

# GAZETA LEKARSKA.

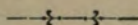
---

## I. O WYNIKACH GASTROENTEROSTOMII, DOKONYWANEJ Z POWODU BLIZNOWEGO ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA.

Podał

**D-r Teodor Dunin,**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.



Operacje wykonywane na żołądku interesują w równej mierze lekarzy chorób wewnętrznych jak i chirurgów. Ci ostatni, którym tu niewątpliwie lwia część zasługi w udziale przypada, zainteresowani są głównie w metodach operacyjnych, ich wyborze w danym razie i rezultacie operacji co do powrotu zdrowia bezpośrednio po operacji. Terapeuci winni należycie opracować z jednej strony wskazania do operacji, a z drugiej — zbadać, o ile po operacji czynności żołądka wracają do prawidłowego stanu. Tylko wspólne usiłowania chirurgów i terapeutów mogą doprowadzić do należytego wyjaśnienia wszystkich tu odnoszących się pytań. Tymczasem dotychczas cała kwestya operacji żołądkowych opracowywana była niemal wyłącznie przez chirurgów i z chirurgicznego punktu widzenia. To też w żadnym prawie przypadku nie znajdujemy wcale wzmianki o tem, jak się zachowywały czynności żołądka przed operacją i o ile się zmieniły po operacji. Nie poruszono też prawie wcale pytania, kiedy wrzód żołądka może dawać wskazanie do operacji. Dopiero w ostatnich czasach najpierw JAWORSKI, w operacjach wykonanych przez OBALIŃSKIEGO i RYDYGIERA, dalej KAENSCHÉ z kliniki MIKULICZA, a wreszcie ROSENHEIM w operacji wykonanej przez HAHN'a, podali rezultaty badań, o których tu mowa. I w tych jednak przypadkach wszędzie miano do czynienia z rakiem żołądka; jeden tylko przypadek [z pomiędzy 4-ch] KAENSCHÉ'go odnosi się do wrzodu okrągłego, badanie jednak w tym właśnie przypadku najmniej dokładnie opisanem zostało.

Z tego względu postanowiłem podać rezultaty 3-ch operacji gastroenterostomii, wykonanych z powodu wrzodu okrągłego, na chorych z mego oddziału; u chorych tych rezultat operacji był pomyślny, a badania wielokrotnie przedsiębrane pozwoliły dokładnie zorientować się we wpływie operacji na czynności żołądka. Przypadki te opisuję wyłącznie z terapeutycznego punktu widzenia, pozostawiając kol. CIECHOMSKIEMU i KRAJEWSKIEMU podanie, o ile to uznają za potrzebne, szczegółów odnoszących się operacji. Czwartym przypadku skończył się niepomyślnie, tak, że nie dał możliwości badania wpływu operacji na stan



żołądka; wspominam o nim jedynie w krótkości, aby dać zupełny obraz wszystkich operacyi na tym oddziale uskuteczionych.

Dotychczas nigdzie nie znalazłem dokładnej statystyki operacyi robionych z powodu wrzodu żołądka; wszędzie prawie operacye raka i wrzodu są z sobą pomieszane. Postarałem się więc z ogólnej statystyki wyłączyć to, co się odnosi do wrzodu, a specjalnie do interesującej nas tu gastroenterostomii.

### Rozpoczynam od opisanja moich przypadków.

**Spostrzeżenie I.** Limanowski Andrzej, robotnik, 30 lat, wstąpił do oddziału mego po raz pierwszy w lutym r. 1890, skarżąc się przeważnie na objawy reumatyzmu w dolnych kończynach. Tylko dodatkowo dodaje, że cierpiał kiedyś na zabarzenia w trawieniu, wskutek czego miał nawet raz przemywany żołądek; i dziś jeszcze miewa czasami nudności, odbijania, a niektórych pokarmów, ak np. kartofli, znosić nie może. Badanie wykazało dobre odżywianie i brak jakiegokolwiek zmian w organach wewnętrznych. Badanie żołądka dało wtedy rezultat następujący: na czczo wydobyto 100 ctm. sześć. mętnego płynu, którego kwaśność ogólna = 64. Wolny ClH wyraźny. Pod drobnowidzem dużo ciałek ropnych, z których pozostały tylko jądra [ciałka JAWORSKIEGO].

W godzinę po próbnem śniadaniu [100 gr. bułki, 16 gr. białka od jaja i 250 ctm. sześć. herbaty], wydobyto około 400 ctm. sześć. płynu, którego ogólna kwaśność 65, w czem kwasów organicznych 8. Ilość wolnego ClH = 21. Płyn zawiera nieco białka, dużo peptonu, cukier i erytrodekstrynę. Pod drobnowidzem resztki pokarmowe i wspomniane jąderka. Waga chorego wynosiła wtedy 140 ½.

Po raz drugi zgłosił się chory do oddziału we wrześniu tegoż roku. Po mlecznej i dyecie i przemywaniach żołądka, jakie miał stosowane za poprzednią bytnością, stan jego czas jakiś by znośny, ale w ostatnich czasach choremu dokuczały bardzo wzdęcia żołądka i odbijanie, a nadto, co najważniejsze, raz pojawiły się wymioty krwawe.

Rezultat badania żołądka mało co różnił się tym razem od poprzedniego. Przy takim samem leczeniu stan chorego znowu się poprawił; w październiku chory opuścił szpital.

Trzeci wreszcie raz chory wstąpił do oddziału w lipcu 1891 roku w stanie o wiele gorszym. Skarży się mianowicie na silne bóle w dołku, pragnienie, a nadto na ciągłe uczucie, jakby coś chodziło i przewracało się w żołądku, przyczem od czasu do czasu odbijają się śmierdzące gazy i na czas jakiś następuje ulga. Od czasu ostatniej bytności chory zmienił się do niepoznania, schudł ogromnie i stracił możność pracowania. Waży obecnie tylko 118 ½.

Badanie płuc, serca, wątroby i tym razem nie wykazuje nic szczególnego.

Przy badaniu żołądka, po zwykłym szpitalnem śniadaniu, okazuje się, co następuje: okolica żołądka mocno wypukłona i widać w niej bardzo wyraźne ruchy robaczkowe, przyczem dolna granica żołądka tak wyraźnie występuje, że bez żadnych innych sposobów bardzo łatwo oznaczoną być może. Leży ona na kilka palców poniżej pępka, jak to najlepiej widać na załączonym rysunku. Fig. 1. Nadto oglądanie okazuje, że w czasie ruchów górna część okolicy żołądka [na rysunku powyżej linii kropkowanej] stale jest zapadnięta i w ruchach udziału nie bierze; część najbardziej na lewo leżąca stale jest wypukłona i w ruchach bierze udział tylko mała jej część [na rysunku oznaczona kratką]. Główne ruchy i bardzo energiczne zaczynają się nieco na lewo od linii środkowej i idą na prawo [w kierunku 2-ch strzałek na rysunku]. Po założeniu zglębniaka wydobyto około 3-ch litrów płynu, poczem okolica żołądka się zapadła i chory doznał znacznej ulgi. Badanie chemiczne zawartości dało rezultat, mało różniący się od tego, jaki otrzymano za pierwszym razem, tylko w osadzie znaleziono dużo drożdży i sarecyny, których wtedy nie było.

Wobec tych danych nie można było wątpić, że mieliśmy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, oraz następczem rozszerzeniem i opuszczeniem całego żołądka (*gastroptosis*). I to także nie mogło ulegać wątpliwości, że zwężenie zależało od blizny po wrzodzie okrągłym. Ponieważ nie można było przypuszczać, aby leczenie wewnętrzne przyniosło jakiegokolwiek korzyść, przeto chorego zakwalifikowaliśmy do operacyi, którą wykonał 28 sierpnia 1891 r. kol. CIECHOMSKI, prowadzący podówczas zastępczo oddział za kol. MATŁAKOWSKIEGO. Nie wdając się w żadne szczegóły operacyi, powiem tylko, iż znaleziono tak znaczne zwężenie odźwiernika, że zaledwie koniec małego palca weń wchodził, oraz że kol. CIECHOMSKI wykonał gastroenterostomię. Przebieg pooperacyjny był



wyborny i niezem nie zakłócony, tak, że 28 września chory przepisany został dla dalszej obserwacji napowrót do mego oddziału. Chory subiektywnie czuje się wybornie, ma łaknienie, żnosi wszelkie pokarmy i stolec ma zupełnie regularny.

Badanie żołądka w pierwszych tygodniach po operacji wykazywało na czezo stale zawartość w ilości od 150—250 ctm. sześć., której ogólna kwasność = 40—50, z tego wolnego CIH około 35—40. Ilość zawartości, przy codziennem przemywaniu, stale się zmniejszała, tak, że w chwili wypisywania chorego, t. j. w połowie listopada, wynosiła tylko 50—30, a kwasność jej też była znacznie mniejsza [ogólna 25, wolnego CIH—15]. Pod drobnowidzem stale znajdowano sporą ilość jąderek JAWORSKIEGO.

Fig. 1.

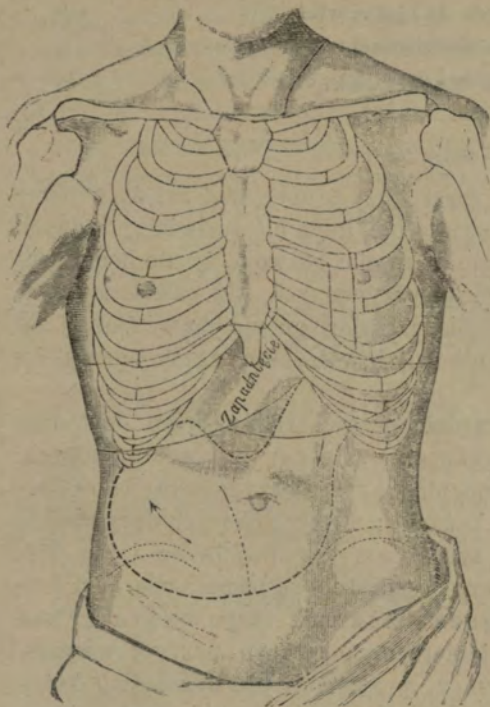
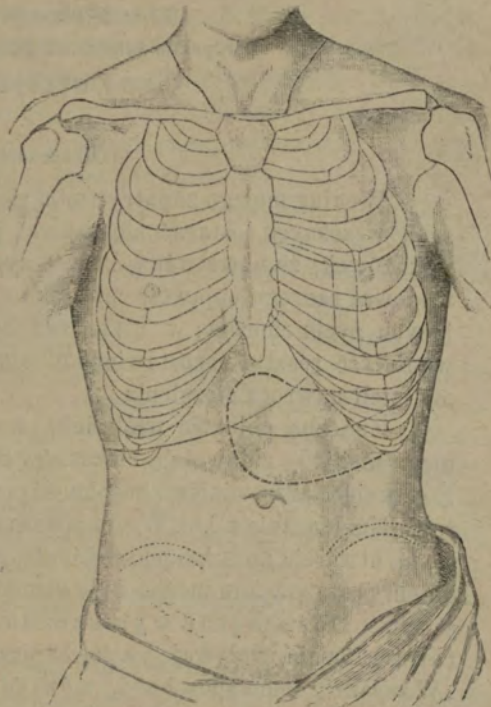


Fig. 2.



