

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. MAURICY BORNSTEIN. O t. zw. porażeniu okresowem, Str. 73 II. ALEKSANDER ŻEBROWSKI. Przypadek ropnego zapalenia obudwu wyrostków sutkowych po urazem pęknięciu błon bębenkowych. Obustronne wydłotowanie wyrostków - wyzdrowienie, Str. 85. *Dział sprawozdawczy.* 12. REERINK. O wpływie podwiązywania żyły głównej na nerki, Str. 90. 13. KRÖNLEIN. Rokowanie w guzach nerkowych i ich leczenie, Str. 91. 14. PROPPING. Mechanika cieczy mózgowo-rdzeniowej i jej zastosowanie do znieczulenia rdzeniowego, Str. 91. *Wiadomości terapeutyczne.* 1. Mamina (*Mamminum Pochl*), Str. 93. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja neurologiczno - psychiatryczna. Posiedzenie dnia 21-go listopada 1908 r. Str. 93. List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“, Str. 97. *Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.*

I. z oddziału chorób nerwowych w szpitalu żydowskim na czystem
[DR MED. E. FLATAU].

O t. zw. PORAZENIU OKRESOWEM ¹⁾

(próba teoryi).

Napisał

Dr Maurycy Bornstein,

b. asystent oddziału, ordynator oddziału psychiatrycznego tegoż szpitala.

O t. zw. porażeniu okresowem, owej zagadkowej chorobie, polegającej na okresowo występujących porażeniach wszystkich kończyn, tułowia i głowy, wiemy dotąd niezmiernie mało. Jeżeli przejrzymy wszystkie istniejące dotąd w literaturze przypadki tego cierpienia od czasu przypadku KAROLA WESTPHAL'a, który pierwszy w roku 1885 zwrócił uwagę na nie specjalną uwagę neurologów i zadamy sobie trud specjalny dla odtworzenia sobie momentów etyologicznych, które podawane były przez różnych autorów, to się okaże co następuje.

¹⁾ Praca ta ukazała się w skrócie niemieckim w sprawozdaniu ze Zjazdu międzynarodowego neurologów i psychiatrów, który odbył się we wrześniu r. 1907 w Amsterdamie *in extenso* zaś w *Deutsche Zeitschrift f. Neuroheilkunde*, t. 35.

W szeregu przypadków, opisanych przez GOLDFLAMA oraz w przypadku Cousor'a wskazana jest, jako główny moment etyologiczny, homologiczna dziedziczność i [specjalnie u GOLDFLAMA] występowanie tego cierpienia w jednej rodzinie [u braci i siostr]. W kilku innych przypadkach, odnoszących się do tej samej kategorii [FISCHL, GREIDENBERG, SAMUELSON, PUŁAWSKI] niema pod względem etyologii żadnej wzmianki. Istnieje jeszcze przypadek [HARTWIG], gdzie podobne napady występowały w związku z przebytą malaryą i gdzie chinina miała sprowadzić wyzdrowienie. Opisany przeze mnie (Medycyna, 1904 r.) przypadek p. n. „*Asthenia paroxysmalis*“ odbiega dość wyraźnie od typu ogólnego, jest o ile się zdaje, w literaturze dotąd jedynym i zakwalifikowany został przeze mnie, jako coś analogicznego do napadowo występujących nerwic naczyńiowych [angioneuroz]. Istnieje jednak jeszcze jeden przypadek, opisany po rosyjsku w tygodniku „Wracz“ przez SZACHNOWICZA jeszcze przed WESTPHAL'em, bo w r. 1882, gdzie co się tyczy etyologii autor zaznacza, że ojciec chorego cierpi na tę samą chorobę, brat zaś jego jest epileptykiem. Chory, o którym mowa w tym ostatnim przypadku, niejaki ROŻAŃSKI, zjawił się przypadkowo w r. u. już jako starzec 60-kilkoletni w naszym szpitalu. Zapisany został na oddział chirurgiczny, gdzie leczył się od oparzenia palców, którego nabawił się podczas jednego ze swych napadów. Jak wykazało szczegółowe badanie, przeprowadzone na oddziale dra FLATAUA, chory od 4—5-u lat zupełnie stracił swe dawne napady porażenia wszystkich czterech kończyn i tułowia, jakie miewał od 17-go roku życia, natomiast od 1½ roku miewa napady innego rodzaju, podczas których nagle pada bez przytomności, na ustach zjawia się piana; drgawek przytem nie miewa. Napad taki trwa kilka minut, poczem chory nic z tego, co się działo, nie pamięta. Podczas takiego napadu właśnie dotknął się palcami rozpalonego pieca i dotkliwie je poparzył. Od kilku miesięcy, jak opowiada chory, występują jeszcze prócz tego dziwne napady, również krótką chwilę trwające, kiedy w zewnętrznej stronie pola widzenia [zwłaszcza ze strony lewej] chory widzi rozmaite barwy, kwiaty na drzewach albo twarze ludzkie. Obrazy barwne wciąż się zmieniają, twarze zaś ludzkie pozostają w ciągu napadu te same. Chory twierdzi, że zbliżanie się takiego napadu zwiastuje uczucie zawrotu w głowie; po kilku minutach napad mija. Już z tego pobieżnego skrótu historii choroby nie może ulegać żadnej wątpliwości, że w tym przypadku znikły napady porażenia okresowego, ażeby ustąpić miejsca objawom natury epileptycznej. Jeżeli taki fakt nasuwa myśl o pokrewieństwie tych dwu cierpień—okresowego porażenia i epilepsji—to przypadek, który opisuję poniżej szczegółowo, zdaje się w zupełności umacniać nas w tej hipotezie.

14-letni chłopiec, Ch. G., skierowany został do mnie przez jednego z kolegów. Wywiady wskazywały niewątpliwie na porażenie okresowe i z tem rozpoznaniem umieściłem go za łaskawą zgodą dra FLATAUA na jego oddziale dla dokładnej obserwacji.

Z wywiadów okazuje się, co następuje:

Od 6-u lat chory co kilka tygodni [zazwyczaj co 4 tygodnie, albo i częściej] miewa napady, podczas których nie może ruszać ani rękami, ani nogami i leży zupełnie bezwładnie; trzeba chorego wtedy karmić, gdyż nie w ręce utrzymać nie umie, trzeba go z boku na bok przewracać, podnosić, zmieniać od czasu do czasu położenie kończyn. Napady zaczynają się, jak twierdzi ojciec, zawsze w nocy lub nad ranem [chory budzi się, będąc już obezwładnionym]; poprzedniego dnia czuje się zupełnie dobrze i napadu nigdy prawie nie przeczuwa. Napad taki trwa 1—1½ dnia; zazwyczaj napad przechodzi stopniowo w ciągu kilku godzin: chory z wolna zaczyna się poruszać, z początku chodzi, „jak kulawy“, potem stopniowo wszystkie ruchy powracają i chory biega wieczorem tego samego dnia lub po południu następnego tak, jak zdrowy, jakby nic nie zaszło. Podczas napadu jest zupełnie przytomny, na żadne bóle się nie skarży, jest tylko bledy i oddaje podobno więcej moczu, niż zwykle. Podobno kończyny górne zgięte są w łokciu, palce są również przygięte, dłonie są w położeniu pronacji [dłoń zwrócona na zewnątrz], nogi bywają najczęściej zgięte w kolanach. Ręce i nogi można rozgiąć i wogóle nadawać im położenie dowolne; tylko podobno palce wracają do zgiętej pozycji. Chory naogół na nic się nie skarży; ojciec twierdzi, że chory jest umysłowo słabo rozwinięty: w chederze nie mógł się prawie niczego nauczyć, trzeba go było stamtąd odebrać; bawi się dziś jeszcze zupełnie po dziecięcemu z dziećmi, młodszymi od siebie, jest w domu nieznośny, dokuczliwy. Z epoki dzieciństwa ojciec opowiada, że chory zaczął chodzić i mówić dopiero, kiedy miał lat 5; mówił zrazu niewyraźnie, jękając się. Kiedy miał 2½ roku miewał wtedy bardzo często drgawki: powtarzały się one codziennie po 4—5 razy, przyczem tracił przytomność. Te napady drgawek trwały do 4-go roku życia, potem ustąpiły bezpowrotnie; do 8-go roku życia cierpiał podobno na chorobę angielską (*rachitis*); w 8-ym zaś roku życia dostał pierwszego napadu porażenia. Ojciec, jak również i rodzina ojca są zdrowi, specjalnie nie było w rodzinie ani migreny, ani epilepsji. Matka zmarła przed kilku tygodniami [podobno na jakąś chorobę nerwową]; cierpiała w ciągu długiego czasu na kamienie żółciowe i żółtaczkę. 6-letnia siostrzyczka chorego miewa co parę miesięcy napady drgawek z zupełną utratą przytomności [podobno napady te rozpoczęły się w okresie ząbkowania]. Po napadzie chora nic nie wie i zwykle zasypia; umysłowo rozwinięta jest dobrze. Inne dzieci zdrowe.

St. praesens. Chory dobrze odżywiony, wzrostu normalnego. W ustroju nerwowym przy badaniu nie można było wykryć żadnych widocznych uchyłek od normy. Źrenice równe, szerokie, reagują na światło. Odruchy: z *triceps*, *periosteum*, jak również PR, AR, bardzo wzmożone z obu stron. Brzuszne i mosznowe również bardzo żywe. *Flexio plantaris*. Czucie i ruch wszędzie zachowane.

