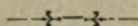


GAZETA LEKARSKA.

I. POLIOMYELITIS ANTERIOR, CZY NEURITIS MULTIPLEX?

Podał

A. Puławski.



W końcu kwietnia r. 1892 przywieziono do szpitala Dz. Jezus [Sala 30] z Grodna chorego Juljana R. Chory, 20 lat wieku liczący, robotnik kolejowy [lampucer], ma zupełny bezwład wszystkich czterech kończyn, tak, że ani chodzić, ani wykonać żadnego ruchu rękami nie może. Bezwład ten rozpoczął się stopniowo przed 3 miesiącami, począwszy od rąk, bez bólu, bez zmian w stanie ogólnym. Osłabienie rąk zmusiło chorego do udania się do szpitala w Grodnie, gdzie przeleżał blisko 2 miesiące; przez ten czas bezwład rąk doszedł do *maximum* i pojawił się bezwład kończyn dolnych. Oprócz bezwładności ogólnej, dokuczało choremu osłabienie wzroku, które nie pozwalało mu czytać, gdyż widział wszystko „jakby przez mgłę“.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej: matka i rodzeństwo żyją i są zdrowi, ojciec zmarł niedawno na jakąś gwałtowną chorobę kiszek (*ileus?*). Chory wychowywał się na wsi, był trzeźwy, ani syfilisu ani chorób wenerycznych nie przechodził; przez rok był służącym u księdza, a od roku lampucерem na drodze żelaznej terespolskiej. Przed 6 miesiącami uległ wypadkowi: spadł z wagonu na stacyi, potłukł się nieznacznie; przez kilka dni bolał go krzyż, poczem czuł się zupełnie dobrze. Na trzy miesiące przed zachorowaniem przechodził odrę, po przejściu której czuł się bardzo osłabionym. Przez cały czas służył kolejowej miał wilgotne mieszkanie.

Stan obecny. Stan bezgorączkowy, tętno 84. Budowa dobra, wzrost wysoki, mięśnie wiotkie, tkanki tłuszczowej niewiele. Inteligencya normalna, chory wyraża się poprawnie i dokładnie opowiada wszystkie fakty, odnoszące się do jego choroby. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Łaknienie dobre. Wypóżnienia i oddawanie moczu prawidłowe. Mocz żadnych zmian nie przedstawia. Wszystkie cztery kończyny znajdują się w stanie zupełnego bezwładności wiotkiego (*paralysis flasque*), chory żadnego ruchu dowolnego wykonywać niemi nie może. Mięśnie tułowia nie są porażone, gdyż chory może z pewnym wysiłkiem usiąść na łóżku, zdaje się jednak, że mięśnie klatki piersiowej znajdują się w stanie paretycznym, gdyż chory z trudnością kaszle i dość powierzchownie oddecha, głębszego oddechu wykonać nie może. Mięśnie szyjowe i mięśnie twarzowe funkcjonują prawidłowo. Skóra na kończynach górnych

gładka, zbyt delikatna jak na człowieka ciężko pracującego; jest przytem zimna i wilgotna, zwłaszcza na dłoniach; na tych ostatnich daje się zauważyć lekka siność. Trudno jest powiedzieć, czy mięśnie znajdują się w stanie zaniku, chory utrzymuje, że schudł w czasie choroby; można tylko konstatować, że mięśnie całego ciała są wiotkie, słabo rozwinięte jak na człowieka młodego, dobrze zbudowanego i pracującego fizycznie. To ubóstwo mięśniowe stosuje się do całej muskulatury, zwłaszcza też kończyn górnych.

Czucie skórne przy najściślejszem badaniu okazuje się zupełnie prawidłowem: chory zupełnie dokładnie lokalizuje najslabsze dotknięcia, odczuwa ból, rozróżnia ucisk i ciepłotę. Nie doznaje żadnych bólów w porażonych kończynach, doświadcza tylko chłodu zwłaszcza w nogach. Tak mięśnie, jak i pnie nerwowe nie są bolesne na ucisk.

Mechaniczne drażnienie mięśni [młotkiem perkusyjnym] nie wywołuje skurczów włóknikowatych. Badanie prądem przerywanym w górnych kończynach wykazuje wygaśnięcie pobudliwości faradycznej we wszystkich prawie mięśniach, t. j. najsilniejsze prądy, wywołujące w mięśniach ludzi zdrowych skurcze tępcowe, u chorego nie dają reakcyi, tylko *extens. digit. comm.*, *flexor digit. com.*, *flexor carpi radialis* przy użyciu wyżej opisanych prądów słabo się kurczą na kończynie lewej, cokolwiek lepiej — na kończynie prawej. Takie samo wygaśnięcie pobudliwości faradycznej daje się zauważyć na mięśniach brzucha, znaczne osłabienie tejże na mięśniach piersiowych. Mięśnie tułowia (*latis. dorsi*, *serratus*), mięśnie szyi i mięśnie twarzowe oddziałują prawidłowo. Od drażnienia *n. axillaris* i *n. radialis* otrzymujemy słaby skurcz odpowiednich mięśni tylko przy bardzo silnych prądach.

Na kończynach dolnych wygaśnięcie pobudliwości faradycznej jest jeszcze wydatniejsze. Reaguje tylko *tensor fasciae latae*. Inne mięśnie i nerwy (*n. cruralis*, *n. peroneus*) wcale reakcyi nie dają.

Badanie prądem stałym wykazało również zmniejszenie pobudliwości galwanicznej w porażonych mięśniach, t. j., że dla otrzymania minimalnych skurczów potrzeba było używać prądów silniejszych, niż u ludzi zdrowych; skurcze jednak nie były leniwe i KaSZ 7 AnSZ ¹⁾).

Odruchy skórne i ścięgniste były zniesione zupełnie. Czucie mięśniowe zachowane na kończynach górnych i dolnych.

Badanie wzroku, łaskawie dokonane przez kol. Камоцкого, nie wykazało nic nieprawidłowego, z wyjątkiem rozszerzenia żył w tarczy nerwu wzrokowego.

Chory leżał w szpitalu przez trzy miesiące, t. j. do końca lipca; przez ten czas stosowano kąpiele solne, masaż, elektryzację, jod i strychninę.

¹⁾ Takie zniesienie pobudliwości faradycznej ze zmniejszeniem pobudliwości galwanicznej, obok braku zmiany zwykłej formuły w oddziaływaniu na prąd galwaniczny, opisał po raz pierwszy ADAMKIEWICZ. [Ein Fall von amyotroph. Bulbärparalyse mit Degener. der Pyramidenbahn. Char. Annal. 1878. V] i nazwał odczynem izogalwanicznym. Ma on, według niego, oznaczać, iż dane włókna mięsne pozostały zdrowymi pomimo zwyrodnienia odpowiednich nerwów. Podobną reakcję znalazł później LOEWENFELD w przypadku rozsianego zapalenia nerwów [Ueber multiple Neuritis. München. 1885].

Stan jego nie tylko się nie poprawiał, ale się pogarszał, jak to mogłem sądzić z coraz wyraźniej występującego zaniku mięśni, mianowicie na kończynach górnych. Chory wypisał się ze szpitala i został odwieziony do domu. Widziałem go w rok potem, t. j. 18 czerwca 1893 r.; opowiedział mi, co następuje: wróciwszy do domu, leżał u matki bez wszelkiego leczenia; trudno mu jest oznaczyć, od kiedy zaczęła się poprawa w jego zdrowiu, ale pamięta, że w listopadzie mógł już utrzymać łyżkę w lewej ręce, potem w prawej. W styczniu wyszedł sam na ulicę, a w marcu chodził już do kościoła. Na początku maja czuł się już zupełnie dobrze. Przed zabraniem się jednak do zajęcia, postanowił udać się do Częstochowy. Jakoż 13 maja wyruszył pieszo z Grodna i również pieszo zaszedł do Częstochowy we 3 tygodnie. Tu zabawił tydzień i powracał do Grodna [zawsze pieszo]. Przechodząc przez Warszawę, wstąpił do mnie do szpitala, gdzie go demonstrowałem niektórym kolegom, którzy go przedtem widzieli.

Chory wychudł znacznie i czuje się nieco osłabionym, co się łatwo tłumaczyło tak długą i niewygodną podróżą. Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych normalna, mięśnie wogóle są dość liche, ale nigdzie nie daje się zauważyć zanik jakich grup mięśniowych. Odruchy skórne istnieją, odruchów ścięgnistych nigdzie wywołać nie można. Pobudliwość faradyczna mięśni wogóle słaba, ale silniejsza, niż była. Czucie zachowane w zupełności. Wzrok prawidłowy. Żadnych bólów, ani parestezyi chory nie doznaje.

Rozpoznanie w powyżej opisanym przypadku przedstawiało niemałe trudności. Brak zupełny zaburzeń w sferze czuciowej na początku choroby i przez cały czas jej trwania, brak bolesności w kierunku pni nerwowych nawet przy silnym ucisku odwróciły moją uwagę od rozpoznania rozsianego zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*) i skłaniały do przypuszczenia sprawy rdzeniowej, mianowicie zapalenia rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis anterior*). Nie odpowiadał tylko temu rozpoznaniu równomierny bezwład wszystkich mięśni kończyn i niektórych klatki piersiowej i tułowia z takimże symetrycznym ich zanikiem, a przede wszystkim zupełnie pomyślne zejście choroby po upływie roku. Trudno przypuścić, aby sprawa, w której dochodzi do zaniku komórek zwojowych szarej istoty rdzeniowej, mogła się stosunkowo tak łatwo i tak całkowicie wyrównać. Siła regeneracyjna nerwów obwodowych w przeciwieństwie do takiejże siły rdzenia jest nader energiczną, zupełna *restitutio ad integrum* w rozsianem zapaleniu nerwów jest niemal prawidłem, a przynajmniej rzeczą o wiele prawdopodobniejszą, niż przy *poliomyelitis anterior*, które zwykle pozostawia ślady w postaci zaniku i upośledzenia czynności pewnych grup mięśniowych, jak to widzimy w tak zwanych porażeniach dzieciennych (*paralysis infantilis*).

Przypadek mój może służyć za dowód, jak te dwie sprawy: *poliomyelitis anterior* i *neuritis multiplex* są do siebie klinicznie zbliżone i jak trudnem jest nieraz rozpoznanie różniczkowe tych chorób, o ile rzecz się nie rozstrzyga na stole sekcyjnym.

Gdybyśmy spojrzeli w przeszłość, zobaczylibyśmy, że to wahanie się neuropatologów co do zaliczania danej sprawy do kategorii cierpień ośrodko-

wych, czy obwodowych w rozpatrywanej przez nas grupie chorób datuje się od dawna. Stopniowe uregulowanie stosunku *poliomyelitis anterior* do *neuritis multiplex* LEYDEN uważa za osobiście interesujący rozdział we współczesnej neuropatologii. Dlatego też z okazji mego przypadku uważam za właściwe kilka słów o tym przedmiocie powiedzieć.

Do bardzo niedawnego czasu nie przyjmowano zupełnie, aby nerwy obwodowe mogły ulegać jakimkolwiek sprawom chorobowym samodzielnie, bez udziału ich ośrodków troficznych: rogów przednich rdzenia, lub zwojów rdzeniowych. Wyjątek stanowiły cierpienia nerwów, spowodowane przez bezpośredni uraz lub przez ucisk sąsiednich tkanek, tkanki łącznej, neurylemy lub okostnej; nie przypuszczano istnienia pierwotnego *neuritis*, robiąc wyjątek tylko dla *neuritis saturnina*, lubo natura obwodowa tego ostatniego nie przez wszystkich była przyjmowaną. Od czasów WALLER'a wiadomem było, że ośrodek troficzny ruchowych włókien nerwowych znajduje się w szarej istocie rdzenia, ściślej mówiąc, przy wyjściu przednich korzeni. Anatomia patologiczna niebawem umiejscowiła ośrodki troficzne korzeni przednich w komórkach wielobiegunowych rogów przednich. Pierwsze badanie pośmiertne postępowego zaniku mięśni z zanikiem komórek ruchowych [1860. LUYs], a w 1865 odkrycia, zrobione przez VULPIAN'a i PREVOST'a, co do zmian patologicznych w porażeniu dziecinnem, ustaliły ostatecznie znaczenie troficzne komórki ruchowej. Odkrycia te doprowadziły CHARCOT'a do wniosku, iż zanik postępowy mięśni jest postacią przewlekłą, porażenie zaś rdzeniowe u dzieci i u dorosłych—postacią ostrą zaniku tych komórek. Odtąd uważano za dogmat, iż każde zniszczenie komórek ruchowych rogów przednich pociąga za sobą zanik mięśni i naodwrot, każdy zanik [nie urazowy] mięśni zależy od zmian w rdzeniu. Przez analogię z porażeniem dziecinnem, odniesiono do spraw rdzeniowych opisany przez DUCHENNE'a *paralysie spinale antérieure aigüe et subaigüe de l'adulte* i wszelkie porażenia, powstające w czasie i po przebyciu pewnych chorób ostrych [zakaźnych], a także i bezwład, zależny od otrucia łożowem. Zdawałoby się, że dane, dostarczone przez elektrodiagnostykę, powinny były rzucić światło na ten ciemny punkt patologii nerwowej. Stwierdziwszy doświadczalnie istnienie t. zw. odczynu zwyrodnienia, ERB znalazł go w porażeniach urazowych i uciskowych, w porażeniu nerwu twarzowego i uważał go za charakterystyczny, nawet patognomiczny objaw dla porażen obwodowych. Ale gdy odczyn zwyrodnienia znaleziono również w porażeniu dziecinnem i w porażeniu łożowianem, uważano to za wyjątek od ogólnego prawidła—owszem, w tej analogii właśnie w oddziaływaniu na prąd elektryczny widziano nowy dowód wspólnego pochodzenia tych dwóch cierpień [rdzeniowego]. „Żaden ze zwolenników rdzeniowego pochodzenia bezwładu łożowianego, powiada DEJÉRINE-KLUMPKÉ¹⁾, nie postawił sobie zapytania, czy ta właśnie cecha nie zdradza udziału nerwów obwodowych w obu tych cierpieniach“. Nawet gdy anatomia patologiczna wykazała, że w porażeniach łożowianych zmia-

¹⁾ Des polynévrites en général et de paralysies et atrophies saturnines en particulier. Étude clinique et anatomo-pathologique. Paris. 1888.

ny w nerwach obwodowych są wybitne i stałe, zmiany zaś w rdzeniu niezna-
czne, niecharakterystyczne lub żadne, to i wtedy zwolennicy rdzeniowego po-
chodzenia tych bezwładów [ERB, REMAK] wezwali na pomoc hipotezę czynno-
ściowych, dynamicznych zaburzeń wielkich komórek w przednich rogach rdze-
nia. Zmiany te—c z y n n o ś c i o w e—nie dające się wykryć pod drobnowidzem,
są w stanie przy pewnych okolicznościach wywołać zmiany materyalne, orga-
niczne, już to w korzeniach przednich, już to w nerwach obwodowych.

