

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI DYJAGNOSTYCZNEJ PROF. L. THUMASA W WARSZAWIE.

## I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O SYRYNGOMYELII.

Podał

**Edmund Biernacki.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Nareszcie jeszcze jeden, dość częsty objaw jest ważnym dla rozpoznania syryngomyelii — mianowicie skrzywienie kręgosłupa zwykle na prawo (*scoliosis dextra*), przyczem mogą być bóle i sztywność kręgow grzbietowych i szyjowych.

Taki typowy i swoisty zbiór objawów przedstawiała chora, którą niedawno przez czas dłuższy obserwowałem w klinice dyjagnostycznej. Ze względu na to, że przypadek ten przedstawiał pewne szczegóły, mogące być nie bez znaczenia dla dalszego opracowania nozografii syryngomyelii, powtóre, ze względu na to, że w naszej literaturze lekarskiej do tego czasu nie podnoszono głosu w kwestyi tej choroby, a jest ona, według zdania SCHULTZE'go, równie częstą, jak rozsiane stwardnienie mózgo-rdzeniowe lub „*sclerosis lateralis amyotrophica*“, uważam za pożyteczne przypadek ten dokładnie przedstawić.

I. Stan... Maryja, lat 21, z Warszawy, była szwaczka, później służąca, przyjęta została na klinikę dyjagnostyczną dnia 28-go Stycznia 1892 r.. Ojciec, rzadca na wsi, umarł, gdy chora miała lat trzy; nie wie ona, na co; matka przed 7-ma laty w 39-ym roku życia zmarła na suchoty. Starsi brat i siostra zdrowi zupełnie; w rodzinie bliższej i dalszej ani chorób nerwowych, ani gruźlicy nie było i nie ma. Chora wychowywała się z początku na wsi w dobrych warunkach, od kilkunastu lat mieszka w Warszawie, gdzie chodziła przez trzy lata [od 6-go do 9-go roku życia] do szkoły miejskiej. Już w 8—9 roku życia, może wcześniej, zaczęło się mimowolnie bez bólów lub innych dolegliwości rozwijać skrzywienie kręgosłupa. Skrzywienie to stopniowo się zwiększało. W 8-ym roku życia chorowała na tyfus brzuszny, w 10-ym na odrę, w 12-ym na szkarlatynę; w dzieciństwie także cierpiała na zimnicę. W 10-ym roku życia spadła raz ze schodów do piwnicy, ale bliższych szczegółów lub następstw tego przypadku nie pamięta. W 14-ym roku życia dwa pierwsze palce lewej ręki zaczęły słabnąć przy jednoczesnem istnieniu bólów w stawach palcowych i na tylnej powierzchni dłoni; dłoń zaczęła na wewnętrznej powierzchni szybko chudnąć. W rok potem osłabienie i wychudnięcie mięśni prawej dłoni równie przy bólach. Od trzech lat słabną stopniowo i chudną przedramiona [głównie kończyny lewej], nieco także i ramiona. W drugim roku cierpienia leczyła się przez czas jakiś w szpitalu elektrycznością, poczem ręce stały się silniejsze. Bóle w palcach po kilku latach znikły, lecz na ich miejsce wystąpiło palenie pod prawą, rzadziej pod lewą pachą, a także klucie w okolicy lewej łopatki. Palenie to dokucza chorej szczególnie od roku. Jeszcze wcześniej niż na palenie zaczęła chora cierpieć na ciągle uczucie zimna w rękach i w nogach, których nigdy nie może rozgrzać dostatecznie. Gdy zimno podziiała na ręce,

to czerwienieją one łatwo i czerwoność ta długo pozostaje. Kąpiel rzeczna sprowadza od kilku lat na górnych kończynach sine plamy, które trwają nieraz po 24 godzin. Chora doznawała także w ostatnich czasach bólów w krzyżu, które jej jednak nie bardzo dokuczały; natomiast bóle głowy są bardzo częste od 3—4 lat, a przy schyłaniu się chora doznaje silnego zawrotu. Bólów, sztywności w karku nigdy nie było. Mniej więcej od roku osłabły nogi, tak, że dłuższe chodzenie staje się niemożliwym; drżenia, sztywności w nogach nigdy nie było. Przed pół rokiem spuchło lewe kolano [chora od roku ma wilgotne mieszkanie]: ból w kolanie trwa kilka tygodni i przeszkadzał chodzić, kolano było obrzmiałe. Cierpienie to przeszło w kilka tygodni samo przez się. Jednak i teraz od czasu do czasu chora doznaje w lewej, rzadziej w prawej łydce kłucia, które przechodzi nieraz w pięć.

Wysypek, owrzodzeń, zastrzałów na kończynach górnych nigdy nie było. Wzrok zawsze dobry, połykanie nie utrudnione. Natomiast mówienie dłuższe męczy silnie chorą, przytem powstaje uczucie duszności i silnego ciężaru w piersiach. Bardzo często, prawie codziennie, szczególnie nad wieczorem te same dolegliwości zjawiają się bez żadnego powodu i to silne uczucie ciężaru i braku oddechu przeszkadza chorej spać.

Zanotować dalej należy, że regularność pokazała się dopiero w 18-ym roku życia, nie bywa jej często po 3—4 miesiące, trwa od 1—2 dni, krwi przy tem odchodzi mało. Łaknienie dobre, trawienie prawidłowe, ze strony narządu moczowego żadnych zaburzeń nie ma. Od kilku tygodni ból gardła, nasilający się wieczorem; chora czasem kaszle.

Badanie szczegółowe wykazało, co następuje:

Chora wzrostu średniego, odżywiania miernego. Lewa szpara oczna węższa od prawej i lewe oko wciągnięte w oczodół. Zwężenie szpary ocznej robi wrażenie opadnięcia powieki (*ptosis*), jednak ruchy tejsze nie są wcale ograniczone. Lewa źrenica węższa od prawej, obie oddziałują prawidłowo na światło i akkomodację. Bliższe badanie wzroku, uskutecznione łaskawie przez kol. KAMOCKIEGO, wykazało prawidłową siłę widzenia, brak wszelkich zmian na dnie oka. Czoło gładkie; chora nie może go marszczyć; lewa fałda noso-wargowa wygładzona, kąt ust na tejsze stronie opuszczony, przy otwieraniu ust z zaciśniętymi zębami tworząca się szpara szersza jest na stronie lewej. *Paresis n. facialis sinistra*. Ruchy języka, żucie nieutrudnione; porażen w gardzieli nie ma.

Na obu górnych kończynach w wysokim stopniu zanik mięśni *thenaris* i *hypotenaris* i międzykostnych. Dłonie przez to są spłaszczone i mają wygląd dłoni małpiej („*Affenhand*“); 3—5 palec prawej dłoni i 2—5 lewej zgięte we wszystkich stawach, tak, że mamy prawo mówić o „*Krallenhand*“. Na grzbiecie obu rąk przestrzenie międzykostne znacznie zagłębione. Ruchy palców są ograniczone lub zupełnie zniesione; odprowadzanie i przyprowadzanie 4-ch ostatnich palców na obu dłoniach niemożliwe. Palec duży prawej ręki wykonywa jeszcze *oppositio* i *flexio*, palec lewej ręki tylko *addukcję*. Zginanie czterech ostatnich palców jest możliwe, ale rozginanie ich bardzo ograniczone i utrudnione, głównie wskutek skrócenia ścięgna *m. flexor. digitor. profundi et sublimis*, które wtedy występują wyraźnie pod skórą. Rozginanie jest możliwe właściwie tylko przy jednoczesnym rozginaniu całej dłoni. *Flexio radialis et ulnaris* odbywa się na obu kończynach swobodnie, ale z niewielką siłą.

Lewe przedramię wyraźnie cieńsze od prawego, oba jednak znacznie wychudłe, mięśnie wiotkie. Objętość lewego przedramienia w dolnej  $\frac{1}{3}$ —17 ctm., prawego 18 ctm., w górnej  $\frac{1}{3}$ —lewe 22 ctm., prawe 24 ctm.. *Pronatio et supinatio* obu przedramion może być i dość silne. Mięśnie tylnej powierzchni przedramion wydają się wogóle mniej upośledzone, niż na stronie zginaczy. Objętość lewego ramienia na środku 25 ctm., prawego 27 ctm., jednak *bicipites* i *tricipites* na obu ramionach silne. Ogółem biorąc, siła mięśniowa prawej górnej kończyny jest większa niż lewej. *Deltoides* lewej strony zachowany zupełnie dobrze, na prawej—nieco zanikły. Inne mięśnie — karku, tułowia (*cuculares, rhomboidei, serrati, pectorales etc.*), zachowane zupełnie dobrze i siła ich jest znaczną. Mięśnie kończyn dolnych nie przedstawiają również zmian szczególnych, są one tylko dość wiotkie, jednakże nie w takim stopniu, jak mięśnie przedramion i ramion; siła ich znaczną. Objętość goleni jednakowa—35 ctm.. Lewy staw kolanowy grubszy od prawego, ale ruchy w nim wcale nie są ograniczone.

Zauważyć muszę, że skóra na wewnętrznej powierzchni dłoni i palców jest twarda i chropowata, wskutek zgrubień nabłonka, i łuszczy się. Gdzieindziej tego nie ma.

Właściwych drgań włókienkowych w zanikłych mięśniach kłębu palucha i paluszka nie obserwujemy, ale szczególnie lewa dłoń ulega często mimowolnym krótkim skurczom i drżeniu. Nie widziałem także typowych drgań włókienkowych w mięśniach ramion i przedramion. Pobudliwość mięśniowa mechaniczna w zanikłych mięśniach zmniejszona.

Badanie elektryczne wykazało brak wszelkiego oddziaływania na prąd przerywany i stały [30, El. St.] w małych mięśniach dłoni lewej ręki; w prawej — mięśnie *thenaris* nie oddziałują na prąd faradyczny, a przy zamykaniu anody [28. El.] wolne robaczkowate skurcze. Odczyn z wyrodnienia. W mięśniach przedramion pobudliwość faradyczna obniżona, galwanicznie zawsze KSZ  $\succ$  ASZ i A OZ; na lewej stronie pobudliwość galwaniczna jest o 4—6 El. słabsza niż na prawej. Na ramionach pobudliwość faradyczna i galwaniczna z obu stron jednakowa. Z punktów nerwowych — *nervi ulnaris* przy *os pisiforme* i *nervus medianus* skurczów mięśniowych w dłoniach wywołać nie mogłem, natomiast skurcze łatwo występują w mięśniach przedramion przy drażnieniu faradycznym lub zamykaniu katody [zawsze KSZ  $\succ$  A OZ] na *nervus ulnaris* z tyłu łokcia. W mięśniach tułowia kończyn dolnych wszędzie KSZ  $\succ$  ASZ.

Czucie dotykowe, lokalizacyjne i mięśniowe na całym ciele [twarzy, głowie, tułowiu, kończynach górnych i dolnych] w zupełności zachowane. Czucie bólowe zmniejszone wyraźnie na całej kończynie górnej prawej mniej więcej do okolicy *musc. deltoidei*; na prawej kończynie górnej, tułowiu, szyi i twarzy zachowane jest ono dokładnie. Czucie ciepłoty bardzo osłabione na kończynie górnej prawej, a nawet dalej do okolicy łopatki i z przodu do brzegu żeber. Na lewej kończynie [zanikłej w stopniu wyższym] czucie to jest aż do ramienia upośledzone, ale znacznie mniej, niż na stronie prawej. Na stronie prawej chora nie czuje zupełnie różnicy pomiędzy lodem i ciepłotami 2°—50° C., podczas gdy na stronie lewej odczuwa pewną różnicę między zimnem i ciepłem, chociaż w niektórych miejscach zimne przyjmuje za ciepłe. Na stronie wyprostnej kończyny lewej są jednak miejsca, gdzie czucie ciepłoty jest stosunkowo dobrze zachowane. W innych miejscach czucie to, podobnie jak i bólowe, nie uległo żadnym zmianom.