28. V. 1907. Dziś, około 4-ej nad ranem chory obudził się i poczuł bezwład, jaki miewa podczas napadu, ale w stopniu słabszym, niż zwykle. Bezwład był podobno silniejszy w kończynach dolnych, niż w górnych; chory utrzymuje, że kończyny dolne mógł zginać bardzo nieznacznie w ko-

lanach, że mógł bardzo lekko ruszać stopami, lewą stopą gorzej, aniżeli prawą. Górne kończyny mógł podobno unieść trochę, palce zaś trzymał zlekka zgięte i nie mógł ani zupełnie wyprostować, ani zupełnie zgiąć. Różnicy w obudwu rękach nie było. Głowa podobno w napadzie nie brała żadnego udziału. Z samego rana mógł chory już stać, ale opierając się o jakiś przedmiot, chodził z wielką trudnością, ciężko stąpając i przewalając się z boku na bok; gdy codzień chory pomagał służbie w sprzątanii, dzisiaj nie mógł utrzymać szczotki w ręku. Około 11-ej podobno stan się nieco poprawił. Podczas wizyty, o 1-ej, stwierdzono, co następuje. Chory zupełnie przytomny. Chodzi bez pomocy po sali, chód jednak jest ciężki, zlekka przelewający się, i ma się takie wrażenie, jak gdyby chory miał do nóg przywiązane ciężary; stopy unosi w pierwszej fazie chodu wyżej, aniżeli normalnie, szczególnie zaś po stronie lewej; rys ten, nadaje chodzeniu charakter „bociani”. Chory może przejść kilka razy po sali i nie widać za każdym następnym razem zmiany. Badanie ruchów wykazuje, co następuje. Wszystkie ruchy czynne są możliwe, zarówno w górnych, jak i w dolnych kończynach, włącznie z drobnymi ruchami palców rąk, jedynie objętość ruchów w lewym stawie skokowym w kierunku fleksyi dorsalnej jest zmniejszona. Co do siły mięśniowej, to uścisk dłoni jest z obu stron bardzo słaby i na dynamometrze = 10. Dolne kończyny są *en masse* nieco osłabione, wybitniejsze zmniejszenie siły jest widoczne w obu stopach, szczególnie zaś w lewej, przy pomocy której chory przewyciężyć jest w stanie nieznaczny tylko opór.

Odruchy w kończynach górnych (*triceps* i okostnowe) są bardzo żywe, brzuszne—bardzo słabe, mosznowe—dość żywe. PR [kolanowe]—bardzo wzmoczone, tak, że przy najslabszem uderzeniu otrzymuje się odruch bardzo silny; otrzymuje się go również przy uderzaniu wzdłuż kości goleniowej. AR [ze ścięgni Achilleśa]—przy uderzaniu po ścięgni Achilleśa otrzymuje się po stronie lewej słabą, ale wyraźną addukcyę całej stopy, z prawej to samo, tylko w stopniu słabszym.

Odruch podeszwowy dość żywy = *flexio plantaris*.

Czucie we wszystkich rodzajach bez zmian.

Tętno = 66—nieco nierówne.

Zabarwienie skóry na kończynach górnych i dolnych marmurowe, twarz czerwona o ceglastym odcieniu.

Dermografia [z wałkiem].

29. V. Napad trwał wczoraj do 5-ej po poł. Dziś G. jest zdrów zupełnie, biega zupełnie dobrze, szybko; chód zupełnie normalny, ani śladu wczorajszego chodu „bocianiego”. Dynamometr w dłoniach wykazuje siłę = 18.

AR—żywe, zupełnie normalne [bez addukcyi].

PR—żywe, choć może nieco mniej żywe, niż wczoraj.

Mosznowe—dość żywe.

5. VI. Wczoraj był znowu atak, który trwał od 12-ej w nocy do 1½ po poł. Chory zupełnie nie mógł ruszać górnymi kończynami, ani chodzić samodzielnie. PR—były żywe, AR—również, jak w poprzednim ataku, były słabe [i tylko addukcyja zamiast fleksyi stopy].

6. VI. Dziś G. chodzi zupełnie dobrze. AR—żywe z obu stron, [z prawej fleksya, z lewej—fleksya + lekka addukcya].

19. VI. Godz. 12 w poł. Dziś o 5¹/₂ zrana chory obudził się i poczuł, że nie może się ruszać; nie mógł ruszać głową, przewrócić się z boku na bok; z kończyn prawa ręka i prawa noga były osłabione, lewymi zaś kończynami nie mógł chory ruszać zupełnie.

Okolo 9-ej stan już się zaczął poprawiać tak, że chory, z trudem wprawdzie, zwłókł się z łóżka i zrobił o własnych siłach kilkanaście kroków.

W tej chwili chory chodzi już nieźle, ale znać jeszcze wyraźne osłabienie lewej kończyny dolnej, która pozostaje w tyle i którą chory pociąga za sobą, zlekka tylko zginając ją w kolanie. Przy badaniu obiektywnem okazuje się: prawe kończyny pod względem ruchów czynnych i siły mięśniowej—normalne. Lewą ręką i lewą nogą chory wykonywa ruchy ograniczone, niezręczne i powolne.

Siła mięśniowa wyraźnie osłabiona prawie równomiernie we wszystkich stawach. Chory nie może przewyciężyć oporu, stawianego podnoszeniu ręki i nogi *en masse*, zginaniu ręki w łokciu, podnoszeniu stopy ku górze i t. d.

Czucie we wszystkich rodzajach zachowane.

O druchy. Na kończynach górnych okostnowe jednakowe z obu stron, z m. *triceps*—z lewej żywszy, niż z prawej, gdzie czasami trudno go nawet wywołać.

PR—z prawej strony bardzo żywy, przyczem efekt ruchowy polega na rozginaniu kolana i bardzo silnej addukcyi całej kończyny; z lewej strony efekt ruchowy normalny—bez addukcyi.

AR—z prawej strony bardzo żywy, z lewej strony—osłabiony, przyczem oprócz normalnego zginania stopy otrzymuje się czasami nieznaczna addukcya.

O druch podeszwo wy z obu stron normalny (*flexio plantaris*).

Mosznowy z obu stron żywy, z prawej żywszy, udaje się go wywołać nawet z zewnętrznej strony uda.

Brzuszne — z obu stron jednakowo żywe.

Dermografia.

20. VI. Dziś ruchy i siła mięśniowa normalne.

PR—nadmierzają żywe z obu stron, otrzymuje się je z całej *tibia*.

AR—z obu stron żywe; z obu stron lekka addukcya oprócz zwykłego zginania.

25. VI. Dziś w nocy obudził się chory o godz. 3¹/₂ nad ranem i poczuł osłabienie w rękach i nogach [jeszcze wczoraj miał podobno zawrót głowy, a wieczorem już trochę gorzej chodził, niż zwykle]. Zasnął potem raz drugi, a kiedy po paru godzinach się obudził, był już zupełnie bezwładny.

11 z r a n a. Chory z trudem porusza rękami, zwłaszcza prawą; nie może prawie wcale o własnych siłach unieść się na łóżku, chodzi bardzo źle, jakby bał się co chwila upaść; kiedy go nie podtrzymywają, zatacza się, i ma ta-

kie wrażenie, że upadnie lada chwila. Przy podtrzymywaniu chodzi bardzo powoli, ciężko. Ruchy dowolne są bardzo ograniczone zarówno na górnych, jak i dolnych kończynach, zwłaszcza w prawej ręce [dłoń i palec] i prawej nodze.

Siła mięśniowa wykazuje wyraźne osłabienie wszędzie, zwłaszcza ze strony prawej.

Odruchy: z *triceps* z obu stron żywe, z okostnej, z prawej = 0, z lewej zachowany.

PR — z obu stron żywe.

AR — z prawej = 0; z lewej — bardzo słaby z lekką addukcją.

Brzuszne zachowane; mosznowe — słabe z obu stron.

Po 1/2 godzinie — PR — żywe, jak przedtem; AR — z obu stron bardzo słabe z lekkim stopniem addukcji stopy.

Tegoż dnia dokonano badania elektrycznego, które dało wyniki następujące.

		Faradyczny	Galwaniczny
N. facialis	dexter	65	
	sinister	65	
M. levator menti	dexter	65	
	sinister	65	
M. biceps	dexter	efekt ruchowy = 0 [zawsze rozginanie] pod palcem przeczuwa się bardzo nieznaczne skurcze mięśnia.	przy 20 MA skurcz = 0
	sinister	norm.	6 MA — żywy — K > A.
M. extensor dig. commun. dexter		przy najsiln. prądach = 0.	
N. ulnaris	dexter	norm.	przy 5 MA — K > A — żywy, ale efekt ruchowy znacznie mniejszy.
	sinister	norm.	5 MA — żywy — K > A.

		Faradyczny	Galwaniczny
N. radialis	dexter	rozginanie przedramienia, rozginanie dłoni— minim., bez rozginania palców.	
	sinister	norm.	
M. extensor carpi ulnaris	dexter	przy 50 OR ¹⁾ b. słaby.	
	sinister	żywy.	
Interossei dextri et sin. Thenar dexter et sin. Hypothenar " " "		norm.	
M. tibialis ant.	dexter	65 OR — powolny.	przy 12 MA—żywy.
	sinister	40 OR = 0.	przy 20 MA = 0.
N. peroneus	dexter	przy 35 OR — addukcya + rozginanie stopy — właściwego od- czynu ruchowego niema.	przy 10 MA—żywy.
	sinister	przy 35 OR = 0.	przy 20 MA = 0.

26. VI. *M. biceps dext. sin.* 70—z obu stron jednakowy.

N. radialis dext. sin. przy 70—szybki skurcz.

M. extensor digit. com. dex. sin. 70.

M. extensor carpi uln. dext. sin. 70.

M. tibialis anticus dext. sin. 65—żywy skurcz.

N. peroneus dext. sin. 65.

4. VII. Chory miał dziś napad porażenia od 3¹/₂ zrana do 8-ej, napad polegał na niemożności przewrócenia się z boku na bok, na osłabieniu rąk i nóg [zwłaszcza ze strony lewej]. O 8-ej zrana mógł chory już chodzić dobrze. O 11¹/₂ [podczas wizyty] chory chodzi zupełnie dobrze, tylko ręce [zwłaszcza lewa w łokciu, dłoni i palcach] wykazują wyraźne osłabienie.

