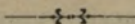


# GAZETA LEKARSKA.

## I. KILKA UWAG W KWESTYI OPEROWANIA GUZÓW JAMY NOSOGARDZIELOWEJ.

Podali

**D-r Franciszek Kijewski,**  
ordynator kliniki chirurgicznej wydziałowej w Warszawie  
i **D-r Władysław Wróblewski.**



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13].

Usuwanie włókniaków jamy nosogardzielowej za pomocą zwykłej ligatury jedwabnej obecnie chyba nie ma zwolenników. Operacja polega na nałożeniu grubej nitki jedwabnej na nóżkę guza i mocnem zaciśnięciu pętlicy. Ujemne strony tej operacji stanowią te okoliczności, że guz zwolna ulega zgorzeli, wydzielina części zmortyfikowanej spływa do gardzieli niżej, skąd może się dostać do żołądka lub nawet dróg oddechowych, ligatura zaś przepojona produktami rozpadu stanowi drogę, przez którą może nastąpić zakażenie. Nie wspominam już o przykrościach, jakie chory znosić musi w ciągu kilku dni, zanim zmortyfikowany guz nie odpadnie.

W tych przypadkach, w których można usunąć guz za pomocą ligatury zwykłej, nierównie lepiej nałożyć pętlicę metalową i nowotwór usunąć zaraz. Posiadamy kilka sposobów zakładania pętlicy metalowej na guzy w *retronasum*. ALBERT <sup>1)</sup> podaje, że na klinice DUMREICHER'a wprowadzali wprost przez nos pętlicę grubego drutu-platynowego, a gdy się ukazała za języczkiem, wyciągali do jamy ustnej i nakładali ją na guz. W podobny sposób postępuje KOENIG <sup>2)</sup>, niekiedy jednak w celu nałożenia pętlicy na guz posilkuje się zgiętym przyrządem, wprowadzonym przez jamę ustną.

STROMEYER wprowadza przez nos rurkę BELLOCQ'a i przywiązuje do główki w jamie ustnej nitkę mocną, za pomocą której przeciąga pętlicę z drutu miedzianego.

W naszych przypadkach, operowanych według tej metody, postępowaliśmy w sposób następujący. Przez dolny kanał nosowy wprowadzamy rurkę BELLOCQ'a, na główkę której w jamie ustnej zakładamy mocną pętlicę metalową. Wy-

<sup>1)</sup> ALBERT. Tom I, str. 404.

<sup>2)</sup> KOENIG. Chirurgia szczękowa. Tom II, str. 256.

ciągnąwszy końce pętlicy przez nos, rurkę BELLOCQ'a odczepiamy, w pętlicę zaś samą wprowadzamy kleszcze esowato wygięte i staramy się nimi uchwycić guz w jamie nosogardzielowej. Po ramionach kleszczy palcem operujący posuwa ku górze pętlicę, pociągając przytem drugą ręką za końce sterzące z otworu nosowego. Tym sposobem nasuwa się pętlicę, o ile można, najwyżej na guz, aby zaś nóżka była dostępniejsza i pętlica lepiej ją obejmowała, pomocnik pociąga kleszczami dosyć silnie guz ku dołowi. Gdy się upewnimy, że pętlica w rzeczy samej obejmuje nóżkę, zakładamy na wolne końce drutu mocny odgniatacz i zakręcając śrubę, przecinamy stopniowo nóżkę, nie wypuszczając jednak guza z kleszczy. Odcinanie wykonywa się z wolna z pewnemi przerwami. Czasami się zdarza, że po nader silnem ściśnięciu nóżki i odcięciu pewnej części przy mocnem pociąganiu guza ku dołowi pozostała część nóżki odrywa się i guz w całości zostaje usunięty. Kleszcze na guz ze strony jamy ustnej zakładam dlatego, aby przez pociąganie ku dołowi nóżkę guza wydłużyć, skutkiem czego pętlica lepiej ją obejmuje, a powtórnie aby guz po odcięciu nie opadł do gardzieli i chory go nie połknął, jak to się zdarzyć może szczególnie u dzieci.

Koniec wewnętrzny odgniatacza, wprowadzony do jamy nosogardzielowej, należy kierować ku górze, dotykać nim do samego stropu, przez co, o ile można, pętlicę posuwamy wyżej na nóżkę i unikamy pozostawienia w jamie części samego guza. Odgniatacze, używane do usuwania polipów nosowych, nie nadają się zupełnie do operowania guzów włóknistych jamy nosogardzielowej, gdyż narzędzia te są zbyt delikatne i nie można nimi działać z odpowiednią siłą. Odgniatacz taki musi być nader mocny i długi, część wprowadzona do jamy nosa powinna być w kształcie rurki, a hak utrzymujący końce drutu winien się znajdować na zewnątrz nosa, gdyż w przeciwnym razie jest niezmiernie trudne zaciąganie końców pętlicy i przy zmniejszaniu się jej a *resp.* przecinaniu nóżki hak może kaleczyć ścianę kanału nosowego.

Zwracam tu uwagę na drut: zwykle używamy drutu żelaznego, dosyć grubego, średnicy 1 mml.; cienki drut nie jest odpowiedni, gdyż przy nieznacznej konsystencji guza z łatwością się wrzyna w tkanekę, niezbyt dostatecznie ją uciśkając, co może spowodować krwotok, a przy znacznej twardości nowotworu druty pękają i zmuszają chirurga do powtórnej nader mozolnej pracy — zakładania pętlicy. Drut przed użyciem należy przepalić dla nadania mu odpowiedniej giętkości, co jest niezbędnem przy przesuwaniu pętlicy na nóżkę.

Najtrudniejszą stroną operacji przedstawia nakładanie pętlicy na sam guz; manipulacja ta wymaga cierpliwości ze strony chorego i pewnej zręczności operującego. Cały zabieg wykonywamy zwykle bez chloroformu w pozycji siedzącej.

Ponieważ guzy włókniste wychodzą ze stropu gardzieli, który nie przedstawia jednej płaszczyzny, a odgniatacz drucziany tnie tylko po powierzchni prostej, przeto w rozmaitych nierównościach pozostawać mogą części szypuły. Ztąd też po wyjęciu guza uważamy za odpowiednie zbadać jamę nosogardzielową palcem i za pomocą lusterka, a w razie pozostawienia części szypuły usunąć ją zaraz skrobaczkami, oczyszczając wszystko aż do samej kości. Jamę następnie starannie wmywamy w celu usunięcia skrzepów i kawałków tkanki i tamponujemy gazą jodoformową. Po upływie kilku dni tampon usuwamy,

ponownie jąmy badamy za pomocą lusterka, czy gdziekolwiek niema miejsca podejrzanego, a jeżeli nie krwawi, tamponu już nie wprowadzamy. Operacja ta wykonywa się niemal bezkrwawo, przy wyskrobaniu nawet resztek szypuły nie mieliśmy nigdy obfitego krwawienia. Okoliczność ta jest bardzo ważna i ma swoje znaczenie u osobników osłabionych znacznymi utratami krwi przed operacją.

Jeżeli podstawa guza nader szeroka, szypuła przedstawia znaczną odporność, przy zaciskaniu odgniatacza druty pękają, wtedy do tejże pętlicy metalowej zastosowujemy aparat galwanokaustyczny. Pętlicę przedtem, jak można, najsilniej ściągamy, niezbyt mocno ją nagrzewamy i stopniowo z przerwami nóżkę odcinamy. Drutów platynowych zupełnie nie używamy, gdyż z równym pożytkiem służą nam zwykle, żelazne, a cena materiału zbyt znaczna.

Niezmiernie oryginalny sposób usuwania polipów z jamy nosogardzielowej podał RAMPOLL'a z Palermo w 1857. Przez kanał łzowy wprowadził do jamy nosowej pochewkę trójgrzańca, przez którą przeprowadził cienki łańcuszek odgniatacza, następnie palcami ze strony jamy ustnej nałożył łańcuszek na guz. TILLAUX <sup>1)</sup> wraz z RAMPOLLO powtórzył tę operację na trupie i nie dziwi się zupełnie, że metoda ta nie ma przyszłości, nie bacząc na pomysł nader dowcipny.

Do nader mało rozpowszechnionych metod operowania guzów jamy nosogardzielowej bez przedwstępnych operacji należy elektroliza. Przyznaję, że obcą mi jest ta metoda, ale sądząc z prac rozmaitych badaczy, nie lekcewałbym elektrolizy w zastosowaniu do leczenia nowotworów jamy nosogardzielowej. BRUNS usuwał twarde włókniaki z pomyślnym wynikiem, chociaż w jednym przypadku leczenie trwało całe miesiące i wymagało aż 130 posiedzeń. A. C. GROENBECH podaje na 32 przypadki włókniaków 17 wyleczonych za pomocą elektrolizy <sup>2)</sup>.

Nie będę się zatrzymywał nad zaletami i ujemnymi stronami tej metody. W kwestyi zaś przyrządów niezbędnych oraz zastosowania odsyłam do prac VOLTOLINI'ego <sup>3)</sup>, BRUNS'a <sup>4)</sup>, KUTTNER'a <sup>5)</sup> i innych, a u nas: HERYNG'a <sup>6)</sup> i SCHRAMM'a <sup>7)</sup>.

---

<sup>1)</sup> TILLAUX. l. c. str. 349.

<sup>2)</sup> MIGGE. Über Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung ohne Präliminaroperation. Inaugural-Dissert. 1891.

<sup>3)</sup> VOLTOLINI. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Elektrolyse.

<sup>4)</sup> V. v. BRUNS. Die galvanochirurgischen Behandlungsmethoden. Tübingen. 1850.

<sup>5)</sup> KUTTNER. Die Electrolyse ihre Wirkungsweise und ihre Verwendbarkeit bei soliden Geweben.

<sup>6)</sup> HERYNG. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani. Odbitka z Przeglądu Lekarskiego, 1892.

<sup>7)</sup> SCHRAMM. Elektroliza przy leczeniu raków nie nadających się do operacji. Przegląd Lekarski. 1890. Nr. 40.

Jeżeli żaden z wyżej wymienionych sposobów nie nadaje się do usunięcia guza z *retronasum*, bądź to skutkiem zbyt wielkich rozmiarów guza, wypełniającego doszczętnie nie tylko całą jamę nosogardzielową, ale i sąsiednie jamy, bądź to skutkiem zrostów z częściami otaczającymi, przez co nie można osiągnąć punktu wyjścia guza, bądź też drażnienia nowotworu w kość, wtedy chirurg toruje sobie drogę do wykonania operacji.

Zabieg jest w tym razie o wiele większy, gdyż należy właściwie wykonać dwie operacje: jedną dla utworzenia sobie dostępu do przyczepu guza, powiększenia pola operacyjnego, a drugą polegającą na usunięciu samego nowotworu i następczem zamknięciu drogi utworzonej.

Dostęp do przyczepu ułatwić sobie możemy ze strony jamy ustnej, nosa i policzków.

Już w 1717 r. MANNE w celu usunięcia guza z jamy nosogardzielowej przecinał podniebienie miękkie na całej długości w linii środkowej. Za przykładem jego poszli PETIT, MORAND, NANNONI, DIEFFENBACH i inni. S. BOECKEL wykonał tak zwaną „*boutonnière palatine transversale*“, oddzielił podniebienie miękkie od twardego na szerokości 2 ctm. i w następstwie za pomocą ostrej łyżeczki usuwał guzy, operował przy zwieszanej głowie.

NÉLATON przecinał całe podniebienie miękkie w środkowej linii aż do twardego, następnie robił poprzeczne cięcie w postaci **1**, odsuwał płaty i wycinał część podniebienia twardego.

MAISONNEUVE <sup>1)</sup> w celu ułatwienia sobie dostępu przecinał podniebienie miękkie w linii środkowej, pozostawiając jednak języzek nienaruszonym — *boutonnière palatine, bout. staphyline*. FLAUBERT [ojciec] z Rouen już w 1840 r. usuwał guzy z *retronasum* za pomocą resekcji podniebienia twardego.

GUSSENBAUER przecina w linii środkowej podniebienie twarde, błonę śluzową i okostną, oddziela je od kości niemal do wyrostka zębodołowego (*processus alveolaris*), następnie dłutem i młotkiem wybija dziurę, usuwając wyrostek podniebienny (*processum palatinum*) i kości podniebienne. Otwór pozostaje znaczny, przez niego można z łatwością osiągnąć do przyczepu polipów. Po usunięciu guza zasłania się otwór przez nałożenie szwu na okostną wraz z błoną śluzową.

MIKULICZ w jednym przez siebie operowanym przypadku zmodyfikował metodę GUSSENBAUER'a, poprowadził cięcie w linii środkowej przez całe podniebienie miękkie i znaczną część twardego i za pomocą *raspatorium* odsunął błonę śluzową i okostną po obu stronach od kości. Usunął średnią część podniebienia twardego i wyciął nożyczkami krzywymi guz, pozostałą zaś część podstawy wskrobał wraz z okostną od podstawy czaszki <sup>2)</sup>.

Ponieważ przy usuwaniu guzów według tych metod mogą być dość znaczne krwotoki i krew zaciekać może do dróg oddechowych, przeto niektórzy, starając się zapobiedz temu, wykonywają uprzednio tracheotomię i zakładają

1) Clinique chirurgicale par MAISONNEUVE. Tome II. 1864.  
Observations sur les polypes naso-pharyngiens. pag. 393—408.

