

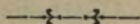
GAZETA LEKARSKA

I. O ZASTOSOWANIU ANTYPIRYNY, JAKO ŚRODKA ZNIECZULAJĄCEGO W CHOROBAH NOSA, GARDZIELI I KRTANI.

Podał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.



Antypiryna, środek podany pierwotnie jako obniżający ciepłotę, znalazł wkrótce bardzo ważne zastosowanie jako — ból kojący. Wiadomo wszystkim, jak szybko uśmierza ona bóle neuralgiczne, a zwłaszcza wstrzyknięta pod skórę lub też podawana do wewnątrz w połączeniu z bromkami.

Francuzi zalecają pędzlowania stężonymi roztworami antypiryny w celu zmniejszenia bolesności przy zapaleniach błon śluzowych. Próbowałem środka tego w postaci pędzlowań przy wielu sprawach bolesnych w gardzieli i krtani z względnie dodatnim rezultatem. Przekonałem się jednak, że o wiele lepiej działa w połączeniu z kokainą:

<i>Antipyrini</i>	2,0
<i>Cocaini muriat.</i>	1,0
<i>Aqu. destill.</i>	10,0

Tę ostatnią kombinację stosowałem, jako środek znieczulający, przed operacjami. Szczególnie wyraźny efekt widziałem, gdy roztworem tym znieczulałem przegrodę nosa u osobnika bardzo na ból nie wytrzymałego, poczem zdjąłem heblem SCHUETZ'a listwę kostno-chrzęstną, długości 2 ctm., wystające zaś nierówności wygładziłem odpowiednimi pilnikami. Cała ta, bądź co bądź, bardzo przykra, krwawa i zwykle bolesna operacya odbyła się bez żadnego bólu dla chorego. Przy tej operacyi wypróbowałem środek ten w kilku przypadkach i zawsze z bardzo zadawalającym rezultatem.

W ostatnich czasach sposobu tego używałem u dwu osobników: u chłopca 15-letniego niezwykle wrażliwego i niewytrzymałego i u dziewczynki 13-letniej, u której skrzywienia przegrody i listwy na niem były tak duże, że w zupełności zakrywały otwór nozdrza i, wpierając w skrzydło, powodowały skrzywienia zewnętrznych zarysów nosa i całkowite zatkanie. W obu tych przypadkach operowałem nożem galwanokaustycznym i odpowiednimi nożyczkami: idąc od przodu ku tyłowi, wyciąłem wszystko, co stanowiło przeszkodę w oddechaniu. Każda z tych operacyi trwała około godziny, pomimo to nie miałem

najmniejszego oporu ze strony pacjentów, którzy do samego końca nie odczuwali żadnego bólu. U chłopca zużyłem 4,0 powyższego roztworu, u dziewczynki 2,0. Po operacji nie było żadnych objawów intoksykacyjnych, któreby niewątpliwie wystąpiły, gdybym był używał silnych roztworów samej kokainy, jakie zwykle w tych razach bywają stosowane [20%].

Dawniej używałem w podobnych celach bardzo często wstrzykiwań mięsżowych kokainy, po kilku jednak przypadkach zatrucia, środkiem tym spowodowanych, tak się doń zraziłem, że od lat kilku sposobu tego prawie nie stosuję.

Sądząc jednak z analogii, przypuszczałem *a priori*, że jeżeli antypiryna stosowana na błony śluzowe powierzchownie wpływ antyseptyczny wywiera, to, podobnie jak kokaina, wstrzyknięta mięsżowo powinna daleko pewniej i szybciej w tym kierunku działać. I rzeczywiście przypuszczenie to w praktyce przeszło nawet moje oczekiwania.

Pierwszy przypadek, w którym sposobu tego użyłem, dotyczył człowieka, lat 65 mającego, który od lat dwóch chorował na suchoty płuc i krtani, podlegał wszelkim możliwym leczeniom. U tego pacjenta kokaina już prawie żadnego wpływu nie wywierała, tak, że od pół roku żadnych stałych pokarmów przelikać nie był w stanie. Zmiany w krtani polegały na olbrzymim nacięczeniu tylnej ściany i więzów nagłośnio-nalewkowych. W płucach rozległe, włókniste, a miejscami rozpadowe zmiany. Ciągła gorączka. W przypadku tym o żadnym racjonalnem leczeniu mowy być nie mogło, chodziło tylko o przyniesienie ulgi choremu. W tym celu po raz pierwszy zrobiłem mięsżowe wstrzykiwanie antypiryny. Użyłem do tego 50% roztworu wodnego i na pierwszym posiedzeniu wstrzyknąłem w okolicę obu chrząstek nalewkowych po jednej działce sprycy HERYNGA, co równało się trzem granom czystej antypiryny. Bezpośrednio po wstrzyknięciu chory uczył, oprócz lekkiego bólu od ukłucia, pieczenie, zależne od antypiryny, trwające około 15 minut. W godzinę potem mógł zjeść bez bólu i trudności befszytk, czego, jak wyżej wspomniałem, nie był w stanie od pół roku dokazać.

Nazajutrz opowiedział mi, że cały ten dzień łykał bez bólu, że również nie uczuwał bólu w uchu i podczas przełykania śliny, co go poprzednio bezustannie trapiło. Obiektywnie znalazłem, że wygląd nacieków uległ pewnej zmianie: stały się one nieco mniejszemi i z wodnisto-różowych biało-żółtawemi. U tego pacjenta powtarzałem wstrzyknięcie w odstępach kilkodniowych 6 razy i zawsze z jednakowym efektem, z tą różnicą, że, zachęcony dobrymi wynikami, robiłem później takie wkłucia w trzech, a nawet w czterech miejscach, poczem utrudnione łykanie i nacieki o tyle się zmniejszyły, że nie stanowiły głównej skargi chorego; sprawa zaś płucna, przy ciągłej gorączce, przecięła pasmo dni pacjenta w listopadzie 1892 r.. Z powodów łatwo zrozumiałych stosowałem sposób ten z początku w przypadkach, które słusznie uważałem za stracone, tak, że i drugi przypadek mój dotyczy pacjenta, wieku lat 24, z podobnemi zmianami jak i pierwszy. Tu jednak zrobiłem tylko 4 wstrzyknięcia z powodu, iż chory ten, gdym go już po raz pierwszy zobaczył, nie był w stanie opuszczać łóżka.

Na zasadzie tych dwu przypadków przekonałem się, że wstrzykiwania antypiryny znoszą ból i dysfagię na przeciąg mniej więcej 12 godzin. Powtarzało

się to za każdym razem prawie z matematyczną ścisłością w wielu przypadkach od tego czasu spostrzeganych.

Zachęcony temi wynikami, zacząłem sposobu tego używać przy kiuretowaniu krtani, przy amputacji migdałka językowego, tonsylotomii i t. d.

Wstrzykiwania takie, przystępując do operacji, poprzedzałem dwu lub trzykrotnym pędzlowaniem 10% roztworem kokainy, następnie wstrzykiwałem w dwu miejscach dwie działki 50% antypiryny. Wtedy otrzymywałem znieczulenie zupełne. Chorzy nie odczuwali żadnego bólu nie tylko podczas operacji, lecz i w następnych 8—12 godzinach, tak, że byli w stanie swobodnie jeść i pić; ból zaś występował dopiero w nocy, a zwłaszcza nazajutrz i to nigdy w tym stopniu, jak się to dzieje przy używaniu samej kokainy.

Każdy, kto ma więcej doświadczenia pod względem wykonywania operacji, nie zrobi mi zarzutu, że jednakże anestezję ową należy przypisać użytej kokainie; gdyż wiadomo, że w tym celu zmuszeni byliśmy używać 20%—25% kokainy i do wyskrobania większych przestrzeni pędzlować nią 5—8 razy [jeżeli nie uciekać się do mięszszowych wstrzykiwań z tejże].

Ważną dodatnią stroną znieczulenia antypiryną jest to, że wystarcza ono na cały czas operacji, którą można wykonywać bez przerwy, chyba dla dania koniecznego odpoczynku choremu lub zebrania krwi, zasłaniającej pole operacyjne.

Przy takim sposobie postępowania usunąłem doszczętnie podwójną łyżką ostrą LANDGRAF'a w jednym przypadku rozległe nacieczenie gruzlicze struny fałszywej prawej, usunąwszy z niej sześć kawałków, odpowiadających wielkością okienkom ostrej łyżeczki. We dwa tygodnie później usunąłem doszczętnie w ośmiu takichże kawałkach i tyłuż wprowadzeniach narzędzia do krtani rozległe nacieczenie więzu nalewko-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej prawej. Przypadek ten dotyczył młodej panny, która była zdziwioną brakiem bólu zupełnym. Od czasu operacji minęło półtora roku: zabliznienie trwa, a przy niewielkich zmianach w jednym wierzchołku płucnym ¹⁾ stan ogólny jest zadowalający.

W tym też przypadku zauważyłem znacznie mniejsze krwawienie, niż zwykle przy tych operacjach bywa. Jak dotąd jednak, nie jestem w stanie ze stanowczością twierdzić, że efekt ten zależał od antypiryny. Być może, że dalsze doświadczenie spostrzeżenia te potwierdzi.

W dalszym ciągu rozszerzyłem wskazania do wstrzykiwań antypiryny i przy innych operacjach. Stosuję je np. przy wycięciu migdałków; od lat trzech robię tę operację prawie wyłącznie pętlicą galwanokaustyczną. Sposób ten, za którym przemawia bardzo wiele stron dodatnich, jako to: zupełne bezpieczeństwo dla chorego, brak krwawienia, zupełna antyseptyka i t. d., jest jednak nieco bolesniejszym od wycinania migdałów tonsyloptomem. Ze zdziwieniem przekonałem się, że poprzedzony wstrzykiwaniami antypiryny, staje się prawie bez-

¹⁾ Zaznaczyć tu muszę, że kiuretowanie gruzliczych nacieczeń krtani wykonywam tylko u chorych z bardzo małymi zmianami w płucach, nie gorączkujących, obserwowanych przez czas dłuższy i u których sprawa chorobowa nie ma dążności do szybkiego rozszerzania się.

bolesną, a i tu zauważyłem fakt, że brak bólu trwa również około 10 godzin. W tych przypadkach nie poprzedzałem wstrzykiwania pędzłowaniem kokainy, co w krtani czyniłem wyłącznie dla możności zlokalizowania wkłucia, gdyż wkłucie w przerosły migdałek jest łatwym do wykonania i niebolesnym. Po wstrzyknięciu w oba migdały jednocześnie [jeżeli oba kwalifikowały się do usunięcia] czekałem 15 do 30 minut, gdyż po tym dopiero czasie następowało zwykle znieczulenie. Chorzy nie skarżyli się wówczas na przykrość przy wyciąganiu migdałka z niszy ostremi haczykami, co poprzednio stanowiło więcej trudności, niż samo odpalanie, trwające zaledwie kilka sekund.

Z podobnym skutkiem, jak powyżej, używałem wstrzykiwań antypiryny w tylną ścianę gardzieli i przed wypalaniem galwanokaustycznym ziarnin, a najwybitniej działanie to uwydatniało się przy operacji odcinania przerosłego migdałka językowego pętlą galwanokaustyczną. Operacja ta, choć trwa króciutką chwilę, jest jednak nadzwyczaj bolesną; bólu tego nigdy nie usuwało pędzlowanie samą kokainą 20%, gdyż działanie jej ogranicza się tylko do bardziej powierzchniowych warstw, po zastosowaniu zaś antypiryny wyż wspomnianym sposobem cały ten zabieg stawał się najzupełniej niebolesnym.

Największa dawka, którą wstrzyknąłem na jednym posiedzeniu, wynosiła 6 granów, najmniejsza trzy grany. Nigdy żadnych powikłań po tem nie spostrzegąłem. Gdym zaczął stosowanie tego środka w wstrzykiwaniach miąższowych przez błony śluzowe górnych dróg oddechowych, nie wiedziałem i nie wiem, czy już kto przedemną sposobu tego używał; zwróciłem zaś na niego uwagę dlatego, że go uważałem za środek zupełnie nie mogący zaszkodzić, a zwłaszcza w tak małych dawkach.

Później dopiero, gdym pomyślał o ogłoszeniu drukiem moich doświadczeń w tym kierunku, zacząłem szukać w literaturze przeciwwskazań do użycia tego środka. W tym czasie zjawilo się znakomite dzieło LEWIN'a ¹⁾, traktujące najbardziej wyczerpująco uboczne działanie środków lekarskich i stamtąd też pozczerpąłem dane o antypirynie, które w króciutkiem streszczeniu czuję się w obowiązku przytoczyć.

Do zбочzeń w działaniu antypiryny, według LEWIN'a, należą: zupełny brak działania, np. 6,0 podskórnie nie obniżyło ciepłoty; odwrotne działanie, t. j. zamiast uspokojenia bólu, wzmożenie go, lub podniesienie ciepłoty zamiast obniżenia; przyzwyczajenie do antypiryny; *antipyrinismus*, t. j. zaburzenia żołądkowe, drażliwość, drżenie rąk i języka.

Pomimo ustalonego faktu co do nieszkodliwości antypiryny, opisywano jednak przypadki, w których okazywała ona uboczne działanie nie raz grożące życiu, a kilka takich przypadków [po 2,0 położnica, po 1,5 suchotnik, a także jeden chory na dusznicę bolesną, inny znowu na zapalenie płuc] śmiercią się zakończyły. Wogóle z wielką ostrożnością środek ten stosować należy u dzieci i suchotników, a przy miażdżycy tętnic, tyfusie, dusznicy bolesnej, chorobach nerek i serca z osłabieniem działalności mięśnia sercowego, przy błonicy antypiryny unikać należy. Co się tyczy działania antypiryny na oddzielne narządy, to

¹⁾ Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. D-r L. LEWIN. Berlin 1893. str. 516.

powikłania w wyjątkowych przypadkach mogą być najrozmaitsze. Przy podskórnych wstrzykiwaniach obserwowano miejscowy rozpad tkanek, czasami ropnie, nawet zgorzel. Z wysypek skórnych i zapaleń błon śluzowych notowano: *erythema, urticaria, eczema, miliaria alba, exanthema bullosum, purpura, oedema faciei, colli, mucosae oris, glottidis (asphyxia), oesophagi, labiorum etc.* Spostrzegano również zaburzenia w narządach oddechowych: bóle i ściskanie w krtani, chryпка, bezgłos, duszność, krwioplucie i t. d. W narządach trawienia i moczowych: wymioty, nudności, bóle, rozwolnienie, krwotoki kiszkowe, zatrzymanie moczu.

Dalej: zaburzenia wzrokowe, słuchowe i mózgowo: *amaurosis transitoria*, osłabienie słuchu, zawroty, drgawki, *delirium*.