Nie dziwnego, że, wobec tak głęboko zakorzonej idei o roli troficzej
komórek rogów przednich, nie mogły sobie wyrobić praw obywatelstwa inne
głosy, które się podnosiły w obronie samodzielności chorób nerwów obwo-
dowych.

Jeszcze w r. 1864—1866 DUMÉNIL z Rouen ¹⁾, na podstawie klinicznych
i anatomicznych spostrzeżeń, dowodził, że nerwy obwodowe podlegają pewnym
sprawom patologicznym, niezależnie od ich ośrodków troficzych, że bardzo
wiele postaci bezwładów, połączonych z zanikiem mięśni, ma za punkt wyjścia
cierpienie nerwów obwodowych. Cierpienie to jest przeważnie natury zapal-
nej, może dotyczyć zarówno nerwów czuciowych, jak i ruchowych, obejmować
różne co do wielkości terytorya; cierpieniu temu towarzyszyć mogą zaburze-
nia w odżywianiu nie tylko mięśni, ale skóry i stawów, jak to bywa przy bez-
władach urazowych. Sprawa może mieć charakter wstępujący i dotrzeć do
samego rdzenia, w którym pozostawia pewne, niezatarte ślady.

Kwestya zapalenia nerwów obwodowych, jako samodzielnego cierpienia,
jak umiejętnie poruszona przez DUMÉNIL'a, przebrzmiała bez echa, a raczej
echo to odezwało się dopiero w kilkanaście lat później.

W r. 1877 EICHHORST ²⁾ ogłosił przypadek *neuritidis acutae progressivae*,
DEJÉRINE, EISENLOHR, JOFFROY podali obserwacye, które za punkt wyjścia
miały wybitne pierwotne zmiany w nerwach obwodowych bez udziału rdzenia.

Zestawienie nowych odkryć ze starymi pojęciami, ustalenie poglądów na
kliniczne i anatomiczne znaczenie zapalenia nerwów obwodowych, znajdujemy
w pracach LEYDEN'a ³⁾. Na podstawie własnych spostrzeżeń rozwinął LEY-
DEN obraz kliniczny rozsianego zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*) i wyka-
zał, że przypadki, opisywane dotąd jako *poliomyelitis acuta et subacuta*, a prawdo-
podobnie i porażenie LANDRY'ego, po większej części należą do kategorii cier-
pień nerwów obwodowych. Prace LEYDEN'a były podwaliną tego przewrotu,
jaki się dokonał w neuropatologii w ciągu ostatnich lat dziesięciu. Jego po-
glądy zostały potwierdzone i znakomicie uzupełnione przez cały szereg spo-
strzeżeń i blisko setkę badań pośmiertnych. Najistotniejszą zdobyczą tych
spostrzeżeń jest przeświadczenie, że choroby nerwów obwodowych mogą da-
wać obraz różnorodnych cierpień ośrodkowych, przeważnie rdzeniowych.

¹⁾ Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la
névrite. Gaz. Heb. 1866.

²⁾ VIRCHOW'S Arch. Bd. 69.

³⁾ Ueber neuritis und Poliomyelitis. Zeit. f. klin. Med. Bd. I. — Die Entzündung der peri-
pheren Nerven [Polyneuritis Neuritis multiplex], deren Pathologie und Behandlung. Berlin. 1888.

Widzieliśmy już, jaki los spotkał opisany przez DUCHENNE'a i za rdzeniowy uważany *paralysie spinale de l'adulte aigüe et subaigüe*. Jako najbliższej obchodzącej nas postaci, ze względu na własny przypadek, poświęcimy jej jeszcze słów kilka. DUCHENNE na podstawie obserwacji czterech przypadków porażenia zanikowego u dorosłych, analogicznego z t. zw. porażeniem dziecinnem, zaliczył je do porażeń rdzeniowych, polegających na zaniku komórek zwojowych w przednich rogach rdzenia. Idąc w ślady DUCHENNE'a i opierając się na znanem już nam twierdzeniu CHARCOT'a, ogłoszono całą seryę takich przypadków. Z nich tylko niektóre były sprawdzone na stole sekcyjnym¹⁾. Otóż właśnie w tych przypadkach, wogóle nielicznych, badanie drobnowidzowe rdzenia, mięśni i nerwów dało wyniki, dające powód do dyskusji. Tyczy się to mianowicie podostrej postaci choroby, opisanej przez DUCHENNE'a. Znajdywano tu bowiem albo zmiany, świadczące o zajęciu nie tylko przednich rogów, lecz i innych części rdzenia [rogów tylnych, pęczków bocznych], albo stare ogniska po przebytem w dzieciństwie *paral. infantilis*, albo też zmiany zapalne lub degeneracyjne w mięśniach i nerwach, nieodpowiadające nieznacznym zmianom w rogach przednich. Te właśnie wątpliwe wyniki sekcyjne dały pochop LEYDEN'owi do zakwestyonowania samodzielności całej tej grupy chorobowej, a SCHULTZE'mu do uwagi, iż nazwa *poliomyelitis acuta et chronica* wynalezioną została przedwcześnie, zanim ją potwierdziły odpowiednie badania anatomiczne. Nie można jednak zaprzeczyć, że obok przypadków wątpliwych, znajdują się i takie, gdzie badanie anatomiczne dało wyniki niedwuznaczne, świadczące o tem, że *poliomyelitis anterior acuta et subacuta* u dorosłych istnieje, jako choroba *sui generis* i jest analogiczną z porażeniem dziecinnem. Do takich należą przypadki SCHULTZE'go, WILIAMSON'a, FRIEDLAENDER'a (*p. acuta*), DRESCHFELD'a i OPPENHEIM'a (*p. subacuta*). Wykreślać zatem porażenia DUCHENNE'a z działu chorób rdzeniowych nie ma powodu; dodać tylko należy, że jest to choroba o wiele rzadsza, niż to dotychczas przyjmowano. Bardzo jest prawdopodobnem, że kombinuje się ona wielokrotnie z cierpieniem nerwów obwodowych. „W rzeczywistości, powiada LEYDEN, nie ma zupełnych granic w szerzeniu się spraw patologicznych; nie ma dobrej racji, dlaczego miałyby istnieć między chorobami rdzenia i nerwów obwodowych jakieś zupełne przeciwieństwo. Jest to możliwe, że obie te sprawy kombinują się wzajemnie, jak to przypuszczaliśmy dla porażenia dziecinnego“. Że takie kombinacje są możliwe, widzimy z przypadku OPPENHEIM'a i niektórych przypadków LEYDEN'a, w których obok zapalenia lub zwyrodnienia nerwów obwodowych istniały ogniska w rdzeniu, które jednak ze względu na swoje rozmiary nie mogły być jedyną przyczyną istniejących porażeń zanikowych. Takie właśnie przypadki będą, zdaje się, mostem, łączącym dawne poglądy z nowymi. Nikt już obecnie nie wątpi, że nerwy obwodowe mogą, poza urazem, podlegać pewnym sprawom zapalnym i degeneracyjnym, dawać obraz kliniczny porażeń,

¹⁾ A. GOLDSCHIEDER. Ueber Poliomyelitis Zeit. f. klin. Med. Bd. XXIII, zebrał i podał w streszczeniu wszystkie te przypadki. Przypadków *poliom. acutae adultorum* jest 4, *subacutae* 10 [z tych dwa — wątpliwe].

połączonych z zanikiem mięśni, a to bez udziału ośrodków troficznych w rdzeniu, nikt nie uważa porażień ołowianych za sprawę czysto rdzeniową, ale z drugiej strony nie można wykluczyć, jak to się zdawało w czasie największego rozgrzania walki, tej ewentualności, że nawet w sprawach mających, według naszych obecnych poglądów, charakter czysto obwodowy, bierze udział rdzeń, jak to stwierdzono niejednokrotnie w przypadkach rozsianego zapalenia nerwów i porażenia ołowianego ¹⁾. Udział ten niekoniecznie trzeba rozumieć w znaczeniu przeniesienia sprawy *per continuitatem*, lecz jako następstwo pewnej szkodliwości [*resp.* zakażenia], która jednocześnie podziałała na ośrodkowe i obwodowe elementy układu nerwowego [SCHULTZE ²⁾]. Wszystkie te okoliczności, razem wzięte pod uwagę, utrudniają w wysokim stopniu rozpoznanie *poliomyelitis anterioris*.

Rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia od *neuritis multiplex*, tak drobiazgowo opracowane przez autorów [RINKEL ³⁾, ROSSBACH ⁴⁾], posiada wartość dla przypadków typowych tej lub tamtej choroby.

W przypadkach zaś nietypowych klinicysta musi się zadowolnić tylko mniejszem lub większem prawdopodobieństwem rozpoznania. Do tej właśnie kategorii zaliczyłbym spostrzegany przez siebie przypadek.

Jeżeli go przyjmiemy za *poliomyelitis anterior subacuta adultorum*, trudno będzie zrozumieć zupełne wyzdrowienie, jakiego nie notowano dotąd ani w niewątpliwych przypadkach tej choroby, ani, o ile wiem, w przypadkach porażenia dzieciennego.

Przyjmując go zaś za *neuritis multiplex*, musimy zaznaczyć, jako wielką rzadkość, zupełny brak objawów przedmiotowych i podmiotowych ze strony czucia. Choćby najmniejszy stopień tych objawów uważanym jest za najstarszy objaw *polyneuritidis* [VIERORDT ⁴⁾]. Tylko porażenia ołowiane stanowią pod tym względem wyjątek. Tu zmiany w czuciu bywają zwykle nic nieznaczące [DEJÉRINE-KLUMPKE *l. c.*].

W naszym jednak przypadku ani wywiady, ani objawy na zatrucie ołowiane nie wskazywały.

¹⁾ W naszej literaturze GOLDFLAM: Przyczynek do patologii porażień ołowianych. Medycyna. 1892.

²⁾ Ueber poliomyelitis und neuritis. Verhand. der III eon. f. inn. Med [osob. odb.].

³⁾ Ueber die Diagnose der Poliomyelitis und Neuritis. Dissert. Breslau. 1890.

⁴⁾ Die Differentialdiagnose der Pol. ant. acuta et chron. adult und der Neuritis multiplex. Heidelb. 1890.

⁵⁾ Cytow. przez PAL'a: Ueber multiple Neuritis. Wien. 1891.

II. PRZYPADEK JĘCZMIENIA, ZAKOŃCZONY ŚMIERCIA.

Podał

Antoni Leśniowski.

— 1 — 1 —

Żak Antoni, lat 20, robotnik z fabryki grzebieni, podczas świąt Bożego Narodzenia 1883 r. miał na dolnej powiece prawego oka jęczmień, którego obecność, jak zwykle się to dzieje, najzupełniej lekceważył. Naraz 28 grudnia po wstrząsającym dreszczu spostrzegł znaczne obrzmienie czoła i ciemienia. W ciągu następnych dni stan znacznie się pogorszył: chory, obok pomienionych objawów i mocnej gorączki z majaczeniem, zaczął doświadczać klucia w obu bokach.

