

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. LAMBLA.

## I. ROZSIANE ZAPALENIE NERWÓW. CUKROMOCZ.

(*Neuritis multiplex cum glycosuria*).

Podał

**A. Feilchenfeld,**

ordynator kliniki.

Od czasu, kiedy LEYDEN (1) wyodrębnił rozsiane zapalenie nerwów z całego szeregu chorób, cechujących się porażeniami z zanikiem mięśni, posypały się jedna za drugą prace niemieckich przeważnie autorów; dość wspomnieć STRUEMPEL'a (2), MUELLER'a (3), O. VIERORDT'a (4), EULAN'a (5), KAST'a (6), MINKOWSKIEGO (7) i innych. To też strona kliniczna i anatomopatologiczna omawianego cierpienia dosyć szczegółowo zostały już zbadane. Nieco gorzej rzecz się ma z etyologiją rozsianego zapalenia nerwów. Przypadek, który mam zamiar opisać, sędzę, zainteresuje czytelników tak przez swą przyczynę [ostre zatrucie], jak i przez niezwykle powikłanie [cukromocz]. W naszej literaturze znalazłem tylko jedną pracę o rozsianem zapaleniu nerwów, pracę kol. GOLDFLAMA (8); upoważnia mnie to i poniekąd zniewala przypadek mój obszerniej nieco przedstawić.

Przy Maryjanna, lat 26 licząca, żona robotnika, pracującego w garbarni, przybyła do kliniki 1 Lutego 1888 roku. Opowiada, że w połowie grudnia 1887 roku, będąc poprzednio zupełnie zdrową, bezpośrednio po zjedzeniu kartoflanki na wieczrę, dostała mdłości, bólu w żołądku, gwałtownych wymiotów i rozwolnienia. Tęż samą kartoflankę jadła wraz z mężem na obiad, bez żadnej szkody dla obojga. Kartoflankę od objadu do wieczora przechowała, jak zwykle, w kamiennym garnku. Mąż, pomimo że na nic się nie uskarżał i zwykle odznaczał się dobrem łaknieniem, dnia tego udziału w wieczery odmówił. Już podczas jedzenia czuła chora nieprzyjemny słodkawy i jednocześnie cierpki smak potrawy. Mąż, któremu Maryjanna stała na przeszkodzie w jego miłosnych zapałach do innych kobiet, niejednokrotnie odgrażał się, że ją zabije. Nawiasowo dodam, że mąż chorej wkrótce potem za zabójstwo jakiejś dziewczyny został przez sąd skazany.

Wymioty i rozwolnienie trwały cały tydzień dniem i nocą i po każdym napoju powiększały się. Chora nadzwyczajnie osłabła. Przez ten tydzień

mąż zupełnie nie chciał chorej ratować, nie wezwał nawet felczera. Po tygodniu przyjaciółka zawiozła chorą do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie chora przebyła około 2 tygodni. Z opowiadania chorej, jak również z karty szpitalnej, dowiedziałem się: że wymioty powoli zmniejszały się, a przed wypisaniem chorej ze szpitala zupełnie ustąpiły; że podczas pobytu w szpitalu zjawiała się na rękach bliżej nieokreślona wysypka, która po kilku dniach znikła; że już w szpitalu wystąpiło drętwienie w końcach palców rąk i nóg. Rozpoznano wówczas: *vomitus*, *neurasthenia*. Już w pierwszym tygodniu choroby Prycz dużo piła z powodu palenia w żołądku, ale i po ustaniu wymiotów pragnienie pozostawało wzmożone i trwa dotąd. Drętwienie palców po wyjściu ze szpitala coraz się powiększało pod względem natężenia i rozprzestrzenienia, przeszło na ręce i nogi, do łokci i kolan, przyłączyło się silne osłabienie kończyn. Te właśnie objawy zmusiły chorą udać się powtórnie do szpitala i oto przybyła do naszej kliniki.

Przed obecną chorobą Prycz była zawsze zdrową; oprócz chorób wieku dziecięcego, tyfusu w 12 roku życia i krótkotrwałej róży przed rokiem, żadnych innych chorób nie przechodziła. Przymiotu nie miała. Miesiączkuje prawidłowo. 2 razy rodziła szczęśliwie, dzieci zmarły od wewnętrznych drgawek, według jej słów. Ojciec chorej umarł na tyfus, matka w położu. Nikt z rodziny chorobom umysłowym, ani nerwowym nie podlegał. Na wsi urodzona do 15 roku życia u rodziców przebywała, później w służbie. Roboty nadmiernej nigdy nie miała. Pożywienie zwykle miewała dostateczne, pokarmy mieszane, mącznych potraw nigdy nie lubiła i jadła je bardzo umiarkowanie. Wódki nie pijała. Poważniejszych wstrząśnięć moralnych w życiu nie doznawała, oprócz niezbyt szczęśliwego pożycia z mężem, na co zresztą niebardzo była wrażliwa.

Przez pierwsze dwa dni pobytu w klinice chora, chociaż z trudnością, jednak chodziła, obecnie dnia 3 Lutego zupełnie nie chodzi. Wzrostu średniego, prawidłowej budowy ciała, nieźle odżywiona, utrzymuje jednak, że bardzo schudła podczas choroby. Waga ciała 50,1 kilogramów; stan bezgorączkowy. Tętno 100, fala mała, łatwo daje się ucisnąć. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie ma. Oddech pęcherzykowy, tony serca czyste. Brzuch niebolesny przy dotykaniu, wypróżnienia codzienne, łaknienie dobre. Chora czuje się bardzo osłabioną.

W górnych kończynach, symetrycznie po obu stronach, widocznym jest zanik, mianowicie: zagłębienie przestrzeni międzykostnych i spłaszczenie na wyprostowanych powierzchniach przedramienia. Ruchy w obrębie palców bardzo ograniczone, w stawie napięstkowym i łokciowym mniej są osłabione, jeszcze swobodniejsze w stawie barkowym. Palce odstają od siebie i są lekko zgięte, chora może je wszakże wyprostowywać, oddalać i zbliżać, ale bardzo powolnie, słabo i z ograniczeniem amplitudy. Zaciśnięć pięści może, ale bardzo słabo, przyczem głównie zgina mały i obrączkowy palec, a wskaziciel i średni przy zaciśnięciu pięści bardzo słaby biorą udział. To też drobne czynności, jak np. szycie, są niemożliwe, a łyżkę przy jedzeniu podnosi niezgrabnie zapomocą dwóch ostatnich palców. Przy ruchach biernych żadnego oporu nie do-

znajemy. Przykurczeń nie ma, drgawek nie było. Czuć dotykowe upośledzone na 3 palcach promieniowych i odpowiednich im powierzchniach dłoniowych. Czuć bolesne wzmożone, ukłucie jest nadzwyczaj bolesne. Czuć ciepłoty zachowane. Zmiany czucia powiększają się ku obwodowi kończyny, t. j. na członkach. Zmysł mięśniowy w 3 palcach promieniowych bardzo osłabiony, w łokciowych zachowany. Ucisk mięśni przedramienia bolesny. W żłobku mięśnia dwugłowego prawego wyczuć można sznurek paciorkowaty, nerw pośrodkowy, bolesny na ucisk; ból rozprzestrzenia się na palce. Odruchów ścięgnistych, ani od okostnej otrzymać nie można. Ręce, a zwłaszcza dłonie, obficie potnieją. Skóra z dłoni schodzi całymi płatami. Chora doznaje w górnych kończynach silnych bólów, głównie od łokcia do palców. Bóle w nocy znacznie większe.

W położeniu dolnych kończyn zauważyć można, że stopa jest na dół opuszczoną, a brzeg wewnętrzny ku górze i wewnątrz skierowanym (*pes equinovarus*). Skóra na podszewkach schodzi płatami. Na grzbiecie prawej stopy blisko kostki zewnętrznej (*malleolus externus*) obrzmienie z zaczerwienieniem. Zaczerwienienie pozostało po pokrzywce, która przez ostatnie trzy dni pokrywała dużymi plamami całe prawie dolne kończyny. Ruchy czynne najmniej ucierpiały w stawach biodrowych, ale i w tych są osłabione, jeszcze słabsze ruchy w kolanach, a bardzo ograniczone w stawach skokowych i palcowych, zwłaszcza lewej nogi. Ruchy bierne żadnego oporu nie okazują, staw skokowy rozluźniony (*Schlottergelenk*). Czuć dotykowe zuniesione na stopach i goleniach, powyżej kolan wraca. Czuć bólowe wzmożone, ukłucie chora uczuwa dotkliwie, jednokrotnie i bez opóźnienia. Czuć ciepłoty zachowane. Ucisk mięśni, goleni i stóp bolesny. Ujęcie skóry tych okolic w fałdę jest bardzo bolesnem, również bolesnym jest ucisk okolic nerwów łydkowych, piszczelowych tylnych, ale bez rozprzestrzenienia ku obwodowi. Zmysł mięśniowy jest osłabionym w palcach i stawie skokowym prawej kończyny, w lewej tylko w palcach. Mięśnie są wiotkie, ale wyraźnego zaniku nie ma. Chora doznaje oprócz drętwienia, jeszcze bólów gwałtownych, zwłaszcza w nocy, charakteru neuralgicznego, trwających po  $\frac{1}{2}$  godziny z dłuższymi następnie przerwami. Bóle chora określa jako ściskanie naokoło stawów skokowych. Odruchy kolanowe i ścięgna ACHILLES'a zniesione.

Tułów żadnych zboczeń ani pod względem ruchu, ani pod względem czucia nie przedstawia, wyrostki cierniste na ucisk są niebolesne. Czynności pęcherza i kiszki stolcowej są zupełnie prawidłowe.

Ilość moczu 2200 ctm. sześć, ciężar właściwy 1027. Mocz słabo kwaśny, przezroczysty, białka nie zawiera; cukru 4,7%; ogólna więc dobowa ilość cukru wynosi 99 gramów.

Zalecono kąpiele ciepłe, mięsienie kończyn. Wewnątrz: jodek potasu i dyjetę przeciwcukrzycową. Mięsienie wkrótce zarzuciliśmy. Chora czuła się po każdym posiedzeniu gorzej, bóle znacznie się wzmacniały.

Od tej pory stan chorej coraz się pogarszał, pod datą 29 Lutego zanotowano:

Osłabienie coraz wzrasta, chora nie może rękami wykonać żadnej czynności, np. nie może utrzymać łyżki; ręki w barku nie może unieść do góry. W cier-

pieniu przyjęły udział mięśnie tułowia. Chora nie może usiąść na łóżku o własnej sile, wykonywa to zaledwie, podpierając się rękami. Z położenia siedzącego w leżące pada całym ciężarem ciała. Kręgosłup wyprostowywa bez energii i niezupełnie; siedząc nachyla się ku przodowi. Mięśnie brzucha napina dobrze. Nieznaczna nawet czynność mięśni jeszcze nieporażonych wywołuje nadzwyczaj prędko zmęczenie. Skarży się na silne bóle w rękach i nogach, drętwienie nie tylko w kończynach, ale i na brzuchu.