Po próbnem śniadaniu, po uprzedniem przemyciu żołądka [250 ctm. herbaty i 60 grm. bułki], w pierwszych tygodniach wydobywano po upływie półtorej godziny jeszcze około 250 ctm. sześć. zawartości, a w 6 godzin po próbnym obiedzie jeszcze 500 ctm. sześć. płynu, którego kwasność ogólna 65, z tego wolnego CIH—42. Nieprawidłowych fermentacji wszakże nie ma, kwasu mlecznego i tłuszczowych nie ma wcale. W późniejszym czasie, przy wypisywaniu się chorego, po obiedzie próbnym w 5 godzin zawartości już tylko 50 ctm., której własności chemiczne takie same jak wyżej. Ostatnie badanie wykonano w styczniu 1892 r., Na czezo zawartości 35 ctm. sześć. śluzowego wyglądu, trudno się filtrującej. Ogólna kwasność 55, CIH wolny 27. Pod drobnowidzem nieco resztek pokarmowych i dużo drożdży, a nawet nieco sarcyny. Po śniadaniu próbnem w 1½ godziny, 300 ctm. sześć. płynu. Kwasność ogólna 55, CIH wolny 32.

Oznaczanie granic żołądka, wielokrotnie wykonywane, zawsze jednocześnie przy zmianie pozycji chorego i przez rozdymanie kwasem węglanym, okazywało stale zmniejszenie się organu, tak, że przy wypisywaniu się chorego żołądek miał wymiary zupełnie prawidłowe, jak to widać najlepiej na rysunku. Fig. 2.



Co się tyczy ogólnego stanu chorego, to ten wciąż się poprawiał. Waga z 118  $\text{kg}$  podniosła się do 140  $\text{kg}$ . W tej chwili upłynęło  $1\frac{1}{2}$  roku od operacji. Chory jest zupełnie zdrow, ciężko pracuje i na żadne dolegliwości się nie uskarża. [D. n.]

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

Podali

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

— 2 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 14].

Według mojego zapatrywania się na rzecz, guzy te operować należy w okresach wczesnych i starać się usuwać je doszczętnie, gdyż nie posiadamy żadnych wskazówek, że nowotwór taki wstrzyma się w swoim rozwoju, że nie będzie powodował szeregu objawów nie tylko nader nieprzyjemnych, ale nawet zagrażających życiu chorego; w razie zaś usunięcia częściowego nie mamy żadnej pewności, że resztki pozostawione ulegną zanikowi, i w szybkim czasie nie będziemy mieli nawrotu cierpienia.

Znaczna objętość włókniaka nosogardzielowego i trudny tylko dostęp do niego niekiedy zniewalają chirurgów do wykonania zabiegów przygotowawczych. Że tak się zdarza, miałem sposobność przekonania się z tych przypadków, które operowaliśmy łącznie z kol. WRÓBLEWSKIM; u każdego z naszych chorych zdecydowano się na otwarcie nosa lub podniebienia, gdy tymczasem przy cierpliwości i odpowiednim postępowaniu można było usunąć guzy doszczętnie za pomocą operacji prostych. Doszczętne wyluszczenie guza i możliwość tamowania krwotoku głównie wpływają na to, że przedsięwzięmy operacje przygotowawcze. „W zasadzie temu sposobowi, mówi MIKULICZ, przyznamy pierwszeństwo, który odsłania najbardziej siedzibę choroby, a więc przedewszystkiem sklepienie połyku. Zresztą *ceteris paribus* wybierzemy tę operację, która jest zabiegiem jak najmniej szkodliwym i pociąga za sobą najmniejsze zбочenia tak pod względem kosmetycznym, jako też czynnościowym“. Uwagę tę zawsze należy mieć na względzie przy wyborze operacji polipów nosogardzielowych.

Najłatwiejszy dostęp do punktu wyjścia guza i największe pole operacyjne daje bez wątpienia resekcya szczęki górnej, ale po operacji tej zniepokojenie jest tak znaczne, że w celu usuwania polipów nosogardzielowych nie powinniśmy się posilkować tą metodą; wyjątkowe tylko przypadki niezmiernie zaniedbane, w których nowotwór niszczy niemal całkowicie szczękę górną, nadawałyby się do tego zabiegu, a nawet i wtedy obowiązkiem operującego jest pozostawienie jak największej części kości. Również, jak to zaznaczyłem wyżej, nic nie upoważnia nas do stosowania przy tych guzach osteoplastycznej resekcji szczęki górnej LANGENBECK'a, która ułatwia niezmiernie



dostęp do nowotworu i świetnie się nadaje do operowania guzów pozaszczękowych.

Nader jest trudno oznaczyć wskazania, jakimi powinniśmy się kierować przy wyborze operacji wstępnych ze strony nosa lub jamy ustnej. Wielu chirurgów, jak: HUETER, LOSSEN, RYDYGIER, chwala sposób MANNÉ'a, gdyż przy tej metodzie mieli dostateczny dostęp i w zupełności wyluszczały guzy. Pomimo ułatwionego dostępu do guza zaniechałbym stosowania wszystkich tych sposobów, po których pozostaje na zawsze łączność pomiędzy jamą ustną i nosową.

MIKULICZ niezmiernie zaleca metodę GUSSENBAUER'a: przy niej „otrzymujemy daleko wolniejszy przystęp do podstawy czaszki; możemy działać narzędziami pewnie i energicznie; zupełnie odsłaniamy pole operacyjne i nie pozostawiamy ani zniekształcenia, ani upośledzenia czynnościowego“. Po operacjach tych w jamie ustnej ranę języczka i podniebienia starać się należy zeszyć zaraz, co jednak nie zawsze się udaje i to właśnie powtórne zeszywanie — *staphylophthia* i uranoplastyka — przedstawia ujemną stronę tych metod.

Przy polipach, opuszczających się nisko do jamy gardzielowej, wypuklających podniebienie miękkie i niszczących podniebienie twarde, bez wątpienia wybrać należy operowanie ze strony jamy ustnej i do tego najodpowiedniejszą wydaje mi się metoda GUSSENBAUER'a, zmodyfikowana przez MIKULICZA.

W tych przypadkach, w których polipy z jamy nosogardzielowej przenikają do jam nosowych, decydować się należy na utworzenie dostępu przez otworzenie nosa. Z pomiędzy całego szeregu operacji tą drogą zupełnie oszpecenia nie pozostawia sposób ROUGE. KOENIG, FOURNEAUX JORDAN i BARĄCZ niezmiernie zalecają swoje metody. BARĄCZ jest zdania, że jego sposób operowania powinien mieć pierwszeństwo tak przed osteoplastyczną resekcją wyrostka nosowego LANGENBECK'a, gdyż dostęp do nowotworu jest obszerniejszym, jak również przed skomplikowaniami i oszpecającymi metodami CHASSAIGNAC-BRUNS'a i OLLIER'a. Operacja ta, według BARĄCZA, jest „w stanie zastąpić zupełnie uciążliwą metodę GUSSENBAUER'a“.

Inaczej się przedstawia rzecz z guzami złośliwymi jamy nosogardzielowej. Wszystkie tu przytoczone metody operowania polipów nadają się również do usuwania nowotworów złośliwych, jednak pętlica i kleszcze znajdują tu jak najmniejsze zastosowanie, a właściwie nie powinny być używane do tych celów. Pętlicą i kleszczami przy guzach złośliwych niewiele zrobić możemy, zawsze niemal pozostawiamy części nowotworu i operacja nie prowadzi do pożądanego rezultatu. W tych razach nie należy wahać się w wyborze rozległych operacji; czem będziemy mieli większy dostęp do nowotworu, tem więcej szans dla doszczętnego usunięcia go, a co za tem idzie i wyleczenia. Względny oszpecenia powinny stać wtedy na drugim planie, pierwsze miejsce zajmuje uzdrowienie chorego, doszczętnie usunięcie guza, gdyż nawroty grożą utratą życia. Jeżeli guz zajmuje sklepienie i ścianę tylną jamy nosogardzielowej, do usunięcia go nadaje się wyborze metoda GUSSENBAUER-MIKULICZA; jeżeli zaś nowotwór przechodzi na muszle, przegrodę nosa, z pożytkiem niewielkim stosować można metody CHASSAIGNAC-BRUNS'a lub OLLIER'a, a w tych przypadkach, gdzie guz zajmuje szczęką górną, nie należy wahać się ani chwili z całkowitą lub częściową resekcją tejże.



Zestawiając wyżej przytoczone dane, wyprowadzam wnioski następujące:

- 1) Guzy jamy nosogardzielowej należy operować jak najwcześniej.
- 2) Operacje polipów włóknistych należy wykonywać radykalnie, starać się usunąć doszczętnie miejsce przyczepu, jednak zawsze mieć na względzie oszczędzenie i zboczenia czynnościowe.
- 3) Polipy usuwać można radykalnie bez operacji wstępnych, za pomocą metod prostych, a szczególniej pętlicy zimnej lub galwanokaustycznej i kleszczy, następnie jednak starannie wyskrobywać i wypalać resztki szypuły pod kontrolą palca i rynoskopu.
- 4) Po operacjach prostych należy przez pewien czas kontrolować siedliśko choroby nie tylko za pomocą palca, lecz także oświetlenia sztucznego i lusterka, aby wcześniej usunąć wszystkie podejrzane miejsca.
- 5) Przy polipach włóknistych operacje przygotowawcze wykonywać w tych razach, jeżeli nowotwory te zrastają się ze ścianami, przenikają do jam sąsiednich i niszczą kości otaczające, również z obawy krwotoku przy znacznem unaczynieniu guza.
- 6) Na wybór operacji przygotowawczej wpływa punkt wyjścia guza i kierunku odnóg jego.
- 7) Przy guzach złośliwych należy mieć przedewszystkiem na względzie doszczętnie usunięcie nowotworu, dlatego też wykonywać operacje nader rozległe.