Odruchy ścięgnowe na kończynach górnych nie istnieją zupełnie. Odruchy kolanowe wzmożone, ścięgna ACHILLES'a — bez zmiany. Odruchy skórne — podeszwowe i brzuszne — osłabione.

Kręgosłup przedstawia w części dolnej szyjowej i górnej grzbietowej w wysokim stopniu skrzywienie na lewo (*scoliosis sinistra*). 4—5—6 wyrostki cierniste kręgów grzbietowych bolesne na ucisk. Innych punktów bolesnych na przebiegu mięśni i nerwów nie ma.

W narządach wewnętrznych nic szczególnego. *Pharyngitis chronica*. Mocz w prawidłowej ilości, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Chora pozostawała pod moją obserwacją przez miesiąc. Po kilkunastu posiedzeniach elektryzacji [galwanizacja labilna katodą mięśni kończyn górnych] siła tychże nieco wzrosła, same mięśnie nabrały więcej napięcia. Znikło także uczucie palenia w lewym i prawym boku. Chora często skarżyła się na bóle w rękach i nogach [być może, gośćcowego pochodzenia, bo chora leżała w bardzo wilgotnej sali 6-ej Szpitala Dzieciątka Jezus], które znikły przy antypirynie i sałolu. Uczucie duszności i ciężaru pozostawało ciągle bez zmiany, nawet, zdaje się, nieco się zwiększyło. Inne zaburzenia bez zmiany.

Mamy więc do czynienia z zanikiem mięśni obu dłoni i przedramion, który rozwinął się przy bólach, a później przy parestezyjach z zakresu czucia ciepłoty, paleniu i uczuciu zimna. Zanik ten nosi cechy zaniku degeneracyjnego, co wykazało badanie elektrycznością. Mamy dalej ową „*dissociation syringomyélique de la sensibilité*“ ponieważ czucie dotykowe jest w zupełności zachowane, podczas gdy czucie bólowe i temperatury na całej prawej kończynie są znacznie upośledzone, szczególnie to ostatnie. W wywiadach wspomnieliśmy także o zaburzeniach naczynio-ruchowych [sine plamy na skórze po kąpiel]. Objawy te wskazują na umiejscowienie sprawy anatomicznej w górnej części rdzenia, lecz prawdopodo-

bnie proces rozszerza się już ku rdzeniowi przedłużonemu. Dowodem tego są: porażenie nerwu twarzągowego prawego, uczucie duszności i ciężaru w piersiach z utrudnieniem oddechania [zmiany w ośrodkach nerwu błędnego]. Czy sprawa rozszerza się i wdół rdzenia, na to bezpośrednich dowodów nie ma; można jednak przypuszczać zwyrodnienie zstępujące pęczków piramidalnych wobec osłabienia kończyn dolnych z wzmożeniem odruchów kolanowych. Nareszcie zwężenie lewej szpary ocznej i zwężenie źrenicy przy braku zaburzeń oddziaływania na światło i akomodację i silnie rozwinięte skrzywienie kręgosłupa dopełniają w tym przypadku typowego obrazu klinicznego syringomyelii.

Nie może być tu mowy o idiopatycznym zaniku mięśniowym (*atrophia muscular. progresiva, s. amyotrophia spinalis*), bo przy tej, jak się teraz okazuje, nader rzadkiej chorobie, zaburzeń czucia nie ma; to samo stosuje się i do *sclerosis lateralis amyotrophica*. Również wyklucza się i zapalenie nerwów wszelkiego pochodzenia, bo przy niem nie bywa zwiększenia odruchów ścięgnistych, ani swoistego dla syringomyelii zwężenia szpary ocznej ze zwężeniem lub rozszerzeniem źrenicy. Najtrudniejsze, nawet w wielu typowych przypadkach, bywa odróżnienie glijatomyi rdzeniowej od *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*; ale w tej chorobie sprawa zaczyna się bólami silnymi w karku i sztywnością tegoż, poczem w przeciągu kilku miesięcy powstaje zanik paretyczny mięśni kończyn górnych i kontraktury, czego w naszym przypadku zupełnie nie było. Nie widzę potrzeby odróżniania naszego obrazu chorobowego od innych cierpień rdzeniowych, choćby guzów, dalej od *sclerosis disseminata etc.*; zresztą ramy mego artykułu nie pozwalają mi bliżej wdawać się w rozpoznawanie różniczkowe syringomyelii.

Z objawów, spostrzeganych w moim przypadku, chciałbym przedewszystkiem omówić w kilku słowach skolijozę. Skrzywienie kręgosłupa, najczęściej na prawo, zjawia się więcej niż w 25% przypadków syringomyelii <sup>1)</sup>. Geneza tego objawu jest do tego czasu najzupełniej ciemną, i nadaje się jeszcze mniej do objaśnień, niż skolijoza w nerwobólu kulszowym; na to jednak nacisk położyć należy, że, według ogólnie przyjętego zdania, skolijoza w glijatozie rdzeniowej jest już skutkiem i objawem, a nie przyczyną choroby. Skolijoza w syringomyelii rozwija się bardzo często bez jakichkolwiek widocznych cierpień kości lub mięśni pleców. W naszym przypadku uderzającą była okoliczność, że skrzywienie kręgosłupa zaczęło się rozwijać bez żadnej przyczyny—samoistnie—na długo, bo najmniej na 7—8 lat, przed wystąpieniem bólów w palcach i zaników mięśni dłoni, a więc u naszej chorej skrzywienie kręgosłupa niewątpliwie było przez długi czas pierwszym i jedynym objawem syringomyelii. Przeglądając w oryginałach prace ANNY BAEUMLER, FR. SCHULTZE'go, HOFFMANN'a i innych <sup>1)</sup>, a w referatach wiele innych obserwacyj <sup>2)</sup> mało, bardzo zna-

<sup>1)</sup> BERNHARDT. Syringomyelie und Scoliose. Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1889. Nr. 2. str. 33. Także MORVAN. De la scoliose dans la paréso-analgésie. Gaz. hebdomad. 1881. Nr. 41.

<sup>2)</sup> RUMPF. Ueber einen Fall v. Syringomyelie. Neurolog. Centralbl. 1889. Nr. 7—9. — P. ROSENBAACH. Zur Casuistik d. Syringomyelie. Ibidem. 1890. Nr. 1890. i t. d.

<sup>3)</sup> E. REMAK. Berlin. klin. Wochen. 1877. Archiv. f. Psychiatrie. Bd. IX i XXI. — OPPENHEIM. Archiv f. Psych. Bd. Bd. XV. — BERNHARDT. Berlin. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 4. — FREUND. Wiener med. Wochenschr. 1885. Nr. 13. — DÉJÉRINE. Syringomyelie. La semaine médicale. 1890.

lazłem danych o omawianym objawie glijوماتozy rdzeniowej, *resp.* kiedy skolijoza wystąpiła w przebiegu choroby: ledwie w 3—4 obserwacjach zanotowano, że skrzywienie kręgosłupa wystąpiło jednocześnie lub nieco później, niż zaniki mięśniowe i inne objawy. Na podstawie zaś swojej obserwacji mniemam, że należy zwracać baczną uwagę na stan mięśni, nerwów i t. p. w przypadkach, gdzie chorzy zwracają się do lekarza li-tylko z powodu bocznego skrzywienia kręgosłupa, a gdzie na powstanie tego skrzywienia trudno znaleźć określony powód. Szczególnie ważnem by było otwierać kolumnę kręgową przy sekcjach w każdym przypadku mniejszej lub większej skolijozy, choćby przy braku jakichkolwiek objawów za życia. Może wtedy mniej będzie częstem przypadkowe znajduwaniem jam w rdzeniu przy badaniu pośmiertnem.

Drugim ważnym dla rozpoznania syringomyelii objawem było w naszym przypadku „częściowe porażenie czucia“ na całej kończynie górnej prawej. Znaczenie tego objawu dla rozpoznawania tej choroby podniósł głównie F. SCHULTZE, a za nim dużo autorów uważa „*partielle Empfindungslähmung*“ nieledwie za patognomiczny objaw glijوماتozy. Dowodem tego choćby tytuł artykułu jednego autora <sup>1)</sup>, z którego wnosić można, że „częściowe porażenie czucia“ jest synonimem „syringomyelii“. Wprowadzenie tego objawu do nozografii glijوماتozy rdzeniowej miało niewątpliwie bardzo duże znaczenie, bo prawie wyłącznie przez ten objaw rozpoznanie syringomyelii w klinice zostało umożliwione. Odzywa się jednak coraz więcej głosów, że tak jednostronnie nie należy pojmować „częściowego porażenia czucia“.

Z jednej strony wiadomo, że „*partielle Empfindungslähmung*“ bywa nie we wszystkich przypadkach syringomyelii, a tylko w połowie, że przy tej chorobie szczególnie w późniejszych okresach może cierpieć i czucie dotykowe, i że mogą istnieć nietylko tak specyjalne zaburzenia czucia, jak częściowe porażenie. Rzeczywiście choćby w naszym przypadku na kończynie górnej lewej było upośledzone tylko czucie temperatury, a czucie dotykowe i bólowe były zupełnie dobrze zachowane. Takie tylko zaburzenia czucia istniały w przypadku DÉJÉRINE'a <sup>2)</sup>, stwierdzonym badaniem pośmiertnem. Z drugiej strony okazuje się, że „*dissociation syringomyélique*“ zdarza się i w innych cierpieniach nerwowych, a wtedy pojmowanie tego objawu, jako tylko właściwego glijوماتozie rdzeniowej, prowadzi łatwo do błędów rozpoznawczych; prawda — jednocześnie i utrudnia rozpoznanie właściwe. CHARCOT <sup>1)</sup> widział ten objaw u histeryczek, FREUND <sup>1)</sup>, w niektórych przypadkach rozsianego stwardnienia mózgo-rdzeniowego, gdzie

---

Nr. 7. — GILLES DE LA TOURETTE i ZAGUELMANN. Un cas de syringomyélie. Nouvelle Inonogr. de la Salpêtrière. 1889. — R. KRETZ. Wiener klin. Wochenschrift. 1890. Nr. 25. — P. MARWEDEL. Beitrag zur Casuistik d. Syringom. München medic. Wochen. 1890. Nr. 46 [przypadek z 18 letniem trwaniem]. — CHARCOT et BRISSAUD. Sur un cas de syringomyélie observé en 1875 i 1890. Progrès médical. 1891 i t. d. i t. d..

<sup>1)</sup> H. SCHLESINGER. Zur Kasuistik der partiellen Empfindungslähmung [Syringomyélie]. Wien. medic. Wochensch. 1891. Nr. 10—14.

<sup>2)</sup> Dissociation de la sensibilité thermique dans la Syringomyélie. Semaine médic. 1891. N. 6.

<sup>2)</sup> Leçons du Mardi. 1889. str. 496.