Badanie elektrodyjagnostyczne niektórych mięśni i nerwów dało wynik następujący:

|                                   | Strum. przerw.<br>odległ. cewek | Strumień stały.                                                                     | Charakter skurczu.                               |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <i>N. radialis sin.</i>           | 9 ctm.                          | 20 El[7MA]KaSZ<br>AnSZ przy mocniejszym prądzie                                     | chwilowy, energiczny                             |
| <i>M. extens. digitor. sin.</i>   | 9½ „                            | 15 El[3MA]KaSZ<br>20 El[4MA]KaSZ 7 AnSZ                                             | chwilowy                                         |
| <i>N. medianus sin.</i>           | 9½ „                            | 15 El[3MA]KaSZ 7 AnSZ                                                               | chwilowy                                         |
| <i>M. flex. digit. subl. sin.</i> | 9 „                             | 20 El[4MA]KaSZ 7 AnSZ                                                               | chwilowy                                         |
| <i>M. inteross. prim. sin.</i>    | 9 „                             | 40 El[4MA]AnSZ 7 KaSZ                                                               | oba b. słabe powolne                             |
| <i>M. interos. secun. sin.</i>    | 9 „                             | 50 El[5MA]KaSZ=AnSZ                                                                 | oba toniczne, długotr.                           |
| <i>M. interos. tert. sin.</i>     | 9 „                             | 50 El[3MA]KaSZ 7 AnSZ                                                               | oba długotrwałe                                  |
| <i>M. interos. quart. sin.</i>    | 8½ „                            | 45 El[4MA]KaSZ 7 AnSZ                                                               | oba długotrwałe<br>przy AnSZ typowo-<br>powolny. |
| <i>M. thenaris sin.</i>           | 9 „                             | 30 El[3MA]AnSZ<br>KaSZ nie można otrzymać z przyczyny skurczu<br>sąsiednich mięśni. | słaby, powolny, ro-<br>baczkowy.                 |
| <i>M. hypothener sin.</i>         | 9 „                             | 30 El[½MA]KaSZ<br>KaSZ jak w poprzednim.                                            | słaby, robaczkowy.                               |
| <i>N. ulnaris sin.</i>            | 11 „                            | 10 El[½MA]KaSZ                                                                      |                                                  |
| <i>M. quadric. fem. dex.</i>      | 7½ „                            | 40 El[10MA]KaSZ 7 AnSZ                                                              |                                                  |
| <i>N. peroneus dex.</i>           | 8½ „                            | 30 El[4½MA]KaSZ                                                                     |                                                  |
| <i>M. tibialis ant. d.</i>        | 9 „                             | 20 El[3MA]KaSZ 7 AnSZ                                                               | toniczny                                         |
| <i>M. peroneus lon. d.</i>        | 8½ „                            | 35 El[6MA]KaSZ                                                                      | słaby, toniczny                                  |
| <i>M. gastrocnem. d.</i>          | 8½ „                            | 50 El[bardzo silny prąd]KaSZ prawie=AnSZ.                                           |                                                  |

W niektórych zatem mięśniach wyraźny, chociaż częściowy, odczyn zwyrodnienia, polegający na zmianie charakteru skurczu [np.: *m. interos. pr.* daje skurcz powolny; *m. thenaris* i *hypothener* skurcz powolny, robaczkowy] i na odwróceniu formuły skurczów: najprzód pojawia się skurcz przy zamykaniu anody, a później dopiero przy zamykaniu katody, np. *interos. primus*. Przeciwnie skurcz zdrowych

**Objaśnienie.** An = Anoda, Ka = Katoda, S = skurcz, Z = zamknięcie, MA = Milli Ampères  
KaSZ = drażnienie katodą przy zamykaniu strumienia, AnSZ = drażnienie anodą przy zamykaniu strumienia.

mięśni bywa chwilowy, energiczny i najprzód pojawia się KaSZ, a dopiero przy mocniejszym strumieniu AnSZ.

Chora do połowy Marca straciła na wadze około 3 kilogram [47,2 kilogram.] przy zupełnie prawidłowej czynności przewodu pokarmowego i dosyć obfitem pożywieniu. Ilość cukru w moczu znacznie zmniejszyła się, a nawet przez dni kilka chora nie wydzielala zupełnie cukru; po błędzie w przepisanej dyjecie cukier w moczu znowu się zjawił.

W połowie Marca stan chorej zaczął się poprawiać. Bóle są znacznie mniejsze i chwilowe. Ruchy w górnych kończynach znowu powracają. Chora może ująć łyżkę, co prawda bardzo jeszcze niezgrabnie palcem małym i obrączkowym; może podnieść ręce w barku wysoko, ale nie na długo. Kręgosłup lepiej wyprostowywa, może sama usiąść i siedzieć dłużej. Ścisła dłoń z siłą 5 kilogramów. W prawej ręce może wykonywać ruchy palcami: wyprostowywać je, zbliżać i oddalać; w lewej wyprostowanie zwłaszcza małego palca jest upośledzone. Czuć dotykowe w palcach prawej ręki wróciło, w lewej jeszcze nieco osłabione. Ukłucie nadmiernie bolesne. Zmysł mięśniowy w 3 palcach promieniowych lewej ręki osłabiony, w innych częściach prawidłowy. Przestrzenie międzykostne w lewej ręce zagłębione, w prawej zaczynają się wypełniać. Nerw pośrodkowy prawy wyczuwa się jako sznurek paciorkowaty, przy ucisku bolesny; ból promieniuje do końców palców. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona, słabe uderzenie mięśni przedramienia lub *thenaris* wywołuje długotrwały skurcz. Odruchy ścięgnowe zniesione.

Stopy w położeniu *pes equino-varus*, zwłaszcza lewa. Ruchy bierne żadnego oporu nie napotyka, bierne zgięcie grzbietowe lewej stopy wywołuje dotkliwy ból w łydce. Ruchy czynne w lewej nodze bardzo ograniczone: chora słabo bardzo porusza palcami; słabo zgina i jeszcze słabiej wyprostowywa nogę w kolanie, w biodrze ruchy również ograniczone. Ruchy w prawej nodze mocniejsze, może poruszyć palcami, stopą i nawet nieco unieść kończynę. Czuć dotykowe, bólowe i ciepłoty bez zmiany od poprzedniego badania. Odruchy kolanowe i ścięgna ACHILLES'a, jak i poprzednio, zniesione. Odruch podeszwowy jest, ale bardzo słaby.

Powtórne badanie elektrodyagnostyczne tych samych nerwów i mięśni dało wynik nieco odmienny; zbadano również i niektóre inne nerwy i mięśnie. Oto wynik:

|                                                      | Strum. przeryw.<br>odległ. cewek. | Strumień stały.                                | Charakter skurczu.                      |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <i>N. radialis sin.</i>                              | 10 ctm.                           | 20 El [1½ MA] KaSZ                             |                                         |
| <i>N. medianus sin.</i>                              | 10½ „                             | 20 El [1 MA] KaSZ<br>25 El [1¼ MA] KaSZ 7 AnSZ |                                         |
| <i>N. ulnaris sin.</i>                               | 11 „                              | 15 El [1 MA] KaSZ                              |                                         |
| <i>M. exten. digit. com. s.</i>                      | 9½ ctm.                           | 30 El [3 MA] KaSZ < AnSZ                       | oba, a zwłaszcza ostatni słaby, powolny |
| <i>M. flex. dig. subl. s.</i>                        | 9½ „                              | 35 El [3 MA] KaSZ = 7 AnSZ                     | słaby, toniczny                         |
| <i>M. flex. dig. subl. ze</i><br>strony promieniowej | 9½ „                              | 35 El [3 MA] KaSZ = AnSZ                       | słaby, powolny                          |

|                                | Strum. przeryw.<br>odległ. cewek | Strumień stały.             | Charakter skurczu.            |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <i>M. supinat. l. sin.</i>     | 10 "                             | 20 El[1MA]KaSZ 7 AnSZ       | toniczny                      |
| <i>M. thenaris sin.</i>        | 10 "                             | 30 El[1½MA]KaSZ 7 AnSZ      | oba powolne, leniwe           |
| <i>M. hypothernaris sin.</i>   | 10 "                             | 30 El[1MA]AnSZ              | leniwy, słaby                 |
| " " "                          | bliżej palca                     | 40 El[1½MA]KaSZ 7 AnSZ      | powolny, słaby                |
| <i>M. interos. I sin.</i>      | 9 ctm.                           | 25 El[½MA]KaSZ              | oba powolne, słabe            |
|                                |                                  | 30 El[¾MA]KaSZ=AnSZ         | oba powolne, słabe            |
| <i>M. interos. II sin.</i>     | 9 "                              | 45 El[2MA]AnSZ 7 KaSZ       | oba powolne, słabe            |
| <i>M. interos. III sin.</i>    | 9 "                              | 35 El[2MA]KaSZ 7 AnSZ       | toniczny, słaby               |
| <i>M. interos. IV sin.</i>     | 9 "                              | 20 El[4MA]AnSZ 7 KaSZ       | powolny, słaby                |
| <i>M. deltoid. s. p. post.</i> | 9 "                              | 20 El[4MA]AnSZ 7 KaSZ       | toniczny                      |
| " " " " anter.                 | 9 "                              | 25 El[4MA]KaSZ 7 AnSZ       | toniczny                      |
| <i>M. biceps sin.</i>          | 12 "                             | 20 El[½MA]KaSZ              | chwilowy, silny               |
| <i>M. triceps sin.</i>         | 10 "                             | 20 El[¾MA]KaSZ              | chwilowy, silny               |
| <i>M. quadric. fem. dex.</i>   | 8 "                              | 45 El[6MA]KaSZ=AnSZ         | słaby, powolny                |
| <i>N. peroneus dex.</i>        | 7 "                              | 40 El[5MA]KaSZ              |                               |
| <i>M. tibialis ant. d.</i>     | 8 "                              | 30 El[4MA]AnSZ 7 AnSZ       | robaczkowy                    |
| <i>M. peroneus lon. d.</i>     | 8 "                              | 35 El[4MA]KaSZ nieco 7 AnSZ | powolne, faliste              |
| <i>M. gastrocn. d.</i>         | 7 "                              | 45 El[6MA]KaSZ 7 AnSZ       | toniczne, słabe, po-<br>wolne |
| <i>N. cruralis sin.</i>        | 9 "                              | 35 El[5MA]KaSZ              |                               |
| <i>M. peroneus l. sin.</i>     | 9 "                              | 30 El[2MA]KaSZ              |                               |
| <i>M. extens. dig. com. s.</i> | 6 "                              | 30 El[2MA]AnSZ 7 KaSZ       | słabe, robaczkowe.            |
| " " " " "                      | 6 "                              | 35 El[3MA]AnSZ 7 KaSZ       | " "                           |

Poprawa od tej pory dosyć szybko postępowała i ostatecznie chora wypisała się z kliniki w końcu Maja w stanie następującym: Na wadze znowu zyskała 1 kilogram [48,3 klgr.], chodzi bez laski, przyczem widać, że lewa stopa opada. Ruchy rękami wszystkie możliwe, tylko szyć jej jeszcze trochę trudno. Mały palec lewej ręki nieco zgięty. Czucie zupełnie dokładne. Skarży się na drętwienie, nieznaczne zresztą, w 3 promieniowych palcach obu rąk, bólu przy ucisku nie doznaje. Ścisła dłoń z siłą w prawej ręce 42 klgr., w lewej 32 klgr.

Ruchy w dolnych kończynach swobodne, z wyjątkiem zgięcia grzbietowego stopy, które jest słabe i ograniczone, zwłaszcza w lewej nodze. Podczas chodzenia występuje ból w okolicy lewego stawu skokowego; ujęcie skóry tych okolic w fałdę jest niebolesnem. Czucie dotykowe jest dokładne, z wyjątkiem palców, zwłaszcza lewej nogi, gdzie jest upośledzone. Odruchy kolanowe i ścięgna ACHILLES'a są zniesione, podeszwowe dosyć silne.

Przez czas pobytu chorej w klinice cukier z moczu kilkakrotnie znikał zupełnie i znowu się pojawiał zwykle po błędzie w przepisanej dyecie, mianowicie po mącznych pokarmach. Średnia dobową ilość moczu około 1800 ctm.; średnia dobową ilość cukru około 50 grm..

Stosowano kąpiele ciepłe, dyjetę przeciwcukrzycową, sacharinę zamiast cukru, oprócz tego salicylan sodu, jodek żelaza, antifebrynę i od czasu, kiedy porażenia przestały się rozprzestrzeniać, znowu mięsienie.