2) Przegląd Lekarski. Nr. 5. 1883.

aparatu TRENDELENBURG'a, inni znów operują przy zwieszanej głowie według ROSE'go. MIKULICZ przy długo trwających operacjach u ludzi starszych, niedokrwiłystych radzi, jak to zalecają BILLROTH i KOENIG, usypiać chorego tylko podczas pierwszych cięć, a potem mu pozwolić zwolna przyjść do siebie, u ludzi zaś młodych, niesfornych stosuje sposób ROSE'go.

Druga droga, jaką dostać się możemy do jamy nosogardzielowej, prowadzi przez nos. W celu rozszerzenia tej drogi przecinają części miękkie nosa w linii środkowej. ROSER przepiłowywa przy tem kości nosowe i odchyła część odpowiednią na zewnątrz.

WUTZER podcinał skrzydła nosa od policzków, przegrodę (*septum*) oddzielał za pomocą mocnych, kostnych nożyczek i nos cały podnosił ku górze.

LANGENBECK wykonał tymczasowe wypiłowanie kości nosowych i wyrostków nosowych szczęki górnej. Jedno cięcie na grzbiecie przez całą długość nosa, a drugie z boku, od skrzydła nosa niemal aż do oczodołu. W kierunku nacięć przepiłowywa kości i unosi je wraz z częściami miękkimi ku górze.

OLLIER prowadzi cięcie w kształcie podkowy od skrzydeł nosa przez nasadę kości przepiłowywa i nos odchyła ku dołowi.

CHASSAIGNAC-BRUNS robią dwa cięcia poprzeczne—przez nasadę nosa i wargę górną, na granicy nosa i policzka cięcie podłużne łączy dwa pierwsze. W kierunku nacięć przepiłowywa się kości, chrząstkę i przegrodę, następnie nos odgina się na bok.

Nader dowcipnie jest obmyślony sposób ROUGE'a <sup>1)</sup>. Górna warga w kątach ust za pomocą haków odciąga się silnie ku górze, prowadzi się cięcie przez błonę śluzową aż do kości od pierwszego zęba trzonowego górnego do takiegoż strony przeciwnej. Po odsunięciu części miękkich aż do wyrostka nosowego przedniego (*spina nasalis anterior*) za pomocą nożyczek odcinamy przegrodę i skrzydła nosa od szczęki górnej, wtedy cały nos odsuwamy ku górze do czoła.

KOENIG <sup>2)</sup> przecina nożyczkami nos po tej stronie, w której guz się więcej rozwinął, pod kontrolą palca ręki drugiej wprowadza do jamy nosogardzielowej szeroką, niezbyt ostrą łyżką poza nasadę guza i łyżką tą stara się oddzielić guz.

FOURNEAX JORDAN z Birminghamu przecina na całej długości części miękkie nosa wraz z wargą górną, powstaje płat trójkątny z wargi górnej i skrzydła nosowego; płat ten odwija, przez co otrzymuje zupełne odsłonięcie otworu kostnej jamy nosa i nożyczek <sup>3)</sup>.

BARĄCZ <sup>4)</sup> posilkuje się cięciem, wprowadzonym przez FOURNEAX JORDANA, a guz usuwa za pomocą łyżek KOENIG'a. Według zapewnienia B., cięcie

<sup>1)</sup> Chirurgische Technik v. ESMARCH und KOWALZIG. 1892. str. 114.

<sup>2)</sup> Centralblatt für Chirurgie. Nr. 10. 1888.

<sup>3)</sup> Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 32.

<sup>4)</sup> Nowiny Lekarskie. 1890. Nr. 12.

to ułatwia dostęp do nowotworu, a usuwanie guza za pomocą łyżek pozwala na bezkrwawe prawie wykonanie operacji.

Drogę od strony twarzy do jamy nosogardzielowej ukazał jeszcze w 1805 r. WATELY, lecz dopiero w 1832 r. SYME odważył się wyrezekować szczękę górną w celu usunięcia guza nosogardzielowego. Następnie FLAUBERT [syn] w 1840 r., w celu ułatwienia sobie dostępu do nóżki guza zdecydował się poświęcić całkowicie szczękę górną. Operacja ta z dodatnim wynikiem powtórzona była przez MICHAUX [DE LOUVAIN] w 1847 r., ROBERT'a w 1849 r. i w ciągu całego szeregu lat przez MAISONNEUVE'a. Pomimo wspaniałego dostępu do guza zawsze jednak, jak zaznacza KOENIG, od postępowania tego odstraszała nie tylko rozległość uszkodzenia, ale i następujące potem oszpecenie. ALBERT ze swej strony znów mówi, że dziwić się należy mężstwu tych ludzi, którzy, nie zwracając uwagi na nic, decydują się na tak rozpaczliwą i oszpecającą operację.

Starano się zmniejszyć oszpecenie przez częściowe wycięcie szczęki górnej, przez pozostawienie podniebienia twardego lub też dna oczodołu, w każdym jednak razie wobec osteoplastycznej resekcji szczęki górnej LANGENBECK'a metoda ta musi ustąpić.

Według LANGENBECK'a, prowadzimy cięcie łukowate od skrzydła nosa do środka (*processus zygomaticus*) łuku licowego, następnie wzdłuż brzegu dolnego oczodołu aż do wyrostka nosowego kości czołowej. Po przecięciu części miękkich, okostnej i odseparowaniu przyczepu mięśnia żwacza od kości licowej wprowadzamy podwiązkę na miejscu połączenia wyrostka licowego kości skroniowej z łukiem licowym i trzymając się guza szczękowego, dochodzimy do szczeliny skrzydłopodniebiennej (*fissura pterygopalatina*). Palcem przez jamę ustną wyczuć należy koniec *elevatorium* i na miejsce jego wprowadzić pilkę, którą przecina się kości w kierunku cięcia skórniego aż do jamy nosowej. Następnie wprowadzając pilkę w szczelinę skrzydłopodniebienną, przecinamy łuk, licowy wyrostek czołowy kości licowej, duo oczodołu i wyrostek nosowy szczęki górnej. Potem wszystkie części miękkie wraz z kością odchylamy ku górze, otrzymujemy przez to dostęp do jamy skroniowej, nosowej i gardzielowej.

Jak widzimy, zabieg to nie mały, wymagający znacznej pomocy przy operacji i odpowiedniego uzdolnienia ze strony chirurga; oprócz trudności wykonania samej operacji, jako ujemną stronę tego zabiegu wskazują na następcze zespecenie twarzy przez bliznę i przecięcie licznych gałązek nerwu twarzowego. Skutkiem tego też do osteoplastycznej resekcji szczęki górnej WEBER nie używa cięcia LANGENBECK'a, a prowadzi je równoległe do brzegu oczodołu i następnie z boku nosa, okala skrzydła nosowe i przecina całą wargę górną w linii środkowej.

Oto cały szereg metod operowania polipów nosogardzielowych: nie są to jednak wszystkie znane; mamy wielką jeszcze liczbę rozmaitych zmian i ulepszeń,

które z powodzeniem stosowano w odpowiednich przypadkach [ADELMANN, HUGUIER, DOLBEAU, GUYON, DEMARQUAY, VALLET [d'Orléans], PÉAN, VERNEUIL, JULES LE ROUX i inni]. Kwestya to zatem niewyczerpana i przypuszczać należy, że w przyszłości literatura lekarska wzbogaci się jeszcze poważnym zastępem nowych metod usuwania polipów jamy nosogardzielowej.

Z przytoczonego tu pobieżnie szeregu operacyi widzimy, że chirurdzy często zmuszeni byli przedsiębrać zabiegi nader poważne, aby uwolnić chorego od guza z jamy nosogardzielowej. Zachodzi teraz pytanie: jakie mamy wskazania do wyboru tej lub innej metody?

Ogólna zasada, jaką się kierują przy operowaniu polipów włóknistych nosogardzielowych, jest taka: jeżeli guz małych rozmiarów, opatrzony długą szypułą, łatwo dostępny dla ręki operatora, należy go usuwać za pomocą operacyi prostych, bądź to pętlicy, kleszczy i t. p.; w przeciwnym razie należy wykonać operacyę wstępną; zaznaczają jednak przytem, że proste metody w rzadkich tylko przypadkach doprowadzają do wyleczenia. Otóż, jak widzimy, ramy zakreślone do stosowania operacyi prostych są nader ciasne [z pomiędzy tych operacyi zwracam tu szczególniejszą uwagę na pętlicę metalową zimną lub galwanokaustyczną i kleszcze]. Zdaniem mojem, przy polipach włóknistych nosogardzielowych w rzadkich tylko przypadkach uciekać się należy do wykonania operacyi przygotowawczej. Nie bacząc na wielkość samego polipa, starać się powinniśmy usunąć go bez operacyi wstępnych, jeżeli tylko znajdziemy w jamie nosogardzielowej tyle miejsca, aby przeprowadzić narzędzia niezbędne do założenia pętlicy, zawsze należy próbować tego zabiegu, tembardziej, że nie naraża on na niebezpieczeństwo chorego i nie jest zbyt przykrym. Nawet przy polipach tak wielkich, że nie możemy osiągnąć podstawy ich, decydowałbym się na usunięcie guza częściami za pomocą pętlicy, nie obawiając się zupełnie krwotoku. Jako przeciwwskazanie służyć mogą zrosty ze ścianami jamy nosogardzielowej, z podniebieniem miękkim, przejście polipa do jam sąsiednich i zrośnięcie ze ścianami tychże, a także punkt wyjścia samego polipa. Guzy, biorące początek z chrząstki włóknistej podstawowej (*fibro-cartilago basilaris*)—prawdziwe polipy włókniste, polipy brzegów *choanarum* i muszlowe można usuwać za pomocą kleszczy lub pętlicy, metoda ta jednak nie nadaje się do polipów wychodzących z jamy skrzydłopodniebiennej, gdyż tą drogą żadną miarą osiągnąć nie możemy szypuły i zniszczyć ją, co stanowi kardynalny warunek zejścia pomyślnego tej operacyi.

Rozpatrując strony ujemne operacyi prostych, wskazują na tę okoliczność, że przy pomocy tych zabiegów nie usuwamy doszczętnie guza: pozostaje zwykle część podstawy, która z łatwością wywołuje nawroty cierpienia, ztąd też wyleczenie następuje niezmiernie rzadko. Zarzut ten jest słuszny, ale tylko w tym razie, jeżeli po wydobyciu guza resztki pozostawiamy swojemu losowi; jeżeli zaś pozostała część podstawy starannie wyskrobiemy łyżeczkami, a następnie po upływie pewnego czasu wszystkie miejsca podejrzane wypalimy żegadłem galwanokaustycznym, nawroty cierpienia z taką łatwością nie powstają.

Usuwanie części guza z pozostawieniem podstawy w tej nadziei, że z czasem resztki te zanikną, nie ma żadnej słuszności. Są wprawdzie spostrzeżenia upoważniające do podobnego postępowania. Wszyscy niemal badacze tej

kwestyi zgadzają się na to, że polipy noso-gardzielowe nie rozwijają się w wieku starszym. Już w r. 1865 LEGOUËST wyraził przypuszczenie, że po 30 roku życia nowotwory te nie rosną. GOSSELIN zaś w 1870 r. leczył młodego człowieka 22-letniego, który miał polipa noso-gardzielowego tak znacznych rozmiarów, że powodował groźne zaburzenia oddechowe. Kilkakrotnie przedsiębrane wycinania częściowe guza usuwały przeszkodę do oddechania, lecz w dalszym przebiegu cierpienia wystąpiły wyniszczające krwotoki, *exophthalmus* i nakoniec *hemiplegia* prawostronna, co zdawało się wskazywać na przedziurawienie podstawy czaszki i drażnienie polipa do mózgu. W takim stanie GOSSELIN stracił chorego z oczu w marcu 1870 r., po upływie 11 miesięcy w lutym 1871 r. pacjent zgłosił się ponownie do niego zupełnie zdrowy; opowiadał, że w ciągu tego roku miał raz jeden krwotok znaczny, operacji żadnych jednak mu nie wykonywano, a zwolna sam przychodził do zdrowia, objawy ucisku ze strony mózgu i oka ustąpiły. Przy badaniu w jamie noso-gardzielowej nie można było wykryć ani śladu nowotworu. Guz znikł bez interwencji chirurgicznej.

LAFONTE obserwował młodego człowieka 24-letniego, cierpiącego od kilku lat na niezmiernie silne krwotoki nosa i trudność oddechania nosem. W lewym kanale nosowym znajdował się guz, który odsuwał przegrodę na prawo, przechodził do jamy noso-gardzielowej i zajmował lewą jej stronę; szczęka górna również zajęta była przez guz twardej, a przytem *exophthalmus*. W 1873 r. po bezskutecznej próbie usunięcia guza przez nos, chory opuścił szpital. Po upływie 4½ miesięcy nowotwór ten i wszystkie objawy znikły bez żadnych operacji, pozostało tylko niewielkie czerwone obrzmienie w nosie.

HUETER zaś w 1879 r. na kongresie chirurgów niemieckich przytoczył przypadek, który obserwował ciągle, gdyż pacjent pozostawał u niego jako posługacz przy chorych. W 15 roku życia usunął mu HUETER guz z jamy noso-gardzielowej, w 18 roku recydywa, wtedy pacjent był przyjęty na posługacza, na miejscu, gdzie pierwotnie istniał guz, na podstawie czaszki znajdował się rodzaj narośli papillarnych, które ciągle się zmniejszały i po upływie 4 lat zupełnie znikły.

Fakty takie mają swoje znaczenie, wywierają pewien wpływ na wybór operacji w celu usunięcia nowotworu. Wielu też chirurgów decyduje się na operację radykalną za pomocą obszernego zabiegu przedwstępnego w tych tylko przypadkach, jeżeli włókniak noso-gardzielowy powstaje u osobnika młodego, dochodzi do znacznej objętości i zagraża życiu chorego [KIRMISSON, TRÉLAT]. U ludzi starszych, którzy przeszli okres powstawania i wzrostu włókniaków tych, radzą zachowywać się wyczekująco, albo też zadowolić się zabiegami paliatywnymi. [C. d. n.]