Nakoniec użycie antypiryny może spowodzić: dreszcze, poty, bicie serca, zapaść (*collapsus*).

Pomimo tego wszystkiego ja osobiście nie przestałem stosowania antypiryny, gdyż wypróbowałem je kilka dziesiątków razy i nigdy najmniejszego powikłania nie widziałem, być może z powodu używania bardzo ostrożnych dawek i dlatego ośmieliłbym się polecić sposób ten do dalszych prób.

II. INTUBACYA KRTANI W DŁAWCU U DZIECI.

[NA PODSTAWIE WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ].

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawsk. Towarz. Lekarsk. d. 19. IX. 1893 r.]

Opracował

Dr J. Bączkiewicz.

[Dokończenie, — Patrz Nr. 40].

Należy wziąć pod uwagę, że ani intubacya, ani tracheotomia nie przedstawiają metod leczniczych, w dławcu zaś są niejako środkami paliatywnymi, usuwającymi narazie niebezpieczeństwo, wynikające z nagłego zwężenia górnych dróg oddechowych, t. j. krtani i tchawicy. Gdy sprawa błonicowa zbyt nisko się opuści w tchawicy, dajemy wówczas z pewnych względów pierwszeństwo tracheotomii, lub też uciekamy się do tej ostatniej, gdy wykonana intubacya prędzej, czy później zawiedzie. Z drugiej znów strony przy trudnościach w usunięciu rurki tracheotomijnej intubacya staje się zbawienną.

Stąd też intubację i tracheotomię przy dzisiejszym stanie nauki uważać należy za operacye wzajemnie się dopełniające. Gdy zabieg niekrwawy — intubacya — nie prowadzi do celu, często jeszcze uciekamy się do noża i niekiedy chorych, którzyby zginęli przy wyłącznej intubacji, ratuje tracheotomia.

Zachodzi tu nieco podobny stosunek, jaki jest w leczeniu uwięzionych przepuklin między odprowadzeniem — *taxis* — a herniotomią, z tą tylko różnicą, że tu skuteczność zabiegów w innym jest stosunku, niż to ma miejsce odnośnie do intubacji i tracheotomii. Jeżeli więc intubacya i tracheotomia wzajemnie się dopełniają, to kwestya współzawodnictwa tych dwóch zabiegów z punktu widzenia klinicznego jest, co najmniej, postawiona bezzasadnie; klinika bowiem wykazuje, że

tracheotomia bez intubacji istniała, intubacja zaś w parze z tracheotomią istnieć może. Ocenianie więc doniosłości klinicznej obu tych zabiegów, jako metod pomocniczych w leczeniu dławca i będących w ścisłym między sobą związku, powinno być oparte na podstawie wyników, odpowiadających celowi tych operacji, t. j. na podstawie zupełnego usunięcia niebezpieczeństwa warunkowanego zwężeniem górnych dróg oddechowych. Jeżeli z tego punktu widzenia zechcemy ocenić wyniki przez nas otrzymane, to okaże się, że z 9 przypadków w 3 intubacja odpowiedziała swemu zadaniu [sposzczenia 5, 8 i 9].

W przedostatnim bowiem przypadku [sposzczenie 8] śmierć nastąpiła wskutek mocznicy w 11 dni po ostatecznym usunięciu rurki. Skoro przy stosowaniu intubacji konieczną okazać się może tracheotomia, nasuwa się pytanie: jakimi wskazaniami kierować się należy przy wyborze tych zabiegów, to jest, w jakich przypadkach na skuteczność intubacji liczyć możemy i kiedy znów należy ją pominąć i uciekać się wprost do tracheotomii?

Odpowiedź na to pytanie bynajmniej nie jest łatwą, już choćby ze względu na trudności rozpoznawcze co do szczegółów dławca u dzieci, jego natury i umiejscowienia.

Niektórzy autorowie kierowali się dla intubacji temiż wskazaniami, co i dla tracheotomii, inni znów na podstawie zdobytego doświadczenia starali się wypracować pewne wskazania, podczas gdy większość poprzestaje na zestawieniu wogóle dodatnich i ujemnych stron intubacji i tracheotomii.

Ogólne wskazanie do wykonania intubacji jest toż samo, co i dla tracheotomii, t. j. utrudniony dostęp powietrza do płuc z powodu zwężenia górnych dróg oddechowych właściwie krtani i tchawicy. Względnie do przebiegu spraw warunkujących te zwężenia wyróżnić należy dwie główne kategorie cierpień, przy których intubacja stosowaną być może: 1) zwężenia krtani i tchawicy powstałe w przebiegu chorób ostrych; 2) zwężenia powstałe na gruncie cierpień przewlekłych.

Według różnych autorów, w następujących przypadkach 1-ej kategorii intubacja będzie wskazaną:

1) przy krupie i dyfteryie, gdy sprawa dotyczy krtani i górnej części tchawicy [rurka intubacyjna sięga na 1—1½ ctm. ponad podział tchawicy na oskrzela];

2) przy ciałach obcych w tchawicy, gdy te są niewielkie; szybko wykonana intubacja znosi pierwsze podrażnienie i zapobiega skurczowi głośni; zasługuje tu na uwagę przypadek MELTZER'a: u dziecka, duszącego się na razie z niewiadomej przyczyny, wykonano intubację; w 2 dni później w usuniętej rurce pośród śluzu znaleziono kawałek skorupki orzecha;

3) w przypadkach górnego skurczu głośni szybko wykonana intubacja uratować może życie, jak to wykazują przypadki GAMBERT'a, PITTS'a i BROOK'a.

Jako przeciwwskazania podawane są następujące warunki:

1) Wczesny wiek dziecka [MOMIDŁOWSKI]; u dzieci poniżej 1 roku intubacja przedstawiać może poważne trudności techniczne.

2) Według MOMIDŁOWSKIEGO, BOKAI'a i SCHEIER'a, przedstawia przeciwwskazanie rozległa błonica migdałków z wczesnym ogólnym zakażeniem.

- 3) SCHEIER zalicza tu także przypadki zamartwicy i znacznej sinicy.
- 4) Należą tu również powikłania dławca odłą, płonicą, zapaleniem płuc, gdyż stany te zmniejszają odporność organizmu [MOMIDŁOWSKI].
- 5) MOMIDŁOWSKI uważa jako przeciwwskazanie znaczny przerost migdałków, gdyż ten utrudnia bardzo rękoczyn.
- 6) Gdy wystąpią objawy przejścia dławca na oskrzela (*bronchitis crouposa*), prędzej liczyć można na pomyślny skutek tracheotomii.
- 7) HUBER, BOKAI, SCHEIER nie radzą wykonywać intubacji przy znacznem obrzmieniu głośni i więzów nalewko-nagłośniowych.
- 8) Nakoniec wyklucza wykonanie intubacji obecność większych ciał obcych w tchawicy.

Wszyscy prawie autorowie, którzy mieli sposobność wykonywać intubację w ostrych zwężeniach krtani i tchawicy, oraz w przewlekłych, w tych ostatnich oddają pierwszeństwo intubacji przed tracheotomią.

Stosowano intubację w następujących cierpieniach przewlekłych:

- 1) Przy granulacyach, zwężeniach natury gruźliczej lub syfilitycznej, porażeniach i skurczach mięśni krtaniowych [ROSENBERG, MURALT, SCHEIER].
- 2) SCHEIER stosował przy złamaniach i zwichnieniach chrząstek krtaniowych.
- 3) SCHEIER proponuje intubację przy krwotokach po tracheotomii, czy to mięszszowych, czy to z powodu nadżarcia naczyń, gdyż po wykonaniu intubacji można nałożyć opatrunek uciskający.
- 4) Prof. JAKUBOWSKI, ANDERSEN, GOTTFRIED i wielu innych zalecają intubację przy trudnościach w usunięciu długo pozostałej rurki tracheotomijnej.
- 5) PITTS i BROOK stosowali intubację w celach dyagnostycznych, mianowicie dla określenia umiejscowienia przewlekłych zwężeń w dolnej części tchawicy.

Wszystkie prawie powyżej przytoczone wskazania i przeciwwskazania opierają się bądź na danych ze strony stanu ogólnego, bądź też na umiejscowieniu i natężeniu samej sprawy chorobowej. Dokładne zatem rozpoznanie ma tu wielką doniosłość, tymczasem zastosowanie laryngoskopii przedstawia znaczne trudności w wieku dziecięcym, w którym znów intubacja przeważnie stosowaną bywa. Dopiero w ostatnich czasach więcej zwrócono uwagi na zastosowanie laryngoskopu w tych razach [SCHEIER]. Zapewne, że badania te łatwiej mogą być przeprowadzone w szpitalach, niż w praktyce prywatnej, gdzie nieraz zaledwie jest czas na wykonanie doraźnej pomocy.

W wykonywaniu intubacji w moich przypadkach kierowałem się ogólnem kardynalnem wskazaniem, t. j. objawami zwężenia krtani i tchawicy; w poszczególnych przypadkach napotykałem warunki mniej lub więcej sprzyjające wykonaniu i skuteczności intubacji, co zresztą zaznaczyłem przy opisie każdego przypadku.

Zestawienie moich spostrzeżeń pozwala na wyprowadzenie dwóch przeciwwskazań, o których chciałbym kilka słów nadmienić:

- 1) Jeżeli w przebiegu dławca wystąpią objawy, wskazujące na mniejszy dopływ powietrza do jednego płuca, niż do drugiego, *resp.* gdy wystąpią objawy

ostrego zwężenia jednego oskrzela głównego, pierwszeństwo należy się tracheotomii, gdyż przy przejściu dławca na oskrzela wykonana intubacja będzie bezskuteczną, natomiast tracheotomia daje jeszcze możność wykrztuszenia rozgałęzionych nieraz odlewów, jak to wykazała nasza obserwacja VII.

W ocenianiu jednak rodzaju zwężenia oskrzeli w tych razach należy być ostrożnym; przy umiejscowieniu dławca li tylko w krtani i górnej części tchawicy wykrztuszanie bardzo utrudnione powodować może zebranie się wydzieliny w oskrzelach, która nierównomiernie nagromadzona wywołać może zwężenie, *resp.* zatkanie oskrzela, jak to obserwowaliśmy w przypadku I. Wykonana w tych razach intubacja, ułatwiając wykrztuszanie, właśnie okazać się może bardzo skuteczną, obecność bowiem rurki intubacyjnej w krtani, jak to wykazała obserwacja IX, nie usuwa możliwości dobrego wykrztuszenia. Zwężenie zatem oskrzeli natury dławcowej stanowić będzie bezwzględne przeciwwskazanie do intubacji, jeżeli zaś przy objawach zwężenia istnieć będą dowody nagromadzenia się wydzieliny płynnej w oskrzelach, przed wykonaniem tracheotomii należy, jeżeli stan ogólny chorego na to pozwoli, rodzajem próby uprzednio wykonać intubację, żeby się przekonać, czy zwężenie oskrzela nie jest warunkowane wyłącznie nagromadzonym śluzem.

2) Druga uwaga, jaką mi nasunęły moje obserwacje, jest następująca: przy wykonaniu intubacji w 2-ch przypadkach napotkałem na pewne trudności z powodu znacznego obrzęku krtani [obserwacja I i IV]. Stany te, pomijając już techniczne trudności, spowodować mogą bezskuteczność dokonanej intubacji, gdyż silnie obrzmiałe więzy nalewko-nagłośniowe, układając się ponad główką rurki, zakrywają górny jej otwór i niweczą tym sposobem efekt intubacji; tracheotomia więc w tych razach będzie konieczną.

Pozostaje mi teraz nadmienić słów kilka o technicznej stronie intubacji.

Powszechnie zalecane bywają ćwiczenia na trupach przed rozpoczęciem stosowania intubacji na chorych, o ile jednak z własnego doświadczenia sądzić mogę, ćwiczenia na trupach nie są konieczne.

Po dłuższej obserwacji na klinice chorób dziecięcych prof. JAKUBOWSKIEGO i dwukrotnych próbach wykonania intubacji na chorych po powrocie do Warszawy bez uprzednich ćwiczeń na trupach wprost przystąpiłem do wykonania intubacji na chorym [obserwacja I]. Wprawdzie dodać winienem, że posiadałem technikę laryngologiczną, którą nabyłem na oddziale D-ra SOKOŁOWSKIEGO. Sądzę, że ta okoliczność wiele mi ułatwić musiała. Jaka jest różnica przy wykonaniu intubacji na trupie, mogłem się przekonać w następującym przypadku.

Przypadek X. Dnia 12. II. 1892 r. wezwany zostałem do 11-letniej dziewczynki, chorej od 6 dni na dyfteryt w gardle, u której z powodu groźnych objawów ze strony krtani już dnia poprzedniego proponowano tracheotomię. Jednocześnie przybyliśmy z kol. ZACHAREWICZEM i w tej właśnie chwili dziecko oddało ostatnie tchnienie. Na usilne prośby ojca niezwłocznie wykonałem intubację i sztuczne oddechanie, lecz wysiłki nasze, rozumie się, były daremne.

W tym dopiero przypadku byłem w stanie ocenić, o ile odmienne istnieją warunki przy wykonaniu intubacji na chorym i na trupie. Nieruchomość krtani, pewna sztywność tkanek w tym ostatnim razie tworzą wprost odrębne warunki, niż jak to bywa przy manipulacji na żywym. Wprawiwszy się na żywych,

doznałem pewnej trudności w wykonaniu intubacji na trupie; sądzę więc, że w odwrotnych warunkach to samo być musi, dlatego też ćwiczenia na trupach, według mnie, nie są niezbędne.

Większej wagi jest ta okoliczność, że lekarz, wykonywający intubację, powinien być przygotowany do tracheotomii, na co zwracają uwagę wszyscy prawie autorowie. W chwili wprowadzania rurki do krtani i tchawicy może się wydarzyć bardzo poważna komplikacja, mianowicie: zsuniecie błon do dolnego odcinka ichawicy i nagle zaduszanie chorego, z tego to głównie względu, pomijając już inne, powinniśmy być zawsze przygotowani do tracheotomii i o ewentualnej jej potrzebie uprzedzić rodziców.

Lekarz, rozpoczynający praktykę intubacyjną, starać się powinien o zachowanie ligatury, na której umocowaną bywa rurka; szczególniej przestrzegać to powinien, póki nie nabierze dostatecznej wprawy w ekstubacji instrumentem, co, jak to wykazała nasza obserwacya VII [przegryzienie ligatury], jest konieczne, tembardziej, że akt ekstubacji jest trudniejszy, niż akt intubacji. We wszystkich moich przypadkach pozostawiałem ją, przyklepiając ligaturę do policzka za pomocą plastra lepkiego.

Na przyszłość także starać się będę o zachowanie ligatury, gdyż ma to może bardziej dobrą stronę, niż złą. Dobra strona polega na tem, że dajemy możliwość dokonania ekstubacji osobie dozorującej dziecko.