W końcu Października roku 1888 chora znowu przybyła do kliniki, skarżąc się na osłabienie, które nie pozwala jej oddawać się ciężkiej pracy, na wzmożone łaknienie i pragnienie, na obfite wydzielanie moczu. Ogólne odżywianie od czasu wypisania chorej z kliniki nie o wiele podupało. Ciężar ciała 48,1 klgr., siła w prawej ręce 50 klgr., w lewej 40 klgr.. Na rękach i nogach zaledwie ślady po poprzednim zaniku mięśni, przestrzenie międzykostne wypełnione. Ruchy rękami i nogami chora wykonywa zupełnie dobrze: pomaga służącym w obsłudze chorych na sali. Czucie zupełnie dokładne. Doznaje ona jeszcze drętwienia w końcach 3 promieniowych palców obu rąk, a czasami chwilowego bólu i targania w łydkach. Odruchy kolanowe i ścięgna ACHILLES'a są zniesione. Badanie elektrodyagnostyczne nerwów i mięśni wykazało powrót prawidłowej pobudliwości elektrycznej. W wewnętrznych narządach zmian żadnych nie ma. Ilość dobową moczu 6200 ctm., ciężar właściwy wynosi 1033; cukru znaleziono 5,5%, dobową zatem ilość cukru wynosi 341 grm.

Zalecono dyjetę przeciwcukrzycową, a zamiast cukru, sacharynę, kąpiele ciepłe. Ze środków farmaceutycznych dawano opium, bromek potasu, antyfebrynę.

Nie będę szczegółowo opisywał przebiegu choroby, ani podawał wyników codziennej analizy moczu, powiem tylko, że wkrótce ilość cukru w moczu znacznie się zmniejszyła, zupełnie usunąć cukromocz nie byliśmy jednak w stanie. Od czasu do czasu zjawiał się w moczu aceton bez widocznej szkody dla chorej. Aceton wykazywałem zapomocą próby LIEBEN'a, zmodyfikowanej przez GUNNING'a. Próba jest bardzo łatwą do wykonania i przytem bardzo czułą; polega ona na tem, że z nalewki jodowej pod wpływem acetonu tworzy się jodoform. Po zalkalizowaniu moczu nadmiarem amoniaku gryzącego, lub ługu potasowego, dolewa się na zimno kroplami jodynę. Po każdej dolanej kropli tworzy się czarny osad jodku azotu, który natychmiast po wstrząśnięciu próbówki ginie. Jodynę dolewa się do tej pory, dopóki czarne zabarwienie nie przestanie szybko ginąć i cały płyn nie przyjmie wyglądu mlecznego, mętnawego. Po kilku minutach na dnie zbiera się osad żółtawy z charakterystycznym zapachem jodoformu. Osad, zebrany na filtrze i wysuszony, usuwa wszelkie wątpliwości, że mamy do czynienia z jodoformem.

Ostatecznie chora wypisała się 14 Lutego 1889 roku ze znaczną poprawą. Waga ciała wynosiła 49,7 klgr., siła w prawej ręce 60 klgr., w lewej 40 klgr.. Najdrobniejsze nawet ruchy rękami i nogami chora wykonywa dokładnie. Drętwienie w palcach znikło, bólów żadnych nie doznaje. Pozostał tylko brak odruchów ścięgniastych.

Skończyłem szczegółowy opis choroby i jej przebiegu. Wiem, że spotka mnie zarzut, iż zupełnie zbytecznie rozwodzę się nad opisem pojedynczego przypadku. Uważałem to jednak za konieczne. Przypadek ten uważać można za typowy i sędzę, że koledzy, ze sprawą tą nieobznajmieni, nie bez korzyści przeczytają opis jego.

Jeżeli porównamy wynik naszego badania z klasycznymi opisami LEYDEN'a, STRUEMPL'a, GOLDFLAMA i innych, to ani przez chwilę nie będziemy się wahali z rozpoznaniem. Oto w streszczeniu obraz choroby w moim przypadku: silne bóle

we wszystkich czterech kończynach, wzmagające się ku obwodowi, uczucie drętwienia w kończynach, postępujące od obwodu. Szybko występujące zmęczenie. Niedowład, później bezwład z szybko następującym zanikiem mięśni rozwijają się od obwodu kończyny. Częściowy odczyn zwyrodnienia. Czucie dotykowe zniesione, bólowe wzmożone. Ucisk mięśni bolesny. Ograniczone zgrubienia nerwu bolesne przy ucisku, ból promienieje ku obwodowi. Zwiększona mechaniczna pobudliwość mięśni. Odruchy ścięgnowe zniesione, skórne bardzo osłabione. Zmiany odżywcze i naczynioruchowe [miejscowe obrzęki, obfite miejscowe potnienie, łuszczenie naskórka]. Brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszek stolcowej. Brak odleżyn. Po pewnym czasie [5 miesięcy] powoli następujący, prawie zupełny powrót kończyn do czynności. Ruchy swobodne. Czucie dokładne. Zaników prawie nie ma. Odruchy skórne wróciły. Pozostało uczucie drętwienia w końcach palców i to bardzo nieznaczne oraz brak odruchów ścięgniastych.

Przejrzałem prawie wszystkie przypadki rozsianego zapalenia nerwów, przez niemieckich zwłaszcza autorów podane, rzadko gdzie spotkać można tak typowy przebieg cierpienia. Dowodzi to, że w naszym przypadku wszelkie gatunki włókien, przebiegające we wspólnym pniu nerwowym, były dotknięte, a więc: ruchowe, czuciowe, odżywcze i naczynioruchowe.

Jaka jest przyczyna cierpienia? LEYDEN w ostatniej swej pracy dzieli *Neuritis multiplex* pod względem etiologicznym na cztery grupy.

1. Zakaźna postać, do której zalicza: porażenia po błonicy, tyfusie i innych zakaźnych chorobach, samodzielną zakaźną postać, chorobę przez SCHEUBE'go BAELE'go opisaną, znaną w Japonii pod nazwą Beri-Beri, lub Kak-ke i *Neuritis multiplex* po syfilisie i gruźlicy.

2. Postać powstała na skutek zatrucia: porażenia ołowiane, arsenowe, fosforowe; porażenia po otruciu tlenkiem węgla, siarkiem węgla; *ergotismus*, porażenia rtęciowe i alkoholowe.

3. Spontaniczne rozsiane zapalenie nerwów po nadmiernej pracy fizycznej i po gwałtownym przeziębieniu.

4. Zanikowa postać [charłacza] w niedokrwistości złośliwej, błędnicy, włądnie, charłactwie rakowatym i cukrzycy.

Wróćmy do naszej chorej. Kobieta zupełnie poprzednio zdrowa zaraz po zjedzeniu kartoflanki dostaje gwałtownych wymiotów i rozwolnienia, trwających przez tydzień cały. Tę samą kartoflankę jadła już z mężem na obiad bez szkody dla obojga. Już na otaczających robi to wrażenie otrucia. Jeszcze bardziej staje się prawdopodobnem zatrucie, jeżeli zwrócimy uwagę na stosunki rodzinne chorej. Mąż chorej, człowiek w gruncie zły, który w kilka miesięcy później dopuścił się morderstwa, groził niejednokrotnie chorej, że ją zabije. Pomimo, że był zdrow, wbrew swemu zwyczajowi wieczerzy dnia tego nie chciał jeść. Po zachorowaniu nagleżony nie chciał wezwać pomocy lekarza, pomimo, że obawiał się, aby żona nie umarła; do współlokalki, a pani swego serca, powiedział, że gdyby chora teraz umarła, to posądzonoby ich o otrucie. I mnie zatrucie wydaje się bardzo prawdopodobnem, nie mówię pewnem. Aby zyskać pewność, należałoby wykazać truciznę w wymiocinach, lub w wydzielinach

chorej. Niestety, chora przyszła pod moją obserwację w 6 tygodni po zachorowaniu.

Z szeregu ciał trujących, które wywołują rozsiane zapalenie nerwów, niektóre możemy zaraz wykluczyć, jakoto: zatrucie tlenkiem węgla, siarkiem węgla, sporyszem, zatrucie rtęcią i alkoholem; pierwsze trzy, ponieważ nie było żadnych innych objawów charakterystycznych; ostatnie dwa — ponieważ chora wódki zgoła nie pijała, a z rtęcią nic nie miała do czynienia. Pozostaje więc zatrucie ołowiem, fosforem, lub związkami arsenu.

Porażenia ołowiane występują wskutek przewlekłego zatrucia, zwykle poprzedzają je inne objawy zatrucia, jako to: kolka ołowiana, bóle stawów i t. d. TANQUEREL DES PLANCHES, podług SEELIGMUELLER'a (9), z 200 przypadków tylko 14 porażeń widział bez poprzedzającej kolki.

Porażenia ołowiane przeważnie zjawiają się w obrębie nerwu promieniowego. Czucie prawie zawsze bywa nietknięte. Brzeg zębowy dziąseł bywa ciemno zabarwionym. Nasza chora poprzednio była stale zdrową zupełnie; porażenia rąk były przeważnie w obrębie nerwu pośrodkowego. Czucie w wysokim stopniu było zmienionem. Wspomnianego zabarwienia dziąseł nie było ani śladu. Oprócz tego chora nigdy nie miała do czynienia z ołowiem.

Porażenia fosforowe muszą chyba należeć do bardzo rzadkich, kiedy SEELIGMUELLER zaledwie o nich mimochodem wspomina, a LEYDEN mówi tylko, że są bardzo zbliżone do porażeń arsenowych, lecz że anatomiczną ich podstawą bardzo niedokładnie jeszcze zbadano. W naszym przypadku nietrudno nam będzie zatrucie fosforem wykluczyć. Tylko znaczna ilość fosforu mogłaby wywołać tak gwałtowne początkowe objawy, a wtedy nie obeszłoby się bez następczego cierpienia wątroby: bolesności, żółtaczki i t. d.. Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego nie ustąpiłyby tak szybko. Przytem fosfor ma charakterystyczny zapach, przypominający czosnek, co chora niewątpliwie by poczuła w kartoflance.

Pozostaje zatrucie arsenikiem. Za zatruciem arsenikiem przemawia ta okoliczność, że jeszcze bardzo często u nas, zwłaszcza u ludzi prostych, związki arsenu w celach zabójczych bywają używane. Robotnikowi, pracującemu w garbarni, gdzie arsenik ma bardzo obszerne zastosowanie, nietrudno zaopatrzyć się w dostateczną do otrucia ilość.

Smak kartoflanki był słodki, a jednak bardzo nieprzyjemny, cierpki, podług zeznania chorej. Początek choroby gwałtowny, wymioty i rozwolnienie długotrwałe z szybko następującem osłabieniem; objawy, jednym słowem, zbliżone do cholery, a takie właśnie objawy cechują ostre otrucie arsenem. Wreszcie, samo porażenie i sposób jego rozwoju jest niemal charakterystycznym dla porażeń arsenowych. Zaczyna się w drugim tygodniu po otruciu, kiedy objawy zapalne ze strony przewodu pokarmowego już ustąpiły, od bólu, drętwienia, obumarcia w palcach. Widzimy podobny początek w dwóch przypadkach JAESCHKE'go (10), w 1 GOLDFLAMA i w 3 przez FALKENHEIM'a (11), w roku zeszłym ogłoszonych. Wkrótce przyłączają się porażenia i począwszy od palców rąk i nóg, przechodzą na przedramię i goleń, rzadziej na tułów.

Zanik mięśni występuje bardzo szybko, prawie jednocześnie z niedowładem i w tym samym porządku. Nadczułość bolesna, znieczulenie dotykowe. Zmiany odżywcze i naczynioruchowe skóry. Odruchy ścięgniste zniesione. Brak zaburzeń ze strony kisztki stolcowej i pęcherza. Co do badania elektrycznością, to DA COSTA (12), SEELIGMUELLER i JAESCHKE znajdowali tylko wprost zmniejszoną, lub zniesioną pobudliwość, czyli zmiany ilościowe, przeciwnie w naszym przypadku, jak również w przypadkach DANA (13), GOLDFLAMA i FALKENHEIM'a zauważono zmiany jakościowe, częściowy odczyn zwyrodnienia.