---

1) VOLTOLINI. Loc. cit. str. 388.



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

*(Neurosis traumatica)*

ORAZ JEJ SYMULACYI.

Napisał

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

asystent oddziału.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13].

Wbrew wyżej wspomnianym oftalmologom uważa SCHMIDT-RIMPLER<sup>50)</sup>, symulację zwiężenia pola widzenia za bardzo możliwą. Twierdzi on, iż niejednokrotnie udało mu się wykryć ludzi, którzy obok osłabienia siły wzroku symulowali zwiężenie pola koncentryczne. Zdaniem jego, należy, przy podejrzeniu symulacyi, badania pola widzenia przedsiębrać za pomocą perimetru obowiązkowo w rozmaitych odległościach: symulant widzi zawsze obiekt próbny na jednej i tej samej odległości od punktu ustalenia wzroku. Tam, gdzie to jest możliwe, należy wykonać podług SCHMIDT-RIMPLER'a próbę z pryzmatem, która, jeżeli wypadnie dodatnio, z całą pewnością wykryje symulanta. Badanie polega na tem, że za pomocą silnego pryzmatu [np. o 30°] obraz wrzekomo na obwodzie widzianego obiektu próbnego przerzucamy na część siatkówki, jeszcze dalej na obwodzie leżącą, która odpowiednio do zeznań chorego powinna byłaby zostać niewrażliwą. Jasną jest rzeczą, że próbę tę wykonywamy przy obu oczach otwartych. Jeżeli zeznania, dotyczące zwiężenia pola widzenia, były prawdziwe, to wówczas obiekt próbny przy badaniu pryzmatem powinien zniknąć, obraz jego bowiem przez przystawiony pryzmat przerzucony zostaje na część siatkówki niewrażliwą. Symulant jednak będzie i w tych warunkach widzieć peryferyczny obiekt okiem podejrzanem, co się łatwo potem poznaje, że brzegi jego widzi przez pryzmat kolorowane. W każdym więc przypadku obecność peryferycznego o barwnych brzegach obiektu próbnego wskazuje symulację.

W razie symulowania ślepoty wystarcza niekiedy również zastosowanie soczewek i pryzmatów, ażeby przekonać się o fałszywości zeznań. Tu jednak należy zwrócić uwagę na nieznaną większości oftalmologów okoliczność, że w niektórych [być może, że we wszystkich] przypadkach historycznej niesymulowanej ślepoty próby za pomocą pryzmatów mogą dać wyniki dodatnie, atoli fałszywe, z prawdą niezgodne.

Na oddziale chorób nerwowych znajdował się w ciągu kilku tygodni 15-letni chłopiec, u którego, obok innych rozmaitych przypadłości pochodzenia niewąt-

<sup>50)</sup> SCHMIDT-RIMPLER. Zur Simulation concentr. Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traum. Neurosen. Deut. med. Woch. 24. 1892.

pliwie histerycznego [napady histeryczne, analgezye], stwierdzono ślepotę lewego oka, powstałą jakoby po uderzeniu w twarz przed 3-ma laty. Zapewnienie chorego, że przy pomocy szkieł widzi lewym okiem względnie dobrze, dowodziło prawdopodobieństwa istnienia histeryi *resp.* symulacyi. Ponieważ ani przy badaniu za pomocą oftalmoskopu, ani też przy oznaczeniu refrakcyi żadnych zmian wykazać się nie udało, przystąpiono do prób z pryzmatem. Jakkolwiek wyniki wypadły nie zawsze zgodnie, to przeważała jednak odpowiedź „podwójnie widzę“, zarówno przy przystawieniu pryzmatu do lewego jak i prawego oka. Wywołane tym sposobem za pomocą pryzmatu podwójne widzenie dowodziło podrażnienia obu siatkówek, a więc przemawiało za symulacją. Dopiero bliższe i dokładniejsze badanie pozwoliło z całą pewnością wyłączyć świadomą symulację.

Za pomocą odpowiedniej sugestyi udało się niewątpliwie od 3-ch lat istniejącą ślepotę zupełnie usunąć, podejrzany chory sam podziwiał wyniki lecznicze. Pole widzenia w dotkniętem uprzednio ślepotą oku było koncentrycznie zwężone. Nie wnikam tu bynajmniej w to, czy objaw rzeczony zależy od odrębnego umiejscowienia ośrodków percepcyi wzrokowych jednoocznego i dwuocznego widzenia [PITRES], czy też polega ono na nieświadomem psychicznem zubożeniu jednoocznych obrazów wzrokowych [BERNHEIM], pragnę tylko wskazać te trudności, na jakie natrafiać mogą wprawni nawet oftalmologowie przy rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy amaurozą histero-traumatyczną, a symulowaną.

Próbowi SCHMIDT-RIMPLER'a z pryzmatem pragnąłbym również przeciwstawić wspomniane już doświadczenia BERNHEIM'a i JANET'a oraz próby stereoskopowe PITRES'a, ostrzegające nas przy ocenianiu symulacyi. JANET wykonywał doświadczenia na osobie histerycznej, niesymulującej, która na widok płonących rzeczy dostawała napadów histero-epileptycznych. Gdy przy badaniu za pomocą perimetru wspomnianej osoby, dotkniętej w wysokim stopniu zwężeniem pola widzenia, przystawiono płonącą rzecz do części perimetru pozornie zupełnie niewidocznej, natychmiast pojawiał się napad histeryczny. Jak doświadczenie to tłumaczyłoby sobie należało, nie tu miejsce bliżej w to wnikać. Wszakże dowodzi i ono, że badanie pryzmatem tu i owdzie prowadzić może do fałszywych zupełnie wniosków.

Przy zwężeniu pola widzenia znajdujemy zwykle i osłabienie czucia barwnego i świetlanego, które według doświadczeń FRANKL-HOCHWARTH'a i TOPOLAŃSKIEGO<sup>51)</sup> równolegle posuwa się ze zmniejszeniem pola widzenia. W oku, w którym stwierdzamy mniejsze pole widzenia, mniejsze też istnieje czucie świetlane i barwne. Należy również ściśle zwracać uwagę na związek wspomnianych objawów ocznych z zaburzeniami czucia skórniego. W razie znacznych zaburzeń czuciowych skóry ulega też zmianom zazwyczaj i czynność siatkówki, a tem samem występują na jaw rzeczony objawy oczne. W miarę znikania lub wzmaganania się zaburzeń czuciowych zwiększa się też lub zmniejsza obszar pola widzenia oraz czucie barwne i świetlane. Ciekawy ten stosunek wrażliwości skóry i siatkówki miałem niedawno sposobność stwierdzić na histe-

<sup>51)</sup> Patrz K. H. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 25 November. 1892.

rycznie, dotkniętej obrzękiem połowicznym. Gdyby się więc nawet rzeczywiście udało zwężenie pola symulować, to i wówczas kilkakrotnie wykonane badanie symulację wykryje: wszak zmianom w polu widzenia prawego lub lewego oka ściśle odpowiadają zmiany zarówno w zmysle barwnym i świetlanym, jak i w czuciu skórny po tejże stronie. A tego chyba nikt symulować nie jest w stanie!

Dodatnie wyniki tych badań porównawczych stanowią więc kryterium prawdziwości objawów.

W szeregu innych, rzadszych i trudniej od zwężenia pola widzenia z objawami zmęczenia dających się sprawdzić zaburzeń astenopicznych, a spotykanych w nerwicy urazowej, stoją: światłowstręt, fotopsye, hallucynacje wzrokowe, skotomaty, mikromegalopsya, mrocunki, toniczno-kloniczny skurcz powiek i t. d..

HUEBSCHER<sup>52)</sup> opisał niedawno nowy niespotykany dotychczas w nerwicy urazowej objaw obiektywny, a mianowicie: astenopię ruchową. Zdaniem HUEBSCHER'a, uważać ją należy jako „częste, być może stale występujące“ zjawisko, towarzyszące nerwicy urazowej. Polega ona na znacznym obniżeniu siły konwergencji, właściwej dwuocznemu widzeniu, przy zupełnie prawidłowem zachowaniu się mięśni wewnętrznych oka. Chodzi tu więc o czysto ośrodkową postać astenopii ruchowej. Mierzenia siły konwergencji najlepiej dokonywać za pomocą oftalmo-dynamometru LANDOLP'a. Chory ustala wzrok na oświetloną szczelinę nad świecą zawieszoną przyrządu, który po ośrodkowej linii oka przysuwamy dopóty, dopóki chory nie ujrzy szczeliny podwójnie. Jest to odległość, przy której siła konwergencji staje się niedostateczną, pod wpływem bowiem względnej diwergencji występuje dwojenie. Odległość od podstawy przyrządu do punktu powyższego mierzymy i wyrażamy w kątach metrycznych<sup>53)</sup>. Prawidłowo siła konwergencji wynosi 10—12 kątów metrycznych. W 2-ch dokładnie opisanych przez HUEBSCHER'a przypadkach wynosiła tylko 3 i 4¼.

Ciekawą, niejednokrotnie stwierdzaną w nerwicach urazowych anomalię pola widzenia opisuje w „tymczasowem doniesieniu“ FREUND<sup>54)</sup>. Dotyczy ona ogromnego powiększenia pola widzenia na kolor biały, jako też szczególnie na barwy. Nadczułość ta siatkówki, prawdopodobnie pochodzenia mózgowego, daje się wykazać również w obrębie innych zmysłów [*Hyperakousis*, nadczułość skóry, pasy hysterotwórcze, nerwoból nadoczodołowy, *rachialgia*]. Wykrycie pomienionego objawu udaje się, jeżeli siatkówka nie jest zmęczoną [krótki odpoczynek przed badaniem każdego południka] i jeżeli wszelkie bodźce zewnętrzne zostają usunięte.

Rozszerzenie pola widzenia, zjawiające się w pierwszych miesiącach po urazie i zależne prawdopodobnie od podrażnienia kory mózgowej, ustępuje stopniowo mniej lub więcej znacznemu zwężeniu.

<sup>52)</sup> HUEBSCHER. Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. Deut. med. Woch. 17. 1892.

<sup>53)</sup> Kąt metryczny (*Meterwinkel*) jestto kąt, o który należy oko zwrócić do wewnątrz, by zobaczyć przedmiot, położony w odległości 1 metra od środka obu oczu. Przedmiot, położony w odległości 50 ctm., wymaga o dwa razy większego obrotu, czyli  $\frac{1}{0,50}$  m. = 2 kątów metrycznych, w 10 ctm. =  $\frac{1}{0,10}$  m. = 10 kątów.

<sup>54)</sup> FREUND. Ueber cerebral bedingte optische Hyperästhesie. Neur. Ctb. 17. 1892.

Zasługuje na uwagę ta okoliczność, że wzmożona czynność siatkówki nie wyłącza rozmaitych objawów zmęczenia. FREUND u 3-ch swoich chorych wykazał obecność objawu zmęczenia FOERSTER'a (*Verschiebungstypus*) wraz z nadmiernym rozszerzeniem pola widzenia.

Oto są wszystkie zboczenia w sferze czuciowej siatkówki, spotykane dotychczas w nerwicy urazowej. Niektóre z nich, jakieśmy już zauważyli, słusznie zasługują na miano objektywnych.

Na zboczenia w sferze słuchowej przy nerwicach urazowych, dotychczas prawie żadnej nie zwracano uwagi. W urazach, dotyczących ucha, spostrzegamy niekiedy jednostronną głuchotę, którą względnie łatwo daje się odróżnić od takichże cierpień organicznych. Natomiast wykrycie symulacji wymaga badania specjalnego, w którego szczegóły tu wnikać nie będziemy. Niekiedy się udaje z łatwością wykryć symulowaną głuchotę przez zatkanie zdrowego ucha watą. Jeżeli chory głośnych lub nawpół głośnych zapytań nie słyszy lub nie rozumie, wówczas możemy podejrzewać symulację, normalne bowiem ucho, nawet gdy jest zatkanie, głośną rozmowę słyszy. Jeżeli i drgań kamertonu zatkanem uchem nie słyszy, symulacja wówczas nie ulega najmniejszej wątpliwości, przy zatkanem bowiem uchu, powinien je słyszeć daleko głośniej.

Przechodzimy teraz do tylekroć omawianych w literaturze lekarskiej zboczeń w czuciu skórny przy nerwicy urazowej. Nadzwyczaj pożądaną jest tu obiektywna kontrola próbna względnie łatwo nadających się do symulacji hiperestezji i hipestezji. Jak często zdarza się słyszeć zeznanie chorych, że to lub owo miejsce jest nadzwyczaj bolesne, *resp.* bez czucia!

Przedewszystkiem, co się tyczy nadczułości skóry i nerwobólów, to zasługuje tu na uwagę objaw, spostrzegany przez MANNKOPF'a. Jest nim stale występujące przyspieszenie tętna i zmniejszenie fali przy ucisku na rzeczywiście cierpiące miejsca. W przypadkach, w których bolesność stanowi najwybitniejszy objaw chorobowy, czyniący dotkniętego urazem niezdolnym do pracy, należy nań większą niż dotychczas zwracać uwagę. Objaw ten jednak jest niestałym, a ujemny wynik wspomnianej próby bynajmniej nie przemawia jeszcze za symulacją [STRAUSS<sup>55</sup>]. Przy badaniu na objaw powyższy należy dla kontroli uciskać na symetryczne miejsca niebolesne i mierzyć częstość tętna. Również powinno się drogą dłuższej obserwacji wykluczyć peryodyczne wahania tętna, niezależne od ucisku.