Kol. WINIARSKI skierował chorego do szpitala Dz. Jezus, w którym podczas badania na oddziale wewnętrznym w dniu 5. 1. 1894 znaleziono, co następuje:

Ciepłota ciała 38,2°; oddechów 38, tętno 80. Chory skarży się na ból głowy i zdradza niezupełną przytomność. Język mocno obłożony, suchy. Powieki przymknięte. Lewe oko otwiera z łatwością, prawe z pewnym wysiłkiem. Worki łącznicowe i gałki oczne prawidłowe, źrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. Powieki prawego oka, czoło i nasada nosa obrzmiałe. Obrzmienie to w dalszym ciągu szerzy się przeważnie na lewą połowę czaszki. W obu płucach na całej przestrzeni zaostrenie szmeru oddechowego, tu i owdzie dają się wysłuchiwać rżenia. Ze strony serca nic nieprawidłowego. Łaknienia brak zupełny, brzuch mocno wypełniony. Tegoż dnia zalecono kalomel i olej rącznikowy, a do przemywania oka słaby rozczyń sublimatu.

Nazajutrz ciepłota ciała zrana 38,8 C., wieczorem 39,2° C.. Nad ranem chory śpiewał i zrywał się z łóżka. Kał i mocz oddaje mimowolnie.

Po upływie doby, chory, badany na oddziale chirurgicznym, odpowiadał na pytania przytomnie, lecz po bardzo długim namyśle. Tętno miał 112, słabe. Oddech mocno przyspieszony, chrapliwy, od czasu do czasu połączony z jękiem. Uskarżał się na ból w krzyżu. Kończynami jednak poruszał prawidłowo. Na brzegu dolnej powieki prawego oka niedaleko od kąta wewnętrznego widać strupek, otoczony sinawą skórą na przestrzeni srebrnej dziesiątki. Po usunięciu włosów na mocno obrzmiałych powiekach głowy, zwracały uwagę ciemno-czerwone pręgi, odpowiadające przebiegowi żył; pręgi te na czole, grubości pióra gęsiego, tworzą dalej na wierzchołku czaszki siatkę ku tyłowi coraz cieńszą. Wreszcie kilka pręg takich opuszcza się na lewą skroń. Na przebiegu owych siatek w niektórych miejscach daje się wyczuć rozmięczenie i chełbotanie, w innych natomiast same pręgi wyczuwa się jako twarde sznurki. Na czole w kilku miejscach skóra do tego stopnia ścięczała, że już

podczas obmacywania pękała, torując wyjście żółtej, gęstej, niecuchnącej ropy. Sąsiednie gruczoły limfatyczne nie powiększone.

Opierając się na wyżej pomienionych szczegółach, rozpoznano zapalenie żył czoła i czaszki, z następczą ropnicą. Zapalenie żył wzięło początek z jęczmienia dolnej powieki prawego oka. Objawy mózgowie tłumaczono sobie przejściem tegoż zapalenia żył na zatoki mózgowie.

Cięcia, wykonane na przebiegu wszystkich rozszerzonych żył czoła i czaszki, wykryły ropę o wyżej podanych własnościach; ropa wypełniała same naczynia i otaczającą tkankę. Rany najstaranniej przemyto rozcynem sublimatu i opatrzone.

Ciepłota ciała wieczorem 39,6° C. Nazajutrz po operacji ciepłota rano 38,7° C., ciepłota wieczór 39,4° C. Tętno 108. Oddech 60. Wypróżnienia mimowolne. W płucach liczne rżenia. Opatrunek suchy pozostawiono bez zmiany. Następnego dnia wśród objawów upadku sił chory zmarł.

Ogłędziny pośmiertne wykazały liczne ropnie w obu płucach i obu stronny nieznacznego stopnia otok ropny opłucnej. Mięsień serca bladý. Wielkie nnie naczyń niezmienione. Wątroba i nerki zmętniałe, śledziona powiększona. Opony mózgowie i mózg bez zmiany. Tylko w obu zatokach jamistych (*sinus cavernosus*) i ich połączeniach znaleziono ropę, w pozostałych zaś zatokach płynną krew. Okoliczność ta upoważniała do przypuszczenia, iż ropienie w zatokach jamistych miało swój początek na powiece za pośrednictwem żyły ocznej (*vena ophthalmica*), a nie w żyłach czaszki; wówczas bowiem mielibyśmy najprzód zakrzep i zapalenie którejś z zatok leżących powierzchownie i dopiero później zapalenie zatok jamistych, jako przebiegających głębiej na podstawie czaszki. Po wyłuszczeniu gałki ocznej prawej i po odpreparowaniu żyły ocznej, przekonano się, że w samej rzeczy żyła ta na całej swej długości była wypełniona ropą, podobną do tej, jaką widzieliśmy w zatokach jamistych i w żyłach czaszki. Otóż, jedna z tych ostatnich, wypełniona ropą, przebiegając z lewej połowy czoła na prawą, sięgała dolnej powieki tejże strony, aż do miejsca, gdzie był początkowo jęczmień.

Z ropy, zebranej podczas operacji do wyjąłowanej próbkówki, kol. JAKOWSKI wyhodował gronkowca ropotwórczego złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*).

A więc badanie zwłok stwierdziło rozpoznanie, postawione za życia. Jedna z żył, wypełnionych ropą, dochodziła aż do samego jęczmienia, który zatem może być uważany za pierwotne ognisko całej tej sprawy. Przerzuty w płucach stwierdziły ropnicę.

Przypuszczając przejście zapalenia z żył powłok czaszki na zatoki mózgowie, musieliśmy znaleźć ropienie najpierw w zatokach powierzchownych; tymczasem w przypadku naszym zapalenie żył, biorąc początek od jęczmienia, szerzyło się w 2 kierunkach: 1-o wzdłuż żył powłok czaszki i 2-o po żyłę ocznej (*vena ophthalmica*) bezpośrednio na zatokę jamistą. Ta droga szerzenia się zapalenia zasługuje na większą uwagę. Jakkolwiek TILLAUX wspomina w swej anatomii topograficznej o możliwości przenoszenia się spraw chorobowych za pośrednictwem żyły ocznej z powiek na zatoki jamiste, to przecież

w dostępnej mi literaturze nie znalazłem ani jednego podobnego przypadku. Spotykałem natomiast wzmiankę o przedostawaniu się tą drogą zapalenia na zatoki jamiste przy sprawach ropnych w samym oczodole.

Czy każdy przypadek jęczmienia może narazić chorego na wyżej podane niebezpieczeństwa; czy przeciwnie przypadek nasz należy uważać pod tym względem za wyjątkowy? Twierdząco chętniej odpowiedziałbym na pierwszą część pytania. Z ropy, znalezionej w żyłach, jak to wyżej wskazano, wyhodował kol. JAKOWSKI gronkowca ropotwórczego złocistego, a więc tego samego, którego stale znajdowano w ropie czyraków wogóle, a w jęczmieniu w szczególności. Nie mieliśmy zatem w spostrzeganym przypadku jakiegoś zakażenia wtórnego, tylko ten sam pasożyt wywołał i pierwotne cierpienie—jęczmień, i jego następstwa—zapalenia żył. Ponieważ w każdym innym innym przypadku jęczmienia możemy znaleźć tego samego pasożyta, jesteśmy zatem zupełnie upoważnieni obawiać się najcięższych choćby powikłań przy tak błahem na pozór cierpieniu.

III. POLYNEURITIS ET POLIOENCEPHALOMYELITIS ANTERIOR.

Napisał

D-r Med. H. Higier.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 17].

Zaburzenia ze strony nerwów V, VII, IX, X, XI i XII pary przemawiają przeto stanowczo za przewlekłe rozwijającym się porażeniem opuszkowem. Sądząc z przebiegu choroby, mamy tu do czynienia z pierwotnym zwyrodnieniem komórek zwojowych, rozszerzającym się od góry ku dołowi. Jeżeli sprawa zwyrodnienia rozszerzy się jeszcze więcej ku dołowi, to koniecznym następstwem musi być zajęcie komórek zwojowych przednich rogów rdzenia, które [komórki] w zupełności odpowiadają anatomicznie i fizjologicznie jądro opuszki. Pod względem klinicznym należy się zatem spodziewać obrazu t. zw. *poliomyelitis anterior*, przy której zanik i porażenie zjawiają się stosownie do siedliska anatomicznego (*intumescentia cervicalis*) najsamprzód w kończynach górnych. W przypadkach samoistnie i typowo powstających [t. zw. *amyotrophia spinalis progr. DUCHENNE-ARANA*] występuje porażenie z zanikiem nasamprzód w małych mięśniach dłoni. U naszej chorej brak oznak wyraźnego zaniku, aczkolwiek obok ogólnego osłabienia górnych kończyn, istnieje trwający kilka miesięcy lekki niedowład mięśni lewego palucha i wskaziciela.

Należy obecnie rozstrzygnąć pytanie: czy wobec braku zaniku, drgań włókienkowych oraz wyraźnych zaburzeń w zachowaniu się względem prądu elektrycznego wolno nam objaw ten mało wyrażony zupełnie ignorować, czy też ma on pewne znaczenie dyagnostyczne? Sądzę, że drobny ten napozór objaw jest wielkiej wagi i służyć może za dowód, że degeneracya jąder posuwa się powoli na dół. Wszelkie wątpliwości rozumie się znikają, skoro tyl-

ko do porażenia przyłącza się zanik z następczą t. zw. „ręką małpią“. Nie należy jednak lekceważyć sobie nawet bardzo lekkiego niedowładu. Prawdopodobnie nie inaczej rzecz się miała u pacjentki naszej przed 17 laty z rozpoczynającą się ptozą, *resp.* z pierwszymi zaburzeniami w fonacyi przed 3 laty.

Obraz, pod wielu względami zupełnie odmienny od omawianego wyżej, przedstawiają kończyny dolne. Tu objawy chorobowe wystąpiły dość nagle, prawie ostro. Bóle i utrudnienie ruchów dosięgły w ciągu 4 tygodni swego punktu kulminacyjnego. Bóle i wyraźne zaburzenia czucia, pomijając nieznaczne znieczulenie gardzieli, napotykamy tu po raz pierwszy. Objawy te są tak gwałtowne, że chora, która nigdy nie skarżyła się na osłabienie w nogach, była zmuszona położyć się do łóżka i przebyć w niem kilka miesięcy.

Jak należy zapatrywać się na ten dziwny szereg objawów, który chora dość logicznie uważa za wysoce przykry dalszy ciąg dawnego swego cierpienia? Czy również za cierpienie, zależne od zmian w zwojach przednich rogów rdzenia, czy też należy szukać dlań innej podstawy anatomicznej? Zauważyliśmy wprawdzie w przypadku naszym kilka ostro występujących objawów, które mogłyby przemawiać za dotknięciem *intumescentiae lumbalis* rdzenia, mianowicie symetryczny *pes varus* (*paresis n. peronei*) i niemożność uniesienia tułowia w pozycji leżącej bez pomocy rąk (*paresis n. cruralis*); jednakże przeciw postępującemu cierpieniu zgrubienia lędźwiowego rdzenia mógłby już *a priori* ten prosty fakt mówić, że niedowład nóg w przeciwieństwie do objawów w górnej części ciała bardzo szybko się rozwinął. Przeciwno przypuszczeniu temu mówiłaby również różnorodność objawów czuciowych bólów, parestezyi, znieczuleń, utrata zmysłu mięśniowego — objawy nie odpowiadające wcale umiejscowieniu sprawy w rogach przednich. Natomiast rodzaj zaburzeń czuciowych, najwyraźniejszych na obwodzie i słabnących stopniowo w kierunku dośrodkowym, wrażliwość mięśni na ucisk, wyraźne punkty bolesne wzdłuż przebiegu nerwów, obustronna symetria niedowładu ruchowo-czuciowego, zajęcie pewnych uprzywilejowanych okolic ruchowych i czuciowych (*n. peroneus, n. saphenus major*), obrzęk nóg, jako wyraz zaburzeń naczynioruchowych — wszystkie te objawy czynią nerwy obwodowe prawdopodobnym siedliskiem sprawy chorobowej. Za przypuszczeniem tem przemawia również obok ostrego początku choroby z zaburzeniami czucia czynnik etyologiczny (*puerperium*) i szybka utrata odruchów ścięgniętych. W kończynach górnych, gdzie osłabienie ramion zwracało uwagę chorej o kilka miesięcy wcześniej, można jednakże jeszcze dość wyraźnie wywołać odruchy ze ścięgien *biceps* i *triceps*, kiedy tymczasem w dolnych nie było zupełnie śladu odruchów, nawet przy użyciu rękoczynu JENDRASSIK'a.

Dokładny rozbiór danych anamnestycznych i klinicznych zmusza nas zatem do przyjęcia kombinacji 2-ch zupełnie odrębnych spraw chorobowych:

1) pierwotnego, prawdopodobnie niezapalnego z wyrodnienia zstępującego jąder nerwów ruchowych czaszkowych i rdzeniowych z charakterem przewlekłe postępującym (*ophthalmoplegia, paralysis bulbaris, poliomyelitis anterior*), które krótko nazwiemy: *polioencephalomyelitis chron. progr.*, oraz

2) ostrego mięższowego cierpienia nerwów niewątpliwie zapalnej natury, które dotknęło wyłącznie nerwy kończyn dolnych: *polyneuritis acuta multiplex*.

