprawy nowotworowe przewodu żółciowego wspólnego lub pęcherzyka, a CHARCOT w dziele swoim przytacza przypadek OGLE'a, w którym wrzód drążący żołądka przeżarł zewnętrzne warstwy pęcherzyka tak, że przy dłuższem trwaniu niewątpliwie pękłby pęcherzyk i wytworzyłaby się przetoka.

Wspomnieć się godzi o innego rodzaju przetokach, co prawda rzadkich, wyjątkowych niemal, aby następnie przejść do stosunkowo częstych, a przynajmniej najczęściej opisywanych przetok skórnych.

Przetoki nerkowe nie były spostrzegane (CHARCOT) na stole sekcyjnym. Widzieliśmy jednak, że możliwość ich jest ze względów anatomicznych najzupełniej uzasadniona. Opisywano przypadki wychodzenia kamieni żółciowych przez drogi moczowe, jako zdarzenia wyjątkowe, ale niewątpliwe, bo oparte na badaniu chemicznem owych kamieni. Znane są 4 tego rodzaju przypadki.

Przetoki pochwowe należą również do wyjątkowych. FRANK opisał jedyny znany tego rodzaju przypadek, w którym kamienie żółciowe wyszły przez pochwę w czasie porodu.

Przetoki opłucnowe i płucne stanowią także zjawisko bardzo rzadkie. W przypadkach tych, które zebrali CAYEL i NERMORD, nie mamy do czynienia z pęcherzykiem. Rozciągnięte przewody wątrobowe wskutek uwięźnięcia kamieni i zatrzymywania żółci pękają do jamy otrzewny; tutaj powstaje ograniczone zapalenie ropne otrzewny, które się szerzy coraz dalej, dochodzi do przepony, przeżera ją i otwiera się do jamy opłucnej, gdzie zbiera się ropa i żółć; wreszcie dostać się może i do płuca samego. W przypadku LABOULBENE'a chory wykrztuszał płwocinę zieloną, składającą się z ropy i żółci (badał ją słynny chemik MÉHU), a badanie chorego wykrywało w środkowej części płuca prawego rżężenia wilgotne, które zniknęły po wyrzuceniu płwociny. DRECHSFELD i FOUCHÉ również opisali podobne przypadki, a COLVÉE podaje, że chory jego oprócz płwociny charakterystycznej, wyrzucił kilkakrotnie kamyki wielkości soczewicy przy napadzie silnego kaszlu i kolki kamicowej.

Na tem zakończyć wypada opis przetok t. zw. wewnętrznych czyli dwuszluzowych, dwujamistych.

¹⁾ Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczyt kliniczny, N. 34. 1891.

Przechodząc do opisu przetok zewnętrznych, skórnych, jeszcze raz zaznaczmy, że są one stosunkowo najczęściej opisywane, niepodobna ich bowiem nie spostrzedz i nie opisać, skoro się już utworzyły. Znałe są przeszło 132 przypadki (do roku 1892), zebrane przez MURCHISON'a, a następnie MASSÉ'go i DENUÉ'go; powtarzamy, że nie dowodzi to wcale ich rzeczywistej częstości, dowodzi raczej ich wyrazistości i jasności pod względem klinicznym. Tego zdania jest CHARCOT i inni anatomo patologowie. Wypada nam jednakże bardziej szczegółowo zająć się temi przetokami, gdyż ze wszystkich może przetok żółciowych najważniejsze pod względem rozpoznawczym są właśnie skórne, błędne bowiem rozpoznanie mogłoby z łatwością zaprowadzić do fatalnych błędów w leczeniu.

Przetoki te napotykamy przeważnie u kobiet w wieku przekwitania, a więc po czterdziestym roku życia. Sposób wytwarzania się ich bywa rozmaity: albo powstają one samoistnie, albo wskutek interwencji chirurga z powodu rozlanego zapalenia ropnego ściany brzusznej. W ostatniego rodzaju przypadkach chirurg ogranicza sprawę ropną, ułatwia wytwarzanie się przetoki i uprzedza możliwość samoistnego otwarcia się pęcherzyka lub jamy otorbionej do otrzewny. Samoistne otwieranie się przetoki skórnej bywa również dwojakie. Albo pęcherzyk powoli ulega owrzodzeniu, nie wywołując wybitnych objawów miejscowych lub ogólnych, wytwarza zapalenie zlepane listków otrzewny pęcherzykowej i ściennej, poczem powstaje niewielkie ropne nacieczenie (w początkach stwardnienie), które się rozmiękcza, przeżera skórę i otwiera nazewnątrż. Albo też wytwarza się ropne zapalenie pęcherzyka, które następnie wytwarza zrosty obydwóch listków otrzewny, lub też otorbione zapalenie otrzewny, które w sprawę ropienia wciąga listek ścienny otrzewny, poczem, jak w pierwszym razie, wytwarza się rozlane zapalenie ropne ściany brzusznej i otwarcie przetoki.

Ostry sposób powstawania tych przetok należy do rzadkości. Zwykle sprawa ciągnie się powoli, całymi miesiącami. Chora doznaje zazwyczaj bólów w podżebrzu prawem, sprawa zapalna ściany brzusznej powoduje zgrubienie, bolesne przy dotyku, czasem wyczuć się daje w rozmaitych punktach ściany brzusznej opór ciastowaty.

W prostych połączeniach pęcherzyka i skóry znajdujemy najwyższy punkt ropnia nieco powyżej linii pępkowej na prawo; otwarcie może nastąpić tuż koło pępka. W przypadkach, w których otwarcie nastąpiło pośrednio, ropień otworzyć się może w okolicy dołka, pępka, poniżej pępka nad spojeniem łonowem lub lechtaczką (HUGUIER, KOEBERLE, SCHUEPPEL). Zdarza się, że ograniczone zapalenie otrzewny wywołuje objawy następujące: wymioty, zaparcie naprzemian z rozwolnieniem, nikłość i nieprawidłowość tętna, duszność, wreszcie żółtaczkę. Otwór miewa zwykle brzegi grzybowate, twarde i łatwo krwawiące; wokoło przetoki tkanki twardnieją i grubieją, a skóra bywa obnażona z powodu żrącego działania wydzieliny przetokowej. Kanał przetoki bywa nierówny, powyginany, często (w jamie brzusznej) otoczony luźnymi zrostami, które nieostrożnem badaniem zapomocą zgłębnika można porozrywać, wywołując śmiertelne zapalenie otrzewny (przypadek ROBERT'a). Charakterystyczną bardzo jest wydzielina, która się po otwarciu przetoki wylewa: składa się ona z ropy, krwi i żółci, później zaś z płynu jakby surowiczego, mętnego, zabarwionego przez żółć na kolor żółtawo-zielony. Wydzielina przetoki bywa czasem bezbarwną, jeżeli przewód pęcherzykowy jest zaciśnięty lub zarosnięty, jeżeli duży kamień zamyka przetokę lub jeżeli pęche-

rzyk się zamyka. Jeżeli jednocześnie przewód żółciowy wspólny jest zatkany, żółtaczka może zniknąć, ale stolce pozostają nadal niezabarwione, gliniaste, cuchnące. Chora nasza, jak również kol. STANKIEWICZA, wydzielala płyn śluzowy, gęstawy, bezbarwny; oprócz tego u naszej chorej spostrzegać się dawały skorupki, odłamki kamyków żółciowych, widocznie wypłukiwane przez płyn, sączący się z przetoki.