Zdaniem WICHMANN'a ucisk punktów bolesnych w nerwobólach urazowych wywołuje z początku zwolnienie tętna i dopiero później stopniowe podnoszenie do normy lub po za normę. Uwaga ze strony ELZHOLZ'a<sup>56</sup>), że tętno u osób niedotkniętych urazem, a więc w nerwobólach zwykłego pochodzenia, staje się wolniejszym pod wpływem ucisku punktu bolesnego, nie da się, o ile widać z doświadczeń STRAUSS'a, ogólnie zastosować.

---

<sup>55</sup>) STRAUSS. Ueber den Werth des MANNKOPF'schen Symptomes bei Nervenleiden nach Trauma. Berl. klin. Woch. 48. 1892.

<sup>56</sup>) ELZHOLZ. Ueber traumatische Neurose. Wien. med. Presse. 48. 1891.

Nie należy również zapominać, iż zdarzają się osoby, które dowolnie na drodze czysto psychicznej, za pomocą autosugestyi, w stanie są przyspieszyć czynność serca. Tego rodzaju spostrzeżeń dokonali WEBER, TUCKE, BOTKIN, TARCHANOFF i inni. Za pomocą sugestyi udaje się wywołać przyspieszenie i zwolnienie tętna w sztucznie wywołanym somnambulizmie [BEAUNIS<sup>51)</sup>].

Niekiedy przy ucisku nadezłych miejsc występują: bicie serca, duszność, *pseudoangina pectoris*, a nawet rzeczywiste napady histero-epileptyczne. W artalgii historycznej brak zazwyczaj bólu w nocy, bolesność zaś ogranicza się tylko do skóry, ponad stawem położonej, a nie dotyka samego stawu, tak, iż ucisk powierzchowny bolesniejszy jest, niż ucisk głębszy.

Często chorzy uskarżają się na ból w wyrostkach ościstych kręgosłupa (*Rachialgia*), przyczem ból w ciągu całych tygodni pozostaje na tym samym kręgu. Ciągła zmiana w określeniu miejsca bólu dowodzi symulacji, należy przeto zapamiętać bolesny krąg i przy badaniu dnia następnego mieć go na uwadze. To samo dotyczy histero-traumatycznych koksalgii oraz nerwobólów międzyżebrowych, towarzyszących często złamaniu żeber. Po stronie uporeczego nerwobólu międzyżebrowego odruch brzuszny, zdaniem SEELIGMUELLER'a, często bywa wzmocnionym, źrenica rozszerzoną. Zachowanie się takie może być ważnem w przypadkach wątpliwych.

Zeznania chorych co do istniejących hyperestezyi dają się również niekiedy sprawdzić za pomocą prądu stałego. Jeżeli chorzy przy bardzo słabych prądach zrywają się niepotrzebnie, stawiają opór, dowodzi to w większości przypadków przesady i symulacji: „chorzy tacy sami się zdradzają, jeżeli ich po uprzedniej słabej galwanizacji, pozornie tylko elektryzujemy“. Zupełne przerwanie od czasu do czasu prądu przez niewidoczne dla chorego odkręcanie szrubki przy którymkolwiek biegunie ułatwia rzecz całą.

Najłatwiej można sobie stworzyć pojęcie o natężeniu *resp.* istnieniu bólu i zależnych od niego zaburzeń czynnościowych, nakazując chorym wykonywać ruchy gimnastyczne, po części czynne, po części zaś bierne, po części znów ćwiczenia z oporem (*Widerstandsübungen*), przy których chorzy bezwiednie używają takich grup mięśni, w których doznają pozornie strasznych bólów, lub które wprowadzają w ruch bolesne części ciała.

HOENIG, BUM i WICHMANN opisują przypadki, w których udało im się na drodze mechaniczno-gimnastycznej sprawdzić zeznania chorych i wykryć symulację bólów i niedowładów.

Tyle o hyperestezyach. Co się tyczy znieczulenia, to można powiedzieć w ogóle, że gdzie ono występuje w postaci wysepek (*en ilots*) lub też zaczyna się w kierunku do kończyny prostopadłym [granica amputacyjna], tam jest ono pochodzenia historycznego [forma rękawiczek, pończoch, płaszcz, kamizelki, czepka i t. d.].

W rzeczywistych znieczuleniach historycznych przy nakłóciu kropla krwi nie wycieka [CHARCOT]. Że za правило tego uważać nie można, przekonywa

<sup>51)</sup> BEAUNIS. Somnambulisme provoqué. 1889.

obserwowany przez nas przypadek <sup>58)</sup>, gdzie w hemianestezyi histerycznej, przy nakłóciu jedynie połowy ciała o czuciu prawidłowo zachowanem, ani kropla krwi nie wyciekała. Zależy to od skurezu nerwów naczynio-ruchowych skórnych. I w innym przypadku hemianestezyi histerycznej obserwowaliśmy również krwawienie jedynie przy nakłóciu anestetycznej połowy ciała: ta bowiem strona była jednocześnie dotknięta obrzękiem pochodzenia dynamicznego [porażenie nerwów zwężających naczynia]. Według ELZHOLZ'a, pewne znaczenie pod względem rozpoznawczym może mieć występowanie pokrzywki w miejscach znieczulonych po ukłóciu szpilką.

Polyestezya, przy której ukłócie czują chorzy podwójnie lub więcej razy, dowodzi obecności wiądu, a nie histeryi, podczas gdy t. zw. *Allochiria* — uczuwanie bólu po jednej stronie przy dotknięciu drugiej — zdarza się i przy nerwicach. Samej tylko utraty wrażliwości na dotyk w histeryi nie spotykamy, zazwyczaj jednocześnie zniesionem jest czucie na ból i zmysł mięśniowy. Częściowe porażenie czucia (*partielle Empfindungslähmung*) uważane za patognomiczne dla syringomyelii [analgezya i termo-anestezya przy zachowanej wrażliwości na dotyk] miałem sposobność obserwować w histeryi kilkakrotnie. Zresztą symulacya tego rodzaju jest już *à priori* nieprawdopodobną.

Raz także widziałem w przypadku ciężkiej histeryi opóźnienie przewodnictwa bólowego [o 2—3 sekund], tyle charakterystyczne dla wiądu rdzenia, a w przypadku pseudotabesu histerycznego — opóźnienie przewodnictwa faradoskórnego [o 25 sekund].

Czucie mięśniowe ma się, podobno, w nerwicy urazowej — nawet przy wysokim stopniu znieczulenia skóry — w ten sposób zachowywać, że odpowiednia ręka przecenia rzeczywistą wagę ciała [ELZHOLZ].

Do wykrycia symulacyi znieczuleń skórnych, może posłużyć kilka innych jeszcze manipulacyi. Symulanci, którzy mocne gniesienie skóry określają jako głaskanie, a ukłucia szpilką nie czują wcale, wykrzykują nieraz mimowoli głośno i wykonywają ruchy obrane, jeżeli ich niespodzianie, nie podczas badania, ukłóć szpilką.

BURGHARD radzi wprawiać symulantów do natychmiastowego podnoszenia palców przy dotknięciu skóry. Jeżeli badanie takie odbywa się dosyć szybko, w tempie nierównomiernem [oczy chorego powinny być zamknięte], wówczas badany i przy dotknięciu miejsc pozornie anestetycznych podniesie palce, zdradzając się tem, wywiczona bowiem wola szybciej zamienia się w czyn, niż do obmyślenia i postanowienia potrzeba czasu.

Zapamiętanie granicy analgetycznej przez wyrysowanie dermatografem lub lapisem w sposób dla chorego niewidoczny, jako też kilkakrotne sprawdzanie jej, niekiedy osiąga cel zamierzony. Tam, gdzie chory ściśle określa granicę miejsc analgetycznych, jak np. przy hemianestezyi, następująca metoda kontrolowania może być pożądaną [GOLDSCHIEDER]. Bierzymy jako biegun indyferentny strumienia przerywanego dużą elektrodę, jako dyferentną długą szczoteczkę, składającą się z dwóch izolowanych połów, z których każda posiada swój odrębny przyrząd do przerywania prądu. Jeżeli przyłożyć szczoteczkę w poprzek na granicy oddzielającej pozornie analgetyczną część od czulej, wówczas chory w rze-

<sup>58)</sup> Patrz Artykuł mój. Ueber hysterisches Stottern. Berl. klin. Woch. 1893. Gaz. Lek. 1892.

czywistości, przy przerywaniu prądu zarówno w pierwszej jak i w drugiej połowie szczotki, doznaje gwałtownego bólu wskutek nagłego zgęszczenia prądu (*Stromdichtigkeit*); nie powinien on jednak na ból ten ani się skrzyżać, ani też okazywać za pomocą ruchów obronnych, jeżeli go umiejscawia po stronie pozornie znieczulonej.

Nowszymi czasy w Berlińskim Towarzystwie psychiatrów i neuropatologów zakomunikował GOLDSCHIEDER<sup>59)</sup> „ przyczynek do obiektywnego badania czucia w nerwicy urazowej“, pozwalający sprawdzać hypestezye skórne. Metoda jego polega na niejednakowej w rozmaitych miejscach ciała wrażliwości na zimno i ciepło oraz na analogicznym temu ostatniemu zachowaniu się czucia dotykowego i bólowego. Przy obiektywnym badaniu czucia posiłkuje się GOLDSCHIEDER swoją tablicą czucia ciepłotnego (patrz *Archiv. f. Psych. T. XVIII H. 3. „Eine neue Methode der Temperatursinnprüfung“*), na której wszystkie istniejące na powierzchni skóry stopnie wrażliwości na zimno podzielone są empirycznie na 12, wrażliwości zaś na ciepło na 8. I tak np. pod względem wrażliwości na zimno idą po porządku [dane doświadczalne] 1: dłoniowa część końców palców, kostka zewnętrzna i t. d., 2: koniec nosa, *olecranon*, 3: *glabella*, *regio pubis*..., 11: *mamilla*, 12: *regio lumbalis et hypochondriaca*. Pod względem wrażliwości na ciepło podział jest następujący: 1. Grzbiet nosa, *Malleolus externus* 2. *Olecranon*... 7. *Regio mamillaris et Hypochondriaca*. 8. *Mamillae*, *Regio lumbalis*.

Metoda ta posiada tę stronę dodatnią, że daje możność wprowadzenia kontroli wielostronnej: porównujemy bowiem chore jakoby miejsca z symetrycznymi drugiej połowy ciała i z rozmaitemi innymi miejscami tejże strony ciała, posiadającymi w stanie normalnym pod względem czucia te same własności (np. *glabella* i *regio pubis*, *olecranon* i *apex nasi*). „*Eine Simulation bei solcher vergleichenden Prüfung*, powiada GOLDSCHIEDER, *setzt daher eine constante und consequente Identification voraus der angeblich hypaesthetischen Stellen mit solchen Stellen des angeblich gesunden Gebietes, welche in der Stufenreihe tiefer stehen. Die strenge Consequenz ist hier kaum simulirbar. Laufen die Angaben der Kranken dem Gesetze der topischen Abstufungen geradezu zuwider, so sind wir berechtigt Fiction anzunehmen*“.

Metodzie GOLDSCHIEDER'a, aczkolwiek w niektórych przypadkach symulacyi nie można jej odmówić znaczenia jako metodzie obiektywnej, mojem zdaniem, da się uczynić kilka zarzutów: 1) w znieczuleniu całkowitem danej połowy ciała *resp.* danej okolicy użyta być nie może; 2) zastrzega sobie analogiczne czuciu termicznemu zachowanie się czucia dotykowego i bólowego, co znów nie zawsze ma miejsce; 3) zastrzega sobie równomierne obniżenie [np. w hemihypestezyi] wrażliwości na całej połowie ciała, co wszak także nie zawsze bywa; 4) metoda rzezonana jest zbyt złożoną i dlatego dla celów praktycznych niezbyt odpowiednią.

W celu wykrycia symulowanych anestezyi, przykurceń, porażeń, proponowano także narkozę chloroformową w pierwszym jej okresie. Że za pomocą rzezonanej metody, a niewinniej jeszcze za pomocą hypnozy, można odróżnić cierpienie organiczne od czynnościowego, nie ulega wątpliwości. Atoli zastosowanie nar-

<sup>59)</sup> GOLDSCHIEDER. Beitrag zur objectiven Sensibilitätsprüfung bei traumat. Neurose. Neur. Ctb. 12. 1892.

kozy w celu wykrycia symulacji, u osób histerycznych pozbawione jest poieką racyi.

LAUENSTEIN<sup>60)</sup>, opisuje przypadek nerwicy urazowej, w którym ze skutkiem zastosował narkozę w celu wykrycia symulacji. Gdy w początkach okresu pobudzenia ujął za pozornie sztywną i pozbawioną czucia dłoń chorego, ten natychmiast kurczowo ścisnął rękę. Również i kolano z chwilą głębszego uspienia udało się zgiąć zupełnie. Symulacja tym sposobem została, zdaniem LAUENSTEIN'a, dowiedziona.

Czy wniosek postawiono słuszny, należy powątpiewać. Pomimo udatnie przeprowadzonego doświadczenia, sprawa mogła również dotyczyć histero-traumatycznego przykurczenia. Po skończonej narkozie, gdzie powraca patologiczny mechanizm psychiczny wraz z jego fałszywymi wyobrażeniami i osłabieniem siły woli, pozornie symulowane przykurczenie ręki może powstać na nowo i uczynić chorego absolutnie niezdolnym do pracy. Narkozą więc LAUENSTEIN wykluczył organiczne cierpienie, lecz nie dowiódł symulacji.