**Spostrzeżenie I.** Eb..., z Tomaszowa, stolarz, lat 20, do kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha przybył 20 sierpnia 1888 roku. Od dzieciństwa cierpiał na katar nosa i znaczne krwotoki, utrudniony oddech przez nos miał oddawna, przed rokiem sam zauważył, że ma w gardzieli guz dosyć ruchomy. Niezmierna trudność oddechania podczas snu, utrudnione łykanie, krwotoki, a nawet mowa zmieniona zmusiły chorego do szukania pomocy u lekarzy miejscowych, którzy, sądząc ze słów chorego, odjęli mu część guza. Po zabiegu tym poprawa, w pół roku jednak wszystkie objawy znowa powróciły, skutkiem czego chory przybył na klinikę naszą. Przez jamę ustną widać guz znacznych rozmiarów, opuszczający się z jamy nosogardzielowej i dotykający do podstawy języka; guz bierze początek z podstawy czaszki i przechodzi w prawy kanał nosowy (*polypus fibrosus naso-pharyngealis*).

21. VIII. Kol. Bukowski usunął guz całkowicie pod chloroformem bez wstępnej operacji, a tylko za pomocą nożyczek, kleszczy i łyżeczki przez nos, a głównie jamę ustną. Operacja przy zwieszanej głowie, krwawienie dosyć znaczne; jamę nosogardzielową po usunięciu polipa zatamponowano gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny zadawałający, po upływie kilku dni tampon usunęliśmy. Chory usiłował badać siedlisko swojego cierpienia palcem i wywołał krwotok, co nas zmusiło do ponownego zatamponowania jamy. Krwotoki powtarzały się jeszcze trzykrotnie skutkiem niesforenego zachowania się chorego, który wprowadzał patyczki do nosa, aby się przekonać, czy guz już nie ma i przez to wywoływał krwotoki.

11 września 1888 opuścił klinikę zdrów. Czy w tym przypadku recydywa nie nastąpiła, nie jest mi wiadomo, gdyż chory więcej się nie zgłaszał.

**Spostrzeżenie II [kol. WRÓBLEWSKIEGO].** Antoni K., ślusarz z Warszawy, wieku lat 30, cierpi na polipy nosa od lat 10, operowano mu je już 4 razy. Obecnie kanały nosowe z obu stron wypełnione polipami śluzowymi, które widać nawet bez wzornika; w jamie nosogardzielowej guz dosyć twardy, mało ruchomy, wielkości małego jabłka, o szerokiej podstawie, wychodzący ze stropu gardzieli i przyrośnięty do tylnej części przegrody nosa.

Chory szukał pomocy w kilku oddziałach chirurgicznych w Warszawie; proponowano mu usunięcie guza za pomocą resekcji czasowej nosa, na co się chory nie zgadzał.



W październiku 1888 r. zgłosił się do mnie. Po uprzednim oczyszczeniu jam nosowych z polipów za pomocą pętlicy zimnej i galwanokaustycznej, przystąpiliśmy do usunięcia guza jamy nosogardzielowej bez usypiania chorego. Z powodu szerokiej podstawy guza założenie pętlicy drucianej od strony nosa napotykało na znaczne trudności; gdy się to nam udało trzykrotnie druty pękały przy zaciskaniu pętlicy. Wtedy postanowiliśmy wyciąć guz częściowo; za pomocą kleszczy mocnych usunęliśmy go doszczętnie głównie przez nos w 3 posiedzeniach w odstępach tygodniowych; krwawienie za każdym razem podczas operacji było nader obfite. Część nowotworu, przyrośniętą do przegrody nosa, wyjęliśmy wraz z odłamany kawałkiem lemiusza; resztki na podstawie czaszki wyskrobaliśmy ostreми łyżeczkami. Po zbadaniu drobnowidzowem nowotworu przekonaaliśmy się, że mieliśmy do czynienia z włóknikiem,

Recydywa dotąd, t. j. w ciągu 5 lat, nie nastąpiła; chory od czasu do czasu przychodzi i zawsze ma badaną jamę nosogardzielową.

**Spostrzeżenie III** [kol. WRÓBLEWSKIEGO]. P. obywatel z Litwy, 65 lat wieku, oddawna uskarża się na katar nosa; od 10 lat niemożność oddechania przez nos. Chory zasięgał porady lekarzy: znaleziono polipy nosa, w celu usunięcia których wykonano cały szereg operacji w Petersburgu i w Rydze; po operacjach tych nigdy jednak chory dobrze nosem nie oddychał, jamy nosogardzielowej nie badano. W marcu b. r. chory udał się do kol. WRÓBLEWSKIEGO, który, oprócz polipów nosa, znalazł w jamie nosogardzielowej guz włóknisty wielkości dużego orzecha włoskiego; guz ten wychodził ze stropu gardzieli z lewej strony i przedostawał się do lewego kanału nosowego. Po nieudanych próbach nałożenia pętlicy metalowej usunęliśmy guz bez usypiania chorego za pomocą kleszczy wprowadzonych przez nos, palcem ze strony jamy ustnej kontrolowaliśmy operację. Resztki szypuły wyskrobaliśmy, krwawienie dosyć znaczne, jamę wytamponowaliśmy gazą jodoformową. Po kilku dniach tampon usunięto, stan ogólny dobry,—w 10 dni po operacji chory opuścił Warszawę. Badanie drobnowidzowe guza wykazało, że mamy do czynienia z *fibro-adenoma*.

**Spostrzeżenie IV.** X., kolonista z okolic Warszawy, l. 50, od 8 lat ma utrudniony oddech przez nos, przy badaniu w lewym kanale nosowym wykrywamy polipa, w jamie nosogardzielowej guz dosyć twardy zatykający lewe nozdrze tylne. W lutym r. b. na klinice chirurgicznej ambulatoryjnie kol. SZREYNER usunął polipa za pomocą kleszczy wprowadzonych przez nos; wyjęty guz był wielkości małego jaja kurzego, polip w lewym kanale nosowym stanowił część guza jamy nosogardzielowej.

**Spostrzeżenie V.** D., student uniwersytetu Warszawskiego, lat 24, od 3 lat zaczął się uskarżać na nader silne kataru nosa, stopniowo występowało utrudnione oddechanie przez nos. Obecnie prawy kanał nosowy zupełnie zatkany, przez lewy cokolwiek przedostaje się powietrze, chory oddechać musi przez jamę ustną,—uskarża się na bóle głowy, ból z prawej strony nosa, nad okiem i w czole. Przed rokiem jeszcze chory zasięgał porady lekarzy w Tomsku, gdzie wtedy stałe przebywał; rozpoznawano polipa włóknistego jamy nosogardzielowej. W rzeczy samej przy badaniu przez jamę ustną wyczuwany guz dosyć twardy, wychodzący z podstawy czaszki i zatykający tylne nozdrza; guz wchodzi również w prawy kanał nosowy.

W końcu 1891 r. chory zapisał się do jednego ze szpitali warszawskich; po kilku próbach bezskutecznych usunięcia guza przez drogi naturalne zaproponowano choremu operację wstępną, na co się ten nie zgodził.

22 października 1891 r. razem z kol. WRÓBLEWSKIM doszczętnie usunęliśmy guz—bez usypiania chorego nałożyliśmy na szypułę pętlicę metalową, guz wyjęliśmy w całości wraz z szypułą, miejsce zaś przyczepu starannie wyskrobaliśmy. Wyjęty polip był włóknisty, twardy, wielkości dużego orzecha włoskiego. Chorego obserwowaliśmy przez pewien czas, nawrotu cierpienia w ciągu roku nie było i prawdopodobnie dotąd nie ma, gdyż pacjent pozostaje w Warszawie i porady nie zasięga.

**Spostrzeżenie VI** [kol. WRÓBLEWSKIEGO]. S., 18-letni uczeń gimnazjum, z prowincyi, od kilku lat uskarża się na niemożność oddechania nosem. Przy badaniu znajdujemy: błonę śluzową muszel obrzmiała, w jamie ustnej brak języczka i części podniebienia miękkiego w postaci klina; w jamie nosogardzielowej polip włóknisty, wychodzący z podstawy czaszki, wielko-



ści małego jaja kurzego, o szypule niezbyt szerokiej. Przed rokiem usunięto choremu już część guza i wtedy po zabiegu tym pozostał defekt podniebienia miękkiego.

Bez chloroformu nałożyliśmy na szypulę pętlicę z drutu grubego; guz dał się usunąć całkowicie, miejsce przyczepu wyskrobaliśmy ostremi łyżeczkami HARTMANN'a i GOTTSSTEIN'a. Krwawienie niezbyt wielkie. Jamę nosogardzielową wytamponowaliśmy gazą jodoformową. Po kilku dniach tampon usunięto, 10 dnia po operacji chory opuścił Warszawę.

Od 3 lat pacjent jest zupełnie zdrow.

**Spostrzeżenie VII.** T., 12-letni, uczeń gimnazjum z Warszawy, oddawna cierpiał na polipy śluzowe nosowe, które kilkakrotnie były usuwane kleszczami, pomimo to oddech przez nos nigdy nie był swobodny. Przy badaniu znalazłem w jamie nosogardzielowej polipa wielkości dużej śliwki, dosyć twardego, który wychodził z górnej części nozdrza tylnego lewego. Przy pomocy kol. WRÓBLEWSKIEGO na szypulę polipa nałożyliśmy pętlicę metalową zimną i guz odjęliśmy w całości, krwawienia podczas operacji nie było, jamy nie tamponowaliśmy. Po upływie kilku tygodni jamę nosogardzielową starannie zbadaliśmy palcem i przy pomocy lusterka. Na miejscu przyczepu polipa nieznaczne zgrubienie, które zaraz zniszczyliśmy żegadłem galwanokaustycznym. Pacjent w ciągu kilku miesięcy jeszcze kilkakrotnie był badany, jednak żadnego miejsca podejrzanego w jamie nosogardzielowej nie zauważyliśmy.

**Sdostrzeżenie VIII** [kol. WRÓBLEWSKIEGO]. G., wieku lat 13, córka kolonisty z okolic Warszawy, od lat kilku uskarża się na niemożność oddechania nosem. W nozdrzu lewym w głębi i u góry znajduje się wielki polip, podniebienie miękkie wypełnione kulisto ku przodowi, po uniesieniu ku górze widać część guza śluzowo-włóknistego, który wypełnia niemal całą jamę nosogardzielową. Przy badaniu palcem stwierdzić można, że guz jest przyrośnięty do podstawy czaszki niezbyt szeroką powierzchnią i do nozdrza tylnego lewego. W 1888 r. kol. WRÓBLEWSKI na guz nałożył pętlicę metalową zimną i za pomocą silnego pociągnięcia jej bez zastosowania odgniatacza oderwał polipa od przyczepu. W ciągu kilku lat dwukrotnie nawroty cierpienia, przy ostatniej operacji zwróciliśmy szczególną uwagę na doszętne zniszczenie szypuły i od tego czasu polip nie odrasta.