Chore tracą czasami dziennie 250 ctm. sz. lub więcej płynu przez przetokę, co nie pozostaje bez wpływu na stan ogólny; chore słabną, chudną, a stan ten tłómaczymy sobie zupełnie tak, jak w przypadkach przetok sztucznych (doświadczalnych); ciągła utrata soków (śluzu lub żółci) i zaburzenia w trawieniu, stąd wynikające, a może i wtórne zakażenia lub zatrucia pokarmami nie mogą pozostać bez wpływu ujemnego na ustrój.

Kamienie żółciowe niezawsze wychodzą same przez przetokę. Czasem objętość ich bywa znaczna, dochodzą bowiem nieraz do wielkości jaja kurzego, tak, że pomoc chirurga jest niezbędną, aby ułatwić wyjście kamieni, których obecność chirurg stwierdza wstrząsem („shok“), jaki wywołuje zgłębnik, natrafiając na kamień.

U mężczyzny 57-letniego znalazł Fr. JAWDYŃSKI⁸⁾ przetoki żółciowe samoistne w przestrzeni 7-go międzyżebra. Autor częściowo wyciął 4 żebra i tkanki bliznowe, stanowiące kanały przetok, i wydobył kamienie żółciowe, poczem przetoki się zagoiły.

Co do objawów ogólnych, są one mało wyraźne, chyba, że sprawa przebiega w sposób ostry. Gorączka znika zaraz po otwarciu przetoki. Długotrwała przetoka, jak wzmiankowaliśmy, doprowadzić może do stanu hektycznego, cechującego się gorączką, rozwojnieniem i wymiotami. Co się tyczy zejścia tych przetok, zazwyczaj kończą się one wyzdrowieniem, nie prędzej jednakże, póki nie wyjdzie kamień lub kamienie, jakie się znajdują bądź w pęcherzyku, bądź w kanale przetoki; sprawa ta wlecze się bardzo długo. Zdaje się, że w pewnych razach główną przeszkodę do zagojenia się przetoki stanowi wydzielanie żółci, widziano bowiem przetoki wąziutkie, całe lata trwające, przez które sączyła się żółć; w innych razach główną przeszkodę stanowią kamienie, po wyjściu bowiem kamieni przetoka zazwyczaj szybko się zagaja.

Rozpoznanie natury nacieczenia ściany brzusznej przedstawia niejednokrotnie wielkie trudności, szczególnie wóczas, gdy nie znamy przeszłości chorej (rzadko—chorego) lub gdy dane wywiadowcze zbliżone są do zera w braku charakterystycznych objawów, jak kolka, żółtaczka i t. d. Co najwyżej, można w danym przypadku chorobowym sprawę tę podejrzewać z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem, szczególnie u kobiet wieku podeszłego, w miarę tego, jak zdobędziemy pewne dane wywiadowcze lub przedmiotowe. W znacznej liczbie przypadków nie rozpoznamy sprawy chorobowej, dopóki samoistne otwarcie przetoki, wydzielina ropna, z krwią, żółcią i kamieniami zmieszana, dopóki wreszcie badanie zgłębnikiem, w miarę potrzeby wykonane, nie wyjaśni nam natury zagadkowego częstokroć nacieczenia ropnego.

Tak przynajmniej bywa zazwyczaj, tak też było w przypadku przetoki skórnej, opisaney przezemnie, i w przypadku wyżej wspomnianym kol. STANKIEWICZA i kol. NEUGEBAUERA. Zdaje się, że w miarę postępów chirurgii dróg żółciowych, a więc wcześniejszej interwencji chirurgicznej, coraz mniej napotykać będziemy przypadków zadawnionych, kończących się samoistnem otwarciem ściany brzusznej lub przewodu pokarmowego.

⁸⁾ Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych, dziełwieć przypadków operacyi na pęcherzyku żółciowym, Przegląd Chirurgiczny. Str. 9. 1893.

Syringomyelia,

opisał D-r. Med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 26).

III. Zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe i wydzielnicze należą, obok częściowego porażenia czucia i zaniku mięśniowego, do pospolitych i jednocześnie najprzykrejszych objawów syringomyelii. Za punkt wyjścia ich uważane są zmiany w okolicy szarego spoidła rdzenia, a także w kolumnach CLARKE'a. Pewne, acz mniej ważne znaczenie przypisać należy w tym względzie niewątpliwie i porażeniu czuciowemu, które wystawia chorych na szkodliwe, a niepostrzeżone działanie urazu, zbyt wysokiej lub niskiej ciepłoty i t. p. Odmian klinicznych tej grupy zaburzeń jest bardzo wiele. Najczęstszem siedliskiem zmian troficznych są kończyny dotknięte amyotrofią, przeważnie więc ręce. Zaburzenia powyższe tyczą się skóry, tkanki podskórnej, stawów i kości.

Na skórze spotyka się najróżnorodniejsze zmiany, począwszy od zwyczajnego przekrwienia, zaniku i nadmiernej wydzieliny potu, do najcięższych zapaleń powierzchownych, do flegmon wrzodziejących z następstwami osteo-artropatjami: mniejsze lub większe, ograniczone i rozlane plamy różnobarwne na grzbietowej powierzchni rąk, na tułowie lub na jednej połowie twarzy; lekko cyanotyczne lub ciemno-niebieskie zabarwienie rąk; blade i zimne obrzęki niebolesne dłoni i przedramienia z czerwono-fioletowymi wybroczynami podskórnymi; wybitnie wzmożoną pobudliwość naczynioruchową skóry na bodźce mechaniczne, objawiającą się wystąpieniem rozlanej czerwoności plamistej twarzy, rumieni, liszajów, pokrzywki pęcherzykowej i typowego dermatografizmu (*dermographisme, homme autographique*); stałe i przemijające, nadmierne, względnie niedostateczne wydzielanie potu (*hyperidrosis, anidrosis*); ograniczone, rozlane lub jednostronne, następcze potówki, pryszczycę i wykwity w obrębie hyperidrotycznej powierzchni, względnie kruchość i zgrubienie naskórka w obrębie anidrotycznej skóry; pólpaśiec; zapalenie skóry wysiękowe; głębokie, suche, złuszczone, rzadziej moknące rozpadliny (*rhagades*) i nacieczenie skóry pochodzenia pryszczycowego; zanik naskórka oraz tkanki podskórnej; mocno napiętą, w okolicy zgięć stawowych bez fałd i zmarszczek gładko przylegającą cienką i lśniącą skórę (*glossyskin, Glanzhand, peau lisse*), bardzo skłonną do spraw zapalnych, do owrzodzeń i nekrozy; przykurczenie palców wskutek samoistnej retrakcji powięzi dłoniowej (*contractura palmaris DUPUYTREN'a*); zmiany troficzne i zniekształcenia znajdujących się w stanie zaniku lub przerostu paznokci, jakoto: zgrubienie, nierówność, karbowanie, bruzdowatość, kruchość, wykrzywienie lub też doszczętne zniszczenie tychże; bez widocznej przyczyny lub pod wpływem bardzo nieznacznego urazu powstające rozległe i głębokie owrzodzenia kraterowate skóry z ledwie dostrzegalnym nacieczeniem obwodowym i bez wyraźnej skłonności do gojenia; furunkulozę gruczołów łojowych; flegmony bezbolesne, zastrzały, licznie tworzące się i często powracające na końcach palców (*parésie analgésique MORVAN'a*), na dłoni, rzadziej na palcach kończyny dolnej; powierzchowne, podskórne i głębokie podpowięziowe ropie-

nia, prowadzące do zniszczenia zapalnego, do martwicy kości i stawów z następczym odpadaniem pojedynczych członków (*syringomyelia mutilans*); bliznowate przykurczenia skóry, zgrubienie i zrośnięcie pochw ścięgniętych ze ścięgnami; kontraktury stawów i inne ciężkie zniekształcenia rąk; miejscową asfiksję palców (choroba RAYNAUD'a), prowadzącą z biegiem czasu bądź to do rozległej wilgotnej nekrozy, bądź też do ograniczonej suchej mumifikacji tkanek; samoistnie powracającą liczną martwicę kończyn członkowych palców; przewlekłe rozwijające się *mal perforant du pied*; ostra, zazwyczaj śmiertelną odleżynę trofoneurotyczną; wysypki pęcherzykowe wielce rozmaite, od ostro powstającej, na ściśle ograniczonym terytorium umiejscowionej, do typowej pęcherzycy przewlekłej całego ciała (*pemphigus foliaceus chronicus*); zgrubienie guzowate naskórka dłoni i palców (brodawki); plamy barwnikowe; sklerodermię skóry; kłoidy rzeczywiste i po bliznach powstałe i t.p.

