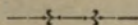


# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYCZYNEK DO DYAGNOSTYKI NOWOTWORÓW ŚRÓDPIERSIOWYCH.

Podał

**Dr Alfred Sokołowski,**  
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Nowotwory śródpiersia od dawna zwracały na się baczną uwagę klinicystów; o ile bowiem cierpienie to w klasycznych przypadkach przedstawia możliwość łatwego rozpoznania, o tyle w innych, a szczególnie wczesnych okresach choroby może stanowić źródło różnorodnych omyłek rozpoznawczych. Liczna kazuistyka tego stosunkowo dość rzadkiego cierpienia jest najlepszym tego dowodem, o ile najlepsi lekarze popełniali błędne rozpoznanie, biorąc cierpienie to za zwykłe zapalenie płucnej, sprawy zapalne lub nawet gruźlicze płuc, tętniaki aorty i t. p. Nic więc dziwnego, że nie tylko pojedyncze przypadki spraw śródpiersowych bywają zazwyczaj w literaturze lekarskiej skrętnie notowane, lecz i wogóle sprawy te pod względem dyagnostycznym i patologicznym bywały wielokrotnie dyskutowane na posiedzeniach towarzystw lekarskich, dowodem czego służyć może bardzo pouczająca dyskusja, odbyta w roku zeszłym na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Następujący przeze mnie na oddziale moim spostrzegany przypadek nowotworu śródpiersia, sądzę, również z powyższych względów zasługuje na bliższe rozpatrzenie pod względem dyagnostycznym.

J. W., urzędnik, lat 52 liczący, przyjęty został na oddział d. 10. X. 1892 z powodu silnej duszności i ogólnego upadku sił, od kilku miesięcy trwających. Pacjent opowiedział nam następującą anamnezę: pochodzi z rodziny zdrowej, sam był również do ostatniej choroby zupełnie zdrowym pomimo częstych nadużyć *in Baccho* i wielce męczącej służby rozjazdowej. Przed 27 laty przebywał syfilis i podówczas poddany był gruntownemu leczeniu rtęciowemu; recydyw nie było. Przed rokiem miał przebywać ostre zapalenie płuc, które jakoby w marcu r. b. znowu się pojawiło i od tej ostatniej choroby datuje się początek obecnego cierpienia, które wystąpiło pod postacią coraz bardziej wzmagającej się duszności z towarzyszącym suchym, męczącym kaszlem. Wkrótce chory zauważył, że z obu stron szyi, a szczególnie z prawej, zaczęły występować stopniowo się zwiększające gruczoły; te ostatnie następnie ukazały się również pod prawą pachą, a nawet, acz w mniejszym stopniu, w obu okolicach pachwinowych. Dominującym jednakże objawem pozostała stale wzmagająca się duszność, która w końcu zaczęła przyjmować charakter napadów niemal zaduszania, które, występując szczególnie nocą, pozbawiały w zupełności snu chorego. Podobne napady w mniejszym stopniu występowały również po każdym jedzeniu, a szczególnie po wypiciu większej ilości płynu, chory zaś z obawy ograniczał się nadzwyczajnie w jedzeniu. Ogólny stan chorego, szczególnie zaś siły zaczęły szybko podupadać, a to głównie z dwóch powyższych przyczyn, t. j. ciągłej bezsenności, niedostatecznego odżywiania, oraz ciągłego strachu i obawy za-

duszenia. Dodać tu jeszcze należy, że w ciągu dwóch miesięcy letnich chory poddany był nader energicznej kuracyi jodowej [wyżył przeszło 300 jodku potasu] bez żadnego efektu dodatniego. Na kilka tygodni przed wstąpieniem do szpitala, chory miał w czasie podróży spaść z bryczki do wody; potknął się przytem dość znacznie i od tej chwili cierpienie podobno znacznemu uległo pogorszeniu. W ostatnich czasach chory zauważył lekki obrzęk nóg, a szczególniej prawej, jakoteż w nieznacznym stopniu i ręki prawej. Do objawów duszności dołączyło się bicie serca i niepokój, co ostatecznie zmusiło rodzinę chorego do pomieszczenia go w szpitalu.

Przyjmując chorego, znalazłem: mężczyzna wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany. Twarz chorego przedstawia się lekko zbrzękniętą z odcieniem sinicy. Obrzęk daleko wyraźniej występuje na prawej połowie twarzy, prawa żrenica przedstawia się znacznie zwężoną. Mocno powiększone [do małego jabłka] gruczoly limfatyczne szyi tworzą wielki pakiet, wystający ponad prawym obojczykiem. Podobnie, acz w mniejszym stopniu, znalazłem zwiększone gruczoly w okolicy nadobojczykowej lewej, pod prawą pachą i w obu pachwinach. Na prawidłowo zbudowanej klatce piersiowej rzucają się w oczy znacznie rozszerzone żyły; także same również widzimy jasno występujące na całej powierzchni skóry brzucha. Stan chorego bezgorączkowy; tętno drobne, nieregularne przeszło 120 na minutę. Różnicy w pulsie obu tętnic promieniowych nie daje się zauważyć.

Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało obecność rozległej, zupełnej tępości, przedstawiającej na przedniej stronie klatki piersiowej postać równoległoboku, którego granice stanowiły: u góry obojczyk, u dołu IV żebra, na zewnątrz linia pachowa przednia, na wewnątrz na 2 palce po za linią przymostkową lewą. Z tyłu stępienie ogranicza się do okolicy nadgrzebieniowej i międzyłopatkowej górnej. Na przestrzeni tego znacznego stępienia z przodu i z tyłu słychać wyraźny oddech oskrzelowy i bronchofonie. W pozostałych częściach prawej połowy klatki piersiowej znaleźliśmy odgłos, oraz oddech normalny. Lewa połowa klatki piersiowej dawała objawy fizykalne normalne. Serce znalazłem niepowiększone; tony serca czyste, lecz słabe. Narządy jamy brzusznej nie przedstawiały wyraźnych zboczeń. Mocz białka, ani innych nieprawidłowych części nie zawiera. Krew, badana pod drobnowidzem, wykazała niezwiększoną ilość białych ciałek; te ostatnie również zmian wyraźnych nie przedstawiały. W płwocinie bardzo skąpej, śluzowej, oprócz nielicznych ciałek śluzowych i złuszczonego nabłonka z jamy ustnej, innych morfologicznych elementów nie znaleziono; badanie na pasożyty Kocn'a, kilkakrotnie powtarzane, dało rezultaty ujemne. Badanie laryngoskopem nie nienormalnego nie wykazało.

W ciągu sześciotygodniowego pobytu chorego w szpitalu stan jego z początku [pierwsze 4 tygodnie] stale pozostawał mniej więcej bez zmiany. Duszność pozostawała stale, napady zaduszania od czasu do czasu zmniejszały się lub powiększały; bezsenność trwała, objawy fizykalne o tyle ulegały zmianie, że od czasu do czasu w okolicy nadgrzebieniowej prawej słychać się dawały rżenia prawie z charakterem dźwięcznym, oddech oskrzelowy pozostawał bez zmiany. W dolnym ustępie prawego płuca, mimo wielokrotnych badań, stale znajdowaliśmy oddech i ton opnkowy normalny, głos niezmienny. Dopiero w ciągu ostatnich dwóch tygodni życia chorego do powyższych objawów zaczęło się przyłączać szybko postępujące charłactwo. Obrzęki rąk i nóg wzmagaly się z dniem każdym; stępienie wyżej wzmiankowane rozszerzyło się znacznie ku dołowi. Wreszcie w ciągu kilku dni ostatnich chory zaczął stale bredzić i zmarł w tymże stanie d 20, XI. 1892.

Należy mi obecnie kilka słów powiedzieć o rozpoznaniu cierpienia. Mieśliśmy u chorego cały szereg bardzo charakterystycznych objawów, a mianowicie: 1) rozległe stępienie na mostku oraz z prawej strony klatki piersiowej. 2) mocno powiększone gruczoly, przeważnie nad prawym obojczykiem, 3) zwężoną znacznie prawą żrenicę, 4) obrzęki przeważnie ograniczone do prawej strony ciała i 5) rozszerzenie znaczne żył klatki piersiowej i brzucha.

Powyższe objawy pozwalały z wszelką stanowczością rozpoznać obecność guza w śródpiersiu z przejściem następczem na prawe płuco, dając tym sposobem niemal klasyczny obraz mięsaka limfatycznego śródpiersia, przez wielu autorów w licznej kazuistyce i podręcznikach patologii specjalnej opisanych. Rozpozna-

nie to w zupełności tłumaczyło mi wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, napotykanne u chorego, a więc duszność i napady astmatyczne [ucisk na oskrzela i tchawicę oraz podrażnienie nerwu błędnego], obrzęki [ucisk na żyły główne], zwężenie żrenicy [podrażnienie nerwu sympatycznego przez rozrośnięte gruczoły], rozszerzone żyły na klatce piersiowej i brzuchu [krążenie drogą anastomoz, t. j. *azygos, intercostales, mammae, circumflexae in., subcutaneae, abdominalis*], utrudnione łykanie [ucisk na przelyk]; wreszcie stępienie rozległe, zależne od następczego zwyrodnienia nowotworowego górnego zraza prawego płuca, stępienie zaś na mostku, zależne od dużej ilości nowotworowych gruczołów śródpiersiowych. Ogólne charactwo nakoniec zależnem było w części od upadku ogólnego odżywiania, warunkowanego nieprzyjmowaniem stosownej ilości pokarmów, bezsennością i wyczerpaniem chorego, jakoteż z drugiej strony od uogólniającej się sprawy nowotworowej.

Rozpoznanie powyższe, t. j. mięsak limfatyczny śródpiersia i płuca, przedstawiało dla mnie w danym przypadku jedną tylko wątpliwość, a właściwie niezrozumiałą dla mnie objaw. Dla pełnego bowiem obrazu chorobowego dokonałem przekłucia głębokiego igłą PRAVAZ'a w ustępie między III i IV prawem międzyżebrem z przodu. Rezultatem powyższego rękoczynu było otrzymanie niewielkiej ilości gęstego płynu, z zewnętrznego wyglądu zupełnie podobnego do ropy. Następne dwa w sąsiednim miejscu dokonane przekłucia dały wynik odmienny, otrzymałem bowiem tylko nieco czysto krwawego płynu. W badanej drobnowidzowo zawartości ropnej wykryłem prawidłowe pierwiastki, napotykanne w zwykłej ropie. Wprawdzie znajdowałem liczne duże wielojądrowe ziarniste komórki, robiące wrażenie komórek nowotworowych, preparaty jednakże, barwione dokładnie eozyną i hematoksyliną, a następnie szczegółowo rozpatrywane przez szanownego kolegę PRZEWOŚKIEGO, zdaniem tegoż ostatniego, nie mogły w żaden sposób przemawiać za obecnością sprawy nowotworowej, a tylko dawały obraz zwykłej ropy. Skąd więc mogła pochodzić jakie było źródło tej ropy? Wprawdzie w płucu od tyłu, jak to wyżej wzmiankowałem, słyszałem od czasu do czasu obok oddechu oskrzelowego wyraźne rżenia dźwięczne, które przywodziły mi na pamięć, ażali objawy te są tylko zależne od ucisku, czy też nie mamy jeszcze w głębi jakiegoś ogniska rozpadowego bronchopneumonicznego, nowotworowego, lub też gruźliczego.

Jednakże przeciw tym przypuszczeniom świadczył: 1) zupełny brak elementów ropnych, nowotworowych i pasożytów w płwocinie chorego, wielokrotnie nader starannie badanej, 2) znany fakt anatomo-patologiczny podany przez VIRCHOW'a, że miasaki limfatyczne rozpadowi ropnemu nie ulegają. Powyższy wielce niejasny punkt, zresztą nie ulegającego dla mnie wątpliwości rozpoznania, wyjaśniło badanie pośmiertne, którego rezultat był następujący:

Trup średniego wzrostu, dobrej budowy, obrzęknięty głównie na dolnych kończynach i na prawej ręce. Skóra blada, cienka, tkanki tłuszczowej niewiele. Mięśnie dobrze rozwinięte, czerwone. Po otwarciu jamy otrzewnej przepona z prawej strony mocno wypukłona ku dołowi; wątroba opuszczona i nieco zsunięta na lewo. W dolnej połowie jamy opłucnej z prawej strony płyn nieco mętny, żółtawy, w ilości około litra. Lewe płuco na całej powierzchni wolne,

nieprzyrosłe. Gruczoły oskrzelowe z lewej strony bardzo mocno powiększone; niektóre dochodzą wielkości małego jajka kurzego. Wielkość lewego płuca normalna, powierzchnia gładka. Płuco nieco puszyste, na brzegach rozdęte. Powierzchnia rozkroju górnego płata sucha, dolnego zaś nieco obrzęknięta [wypływa niewielka ilość mętnego, krwawego, pianistego płynu]. Prawe płuco mocno przyrośnięte na całej przestrzeni, dolny płat uciśnięty i odsunięty ku górze. Górny płat mocno zrośnięty ze znacznie powiększonymi gruczołami limfatycznymi, leżącymi pod i nad prawym obojczykiem. Po wyjęciu całe płuco nieco zmniejszone, bardzo twarde, nie trzeszczy. Na powierzchni rozkroju w górnym i średnim płacie znajdujemy wielką ilość prawie przylegających do siebie białoszarych guzów wielkości od dużego grochu do gołębiego jajka. Guzy te nie są ściśle ograniczone i tkanka płucna pomiędzy nimi jest cała zasiana drobniutkimi guzikami tejże budowy. W niektórych miejscach znajdujemy jamy, wielkości od łaskowego orzecha do włoskiego, wypełnione gęstym zielonawym płynem, zupełnie do ropy podobnym. Po wypłukaniu zawartości widzimy, że ściany tych jam są zupełnie gładkie i wysłane błyszczącą błoną śluzową. Guzy prawego płuca bezpośrednio łączą się z większym guzem, leżącym w przednim śródpiersiu. Ten ostatni rozmiarami dochodzi dużej pięści, dość twardy, na przekroju bladej, we środku zserowaciały. W dolnym płacie prawego płuca znajdujemy na przekroju szare, dość twarde, nieco ziarniste, ograniczone ogniska. Rozmiary serca normalne, objętość komory jakoteż grubość ścianki lewego serca zwykła; mięsień nieco wiotki, na przekroju bladej. Lewy otwór żylny swobodnie przepuszcza dwa palce; objętość jamy przedsionka zwykła; prawe serce nic szczególnego nie przedstawia. Tętnica płucna nieco rozszerzona; ściany aorty normalne. Śledziona nieco zmniejszona; powłoka zgrubiała; miąższ twardy, czerwony. Wątroba nieco powiększona, twarda, powierzchnia gładka; na przekroju z żył wypływa dość znaczna ilość ciemnej krwi; budowa zrazikowa wyraźna, środek każdego zrazika mocno czerwony, obwód szaro-żółty. Lewa nerka nieco powiększona, twarda; powłokę zdejmuje się łatwo; powierzchnia gładka, istota korowa nieco zgrubiała, mocno czerwona, piramady również czerwone. Prawa nerka taka sama. Otrzewna gładka, błyszcząca, nieprzekrwiona. Kiszki słabo wzdęte; zawartości mało. Błona śluzowa kiszki bladej; w ślepej i grubej kiszce—pokryta niewielką ilością śluzu. Błona śluzowa żołądka nieco zgrubiała, bladej, pokryta śluzem. W przełyku nic szczególnego zauważyć się nie daje. Pęcherz zawiera nieco moczu; błona śluzowa gładka, bladej. Narządy płciowe prawidłowe.