Konieczność szybkiej i naglej ekstubacji zdarzyć się może każdej chwili i to wówczas, gdy bądź gęstym śluzem, bądź oderwanymi błonami światło rurki nagle zatkanem zostanie; wówczas dziecko w jednej chwili sinieje i dusić się poczyna, pociągnięcie za podwiązkę i wydobyte tym sposobem zatkaney rurki, ratuje dziecko od niechybnej śmierci [potwierdza to nasza obserwacya VIII]. Z tego to powodu pozostawienie podwiązki uważam za niezbędne w praktyce prywatnej, gdzie umiejętna pomoc lekarska w każdej chwili zapewnioną być nie może. Zdarzyć się może, że dziecko, żując, przegryzie nitkę, natenczas ekstubacya tylko przez lekarza za pomocą instrumentu, ekstubatora, lub też nawet w braku takiego palcami, jak to wykazuje nasza obserwacya VIII, wykonaną być może.

Aby uniknąć przegryzienia nitki u dzieci, które przeszły okres zębowania, starałem się podwiązkę przesunąć przez szparę pomiędzy sąsiednimi zębami, nie zawsze jednak istnieją po temu odpowiednie warunki. Możliwość podwiązkę za pomocą rurki BELLOC'a przeprowadzić przez kanał nosowy i wówczas umocować ją na policzku, lecz w takim razie ekstubacya także tylko przez lekarza mogłaby być wykonaną, cel więc pozostawienia podwiązki byłby chybiony. Ujemną stroną pozostawiania podwiązki przedstawia możliwość wyciągnięcia rurki przez samo dziecko niedostatecznie strzeżone. Dlatego też małym bardzo dzieciom należy ręce krępować, starsze zaś dzieci tak doskonale odczuwają i rozumieją, jaką im ulgę intubacya sprawiła, że wystarcza pilne przestrzeganie dziecka, aby go uchronić od samo-ekstubacji.

Rozumie się, że od bacznosci dozorującego dużo zależy, szczególniej w pierwszych chwilach po dokonanej intubacji, gdyż wówczas refleksyjnie dziecko chwycić może za ligaturę.

Jednym z najpoważniejszych zarzutów, stawianych intubacji przez jej przeciwników, są trudności w karmieniu dzieci intubowanych. Trudności te, aczkolwiek istnieją, na podstawie jednak własnego doświadczenia uważam je za przesadne, a wynikające jakoby z nich wielkie niebezpieczeństwo częstego powstawania zapalenia płuc zachłyskowego, jak to zobaczymy poniżej, uważać należy za nieuzasadnione.

Po intubacji chorzy zwykle z trudnością polykać mogą szczególnie pokarmy płynne, które łatwo przez rurkę dostają się do tchawicy i wywołują mocne krztuszenie. Z tego powodu zalecane są pokarmy papkowate, które nieco łatwiej bywają przelykane. Z powodu tych trudności polećcane jest również odżywianie dzieci za pomocą zgłębnika żołądkowego, lawatyw, lub też karmienie w pozycji leżącej z głową nieco zwieszoną.

W pierwszych własnych przypadkach, pomnąc na przestrogi różnych autorów i stawiane przez nich widmo możliwości powstawania zachłyskowego zapalenia płuc, powstrzymywałem się, o ile możności, od podawania dzieciom intubowanym napojów, zalecając im lawatywy odżywcze i pokarmy papkowate.

W następnych jednak przypadkach przekonałem się, że chorzy stopniowo nabierają wprawy w polykaniu płynów, jak się słusznie wyraził prof. JAKUBOWSKI: „wyrabiają sobie pewną metodę zręcznego przelykania pokarmów“.

Powstawanie zapalenia płuc zachłyskowego po intubacji, jak to z odnośnej literatury widać, najzupełniej jest przesadzone.

Przedewszystkiem większość autorów zaznacza, że w ogóle zapalenie płuc po intubacji nie zdarza się częściej, niż po tracheotomii. Tego przekonania jest O'DWYER, RAUBE. MOMIŁOWSKI na podstawie materiału sekcyjnego z kliniki krakowskiej również dochodzi do tego przekonania.

Z dostępnej mi literatury przytoczyć mogę tylko jeden przypadek THIERSCHE'a, który u dziecka tracheotomowanego po intubacji znalazł przy badaniu pośmiertnym w płucu ognisko zgorzelinowe, lecz i w tym przypadku zachodzi wątpliwość co do genezy tego ogniska, gdyż rana tracheotomijna zakażona była dyfterytem, połączonym z rozpadem; tu więc mogło być źródło ogniska zgorzelinowego.

Niestety, nie rozporządzam własnym doświadczeniem sekcyjnym, opierać się tylko mogę na obserwacji klinicznej, sądziłbym jednak, że, właśnie mając na uwadze możność zachłystywania się, lepiej jest podawać chorym pokarmy płynne, które łatwiej chyba uledez mogą wchłonięciu w tchawicy i oskrzelach, niż ciała stałe służące do przygotowywania pokarmów papkowatych.

Wszak w ostatnich czasach proponowano wprowadzać do ustroju leki płynne przez tchawicę. Wreszcie nie należy zapominać, że utrudnione lykanie nie zależy tylko od obecności rurki intubacyjnej, a spowodowane być może rozległością i nateżeniem błonicy w gardzieli, jak również obrzmieniem tylnej ściany krtani.

Na tem kończę uwagi, jakie mi nasunęła własna obserwacja. Dziesięć przypadków nie upoważnia do decydowania o ważności intubacji, jako rękoczynu w ogóle i metody pomocniczej w leczeniu dławca, zaznaczyć tu tylko mogę to osobiste przekonanie, do jakiego doprowadziło mnie własne doświadczenie.

1) Intubacja w dławcu u dzieci stosowaną być winna. W niektórych przypadkach wynika konieczność stosowania następczej tracheotomii.

2) Dokładna kliniczna obserwacja i zastosowanie laryngoskopu w celach dyagnostycznych dać mogą podstawę do wyrobienia wskazań dla intubacji i szerszego jej zastosowania.

3) W zwężeniach górnych dróg oddechowych na tle cierpień przewlekłych intubacja powinna znaleźć zastosowanie i z czasem zastąpić inne metody dylatacyjne.

L I T E R A T U R A.

1) J. SĘDZIAK. Intubacja krtani. [Gazeta Lekarska. Nr. 45. 1889]. — 2) Prof. JAKUBOWSKI. Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii i intubacji krtani metodą O'DWYER'a. [Gazeta Lekarska. str. 682 i 710. 1891]. — 3) S. MOMIDŁOWSKI. O intubacji w dławcu. [Przegląd Lekarski. Nr. 22, 23 i 25]. — 4) Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. 1889, 1890, 1891, 1892 i 1893. — 5) J. MOUNT BLEYER. A record of the results of five hundred and twelve cases operated on between 1886 and the present year. [Archives of Pediatrics. March. 1891]. Wyniki 512 przypadków intubacji krtani za czas od 1886 do 1891 r., referat. Kronika Lekarska Nr. 1. str. 42. 1892. — 6) L. KRAUSE. 200 przypadków tracheotomii przy krupie i dyfteryście u dzieci. [Gazeta Lekarska. Nr. 23—26]. — 7) J. BÓKAL. Bericht über die in der Diphterie-Abtheilung des Stefanie-Kinderspitals in Budapest vollführten Intubationen [Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band. XXXV. Hef. 1 u. 2]. — 8) Archiv für Kinderheilkunde. Band. XV. I. u. Heft. Referate. — 9) SCHEIER. O intubacji krtani według O'DWYER'a. [Therapeutische Monatshefte. I. H. 1893. Referat. Przegląd Lekarski. Nr. 21. 1893]. — 10) S. SCHWEIGER. Die Intubation bei diphterischer Larynxstenose. [Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XXXVI. 3 Heft].

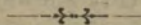
III. KILKA PRZYPADKÓW GORĄCZKI GRUCZOŁOWEJ

(*Drüsenfieber*)

U D Z I E C I.

Przez

Szczęsnego Bronowskiego.



Chorobę, o której mówić zamierzam, zaczęto rozpoznawać od bardzo niedawna. Pierwszy E. PFEIFFER na zjeździe lekarskim w Wiesbadenie wygłosił odczyt o nowej chorobie, ochrzczonej przez niego mianem: „*Drüsenfieber*“; także zakomunikował swoje spostrzeżenia O. HEUBNER. Następnie D-r STARK z Kielu opisał kilka przypadków gorączki gruczołowej, przyczem podaje wyczerpujący rozbiór krytyczny etyologii tej choroby. W ostatnich czasach lekarz KISIEL [1892 r.] miał odczyt o niej w Towarzystwie pedyatrów w Moskwie. Więcej, o ile mi wiadomo, ani u nas, ani za granicą o niej nie pisano, jeżeli nie wspomnieć o pracy NEUMANN'a, w której autor opisuje 27 przypadków choroby u bardzo małych dzieci. Spostrzeżenia te kwalifikują się bardziej do kategorii zwykłych zapaleń gruczołów, które nie doszły do ropienia. Praca RAUCHFUSS'a jest również nie dość wyczerpująca. E. PFEIFFER opisuje chorobę tę w następujący

sposób: chorują przeważnie dzieci od 5—8 lat, rzadziej młodsze. Nagle zjawia się silny stan gorączkowy, ogólne osłabienie, częste wymioty, w gardzieli nieznaczne zaczerwienienie bez plam i nalotów, wątroba i śledziona powiększone, w innych narządach nic nienormalnego. Przy badaniu szyi okazuje się, że gruczoły są znacznie powiększone, tak podszczękowe, jak i gruczoły leżące po za tylnym brzegiem mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, również i na karku. Gruczoły przy dotykaniu są bolesne. Obracanie głowy jest również bolesne. Łykanie jest trochę utrudnione. Gorączka trwa często tylko jeden dzień, czasami daleko dłużej [to też dzieli autor gorączkę gruczołową na ostrą i przewlekłą]. Zjawiają się silne bóle przy dotykaniu między pępkiem i spojeniem łonowym, nieżyt nosa, lekkie pobudzenie do kaszlu. Bóle między pępkiem i spojeniem łonowym, przypuszcza autor, zależą od obrzmienia gruczołów krezkowych, pobudzenie zaś do kaszlu, bóle przy łykaniu—od obrzmienia gruczołów pozakrtańowych i pozagardzielowych, chociaż on sam nigdy tego obrzmienia nie stwierdził, zarówno jak nie widział obrzmienia gruczołów pachwinowych i pachowych. Choroba zawsze daje pomyślne rokowanie, następezego ropienia gruczołów nigdy nie widział. Uderzająca bledź pozostawała przez czas dłuższy. W samym początku choroby przy rozpoznawaniu można myśleć o jakimś ciężkim zakażeniu, ale obrzmienie gruczołów szyjowych od razu powinno wskazać lekarzowi właściwy punkt widzenia sprawy. Cztery przypadki spostrzegł autor w jednej i tej samej rodzinie z różnym nasileniem i czasem trwania choroby. To ostatnie przekonało autora, że ma do czynienia z zakaźną chorobą, chociaż nie decyduje, czy to jest sprawa samoisna, czy też, może, postać poronna innych chorób zakaźnych.

O. HEUBNER jeszcze na zjeździe w Wiesbaden, uzupełniając odczyt PFEIFFER'a, mówił, że już od dawna, bo od roku 1879-ego, zna tę postać chorobową, gdyż wówczas zachorowało jego własne dziecko, które przedtem przebyło odry. 19-go dnia od początku odry, kiedy można już było dziecko uważać za zupełnie zdrowe, nagle ciepłota znowu się podniosła do 38,4°C., zjawił się nieżyt nosa i zaczerwienienie gardzieli, a następnego dnia obrzmienie gruczołów, leżących z lewej strony pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym, ból przy ruchach obrotowych głowy, skrzywienie jej na lewo. Stan ten trwał dni 10, przy ciepłocie 39° C. z nieznacznymi spadkami. Gdy z lewej strony powyższe objawy ustąpiły, wówczas zjawiło się obrzmienie gruczołów na prawej stronie, przyczem gorączka trwała sześć dni. W końcu sprawa się przeniosła znowu na lewą stronę i po czterech tygodniach nastąpiło zupełnie wyzdrowienie. W innych przypadkach [dwóch] HEUBNER spostrzegł powikłanie ostrem zapaleniem nerek, przyczem w jednym z nich przy krwawym moczu nastąpił obrzęk całego ciała. W jednym przypadku widział na ciele wysypkę, podobną do pokrzywki, w każdym razie niepodobną do szkarlatyny, odry lub ospy, tembardziej, że po roku to samo dziecko chorowało na szkarlatynę.

Spostrzegł też nieraz i następcze ropienie gruczołów. Nie bywało ani powiększenia wątroby, ani obrzmienia śledziony. Po pierwszych spostrzeżeniach uważał tę chorobę za miejscową, ale teraz, szczególnie wobec spostrzeżeń PFEIFFER'a [wątroba i śledziona powiększone] i swoich [powikłanie zapaleniem nerek], uważa ją za ogólną. Co do pracy STARK'a, to, pomijając opis choroby,

zwrócę tu uwagę na szczególną, podaną przez autora, przypuszczalną przyczynę gorączki gruczolowej. Autor ten zaznacza, że u dzieci chorych było zawsze zaparcie stolca; w tem właśnie zaparciu chce widzieć źródło takiego zakażenia. Na dowód tego wspomina, że wielu chorych, przypominających obraz tyfusu, odsyła się na stosowne oddziały szpitalne, tymczasem po obfitem przeczyszczeniu chorzy zdrowieją. Dalej autor zwraca uwagę, że niektórzy mali pacyenci, cierpiący na zaparcie stolca, wykazują pewne usposobienie do chorób skórnych, szczególnie do wysypek pokrzywkowych, co również się zdarza i przy innych zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych. Te właśnie substancje trujące, tworząc się w kanale kiszki, mogą w pewnych razach drogą drażnienia spowodować obrzmienie gruczolów krezkowych, lub w dalszym ciągu powiększenie wątroby, śledziony, wreszcie ostre zapalenie nerek. Ale, żeby tą drogą powstawał obrzęk gruczolów szyjowych, autor nie przypuszcza. Myśli więc razem z PFEIFFER'em, że trzeba szukać bliższego miejsca wdrażenia zarazki; i w samej rzeczy, w większości przypadków u swoich chorych znajdował obrzmienie i przekrwienie gardła. Dalej zaznacza, że często nawet nieznaczne zapalenie gardła powodują ciężkie objawy chorobowe z wystąpieniem zapalenia nerek, i przypuszcza, że we wszystkich przypadkach tak zwanej gorączki gruczolowej źródłem i powodem zakażenia jest mniejsza lub większa „*angina tonsillaris*“. Pozwolę sobie w końcu przytoczyć kilka swoich spostrzeżeń, rzucających trochę światła na tak zwaną gorączkę gruczolową.