Polegając na powyższych danych, uważam otrucie arsenikiem za prawie udowodnioną przyczynę rozsianego zapalenia nerwów w danym przypadku. Pewności zupełnej mieć nie mogą bez wykazania obecności arsenu w wydzielinach. Jak już wspomniałem, chora przyszła pod moją obserwację dopiero po 6 tygodniach od początku choroby. Mało bardzo miałem nadziei po tak długim przeciągu czasu wykazania arsenu w moczu, przerobiłem jednak odpowiednie próby pod kierunkiem D-ra NENCKIEGO. Wynik był ujemny.

Pozostaje jeszcze jeden ciemny punkt w naszym przypadku. Jak objaśnić cukromocz z zejściem w cukrzycę? FRERICHS (14) pod nazwą „*glycosuria*” rozumie te przypadki, w których cukier wydziela się w moczu czasowo i w małej ilości, nie wywołując poważnych zmian w odżywianiu, albo też jako podrzędny objaw innych poważnych cierpień przeważnie układu nerwowego. A dalej pisze: „między „*glycosuria*” i „*diabetes*” nie ma stałej, ostrej granicy, nieraz niewinna „*glycosuria*” wzmaga się do „*diabetes*”.

Przeglądając, o ile mi dostępną była, literaturę lat ostatnich, znalazłem tylko jeden przypadek rozsianego zapalenia nerwów z cukromoczem. Prof. TOMAS (15) na zjeździe neuropatologów w Baden-Baden podał przypadek *polyneuritidis* pochodzenia reumatycznego; moczu zawierał  $\frac{1}{2}\%$  cukru obok zupełnie niepowiększonej dobowej ilości. Po kilku tygodniach cukromocz ustąpił wraz z innymi objawami zapalenia nerwów. Oczywiście rzecz, że w przypadku TOMAS'a rozsiane zapalenie nerwów było podstawowem cierpieniem, któremu towarzyszył cukromocz, gdyż w przeciwnym razie cukromocz nie ustąpiłby wraz z wyleczeniem zapalenia nerwów, lub też po pewnym czasie cukier znów pojawiłby się w moczu, o czem nie ma wzmianki. Bez porównania bardziej znane są rozmaitego rodzaju zaburzenia nerwowe w przebiegu cukrzycy. ZIEMSEN i HOESSELIN (16) przed kilku laty opisali przypadki rozsianego zapalenia nerwów u chorych na cukrzycę; cukrzycę uważali za przyczynę, a zapalenie nerwów za skutek. AUERBACH (17) wątpi, aby anatomiczną podstawą porażień obwodowych u dyjabetyków było zapalenie nerwów, gotów raczej przypuszczać bardziej delikatne zaburzenia w odżywianiu nerwów, czemu odpowiada wogóle bardzo łagodny przebieg porażień.

A w naszym przypadku? Przedewszystkiem trzeba by rozwiązać kwestyję, czy chora poprzednio nie cierpiała na cukrzycę. Zadanie niełatwe. Wogóle prawie nigdy nie można określić początku cukrzycy. Znajdujemy przy badaniu cukier w moczu; ale jak dawno już się cukier wydzielał? Zwykle za początek uważamy jakiś fakt w poprzednim życiu chorego, który mógł posłużyć za etjologiczny moment, lub też czas, kiedy wystąpił jakiś bardziej znany objaw cukrzycy. Chorą badałem bardzo dokładnie, nawet wbrew wszelkim prawidłom

badania starałem jej się wprost wmówić objawy cukrzycy, które mogłaby była sama zauważyć przed obecną chorobą. Odpowiedź stale otrzymywałem przeczącą. Jedyne od ostatniej choroby zwiększyło się jej łaknienie, doznawała większego pragnienia, wydzielala więcej moczu. Wysypek żadnych poprzednio nie miewała. Była zawsze dobrej tuszy. Praca fizyczna nigdy jej przedtem nie męczyła. Pokarmy zwykle jadła mieszane, mącznych potraw nawet nie lubiła. Sądzę przeto, że mam prawo przypuszczać, że cukromocz rozwinął się dopiero po ostatniem zachorowaniu, wskutek otrucia arsenem.

Czybyśmy nie mogli objaśnić cukromobzu działaniem samego arszeniku? Rozpatrzmy niektóre jego własności chemiczne i fizyologiczne. Otóż LEWIN (18) w *Real. Encyklopädie* EULENBURG'a pisze: „Arsen działa hamująco na organizowane fermenty; w pewnej ilości i przy pewnym czasie działania zmniejsza własność drożdży wywoływania fermentacji cukru, ogranicza rozwój drożdży, opóźnia alkalizację moczu, a także spontaniczną przemianę cukru na kwas mleczny“. A więc arsen ogranicza przemianę cukru na kwas mleczny, czyli innemi słowy: ogranicza utlenianie cukru. A ograniczone utlenienie cukru jest wszak główną przyczyną cukrzycy [CANTANI (19), v. MERING (20)]. Nieco dalej czytamy u LEWIN'a: „przeróbka wodoru węgla pod wpływem arsenu ulega zmianom; arsen przeszkadza przemianie cukru na glikogen“. A więc cukier wprowadzony z pokarmami, lub też ze skrobi w jamie ustnej i żołądka wytworzony, nie przechodząc w glikogen, nagromadza się w nadmiernej ilości we krwi (*glycaemia*) i wydziela się z moczem. Zdanie LEWIN'a, że arsen przeszkadza przemianie cukru na glikogen, polega na doświadczeniach SARKOWSKIEGO, który stale znajdował zmniejszoną ilość glikogenu w wątrobie zwierząt zatrutych arsenikiem. BINZ (21) nieco odmiennie tłumaczy sobie ten sam fakt. Utrzymuje on, że związki arsenu przyspieszają utlenienie wogóle, przyczem glikogen, jako łatwopalny materiał, pada pierwszy ofiarą. BINZ również zbija zdanie, jakoby brak glikogenu w wątrobie pod wpływem kwasu arsenawego zależał od utrudnionej przemiany cukru na glikogen. Przytacza doświadczenia nad królikami, którym po dwudniowem głodzeniu dawano co 2 godziny po 4—10 grm. cukru z dodatkiem 0,02 grm. kwasu arsenawego, przyczem mocz nie zawierał cukru, a wątroba tylko nieznacznie zawierała ilość glikogenu. Kto ma słusność BINZ, czy też strona przeciwna, nie podejmuję się rozstrzygnąć. Przytoczę natomiast fakt, cytowany przez BINZ'a, że BIMMERMANN w trzech doświadczeniach nad królikami znalazł cukromocz pod wpływem przewlekłego zatrucia kwasem arsenawym, przyczem ilość cukru w moczu powiększała się po wstrzyknięciu *curare* lub *amyli nitrosi*. Z powyższego widzimy, jak sprzeczne panują do tej pory zdania o wpływie związków arsenu na cukromocz. W naszym przypadku rzecz gmatwa się jeszcze bardziej przez to, że cukromocz trwał w dalszym ciągu po całkowitem już wydaleniu arsenu ze krwi; nie znaleźliśmy go w moczu.

Przypadki cukromoczu po zatruciu związkami arsenu muszą zdarzać się nadzwyczaj rzadko, kiedy ani w pracy NAUNYN'a (22) o zatruciu arsenem, ani u KOBERT'a (23) nie wspomniano o nich. COESTER (24) i EICHHORST (25) widzieli przypadki ostrego zatrucia arsenikiem, w których w okresie zdrowienia ilość

moczu była znacznie powiększoną, jednak bez zawartości cukru. COESTER, porównyując powyższy przypadek otrucia arszenikiem z poprzednim niepomyślnym, w którym aż do śmierci była anuryja, sądzi, iż zwiększona ilość moczu w podobnych przypadkach zwiastuje poprawę, zupełnie jak w cholery. Wogóle pomiędzy cholerą i ostrem zatruciem arsenawem zachodzi wielkie podobieństwo. Przypominam o tem dlatego, że w cholery nieraz już spostrzegano cukromocz. FERRICHS utrzymuje, że cukromocz w cholery trwa zwykle 2—3 dni, czasami jednak przechodzi w prawdziwą cukrzycę długoletnią, ze śmiertelnym zejściem.

Leczenie w naszym przypadku było bardzo utrudnionem. Sprawa zapalna w nerwach wymaga przede wszystkim absolutnego spokoju, cukromocz przeciwnie najprędzej znika przy pracy fizycznej. Z początku dopóki sprawa chorobowa nie była dostatecznie wyjaśnioną zastosowaliśmy mięsienie ogólne. Wkrótce jednak musieliśmy go zaprzestać, bóle znacznie się wzmacniały, zwłaszcza samo mięsienie było szalenie bolesnem. Kiedy porażenia i zanik przestały postępować, znowu zastosowano mięsienie i zdaje się, jakoby ono przyczyniło się do szybkiego powrotu czynności w porażonych kończynach. Chora czuła się po każdym mięsieniu rzeświejszą. O ile poprzednio wypraszała się od mięsienia, o tyle później poddawała mu się z chęcią. Dyjetę, o ile to było możliwem, staraliśmy się zastosować przeciwcukrzycową. Dawaliśmy więc mięso, jaja, tłuszcze, rosół, z jarzyn — kapustę, mleka nie byliśmy w stanie wykluczyć. Zamiast cukru do słodzenia herbaty podawano sacharynę. Przy takiej dyecie za pierwszym pobytem chorej w szpitalu cukier z moczu zupełnie znikł i tylko po zjedzeniu bułki, lub kartofli na krótki czas znów się pojawiał. Powtarzało się to tak stale, że każde wykroczenie chorej mogłem jej zupełnie dokładnie udowodnić; zawsze w końcu przyznała, że poprzedniego dnia pozwoliła sobie jakiejś mącznej potrawy. Podczas drugiego pobytu chorej w klinice przy tej samej dyecie ilość cukru znakomicie się zmniejszyła, nigdy jednak nie udało się cukromocz zupełnie usunąć.

Zamiast cukru do słodzenia herbaty i kawy używała chora sacharyny przez ciąg kilku miesięcy, znosiła ją zupełnie dobrze. Z lekarstw stosowaliśmy jodek potasu, jodek żelaza, salicylan sodu, antifebrynę, bromek potasu, makowiec bez widocznego skutku.

## L I T E R A T U R A.

- 1) Die Entzündung der peripheren Nerwen deren Pathologie u. Behandlung. 1888. — 2) STRÜMPFELL. Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. Archiv für Psych. 1883; STRÜMPFELL. Ueber das Verhältniss der multipl. Neuritis zur Poliomyelitis. Neur. Centralblt. 1884, p. 241; STRÜMPFELL. Die Nervenkrankungen der Alkoholisten. Medicin. Gesellsch. zu Leipzig, ref. Berl. kl. Woch. 1885, p. 113. — 3) MÜLLER. Ein Fall von multipl. Neuritis, Arch. für Psychiatrie. 1883, p. 660. — 4) O. VIERORDT. Beitrag zum Studium der multipl. degener. Neuritis. Archiv f. Psychiatr. 1883, p. 678; O. VIERORDT. Zum Frage von Vesen der Blei lähmung. Neur. Centr. 1887, p. 553. — 5) EULAN. Ein Fall von multipl. Neuritis. Berl. klin. Woch. 1886. — 6) KAST. Klinisches und Anatomisches über primäre degenerative Neuritis. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. XL. Hft. I. — 7) MINKOWSKI. Beiträge zur Pathologie der multiplen Neuritis. Mittheilungen aus der medicin. Klinik zu Königsberg herausgeg. v. Naunyn. 1888 r. — 8) GOLDFLAM. O t. zw. rozszianem zapaleniu nerwów (*Neur. multipl. disseminata, polyneuritis*). Medycyna. Nr. 23, 24, 25, 26, 27, 28. — 9) SEELIGMÜLLER. Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympaticus. 1882. — 10) JAESCHKE. Ueber Lähmungen nach acuter Arsenvergiftung. Inaugur. Dissert. 1882. — 11) FALKENHEIM. Lähmungen nach acuter Arsenikintoxication.