¹⁾ OR = odległości rolek.

PR, AR — żywe z obu stron [AR — bez addukcyi], *flexio plantaris*.
Odruch z *triceps*—żywy z obu stron; z okostnej z prawej strony żywy, z lewej—o wiele słabszy.

Badanie elektryczne. *M. biceps* prawy — przy 60 OR jest skurecz mięśnia bez odpowiedniego efektu ruchowego, natomiast z lekką proi supinacją przedramienia i dłoni; przy silnych prądach faradycznych skurecz mięśnia wyraźny, efektu ruchowego zginania łokcia niema, natomiast występuje wyraźne rozginanie.

M. biceps lewy — przy 60 OR—skurecz z efektem ruchowym powolnym (*faradische träge Zuckung*).

M. extensor digit. commun. dext. et. sin. normalis.

N. radialis dexter et sinister normalis.

N. peroneus dext.—przy 50 OR, *sinist.* — przy 58 OR.

8. VII. Dziś chory od 4-ej zrana ma napad silniejszy, który trwa do-
tąd jeszcze [godz. 12 w poł.] prawie bez zmiany. Chory jest na twarzy różowy, wyraz pogody, uśmiechnięty; tętno = 64, oddechów 16.

Głową porusza chory we wszystkie strony dobrze. Natomiast ruchy tułowia i kończyn są w wysokim stopniu upośledzone. Chory nie może przewrócić się na bok, ani usiąść: czyni w tym celu daremne wysiłki. Kończyn górnych nie może podnieść do góry, w łokciu zgina je z trudem [po stronie lewej lepiej]; po stronie lewej nie może unieść ku górze ani palców, ani dłoni, natomiast zgina je z wielką siłą; po stronie prawej—naodwrot: rozginanie dłoni i palców wykonywa nieźle, natomiast zginanie jest bardzo słabe; naogół ruchy te są minimalne i o wykonywaniu jakiegokolwiek czynności rękami, np. o ujęciu jakiegoś przedmiotu nie może być nawet mowy.

Odruchy z *triceps* z obu stron dość żywe, z *periosteum* — z prawej bardzo słaby, z lewej=0.

Kończyny dolne. Chory nie może o własnej sile ani stać, ani chodzić. Kiedy podtrzymywać go z obu stron, z trudem wielkim unosi nogi z podłogi i ma się wrażenie, jak gdyby nogi były dla chorego jakimś ciałem obcym, które mu raczej zawadza, niż pomaga; stopy stawia chory, jak w zapaleniu nerwów obwodowych [chód bociani].

W pozycji leżącej chory wykonywa niektóre ruchy bardzo słabo i w rozmiarach niedostatecznych, innych zupełnie wykonać nie jest w stanie: nie może ani unieść obu kończyn *en masse*, ani poruszać stopami; natomiast zleka odprowadza i doprowadza uda, z wielkim trudem zgina i rozgina kończyny w kolanie [po lewej stronie wykonywa to lepiej, niż po prawej], oraz zgina i rozgina palce.

Odruchy. PR—bardzo żywe z obu stron z odcieniem klonicznym ze strony prawej i z towarzyszącą addukcją uda ze strony lewej.

AR—ze strony prawej słabutki, czasami prawie niedostrzegalny, z lewej — słaby, żywszy, niż z prawej.

Flexio plantaris—obustronnie.

Czucie zachowane.

Brzuszne—słabe; mosznowe—bardzo żywe.

Badanie elektryczne dokonane zostało podczas napadu i wykazało, co następuje:

Na kończynach dolnych: *n. peroneus*, *m. tibialis anticus*—zupełnie nie reagują z obu stron na silne prądy faradyczne (*Cadaverreaction*). W *quadriceps femoris* z obu stron przy najsilniejszych prądach — odczyn minimalny.

Na kończynach górnych: po stronie prawej: bardzo osłabiony odczyn faradyczny *m. bicipitis*, *thenaris et hypothenaris*.

Extensores działają dobrze.

Po stronie lewej: *extensores* na przedramieniu prawie = 0; *flexores*, *thenar et hypothenar*—działają sprawnie.

9. VII 1907. Napad wczorajszy trwał do 7-ej wieczorem. Dzisiaj chory ma zawrót głowy; chwilami zawrót ten bywa podobno tak silny, że chory omal nie pada.

10. VII. Chory czuje się dobrze. Mocz, zebrany w ciągu doby, wykazuje przy badaniu: przezroczysty, barwa słomkowa. Ilość = 740; ciężar gatunkowy = 1022; białka i cukru niema.

12. VII. Dziś o 4 $\frac{1}{2}$ zrana rozpoczął się znowu atak, który do 7-ej [t. j. w ciągu 2 $\frac{1}{2}$ godzin] wzmógł się do najwyższego stopnia. Napad cały obserwował łaskawie kol. SIMCHOWICZ i stwierdził, co następuje. Parapareza wszystkich 4-ch kończyn i mięśni tułowia; chory nie mógł usiąść ani przewrócić się z boku na bok; fleksja przedramienia była z obu stron niemożliwa; ekstensja—była słaba. Opozycja dużego palca do 4-go była słaba, do 5-go—zupełnie niemożliwa. Odruchy na kończynach górnych: z *triceps*. z obu stron żywe; periostalne—nie udaje się wywołać.

W kończynach dolnych wszystkie ruchy były możliwe, ale bardzo osłabione. Chód był paretyczny [przy podtrzymywaniu], chory włożył nogi po podłodze, bez podtrzymywania—padał.

PR — z obu stron bardzo żywe, — z lewej — *trépidation* i *clonus patellae*.

AR — po stronie prawej = 0, z lewej — odruch minimalny. *Flexio plantaris*—z obu stron.

Brzuszne — słabe z obu stron; mosznowe — średnio żywe i jednakowe z obu stron.

13. VII. Dziś chodzi zupełnie dobrze; siła mięśniowa zupełnie normalna. PR — żywe z obu stron, jednakowe, bez *trépidation* po stronie lewej.

AR — z obu stron żywe.

20. VII. Dzisiejszej nocy chory miał znowu atak.

24. VII. Onegdajszej nocy chory miał napad.

26. VII. Od piątej zrana trwa napad. Jeszcze o 10 $\frac{1}{2}$ chory nie mógł ani stać, ani chodzić samodzielnie. Ruchy czynne bardzo upośledzone w obu kończynach górnych oraz dolnych. Najmniej porażona jest lewa ręka. Prawej ręki nie może chory unieść ku górze, nie może zgiąć jej w łokciu, nie jest w stanie ani podnieść, ani opuścić dłoni. W kończynach dolnych wszy-

stkie ruchy bardzo osłabione, lewej stopy nie może chory wcale podnieść ku górze.

O druchy: z *triceps* obustronnie bardzo żywe, z *periosteum* = 0.

PR — z obu stron kolosalnie wzmożone, *clonus* całej kończyny.

AR — z prawej bardzo słaby, z lewej = 0.

Słaba *Flexio plantaris*. Czucie wszędzie zachowane.

Badanie elektryczne 26. VII. 1907.

M. biceps dexter przy 30 OR = 0 } zamiast skurczu *m. bicipitis*, występ-
sinister „ 20 „ = 0 } puje wyraźny skurcz *tricipitis*.

M. extensor dig. comm.—*dexter*—przy 20 OR—bardzo niewyraźne rozgi-
nianie niektórych palców, przyczem występuje wybitny efekt ruchowy z *tri-*
ceps i z *extensor carpi ulnaris*.

Ext. dig. comm. sinister—przy 55 OR—leniwy skurcz.

M. quadriceps dexter = 0 — przy silnych prądach.

„ *sin.* = 0 „

N. peroneus dexter OR = 55 - norm.

„ *sin.* — przy najsilniejszym prądzie daje słaby efek ruchowy:
abdukcya palców bez abdukcji stopy.

M. tibialis anticus dexter — przy OR najsiln. = 0.

„ „ *sin.* „ „ „ = 0.

5. VIII. 1907. Dziś o 1 $\frac{1}{2}$ w nocy rozpoczął się napad. Chory był abso-
lutnie bezwładny, nie mógł ruszać ani głową, ani tułowiem, ani kończynami.
O godz. 10 $\frac{1}{2}$ zrana chory leżał bładny, spocony, nie mógł jeszcze się ruszać,
choć lewą ręką i lewą nogą już mógł wykonać jakieś ruchy, ale bardzo
powolne i bardzo ograniczone. PR—bardzo żywe; po stronie prawej
prócz zwykłego rozgięcia w kolanie jeszcze i addukcya. AR—obustron-
nie = 0. Podeszwowych nie można było wywołać, słabe mosznowe i brzu-
szne. O godz. 1-ej z południa chory już mógł unieść się na łóżku, stanąć,
wykonać cięższe ruchy rękami i nogami; o własnej sile chodzić jeszcze nie
może, musi się trzymać łóżka i wtedy wlecze się, z trudem wielkim unosząc
nogi.

PR — słabsze niż poprzednio, po stronie prawej
przy uderzaniu na patella wyraźna addukcya uda za-
miast rozginania w kolanie.

AR — po stronie prawej bardzo słaby, po stronie le-
wej trochę żywszy, ale również bardzo osłabiony.

Flexio plantaris.