Przykładem mamy tu do czynienia z kombinacją dwóch cierpień, mających bardzo często wspólne momenty etyologiczne. Obie te choroby mogą mieć przebieg zarówno ostry, jak i przewlekły, mogą być pochodzenia wewnątrz ustrojowego (*endogen*), albo też pozaustrojowego (*exogen*).

W jednym przypadku możemy zawsze wykazać, albo domyśleć się przyczyny, wnikającej do ustroju z zewnątrz [np. jad], w drugim zaś główna przyczyna leży w osobniku samym, w usposobieniu i warunkach dziedzicznych. Oba czynniki występują niekiedy jednocześnie, a przyczyna zewnętrzna przyspiesza wybuch skrytego usposobienia patologicznego. Jako przykład omawianych postaci chorobowych o pochodzeniu pozaustrojowym mogą służyć przypadki neurytów, poliomyelitów, oftalmoplegii, porażen LANDRY'ego, powstałe po zaziębieniu, po utraciu organicznem lub mineralnem [ołowiem, wyskokiem, rtęcią, tlenkiem węgla, przy dnie, moczówce cukrowej], przy posocznicy, podczas i po ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych [błonica, influenza, syfilis, gruźlica]. Jako przykład postaci o pochodzeniu wewnątrz-ustrojowym można przytoczyć: porażenia jądrowe wrodzone i dziedziczne (*Nuclearlaehmungen*), *atrophia muscularis progr. spinalis, atrophia progr. neuralis*, których patogenezę mieliśmy sposobność w innym miejscu bliżej omawiać.

W samej rzeczy, wspólna pod pewnym względem etyologia obu opisanych wyżej grup chorobowych, *polioencephalomyelitis* i *polyneuritis*, mogłaby nas przy niedostatecznych danych anamnestycznych skłonić do rozpoznania u chorej naszej zapalenia nerwów wieloogniskowego, które jednocześnie z dolnemi kończynami zajęło także i nerwy czaszkowe. Neuryty tego rodzaju nie należą bynajmniej do rzadkości. Dziwnym byłby wprawdzie względny brak objawów ze strony kończyn górnych; zupełnie nieprawdopodobnem jednak przypuszczenie samego tylko neurytu nie byłoby wcale.

Przypadek nasz może również mieć znaczne podobieństwo do rzadkich przypadków wiądu rdzenia z wieloogniskowym porażeniem nerwów czaszkowych, jeżeli w dalszym przebiegu ostre zapalenie nerwów, zamiast przejść w wyzdrowienie, przyjmie, jak to tu i owdzie się zdarza, charakter przewlekły. I rzeczywiście brak odruchów kolanowych, bóle świdrująco-strzelające w kończynach dolnych, charakterystyczne znieczulenie tychże, opóźnienie w niektórych miejscach i dłuższe trwanie uczucia bólu, utrata uczucia mięśniowego, a wreszcie bezład, słowem: ten typowy obraz t. zw. *neurotabes peripherica* może wobec przewlekłego charakteru objawów, jednoczesnej oftalmoplegii i objawów opuszkowych być niewątpliwie przyjęty za czysty wiąd

rdzenia. Porażenie opuszkowe i oftalmoplegia obustronna są wprawdzie rzadkie bardzo przy władze rdzenia, ale możliwe.

Ważnymi czynnikami różniczkowo-rozpoznawczymi pozostałyby dla nas wiek chorej, brak oznak przebytego syfilisu, brak objawów ze strony pęcherza i odbytnicy, brak objawu żrenicowego ARGYL-ROBERTSON'a i zaniku nerwu wzrokowego, pomimo obecności *ophthalmoplegiae externae bilateralis*.

Pod względem rozpoznawczym należy jeszcze pamiętać w przypadku naszym o zapaleniu mięśni (*myositis*) lub opon rdzeniowych, przebiegającym zapaleniu nerwów, oraz o sprawie zapalnej na podstawie mózgu, o ucisku mostu i opuszki, o typie twarzowym dystrofii i wreszcie o t. zw. korowem porażeniu opuszkowym (*Pseudobulbarparalyse*), które możnaby było zamiast *polioencefalomyelitu* rozpoznać. Przy dokładnem jednak rozpatrzeniu się, wszystkie wątpliwości łatwo dają się usunąć, tak, że rozbiór ich uważamy za zbyteczny.

Nie możemy jednak pominąć milczeniem pewnej grupy nozograficznej, o której w ostatnich czasach zarówno w niemieckiej [OPPENHEIM, EISENLOHR, BERNHARDT, SENATOR, REMAK, HOPPE] jak i w naszej literaturze lekarskiej [GOLDFLAM] niemało rozprawiano, a która ma mieć duże znaczenie pod względem rokowania. Mówimy tu o uleczalnej postaci porażenia opuszkowego, gdzie badanie anatomiczne daje nam wyniki ujemne zarówno w opuszcze, jak i w półkulach mózgowych i nerwach obwodowych. Rozpoznanie różniczkowe ma w danym przypadku dla nas tem większe znaczenie że, jak to wspomnieliśmy, rokowanie w zależności od tego znacznie zmienić się może; przyjmując postawione przez nas rozpoznanie *pol. progressiva*, stawiamy *eo ipso* prognozę zarówno *quo ad valetudinem* jak i *quo ad vitam* bezwzględnie niepomyślną, rozpoznając zaś wspomnianą wyżej sprawę chorobową, mamy prawo liczyć na mniej lub więcej zupełne wyzdrowienie. Zdaniem GOLDFLAMA, udaje się postawić bez wielkiego trudu dokładne do pewnego stopnia rozpoznanie. „Jeżeli objawy porażenia opuszkowego szybko występują u młodego osobnika, a tułów i kończyny przyjmują udział w niedowładzie, jeżeli objawy opuszkowe pod wieloma względami różnią się od cierpienia DUCHENNE'a, jeżeli mięśnie, służące do żucia, wcześniej i w wysokim stopniu są dotknięte, jeżeli oprócz dolnych gałązek nerwu twarzowego także i gałązka oczna jest niedowładną, jeżeli istnieje opadnięcie powieki, albo niegwałt jednego z zewnętrznych mięśni oka, a brak zaników, włókienkowego drgania i zmian pobudzalności elektrycznej, jeżeli zaburzenia oddechowe i napady uduszenia zajmują wybitne miejsce w obrazie chorobowym, jeżeli niedowłady przedstawiają wyżej wyszczególnione właściwości, jeżeli mamy prędkiej i łatwo występujące wyczerpanie funkcyj, jeżeli objawy podlegają wahaniom nietylko z dnia na dzień, ale nawet w ciągu jednego dnia, jeżeli zdarzają się znaczne zwolnienia i nasilenia chorobowe, a odruchy ścięgnięte są zachowane, natenczas mamy do czynienia z omawianą tu formą chorobową“.

Z cytaty przytoczonej nietrudno dojrzeć, iż omawiana tam postać ododróżnia się wyraźnie od zwykłego porażenia opuszkowego, ażeby można było

zawsze za życia rozpoznać, aczkolwiek jedynie może zwolnienia, w znaczeniu powrotów do względnego wyleczenia, należy uważać za istotny objaw znamionujący. W znacznie mniejszym stopniu należy się to miano t. zw. objawowi wyczerpania, któryśmy niejednokrotnie skonstatowali i u naszej chorej. W ciekawych wielce obserwacyach GOLDFLAMA objaw ten występuje wprawdzie tak wybitnie, że obok zwolnień najbardziej na siebie zwraca uwagę badającego. O patognomicznem jednak znaczeniu jego i mowy być nie może. Zresztą, jeżeli niektórym autorom udało się szczęśliwie rozpoznać *intra vitam* „porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych“ [OPPENHEIM, GOLDFLAM], to zawdzięczają to, zdaniem naszym, więcej całemu rozwojowi i przebiegowi choroby, aniżeli właściwościom lub obecności, *resp.* brakowi tego lub owego objawu. Każdy z przytoczonych wyżej momentów rozpoznawczych, wzięty oddzielnie, nie stanowi nic bezwzględnie charakterystycznego; wszelako obecność wszystkich lub wielu z nich stanowić może dowód dostateczny natury funkcyjnej cierpienia, nawet gdyby brakowało istotnie patognostycznej oznaki [remissy].

Słusznie też zastanawia się GOLDFLAM przy rozpoznaniu różniczkowem nad ogólnym obrazem, całokształtem choroby, a nie nad t. zw. swoistemi, a nie zawsze pewnemi oznakami, cechującemi tę postać. Niekiedy bowiem przy postaci omawianej nie znajdujemy owych cech różniczkowych, jak: młodego wieku, szybkiego wyczerpania niektórych czynności, zwolnień i nasileń, braku zaniku, drgań włókienkowych i zmian pobudzalności elektrycznej, [EISENLOHR, SENATOR], natomiast widujemy je przy porażeniu opuszkowem zwykłym [patrz nasz przypadek]. Tak np. Gowers, jeden z najdoświadczeńszych klinicystów - neuropatologów, omawiając zwyczajne porażenie opuszkowe [str. 556 — 569], w następujący sposób wyraża się o niektórych dopiero co przytoczonych objawach: „Zaburzenia odżywcze przy przewlekłym porażeniu opuszkowem DUCHENNE'a dotyczą przeważnie języka.... W niektórych przypadkach zachowują wargi wielkość prawidłową, niekiedy zaś są cieńsze, niż zwykle“. „Pobudliwość elektryczna bywa mało zmienioną; mięśnie zazwyczaj dobrze reagują na prąd przerywany, nawet jeżeli są mocno zanikłe.

„ERB znalazł oznakę odczynu zwyrodnienia“. „Niekiedy ulegają porażeniu mięśnie żucia“. „Przebieg jest zawsze postępowy, chociaż nie jednostajny. Od czasu do czasu zjawia się zwolnienie, a nawet tygodnie i miesiące trwająca pozorna przerwa w przebiegu choroby“. „Rozpoczynające się zaburzenia mowy można wtedy tylko zauważyć, gdy pojedyncze części organu mowy są zmęczone, przyczem chory się dość często przekonywa, że takie zmęczenie nadzwyczaj szybko następuje“.

Niektóre ze wspomnianych właściwości porażenia opuszkowego napotykają się i przy oftalmoplegiach samoistnych. GOLDZIEHER np. w pewnym przypadku *ophthalmoplegiae bilateralis externae* obserwował wyraźny objaw wyczerpania w mięśniach ocznych. „Godnem jest uwagi, że rano po przebudzeniu się gałki oczne bardzo dobrze jeszcze wykonywają ruchy, oczy są zupełnie otwarte, jednak po 1—2 godzinach powieki opadają, a mięśnie oczne

tracą zupełnie ruchliwość swoją“. Podobne zachowanie się mięśni żwaczy, języczka i podniebienia miękkiego notowaliśmy u naszej pacjentki.

Widzimy więc, że w zwykłym obrazie przewlekłego organicznego porażenia opuszkowego i oftalmoplegii zdarzają się nieraz objawy, uważane za charakterystyczne dla uleczalnej, funkcyjnalnej postaci tego cierpienia. Że GOWERS, którego cytowaliśmy, tej ostatniej postaci wcale nie znał, dowodzi jego opis anatomii patologicznej i rokowania przy porażeniu opuszkowem. Wszędzie tam mowa o zaniku zwyrodniającym jąder nerwowych i o zejściu śmiertelnem. „Rokowanie we wszystkich przypadkach powoli rozwijających się bardzo niepomyślne. Cierpienie ma cechy postępujące, a części chorobą dotknięte są tak ważne dla czynności życiowych, że śmierć jest prawie stałym zejściem. Wątpliwem jest, ażeby jakiś przypadek przewlekły uległ poprawie, *event.* stanął na pewnym stałym poziomie rozwoju“.

Podobne rokowanie musimy także, niestety, i w naszym postawić przypadku, przemawiającym za organiczną podstawą całej sprawy chorobowej. Takie wrażenie robi na nas cały obraz jej, rozwój i przebieg cierpienia, pomimo iż zauważyliśmy tu kilka właściwości funkcyjnalnego porażenia opuszkowego [młody wiek, brak zaników, drgań włókienkowych i zmian w pobudzalności elektrycznej, wreszcie dotknięcie ruchowej części nerwu trójdzielnego, czołowej gałązki nerwu twarzowego, porażenie mięśni ocznych, objaw wyczerpania w niektórych mięśniach i t. d.]. Mamy tu prawdopodobnie, jakżeśmy wyżej wzmiankowali, do czynienia z rozprzestrzenieniem się zaniku jąder mięśni ocznych na okolice głębiej znajdujących się jąder ruchowych opuszki i przednich rogów rdzenia.