Mitth. aus d. Med. Klin. zu Koenigsberg, herausgegeben v. NAUNYN. 1888. — 12) DA COSTA. Clinic Lecture an arsenical Paralysis; ref. Cent. f. d. Medic. Wissen. 1881. — 13) DANA. Ou pseudotabes from arsenical poisoning with a consideration of the pathology of arsenical paralysis ref. Neurol. Centralblatt. 1887, p. 45 i 553. — FRERICHs. Ueber den Diabetes. 1884. — 15) TOMAS. Ueber einen Fall von Polyneuritis. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte zu Baden-Baden. 1886., ref. Berl. kl. Woch. 1886. — 16) HOESSLIN. Spinalleiden und Diabetes. Münch. med. Woch. 1886. Nr. 49, ref. Neur. Centr. 1887. — 17) AUERBACH. Ueber das Verhältniss des Diabetes melit. zu Affectiones des Nervensystems. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. XLI. Hf. IV i V. — 18) LEWIN. Arsen. Real Encyclopädie Eulenburg. — 19) CANTANI. Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrank. Der Diabetes mellitus. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XII. 1888, p. 405. — 21) BINZ. Lekcyi farmakologii, str. 536. — 22) NAUNYN. Vergiftungen durch schwere Metalle u. ihre Salze, ZIEMsSEN's Handbuch d. spec. Path. und Therapie. Bd. XV. — 23) RUDOLF KOBERT. Compendium f. praktischen Toxikol. 1887.—24) COESTER. Arsenwasserstoffvergiftung mit günstigen Ausgang (*Haemoglobinurie. Icterus, Polyurie*). Berl. kl. Woch. 1886. — 25) EICHHORST. Rukowodstwo k czastnoj patologii i terapii. 1887.

## II. TRZY PRZYPADKI PODWIĄZANIA TĘTNIC TARCZOWYCH, DOKONANEGO PRZY WOLU SPOSOBEM DROBNIKA.

Podał

**Władysław Matlakowski.**

Ogłoszona w zeszłym roku praca prof. RYDYGIERA \*) uwalnia mnie od bliższego rozbioru rozmaitych stron tej metody leczniczej, jakie się nastręczają przy bliższym jej rozbiorze; chciałem jedynie tutaj pomnożyć kazuistykę podwiązań przez dodanie swoich trzech przypadków. O ile inne sposoby lecznicze wola, jak całkowite wycięcie, lub wyluszczenie i t. zw. rezekcja, zostały co do swoich skutków doskonale poznane, o tyle podwiązanie jest metodą zupełnie nową, rzecz można, prawdziwem doświadczeniem, a przeto jedynie bogata kazuistyka będzie w stanie ocenić jego doniosłość dopiero w przyszłości. Moje przypadki także mają tylko bardzo niezupełne znaczenie dlatego, że na pewne pytania nie dają żadnej odpowiedzi. Tak np. co do zaniku gruczołu tarczowego, to z powodu pobytu chorych zdala od Warszawy, nie mogę mieć żadnych pewnych danych, t. j. wymierzeń, gdyż dwie chore należą do klasy ubogiej i do analfabetów. Przytem wiadomo jest, jak trudno u nas dowiedzieć się coś o losie operowanych; nieraz poruszałem listownie proboszcza, dziedzica wsi, lekarza najbliższego, lub naczelnika powiatu bez skutku. Jeżeli mimo to ogłaszam swoje niezupełne spostrzeżenia, to dlatego, że jednakże dają one odpowiedź twierdzącą na inne pytania, a mianowicie: najprzód, że sposób DROBNIKA ‡) odszukania i podwiązania tętnic tarczowych dolnych jest technicznie łatwiejszym i właściwszym od innych proponowanych dróg odszukania tych naczyń; dalej, że obawy zgorzeli gruczołu tarczowego, podniesione z pewnych stron, okazały się w naszych przypadkach płonnemi.

\*) O leczeniu wola za pomocą podwiązania tętnic tarczowych. Gaz. Lek. 1888. Nr. 49.

‡) O podwiązaniu tętnicy tarczowej dolnej. Gaz. Lek. 1887. Nr. 6.

**Spostrzeżenie 1.** Chrzanowska Józefa, 20 lat licząca, służąca [ze wsi Kre-ry, paraf. Dzieczgów, pow. Przasnyski], przed 4-ma laty zauważyła niezupełne obrzmienie na prawej stronie szyi, które zwolna zwiększało się i objęło także i lewą stronę; od kilku miesięcy guz szybciej rośnie; w rodzinie nikt wola nie miał. Chora przy robocie i szybszych ruchach doznaje braku tchu, który także występuje w znacznym stopniu przy leżeniu na prawym boku. Nizka, drobna, chuderlawa i blada; na szyi guz, złożony z dwóch bocznych dużych płaskich i dwóch środkowych mniejszych zrazów, twardy, elastyczny, tętniący skutkiem przeniesienia tętnienia z naczyń szyi, sięgający powyżej podziału tętnic szyjowych, ku dołowi zachodzący poza *jugulum sterni*. Obwód szyi w najgrubszym przecięciu wynosi 40 ctm.. Zrenice są jednakowej wielkości, jednakowo oddziaływają na światło; chora nie doznaje żadnego bólu w głowie, w szyi, ani bicia serca. Lewa połowa krtani przy oddechu i wydawaniu głosu leniwiej i mniej się porusza od prawej, a nadto tylna połowa lewej struny, oraz błona słuchowa na chrząstce nalewkowej lewej są zaczerwienione; głos jest ochrypłym.

D. 5 Stycznia 1888 r. przy pomocy i w obecności kol. JAWDYŃSKIEGO, JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, GULIŃSKIEGO, GĄBSZEWICZA, SAWICKIEGO, LESZCZYŃSKIEGO, BRUNNERA, BORKOWSKIEGO, ŻOŁĘDZIOWSKIEGO, BAGIEŃSKIEGO [z Wilna], oraz pomocnika Naczelnego Lekarza OBREŃSKIEGO przystąpiłem do operacji. Chora uśpioną została doskonale. Co do samej operacji zauważę tylko, że krwawienie mięsaszowe było nadzwyczaj małe; żyła szyjowa zewnętrzna widoczną była tylko w górnym kącie rany; *m. omoplatothyroideus* przebiegał bardzo nisko, tak, że nie trzeba go było ani odciągać, ani przecinać. *Art. cervicales adscendentes* były tak cieniuchne, że zaledwie posłużyły do tego, iż, trzymając się ich, doszedłem do pnia tarczowo-szyjowego, i wtedy zarzuciłem podwiązkę na gałąź tarczową.

Chora, wychodząc ze szpitala d. 23. I. 1889, już miała szyję o dwa centymetry cieńszą, a nadto, o ile sądzić można było, ustąpiła duszność przy leżeniu na boku.

W rok potem miałem wiadomość listowną od kol. KAMIŃSKIEGO, że Chrzanowska jest zupełnie zdrową, lecz wymiarów szyi dostarczyć mi nie mógł.

**Spostrzeżenie 2-gie.** Jurkiewiczówna Władysława, lat 17 licząca, córka włościanki [z Lekowa z pod Ciechanowa], zauważyła zgrubienie szyi przed trzema laty; od 3 miesięcy wole szybko zaczęło się powiększać, a w ostatnich czasach zaczęło sprawiać duszność; zresztą chora cieszy się dobrem zdrowiem. Nizka, tłuśta, twarzy okrągłej, na jagodach duże sino-czerwone plamy; na rękach, stopach, goleniach, wysokiego stopnia sinica i rozszerzenie żył; szyja krótka; zrenice rozszerzone oddziałują energicznie, prawa wolniej; głos ochrypły. Objętość szyi 38 centymetrów. Gruczoł jednostajnie powiększony wchodzi cokolwiek za *jugulum sterni*, wystaje za zewnętrzne brzegi mięśni mostkoobojczykosutkowych, jest elastycznym, tak że trudno wymacać jego granice.

Dnia 9 Lutego 1889 roku podwiązałem na prawej, a kol. JAWDYŃSKI na lewej stronie, tętnice tarczowe; za przewodnika służyły nam *art. transversae*, po których idąc, doszliśmy do pnia tarczowszyjowego.

Chora w 10 dni potem opuściła szpital; o dalszych jej losach nie mam wiadomości.

**Spostrzeżenie 3-cie.** T. Józefa, 20 lat licząca, córka obywatela ziemskiego z gubernii Wileńskiej, zauważyła zgrubienie szyi po raz pierwszy przed 14 laty; od 2 lat bardzo się wole powiększyło pomimo leczenia wstrzykiwaniami nalewki jodowej. Oddech swobodny, polykanie czasami utrudnione, głos czysty. Chora unika leżenia na plecach, gdyż to wywołuje duszność; bóle głowy, bicie serca i jakieś bliżej nieokreślone napady nerwowe. Chora jest dobrze odżywiona, różową, dobrej budowy; obwód szyi wynosi 37 centymetrów; guz jest nierówny, prawa połowa gruczołu jest większa od lewej, oddzielona od niej

plytkiem ale widocznym rowkiem; ku górze guz dochodzi prawie do poziomu kątów zuchwy; wyraźne i mocne tętnienie szyi. Uderzenie serca mocne, stale podniecone; tony serca czyste. Chora wogóle jest nadmiernie wrażliwą.

1 Marca 1889 roku podwiązałem tętnice tarczowe na lewej stronie, kol. JAWDYŃSKI na prawej. Odszukanie tętnic po raz pierwszy wypadło bardzo trudno z powodu znacznej głębokości, w jakiej szukać należało; do tego *a. a. cervicales adscendentes* były tak nikłe, że przy preparowaniu na tępo zagięły; przeszkodą wielką było ogromnie rozszerzone żyły szyjowe wewnętrzne, które stale i bacznie trzeba było trzymać odciągnięte na wewnątrz. Po lewej stronie miałem wątpliwość, czy mam przed sobą tak grubą tętnicę tarczową dolną, czy też kręgową; na prawej stronie wątpliwość rozstrzygnęła gałązka, odchodząca od pnia na zewnątrz. Chora opuściła szpital w 10 dni zdrową, lecz niepodobna było zauważyć jakiejś zmiany wyraźnej w samem wolu.

### III. ROZSIANE ZAPALENIE MIĘŚNI

#### OSTRAWE I PRZEWLEKŁE.

(*Polymiositis acuta et chronica*).

PODŁUG NAJNOWSZYCH PRAC SKREŚLIŁ

S. Trzebiński.

Ogłoszone w ostatnich latach przypadki zajęcia całego prawie układu mięśniowego pozwalają nam dziś zastanowić się nad tem tak mało dotychczas znanem cierpieniem, a choć na podstawie obecnych danych zawczasieby jeszcze było kusić się o dokładne określenie jego istoty, o przeprowadzenie ściśle naukowej klasyfikacyi, to przecież możemy przynajmniej starać się o zadośćuczynienie praktycznym potrzebom przez zestawienie przypadków z analogicznymi klinicznymi i anatomicznymi objawami.

W literaturze niemieckiej z dwóch lat ubiegłych znajdujemy opisy 4-ch przypadków ostro występującego, jak się zdaje, pierwotnego cierpienia układu mięśniowego, przedstawiających tyle podobieństwa pod względem objawów za życia i zmian, przez badanie pośmiertne stwierdzonych [wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią], że przysługuje nam prawo wytworzenia sobie na ich podstawie pewnego ogólnego obrazu choroby. Przypadki te opisane zostały przez: WAGNER'a [Lipsk] <sup>1)</sup>, UNVERRICHT'a [Jena] <sup>2)</sup> i HEPP'a [Strasburg] <sup>3)</sup>. Wreszcie piąty przypadek opisany został w naszej literaturze przez D-ra GLUZIŃSKIEGO; zasługuje on na uwagę z tego względu, że jest jedynym, który się zakończył wyzdrowieniem.

<sup>1)</sup> Ein Fall von acuter Polymyositis. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. T. 40. 1887.

<sup>2)</sup> Polymyositis acuta progressiva. Zeitschrift f. klin. Med. T. 12. 1887.