Niemniejszą rozmaitość przejawów okazują przy syringomyelii omawiane wyżej zaburzenia odżywcze muskulatury oraz zmiany troficzne w stawach i kościach.

Początek trofoneurotycznego cierpienia stawowego jest zazwyczaj ostry ze znacznym wysiękiem (*hydarthros*) oraz niebolesnym i rozległym obrzmieniem tkanek okołostawowych. Wysięk zczasem zupełnemu ulega wessaniu lub też pozostawia na powierzchniach stawu osad włóknika, zdradzający się przy ruchach trzeszczeniem na podobieństwo krepitacji przy *arthritis sicca*. Obok wysięków spotykamy przy gliozie zapalenia stawów suche natury przerostowej i zanikowej, prowadzące do okropnych zniekształceń i doszczętnych zniszczeń zarówno części kostnych, jak otoczki stawowej i więzów.

Z pojedynczych przejawów godne są zaznaczenia: pęcznienie kości, tworzenie się wyrostki kostnych (*exostoses*) na nasadzie kości oraz brodawek na błonie maziowej, nadżarcie chrząstki, mięknienie i rarefikacja główki stawowej, rozszerzenie pochewki, rozsuwanie się (*diastasis*) przylegających do siebie końców stawowych, rozluźnienie i rozciąganie się otoczki i przyrządu więzowego, nacieczenie części miękkich i t.d. Że wskutek wzmiankowych spraw patologicznych powstają bujające się stawy (*Schlottergelenk*), zeszytwnienia (*ankylosis*) i idyopatyczne zwichnięcia stawów, odpadanie nasad i liczne złamania samoistne kości, nie potrzeba chyba dowodzić.

Z zestawień statystycznych BRUHL'a i SCHLESINGER'a wynika, że stawy lewej połowy ciała nieco rzadziej zostają dotknięte, niż stawy po stronie prawej. Pierwsze miejsce pod względem częstości zmian odżywczych zajmuje staw barkowy, drugie staw łokciowy, trzecie staw garstkowy. Drobne stawy palcowe rzadziej cierpią samoistnie, częściej natomiast wtórnie przy sprawach wrzodziejących skóry i tkanki podskórnej. Gdy przy wiaździe rdzenia, dotykającym przeważnie części lędźwiowej mlecza, blisko 80% cierpień stawowych przypada na kończyny dolne, stosunek ten przy syringomyelii, umiejscawiającej się prawie wyłącznie w odcinku szyjowym rdzenia, staje się odwrotnym: 80% artropatii syringomyelicznych ma swe siedlisko w kończynach górnych.

Cierpienie stawu stanowi nieraz najwcześniejszy objaw kliniczny w przebiegu gliozy. Dokładne rozpoznanie różniczkowe przedstawia w takich razach trudności ogromne. Artropatya, występując prawie w 10% przypadków syringomyelii, zaczyna się najczęściej w 40-ym roku życia, bądź to zupełnie samoistnie, bądź też pod wpływem urazu. Moment urazowy tłumaczy nam wła-

śnie dziwną napozór okoliczność, że mężczyźni 3—4 razy częściej od kobiet padają na gliotyczne cierpienia stawów: podlegają bowiem w zawodzie swoim o wiele łatwiej obrażeniom. Analogiczną przewagę rodzaju męskiego, kończyn górnych i ręki prawej spotykamy i przy cierpieniach kości. Zmiany w kościach są zwykle natury zanikowej z rozrzedzeniem substancji zbitej (*compacte*) i współczesnem powiększeniem przestrzeni kostnych substancji gębszej. Kruchość kości powiększa się przeto do tego stopnia, że w posuniętych okresach wystarcza nieznaczny bodziec traumatyczny, by wywołać złamanie, zazwyczaj niebolesne. Zupełna nieodpowiedniość pomiędzy natężeniem urazu a rozmiarem sprawy, przezeń wywołanej, każe się nieraz—zwłaszcza u osobników młodych—domyślać istnienia ukrytej syringomyelii. Nierzadko spotyka się liczne złamania samoistne, zrastające się przy obłej kostninie nie wolniej, niż u ludzi zdrowych.

Rzadszą jest odmiana hipertroficzna osteopatyi z przerostem substancji kostnej we wszystkich kierunkach lub w pewnych odcinkach. Przy tej ostatniej postaci spostrzega się ekzostozy, osteofyty, przerost napięstka i nasad kości przedramienia, zboczenie kręgosłupa i t. p. Na szczególniejszą zasługują uwagę ze stanowiska klinicznego: przerosty pojedynczych odcinków kości kończyn i skrzywienia kręgosłupa.

Przerost kości łączy się nieraz z jednoczesną hipertrofią otaczających je tkanek, dając, zależnie od wieku osobnika i obszaru przerostu, obraz częściowego gigantyzmu lub zwykłej akromegalii. Akromegalią może w takich razach być dotknięty pojedynczy członek palca, pojedynczy palec, jedna ręka, cała kończyna, rzadziej kilka kończyn współcześnie. Jeżeli wyłącznie ręka jest we wszystkich rozmiarach powiększona i zniekształcona, to stan ten nazywa *MARIE cheiromegalie*; jeżeli zaś jedynie końcowe członki palców są kolbowato rozdęte i hipertroficzne (*Trommelschlägelfinger*), to wygląd ich wielce przypomina spotykaną przy rozszerzeniu przewłokiem oskrzeli: *osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique*.

O ile większość klinicystów zmiany w kościach i stawach przy gliozie zalicza do spraw trofoneurotycznych, o tyle w kwestyi zboczeń i zniekształceń kręgosłupa zdania pojedynczych autorów są wielce ze sobą sprzeczne. Jedni, którym się udało skonstatować przy badaniu pośmiertnem poważne zmiany anatomiczne w stawach kręgowych, uważają skoliozę syringomyeliczną za skutek *polyarthridis vertebralis*, drudzy podejrzewają pochodzenie myopatyczne, powołując się na stwierdzone porażenia jednostronne mięśni tułowia i zmiany degeneracyjne w głębokich mięśniach grzbietowych. Ogólnie biorąc, więcej jednak momentów przemawia za tem, że skoliozy, występujące blisko w $\frac{1}{3}$ przypadków gliozy, podobnie, jak inne trofoneurotyczne zniekształcenia kości, są natury osteo-artropatycznej. Nie bez wpływu wprawdzie na zboczenia kręgosłupa pozostaje i przewaga używania jednej kończyny górnej wobec niesprawności drugiej, dotkniętej daleko posuniętą sprawą chorobową.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