Blіższego zbadania nowotworu był łaskaw dokonać w swojej pracowni prof. Brodowski, za co niniejszem serdecznie mu dziękuję. Podług niego, guz zajmował przeważnie wnękę płuca prawego, przechodził w dalszym ciągu na górną i prawą część śródpiersia, sięgał po prawej stronie szyi prawie do górnego brzegu chrząstki tarczowej. Uciskając z prawej strony wstępującą część aorty piersiowej, otaczając i uciskając prawie zupełnie tętnicę bezimienną, podobojczykową prawą i sąsiadującą z niemi żyły (*anonyma* i *jugularis interna*). Nowotwór szerzył się przeważnie po oskrzelach, zajmując niewielką część prawego płuca, głównie w postaci nasięku, wśród którego w pobliżu części nacieczonych znajdowały się guziki, oczywiście jako następstwo dyseminacji. Górny i średni płat

płuca prawego były mocno uciśnięte i mocno przyrosłe do klatki piersiowej. Nowotwór ten widocznie składał się ze zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, gruczołów górnych śródpiersia, nadobojczykowych i gruczołów szyjowych, wzdłuż wielkich naczyń idących. Na rozkroju przedstawiał się złożonym z licznych zrazików ściśle ze sobą złączonych, jako następstwo zwyrodnienia nie tylko już samych gruczołów limfatycznych, lecz też i znajdującej się między nimi luźnej tkanki łącznej. Guzy te, żółto-czerwone na powierzchni rozkroju, ściśle ze sobą złączone, wogóle posiadały mały stopień spójności. Wśród nich tu i ówdzie znajdowały się bardzo nieregularne jamki, wypełnione gęstym żółtawego koloru płynem. Jedna z tych jam, bliżej powierzchni będąca, wynosiła w wymiarze podłużnym blisko 3 cm.. Obok tego znajdują się w wielu miejscach woreczkowato rozszerzone oskrzela (*bronchoectasiae sacciformes*), z których jedno dochodzi nawet wielkości gołębiego jaja. Gruczoły limfatyczne, znajdujące się we wnętrzu płuca lewego, także są znacznie powiększone, niektóre dochodzą wielkości śliwki; nie są one jednakże jeszcze zlane z sobą, jak to miało miejsce w prawym płucu. Badanie histologiczne skrawków stwardzonych, pochodzących z miększych części nowotworu, wykazało, że składają się z komórek okrągłych, mało co większych od leukocytów przy zupełnym braku substancji międzykomórkowej, albo też niewielkiej jej ilości. Natomiast inne były wyniki badań skrawków niestwardzonych, lecz rozskubywanych: tu przeważnie znajdowano komórki krótko-wrzecionowate, o dużym stosunkowo okrągłym jądrze. Komórki okrągłe były w znacznej mniejszości, a tu i ówdzie trafiały się większe komórki, komórki płaskie, zawierające niekiedy po kilka jąder. Na skrawkach zaś z nowotworu stwardzonych i zatopionych w parafinie, następnie barwionych już to za pomocą hematoksyliny, już też płynem Biondi'ego, znajdowano podobne komórki wrzecionowate, jak i na skrawkach świeżych, ułożone w paseczki równoległe swoimi podłużnymi osiami, wielkość ich była niejednostajna, w nieco twardszych częściach nowotworu były one większe, trafiały się obok nich i komórki okrągłe, równające się wymiarami swymi największymi wymiarowi komórek wrzecionowatych, których większość prawdopodobnie nie była niczem innym, jak ukośnem lub poprzecznem przecięciem komórek wrzecionowatych. Zdarzały się także i większe komórki kątowate, niekiedy także o kilku jądrach, a gdzie niegdzie tylko komórki olbrzymie, po większej części okrągławe z jądrami owalnymi i u obwodu umieszczonemi; bardzo rzadko tylko dawały się spostrzegać komórki skupione bardzo drobne, okrągłe, o dużym stosunkowo jądrze, mocno barwiące się hematoksyliną na fioletowo, płynem zaś Biondi'ego na zielono niby szczątki folikulów limfatycznych; miejscami także trafiały się także drobne szczątki czarnego barwnika gruczołów oskrzelowych. Część zaś nowotworu, wrastająca do płuc, różniła się tem tylko od nowotworu znajdującego się we wnętrzu tegoż płuca, że składała się z daleko większych komórek; z mniejszemi zaś kulistemi spotykaliśmy się przeważnie wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej i międzyoskrzelowej płuc, które to tkanki stopniowo zamieniały się na taką samą tkankę sarkomatyczną, już przy stopniowem zgrubieniu przegród międzypęcherzykowych, niekiedy nawet wrastając do pęcherzyków i wypełniając je. Co się tyczy substancji międzykomórkowej, to tej wogóle było bardzo nie-

wiele w postaci cienkich włókienek, miejscami jednak znajdowały się większe ilości tkanki włóknistej, zwłaszcza w nowotworze, wnikającym w płuca, gdzie miejscami widać było bardzo grube pasma włókniste, tak, że nowotwór zdawał się stawać mięsakiem włóknisto-komórkowym.

Na mocy powyższych danych prof. Brodowski przyszedł do wniosku, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia ze złośliwym mięsakiem gruczołów limfatycznych.

Powyższe badanie pośmiertne wykazało, że rozpoznanie nasze przyżyciowe, t. j. mięsak limfatyczny śródpiersia i płuca, było w zupełności usprawiedliwionem; wykazało również źródło wydobytej przy pomocy próbnego przekłucia z płuca zawartości ropnej. W płucu bowiem wśród twardych guzów nowotworowych istniał szereg bronchiektazji o zupełnie gładkich ścianach, warunkowanych zatknięciem światła oskrzela przez wzrastające guzy nowotworowe, a szczególnie trafem próbnego przekłucia właśnie w to miejsce zostało skierowanem. Chory, jak przekonaliśmy się z wywiadów, po przebytem zapaleniu płuc kaszlał stale, odpluwając obficie, *resp.* był dotkniętym przewlekłym nieżytem oskrzeli. Być może, że już przed rozwojem sprawy nowotworowej niektóre oskrzela były nieco rozszerzone, zamknięte więc w nich przez ucisk guzami nowotworowymi światło dało początek otorbionym zupełnie przestworom, napełnionym ropą; że zaś, z drugiej strony, tchawica a głównie oskrzela uległy uciskowi, więc z łatwością się daje wyjaśnić brak zupełny wydzieliny ropiastej w płwocinie. Objaw ten, t. j. możliwość wydobywania przy próbnym przekłuciu cieczy ropiastej wobec istniejącego mięsaka limfatycznego w płucu, zasługuje z punktu widzenia rozpoznawczego na pewne znaczenie. Wogóle bowiem utrzymują powszechnie autorowie, piszący o guzach śródpiersia, że przekłucie próbne daje stale przy tychże sprawach wynik ujemny, płyn zaś wydobywany, surowiczny, czy też ropny, przemawia za obecnością pierwotnego lub wtórnego wysięku opłucnej. Nasz przypadek poucza, że źródło ropy może być zupełnie innem, a fakt ów sam przez się nie powinien przemawiać ani za otorbionym wysiękiem ropnym w górnym odcinku opłucnej, ani też za rozpadem ropnym nowotworu, ropniem samodzielnym płuca, tylko wespół z całym szeregiem innych objawów, a szczególnie wywiadów, winien być wziętym pod ocenę istotnego rozpoznania sprawy. O podobnym przypadku wspomina SENATOR w dyskusji, prowadzonej w roku zeszłym w berlińskim Towarzystwie Lekarskim nad kwestyą nowotworów śródpiersiowych. U chorego z objawami znacznego wysięku opłucnej przy próbnym przekłuciu otrzymano zielono-żółtawy płyn; przekłucie dało wynik ujemny, nie bowiem nie można było wyaspirować. Chory wkrótce zmarł, a badanie pośmiertne wykazało, że całe płuco zajęte było przez guz, który w swem wnętrzu przedstawiał liczne jamy (*cystische Hohlräume*). Szkoda wielka, że SENATOR nie wspomniał, jakiej natury był ten nowotwór oraz jaki był wynik badania drobnowidzowego wyciągniętego płynu.

W każdym razie nasz przypadek poucza: 1-o. Że przekłucie próbne samo przez się nie może być owym znakomitym rozpoznawczym momentem, jak chcą

niektórzy autorowie, a przedewszystkiem SENATOR. Pod tym względem należy w zupełności oddać sprawiedliwość pogładowi A. FRAENKEL'a, który w wyżej wspomnianej dyskusji zaznaczył, że między objawami, charakteryzującymi obecność guzów śródpiersiowych, niema ani jednego, któryby z wszelką pewnością był w stanie określić rozpoznanie, a jedynie wszystkie objawy, razem wzięte i należyście ocenione, mogą w wielu razach rolę rozpoznawczą odegrać. 2-o. W przypadku naszym zaznaczyliśmy, że w chwili przyjęcia chorego obok przypuszczalnego guza w górnym zrazie płucnym, w dolnym ustępie klatki piersiowej objawów obecności płynu [na co szczególną zwracaliśmy uwagę] wcale nie znajdowaliśmy. Płyn wystąpił dopiero w ciągu ostatnich tygodni życia chorego, t. j. w epoce szybko rozwijającego się ogólnego charactwa i obrzęków. W większości przypadków mięsaków limfatycznych śródpiersia, a których cały szereg w praktyce prywatnej oraz szpitalnej spostrzegalem, rzecz miała się zupełnie odwrotnie. Jednym z pierwszych i niemal stałych objawów był uparty, powoli powstały wysięk opłucnej. W niektórych przypadkach długi przeciąg czasu, całe tygodnie, a nawet miesiące, nie można było wykryć żadnego innego objawu prócz wysięku i z nim związanej mocnej duszności. U jednego z chorych wysięk surowiczny, co kilka miesięcy wypuszczany, trwał rok przeszło, poczem dopiero można było wykryć zwolna występujące obrzmienie gruczołów limfatycznych, które umożliwiło należyte rozpoznanie. W innych wreszcie przypadkach do samej śmierci chorego dominującym objawem pozostaje stale wysięk, a dopiero przy dokonaniu przekłucia, którego rezultatem było otrzymanie niewielkiej ilości krwawo zabarwionego płynu, igłą można było wyczuć w głębi jamy opłucnej, twarde masy nowotworowe. Obecność w opłucnej mniej lub więcej obfitych wysięków, maskujących zupełnie obraz sprawy nowotworowej płuca, daje się tłómaczyć tą okolicznością, że wysięk, warunkowany zajęciem nowotworowym opłucnej, szybko w zupełności uciska płuco, uniemożliwiając rozpoznanie guzów w niem powstałych. W naszym przypadku brak wysięków w pierwszych okresach choroby daje się wytłómaczyć tą okolicznością, że chory przebywał przed kilku laty zapalenie płuca [prawdopodobnie i opłucnej], czego następstwem były mocne zrosty górnego i średniego zraza, jak to badanie sekcyjne wykazało. Tym sposobem sprawa nowotworowa, zamiast szerzyć się w kierunku opłucnej, jak to zazwyczaj ma miejsce, rozwijała się szeroko w samym płucu, wywołując wyżej opisane charakterystyczne objawy stwardnienia; płyn zaś, w ostatnich tygodniach życia chorego powstały w opłucnej, miał źródło nie w sprawie nowotworowej, a bardziej w ogólnym zastoju krążenia. 3-o. Wielce charakterystycznym również objawem, uzupełniającym rozpoznanie u naszego chorego, było mocne zwężenie prawej żrenicy, jako następstwo podrażnienia gałązek nerwu sympatycznego. Objaw ten jednakże sam przez się nie ma znaczenia rozpoznawczego.

Powyższe również warunki dawały nam na miejscu istniejącego stępienia oddech oskrzelowy, bronchofonię, a nawet rżenia dźwięczne od czasu do czasu słyszalne, wskutek bowiem zrostów fiksujących mocno płuco, nie mogło ono być przeto usunięte i warunkować osłabienie lub też zupełny brak oddechu, jako to zazwyczaj w podobnych przypadkach ma miejsce.

Bardzo niedawno spostrzegalem mocne zwężenie jednej źrenicy na moim oddziale u chorego, dotkniętego od kilku miesięcy trwającą mocną dusznością z napadami astmatycznymi, która wysoce przypominała duszność u naszego tylko co przytoczonego chorego [chorzy ci nawet jednocześnie znajdowali się na oddziale szpitalnym]. Z objawów przedmiotowych wykrywaliśmy li tylko ucisk prawego oskrzela, oraz zupełne porażenie lewego dolnego nerwu krtaniowego, a które to objawy poważniły mię do rozpoznania tętniaka tylnej części aorty wstępującej. Rozpoznanie to w zupełności potwierdziło badanie pośmiertne nagle zmarłego chorego.

Innych objawów, napotykaných u naszego chorego, oraz ich znaczenia rozpoznawczego rozbierać nie mam zamiaru; są one bowiem szczegółowo rozbierane w podręcznikach dyagnostyki, szczególnie zaś wyczerpująco w wyżej wzmiankowanej dyskusyi w Berlińskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Nadmienię na zakończenie tylko, że nasz przypadek pod względem etyologicznym jest również ciemnym, jak większość przypadków tej kategorii. Wprawdzie istniały momenty etyologiczne, powszechnie przez autorów podawane, t. j. przymiot i uraz, pierwsze jednakże cierpienie chory przebywał przed 27 laty; uraz zaś, pod postacią spadnięcia z bryczki, miał miejsce na miesiąc przed wstąpieniem chorego do szpitala, t. j. w okresie już rozwiniętej sprawy. Czy więc one mogły odgrywać istotną przyczynę etyologiczną, jest dla mnie wielce wątpliwem, tembardziej, jeśli zwrócimy uwagę, że mięsak limfatyczny śródpiersia jest chorobą stosunkowo u nas bardzo rzadką, co musiałoby być przeciwnie, gdyby wyżej wzmiankowane przyczyny istotną etyologiczną rolę miały odgrywać. Co się tyczy wreszcie stosunku mięsaka limfatycznego do wrzeczomej białaczki, a którą to kwestyę w ostatnich czasach w piśmiennictwie naszym szczegółowo poruszył kolega WŁ. BIEGAŃSKI [Nowiny Lekarskie. 1892. № 10], to zaznaczyć winieniem, że w naszym przypadku badanie krwi podobny związek pozwalało wykluczyć.