Zatrzymaliśmy się nieco dłużej przy rozpoznaniu ciekawej wielce postaci „uleczalnego porażenia opuszkowego bez zmian anatomicznych“, gdyż uważamy to cierpienie za jeden ze szczególnych przypadków obszernej grupy przewlekłych polioencefalomyelitów, o istnieniu i przebiegu których w chwili obecnej wiemy bardzo niewiele. Poznawanie ich ma jednakże ogromne znaczenie zarówno praktyczne, jak i teoretyczne. Dobre spostrzeżenia kliniczne i dokładne badania histologiczne, szczególnie w przypadkach przewlekłych wyleczonych, a wskutek innej przypadkowej przyczyny śmierci zbadanych pośmiertnie, powinny bez wątpienia rzucić pewne światło na tę ciekawą grupę przewlekłych i ostrych polioencefalomyelitów funkcyjnalnych. Do tej ostatniej kategorii należałoby, zdaniem naszym, zaliczyć omawiane tylokrotnie i co do istoty swej zupełnie niejasne porażenie LANDRY'ego. Jeżeli pominiemy neurytyczną [EICHHORST], poliomyelityczną [CHARCOT] i opuszkową [LEYDEN] postać tej choroby, przy których znajdowano wyraźne zmiany anatomiczne w nerwach obwodowych, rdzeniu lub opuszcze, to pozostanie nam jeszcze ilościowo godna uwagi grupa porażen LANDRY'ego [typ wstępujący i zstępujący], bez śladu zmian anatomicznych, zawierająca przypadki zarówno wyleczalne, jak i śmiertelne i mogąca być bez wątpienia uważaną za sprawę analogiczną opisaną przy rozpoznaniu różniczkowem funkcyjnalnej *polioencephalomyelitis chronica dinamica*.

Występowanie choroby w młodym wieku, brak zaburzeń czuciowych, brak zaników, drgań włókienkowych, odczynu zwyrodnienia, zmian anatomicznych i t. d. stanowiłyby właściwość zarówno ostrej, jak przewlekłej postaci tej pozornej, prawdopodobnie na tle toksyczno-iefekcyjnym rozwijającej się nerwicy.

Nie znając sposobu wnikania zakażenia do ustroju, tyle jednak obecnie już powiedzieć możemy, że objawy ze strony układu nerwowego znacznie rzadziej zostają wywołane przez bezpośrednie ogniska zakaźne w rdzeniu lub nerwach, niż przez wytwory toksyczne przemiany materii drobnoustrojów. Ciekawą analogię znajdujemy w bliżej zbadanych toksynach tężca, wywołujących wręcz przeciwne objawy ze strony kemórek ruchowych rdzenia i częste zejście śmiertelne również przy zupełnym braku zmian anatomicznych.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

33. Prof.^a A. Baginsky. Kliniczne objawy zapalenia nerek przy błonicy.

Spostrzeżenia autora, przeprowadzone przez przeciąg czasu od 1 sierpnia 1891 r. do końca grudnia 1892 r. w szpitalu dla dzieci imienia cesarstwa Fryderyków w Berlinie, dotyczą 274 dzieci, u których rozpoznano błonicę na zasadzie wykazania drogą bakteryologicznego badania obecności laseczników LOEFFLER'a. W 231 przypadkach pojawił się w przebiegu błonicy białkomocz w lżejszym lub silniejszym stopniu; z tych 131 przypadków zmarło 66=50,37%. Białkomoczu nie było w 148 przypadkach, z których 20 zakończyło się śmiercią, to jest 14,2%.

Z 274 przypadków błonicy w 91 przypadkach wykonano tracheotomię, po części samą, po części zaś przy uprzednio dokonanej intubacji; z tych 91 przypadków 61 było powikłanych białkomoczem, z których 42 [więcej, niż $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby], czyli 68,9% zakończyło się śmiercią; z 30 zaś przypadków, przebiegających bez białkomoczu, w 19 nastąpiło zejście śmiertelne [prawie $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby przypadków], co stanowi 63,3%. Liczby te aż nadto wykazują, że białkomocz, przynajmniej pod względem prognostycznym, nie jest całkiem obojętnym w przebiegu błonicy objawem. Autor przychodzi do wniosków następujących: 1) te przypadki błonicy, które nie wikłają się białkomoczem, wprawdzie nie są całkiem pozbawione niebezpieczeństwa dla życia dzieci, jednakże przebieg ich jest zwykle o wiele lżejszym i większe są w tych przypadkach widoki wyzdrowienia, niż w powikłanych białkomoczem; 2) w przypadkach, w których wykonano tracheotomię, białkomocz pod względem prognostycznym nie posiada takiego znaczenia, jak w przypadkach, które przebiegają bez tracheotomii, jednakże zdaje się, że i tutaj zejście jest pomyślniejszem w przypadkach bez białkomoczu. Ze stanowiska klinicznego rozróżnia autor 3 następujące postacie zapalenia nerek:

I) Błonica w lekkim stopniu [obecność laseczników LOEFFLER'a wykazano]. Zajęcie nerek objawia się w pierwszej linii pojawieniem się w moczu składników morfotycznych, jeszcze przed ukazaniem się białkomoczu. W dalszym przebiegu błonicy występuje białkomocz, który jest wprawdzie w słabym stopniu i natychmiast przechodzi, w miarę jak sprawa błonicowa zbliża się ku wyzdrowieniu, jednakże pomimo tego występują objawy, które przemawiają za tem, że białkomocz jest objawem ostrego zapalenia nerek. W przypadkach, do tej grupy należących, wnioskować można o równoczesnym zajęciu nerek na zasadzie następujących objawów: 1) ilość moczu jest wogóle bardzo mała, albo wcale nie jest zmniejszona, 2) ciężar właściwy jest nieznacznie zmieniony, 3) brak prawie zawsze obrzęków, 4) brak kompletny objawów uremicznych, natomiast, 5) nawet w najłżejszych postaciach błonicy zjawiają się w moczu charakterystyczne składniki morfotyczne: cylindroidy, wałki szkliste, nabłonki nerkowe i leukocyty; już w tym wczesnym okresie posiadają komórki tę rzucającą się w oczy własność, że są gruboziarniste, nieprzezroczyste, oraz silnie łamiące światło; z trudnością można odróżnić w nich jądro i cała komórka zamienia się w jedną nieprzezroczystą masę; w przeciwieństwie do tych wczesnych oznak zniszczenia tkanki nerkowej stoi kompletny brak w moczu krwi [czerwonych krążków]. Wogóle, w lekkich postaciach błonicy nerki mogą być albo całkiem niezajęte, albo też, jeżeli wystąpią objawy zapalenia nerek, to ustępują one prędko—często, jakkolwiek nie zawsze, giną one równocześnie ze znikaniem naltów w gardle. Brak składników patologicznych w moczu, albo też szybkie ich znikanie uważa się wogóle za oznakę pomyślną.

II) Złośliwe postacie błonicy, klinicznie rozpoznawane jako septyczne. Odznaczają się one ciężkimi zmianami miejscowemi, ciężkim zajęciem całego ustroju, wczesnym porażeniem serca. W przypadkach tych zauważyć się daje rozległe, ciężkie i wczesne zajęcie nerek, przejawiające się nagłym zjawieniem się w moczu wielkich ilości białka oraz nader obfitych produktów rozpadowych nabłonków nerkowych; wydzielanie patologicznych składników z moczem trwa nieprzerwanie aż do śmierci. Badanie moczu wykazuje, że: 1) ilość moczu jest w ogóle zmniejszona; w miarę, jak sprawa błonicowa posuwa się naprzód i paraliżuje działalność serca, zmniejsza się i ilość moczu, głównie jednak na to wpływa postępujące zniszczenie tkanki nerkowej; 2) występuje obfity białkomocz; 3) pojawiają się charakterystyczne składniki morfotyczne: nabłonki nerkowe, leukocyty, cylindroidy oraz wałki nerkowe; w przeciwieństwie do zmian anatomicznych w nerkach, w których znajdujemy mnóstwo wybroczyn krwawych, w moczu spotyka się, co najwyżej, nadzwyczaj nieliczne czerwone krążki krwi. W przypadkach, do tej grupy należących, objawów uremicznych zauważyć się nie daje, zajęcie zaś nerek jest tylko nieodłącznym objawem i skutkiem ciężkiego zatrucia krwi jadem błonicowym, nie występuje jednak tak na pierwszy plan choroby, jak zapalenie nerek przy szkarlatynie.

III) Przypadki błonicy, powikłane podostrawem zapaleniem nerek. W przypadkach tych występują objawy mniej lub więcej

silnego zajęcia nerek obok równoczesnego osłabienia działalności serca, oraz zagrażającego porażenia przepony, mięśni przelyku, tułowia i kończyn. Zapalenie nerek nadzwyczaj utrudnia leczenie, gdyż powstają różnorodne wskazania, z jednej strony do leczenia porażen, z drugiej do zwalczania cierpienia nerek. W przypadkach tych zniknięcie objawów tego ostatniego cierpienia jest zwykle, jakkolwiek nie zawsze, dobrą oznaką pod względem rokowania. Objawy zapalenia nerek nie występują i w tych przypadkach na pierwszy plan, w każdym razie ciągle wydzielanie się z moczem białka oraz składników morfotycznych [stłuszczonego i znajdujących się w stanie rozpadu nabłonków, wałków szklistych i z ziarenkami tłuszczowemi] wskazuje na poważne powikłanie choroby. Tylko równoczesne ustępowanie powyższych objawów zapalenia nerek wraz ze znikaniem porażen jest oznaką zwrotu choroby ku lepszemu. I w przypadkach do tej grupy zaliczonych nie zauważył autor przez przeciąg 3 lat ani jednego pewnego przypadku, w którym by wystąpiły objawy uremiczne.

Co się tyczy leczenia zapalenia nerek przy błonicy, to należy wychodzić z trochę odmiennych punktów widzenia, niż przy szkarlatynie. Profilaktyka nie istnieje. W lekkich przypadkach należy unikać dawania choremu pokarmów i lekarstw, drażniących tkankę nerek: nie należy zatem przepisywać zbyt wielkich ilości napojów wysokowych, nawet wina oraz bardzo skoncentrowanego bulionu i zbyt wielu jajek, natomiast trzeba ograniczyć się na przepisaniu obfitej mlecznej dyety. Należy unikać mocno drażniących preparatów żelaza, jak *tinct. ferri chlorati aether.*, oraz *ol. terebinthinae* i t. d. również stosowania zewnętrznego preparatów ichtyolu. Przy zmniejszeniu się dobowej ilości moczu należy przepisywać wody alkaliczne, jak: *Wildungen*, *Vichy* w dawkach po 200—300 ctm. sześć. *pro die*, natomiast należy unikać silniejszych moczopędnych środków, jak *kali aceticum*; zatwardzenie stolca należy zwalczać ławatywami z fizyologicznego roztworu soli kuchennej. W pojedynczych przypadkach znakomicie działają kąpiele o 28—29°R. Po zniknięciu białkomoczu prędko bardzo można przejść do posilnych pokarmów, jako to: mięsa, jajek i napojów wyskowych, o ile ustrój dziecięcy wogóle ich potrzebuje, oraz wzmacniających lekarstw, jako to: *tinct. ferr. pomati*, *decoctum Chinae etc.*

W przypadkach, należących do drugiej grupy, rzadko kiedy znajduje się lekarz w potrzebie zwracania szczególnej uwagi na nerki; sprawa błonicowa jest przedmiotem troskliwych jego zabiegów i zmuszony on jest stosować wszystko celem jej usunięcia; zresztą nie posiada sztuka lekarska żadnych środków celem zapobieżenia obumarciu tkanki nerkowej; dopiero wówczas może lekarz przy leczeniu uwzględniać cierpienie nerek, gdy naloty błonicowe zginą i choroba przyjmie charakter trzeciej grupy. W przypadkach stanowiących tę ostatnią grupę, to jest przy podostrawem zapaleniu nerek, zadanie lekarza jest ciężkiem i wymaga wielkiego z jego strony doświadczenia. Porażenia i zagrażające ciężkie objawy ze strony serca wymagają stosowania *larga manu* środków podniecających i wzmacniających, a przecież z drugiej strony środki te drażnią nerki już i tak chore. Należy więc za-

lecić obfitą mleczną dyetę, unikać mięsnych potraw i mocnego bulionu; napoje wyskokowe należy przepisywać, lecz w niezbyt wielkich dawkach i razem z mlekiem, lub w śluzowych odwarach; pożytecznym okazał się również preparat, znany w handlu pod nazwą „*meat jouice*“; posiada on bardzo dobry smak i przepisuje się go wraz z niewielką ilością wina. Przy zaburzeniach w działalności serca należy przepisywać *diuretinum* w dawkach po 0,2—0,3—0,5—1,0 dwa lub cztery razy dziennie na przemianę z *coffeinum natrio-benzoicum* po 0,01—0,02.

W razie potrzeby należy stosować *tinct. ferri chlorati aether.*, *tinct. Moschi*, kamforę podskórną, *Digitalis* [0,2—0,3:100, co 2—3 godziny po łyżeczce od kawy] i tym podobne środki. Z chwilą, gdy groźne objawy ze strony serca ustąpią, należy zwrócić całą uwagę na cierpienie nerek i zalecić mleczną dyetę oraz wody *Wildungen* lub *Viehy*. W bardzo rzadkich przypadkach białkomocz nie ustępuje po całkowitem zniknięciu sprawy błonnicowej; w takich razach nawet środki wiążące, jak: tanina, *liq. ferri sesquichlorati* i t. d., nie wywierają swego działania, natomiast zmiana klimatu zwłaszcza pobyt na wsi, szybko przywraca dzieciom pożądane zdrowie.