65. BOETTIGER. **O istocie myoklonii** (*paramyoclonus multiplex*). Dla opisanego przez FRIEDREICH'a *paramyoclonus multiplex* właściwymi objawami są: 1) kloniczne skurcze w symetrycznych grupach mięśni kończyn, ustające podczas snu i pod wpływem ruchów własnowolnych; 2) zwiększona wrażliwość mięśni na podrażnienia czuciowe; 3) znaczne wzmoczenie odruchu kolanowego. Choroba powstaje nagle wskutek gwałtownego przestraszenia, po upływie zaś kilku lat ustępuje. MOEBIUS i STRUEMPPELL, nie widząc w tych objawach nic właściwego, aby chorobę tę wyodrębnić, uważali *paramyoclonus* za histeryę. Następnie UNVERRICHT stanął po stronie FRIEDREICH'a i napisał monografię myoklonii (*paramyoclonus multiplex*) na podstawie pięciu spostrzeganych przez siebie przypadków. Tyczą się one pięciorga rodzeństwa bez usposobienia dziedzicznego; między 6—13 rokiem wystąpiły napady padaczki, po upływie zaś kilku lat objawy następujące: błyskawicznie szybkie kurcze kloniczne nie grup mięśniowych, lecz pęczków, oraz drgania włókienkowe; drgawki były niesymetryczne, niejednoczesne, niemiarowe, oraz podczas snu nie znikwały; pod wpływem ruchów własnowolnych niepokój mięśniowy się zmniejszał, pod wpływem zaś wzruszenia psychicznego zwiększał. Rokowanie *quo ad valetudinem* stawia UNVERRICHT złe; istotę choroby upatruje w ciągłym podrażnieniu przednich rogów istoty szarej rdzenia kręgowego. Przypadki te rzeczywiście do histeryi zaliczyć się nie dają, gdyż drgawek włókienkowych, nie ustających podczas snu, przy histeryi nie spostrzegamy; lecz pod tym samym względem są one różne od przypadków, przez FRIEDREICH'a opisanych, które autor zalicza do histeryi. Przypadki myoklonii były następnie opisane przez LEMOINE'a, GOLDFLAMA, NEUBAUER'a, WEISS'a, FEINBERG'a, BREGMANA i UNVERRICHT'a; z nich bliżej są znane autorowi: przypadek FEINBERG'a—typowo histeryczny, BREGMANA—takiż, jak wyżej opisany FRIEDREICH'a, oraz UNVERRICHT'a—podobny do pięciu przezeń opisanych.

Zachodzi pytanie, czy myoklonia jest chorobą odrębną, czy nie można jej podciągnąć pod opis innej choroby? UNVERRICHT przeprowadził ściśle różniczkowanie jej od histeryi, *tic convulsif*, *maladie de tics*, *chorea electrica*, i autor różnicę tę uznaje; nie zgadza się jednak, zarówno jak MOEBIUS i HITZIG, na różniczkowanie *myocloniae* od *chorea progressiva chronica* (HUNTINGTON'a).

Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na istotę płasawicy przewlekłej oraz jej związek z płasawicą rzeczywistą. Autor uważa za mylny pogląd neuropatologów, jakoby zachodziła podstawowa różnica między niemi, którą upatruje jedynie co do etyologii, przebiegu, rokowania oraz zaburzeń psychiki, towarzyszących obydwom postaciom płasawicy. *Chorea minor* jest chorobą pochodzenia zakaźnego, co wskazuje zapalenie wsierdza jej towarzyszące, oraz poprzedzający ją zazwyczaj gościec stawowy; rozwój jej jest szybki, a przebieg prędko, bo w przeciągu 2—4 miesięcy bywa zejście śmiertelne albo też wyzdrowienie; zaburzenia psychiczne są znaczne, mianowicie rozgrymaszenie, gwałtowność, stan podrażnienia, potęgujące się niekiedy do rzeczywistego zбочenia umysłowego.

Chorea chronica rozwija się u osób dziedzicznie obarczonych, nader powolnie, trwa niekiedy dziesiątki lat, a kończy się śmiertelnie wskutek wyniszczenia ustroju; zaburzenia w sferze psychiki ograniczają się do pewnej słabości umysłu, i to tylko w późnym okresie choroby, rzadko zaś mają miejsce rzeczywiste zбочenia umysłowe. Co się zaś tyczy głównego objawu płasawicy, mianowicie zaburzeń

w sferze ruchu, to w obydwóch postaciach płasawicy drgawki są jednakowe: błyskawicznie szybkie drgania włókienkowe, skurcze oddzielnych mięśni oraz rzadziej skurcze grupy mięśniowej; drgawki są bardziej widoczne w początkowym okresie płasawicy, gdyż później pomijamy je, mając zaprzątniętą uwagę ruchami kończyn; drgawki są niemiernie, nieprawidłowe oraz asymetryczne, potęgują się pod wpływem wzruszeń psychicznych; różny wpływ własnowolnych ruchów na drgawki, mianowicie wzmaganie się ich w *chorea minor*, a zmniejszanie w *chorea chronica*, jest jedynie skutkiem różnego wyżej wskazanego stanu psychiki chorych.

UNVERRICHT w swem różniczkowaniu myoklonii od płasawicy przewlekłej opiera się na następujących danych: 1) drgawki płasawicze są jakoby podporządkowane i dotyczą grup mięśniowych, nie zaś oddzielnych mięśni lub ich pęczków, przytem są powolne, nie błyskawicznie szybkie. Zapatrywanie to jest mylne; jak wyżej przytoczona charakterystyka płasawicy dowodzi, drgawki przy myoklonii są także, jak i przy płasawicy; 2) przypadki myoklonii są wolne od zaburzeń psychicznych; lecz znane są i przypadki płasawicy przewlekłej podobne, opisane przez HOFFMANN'a, OPPENHEIM'a, HOPPE'go, EWALD'a i wielu innych; 3) myoklonia występuje bez względu na brak usposobienia dziedzicznego; zdarza się to samo i przy płasawicy, a zresztą dziedziczność nie może być uważana za cechę wyróżniającą dwie choroby, we wszystkim do siebie podobne; 4) przy myoklonii mamy zmiany chorobowe rdzenia kręgowego, przy płasawicy zaś—mózgu; doświadczenia TURCZANINOW'a, tyjące się zmian rdzenia przy myoklonii, nie zostały dotychczas sprawdzone, zdarzająca się zaś kombinacja myoklonii z padaczką przemawia, zdaje się, przeciw temu.

Co się zaś tyczy przebiegu myoklonii oraz płasawicy, również zejścia, są one jednakowe. Wobec tego autor uważa myoklonię (*paramyoclonus multiplex*) za chorobę identyczną z płasawicą przewlekłą (*chorea chron. progressiva*), gdy MOEBIUS i GOWERS uznawali tylko bardzo blizkie powinowactwo między obydwoma temi chorobami.

(*Berlin. klin. Wochenschr. N. 7. 1896*).

Maksymilian Bernstein.

66. ENGELHARD. **Katar kiszek i nerwica kiszek.** Autor nerwice kiszek, połączone z nadmiernem wydzielaniem śluzu, dzieli na trzy kategorie: 1) podrażnienie nerwowe może być pochodzenia ośrodkowego; 2) podrażnienie może być pochodzenia obwodowego i 3) a) podrażnienie ma miejsce tam, gdzie odbywa się wydzielanie, lub też b) podrażnienie pochodzi z innych narządów, odruchowo. Jako przykład dla pierwszej kategorii może służyć „*colica mucosa*“ histeryczek; dla drugiej te zaparcia, które przez miejscowy ucisk, wywierany przez masy kałowe, u osób nerwowych wywołują wzmożone wydzielanie śluzu, a nawet biegunkę. Do ostatniej wreszcie kategorii zaliczamy liczne stolce śluzowe chorych na cierpienia narządów płciowych, nerwowych kobiet, u których zaparcie i biegunka nawzajem zmieniać się mogą.