---

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA WARSZ. SZP. STAROZAKONNYCH.

## II. PRZCZYNEK DO KLINICZNEJ OCENY T. ZW. NERWICY URAZOWEJ

(*Neurosis traumatica*)

ORAZ JEJ SYMULACYI.

Napisał

**D-r Med. H. Higier,**

asystent oddziału.

— 4 — 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11].

Zanim przystąpię do systematycznego opisu ważniejszych, wyłącznie obiektywnych objawów nerwicy traumatycznej, pragnąłbym w tem miejscu, dla łatwiejszego orientowania się w symptomatologii, z całego zebranego przezemnie materiału szpitalnego przytoczyć 2 ciekawsze przypadki. Jeden bę-



dzie służył za wzór nerwicy ogólnej, drugi zaś t. zw. nerwicy miejscowej. W pierwszym przypadku przeważają objawy neurasteniczne, w drugim hysteryczne. O kilku innych mniej typowych przypadkach nerwicy traumatycznej wspomnę tylko mimochodem.

**Spostrzeżenie I.** C . . . . Józ . . . ., 28 lat mający, z zawodu ślusarz kolejowy. Przymiotu nie przechodził. Nie nadużywał ani napojów wysokokowych, ani też tytoniu. Do nadużyć płciowych i samogwałtu nie przyznaje się. W 18 roku życia przez 3 miesiące cierpiał na „apetyt wilczy“, od tego czasu datują się bóle głowy i kongesty. W 19 roku przechodził szkarlatynę z błonią. Rodzice zdrowi. W rodzinie nie było ani nerwowych, ani też umysłowo chorych.

Chory już na kilka tygodni przed opisanym poniżej wypadkiem czuł się nieusposobionym, był często gniewliwym i rozdrażnionym, niespokojnym i bojaźliwym. Gdy razu pewnego podczas zajęcia swego dowiedział się o kradzieży popełnionej w jego mieszkaniu, ucałował naraz bóle kurezowe w nogach, tak, iż kroku postąpić naprzód nie mógł.

Chory zajęty był przy drodze żelaznej przez 10—12 godzin dziennie, pracował ciężko, w ogóle jednak czuł się dobrze. Na brak łaknienia i snu nie skarżył się nigdy.

Na 2 miesiące przed zapisaniem się do szpitala spadł z wagonu, z wysokości 7 stóp, uderzwszy przytem krzyżem o sztabę żelazną. Przywołany natychmiast lekarz stwierdził zwykle stłuczenie krzyża i polecił wysoce wystraszonego pacyenta odwieźć do domu. Bóle krzyża i lewej nogi trwały bez przerwy przez przeciąg 2-eh tygodni i nie pozwoliły choremu podnosić się z łóżka. Stopniowo jednak traciły one na sile tak, iż wkrótce chory był w stanie już chodzić. Dwa razy zdarzyło się jednak, że pacjent, pochyliwszy się nieco silniej ku przodowi, ani kroku naprzód postąpić już nie mógł.

Według opowiadania żony jego, natychmiast po wypadku przyłączyły się nudności, brak łaknienia, bezsenność, osłabienie pamięci, straszne bóle głowy.

Badanie podjęte d. 14 kwietnia [1891 r.] wykazało, co następuje. Prędkie zmęczenie, tak, iż chory musi się bardzo wysilać, by bez pomocy żony przejść salę szpitalną. Silnie się poci; skarży się na dokuczliwe bóle *in vertice capitis* i w krzyżu. Zawrót głowy zarówno przy chodzeniu, jak i spokojnem leżeniu w łóżku. Śpi źle, budzi się kilka razy podczas nocy. „Miewa sny straszne. Niekiedy występują hallucynacje wzroku: to widzi w pokoju idących żołnierzy, to znów latające ptaki.

Chory jest usposobienia gniewliwego, apatyczny. W rozmowie uderza powolność myślenia. Obok ogólnego utrudnienia czynności umysłowych na pierwszy plan występuje znaczne osłabienie pamięci: chory zapomina, co mówił przed kwadransem, powtarza się często. Przy wymawianiu rzeczowników, głównie zaś imion własnych, musi się zatrzymywać.

Siła wzroku i słuchu od chwili upadku doznała osłabienia.

Niekiedy występował obrzęk kostek. Chory od niedawna czuje się bardzo wrażliwym na zimno.

Kołatanie serca, połączone niekiedy z uczuciem ściskania, zjawia się i znika bez przyczyny. Zjawisko powyższe nierazko przerywa choremu sen.

Łaknienie niewielkie. Głośnie odbijanie gazami bezwonnymi. Nader przykre uczucie próżni w dołku sercowym. Ani wymiotów, ani czkawki.

Stolce co 8—9 dni [przed przypadkiem co 2—3 dni]. Od czasu do czasu występuje zatrzymanie moczu. Popęd płciowy zupełnie zniesiony. Ani naprężenia prącia, ani też zmas noenych nie bywa.

Tętno 72, rytmiczne. Osłabienie ogólne. Gruba siła mięśniowa we wszystkich kończynach równomiernie obniżona. Ograniczonego zaniku mięśniowego nigdzie wykazać nie można. Przy wymacywaniu okolicy lędźwio-krzyżowej nie nieprawidłowego zauważyć się nie daje. Ból przy ucisku dolnej części kręgosłupa oraz przy opukiwaniu czaszki.

Na całej powierzchni ciała, głównie zaś na kończynach górnych, na grzbiecie i na podszewkach wysepki anestetyczne i analgetyczne. W tych ostatnich istnieje nadto uczucie odrętwienia i mrowienia. Czucie ciepłoty obniżone, zdolność umiejscawiania wadliwa. Czucie mięśniowe, stan trofezny skóry, opór przy ruchach biernych — prawidłowe,

Odruchy ścięgniste nie wzmożone. Objawu stopowego brak. Odruch podeszwowy z obu stron słaby.

Nerwy czaszkowe niezjęte. Powonienie i smak nie zmienione. Słuch wskutek obustronnego przewlekłego zapalenia ucha średniego [*otitis media sclerotica*, rozpoznane przez kol. GURANOWSKIEGO] nieznacznie osłabiony.

Siła wzroku z obu stron jednakowa. Pole widzenia w obu oczach zwężone, również na barwy.

Na objawy patologicznego zmęczenia siatkówki chorego bliżej nie badano. Przy zmęczeniu oczu występuje migotanie i iskry przed oczyma.

Przykre uczucie gorąca i zimna. Narządy wewnętrzne wogóle prawidłowe.

Chory przebył w szpitalu całe 3 miesiące, od 14 IV do 13 VII. W tym czasie przechodził on zapalenie gardzieli z *chorditis vocalis* [rozpoznane przez kol. FREIDENSOHNA] oraz niepowikłany nieczem tyfus płamisty [kol. RAPPEL].

Badanie, podjęte dnia 12 VI, t. j. w 10 dni po spadku (*per lysin*) ciepłoty tyfusowej, wykazało w ogóle ten sam wyżej opisany *status praesens*. Stan psychiczny nie zmieniony. Ogólne osłabienie ruchowe. Dynamometr wskazywał: po prawej stronie 45, po lewej 25. Po stronie lewej hypalgезya skóry i błon śluzowych. Parestezye na rękach i podeszwach. Umiarkowane obustronne, koncentryczne zwężenie pola widzenia. Pole widzenia na barwy od zewnątrz do wewnątrz: czerwone, niebieskie, zielone. Ze strony gałki ocznej i żrenicy żadnych nieprawidłowości zauważyć nie można.

Smak i powonienie zachowane. Zmysł mięśniowy nie zmieniony. Odruchy mechaniczne, okostne i ścięgniste w wysokim stopniu wzmożone. Obecność *clonus pedis* z obu stron. Idyomuskularne drganie mięśni z tworzeniem się miejscowem wałków przy perkussji. Brak wszelkich pasów hysterotwórczych. Przy ucisku nerwu łokciowego w okolicy łokcia udaje się wywołać silne drżenie wszystkich palców.

Lakniczenie wyśmienite. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Skargi podmiotowe te same.

Chory opuścił szpital 13. VII z względnie niewielką poprawą. Powolność myślenia, osłabienie pamięci mniej już były uderzającemi. Lakniczenie i sen dosyć dobre. Jedyne ogólne osłabienie, szybkie męczenie się, gwałtowne bóle w okolicy grzbietowej czyniły chorego zupełnie niezdolnym do pracy i nie ustępowały pomimo przedsięwziętych rozmaitych środków leczniczych. Leczenie polegało na podawaniu środków krzepiących [china, żelazo, strychnina] galwanizacyi grzbietu, ogólnej faradyzacyi, wielokrotnej sugestyi hipnotycznej oraz kąpeli letnich.

Zestawiając w krótkości, przychodzimy do wniosku, iż przypadek nasz dotyczył osoby neuropatycznie upośledzonej, która, po spadnięciu z niewielkiej wysokości i stłuczeniu krzyża, uległa zbiorowi przypadłości o charakterze nerwowym. Zmiany w sferze psychicznej [osłabienie pamięci, apatya, halucynacje], ogólne obniżenie czynności ruchowej i czuciowej, koncentryczne zwężenie pola widzenia, samoistnie i przy ucisku powstające bóle głowy i krzyża, leniwe oddawanie stolców i moczu, zniknięcie popędu płciowego. Spostrzegamy więc zbiór objawów historycznych i neurastenicznych z przewagą po stronie zaburzeń w sferze psychicznej, czyli, że mamy przed sobą klasyczny obraz t. zw. nerwicy urazowej w pojęciu OPPENHEIM'a i STRUEPPEL'a.

Możnaby wprawdzie obok nerwicy przyjąć organiczne uszkodzenie rdzenia kręgowego, przy bliższem atoli rozpatrzeniu przekonywamy się, że brak tu objawów, przemawiających za pewnem określonym umiejscowieniem cierpienia. Osłabienie ruchowe i zaburzenia w sferze czuciowej kończyn dolnych, wzmożenie na tychże kończynach odruchów ścięgnistych, notowane w początkach cierpienia zatrzymanie moczu i stolca, niezdolność spółkowania, wszystko są to rzeczywiście objawy, mogące dowodzić istnienia cierpienia części lędźwiowej rdzenia. Atoli zarówno zaburzenia ruchowe, jak i czuciowe nie dają się ograniczyć do pewnego

określonego obrębu, dotykają one zresztą w jednakowej mierze i górne i dolne kończyny. Co się zaś tyczy wzmoczenia odruchów ścięgnistych przy prawidłowym napięciu mięśniowym, to te łącznie ze wzmocnieniem odruchów skórnych, oraz pobudliwością mechaniczną nerwów i mięśni stwierdzone były dopiero po ukończeniu tyfusu plamistego, łatwiej więc je uczynić zależnymi od osłabiającego działania tyfusu<sup>24)</sup>, niż od organicznego uszkodzenia rdzenia. Również zatrzymanie moczu, zniknięcie popędu płciowego i zaburzenia w koordynacji nie powinny bezwarunkowo przemawiać za cierpieniem organicznym, występują one bowiem bardzo często jako pierwsze objawy nerwicy z przestraczu (*Schreckneurose*).

W podanym więc przypadku niema najmniejszej potrzeby obok nerwicy czynnościowej przyjąć również obecność organicznego uszkodzenia rdzenia.

**Spostrzeżenie II.** J... C..., oficyalista drogi żelaznej z Wilna, przybył do szpitala 8 maja 1891 r. wskutek porażenia prawej kończyny dolnej.

Przed miesiącem [11 IV] jakoby „wywichnął” prawą nogę w stawie stopowym, w którym też przez przeciąg jednego tygodnia doznawał dosyć gwałtownego bólu. Miejscowo nie stwierdzono ani obrzmienia, ani też podniesienia ciepłoty. Noga stawała się coraz słabsza, tak, iż w tydzień po wypadku chory nie był w stanie poruszać nią. Stosowane w ciągu 2-eh tygodni w domu mięsienie, elektryzowanie i kąpiele ciepłe w niczem nie zmieniły stanu chorego.

Z wywiadów otrzymaliśmy dane następujące. Chory 34 lat mający, żonaty, dzietny [ma 6-ro dzieci]. Rodzice zawsze byli zdrowi. Wszystkie siostry są „nerwowo chore”. Sam Cz. w ogóle był zawsze zdrow. W ciągu ostatnich kilku lat cierpiał na bóle głowy, które bez widocznej przyczyny powstawały i ginęły. Przed 5 laty przez przeciąg 3-eh miesięcy nie widział nic prawem okiem, pomimo braku wszelkich zmian zewnętrznych. Co było powodem zaniewidzenia, chory objaśnić nie umie. Prawem uchem wskutek przebytego w młodości zapalenia słyszy źle.

Od czasu podanego wyżej wypadku chory źle sypia, jest niespokojny i wiele rozdrażniony. Od 10 dni trapi go skłonność do obitego pocenia się. Gwałtowne bóle głowy w godzinach przedobiadowych.

Do nadużytych płciowych i w napojach wysokowych chory się nie przyznaje. Syfilisem jakoby nie był dotknięty.

Ze *status praesens*, notowanego w chwili przybycia chorego do szpitala, podajemy dane następujące. Osobnik silnej budowy, dobrze odżywiony. Stan bezgorączkowy. Na prawej kończynie dolnej brak wszelkich śladów miejscowej sprawy zapalnej. Serce, płuca, przewód pokarmowy prawidłowe. Tętno 76, rytmicznie. Prawa źrenica nieco rozszerzona w porównaniu z lewą, obie reagują dosyć dobrze na światło i akkomodację.

Istnieje koncentryczne zwężenie pola widzenia w prawym oku, lewe prawidłowe.

Na twarzy, tułowiu, kończynach [z wyjątkiem prawej dolnej] nie nieprawidłowego nie znaleziono.

Prawa kończyna dolna w słabej addukcji i nieco zgięta w stawie kolanowym. *Pes caro-equinus*. Ruchy bierne nie napotykają na żadne przeszkody.