**Spostrzeżenie IX** [własne kol. WRÓBLEWSKIEGO]. Kobieta, wieku lat 34, oddawna ma przeszkodę przy oddechaniu nosem. Ze strony jamy ustnej widać w gardzieli po prawej stronie języcka część zwieszającego się nowotworu; przy badaniu palcem znajdujemy w jamie nosogardzielowej polipa wielkości dużej śliwki i guz wychodzący z górnej części nozdrza tylnego prawego.

Przy pomocy kol. SAWICKIEGO i LESZCZYŃSKIEGO nałożyłem pętlicę metalową zimną i guz u podstawy odciąłem.

**Spostrzeżenie X** [własne kol. WRÓBLEWSKIEGO]. W., lat 25 licząca, zgłosiła się do mnie 4. IX. 1888 r., uskarżając się na utrudniony oddech przez nos. Nozdrze lewe od kilku lat stale zatkałe, muszle nosa nieco obrzmiałe, czerwone; w nozdrzu lewym z muszli średniej wyrasta polip śluzowy wielkości orzecha laskowego; w jamie nosogardzielowej znajdujemy polipa dosyć znacznych rozmiarów, zakrywającego całe nozdrze tylne lewe i zwieszającego się za podniebienie miękkie.

7. IX. 1888. przez lewy dolny kanał nosowy przeprowadziłem pętlicę platynową, połączoną z aparatem galwanokaustycznym; palcem wskazującym wszedłem za podniebienie miękkie i pętlicę nasunąłem na polipa aż do jego podstawy. Następnie zaciskając wolno, puściłem prąd elektryczny, polip, odpalony u samego przyczepu, spadł do gardzieli i został przez chorą wypluty. Długość polipa wyrosła 3,5 ctm., a szerokość 2 ctm.. Resztki szypuły usunąłem doszętnie.

**Spostrzeżenie XI.** Szmul K., lat 13, syn ogrodnika z Mińska, w 1888 zaczął uskarżać się na utrudnione oddechanie nosem i jednocześnie niemal wystąpiły krwotoki znaczne przez nos i jamę ustną. Chory udał się o poradę do lekarzy w Mińsku, którzy, znalazłszy w jamie nosogardzielowej guz włóknisty, wykonali najpierw w listopadzie 1888 r. choremu tracheotomię, następnie nos otworzyli w linii środkowej i guz usunęli. Po upływie 3 miesięcy polip odrósł, wystąpiły krwotoki i oddech utrudniony. W maju 1889 r. wykonano powtórny operację, ponownie zrobiono tracheotomię, przecięto podniebienie miękkie i usunięto część podniebienia twardego. Po operacji tej pozostała łączność pomiędzy jamami nosa i ustą, podniebienie miękkie rozdwojone i defekt w podniebieniu twardym. W ciągu 3 miesięcy chory czuł się zupełnie dobrze, lecz guz zwolna zaczął odrastać, po upływie roku recydywa ze wszelkimi objawami. Chory



wtedy przyjechał do Warszawy i zapisał się do kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha w styczniu 1890 roku. Chory niezmiernie bladej, wyniszczony, nosem oddechać nie może; w jamie ustnej przez otwór w podniebieniu widzimy guz wypełniający zupełnie jamę nosogardzielową i weiskający się do jam nosowych, guz włóknisty twardy, dosyć ruchomy.

9. III. 1890. prof. Kosiński nowotwór ten usunął za pomocą pętlicy metalowej zimnej. i chory wkrótce opuścił klinikę. Po roku ponownie się zjawiał z recydywą, guz znacznych rozmiarów, wyniszczające krwotoki przez nos i jamę ustną, niezmiernie utrudnione oddechanie i połykanie. Aby ułatwić choremu oddech, przed wykonaniem radykalnej operacji usunęliśmy za pomocą noży czek z jamy nosogardzielowej części guza,—krwotok znaczny, tamponacja jamy.

W czasie pobytu chorego w szpitalu zjawily się guzy w jamach: gardzielowej, nosowych i skroniowej prawej, *exoptalmus* z prawej strony; mieliśmy zatem do czynienia z guzem pozaszczękowym LANGENBECK'a. Chory niezmiernie wyniszczony.

W maju 1891 r. prof. Kosiński wykonał resekcyę osteoplastyczną szczęki górnej z prawej strony, — cięciem na twarzy zmienione przez WEBER'a. Guz usunięto doszczętnie, krwotok podczas operacji straszny.

Zabieg ten tak mozolny nie przyniósł żadnej korzyści, gdyż chory wkrótce umarł skutkiem wielkiej utraty krwi.

**Spostrzeżenie XII.** D., urzędnik z Warszawy, wieku lat 46, zgłosił się do kol. WRÓBLEWSKIEGO 7. IX. 1891 r. ze skargą na niemożność oddechania nosem. Nieżyty nosa chory miał częstą i bardzo uporczywą, przed pół rokiem jednak dopiero zjawiała się stała przeszkoda przy oddechaniu nosem, która, stopniowo powiększając się, doprowadziła do zupełnej niedrożności obu nozdrzy. W czerwcu 1890 wyjął mu kol. SOKOŁOWSKI kawałek polipa z nozdrza lewego, poczem jednak nie było żadnej poprawy. W sierpniu podczas silnego kaszlu wypadł choremu przez usta kawałek polipa, wielkości fasoli. Przy badaniu znaleziono: oba nozdrza powietrza nie przepuszczają, w prawem błona śluzowa zaczerwieniona i nieco obrzmiała, kanały jednak dosyć wielkie; z lewego nozdrza, znacznie zwężonego, widać w głębi kilka drobnych napozór zwykłych polipów śluzowych, całkowicie wypełniających światło kanałów. Przy *rhinoscopia posterior* widać guz rozlany, płaski, składający się z masy drobnych polipów, podobnej do winogrona. Guz ten zakrywa zupełnie oba otwory tylne nosa, większa część jego jest po stronie lewej, gdzie przechodzi i na strop gardzieli. Operacyę wykonaliśmy bez chloroformu, główną masę guza usunęliśmy kleszczami, resztki zaś odpowiedniemi łyżeczkami ostremi. Guz zagłębiał się w kość, którą, o ile możności, wyskrobaliśmy; drożność nosa przywrócono zupełnie. Cała jama nosogardzielowa została szczerlnie wytamponowana gazą jodoformową. Zagojenie nastąpiło w ciągu dni 18 bez żadnych powikłań. Nowotwór wyjęty, miękki, łatwo rozrywający się na kawałki, składa się z drobnych ziarenek, wielkości soczewicy, grochu, a nawet fasoli; kolor oddzielnych ziarenek różowy, przeświecający. Badanie drobnowidzowe wykazało, że jest to *adenoma destruens*. Chory miał się zupełnie dobrze do końca października 1891 r., w listopadzie wystąpił oddech utrudniony, zwłaszcza w nozdrzu lewym. Ponowne usuwanie części nowotworu kleszczami pod kontrolą lusterka nie przyniosło żadnej korzyści, recydywa na znacznej przestrzeni. Po upływie kilku miesięcy chory zapisał się do szpitala, wykonano mu czasową resekcyę nosa według CHASSAIGNAC-BRUNS'a, kość wydłutowano. Operacya nie doprowadziła do pożądanego rezultatu, wystąpiło wkrótce charłactwo i śmierć<sup>1)</sup>. [Spostrzeżenie kol. WRÓBLEWSKIEGO].

**Spostrzeżenie XIII.** Maryanna S., lat 42, żona obywatela ziemskiego, przybyła do kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha w lutym 1888 r.. Przed rokiem zauważyła, że nie może swobodnie oddechać nosem; przyczyną tego były polipy, które wypełniały cały lewy kanał nosowy, polipy te usunięto. Po 2 miesiącach napowrót wystąpiło stopniowo utrudnione oddechanie nosem, a wkrótce potem chora zupełnie nie mogła oddechać przez nos, oprócz tego od czasu do czasu przyłączyły się krwotoki znaczne z nosa.

<sup>1)</sup> Chory ten był demonstrowany w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w styczniu 1892 roku.



W czerwcu 1887 r. ponowne usunięcie p łpów z nosa, lecz poprawa trwała tylko przez krótki czas. Oprócz niemożności oddechania nosem i krwotoków znacznych, wystąpiły bóle w okolicy nasady nosa i szczęki górnej, z nosa wypływała obfita wydzielina cuchnąca; nos zgrubiał, obrzęknięty, nabrzmienie w okolicy kanałów łzowych; przez nozdrza widać guz wypełniający kanały nosowe, przegroda nosowa przedziurawiona w odległości  $1\frac{1}{2}$  ctm. od brzoget zewnętrznego. Podniebienie miękkie wypukłone, jama nosogardzielowa zajęta całkowicie przez nowotwór dosyć miękki, łatwo krwawiący. Bolesność w okolicy kanałów łzowych i szczęki górnej lewej, bóle głowy, słuch przytępiiony. Odżywianie nader upośledzone. Rozpoznano: mięsaka (*sarcoma pharyngo-nasale*) jamy nosogardzielowej z przejściem do jam nosowych.

1. III. 1888. Pod chloroformem prof. Kosiński wykonał operację. Po otwarciu nosa cięciem podłużnym w linii środkowej przekonał się, że nowotwór niszczy kości nosa, muszle, ścianę zewnętrzną lewej połowy jamy nosowej i przechodzi do *antrum Highmori*. Guz usunięto za pomocą nożyczek, łyżeczki i kleszczy, resekcya częściowa kości nosa. Po starannem oczyszczeniu jam, tamponada gazą jodoformową, szew na skórę. Przebieg pooperacyjny niezbyt dobry: wydzielina z rany obfita, cuchnąca; chora gorączkowała. Przyłączyło się rozwolnienie, bóle w karku, znaczny upadek sił. Po upływie 3 tygodni od czasu wykonania operacji na żądanie rodziny chora opuściła szpital w wysokim stopniu wyniszczenia.

**Spostrzeżenie XIV.** X., chłopiec, 18-letni, z Zamościa, uskarża się od roku na ból gardła, szczególnie przy łykaniu i niemożność oddechania nosem. Chory mówi niewyraźnie i źle słyszy. W jamach nosowych, oprócz nieżyty przewlekłego, innych zmian nie znajdujemy; migdał prawy i łuki zgrubiałe, czerwone, języczek rozdwojony. Po usunięciu podniebienia miękkiego ku górze widać, że cała jama nosogardzielowa wypełniona masą nowotworową, dosyć miękką, łatwo krwawiącą, palec z trudnością przechodzi pomiędzy podniebieniem miękkim a nowotworem; całe sklepienie i ściana tylna jamy nosogardzielowej zajęte przez guz. Przed kilkoma miesiącami część nowotworu choremu wyjęto, lecz poprawa była niewielka, oddechanie przez nos nader utrudnione. Chory zapisał się do szpitala Św. Ducha w czerwcu 1890 r., rozpoznaliśmy: *sarcoma in cavitate nasopharyngeale*. Operację wykonałem bez chloroformu, główną masę guza usunąłem za pomocą pętlicy zimnej, metalowej, resztki zaś wyciąłem kleszczami LÖWENBERG'a i starannie wyskrobałem łyżeczką. Krwawienie podczas operacji dosyć żywe. Jamę oczyściłem i wytamponowałem gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny zadawalający, stan bezgorączkowy, wydzielina mała, oddech przez nos wyborny, słuch się poprawił. Po kilku tygodniach chory opuścił klinikę niezmiernie zadowolony ze swojego stanu zdrowia. Dalsze losy jego nie są mi znane, spodziewać się jednak należy, że recydywa po pewnym czasie nastąpiła.