Badania chemiczne i drobnowidzowe nie dają nam żadnych danych różniczkowych co do omawianych cierpień, autor więc przytacza trzy typowe, obserwowane przez siebie przypadki—i z ich przebiegu danych tych dostarcza. Otóż okazuje się, że przypadki biegunki, przebiegające na tle czysto nerwowem, w rzadkich tylko razach doprowadzają do zmniejszania się wagi ciała, gdy przy przewlekłym niezycie kiszek dzieje się wprost przeciwnie. Co do stolców—skład ich morfologiczny niewiele nas poucza, lecz rozwolnienie, występujące w nocy lub w najwcześniejszych godzinach rannych, uważa autor za charakterystyczne dla przewlekłego niezytu kiszek. Rozwolnienie nerwowe ma miejsce prawie zawsze w dzień, często zaraz po jedzeniu. Autor próbuje objaśnić to w sposób następu-

jący. Normalny akt defekacji u nerwowych wywiera takie podrażnienie ustroju nerwowego, rządzącego perystaltyką, że wynikiem jego są wypróżnienia kilkakrotne, gdy przy nieżycie kiszek największe napełnienie okrężnicy, co przypada w 6—8 godzin po ostatnim posiłku (a więc o 2—3 godzinie nad ranem, jeżeli kolacja była o 8 godzinie wieczorem), daje powód do szybkich i rozwolnionych wypróżnień nad ranem.

Zmianę kolejną zaparcia i rozwolnienia objaśnia autor w sposób następujący: przy zaparciu czysto nerwowem, które w części warunkuje się zmianami krążenia krwi w kiszki, zatrzymane masy kałowe wywołują takie podrażnienie, że zmieniona błona śluzowa reaguje na nie wzmożonym wydzielaniem śluzu i bardziej częstym, końwulsyjnym ruchem robaczkowym. Gdy jednak podrażnienie znika, rozwolnienie ustaje, żeby ustąpić miejsca zaparciu—i nowa kolej następuje.

Dalej, w nerwicy nie możemy stwierdzić wpływu diety na przebieg cierpienia, gdy przy nieżycie każdy błąd dyetetyczny, każda nieostrożność silnie się zaraz odzywa.

Ważny moment dla rozpoznania nerwicy stanowią t. zw. punkty uciskowe BURKHARDT'a. Cała aorta brzuszna, również i obie tętnice podbrzusne są typowo wrażliwe na ucisk. W sprawach nieżytowych objawu tego nie spotykamy, natomiast natrafiamy bardzo często na wrażliwość uciskową całej okrężnicy, zwłaszcza zstępującej. Oczywiście, i przy zaparciu nerwowem napełniona okrężnica będzie wrażliwa; należy jednak przy naciskaniu na poprzecznicę baczyć, by nie trafić na aortę i tym sposobem bólu nie wywołać. Do rozpoznania różniczkowego mamy więc następujące dane:

Nieżyt przewlekły kiszek.

Po większej części zmniejszenie się wagi ciała. Bładość.

Rozwolnienie zjawia się w nocy lub wczesnym rankiem i jest nierównomierne na resztę dnia rozłożone.

Dyeta bardzo wpływa na rodzaj stolców i cały stan chorego.

Bolesność okrężnicy przy ucisku.

Oczywiście, ściśle rozgraniczenie tych cierpień ma znaczenie więcej teoretyczne, choćby z tego względu, że wiemy, jak wielki wpływ ma stan duchowy na ruchy robaczkowe.

W znacznej większości przypadków mamy do czynienia z cierpieniami mieszanymi, chodzi nam jednak o to, czy w danym przypadku zmiany nerwowe zasługują na większą uwagę, niż zmiany anatomo-patologiczne, czy też odwrotnie. Z fizjologicznego punktu widzenia kiszka gruba narażona jest na największe urazy—dlatego też kiszkom podczas defekacji należy ułatwić pracę. W tym celu bądź przy zaparciu, bądź przy rozwolnieniu powinniśmy podawać pożywienie mieszane, pobudzające ruchy robaczkowe. (Mówimy tu, oczywiście, o nerwicy). Doskonale w tym względzie daje się stosować leczenie winogronowe. Dalej zaleca autor środki łagodnie przeczyszczające — Kissingen, pokarmy w małych dawkach

Nerwice kiszek.

Niema wychudnienia. Często kwitnący wygląd pomimo długoletnich rozwolnień.

Rozwolnienie zaczyna się w czasie zwykłej defekacji lub też zaraz po jedzeniu. Stolce następują po sobie szybko i później na czas dłuższy znikają.

Dyeta pozostaje prawie bez wpływu na stan chorego lub też rozwolnienie ustaje dopiero przy mieszanem pożywieniu.

Punkty uciskowe na aorcie i tętnicach biodrowych.

(150—200) 4—5 razy dziennie, paloną magnezję. W początkach leczenia autor chętnie stosuje przepłukiwania kiszek rumiankiem, codziennie ściśle o jednej porze, możliwie w porze pierwszej defekacji. Dalej zaleca autor hydro- i elektroterapię, nawet zabiegi natury psychicznej, wreszcie odpowiednie zakłady. Wysłanie do wód jest błędne, ponieważ wpływ ich chwilowo tylko może być zadawalający, i to tylko wtedy, gdy chory odżywia się bardzo dobrze, a nie podług przepisów, jakie obowiązują leczących się. Wraz z powrotem jednak chorego do dawnych warunków otoczenia powraca dawne cierpienie, częstokroć niezmiernie uporczywe.

(*St. Petersburger med. Woch. N. 48. 1895*).

Wacław Sterling.

67. KLEMPERER. **Dyeta w moczówce cukrowej.** Przy przepisywaniu diety choremu na cukrzycę należy rozróżniać dwie kategorie przypadków: postać ciężką, gdy mocz zawiera cukier, pomimo, iż pożywienie chorych składa się wyłącznie z białka i tłuszczu, oraz postać lekką — w przeciwnym razie. Przy początkowym badaniu chorego o ciężkiej postaci cukrzycy świadczy dodatni wynik próby GERHARDT'a (barwa moczu za dodaniem doń chlorku żelaza staje się czerwona).

Wyłączenie z pokarmu chorych pierwszej kategorii wodanów węgla jest szkodliwe. Podstawowym pokarmem winno być mleko (słodkie, kwaśne, śmietanka) w ilości 2 litrów dziennie; obok mleka dowolna ilość jaj, jarzyna tłusto przyrządzana w ilości 50—100 grm. oraz także ilość chleba; z napojów wysokokowych wyłącznie *cognac* 50 grm. dziennie; nieznaczna ilość owoców (gruszka, jabłko) — działa pobudzająco na łaknienie; zamiast cukru należy używać sacharyny, aczkolwiek 50—100 grm. lewulozy dziennie nie oddziaływa szkodliwie. Jeżeli przy zachowywaniu tej diety ilość cukru w moczu przewyższa 60—80 grm. na dobę, należy zmniejszyć ilość spożywanych węglowodanów, lecz tylko w razie, gdy choroby nie spadają z ciała; zmniejszenie wagi chorych, bóle głowy oraz ogólne osłabienie wymagają powiększenia ilości spożywanych wodanów węgla bez względu na zawartość w moczu cukru.

Chorem drugiej kategorii, u których zawartość w moczu cukru nie przewyższa 0,5%, podajemy nieznaczne ilości wodanów węgla, poczynając od 25 grm. chleba dziennie i zwiększając postępowo porcję; lecz baczyć należy, by % cukru w moczu się nie powiększał; obok chleba otrzymują chorzy 300 grm. mięsa, 6 jaj, 100 grm. masła, t. j. 100 grm. białka i 100 grm. tłuszczu. W razie zmniejszania się wagi chorego, należy ilość spożywanych wodanów węgla zwiększyć. Z jarzyn należy zalecać zawierające jaknajmniej cukru, a zatem młody bób i japońskie kartofle (*stachys affinis*), zawierające jedynie inulinę; sałatę, szparagi, ogórki, szpinak, kalarepę; grochu oraz kartofli należy bezwarunkowo unikać. Z pożywek dozwolona jest jedynie herbata. Zachwalane surrogaty chleba nie mają wartości.