Ruchy w stawie kolanowym i biodrowym swobodne, zupełnie jak po stronie lewej. Ruchy czynne w stawie stopowym i palcowych zniszone w prawej kończynie zupełnie: zarówno zginanie podszwowe, jak i grzbietowe, zarówno abdukcja, jak i addukcja. Odruch rzepkowy wzmoczony. Odruch ścięgna Achillesowego oraz objaw stopowy istnieje z obu stron. Odruch przez uklucie lub łechtanie na prawej podszwie zniszony, reszta odruchów skórnych zachowana.

Czucie na całym ciele zachowane. Wyjątek pod tym względem stanowią te miejsca, na których stwierdzonem zostało porażenie. Zachowanie się oddzielnych odmian czucia dosyć charakterystyczne. Wrażliwość na dotyk, począwszy od górnej  $\frac{1}{3}$  części goleni zupełnie zniszone,

<sup>24)</sup> Porówn. LONGARD. Ueber die Beschaffenheit der Sehnenreflexe bei fieberhaften Krankheiten. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1891. I. 3, 4.



Czucie na dotyk, ból, ucisk, ciepłotę, powróciło prawie zupełnie. Jedyne po stronie zewnętrznej goleni oraz na paluchu istniały oddzielne *plaques analgétiques*. Ruchy palców, głównie zaś zginanie podszwowe zupełnie zachowane. Ruchy w stawie stopowym dosyć ograniczone. Drżenie następcze wyżej wspomnianych mięśni przy drażnieniu faradycznym *nervi peronei* pozostało jeszcze tak samo wyraźnym, jak poprzednio.

Leczenie polegało na należytem odżywianiu, częstem stosowaniu kąpieli ciepłych oraz systematycznej po części miejscowej, po części zaś ogólnej faradyzacji.

Zestawiając przypadek powyższy, przechodzimy do przekonania, że chodzi tu o 34-letniego mężczyznę, pochodzącego jakoby od rodziców zdrowych [wszystkie siostry nerwowe!], który po nieznacznym uszkodzeniu prawego stawu stopowego, przebiegającym bez żadnych miejscowych objawów zapalnych, uległ zupełnemu porażeniu goleni i stopy. W porażonych miejscach można było stwierdzić wyraźne zaburzenia czuciowe [anestezje], troficzne [różnica w objętości goleni równa 2 $\frac{1}{2}$  ctm.], naczynio-ruchowe [wysypka liszajcowata w obrębie znieczulenia], termiczne [różnica w temperaturze obu goleni równa 4° C.], oraz zaburzenia w zachowaniu się względem prądów elektrycznych [t. zw. reakcja traumatyczna<sup>26</sup>]. Ten ostatni objaw polegał na występowaniu drgań włókienkowych w rozmaitych mięśniach, unerwionych przez nerw strzałkowy, przy drażnieniu faradycznym tegoż nerwu i na trwaniu tych drgań po przerwaniu prądu. Niektóre inne objawy natury nerwowej, jak: bezsenność, rozdrażnienie ogólne, skłonność do pocenia się, silne bóle głowy, towarzyszyły porażeniu nogi, które rozwijało się w przeciągu 8 dni. Większość przypadłości, głównie zaś porażenie, znieczulenie i osłabienie nerwowe, doznała znacznej poprawy po dwumiesięcznej faradyzacji i hydroterapii.

O jaki właściwie obraz chorobowy chodziło w naszym przypadku? Najwłaściwiej byłoby przyjąć porażenie, jako następstwo zwichnięcia stawu stopowego, atoli stopniowo w ciągu tygodnia rozwijające się porażenie bynajmniej za tym poglądem nie przemawia. Zresztą, zarówno bezpośrednio po urazie [zeznanie inteligentnego pacjenta], jak i podczas naszego badania brakło wszelkich miejscowych objawów zapalnych, których następstwem byłby zbiór tak ciężkich przypadłości.

Przeciw urazowemu zapaleniu nerwu, t. zw. *névrite apoplectiforme* [DUBOIS, KLUMPKÉ<sup>27</sup>], zależnemu od podbiegnięć krwawych lub też od znacznego ucisku na nerw goleniowy lub strzałkowy w pobliżu kostki, mówi już ta okoliczność, że ani porażenie, ani też znieczulenia nie zajmowały pewnego, anatomicznie określonego obrębu nerwów.

A może należałoby porażenie uważać jako zjawisko, zupełnie od urazu niezależne? Wówczas wypadaloby przyjąć jakieś organiczne uszkodzenie ośrodkowego *resp.* obwodowego układu nerwowego. Za ostrem zapaleniem przednich rogów rdzenia (*poliomyelitis subacuta*) przemawiałby zanik porażonej kończyny. Zupełny jednak brak odczynu zwyrodnienia, wyraźne zaburzenia w sferze czuciowej

<sup>26</sup>) RUMPF uważa wspomnianą reakcję faradyczną mięśni za ważny objaw przedmiotowy, nie dający się symulować przy nerwicach urazowych. [Deut. med. Woch. 9. 1890].

<sup>27</sup>) KLUMPKÉ. Des polynévrites. Paris. 1890. p. 254.

czynią rozpoznanie to, poniekąd słuszne, nieprawdopodobnem. Wzmózone odruchy, brak bolesności i zgrubienia nerwów oraz jakościowych zmian przy badaniu prądem galwanicznym, mówią też przeciw samoistnemu zapaleniu nerwów. To samo dotyczy zapalenia korzeni nerwowych (*névrite radriculaire*).

Za sprawą korową przemawiałoby poniekąd wzmózenie odruchu rzepkowego obok istniejącego porażenia. Atoli długotrwałe zupełne zuieczulenie, połączone z utratą zmysłu mięśniowego, tudzież silnie wyrażony zanik należą do bardzo rzadkich wyjątków w cierpieniach korowych. Zresztą, w anamnezie i przy badaniu chorego nie znaleźliśmy żadnego czynnika etyologicznego (*endocarditis, lues, alcoholismus*), któryby tłumaczył nam tę sprawę mózgową.

Pozostaje tym sposobem przyjąć jedynie cierpienie funkcyjne, stojące w bezpośrednim związku z urazem, t. j. nerwicę, którą ze względu na ściśle pozornie umiejscowienie na obwodzie *resp.* w ośrodkach korowych zazwyczaj nazwują miejscową neurozą traumatyczną [STRUEMPELL].

Wyżej wyraziliśmy już przekonanie, że nerwica urazowa powinna być uważaną za histeryę lub histero-neurastenię; to wrażenie wynieśliśmy przynajmniej ze wszystkich osobiście przez nas obserwowanych przypadków. Zobaczmy, jakie właściwie objawy neurasteniczne wystąpiły po urazie u naszego chorego: ogólne osłabienie, rozdrażnienie, bezsenność, bóle głowy skłonność do pocenia się i t. p. Przeważającym i dosyć charakterystycznym jednak jest zbiór objawów histerycznych. Porażenie i zuieczulenie ściśle ograniczone do pewnej określonej okolicy ciała, nie szerzące się w kierunku anatomicznego rozgałęzienia nerwów, jest wszak objawem tylko histeryi. W naszym przypadku mieliśmy t. zw. pończochę histeryczną. „*D'une façon générale on peut dire que les anesthésies par segments de membre, en manche de veste, en manchette, en manchons pour les bras et l'avant-bras, en gigot, en bas ou en chaussette pour la jambe et la cuisse, n'appartiennent pas aux lésions organiques*“ [GUINON].

Zupełne porażenie ze zwiótczeniem (*schlafte Lähmung*) wobec wzmózonego odruchu rzepkowego i objawu stopowego zdarza się wyłącznie przy histeryi. Wreszcie wielokrotnie stwierdzone koncentryczne zwężenie pola widzenia w jednym oku przemawia za histeryą, nawet jest, według CHARCOT'a, objawem patognomicznym.

Co się tyczy przebiegu klinicznego w naszym przypadku, to i ten jest charakterystycznym dla histeryi urazowej. Porażenie powstało nie nagle bezpośrednio po urazie, lecz stopniowo w ciągu 6—7 dni. Jest to zwykły, aczkolwiek nie wyłączny, sposób powstawania tego rodzaju psychicznych porażeń. Jest to okres inkubacyjny, lub „medytacyjny“ [CHARCOT<sup>28</sup>], w czasie którego dojrzewa idea porażenia. Mniej lub więcej natężony wstrząs nerwowy (*Shock*), towarzyszący urazowi, wprowadza cierpiącego, zwłaszcza usposobionego neuropatycznie w stan łatwiejszej uległości sugestyjnej, przypominający somnambulizm histeryczny, podczas którego idee osłabienia i porażenia rodzą się i dojrzewają. Okres wylęgania trwa zazwyczaj 4 do 8 dni.

<sup>28</sup>) CHARCOT. Sus un cas de monoplogie brachiale. Sem. médic. 29. 1892.

Na szczególną uwagę zasługuje w naszym przypadku jednoczesne występowanie niektórych rzadko występujących w histeryi; zaburzeń w sferze czuciowej [znikanie różnych odmian czucia skórnoego na różnych wysokościach porażonej nogi], naczynio-ruchowej, troficznej, w zachowaniu się ciepłoty oraz wrażliwości na prądy elektryczne. Zanik mięśni, wielokrotnie przez nas przy histeryi spostrzegany, obecnie jeszcze przez wielu klinicystów zaliczany bywa do objawów, pozwalających z wszelką stanowczością wyłączyć nerwicę czynnościową. Od czasu jednak dokładnych badań szkoły francuskiej [BABIŃSKI, ATHANASSIO] wiemy, że sprawa ta przedstawia się nieco odmiennie i wszelakie zaburzenia troficzne [zanik mięśni i skóry, okołostawowe powrózki włókniste, odleżyny i t. d.] zdarzają się niewątpliwie w histeryi. A nawet, jak to miałem sposobność wykazać na innym miejscu<sup>29)</sup>, występują przy porażeniach histerycznych, połączonych z zanikiem, zmiany jakościowe i ilościowe w prawidłowym zachowaniu się na prądy elektryczne. Tego rodzaju odczyny zwyrodnienia w histeryi opisywali GILLES DE LA TOURETTE i DUTIL [1889], nowszymi zaś czasy [1891] SCHAFFER<sup>30)</sup> i SOUQUES. W naszym przypadku nie mamy do czynienia z odczynem zwyrodnienia, lecz ze zboczeniem *sui generis*, o którego wartości rozpoznawczej wypadnie nam jeszcze pomówić niżej.

[C. d. n.].

## NOTATKI LEKARSKIE.

— 3 —

### 5. Hydrothorax; punctio thoracis, kilkadziesiąt razy powtórzona.

Spostrzeżenie niniejsze ogłaszam jako *curiosum* w swoim rodzaju.

51-letni robotnik fabryczny od r. 1886 cierpiał na częste napady duszności, połączone z biciem serca i ścisaniem w jego okolicy. Później duszność stała się ustawiczną z obstrzzeniami, wreszcie przyłączyła się do tego puchlina kończyn dolnych i górnych. Od połowy 1887 do połowy 1888 r. chory cały rok przeleżał w szpitalu, najprzód w oddziale kol. DUNINA, potem w klinice terapeutycznej szpitalnej, wypisując się jednak przez ten czas wielokrotnie, skoro tylko nastąpiła jaka taka poprawa.

Główne objawy były następujące. Powiększenie tępości serca, mianowicie lewego, szmer a często i pomruk rozkurczowy u aorty, arytmia, *puls. celer*, obrzmienie wątroby, mocz zastoinowy, zawierający białko, obrzęki, *hydrothorax dexter*, słowem: obraz *insuff. valv. semil. aortae*. Środki nasercowe, wielokrotnie wytrwale stosowane, nie przynosiły ulgi. Natomiast po zastosowaniu kalomelu w dawkach moczopędnych, obok wypuszczania płynu z opłucnej, jak tylko zebrała go się tam większa ilość [w oddziale kol. DUNINA], chory doznał znakomitej poprawy na kilka tygodni. To też później sam już domagał się takiego leczenia.

Do połowy kwietnia 1888 r. choremu wypuszczano plyn z opłucnej 53 razy [po 1—2½ litra]. Ciężar właściwy płynu surowiczego wynosił zrazu 1009, później stopniowo wzrósł do 1012 [kilka razy tylko znaleziono ciężar właściwy 1013 i 1014]. Częstokroć przekłucie stanowiło niejako *indicatio vitalis*. Często

<sup>29)</sup> H. HIGIER. Przegląd krytyczny kwestyi zaniku mięśni (*amyotrophiae*) pochodzenia organicznego i dynamicznego. Gazeta Lekarska. 3—8. 1893.

<sup>30)</sup> SCHAFFER. Untersuchungen uber die electr. Reaction bei Hysterischen. Deut. Arch. f. klin. Med. 1891.

jednak i bez koniecznej potrzeby trzeba było ustąpić błaganiom chorego, który w chwilach silnej duszności, wiedząc, że przekłucie sprowadzi mu ulgę, domagał się go natarczywie, groził nawet, że je sam sobie zrobi kozikiem.

Dodać trzeba, że kilka razy zjawiał się płyn i w lewej opłucnej, ale znikał z niej łatwo jednocześnie z obrzękami i nie wracał tak uporczywie.

Kilkakrotnie udawało się sprawdzić na tym chorym twierdzenie ROSENBACH'a i BIEGAŃSKIEGO, że płyn zbierający się w jamie prawej opłucnej przede wszystkim zdradza się rozszerzeniem tępości prawego serca.

Ten sam chory 11 razy przebywał moczopędną kuracyę kalomelem. Dyureza wznagała się na 3—4-ty dzień, a 6-go—9-go dochodziła do *maximum* [początkowo 5—7 litrów, później 3—4 na dobę]. Zrazu obrzęki i duszność znikwały nawet po trzydniowym tylko stosowaniu kalomelu, później — tylko po dłuższem jego użyciu. *Protojoduretum hydrargyri* [14 gran wybranych w ciągu 6 dni] nie dało żadnego rezultatu. Z początku poprawa osiągnięta kalomelem trwała dłużej [do 10 dni], później — krócej i nie była już zupełną. Pogorszenie wracało jeszcze podczas wzmoczonej dyurezy; przesięg w opłucnej — nieraz nawet na jej szczycie. Ślady białka znikwały zwykle [nie zawsze] z moczu dopiero po przejściu *maximum* dyurezy. Ciężar właściwy moczu nawet przy najobfitszem jego wydzielaniu nie był kardzo niski [1009—1s12].

Chory zmarł w lecie 1888 r. Na sekcyi znaleziono rozległą ateromatozę i rozszerzenie aorty, względną niedomykalność zastawek aorty wskutek jej rozszerzenia, nerki cyanotyczne.

K. Chelchowski.

## 6. Przerost bolesny gruczołów piersiowych po kastracyi.

Przerost gruczołów piersiowych u mężczyzn często idzie w parze ze sprawą chorobową, wadą rozwojową lub anomalią narządów płciowych <sup>1)</sup>. Podaję tu opis takiego przypadku.