Często spostrzegano przy nerwicy drżenie miejscowe i ogólne, rozpoznawczego jednak znaczenia przypisywać mu nie można. Zdarza się ono również u alkoholików, palaczy tytoniu, robotników, mających do czynienia z ołowiem, rtęcią i t. d.. Pobudzenie i zmęczenie zwiększają drżenie. „Drżenie zamiarowe pochodzenia histerycznego, powiada SOUQUES<sup>61)</sup>, występuje i podczas spokoju. Dowolne ruchy zwiększają amplitudę jego, a nie rytm, to znaczy, że 6—7 oscylacji na sekundę są rozleglejsze, pod względem ilości jednak niezmiennione“.

HOENIG<sup>62)</sup> uważa drżączkę za objaw, dający się łatwo symulować i opisuje wykazany przezeń przypadek symulacji. „Podczas badania chorego zaczyna się lekka wibracja prawej kończyny dolnej, stopniowo wzrastając“. Jeżeli zwracać uwagę na owo drżenie, wówczas chory zaczyna to samo z lewą kończyną, opierając się nią o brzeg łóżka. Drżenie po upływie kilku minut ustało, gdy choremu kazano usiąść. Gdy wkrótce potem zwróciłem się do obecnego wówczas lekarza zakładu, mówiąc: „ulożymy chorego teraz na grzbiet, a drżenie wystąpi zapewne z podwójną siłą, jest to bowiem cecha charakterystyczna dla cierpienia tego“, chory położył się na grzbiet i dostał rzeczywiście gwałtownej drżączki“.

Naszem zdaniem, symulacja w tym przypadku wcale nie jest dowiedziona. Wszelkie drżenie histeryczne można nieraz za pomocą słownej sugestyi lub zwrócenia uwagi na pewną okolice ciała [pośrednia sugestya] w tej ostatniej wywołać. Zupełnie analogiczne doświadczenie, jakie miało miejsce w przypadku HOENIG'a, wykonaliśmy na wyżej wspomnianym chorym naszym, dotkniętym spazmem skaczącym pochodzenia histerycznego. Jakkolwiek drżenie obserwowano wyłącznie w nogach, jednak wystarczała zwyczajna sugestya [bez hypnozy],

---

<sup>60)</sup> LAUENSTEIN. Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen Deut. med. Woch. 15. 1892.

Por. FRIEDMANN. Ein Fall von clonischem Krampf im Arm. nach Traume. Neur. Ctb. 9. 1892.

<sup>61)</sup> SOUQUES. Loc. cit.

<sup>62)</sup> HOENIG. Loc. cit.

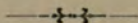


a nawet usilne wpatrywanie się w jego ręce, ażeby wywołać i w nich gwałtowne drżenie. Symulację można było w przypadku tym z wielu względów wyłączyć, zresztą drżenie rąk było tak gwałtowne i męczące, że symulacja, chociażby z tego jedynie powodu, mogła być uważana za wątpliwą.

W razie istnienia drżenia nie powinniśmy się zadawałać samem jego stwierdzeniem lub odszukaniem typu, lecz na przyrządzie MAREY'a zbadać dokładnie amplitudę i rytm. Podstaw obiektywnych należy w danym razie szukać zawsze w krzywych i cyfrach. Ponieważ z jednej strony w nerwicach urazowych mamy do czynienia z bardzo zmiennym obrazem histero-neurastenii, z drugiej zaś strony symulacja i przesada nierzadko się przyłączają, przeto wogóle przy klinicznej ocenie danego przypadku należałoby każdy wynik badania w miarę możliwości wyrazić w cyfrach. Cyfry dają się bardzo łatwo zestawiać.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 47. Bruns. O gruźlicy w przepuklinach (*tuberculosis herniosa*).

W szeregu chorób, którym podlegają przepukliny brzuszne, gruźlicę trafia się niezmiernie rzadko. Jak dotąd, posiadamy zebranych 13 odnośnych spostrzeżeń, z których zresztą nie wszystkie opisane zostały szczegółowo i wyczerpująco. Autor przytacza swoje, jedyne spostrzeżenie, gdzie u chorego podczas herniotomii dostrzeżono w worku przepuklinowym zmiany pochodzenia gruźliczego. Na wewnętrznej powierzchni worka, na miejscu przyrośnięcia sieci i około niego, znajdowała się niewielka ilość zserowaciałych gruzełków, sama zaś sieć była siedliskiem rozlanej prosówki gruźliczej. Zawartość worka przepuklinowego stanowiła ropa, w której znaleziono laseczniki Koch'a. Podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie lekarskim, francuskim B. znalazł 12 [spostreżenia CRUVEILHIER'a, PUECH'a, HAYEM'a, BRISSAUD'a, LARGEAU'a, BERGER'a, LEJARS'a, GUNNON'a, JONNESCO'a i PHOCAS'a]. Były to przepukliny pachwinowe i udowe. Zawartość ich stanowiły kiszki, sieć; w jednym przypadku w worku przepuklinowym znaleziono jajnik. Po większej części chorzy mieli przepuklinę od czasu dłuższego, niekiedy nawet od kilku dziesiątków lat; tylko dwa razy miano do czynienia z kilkutygodniową przepukliną. Z 12 przypadków — w 10 miała miejsce gruźlica worka; z tych w 7 dotknięty był sam tylko worek, w pozostałych 3 znaleziono gruźlicę worka i tych narządów, które stanowiły istotę przepukliny. Stąd możnaby wysnuć wniosek, że worek przepuklinowy jest pierwszym siedliskiem gruźlicy, która później dopiero przenosi się na zawartość jego. B. nie zgadza się jednak z tem zapatrywaniem, opierając się na własnej obserwacji, gdzie worek dotknięty został wtórnie. Z toku rzeczy nasuwa się pytanie, czy gruźlica przepukliny jest sprawą miejscową, czy jednym z ognisk choroby ogólnej. Kazyistka podaje 7 przypadków, w których badanie pośmiertne stwierdziło gruźlicę nie tylko worka, lecz i całej otrzewnej, w innym znowu przypadku śmierć miała nastąpić od zapalenia otrzewnej, lecz rodzaj tegoż zapalenia nie jest podany; dwa razy znaleziono gruźlicę worka i sieci, o reszcie zaś otrzewnej nie mamy wiadomości; dwa spostrzeżenia są zbyt pobieżnie opisane i nie rzucają światła na omawianą sprawę; na koniec mamy jedno spostrzeżenie, opisane przez CRUVEILHIER'a, gdzie gruźlica ograniczała się tylko do worka i części krezki, nie szerząc się na inne narządy. Należy więc gruźlicę w prze-

puklinach nie uważać za cierpienie czysto miejscowe. LEJARS i JONNESCO oświadczyli się przeciw temu pogładowi. Zdaniem ich, ucisk pasa, rękoczyny, do których się uciekamy, usiłując odprowadzić uwięzioną przepuklinę, słowem, uraz—jest jednym z najważniejszych bodźców, wywołujących tu gruźlicę. B. nie podziela jednak tego zapatrywania i dowodzi, że w takim razie „*tuberculosis herniosa*“ byłaby zjawiskiem częstym, tymczasem dotąd przynajmniej jest ona rzadkością; dalej: zaledwie jedno spostrzeżenie potwierdza słuszność poglądu LEJARS'a, przeczy zaś mu 11 pozostałych przypadków i przypadek BRUNS'a. Należy też zwrócić uwagę, że w niektórych razach, pomimo zapalenia gruźliczego otrzewnej, istniejąca jednocześnie przepuklina pozostała nietkniętą [2 przypadki ALBERT'a]; nakoniec gruźlicę w przepuklinach trafia się często u suchotników [na 12 przytoczonych przypadków w 6 stwierdzono *phthisis pulmonum*]. Chyba gruźlicę płuc trzebaby było przyjąć za sprawę wtórną dla poparcia poglądu autorów francuskich, co jest niemożliwe ze względu na wyniki oględzin pośmiertnych; te bowiem wykazują, że sprawa gruźlicza była posuniętą w płucach o wiele więcej, a więc musiała rozwinąć się wcześniej, niż w worku przepuklinowym. Autor zatem przychodzi do wniosku, że gruźlica w przepuklinach zaledwie w przypadkach pojedynczych występuje jako sprawa pierwotna; najczęściej zaś jest objawem gruźlicy innych narządów, w szczególności zaś otrzewnej.

(*Beiträge zur klinischen Chirurgie. Neunter Band. Tübingen. 1892.*)

K. Niedzielski.

#### 48. D-r Paul Baum. Przypadek trzech moczowodów.

W końcu 1890 roku przybyła do polikliniki 13-letnia dziewczyna, uskarżając się na mimowolne wypływanie moczu, co miało miejsce od najmłodszych lat. Nie wszystkie mocz wypływał w ten sposób; większą jego część chora była w stanie oddawać dowolnie. Pomimo przecież zupełnego dowolnego oddania moczu od chorej bez przerwy wyciekał mocz.

Badanie wykazało, iż części rodne, ich otoczenie, przylegające części uda są zaczerwienione, tu i ówdzie pokryte pryszczycą. Z prawej i z lewej strony około zewnętrznego otworu cewki moczowej, cokolwiek bardziej ku tyłowi, znaleziono 2 małe otwory. Z prawego wypływał mocz kroplami. Przy badaniu przez pochwę mocz zaczął wypływać z tego otworu obficie. Zgłębnik przez lewostronny otwór wchodził do kanału, długiego na 3 ctm., ślepego, biegnącego równoległe do cewki moczowej. Przez otwór prawy zgłębnik szedł ku tyłowi, jak to można było wyczuć przez pochwę, tuż ponad błoną śluzową przedniej ściany tejże, wzdłuż niej, następnie—na prawo od części pochwowej macicy do tylnej ściany małej miednicy. Z kierunku zgłębnika zrobiono już wniosek, iż ma się do czynienia z moczowodem. Zgłębnik zastąpiono cewnikiem moczowodowym, z którego mocz z początku wypływał kroplami; gdy zaś koniec jego doszedł do pewnego miejsca, odpowiadającego środkowi przedniej ściany pochwy, mocz wypłynął małym, krótkotrwałym strumieniem. Wprowadzenie cewnika ponad to miejsce przedstawiało pewne trudności. Po kilku próbach przecież udało się odnaleźć dalszy ciąg kanału. Z tego można było wnioskować, iż w tem miejscu było pewne rozszerzenie moczowodu. Przy dalszym wprowadzeniu cewnika mocz znów wypływał kroplami. Metalowy cewnik dał się wprowadzić tylko do tylnej ściany miednicy, elastyczny wchodził na 25 ctm. długości.

Wniosek z badania: moczowód, przebiegający obok pęcherza moczowego i na wysokości dna tego ostatniego rozszerzający się w mały zbiornik, niby dodatkowy pęcherz. Chodziło teraz o wykazanie, czy jest połączenie między moczowodem a pęcherzem. Tak próba mleczna, jako też jednoczesne wprowadzenie zgłębnika do moczowodu i pęcherza dały wynik ujemny. Mocz, zebrany osobno z pęcherza i z moczowodu, również wykazywał rozmaite własności fizyczne. Lecz ponieważ z pęcherza w ciągu doby zebrano 1100 grm. moczu, a z moczowodu tylko

200 grm., należało sądzić, wykluczając nieprawidłową budowę prawej nerki, iż większa część moczu z tejże szła do pęcherza, mniejsza zaś spływała przez dodatkowy moczowód, co może być albo przy widłowatym rozgałęzieniu się prawego moczowodu, albo przy podwójnym moczowodzie prawej nerki. W pierwszym razie leczenie polegałoby na prostym zamknięciu gałęzi, idącej obok pęcherza; w drugim lub w razie wysokiego podziału moczowodu takie zamknięcie mogłoby prowadzić do zatrzymania moczu ze wszystkimi dalszymi skutkami. Podkłuto prowizorycznie dodatkowy kanał na wysokości dna pęcherza; na 3-ci dzień wystąpiły bóle w okolicy lędźwiowej prawej, promieniujące ku górze. Badanie przez pochwę wykazało, iż na dnie pęcherza znajduje się guz napięty, elastyczny, wielkości jaja gołębiego, który ku tyłowi przechodził w wałek grubości małego palca, chębcący, nikiący w prawem *parametrium*. Po usunięciu podwiązki z moczowodu wypłynęła znaczna ilość moczu przez otwór zewnętrzny, bóle znikły. Postanowiono sztucznie połączyć pęcherz z moczowodem i operacji dokonać od strony pęcherza, gdyż z powodu dziewiczego stanu narządów płciowych przystęp od strony pochwy był niewygodny.

Dnia 30. I. 1891 r. dokonano operacji przy wysokim położeniu miednicy. Ścianę brzuszną przecięto poprzecznie [na przestrzeni 12 cm.]. W pęcherzu, otworzonym również poprzecznie, znaleziono 2 wyloty moczowodowe. Skoro do 3-go moczowodu wstrzyknięto wodę, pod wylotem prawym wypukliło się przez ścianę pęcherza wyżej opisane rozszerzenie moczowodu. Po przecięciu ściany pęcherza autor chciał odseparować dodatkowy moczowód, przeciąć go i centralny koniec wszyć do pęcherza; z powodu jednak rozmiarów rozszerzenia, jak również z powodu cienkości jego ścian i znacznego krwawienia, zamiaru tego zaniechano. Wycięto zatem okno, wielkości srebrnej dziesiątki w rozszerzonej części 3-go moczowodu i brzegi jego jedwabnymi szwami spojono z raną pęcherza tuż poniżej prawego wylotu. Ośrodkowy koniec moczowodu obkłuto i podwiązano od strony pochwy. Pęcherz zamknięto doszczętnie szwem dwupiętrowym. Powłok brzusznych nie zaszyto całkowicie, lecz w rozporek włożono gazę jodoformową, do cewki — cewnik na stałe. Rana pęcherza zagoiła się *per primam*, a rana ściany brzusznej po 4-ch tygodniach; 7-go dnia usunięto cewnik.