<sup>4)</sup> Archiv f. Psychiatrie. Bd. 22.

zresztą „*partielle Empfindungslähmung*“ istniało tylko przemijająco, ROSENBACH <sup>1)</sup> przy *lepra nervosum*, NOTHNAGEL <sup>2)</sup> podobno jeszcze w 1867 r. w różnego rodzaju zapaleniu nerwów — wprawdzie bardzo rzadko. Kilka miesięcy temu obserwałem przypadek wiądu rdzenia, w którym „częściowe porażenie czucia“ było jeszcze dokładniej wyrażone, niż w opisanym przypadku syryngomyelii. Przypadek ten wiądu rdzenia zasługuje na uwagę jeszcze przez szczególne zmiany czucia pod wpływem leczenia.

II. Wierg. Jan, lat 36, wyrobnik z Warszawy, wstąpił do kliniki dyjagnostycznej dnia 27 Października 1891. Ojciec umarł na suchoty, matka nie wiadomo na co. W rodzinie nerwowych chorób nie było. Sam chory przeżył w 10 roku życia tyfus; syfilis i alkoholizm, *excessus in Venere* zaprzecza zupełnie. Żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci. Chory skarży się na silne strzelające bóle w kończynach dolnych, zjawiające się co chwila i w nocy spać mu nie dające. Bóle zaczęły się dwa lata temu, po tem, gdy chory przez kilka tygodni pracował, stojąc w głębokim śniegu w dziurawych butach. Stopniowo bóle te wzmagaly się, a od kilku miesięcy męczą chorego ogromnie; od tego czasu także zjawił się ból opasujący w dolnych częściach brzucha. Nogi w ostatnich czasach męczą się dość łatwo i przy chodzeniu podcinają się w kolanach, chory czuje w nich zdrętwienie. Bólów głowy, ani krzyża nigdy nie było, wzrok nie osłabiony, trawienie dobre, mocz i stolec dobrze odchodzą. Siła płciowa od roku znacznie osłabła i erekcyjne rzadko bardzo bywają.

Badanie bliższe wykazuje: chory dobrej budowy, odżywiania średniego. Na skórze kończyn tułowia żadnych zmian nie ma [i nigdy nie było]. Prawa źrenica nieco szersza niż lewa, obie oddziałują przy akkomodacyi prawidłowo, ale na światło leniwo. Zaburzeń innych ze strony nerwów mózgowych nie ma.

Na obu kończynach dolnych z przodu i z tyłu aż do wysokości pępka — na całej przestrzeni [i podeszwach] — czucie dotykowe, lokalizacyjne i mięśniowe zachowane do najdrobniejszych szczegółów i zwolnienia przewodnictwa nerwowego także nie ma. Natomiast czucie bólowe i ciepłoty silnie upośledzone, tak, że chory nie doznaje bólu przy głębokich ukłuciach i szczypaniu, a wodę gorącą na 90° C. w próbówce odczuwa ledwie jako ciepłą. Przy różnicach ciepłoty 20, 40, 50° C. rozpoznania dokładnego nie ma. Na kończynach górnych, twarzy, tułowiu i t. d., czucie wszelkich gatunków zachowane zupełnie dobrze.

Mięśnie kończyn dolnych dobrze rozwinięte, choć nieco wiotkie. Siła mięśniowa zupełnie zachowana i znaczna. Wszystkie ruchy wykonalne i nieograniczone, napięcia, ani drżenia nie ma. Oddziaływanie na prąd przerywany i stały nerwów i mięśni zupełnie prawidłowe. Chód mało zmieniony, w prawej kończynie nieznaczna ataksya. Chód w tył prawie niemożliwy; przy szybkim zwracaniu chory chwieje się. Chwianie przy zamkniętych oczach [o bja w ROMBERG'a]. Odruchów kolanowych i ścięgna ACHILLE'S'a nie ma [postępowanie JENDRASSIK'a]. Odruch *m. tricipitis* na górnych kończynach istnieje. Ze skórnych podeszwowe i mięśniowe nie istnieją, brzuszne są. Ani śladu zaburzeń troficznych lub naczynioruchowych. Kręgosłup prosty, na ucisk nie bolesny. W narządach klatki piersiowej nie szczególne, wątroba i śledziona nie powiększone, mocz wolny od białka i cukru.

Chory przez kilka dni przyjmował przeciw bólom antypirynę, ale zupełnie bezskutecznie, bóle opasujące nasiliły się nawet. Zacząłem więc stosować wyłącznie zawieszania, których wykonano tylko 6 co drugi dzień. Pierwsze zawieszanie trwało 1/2 minuty, drugie 3/4 minuty, trzecie — 1 minutę — następne 1 1/2 — 2 — 2 1/2 minut. Wynik tego leczenia subiektywnie był bardzo pomyślny, ale i obiektywnie zaburzenia czucia uległy oryginalnym zmianom [co może służyć za jeden z dowodów, że zawieszania nie działają li-tylko suggestywnie, jak chcą niektórzy lekarze]. Już po pier-

<sup>1)</sup> St. Petersburger medicin. Wochenschr. 1887. Neurolog. Centralblt. 1890.

<sup>2)</sup> Temperatursinn. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 2.

wszystkich dwóch zawieszaniach strzelające bóle zmniejszyły się znacznie, ale bóle opasujące pozostały w dawnej sile. Leczą i te po 4-em zawieszeniu osłabły, a po 5-em zupełnie znikły. Po 6-em zawieszaniu chory był zupełnie wolny od bólów opasujących i strzelających, zmniejszyło się nieco uczucie osłabienia i podcinania w nogach, lecz niemoc płciowa pozostała bez najmniejszej poprawy. Chory mimo nalegań z mej strony wypisał się 11-go Listopada. Obiektywnie zmiany znalazłem wtedy na kończynach dolnych następujące: Czucie dotykowe i lokalizacyjne w zupełności zachowane, czucie ciepłoty wróciło zupełnie do normy, lecz upośledzenie czucia bólowego pozostało bez zmiany. Tylko na poduszki wach pozostało po dawnemu „częściowe porażenie czucia“, które poprzednio było na całych dolnych kończynach. Objaw ROMBERG'a nie ma prawie zupełnie. Reszta jak poprzednio.

Jeżeliby wraz z SCHULTZE'm „częściowe porażenie czucia“ przyjmować za objaw patognomiczny syringomyelii, to rozpoznanie w danym razie skłaniałoby się bardzo ku glijomatozie rdzeniowej. Byłoby to tem więcej usprawiedliwione, że glijomatoza, poczynająca się w części dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej, a przechodząc, jak wspomnieliśmy, łatwo na pęczki tylne rdzenia, na „*Wurzeleintrittzone*“, daje nieraz obraz kliniczny bardzo podobny do obrazu *tabes*. Takiego rodzaju przypadek opisał np. OPPENHEIM <sup>1)</sup>, a ROTH <sup>2)</sup> w swej monografii wyodrębnia nawet typ tabetyczny syringomyelii. Ale we wszystkich tych pseudo-tabetycznych przypadkach bliższe badanie wykrywa objawy, zdradzające prawdziwą naturę cierpienia: zaburzenia troficzne, zaniki ograniczone do pewnych grup mięśniowych ze znacznym upadkiem siły mięśniowej i t. d. W naszej zaś obserwacji typowe strzelające i opasujące bóle, zaburzenia w ośrodkach płciowych, ataksja, objaw ROMBERG'a, przy braku zaburzeń naczynioruchowych i troficznych pozwalają klinicznie rozpoznać tylko: „*tabes dorsualis*“.

Obserwacja nasza jest w literaturze pierwszą, wykazującą, że przy wiaździe rdzeniowym zdarzyło się typowe i obszerne „częściowe porażenie czucia“. Przy wiaździe rdzenia zaburzenia czucia różnorodne są objawem bardzo stałym w tej chorobie, szczególnie w pierwszych jej okresach; wspominają ostatnie wiadomości o różnego rodzaju częściowych zaburzeniach czucia, wprawdzie nie w znaczeniu „*dissociation syringomyélique*“. Takie częściowe porażenie czucia przy wiaździe rdzeniowym sam miałem sposobność obserwować w jednym przypadku, gdzie upośledzonym było prawie wyłącznie przewodnictwo (*Empfindungsleitung*), a czucie dotykowe, lokalizacyjne, bólowe, czuciowe, pozostały prawidłowe. PARMENTIER <sup>3)</sup> widział w tej chorobie w wysokim stopniu upośledzenie czucia ciepłoty przy zupełnie prawidłowym czuciu dotykowym i bólowym. Tenże autor opisuje przypadek wiaźdu rdzenia z zanikami mięśniowymi typu DUCHENNE-ARANA i z „*dissociation syringomyélique*“ na górnych kończynach, a więc zupełnie podobnie jak w syringomyelii. Nasz przypadek, oczywiście, wyróżnia się od opisanych przez tego autora.

Jednak „częściowe porażenie czucia“ w syringomyelii posiada pewne cechy, których ten sam objaw w innych chorobach zwykle nie wykazuje. Otóż, za-

<sup>1)</sup> Charité—Annalen. XI. 1886. str. 400.

<sup>2)</sup> Contribution à l'étude de la gliomatose médullaire. Archives de neurologie XIV—XVI.

<sup>3)</sup> Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 5. 1890.

znaczono, że w glijomatozie rdzeniowej „*partielle Empfindungslähmung*“ rzadko zjawia się na tak obszernej przestrzeni, jak to było choćby w moim przypadku wiądu rdzenia, a zajmuje zwykle tylko pewne „zony“, odcinki członków lub tułowia, jedną kończynę i t. p., nie idzie wzdłuż przebiegu nerwów, co częściej bywa przy *neuritis*, nareszcie trwa stale, a nie przemijająco, jak np. w *scélérose en plaques*. W syryngomyelii upośledzenie ciepłoty jest zazwyczaj bardziej wybitne, niż upośledzenie zmysłu bólowego i wogóle dla tej choroby, na co położył silny nacisk Fr. SCHULTZE, są nader charakterystyczne różnego rodzaju zaburzenia w sferze zmysłu temperatury. Zaświadcza to także nasza chora Stan...: rzeczywiście cierpiała ona subiektywnie i obiektywnie głównie w zmysle temperatury, miała parestezyje tylko w tej sferze [palenie i ciągłe uczucie zimna, nigdy zaś mrowienie lub drętwienie], a w prawem ręku upośledzone było głównie czucie temperatury, w lewym zaś tylko ono samo. Jeśli czytelnik uprzytomni sobie opisane zaburzenia czucia w naszym przypadku wiądu rdzenia, to łatwo zauważy, że nie noszą one takich cech właściwych glijomatozie rdzeniowej.