(*Archiv für Kinderheilkunde, Band. XVI, Heft III—VI, S. 331—349.*)

Józef Winiarski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20. II. 1894.

ŚMIECHOWSKI przedstawił chorego, operowanego przez KRAJEWSKIEGO. Chory ten przed 5 miesiącami doznawał różnych dolegliwości żołądkowych, jako to nudności, bólów po jedzeniu i t. p., które jednak wkrótce przeszły. 4 miesiące temu zauważył wprawem podbrzuszu guz, który mu jednak żadnych dolegliwości nie robił, nie szukał więc rady, dopóki mu się nie wypełniła prawie cała jama brzuszna. Jedynym objawem było zaparcie stolca, na które jednak chory oddawna cierpiał. Przy przyjęciu do szpitala w końcu stycznia r. b. 21-letni chory, wzrostu wysokiego, słabo odżywiany, bledy, miał guz wielkości głowy dziecka, twardy, elastyczny, względnie do wielkości bardzo ruchomy, o powierzchni dość gładkiej; w jednym miejscu u dołu było przewężenie, które robiło wrażenie, jak gdyby drugi guz, leżący w miednicy, był w tym miejscu z głównym zrosnięty. Guz dawał się dobrze oddzielić od wątroby, rozcięcie żołądka wykazało brak związku między tym organem a guzem, po rozcięciu kiszek granice guza oznaczone przez opukiwanie trochę się zmniejszyły. Rozpoznawano nowotwór złośliwy sieci. Przy laparotomii wykonanej d. 1. lutego okazał się guz pokryty siecią, w wielu miejscach bardzo mocno z nią porastany; zrosty nadzwyczaj obficie unaczynione, szczególnie duże naczynia żyłne.

Po podwiązaniu i przecięciu zrostów z siecią, guz okazał się bardzo mocno przyrośniętym do krezki i do ściany kiszki ślepej, tak, że wyłuszcze-

nie było możliwem dopiero po przecięciu kiszki biodrowej przy jej ujściu do kiszki ślepej. Następnie trzeba było wyluszczyć całe *coecum* i *colon ascendens* wraz z listkami krezki i dopiero wtedy guz wyjęto. Po częściowem zaszyciu światła poprzecznicy, połączono ją z kiszką biodrową szwem 3 piętrowym i zaszyto jamę brzuszłą również szwem 3 piętrowym. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; 9 dnia usunięto szwy i dziś 20 dnia po operacji chory ma się zupełnie dobrze, je wszystko i w dalszym ciągu ma trochę zaparcia stolca. Zbadana drobnowidzowo cząstka guza jest mięsakiem o komórkach wrzecionowatych. Po rozcięciu kiszki okazało się, że guz wychodził ze ściany kiszki biodrowej przy ujściu, wrastał następnie pomiędzy listki *mesocoeci* i *mesocoli ascendentis*. Błona śluzowa nie była zajęta, tylko w 2 miejscach na *coecum* były małe guzowatości, dowodzące przechodzenia nowotworu na kiszkę. (*Autoreferat*).

NEUGEBAUER przedstawia chorą z kliniki ginekologicznej szpitala Ewangelickiego, dotkniętą opadnięciem macicy, w 6 miesiącu ciąży, (*Prolapsus uteri gravidi, scil. prolapsus colli elongati* [HUGIER]), po dawniejszym rozerwaniu przegrody kiszkowo-pochwowej. 34-letnia małżonka przemysłowca, od 10 lat zamężna, odbyła pierwszy poród przy pomocy kol. NAWROCKIEGO, który dziecko donoszone i żywe, wskutek drgawek, musiał kleszczami wydobyć. Całkowite pęknięcia krocza oraz dolnego odcinka kiszki stolcowej zeszył po 6 tygodniach kol. SZCZYGIELSKI, lecz z wynikiem ujemnym. Po miesiącu S. dokonał ponownie operacji, która tym razem lepiej się powiodła, lecz pozostała przetoka kiszkowo-pochwowa, dotąd istniejąca, tak, że kał rzadki oraz wiatry przez nią odchodzą, oraz *insufficiens perinaei*. Po pierwszym tym porodzie nastąpiły 2 poronienia, następnie chora rodziła 4 dzieci donoszonych szczęśliwie pomimo opadnięcia macicy, czyli opuszczenia wydłużonej szyi macicznej na zewnątrz szpary sromnej. We wrześniu 1891 roku chora wtenczas w 5 miesiącu 8 ciąży będąca zgłosiła się do NEUGEBAUERA, który z przyczyny ciąży na razie odmówił leczenia radykalnego przetoki oraz opadnięcia, a dokonał li tylko repozycyi opadniętej a obrzękłej części pochwowej do pochwy w położeniu chorej *à la vache*, a następnie zalecił noszenie opaski w kształcie litery T. Już wtenczas N. zauważył zadawnione rozdęcie ust macicznych w 3 miejscach (*colobomata oris oteri*), wtórne *ectropium* ust macicznych oraz niezbyt szyjki i zastarzałe owrzodzenia, które na razie potuszował azotanem srebra, zalecając chorej opatrunek z maścią cynkową. W 6 tygodniu później dnia 14 listopada 1891 r. nastąpiło poronienie. Dnia 13 listopada odeszły wody, kanał szyi przepuszczał palec, położenie pośladkowe. Szyja macicy w stanie obrzęku, opadnięta na mniej więcej 12 ctm. poniżej otworu sromu. N. rozszerzył światło szyjki na drodze wypchania szyjki gazą jodoformową, po kilku godzinach zaś wy dobył lewą nóżkę, a następnie cały płód i łożysko. Trudności zachodziły przy wydobywaniu główki, pomimo że płód liczył tylko 6³/₄ miesięcy, chłopezyk żył po urodzeniu się 4 godziny; N. żądał, aby chora zapisała się w następstwie do szpitala dla plastycznej rekonstrukcyi części uszkodzonych kanału rodnegó, lecz czekał daremnie na przybycie chorej. Zgłosiła się ona dopiero 18 lutego 1894 r.

w 6 miesiącu 9-tej ciąży, znów dotknięta zwykłymi przypadłościami *descensus uteri gravidi*, skarżąc się na utrudniony prawie niemożliwy chód, utrudnione oddawanie moczu, palenie w kroku, ciężar w brzuchu, bóle w krzyżu i pachwinach, upławy t. j.; od tygodnia odchodzi krew oraz wody płodowe [według słów ciężarnej]. Pomimo że w tego rodzaju przypadkach dokonywano amputacji szyi macicznej i operacji plastycznej na pochwie i t. d., N. nie decyduje się na ten rękoczyn; żaden wianek nie jest w stanie utrzymać macicy w miejscu należytem z powodu wydłużenia szyjki oraz braku podpory wskutek *insufficienciae perinaei*, każda opaska, każdy bandaż drażnią i jętrzą rany na szyjce macicznej, tampon zaś łatwo mógłby nawet wywołać poronienie, jeśli nie było by już w toku. Pomimo, że przy takim opatrzeniu ciąża może osiągnąć prawidłowego końca [są opisane tego rodzaju przypadki, a jeden sam N. spostrzegął], w damym jednak przypadku wątpił o utrzymaniu się ciąży wobec stałego drażnienia części opadłych *extra vulvam*, krwawień, wypływów z szyi macicznej, obrzęku szyi, wskazującego na początkującą inkarceracyę. Radził zatem chorej zapisać się do szpitala w celu najprzód wydobycia płodu, a następnie wykonania radykalnej operacji.

Następnie NEUGEBAUER przedstawia chorą z Żyrardowa, przesłaną przez kol. JAWURKA. Chora zgłosiła się do szpitala wskutek *phthiseos pulmonum*, oraz braku miesiączki od dłuższego czasu. Zanik miesiączki zależy prawdopodobnie od cierpienia płuc, N. przynajmniej nie mógł skonstatować innej przyczyny. 26-letnia pacjentka, od 5 lat zamężna, rodziła raz jeden trzy lata temu. Poród i połóg odbyła szczęśliwie, dziecko karmiła 5 miesięcy. W 8-mym miesiącu ciąży miała silny krwotok, który jednak na razie przez akuszerkę został zatamowany. Przy badaniu chorej N. znalazł rzadką postać podwójnej macicy i pochwy: *duplicitas completa uteri (uterus dydelphus)*, *duplicitas vaginae*. Przegroda pochwy, idąca od samych szyjek macicznych do błony dziewiczej, została przedarta przy porodzie, duże jej resztki wiszą na środku przedniej, oraz tylnej ściany pochwy; przy odpowiedniej manipulacji udaje się dziś jeszcze owe pozostałości złożyć tak, że w ujściu pochwy widać dawniejszy podział *orificii vaginae* na dwie połowy, czyli dwa otwory. Przy użyciu wziernika w głębi pochwy widać dwie części pochwowe macicy dobrze ukształcone, prawie jednakowej wielkości, pomiędzy nimi widać pionową bliźnię blyszczącą, przechodzącą ku górze i ku dołowi na przednią i tylną ścianę pochwy. *Per rectum*, oraz przez ścianę brzuszną jak najdokładniej można wymacać dwie macice, w kierunku odśrodkowym się rozchodzące. Pomiędzy dnem jednej a drugiej macicy sierpowate zagłębienie na kilka centymetrów głębokości. Zgłębnik do lewej macicy wchodzi na 7 ctm., do prawej na 5 ctm.; widocznie ciąża odbyła się po stronie lewej, a więc w lewej macicy, w której usta są szersze, więcej starczące i lekko naderwane. Jajniki, oraz trąbki łatwo wymacalne, pojedyncze, nie przedstawiają anomalii. Jakiegokolwiek więzu pomiędzy pęcherzem a kiszka stolcową, jak to raz przy sekeyi skonstatowano w Rossyi, N. nie mógł wymacać. Ponieważ jajniki oraz jajowody bez wyjątku przy podwójności ciała macicy są pojedyncze, co się zresztą objaśnia embryologią, natura *duplicitatis completae uteri* po-

winna być zrozumianą *cum grano salis*. Chora o osobliwym stroju swoich organów płciowych nic nie widziała; daremnie N. się wypytywał, czy nie zauważyła, że stosunek z mężem raz był przyjemny dla niej, raz bolesny, jak to same chore w podobnych przypadkach opowiadają, również badanie chorej co do wywiadów o miesiączce nie dało żadnej odpowiedzi na zapytania odpowiednie w kierunku, aby się dowiedzieć czy obie macice miały miesiączkę, czy izochroniczną, czy anizochroniczną i t. d.. Anamneza pod tym względem nie dała żadnych wyników, o obserwacji zaś tego ciekawego zjawiska nie może być obecnie mowy wobec tego, że od kilku miesięcy, pomimo braku ciąży, chora dotknięta jest *suppressione mensium*.

Wreszcie N. przedstawia dermoidalny guz jajnika, wydobyty przez niego dnia 16 lutego r. b. w klinice ginekologicznej szpitala Ewangelickiego *per vaginam*, czyli na drodze cięcia pochwowego. O ile prelegentowi wiadomo, była to dopiero druga owaryotomia, przez pochwę w Warszawie dokonana. 48-letnia A. C., dotknięta przedwcześnie *marasmo senili* na tle chronicznego cierpienia płuc, zjawiała się do ambulatoryum wskutek zatrzymania moczu od dni pięciu: *ischuria ex obturatione pelvis*. Po opróżnieniu pęcherza znaleziono uwięziony w jamie miednicy guz wielkości blisko 2 pięści, mianowicie guz uwiązał w jamie DOUGLAS'a. Macica wysoko ku górze uniesiona, mianowicie szyjka jej, tak, że zaledwie dostępne dla palca. Dna macicy nie można było wymacać, szyjka powyżej spojenia łonowego była przyciśnięta do przedniej ściany brzusznej, a więc guz, wypełniając jamę DOUGLAS'a, uniósł szyjkę macicy ku górze i odepchnął ją ku przodowi, napozór jak przy krwisteku pozamacicznym. Guz sięgał ku dołowi aż na wysokość $1\frac{1}{2}$ cala przed ujściem pochwy; kontury guza jasne, zbyt wyraźne, *per rectum* macane, przemawiały przeciw wysiękowi zapalnemu, oraz przeciw krwistekowi, który zwykle ku górze ginie bez konturów ostrych. Pacjentka żyła 28 lat w zamężciu, owdowiała 5 lat temu, rodziła 5 dzieci [3 *sponte*, 2 przy pomocy kleszczy], z których żadne już nie żyje. Peryody straciła 4 lata temu i nigdy nie cierpiała na jakąkolwiek chorobę narządów jamy brzusznej, była wogóle zawsze zdrową, żadnych dolegliwości nie miała, prócz zadawnionej choroby płucnej. Dopiero 2 tygodnie temu nagle zachorowała na zatrzymanie moczu skutkiem silnego kaszlu. Otóż właśnie fakt ten zwrócił uwagę prelegenta na związek pomiędzy naturą guza w jamie DOUGLAS'a a kaszlem, czyli wywołał podejrzenie, że zatrzymanie nagłe moczu zależało od uwięzienia guza w jamie miednicy, który poprzednio w tej jamie nie leżał, lecz przez kaszel ustawiczny do niej się opuścił i tam uwiązał. Przepuszczenie to rzeczywiście okazało się słusznym. Dnia 15 lutego r. b. pacjentka zapisała się do szpitala na operację. Po przecięciu tylnej ściany pochwy, oraz *peritonei* cięciem podłużnym na 5—6 ctm. długości, w otworze podłużnej rany w poprzek rozciągniętej, ujawniła się przezroczysta ściana torbieli o niebieskawym odblasku; wewnątrz pływały jakieś cząstki stałe, okrągłe kłębki żółtawe, lekko błyszczące, jakby tłuszcz z cholestearyną. Otworzono torbiel pomiędzy dwoma pincetami i wypuszczono około 2 uncji cokolwiek gęstego zielonkawatego płynu. Potem ujęto dolny odcinek guza, około $1\frac{1}{2}$ pięści wiel-