Badanie moczu, dokonane łaskawie 6. VIII. przez kol. A. LANDAUA, wy-
kazało co następuje:

Ilość nadesłana [mocz, oddany podczas napadu]—40 ctm. sz. Barwa —
bursztynowo-żółta. Przezroczystość — zupełna. Spójność—zwykła. Woń —
zwykła. Ciężar gatunkowy—1014. Odczyn—o b o j ę t n y. Osad—bardzo ską-
py. W osadzie: 1) pojedyncze płaskie nąbłonki; 2) pojedyncze leu-

kocyty i 3) ślady śluzu. Białko: 0.02 *pro mille*. Nukleoalbumina: niema. Pepton—niema. Albuminoza—niema. Cukier gronowy—niema. Aceton—niema. Kwas aceto-octowy—niema. Diazoreakcja—niema. Barwiki: Urobilina — ślady. Indykan—ślady. Barwiki żółciowe—niema. Hemoglobina—niema. Inne barwiki—niema.

6. VIII. 1907. Dziś chory czuje się dobrze. Wczoraj wieczorem chory skarżył się na bardzo silne ciągnące bole w kończynach dolnych. Kiedy go o godz. 12-iej w nocy badano, napad jeszcze trwał, choć w słabszym znacznie stopniu, bolesności na ucisk w kończynach dolnych nie było.

8. VIII. Chory obudził się dzisiejszej nocy o godz. 1³/₄. O godz. 2-iej stan był następujący. Przytomność zupełnie zachowana. Nerwy czaszkowe zgoła nietknięte. Wszystkie kończyny i mięśnie tułowia i głowy były w stanie parezy wybitnej naogół bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną, tylko w lewej dłoni [uścisk] i w lewej stopie [podnoszenie i opuszczanie] osłabienie było wyraźniejsze, niż po stronie prawej.

Najbardziej osłabione były ruchy następujące:

W kończynach górnych: opozycja dużego palca do piątego z obu stron—zupełnie niemożliwa; fleksja przedramienia z obu stron—bardzo słaba.

W kończynach dolnych: unoszenie obu kończyn *en masse* było zupełnie niemożliwe, abdukcja była słabsza niż addukcja; w stawie kolanowym zginanie słabsze niż rozginanie i rozginanie stopy wyraźnie słabsze niż zginanie.

Chodzenie samodzielne było możliwe, ale bardzo utrudnione: chód ciężki, paretyczny bez żadnego wyraźnego typu. Czucie we wszystkich rodzajach absolutnie normalne. Odruchy [2-ga w nocy]:

PR: prawy słaby, słabszy niż normalnie; lewy normalny, średnio żywy.

AR—oba żywe; prawy nieco żywszy.

Podeszwowe: *flexio plantaris* z prawej strony bardzo żywy, z lewej słabszy.

Odruchy z *triceps* i *periosteum* wyraźne z obu stron bez różnicy.

Brzuszne, prawy—średnio żywy, lewy—słaby.

W mosznowych—wybitna różnica z obu stron: prawy—nadzwyczajnie żywy [można go było wywołać z całego uda i z wewnętrznej strony goleni]; lewy—znacznie słabszy.

Stan odruchów o godz. 2-iej min. 20.

PR—z obu stron już znacznie żywsze, niż 20 minut temu; przyczem prawy był średnio żywy, a lewy b. żywy.

AR—prawy był nieco żywszy od lewego [różnica w stosunku do poprzedniego była nieuchwytna].

Podeszwowe, jak przedtem.

Brzuszne i mosznowe, jakby słabsze niż przedtem [choć stosunek prawych do lewych pozostał ten sam, co poprzednio].

[Godz. 2 min. 40]. PR — jeszcze żywsze niż poprzednio [przytem lewy żywszy niż prawy].

AR — słabsze niż poprzednio [przyczem prawy żywszy, niż lewy].

Odruchy skórne wciąż słabsze, tak, że już prawego mosznowego nie można było wywołać przy drażnieniu голени, lewy zaś był prawie niedostrzegalny. To samo z brzuszными.

Godz. 10½ rano. Pareza wybitniejsza, niż w nocy. Chory nie może już chodzić bez trzymania się, chód paretyczny i może nieco ataktyczny [zwłaszcza nogę lewą wyrzuca podczas chodzenia]. W dłoniach niemożliwa już jest apozycya dużego palca do 5-go i 4-go [z obu stron jednakowo]. Uścisk dłoni słabszy niż po stronie prawej.

Odruchy. PR—prawy — bardzo żywy; lewy — znacznie żywszy z charakterem klonicznym, prędko wyczerpujący się *clonus patellae sinistrae* [odrzuch wywołać można z *crista tibiae*].

AR—ze strony prawej umiarkowany, z lewej = 0.

Brzuszne: lewy—b. słaby, prawy—nieco żywszy.

Mosznowe: lewy—b. słaby, prawy—znacznie żywszy, normalny.

Godz. 1¼ z poł. Chory chodzi już nieźle, lewą nogą powłóczy więcej niż prawą. Badanie siły mięśniowej w pozycji leżącej wykazuje zginanie i rozginanie obu kończyn górnych jeszcze słabsze, niż w normie i jednakowe; siła w dłoni lewej większa niż w prawej; w kończynach dolnych osłabione jeszcze podnoszenie *en masse* w obu jednakowo, w innych stawach siła mięśniowa trochę słabsza niż w normie.

PR—żywe z obu stron bez wyraźnej różnicy.

AR—z prawej żywy, z lewej jeszcze słaby.

Podeszwowo *flexio plantaris*, żywe z obu stron.

Mosznowy — po stronie lewej wyraźnie słabszy, z prawej bardzo żywy.

10. VIII. Chory miał dziś w nocy atak. Po ataku, który trwał od godz. 2-ej w nocy do popołudnia, chory czuł bole w kończynach.

26. VIII. D. iś o godz. 2-ej w nocy rozpoczął się atak; chory twierdzi, że jest to najcięższy atak ze wszystkich, jakie miał dotąd. Kończynami dolnymi nie może wykonać żadnego ruchu, w górnych kończynach ruchy są minimalne.

Odruchy o godz. 10-ej zrana:

PR—bardzo żywe z odcieniem klonicznym [z prawej żywszy, niż z lewej].

AR—bardzo słabe, z lewej strony zdaje się = 0. Brzuszne—niewyraźne.

27. VIII. Atak skończył się wczoraj o godz. 4-ej po poł.; po ataku miał chory bole w nogach.

15. IX. Przez 3 tygodnie nie było ani jednego ataku.

18. IX. Wczorajszej nocy chory miał atak; atak był nieco słabszy, niż poprzednie tak, iż zrana o 9-ej mógł już chory chodzić. Około 2-ej pp. nie było już śladów parezy. Bolów nie było.

5. X. Chory wypisał się ze szpitala bez poprawy.

[D. c. n.].

II. Przypadek ropnego zapalenia obudwu wyrostków sutkowych po urazowem pęknięciu błon bębenkowych. Obustronne wydłótowanie wyrostków—wyzdrowienie.

Podał

Aleksander Żebrowski.

Historia choroby tego rzadkiego i ciekawego pod względem otyatrycznym przypadku jest następująca:

Dnia 24-go stycznia 1806 roku chory J. S. [szeregowiec] został przywieziony przez Pogotowie Ratunkowe do szpitala Ujazdowskiego z licznymi obrażeniami na całym ciele, wywołanemi przez bombę, która pękła w odległości kilku kroków od chorego. Siła eksplozyi była tak wielka, że w sąsiednim dużym czteropiętrowym domu wyleciały wszystkie szyby, a nawet i półcalowej grubości w sklepach na parterze.

Chory w stanie całkowitej zapaści, nieprzytomny, na zadawane pytania nie odpowiada; tętno 126, nitkowate. Na całym ciele, szczególnie na nogach, mnóstwo drobnych ranek i kilka większych ran z opalonymi brzegami i wiszącymi gdzieniegdzie strzępami skóry. Wielkość ran od ziarnka maku do rubla srebrnego. Na przedniej powierzchni lewego przedramienia głęboka duża rana, mięśnie rozerwane; po zdjęciu opatrunku tymczasowego z rany bryzga krew, jak się okazuje ze zranionej tętnicy promieniowej (*art. radialis*), którą natychmiast podwiązano. Ze względu na ogólny nader ciężki stan chorego badania narządu słuchowego nie uskuteczniliono; przystąpiono do niego dopiero po dwu tygodniach choroby, gdy wystąpiły objawy ze strony uszu. Uszy przez cały ten czas nie były oglądane, ani wogóle nie wykonywano żadnych manipulacji w uszach [oczyszczeń, przestrzykiwań i t. d.], któreby mogły wywołać zakażenie. Następnego dnia stan bez zmian. Ciężota 37,5°, tętno 120, nitkowate. Chory nieprzytomny, na zadawane pytania nie odpowiada wcale. Plwocina z domieszką krwi. Na obudwu rogówkach widać niewielkie zmętnienia. Stan ogólny bardzo ciężki i trwa bez zmiany do dnia 30. I.; w dniu tym chory zaczął odpowiadać na zadawane głośne pyta-

nia, lecz nie od razu, a po pewnym namyśle. Ciepłota 38,5°—37,8°; tętno 95, słabo napięte. Od dnia tego u chorego wystąpił stan podgorączkowy [38,4°—37,6°; 37,3°—33,2°] przy znacznej poprawie stanu ogólnego. Dnia 6. II. 1906 r. zauważono dość obfity ropny wypływ z obudwu uszu; z tego powodu zostałem wezwany do chorego. Badanie uszu wykazało zmiany następujące: obfite ropienie z obudwu jam bębnekowych; obydwie błony bębnekowe silnie zaczerwione, przekrwione i przedziurawione. Otwory w błonach niewielkie, oba w przednio-tylnych odcinkach. Brzegi przedziurawień pokryte białawym nalotem i ropą. Lewy wyrostek sutkowy zlekka obrzęknięty, bolesny przy ucisku. Prawy wyrostek sutkowy niezmieniony, niebolesny. Słuch znacznie osłabiony—do chorego trzeba prawie krzyżeć przy samym uchu; kamertonów przy uchu nie słyszy. Przewodnictwo kostne zachowane, szczególnie dla niskich tonów [C₁—C—c].