Jak widzimy, w rozpoznawaniu syryngomyelii należy dużo rzeczy uwzględnić i wnioskować bardzo ostrożnie <sup>1)</sup>. Na zakończenie dodam kilka słów o przyczynie cierpienia w naszym przypadku. O rozwój glijomatozy w rdzeniu i jam obwiniają dużo momentów, np. choroby zakaźne; za najważniejszy powód uważany jest uraz (*trauma*). Syfilis, jako przyczynę tej choroby, do obecnego czasu wogóle wykluczają. W naszym przypadku mieliśmy i cały szereg chorób zakaźnych: tyfus, odrę, szkarlatynę i nawet uraz. Czy te momenty spowodowały rozwój syryngomyelii, trudno stwierdzić, tembardziej że najwcześniejszy objaw

<sup>1)</sup> Niezmiernie pouczającym w tym względzie jest przypadek, przedstawiony przez CHARCOT'a w Kwietniu roku przeszłego na wykładach w Salpêtrière. Przypadek ten miałem sposobność osobiście widzieć podczas swego pobytu w Paryżu; ogłoszonym on został w Archives de Neurologie. 1891. Nr. 65 pod tytułem: „Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale avec lésion hémilatérale de la moëlle d'origine traumatique simulant la syringomyélie. Młody człowiek lat 22 przedstawiał zanik i porażenie małych mięśni prawej ręki i zginaczy na przedramieniu z odczynem zwrodnienia, typowe „*dissociation syringomyélique*“ na wewnętrznej stronie kończyny górnej prawej, skrzywienie kręgosłupa na prawo, porażenie prawego *n. facialis*, spastyczne porażenie prawej kończyny dolnej z zaburzeniami czucia wszelkich gatunków, co było także i na prawej stronie tułowia, a więc na pierwszy rzut oka najtypowszy przypadek syryngomyelii. Jednakże anamneza i staranne badanie CHARCOT'a wykluczyło w tym przypadku rozpoznanie glijomatozy. Chory w 18 roku raniony został kulą w tylną okolicę szyi, poczem w przeciągu 4—5 dni prawa ręka i noga były zupełnie porażone. Powoli to przeszło, ale w r. 1890 chory, podnosząc ciężki worek, uczuł bóle w karku i osłabienie w lewej nodze, które w 3 tygodnie przeszło w sztywność, a stopniowo rozwinęło się osłabienie i zanik prawej ręki i prawego przedramienia. „Częściowe porażenie czucia“ istniało w tym przypadku tylko wzdłuż *n. cutanei brachialis interni*, a zanik ograniczał się tylko dziedziną *n. ulnaris* i *mediani*. W okolicy 7 kręgu szyjowego była na skórze blizna. CHARCOT więc wywnioskował, że kula uderzyła w 1 lub 2 krąg grzbietowy i naruszyła go, przez co przy podnoszeniu ciężaru kręgi te nadłamały się, ucisnęły prawą stronę rdzenia, z kądem objawy połowicznego porażenia, zniszczyły lub zraniły 1 nerw grzbietowy [przez co *amyotrophia*, zaburzenia czucia w zakresie *n. ulnaris*, *mediani* i *cutanei, brachialis interni*]. Objawy oczne można było objaśnić przez cierpienie *rami communicantis*, idącej od nerwu sympatycznego do 1-go grzbietowego, a skoliozę — złamaniem kręgu grzbietowego górnego. Przy wykonanej później operacji znaleziono na 7 szyjowym i 1 grzbietowym kręgu zgrubienie kości, kanał rdzeniowy na oko i dotyk nie przedstawiał żadnych anomalij.



choroby — skrzywienie kręgosłupa — istniał jeszcze przed wymienionymi chorobami i urazem. Najprawdopodobniej więc przyczyną było jakieś bliżej nieznanne wrodzone usposobienie, którego konieczność dla rozwoju syryngomyelii uznaje tegoczesna nauka.

## II. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I TERAPII MIGDAŁKA JĘZYKOWEGO.

[Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 3 Listopada 1891 r.]

Napisał

**D-r. Władysław Wróblewski,**

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Nieco rzadziej od przerostu spotyka się ostre zapalenie migdałka językowego, t. zw. *tonsillitis lingualis acuta v. folliculitis acuta tonsillae linguae*, na które zwrócili uwagę CRAIGIE <sup>1)</sup>, MICHELSON <sup>2)</sup>, FLEISCHMANN <sup>3)</sup>, RUAULT <sup>4)</sup>.

BUTLIN, który obszernie traktuje cierpienia języka w swoim podręczniku, zdradza się z zupełną niezajomością tego cierpienia, przytaczając tylko obserwacje D-ra CRAIGIE, który przed laty 50 opisał zapalenie podstawy języka, jako powikłanie ostrego zapalenia migdałka podniebiennego. Inni klinicyści nie byli również szczęśliwi pod względem ilości przypadków [MICHELSON 1, FLEISCHMANN 16, [7 mężczyzn i 9 kobiet], RUAULT 2]. RUAULT dzieli zapalenia migdałka językowego na ostre, podostre i przewlekłe. Zajmując się głównie temi ostatnimi, przytacza ? własne spostrzeżenia ostrego zapalenia migdałka oraz niestosownie przypadek GLEITSMANN'a, dotyczący raczej obóstrzenia w przebiegu sprawy przewlekłej i SEIFERT'a, w którego przypadku obrzmienie migdałka wywołane było uwięzieniem kawałka kości. Ostre zapalenie migdałka językowego nie jest tak rzadkiem, jakby o tem sądzić było można na podstawie literatury; przeciwnie, spotyka się je dość często, jako powikłanie ostrego nieżytego lub torebkowego zapalenia migdałów, oraz wielu innych ostrych spraw zapalnych gardzieli. Jestem przekonany, że przypuszczalna rzadkość tej formy jest proporcjonalną do częstości badania laryngoskopem: im częściej będziemy używać lusterka krtaniowego i mniej będziemy ograniczać się na przyciskaniu języka przy badaniu gardzieli, tem mniej znajdziemy podstawy do potwierdzenia zbyt pośpiesznych wniosków. Przekonać się mogłem o tem z własnego

<sup>1)</sup> Cytowany u BUTLIN'a str. 39. The maladies of the tongue. Tłóm. niemieckie J. BEREGSZASZY. Wiedeń 1887.

<sup>2)</sup> Beobachtungen über Krankheitszustände an der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel. Berl. klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 9.

<sup>3)</sup> Acute folliculäre Glossitis. [Albany Med. Annals. 1889]. Centralblatt f. Laryng. 1890 r., str. 146.

<sup>4)</sup> L. c.

doświadczenia; od czasu bowiem jak przyjąłem zasadę laryngoskopowania każdego chorego, który się do mnie udaje, w wielu przypadkach *tonsillitidis lacunaris acutae* wykrywałem podobnie cierpienie migdałka językowego w postaci zaczerwienienia, obrzmienia, rozpulchnienia błony śluzowej oraz typowych biało-żółtawych czopów. Oprócz spraw, wklajających przebieg zapalenia migdałków podniebiennych, które na sposób leczenia nie wpływają, spotykamy się nieraz z samodzielnem cierpieniem zapalnym gruczołów podstawy języka bez żadnych zmian w gardzieli, które wykryć tylko może odpowiednie użycie wziernika krtaniowego. Natężenie sprawy bywa rozmaite i wogóle podobne do ostrych zapaleń migdałków podniebiennych. Czasami widzimy tylko lekkie obrzmienie i zaczerwienienie, czasami sprawa dochodzi do olbrzymiego opuchnięcia i pokrycia migdała białymi delikatnymi czopami, nieco rzadziej do ropienia. Głównym objawem bywa mniejszy lub większy ból, nieraz rozprzestrzeniający się na uszy i dochodzący niekiedy do zupełnego utrudnienia połykania; najsilniejszym jednak bywa przy jednocześnie przebiegającej różny krtaniowej.

Odczyn ogólny w postaci dreszczów, gorączki, bólu głowy, ogólnego rozbicia i t. d. zależy od natężenia sprawy, która trwa zazwyczaj od kilku do kilkunastu dni i daje w większości przypadków pomyślne rokowanie. Jednym z objawów jest tu też nadmierna ilość śliny, która niekiedy wycieka z ust wobec niemożności połykania. Przy wskazaniach do terapii w każdym przypadku oryjentować się należy charakterem i stopniem bólu, stanem ogólnym, wrażliwością i t. d.. Leczenie ogólne polega na zastosowaniu środków czyszczących, chininy, salicylanu sodu; miejscowo zalecamy płukanie zimnym roztworem boraksu, chloranu potasu, kokainy, kwasu bornego, salicylanu sodu, lód, lody, niekiedy stosujemy pijawki na szyję lub miejscowe skaryfikacje i t. d..

### S p o s t r z e ż e n i a .

I. Pan B., lat 54, zgłosił się do mnie 25. VIII. 1887, skarżąc się na znaczny ból w gardle. Choroba zaczęła się przed 8 dniami dreszczami, gorączką i ogólnem osłabieniem. Objawy ogólne po kilku dniach ustąpiły, a pozostał tylko znaczny ból w gardle, oprócz nieznośnego uczucia obcego ciała i przeszkody przy łykaniu. Przy badaniu okazało się: gardziel żadnych zmian nie przedstawiała; na środku podstawy języka leży guz czerwony, o gładkiej powierzchni, wielkości łaskowego orzecha, na dotyk bolesny i chęłbocący, przylegający do nagłośni. Otaczające gruczoły torebkowo nieco obrzmiałe i lekko zaczerwienione. Po przecięciu guza wypłynęła żółta płynna ropa i po kilku dniach przy płukaniach chloranem potasu pan B. zupełnie wyzdrowiał. Mielśmy tu do czynienia z ropniem migdałka językowego.

II. Pani F., lat 40, choruje od tygodnia; widząc pogorszenie, d. 14. XI. 88. udała się do mnie, skarżąc się na ból znaczny przy łykaniu, nie pozwalający jej przyjmować pokarmów. Gardziel prawidłowa; gruczoły na podstawie języka bardzo obrzmiałe i czerwone, język obłożony, a z ust bardzo nieprzyjemny odór. Ciepłota 39° C.. Po zaleceniu oleju rycynowego, chininy i płukania kokainą, na drugi dzień nastąpiła wyraźna poprawa, a po kilku dniach chora zupełnie wyzdrowiała. Wezwany po kilku miesiącach z innego powodu, obejrzałem przy tej sposobności lusterkiem podstawę języka i znalazłem przerost jego w małym stopniu i nie dający żadnych zgoła objawów. Wogóle *hypertrophia tonsillae lingualis* jest najpodatniejszym gruntem do wszelkiego rodzaju spraw ostrych.

III. Robotnik fabryczny S., lat 40, dobrze zbudowany i odżywiany, dotąd zawsze zdrowy, zachorował 5. XI. 1887 roku: silne dreszcze i w pierwszych dniach miał gorączkę, doznawał ogólnego rozbicia i bólu gardła, wzmagającego się z każdym dniem tak, że w chwili, kiedy go po raz pierwszy widział [na piąty dzień choroby], zgoła nie przeknął: nie mógł. Wtedy stwierdziłem

stan gorączkowy [39,6° C.], w gardzieli lekkie zaczerwienienie, gruczoły podstawy języka ogromnie obrzmiały w postaci jednolitego guza, czerwone i pokryte śluzem. Nagłośnia silnie była pochylona ku tyłowi, w trójnasób zgrubiła we wszystkich wymiarach, czerwona z wodnistym odcieniem. Po zastosowaniu płukania rozczynek kokainy [1 na 180] i łykania lodu, d. 10. XI. 87. stan był o tyle lepszy, że chory mógł przelić zimne płyny. Obrzmienie nagłośni i migdałka językowego jeszcze jednak było tak znaczne, że wnętrza krtani nie można było widzieć; dnia 12. XI. chory łyka znacznie lepiej, nagłośnia mniej obrzmiała i ruchoma. Gruczoły podstawy języka wyglądają jak winne grona. Widać po raz pierwszy wnętrza krtani: cała tylna ściana obrzmiała i czerwona, struny głosowe bez zmian, więzy nagłośnionałewkowe też obrzmiały i czerwone. 15. XI. 87. chory już łyka zupełnie bez bólu, obrzmienie ze wszystkich części zeszło, została tylko znaczna czerwoność; migdalek zaś językowy pozostał nieco większy, niż w stanie prawidłowym.