<sup>3)</sup> Über Pseudotrichinose, eine besondere Form vor acuter parenchymatöser Polymyositis. Berl. klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 17—18. Pod tym tytułem podaje WAGNER histyję właściwie dwóch analogicznych przypadków, z których ten jednakże był obserwowany, jak autor sam przyznaje, dawniejszemi czasy niezupełnie dokładnie i dlatego w tytule uwzględnionym nie został.

We wszystkich tych przypadkach choroba rozpoczynała się ostro, lub ostrawo od bólów mięśniowych <sup>4)</sup>. Bóle te występowały albo odrazu w znaczniejszej części mięśni ud, ramion, krzyża, karku, twarzy, albo też pojawiały się pierwotnie w jednej tylko grupie, a dopiero w ciągu kilku dni rozprzestrzeniały się na resztę mięśni; to ogólne zajęcie całego, lub prawie całego układu mięśniowego, jest właśnie jedną z głównych cech charakterystycznych choroby. W przypadku, opisanym przez HERR'a, pojawienie się bólów było poprzedzone przez tydzień, mniej więcej, trwające ogólne osłabienie, wysypkę na twarzy i uczucie suchości w gardle. Bóle szybko wzmagają się i rozprzestrzeniają do tego stopnia, że chory musi położyć się do łóżka. Równocześnie pojawiają się na zajętych częściach ciała obrzęki, powłoki skórne grubieją i sztywnieją, ucisk palcem pozostawia na skórze tylko nieznaczny i prędko znikający dołek, lub wcale go nie pozostawia, a mięśnie same, w wysokim stopniu bolesne na ucisk, przy obmacywaniu dają wrażenie czegoś ciastowatego. Zarysy konturów mięśniowych stają się niewidocznymi.

Ciepłota ciała od pierwszej zaraz chwili może być podniesiona [do 38,5° C.], lub też gorączka może rozwinąć się dopiero w dalszym przebiegu choroby.

Badanie moczu na białko daje najczęściej wynik ujemny; tylko w jednym przypadku HERR'a, i to pod sam koniec choroby, znaleziono nieco białka.

Na skórze niektórych zajętych części mogą wystąpić, jako skutek zaburzeń naczynioruchowych, wysypki [pokrzywka w przypadku GLUZIŃSKIEGO i UNVERRICHT'a, *erythema* w przypadku WAGNER'a]. Objaw ten zresztą nie zdaje się być zupełnie stałym; w przypadku HERR'a wysypka zjawiała się tylko przed wystąpieniem bólów. WAGNER przy opisie drugiego swego przypadku, wprowadzie, jak sam autor przyznaje, mniej dokładnie obserwowanego, nic o niej nie wspomina. Zresztą i w tych przypadkach, w których istniała, ustępowała ona w przeciągu krótkiego czasu.

Obrzęk skóry i mięśni, bolesność tych ostatnich, utrudniając, lub zupełnie uniemożliwiając ruchy, wywołuje odnośne zaburzenia w pracy ustroju, a że sprawa chorobowa może rozprzestrzeniać się na wszystkie prawie mięśnie, jak się zdaje, z nielicznymi tylko wyjątkami, a więc też i na mięśnie oddechowe, na mięśnie przełyku i krtani, przychodzi więc chwila gdy muskulatura, której działalność niezbędnie potrzebną jest do utrzymania życia, przestaje działać, czego bezpośrednim skutkiem jest śmierć. To też we wszystkich przypadkach, zakończonych śmiercią, nastąpiła ona wśród objawów uduszenia; wszędzie było zachłystywanie się, HERR zaś i UNVERRICHT stwierdzili przy sekcji ogniska zrazikowe w płucach (*Schluckpneumonie*), jako następstwo zniesienia działalności mięśni przełyku i krtani. Nawet w przypadku GLUZIŃSKIEGO, zakończonym wyzdrowieniem, oddech i połykanie chwilowo były utrudnione.

Zresztą, jak widać z opisu WAGNER'a, bolesność i obrzęki mogą słabnąć w jednym miejscu, np. w mięśniach nogi, równocześnie z występowaniem objawów zajęcia innych mięśni, np. oddechowych. O tyle, o ile szczegół ten został

---

<sup>4)</sup> Przyczynę do patologii układu mięśniowego. Przegl. lek. 1889. Nr. 1—2.

przez autorów uwzględniony, zdaje się, że sprawa nie rozprzestrzenia się na dłoń i stopy.

Ze strony sfery czucia widzimy wprawdzie niektóre zaburzenia, te jednakże po większej części dadzą się wytłumaczyć warunkami, przez obrzęk skóry i mięśni stworzonymi. Najważniejszym objawem jest tu bolesność, zwiększająca się przy ucisku, dalej w przypadkach WAGNER'a i UNVERRICHT'a notowano uczucie drętwienia i mrowienia w zajętych częściach ciała. W przypadku HEPP'a wystąpiła w dalszym przebiegu nadczułość skóry, a WAGNER stwierdził w jednym przypadku zmniejszenie czucia faradoskórnego. Ucisk na pnie nerwowe był, o tyle, o ile autorowie o badaniu tego objawu wspominają, niebolesnym.

Elektryczne badanie mięśni pośrednie i bezpośrednie w przypadku WAGNER'a nic nieprawidłowego nie wykazało. UNVERRICHT o badaniu elektrycznością nic nie mówi, zato HEPP stwierdził zupełne zniesienie galwanicznej i faradycznej pobudliwości, z wyjątkiem mięśni *thenaris*, *mm. interossei*, we wszystkich badanych mięśniach, nawet w tych, w których obrzęki były za małe, aby brak odczynu można było przypisać litylko utrudnionemu przez obrzęk skóry przewodnictwu, czem GLUZIŃSKI tłumaczy w swoim przypadku ten objaw.

W przypadku HEPP'a znaleziono zupełny brak odruchów ścięgniętych na rękach i nogach, a u tej samej chorej widziano również kurcze w dolnych kończynach.

Co do stanu innych narządów, to w obu przypadkach WAGNER'a istniała gruźlica płuc, zresztą i inne narządy nie wykazywały żadnych nieprawidłowości, mogących przedstawiać jakiekolwiek znaczenie dla wytłumaczenia istoty choroby. Wyjątek stanowi tylko śledziona; u chorych UNVERRICHT'a i HEPP'a sekcyjna wykazała jej powiększenie, a odnośne miejsce z protokołu WAGNER'a [pierwszy przypadek] brzmi „*Milz mittelgross, pulpa blutreich*“. GLUZIŃSKI nie mógł wprawdzie wyczuć śledziony u swego chorego, lecz odpowiadająca jej przestrzeń przytępienia była powiększona.

Przebieg choroby od wystąpienia pierwszych objawów aż do śmierci trwał w jednym z przypadków WAGNER'a około 2-ch miesięcy, w drugim 3 tygodnie tylko. Chory UNVERRICHT'a żył 2½ miesiąca, chora HEPP'a blisko 3, a w przypadku GLUZIŃSKIEGO zdrowienie nastąpiło po upływie 2½ miesiąca.

Badanie pośmiertne dało również podobne do siebie wyniki, jak obserwacja kliniczna. Dotknięte sprawą chorobową mięśnie były obrzęknięte, kruchsze niż prawidłowe, zabarwione już to jednolicie blado-różowo, już też przedstawiały na jaśniejszem tle ciemne plamy i paski.

Drobnowidzowe zmiany polegały na wynaczynieniach międzywłóknkowych, w stopniu wyższym lub niższym, na obrzęku samych włókien mięśniowych, ujawniającym się już to przez to, że włókno było powiększone, jaśniejsze, niewyraźnie prążkowane i dawało się trudniej barwić niż prawidłowe, już to przez to, że wewnątrz włókna występowały luki [*röhrenförmige Atrophie* według MARTINI'ego, *Vacuolisation* według Fr. SCHULTZE'go]. Dalej zauważono zmętnienie, połączone z obrzęknięciem włókna (*trübe Schwellung*) i najczęściej ze wszystkich

zmian tłuszczowe i woskowate zwyrodnienie włókien [w przypadkach WAGNER'a i UNVERRICHT'a]. Dalej WAGNER widział jeszcze drobnoziarniste międzywłókienkowe nacieczenie, w obrębie którego zdarzały się niekiedy wielojądrowe olbrzymie komórki, a włókna mięśni przedstawiały obraz zwyczajnego zaniku. Nareszcie znalazł tenże autor nowotworzące się włókna mięsne, a w ich otoczeniu świeże zgrubienia tkanki łącznej. HERR nie znajdował zwyrodnień tłuszczowych, lecz natomiast przeważnie zwyrodnienia szkliste włókien mięśniowych (*degeneratio hyalina*). Zmiany te znajdowano we wszystkich prawie mięśniach szkieletu, wolnymi od nich były tylko mięśnie oczu, a stosunkowo niewiele było ich w przeponie.

W układzie nerwowym, tak ośrodkowym jak i obwodowym, żadnych widocznych zmian nie znaleziono.

Mamy więc przed sobą mniej więcej jasny obraz choroby; widzimy, że chodzi tu o mniej lub więcej ostro występującą sprawę o zapalno-obrzękowym charakterze, umiejscowioną w mięśniach, bez bezpośredniego udziału układu nerwowego.

Wobec tego naturalną jest rzeczą, że wszyscy 4 autorzy, których przypadki opisaliśmy tutaj, w pierwszym rzędzie myśleli o trychinozie, a HERR nazwał nawet swój przypadek „*pseudotrichinosis*“. Jednakże z jednej strony zupełny brak właściwych trychinozie początkowych objawów ze strony żołądka i kiszki, a następnie ujemny wynik, jaki dały poszukiwania trychin w preparatach mięśniowych, wyciętych *intra vitam*, lub *post mortem* — jeden tylko WAGNER znalazł u swego chorego na 300 skrawków badanych 3 trychiny i to oddawna zasklepione z zaczynającym się zwapnieniem — pozwalały we wszystkich przypadkach chorobę tę stanowczo wykluczyć. Dalej trzeba było uwzględnić, czy wszystko to nie dałoby się uważać za sprawę następczą, za skutki poprzednio przebytej ostrej zakaźnej choroby. Wiadomo przecież, że po tyfusie brzuszny niektóre mięśnie podpadają często zmianom anatomicznie do opisanych wyżej zupełnie podobnym. Jednakże i to przypuszczenie, przy zupełnym braku jakichkolwiek za niem przemawiających anamnestycznych danych, jest co najmniej mocno nieprawdopodobnem, choć, jak WAGNER zauważył, niezupełnie niemożliwem wobec przykładu występowania t. zw. dyfterytycznych porażeń w przypadkach, w których poprzednio ani chory ani otoczenie nie zauważyło dyfterytu gardzieli.

Daleko więcej już przemawia do naszego przekonania przypuszczenie, że w tych wszystkich razach chodziło o pierwotnie w mięśniach umiejscowioną, a dotychczas nieznaną, lub przynajmniej nader mało znaną, ostrą chorobą zakaźną, „*polymyositis acuta infectiosa*“, jak chce GLUZIŃSKI. Przemawia za takim przypuszczeniem przede wszystkim stan śledziony, podobny do tego, z którym spotykamy się przy chorobach zakaźnych.

GLUZIŃSKI na podstawie tego, że w jego i HERR'a przypadku, choroba rozpoczęła się od zapalenia gardła, myśli, że może uległe zapaleniu podniebienie miękkie i migdałki, stanowiły wrota dla zakażenia, popiera zaś swój domysł przykładami, opisanymi przez SCRIBA'ę, w których z małych ognisk na błonie śluzowej,

lub skórze, np. wskutek ropnia około zęba, w różnych oodalonych miejscach tworzyły się obrzmienia mięśni, przechodzące w ropienie.