**Spostrzeżenie XXV.** Antoni Z., nauczyciel, wieku lat 22, od 7 miesięcy zaczął uczuwać przeszkodę przy łykaniu, po upływie pewnego czasu wystąpiła trudność oddechania nosem, jednocześnie przytępienie słuchu, szczególnie z prawej strony. W dzieciństwie Z. chorował na ospę, od 14 roku życia gruźlica limfatyczna na szyi ma obrzmiałe, w 17 roku miał ropień nad obojczykiem z lewej strony; od 2 lat zawroty głowy, a niekiedy zemdlenia. Nieżyty nosa ustawiczne, obecnie kaszel z płwociną cuchnącą, ropną, z przymieszką krwi. W ostatnich czasach brak łaknienia, trawienie upośledzone, upadek sił. W jamie nosogardzielowej guz przedzielony brózdami na części, szeroko zajmujący ściany: górną, tylną i boczne; miejscami na guzie powierzchowne owrzodzenia.

Do kliniki chirurgicznej chory przybył w maju 1890 r. rozpoznaliśmy: *sarcoma in cavo nasopharyng*. Wystająca część guza z lewej strony usunęliśmy za pomocą pętlicy metalowej zimnej od strony jamy ustnej, a drugą część ze strony nosa za pomocą kleszczy. Nastąpiła poprawa w oddechaniu i łykaniu. Chory wkrótce opuścił klinikę, nie decydując się na operację radykalną.

Jednak po upływie kilku tygodni powrócił w stanie znacznie gorszym: guz odrósł i rozszerzył się; oddech i łykanie mocno utrudnione; upadek odżywiania. Kol. BUKOWSKI bez chloroformu usunął nowotwór za pomocą kleszczy LÖWENBERG'a i łyżeczki ostrej. Krwawienie obfite, jama wytamponowana gazą jodoformową. Chory pozostawał w szpitalu; w ciągu 2 miesięcy recydywa; ponowna operacja. Stopniowy upadek sił, wyniszczenie znaczne i śmierć.



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

*(Neurosis traumatica)*

ORAZ JEJ SYMULACYI.

Napisał

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

asystent oddziału.



[Dokończenie.—Patrz Nr. 14]

Ciepłota cierpiącej i symetrycznej zdrowej części ciała, częstość tętna i oddechu, objętość członków, obszerność ekskursyi każdego ruchu stawów [porówn. tablicę THIEM'a], dynamometryczna siła rąk: wszystko to powinno być notowane w cyfrach, ażeby w ten sposób ułatwić porównanie z wynikami późniejszych badań. Rozumie się samo przez się, iż zawsze wyłączyć należy uprzednie zmęczenie fizyczne. Zmysł dotyku i bólu należy badać za pomocą faradoskórnej elektrody ERB'a, dostarczającej cyfry porównawcze. Pacjent siada przed maszyną elektryczną w ten sposób, że nie jest w stanie śledzić za przesuwaniem cewki indukcyjnej. Zmysł ciepłoty badany w przypadkach podejrzanych za pomocą tablicy do mierzenia ciepła i zimna [porówn. tablicę GOLDSCHIEDER'a]. Z cyrkla WEBER'a powinniśmy przy badaniu zmysłu umiejscawiania koniecznie robić użytek [porówn. tablicę BERNHARDT'a] i wyniki cyfrowe notować. Zmiany w sferze czuciowej najwygodniej utrzymywać na szmatach.

Co się tyczy badania zmysłu bólu, to chciałbym zwrócić uwagę na objaw, który niejednokrotnie w jednym przypadku nerwicy urazowej przychodziło mi obserwować, a mianowicie t. zw. zbiorowe uczucie bólu (*Summationsschmerz*). Przypadek dotyczył woźnicy, u którego po stłuczeniu grzbietu wystąpił silny suchy kaszel nerwowy, *irritatio spinalis*, nerwobóle międzyżebrowe, ruchowe i czuciowo-zmysłowe porażenie połowiczne ze zwężeniem pola widzenia tejże strony. Przy badaniu czucia bólowego na mostku zwróciła uwagę naszą okoliczność, że pojedyncze uklucie szpilką zarówno powierzchowne, jak i głębokie pozostało przez chorego nie zauważone, gdy dwa, trzy po sobie idące uklucia uczuwał zupełnie dobrze. Zwolnienie przewodnictwa bólu w danym przypadku łatwo było wyłączyć.

Analogicznie bólowi summacyjnemu zachowują się również niekiedy odruchy summacyjne: potrzeba 2—3 uderzeń w kolano, aby wywołać odruch ścięgniasty. W przypadkach, w których za pomocą zwykłego uderzania w ścięgno lub też po dejmowanego jednocześnie dowolnego przykurczania mięśni na górnych kończynach sposobem JENDRASSIK'a nie udaje się wywołać odruchu rzepkowego, wówczas, jeżeli tylko w ogóle odruch jest zachowany, można go otrzymać sposobem ROSEN-



BACH'a<sup>63)</sup>, polegającym na tem, że uwagę badanego skierowujemy na inny przedmiot, każąc mu np. coś głośno przeczytać podczas opukiwania ścięgna.

Badanie odruchów, czucia, siły dynamometrycznej powinno się odbywać zazwyczaj przy zamkniętych oczach chorego.

Tam, gdzie potrzeba dokonać badań elektrodiagnostycznych mięśni i nerwów, nie należy zadawać się tylko stwierdzeniem wzmózonego lub obniżonego przewodnictwa, wzmózonej lub obniżonej pobudliwości. Zawsze należy podać cyfry. Przy badaniu za pomocą normalnej elektrody STINTZING'a [3 ctm. kwadr.] orientowanie się w tablicach jest znacznie ułatwione. Stwierdzenie minimalnego drgania przy prądzie stałym i przerywanym [porówn. tablicę STINTZING'a] ułatwia wykrycie całkowitego i częściowego zwyrodnienia, traumatycznej reakcyi RUMPF'a, obniżenia pobudliwości nerwów na prąd galwaniczny i t. d.

W razie obecności drżenia należy, jak wspomniano wyżej, typ jego, rytm i rozmiary (*amplitudo*) określić za pomocą cyfr i krzywych linii.

Pole widzenia mierzymy bezwarunkowo za pomocą perimetru, głównie dlatego, że zwężenie w nerwicy urazowej bywa względnie niewielkie. O własnościach obu połówek siatkówki pod względem objawu zmęczenia [FOERSTER, KOENIG] i o powiększeniu pola widzenia [FREUND] wspomnieliśmy już wyżej. Do otrzymania mniej lub więcej pewnego pola widzenia potrzebną jest wprawa i pewien stopień inteligencyi ze strony chorego. Nieznaczne wahania perimetryczne w granicach 10°, nie należy przyjmować za objaw patologiczny. Gdy otrzymane za pomocą perimetru wyniki są dość rażące (*scotoma, sektory, hemianopsia*), wówczas powinniśmy wyświetlić je za pomocą określenia siły wzroku, refrakcyi i akomodacyi, zmysłu świetlnego, zmysłu na barwy i badania wziernikiem. Przez badanie porównawcze czucia skórniego, siły wzroku i zwężenia pola widzenia [FRANKL-HOCHWARTH] udaje się, jak widzieliśmy, z łatwością wykluczyć lub stwierdzić symulację.

„Wyniki badań bez zarzutu otrzymujemy tylko drogą usilnej pracy i dużej straty czasu; za to badacz zyskuje rzeczywiste podstawy do oceny innych zaburzeń chorobowych nerwicy urazowej [FREUND]“. Że szczegółowe badanie, gdy chodzi o stwierdzenie symulacyi, wymaga wprawnej ręki specjalisty, jest rzeczą zrozumiałą.

Nie należy również nigdy pomijać badania czynności psychicznych, a wszelkie odpowiedzi chorego skrupulatnie notować. Łatwo tym sposobem wykrywa się symulację, zwłaszcza przy tak częstych skargach symulantów na osłabienie pamięci. Wypytując chorego o to i owo, każąc mu powtórzyć niektóre większe liczby lub też wykonać niewielkie zadania rachunkowe, zawsze stwierdzimy osłabienie pamięci. Zdarza się nawet, powiada HOENIG, że niektórzy nie pamiętają wprost daty urodzenia, zapominają imiona swych dzieci, a mimo to wykazuje się, że ci sami daty i okoliczności, niezbędne przy opisie detalicznym ich nieszczęśliwego wypadku, pamiętają znakomicie. Chcąc zbadać ich pod względem pamięci liczb, należy rozmawiać o wysokości pobieranej płacy rocznej, o przypa-

<sup>63)</sup> ROSENBACH. Zur Symptomatologie der Tabes. ERLENMEYER's Ctb. [Anhang]. Jul. 1892-



dającej stąd rencie, o czasie, jaki upłynął od chwili wypadku i t. d.. Tego rodzaju częściowe zachowanie pamięci budzi zawsze podejrzenie: częściowe dysamnezye lub amnezye należą w ogóle do rzadkości <sup>64)</sup>.

Szczególnie dobrze udaje się wykrycie symulacji i osłabienia pamięci, gdy zapuścić się z chorym w rozmowę podczas mięsienia, elektryzacji lub przy badaniu jego towarzyszy szpitalnych, jednym słowem, gdy chory nie wie, że jest badany.