IV. Panna R., lat 26, wezwała mię 1. XI. 1887, skarżąc się na bardzo silne pieczenie i palenie w gardle i ból przy łykaniu. Choroba zaczęła się przed 3 dniami dreszczami, bólem głowy i gorączką. Gardziel bez zmian, nagłośnia bardzo zgrubiła, czerwona i odchylona nieco na lewo i ku tyłowi. Jamy nagłośnio-językowe wypełnione obrzmiałymi gruczołami podstawy języka, które są czerwone, lśniące i pokryte śluzem. Ciepłota 38,2° C.. Po zaleceniu lodu i płukania kokainą, dnia 2. XI. stwierdziłem stan bezgorączkowy. Pieczenie w gardle zmniejszyło się. Obrzmienie migdałka językowego i nagłośni, jak poprzednio. Wnętrze krtani bez zmian. Leczenie takie trwało dni cztery, poczem ból i obrzmienie ustąpiło, tak, że 7. XI. chora była już zupełnie zdrowa.

V. Pani M., lat 36, zgłosiła się 27. IV. 1889 r., oświadczając, że od 2 tygodni dokucza jej ból języka i gardła do takiego stopnia, że utrudnia nawet przeliwanie śliny. Gardziel i krtani bez zmian, gruczoły podstawy języka zaczerwienione i znacznie obrzmiały. Po pedzlowaniu 20% mentolem i płukaniu kokainą d. 2. V. nastąpiło *sanatio completa*.

VI. Konstancy K., lat 28, zgłosił się do szpitala Ewangelickiego 4. V. 1891. Dokucza mu ból w gardle przy łykaniu od 2 tygodni, który w ostatnich kilku dniach tak znacznie się powiększył, że pozwala choremu zaledwie płyny przelić. W gardzieli nieżyt przewlekły. Gruczoły podstawy języka silnie obrzmiały, przedstawiają się w postaci dwóch guzów, oddzielonych zagłębieniem, nierównych [po stronie lewej guz ten jest wielkości tureckiego orzecha, czerwony, gładki, po prawej znacznie mniejszy]. Nagłośnia czerwona, obrzmiała, pochylona, zakrywa zupełnie krtani. Przy dotykaniu do guza lewego ból znacznie się wzmaga. Ciepłota 38,4° C.. Zaleciłem: położyć się do łóżka, środek czyszczący, chininę, lód; 6. V. nastąpiło znaczne polepszenie, po kilku zaś dniach zupełnie wyzdrowienie.

VII. Ludwika K., lat 38, zgłosiła się do szpitala 5. X. 1891. Chora skarży się na silny ból gardła i niemożność łykania, ból głowy, dreszcze i mdłości. Choroba trwa 4 dni. Ciepłota 39° C. Język obłożony. Migdały zaróżowione i nieco powiększone, z ich lejkowatych otworów gdzieniegdzie wyglądają białe czopki. Podstawa języka ogromnie obrzmiała, czerwona, lśniaca, usiana mnóstwem białych czopków, wyglądających z otworów gruczołów woreczkowatych (*Folliculitis tonsillae linguae acuta*). Obrzmienie po stronie lewej znacznie większe, niż po prawej. Krtani i nagłośnia nie przedstawiały zmian. Leczenie i rezultat taki sam jak i w przypadku poprzednim. Przypadków podobnych, t. j. z małym zajęciem migdałków podniebiennych, z przeważającymi zmianami *tonsillae lingualis*, mam zanotowanych ośm.

Do dość częstych cierpień migdałka językowego należy *mycosis leptothrica*, której dokładne opisanie w naszej literaturze zawdzięczamy HERYNGOWI<sup>1)</sup>. Po wszelkie więc szczegóły, dotyczące omawianego cierpienia, odsyłam do jego pracy, zgadzając się na wszystkie w tej kwestyi poglądy autora. W r. 1888 OŁTUSZEWSKI<sup>2)</sup> opisuje jeden przypadek grzybicy, jako niezwykle rzadki; od 3-letniego poglądy na tę kwestyję uległy zmianie; ilość spostrzeżeń ogłaszanych wzrasta, a z pewnością znaczna ich część pozostaje w dzienniku lekarzy. W cią-

<sup>1)</sup> Grzybica gardzieli włoskowcowa (*mycosis pharyngis leptothrica*). Gaz. Lek. 1884. Nr. 9 i 10.

<sup>2)</sup> Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej. Gaz. Lek. 1888. Nr. 4.

gu pięciu ostatnich lat miałem możność zanotować 18-cie przypadków *mycosis leptothriciae*, które stwierdzone zostały przez badanie drobnowidzowe przy łaskawym współdziałaniu kolegów JAKOWSKIEGO, BUJWIDA, CHEŁCHOWSKIEGO i innych. Z liczby tej 10 przypada na kobiety a 8 spostrzeżeń dotyczy mężczyzn. Wszystkie to były osoby młode, w wieku od 14—30 lat, cieszące się kwitnącym stanem zdrowia i tylko jeden raz dostrzegłem powyższe cierpienie u 50-letniej kobiety. Przytoczę tu tylko tych 9 przypadków [w możliwym streszczeniu], gdzie białe czopy włoskowcowe znajdowały się na nasadzie języka.

I. Wanda God., pensjonarka, lat 14, dobrze odżywiana i zbudowana, na gardło często zapada. Przed rokiem przebywała bionię. Przed tygodniem [3. II. 1888] znowu ją gardło zabolalo, lecz po 3 dniach ból zupełnie przeszedł, zostały jednak jakieś białe punkty w gardzieli i to skłoniło lekarza domowego do skierowania jej do mnie. Znalazłem migdały nieco powiększone, usiane białymi małymi czopkami [na migdale lewym jest tych czopków około dziesięciu, na prawym mniej; na łuku tylnym lewym jest cztery i na migdałku językowym bardzo wiele]. Przy badaniu drobnowidzowym okazało się, że czopki te składają się z włoskowca, ułożonego w postaci wojłoku. Płukanie z sublimatu 1 na 6000 i pędzlowanie migdałów 2% kwasem karbolowym, później rozeznym LUGOL'a, do dnia 20. III. 1888 r. żadnej poprawy nie sprawiło. D. 23. III. 88. chora zapadła na zapalenie płuc z bardzo ciężkim przebiegiem. Widziałem ją znowu w końcu Kwietnia i znalazłem tylko kilka czopków włoskowcowych na lewym migdale i 2 na nasadzie języka, co dowodzi, że po przebytej ciężkiej gorączkowej chorobie ilość tych czopków znacznie się zmniejszyła. Pozostałe czopki 24. IV. 88. powijmowałem, a miejsca ich przypaliłem galwanokauterem, poczem chora opuściła Warszawę. Dnia 8. XI. 88. czopków włoskowcowych w gardzieli nie ma, kilka z nich widać tylko na podstawie języka.

II. Kazimierz Ch., lat 16, przedstawiony przeczemuie w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dnia 24. IV. 1888. Przed rokiem po ostrym gorączkowym zapaleniu gardzieli pozostały białe plamy, które go niepokoją, choć żadnych dolegliwości nie powodują. Białych czopków jest bardzo dużo na obu migdałach i łukach tylnych, kilka na tylnej ścianie, dość dużo na podstawie języka i dwa na kraniowej powierzchni nagłośni. Przy badaniu czopków z migdałów, z podstawy języka i nagłośni wszędzie znalazłem *leptothrix buccalis*. Chorego widywałem bardzo często i dotąd mam sposobność obserwowania go. Stosowałem wszelkie używane sposoby leczenia: wyrwanie czopków, galwanokauter, pędzlowanie sublimatem, jodem z gliceryną i t. p., wszystko napróżno. Leczenie takie trwało 8 miesięcy. Wreszcie zaczął chory plukać gardło po kilka razy dziennie na parę m z niedopałków cygar i w kilka miesięcy później grzybica gardzieli znikła bezpowrotnie. Płukanie to przyszło mi na myśl, gdym sobie przypomniał z pracy HERYNGA opisany przypadek grzybicy u D-ra D., który wyleczył się paleniem cygar.

III. Panna T., lat 20, od kilku miesięcy leczy się na gardło z powodu białych plamek, które ją i lekarza domowego niepokoją. Na obu migdałach bardzo dużo białych czopków: na lewym migdale przeważnie na wewnętrznej stronie, na prawym z tyłu; również kilka takich czopów usadowiło się na podstawie języka. W krani zmian żadnych nie wykryłem. 18. I. 89. wyjąłem jej kleszczykami około 20 czopków; badanie drobnowidzowe potwierdziło kliniczne rozpoznanie grzybicy włoskowcowej; 25 i 28 Stycznia wyjąłem znowu po kilka czopków; 11. II. 89. przypaliłem oba migdały galwanokauterem; 11. III. na migdałach kilka zaledwie małych czopków, ale zato na nasadzie języka jest ich bardzo dużo i niezwykle wielkich. Tak więc leczenie energiczne rezultatu nie dało. Zaleciłem tylko płukania kwasem bornym <sup>1)</sup> i zostawienie gardła w spokoju.

IV. Pan S., lat 17, przed 3 tygodniami zauważył białe plamy na lewym migdale, które mu wcale nie dokuczały. Od dwu dni dopiero ma ból w gardle przy przełykaniu i to głównie po stronie lewej. Cała błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, migdał lewy nieco obrzmiały, usiany białymi żółtymi czopkami dosyć dużymi, także czopki tylko nieco mniejsze spotyka się na tylnej ścianie

<sup>1)</sup> Odwar z cygar jest środkiem tak wstrętnym, że mało kto może go znosić i przy zalecaniu go należy pacjenta pod tym względem uprzedzić.

gardzieli i na podstawie języka po stronie lewej. Krtąń bez zmian. Plukania i pędzlowania, zalecane przezemnie, liczby czopków nie zmniejszyły, a nawet wielkość ich się powiększyła; 1, 7 i 14 Marca wyjmowałem i przypalałem żegadłem miejsca czopków. Widziałem chorego ostatni raz w Kwietniu 1889 r.; w gardzieli czopków nie ma, na nasadzie języka jest ich znowu kilka. Zostawiłem nadal bez leczenia.

V. Pan K. student, lat 24, miewa często chrypkę; od miesiąca zauważył białe plamy w gardzieli; migdałki oba usiane czopkami; niezwykle dużo tych czopków znajduję na znacznie powiększonym migdałku językowym. 13. IV. 89. usunąłem bardzo wiele tych czopków i zaszczerpiłem wraz z kol. GRODECKIM na agar-agar, stwierdziwszy uprzednio drobnowidzem grzybicę włoskowcową. Otrzymałmśmy hodowlę bardzo nieczystą, włoskowiec wyosobnić się nie dał. Pan K. wyjechał zaraz do Petersburga z zaleceniem stałego płukania gardła słoną wodą. W rok potem widziałem go znowu; na migdałach czopków nie ma, pozostały tylko na podstawie języka, lecz w znacznie mniejszej ilości.

VI. Józef N., lat 36, od 5 miesięcy doznaje zasychania i drapania w gardle, zwłaszcza wieczorami. Nieżyt przewlekły gardzieli, jamy nosogardzielowej i nosa. Lekki nieżyt krtani. Migdały i podstawa języka usiane mnóstwem drobnutkich białych czopków, które zawierały włoskowca. Widywałem chorego od czasu do czasu w ciągu kilku miesięcy; przy zastosowaniu pędzlowania roztworem LUGOL'a podmiotowe objawy wkrótce ustąpiły; grzybica pozostawała bez zmiany.