W 5½ miesięcy po operacji wyszedł z cewki w czasie oddawania moczu kamyk, wielkości orzecha, a w środku jego znajdowała się pętliczka jedwabiu; prócz tego powoli nad spojeniem łonowym powstała przepuklina. Mocz mimo woli nie odpływał. Zgłębnik przez prawy zewnętrzny otwór dochodził tylko do miejsca podwiązania.

Prócz swego autor przytacza 2 przypadki podwójnego moczowodu, które odszukał w literaturze: 1) przypadek TAUFFER'a, gdzie nadliczbowy moczowód otwierał się do cewki moczowej; leczenie w tym razie polegało na wycięciu części wpadającej do cewki i wszyciu odcinka dośrodkowego do pęcherza; 2) przypadek DAVENPORT'a — moczowód nadliczbowy otwierał się do pochwy; tu odpreparowano go i wszyto do pęcherza od strony pochwy. Prócz tego niejednokrotnie na sekeyi znajdowano tego rodzaju nieprawidłowości.

(*Archiv für Gynekologie. Band 42. Heft 2. 1892.*)

A. Leśniewski.

#### 49. Tuffier. Wycięcie gruczołu krokowego przez cięcie nadłonowe.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego (*Société de Chirurgie*) 28. XII. 1892 zabierał autor głos w powyższej kwestyi.

52-letni, dobrze zbudowany mężczyzna od 7 lat doświadczał zaburzeń przy oddawaniu moczu. Leczenie wewnętrzne nie przyniosło żadnego skutku, a wprowadzanie cewnika połączone było z ogromnym bólem i krwawieniem. Wreszcie znękanym chorym zapragnął operacji. Badanie przez kışkę stolcową wykazało

umiarkowany przerost prawego zrazu gruczołu krokowego. Przy wprowadzeniu cewnika spostrzeżono powiększenie zrazu środkowego, szczególnie ze strony prawej. Mocz przez cewnik wypływał ze znaczną siłą i długim strumieniem, co wskazywało na przerost warstwy mięsnej pęcherza.

Przed 3 miesiącami wykonał autor operację. Chory w położeniu *TRENDLENBURG'a*. Balonu do kiszki stolcowej nie włożono; do pęcherza wstrzyknięto 200 grm. roztworu kwasu borowego. Cięcie nadłonowe. Pęcherz znaleziono w postaci twardego, okrągłego guza; otworzono go na przestrzeni 7 ctm.. W okolicy szyjki pęcherza wypukła się powiększony zraz środkowy gruczołu krokowego, jako guz wielkości dużego orzecha, osadzony na szypułce. Cięciem w kształcie litery V wycięto guz wraz z szypułką z miększu gruczołu, ranę zamknięto poprzecznie szwami katgutowymi. Na pęcherz nałożono szew dwupiętrowy i wprowadzono doń cewnik na stałe. Szóstego dnia po operacji usunięto szwy z powłok brzusznych i wyjęto cewnik, lecz mocz krwawy, jaki wystąpił 3-go dnia potem, zmusił autora do wprowadzenia cewnika nanowo i zatrzymania tam jeszcze przez 10 dni.

Chory, badany we 2 miesiące potem, oddawał mocz bez bólu i bez przeszkody. Badanie przez kiszkę stolcową wykazało znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego.

W literaturze autor znalazł tylko 2 przypadki podobnej operacji, również pomyślnie zakończone.

Podług niego, najwłaściwszem wskazaniem do operacji jest powiększenie zrazu środkowego, już to dlatego, że wycięcie tegoż nie przedstawia tak wielkich trudności, jak jednego ze zrazów bocznych, już wreszcie dlatego, że zraz środkowy stanowi najczęściej przeszkodę w oddawaniu moczu.

Co się tyczy wykonania samej operacji, autor uważa, iż najlepszą drogą jest cięcie nadłonowe; następnie, aby uniknąć zwężenia szyjki pęcherza, radzi po wycięciu guza z miększu gruczołu zszywać ranę nie podłużnie, lecz poprzecznie, czyli brzeg rany pęcherzowej z brzegiem cewkowym. Za najstosowniejszy uważa szew z katgut, który ulega wessaniu po pewnym czasie i uniemożliwia tworzenie się kamieni.

(*La Semaine médicale*. Nr. 1. 1893).

A. Leśniewski.

## 50. G. Petrick. O rozprzestrzenianiu się raka w gruczołach limfatycznych.

Autor opiera swe wnioski na 40 zbadanych przez siebie preparatach gruczołów limfatycznych przy pierwotnych rakach, rozwijających się w różnych częściach ustroju. Przy swych badaniach autor znajdował: 1. gruczoły, w których komórek rakowych jeszcze nie było, które jednak niekiedy już innym zmianom chorobowym podległy, 2. gruczoły z poczynającym się i postępującym rakiem i 3. gruczoły w całości zajęte przez rakowate zwyrodnienie.

Co się tyczy pierwszej kategorii, to autor zalicza do niej już to gruczoły z zupełnie prawidłową budową, już też takie, w których suma opisywanych przez autora zmian odpowiada w zupełności zwykłemu stanowi zapalnemu. Pytania jednak, co wywołuje ów stan zapalny: czy jakieś produkty przemiany materii rakowych komórek, czy przypuszczalne drobnoustroje rakowe, czy też co innego, autor nie sili się rozstrzygnąć.

Przechodząc następnie do samego zwyrodnienia rakowatego w gruczołach, autor streszcza swe spostrzeżenia w następujący sposób:

1. Zwyrodnienie rakowate rozpoczyna się w zatokach substancji korowej.
2. Odnogi rakowe pierwiastkowo rosną tylko w kierunku zatok gruczołu, nie naruszając zupełnie tkanki adenoidalnej.
3. Komórki rakowe mnożą się przez dzielenie.
4. Rozrastanie się ognisk rakowych odbywa się przeważnie na powierzchni.

5. Naczynia krwionośne są silnie nasyknięte, ich śródblonek nabrzmiąły, liczba komórek mięśniowych w *media* zwiększona.

6. W naczyniach limfatycznych nie udało się spostrzegać żadnych zmian.

Orzel.

### 51. P. Selter. O zatorze aorty brzusznej w miejscu jej podziału.

Przytoczywszy 19 przypadków zebranych w literaturze, autor dłużej zastanawia się nad przypadkiem, który sam obserwował. U chorej, w miesiąc po przebytej rzybie głowy z zapaleniem wsierdzia i osierdzia, zaczęła się stopniowo rozwijać zgorzel lewej stopy. Gdy zgorzel zajęła już całą stopę przystąpiono do amputacji; w amputowanej kończynie cała *a. poplitea* aż do ujścia *a. tibialis ant.* była wypełniona starym skrzepem. W kilka dni po operacji chora umarła przy objawach mózgowych. Przy autopsji, oprócz rozmiękczenia *centri semiovalis* w mózgu i zmian w innych narządach, znaleziono w tętnicy brzusznej na 3 cm. niżej ujścia tętnicy nerkowej prawej stary skrzep, zlepiony ze ścianą tętnicy i szczelnie zatykający światło. Z prawej strony skrzep przenikał do *art. iliaca communis*, z lewej aż do *iliaca externa*. Ponieważ w sercu znaleziono tylko zmiany odpowiadające zapaleniu wsierdzia i osierdzia bez jakichkolwiek śladów starego skrzepu, przeto autor przypuszcza w danym przypadku istnienie t. z. kulistego skrzepu (*Kugeltromb*), swobodnie leżącego w sercu. Zatrzymuje się następnie autor nad pytaniem, dla czego nie zawsze, jak to miało miejsce i w obserwowanym przez niego przypadku, występują nagłe i silne bóle i parestezye po powstaniu zatoru, a następnie podczas dalszego przebiegu cierpienia objawy zmniejszenia się uczucia, ruchów i odżywiania. Tu autor, przytoczywszy wiele prac eksperymentalnych i klinicznych badań, przypuszcza, że w danym przypadku miało miejsce stopniowe zmniejszanie się światła tętnicy, że skrzep osiadł na wystającym kancie w miejscu podziału i że tylko stopniowo przez osiadanie nowych warstw włókna światło się zwężało, a tymczasem miał czas i możność rozwinąć się oboczny krwioobieg.

W końcu autor zestawia wszystkie zebrane przez siebie przypadki i podaje parę cyfr statystycznych. Z 17 robionych autopsji okazuje się, że źródłem zatoru było 15 razy serce, w jednym tętniak aorty zstępującej, w jednym przyczyna nie wskazana.

We wszystkich przypadkach tętnica była nie wyżej nad 6 cm. nad miejscem podziału wypełniona skrzepem.

Procent śmiertelności autor oblicza 1 : 5; chociaż zwykle skutek powikłań innymi sprawami chorobowymi procent ten znacznie się zwiększa.

Orzel.

### 52. B. Sachs. Porażenia mózgowie u dzieci.

Obszerny, bo aż 225 przypadków liczący, materiał dał możność autorowi przedstawienia obrazu klinicznego wymienionego w nagłówku cierpienia, które nie zdarza się często i zaczęło więcej interesować lekarzy dopiero od prac STRUEMPELL'a z r. 1884. U dzieci, poczynając od urodzenia, aż do 10 roku życia, a przeważnie w pierwszych trzech latach, zjawia się spastyczne, najczęściej połowiczne porażenie (*hemiplegia*), często nawet podwójna *diplegia*, tak, że wszystkie cztery kończyny są zajęte, lub też *paraplegia* — porażenie obu kończyn dolnych. Bardzo rzadko powstaje spastyczne porażenie tylko jednej kończyny — *monoplegia*. Porażenie to cechują się sztywnością mięśni, wielką skłonnością do kontraktur i wzmocnieniem odruchów ścięgnistych. Przed wystąpieniem porażenia lub w ich okresie początkowym mogą istnieć drgawki i *coma*; a w przebiegu choroby napady drgawek powtarzają się niekiedy często, tak, że rozwija się prawdziwa epilepsja. W przypadkach ostrych na początku choroby spostrzegać można wymioty i gorączkę.

Porażeniom mózgowym u dzieci towarzyszą niezmiernie często różnego rodzaju zaburzenia ruchowe — choreatyczne, ataktyczne, atetozą, i t. p.. Rozwój mowy zostaje upośledzony lub też rozwija się prawdziwa afazya. Zdolności umysłowe w wielu przypadkach pozostają nietknięte, w innych zaś rozwija się zupełny idiotyzm. Czucie i odczyn elektryczny w kończynach porażonych zwykle nie ulegają zmianom.

Porażenia mózgowe u dzieci mogą powstawać nie tylko po urodzeniu, ale i podczas i przed niem. Pośród przyczyn, warunkujących powstawanie porażień u dzieci przed urodzeniem pierwsze miejsce zajmuje uraz, doznany przez matkę, następnie różne choroby podczas ciąży — długotrwałe gorączki, jak: tyfus i zapalenie płuc, stany uremiczne i t. p., jednym słowem, inne cierpienia, które sprowadzają zaburzenia w krążeniu lub zakażenie septyczne krwi, a stąd i wpływają ujemnie na rozwój mózgu u płodu. Nie można zaprzeczyć, że i wstrząśnienie moralne matki mogą warunkować porażenia mózgowe u płodu, syfilis zaś, według zdania autora, gra w tym kierunku bardzo podrzędną rolę. To samo się tyczy dziedziczności i tylko w kilku przypadkach autor mógł wykazać usposobienie neuropatyczne.

Etyologia porażień, powstających podczas porodu, jest bardzo pouczająca. Przedewszystkiem dzieci pierwotne częściej ulegają cierpieniu, niż następne, co niewątpliwie zależy od okoliczności, że u pierwiastki czaszka płodu podlega w ostatnich miesiącach silnemu uciskowi, i że przy pierwszych porodach pomoc operacyjna ma miejsce dość często. Rzeczywiście, długotrwały poród ma bardzo duże znaczenie, daleko zaś mniejsze nałożenie kleszczy dla powstawania porażień mózgowych u dzieci i autor mniema, że wiele sparaliżowanych i idiotycznych dzieci miałyby normalną egzystencję, jeśliby przy porodzie zwracano więcej uwagi na nie, a podawano szybką pomoc akuszeryjną.

Należy nadmienić, że chociaż mózg dziecka uszkodzonym zostaje przed lub podczas porodu, to nieraz objawy porażenia nie występują natychmiast, a dopiero po pewnym czasie; wprawdzie zaraz po porodzie mogą zjawić się ogólne objawy: wymioty, senność, z których jednak u noworodków trudno zrobić rozpoznanie. Brak objawów porażenia tłumaczyć można w ten sposób, że z jednej strony uszkodzonymi zostają części mózgu nie należące do okolicy ruchowej, a z drugiej, że według SOLTSMANN'a mózg dziecięcy w okresie porodu mało jest wrażliwy. Dopiero, gdy do zmian pierwotnych dołączają się wtórne, występuje wtedy porażenie spastyczne. Nieraz zdarza się, że porażenie istnieje od samego początku życia noworodka, ale jest niepełne i łatwo zostaje przeoczone przez rodziców dziecka, a brak władzy w kończynach uderza w oczy dopiero wtedy, gdy nienormalny rozwój umysłowy zwraca na się uwagę otoczenia i lekarza.