(*Therap. Monatsh. IV. 1896*).

68. J. WEISS. **Działanie surowicy krwi w przypadkach gośćca stawowego.** Pod kierunkiem prof. DRASCHE'go zostały dokonane próby leczenia ostrego gośćca stawowego podskórnymi zastrzykowaniami surowicy krwi osobników, wyleczonych z tej choroby. Doświadczenia dotyczyły 10 chorych z wyraźnymi objawami ostrego gośćca stawowego; zastrzykiwań wykonano 22, ilość jednorazowo zastrzykiwanej surowicy wynosiła 6,0—10,0, a w dwóch przypadkach 18,0—20,0. Wynik doświadczeń, ogólnie biorąc, ujemny, przedstawia się w sposób następujący: w dziewięciu przypadkach zastrzyknięcie spowodowało zmniejszenie obrzęmienia i bolesności stawów oraz nieznaczny (1—1,5⁰) spadek ciepłoty tegoż lub

następnego dnia; pięć razy podobne zmiany nastąpiły w dwa dni po zastrzyknięciu surowicy; sześć razy zastrzykiwania nie odniosły żadnego skutku; trzy razy nastąpiło pogorszenie, t. j. uogólnienie się choroby. Polepszenie stanu chorych w wyżej wymienionych przypadkach było nietrwałe i po jakimś czasie choroba przybierała postać pierwotną.

Ze względu na to, że ogólny odczyn ustroju przy zastrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej lub też zwykłej końskiej, a nawet albumozy wyraża się również we wpływie ich na ciepłotę, naczynionerwowe zmiany skóry, a niekiedy i na stany zapalne stawów, autor przypuszcza, że złagodzenie objawów miejscowych w ostrym gościecu stawowym pod wpływem zastrzykiwań surowicy jest jedynie zależne od ogólnego działania surowicy, wyrażonego bardziej miejscowo dzięki temu, że stawy przy porażeniu gościcowem przedstawiają *locum minoris resistentiae*. Lecz i ten odczyn miejscowy jest niestały, a w pojedynczych przypadkach szkodliwy.

(*Centralblatt für innere Medicin. N. 17. 1896*). Maksymiljan Bernstein.

Notatki bibliograficzne.

—
F R E U N D.

Głuchota i głuchota wyrazowa. Przyczynek do rozpoznawania tak zwanej niemoty czuciowej podkorowej, 1895, str. 115.

Praca, której chcemy podać myśl przewodnią, podnosząca bardzo ważną sprawę głuchoty wyrazowej, w szczególności zaś t. zw. głuchoty wyrazowej podkorowej, posiada doniosłe znaczenie praktyczne zarówno dla logopatologa, jak neurologa i otyatry. Autor stara się uzasadnić mniemanie, że głuchota wyrazowa, pojmowana zazwyczaj jako zboczenie mowy, uwarunkowane pewnymi zmianami w korze mózgu, może również zależeć od zboczeń, umiejscowionych po za ośrodkami, a mianowicie w uchu wewnętrznym, a nawet średnim. Najwięcej przekonującym w tym względzie faktem są poddane rozbiorowi przypadki t. zw. niemoty czuciowej podkorowej (głuchoty wyrazowej podkorowej). Niemota ta, słusznie kwestyonowana przez wielu autorów jako forma samodzielna, objawia się, jak wiadomo, tem, że mowa samodzielna chorego prawidłowa, czytanie, pisanie i kopiowanie zachowane, brak zaś rozumienia mowy, oraz istnieje niemożność powtarzania i pisania za dyktandem. Dotychczasowe objaśnienie omawianej postaci, opisanej przez LICHTHEIM'a, polegało podług jego mniemania na zmianach w białych włóknach nerwowych podkorowych odnośnej okolicy mózgu (lewy zraz skroniowy). FREUND poddał krytyce objaśnienie LICHTHEIM'a i przypuszczał, że niemoty tego rodzaju zależne są od nieznaczących obustronnych zmian pola słuchowego kory, rozwijających się pod wpływem zakłóceń słuchu pochodzenia obwodowego.

Poniżej załączone dwa spostrzeżenia niemoty podkorowej czuciowej, szczegółowo opisane przez autora, zależały nie od zmian w mózgu, lecz od obustronnego zajęcia błędnika. Pierwsze z nich dotyczyło 22 l. mężczyzny, który, po przebyciu przed 1 1/2 rokiem zapalenia opon mózgowodzeniowych, przedstawiał klasyczne objawy niemoty czuciowej podkorowej, łącznie z szumami w uszach, zawrotem głowy, oraz z zakłóceniem w równowadze ciała. Badanie otyatryczne wykazało: zupełna głuchota ucha lewego, zniesienie przewodnictwa kostnego

z prawej strony, wyróżnianie prawem uchem niektórych samogłosek, jak: *a e*, ze spółgłosek zaś *k p*. Chory ten nie był głuchy. Miał on dokładne pojęcie rytmu, odgadywał więc, z ilu sylab składał się wyraz, a przy odpowiednim badaniu rozumiał nawet niektóre słowa; rozpoznawał różnego rodzaju szmery, jak szmer toczącego się powozu, mlaskania językiem, klaskania w ręce i t. d.; odróżniał od siebie instrumenta muzyczne oraz ich tony z wyjątkiem bardzo wysokich. Nie mógł on powtarzać melodyi, samodzielny zaś śpiew ograniczał się do kilku najłatwiejszych piosenek. Podobny do opisanego był przypadek drugi, dotyczący 65 l. alkoholika, który, od czasu upadnięcia na tył głowy w 1872 roku, podlegał niemocie czuciowej podkorowej, również z objawami zakłóconej równowagi ciała. Autor widział tego chorego w 1886 r. i znalazł co następuje. Mowa samodzielna prawidłowa; brak rozumienia mowy i niemożność powtarzania; czytanie, pisanie i kopiowanie zachowane; niemożność pisania za dyktandem. Chód niepewny. Badanie otyatryczne wykazało: absolutna głuchota ucha prawego, uchem lewym nie odróżnia wysokich tonów, a przewodnictwo kostne z lewej strony zniesione. Chory dokładnie wyróżniał szmery, wysokość tonów z wyjątkiem najwyższych, instrumenta muzyczne, oraz był w możności powtarzać melodię, a nawet samodzielnie śpiewać. Opisane przypadki miały dużo cech wspólnych. Obaj chorzy mogli zupełnie prawidłowo mówić, czytać, pisać i przepisywać, a utracili jedynie zdolność rozumienia mowy. Nie byli oni głuchymi, gdyż wyróżniali szmery i różnicę tonów. Nie przedstawiali zupełnej głuchoty wyrazowej, ponieważ niektóre słowa, szczególnie pewne szeregi znanych uprzednio nazw przy mowie wyraźnie akcentowanej, rozumieli. Ponieważ prawie nie wyróżniali spółgłosek, a tylko niektóre samogłoski, nieznacznego więc stopnia rozumienie mogli zawdzięczać jedynie zachowanemu odczuwaniu rytmu wygłaszanych słów. W obu przypadkach miało miejsce zaburzenie równowagi ciała oraz pewne zmiany słuchu; ostatnie dotyczyło absolutnej głuchoty jednego ucha, a zniesionego przewodnictwa kostnego i utrata odczuwania wysokich tonów drugiego. Ponieważ w obu przypadkach nie było żadnych zmian w uchu średnim, zboczenie więc mogło tylko dotyczyć przyrządu przyjmującego dźwięki, a więc ślimaka. Analizując trzy główne objawy u pomienionych chorych, a mianowicie głuchotę wyrazową, zmiany słuchu oraz zakłócenia w równowadze ciała, autor stara się dowieść, że miały one wspólne źródło. Owego źródła nie wyjaśnia ani uprzednio podane przypuszczenie LICHTHEIM'a, gdyż z powodu częściowego skrzyżowania nerwu słuchowego mielibyśmy obustronną głuchotę, ani teoria FREUND'a, ponieważ przy istnieniu obustronnem zajęciu sfery słuchowej kory, mielibyśmy mieć i inne objawy ze strony psychicznej, jak zaburzenia pamięci, uwagi i t. d., czego u chorych nie dało się wykazać. Jedynie przypuszczenie obustronnego zajęcia błędnika w sposób zupełnie zrozumiały może rzucić światło na omawiane zboczenie. Przemawia za tem etyologia, mianowicie w pierwszym przypadku zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, w drugim zaś upadnięcie na tył głowy, oraz wyniki badań u głuchoniemych z resztkami słuchu. Autor przeprowadził badania te u trzech głuchoniemych z resztkami słuchu i znalazł uderzające podobieństwo wyników z dwoma opisanymi przypadkami głuchoty wyrazowej. I tutaj można było wyłączyć zajęcie kory mózgowej na zasadzie zachowanej pamięci, uwagi i t. d.; ucho zewnętrzne i średnie nie przedstawiało żadnych zmian, a przy badaniu kamertonem znaleziono zniesione przewodnictwo kostne. Chorzy ci również nie rozumieli mowy zwykłej, obok zachowanego pojmowania niektórych słów przy warunkach uwzględnionych powyżej, a cała różnica polegała na tem, że nieco lepiej wyróżniali spółgłoski. Ponieważ głuchoniemota, jak wiadomo, w większości przypad-