UNVERRICHT przypuszcza także, że w jego przypadku chodziło o chorobę zakaźną umiejscowioną pierwotnie w mięśniach, WAGNER przeciwnie uważa swój przypadek za myopatyczny postępowy zanik mięśni, a to głównie na podstawie symetryczności, dającej się zauważyć w zajęciu mięśni miednicy, kończyn górnych i ud, a dalej faktu, że w chorych mięśniach nie wszystkie włókna były zajęte, lecz zdrowe z choremi pomieszane. Zdaniem jego teraz coraz więcej rozpowszechnia się przekonanie o istnieniu takich myopatycznych postępowych zaników mięśni, przy których sprawa rozpoczyna się w samych mięśniach, bez pierwotnych zmian w komórkach zwojowych rogów przednich rdzenia kręgowego i przypomina przypadki, w których postępowy zanik mięśni rozpoczynał się ostro w wielu miejscach odrazu, był połączony z silną bolesnością na ucisk, a mianowicie przypadki FRIEDREICH'a i DEBOVE'a. Ostatni zbliżał się nawet pod względem trwania przebiegu choroby do przypadków, będących właśnie przedmiotem naszego zastanowienia się, gdyż cała choroba aż do zejścia śmiertelnego trwała tylko 3½ miesiąca. Jednakże trzeba pamiętać, że we wszystkich tych przypadkach znajdowano rzeczywiście wyraźny zanik mięśni już za życia, a w historyjach chorób WAGNER'a, HEPP'a, UNVERRICHT'a i GLUZIŃSKIEGO właśnie o tym objawie nie ma wzmianki. Jeśli WAGNER nadmienia, że zanik byłby wystąpił, gdyby jego chory żył dłużej, to musimy przyznać, że to może być uważane, co najwyżej, za przypuszczenie, tem więcej, że anatomo-patologiczne zmiany nosiły cechę zapalno-obrzękowej, a nie prostej zanikowej sprawy. Że i kliniczne objawy zapalenia, a nie zaniku, na pierwszy plan występowały, to wykazują dostatecznie historyje chorób. Przeciwno przypuszczeniu WAGNER'a przeważa nareszcie i ta okoliczność, że zupełnie analogiczny przypadek GLUZIŃSKIEGO zakończył się wyzdrowieniem.

Rzeczywiście najłatwiej może będziemy mogli wytłómaczyć sobie powstanie i przebieg tej choroby, jeżeli zaliczymy ją z UNVERRICHT'em i GLUZIŃSKIM do rzędu spraw zakaźnych ostrych. Ze względu na zakończony wyzdrowieniem przypadek GLUZIŃSKIEGO, nazwa „*polymyositis acuta progressiva*“, jak chce UNVERRICHT, zdaje się być mniej stosowną, niż *Myositis acuta infectiosa*, którą proponuje GLUZIŃSKI.

Naturalnie, i w takim razie pozostaną jeszcze różne niejasne punkty; tak np. będziemy musieli pozostać dłużnymi z odpowiedzią na pytanie, dlaczego w przypadku WAGNER'a mięśnie oddziaływały prawidłowo na prąd elektryczny, podczas gdy HEPP i GLUZIŃSKI stwierdzili przeciwnie zniesienie oddziaływania, dlaczego badanie anatomiczne wykazało w preparatach WAGNER'a przeważnie rozpad tłuszczowy włókien, którego brak w swoim przypadku HEPP stanowczo zaznacza. Wyjaśnienie tych zagadnień może nam dać tylko dalsza obserwacja, tymczasem brak analogii w niewielu punktach przy zupełnej zgodności najważniejszych pozostałych objawów, nie będzie nam przeszkadzał do przyjęcia na ich podstawie tymczasowego obrazu choroby „*polymyositis acuta (infectiosa)*“.

Przyjrzyjmy się teraz innym przypadkom chorób mięśni, przedstawiającym wiele podobieństwa z dopiero co opisanymi, choć różnią się od nich jakimś ważnym objawem.

A więc mamy najprzód postępowe zaniki pierwotne mięśni z ostrym przebiegiem; wspominaliśmy już wyżej o przypadku DEBOVE'a <sup>5)</sup>, należącym prawdopodobnie do tej kategorii.

40 letnia, zdrowa przedtem, kobieta zachorowuje nagle wśród objawów gorączkowych, odrazu występują silne bóle w mięśniach kończyn dolnych, a już na trzeci dzień daje się zauważyć zanik mięśni tamże, postępujący z taką szybkością, że w przeciągu nader krótkiego czasu łydki zupełnie zanikły. Jednocześnie pokazał się silny zanik mięśni wielkiego i małego palca. Na przedramionach stwierdzono także zanik, lecz w mniejszym stopniu. Choroba zajmowała symetrycznie obie strony ciała. Bolesność trwała ciągle — gorączka również trwała aż do śmierci, która nastąpiła w  $3\frac{1}{2}$  miesiąca, licząc od pierwszych objawów. Przy sekcji znaleziono tylko w mięśniach znaczne zmiany zanikowe, mózg, rdzeń i nerwy obwodowe nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Na główną różnicę, zachodzącą pomiędzy tym i wpraw opisanymi przypadkami, zwróciliśmy już uwagę.

Podobniejsze, niż przypadek DEBOVE'a, są do *polymyositis* 2 historyje choroby z kliniki KUSSMAUL'a, podane przez MAIER'a <sup>6)</sup>; początek choroby był tu ostry: w jednym przypadku wystąpienie bólów mięśniowych było poprzedzone przez ogólne osłabienie, dreszcze i poty, szybko rozwinęły się porażenia zajętych mięśni pomimo tego, że — i tem właśnie te oba przypadki różnią się od naszego obrazu choroby — nie było zupełnie obrzęków w mięśni. Prócz tego u obu chorych stwierdzono zapalenie nerek.

Badanie pośmiertne [w jednym przypadku, gdyż drugi chory wyzdrowiał] wykazało, prócz zwyrodnienia woskowatego i ziarnistego włókien mięsnych, silne zgrubienie ścian tętnic w mięśniach.

Ostre i ostrawe zapalenie mięśni francuzkich autorów, opisane jako „*myosite suppurée idiopathique primitive*“, [STRAUSS, CARRIÈRE, DÉSPRÉZ, OLLIER, ROESSLER], pomimo pewnych analogij nie daje się jednakże, jak twierdzi WAGNER, wspominać o niej, podciągnąć pod nasz szemat. Występuje ona głównie wskutek zaziębnienia, przeważnie w mięśniach często czynnych (*pectoralis major*, *deltoides*, mięśnie łydki i t. d.), cechują ją silne bóle, występujące raptownie, przytem „*dureté ligneuse*“. Stan przechodzi w ropienie, lub w stwardnienie włókniste. A więc nie ma tu tego zajęcia całego prawie układu mięśniowego, doprowadzającego ostatecznie do śmierci przez zaduszenie, jak to bywa przy *polymyositis*.

W niektórych przypadkach może *neuritis* stworzyć dość podobny obraz chorobowy, szczególnie kombinacja *neuritis* z *myositis*, czyli raczej z szybko rozwi-

---

<sup>5)</sup> Progrès méd. 1878. Nr. 45. Med. Centralblatt. 1879.

<sup>6)</sup> Ueber eine bisher nicht beschriebene eigenthümliche Arterienerkrankung (*Periarteriitis nodosa*) die mit Morb. Brightii und rapid fortschreitender allgemeiner Muskellähmung einhergeht. Deutsch. Archiv f. klin. Med. T. I.

jającą się sprawą degeneracyjną mięśni [przypadek EISENLOHR'a <sup>1)</sup>, dwa przypadki SENATOR'a <sup>2)</sup>]. Będą tam jednakże z natury rzeczy występować obok bolesności mięśni jeszcze inne objawy, jak znaczniejsze zaburzenia w sferze czucia, bolesność pni nerwowych na ucisk, dalej porażenia i zaniki, nie będzie zaś obrzęków. Zresztą sprawa, tak samo jak przy *polymyositis*, może zająć ostatecznie mięśnie oddechowe i sprowadzić tym sposobem zejście śmiertelne, jak to miało miejsce w jednym przypadku SENATOR'a, podczas gdy drugi przypadek tego autora zakończył się wyzdrowieniem. Anatomiczne zmiany w mięśniach, stwierdzone przez SENATOR'a u obu chorych, polegały tu na *myositis interstitialis* z następczym zanikiem włókien mięsnych, ale prócz tego w przypadku śmiercią zakończonym, w którym badano nerwy, znaleziono w nich wyraźne zwiększenie liczby jąder, rozpad włókien osiowych i osłonek rdzeniowych.

N a r e s z c i e w s p o m n ę j e s z c z e o przypadku, który świeżo mieliśmy sposobność obserwować w szpitalu Dz. Jezus na oddziale p. D-ra DUNINA. Młody człowiek, z gruźlicą płuc, stwierdzoną między innymi przez znalezienie w płwocinie laseczników gruźliczych, skarżył się na silne bóle większej części mięśni, istniejące od dłuższego czasu.

Badanie wykazało: Chory prawidłowej budowy, wątki i źle odżywiany. Tkanki tłuszczowej zupełnie prawie nie ma. Mięśnie wiotkie, bardzo słabo rozwinięte, wszakże zaników, ograniczonych do pewnych mięśni lub grup mięśni, nie ma. Siła mięśniowa znacznie osłabiona, chory chodzi wprawdzie, leżąc jednak prawie wcale nóg do góry unieść nie może. W mięśniu czworobocznym uda, od czasu do czasu kloniczne drgawki, wskutek czego rzepka znajduje się w ciągłym ruchu. Najślabszy nawet ucisk na mięśnie wywołuje tak silny ból, że chory zrywa się i krzyczy. Najbardziej bolesne są następujące mięśnie: *tibialis anticus*, *extensor digitorum*, *peroneus*, *adductores femoris*, *sartorius*, *semimembranosus*, *semitendinosus*, *biceps femoris*, *obliquus abdominis*, *mm. intercostales* [szczególniej po stronie lewej], *pectoralis*, *cucularis*, *latissimus dorsi*, *sterno-cleido-mastoideus*. Mięśnie kończyn górnych mało bolesne. Ucisk na pnie nerwowe (*ischadicus*, *cru-ralis*) wywołuje wprawdzie silny ból, trudno jednak rozstrzygnąć, o ile ten nie zależy od ucisku sąsiednich mięśni; tam, gdzie nerwy ucisnąć można na kości [około kostki, w rowku kości łokciowej], okazują się one niebolesnymi. Czucie w zupełności zachowane; odruchy kolanowe słabe, ale wyraźne, skórne prawidłowe. Oddziaływanie na prąd galwaniczny prawidłowe, badanie prądem faradycznym bardzo utrudnione z powodu niesłuchanie silnego bólu, jakie sprawia choremu, zdaje się jednak, że oddziaływanie i tu jest prawidłowe. Mieliśmy więc do czynienia z cierpieniem, objawiającem się silnymi bólami i osłabieniem większej części mięśni szkieletu, cierpienie, które odnieść można było jedynie albo do zapalenia mięśni (*polymyositis*), albo do zapalenia nerwów (*polyneuritis*). Gdy jednak brak było wszelkich objawów zapalenia nerwów [zaniki mięśni, zmiany w oddziaływaniu elektrycznym, brak odruchów ścięgniętych, zaburzenia w czuciu], najprawdopodobniejszym więc było, że mieliśmy przed sobą przypadek roz-

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Nervenheilkunde. 1879. Nr. 5.

<sup>2)</sup> Zeitschrift f. kl. Med. Bd. XV. 1888.

sianego zapalenia mięśni. Że nie był to przypadek podobny do tych, jakie opisali WAGNER, UNVERRICHT, HEPP i GLUZIŃSKI, o tem nie potrzebuję wspominać; bardziej już zbliżał się on do przypadków SENATOR'a, tylko że tam do objawów zapalenia mięśni dołączyły się z czasem objawy zapalenia nerwów, czego u naszego chorego nie było. Wątpliwości te mogłoby rozstrzygnąć jedynie badanie kawałków wyciętych mięśni; wszelako chory na operację tę się nie zgodził i doznawszy pewnego polepszenia szpital opuścił. W każdym razie, pomimo pewnych wątpliwości rozpoznawczych, przypadek ten zasługuje na uwagę jako nowy przykład rozległego cierpienia układu mięśniowego.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 27. Prof. W. Preyer. Wpływ częstego opróżniania pęcherza na ilość wydzielanego moczu.