Że i dokładne zebranie anamnezy w nerwicach urazowych odgrywa bardzo ważną rolę, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Zebrania dat anamnestycznych, dotyczących dziedziczności, przebytych chorób, usposobienia ustrojowego, nie należy nigdy lekceważyć. Na stereotypowe pytanie „o nerwowych cierpieniach w rodzinie“ otrzymujemy od osób mniej inteligentnych zawsze prawie stereotypową odpowiedź przeczącą. Ponuczającym w tym kierunku jest materiał zebrany przez A. HOFFMANN'a. U 17 chorych z nerwicami urazowymi, którzy podawali się za zupełnie przedtem zdrowych i dziedzicznie nie usposobionych, wykrył autor przy bliższym badaniu tylko 4-ch mężczyzn nieupośledzonych dziedzicznie i zdrowych zupełnie, 10-iu pozostałych nosiło wyraźne ślady usposobienia dziedzicznego: 3 razy stwierdzono epilepsyę, 7 razy otrucie wysokowe, dwoje miało umysłowo słabe dzieci, 9-ciu było syfilitycznych [niektórzy więc dziedziczyli po kilka cierpień „*waren zwei—ja dreifach praedisponirt*“]. Tak szczęśliwymi i licznymi zdobyczami anamnestycznymi nie każdy klinicysta poszczycić się może, pożądanem jednak, a w niektórych przypadkach wprost niezbędnym jest detaliczne doszukiwanie się tego rodzaju predyspozycji: rozwiązują one nam nieraz najzawilszą kwestyę patogenezy nerwicy pourazowej u osobników rzekomo zupełnie zdrowych.

Anamnezy nie powinniśmy, jak to się często zdarza, ograniczać tylko do cierpień nerwowych przebytych lub odziedziczonych. Dawne jakieś cierpienie uszu, ciężki nieżyt żołądka, marskość nerek, rozlane stwardnienie tętnic, tak często występujące wśród klasy robotczej, wszystko to jest w stanie wywołać poważne objawy mózgowie [kongestyę, zawroty głowy, wymioty, drgawki, utratę wzroku i t. d.], symulujące nerwicę urazową. W razie istnienia przewlekłego alkoholizmu nie należy pominąć kwestyi, czy wszystkie dane zaburzenia zależą wyłącznie od urazu, czy też i od alkoholizmu. Głównie w tych przypadkach powinniśmy zwracać uwagę na dane anamnestyczne, w których względnie niewielki uraz pociąga za sobą ciężkie przypadłości. „Zadziwiającym jest fakt, powiada SCHULTZE, jakie ciężkie następstwa kładzie się nieraz na karb drobnego urazu“.

Niektórzy chorzy z obawy, aby nie utracić prawa pozyskania renty, umyślnie przeczą, że przed przypadkiem dotknięci byli objawami chorobowymi. Słusznie więc zauważa FREUND, że w tych razach nie należy wobec chorego dużej przypisywać wagi urazowi, a samą kwestyę urazu traktować na pozór powierzchownie. Wywiadom, posiadającym jako takim wielkie znaczenie, nie można nadawać pozoru zbyt urzędowego, szczególnie u wielokrotnie badanych

<sup>64)</sup> P. SOLLIER. Les troubles de la mémoire. Paris. 1892. p. 244.



chorych, słuszniej jest przystąpić natychmiast do badania fizykalnego, które tu i owdzie przeplatać należy zapytaniami, odnoszącemi się do przeszłości chorego. Pytania, dotyczące objawów zupełnie odrębnych, nie mających żadnej z chorobą styczności, ułatwiają niekiedy wykrycie symulacyi [wypytywanie się np. o bóle w obu palcach środkowych i t. p.].

Że istnieją symulanci, którzy, pobywwszy w wielu klinikach i szpitalach, zapoznawają się z całym zbiorem objawów, właściwych nerwicy urazowej, a nawet studują podręczniki specjalne i słowniki lekarskie lub pobierają naukę sztuki symulacyjnej u lekarzy (*sic!*), tego dowodzą przykłady, podane przez SEELIGMUELLER'a i HOFFMANN'a.

Przy podejrzeniu symulacyi zawsze i wszędzie pozostaje jedna i ta sama rada: szczegółowe zebranie anamnezy, bez uprzedzenia podjęte badanie i bezstronna krytyka stanu obecnego, oraz dokładna obserwacja przebiegu. Każdy przypadek wymaga studyów. W każdym oddzielnym przypadku, powiada WICHMANN, zręczność i przebiegłość ze strony lekarza powinna go przekonać o prawdomówności chorego.

Nie należy jednak zapominać, że symulacya i przesada nie są pojęcia identyczne. Przesada w histeryi stanowi prawidło, świadoma symulacya w histeryi — wyjątek. Przesada bywa niekiedy objawem choroby, niekiedy znów wynikiem braku zaufania do lekarza. „Usposobienie hypochondryczne mimowolnie prowadzi do przesady. Niedowierzenie i brutalne obejście działa w tym samym kierunku [MOEBIUS]“. objaśnienie HOENIG'a, jakoby depresya psychiczna polegała zazwyczaj na symulacyi, lub obawie wykrycia symulacyi, jest, zdaniem naszym, w wysokim stopniu jednostronnem. Sprzeciwia się temu codzienne doświadczenie kliniczne nad osobami histerycznymi i nerwowymi w ogóle.

Gdy chodzi o podejrzenie symulacyi, pod żadnym pozorem nie powinniśmy tego dać poznać badanemu, lub nawet wątpliwość czemkolwiek zaznaczyć. Do tego potrzeba niezbitych dowodów. Jeżeli symulant traci zaufanie do lekarza, jeżeli spostrzeżga, że uznają go za zdrowego, wówczas wykrycie symulacyi należy do zadań nadzwyczaj trudnych. Jeżeli się nawet jest dokładnie przekonany o symulacyi, to zanim jej nie wykażemy dowodami należycie, nie powinniśmy uważać danej osoby za symulanta. Przy stwierdzaniu, który właściwie z objawów jest symulowany, nie należy również pomijać najważniejszej pod względem praktycznym kwestyi, o ile pacjent jest zdolnym do pracy i zarobkowania. Ktoś może być dotkniętym porażeniem prawej ręki i jednocześnie symulować osłabienie lewej. Znane są, niestety, przypadki, w których z początku przyjęto przesadę lub wyrażono podejrzenie co do symulacyi, a w których później przekonano się o istnieniu nieuleczalnego cierpienia czynnościowego lub organicznego.

W przypadkach wątpliwych posługuje się zbyt rzadko, niestety, opinię swą wyrażający lekarz-ekspert będącym w rozporządzeniu jego prawem „*non liquet*“: ja nie wiem, czy chory mówi prawdę, czy też nie. „Należy mieć odwagę przyznać się do tego, gdy przypadek dany pozostaje pod względem rozpoznania niepewny, pomimo znajomości rzeczy, pomimo dokładnego i niejednokrotnie powtarzanego badania“ [WICHMANN].

Stawiając w końcu rozbieraną już wyżej kwestyę częstości symulacyi w nerwicach urazowych, musimy powrócić do wspomnianej statystyki klinicystów nie-



mieckich, z których jedni podają 33% symulacyi, inni upatrują tylko przesadę, jeszcze inni wreszcie twierdzą, iż nie spotykali się ani z symulacją, ani z przesadą.

Ciekawym jest szczegółowy rozbiór psychologiczny, jaki podają A. HOFFMANN i SEELIGMUELLER, sposobu powstawania nerwicy traumatycznej *resp.* symulacyi jej. Mniemają oni, iż symulacya i przesada zdarzają się bardzo często. Jako przyczynę takiego zjawiska podają tyle błogie z wielu innych względów prawo ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, które po części bezpośrednio, po części zaś pośrednio stwarza usposobienie do cierpienia i symulacyi. Przed uprawomocnieniem ustawy o ubezpieczeniach [np. w Austrii], a więc w czasie, gdy dotknięci urazem żadnego wynagrodzenia nie otrzymywali, każdy zmuszony był przez ćwiczenie uszkodzonej części ciała starać się uczynić ją zdolną do pracy, chcąc coprędzej zarobkować. Obecny stan rzeczy przedstawia się nieco odmiennie: każdy robotnik zna postanowienie i przepisy, do których w razie wypadku powinien się zastosować. Wie on, że po stosunkowo słabym urazie może wystąpić długotrwałe niedomaganie, pozbawiające go pracy i zarobku. Wypadki tego rodzaju zna on dobrze, a jeżeli nie zna, to przynajmniej słyszał o nich. Troska o przyszłość działa już na usposobienie chorego; staje się on przygnębnym, żyje w ciągłej niepewności, w obawie, że przysądzone mu wskutek rzeczywistej niezdolności zarobkowania wynagrodzenie będzie za małe, albo też, że będzie zupełnie pozbawiony renty. Nadzieja uzyskania wynagrodzenia działa tym sposobem powstrzymująco na wyrobienie energii, potrzebnej do wzięcia się po dłuższej przerwie do pracy. Niestalość i niepewność jego sytuacji społecznej przyczynia się więc do wywołania choroby. Tem, według PAGE<sup>65</sup>), tłumaczy się pełna na pozór sprzeczności okoliczność, że chorzy, którzy przebyli ciężkie urazy organiczne [np. złamanie kończyn], połączone z silną zapaścią, daleko rzadziej ulegają następczej nerwicy, niż osoby z mniejszem uszkodzeniem. W pierwszym przypadku oględzin i ekspertyzy dokonywa się bez wszelkich zabiegów i do sporów sądowych sprawa nie dochodzi; stan chorego zostaje bez wszelkich kwestyi uznany za ciężki, tak, iż pacjent nie pozostawia żadnej wątpliwości co do choroby i nie czuje się przeto zmuszonym przez długi przeciąg czasu zwracać uwagę na swe cierpienie, z niepokojem obserwować go, a co zatem idzie—bezwiednie przesadzać. Wstrząsy psychiczne i zmiany w usposobieniu dają tym sposobem tło, zwłaszcza u osób upośledzonych, do powstawania rzeczywistej psycho-neurozy. Te same czynniki posuwają nieraz chorego do świadomej celu przesady. By pourazową ogólną utratę siły uczynić przed otoczeniem nieco jaskrawszą, zaczyna chory przesadzać. Zamiast przez ćwiczenie i używanie uszkodzonej kończyny wyleczenie przyspieszyć, oszczędza on ją bardzo. Chory przekazuje, że się tak wyrażę, lekarzowi za pomocą mięsienia, elektryzowania, sugestyi osiągnąć to, czego sam by mógł przy dobrych chęciach dopiąć. Często też z namowy przyjaciół i doradców pokątnych próbuje chory za pomocą symulacyi otrzymać rentę. Jeżeli osobnik taki z własnej woli postanowił oszukać

---

<sup>65</sup>) PAGE. Eisenbahnverletzungen in forensischer und klinischer Beziehung. Tłomacz. z angielsk. przez PLACZEK'a. Berlin. 1892.



lub nierozmyślnie wpadł przez innych na drogę oszustwa, wówczas do koła błędnego przybywa jeszcze jeden niepomyślny czynnik psychiczny, mocno upośledzający układ nerwowy, a mianowicie: obawa, by nie zostać zdemaskowanym.