VII. Pani K., lat 24, zgłosiła się do mnie 4. X 1890. Od 6 tygodni zauważyła białe plamy na migdałach, które nie sprawiały żadnych dolegliwości. W migdale prawym jest kilkanaście białych czopków, w lewym mniej. Na podstawie języka zaś jest ich ilość znaczna; krtąń bez zmian. Zaleciłem płukanie kwasem bornym i pędzlowanie mentolem 15%. Więcej chorej nie widziałem.

VIII. Panna Śli., lat 24, osoba tega, blada, niedokrwista, skarży się na drapanie, suchość i ból w gardle, trwający od 6 tygodni. *Rhinitis atrophica*. Na obu migdałach i na podstawie języka dużo białych czopków włoskowcowych. Przed miesiącem była u mnie jej starsza siostra z temże cierpieniem nosa i gardła. W obu przypadkach grzybicę stwierdziłem drobnowidzowo. Leczenie obojętne.

IX. Doktorowa L. z Wołynia, lat 24, zgłosiła się 21. V. 91., uskarżając się na nieżyt nosa, trwający od lat 3; od roku zauważyła białe plamki w gardle, które to zjawiają się, to znowu znikają. W ciągu całego roku były one już przez męża różnemi sposobami traktowane [azotan srebra, taniń, jodyna z gliceryną i t. p.]. Dokucza jej ciągle dławienie w gardle. Znajduję znaczny przerost błony śluzowej nosa. W gardzieli kilka czopów białych na tylnym łuku prawym i na lewym migdale, znacznie ich więcej na podstawie języka. Krtąń bez zmian. Ponieważ wiele już sposobów leczenia było u niej napróżno stosowanych, łuki zaś nie nadają się do traktowania galwanokauterem z powodu zbyt żywej niekiedy reakcyi, przystąpiłem więc do wcierania w miejsca, grzybicę zajęte, c z y s t e j n a l e w k i j o d o w e j. 22. V. wtarłem jodynę [bez uprzedniego znieczulenia] w migdał prawy; 23. V. — w lewy, a 24. V. w migdałek językowy. Odczyn po tym rękoczyni był zadziwiająco mały; 25. V. chora wyjechała z propozycją wcierania jodyny raz na tydzień w zajęte grzybicą miejsca. W Styczniu 1892 r. otrzymałem od niej list, w którym mi donosi, że się czuje zupełnie zdrowa, że „białe plamy“ w gardle znikły bezpowrotnie po owem trzykrotnem wyjodynowaniu gardzieli, i że w domu absolutnie żadnego leczenia nie było potrzeba.

Grzybica gardzieli włoskowcowa przedstawia w większości przypadków cierpienie łagodne, słusznie na przydomek „*benigna*“, przez FRAENKEL'a wprowadzony, zasługujące. Leczenia nie wymaga żadnego, chyba w razie wyraźnego żądania ze strony chorych. Ilekroć udało mi się przekonać, że owe „białe plamki“ nie są groźne, że same po pewnym czasie ustępują, kuracyi żadnej nie przepisywałem, zalecając tylko częste płukanie i czyszczenie zębów, i pod tym względem zgadzam się ze zdaniem HERYNGA, OŁTUSZEWSKIEGO i innych. Próbowałem najrozmaitszych środków przy grzybicy gardzieli z wynikiem małym, żadnym przy mykozie podstawy języka, która przedstawia cierpienie nadzwyczaj uporczywe; nawet całkowite usunięcie czopków na wyleczenie nie wpłynęło. Jak

różne metody leczenia stosują przy tem upoczywem cierpieniu lekarze, niech za przykład tego posłuży przypadek, który dotyczy panienki 14-to letniej, obecnie będącej w mojem leczeniu. Z powodu grzybicy włoskowcowej migdałów i podstawy języka chora leczyła się w ciągu lata u jednego z wybitniejszych zagranicznych specjalistów, który niezależnie od pędzlowań, przypalań i t. d., zalecił jej palenie 3—4 papierosów dziennie. Przepis ten, który chora ze wstrętem wykonywała w ciągu 6-iu tygodni bez wyniku, uważam, nietylko za niepotrzebny, lecz w danym przypadku wprost za szkodliwy: bo jeżeli może być pożytecznem palenie cygar, jak to stwierdził w jednym spostrzeżeniu HERYNG, to działanie dymu z 4-ch papierosów uważać można raczej za zabawkę, tem więcej niebezpieczną, że chora bardzo wątła, dziedzicznie [po rodzicach] obciążona suchotami, jest bardzo skłonną do częstych nieżyków oskrzeli. Ponieważ udano się do mnie z prośbą o leczenie, lecz możliwie bez wszelkich zbyt energicznych rękoczynów, które w ich przekonaniu znaczne tylko pogorszenie spowodowały, przepisywałem różne płukania, które jednak pozostawały bez skutku. W Październiku zaleciłem płukanie naparem z cygar najlepszego gatunku. Płukała dwa do czterech razy dziennie w ciągu trzech miesięcy, t. j. do końca Grudnia, wtedy znikły wszystkie czopy z migdałów i z nasady języka. Te dwa więc środki, t. j.: wcieranie czystej nalewki jodowej i płukanie naparem cygar, polecam usilnie do dalszych prób przy tem cierpieniu, tembardziej, że środki te, o ile mi wiadomo, dotąd przez nikogo nie były używane.

Rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia najmniejszych trudności i, jak HERYNG słusznie powiada, kto raz je widział, zrobi zawsze rozpoznanie z pierwszego prawie rzutu oka. Jako znak ważny dla rozpoznania różniczkowego uważam lekkie przesunięcie brzuszcem palca po migdale, zajętem grzybicą, przyczem czuje się pewną szorstkość, przypominającą nieco dotykanie szczotki. Wszelkie wątpliwości dyagnostyczne rozstrzyga drobnowidz. Czopek wyjęty rozciąga się igielkami na szkiełku i barwi tamże słabym rozczynek LUGOL'a; nitki włoskowca barwią się wtedy niebiesko.

MICHELSON <sup>1)</sup> opisuje 3 przypadki ostrej formy grzybicy gardzieli, stwierdzonej przez badanie drobnowidzowe. Przebieg kilkodniowy wobec znacznego bólu przy łykaniu, przy obecności szaro-białawych plamek, łatwo dających się ścierać i zostawiających na swem miejscu powierzchowne owrzodzenia, oraz zupełne wyleczenie przy stosowaniu zabiegów miejscowych, czynią rozpoznanie bardzo wątpliwem, a wyniki badania drobnowidzowego raczej przypadkowi, aniżeli istotnie cierpienia, zdaniem naszym, przypisaćby należało, tembardziej że fakt istnienia ostrej grzybicy gardzieli dotychczas przez nikogo nie został potwierdzony. Że grzybica przewlekła wytwarza się najczęściej na gruncie przebytego ostrego cierpienia gardzieli (np. *tonsillitidis lacunaris*, *diphtheritidis*, *anginae catarrhalis acutae*), o tem przekonywa nas doświadczenie i zdania autorów, których ta kwestyja bliżej zajmowała, samo jednak starcie czopka, który przy

<sup>1)</sup> Berl. klin. Woch. 1889. Nr. 9.

grzybicy usadowiony bywa głęboko i trudno daje się wyjmować, przemawia stanowczo przeciw rozpoznaniu *mycosis leptothriciae*.

Przywykliśmy patrzeć na gruźlicę migdałka językowego, jako na cierpienie, niezwykle rzadko w klinice rozpoznawane; że jednak postać ta bywa dość częstą, najlepiej przekonywają nas badania anatomo-patologiczne DMOCHOWSKIEGO, który na 15-tu suchotników 9 razy drobnowidzowo stwierdził gruźlicę gruczołów podstawy języka, w jednym przypadku występującą w postaci owrzodzenia, w 8-iu innych, jako nacieczenie. Po ogłoszeniu pracy DMOCHOWSKIEGO zacząłem zwracać baczniejszą uwagę na migdalek językowy u suchotników i bardzo często miałem sposobność stwierdzić znaczne jego powiększenie, przyczem błona śluzowa była zazwyczaj gładką, lśniącą i przedstawiała pewne swoiście czerwone zabarwienie <sup>1)</sup>. Owrzodzenia gruźlicze podstawy języka przy rozlanej gruźlicy gardzieli i rozległych zmianach w płucach stwierdzić mogłem w dwóch przypadkach, które w roku 1887 ogłosiłem <sup>2)</sup>; owrzodzenia zaś podstawy języka bez zmian gruźliczych w gardzieli należą do nadzwyczaj rzadkich. Przypadek MICHELSON'a (l. c.) dotyczy 38-letniej kobiety, u której, obok daleko posuniętych zmian gruźliczych w krtani, na znacznie obrzmiałym migdałku językowym usadowiło się rozległe owrzodzenie.

W r. 1885 MAX SCHAEFFER <sup>3)</sup> usunął za pomocą pętlicy galwanokaustycznej u chłopca 11-letniego, dotkniętego gruźlicą płuc i krtani, guz gruźliczy, podobny do papillomatu, umiejscowiony z lewej strony na podstawie języka, który to guz, dochodząc do wielkości orzecha laskowego, stanowił znaczną przeszkodę do łykania. Przed dwoma laty [15. III. 1889 r.] demonstrował HEYMANN w Berlińskim Towarzystwie Laryngologicznem preparat owrzodzenia gruźliczego podstawy języka; przypadek powyższy jest bardzo podobnym do moich dwu klinicznych spostrzeżeń. Preparat wyjęty był z trupa mężczyzny, około lat 40 mającego, u którego za życia stwierdzono gruźlicę płuc, krtani, a w ostatnich tygodniach owrzodzenia gardzieli i więzów gardzielo-językowych. Przerost migdałka językowego, na gruncie gruźliczym powstały, opisał już SWAIN poprzednio. Przypadek, klinicznie zdyagnozowany, dotyczył chorego, u którego badanie wykryło sprawę gruźliczą w obu wierzchołkach, *chorditis hypertrophica inferior* z owrzodzeniami, oraz ogromne powiększenie gruczołów języka, skierowane w stronę migdałów podniebiennych i znacznie przykrywające brzeg górny nagłośni. Tenże sam autor wykazał komórki olbrzymie w preparacie gruczołów woreczkowych podstawy języka, otrzymanego z trupa, u którego przy sekcji stwierdzono gruźlicę płucno-krtaniową. [D. n.]

<sup>1)</sup> Porównaj spostrzeżenia 14 i 24.

<sup>2)</sup> Gruźlica gardzieli. Gaz. Lek. 1887. Spostrzeżenie 3 i 9.

<sup>3)</sup> Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. 1885, str. 38.

## NOTATKI LEKARSKIE.

**3. Przypadek idiosynkrazji względem chininy.**

Dnia 7-go lutego r. b. około godziny 9-ej wieczorem zostałem wezwany do chorej panny X. z powodu, jak mi powiedziano, gwałtownego zasnęnięcia. Przeszedłszy na miejsce, znalazłem osobę młodą, lat 22, brunetkę, bladą, dość wątłej budowy, miernego odżywiania, literalnie wijącą się z bólu; ból umiejscawiał się głównie w dolku podsercowym i w okolicy pępka.