Dnia 9. II zjawia się bolesność prawego wyrostka sutkowego. Oba wyrostki sutkowe bolesne przy ucisku. Ogólny stan chorego bardzo ciężki. Chory zupełnie nie odpowiada na zadawane pytania. Bolesność wyrostków sutkowych daje się rozpoznać ze skurczu mięśni twarzy. Tętno 110, miękkie, prawie nitkowate. Ciepłota zrana 38,7°, wieczorem 40,4°.

10. II. *status idem.*

11. II. Wstrzyknięto do żyły 10 ctm. sz. 2%-owego roztworu *Collargoli*. Ciepłota wieczorem 40,8°; w dwie godziny po wstrzyknięciu *Collargoli*—dreszcz wstrząsający.

12. II. Chory noc spędził spokojnie; zrana badanie żadnych zmian na lepsze nie wykazuje.

13. II. i 14. II. *status idem.* Ciepłota: 38,2°—40,3°; 37,6°—40,1°.

15. II. Bardzo obfite ropienie z obudwu uszu. Ropa gęsta, cuchnąca zlekka. Oba wyrostki sutkowe nader bolesne przy ucisku. Chory na zadawane pytania nie odpowiada wcale, lecz od uciskania na wyrostki sutkowe broni się rękami i usiłuje odchylić głowę na stronę. Wystąpiła sztywność karku (*opisthotonus*): chorego można unieść do góry, podtrzymując głowę. Żyły szyjne nie bolesne i nie obrzęknięte, gruczoły szyjne nie powiększone.

Wydłótowanie obudwu wyrostków sutkowych: w prawym wyrostku sutkowym znalazłem wiele ropy, komórki sutkowe rozmiękłe („*acuter Einschmelzungsprozess*“), w jamie sutkowej nieco ziarniny, miękkiej, krwawiącej. Komórki lewego wyrostka sutkowego silnie przekrwione, kość rozmiękła, ropy jednak nigdzie nie było. Jamy czaszkowej nie otwierałem. Zwykły opatrunek. Czas trwania obudwu operacji 36 minut.

	Ciepłota		Tętno
	zrana	wieczorem	
16. II.	38,0°	40,3°	116
17. II.	37,8°	39,6°	110
18. II.	37,6°	38,1°	96
19. II.	37,4°	36,8°	78
20. II.	37,3°	36,8°	76

Stan ogólny chorego po operacji, przynajmniej w ciągu pierwszych trzech dni, nie uległ prawie żadnej zmianie. Chory leży apatycznie i zaledwie kiwnięciem głowy wykazuje, że jest mu nieco lepiej. Dnia 19 II. zmiana opatrunku. Z rany w prawym wyrostku sutkowym nieznaczna wydzielina ropna, rana w lewym wyrostku prawie zupełnie sucha. Sztywność karku stopniowo znikła, również stopniowo zaczął powracać słuch choremu. Od dnia 20. II. dalszy przebieg pooperacyjny, jak po zwykłym wydlótowaniu wyrostka przy niepowikłanem *mastoiditis acuta*. Rany operacyjne i przedziurawienia błon bębenkowych zablizniły się. Słuch dobry: szept słyszy chory na odległość 3-ch metrów. Rana na przedramieniu również się zablizniła; słowem—nastąpiło wyzdrowienie zupełne.

W niedawno wydanem wyczerpującem dziele A. Passow'a ¹⁾ „O uszkodzeniach narządu słuchowego“, pomimo, że autor uwzględnił całą, bardzo obszerną literaturę tego przedmiotu [844 prace], nie znajdujemy jednak przypadku analogicznego do opisanego powyżej. Zwykle uszkodzenia narządu słuchowego, wywołane przez nadzwyczaj silne detonacje, powodują jedynie pęknięcie błon bębenkowych i wstrząśnienie błędniaka, przyczem urazowe pęknięcie błony bębenkowej według Passow'a leczy się samoistnie i to w dość szybkim czasie—przeciętnie w ciągu 6—8-u dni [Passow, str. 61]; jedyne racjonalne leczenie polega na nałożeniu opatrunku aseptycznego i unikaniu wszelkiego rodzaju manipulacji w uchu [przedmuchiwać, oczyszczać wacikami, iniekcji kropel, przestrzykiwać]. O ile jednak nastąpi zakażenie jamy bębenkowej, wtedy zarośnięcie otworu perforacyjnego w bębunku trwa tak długo, jak przy zwykłym ostrem ropnem zapaleniu jamy bębenkowej z przedziurawieniem bębena. O ile błona bębnowa może zostać uszkodzoną przez względnie nieznacznie detonacje [wystrzał z pistoletu nad uchem, huk petardy i t. d.], o tyle wyrostek sutkowy znosi bardzo dobrze detonacje nawet bardzo silne. Podczas minionej „epidemii urazowej“ spostrzegalem w krótkim przeciągu czasu dwa przypadki ran postrzałowych wyrostka sutkowego, przyczem dziwnym zbiegiem okoliczności w obu przypadkach otwór wejściowy kuli rewolweru BROWNING'a był w lewym wyrostku sutkowym, wyszła zaś kula raz przez przednią ścianę prawej jamy szczękowej, w drugim przypadku uwięzła w mięśniach policzka. W obudwu przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie bez żadnych powikłań ze strony wyrostków sutkowych. Nawet błony bębenkowe, choć tak łatwo ulegające pęknięciu, niekiedy jednak nawet przy nadzwyczaj silnym wybuchu i kolosalnej detonacji pozostają nieuszkodzone. Passow w powyżej cytowanym dziele przytacza fakt, że w czasie wybuchu bomby w teatrze w Barcelonie [1893 r.] ucierpiało bardzo wiele osób,

¹⁾ Die Verletzungen des Gehörorganes. Prof. dr A. Passow. 1905. (Die Ohrenheilkunde der Gegenwart V).

szczególniej znajdujących się na górnych piętrach, i odniosło liczne obrażenia, lecz dziwnym trafem nie znaleziono wtedy ani jednego pęknięcia błony bębenkowej. Widocznie główny czynnik, powodujący rozerwanie bębenka usznego—nagle powiększenie ciśnienia powietrza z następczem zmniejszeniem—działa w pewnym określonym kierunku i o tyle uszkadza błonę bębenkową uszną, o ile ją napotyka na drodze. Objawy błędnikowe, które występują zaraz po uszkodzeniu narządu słuchowego przez detonacje, zależą według Passow'a głównie od wstrząśnień błędnika. Nader silne wstrząśnienie błędnika może wywołać wylew krwi do przewodów łukowatych i do ślimaka—wtedy nagle występują: głuchota, zawrót głowy i zaburzenia równowagi. O ile wylew krwi ulegnie wessaniu, zaburzenia te stopniowo znikają. W moim przypadku znaczne zmniejszenie słuchu, spowodowane wybuchem bomby, po wykonaniu operacji i po zarośnięciu otworów perforacyjnych w błonach bębenkowych zupełnie ustąpiło: słuch w 3 tygodnie po operacji, a blisko w 2 miesiące po wypadku był prawie normalny. Prawdopodobnie w moim przypadku było albo tylko wstrząśnienie błędnika i nie było wylewu krwi, albo też wylew ten był nieznaczny i uległ szybkiemu wessaniu.

Z pomiędzy czynników, które wywołać mogą wstrząśnienie błędnika, Passow uznaje za najważniejsze: 1) uderzenie w głowę, lub silne wstrząśnienie całego ciała; 2) nadmierne powiększenie ciśnienia powietrznego w zewnętrznym przewodzie słuchowym; 3) jednorazowe silne ogłuszenie; 4) długotrwały i powtarzający się często wpływ silnych i przykrych dźwięków. Bębenek uszny może uleść natychmiastowemu pęknięciu lub też czynniki te wywołują przekrwienie bębenka, nastrożenie naczyń i przewlekłe stany zapalne.

Ciekawem jest zestawienie różnych odcinków błony bębenkowej względnie do częstości przedziurawień pochodzenia urazowego. Passow spostrzegł 48 pośrednio powstałych pęknięć błony bębenkowej, z których 17, a więc przeszło 33% było w kwadracie przednio-dolnym. Na 143 pęknięcia bębenka, zebrane przez Passow'a z literatury, 63 razy, a więc przeszło w 44% przypadków pęknięcie błony bębenkowej powstało również w przednio-dolnym kwadracie; w moim więc przypadku pęknięcie obu dwu bębenków usnych powstało w miejscu niejako typowem.

Niezwykle szybkie powstanie w moim przypadku ropnego zapalenia wyrostków sutkowych objaśnić można, zdaniem mojem, wielką siłą wybuchu bomby, który nastąpił bardzo blisko chorego. Przy ogólnem wstrząśnieniu, jakie następuje wskutek wybuchu, wszystkie tkanki ciała podlegają pewnym zmianom molekularnym nawet wtedy, gdy wybuch nie wywołuje widocznych uszkodzeń. Częste zaburzenia układu nerwowego, spostrzegane po katastrofach kolejowych („*Railway spine*“), przemawiają za tem przypuszczeniem. Wybuch bomby, który spowodował liczne obrażenia całego ciała i pęknięcie obu dwu błon bębenkowych, mógł uszkodzić, zdaniem mojem, nie tylko bębenki uszne, lecz zarazem wywołać zaburzenia w odżywianiu śluzówki jamy bębenkowej, jamy sutkowej i komórek wyrostków sutkowych. Rzecz jasna, że drobnoustroje, które zawsze w pewnej liczbie zamieszkują nawet zdrową i nie-

uszkodzoną jamę bębenkową, nie znajdowały oporu w bakteryobójczych właściwościach uszkodzonej błony śluzowej; przeciwnie, wylew krwi do jamy bębenkowej, który zawsze towarzyszy urazowym uszkodzeniom błony bębenkowej, stanowił podłoże, na którym bakterye chorobotwórcze łatwo i szybko rozwinać się mogły.