Jeżeli nadto chory, jak to się często zdarza, ma sposobność poddawać się jednemu po drugim, badaniu lekarzy, wyucza się on sztuki symulacyjnej tem łatwiej i potrafi wówczas nawet wprawnego dyagnostę w błąd wprowadzić, poznawszy podczas pobytu swego w szpitalach większość objawów, właściwych nerwicy. „Znałem, powiada THIEM <sup>66)</sup>, ludzi dotkniętych urazem, którzy byli z początku w kuracji lekarza fabrycznego, później przeszli do szpitala i po wyjściu stąd powrócili znów do pierwszego lekarza, pod opieką którego pozostawali do końca 13-go tygodnia. Następnie oddani zostali do kliniki chirurgicznej, przeniesieni do kliniki chorób nerwowych, powtórnie zwrócenii na salę chirurgiczną, uwolnieni ze szpitala, powtórnie przyjęci, przeniesieni na inny oddział chirurgiczny. W dalszym ciągu zwiedzali zakład kąpielowy, leczyli się hydropatyą i w końcu zapisali się do zakładu lekarsko-gimnastycznego“. Wędrowka taka jest najlepszą szkołą wyszukanej symulacji i przesady.

Że jest dużo i to bardzo poważnych klinicystów, którzy o symulacji, głównie zaś o częstości jej w nerwicy urazowej zupełnie przeciwne, niż HOFFMANN, SEELIGMUELLER, SCHULTZE, wypowiadają zdanie, o tem wspominaliśmy w artykule naszym niejednokrotnie. MOEBIUS <sup>67)</sup> np. uważa symulację za zjawisko dosyć rzadkie, sądzi, że tylko niedokładna znajomość histeryi postawiła kwestyę o symulacji na pierwszy plan: „symelantów spotyka się tem częściej, im mniej badacze są wtajemniczeni w psychologię“.

Kwestyę, dotyczącą symulacji, można uważać jako nierozstrzygnięty dotychczas problemat i tylko dokładne studia nad histeryą „tą wielką symulantką“ w stanie są ułatwić nam rozwiązanie tyle ciekawego zarówno pod względem praktycznym, jak i teoretycznym, pytania.

Co się tyczy rokowania w nerwicach urazowych, to nie wiele o niem mamy do powiedzenia. Większą część przyczyn długotrwałego istnienia nerwowych cierpień pourazowych trzeba szukać, jakeśmy wyżej zaznaczyli, w pewnych warunkach zewnętrznych: w otoczeniu domowym, w badaniach lekarskich, w częstem braniu udziału chorego w dochodzeniach sądowych i administracyjnych. Że rokowanie obok wzmiankowanych czynników zależy również od ogólnego stanu chorego, od istniejącego usposobienia neuropatycznego, o tem i wspominać nie trzeba. W każdym razie rokowanie bynajmniej nie jest tak złe, jak to dawniej przypuszczano. Tam, gdzie istnieją objawy cięższe i uporczywe, należy przypuszczać powikłanie nerwicy urazowej z cierpieniem organicznem ośrodkowego układu nerwowego. Znany mi jest przypadek, w którym w ciągu całych miesięcy trwały uporczywe, pod wpływem urazu [uderzenie w głowę] powstałe objawy psychiczne i nerwowe, uważane jako przypadłości, cechujące czystą ner-

---

<sup>66)</sup> THIEM. Bemerkungen zur Behandlung und Begutachtung der Unfallverletzten. Berlin. 1892.

<sup>67)</sup> MOEBIUS. Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkrankheiten Münch. med. Woch. 39. 1891.



więc urazową. Wykryto jednak później obok nerwicy urazowej niewątpliwy ropień mózgowy.

Wyniki, jakie dadzą się z pracy niniejszej wyprowadzić, są następujące:

1. Tak zwana nerwica traumatyczna bywa prawidłowo kombinacją histeryi i neurastenii. Psychozy urazowe należą do wyjątków i wskazują tło dziedziczne.

2. Podział nerwic urazowych na ogólne i miejscowe, nie odpowiadając rzeczywistości, mało wytrzymuje krytyki, zawsze bowiem sprawa dotyczy pierwszych.

3. Zdarzają się w nerwicy urazowej niektóre przypadłości obiektywne, nie poddające się wcale symulacji lub też z wielką trudnością i obecność których powinno usuwać wszelkie podejrzenie symulacji [np. koncentryczne zwężenie pola widzenia, „*Verschiebungstypus* FOERSTER'a”, astenopia ruchowa, objaw MANNKOPF'a, traumatyczny odczyn mięśniowy RUMPF'a, obniżenie pobudliwości mięśniowej na prąd galwaniczny, stały stosunek czucia skórniego do objawów ocznych i t. d.].

4. Prawo ubezpieczenia robotników z powodu nieszczęśliwych wypadków stwarza po części usposobienie zarówno do powstawania nerwicy, jak i do symulacji i przesady. W tym samym kierunku działa badanie chorego przez wielu lekarzy.

5. Kwestya, dotycząca częstości symulacji, wymaga dokładnych i szczegółowych badań i gruntownej znajomości histeryi.

6. Ponieważ badanie nerwicy urazowej wymaga specjalnego, psychiatrycznego, neurologicznego, elektrodyagnostycznego i t. p. doświadczenia i wprawy, przeto nie należy rozpoznaniu „symulacji”, uczynionemu przez lekarza nie posiadającego w badaniu tego rodzaju chorych należytej wprawy [np. lekarza fabrycznego], przypisywać zbyt wielkiego znaczenia.

Spostrzeżeń niniejszych dokonałem na oddziale D-ra GAJKIEWICZA, któremu za łaskawie udzielony mi materyał i pomoc przy opracowaniu przedmiotu składam tu serdeczne podziękowanie.

Warszawa, w sierpniu 1892 roku.

## L I T E R A T U R A <sup>1)</sup>.

Ważniejsze prace niemieckie za ostatnie dwa lata (1891—1892).

- 1) SCHULTZE. Weiteres über Nervenerkrankungen nach Trauma. Deut. Zeitschr. f. Nerv. I<sup>5</sup>, 6. 1891. — 2) LEWIK. Ueber die traum. Neurosen. Dysertacya, Erlangen. 1891. — 3) FRIEDMANN. Ueber eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung Arch. f. Psych. XXIII, 1. 1891. — 4) DUBOIS. Ueber traum. Neuros. Correspond. f. Schweizer Aerzte 17. 1891. — 5) KÖNIG. Ein objectives Krankheitszeichen bei traum. Neurose. Berl. klin. Woch. 31. 1891. — 6) OPPENHEIM. Weitere Mittheilungen in Bezug auf die traum. Neuros. Berlin. 1891. — 7) ELZHOLZ. Ueber traum. Neurose. Wien. med. Presse. 48. 1891. — 8) MÖBIUS. Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkrankheiten. Münch. med. Woch. 39. 1891. — 9) NEUMANN. Zur Kenntniss

<sup>1)</sup> Literatura tego przedmiotu jest tak obszerna, że się ograniczyć muszę na wymienieniu wyłącznie ważniejszych prac niemieckich i to tylko za ostatnie dwa lata (*Uw. autora*).



der Hysteria magna violis traumatica. Deut. Arch. f. klin. Med. XXXIX. 1 1891. — 10) FISCHER. Gesichtsfeldeinengung bei traum. Neurose Arch. f. Augenheilk. XXIV. 2. 1891. — 11) Donath. Ein Fall von traum. Neuros. Wien. med. Presse. XXXII. 19. 1891. — 12) Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen in Baden-Baden. 6—7 VI. 1891. p. Diskussye w Arch. f. Psych. XXIII. 2. 1891. — 13) BRUNS. Neuere Arbeiten über die „traum. Neurosen“. SCHMIDT's Jahrbücher. 4. 1892. — 14) OPPENHEIM. Die traumatischen Neurosen. 2 wydanie 1892. — 15) NONNE. Casuistische Beiträge zum Kapitel der Nervenunfallserkrankungen. Deut. med. Woch. 27—29. 1892. — 16) HÖNIG. Ueber Simulation und Uebertreibung der Unfallverletzten Deut. med. Woch. 19. 1892. — 17) FREUND. Ein Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage von den sog. traum. Neurosen Volk. klin. Vortr. 51. 1892. — 18) WICHMANN. Der Werth der Symptome der sog. traum. Neurose. Braunschweig. 1892. — 19) WILBRAND. Ueber die Veränderungen des Gesichtsfeldes bei den traum. Neurosen. Deut. med. Woch. 17. 1892. — 20) KOENIG. Ueber Gesichtsfelderermüdung und deren Beziehung zur conc. Gesichtsfeldeinschränkung. Neur. Ctb. 14. 1892. — 21) SCHMIDT-RIMPLER. Zur Simulation conc. Gesichtsfeld-Einengungen. Deut. med. Woch. 24. 1892. — 22) PLACZEK. Der Förstersche Verschiebungstypus, ein objectives Symptom. der traum. Neurose. Berl. klin. Woch. 35—36. 1892. — 23) KÖNIG. Ueber Gesichtsfelderermüdung. Leipzig. 1892. — 24) WILBRANDT u. SÄNGER. Ueber Sehstörungen bei functionellen Leiden. Leipzig. 1892. — 25) HÜBSCHER. Motorische Asthenopie bei traum. Neurose. Deut. med. Woch. 17. 1892. — 26) FREUND. Ueber cerebrale bedingte optische Hyperästhesie. Neur. Ctb. 17. 1892. — 26) FRANKL-HOCHWARTH. Ueber Augensymptome bei Neurosen. Wien. klin. 48. 1892. — 27) GOLDSCHIEDER. Beitrag zur objectiven Sensibilitätsprüfung bei traum. Neurose. Neur. Ctb. 12. 1892. — 28) LAUENSTEIN. Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen. Deut. med. Woch. 15. 1892. — 29) FRIEDMANN. Ein Fall von clonischen Krampf in Arm. nach Trauma. Neur. Ctb. 9. 1892. — 30) THIEM. Bemerkungen zur Behandlung und Begutachtung des Unfallverletzten. Berlin. 1892. — 31) BACH. Klinischer Beitrag zur traumatischen Hysterie. Dysertacya. Breslau. 1892. — 32) BECKER. Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach Verletzungen Berlin. 1892. — 33) GLATTAUER. Ueber Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Wien. med. Woch. 23—24. 1892. — 34) BERTOLLY. Zur Frage der traum. Neurose. Ver. Blätter. VIII. 1892. — 35) ROSENBAUM. Ueber 2 Fälle lokaler traum. Neurose. Therap. Monatshefte VI. 7. 1892. — 36) Donath. Weitere Beiträge zu den traum. Neurosen. Wien. med. Woch. 6. 1892. — 37) STRAUSS. Ueber den Werth. des MANNKOPF'schen Symptomes bei Nervenleiden nach Trauma. Berl. klin. Woch. 48. 1892. — 38) PAGE. Die Eisenbahnverletzungen. Tomacz. z angielskiego przez PLACZEK'a. Berlin. 1892.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 5 —

### 53. Bouveret i Devie. Badania kliniczne i doświadczalne nad tężyczką (*tetania*) pochodzenia żołądkowego.

BOUVERET i DEVIE ogłosili w zeszłym roku bardzo ciekawą pracę o tężyczkę pochodzenia żołądkowego. Autorowie zebrali w literaturze 23 przypadki tężyczki przy rozszerzeniu żołądka. Nie we wszystkich tych przypadkach badany był chemizm żołądka, nie mniej jednak we wszystkich, sądząc z objawów klinicznych, jak również badań pośmiertnych, rozszerzenie połączone było z ciągłym wydzielaniem się soku żołądkowego (*hypersecretio chronica*). Czynność chemiczną żołądka badano tylko w 5 przypadkach, z których w 3 znaleziono w o l n y kwas solny. Wynik ujemny, otrzymany w pozostałych dwóch, nie dowodzi bynajmniej braku w nich sokotoku, albowiem chorzy doży wymiotowali; wiadomo zaś, iż w przebiegu sokotoku, szczególnie w końcu choroby wyczerpane gruczoły wydzielają sok o małej zawartości kwasu solnego i pepsyny. Rzeczywiście, w jednym z tych przypadków badanie pośmiertne wykazało blizny po wrzodach, często, jak wiadomo, połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego.