Tętno 120, nitkowate, żrenice równomiernie zwężone, na światło oddziaływają dobrze; język dość suchy, nieobłożony. Chora, oprócz bólu, skarży się na ciągle mdłości. Przed mojem przyjściem były kilkakrotne wymioty i wolne, czarne, dość cuchnące stolce; przytem chora uczuwa silne swędzenie całego ciała. Podług słów siostry, na 1—1½ godziny przed mojem przyjściem, skóra tułowia i kończyn była pokryta czerwonymi plamami, których ja [przy świecy] już dożyć nie mogłem. Chora ledwie mi pozwoliła zbadać brzuch, twierdząc, że każde dotknięcie silnie ból wzmaga. Znalazłem brzuch zapadnięty, miękki, odgłos wypukowy wszędzie bębniasty, niezbyt wysoki. W mojej obecności znów nastąpiły wymioty i płynne wypróżnienia. Wszystkie te powyższe objawy trwały od 3-ch godzin i wystąpiły nagle. Chora od rana czuła się jaknajlepiej, obiad jadła z apetytem, przytem nie ciężko strawnego nie zjadła [rosół, kawałek mięsa]; około godziny 5-ej zażyła z powodu bólu zęba 5 granów siarczanu chininy; proszek wzięła na miejscu w składzie aptecznym, przyczem dawka była ściśle odważona. Około godziny 6-ej wystąpiły rzeczone objawy.

Biorąc pod uwagę obecność swędzącej wysypki [pokrzywki], jako też i czas wystąpienia objawów [około ½ godziny po zażyciu chininy], najprawdopodobniejszem wydało mi się przypuszczenie, że cały obraz choroby jest tylko skutkiem silnej idiosynkrazji danego osobnika względem chininy.

Wywiady potwierdziły moje przypuszczenie: chora już raz przed laty cierpiała w podobny sposób po zażyciu proszku chininy; po dawce morfiny [przepisaną przez lekarza], miała uporeczywe wymioty; również sam zapach poziomek wywołuje u niej wymioty. Siostra chorej w dzieciństwie po zjedzeniu porzeczek dostała pokrzywki.

Wobec powyższych faktów przypuszczenie moje nabrało wszelkich cech prawdopodobieństwa. Zastosowałem czarną kawę, lekkie środki kojące, poczem wkrótce wszystkie objawy ustąpiły.

Zaslugują w danym przypadku na uwagę: 1 o) znaczne natężenie objawów po niewielkiej dawce chininy, symulujące otrucie np. arsenikiem; 2-o) współistnienie idiosynkrazji względem chininy z idiosynkrazją względem morfiny i poziomek.

Skonstatowawszy istnienie idiosynkrazji względem niektórych pokarmów, możemy przypuszczać jej istnienie i względem pewnych leków, co skłonić nas winno do ostrożnego podawania takowych.

K. Ciagliński [Siedlce].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

**20. Charcot. O połączeniu histeryi z wiałem rdzenia** (*association hystéro-tabétique*).

Dotychczasowe badania wykazują 2 możliwości: 1) histeryja i wiał rdzenia istnieją obok siebie niezależnie, lub też po sobie następują, 2) wiał rdzenia jest symulowany przez histeryę, „ową wielką symulatorkę chorób organicznych ośrodków nerwowych“, jak ją nazwał CHARCOT. W obu razach rokowanie jest



oczywiście zupełnie różne: w pierwszym przypadku—dla chorego fatalne, w drugim wyleczenie jest możliwe.

Pani S., lat 35, przybyła do kliniki CHARCOT'a, uskarżając się na charakterystyczne bóle w kończynach dolnych, trwające od 13 miesięcy. Początkowo były to strzyknięcia, występujące napadami, szczególnie w nocy, umiejscowione w małym palcu lewej nogi, a tak silne, że chora z bólu krzyczała; później bóle przybrały charakter wyraźnie błyskawiczny, pojawiały się zawsze napadami i rozszerzyły się na golenie i uda. Po 3-ch miesiącach bezład ruchowy, a w 2 tygodnie później chora już wcale chodzić nie mogła.

Zastosowane leczenie [przyżegania, zawieszania] pozostało bezskutecznym. Obecnie przy chodzeniu i staniu istnieje zupełna niemoc kończyn dolnych, która stanowi uderzający kontrast ze swobodą ruchów w pozycji siedzącej i oporem na ruchy bierne. Odruch kolanowy z dwóch stron zniesiony.

Do zupełnej symptomatologii wiądu rdzenia brak tylko objawów pęcherzowych i utraty zmysłu mięśniowego, jak to zwykle bywa w tak daleko posuniętym okresie wiądu rdzenia. Rozwój choroby odbywał się z nadzwyczajną szybkością; po upływie 3-ch miesięcy chora była już zupełnie bezwładną.

Pomimo anomalii, istniejące objawy pozwalają rozpoznać wiąd rdzenia, powstały na tle dziedziczności nerwowej. Syfilisu chora nie przechodziła. U chorej opisaney można wykazać dziedziczność w 4-ch pokoleniach, u których naprzemian występują: gruźlica i hysterja. Jest to potwierdzenie poglądu prof. GRASSET'a, że hysterje napotyka się często w rodzinach gruźliczych, a mianowicie: jedni członkowie podlegają gruźlicy, inni hysterji, a jeszcze inni obu tym chorobom w połączeniu. Wiadomo nadto, iż hysterja jest w podobnym związku z chorobami konstytucyjnymi grupy artrytycznej [cukrzyca, podagra, astma].

Szczegółowsze badanie chorej i dane anamnestyczne mogą przy postawionej dygnozie postawić znak zapytania.

Chora jest histeryczką. Od 9-go roku życia podlega napadom histerycznym, które i obecnie zjawiają się co 8—10 dni. Nadto badanie wykrywa obecnie *points hysterogenes* w okolicach jajników i pod lewą piersią [których naciskanie wywołuje objawy aury], dalej znieczulenie połowiczne czuciowo-zmysłowe z prawej strony; znieczulenie gardzieli, obustronne zwięźlenie pola widzenia. Nadto, chora miewała krwawe, obfite wymioty i cierpiała na amenoreę: zjawiska pospolite u histeryczek. Przed 6-iu laty pani S. po zmęczeniu, spowodowanym skakaniem przez sznur, dotkniętą została nagle porażeniem dolnych kończyn, które znikło bez śladu po 3 miesiącach. Wobec tego istniejące obecnie u chorej objawy wiądu rdzenia możnaby przyjąć za przejaw hysterji. Przypuszczenie takie wydaje się jednak nieprawdopodobnym, bo czyż możliwym jest tak doskonale udawanie bólów błyskawicznych, braku odruchu kolanowego i bezładu ruchowego.

Trudność odróżnienia, czy w danym przypadku mamy do czynienia z wiądem rdzenia, czy z hysterją symulującą wiąd rdzenia, jest tak wielka niekiedy, iż dopiero pośmiertne badanie rozstrzyga wątpliwość.

Do tej kategorii należy przypadek, opisany przez prof. PITRES'a z Bordeaux. Chory przedstawiał przez lat 10 wszystkie objawy wiądu rdzenia, oprócz braku odruchów kolanowych i objawów ocznych. Sekcyja nie wykazała żadnych zmian ani w ośrodkach nerwowych, ani w nerwach obwodowych. PITRES uważał początkowo chorobę za specjalną neurozę, następnie za neurasteniję; hysterja mężka wówczas nie była jeszcze dobrze znana.

Pozory wiądu rdzenia, co prawda, zauważyć się dają często pomiędzy objawami neurastenii; neurastenija nawet symulować go może.

W opisanym przypadku CHARCOT'a mamy do czynienia nie z symulacją wiądu rdzenia, ale z połączeniem wiądu rdzenia z hysterją. Rozpoznanie owe CHARCOT oparł nietylko na nieobecności odruchów kolanowych, gdyż istnieją tabetycy, u których odruchy są zachowane, a nawet zwiększone. Rozstrzygnęło tu badanie oczu,

bo, jakkolwiek histeryja może symulować większość objawów spotykanych w wiądzie rdzeniowym, nie może jednak symulować zaniku nerwu wzrokowego. U pani S. nie znaleziono wprawdzie jeszcze tego niezawodnego objawu wiądu rdzeniowego, ale nieregularne zwięzenie pola widzenia lewego oka, datujące od kilku miesięcy, może być uważane za jego zwiastun. Istnieje nadto u niej inny, pewniejszy objaw. Histeryja nigdy nie symuluje tak charakterystycznego dla wiądu rdzenia objawu ARGYLL-ROBERTSON'a, który, oprócz wiądu rdzeniowego, spotykamy tylko w porażeniu ogólnem postępowem.

[Streszczenie lekcji mianej w Stycznii r. b. przez CHARCOT'a w Salpêtrière].

Stefanija Feinkind.

## 21. F. Courmont. Mózdzek i jego czynność.

Autor w obszernej swej pracy usiłuje dowieść, że pojęcia, jakie panują teraz w nauce co do czynności mózdzku, są błędne. Według mniemań tych, opartych na doświadczeniach FLOURENS'a, jak wiadomo, mózdzek ma być ośrodkiem koordynującym ruchy.

C., opierając się na tem, iż budowa anatomiczna mózgu i mózdzku nie przedstawia żadnej zasadniczej różnicy, wnosi o podobieństwie funkcyj tych dwóch organów: mózg uważa on za organ inteligencyi, rozsądku, a mózdzek za organ uczucia [bojaźń, radość, apatya, miłość i t. d.]. Na potwierdzenie tej hipotezy C. przytacza doświadczenia własne i wielu badaczy na zwierzętach, którym wycinano mózdzek lub mózg.

Wszystkie one, zdaniem C., mają stwierdzać, że zjawiska uczucia (*sensibilité psychique*) pozostają u zwierząt, którym wycięto półkule mózgowe, a pozostawiono nietkniętymi: most WAROL'a, rdzeń przedłużony i mózdzek. Większą jeszcze wagę w tym względzie autor przypisuje spostrzeżeniom klinicznym, na ludziach dokonany, zwłaszcza takim, w których można było porównać zmiany anatomiczne, znalezione po śmierci, ze zmianami psychicznymi, za życia istniejącymi. Ze 135 takich spostrzeżeń, przytoczonych przez autora, widać, iż cierpieniem mózdzku towarzyszyły stale bardzo znaczne zmiany w uczuciu, przy nieznacznej zupełnie inteligencyi. Opierając się nadto na danych z anatomii porównawczej, autor znajduje widoczny i ściśle związek między rozwojem mózdzku u zwierząt a uczuciami ich zdolnościami. Niektóre nerwy czaszkowe, jak: *trochlearis, lacrimalis, facialis i acusticus*, których działanie związane jest z przejawami uczucia, są w związku z mózdzkiem.

Co się tyczy wpływu mózdzku na koordynację ruchów, to C. przytacza spostrzeżenia kliniczne, w których przy cierpieniu mózdzku koordynacja ruchów była prawidłową, w innych znów zamiast ataksyi cierpienie mózdzku powodowało: hemiplegię, paraplegię lub monoplegię, w jednych zaś jak i w drugich stałym zjawiskiem była zmiana uczucia chorego; z tych więc powodów wszystkie zaburzenia w sferze ruchu, spostrzegane przy chorobach mózdzku, autor uważa za odruchowe, a mózdzek za ośrodek wyłącznie uczuć.

(*Le cervelet et ses fonctions. Str. 600. Paris. 1891 r.*).