Co się tyczy ostrych porażień mózgowych u dzieci, które powstają najczęściej pomiędzy 1—3 rokiem życia, to najglówniejszą ich przyczyną są choroby zakaźne: odra, ospa, szkarlatyna, tyfus, nawet zapalenie gardła, koklusz i zapalenie płuc. Chociaż te cierpienia zajmują ważne miejsce w etiologii porażień mózgowych u dzieci, to jednak, według autora, mylnem jest zdanie MARIE i GIBOTTEAU, według których choroby zakaźne są jedyną ich przyczyną. Również i teoria STRUEPPELL'a, że porażenia mózgowe u dzieci są wynikiem specjalnego zakaźnego cierpienia, które się zaczyna gorączką i drgawkami i któremu z analogii do „*poliomyelitis acuta*“ STRUEPPELL nadaje nazwę „*poliencephalitis acuta*“, posiada mało dowodów za sobą. „*Poliomyelitis*“ u dzieci jest najprawdopodobniej cierpieniem zakaźnym; niedawno autor streszczanej pracy spostrzegł w New-Yorku formalną epidemię tej choroby, a mimo to w tym czasie ani jednego świeżego przypadku mózgowego porażenia, czego należałoby oczekiwać, jeśliby te dwie choroby były w zasadzie jedną i tą samą sprawą. Nareszcie

jeszcze jednym momentem, warunkującym porażenia mózgowie u dzieci, jest uraz psychiczny, np. strach.

Autor mniema, wbrew zdaniu FRENDA i RIE, że napady drgawek same przez się mogą prowadzić do porażen u dzieci. Niewątpliwie w wielu przypadkach drgawki są wyrazem już istniejących zmian anatomicznych w mózgowiu i wstępnym objawem tych zmian; ale niekiedy drgawki, powstałe wskutek ogólniejszej przyczyny, np. na początku chorób zakaźnych, warunkują pęknięcia delikatnych naczyń i stąd ograniczone cierpienia mózgowia, przeważnie kory. Umiejscowienie spraw anatomicznych u dzieci przeważnie w korze mózgowej jest przyczyną, iż drgawki zjawiają się u dzieci w przebiegu porażen mózgowych daleko częściej, niż u ludzi dorosłych i z tego samego powodu bardzo często porażenie bywa poprzedzone przez *coma*. Autor już dawniej zwrócił uwagę, że *coma* może zupełnie nie istnieć, jeśli sprawa anatomiczna ma miejsce wewnątrz mózgu u dzieci, a nie na jego powierzchni, a stąd uważa, że *coma* i drgawki wskazują na umiejscowienie sprawy w korze mózgowej, szczególnie jeśli te ostatnie zjawiają się nie tylko na początku choroby, ale powtarzają się często i później przy rozwiniętem już porażeniu.

Omawiając oddzielne objawy, S. stwierdza, że porażenie wszystkich czterech kończyn (*diplegiae*) i porażenie kończyn dolnych (*paraplegiae*) najczęściej wytwarzają się podczas życia wewnątrzmacicznego, ale mogą także powstać i po porodzie jako ostre porażenie mózgowie. Zdarzają się przypadki hemiplegii przechodzących w paraplegię, t. j. że na jednej stronie ciała porażone są obie kończyny, a na drugiej tylko ręka lub noga. Nerw twarzowy był napewno porażony w 20% przypadków spostrzeganych przez autora w okresie początkowym; w okresach późniejszych porażenie to wygładza się i tak często można je obserwować. Oprócz afazji i niedorozwoju lub zupełnego braku mowy, z innych objawów ośrodkowo-mózgowych spostrzegano hemianopsję, co zresztą u dzieci bardzo trudno wykazać.

Kontrakтуры zaznaczył autor w 75% swoich spostrzeżeń, a 95% porażen powstałych wewnątrz macicy: w ostatniego rodzaju przypadkach zdarza się, że dziecko rodzi się na świat już z porażonymi i skurczonymi członkami. Przy diplegiach i paraplegiach nogi są silnie zgięte w kolanach i zbliżone do siebie, stopy zwykle w położeniu *pes equinus* lub *equino-varus*; jeśli zaś zajęte są i górne kończyny, to są one przyprowadzone do tułowia, lekko zgięte w łokciu, równie zgięte są dłonie i palce. W niektórych przypadkach chód jest zupełnie niemożliwy, w innych jest on skaczący, żabi.

Mimowolne ruchy w porażonych kończynach są bardzo różnorodne i zdarzają się, co najmniej, w  $\frac{1}{3}$  części przypadków. Najczęściej spostrzegać można atetozę, ruchy współczulne (*Mitbewegungen*) i ruchy choreatyczne. Te ostatnie tak mało się różnią od zwykłej płasawicy, że nieraz zapoznaje się prawdziwy charakter czerpienia. Autor miał przypadki uporczywej płasawicy, gdzie inni lekarze nawet nie przypuszczali jej charakteru wtórnego i istnienia porażen mózgowych w osnowie tej płasawicy. Niekiedy rozpoznanie prawdziwej przyczyny cierpienia może być utrudnione; w zwykłej płasawicy bowiem zdarza się pareza w jednej połowie przypadków. Ale wtedy odruchy nie są wzmożone, podczas gdy w porażeniach mózgowych wzmożenie odruchów ścięgnistych jest stałym i charakterystycznym objawem. Wskutek porażenia i bezczynności kończyn powstają często zaniki mięśniowe, ale zwykle bez odczynu zwyrodnienia. Z innych zaburzeń troficznych zanotować należy asymetrię czaszki, która bywa bez względu na to, czy ma miejsce hemiplegia, czy diplegia; oprócz tego u dzieci z porażeniami mózgowymi można wynaleźć czyste typy mikrocefalii, leptocefalii, a nawet makrocefalii.

W 45% porażen mózgowych istnieje współcześnie epilepsja. Doświadczenie nauczyło autora, że nie mała odsetka t. zw. samoistnej epilepsji powstaje

wskutek tych samych zmian w mózgu, które warunkują porażenia: rzeczywistość, przy badaniu starannem wszystkich przypadków epilepsji autor albo w wywiadach, albo w stanie obecnym znajdował ślady i dowody istnienia porażen. Mimo to, że porażenia u dzieci są najczęściej pochodzenia korowego, padaczka JACKSON'a zdarza się stosunkowo bardzo rzadko.

Ciężkie formy idyotyzmu i osłabienia inteligencji bywają najczęściej przy diplegiach [33%] i spastycznych paraplegiach [60%], ponieważ wtedy cierpią obie półkule mózgowe, gdy tymczasem przy hemiplegiach znaczne stopnie idyotyzmu S. spostrzegał tylko w 13% przypadków. Leczą natężenie zaburzeń umysłowych nie zawsze idzie w parze z ciężkością porażenia i autor miał 2 przypadki niezmiernie ciężkiej *diplegiae spasticae* z niezwykle dzielną inteligencją.

Anatomia patologiczna porażen mózgowych u dzieci naucza, że porażenia, które powstają u dzieci jeszcze przed ich wyjściem na świat, warunkowane bywają: 1) przez duże defekty w mózgowiu [prawdziwe porencefalie], 2) przez wylewy krwi i rozmiękczenia mózgu, 3) przez niedorozwój kory mózgowej, t. zw. *agenesis corticalis*. Porażenia podczas porodu powstają wskutek wylewu krwi do opon, rzadko zaś do tkanki mózgowej i zmiany następcze: *meningo-encephalitis chronica*, stwardnienia, torbiele, zaniki; nareszcie ostre porażenia mają za przyczynę znowu wylewy krwi do opon, zator, *thrombosis* w stanach marantycznych, a niekiedy przy syfilitycznym cierpieniu naczyń i zmiany wtórne — torbiele, rozmiękczenie, stwardnienia rozlane i ogniskowe, chroniczne zapalenie opon, wodogłowie i niekiedy prawdopodobnie STRUEBELI'a *poli-encephalitis primitiva*. Pochodzenie defektów w mózgu u dzieci nie jest zupełnie dobrze wyjaśnionem: jest tu jakieś zatrzymanie w rozwoju, warunkowane, być może, przez zaburzenia w krążeniu. Niedorozwój mózgu nie zawsze się wyraża dużymi defektami, niekiedy dopiero mikroskop wykrywa braki w korze mózgowej, *resp.* w komórkach, jako przyczynę porażen, takie mianowicie przypadki nazywa S. *agenesis corticalis*. Najczęstszą przyczyną porażen, powstałych podczas porodu, jest obszerny wylew krwi do opon wskutek ucisku czaszki, wylew, który prowadzi do zapalenia w oponach i przylegającej korze mózgowej, stwardnień, rozmiękceń i torbieli. KUNDRAT zwraca uwagę, że zasuwanie na siebie kości ciemięniowych podczas porodu warunkować może ucisk zatoki podłużnej i wskutek tego krwawienie z małych żył w oponach; nie wiadomo jednak, jak często tego rodzaju krwawienia są przyczyną porażen u dzieci. Co się tyczy ostrych porażen, to tu grają rolę te same czynniki: wylew krwi, zatkanie i zator naczyń, co i u ludzi dorosłych; stąd, według zdania autora, ostre porażenia mózgowe u dzieci można nazwać „dziecinnymi udarami“. U dzieci np. RECKLINGHAUSEN opisał zwyrodnienia tłuszczowe ścian naczyńiowych, które łatwo mogą prowadzić do wylewu krwi nawet w okolicach podkorowych. Gowers kładzie duży nacisk na fakt, że u dzieci marantycznych powstają zakrzepy żył na powierzchni mózgu, które często przedłużają się aż do zatoki podłużnej. Różne zmiany naczyńiowe prowadzą często do rozlanej lub ograniczonej sklerozy substancji mózgowej, która powstaje tem łatwiej, że siedlisko zmian u dzieci jest najczęściej w korze mózgowej i że neuroglia w mózgu dziecinnym posiada niewątpliwie większą skłonność do rozrostu, niż w wieku późniejszym. Zator i skrzep prowadzić mogą do porencefalii.

Wszystkie te zmiany anatomiczne mogą być umiejscowione nie tylko w okolicach ruchowych mózgu, ale i w innych, a wtedy porażenia nie istnieją i cierpienie mózgu zdradza się innymi objawami, jak: osłabieniem inteligencji, lub idyotyzmem, epilepsją i t. p..

Rozpoznanie porażen mózgowych u dzieci nie przedstawia trudności wobec formy hemiplegicznej lub diplegicznej, skurczów i ruchów mimowolnych, wzmożenia odruchów i t. d.. Forma paraplegiczna może przy powierzchownem badaniu wprowadzić w błąd, że mamy do czynienia z porażeniem pochodzenia



rdzeniowego; ale w tym ostatnim razie odruchy ścięgnięte są zniesione i istnieje zanik degeneracyjny mięśni, czego niema w pierwszym. Rozpoznanie anatomiczne: czy mamy do czynienia z torbielą, czy z poroncefalią, czy z rozmiękczeniem i t. d., jest prawie niemożliwe i ma wogóle stosunkowo małe praktyczne znaczenie. Jedyne tylko, jeśli przy istniejącym porażeniu niema padaczki i inteligencya nie ulega zmianie, to można wykluczyć sklerozę mózgu, lub twierdzić, że skleroza w danym przypadku nie gra wielkiej roli.

Rokowanie co do życia u dzieci z porażeniami powstałymi przed lub podczas porodu musi być ostrożne dopóty, póki noworodek nie zacznie oddychać prawidłowo i dopóki nie przejdzie obawa silnych drgawek. Równie ostrożnym trzeba być z rokowaniem w ostrych przypadkach w okresie apoplektycznym; wprawdzie śmierć wtedy zdarza się nader rzadko. Co się tyczy rokowania *quo ad valetudinem*, to jeśli po kilku tygodniach lub miesiącach spostrzegamy polepszenie i niema skłonności do skurezów, możemy przypuścić, że dziecko będzie mogło używać umiarkowanie swych kończyn dolnych, a może i rąk. Najgorsze rokowania w tym względzie dają porażenia powstałe przed porodem, bo w tych przypadkach zwykle rozwijają się silne kontraktury. Idyotyzm rozwija się najczęściej w przypadkach wrodzonych i już po kilkomiesięcznej obserwacji można wywnioskować, jak silnie będzie upośledzona umysłowość dziecka.

Najniepewniejszym jest rokowanie względem rozwoju padaczki, bo w wielu przypadkach — niezależnie od formy porażenia — padaczka rozwija się dopiero w rok, lub później, od początku choroby. Drgawki na początku choroby mogą zniknąć i nie powtarzać się już później; ale gdy w późniejszych okresach zjawia się jeden napad drgawek, to prawie zawsze rozwija się typowa epilepsya.

Leczenie w przypadkach, w których porażenie istnieje od samego urodzenia, ograniczać się musi początkowo do starannej i spokojnej opieki dziecka. Przy skłonności do drgawek trzeba natychmiast dawać preparaty bromu lub minimalne dawki chloralu; jeśli zaś mimo to rozwinął się cały szereg napadów, to zwalczać je trzeba wdychaniami chloroformu. W okresie początkowym ostrego porażenia — spokój zupełny, łód na głowę lub na kark, odciążenie na kanał kiszkowy; później zaś — preparaty bromu, lub też bromu i jodu razem. W okresach późniejszych, niestety, nie można zapobiedz rozwojowi kontraktur; gdy zaś już istnieją, należy zwalczać je mięsieniem i elektrycznością, albo zwrócić się do pomocy chirurgicznej. Ortopedy w tych razach przez przecięcie ścięgien i nałożenie odpowiednich aparatów może, według autora, dużo zrobić; jest ona także bardzo pożyteczną w przypadkach ruchów mimowolnych w członkach porażonych. S. widywał, że po nałożeniu odpowiednich aparatów nieznosne ruchy atetotyczne, choreatyczne zmniejszały się lub znikaly po krótkim czasie, tak, że chorzy mogli porzucić te aparaty na dni kilka i tydzień.