Wszystkich przypadków omawianej choroby, obserwowanych przezemnie w ciągu dwóch lat ostatnich, miałem 5. Szczegółowiej opiszę tylko dwa, zasługujące na uwagę, inne — pobieżnie.

Przypadek I. Ludka R., 9 lat, córka służącej, w nocy nagle zapadła na silną gorączkę. Przedtem w dzieciństwie przechodziła odrę, często chorowała na gardło i miała stale powiększone migdały i gruczoły podszczękowe [znałem pacyentkę oddawna]. Nazajutrz badanie wykazało: ciepota 40,3° C., lekkie zaczerwienienie gardła, lekki nieżyt nosa. W płucach bezwarunkowo nie szczególnego się nie spostrzeża. Język obłożony, brzuch wzdęty, wyraźnie bolesny na całej przestrzeni podpepkowej aż do spojenia łonowego. Śledziona wyraźnie wyczuwalna, tępość jej sięga do VII-go żebra. Wątroba powiększona. Mocz nie zawiera białka. Gruczoły podszczękowe, jak również i leżące poza tylnym brzegiem mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego są silnie powiększone, bolesne przy dotyku. Chora się uskarża na ból głowy, ból przy łykaniu, przytem lekki, suchy, gardzielowy kaszel i zaparcie stolca. Ogólny stan wyraźnie tyfusowy, rozłamanie ogólne. Pomimo zastosowania kalomelu, jako środka czyszczącego, i następnie salolu, choroba dalej trwa w tej samej mierze. Gorączka wieczorami dochodzi do 40° C., rankami do 39° C., po trzech dniach wieczorami 39°, rankami do 38° C. Po pięciu dniach chora zaczyna mieć łaknienie, choroba ustępuje, wątroba i śledziona dochodzą do normalnych rozmiarów, bóle brzucha znikają, stolec prawidłowy, gruczoły stale powiększone. Chora znacznie osłabiona. Jeszcze po dwu dniach, to znaczy po dniach siedmiu od początku choroby, zupełnie niespodziewanie następuje obrzmienie i silne nacieczenie górnej i dolnej powieki lewego oka, gałka oczna nie zajęta. Przy dotykaniu silny ból, szczególnie na wewnętrznej stronie powieki górnej około nosa. W dalszym ciągu występuje nastrzyknięcie łącznicy gałki ocznej, ruchy oka ku wewnątrz są utrudnione; pojawiło się też zaciśnięcie powiek. Wezwany przezemnie kol. GARLIŃSKI stwierdził *pericystitis lacrymalis* z prawdopodobnym zejściem w ropienie. Rzeczywiście po pięciu dniach zebrał się ropień na wewnętrznej stronie oczodołu koło nosa. Ropę wypuścił kol. GARLIŃSKI. Od tego czasu nastąpiło szybkie zdrowienie.

Przypadek II. W sierpniu tego roku na wsi w gub. Witebskiej wezwano mnie do chłopca 6-letniego. Brat i siostra natenczas przebywali szkarlatynę. Gorączka dochodziła do 40° C. z nie-

znacznymi rannymi spadkami, lekkie zaczerwienienie gardzieli, w płucach nie szczególnego, brzuch wzdęty, bolesny wszędzie przy dotyku, wątroba i śledziona silnie powiększone, skóra czysta, język czerwony, zlekką obłożony, gruczoły podszczekowe, szyjowe pod mięśniami mostko-obojęczyko-sutkowym, jak również przed i poza wyrostkiem sutkowym silnie powiększone i bolesne, szczególnie po stronie prawej. Ślinianka przyuszna zlekką też obrzmiła. Na razie myślałem naturalnie, że mam do czynienia ze szkarlatyną. Drugiego dnia stan taki, jak poprzednio; w moczu już wykryłem białko i zwróciłem uwagę na wielką [wielkości srebrnej złotówki], czerwoną krostę, prawdopodobnie traumatycznego pochodzenia, w okolicy prawej kości łicowej. Powiedziano, że przed 5-ciu dniami chłopak został uderzony przez kolegę kijem w twarz. Po 4-ech dniach gorączka się zmniejsza, po 6-ciu dniach zupełnie ustępuje, zarówno jak i inne objawy chorobowe, śledziona i wątroba też się zmniejszają, natomiast gruczoł przyuszny znacznie obrzmiewa, następnie występuje w głębi chełbotanie. Po 12-u dniach od początku choroby wypuściłem dużo ropy, po czem chory zupełnie wyzdrowiał.

Przypadki III i IV tyczą się dzieci lat 3-ech i 4-ech. Na 16-ty dzień po przebytej odrze razem z gorączką wystąpiło obrzmienie wątroby, śledziona, gruczołów szyjowych i karkowych po obu stronach. Bólów brzucha nie było. Postać i przebieg choroby były mniej więcej te same, jak to opisuje HEUBNER. Po 4-ech tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. Do ropienia gruczołów nie doszło.

Przypadek V widziałem w jesieni na ulicy Browarnej u dziecka lat dwóch po przebytej [u niego i w rodzinie] influenzy. Obraz choroby był mniej więcej taki sam, jak to opisuje PFEIFFER w szeregu przypadków ostrych. Choroba trwała tydzień, gorączka tylko dni dwa. Skończyło się wyzdrowieniem. Dodam, że dziecko to już w pierwszym roku życia podobno przechodziło odrę.

Teraz przejdę do krytycznego rozbioru przypadków opisanych przez PFEIFFER'a, HEUBNER'a, STARK'a i przezemnie. Najprzód co do rozpoznania. Otóż, w tej kwestyi PFEIFFER decyduje dosyć stanowczo. Zdaniem jego, przeciw tyfusowi brzuszemu przemawia wiele, szczególnie typ gorączki, brak biegunki, okresu zwiastunów, zapalenia oskrzeli. Na to wszystko nie zupełnie można się zgodzić, bo przeciwnie bardzo wiele przemawia za tyfusem, szczególnie w pierwszym tygodniu choroby, a mianowicie właśnie brak biegunki, nawet może typ gorączki. U moich niektórych chorych w pierwszych dniach gorączka miała typ ciągły. Jeżeli dołączymy do tego powiększenie wątroby i śledziona, stan ciężko gorączkowy, to będziemy skłonni do rozpoznania tyfusu.

Dalej PFEIFFER mówi, że możnaby chorobę uważać za błonicę poronną. Tymczasem brzmią gruczoły nie tylko sąsiednie z migdałami, ale i karkowe, można tedy tak samo przypuszczać odrę, ospę, lub szkarlatynę poronną, gdzie te gruczoły obrzmiewają często na wielkiej przestrzeni; ale na mocy dotychczasowych spostrzeżeń autor dotąd nie stanowczego nie może powiedzieć. Otóż, jak widzimy, nie mamy dotąd prawie żadnych podstaw do rozpoznania. Nie mówiąc już o gorączce, powiększeniu wątroby i śledziona, to nawet powiększone i bolesne gruczoły szyjowe i karkowe na wyżej opisanych miejscach nie dają zgola żadnych wskazówek, bo też bywają one często obrzmiłe przy różnych zapaleniach gardła, dyfteryie, szkarlatynie i innych chorobach, jeżeli zaś przy pomienionych sprawach nie notowano obrzmienia gruczołów koło wyrostka sutkowego i pod mięśniami mostko-obojęczyko-sutkowym, to może dlatego, że ich zwykle w tej okolicy się nie bada. Najwyżej może, przemawiałyby stanowczo za gorączką gruczołową bóle umiejscowione między pępkiem i spojeniem łonowym. Wogóle zaznaczę, że jeżeli po kilku dniach nie mamy nic stanowczego dla rozpo-

znania jakiejś choroby zakaźnej, szczególnie, jeżeli mamy prawie stałą gorączkę z zaczerwienieniem gardła bez żadnej wysypki na ciele, wczesne wystąpienie zapalenia nerek, przyczem i gruczoły wyżej pomienione powiększone i bolesne nawet po spadku gorączki, to trzeba się uciec do rozpoznania gorączki gruczołowej.

W końcu co do istoty choroby i jej etyologii. Otóż, PFEIFFER i HEUBNER stanowczo się zgadzają, że to jest choroba ogólna natury zakaźnej, przyczem HEUBNER nadmienia, że miejscem wniknięcia zarazka może być nos, gardziel, lub ucho średnie. Według STARK'a, źródło zakażenia leży w zaburzeniach kiszkowych. W końcu dochodzi on do wniosku, że prawdopodobnie są to przypadki „*anginae tonsillaris*“ ze szczególnie silnym przebiegiem. Przypadek HEUBNER'a, w którym u dziecka po roku wystąpiła szkarlatyna, przemawiałby niby przeciw niej, a w przypadku PFEIFFER'a przed dwoma laty miał być tyfus brzuszny.

W moim I i V-ym przypadku dzieci przedtem przechodziły odrę, w II-im właśnie pacjent zachorował w czasie domowej epidemii szkarlatyny, a w III-cim i IV-tym — pacjenci zachorowali po przebytej influenzy. Otóż, najprzód co do zdania STARK'a, który uważa zaparcie stolca za przyczynę choroby, chyba, że się z tem zgodzić nie można, bo w takim razie po zwykle stosowanych środkach czyszczących choroba musiałaby stale ustępować. To zaś, że dziecko przedtem albo potem zapadało lub zapadło na jakąś chorobę zakaźną, chyba nie powinno być powodem, abyśmy obecnie mieli gorączkę gruczołową, a nie pewną chorobę zakaźną, powtórnie powstałą.

Mój II przypadek usilnie każe myśleć, że miałem do czynienia z poronną szkarlatyną [epidemia], która się umiejscowiła w gruczołach i przez nie poniekąd była zatrzymana. Miejscem zaś wniknięcia zarazka była właśnie ranka, spowodowana obrażeniem. Takie sposoby wejścia zarazka, nawet szkarlatynowego, przez uszkodzone powłoki zewnętrzne, już nieraz opisywano. Wogóle kto wie, może nietylko jakiś pewny zarazek wywołuje tak zwaną gorączkę gruczołową, może ją mogą wywoływać różne zarazki, poczynając od zwykłych ropnych; odpowiednich badań bakteryologicznych dotąd nie zrobiono, chociaż NEUMANN u swoich chorych w ropniach znajdował streptokoki. O ile zaś mogę wnioskować z dotychczasowych spostrzeżeń, to najprędzejbym się zgodził, że tak zwana gorączka gruczołowa jest szkarlatyną poronną. Mój II-gi przypadek bardzo za tem przemawia. Fakty te, że stale różni autorowie obserwowali zaczerwienienie gardła, czasami białko w moczu, że STARK uważa gorączkę gruczołową za „*angina tonsillaris*“, chyba także przemawiają za mojem przypuszczeniem szkarlatyny poronnej. W literaturze znajdujemy jeszcze wyraźniejsze wskazówki. Oto, w roku 1888-ym D-r KORSAKOW wykazał, że czasami u dzieci po szkarlatynie, prawie zupełnie już zdrowych, zjawia się obrzmienie gruczołów szyjowych, a następnie zapalenie nerek; gruczoły szyjowe są bolesne, po 3-ech, 4-ech dniach występują objawy cierpienia nerek, a ciepłota ciała znacznie się wznosi. Co zaś do drogi, którą zarazek wnika do ustroju, to HEUBNER za taką uważa: nos, gardziel, ucho średnie; PFEIFFER nie wypowiada swego zdania. Mój I-szy przypadek widocznie wskazuje na miejsce wniknięcia zarazka, a mianowi-

cie albo na jamę nosogardzielową, z kąd zarazek mógł się przedostać do okolicy worka łzowego, albo bezpośrednio na worek spojówki. W II-im przypadku może zarazek wniknął przez powłoki zewnętrzne. Wogóle zarazek może wniknąć tak z zewnątrz, jak i z wewnątrz i stosownie do tego, na jaki ustrój natrafi, w który wniknie—pomijając może nawet i naturę zarazka—w którym się ulokuje, czyli inaczej, gdzie znajdzie dla siebie dogodniejszy albo mniej odporny grunt, będziemy rozpoznawali, być może, różne postacie choroby, poczynając od zwykłych zapaleń gruczołów. Na poparcie tego przypuszczenia przytoczę jedno spostrzeżenie PFEIFFER'a, gdzie on widzi chorobę bardzo zbliżoną do gorączki gruczołowej: przy umiarkowanej gorączce znajdował w tym przypadku wątrobę i śledzionę znacznie powiększone, białko w moczu, wysięk w jamie brzusznej, zależny podług niego od obrzmienia gruczołów kręzkowych, silną biegunkę, spowodowaną upośledzonym wchłanianiem, silne wychudnięcie, spowodowane gorączką i biegunką. Po 2—3-ech miesiącach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, co też odróżnia tę chorobę od „*tabes mesaraica*“. W tym przypadku PFEIFFER'a zarazek wniknął prawdopodobnie od wewnątrz i spowodował, że tak powiem, gorączkę gruczołową jamy brzusznej. Wreszcie przypuszczam, że jeżeli gorączka gruczołowa ma określać pewien zbiór objawów, to może mieć rację bytu w klasyfikacji chorób, jeżeli zaś ma oznaczać zupełnie odrębną istotę choroby, to chyba w przyszłości nazwa ta zamieni się na stosowne nazwy innych chorób zakaźnych. Roztrzygną tę kwestyę dalsze spostrzeżenia i badania bakteriologiczne.

20 marca 1893 r.

L i t e r a t u r a.

PFEIFFER. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. XXIV. 1889, str. 257. — HEUBNER. Ibidem. Bd. XXIX, str. 264. — STARK. Ibidem. 1890. Bd. XXXI, str. 454. — RAUCHFUSS. Ibidem, str. 461. — KISIEL. Medic. Obozrienje. Nr. 2 1893, str. 137. — KORSAKOW. Medic. Obozrienje. 1888 god. Nr. 22, str. 926.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

120. L. Chabbert. O chorobie t. zw. „tik“ (*maladie des tics*).

Sprawa powyższa zawiera cztery spostrzeżenia nad chorobą, zwaną przez francuzów „*maladie des tics*“. Autor skreślił w niej bardzo dokładny obraz choroby i podał zarazem kilka ciekawych uwag co do etyologii, symptomatologii i dyagnozy tego cierpienia.