Stan zapalenia u mojego chorego trwał niezwykle długo, przeszło tydzień. Rokowanie od razu uznane było jako bardzo niepomyślne i ze względu na to stan uszu chorego nie był wcale uwzględniony, póki nie ukazało się ropienie z zewnętrznych przewodów usznych. Wystąpienie sztywności karku i gorączki powyżej 40° uznałem jako objawy zbliżającego się ropnego zapalenia opon mózgowych, ze względu jednak na wybitną bolesność obudwu wyrostków sutkowych i na względnie dobry stan ogólny chorego [tętno, oddychanie, silny organizm], zdecydowałem się na wykonanie od razu obustronnego wydlótowania wyrostków sutkowych, które starałem się wykonać w możliwie najkrótszym czasie [36 minut]: Zmiany, znalezione w wyrostkach sutkowych podczas operacji, okazały się dość znaczne; w prawym wyrostku sprawa ropna wywołała już tworzenie się ziarniny w jamie sutkowej; kość lewego wyrostka była przekrwiona i rozmiękła. Przebieg pooperacyjny z początku niepewny [pierwsze 3 dni], później zaś zupełnie prawidłowy i wyzdrowienie chorego przemawiają za tem, aby w przypadkach analogicznych nie czekać długo, lecz o ile wystąpią objawy groźne, niezwłocznie przystępować do operacji.

Wspomniałem już, że Passow w bardzo obszernej literaturze obrazów narządu słuchowego nie podaje przypadku, podobnego do mojego. W sprawozdaniach Nowo-Yorskiej Akademii lekarskiej ¹⁾ znalazłem opis przypadku analogicznego, który jednak różni się od opisanego powyżej tem, że: 1) urazowi podległo tylko jedno ucho, lewe; 2) operację na wyrostku sutkowym wykonano blisko w 5 miesięcy po wypadku i 3) w czasie operacji [doszczętej] znaleziono szczelinę w *tegmenum tympani et antri*. Pozwalam sobie przytoczyć krótkie streszczenie historii choroby tego bardzo ciekawego przypadku: „44-letni chory, poprzednio nigdy nie cierpiał na uszy. Podczas wykolejenia się pociągu nastąpił wybuch dynamitu, który rzucił chorego na ziemię i ogłuszył. Gdy chory przyszedł do przytomności, zaczął odczuwać ból w lewym uchu i zauważył krwawy wypływ. Przy badaniu po kilku dniach znaleziono dwa półksiężycowe otwory perforacyjne w lewej błonie bębenkowej o nierównych, poszarpanych brzegach; wydzielina ropna, znaczne zmniejszenie słuchu na lewe ucho; przy zgłębnikowaniu dają się wyczuwać nierówności na młotku i kowadełku, a również obnażona od śluzówki kość w jamie bębenkowej. Przeszło w dwa miesiące po wypadku usunięto młotek i kowadełko i całkowicie wyskrobano jamę bębenkową, następnie bezskutecznie stosowano różne metody lecznicze w celu powstrzymania ropienia z ucha.

¹⁾ Archives of Otology 1906 s. 145. Otological Section, New-York Academy of Medicine. Presentation of a case of traumatic mastoiditis by dr SEYMOUR OPPENHEIMER.

Ciepłota była normalna, ze strony wyrostka zmian żadnych nie było, jedynie przy silnym uciskaniu występował tępy ból w miejscu *fossae mastoideae*. Bliżko w 5 miesięcy po wypadku wykonano operację doszczętną. Znalezione w jamie sutkowej i w przyległych komórkach sutkowych dużo ropy cuchnącej i tkankę granulacyjną, miękką, krwawiącą; tylna-dolna ściana zewnętrznego przewodu usznego dokoła nerwu twarzowego obumarła [nekroza kości] tak, że nerw twarzowy został obnażony na znacznej przestrzeni. Powyżej wejścia do jamy sutkowej znaleziono wyraźną szczelinę, długości około 3-ch centymetrów; brzegi tej szczeliny wyglądają tak świeżo, jak gdyby pęknięcie kości powstało niedawno. Po usunięciu chorobnie zmienionych części wykonano plastykę za uchem. Wyzdrowienie nastąpiło szybko, pozostało jednak znaczne osłabienie słuchu“.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

12. Reerink. O wpływie podwiązania żyły głównej na nerki.

Na podstawie znacznej liczby doświadczeń, wykonanych na psach, autor czuje się upoważnionym do wypowiedzenia następujących wniosków:

1. Podwiązanie *cavae infer.* poniżej żył nerkowych znoszą psy wszelkiego wieku bez zaburzeń, przynajmniej nie udaje się stwierdzić po tem doświadczeniu jakichś wybitniejszych objawów.

2. Podwiązanie *cavae infer.* i jednej żyły nerkowej, ew. podwiązanie *cavae* pomiędzy ujściami żył nerkowych [odległość pomiędzy obu ujściami może wynosić do 2-u ctm.] nie stanowi również niebezpieczeństwa; taka „zastoinowa” nerka prawie natychmiast zwiększa swą objętość dwu- i trzykrotnie, bez głębszych zmian histologicznych. Jak widać z badania pośmiertnego, krew obiera sobie drogę głównie przez t. zw. *vena abdominalis*, która otrzymuje gałązki, oprócz mięśniowych, z tłuszczu okołonerkowego i torebki nerkowej i posiada liczne połączenia z *vena phrenica*. Żyła główna poniżej miejsca podwiązania nie jest zatkana zakrzepem, a zatem musi zachodzić pewnego rodzaju odwrotny obieg krwi pomiędzy drożnami *v. renales* i gałęziami, wpadającymi znacznie niżej, zwłaszcza *v. abdominalis*. Młode zwierzęta w odurzeniu eterowem [bez morfiny i chloroformu] i przy ścisłym zachowaniu zasad aseptyki przetrzymują nawet nagłe podwiązanie *cavae infer.* powyżej obu żył nerkowych. Starsze zwierzęta ciężiej znoszą ów zabieg, a również i młode, jeżeli nastąpiło zakażenie rany brzusznej. U zwierząt, które po operacji utrzymały się przy życiu, autopsya wykazała obecność zakrzepu, poczynając od miejsca podwiązania aż do miejsca rozgałęziania się *iliacae*; żyły tłuszczu okołonerkowego i torebki nerkowej są mocno wypełnione jeszcze po upływie trzech tygodni. Anastomoz z *v. abdominalis* wykryć się nie udaje, są one z obu stron mocno zatkane. Objawów zastoju na tylnych kończynach nie spostrzegano zupełnie. Same nerki w tym okresie czasu są znów prawie zupełnie normalne i makro- i mikroskopowo. Doświadczenia z wstrzykiwaniami na trapie po podwiązaniu żyły głównej są, zdaniem autora, bezwartościowe, ponieważ bynaj-

mniej nie pouczają nas, jakie drogi przy tym silnym zastojem w układzie moczościowym są istotnie użytkowywane. Liczne preparaty histologiczne dają wrażenie, jak gdyby naczynia tętnicze były zwiększone jakościowo i ilościowo. Konieczne są tu jednak dalsze badania, zwłaszcza po dłuższym trwaniu podwiązania, ponieważ zjawisko wzmożonego przyływu krwi tętniczej przy nadzwyczajnym zastojem żylnym mogłoby dać nowe wyjaśnienia dla patologii fizjologicznej układu nerkowego.

(Centrbl. f. Chir., 1908, Nr 49).

W. Dobrowolski.

13. Krönlein. Rokowanie w guzach nerkowych i ich leczenie.

W latach 1885—1908 K. zoperował 25-u chorych z nowotworami nerek, przyczem zawsze wykonywał *nephrectomiam totalem*, z wyjątkiem jednego przypadku bąblowca nerki, gdzie osiągnięto szybkie wyzdrowienie po szerokim zaotrzewnym otwarciu torebki guza. Śmiertelność ogólna wyniosła 8%, śmiertelność w 22-u przypadkach guzów złośliwych—9%. Wszędzie rozpoznanie było potwierdzone przez wynik operacyjny, zazwyczaj jednak było niemożliwym przed operacją ustalić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy rozmaitymi postaciami guzów złośliwych, jak: nadnerczak, rak i mięsak. Są przypadki wielokomorowego guza nerki, przy których chirurg jest obowiązany wykonywać wycięcie nerki, uchylenie się zaś od wykonania operacji poczytuje się za niedbalstwo. W jednym przypadku guzów złośliwych—już 10 lat od wykonania operacji i operowany czuje się zupełnie zdrow. Wszakże i rokowanie, nawet po pomyślnej operacji, jest złe, ponieważ nawroty stanowią regułę; nawroty raka zjawiają się wcześniej niż innych guzów. Późne nawroty mogą występować jeszcze i po 6-ciu, nawet po 11-tu latach, choć z pewnością zdarza się i trwałe wyleczenie, dochodzące do 23-ich lat po operacji. K. zaleca przy tych operacjach uspienie eterowe, jako najodpowiedniejszą dla chirurgii nerek. Nie zasługuje tu zupełnie na zalecenie znieczulenie lędźwiowe. Najdogodniejszą metodą operacyjną dla usuwania guzów nerek okazało się cięcie poza- lub przyotrzewne (*retro v. paraperitoneal*).

Natomiast K. odrzuca radykalną metodę usuwania złośliwych guzów nerek według GRÉGOIRE'a.

(Zentralbl. f. Chir. 1908, Nr 49).