Leczenie idyotyzmu daje mało rezultatów. nie należy brać się za wcześniej do umysłowego kształcenia takich dzieci. Z zakładów publicznych — najlepsze rezultaty osiąga ją w oddziale BOURNEVILLE'a w Bicêtre.

Najważniejszym jest zwalczenie istniejącej epilepsyi. Oprócz zwykłego leczenia — preparatami bromowemi i chloralem — próbują w ostatnich czasach leczenia chirurgicznego ze względu na to, że padaczka przy porażeniach mózgowych stoi w ścisłym związku z ograniczonymi zmianami w mózgu; usunięcie ogniska pozwala rościć nadzieję, że padaczka ustąpi. Zabieg chirurgiczny stosowano za przykładem HORSLEY'a już wcale razy i zwykle w przypadkach, w których przypuszczano siedlisko zmian na powierzchni mózgu. Rezultaty wogóle nie były wybitne; w kilku przypadkach po odsłonięciu powierzchni mózgowej nie widziano na niej wyraźnych zmian i zabieg kończył się tylko trepanacją; mimo to następowało polepszenie, napady znikaly na kilka miesięcy,

ale znowu powracały. Tak było w dwóch przypadkach autora: mniema on, że przyczyną polepszenia w tych razach było zmniejszenie ucisku miejscowego. W jednym przypadku WILDERMUTH'a po trepanacji usunięto zanikłą część kory mózgowej i mimowoli opróżniono leżącą pod nią torbiel, w przeciągu następnej trzechletniej obserwacji padaczka nie wróciła. Miewano jednak przypadki, gdzie po usunięciu zmienionej kory mózgowej następowało zupełne porażenie kończyn, któremi chory przed operacją mógł się jako tako posługiwać, a padaczka nie zniknęła lub powracała wkrótce. Zebrany do tego czasu materiał nie daje jeszcze wskazań określonych do postępowania chirurgicznego w porażeniach mózgowych u dzieci z padaczką. Według zapatrywania autora, należy operować wcześniej i usuwać ognisko, zanim się rozwinie wtórna skleroza. Wycięcie ośrodków korowych jest dla S. tylko wtedy racjonalnem, jeśli istnieje obawa, że z tego punktu rozszerzać się będzie skleroza. Jednakże nie należy zapomnieć, że przy porażeniach powstałych przed lub podczas porodu najśmielszy chirurg nie zechce operować w pierwszych miesiącach, lub w pierwszym roku życia, a osobiste doświadczenia przekonały autora, że takie małe dzieci bardzo źle znoszą operacje mózgowe.

E. Biernacki.

(*Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 46, 47. 1892.*)

## Wiadomości bieżące.

— Za zakaźnością zapalenia płuc włóknikowego zdają się przemawiać niektóre spostrzeżenia, tak np. O. LANZ donosi, że z 8 chorych, operowanych jednego i tego samego dnia przez prof. KOCHER'a w klinice chirurgicznej w Bernie z powodu wola (*struma*), u 5 wystąpiło zapalenie płuc włóknikowe; chorzy ci [z wyjątkiem jednego] leżeli na tych samych salach, na których znajdowali się też 3 cierpiący na „*strumitis metapneumonica*“. Zarówno u tych ostatnich, jak i u 4-eh z tych, którzy zachorowali na zapalenie płuc, stwierdzono obecność licznych pneumokoków FRAENKEL'a. Opierając się na tej epidemii pneumokoków, wybuchłej na sali („*Pneumococcenzimmer-Epidemie*“), sądzi LANZ, że przyjęty przez Hipokratesa t. zw. *genius epidemicus* nie daje się całkiem odrzucić.

J. W.

— Próba na cukier w moczu za pomocą fenylhydrazyny, polecona przez JAKSCH'a i innych, podległa w ostatnich czasach krytyce, która jednak okazuje się niezasadzoną, jak tego dowodzi D r FRANK. Na zasadzie swych badań radzi on 5 ctm. sześć. moczu zmieszać z 5 ctm. sześć. wody i po dodaniu 0,5 grm. świeżego *phenylhydrazini muriat.* i 1,0 grm. octanu sodu wstawić w probówce na 20 minut do gotującej się wody. Po wyjęciu zostawić na 3—4 godzin przy cieplocie pokojowej i potem powstały osad zbadać pod drobnowidzem. Tylko wtedy można rozpoznać obecność cukru w moczu, gdy na polu widzenia widzimy cienkie, jasno-żółte kryształki, ułożone w formie miotełek lub rozetek. Próba ta czułością swą przewyższa inne i pozwala odkryć 0,1% cukru. (*Berliner klin. Wochensh. 1893. Nr. 11.*)

L. Wolfram.

— Od niedawna zaczęto stosować przy *Myxoedema* już to wyciąg z gruczołu tarczowego, już to sam gruczoł. Rezultaty dotychczas były zachęcające do dalszych prób. Obecnie donosi VERMEHREN o wyleczeniu, *resp.* znacznej poprawie, otrzymanych w 2-eh przypadkach na klinice prof. HOWITZ'a w Kopenhadze. W pierwszym przypadku 42-letnią chorą na *myxoedema* karmiono gruczołem tarczowym, w drugim zaś przypadku, dotyczącym się sporadycznego kretynizmu, również z dobrym skutkiem podawano 29-letniej chorej wyciąg z tegoż gruczołu w formie pigułek. Dodatni też wynik otrzymał prof. LAACHE w Chrystyanii przy tym samym sposobie leczenia u 49-letniego mężczyzny; również znaczną bardzo poprawę u 36-letniej kobiety zauważył WICHMANN po

zastosowaniu wyciągu w postaci podskórnych wstrzykiwań. Wszyscy trzej badacze zaznaczają jednak, że metoda ta posiada wiele ubocznych, ujemnych działań i że powroty dosyć często się przytrafiają. D. DETERMEYER'owi zaś udało się otrzymać u 37-letniej pacjentki całkowite wyleczenie choroby BASEDOW'a po usunięciu większej części wola (*struma*) drogą operacyjną. Co się dotyczy rozpoznawania tej ostatniej choroby, to zdaniem P. GUTTMANN'a, szmer tętnicowy nad wolem odgrywa nader ważną rolę; mianowicie, przy samoistnem powiększeniu gruczołu tarczowego szmeru tętnicowego P. GUTTMANN nie słyszał nigdy, przy wolu zaś, spowodowanem chorobą BASEDOW'a — wielokrotnie. (*Deutsche Medic. Woch. 1893. Nr. 11*). J. W.

— W Nr-ze 9 *Wiener klinische Woch.* ROLLE podaje wyniki badań, dotyczących morfologicznych zmian krwi w przebiegu syfilisu i niektórych chorób skórnych. W pierwszym okresie syfilisu krew niczem niema się różnić od prawidłowej; gdy jednak sprawa się uogólnia, a gruczoły chłonne obrzmiewają, natenczas we krwi stwierdzić można zwiększenie ilości białych ciałek krwi, tak małych i wielkich limfocytów, jak i komórek eozynofilowych oraz jednojądrowych. Przy zastosowaniu leczenia rtęciowego ciała białe, tak pod względem liczby, jakoteż i cech morfologicznych, przedstawiają się prawidłowo, w razie zaś recydywy we krwi napotyka się zmiany powyżej opisane. Przy gumatach najbardziej powiększa się ilość t. zw. komórek jednojądrowych; a u noworodków syfilitycznych często wykryć można czerwone krążki krwi z jąderkami. W przebiegu *eczema universalis, pemphigus, prurigo* występują w zwiększonej ilości komórki eozynofilowe; powiększenie ilości komórek wielojądrowych ma być cechą charakterystyczną dla róży, a zależną, według twierdzenia R. od podrażniającego wpływu swoistej materji trującej na rozmnażanie się białych ciałek krwi. St.

— J. WEISS, używając odczynników mikrochemicznych na białko, jak aldehydu cinnamyłowego, aldehydu salicyłowego i waniliny, przekonał się, iż ziarnistości eozynofilowe w leukocytach krwi ludzkiej, wbrew twierdzeniu EHRlich'a, są natury białkowatej. (*Mitteilungen d. embryol.-histolog. Inst. in Wien. 1892*). A. K.

— VIAULT po dwu tygodniach trzymania królików i kur na wierzchołku *Pic du Midi* [2877 metr. nad poziom morza] zauważył u wszystkich zwierząt zwiększenie ilości i zmniejszenie wielkości czerwonych ciałek krwi oraz wzmoczenie zdolności krwi pochłaniania tlenu. Objawy te przypisuje on wpływowi zmniejszonego ciśnienia tlenu w powietrzu górskim. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie. 1892, str. 569*). A. K.

— Według G. POUCHET'a, szara barwa preparatów anatomicznych, przechowywanych w spirytusie, zależy od melaniny, powstającej z hemoglobiny przy dostępie powietrza. W naczyniach szklanych zatopionych hemoglobina się nie zmienia, wskutek czego preparaty zachowują barwę naturalną. (*Comptes rendus de la Soc. de biol. 1892, str. 516*). A. K.

— Do liczby fantomów, ułatwiających naukę budowy ośrodków nerwowych, przybył świeżo model metalowy rdzenia przedłużonego wraz z górnym odcinkiem rdzenia kręgowego, zbudowany przez L. EDINGER'a. Fantom ten wyrabia mechanik R. Jung w Heidelbergu. (*Anat. Anzeiger, 1893. Nr. 5*). A. K.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 26 Марта 1893 р.

Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.

## La BOURBOULE

źródła Choussy i Perrière.

Anemia, Skrófule, Choroby skórne i Organów oddechowych, Diabetes, Reumatyzmy, Peryodyczne gorączki. Od 1-ej do 3-ch szklanek dziennie. Sezon od 25 go maja do 1-go Października. 12—2

## CIEPLICE TRENCZYŃSKIE.

Termy siarczane od 27°—31° R na Górnych Węgrzech w Małych Karpatach 20 minut drogi od stacyi Tepla—Trencsin—Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski wzorowo urządzone skuteczne w atrytyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych, obwodowych i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości i t. p.

Do massażu personel wyćwiczony. Mieszkania od 50 kr. do 3 fl. na dobę. Kurhaus, Teatr, Koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł. Sezon od 15-go maja do końca września. W maju i wrześniu za 3 fl. pensjon.

Dyrekcya kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie.

Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w cenniejszych księgarniach.

## DEZYNFEKCYA.

### Warszawskie Zakłady Gazowe

wyrabiają z ubocznych produktów różne przetwory chemiczne, z których

## KREOLINA I PROSZEK DEZYNFEKCYJNY

nadają się znakomicie do wszelkiego rodzaju dezynfekcyi.

Podług analizy i doświadczeń przeprowadzanych przez znane powagi Panów: D-ra Nenekiego, Milicera i Znatowicza **Kreolina** w trzech do pięciu procentowej mieszaninie z wodą zabija grzybki cholery azjatyckiej i tyfusu brzuszego, w przeciągu 6 do 12 godzin, **Proszek dezynfekcyjny** w 10 procentowej mieszaninie zabija te grzybki w przeciągu 24 godzin.

Przytem **Kreolina**, zabójcza dla wszelkich mikrobow i niższych organizmów, jest nieszkodliwą dla człowieka i zwierząt domowych i z powodu swego silnego działania, jest **najtańszym** środkiem dezynfekcyjnym; jeden funt mieszaniny kreoliny z wodą, zabójczej dla mikrobow dla dezynfekcyi ustępów, rynsztoków i t. p. kosztuje **jedną kopiejkę**.

Oprócz tego wyrabia się płyn nazwany przez nas „**Owadin**“, służący do wytepienia wszelkich domowych owadów, dla czego należy „**Owadin**“ wpół na wpół zmieszać z ciepłą wodą i tą mieszaniną wmyć podłogi i ściany zanieczyszczonego domu, szczególnie zaś można dom zabezpieczyć podczas budowania lub przeróbek, polewając tą mieszaniną polepy, czego próba dokonana w jednym mieszkaniu w domu pod № 4 przy ulicy Brackiej, daje najlepsze dowody.

**Lak asfaltowy** pięknego polysku, schnący bardzo prędko i nadzwyczaj trwały.

**Amoniak płynny**, technicznie czysty, bezbarwny i ciężaru gatunkowego 0,910. Na żądanie, możemy dostarczyć także chemicznie czysty, lub inoego ciężaru gatunkowego podług umowy. Amoniak c. g. 0,910 sprzedajemy w naszym zakładzie gazowym po 24 ruble za 10 kilogramów.

Powyższe przetwory detalicznie sprzedaje znana firma L. Spiess i Syn, plac Teatralny po następujących cenach:

**Kreolina** w butelkach litrowych po rublu litr i blaszankach 5 kilgram. po 30 kop. za kilgram w balonach 100 funtowych po 35 kop. za funt.

**Proszek dezynfekcyjny** 100 funtów za 3 r. 50 kop.

**Lak asfaltowy** 15 kop. za funt.

**Owadin** za pud 2 ruble.

Przy zamówieniach większych na którykolwiek z powyżej wymienionych przetworów Zarząd Zakładów Gazowych, Senatorska 8, udziela odpowiednie rabaty, stosownie do wielkości zapotrzebowania i sposobu zapłaty.