Pierwsze dwa spostrzeżenia dotyczą: kobiety, lat 42, oraz jej syna, lat 19: Tiki u matki i u syna istniały razem z histeryą. W 9-tym roku życia matka została uderzoną w lewy policzek kopytem; wtedy to po raz pierwszy wystąpiły skurcze konwulsyjne dolnej części mięśnia okrężnego powieki lewej i napady histeryczne. U syna uraz nie miał miejsca w etyologii cierpienia. Matka dziedzicznie nie była obciążona; u syna dziedziczność przejawiała się tak drgawkami, jak i histeryą, a nawet ze strony ojca komplikuje się bardzo poważnymi objawami. W obu przypadkach drgawki były umiejscowione i ograniczone tyl-

ko do kilku włókien mięsnych, sąsiadujących z lewą gałką oczną; przytem włókna, bezpośrednio leżące pod bliznami, nie przyjmowały udziału w skurczach. U matki skurcze były oddzielone krótkimi przerwami, u syna dłuższymi. U matki drgawki trwają 33 lat; u syna wystąpiły zaledwie przed kilku miesiącami. Drgawkom towarzyszą zaburzenia psychiczne, matka ma manię wielkości, pewności siebie, syn idee prześladowcze, obawę dotyku. Wreszcie matka ma jeszcze bóle głowy, które jednakże poddają się niekiedy wpływowi woli. Z tych szczegółów widać, że drgawki ograniczone mogą dawać objawy właściwe drgawkom ogólnym; dlatego też autor jedne i drugie uznaje za objawy jednej i tej samej choroby.

Co do urazu, autor jest tego zdania, że powyższe dwa przypadki nie dadzą się wyjaśnić skurczem odruchowym, ponieważ w jednym z nich [u syna] skurcze powstały dopiero w 15 lat po wypadku, w drugim początek drgawek, prawda, zbiega się z samym wypadkiem, ale miejsce ich nie odpowiada ściśle bliźnie. Oprócz tego powyższe dwa przypadki wykazują, że histerya może istnieć razem z drgawkami ograniczonymi, podobnie jak u chorych z ogólnymi drgawkami.

Spostrzeżenie trzecie, tyżące się kobiety lat 44, niezamężnej, zawiera wszystkie cechy charakterystyczne dla „*maladie des ties*“, mianowicie: drgawki ogólne, koprolalia, echolalia, echokinezia i zaburzenia inteligencji. Matka i ojciec chorej nie podlegali tego rodzaju zaburzeniom, ojciec oddawał się rozmaitym nadużyciom *in Baccho*, co było przyczyną, iż chora jest nierozwiniętą fizycznie i pomimo lat 44 ma wygląd młodej dziewczynki. Koprolalia występowała pod dwiema postaciami: albo wyrazy sprośne były wymawiane głosem zdławionym, głośnym podczas ruchów konwulsyjnych, albo szeptem cicho w chwilach wolnych od wszelkich skurczów. Echolalia była także głośna i cicha: jedna i druga nie łączyły się z drgawkami. Echokinezia występowała tylko podczas samego napadu drgawek.

Czwarte spostrzeżenie dotyczy dziewczynki lat 12½, u której najwybitniejszym objawem są drgawki ogólne, zjawiające się prawie we wszystkich mięśniach, niezależnie od woli, w rozmaitych położeniach ciała. Prócz tego, chora miała stygmaty histeryczne, jakoto: zwięźenie dośrodkowe pola widzenia prawego oka, zmysł słuchu, smaku, powonienia przytępiony także z prawej strony; zaburzenia czucia; zmysł mięśniowy zmniejszony tylko z prawej strony, odruch gardzielowy i łącznicy zniesione. O płasawicy w danym razie, zdaniem autora, może być nie może z następujących względów:

Ruchy płasawicze odznaczają się powolnością, są bezcelowe i występują tak podczas czynności, jak i snu; płasawica rozwija się na gruncie dziedzicznym, przygotowanym przez histeryę lub gościec; początek jej zaznacza się pewnymi zmianami charakteru i przytępieniem umysłu; u dzieci trwa zwykle od 2—4 miesięcy, wyjątkowo tylko czas dłuższy. Tymczasem u chorej skurcze zjawiają się nagle, nie ograniczają się do pewnej grupy mięśni, ale dotyczą całej kończyny, są jakby celowe, różnią się od tych ostatnich jedynie niezależnością od woli, przytem drgawki nie trwają ciągle: w czasie spokoju chora pisze bardzo czytelnie, bez zygzaków, właściwych pismu płasawiczemu. Wśród przodków chora posiada jednego z demencyą, sześciu paralityków, ale ani jednego z goścem; w samych początkach choroby nie było zboczeń ani w inteligencji, ani w charakterze. Ruchy trwają od sześciu lat bez przerwy. Autor nie może również się zgodzić, ażeby drgawki owe były natury histerycznej, gdyż w takim razie cechowałyaby je pewnego rodzaju jednostajność, prawidłowość; przytem drgawki histeryczne znikają podczas snu, mogą być zmienione, albo nawet powstrzymane przez zmianę pozycyi, ucisk zony (*zone spasmus-frénatrice*); występują zwykle wskutek strachu lub urazu najczęściej u ludzi dojrzałych, wyjątkowo tylko u dzieci.

Tymczasem w danym przypadku skurcze nie są jednostajne, zjawiają się w rozmaitych odstępach czasu, podczas snu nie ustępują; zmiana pozycji wcale na nie nie wpływa; po raz pierwszy wybuchły w 6 roku życia, prawda, wskutek strachu, ale potem chorą spotkały dwa inne wzruszenia, nie słabsze od pierwszego, jednakże ruchy nie znikły, nawet nie zmniejszyły się, jak to zwykle ma miejsce w histeryi, przeciwnie pozostały w całej swej sile. Chora następnie leczyla się w przeciągu 6-ciu miesięcy żelazem i hydroterapią bez najmniejszego skutku.

Wobec tego autor rozpoznaje w danym przypadku *maladie des tics*. Według CHARCOT'a, GILLES DELA TOURETTE'a i GUINON'a, jest to choroba dziedziczna, rozwijająca się na gruncie psychopatycznym, zwykle w młodym wieku wskutek urazu lub gwałtownego wzruszenia, cechująca się ruchami mimowolnymi i różnymi zaburzeniami układu nerwowego. Skurcze w początkach ograniczone, umiejscowione, rozprzestrzeniają się następnie po całym ciele, występują napadami, nieregularnie, z szybkością błyskawicy. Skurczom także towarzyszą zaburzenia nerwowe, jakoto: kopolalia, echolalia, echokynezia i zaburzenia inteligencji w postaci *idées fixes* i obawy dotyku. Wszystkie te dane są mniej lub więcej wyrażone u ostatniej chorej. Dziedzicznie obciążona, sama nawet odznacza się pewną asymetrią twarzy. Choroba wybuchła w młodym wieku wskutek wzruszenia; najprzód dotknęła prawą rękę, twarz, i następnie skurcze wystąpiły i w innych kończynach i na tułowiu, zjawiają się napadami z przerwami niejednakowymi, jednocześnie z drganiem nóg. Sam skurcz w początkach błyskawiczny, później powolniejszy, pod koniec znów raptowniejszy, stopniowo znika w postaci wstrząśnień coraz słabszych. Echolalię, jaką chwilami dotknięta jest chora, spotyka się według CHARCOT'a tylko w owej „*maladie des tics*”. A więc chora ta posiada „*maladie des tics convulsifs*” ze stygmatami histerycznymi, czyli, że jest jednocześnie histeryczką i „*tiqueuse*”. Takie połączenie dwóch nerwic u jednego osobnika spotyka się często.

Każdy z powyższych czterech przypadków posiadał pewne szczegóły, dotyczące się przyczyny, objawów i rozpoznawania „*maladie des tics*”, wszystkie zaś razem dają dokładne pojęcie o istocie cierpienia.

(*De la maladie des tics. Tics, chorée, Hysterie etc.*). Tomasz Staweno.

121. I. Noir. Studya nad tikami (*tics*).

Po nazwą tików „*tics*” rozumiemy mimowolne, nagłe skurcze jednego lub kilku mięśni, skurcze, przedstawiające się najczęściej w postaci jakiegoś gestu lub odruchu; skurcze te mogą być powstrzymane wolą. Zresztą dokładne określenie nazwy „*tic*” jest niezmiernie trudne; do tików należą stany chorobowe, tworzące cały łańcuch, a stanowiące przejście od zjawisk czysto ruchowych, do zjawisk czysto psychicznych. Z pośród tików autor wyróżnia następujące grupy: tiki konwulsyjne (*tics convulsifs*), tiki koordynowane (*tics coordonnés*), chorobę tików (*maladie des tics convulsifs*), tiki psychiczne (*tics purement psychiques*).

Zwyczajny „*tic convulsif*” przedstawia się w postaci mimowolnych skurczów jednego mięśnia lub pewnej ściśle ograniczonej grupy mięśniowej i zajmuje najczęściej mięśnie powiek, mięśnie podnoszące skrzydło nosa i podnoszące kąt ust. Powstają tym sposobem częste mimowolne ruchy automatyczne: mruganie, uśmiechanie się i niuchanie. Punktem wyjścia dla powstania takich drgań (*tics*) są zazwyczaj stany podrażnienia lub zapalenia: np. *blepharitis*, zbyt długie rzęsy, przewlekły nieżyt nosa, zranienie kąta ust, które u osobników nerwowych i usposobionych dziedzicznie warunkują powstanie — nawet po usunięciu przyczyny — mimowolnych skurczów. Drganie, ograniczone do jednego mięśnia lub małej grupy mięśniowej, z biegiem czasu u osobników wrażliwych może się rozprzestrzenić na grupy sąsiednie i do drgania powieki dołączają się skurcze mimowolne mięśni czoła, piramidalnych nosa, albo na mięśnie synergiczne, tak, że drganie pierwotnie istniejące tylko w jednej powiece zajmuje po pewnym czasie drugą. Np. u je-

dnego z chorych autora zjawiały się nagle szybkie, mimowolne skurcze mięśni okrężnych oczu i mięśni czołowych. W postaciach większego natężenia spostrzegamy obok skurczów mięśni sąsiednich i skurcze mięśni oddalonych; np. u chorego zjawia się napadowo częste mimowolne mruganie oczami i jednocześnie nagle, krótkotrwałe podnoszenie ramion, a nieraz oprócz tego i skurcze skóry głowy.

Rozpoznanie drgania konwulsyjnego jest bardzo łatwe: nie należy jednak brać je za jedno z t. zw. „tics douloureux“ twarzy: tiki konwulsyjne są to skurcze mięśniowe, niebolesne, a tiki bólowe są to napady nerwobólu twarzowego. Ruchy choreatyczne są wolne, nie raptowne.

Istnieją jednakże przypadki, które autor zalicza także do grupy tiku konwulsyjnego, a które, mając dużo cech wspólnych z nimi, posiadają pewne cechy szczególne, zbliżające je do innego działu cierpień nerwowych. Jeden z tych przypadków opisuje autor pod nazwą: „ogólne wstrząśnienia elektryczne“ (*secousses électriques généralisées*), drugi pod nazwą: „pseudoatetoza“. W pierwszym przypadku 9-letni chłopiec cierpiał na częste raptowne wstrząśnienia całego ciała, szczególnie tułowia i jednocześnie na drgawki w twarzy, podnoszenie ramion. Chory mógł opanowywać wolą te mimowolne ruchy. Ruchy twarzy przedstawiały niewątpliwie typowy „tic convulsif“, wstrząśnienia tułowia można by nazwać „*paramyoclonus multiplex*“. Co do tej ostatniej choroby, to także nie mamy cech, wyróżniających ją stanowczo od innych cierpień, *resp.* od tików i dlatego w podobnie złożonych przypadkach, jak streszczony, rozstrzygnąć ostatecznie pytania nie można.

W drugim przypadku dziewczynka 10-letnia, dotknięta w początku życia prawostronną hemiparezą, przedstawiała napady drgań w twarzy; szczególnie u prawego kąta ust, i drgania w rękach i palcach, bardzo podobne do atetotycznych; jednakże drgania te były o małej amplitudzie, szybkie i chora mogła je bardzo łatwo powstrzymać wolą. W porażeniach mózgowych u dzieci atetoza w członkach porażonych jest zjawiskiem częstym i ruchy te jednakże trwają stale [a nie napadowo, co miało miejsce u owej chorej], nie można ich powstrzymać wolą, nawet przy ruchach dowolnych mogą się one wzmacniać.

Tiki koordynowane przedstawiają inny obraz, niż tiki zwyczajne konwulsyjne. Do grup koordynowanych należą bardzo oryginalne zaburzenia ruchowe w postaci rytmicznego wahanania tułowia, lub kręcenia głową, ruchów uderzania i t. d., którym niektórzy autorowie nadają nazwę „*kinomania*“. Tiki koordynowane są to mniej lub więcej złożone ruchy, przedstawiające ruchy zwykle wykonywane przez ludzi. Autor dzieli je na „zwyczajne tiki koordynowane (*tics coordonnés simples*)“ i „wielkie tiki koordynowane (*grands tics coordonnés*)“. Z tikami konwulsyjnymi tiki koordynowane mają tę cechę wspólną, że są zależne od woli; różnią się zaś swoim długim trwaniem [ruchy te mogą bez przerwy istnieć kilka godzin] i brakiem raptowności. Tiki koordynowane najczęściej spostrzegamy u ciężkich idiotów wskutek sklerozy mózgu lub przewlekłego zapalenia opon. U chorych może istnieć od razu kilka tików koordynowanych, lub też obok tiku koordynowanego tik konwulsyjny. Z opisywanych przez autora przypadków, np. jeden młody 8-letni idyota przedstawiał podczas siedzenia ciągłe wahanie tułowia naprzód i w tył, a na prawo i na lewo podczas leżenia.

Kilku innych cierpiało jednocześnie na wahanania tułowia i głowy. Kinomani przedstawiali znowu inne ruchy: jedni uderzali się ciągle pięścią w czoło, lub policzek, inni bili głową o ścianę, trzeci drapali sobie twarz, jeszcze inni gryźli za wzięcie swe ręce. U takich idiotów można spostrzegać blizny, keloidy, nieraz rany, a jeden z chorych autora przez ciągłe gryzienie tenaru nabawił się ciężkiej flegmony dłoni. Autor badał u tych kinomanów czucie i znalazł je normalnem; widocznie wykonywanie różnych bolesnych ruchów sprowadza im pewną przyjem-

ność, czy też pozbawia ich innych niemiłych sensacyi. Mimo że kinomani nie płaczą, zadając samym sobie ból, oddziaływają oni jednakże na zewnętrzne bodźce bólowe.

Wszystkie te ruchy są rytmiczne. Istnieją jednakże jeszcze ruchy nierytmiczne, które autor nazywa: „małe zwyczajne koordynowane tiki”. Za przykład tych zaburzeń może posłużyć 8-letni chory, który miał częste raptowne skurcze mięśni podnoszących skrzydła nosa, górną wargę i skurcze mięśnia czołowego [tik konwulsyjny twarzy], a obok tego ciągle lizał palce prawej ręki i obcierał je ręką lewą. Drugi 8-letni idyota przedstawiał ciągle ruchy głową na prawo i na lewo, rodzaj ziewania z wyciąganiem języka i obok tego ruch powitania prawą ręką. Jeszcze bardziej złożony obraz przedstawiał 3-letni chłopczyk, który tupał nogą na znak zadowolenia, kładł się na ziemię, zakrywał twarz rękami, patrząc przez palce. Oprócz tego wahał się on naprzód i w tył, zazwyczaj wtedy, gdy inne dzieci to robiły.