23-letni, ślusarz, Józ. Og..., miał lewe jądro opuszczone do moszny, prawe zatrzymane w kanale pachwinowym. W 1891 r. utworzyła mu się w prawej pachwinie przepuklina (*haernia praepéritonealis*). Dokuczała mu ona tak silnie, że nie mógł pracować i pomimo braku jakichkolwiek objawów uwięzienia, prosił o operacyę, którą mu też kol. BONSUK w czerwcu tegoż roku wykonał. Po operacyi bóle bynajmniej nie ustąpiły. Na usilne prośby chorego kol. CIECHOMSKI wyłuszczył mu jądro zatrzymane w kanale pachwinowym. Przez kilka miesięcy po kastracyi O. czuł się dobrze. Następnie jednak zaczął doznawać bólów w obu gruczołach piersiowych, zauważył obrzmienie ich jako też i gruczołów pod lewą pachą. Od marca 1892 r. ból i obrzmienie wznagały się, zwłaszcza z lewej strony, przeszkadzały przy pracy, nie pozwalały schylić się, tamowały swobodę ruchów lewą ręką, powodowały jej drętwienie. O. zapisał się więc do szpitala [7. IV. 1892].

Oba gruczoły piersiowe wyraźnie odgraniczały się od otaczających tkanek, przy obmacywaniu były wrażliwe, chociaż właściwe bóle nader nieokreślonego charakteru zjawiały się głównie same przez się. Wymiary gruczołu lewego: podłużny 4 ctm., poprzeczny—4½; *areola* 2 i 2½ ctm.. Wymiary gruczołu prawego: podłużny 2½, poprzeczny 4½ ctm., *areoli* 1½ i 1¼. Gruczoły chłonne pod pachą prawą obrzmiałe, twarde. Pod pachą lewą duży twardy guz [7 ctm. wzdłuż i 5 w poprzek] powstały ze zlania się kilku gruczołów, na co wskazują wcięcia na guzie.

Jądro małe i miękkie. Prącie rozwinięte dobrze. Czynności płciowe i przed i po kastracyi prawidłowe. Przed 2 laty tryper, podczas pobytu w szpitalu dość częste polucye. Porost włosów na *mons Veneris* zakończony ku górze linią

<sup>1)</sup> NÉLATON. Élem. de Path. chir. Paris. 1857. IV. 102, nadto pojedyncze spostrzeżenia zebrane w pracy PRZEWOŚKIEGO: Gynekomastia. Gaz. Lek. 1881. Nr. 4 i 5.



poziomą. Zarost na twarzy bardzo słaby. Głos niski, ochryply. Przy używaniu przez 5 tygodni jodku potasu zmniejszyły się wyraźnie gruczoły piersiowe, a jeszcze bardziej pachowe. Guz pod lewą pachą miał już tylko 5 ctm. długości, 4 szerokości; zrosnięte przedtem gruczoły odosobniły się dość wyraźnie. Bóle jednak bynajmniej nie ustały. Zniecierpliwiony chory domagał się znowu operacyi, i to bodajby na obu gruczołach piersiowych. Kiedy z tem zwlekalem, wypisał się. To jego jakby zamiłowanie do poddawania się różnym operacyom zwracało uwagę na układ nerwowy, w którym jednak żadnych zbroczeń nie dało się znaleźć. U znajomych swoich miał opinię dobrego i pracowitego chłopaka.

W przypadku tym, prócz wystąpienia opisanych przypadłości po kastracyi, bije w oczy niestosunek pomiędzy miernym przerostem gruczołów piersiowych a silnem wywołaniem przezeń podrażnieniem nerwów czuciowych i sąsiednich gruczołów chłonnych.

K. Chelchowski.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### RZUT OKA NA NOWSZE BADANIA W DZIEDZINIE ANATOMII UKŁADU NERWOWEGO.

Według źródeł opracował

I. Fajersztajn.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 11]

W każdym razie już dotychczasowe badania posiadają wielką wartość, bo z jednej strony dowodzą, że włókno może oddziaływać na komórkę, albo komórka na włókno—przez proste jedynie zetknięcie; z drugiej zaś, że komórka nerwowa stanowi ważne ogniwo w łańcuchu przewodników, po których biegnie fala czynnościowa, jak w danym przypadku: stację końcową albo początkową.

Zaznaczoną tu okoliczność winniśmy rozpatrzyć dokładniej. Ułatwimy sobie w ten sposób rozwiązanie nasuwającego się tu pytania, któreby sformułować można w sposób następujący:

Czy oddziaływanie może mieć miejsce jedynie tylko pomiędzy komórką a włóknem i *vice versa*? Czy nie możnaby przypuścić, że oddziaływanie to występuje tylko pomiędzy włóknami z ominięciem komórki nerwowej?

FRIDTJOF NANSEN, głośny podróżnik arktyczny, „równie zręcznie władający“, jak powiada WALDEYER, „mikroskopem jak kijem górskim i łyżwami śniegowymi“, odmawia komórkom nerwowym wszelkiego udziału w sprawach nerwowych, uważając je jedynie tylko za ośrodki odżywcze włókien nerwowych. Łuk odruchowy składa się, według NANSEN'a, z dośrodkowego włókna czuciowego, z ośrodkowego spłotu włókienkowego i z ośrodkowego przewodnika nerwowego.

Za śmiałą tą hipotezą przemawiają tylko pozory. Mianowicie, jednobiegunowe komórki zwojowe zwierząt bezkręgowych, połączone z ośrodkowym spłotem (*centrale Punktsubstanz*) jedynie tylko za pośrednictwem bocznych gałęzi głównego wyrostka, mogły nasunąć NANSEN'owi przypuszczenie, że fala czynnościowa przechodzi przez spłot ośrodkowy, przenosząc się z włókna na włókno i omijając komórkę nerwową. Nieco zbliżone stosunki, któreby również przemawiać mogły za przypuszczeniem NANSEN'a, widzimy w zwojach międzykręgowych kręgowców [od ziemnowodnych począwszy]. I tutaj leży „jednobiegunowa“ komórka nerwowa po za głównem korytem fali pobudzenia; i tutaj istnieją warunki, odpowiadające mniej więcej zasadniczym założeniom hipotezy NANSEN'a.

Po za tymi pozorami nie znajdziemy żadnego oparcia dla poglądu szwedzkiego badacza? Przeciwnie, posiadamy dzisiaj już duży szereg faktów, dowodzących niezbicie, że komórka nerwowa odgrywa pierwszorzędną rolę w sprawach transmisji nerwowej, a może nawet w sprawach wyzwalania specyficznej energii.

Przypomnijmy sobie przedewszystkiem ciekawy ów rodzaj komórek zwojowych, gdzie zakończenia nerwowe leżą bezpośrednio na komórkach. O ile z budowy można sądzić o funkcji, o tyle mamy we wszystkich tych przypadkach niewątpliwą wskazówkę, że podnieta nerwowa przenosi się z włókna na protoplazmę komórki zwojowej, lub też *vice versa*. Przypomnijmy sobie następnie budowę obwodowych komórek czuciowych — np. komórek węchowych lub komórek w naskórku dżdżownicy.

W tworach tych fala pobudzenia, wywołana podziałaniem bodźca zewnętrznego, musi przebiegać przez samą komórkę. Zupełnie tak samo ma się rzecz z komórkami dwubiegunowymi zwojów międzykręgowych u ryb. Fala czynnościowa nie może tu również ominąć komórki.

Nie inaczej rzecz się ma u wyższych kręgowców, u których, jak widzieliśmy poprzednio, jednobiegunowość komórek zwojowych międzykręgowych jest pozorną, wobec tego, że zarówno filo-jak ontogeneza dowodzą istnienia stopniowych przejść od postaci „oppositopolarnej“ [COURVOISIER] do „genitopolarnej“ [LENHOSSEK].

Wreszcie zaznaczyć należy tu i tę okoliczność, że wytykając w łuku odruchowym, według szematu NANSSEN'a, tor dla fali pobudzenia, napotykamy trudną do ominięcia przeszkodę. Mianowicie oboczne gałązki osiowych wyrostków komórek ruchowych, nie są wcale zjawiskiem tak częstym i tak ogólnym, jak przypuszczał GOLGI, a w szemacie NANSSEN'a stanowią one jedyne ogniwo, łączące zakończenia korzonkowych włókien czuciowych z włóknami ruchowymi.

Dotknijmy teraz jeszcze jednej kwestyi, ważnej ze względu na zrozumienie mechanizmu wzajemnego na się oddziaływania rozmaitych jednostek nerwowych.

Chodzi tu mianowicie o pytanie, czy wyrostki protoplazmatyczne [DEITERS] inaczej dendryty [HIS] posiadają znaczenie przewodników nerwowych.

Jedni autorowie [GOLGI, NANSSEN] dają odpowiedź przeczącą, inni znów twierdzącą. Do ostatnich należą przedewszystkiem: HIS, R. Y CAJAL, v. GEHUCHTEN i RETZIUS. KOELLIKER wreszcie zajmuje stanowisko eklektyczne, przypuszczając, że wyrostki protoplazmatyczne spełniają czynności nerwowe w pewnych tylko częściach układu nerwowego. Dla wyjaśnienia omawianej tu kwestyi zestawimy szereg spostrzeżeń, z których jedno zdają się dowodzić słuszności poglądów GOLGI'ego i NANSSEN'a, drugie zaś słuszności poglądów przeciwnego obozu.

Że dendryty odgrywają pewną rolę w przewodnictwie nerwowym, o tem mogłyby świadczyć następujące dane:

1 o. Komórki mitralne zgrubienia węchowego rozpościerają w kłębkach węchowych bogate swe rozgałęzienia dendrytyczne; w kłębkach również kończą się nitki węchowe. Zdaje się, że tu pobudzenie węchowe przenosi się przez zetknięcie z zakończeń nitek węchowych na rozłogi dendrytów, ażeby podążyć dalej przez komórkę mitralną i dośrodkowy jej wyrostek, ku ośrodkowi węchowemu. Jeżeli jednak rzeczy stoją tak, jak opisuje GOLGI, jeżeli mianowicie końce włókien szlaku węchowego przenikają aż do kłębków, w takim razie możnaby rzeczywiście wykreslić dla fali pobudzenia inną drogę, z ominięciem dendrytów. KOELLIKER, van GEHUCHTEN i MARTIN, a wreszcie RETZIUS występują

jednogłośnie przeciwko GOLGI'emu, potwierdzając natomiast aż do najdrobniejszych szczegółów opisy R. y CAJAL'a<sup>1)</sup>.

2-o. W siatkówce zachodzą, jakieśmy widzieli, bardzo podobne stosunki. Dolne rozłogi dośrodkowych wyrostków komórek dwubiegunowych przeplatają się w warstwie molekularnej z dendrytycznymi rozgałęzieniami komórek zwojowych [p. rys.].

3-o. Bardzo często wyrostek nerwowy wybiega nie z ciała komórki, ale dopiero z wyrostka protoplazmatycznego i to niekiedy na znacznej odległości od komórki.

4-o. Niektóre komórki nerwowe nie posiadają wcale wyrostków nerwowych. Twory tego rodzaju opisał DOGIEL w siatkówce. Zachodzi jednak pytanie, czy nie są to komórki neuroglialne. Do tej samej kategorii komórek, nieposiadających wyróżnicowanego wyrostka nerwowego, zaliczano do niedawna komórki zwojów współzulnych. Najnowsze jednak badania R. y CAJAL'a wykazały, że komórki te zbliżają się do zwykłego typu, dzięki obecności wyraźnego wyrostka osiowego. RETZIUS potwierdził zarówno to spostrzeżenie, jak i bardzo ciekawe zjawisko, wykryte przez hiszpańskiego uczonego, a polegające na tem, że część wyrostków protoplazmatycznych [dendrytów] komórek współzulnych kończy się na sąsiednich komórkach rozgałęzieniami końcowymi.

Odkrycie to przemawia niedwuznacznie za nerwową naturą dendrytów.

Fig. 8.



Fig. 8. Komórki zwojowe z I-go sztyjowego zwoju współzulnego, 7-iego miesięcznego psa.

Barwienie metodą GOLGI'ego, według RETZIUS'a.

komórek rdzenia przenikają niekiedy głęboko w istotę białą; u *Myxine* kończą się one nawet na powierzchni rdzenia guzkowatym zgrubieniem. Jest to urządzenie, mające prawdopodobnie dużo więcej wspólnego z czynnością odżywczą, aniżeli nerwową.

Wypada tu nadmienić, że obie te czynności—odżywcza i nerwowa—nie wykluczają się wzajemnie. Nie ulega chyba wątpliwości, że w sprawach odżywiania przyjmują wszystkie wyrostki komórki nerwowej, a więc i wyrostki nerwowe, podobny udział, jak wyrostki innych rozgałęzionych komórek [kostnych, barwnikowych, ciałek łącznotkankowych].

„Zdaje się, powiada KOELLIKER, że w dzisiejszym stanie rzeczy, szale przechyla się na korzyść nerwowej natury dendrytów<sup>4)</sup>. Pomimo to nie wypowiada się KOELLIKER stanowczo w tej sprawie. Przypuszcza tylko, że dendryty nie odgrywają roli przewodników w tych wszystkich miejscach, gdzie komórki zwojowe znajdują się w bezpośredniej styczności z końcami włókien nerwowych, np.

<sup>1)</sup> Wobec zgodnych głosów powyższych badaczy, nie uwzględniłem w opisie narządu węchowego niedokładnych zapewne spostrzeżeń GOLGI'ego.

w przednich rogach, w jądrach ruchowych rdzenia przedłużonego; gdzie zaś komórki nie mają bliższych stosunków z włóknami nerwowymi, np. w zgrubieniu wężowem, w siatkówce, w korze mózgu i mózdzku, tam możnaby uważać dendryty jako aparaty doprowadzające i odprowadzające.

Bezstronna krytyka faktów przemawia, zdaniem mojem, istotnie za nerwową przyrodą dendrytów, z pewnem jednak zastrzeżeniem co do kierunku właściwego im przewodnictwa. O ile bowiem szczególne stosunki anatomiczne w siatkówce i zgrubieniu wężowem dają pewną podstawę przypuszczeniu, że dendryty funkcjonują w narządach tych jako przewodniki doprowadzające, o tyle znów nie znamy takiego układu, w którymby dendryty występowały w charakterze przewodników odprowadzających.