ków zależy od obustronnego zajęcia błędnika, podobieństwo więc głuchoty wyrazowej u głuchoniemych z zachowanymi resztkami słuchu, z głuchotą wyrazową u chorych poprzednio opisanych, stwierdza słuszność zapatrywania się autora co do identyczności ich potogenezy. Dalej opisuje autor dwa przypadki głuchoty wyrazowej, z których pierwszy zbliżony był do opisanych spostrzeżeń z resztkami słuchu u głuchoniemych, drugi zaś zależał od obustronnego zajęcia ucha średniego. Wreszcie przytacza należące do tejże kategorii: jeden z przypadków ARNAUD'a, oraz swój własny, zależny od obustronnej sklerozy ucha średniego z następczymi zmianami błędnika.

Z przedstawionego okazuje się, że jednostka kliniczna, objęta nazwą głuchoty wyrazowej, a w szczególności jedna z jej postaci, t. zw. niemota czuciowa podkorowa, odnośnie do swej etyologii winna być szerzej pojmowana, niż dotychczas, gdyż zbiór objawów, charakteryzujących tę niemotę, nie jest wyłącznym wykładnikiem zmian zakończeń nerwu słuchowego w odpowiednim miejscu kory lub włóknach podkorowych, lecz może zależeć od zmian pozakorowych, a mianowicie w pniu nerwu słuchowego, błędniku, a nawet w uchu średnim. Zgodnie z tem, przy każdej głuchocie wyrazowej autor radzi zwracać uwagę zarówno na czynność słuchu, jak i stronę psychiczną chorego, a więc jego pamięć, uwagę i t. d.

Przechodząc do fizyologicznego objaśnienia omawianej głuchoty wyrazowej, autor, zgodnie z zapatrywaniem się w tej sprawie BLEULER'a, sądzi, że zależy ona od więcej skomplikowanego mechanizmu percepcji tonów i szmerów artykulatoryjnych, że więc przy zachowaniem odczuwaniu szmerów, tonów i melodii, mowa może być niepojmowaną.

W zakończeniu swej pracy autor podnosi znaczenie zabiegów leczniczych, wprowadzonych przez URBANTSCHITSCH'a, a mających zastosowanie w wielu przypadkach głuchoty wyrazowej. Leczenie to może mieć doniosłe znaczenie u dzieci głuchoniemych z resztkami słuchu, jak również u osób starszych z częściami obustronnymi zmianami błędnika.

Praca niniejsza ma niewątpliwą wartość, jako pouczający przyczynek do uzupełnienia, a poniekąd wyjaśnienia t. z. niemoty czuciowej podkorowej. Ostatniej nie uważamy, jak to mniema autor, za jakąś oddzielną postać, gdyż według obecnego zapatrywania się nauki o afazji, przyjmujemy jedynie dwie postaci niemoty: ruchową (właściwa niemota ruchowa i agrafia) i czuciową (głuchota wyrazowa i aleksya); wszelkie zaś uprzednio opisywane postacie, jako transkorowe i podkorowe, uważamy jako wyraz czynnościowego osłabienia ośrodków pamięci słuchowej lub ruchowej, występującego bądź samodzielnie, bądź też towarzyszącego nieznacznym zmianom organicznym w tychże ośrodkach. Omawiana praca stanowi potwierdzenie tego zapatrywania i wnosi do etyologii t. zw. niemoty czuciowej podkorowej jeszcze jeden bardzo ważny moment, a mianowicie pewne zboczenia narządu słuchowego. Przypadki z własnej praktyki, które uwzględnię w jednym z następnych przyczynków do nauki o zboczeniach mowy, zbliżają się do opisanych przez autora i stwierdzają jego zapatrywanie, że przy pewnych postaciach głuchoty wyrazowej, narząd słuchowy, mało dotychczas uwzględniany, odgrywa bardzo ważną rolę.

Władysław Ottuszewski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Według CAGNEY'a w leczeniu nerwobólów i zapalenia nerwów rozróżniać naprzód trzeba, czy przyczyna bólów kryje się w samym nerwie, czy też na zewnątrz niego (np. kość). Następnie uwzględnić należy przyczynę cierpienia nerwowego. Z liczby przyczyn wymienić naprzód można histeryę, jako najważniejszą i najczęstszą przyczynę właściwych nerwobólów. Drugą przyczynę stanowi niedokrwistość; w tym razie zabiegi lecznicze polegają na stosowaniu żelaza, arsenu, a nadto na zwalczaniu tak częstego w tych przypadkach zaparcia stolca. Jeżeli przyczyną jest gościec, który szczególnie dotyka nerwy czuciowe, wówczas wskazane są przetwory salicylu. Nerwobóle pochodzenia artrytycznego wymagają leczenia, stosowanego przy skazie moczanowej. W tych przypadkach C. zaleca szczególnie *ammon. chloratum* i *piperazinum*. Z innych przyczyn na uwagę należy zwrócić zimnicę, gripę, przymiot, cukromocz. Obok powyżej wskazanego stosować należy leczenie miejscowe. (Provenc. med. Journ. 95. kwiecień).

== Zakres wewnętrznego stosowania gruczołu tarczowego do celów leczniczych wciąż się rozszerza. Najprzód poczęto używać go w obręku śluzowym, później wotyłości, w cierpieniach skóry (*psoriasis, lupus*), wreszcie w wolu (*struma*), chorobie BASEDOW'a, kretynizmie i t. d. REINHOLD, KUTTNER, KOCHER stwierdzają pomyślne wyniki, jakie daje ta metoda szczególnie w wolu. Leczenie trwa zwykle około 5 tygodni; chorzy zużywają przez ten czas około 108,0 gruczołu tarczowego. JORFIDA komunikuje świeżo zadawalające wyniki stosowania gruczołu w 5 przypadkach wola u dzieci. Dawka dzienna wynosiła 5,0—10,0. U dwójki dzieci J. osiągnął zupełne uzdrowienie, u trójki zaś znaczne zmniejszenie obwodu szyi. (Policlinico. 1895. Lipiec).