D-r MORI w r. 1886 w doświadczeniach nad samym sobą przeprowadzonych w celu zbadania moczopędnego działania piwa, zauważył, że ilość moczu była stale mniejszą, gdy zrana naczcho po oddaniu moczu nocnego, mocz 5 godzinny oddany został odrazu, aniżeli gdy oddawanie moczu odbywało się co pół godziny. Różnica wynosiła 26 ctm. sz. średnio [190:164]. MORI sądził, że zjawisko to przemawia na korzyść chłonięcia się wody z moczu w pęcherzu i potwierdza zdanie KAUPP'a, który starał się dowieść tego zapomocą doświadczeń. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że tylko sole zostają wchłaniane w pęcherzu moczowym, jak to wykazały poszukiwania CLAUDE BERNARD'a, MAAS'a i PINNER'a, FLEISCHER'a i BRINKMANN'a, zaś TRESKIN, CAZENEUVE i LÉPINE zauważyli, że mocz przez dłuższe zatrzymanie w pęcherzu nie tylko nie staje się bardziej stężonym, lecz przeciwnie, rozrzedza się. HOPPE-SEYLER zarzuca doświadczeniom KAUPP'a, iż przez zbyt długie [12 godzinne] zatrzymanie moczu w pęcherzu wytworzyć się mogły nieprawidłowe stosunki.

PREYER również nie zgadza się na to, aby z pęcherza następowało tak znaczne chłonięcie wody z moczu [średnio 13,7% objętości moczu], jak to zauważył MORI i sądzi, że zmniejszenie ilości wydzielanego moczu przy zbyt rzadkiem moczeniu, daje się objaśnić w sposób czysto mechaniczny. P. zauważył oddawna, że im częściej pęcherz zostaje opróżnianym dowolnie, tem częstszą jest potrzeba oddawania moczu; rodzi się zatem przypuszczenie, że więcej się wytwarza moczu w nerkach. Nie ulega wątpliwości, że mocz z nerek łatwiej odpływa do pęcherza, gdy ten ostatni jest próżny, aniżeli gdy musi wprzód pokonywać ciśnienie większej ilości moczu nagromadzonego w pęcherzu, w którym to razie moczowody nie mogą się z łatwością opróżniać. Naturalnem następstwem tego będzie utrudnienie odpływu moczu z kanalików nerkowych i zmniejszenie wytwarzania moczu, a w każdym razie zmniejszone wydzielanie wody. Naodwrot, przy opróżnionym pęcherzu odpływ moczu z moczowodów będzie łatwy, a ztąd i wytwarzanie moczu obfitsze. Zatem mimo paradoksalnego brzmienia prawdziwem jest zdanie, że częste opróżnianie pęcherza działa moczopędnie.

Na korzyść swego poglądu PREYER przytacza wyniki badań E. SEHRWALD'a nad krążeniem w nerkach, który znalazł, że zmniejszenie ciśnienia przeciwnego w drogach moczowych ułatwia wydzielanie moczu, albowiem kanaliki moczowe łatwiej się opróżniają, zwiężają się, a odpływ krwi z żył jakoteż wogóle krążenie w całej nerce ułatwionem i przyspieszonym zostaje.

Praktyczne znaczenie tego przypuszczenia uznał już SEHRWALD, który uważa za daleko właściwsze przy wielu cierpieniach nerek: ułatwianie krążenia

i wydzielania w tych narządach bardziej na drodze mechanicznej [przez zmniejszenie ciśnienia moczu], aniżeli na drodze chemicznej. Ze środków mechanicznych, jakimi są: leżenie poziomo, ruchy przepony, ruch robaczkowy moczowodów, opróżnianie pęcherza zapomocą kateteru na stałe pozostawionego, częste dowolne oddawanie moczu, ten ostatni sposób zasługuje na wyróżnienie, już dla swojej prostoty. Szkodliwość długiego przetrzymywania moczu nawet u zdrowych jest znana, a należałoby zwracać uwagę na częste oddawanie moczu u dzieci. Częste opróżnianie pęcherza nie tylko nie jest szkodliwym, lecz przeciwnie przez ułatwienie czynności nerek może oddziaływać pomyślnie na ogólną przemianę materij i zapobiegać cierpieniom pęcherza i nerek.

(*Internat. Ctrblt. f. d. Phys. u. Path. der Harn- und Sexual-Organe. Zeszyt I.*)

W. Mayzel.

## 28. Nothnagel. Istota i leczenie niedrożności jelit.

Zazwyczaj przy leczeniu niedrożności jelit lekarze z pomiędzy trojakiego rodzaju wskazań: przyczynowego, chorobowego i objawowego, główną uwagę zwracają na to ostatnie i z tego powodu podają środki przeczyszczające. Weszło to już w zwyczaj oddawna z wielką szkodą dla chorych.

Jakiemu wskazaniu należy zadosyć uczynić wobec chorego z niedrożnością jelit, niedrożnością, zależną, nie od przepukliny uwięźniętej, lecz od przyczyn wewnętrznych, bądź od zupełnego zamknięcia światła, bądź od zwężenia, które do zamknięcia może doprowadzić?

Przedewszystkiem, nie należy kierować się wyłącznie doświadczeniem klinicznym, lecz pamiętać zarówno o danych anatomicznych, jak i o wynikach badań fizjologicznych.

NOTHNAGEL przeprowadzał odnośne badania na królikach. Po odurzeniu eterem i otwarciu jamy brzusznej, pogrążał królika w półprocentowy roztwór soli kuchennej o ciepłocie ciała; w ten sposób utrzymywał go przy życiu w ciągu 2—3 godzin i mógł dokładnie obserwować zmiany w ruchach kiszek po podwiązaniu jednej z pętli.

Wyniki tych badań były następujące: jeżeli podwiązano pętlę w chwili, gdy znajdowała się w spokoju, t. j. gdy nie wykonywała ruchów robaczkowych i jeżeli przytem ani w żołądku, ani w kiskach nie było zawartości, to przez pewien czas [ $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  godziny], nie widać było ani nad ani pod zwężeniem żadnych zmian, któreby na istnienie zwężenia wskazywały; jeżeli kiszka była wypełnioną, to zawartość jej ponad zwężeniem zaczynała po jakimś czasie posuwać się ku dołowi, a po dojściu do zwężenia zatrzymywała się, poczem w ciągu pół a nawet całej godziny żadnych gwałtownych ruchów nie spostrzegano; zawartość dolnego odcinka przesuwiała się jednocześnie ku dołowi.

Zupełnie inny obraz widzi się po przewiązaniu kiszek w chwili istnienia ruchów robaczkowych: w pierwszej chwili nic się nie zmienia, ruchy w dalszym ciągu odbywają się prawidłowo; wkrótce jednak dolny odcinek się opróżnia i ruchy ustają, w górnym zaś stają się silniejsze i szybsze; zawartość dochodzi do zwężenia, a ponieważ nie może go przezwyciężyć, kiszka rozszerza się i wówczas spostrzedz można fakt szczególny, który autor określa nazwą odrzutu (*Rückstoss*), a który polega na tem, iż kiszka gwałtownie się kurczy i przesuwą zawartość ku odźwiernikowi, jednak niebardzo daleko, bo na odległość 2—3 centymetrów; kurcz przechodzi, aby po chwili nanowo wystąpić. Powtarza się to do czasu, póki się kiszka tuż ponad zwężeniem nie rozszerzy i nie straci możności kurczenia się. Słowem w odcinku górnym ruchy robaczkowe początkowo wzmagają się, a ostatecznie następuje porażenie kiszek, podczas gdy dolny odcinek opróżnia się i pozostaje w spokoju. Ztąd wynika, iż usiłowanie wzmożenia ruchów robaczkowych kiszek przy niedrożności nie może i nie powinno stanowić zadania lekarza, gdyż czyniąc to, przyczyniałby się do

szybszego wystąpienia porażenia i zmniejszałyby szanse pokonania niedrożności. Należy działać jedynie na dolny odcinek kiszki za pomocą lawatyw, które jakkolwiek nie działają bezpośrednio na zawartość górnego odcinka kiszki, lecz zwiększając do pewnego stopnia objętość dolnego i wywołując w nim ruchy robaczkowe, usuwają niekiedy przeszkodę.

Lawatywy z umiarkowanej ilości wody letniej często są bardzo skuteczne; lecz tu woda dochodzi pod działaniem ciśnienia niezbyt daleko, zatrzymuje się w kiszce na pewien czas, poczem zostaje wydalona. Lawatywy lodowe wywołują wsteczne ruchy robaczkowe, dzięki którym płyn dosięga wyżej; najsukuteczniej zaś działają lawatywy HEGAR'a w położeniu *à la vache*. Również zasługuje na uwagę rzadko dotychczas stosowane wlewanie wody ozębionej z syfonu, przyczem działają trzy czynniki: płyn, niska ciepota i kwas węglany, silnie drażniący kiszkę; unikać go należy wówczas jedynie, gdy ściana kiszki jest nazbyt kruchą, gdy niedrożność istnieje już przez czas dłuższy, a tem samem kiszka w miejscu zwężenia mogła już uleść zgorzeli. Jeżeli nawet zwężenie znajduje się powyżej zastawki BAUHIN'a, lawatywy i wówczas mogą być skutecznymi, gdyż płyn i tam może dosięgnąć. Jako dowód przytacza autor następujące doświadczenie: u chorego z niedrożnością, celem usunięcia przeszkody, otworzono jamę brzuszną; gdy mimo poszukiwań zwężenia nie odnaleziono, zaszyto ją ponownie, poczem próbowano jeszcze wywołać stolec lawatywami z 8%-ego roztworu soli kuchennej, który zabarwiono karminem; stolce wystąpiły, lecz mimo to chory zmarł, a przy badaniu pośmiertnem znaleziono płyn zabarwiony w jelicie biodrowym w odległości 45 centymetrów od zastawki BAUHIN'a.

Co się tyczy środków wewnętrznych, to bezwarunkowo należy bez zwłoki dawać makowiec w dawkach dużych [0,5—1,0 w ciągu doby]. Wogóle przy wszelkich ostro i gwałtownie występujących bólach w brzuchu, przy których niezawsze można rozpoznać, co je powoduje, podanie makowca, lub morfiny do wewnątrz, albo podskórnie, nigdy nie będzie szkodliwem. Makowiec powstrzymuje ruchy robaczkowe kiszki, co przy niedrożności jest bardzo zbawiennem; prócz tego makowiec zapobiega wystąpieniu zapadu (*collapsus*), a nawet wpływa na ustąpienie tegoż; gdyż, uspakajając ból usuwa podrażnienie nerwów, a przedewszystkiem nerwu trzewowego (*m. splanchnicus*), od podrażnienia którego zależy w danym razie zapad.

Bezwarunkowo nie mogą chorzy przyjmować żadnego posiłku; wolno im jeszcze łykać kawałki lodu, lub od czasu do czasu brać do ust nieco płynu pośilnego, który jednak powinni wypłukać.

Z pomiędzy innych środków wspomina autor o przepłukiwaniu żołądka, stosowaniu elektryczności, podawaniu belladony, nikotyny, lub rtęci metalicznej; żadnego z nich jednak nie uważa za skuteczny.

W zakończeniu interesującej swej pracy słusznie bardzo mówi, iż najważniejsze zadanie w leczeniu niedrożności mają chirurhowie, którzy, dodajmy od siebie, tem więcej mogą pomódz, im wcześniej przypadek dostanie się w ich ręce.

(Internat. klin. Rundschau N. 11. 1889).

W. Szumlański.

## Wiadomości bieżące.

— Kolega T. HERYNG wybrany został na członka *Société anatomique* w Paryżu.

— Prof. KORCZYŃSKI w Krakowie, nie przyjąwszy ofiarowanej posady protomedyka Galicji [na miejsce śp. prof. BIESIADECKIEGO], był przedmiotem gorących owacyj ze strony studentów i wydziału lekarskiego.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Opis Zakładu Gleichenberg“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 21 Апрель 1889 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.