Błaszka rdzeniowa (*Medullarplatte*) posiada, na bardzo wczesnym stopniu rozwoju, charakter jednowarstwowego układu. Pomiędzy wewnętrznymi odcinkami komórek nabłonkowych leżą okrągłe twory, zawierające liczne mitozy. Są to komórki załączkowe (*Keimzellen*) His'a. W dalszym rozwoju szeregują się komórki nabłonkowe w kilka warstw. Komórki wewnętrznych warstw, otaczających kanał środkowy, przemieniają się następnie w „spongioblasty“, [His l.c.], z których znów rozwija się rusztowanie rdzeniowe (*Markgerüst*). Twory, powstałe z podziału komórek załączkowych, opuszczają miejsce pierwotnego pobytu i przesuwają się ztamtąd do zewnętrznych warstw rdzenia zarodkowego (*Mantelschicht*). Tutaj noszą one już nazwę neuroblastów. Neuroblasty wyciągają się ku jednej stronie w jeden z początku krótki, potem coraz dłuższy wyrostek — wyrostek osiowy. Młode neuroblasty okazują postać gruszkowatą. Wyrostki osiowe wybiegają z nich w przednie korzonki, w podłużne sznury rdzenia i w przednie spoidło. Dendryty rozwijają się znacznie później.

Rusztowanie rdzeniowe rozwija się wcześniej, aniżeli neuroblasty. Te gotowe już ramki muszą oczywiście wywierać wielki wpływ na układ i położenie rozwijających się dopiero komórek i włókien nerwowych. — Oto najważniejsze wyniki poszukiwań histogenetycznych His'a.

Fig. 9.

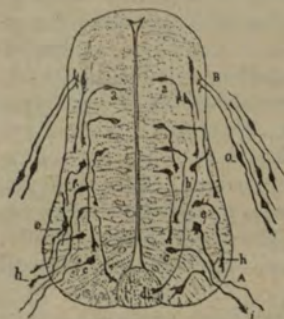


Fig. 9. Przekrój poprzeczny rdzenia zarodka kurzego. 3 dzień wylegania. Barwienie metodą GOLGI'ego, według R. Y CAJAL'a.

A. Przednie korzonki; B. tylne korzonki; a. bardzo młode komórki nerwowe; b. bardziej rozwinięte komórki; c. komórki przednich rogów; d, h, i stożki przyrostowe; e. komórki korzonkowe z zaczątkami wyrostków protoplazmatycznych; o. komórka zwoju międzykręgowego.

blizszym sąsiedztwie blaszki rdzeniowej. Historia rozwoju komórki zwojowej

Tkanki zarodkowe, nawet bardzo młode, posiadają własność barwienia się chromianem srebra. Szczęśliwa ta okoliczność pozwoliła R. Y CAJAL'owi zastosować metodę GOLGI'ego do badań nad rozwojem układu nerwowego. Pełne prostoty i zaskakującej czystości preparaty R. Y CAJAL'a stwierdzają wszystkie zasadnicze poglądy His'a.

Rys. 9. przedstawia przekrój poprzeczny rurki rdzeniowej 3-dniowego zarodka kurczęcia. Wszystkie komórki nerwowe posiadają tu krótsze lub dłuższe wyrostki nerwowe, zakończone wyraźnym zgrubieniem końcowym — stożkiem przyrostowym (*cône d'accroissement*), pokrytym licznymi kolczastymi wypustkami. Najmłodsze komórki nerwowe, leżące tu jeszcze w warstwie komórek nabłonkowych, posiadają wyraźny dośrodkowy wyrostek ependymalny. Z chwilą, gdy komórka nerwowa — właściwie neuroblastyczna — przechodzi do warstwy zewnętrznej, wyrostek ependymalny ulega zanikowi, a z ciała komórki i z nasady wyrostka osiowego zaczynają występować drobniotkie kolczaste wypustki, późniejsze dendryty. Zwoje międzykręgowo rozwijają się z t. zw. listwy rdzeniowej, t. j. części listka zewnętrznego, leżącej w najbliższym sąsiedztwie blaszki rdzeniowej. Historia rozwoju komórki zwojowej

jest bardzo prosta. Już w 2-im dniu wylęgania widzimy tu dwubiegunową komórkę z dwoma stożkami przyrostowymi. Wiemy już z poprzedniego, jakie są dalsze jej losy; o wyraźnej lub zamaskowanej dwubiegunowości komórek zwojowych u dojrzałych kręgowców, była już wyżej mowa <sup>1)</sup>).

Rusztowanie rdzenia rozwija się, jak widzieliśmy, ze „spongioblastów“. Spongioblasty przetwarzają się już we wczesnych fazach życia zarodkowego w komórki, zwane od czasów VIRCHOW'a „neuroglialnemi“, lub krócej „glialnemi“.

Pochodzenie neuroglii stanowiło zagadkę przez długie lata. W ostatnich czasach odnoszono ją przeważnie do tkanek pochodzenia ektodermalnego. Na czele przedstawicieli tego poglądu stanął HIS. Rusztowanie ośrodków nerwowych (*Markgerüst*) rozwija się według HIS'a, ze „spongioblastów“, zarodkowych komórek otaczających kanał środkowy.

Wyniki poszukiwań R. Y CAJAL'a, RETZIUS'a i LENHOSSEK'a, otrzymane przy stosowaniu metody GOLGI'ego, przemawiają na korzyść poglądów HIS'a.

Tkanka glialna składa się według nowszych badań z komórek nabłonka ependymalnego i z komórek pająkowatych [komórek DEITERS'a], czyli właściwych komórek neuroglialnych <sup>2)</sup>).

Komórki ependymalne rdzenia wyściełają, jak wiadomo, kanał środkowy. Zewnętrzne, podstawowe końce komórek ependymalnych dochodzą u zarodków i u niższych kręgowców aż do powierzchni rdzenia. U dojrzałych wyższych kręgowców wykazano takie same, długie, zewnętrzne wyrostki tylko w dwóch miejscach przekroju poprzecznego rdzenia, a mianowicie w pobliżu przedniej i „tylnej“ szczeliny. Merydionalnie ustawione komórki tworzą w okolicy przedniej szczeliny t. zw. przedni klin ependymalny [RETZIUS]. Pęczek ten uchodził dotychczas za przegródkę łącznotkankową. Nowsze badania prowadzą tedy do wniosku, że granicę pomiędzy sznurami GOLL'a stanowi pasmo włókien nie łącznotkankowego, lecz nabłonkowego pochodzenia <sup>3)</sup> i że tem samem rdzeń pacierzowy nie posiada wcale tylnej szczeliny. [Pogląd wypowiedziany przez GOLL'a jeszcze w r. 1860].

<sup>1)</sup> Z tej samej listwy zwojowej rozwijają się komórki zwojów współczulnych sznurka granicznego (*Grenzstrang*). Sam sznurek graniczny, t. j. *rami communicantes* i spoidla podłużne rozwijają się wcześniej od komórek współczulnych. Komórki te powstają pierwotnie w zwojach międzykręgowych, następnie jednak wywędrowują stąd do sznurka granicznego. HIS. W. HIS jun. i ROMBERG znaleźli, że komórki współczulne zwojów sercowych pochodzą również ze zwojów międzykręgowych i że wędrowka ich z macierzystego zwoju na miejsce przeznaczenia odbywa się wzdłuż wielkich naczyń i pni nerwowych. Obydwaj HIS'owie i ROMBERG przypisują więc komórkom współczulnym własności lokomocyjne. Gdyby dalsze badania potwierdziły to przypuszczenie, wyjaśniłoby się zagadkowe dotąd pochodzenie rozsianych pojedynczo w tkankach mezodermatycznych komórek współczulnych [serce, ścianki naczyń, komórki spłotu MEISSNER'a i AUERBACH'a i t. d.].

Wobec faktu, że komórki zwojów współczulnych pochodzą ze zwojów międzykręgowych, a więc z czuciowego obszaru układu nerwowego, podnosi HIS jun. wątpliwość co do słuszności ogólnie głoszonego poglądu o przynależności komórek zwojowych serca do sfery ruchowej. Zwoje serca stanowią dla HIS'a poprostu czuciową część łuku odruchowego, mającego ruchowy ośrodek swój w rdzeniu przedłużonym i regulującego ruchy serca przy pośrednictwie nerwu błędnego i przyspieszającego.

<sup>2)</sup> GIERKE i BOLL zaliczają do neuroglii, prócz komórek, jeszcze „zasadniczą“ bezkształtną istotę, otaczającą komórki i włókna, spajającą je pomiędzy sobą. Nowsze badania nie dają żadnych wyjaśnień w tej sprawie. Należy wszakże zaznaczyć, że hipoteza „kitu“ międzykomórkowego i międzywłókienkowego została po części pozbawiona podstawy z chwilą wykazania w układzie nerwowym gestych spłotów, wystarczających, o ileby sądzić można, do utrzymania spójni pomiędzy składnikami morfologicznymi ośrodków.

<sup>3)</sup> LENHOSSEK uważa wszystkie przegródki [septa] rdzenia za twory nabłonkowe.

Właściwe komórki neuroglii, komórki DEITERS'a, komórki pająkowate (*Spinnenzellen*) rozwijają się nieco później aniżeli komórki ependymalne. NANSEN i R. Y CAJAL uważają je za przesunięte i znacznie zmienione komórki ependymalne. Na preparatach barwionych według GOLGI'ego udaje się odróżnić w komórkach pająkowatych, poza znanymi i oddawna już opisywanymi cechami, jeden lub kilka grubszych i dłuższych „głównych“ wyrostków. Ostateczne rozgałęzienia wyrostków komórek pająkowatych nie wchodzi pomiędzy sobą w połączenia anastomotyczne. Każda komórka neuroglialna łącznie z wyrostkiem stanowi taką samą, wyraźnie zaznaczoną jednostkę morfologiczną, jak komórka nerwowa.

Wnioski wypływające z nowszych badań nad układem nerwowym:

1-o. Komórki nerwowe rozwijają się z neuroblastów. Włókna osiowe wszystkich nerwów pochodzą bezpośrednio z komórek nerwowych. Komórka nerwowa jest genetycznym, odżywczym, a prawdopodobnie i czynnościowym ośrodkiem włókna nerwowego.

2-o. Wszystkie włókna nerwowe kończą się na obwodzie lub w ośrodkach— wolnymi rozgałęzieniami końcowymi, rozłogami końcowymi (*Endbäumchen, arborisations terminales*).

3-o. Końce włókien nerwowych nie wchodzi pomiędzy sobą w połączenia anastomotyczne, nie tworzą nigdzie prawdziwych sieci. W miejsce dawniejszego pojęcia sieci ośrodkowej należy wprowadzić pojęcie splotu ośrodkowego (*Neuropilema HIS*).

4-o. Końce wyrostków protoplazmatycznych [dendrytów] nie tworzą również nigdzie prawdziwych sieci. Dendryty posiadają prawdopodobnie własności doprowadzających przewodników nerwowych.

5-o. Dawniejsze pojęcie bezpośrednich, organicznych połączeń pomiędzy składnikami morfologicznymi układu nerwowego winno ustąpić miejsca nowemu pojęciu zetknięcia, jako jedynego typu połączeń międzywłókienkowych.

6-o. Fala czynnościowa przenosi się przez zetknięcie (*per contiguitatem*) albo z włókna na włókno [przykład: kłębki węchowe], albowież z włókna na komórkę [przykłady: 1-o. sploty końcowe na komórkach zwojów międzykręgowych i zwojów współczulnych, na komórkach PURKINE'go; 2-o. zakończenia odruchowych czuciowych gałązek obocznych].

7-o. Układ nerwowy składa się z licznych, niezależnych od siebie, zarówno pod względem anatomicznym jak genetycznym, jednostek nerwowych [„neuronów“ WALDEYER].

8-o. Rozmaite stopnie komplikacyi, spostrzegane w budowie obwodowych narządów zmysłów, możnaby uszeregować w następujący sposób:

I. Łańcuch przewodników czuciowych, łączących obwód z ośrodkiem, składa się z jednego tylko neuronu;

a) Komórka neuronu leży na obwodzie,

1. Narząd czuciowy dżdżownicy.

2. Narząd węchowy;

b) Komórka neuronu leży w głębi ciała,

1. Narząd czucia skórno u kręgowców.

2. Narząd czucia skórno u pewnych zwierząt bezkręgowych (*Crustacea*).

II. Łańcuch przewodników czuciowych, łączących obwód z ośrodkiem, składa się z 2-ch neuronów.

1. Narząd słuchowy [komórka słuchowa 1-go neuronu; komórka zwoju spiralnego wraz z wyrostkami dośrodkowym i odśrodkowym — 2-gi neuron].

2. Narząd smakowy [komórka smakowa — 1-szy neuron; 2-gi neuron w *ganglion jugulare* (?), *petrosum* (?).
3. Tarcze końcowe języka żaby (?), narządy linii bocznej ryb i ziemnowodnych (?).

III. Łańcuch przewodników czuciowych, łączących obwód z ośrodkiem składa się 3-ch neuronów;

1. Siatkówka [pręcik i stożki — 1-szy neuron; komórki dwubiegowe wraz z wyrostkami dośrodkowym i odśrodkowym, 2-gi neuron; komórka warstwy zwojowej wraz z rozłogami dendrytycznymi i włóknem nerwu wzrokowego — 3-ci neuron].

Właściwie jednak należałoby zaliczać włókna 3-go neuronu siatkówki już do przewodników ośrodkowych — podobnie jak włókna szlaku węchowego, wybiegające z komórek mitralnych. Mielibyśmy w takim razie w siatkówce dwa szeregi przewodników obwodowych — dwa neurony. Odejmując komórkom tej kategorii co pręcik i stożki, oraz komórki słuchowe i smakowe, rolę samodzielnych jednostek nerwowych i pozostawiając im tylko wartość drugorzędnych aparatów zmysłowych [p. wyż.], możnaby szemat powyższy znacznie uprościć, wyrażając go w następującej postaci: łańcuch obwodowych przewodników czuciowych składa się we wszystkich organach zmysłów z jednego tylko oguiwa, jednego neuronu. Ośrodek genetyczny każdego takiego czuciowego obwodowego neuronu leży albo w powłokach zewnętrznych, albo w głębi ciała, zawsze jednak po za osią mózgo-rdzeniową. Podniety zewnętrzne mogą oddziaływać albo bezpośrednio na obwodową część neuronu [np. na włókna czuciowe rogówki, naskórka, na włoski węchowe], albo też pośrednio, przy udziale wyróżniczowanych komórek nabłonkowych [komórek słuchowych, pręcików i stożków]. Obwodowy wyrostek komórki czuciowej może być długi i rozgałęziony [np. obwodowe włókno czuciowe], albo też krótki i nierozgałęziony [obwodowy wyrostek komórki węchowej, komórki nerwowej w naskórku dżdżownicy].

9-o. Neuroglia posiada wspólny z układem nerwowym zaczątek ektodermalny. Komórki neuroglialne [komórki DEITERS'a] powstają z komórek ependymy.