Szczególony obraz, zresztą dość często spotykany, przedstawiają tiki koordynowane u ślepych: ruchy polegają wtedy na szybkim przesuwaniu palców przed oczami. Genezę takiego tik-u autor objaśnia w następujący sposób: ślepotą u tych chorych zazwyczaj nie bywa zupełną i siatkówka odczuwa w słabym stopniu wrażenia świetlne; otóż, szybkie przesuwanie palców przed oczami daje na przemian wrażenie światła i cienia i tik ślepego jest tylko szukaniem tego wrażenia.

Najciekawszą grupą tików koordynowanych są tak zwane przez autora wielkie tiki koordynowane. Ruchy te zjawiają się przeważnie u idyotów, dobrze rozwiniętych fizycznie, a głównym ruchem jest przedewszystkiem skakanie. Zazwyczaj chory nie skacze na rozkaz lekarza, i w ogóle ci pacjenci są nieposłuszni. Typowym osobnikiem tego rodzaju był trzynastoletni idyota, który skakał bardzo wysoko, a następnie bił się dłońmi po kolanach, niekiedy, skacząc, klaskał w ręce i śmiał się głośno. To skakanie przedstawiało prawdziwe napady: nieraz chory siedział spokojnie w kącie, kiwając się naprzód i w tył, na prawo i na lewo, skubiąc w kawałki papier i nagle ustawał, wydawał ostry krzyk, zaczynał się głośno śmiać i skakać wysoko, poczem biegł z jednego kąta sali do drugiego, bijąc kolana dłońmi i uderzając tułowiem o ściany. Napady skakania powtarzały się kilka razy na dzień.

Od tych skoczków „*sauteurs*“ różnią się znacznie t. z. wielkie tiki koordynowane złożone (*grands tics coordonnés complexes*). Osobnicy, dotknięci tem zaburzeniem, są to idyoci spokojni, posłuszni, ale pozbawieni woli, inaczej automaci, i prowadzą życie czysto wegetacyjne. Ruchy ciągle przez nich wykonywane są naśladowaniem ruchów widzianych niegdyś: ruchy te wykonywają spokojnie, bez podrażnienia. Dwie obszernie historye choroby, przytoczone przez autora, przedstawiają dokładnie ten rodzaj tików. Pierwszy chory, 19-letni idyota, wykonywał różne tiki koordynowane, a oprócz nich od czasu do czasu wykonywał obroty walca: przytem skłaniał głowę na prawo lub na lewo i walcował z wielką szybkością, robiąc ze 60 obrotów na minutę. Ostatnie obroty były najszybsze, poczem chory siadał, opuszczał głowę pomiędzy kolana i znowu zaczynał walcować. Oprócz tego przedstawiał tenże chory inne ruchy: np. zaczyna zgrzytać zębami i wykręcać palce, rusza rękami, jakby chciał złapać muchę, kładzie palce jednej ręki na drugą, następnie schyla się na ziemię, nieco skacząc i ciągle zgrzytając zębami. Przez chwilę kiwa się i rusza głową, tak, że z ruchów przypomina zupełnie niedźwiedzia. Wkrótce potem rozstawia nogi, odrzuca tułów w tył, głowę lekko przechyla naprzód, oczy kieruje skośnie, kładzie prawą rękę do kieszeni, a lewą przeprowadza wzdłuż uda, odwraca głowę z wyrazem pogardy. Następnie wyjmuje z kieszeni kawałek blachy, drapie nim lewą rękę, kładzie do ust i żuje przez chwilę i znowu kładzie do kieszeni. Zawołany, przy-

biega i staje przed lekarzem, na rozkaz przyjmuje najróżnorodniejsze postawy i t. d..

Choroba tików konwulsyjnych (*maladie des tics convulsifs*), inaczej zwana chorobą GILLES DE LA TOURETTE'a (*maladie de GILLE DE LA TOURETTE*), przedstawia odrębny obraz kliniczny. Choroba ta zaczyna się już w młodym wieku, najczęściej u osobników dziedzicznie obciążonych, umysłowo doskonale rozwiniętych, ale dziwacznych. Pierwsze objawy tej choroby przedstawiają się w postaci zwyyczajnego tików konwulsyjnego, do którego dołączają się wyraźne objawy psychiczne; ostatnie stopniowo dominują w okresie chorobowym. Zjawiska psychiczne, zachodzące podczas napadów tików, lub niezależnie od nich, polegają na powtarzaniu usłyszanego (*écholalie*), na wymawianiu pewnych słów, zwykle sprośnych (*coprolalie*), na naśladowaniu widzianych gestów (*échokinésie*). Tak, jeden z chorych opisywanych przez autora cierpiał na ciągłe mruganie i podnoszenie brwi; niekiedy głowę rzucał na bok i wtył, a przy najwyższym rozwoju tików kurczom ulegały ramiona, kończyny górne: podczas napadów chory zwykle wykrzykiwał „hon! hon!” Chory ten, 9-letni chłopczyk, był bardzo inteligentnym, i dobrze wychowanym; mimo to często podczas rozmawiania wymawiał spazmatycznie i szybko słowo „merde”. Chory zdawał sobie sprawę, że jest to słowo nieprzyzwoite i starał się, by go nie usłyszano; mimo to trudno mu było powstrzymać się od tego wykrzyknięcia.

Echolalia, koprołalia i t. d., nie zdarzają się jednak wyłącznie w chorobie GILLES DE LA TOURETTE'a; mogą one istnieć także u osobników cierpiących na tiki koordynowane, ale przypadki te autor nie zalicza do „*maladie des tics convulsifs*”. Ostatnia choroba stanowi odrębną nozograficzną jednostkę w grupie tików u osobników młodych, umysłowo i fizycznie dobrze rozwiniętych, ale dziedzicznie obciążonych; choroba stopniowo rozwija się i kończy zupełnym obłąkaniem. Taki przebieg odróżnia chorobę GILLES DE LA TOURETTE'a od innych cierpień, opisywanych w Ameryce pod nazwą „*jumping*”, w Rosyi „*myriachit*” i zaliczanych do „*maladie des tics convulsifs*”, a które autor streszczonego artykułu ściśle odgranicza od choroby GILLES DE LA TOURETTE'a.

Rzeczywiście „*jumping*”, „*myriachit*” nigdy nie przedstawia tików konwulsyjnych, a tylko niekiedy tiki koordynowane—wahanie się, kręcenie; chorzy są tu idyoci, wskutek organicznych cierpień mózgu; echolalia, koprołalia to mogą się zjawiać, to nagle znikać. Szereg podobnych przypadków opisuje dalej autor: są to takie same przypadki tików koordynowanych zwykłych lub wielkich, złożonych, jakie powyżej streściłem, ale powikłanych przez echolalię, koprołalię i echokinezyę, które powstawały w przebiegu cierpienia w wielu przypadkach. Tak pewien 12-letni ślepy idyota, siedząc, waha się ciągle naprzód i wtył, a wobec osób, z którymi nie obcuje, staje się echolalicznym. Lekarz pyta go się: „*qu'est-ce que tu as fait ce matin?*”, chory odpowiada: „*ce matin*”, na zapytanie: „*tu as garni le poêle?*”—odpowiedź: „*garni le poêle*”, na zapytanie: „*veux tu du pain?*”—odpowiedź „*du pain...*” i t. d. Gdy echolalia ulega poprawie, to chory powtarza pierwsze słowa zapytania, ale przerywa je i daje należyty odpowiedź. U niektórych takich idyotów mogą istnieć jednocześnie echolalia i echokinezya. Echolalia zdarza się szczególnie często u ślepych idyotów i widocznie powstaje dzięki zupełnemu brakowi rozwoju lub dzięki niedostatecznemu rozwojowi pamięci wzrokowej.

Tiki psychiczne stanowią ostatnie ogniwo w szeregu różnych tików: są to „*idées fixes*”, idee impulsyjne i t. d.. Te zjawiska należą już do działu chorób umysłowych, a nie do nerwowych. Element ruchowy w tych razach prawie albo zupełnie nie istnieje. Jako wstęp do grupy tików psychicznych, autor podaje obszerną historię idyoty, dotkniętego paraplegią spastyczną i cierpiącego na tiki konwulsyjne; u osobnika tego tik psychiczny wyrażał się manią policzkowania każdego, który się do niego zbliżył. Był to tak zwany „*gifleur*”. Podobny tik

psychiczny, ujawniający się zaburzeniami ruchowemi, przedstawiał pewien chory GILLES DE LA TOURETTE'a, który, usłyszawszy dźwięki muzyki, natychmiast zaczął gwałtownie tańczyć.

Przechodząc w zakończeniu swej pracy do omówienia etylogii, genezy i leczenia tików, autor zaznacza, że pierwszym czynnikiem etylogicznym jest dziedziczność, która rzadko bywa homologiczną (*hérédité similaire homologique*). Idyoci, dotknięci tikami koordynowanymi, najczęściej mieli rodziców pijaków; syfilis dziedziczny autor uważa za przyczynę bardzo rzadką. Płeć nie gra, zdaje się, wielkiej roli: mniej więcej na 100 dziewcząt i 100 chłopców idyotów lub epileptyków, tiki zdarzają się w 14%. Natomiast wiek ma duże znaczenie: tiki koordynowane zwykle nie zjawiają się u dzieci starszych nad 12—15 lat; wyjątek z tego pravidła stanowi tik konwulsyjny, który może zjawić się i u ludzi dorosłych. Choroba GILLES DE LA TOURETTE'a zaczyna się najczęściej w wieku dziecięcym lub młodzieńczym i ciągle postępuje naprzód.

Lokalizacja tików jest w ogóle ciemną. Tik konwulsyjny jest, według jednych autorów, zaburzeniem nerwów ruchowych, analogicznym z nerwobólami; inni [NOTHNAGEL] umiejscawiają tik nerwu twarzowego w rdzeniu przedłużonym, jeszcze inni [ERB] przytaczają spostrzeżenia, według których tik odpowiadał zmianom anatomicznym na wysokości ośrodka mózgowego nerwu twarzowego. Tiki koordynowane najprawdopodobniej mają pochodzenie mózgowe.

Co się tyczy rokowania i leczenia tików, to chorobę GILLES DE LA TOURETTE'a i wielkie tiki konwulsyjne CHARCOT uważa za zupełnie nieuleczalne. Zwyczajne tiki konwulsyjne nieraz znikają same przez się lub przez ćwiczenie woli chorego. Małe tiki koordynowane nieraz mogą ulegać poprawie; rzecz ciekawa, że znikają one często u idyotów po przebyciu choroby infekcyjnej. Wielkie tiki koordynowane, zjawiające się zwykle u idyotów wysokiego stopnia, trudno usunąć zupełnie; ale hydroterapia, leczenie wzmacniające i pedagogiczne wychowywanie chorego mogą i w tym razie doprowadzić do pomyślnych wyników. Dowodem tego są liczne przykłady poprawy stanu umysłowego i fizycznego idyotów w specjalnym zakładzie Bicêtre pod Paryżem.

E. Biernacki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe d. 28. II. 1893 r.

NEUGEBAUER przedstawia fotografie kilku przypadków rzekomej dwupłciowości.

KRYSIŃSKI demonstruje guz więzu szerokiego, wydobytego przez laparotomię. Oprócz tego guza przy operowaniu uwidoczniła się torbiel mała lewego jajnika i dwa mięsaki w samym mięszszu macicy.

Przy tej okazji prof. BRODOWSKI zaznacza, że przed laty 10 ciu kol. JAWDYŃSKI przysłał do pracowni anatomo-patologicznej guz podobny. Szybkie krzepnięcie wyciekającego płynu z powierzchni rozkroju przemawiało za umiejscowieniem guza w więzie szerokim, gdy tymczasem później operujący objaśnił, że nowotwór miał początek w samych ścianach macicy. Tego rodzaju nowotwory podsurowicze są to najczęściej *leiomyomata*, zawierające znaczną ilość tkanki łącznej. Być może, że i guz przedstawiony przez K. wyrastał z samych ścian macicy w miejscu przyczepu więzu szerokiego i że następnie wdrążył pomiędzy listki tego ostatniego.

Dyskusję nad odczytem NEUGEBAUERA p. t. „Przestrogi przy używaniu wianków macicznych; kaznistyka przypadków ujemnego ich działania“, wygłoszonym na poprzednim posiedzeniu, rozpoczął kol. KRYSIŃSKI. Mówca porusza praktyczną stronę zakładania pesaryów przy pochyleniach i zgięciach macicy. Z kwestyą tą wiąże się pojęcie nieustalone o prawidłowym położeniu tego narzędzi. Wobec ruchomości macicy normalnem nazywać należy takie położenie, przy którym macica może się przystosować do narządów otaczających i po chwilowej zmianie może wrócić do

pierwotnego położenia, w którym utrzymuje się przez więzy [szerokie, DOUGLASS'a, *diaphragma pelvis*] i przez ciśnienie wewnątrz-brzuszne. Więzy DOUGLASS'a wydłużają się, ilekroć razy przechodzi przez odbytnicę słup kałowy, a rozluźniają się i tracą elastyczność przy nawykowym zaparciu stolca. Skutkiem tego dno macicy zwraca się ku tyłowi, szyjka zaś ku przodowi. Przy zgięciach macicy należy dokładnie najpierw zbadać przyczynę utraty jej własności akkomodacyjnych. Jeżeli przyczyna tkwi w więzach DOUGLASS'a, to gdyby udało się nawet z łatwością je skrócić, sprawa jednak nie byłaby zakończoną, należałoby bowiem więzom tym dać możliwość chwilowego wydłużania się. Najzwyczajszym w tych razach środkiem jest wianek ósemkowy SCHULTZE'go, którego mniejsze kółko powinno obejmować szyjkę i posuwać ją ku tyłowi, większe, opierając się o dno miednicy, zastępuje brak więzów macicy. Wiankowi należy samemu nadawać formę i stosować go tylko w tych przypadkach, w których może być wspartym na dnie stałym, t. j. na jędrnym i mocnym kroczu. Szkodliwosci stosowania wianków zależy od nieumiejętnego ich założenia; niezbędnym również warunkiem skuteczności tego rodzaju zabiegów jest przestrzeganie czystego utrzymywania pochwy, obserwowanie chorej w ciągu pierwszego tygodnia i kontrolowanie co kilka tygodni. Najlepszymi są wianki zrobione z celluloidyny, która nagina się przy nagraniu w wodzie gorącej i w pochwie się nie zmienia. WINAWER nie zgadza z NEUGEBAUEREM co do zarzucenia wianków, są bowiem przypadki, w których bez nich obejść się niepodobna; nie może również podzielać zdania prelegenta, aby chore same wianek zakładały—ze względu na niezbędną w tych razach aseptykę. W odpowiedzi NEUGEBAUER zaznacza, że miał na celu podać wskazania i przeciwwskazania do użycia wianków. Są ginekologowie, którzy przekładają operacje [zwięźenie pochwy, fiksowanie macicy z góry—operacja ALEXANDR'a-ADAMS'a, przyszywanie dna macicy, tylnej jej powierzchni i t. d.], nad zakładanie wianków. Sam N. do zwolenników operacyjnych zabiegów w tych razach nie należy, gdyż nie dają pomyślnych wyników; wianek uważa natomiast nieraz za znakomity środek leczniczy, odpowiednio zastosowany i kontrolowany. Samej chorej pozwolić można zakładanie wianków kulistych i t. zw. *Kranzpressaria*.