kości mającego w kleszcze i wyciągano go przez otwór w pochwie na zewnątrz *à jur et à mesure* zwolnienia ścian guza palcem do jamy brzusznej wprowadzonym dla odklejenia ewentualnych zlepień i zrostów *cum peritoneo cavi Douglasi*. Zrosty istniały, lecz były widocznie świeże, nie dawniejsze od chwili powstawania inkarceracyjnych objawów. Jednak przy wyciąganiu trafił N. na pewien opór, polegający na tem, że górna połowa guza zawierała kilka torbieli, napełnionych gęstą serowatą masą i włosami, zawartością zwykłą dermoidów. Otóż przy wyciąganiu guza masy te wyciskały się z otworu w torbieli. Palec po opróżnieniu pewnej części guza mógł głęboko wejść do jamy brzusznej i obejść górną połowę guza, wiszącą na szerokiej, mocno naprężonej podstawie ligamentarnej. Dno macicy okazało się ściągnięte na dół *in retroflexione*, widocznie wskutek wyciągania guza. Bez zbyt wielkich trudności udało się cały górny odcinek guza wyciągnąć do pochwy i trzymając szypułę pod światło, przekonać się, że ta nie zawierała innych elementów, jak tylko *mesovarium*, że nie było żadnych zrostów z kiszka i t. d.. Trąbkę maciczną można było wymacać powyżej otworu w pochwie, lecz nie dała się ściągnąć na zewnątrz, zresztą N. nie widział wskazania do tego, mając wyjęty cały guz, torbiel jajnika i udostępnioną jego szypułę na zewnątrz rany pochwowej. Widocznie trąbka maciczna, należąca do jajnika zwyrodniałego, była unieruchomioną przez zrosty wtórne wewnątrz małej miednicy. Szypułę podwiązaną 3-ma ligaturami drobnymi, przecięto i zanurzono do rany, z której nitki nieobcięte wychodziły na zewnątrz. 8-ma szwami obszyto brzegi rany pochwowej, również nie obcinając nitek. Krwawienia w trakcie całej operacji prawie nie było. Na zakończenie wprowadzono do jamy otrzewnej przez ranę pochwową tampon z 10% gazy jodoformowej i drugi tampon do pochwy. Tampony przeleżały 24 godzin *in situ*. Nazajutrz je zmieniono, od 3-go dnia zakładano tylko tampon do pochwy bez jakichkolwiek przestrzykiwań, wycierając pochwę li tylko wilgotnym wacikiem [umaczanym w roztworze sublimatu]. 6-go i 7-go dnia wszystkie szwy zdjęto, granulacye wypełniające rane potuszowano azotanem srebra. Przy badaniu kontrolującym, po wyjęciu guza skonstatowano tyłozgięcie macicy, widocznie skutkiem opuszczenia jajnika. Przyczynę tego opuszczenia i uwięźnięcia jajnika N. upatruje w uporezywym kaszlu chorzej. Bez cierpienia współczesnego płuc prawdopodobnie guz byłby przez długie lata jeszcze pozostawał w jamie wielkiej miednicy, nie wywołując żadnych dolegliwości. Operacja stwierdziła przypuszczenia dyagnostyczne prelegenta i okazała się w danym przypadku wygodną pomimo trudności tecnicznych. Ciepłota ciała, przewyższająca przed operacją 40° C., opadła po operacji do 38° C. i na tej wysokości mniej więcej się utrzymuje prócz dnia jednego, gdzie z rana nie przewyższała 37,2°. Otwór w pochwie tak szybko się zmniejszył, że już po dwóch dniach palca nie wpuszczał wskutek skurczu mięśniowego pochwy. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze, stolce miewa, kaszel cokolwiek mniejszy, lecz gorączka trwa jeszcze. *Marasmus*, jaki był, taki jest.

(Autoreferat).

Wice-Prezes SOKOŁOWSKI przedstawił chorego, dotkniętego chorobą tak zwaną RAYNAUD'a [zgorzel symetryczna]. F. H. lat 39, buchalter, pochodzi z rodziny zdrowej. Syfilisu nie przechodził. Trunków nie nadużywał.

Od 10 roku życia miewał po kilka razy do roku napady chwilowej utraty świadomości; jako zwiastun utraty przytomności zwykle bywał zawrót głowy; chory wówczas siadał.

Napad trwał zwykle kilka sekund, poczem przytomność wracała i chory nie wiedział, co się z nim działo. *Od lat 4 napadów tych nie miewa. Przed 6 miesiącami na obu stopach wystąpiły nieznaczne obrzęki, które od czasu do czasu znikaly, to znów się pojawiały. Przed 3 miesiącami chory począł doznawać, szczególnie przy chodzeniu, uczucia mrowienia, a następnie drętwienia w obu wielkich palcach nóg; drętwienie takie występowało 2—3 razy dziennie i trwało kilka, kilkanaście sekund, ograniczając się do drugiego stawu śródstopia; w prawym palcu drętwienie zawsze trwało dłużej, aniżeli w lewym. Przed miesiącem chory począł doznawać bólu w wielkim palcu prawej nogi i na przedniej jego powierzchni zauważył sinawą plamkę; po tygodniu skóra na miejscu plamki pękła. Bóle w tym czasie w palcu bywały tak silne niekiedy, że chory nie mógł sypiać. Od kilku dni chory zauważył na wielkim palcu lewej nogi taką samą sinawą i bolesną plamkę, powstającą na tem samym miejscu, co i na prawym palcu.

Wielki palec prawej nogi zaczerwieniony, obrzękły, przy ucisku bardzo bolesny. Na przedniej powierzchni, tuż pod paznokciem, skóra szerniała na przestrzeni wielkości małej srebrnej dziesiątki. Obiektywne badanie prócz wzmoczenia odruchów, rozszerzenia źrenic, które na światło nie reagują, i nieznacznej *arteriosclerosis*, nie wykazuje nic nieprawidłowego.

Tętnienie we wszystkich tętnicach wyczuwalne. Ciężar właściwy moczu 1,016; ilość dobową około 2,000 ctm. przy odczynie słabo kwaśnym. Dane anamnestyczne, napady, w postaci *petit mal*, epilepsji, okresy mrowienia w palcach wielkich nóg, drętwienia, bólów i wreszcie zgorzeli, jak również i stan podmiotowy chorego dają w zupełności obraz kliniczny *morbi RAYNAUD'i*.

(Autoreferat).

W dyskusji nad tym przypadkiem przemawiali PAWIŃSKI, SOMMER, GEDROJĆ, ROTHE oraz prelegent. Zgodzono się w myśl propozycji SOKOŁOWSKIEGO na zastosowanie bromu z jodem i wstrzymanie się od interwencji chirurgicznej.

BIERNACKI wygłosił odczyt p. t: „W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonnych ciałek i osocza w krwi krążącej“. Rzeczą ta ogłoszoną była w № 11 Gazety Lekarskiej.

OLTUSZEWSKI mówił „o psychologii mowy“. Uprzednie prace prelegenta, dotyczące fizjologii mowy, miały za zadanie wyjaśnienie fizjologicznych warunków do wygłaszania gotowej już w naszym umyśle mowy. Celem obecnego odczytu było zapoznanie się z jej psychofizjologią, to jest określenie funkcji, jaką wykonywa mózg przy mowie. Przedewszystkiem zastanowił się prelegent nad ważnym zagadnieniem, dotyczącem tego przedmiotu, mianowicie

cie nad stosunkiem umysłu do mowy. Stosunek ten wyjaśniają najlepiej spostrzeżenia nad dziećmi, we wczesnych okresach ich rozwoju, to jest kiedy jeszcze nie mówią. Opierając się na własnych badaniach nad dzieckiem, O. doszedł do wniosku, że zanim dziecko samodzielnie wymówi pierwsze słowo [14 miesiąc] i zacznie łączyć pojęcia z wyrazami [18 miesiąc], ma już zupełnie rozwinięte trzy sfery, stanowiące jego życie psychiczne, to jest: poznanie, uczucie i wolę. W następstwie opisał O. trzy okresy rozwoju języka dziecka, a mianowicie:

1) Język pierwotny, uprzedzający rozwój ośrodków mowy. Są to giesty, któremi dziecko zdradza swoje pojęcia pierwotne. 2) Okres rozwoju ośrodków mowy. Tutaj rozwija się najprzód ośrodek pamięci słów i połączenie jego z ośrodkami ideacyi. Jest to rozumienie mowy, sięgające swym początkiem 8 miesiąca. W następstwie rozwija się ośrodek ruchowy mowy i połączenie jego z ośrodkami pamięci słów, to jest powtarzanie, rozpoczynające się od 11 miesiąca. W reszcie w końcowym okresie rozwoju ośrodków powstaje połączenie ośrodku pamięci słów przez ośrodki ideacyi z ośrodkiem ruchowym mowy, to jest samodzielna mowa, poczynająca się z końcem 18 miesiąca. 3) Okres łączenia pojęć z wyrazami, sięgający swym początkiem 18 miesiąca.

Porównawszy rozwój umysłowy dziecka z trzecim okresem rozwoju języka, to jest z początkiem wiązania jego pojęć z wyrazami, O. doszedł do wniosku, że rozwój władz duchowych uprzedza rozwój mowy, że więc proces myślenia, w przyszłości ściśle połączony z mową, odbywa się w początkach, a więc u dziecka, niezależnie od niej. Niezależność mowy od myślenia oprócz spostrzeżeń u dzieci dowodzą nam: obserwacye nad zwierzętami, które my dla nich tworzymy, głuchoniemi, pozostawieni swemu naturalnemu rozwojowi, a pomimo to posiadający pewien stopień inteligencji, nakoniec patologiczne przypadki, mianowicie głuchoty wyrazowej, mającej miejsce przy zniszczeniu ośrodków pamięci słownej, gdzie chory, pomimo to że nie myśli słowami, tworzy jednak prawidłowe wyobrażenia i pojęcia. Ostatniego rodzaju fakty redukują pamięć słowną, a więc język, do pamięci znaków, to jest do pamięci organicznej i dowodzą, że nie ma ona nic wspólnego z pamięcią psychologiczną, związaną ze świadomością.

Z przedstawionego powyżej stosunku mowy do umysłu wynika, że choć stanowi ona najcenniejszą część kultury ludzkiej i najdoskonalszy czynnik umysłowego rozwoju, nie stwarza jednak inteligencji, lecz przeciwnie sama jest jej utworem dziejowym, analogicznie jak inne nabytki cywilizacyi.

Łatwo teraz zrozumieć, że funkcyja fizyologiczna mózgu przy mowie polega na tem, aby gotowe nasze wyobrażenia i pojęcia oblec w szatę słów. Do tego służą nam uprzednio wzmiankowane ośrodki mowy. Przy pomocy drogi idącej od narządu słuchowego nagromadza się w ośrodku obrazów słuchowych cały zapas słów, którym rozporządzamy. Materiał ten słowny przechodzi następnie do ośrodków ideacyi, gdzie go układamy logicznie i grammatycznie, dalej do ośrodków ruchowych mowy, a nakoniec stąd do narządu

mowy, służącego do jej wygłaszania, a przedstawiającego skojarzoną czynność oddechu, głosu, i artykulacji.

W zakończeniu swego przemówienia O., na zasadzie przedstawionych psychofizjologicznych danych, wyjaśnił trzy zboczenia funkeyi mózgu przy mowie, mianowicie: głuchotę wyrazową, niemotę amnestyczną, niemotę wrodzoną funkcyonalną, oraz bełkotanie funkcyonalne ośrodkowego pochodzenia.

(Autoreferat).

Wiadomości bieżące.