== H. STRAUSS (Giessen) przytacza trzy przypadki, w których stosowanie laktofeniny, jako *antineuralgicum*, sprowadziło przy dawce 1,0 cztery razy dziennie żółtaczkę kataralną z odbarwionymi stolcami. Doświadczenia, przeprowadzone z laktofeniną na zwierzętach, wykazały nadżarcia błony śluzowej żołądka i silne zaczerwienienie błony śluzowej dwunastnicy. (Therap. Monatsh. 1895. Wrzesień).

== IMBERT de la TOUCHE w wielu przypadkach neurastenii zauważył dobroczynny wpływ elektryzacji i zastrzykiwań podskórnych. Elektryczność stosował w postaci kąpeli elektrycznych, początkowo codziennie, następnie co dwa dni, w przeciągu pół godziny przynajmniej. Do zastrzykiwań używał siarczanu strychniny albo fosforanu sodu lub wreszcie innych środków, zależnie od wskazań. Elektryczność ma wzmacniać siły, zaś zastrzykiwania oddziaływać mają na stan psychiczny. (Revue internationale d'hydrother. 1895. Sierpień). M. B.

== Można określić stosunek kwasności miazgi pokarmowej w żołądku do kwasności moczu bez uciekania się do zawitych badań. Zdaniem LINOSSIER'a z Vichy, wystarcza w tym celu badać jedynie kwasność moczu. Ważną jest rzeczą, że w braku wymiotów i przepłukiwań żołądka, przy których przepada dla ustroju wiele czynników chemicznych, nieprawidłowa alkaliczność moczu w czasie trawienia żołądkowego jest objawem zarówno żołądkowym, jak wątrobowym. Jeżeli znamy w danym przypadku typ trawienia żołądkowego i kwasność moczu, mamy dokładne pojęcie o wydzielaniu żółci. Wreszcie zanotować należy mniej znany fakt, że wydzielanie soku żołądkowego jest *primum movens* wydzielania żółci, dostarcza bowiem wątrobie zasady potrzebnej do wytwarzania soli żółciowych. (L'indépendance médicale. N. 16 1896).

== Przypadki *volvulus* leczą się często skuteczniej przy pomocy głębokich wlewań kiszczowych z 3, 4 lub 5 litrów naraż wprowadzanych i gliceryny 100 na 1000 wody. Wiadomą jest rzeczą, że *volvulus* powstaje często wówczas, gdy się odkłada na czas późniejszy oddanie stolca, pomimo gwałtownie odczutej potrzeby wypróżnień. PRIOLEAU dodaje, że leczenie to skutecznie popierane bywa przez następne stosowanie mięsienia brzucha. (L'indépendance médicale N. 16. 1896). Gr.

== HUCHARD zauważył kilkakrotnie w przypadkach znacznego zwężenia ujścia aorty u osobników młodych tętno anakrotyczne t. j. o dwubitności wstępującej i zstępującej. LANDOIS czyni zależnem tego rodzaju tętno od powolnego napływu krwi do

tętnic, EICHHORST zaś prócz tego i od zmniejszonej sprężystości naczyń. Autor uważa pogląd ten za błędny, gdyż należałoby w takim razie stwierdzać podobne tętno we wszystkich przypadkach zwężenia ujścia aorty, i sądzi, że jest ono zależne jedynie od własności ścian tętnic, mianowicie od zbytniego rozciągnięcia lub też braku rozciągliwości tętnic. POTAIN widywał podobne tętno u chorych z zupełnie prawidłowymi ścia-

nami u ujścia aorty. (France méd. N. 17. 1896)

== STRASZER zwraca uwagę na zmiany zachodzące we krwi oraz moczu pod wpływem kąpeli różnej ciepłoty. Autor czynił doświadczenia nad sobą i doszedł do wniosku, że gorące kąpiele zwiększają zasadowość krwi oraz ilość wydalaną w moczu fosforanów, zimne zaś działają odwrotnie. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 9 Avril 1896). M. B.

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1896-ty stanowią: a) Członkowie stali. Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚCIŃSKI. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW - RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, GROMADZKI JAN, GRUNDZACH IGNACY, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, OŁTUSZEWSKI WŁADYSŁAW, ORŁOWSKI WACŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJCER JAKÓB i ŻURAKOWSKI ALEKSANDER.

— Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w d. 30 czerwca r. b. przyznało nagrody konkursowe imienia KOCZOROWSKIEGO kolegom: Władysławowi BRUNEROWI za pracę p. t. „Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowym i ilościowym wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie“; oraz kol. STEINHAUSOWI za pracę p. t. „Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem“.

— Sądowo-lekarskie ekspertyzy mają być nadal powierzane uniwersytetom, a nie, jak dotąd, Radom lekarskim.

— Towarzystwo epidemiologiczne w Londynie postanowiło wybić medal na pamiątkę setnej rocznicy szczepienia krowianki przez JENNER'a. Medal ten ma być wręczany tym, którzy odznaczyli się na polu epidemiologii i medycyny zapobiegawczej.

— **Zmarli.** W Warszawie D-r Romuald PŁASKOWSKI, prof. b. Szkoły Głównej, a następnie Uniwersytetu Warszawskiego. Obszerniejszy nekrolog tego zacnego człowieka i lekarza podamy w jednym z następnych numerów naszego pisma.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, w wykonaniu warunku, w testamencie ś. p. D-ra Jana BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 18 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: Libkind - Lubodzieckiej Stefanii, Saxe Julii i Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz Hebda Maryi w Siedlcach i Barkłowskiej Aleksandrze w Mińsku.

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

D-r J. Rogowicz.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 20 Іюня 1896 г.

Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

APTEKA E. GESSNERA

Aleje Jerozolimskie № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

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

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

Wino Chinowe czyste na Maladze, flasz. 1.50 k.
z żelazem zawiera 1% żelaza,
flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresio, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango z żelazem zawiera 2% żelaza flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasno-drzewu (*Erythroxylona coca*) na Maladze, w stosunku 1:20, flaszka 1.50 kop.

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

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

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 k.

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

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

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

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

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

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

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

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

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

Butelka zawiera 402,0 do 450,0. 12—4

D-r J. Panieński

z Poznania

ordynować będzie od 1-go Lipca do 1-go

Października

w **Norderney.**

D-r Andrzej Lorentski

jak lat ubiegłych ordynuje w obecnym se-zonie w **Krynicy.**

D-R MAJKOWSKI

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja praktykuje w **Busku** przez cały sezon. Tegoż do nabycia monografia Buska kop. 60.

PENSYONAT LECZNICZY

NORDERNEY

Informacyi udziela

Radca Sanitarny Dr: Kruse i Dr. Menke.

D-r med. Czesław Stiche

ordynuje w Karlsbadzie

Kreuzstrasse Insel Rügen.



„O Z O N O L“

(ozonolowe olejki eteryczne) środek odwa-niający, zapachu *balsamicznego* do odwie-trzania pokoi, zaleca się. Składy apteczne i apteki. *Zamówienia hurtowe.*
Jerozolimska 27 miesz. 6.

D-r Leonard Leszczyński

b. ordyn. kliniki chirurgicznej zamieszkał na **Trębackiej N-r 4** przyjmuje z chorobami zębów i jamy ustnej od 10-ej do 5-ej.