Kol. OLTUSZEWSKI odczytał rzeź p. t. „Fizyologia mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek polskiego alfabetu“. W celu zrozumienia zbieżności mowy, prelegent przeprowadził szereg badań odnośnie do wytwarzania głosek języka polskiego, opartych na samoobserwacji i spostrzeżeniach osób zdrowych i chorych. Mowa ludzka obserwowana ze strony fizycznej jest skojarzoną czynnością trzech składników: oddechu, głosu i artykulacji. W pierwszym z tych składników najważniejszą rolę odgrywa wydech. Głos jest wspólną czynnością oddechu i krtani. Między rozwarciem strun głosowych przy oddechu [wynik równowagi działania mięśni: *crico-arytaen. post.* i *crico-arytaen. lateral.*], a głosem, t. j. zupełnem ich do siebie zbliżeniem [wynik skojarzonego działania trzech mięśni: *arythenoidei transversi*, zamykających głośnie chrząstną, *thyreo-arytaenoid. interni* i *crico-arythlenoid. lateral.*, zbliżających struny głosowe z przodu], posiadamy jeszcze dwa stany pośrednie: *chuchnięcie* i *szept*. Przy *chuchnięciu* powstaje ledwie słyszalny szmer, nieistniejący w naszym języku [greckie *spiritus lenis*, *h non aspiré* francuzów], przy *szeple* powstaje jedyna w alfabecie spółgłoska *h*. W *artykulacji* przyjmują udział wargi i narządy położone w jamie ustnej: zęby, język, miękkie i twarde podniebienie oraz jama nosogardzielowa. Objąsniwszy sposób powstawania samogłosek pierwotnych [*a, i, u, y, o, e*], zastanowił się dłużej nad nieużywanymi obecnie w piśmiennictwie *á* i *é*, oraz nad zachowanym *ó*, wreszcie nad *q* i *g*. Co się tyczy samogłosek *i* i *e* to O. jest zdania, że w wyrazach rodzimych poprzedzała je *j*; co się tyczy zaś spółgłosek, to w zależności od sposobu ich wytwarzania dzieli je na *wybuchowe trące*, *trąco-zamykające*, *drżące* i *nosowe*, a stosownie do miejsca artykulacji na *1-o wargowe* *b, p, m* i *wargowo-zębowe* *w, f*, *2-o języko-podniebienne* przednie *d, f, s, sz, z, ł, l, r*, *3-o języko-podniebienne tylne* *k, g, j, ch, r*. Ze względu na czas trwania głosu, spółgłoski dzieli się na *chwilowe* i *trwałe*, a ze względu na udział krtani—na *dźwięczne* i *głuche*. Ze spółgłosek pojedynczych, t. j. mających jedno miejsce artykulacji, na uwzględnienie szczególne zasługuje *h, ł* i *j*. Według zdania OLTUSZEWSKIEGO, wbrew twierdzeniu lingwistów naszych spółgłoskę *h* zaliczyć należy do dźwięków *krtaniowych głuchych*. Różnica między *ł* i *l* polega na tem, że nasze *l* w wyrazach obcego pochodzenia jest *l alveolare* [koniec języka przytyka do górnych zębów, *ł* zaś odpowiada *l* „BRÜCKE'go [koniec języka przytyka więcej ku tyłowi do podniebienia twardego, krtani się spuszcza, język wię-

cej się wydłuża]. Spółgłoska *j* nadała spółgłoskom chwilowym [z wyjątkiem wargowych] i trwałym [z wyjątkiem *ch* i *s*] dźwięk syczący, wpłynęła na powstanie spółgłosek złożonych *e*, *dz*, *dź*, *cz* oraz spółgłosek miękkich. Ze względu na mechanizm powstawania spółgłosek złożonych, należą one do spółgłosek w y b u c h o w o - k r t a n i o w y c h, a ze względu na długość do c h w i l o w y c h; do tejże kategorii należą spółgłoski miękkie: *p'*, *b'*, *f'*, *w*, *ó*, *dź*, *ś*, *ź*, *ł'*, *n'*, *k'*, *g'* i obecnie nie używane *r'*. Na podstawie fizyologicznej ugrupował O. w dwóch tablicach spółgłoski pojedyncze i złożone. Znajomość fizjologii dźwięków mowy naszej, według twierdzenia prelegenta, może się przyczynić do ujednostajnienia pisowni.

W dyskusyi prof. BRÓDOWSKI wyraża powątpiewanie co do roli, jaką O. skłonnym jest przypisywać w powstawaniu dźwięków *cz*, *sz* i t. p. spółgłosce *j*, która w języku rosyjskim pomimo istnienia podobnych dźwięków nie znajduje się; nie zgadza się również na utożsamienie spółgłosek *rz* i *ź*, gdyż lud w mowie dźwięki te wyróżnia; zresztą *rz* brzmi czysto jak *sz*, gdy tymczasem *ź* brzmienia tego nie posiada.

Kol. BUJWID zaznacza, że O. opuścił w tablicy spółgłoskę *h*, którą zalicza do dźwięków gardłanych, a nie do krtaniowych.

Kol. SZTEJNER dodaje, że ścieśnione *é*, jakkolwiek znikło w pisowni istnieje jednak w mowie ludowej.

W odpowiedzi OETUSZEWSKI twierdzi, że w języku ruskim istnieją jotowane spółgłoski, wyrażone graficznie jednym znakiem. Dźwięk *rz* na podstawie fizyologicznego wytwarzania należy identyfikować dźwiękiem *ź*, choć nie można twierdzić, aby dźwięki te były jednakowymi. Spółgłoska *h* wytwarzana strunami głosowymi została pominięta w tablicach mieszczących tylko wytwory jamy ustnej; co się tyczy samogłoski *é*, to O. zaznaczał tylko, że w pisowni nie istnieje, w mowie natomiast została zachowana.

Posiedzenie kliniczne d. 7. III. 1893 r..

WRÓBLEWSKI przedstawił 29-letniego mężczyznę, dotkniętego od lat 6-ciu gruźlicą nosa, który poraz pierwszy zasięgnął u niego porady we wrześniu 1891 r. Chory, od dzieciństwa skłonny do nieżytów nosa, obrzmiewania gruczołów, wyprysków, już poprzednio dwukrotnie był operowanym. Pierwsza operacya, dokonana przez GURANOWSKIEGO we wrześniu 1889 r., polegała na usunięciu twardego guzika z chrzęstnej części przegrody nosa po stronie prawej, przy drugiej zaś LUBLINER usunął polipy nosa. Dnia 5. IX. 1891 i w rok później WRÓBLEWSKI usunął za pomocą pętlicy galwanokaustycznej i łyżeczki VOLKMANN'a z prawej strony przegrody nosa guzy wielkości dużej fasoli, które, jak to okazało badanie, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, zawierały gruzelki i laseczki KOCH'a. Znowu d. 7. III r. b. zgłosił się ten chory, skarżąc się na zatkanie z lewej strony nosa. Badanie okazuje na chrzęstnej przegrodzie po stronie lewej guz wielkości orzecha laskowego blade-różowy, gładki, owrzodzony na powierzchni zewnętrznej, wypełniający światło nozdrza i przylegający do dna i skrzydła. W miejscu odpowiadającym guzowi prawa strona przegrody chrzęstnej jest owrzodzoną i miękką. Gruczoły szyjowe i pachowe powiększone; od 1/2 roku rwa kulszowa. W płucach brak dających się wykryć zbroceń. W celu usunięcia ogniska chorobowego, K. ma dokonać operacyi usunięcia guza wraz z całą przegrodą chrzęstną.

Następnie WOLBERG przedstawia hematoskop HENOCQUE'a, zastosowany przez GERSON'a do badania pokarmu kobiecego, a składający się z dwóch szklanych tabliczek, tworzących pomiędzy sobą przestrzeń przyzmatyczną o podstawie wysokiej na 0,3 mm.. Skala umieszczona na płycie dolnej zawiera podziałki od 0—60 mm., a każdy milimetr tej skali odpowiada 5 μ grubości warstwy mleka. Za prawidłowe uważać można mleko, dla którego warstwa nieprzeświecająca odpowiada przestrzeni skali pomiędzy 47-mą, a 53-cią podziałką.

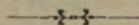
Stosownie do porządku dziennego kol. STANKIEWICZ miał odczyt „O nowotworach pęcherza moczowego“. Przedstawiwszy w zarysie historię nauki o nowotworach pęcherza i sposobach ich usuwania od czasów najdawniejszych aż do wprowadzonej przez GUYON'a operacyi przez *sectio alta*, prelegent obszernie opisał operowany przez się przypadek nowotworu pęcherza, dotyczący 58-letniego mężczyzny, poprzednio zupełnie zdrowego. Chory ten przed 8-iu miesiącami bez żadnej widocznej przyczyny zaczął oddawać mocz krwawy; krwawienie to za pierwszym razem

trwało tylko 1½ dnia, po 2-ach miesiącach ponowiło się i trwało 3 dni, odąd zaś występowało coraz częściej i było częstem i bolesnem. Po wypuszczeniu 5—6 uncyi prawie czystego moczu, z łatwością wprowadzony cewnik THOMSON'a w pewnych miejscach pęcherza napotkał opór. Po ukończeniu badania wydzielać się zaczął mocz krwawy z pływającymi na powierzchni różowymi strzępkami, które MAYZEL określił jako szczątki nowotworu (*epithelioma papillare*). W celu określenia siedliska nowotworu założono cystoskop, lecz przy pierwszym badaniu można było tylko stwierdzić brak nowotworu na górnej i lewej części pęcherza; przy powtórnym natomiast badaniu wykryto guz, zajmujący prawą i dolną część pęcherza. Operacja wykonana została d. 5. XI. 1892 r., sposobem GUYON'a w pozycji TRENDELENBURG'a [głowa na dół, miednica ku górze]. Po oddzieleniu otrzewnej przecięto pęcherz, założono na brzegi *files suspenseures* GUYON'a i przedłużono cięcie na 6 ctm.. Guz, umiejscowiony z prawej strony pęcherza na krótkiej, wąskiej podługowatej podstawie, odcięto, krwawienie powstrzymano przez podwiązanie tętnicy, a całą powierzchnię krwawiącą następnie ujęto w jedną ligaturę. Nadto usuniętemi zostały wykryte przy operacji dwa mniejsze guziczki. Dalszy ciąg operacji polegał na częściowem zamknięciu pęcherza: od góry nałożono 3, od dołu jeden szew katgutowy na ściany pęcherza, następnie nałożono drugi szew LEMBERT'a, szew katgutowy na mięszsu, szew jedwabny na oponieurozę i skórę. Przez ranę założono dren syfonowy, a przez cewkę cewnik stały. Przy nadzwyczaj pomyślnym przebiegu dnia 5-go usunięto dren syfonowy, pozostawivszy tylko cewnik; z powodu przejścia w rozpad części tkanki łącznej między pęcherzem i otrzewną gojenie rany trwało 4 tygodnie. Następnie STANKIEWICZ mówił o symptomatologii i rozpoznawaniu nowotworów pęcherza, o modyfikacjach operacji i o postępowaniu pooperacyjnem. Przy operacji nowotworów głęboko sięgających w ściany pęcherza usunąć należy pęcherz częściowo lub całkowicie. Całkowite jednak wycięcie pęcherza zakończyło się pomyślnie tylko w jednym przypadku ogłoszonym przez PAWLKA.

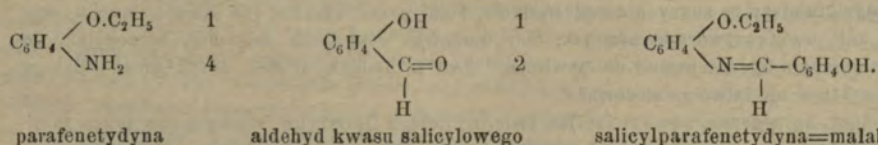
W dyskusyi prof. KOSIŃSKI zaznacza, że przed 2-ma laty w przypadku raka macicy, przechodzącego na pęcherz moczowy, wyciął wraz z macicą i pęcherz moczowy, a moczowody wszył do pochwy. Chora wypisała się z kliniki zdrową.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono na następne posiedzenie.

Wiadomości terapeutyczne.



21. Malakinum. Malakina. Jest to połączenie parafenetydyny z aldehydem kwasu salicylowego przy wytworzeniu jednej cząsteczki wody



Otrzymano ją w laboratorium chemicznem w Bazylei i przez JAQUET'a. Zalecają ją jako środek przeciwgośćcowy, przeciwgorączkowy i nanerwny.

Malakina [*μαλακός*=łagodny] przedstawia się w postaci małych, jasno-żółtych, delikatnych igiełek, topiących się przy ciepłocie 92° C.; w wodzie jest nierozpuszczalna, w alkoholu zimnym trudno, w gorącym słabo się rozpuszcza; nie rozpuszcza się również w węglanach alkali, natomiast jest rozpuszczalną w ługu sodowym, tworząc sól sodową, o żółtem zabarwieniu. Pod wpływem kwasów mineralnych [0,3% kwasu solnego] rozszczepia się malakina na swe składniki: aldehyd kwasu salicylowego i parafenetydynę.