W. Dobr.

14. Propping. Mechanika cieczy mózgowo-rdzeniowej i jej zastosowanie do znieczulenia rdzeniowego.

Nie uznając miarodajności teorii GRASHEY'a w powyżej wymienionej sprawie, autor przedstawia szereg wniosków, opartych na własnym rozumowaniu:

1. Przez uniesienie miednicy ku górze, jak również przez pozycję siedzącą wywołujemy przemieszczenie cieczy w przestrzeni podpajęcznej, jakkolwiek to przemieszczenie jest względnie nieznaczne.

2. Nie mamy dotychczas żadnego sposobu dowiedzenia się czegośkolwiek o ilości cieczy i jej rozmieszczeniu u człowieka żywego. Dlatego też, zdaje się, nie należy wypuszczać znacznych ilości tej cieczy, ponieważ nie wiemy, w jakim stosunku płyn wypuszczony znajduje się do ogólnej ilości cieczy.

3. W każdym przypadku winniśmy pamiętać o tem, że środek znieczulający, dzięki ruchom cieczy, dochodzi do rdzenia przedłużonego. Jednakże nic nie wiemy, jak szybkie są ruchy cieczy w każdym poszczególnym przypadku.

4. Dyfuzya nawet specyficznie ciężkiego roztworu odbywa się szybko przy ułożeniu poziomem. Stąd też zdaje się zasługiwać na zalecenie, aby przez wysokie ułożenie głowy po operacji utrudnić sprawę dyfuzji. Innemi słowy, przy wstrzyknięciu ciężkiego specyficznie roztworu długotrwałe uniesienie miednicy ku górze jest niebezpieczne.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 19. z. 3).

W. Dobr.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. Mammina (*Mammimum Poehl*).

Do szeregu modnych obecnie środków organo-terapeutycznych przybyła niedawno *mammina*; tak nazwano wyciąg z gruczołu sutkowego, przygotowywany w laboratorium POEHL'a w Petersburgu.

Fiodorow chcąc badać wpływ *mamminy* na muskulaturę macicy, wykonał szereg doświadczeń z tym przetworem na zwierzętach. F. przygotowywał z gruczołu sutkowego królika emulsię w roztworze fizyologicznym soli kuchennej i 10 cm. sz. tego roztworu wstrzykiwał do jamy brzusznej innego królika. Takich wstrzyknięć robił u jednego królika 5 w przerwach pięciodniowych.

Wyniki działania *mamminy* u królików streścił F. w ten sposób: 1) Błona śluzowa macicy staje się uboższa w naczynia, a podścielisko jej, zwłaszcza bliżej wierzchołka fałdek, okazuje obfite nacieczenie komórkowe. 2) Warstwa mięsna kolista, aczkolwiek nie grubieje, to jednak zmienia się pod względem budowy anatomicznej; mianowicie, wykazuje znaczny rozwój tkanki łącznej międzymięśniowej. Tkanka ta, wnikając szerokimi pasami w przestrzenie międzymięśniowe, dzieli warstwę tę na oddzielne pęczki. 3) Warstwa tkanki łącznej, leżąca między warstwą wewnętrzną [kolistą] a zewnętrzną [podłużną] tkanki mięsnej i zawierająca naczynia (*stratum vasculare*), zyskuje na szerokości wskutek przerostu tkanki łącznej, gdy tymczasem naczynia są w niej rozwinięte względnie słabo, przyczem ścianki naczyń są wyraźnie zgrubiałe. 4) Warstwa mięśni podłużnych ulega zanikowi.

A więc pod działaniem *mamminy* zmniejsza się macica we wszystkich wymiarach. Zmiany te są podobne do zmian, które wywołuje kastracja.

Wprowadzenie do krwi u królika zarówno roztworu wodnego emulsi, jak i roztworu *mamminy* POEHL'a, wywołuje spadek ciśnienia krwi w tętnicy szyjnej (*art. coritis*).

Opierając się na tych doświadczeniach, Fiodorow postanowił wypróbować *mammine* u chorych dotkniętych włókniakami macicy, idąc pod tym względem za przykładem ZELL'a i SCHROBER'a. W 43-ch przypadkach włókniaków macicy stosował *mammine* zarówno podskórnie, jak i przez usta, przyczem przekonał się, że podskórne działanie było skuteczniejsze. Guzy miały wielkość rozmaitą, odpowiadającą macicy ciężarnej w 2-im, 3-im, 4-ym, 6-ym, a nawet i w 7-ym miesiącu. Wyniki swe streszcza F. w ten sposób: Zaniknięcie guza nastąpiło w 33,5% [14 przyp.], zmniejszenie guza w 53% [23 przyp.], wyniki ujemne otrzymał w 14% [przyp. 6]. Krwotoki ustały w 85%, bole przeszły w 40% przypadków.

KALABIN (*Zurnal Akuszorstwa i Zenskich bolezniej, 1908, Nr 3*) zastosował mamminę w 4-ch przypadkach guzów łagodnych macicy i otrzymał wynik dodatni o tyle, że krwotoki i bóle ustały zupełnie, a guzy w 3-ch przypadkach zmniejszyły się znacznie, w jednym zaś, w którym mamminę wstrzykiwał podskórnie, guz uległ bardzo znacznej redukcji.

Mamminę stosuje się dwojako: 1) wewnątrznie w pastylkach (*Mamminum Poehl in tabletis a 0.3—0.5*) po 2 do 4-ch pastylek dziennie. Praktyka wykazała że podawać ją należy przez 2—3 miesiące, a nawet i do 7-iu miesięcy; 2) podskórnie (*Mamminum Poehl pro injectione in ampullis*), robiąc jedno wstrzyknięcie codziennie. Wstrzyknięć tych potrzeba od 10-u do kilkudziesięciu, średnio do 30-u

Z.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 21-go listopada 1908 r.

- T R E Ś Ć: 1) ZYLBERLASTÓWNA. Przypadek tężca przewlekłego.
 2) BYCHOWSKI. a) Przedstawienie chorego z kulą w lewej torebce wewnętrznej.
 b) Przypadek przypuszczalnego nowotworu mózgowia.
 c) Przedstawienie preparatu anatomicznego nowotworu mózgowia.
 3) HANDELSMAN. Przypadek *tabes conjugalis superior*.
 4) KOPCZYŃSKI. Przypadek obustronnego zajęcia splotu barkowego (*myeloneuritis?*).
 5) FLATAU i STERLING. Przypadek cierpienia *art. cerebelli infer. poster.* z zejściem pomysłnem.
 6) BREGMAN i WURZELMAN. Przypadek nowotworu rdzenia, mianow ogona końskiego.
 7) BREGMAN. Przypadek *syringobulbiae*.
 8) HIGIER. Przedstawienie przypadków: a) *athetosis duplex familiaris*,
 b) *athetosis duplex diplegica complicata akromegalia heredofamiliari*,
 c) *thrombosis art. cerebelli post. inf. dextrae* z zejściem pomysłnem

1) ZYLBERLASTÓWNA przedstawiła przypadek tężca przewlekłego.

Przypadek dotyczył chorej, która przybyła do szpitala Żydowskiego z charakterystycznym obrazem klinicznym tężca: wybitna sztywność karku, szczykościsk, napięcie wszystkich mięśni kończyn. Chora od 10-u tygodni. Na uwagę zasługuje długi przebieg i ciemna etyologia: podrapanie przez kota przed rokiem, skaleczenie się przed kilku tygodniami podczas mycia szyb, próchnica zębów.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI podnosił ogłaszane w pismach fakty pomysłnego leczenia tężca 25%-ym roztworem siarczanu magnezyi.

2) BYCHOWSKI przedstawił przypadek przypuszczalnego nowotworu mózgowia.

Chory, lat 32, od 3-ich lat doznaje bólów głowy, osłabienia wzroku, od 9-u miesięcy miewa nudności i wymioty. W ostatnich czasach wystąpiła ślepotą, osłabienie słuchu z lewej strony i brak odruchu z rogówki po stronie lewej. Przedmiotowo stwierdzić można zanik nerwów ocznych *post neuritidem ópticam* i niemożność utrzymywania gałek ocznych przez czas dłuższy w ustawieniu bocznym. Leczenie szaruchą pozostało bez skutku. Żadnych porażen i zaburzeń czucia i odruchów. Mówca przypuszcza istnienie w danym przypadku nowotworu w kącie pomiędzy mózdzkiem a mostem po stronie lewej.

b) B. przedstawił preparat anatomiczny nowotworu (*sarcoma fusocellulare*), uciskającego lewą połowę mostu.

Preparat pochodził z chorej, która od dwu lat cierpiała na silne bóle głowy i stopniowo traciła wzrok. U chorej tej mówca oprócz tego stwierdził zniesienie odruchów z rogówki po obu stronach, zniesienie słuchu z lewej strony, adiadokokinezyę [niemożność szybkiej pronacji i supinacji] z lewej strony. Z odruchów ścięgowych zachowany tylko odruch z prawego ścięgna Achillesa. Rozpoznano nowotwór w okolicy lewej połowy mostu. Trepanacja w tej okolicy bez otwierania opony twardej [dr RAUM] sprawiła chorej dużą ulgę, trepanacja powtórna z otwarciem opony twardej wykazała guz, zajmujący niemal całą lewą półkulę mózdzku i uciskający na lewą połowę mostu.

c) B. przedstawił 24-letniego chorego, który wskutek postrzału przed 2-a laty dotknięty został porażeniem połowiczem prawostronnem, połączonym z zupełnym znieczuleniem połowiczem, hemianopsją i afazją amnestyczną. Rentgenogram wykazał obecność kuli w okolicy lewej torebki wewnętrznej.

W dyskusji podnoszono, że obecne umiejscowienie kuli nie mówi o wszystkich zmianach, powstałych ze zniszczenia lub uszkodzenia istoty mózgu podczas przejścia kuli.

3) HANDELSMAN przedstawił przypadek *tabes superior conjugalis*.