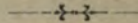
Warszawa, w styczniu 1893.

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

- 1) WALDEYER. Deutsche med. Woch. 1891. Nr. 44 i nast. — 2) KOELLIKER. Verhandl. der Anat. Gesellsch. auf d. V. Versamml. in München. 1891. — 3) LENHOSSÉK M. Fortschr. d. Medicin. 1892. N-r 17 — 24. — 4) GOLGI. Anatomischer Anzeiger. 1890. N-r 13, 14. — 5) MARTINOTTI. Internationale Monatschrift f. Anat. u. Physiol. Bd. VII. 1890. — 6) SALA L. Zeitschr. f. wiss. Zoologie Bd. 52. — 7) KOELLIKER. Zeitschr. f. wiss. Zoologie Bd. 51. — 8) W. His. Abhandl. d. math.-naturw. Classe der Kgl. Sächs. Gesellsch. d. Wissensch. 1886. Bd. XIII. — 9) M. LENHOSSÉK. Anat. Anzeiger. 1892. N-r 16, 17. — 10) RAMON Y CAJAL. Anat. Anzeiger. 1890. N-r 3, 4. — 11) a. VAN GEHUCHTEN. Les decouvertes recentes dans l'anatomie et l'histologie du système nerveux central. Bruxelles. 1891. Mancaux. — b. VAN GEHUCHTEN. La Cellule T. VI. 1891. — 12) KOELLIKER. Anat. Anzeiger. 1891. N-r 14, 15. — 13) KOELLIKER. Zeitschr. f. wiss. Zoologie. Bd. 49. 1890. — 14) VAN GEHUCHTEN. Le Cellule T. VI. Cervelet. — 15) RETZIUS G. Biologische Untersuch. Neue Folge III. Stockholm. — 16) R. Y CAJAL. Internationale Monatschr. f. Anat. w. Physiol. Bd. VI. 1889. Bd. VII. 1890. — 17) R. Y CAJAL. La Cellule. T. VI. 1891. — 18) DOGIEL. Anat. Anzeig. 1888. N-r 4, 5, 10. — 19) TARTUFFERI. Internat. Monatschr. f. Anat. u. Phys. 1887. — 20) R. Y CAJAL. Anat. Anzeiger. 1889. Nr. 4. — 21) R. Y CAJAL. Gaceta sanitaria municipal. 10 Décembre 1893. — 22) GOLGI. Reggio Emilia. 1875. — 23) VAN GEHUCHTEN et MARTIN. La Cellule T. VII. 1891. — 24) RETZIUS

Verhandlungen d. Anatomischen Gesellsch. Wien. 1892. — 25) VAN GEHUCHTEN. Verh. d. Anatomischen Gesellsch. Wien. 1892. — 26) HIS u. MARTIN. Zeitschrift f. vergl. Angenheilkunde Bd. VII. — 27) EHRlich. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1886. Nr. 4 i nast. — 28) LENHOSSEK. Anat. Anzeiger. 1892. N-ra 19, 20. — 29) RETZIUS. Das Gehörorgan d. Wirbelthiere. — 30) GEBERG. Anat. Anzeiger. 1893. Nr. 1. — 31) MERKEL. Die Endigungen der sensiblen Nerven in der Haut d. Wirbelthiere. Rostock. 1880. — 32) FAJERSZTAJN. Pamiętnik Towarz. Lekarsk. Warsz. 1889. — 33) LENHOSSEK. Arch. f. mikr. Anatomie. Bd. 39. 1892. — 34) NANSEN. a. An. Anzeiger. 1888. p. 157. — b. Jenaische Zeitschr. f. Naturw. Bd. 21. — 35) BIEDERMANN. Ibid. Bd. 25. — 36) ARONSOHN. Beiträge z. Kenntniss d. centr. u. periph. Nervenend. Inaug. Diss. Berlin. 1886. — 37) SMIRNOW. Arch. f. mikr. Anatomie. Bd. 53. — 38) HIS. Abhand. d. math. naturw. Cl. d. K. Sächs. Gesellsch. d. Wiss. Bd. 15. 1889. Ibid. 1886. — 39) HIS. Arch. f. Anat. u. Phys. 1890. Supplementband. — 40) HIS JUN. u. ROMBERG. Fortschr. d. Medicin. 1890. Nr. 10. — 41) HIS JUN. Abh. d. math.-naturw. Cl. d. k. Sächs. Ges. d. Wissensch. Bd. 18. — 42) RETZIUS. Biologische Untersuchungen. Neue Folge IV. Stockholm. — 43) LENHOSSEK. Anat. Anzeiger. 1893. Nr. 4.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 41. F. Terrier. Choledochotomia w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Choledochotomia, czyli cięcie przewodu żółciowego, może być stosowaną bądź w celu usunięcia ciała obcego, najczęściej kamieni — *choledochotomia sensu proprio*, bądź w celu utworzenia przetoki żółciowej — *choledochostomia*. Autor w pracy niniejszej zajmuje się tylko choledochotomią *sensu proprio*.

Z 17 zebranych przypadków tej operacji, z których jeden osobiście spostrzegął, autor przychodzi do następujących wniosków. Choledochotomia była stosowaną przeważnie u kobiet [15] w wieku od 30 do 60 lat. Rozpoznanie opiera się zwykle na następujących objawach. Chorzy skarżą na dłużej lub krócej trwające napady kolki wątrobowej; natężenie ich bywa rozmaite, przestanki zaś pomiędzy nimi, z początku dość znaczne, stają się z czasem coraz mniejszymi. W pewnej ilości przypadków zjawia się żółtaczką, zazwyczaj dopiero w późniejszych okresach, nagle, po napadzie kolki. Niekiedy jednak może żółtaczką wcale nie być. Jednocześnie z żółtaczką dość często ma miejsce podniesienia ciepłoty ciała. Z czasem występują poważne objawy ogólne, jak nagle schudnięcie, znaczna utrata sił, jednym słowem: objawy charłactwa, zależne od cholemii. Co się tyczy wątroby, to ta bardzo rzadko przedstawia się zwiększoną wskutek przerostu, pęcherzyk zaś w większej ilości przypadków bywa znacznie zmniejszony, przez powłoki brzuszne wcale niewyczuwalny. Dalej autor przechodzi do zabiegu chirurgicznego.

Po otworzeniu jamy brzusznej za pomocą cięcia prostopadłego, wzdłuż brzo-  
gu zewnętrznego prawego mięśnia prostego, następuje moment dość trudny, od-  
nalezienie pęcherzyka i przewodu żółciowego, trudny po 1-sze z powodu bardzo  
często istniejących wzrostów dolnej powierzchni wątroby z sąsiednimi narządami,  
po 2-gie wskutek znacznego zmniejszenia się pęcherzyka, znajdującego się  
zwykle w stanie zaniku. Zrosty i zanik pęcherzyka pochodzą, zdaniem autora,  
od zapalenia przewlekłego wskutek zastoju żółci. Postąpiwszy z pęcherzykiem  
żółciowym stosownie do stanu, w jakim się znajduje [cholecystotomia, cholecy-  
stektomia], przechodzimy następnie do przewodu żółciowego, w którym kamie-  
nie zatrzymują się najczęściej w pobliżu otworu kiszkowego. Przedewszystkiem  
autor radzi zrobić próbę zmiążdżenia kamienia przez ściany przewodu i odpro-  
wadzenia kawalków do pęcherzyka lub dwunastnicy. Gdyby się to nie udało,



należy wykonać cięcie w okolicy kamienia, usunąć go, a następnie, zbadawszy za pomocą zgłębnika przewod w obu kierunkach, zaszyć szwem dwupiętrowym. W razie nawet, gdyby się udało dość szczelnie nałożyć szew, autor uważa za odpowiednie założyć sączek lub pasek gazy jodoformowej poprzez ranę zewnętrzną aż do szwu w przewodzie.

W końcu autor zastanawia się nad rezultatami dotychczasowych operacji i podaje procent śmiertelności 17 na 100. Zwykle operowani odzyskują zdrowie w końcu drugiego lub trzeciego tygodnia. Czy wyzdrowienie jednak bywa zupełne, t. j. czy operowani na zawsze pozbywają się kolek, autor stanowczo orzec nie może, albowiem w zebranych materiale brak mu odpowiednich danych. Ze względu jednak na łatwe rozpoznanie i jak dotychczas dobre bezpośrednie wyniki, autor uważa choledochotomię za operację zupełnie uzasadnioną i wskazaną przy odpowiednich cierpieniach.

(*Revue de chir. Nr. 11. 1892.*)

Orzel.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 10. I. 1893 r..

Prof. MARCELI i NENCKI mówił o **cholery i środkach dezynfekcyjnych**; odczyt ten in extenso umieszczonym został w Gazecie Lekarskiej w Nr. 2 r. b.

W dyskusji BUJWID zapytuje się: 1) czy były przeprowadzane w Instytucie Medycyny doświadczalnej badania nad działaniem jodoformu, który okazuje wpływ zabójczy na spiryllę cholery; 2) czy filtry, o których wspominał prof. NENCKI, były przez czas dłuższy próbowane.

W odpowiedzi prof. NENCKI zaznacza, że co do jodoformu zdania swego wypowiedzieć nie może; prób nad jego wpływem na bakterye cholery nie przeprowadzał, bo chodziło o środek tani, a takim jodoform nie jest; odnośnie do filtra BERKENFELD'a przekonał się, że nawet przy dłuższem jego użyciu np. po dwutygodniowem wyjaławianiu wody, niklowa rurka w 10 próbach okazała się absolutnie wyjałowiona.

BUJWID twierdzi, że w jego doświadczeniach nad działaniem filtrów CHAMBERLAND'a i BERKENFELD'a w pierwszych dniach woda przez nie przepuszczana była w istocie wysterylizowana, później jednak ilość bakteryi w wodzie przepuszczanej przez filtr okazała się większą niż przed sterylizowaniem, a fakt zależnym jest od przerastania bakteryi przez pory. Według doświadczeń BUJWIDA, dziesięć brzożowy ma działać silniej od sosnowego i od słabych roztworów fenolu; wręcz kwas karbolowy okazuje w rozcieniu 4:1000 także działanie, co i kwas karbolowy surowy [16%] w rozczeniu 1:1000 po dodaniu do hodowli i do kału, zawierającego spiryllę choleryczną. U nas dziesięć małe może mieć zastosowanie wobec tego, że posiadamy bardzo tani produkt dezynfekcyjny w mleku wapiennem, które w rozcieńczeniu 1:1000 w kwadrans przecinkowce zabija.

Prof. NENCKI dodaje, że działanie regularne filtrów zależy od odpowiedniego sposobu ich używania. Jeżeli trzymając się rady BERKENFELD'a 2 razy tygodniowo filtry oczyszczać, zbierając masy zanieczyszczające szcztoką i w wodzie gorącej wygotować, natenczas bez zmiany filtr taki można 4 miesiące trzymać. Przerastanie bakteryi, a zwłaszcza przedostawanie się ich do wody o tyle wydaje się nieprawdopodobnem, że grubość ściany filtru wynosi 1½ ctm., a przy próbach nad przepuszczalnością filtru okazało się że błękit lazuruowy tylko na 2—3 mm. przesiąka. Wapno w emulsji wodnej świeżo przygotowane może być również z korzyścią do dezynfekcyi używanem zwłaszcza tam [w Królestwie], gdzie jest ono tanie, w Rosyi zaś dziesięć sosnowy, którego 1 kosztuje 5 kop., pozostanie najtańszym i najdostępniejszym środkiem dezynfekcyjnym.

FABIAN zapytuje się, czy istnieją dowody doświadczalne, przemawiające nietylko za symbiozą ale i za syngenezą, czy można przeprowadzić tutaj ideę stałeń, t. j. czy punktem wyjścia jest pewien lasecznik, który w pewnych okresach przejawia się jako *bacillus caspicus*, *spiryllum cholerae*, czy *bacterium coli*, czy też te pasorzyty obok siebie istnieją.

Prof. NENCKI zastrzega się przeciw użyciu wyrazu symbioza, gdyż jest to prosta mieszanina bakteryi, które albo sobie dopomagają, albo się niszczą. Być może, że te wtórne pasożyty wytwarzają tylko bardziej trujące materye.

Prezes PRZEWOSKI, na podstawie dokonanych sekcji w 3 przypadkach cholery w Lublinie i w 24 w Warszawie, wprowadzi na materyale stosunkowo dość małym, nie może potwierdzić zdania REKOWSKIEGO, aby cholera dotknięci bywali przeważnie ludzie poprzednio chorzy. Z wyjątkiem dwóch przypadków, w których wykrył zbroczenia zależne od przebytych chorób (1 — *nephritis chronica*, 1 — *nephritis c. deg. amyloidea*), we wszystkich innych zmiany w narządach były w związku z główną sprawą chorobową. W 3-ech przypadkach była ciąża, co stanowi uderzający, choć wielokrotnie stwierdzany fakt, że kobiety brzemiennie łatwo ulegają infekcyi przez zarazek cholery.

Prof. NENCKI dodaje, że wyniki badań REKOWSKIEGO wymagają sprawdzenia na większym materyale. Co się zaś tyczy zakaźności cholery u położnic, to wśród badanych przez REKOWSKIEGO zmarłych na cholere 25% przypada na kobiety po porodzie lub poronieniu.

Posiedzenie kliniczne dnia 17 I 1893.

SOKOŁOWSKI opisuje **przypadek mięsaka limfatycznego śródpiersia**, obserwowany na swoim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha, a prof. BRÓDOWSKI przedstawia preparat tego nowotworu i objaśnia powstawanie jego na zasadzie nowszych badań nad limfocytami. Rzecz ta ogłoszoną jest w tym N-rze Gazety Lekarskiej.

W dyskusyi HEWELKE zaznacza, że odnawianie się wysięku nie można uważać za objaw najważniejszy dla nowotworów płuc. Jako dowód komunikuje spostrzeżenie, w którym pomimo dokonywanego przekłuwania po 2—3 razy rocznie w ciągu 5 lat, pomimo znacznego charakteru, przy badaniu pośmiertnem wbrew przypuszczeniu nowotworu nie wykryto; wysięk zawierał znaczną ilość kryształów cholestearyny, która w postaci znacznego osadu zbierała się na dnie naczyń. Wobec znacześniejszych zrostów próbne nakłucie trójgranicem pewnych nie daje wyników.