— SCHIMMELBUSCH wyłuszczył u noworodka [w kilka godzin po przyjściu na świat] guz, większy od jaja kurzego, który zajmował szyję od żuchwy do mostka i powodował znaczną duszność i sinicę. Guz, twarde i chropowaty, pokrywał kość gnykową, krtań i tchawicę, leżał pod skórą, powięzią i mięśniami powierzchniowymi szyi. Na przekroju guza mnóstwo torbieli od najdrobniejszych do wielkości grochu. Pod drobnowidzem—w bogato unaczynionej tkance łącznej czopy nabłonkowe i torbiele, wysłane nabłonkiem cylindrycznym, a gdzieś tam także i tkanka chrzęstna. SCHIMMELBUSCH uważa guz za wole wrodzone (*struma congenita*). (*Berl. kl. Woch. 1894. Nr. 1.*)

M. W.

— D-r MAX KAHANE. Przypadek zimnego ropnia, leczonego za pomocą teukryny. Skłonność do nawrotów i coraz dalszego szerzenia się spraw gruźliczych nieraz jest przyczyną ujemnych wyników po dokładnym choćby zabiegu chirurgicznym. Przeświadczenie to nasuwa myśl, że nóż, ostra łyżeczka i żegadło nie zawsze wystarczają; należałoby więc stosować jeszcze takie środki, które, przedostając się do krwiobiegu, potęgowałyby krążenie w ognisku gruźliczem, jak również niszczyły istniejące tamże chorobowe wytwory. Za jeden z takich środków D-r K. uważa teukrynę, w roku zeszłym do terapii gruźlicy zewnętrznej przez prof. MÖSEIG von MOORNOF'a wprowadzoną. Stosowanie tego środka w znacznej liczbie przypadków dawało wyniki zadawalające, a więc miejscowe wyleczenie obok poprawy w stanie ogólnym osobników gruźliczych. Jednego z nich po przebytej kuracji teukrynowej autor przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu. Był to 19-letni mężczyzna, leczony z powodu ropnia na plecach, obok kaszlu i gorączki, trwającej kilka już tygodni. Przy badaniu stwierdzono olbrzymi ropień, poczynający się na lewo od kręgosłupa na wysokości siódmego kręgu szyjowego, w wymiarze poprzecznym do prawej łopatki, a ku dołowi do kości krzyżowej sięgający. W kilkudniowych odstępach czasu wstrzyknięto choremu trzy razy po 3,0 teukryny, po ostatnim wstrzyknięciu ropień otworzono, przy czem wylało się do dwóch litrów ropy. W niespełna sześć tygodni chory opuścił oddział z raną prawie zagojoną i z ogólną znakomitą poprawą. Dodatni wynik postępowania takiego autor przypisuje w znacznej części działaniu wstrzykiwanego podskórnie środka. Leczenie to, zdaniem jego, ma niewątpliwą wyższość nad używanym dotąd sposobem wlewania do wnętrza jamy otwartego ropnia zawiesiny jodoformowej; wstrzykiwanie bowiem teukryny działa pobudzająco na odżywianie ścian zimnego ropnia i wkrótce przeistacza go w ropień zwykły, łatwiejszy do zagojenia. Że samo tylko wstrzykiwanie środka przy ropieniu nie wystarcza, jest rzeczą całkiem naturalną: lek ów jedynie potęguje działanie zabiegu chirurgicznego, jak tego dowodzi nie tylko powyższy przypadek, lecz i cały szereg spostrzeżeń podobnych na oddziale prof. MÖSEIG'a. Spostrzeżenia te wykazały, że: 1) teukryna jest środkiem nieszkodliwym, 2) przy cierpieniu gruźliczem nierozległym daje wyzdrowienie trwałe, 3) na cięższe postacie te-

go cierpienia wpływa dodatnio, jako czynnik, wspierający skuteczność dokonywanego zabiegu chirurgicznego. (*Wien. medicin. Presse. Nr. 1. 1894*).

K. Niedzielski.

— MUELLER i NOORDEN. Symfizeotomia częściowa zamiast cięcia cesarskiego. Zgodnie z KALTENBACH'em autorzy sądzą, że zakres sztucznego przedwczesnego porodu, jak również i cięcia cesarskiego, zostaną znacznie ograniczone, jeżeli uda się zastąpić je przez połączenie przedwczesnego, lecz późniejszego porodu wraz z symfizeotomią; dlatego też mniemając, że do czasu osiągnięcia rozstrzygających wyników każdy przypadek owego zabiegu powinien stać się dobytkiem piśmiennictwa i szerszej oceny, ogłaszają, co następuje: Kobieta, 37 lat, z układem kostnym krzywocowym i wymiarami miednicy: *cristae* — 22, *spiniae* — 35, *conjugata* 7—8, pozbyła się pierwszych dwóch płodów za pomocą wymóżdżenia, przy drugim nastąpiło pęknięcie krocza III-go stopnia, wypadnięcie przedniej ściany pochwy i pęknięcie szyi macicy. Przy następnych dwu sztucznych porodach między 7—8 miesiącem urodziła dzieci nieżywe. W 32-gim tygodniu piątej ciąży obok sztucznego porodu postanowiono wykonać symfizeotomię. Skoro po rozszerzeniu szyi macicy za pomocą świeczek wystąpiły prawidłowe bóle porodowe, poprowadzono cięcie od górnej części spojenia łonowego do lechtaczki i wgląb przez samo spojenie. Niegłębokie nacięcie tegoż wraz z niewielkim rozsunieniem kości wystarczyło na tyle, że płód natychmiast opuszczać się zaczął, zatamponowano więc ranę gazą jodoformową i kleszczami wydobyto dziecię nieżywe, czy to z powodu zbyt długiego rękoczynu, czy też z powodu dwukrotnego okręcenia się pępownicy około szyi. Kości, spojenie srebrnym drutem, po 3 tygodniach zrosły się, poczem chora mogła chodzić zupełnie swobodnie. (*Berl. klin. Woch. Nr. 48*).

L. Kozicki.

— D-r KRONACHER. Drenowanie ran i opatrunek trwały. Drenowanie ran stoi poniekąd na przeszkodzie rychlorostowi. Po dokonany zgodnie z zasadami aseptyki zabiegu sączek zwykle po dwu dniach staje się zbyt czyny; wywiera bowiem na ranę wpływ drażniący, wreszcie zmusza do niepożądaney wcale, a częstszej zmiany opatrunku. Z drugiej znów strony bez ułatwienia odpływu wydzieliny, zagojenie doraźne jest niemożliwe i dlatego wątpić wypada, czy dren kiedykolwiek z chirurgii wyparty zostanie. Próby zamiany tegoż pęczkami katgut, tętnicami zwierząt, nakładaniem wórnego szwu, zasyciem rany, napełnioney płynem przeciwnilnym i t. p. nie dały pożądaných wyników. Obecnie zapatrywania co do tej sprawy są podzielone. Uczniowie szkoły ESMARCH'a: J. PAULY, NEUBER i inni nie drenują ran zupełnie; inni znów, jak: MAYDL, TROISFONTAINES, PRIVOT, ROHMER uciekają się często do wyjąłowanego sączka, nie upatrując w nim żadnej przeszkody w sprawie gojenia się rany, starsi lekarze drenują zawsze, wreszcie mała stosunkowo część tychże z M. SÉE, LLOYD'em i PETERSON'em na czele czyni zadość obu wymaganiom. Zdanie ostatnich podziela i D-r KRONACHER, zalecając następujące postępowanie: w najodleglejszy kąt rany wprowadza się wyjąłwiony gumowy dren z jedwabną podwiązką na końcu. Ow koniec drenu wraz z podwiązką, sterzcący ponad opatrunkiem, przykrywa się gazą, zmazaną w kolodyonie, przymocowywa za pomocą bandażyka. Tym sposobem zabezpiecza się ranę od zarazków, które mogłyby przedostać się z zewnątrz. Po upływie 2—4 dni należy po odlepieniu gazy dren wyjąć, pozostałą zaś po wyjęciu tegoż szczelinę zasklepić sposobem, jak wyżej. Opatrunek wówczas może pozostać nieknięty w ciągu trzech i więcej tygodni. Wykonanie opisanego rękoczynu jest łatwe i dla chorego mało bolesne. Nieprzyjemnych powikłań, jak np. przerywania się nitki w czasie wyciągania drenu z pod opaski, autor nie zaznał nigdy. Wyniki miał zawsze dobre, zarówno w cięższych, jak i w lżejszych przypadkach, wobec czego metodę powyższą poczytuje za godną uwagi i dalszego wypróbowania. (*Wien. med. Presse. Nr. 2. 1894*).

Przyp. spraw. Gorące popieranie drenu należy uważać jako krok w chirurgii wsteczny, zwłaszcza w postępowaniu z ranami czystymi, niezawierającymi ropy. Niewątpliwie dokładne podwiązanie krwawiących naczyń i szczelne przyleganie skóry

do dna rany, co łatwo osiągnąć można przez opatrunek dobrze uciskający, w zupełności wystarcza do rychłozrostu ran, zaszytych całkowicie, a więc niezaopatrzonych w dren.

K. Niedzielski.

— O kwasie cytrynowym, jako leku przy błonicy, wspominają: d'ESPINE [z Genewy], ABADIE [przy błonicowym zapaleniu łącznicy oka], LOEFFLER i BABES. LASER przeprowadził szereg doświadczeń *in vitro*, przy których skonstatował niezaprzeczalny zabójczy wpływ kwasu cytrynowego na lasecznika błonicy. Potwierdzenie tego znalazł, doświadczając na zwierzętach. Wreszcie z 15 chorych dzieci, u których błonica była bakteryologicznie sprawdzona, 14 zostało przy życiu, przy leczeniu kwasem trynowym. *Succus Citri*, jakim się autor posługiwał, zawierał 7—8% kwasu cytrynowego, obok 3—4% gumy, cukru i białkanów i 2% soli nieorganicznych. W 70 przypadkach zwykłego zapalenia i 12 przypadkach, w których makroskopijnie można byłoby rozpoznać błonicę [czego badanie bakteryologiczne nie potwierdziło], kwas cytrynowy leczył sprawę chorobową w ciągu dni 1—2. Autor radzi w ten sposób stosować zalecany środek: 1) *Ac. citri* 5—10:100,0. Z tego 1 łyżkę stołową do szklanki wody. Płukać co godzina lub pędzlować. 2) Z tego mieszaniny co godzina łyżeczkę od kawy, lub dzieciom starszym—łyżkę stołową. 3) Do jedzenia cytrynę, obraną ze skóry, w plasterkach, cukrem posypanych. Zamiast tego — limonada [z 1 cytryny na szklanke wody]. (*Hygienisch. Rundschau. Nr. 3. 1894.*)

Sterling.

— C. S. ENGEL [Berlin] badał wielokrotnie krew trzynasto-miesięcznego dziecka, u którego rozpoznano *anaemiam pseudoperiniciosam* (*anaemia perinicios. + leukaemia myelogenea*) i stosowano roztwór FOWLER'a w dawkach 3—6 kropli dziennie. Badanie wykazało, że pod wpływem leczenia arsenikiem ilość komórek polynuklearnych spadła z 27% na 25%; ilość neutrofilowych form przejściowych zarówno jak i myelocytów wzmożła się znacznie; stosunek ostatnich przed i w czasie leczenia był jak 2,5:7; odnośnie eozynofilowych i plazmatycznych (*Mastzellen*) komórek zmian stałych nie zauważono. Limfocyty zachowywały się w ten sposób, że rozwinięte ich postacie pod wpływem arseniku ilościowo zmalały, podczas gdy odsetka rozpadających się limfocytów podniosła się z 4—7. Ilość normoblastów zmniejszyła się, ilość zaś nierozwiniętych krążków krwi, zawierających jądra, zmniejszyła się. Stosunek wszystkich krążków, zawierających jądra, do białych ciałek krwi pozostał bez zmiany. Jednym słowem, powiada autor, że pod wpływem leczenia arsenikiem ilość młodych ciałek krwi mnoży się, podczas gdy ilość dojrzałych osobników w maleje. (*Virch. Arch. T. 135. Z. 3.*)

Ż.

— Wyszedł z druku Nr. 64 „Odczytów klinicznych“, obejmujący pracę kol. BĄCZKIEWICZA: „O leczeniu dyfterytu gardzieli u dzieci“.

— Kol. LUDWIK KRAUZE po obronieniu rozprawy: „W kwestyi tracheotomii przy prostym i dyfterytycznym krupie u dzieci“, otrzymał stopień doktora medycyny w Juryewie.

— Na następcę HEUBNER'a w Lipsku profesora pedyatrii i dyrektora kliniki zaproszono prof. ESCHERICH'a z Insbruku.

Sprostowanie. W N-rze 17 Gaz. Lek. w pracy „Polyneuritis et polienccephalomyelitis anterior“ na str. 437 w wierszu 11 od dołu opuszczono wyraz „sinistri“; na str. 440 w wierszu 2 od góry zamiast „poczem“ winno być „po którym“; w wierszu 19 od góry zamiast „czucia“ winno być „żucia“, w wierszu 33 od góry zamiast „marszczenie czola“ winno być „i marszczenia czola“.

W tymże N-rze 17 w artykule kol. PRUSZYŃSKIEGO na str. 455 w. 21 od góry zamiast „wysypki tej nie mogłem objaśnić“ powinno być „wysypkę tę mogłem objaśnić“.