Ad. J. lat 37, skrzypaczka, przed 12-u laty przechodziła syfilis, leczony niedostatecznie, od 1½ roku źle widzi, miewa bole strzelające. Przedmiotowo stwierdzić można zanik obu nerwów ocznych, zwł. prawego, zniesienie obu odruchów ze ścięgien Achillesa i prawego kolanowego.

Mąż jej, lat 43, muzykant, ożeniony z nią przed 10-u laty, syfilisu nie przechodził, od 2-u lat miewa bole strzelające w kończynach, zaburzenia w oddawaniu moczu, drętwienie w palcach obu rąk, tak iż musiał zarzucić granie. Obiektywnie stwierdzić można: zanik obustronny nerwów ocznych, zaburzenia czucia, zniesienie odruchów ścięgowych, bezład w kończynach górnych, ruchy mimowolne na wzór atetoidnych w palcach u rąk.

W dyskusji BYCHOWSKI, podnosząc u obu chorych muzykantów cierpienie zwłaszcza kończyn górnych, podkreślał znaczenie teorii EDINGERA o wyczerpywaniu się pewnych neuronów wskutek zwiększonej pracy.

4) KOPCZYŃSKI St. przedstawił przypadek zajęcia obu splotów barkowych (*myelo-neuritis?*).

Chora lat 14, przed rokiem po przespaniu się na mokrej podłodze zaczęła nagle doznawać silnych bólów, drętwienia, a następnie i osłabienia władzy w obu rękach, po tygodniu poszła do szpitala, gdzie przez 10 dni gorączkowała. Tam też rozwinął się bezwład obu rąk. Badanie, dokonane po upływie 6-u miesięcy od zachorowania, wykazało: zanik wszystkich mięśni w obu pasach barkowych [obie ręce wiszą jak baty], dalej zanik mięśni ramienia, przedramienia i lewej dłoni. W zanikniętych mięśniach brak władzy, odczyn zwyrodnienia. Brak zaburzeń czucia. Kończyny dolne były i są w porządku.

Mówca różniczkuje pomiędzy ostrem zapaleniem rogów przednich a cier-

meniem korzeni w splotach barkowych, przypuszcza jako rozpoznanie postaci mieszanej *myelo-neuritidis*.

W dyskusji GAJKIEWICZ, FLATAU i inni byli za rozpoznaniem *poliomyelitis*; HIGIER za zapaleniem nerwów obwodowych, mówca obstawał za postacią mieszaną.

5) FLATAU i STERLINC przedstawili przypadek zajęcia *arteriae cerebelli inferioris posterioris dextrae*.

Chory, lat 56, przed 10-u tygodniami nagle doznał zawrotu głowy, silnej czkawki i pewnych zaburzeń w polykaniu. Badanie przedmiotowe wykazało wybitne zwężenie prawej źrenicy i prawej szpary ocznej, subiektywne zaburzenia czucia w lewej kończynie górnej, zupełne zniesienie czucia bolowego i ciepłikowego na lewej kończynie górnej, na lewej połowie tułowia, oraz osłabienie tego czucia na lewej kończynie dolnej i na twarzy, przyczem na prawej połowie twarzy zmiany były większe, niż na lewej, najwyraźniejsze w obrębie pierwszej gałązki i w częściach obwodowych w postaci półksiężyca. Brak porażen słuchowych i zmian w odruchach. Badanie laryngoskopowe wykazało [LUBLINER] porażenie podniebienia miękkiego, brak odruchu gardzielowego, porażenie struny głosowej lewej. Mówcy przyjmują zakrzep lub zator w obrębie prawej tętnicy mózdkowej tylnej dolnej. W ostatnich czasach stan chorego niemal zupełnie się poprawił. Pozostały jedynie parestezye ciepłikowe w lewej kończynie dolnej.

W dyskusji FLATAU podkreślał częstość podobnych przypadków, KOPCZYŃSKI opowiedział o własnym przypadku z podobnym rozmięknieniem w opuszcze po stronie lewej.

6) BREGMAN i WURZELMAN przedstawili przypadek nowotworu ogona końskiego.

Chora lat 22, od półtrzecia roku zaczęła doznawać bólów i parestezyi w krzyżu, w prawem udzie, w lewej kończynie dolnej. Stopniowo coraz gorzej chodziła, od 1³/₄ roku przestała chodzić. Obecnie miewa bole w krzyżu, w okolicach pośladkowych, w dolnych częściach brzucha i w dolnych kończynach; nie może chodzić, ani stać. Niedowład i ogólne wychudnienie mięśni obu kończyn dolnych. Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa zniesione, brzuszne zachowane. Znaczne osłabienie pobudliwości na wszystkie rodzaje czucia na pośladkach i na przedniej powierzchni prawego uda. Zaburzenia w oddawaniu moczu. Półpasiec w ostatnich czasach w obu okolicach pachwinowych. Mówcy rozpoznają nowotwór ogona końskiego; na mocy braku rozszczepienia czucia, braku zupełnej symetrii w zaburzeniach czucia wykluczają cierpienie stożka rdzeniowego. Na zabieg chirurgiczny chora się nie zgadza. Leczenie specyficzne pozostało bez skutku.

W dyskusji HIGIER przypuszczał zajęcie stożka, BORNSTEIN i KOPCZYŃSKI ogona końskiego, FLATAU podkreślał, że nowotwory, uciskając rdzeń, wogóle oszczędzają korzenie rdzeniowe.

7) BREGMAN przedstawił przypadek *syryngobulbiae*.

Chora, lat 30, skarży się na trudność przy łykaniu zwł. twardych pokarmów, na ślinotok. Choroba rozpoczęła się od roku. Przedmiotowo stwierdzić można: zanik lewej połowy języka z drzeniem włókienkowym i odczynem zwyrodnienia, porażenie lewego podniebienia, lewej struny głosowej, zniesienie smaku na tylnej części języka po stronie lewej, porażenie lewego nerwu odwodzącego, niedowład lewego nerwu twarzowego, rozszczepienie syryngomyelityczne czucia na prawej połowie twarzy, głowy, karku, szyi, języka i górnej części tułowia. Zniesienie zmysłu stereognostycznego w palcach lewej ręki i lekki bezład. Mówca rozpoznaje ognisko w lewej połowie rdzenia przedłużonego, najprawdopodobniej *gliosis ewent syryngobulbiae*.

W dyskusyi BYCHOWSKI podkreślał powolność w rozwoju choroby.

8) HIGIER przedstawił przypadek „*athetose double familiale*.⁷”

Chory, lat 35, pochodzi z rodziny nerwowej, około 13-go roku życia zaczął doznawać ruchów mimowolnych w rękach. Obecnie stwierdzić można ruchy natury atetotycznej w obu rękach, w karku, w łopatkach, w mniejszym stopniu w stopach. Wiotkie nadmierne rozgięcie palców. Mowa ledwie zrozumiała, wybuchowa, przerywana. Wrażenia psychiczne ruchy te potęgują. Przy ruchach dowolnych często występują skurcze różnych mięśni. Intelligen-cya zachowana.

23-letni brat chorego dotknięty jest również tą samą chorobą, która zaczęła się również w 13-m roku życia.

Mówca podkreśla rodzinny charakter atetozy, brak etyologii, przewlekły postępujący przebieg choroby.

W dyskusyi podnoszono cechy różniczkowe pomiędzy płasawicą przewlekłą HUNTINGTON'a, chorobą tików a daną chorobą.

b) H. przedstawił przypadek „*athetosis duplex diplegica complicata akromegalia heredo-familiari*.⁴”

Chory ma lat 42, do 15-go roku życia chodził i uczył się doskonale. Od tej pory stopniowo zaczął gorzej chodzić, gorzej ruszać palcami, niezrozumialej wymawiać dłuższe wyrazy. Obecnie chód chorego nosi cechy niedowładu i bezładu. Napadowe i przemijające skurcze poszczególnych mięśni kończyn i tułowia. Wybitne współruchy w muskulaturze mimicznej. Nadmierne rozgięcie palców. Mowa wybuchowa, dyzartryczna, przerywana. Sfera czuciowa, odruchowa i intelektualna nietknięte. *Kyphoscolosis lumbalis*. Nieznaczne powiększenie rozmiarów dłoni i stóp. Matka i siostra chorego dotknięte są typową akromegalią. Mówca podnosi: a) obustronność atetozy, b) niezwykle umiejscowienie, przeważnie w twarzy, c) brak etyologii zakaźno-toksycznej, d) przewlekły i postępujący przebieg choroby, e) powikłanie poronną postacią akromegalii, f) cechy rodzinne i dziedziczne wikłającej akromegalii.

W dyskusyi FLATAU podnosił częstość oznak wybitnej degeneracji wśród żydów.

c) H. przedstawił przypadek „*thrombosis art. cerebelli post. inf. dextrae*“ z pomyślnem zejściem.

Chory, lat 45, przed 2-a laty przechodził niedowład prawych kończyn trwający kilka godzin. Przed miesiącem doznawał zawrotów i bólów głowy, wymiotów. Badanie przedmiotowe wówczas stwierdziło: zaburzenia mowy i łykania, osłabienie czucia bolowego, oraz osłabienie bez spaczenia czucia ciepłego na całej lewej połowie ciała i twarzy, znaczne obniżenie wszystkich odruchów skórnych po tej stronie, bezład prawych kończyn, chód wybitnie mózdkowo-bezładny z zataczaniem się w stronę prawą, opuszczenie prawej powieki i zwężenie prawej źrenicy. Obecnie wybitna poprawa.

Mówca przyjmuje ognisko rozmięknienia na granicy mostu i rdzenia przedłużonego po stronie prawej w części grzbietowo-bocznej pomiędzy ciałem powrózkowatym a dolną oliwą. Na uwagę zasługuje fakt zniknięcia prawie całkowitego wszystkich odruchów skórnych w pierwszym tygodniu choroby po stronie znieczulonej.

Stanisław Kopczyński.