K. Stróżeński.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie d. 17. I. 1892 roku.

Prof. Kosiński przedstawił guz aktywnomykotyczny, wycięty z jamy brzusznej u chorego 40-letniego tkacza, który był dotknięty promienicą narządów brzusznych. W Styczniu 1890 r. po raz pierwszy wystąpiły objawy, wskazujące na cierpienie kiszczy ślepej, wkrótce w tej okolicy powstało obrzmienie zwolna powiększające się. Po kilku miesiącach chory przybył do kliniki chorób wewnętrznych i tu rozpoznano: *perityphlitis chronica*. W Marcu 1891 r. powstało obrzmienie w pobliżu pępka, zwolna utworzył się guz twardy, o wyraźnych granicach, mało ruchomy, wielkości

jaja gęsiego; od pępka prowadziła w głąb guza przetoka, z której sączyła się wydzielina śluzoworepna. W Maju chory został przyjęty do kliniki chirurgicznej, gdzie po otwarciu przetoki i zbadaniu drobnowidzowem zawartości przekonano się, że mamy do czynienia z promieniłą. Ognisko wtedy szeroko otworzono, wyskrobano i wyłożono gazą jodoformową; rana szybko wypełniła się ziarniną i zdawało się, że sprawa zakończy się wyzdrowieniem. Chory z niezagojoną jeszcze raną opuścił szpital. Ponownie zjawił się na klinice w Styczniu r. b. Rana po pierwszej operacji zagoiła się, lecz w jamie brzusznej w okolicy pępka wyczuć można było guz znacznie większych rozmiarów, aniżeli poprzednio, który w ostatnich czasach zaczął się dosyć szybko powiększać; guz ten zrosnięty był ze skórą i bolesny przy obmacywaniu. Stan ogólny chorego dobry. Prof. Kosiński postanowił całkowicie usunąć ów guz; w tym celu otworzył jamę brzuszną, a po oddzieleniu guza od powłok brzusznych, znalazłszy, że guz przyczepiony jest do krezki i dwóch pętliszkiszek cienkiej, części krezki wyciął i nałożył nań szew, od kiszek zaś guz odłączył bez wycięcia jelit. W innych miejscach w pobliżu ani żadnych nacieczeń, ani guzików nie znaleziono. Przebieg pooperacyjny dobry. Guz ten składał się z niezmiernie zbitej tkanki łącznej, na przekroju znaleziono w środku jamkę, wypełnioną niewielką ilością gęstej ropy z drobnymi grudkami. Przypadek ten ciekawym jest z tego względu, że w danym razie mamy do czynienia z oddzielnym guzem, jakby nowotworem, jak to zwykle spotykany przy promieni, w zwierząt, tymczasem promienia u człowieka zwykle przedstawia się pod postacią nacieczeń, które stopniowo miękną i dają początek całemu szeregowi ropni i przetok.

BORSUK przedstawił chorego, który otrzymał ranę postrzałową w jamę ustną. Kula skałęcaży język, przebiła migdał, rozbiła krąg i zatrzymała się pod skórą z drugiej strony szyi od tyłu. B. wydobyl kulę wraz z kawalkami kości kręgosłupa. Po upływie 5-ciu tygodni wyzdrowienie.

W dalszym ciągu B. mówi o przypadku *tonsillitis phlegmonosa*. Chora nagle zmarła. Sekcja wykazała — ropień powstały naokoło *art. carotis*, przeżarł tętnicę i śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku.

STANKIEWICZ wygłosił odczyt o wycięciu stawu kolanowego. Po przytoczeniu rysu historycznego tej operacji mówca przechodzi do wskazań, za jakie uważa: cierpienie przewlekłe stawu kolanowego, *tumor albus*, *arthritis deformans*, nowotwory, ropienia skutkiem urazu, *contractura*, *ankylosis*. Przy wykonaniu wycięcia robi cięcie porzeczne przez środek rzepki z przepiłowaniem teżże, lub półkuliste przez więz rzepki, kość odpilowuje aż w zdrowych częściach i zupełnie wycina wszystkie chore części. Wycięcie nietylko daje dobre wyniki w wieku młodym, lecz i u ludzi starszych, chociaż w tym razie wyniki nie są tak świetne. Następnie przytacza statystykę odpowiednią. Jeden z operowanych przez St. zmarł po upływie 3-ich tygodni po operacji skutkiem ostrej gruźlicy. St. przedstawia jednocześnie chorego, operowanego przed 5 laty skutkiem gruźlicy stawu kolanowego; wzrost kostny w tym przypadku nie nastąpił. Inna znów przedstawiona chora ma zupełny wzrost kostny, ropnia jednak przed operacją nie było.

W dalszym ciągu St. demonstrowuje przypadki *genu valgum*, przy leczeniu których wypiłowywał klin z kości udowej, zaznacza przytem, że po wypiłowaniu klina pozostaje skłonność do kontraktury, co należy mieć na względzie i zapobiegać temu. Na zakończenie pokazuje odnośne odlewy gipsowe, zrobione na swoich chorych.

#### Dyskusya.

Prof. Kosiński zwraca uwagę na gruźlicze cierpienie stawu kolanowego, jako jedno z wymienionych wskazań do wycięcia. Przy *tumor albus* u dzieci, jeżeli wykonywamy wcześniej wycięcie, to pomimo dobrego zejścia pooperacyjnego, pożytek z kończyny jest niewielki, gdyż w następstwie kończyna nie rośnie. Zdaniem K., przy *synovitis fungosa* lepiej jest wyciąć całą błonę, jeżeli zaś sprawa dotyczy samej kości przy ogólniejszem zajęciu stawu, sprawa patologiczna najczęściej idzie dalej i wtedy nigdy wzrost pomiędzy kośćmi nie nastąpi; często w takich razach należy robić amputację.

JAWDYŃSKI: wycięcie stawu kolanowego przy gruźlicy, jak to już zaznaczył prof. Kosiński, nie daje wyników zbyt świetnych. Najlepsze wyniki otrzymywał J. po operacjach nietypowych, ogniska chore usuwał zupełnie do części zdrowych. Statystyki zagraniczne nie są dokładne. Przy wyniszczeniu ogólnem ustroju, przy daleko posuniętej sprawie miejscowej nie należy robić wycięcia.

SAWICKI: przy gruźlicy stawu kolanowego inne są wskazania do wycięcia u dzieci, a inne u dorosłych. U dzieci nie widzi potrzeby spieszyć się z wycięciem, u dorosłych przy niezbyt wiel-

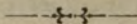
kich zmianach wycięcie daje dobry wynik, jeżeli zaś zmiany w kości są znaczne, należy wykonać amputację.

**GABSZEWICZ:** OLLIKR u dzieci nie wykonywa żadnych radykalnych operacji przy cierpieniach gruźliczych kolana, natomiast u dorosłych zawsze robi wycięcie, lecz w kilku przypadkach zmuszony był przystąpić w dalszym ciągu do amputacji.

**BORSUK:** nie tylko przy gruźlicy lecz i innych zapalnych cierpieniach stawu kolanowego MIKULICZ wycina zupełnie błonę maziową; p ozostają w następstwie ruchy dosyć swobodne.

**STANKIEWICZ** zgadza się w większości z poglądami mówców; wycięcie daje dobry wynik przy dobrych warunkach.

## Wiadomości bieżące.



— W Charkowie obchodzone uroczyste jubileusz 50-lecia doktorstwa D-ra WŁADYSŁAWA FRANKOWSKIEGO. W czasie 50-letniego przebywania w Charkowie jubilat położył niemałe zasługi na polu społeczno-lekarskim. Wręczono mu, między innymi odznaczeniami, dyplom na obywatela honorowego miasta Charkowa. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało jubilata na członka honorowego.

— W Monachium obchodzono jubileusz 50-lecia doktorstwa prof. BUCHNER'a. Wydział lekarski uniwersytetu monachijskiego dla uczczenia jubilata wydało książkę pamiątkową.

— Wyszła książka „*Therapeutisches Jahrbuch*“, w której D-r NITZELNADEL pomieścił w porządku alfabetycznym wiadomości terapeutyczne, poczerpnięte z pism peryjodycznych lekarskich niemieckich za r. 1891.

— Zaczął wychodzić we Frankfurcie nad Menem miesięcznik „*Zeitschrift für ärztliche Landpraxis*“ na użytek lekarzy na prowincyi praktykujących.

— Profesorowie BÜRKNER z Göttingen, KESSEL z Jeny, KUHN ze Strassburga, LUCAE z Berlina, MOOS z Heidelberga i WALB z Bonn założyli „*Otologische Gesellschaft*“ i zapraszają otyjatrów Niemiec, Austro-Węgier i Szwajcaryi niemieckiej na posiedzenie, odbyć się mające w święta Wielkiejnocy we Frankfurcie nad Menem

**Zmarli:** KAROL CREDE, profesor ginekologii w Lipsku, i ONUFRY TRĘBECKI, b. lekarz zakładowy w Szczawnicy.

## NEKROLOGIJA.

W Barze na Podolu 1-go Marca [18-go Lutego] r. b. zmarł lekarz wolno praktykujący NARCYZ ZAWROCKI w 63-im roku życia, a 33 praktyki.

Nieboszyk urodził się 28 go Października 1829 roku we wsi Wtorkowie w Braclawskim na Podolu. W 1859 roku otrzymał stopień lekarza w Cesarskim Uniwersytecie Ś-go Włodzimierza w Kijowie, i rozpoczął zaraz praktykę w mieście powiatowym Winnicy, na Podolu, gdzie po 2-eh latach został lekarzem miejskim, i obowiązki te pełnił przez 2 lata blisko. W 1866 roku jednak musiał rzucić strony rodzinne i pojechać do Ołońca, miasta powiatowego w Ołonieckiej gubernii, gdzie przebywał lat 4, potem w 1870 roku przyjechał do Warszawy, i z porady ś. p. profesora GURSZTOWTA osiadł w Grójcu, w Warszawskiej gubernii. Tam przebywał lat 12-cie do 1882 roku, w którym, przy pierwszej możności, kierowany tęsknotą do stron rodzinnych, wrócił na Podole i osiadł w Barze, w Mohylowskim powiecie. Tu, mimo podeszłego wieku i nadwątlonego zdrowia, niezmiernie do ostatniej chwili pracował. W tułaczem swem życiu, gdziekolwiekby przebywał, wszędzie umiał sobie zjednać uznanie i powszechny szacunek, jako dobry kolega, dzielny lekarz i zaeny i prawy człowiek. Umiejący ocenić Go mieszkańcy Grójca, przy wyjeździe Jego ztamtąd, ofiarowali Mu zegarek z napisem: „Pamiętka D-rowsi ZAWROCKIEMU od życzliwych z Grójca“. Oznakę tę honorową umiał On zawsze cenić. Warunki Jego życia nie dozwalały Mu pracować na szerszej niwie społecznej i piśmienniczej, ale w granicach swej działalności niósł zawsze wysoko sztandar zawodowy i obywatelski. Ciężką miał drogę życia, niechże Mu choć ziemia rodzinna, którą tak ukochał, lekką będzie, a światło prawego charakteru niech świeci z jego następnemu pokoleniu.

Wład. Kossecki.

**Sprostowanie:** W N-rze 12-ym Gazety Lekarskiej w artykule „O syryngomyelii“, str. 252 wiersz 10 z góry, zamiast: „Inny i“ powinno być: „Jasny i“; str. 253 wiersz 20 z góry zamiast: „*Sonques*“ powinno być: „*Souques*“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ księgarni W-go E. Wendego za miesiąc Luty 1892 r..

Wydawca, D-r St. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.  
Доводено Ценаурою, Варшава, 6 Марта 1892 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.