Stwierdziwszy nawet po zadaniu dużych dawek na zwierzętach [dawki 2 grm. u królików] brak własności trujących i wpływ znakomity na obniżenie sztucznie podniesionej u zwierząt ciepłoty za pomocą metody ARONSON'a i SACHS'a, JAQUET stosował ten środek w 74 przypadkach [14 ostrego gościa stawowego, 48 przypadków gorączki różnego pochodzenia: 13 tyfusu, 7 zapalenia płuc

włóknikowego, 19 różnych postaci gruźlicy, 7 róży i 2 szkarlatyny, oraz 12 neuralgii] w dawkach 1 grm. [rzadko 0,5] u dorosłych w postaci proszku w opłatkach, dochodząc do dawek dziennych 4—6 grm.. Znakomite działanie malakiny we wszystkich obserwowanych przypadkach ostrego góśca stawowego, tak co do objawów przedmiotowych, jak i podmiotowych, objaśnia autor rozszczepianiem tego środka pod wpływem kwasu żołądkowego z wydzieleniem aldehydu kwasu salicylowego, utleniającego się, jak wiadomo z doświadczeń SCHMIEDEBERG'a, w tkankach na kwas salicylowy, który w tej formie zadziała w mniejszej dawce [4 grm. malakiny odpowiada 2 grm. kwasu salicylowego] również energicznie, jak czysty kwas salicylowy, a nie posiada właściwego temu ostatniemu ubocznego działania.

Powolnem rozszczepianiem malakiny pod wpływem kwasów soku żołądkowego objaśnia JACQUET działanie jej przeciwgorączkowe: powolność i stopniowość działania odróżnia malakinę od środków szybko obniżających ciepłotę: antypiryny i antyfebryny; stąd też przy jej zastosowaniu, oprócz potu [w niektórych przypadkach], groźniejszych, wtórnych objawów [dreszczy, zapasci] nie obserwowano.

Wskazaną jest w późniejszych okresach chorób zakaźnych, w różnych postaciach gruźlicy i w różnych cierpieniach przewlekłych, połączonych z zaburzeniami w krążeniu, przy których inne środki przeciwgorączkowe mogą być bardzo niebezpiecznymi. Dawka 1 grm. malakiny wywołuje obniżenie ciepłoty na $0,7^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$ w $1\frac{1}{2}$ —2 godzin po jej zadaniu, trwające 4—6 godzin i więcej. Wysokie ciepłoty [ponad $39,5^{\circ}$ C.] środek ten nie obniża do normy, ale na tyle obniża, że wywołuje u chorych znaczne subiektywne polepszenie.

Działanie przeciweuralgiczne malakiny w rozmaitych bólach nerwowych [neuralgia nerwu trójdzielnego, bóle głowy anemiczne, migrena i t. d.] jest również skuteczne, choć powolne. (*Correspondenzblatt f. Schweitzer-Aerzte, Nr. 18. 1893.*
J. Pruszyński.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Jeszcze w roku 1880 w pracy mej, p. t.: „Kilka słów o leczeniu błonicy ogólnem i miejscowem“, pomieszczonej w Medycynie, zwróciłem uwagę, że przy leczeniu błonicy głównem zadaniem naszym winno być usunięcie błon rzekomych, przy jednoczesnej dezynfekcyi tkanek pod nimi leżących. Stosując za przykładem BOUCHUR'a pędzlowania i wdychania roztworów pepsyny od roku 1882 przy różnych formach błonicy w praktyce szpitalnej i prywatnej, doszedłem do przekonania, że jest to najdziałniejszy ze znanych dotąd środków, i ani przez alkalia: jak *ammon. muriat.*, *aqu. calcis* i t. p., ani przez roztwory kwaśne jak: *ferr. sesquichl. cum acido muriatico*, szczególnie do wdychań zastąpionym być nie może i nie powinien. Jest to jednak środek dosyć drogi i dlatego w ubogiej praktyce nie łatwo go stosować.

Nie sądzę, że pepsyna, słusznie, jak twierdzi kolega GROSTERN, wyrugowana przez sublimat, posiada własności antyseptyczne, i doświadczeń w tym kierunku nie robiłem. Rozpuszcza ona jednak błony rzekome w gardzieli przy pędzlowaniu, a w krtani i tchawicy przy wdychaniach prędkiej, niż inne środki, a zatem wypełnia najważniejsze w danej chwili wskazanie; poczem w racjonalnej terapii dopiero przychodzi kolej na środki antyseptyczne *resp.* na sublimat, kwas karbолоwy, kwas solny z *ferr. sesquichloratum* i t. p.. Ponieważ przy błonicy i krupie nigdy z początku nie jesteśmy pewni, jaki charakter przybierze w swoim przebiegu choroba, uważałbym przeto za niestosowne używanie tylko środków antyseptycznych do pędzlowań lub wdychań, gdyż nie przypuszczam, aby mogły one przeniknąć przez błony rzekome do żywej tkanki i zdezynfekować ją przy pędzlowaniu, a tem mniej przy wdychaniu. Rzeczywiście codzienna obserwacya potwierdza, że wobec sublimatowych roztworów błony rzekome zachowują się odpornie i wzrastają w ciągu kilkunastu godzin; gdy tymczasem jednoczesne użycie środków rozpuszczających, byle nierzadziej jak co 2 godziny stosowane do pędzlowań, a jeszcze częściej do wdychań, toruje drogę dla środków antyseptycznych, a częstokroć i bez nich do usunięcia choroby wystarcza. Zawsze jednak uży-

wam przy błonicy i krupie jednocześnie i pierwszych i drugich; a w miarę ustępowania błon rzekomych, częściej stosując pędzlowania i wdychania środków antyseptycznych na owrzodzoną i wolną od błon rzekomych błonę śluzową.

Wogóle przy chorobie w mowie będącej tylko wypełnienie obu wskazań: 1) rozpuszczenie błon rzekomych, 2) dezynfekcyę tkanek, uważam za niezbędne nasze zadanie. Dlatego sądzę, że sublimat nigdy pepsyny, papainy i przetworów, podobne im działanie mających, nie zastąpi, gdyż do tego pretensyi rościć nie może. Nie idzie tu przecieź o zakonserwowanie, czy o zabalsamowanie błon rzekomych w gardzieli, tchawicy i oskrzelach, lecz o ich rozdrobnienie, odzielenie od tkanki żywej i wydalenie z organizmu.

Tych kilka słów, Szanowny Redaktorze, pozwalałam sobie przesłać Ci, w celu zwrócenia uwagi lekarzy, którzy, przeczytawszy ostatnie zdanie kol. GROSTERNA o wyższości sublimatu nad pepsyną w N-rze 39 Gazety Lekarskiej na stronie 1038, mogliby zbyt zaufać tylko sublimatowi i zarzucić użycie innych niezbędnych środków i metod przy leczeniu błonicy.

Z poważaniem
Alfons Malinowski.

Wiadomości bieżące.

— Prof. FERD. KLUG z Buda-Pesztu podaje nowy sposób ilościowego oznaczania białka. Do 4 ctm. sześć. badanego płynu dodaje on 2 ctm. sześć. nasyconego roztworu wodnego wodoru sodu i 4 krople 10-procentowego roztworu siarczynu miedzi [próbna biuretowa]. Po przefiltrowaniu płynu przesącz mniej lub więcej fioletowy, wlewa KLUG do naczynia szklanego o ściankach równoległych, oddalonych nawzajem o 11 mm., i umieszcza przed spektrofotometrem GLAN'a; ponieważ zaś płyny fioletowe pochłaniają przeważnie promienie zielone widma, szparę więc okularu skierowuje na część widma zieloną, t. j. zawartą między liniami FRAUNHOFER'a D₇₂ i E. Kąt nachylenia nikola, przy którym jasność obu widm jest jednakowa, pozwala określić współczynnik zaciemnienia (*Extinctionscoefficient*) dla badanego roztworu białka. Postępując w ten sposób z roztworami białka o wiaomej koncentracji ułożył autor tablicę, zawierającą współczynniki dla roztworów 0,1%—1,0% różnych albuminów, albumoz i peptonów. Tablica ta wskaże nam procentową zawartość białka w płynie, którego współczynnik zaciemnienia oznaczyliśmy za pomocą spektrometru. Sposób KLUG'a daje się zastosować do określania białka w moczu, jest bardzo prosty, zabiera mało czasu i według zapewnienia autora daje wyniki, różniące się średnio od rezultatów, otrzymanych przy sposobie wagowym, zaledwie o 1,1%. (*Centralbl. f. Physiologie. 1893. Bd. VII. Nr. 8.*)

A. K.

— DRÄER starał się przekonać, o ile przetwory sozodolowe i trójbromfenolbismut, powstrzymać są zdolne rozwój zarazka cholery w bulionie odżywczym. Okazało się tu, że najlepiej działa sozodololan cynku i sozodololan rtęci, następnie z kolei kwas sozodolowy i sozodololan sodu, podczas gdy ani sozodololan potasu, ani trójbromfenolbismut wydatnego działania nie wywierały. Następnie przeprowadzono doświadczenia pod wpływem powyższych ciał na rozwinięte już w bulionie czyste hodowle laseczników przecinkowych. Z doświadczeń tych wypada, że w stosunkowo krótkim przeciągu czasu [1 godzina] mały dodatek [$\frac{1}{2}$ —1%] rozmaitych przetworów sozodolowych zabija laseczniki. Najsilniej działają kwas sozodolowy i sozodololan rtęci, nieco słabiej sól sodowa, potasowa i cynkowa. Tymczasem trójbromfenolbismut i tutaj okazał się niedostatecznie energicznym. Z kolei przystąpił autor do prób niszczenia zarazka w kale ludzkim biegunkowym. Ogólnie wnioski z pracy p. D. dadzą się streścić w następującem: przetwory sozodolowe, głównie zaś kwas i sozodololan rtęci, wykazują dużą siłę dezynfekcyjną wobec laseczników cholerycznych; w mniejszym już znacznym stopniu własnością tą się odznaczają sole cynku, sodu i potasu. Natomiast trójbromfenolbismut, użyty w ilości dwa razy większej nawet, niż sozodolowe przetwory, nie okazuje ani w połowie działania tych ostatnich. Dawniej HUEPPE doszedł do wniosku, że trójbromfenolbismutowi należy przypisać niemal swoiste działanie na laseczniki cholery i środek ten uznał w tym wypadku za daleko pewniejszy od innych antyseptycznych środków używanych do dezynfekcyi kiszki. Przytoczone tu badania czyste bakteriologiczne nie po-

zostają w zgodzie z rezultatami pracy HUEPPE'go i przypuszczać trzeba, że odmiennosc warunków w jakich doświadczenia w obu razach były prowadzone, jest tego powodem. (*Central. f. Bakteriol. Nr. 7. 1893*).

— W etyologii cholery azyatyckiej wciąż jeszcze ciemnym jest punktem powstawanie na nowo tej choroby w miejscu, w którym była ona poprzednio, po długich nieraz przerwach, podczas których zarazek z zewnątrz nie został zawleczony. Fakty liczne, w tym kierunku zebrane, każą, stanowczo przypuszczać, że są pewne warunki, w których lasecznik cholery przez dłuższy czas pozostaje przy życiu, w których tygodniami i miesiącami całymi zachowuje zdolność do rozwoju i jadowność. Prof. UFFELMANN stara się wyjaśnić tę sprawę, badając z jednej strony warunki, w jakich możliwym jest tworzenie się błonek otaczających laseczniki i chroniących je od nieprzyjaznych wpływów otoczenia, a z drugiej, starając się wykryć wpływ niskich temperatur. Okazuje się, że istotnie w pewnych warunkach laseczniki przecinkowe wydzielają otoczki, które chronią je od śmierci przez pewien czas, lecz nie dłuższy nad 6 dni. Co zaś do niskich temperatur [$+6^{\circ}$ C., $+1^{\circ}$ C., 0° C.], to wynika, że zależnie od środowiska, laseczniki zachowują swe własności życiowe od 7 do 38 dni. Uprawnionem jest przeto wniosek, że warunki powyższe istotnie mogą do pewnego stopnia objaśnić przetrwanie laseczników w danej miejscowości, jakkolwiek nie jest bynajmniej wykluczonem, że i inne czynniki, jak chemiczny i bakteryologiczny skład wody i gruntu mogą tu rozstrzygające mieć znaczenie. (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. 1893*). Fl.

— KÖSTER zaleca przeciwko róży stosowanie białej wazeliny w postaci pędzlowań [2 razy dziennie] miejsc dotkniętych sprawą chorobową. Środek ten, jak się okazało na 50 przypadkach, ma nie mniejszą wartość od jodyny, ichtyolu lub lanoliny sublimatowej [ciepłota po 1—3 dniach opada, ból i napięcie na miejscu sprawy się zmniejsza], ma jednak tę wyższość nad nimi, że nie jest trującym i że nie sprawia bólów. (*Centralbl. f. klin. Med. Nr. 38. 1893*). Pr.

— ORD i WHITE obserwowali ciekawą zmianę w moczu u chorego dotkniętego obrzękiem śluzowym i leczonego wyciągiem glicerynowym gruczołu tarczowego [z cielęcicia]. Ilość moczu dzienna przy użyciu 20 kropeł wyciągu zwiększała się, zwiększała się również ilość wydzielanego azotu. Chory tracił na wadze, a ciepłota jego ciała była stale niższą od normalnej. (*Bull. méd. Nr. 77. 1893*). Pr.

— Pary formaldehydu, t. j. aldehydu mrówczanego [COH_2], jak to okazały badania BERL. o-za i TRILLAT'a, łatwo wchłaniane bywają przez tkanki zwierzęce i mają własność powstrzymywania rozwoju bakterii. W celu zastosowania tego preparatu w praktyce, czterech lekarzy węgierskich, KÓNA, TAUSIK, PREISACH i MEISEL przeprowadzili w różnych kierunkach badania nad 40% wodnym jego roztworem t. zw. formaliną. W pracowni farmakologicznej BÓKAY'a w Budapeszcie KÓNA przekonał się na królikach, że dawka 0,5—1,0 formaliny obniża w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny ciepłotę o 1° — $1,5^{\circ}$ C. TAUSIK następnie stwierdził w wielu przypadkach nerwic i bólów, zależnych od spraw organicznych, kojące jej działanie, nie ustępujące ani antypirynie, ani antyfebrynie. Działanie przeciwgorączkowe tego środka wypróbowano przy ostrym gościec stawowym, tyfusie, malarji, przy ropnem zapaleniu płucnej: po zażyciu 0,1 grm. w 5 minut ciepłota się zaczęła obniżać, dawka zaś 0,25 grm. wywoływała obniżenie ciepłoty od $0,4^{\circ}$ — $3,6^{\circ}$ C., trwające 3—14 godzin. Zastosowana miejscowo w postaci wdychań do krtani przy dysfagii, zależnej od *perichondritis laryngea*, według PREISACH'a formalina, jakkolwiek jako środek znieczulający ustępuje kokainie i antypirynie, przewyższa te środki jednak pod względem trwałości efektu. MEISEL wreszcie z doskonałym wynikiem stosował formalinę jako *anaestheticum* przed przyżeganiem owrzodzeń syfilitycznych w gardzieli, na języku i na błonie śluzowej jamy ustnej. (*Oest. ung. Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, Nr. 20. 1893*). Pr.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na IV-ty kwartał r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 30 Сентября 1893 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska № 29.