JAWDYŃSKI zwraca uwagę na znaczenie przekłucia dla rozpoznania nowotworów w klatce piersiowej; próbne nakłucie daje cenne wskazówki wtedy, kiedy inne metody co do rozpoznania nasuwają pewne wątpliwość. W jednym z obserwowanych przez się przypadków badanie fizykalne stwierdziło obecność stępienia z przodu od 2 żebra do wątroby, na całej przestrzeni ściany bocznej i części tylnej z wyjątkiem małego paska odgłosu bębniściego wzdłuż kręgosłupa, nadto zniszczenie jednego z żeber na linii pachowej. Rozpoznanie nowotworu potwierdzone przez kilku kolegów było niewątpliwem po zbadaniu płynu wydobytego dokonaniem przez PRZEWOSKIEGO. Był to płyn krwawy, zawierający znaczną ilość komórek w grupach ułożonych. Przypadek drugi dotyczył chorego, który uległ złamaniu dwóch żeber po stronie lewej; po roku zaczął chudnąć, doznawał duszności i przemijającego uczucia gorączki i ziębienia. Badanie fizykalne wykryło obecność stępienia w dolnej połowie klatki piersiowej po stronie prawej; przy próbnem przekłuciu w 9 międzyżebżu otrzymano płyn surowiczy, gdy tymczasem przyrządem POTAIN'a zawartości wydobyć się nie udało; zrobiwszy nakłucie o 1 żebro wyżej. J. raz otrzymał 1/2 szpryki krwi, za drugim razem płyn surowiczy. Taka niejednostajność wyników przy zastosowaniu powyższej metody rozpoznawczej przemawia za istnieniem przegródek. W dalszym przebiegu sprawy nowotwór szybko się rozwijał i w następstwie przeszedł na wątrobę. W przypadku tym jeden fakt jeszcze zasługuje na zaznaczenie, mianowicie: gdyby nowotwór powstał i rozrastał się po stronie lewej, obecność wysięku w początkowych okresach choroby byłoby można przypisywać poprzedniemu złamaniu żeber. Wreszcie w 3-im przypadku obserwowanym wspólnie z SOKOŁOWSKIM wydobyto małą ilość krwi niewątpliwie z tkanki samego nowotworu.

CIECHOMSKI opisuje przypadek nowotworu śródpiersia, dotyczący 24-ro letniej, poprzednio zupełnie zdrowej i dobrze zbudowanej dziewczyny, u której na 1/2 roku przed śmiercią wystąpiły objawy cechujące zolzy w postaci zapalenia powiek, złowonnego kataru nosa (*ozoena*), zapalenia błon śluzowych warg i narządów jamy ustnej przy powiększeniu gruczołów chłonnych szyjowych. Przy badaniu narządów wewnętrznych stwierdzono obecność wysięku surowiczego w lewej jamie opłucnej. Śmierć nastąpiła nagle. Oględziny zwłok wykazały olbrzymiego mięsaka w lewym śródpiersiu i płucu.

W odpowiedzi SOKOŁOWSKI zaznacza, że jakkolwiek wysięk nie stanowi objawu stałego przy nowotworach śródpiersia, to jednak nie wątpi, że nakłucie próbne za pomocą grubego trójgranicca dokonane, w większości przypadków może mieć znaczenie decydujące o charakterze sprawy chorobowej, zwłaszcza przy otrzymaniu płynu krwawego. W przypadkach podejrzanych, przebiega-

jących z przesiękiem surowiczym, rozpoznanie nowotworu opiera się na uwzględnieniu wszelkich objawów i drobnowidzowem badaniu płynu wydobytego.

Prezes PRZEWOSKI mówił „o sposobie połączenia komórek mięsnych w sercu człowieka“ na podstawie dokonanych przez się badań i przedstawił odnoszące się do tej kwestyi preparaty drobnowidzowe. Rzecz ta będzie wydrukowaną w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusyi KRYSIŃSKI podnosi doniosłość pracy PRZEWOSKIEGO dla biologii i zaleca jak najprędzej jej wyniki ogłosić. Wymiary ziarenek i włókien wydają się przy pierwszym rzucie oka nieco większymi od wymiarów przez prelegenta podanych. Oprócz morfologicznych własności komórek i sposobu ich połączenia bardzo ciekawym jest fakt dotyczący kierunku dróg limfatycznych w sercu: badania bowiem PRZEWOSKIEGO okazują, że drogi te idą nie podłużnie do osi komórek, jak to na kizkach stwierdził KLECKI, lecz w kierunku poprzecznym. Wreszcie KRYSIŃSKI zapytuje się, czy badania nad budową serca przeprowadzone były tylko na zmarłych na cholere, czy też dotyczyły również zwierząt oraz ludzi, u których śmierć z innych nastąpiła powodów.

MAYZEL, potwierdzając zdanie KRYSIŃSKIEGO co do ważności otrzymanych przez PRZEWOSKIEGO wyników, zwraca uwagę na konieczność uzupełnienia poszukiwań przez zbadanie serca u zwierząt zwłaszcza zarodków, oraz serca sztucznie rozciągniętych; sądzi, że wyniki, otrzymane przez PRZEWOSKIEGO, zawdzięczyć należy odpowiedniemu stwardnianiu i zabarwianiu preparatów oraz dłuższej maceracy w wodzie, wreszcie przypomina, że dla włókien mięsnych gładkich opisane zostały połączenia za pomocą zębatych przedłużeń.

W odpowiedzi preza PRZEWOSKI potwierdza podane przez się cyfry odnośnie do wymiarów pierwiastków morfologicznych komórek sercowych, które w istocie wskutek niekorzystnych warunków demonstracyi mogą wydawać się większemi. Przedstawione wyniki przeważnie były oparte na badaniu serca cholerycznych, jako na materyale stosunkowo najmniej zmienionym wskutek możności wykonania sekeyi w bardzo krótkim czasie po śmierci, wszelako badania serca u innych trupów wszędzie dawały też same obrazy. Rozumie się, że na ich zmianę wpływały nie tylko zmiany chorobowe lecz i pośmiertne; stąd też, gdy w sercu ludzi zmarłych na cholere stwierdzał na wszystkich skrawkach opisane stosunki morfologiczne, to w sercu otwieranym po upływie zwykle dla sekeyi przepisanego czasu budowa charakterystyczna komórek na niektórych tylko skrawkach wyraźnie się uwidoczniła.

MAYZEL [autoreferat] przedstawił mocz przy bardzo rzadko występującym cierpieniu **haemoglobinuria paroxysmalis**. Mocz mocno krwawej budowy występował kilkakrotnie u tego samego mężczyzny na pozór zdrowego w pewnych odstępach czasu na polowaniu, przy forsownem chodzeniu, ostatnim razem w porze zimowej. Pojawienie się hemoglobinurii towarzyszyły lekkie dreszcze i nieznaczne bóle w pachwinach. W anamnezie zdaje się być *lues*. Momentem wywołującym ten szczególny stan chorobowy było więc przeziębienie, a głównie zmęczenie [podobnie jak w przypadku PRIOR'a, KAST'a, BASTIANELLI'ego i innych]. Mocz mocno krwawej barwy, ciężaru 1,011, odczynu kwaśnego, z małą ilością moczniaka, zawierał niestosunkowo znaczną ilość białka [1,5 grm. *pro mille*]. W widmie oksyhemoglobina i methemoglobina. Mocz nie zawierał wcale czerwonych ciałek krwi morfologicznie zachowanych; nie zawierał też elementów nerkowych, ani nabłonka, ani cylindrów.

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 24 II, D-r HASTERLIK zdał sprawę ze swych doświadczeń nad zakaźnością laseczników cholerycznych. Przedewszystkiem spożył sam tyle hodowli kłutej na żelatynie, ile przysłało do igły platynowej przy zaurzeniu. Gdy żadnych nie doznawał dolegliwości, zażył w kilka tygodni potem kroplę z takiej samej hodowli i tym razem bez następstw. Wówczas druga osoba wypila  $\frac{3}{4}$  ctm. sześć. trzydniowej hodowli na żelatynie i znów bez skutku. W kale we wszystkich 3 przypadkach przecinków nie znaleziono. Trzecie doświadczenie dokonane zostało na osobie skłonnej do biegunek, która spożyła całą kłutą hodowlę laseczników; po 36 godzinach przy małym podwyższeniu ciepłoty wystąpiły bóle w brzuchu i wypróżnienia żółto-brunatne [11 w ciągu 7 dni], zawierające laseczniki przecinkowe. Następnie znów wypił sam autor 100,0 roztworu 1% sody i potem 1 ctm. sześć trzydniowej hodowli. Po 24 godzinach z zupełnie prawidłowego stołka, przy doskonałym ogólnym stanie zdrowia, wyhodowano czyste kolonie przecinkowców. Wreszcie osoba, dotknięta rozwolnieniem w ciągu 2-eh tygodni, wypila 100,0 roztworu 1% sody i zażyła w 8 minut potem  $1\frac{1}{2}$  ctm. sześć. trzydniowej, kłutej

hodowli. Stolce potem były obfite i zawierały w 36 godzin, aż do 4 dnia po doświadczeniu, laseczniki przecinkowe. Przy powstałej nad tem doniesieniem dyskusji zwracano uwagę na przypadki, w których przy typowym klinicznym obrazie cholery nie znajdowano przecinkowców, lecz inne drobnoustroje, mianowicie BECK wyosobnił z wypróżnień w jednym przypadku raz czyste hodowle grubych, długich paciorkowców, KIRCHNER i LESAGE znajdowali paciorkowce i *bact. coli commune*, NENCKI obok przecinkowców jeszcze 3 formy laseczników, CÜNNINGHAM zaś znajdował 10, a LESAGE 6 rozmaitych odmian spiryllów cholerycznych. Przytoczono również przypadki, w których u jednych członków jednej i tej samej rodziny chorych na cholere znajdowano laseczniki choleryczne, a u drugich nie [LUBARSCH, BETHÉ]. Co się tyczy przeciągu czasu, w którym odkrywano jeszcze drobnoustroje choleryczne w kale, ciekawym jest przypadek, gdzie znaleziono je 23-go dnia po wyzdrowieniu [REINEKE]. (*Wiener klinische Wochenschrift*. Nr. 9. 1893). L. W.

= MERTZ opisuje dwa niezwykle przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych (*meningitis tuberculosa*). W przypadku, dotyczącym 8-letniego chłopca, przebieg choroby przedstawiał obraz kliniczny *meningitis cerebri-spinalis epidemica*; w końcu zaś 2-go i na początku 3-go tygodnia choroby pojawiła się wysypka (*roseola*); dotychczas czegoś podobnego przy gruźliczym zapaleniu opon mózgowych nie obserwowano. (*Deutsche medic. Woch.* 1893. Nr. 9). J. W.

— Redakcyja otrzymała wydany w tłumaczeniu ruskiem z 5-go wydania niemieckiego: Podręcznik chorób usznych HARTMANN'a. Tłumaczenia dokonał D-r KULIKOWSKI, pod redakcyą D-ra SCHMIDT'a; wydawcą jest C. BERNDT w Odessie. Wybór podręcznika jest zupełnie odpowiedni dla lekarzy-praktyków i studentów medycyny. Tłumaczenie dobre, uzupełnione przez tłumaczy wielu praktycznymi przypiskami.

— Krakowskie Towarzystwo ginekologiczne zadecydowało krótkie sprawozdanie ze swych posiedzeń przesyłać raz na miesiąc do *Centralblatt für Gynaekologie*.

— „Przegląd Lekarski“ donosi, iż cesarz Franciszek Józef postanowieniem z d. 7 lutego r. b. zezwolił na budowę nowego gmachu uniwersyteckiego w Krakowie, stanąć mającego na gruncie szpitala S-go Łazarza, a przeznaczonego dla anatomii patologicznej, patologii ogólnej, fizyologii, farmakologii i medycyny sądowej.

— VII kongres chirurgów francuskich odbędzie się 3 kwietnia r. b. Przedmiotem dyskusyi będzie: 1) rak macicy, 2) leczenie chirurgiczne gruźlicy kości.

— Rząd bawarski i saski urządziły u siebie kursy patologii i terapii cholery dla lekarzy praktycznych. W Lipsku odbywają się one w instytucy higienicznym pod kierunkiem profesorów BIRCH-HIRSCHFELD'a i HOFFMANN'a.

— Na odbywającej się obecnie w Dreźnie konferencyi sanitarnej przeciwcholerycznej medycynę reprezentują: prof. KOCH, delegat niemiecki; prof. van ERMENGEM, delegat belgijski; D-r SAN MARTIN, delegat hiszpański; prof. BROUARDEL i D-r PROUST, delegaci francuscy; D-r THORNE, delegat angielski; D-r VAFFIADES, delegat grecki; D-r PAGLIANO, delegat włoski; D-r FELIX, delegat rumuński; D-r SCHMIDT, delegat szwajcarski.

— Szpital paryski *du Midi* dla chorych wenerycznych otrzymał nazwę „*Hôpital Ricord*“ dla uczczenia znakomitego syfilidologa.

— Od jesieni r. b. zacznie wychodzić w Berlinie pod redakcyą D-r O. LASSAR'a „*Zeitschrift für Hautkrankheiten*“.

## Wspomnienia pośmiertne.

— W Warszawie w d. 21 marca r. b. zmarł D-r FELIKS WÓJCIKIEWICZ, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

— W Beresteczku, gub. Wołyńskiej, 10 lutego 1893 roku zmarł lekarz wolno-praktykujący WILHELM KORCZAK ZACHOROWSKI w 55 roku życia, a w 32 praktyki. Urodził się w miasteczku Beresteczku dnia 6 kwietnia 1838 roku. Po ukończeniu gimnazjum w Równem wstąpił na wydział lekarski w Kijowie, i w 1861 roku z uniwersyteckiej ławki otrzymał stopień Doktora Medycyny. Zniechęcony życiowymi niepowodzeniami, złożony potem ciężką chorobą, wiodł życie przez lat 12 niemal tułaczem, a gdy przyszedł do zdrowia i ocknął się z odrętwienia, osiadł w swoim rodzinnem mieście Beresteczku w 1873 roku i tu przez 20 lat oddał się z całym zapalem praktyce lekarskiej, zyskując ogólne uznanie jako biegły lekarz, sumienny pracownik i szlachetny kolega, a chociaż sam zeznawał, że ze swoją wiedzą wart był lepszej doli, niż oddanie się mozolnej, ciężkiej i częstokroć niewdzięcznej pracy, jaką jest małomiasteckowa praktyka, to przecie z zaparciem się siebie wytrwał na stanowisku do końca. Czując się już sam chorym, zawezwany do pacyenta wyjechał pośród strasznej zimowej zawieruchy i uległ zapaleniu płuc i opłucnej, które przeżyło dni Jego życia, pełnego trosk i niepowodzeń losu. Niechże Mu choć ziemia lekką będzie, a światło prawego charakteru niech świeci z za grobu następnemu pokoleniu!

*Brat, przyjaciel i kolega.*

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 11 Марта 1893 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.