We wszystkich przez autorów zebranych przypadkach istniały charakterystyczne dla sokotoku objawy, oprócz tego w sześciu były wymioty krwawe, które wobec nieistnienia raka przemawiały za wrzodem peptycznym. Na 23 przypadki wypadło 12 badań pośmiertnych. Wszędzie znaleziono wrzody [świeże albo też zabliznione. Nadmienić jeszcze wypada, iż w jednym przypadku autorów okazał się rak, który się rozwinął na bliźnie po wrzodzie peptycznym. Ponieważ we wszystkich 23 przypadkach tężyczki rozszerzenie żołądka połączone było z sokotokiem, autorowie więc na tej zasadzie twierdzą, że tężyczka wikła nie każde rozszerzenie żołądka, lecz jedynie rozszerzenie połączone z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego.

Tężyczka przy powyższem cierpieniu żołądka objawia się w trzech postaciach:

1. Skurecz toniczny kończyn [tężyczka w prawdziwym tego słowa znaczeniu]. Napady trwają od kilku minut do kilku godzin.

2. Tężyczka mniej więcej ogólna. Skurcze najspierw obejmują kończyny, następnie przechodzą na mięśnie twarzy, szyi i tułowia.

3. Skurecz toniczny i kloniczny w połączeniu z utratą świadomości, przypominający drgawki przy napadzie epileptycznym.

Skurecz przy tężyczce prawie zawsze jest bolesnym, a bóle mają swe siedlisko w skurczonych mięśniach. Skurcze toniczne potęgują się, a nawet mogą być wywołane przez podrażnienia mechaniczne, przez ucisk na nerwy lub naczyń porażonej części. Pobudliwość faradyczna skurczonych mięśni, jak również galwaniczna, jest powiększoną. W jednym przypadku opukiwanie okolicy nadbrzuszej wywoływało drgawki toniczne, wykręcenie tułowia ku tyłowi i zwolnienie tętna. Najgłówniejszym objawem tężyczki pochodzenia żołądkowego jest niewątpliwie skurecz, ale nie jest on jedynym. Z innych mianowicie objawów wspomnieć należy o obfitych wymiotach, duszności [brak jej tylko w pierwszej postaci], częstem i słabem tętnie i zwężeniu źrenic. Przyczyna, wywołująca tężyczkę, działa widocznie nie tylko na sferę ruchową, ale i na mózg i na ośrodki oddechania i krążenia. Rokowanie ze względu na wielką śmiertelność [69,5%] jest ciężkie.

Dla objaśnienia pochodzenia tężyczki przy rozszerzeniu żołądka istnieją trzy teorie:

1. Pierwsza teoria [KUSSMAUL] tłómaczy powstawanie tężyczki zgęszczeniem krwi, skutkiem częstych i obfitych wymiotów, jak przy cholery. Nie zawsze jednak wymioty przy tężyczce są obfite. Tętno jest małe, ale zawsze wyczuwalne.

2. Również nieprawdopodobną jest druga teoria [SÉE], podług której drgawki przy tężyczce są odruchowe wskutek podrażnienia nerwów rozszerzonego żołądka; albowiem mamy wiele innych również bolesnych cierpień żołądka, przy których jednak bóle nie wywołują tężyczki. Nieustanne wymioty ciężarnych i nerwoból żołądka zależą również od podrażnienia nerwów tego narządu, a jednak przy powyższych cierpieniach nigdy tężyczki nie zauważono.

3. Trzecia teoria, tłómacząca pochodzenie tężyczki samo-otruciem, obecnie jest powszechnie przyjętą. BOUCHARD wykazał, że nie tylko tężyczka, ale i wiele innych objawów przy niestrawności, zależy od wessania trujących produktów, powstających w rozszerzonym żołądku. Ciała trujące przy tężyczce nie są jednak, zdaniem BOUVERET'a i DEVIE'a, produktami przemiany materii drobnoustrojów, albowiem tężyczka nie powstaje nigdy w warunkach najwięcej dla rozwoju drobnoustrojów odpowiednich, jak np. przy owrządzeniu rakowem połączonem z rozszerzeniem; natomiast towarzyszy ona ciągłemu wydzielaniu się soku żołądkowego, gdzie stopień kwaśności podczas sprawy trawienia dochodzi



nieraz do 4—5 %. Według BOUVERET'a i DEVIE'a zatrucie przy tężyczee zależy raczej od ciała czysto chemicznego, wytwarzającego się w żołądku przy szczególnych warunkach.

Rozbiorowi tych warunków i istoty ciała trującego poświęcona jest druga część powyższej pracy BOUVERET'a i DEVIE'a. Punktem wyjścia dla autorów posłużyła peptotoksyna BRIEGER'a. Ostatni, jak wiadomo, otrzymał ze soku żołądkowego peptotoksynę i uważał ją za prawidłowy produkt trawienia, tworzący się równoległe z peptonami.

Pierwsze doświadczenie w tym kierunku autorowie przeprowadzili z zawartością żołądka dotkniętego sokotokiem i nadkwaśnością. Zawartość żołądka wstawiono do termostatu na dwie doby przy cieplocie 39° C., następnie ją cedzono. Otrzymany w ten sposób zlekką różowy przesącz w ilości 300 ctm. sześć. wykazywał kwaśność 0,5183% i dawał wyraźny odczyn na wolny kwas solny. Po odparowaniu płynu na kąpeli wodnej do sucha, wyciągano czarno-brunatną pozostałość za pomocą absolutnego wysokoku w ciągu 14 godzin, następnie wyciąg cedzono. Na filtrze znaleziono nierozpuszczalną w wysokoku pozostałość, roztwór zaś wysokokowy, koloru brunatnego, powtórnie odparowano na kąpeli wodnej i pozostałość w ilości 2,613 grm. rozpuszczono w 50 ctm. sześć. wody przekroplonej, każdy przeto ctm. sz. zawierał 52 mlgrm. wyciągu wysokokowego. Przy wstrzykiwaniu do żył dawka 0,22—0,11 na jeden kilogram wagi ciała wywoływała drgawki u królika, podskórne zaś wstrzykiwania daleko większych dawek nie wywoływały drgawek. Chcąc wykryć przyczynę, wywołującą drgawki, należało przedewszystkiem zbadać wszystkie różnorodne składniki zawartości żołądkowej, użytej do doświadczeń. Szczegółowe badania z kwasem solnym rozmaitego stężenia, z wodą przekroploną, wyskokiem, solami mineralnymi, mięsem, białkiem kurczem i peptonami przekonały autorów, że dawka potrzebna do wywołania drgawek dla każdego z wymienionych ciał przewyższa o wiele ich zawartość we wstrzykiwanym płynie. Dalsze poszukiwania doprowadziły autorów do ciekawego faktu, mianowicie: iż z zawartość żołądkowa, z arównonaturalna, jak sztuczna, w tedy tylko wywołać może drgawki, kiedy zawiera nadmiar kwasu solnego, t. j. HCl wolny. Własności tej nie posiada zawartość żołądkowa, w której, pomimo znacznych nawet ilości związanego kwasu solnego, brak zupełnie HCl wolnego, jak również zawartość, w której całkowity wolny HCl został przed odparowaniem zubożniony za pomocą ługu. Przy odparowywaniu na kąpeli wodnej zawartości żołądkowej, wykazującej wolny HCl, otrzymujemy pozostałość brunatną [wobec dużej ilości wolnego HCl prawie czarną], wyciąg zaś wysokokowy tej pozostałości posiada swoisty zapach i własności trujące. Natomiast zawartość żołądkowa, w której się znajduje wyłącznie kwas solny utajony, daje po odparowaniu jasno-żółtą pozostałość, a wyciąg wysokokowy tej ostatniej nie posiada ani specyficznego zapachu, ani też własności trujących. Stąd BOUVERET i DEVIE wnioskują, że część kwasu solnego wolnego przy odparowywaniu zawartości żołądkowej na kąpeli wodnej powtórnie się łączy z peptonami, tworząc z nich ciało trujące, rozpuszczalne w wysokoku. Kwas solny wolny inaczej się zachowuje przy odparowywaniu wobec ciał białkowych, niż w roztworach wodnych, przeto metoda HAYEM'a i WINTER'a do określania wolnego i utajonego kwasu solnego w żołądku na fałszywej opiera się zasadzie. Wolny kwas solny nie jest jednak jedynym czynnikiem potrzebnym do otrzymania peptotoksyny, gdyż nie mniejszą rolę tu odgrywa, zdaniem autorów, również wyskok. Brunatna pozostałość, która się otrzymuje po odparowaniu zawartości żołądkowej, wykazującej wolny kwas solny, sama przez się nie jest trującą [t. j. wyciąg wodny nie jest trującym i drgawek nie wywołuje], a staje się nią dopiero po wyciągnięciu za pomocą wysokoku. Dodać jeszcze należy, że dla otrzymania peptotoksyny niekonieczną jest wysoka ciepłota kąpeli wodnej [100° C.]; albowiem



przez długie odparowywanie do sucha w termostacie przy ciepłocie 39° C. również można otrzymać wyciąg wyskokowy, działający toksycznie, a działanie tego jest nawet silniejsze.

Z powyższego wynika, że peptotoksyna nie znajduje się w zawartości żołądka jako prawidłowy produkt trawienia, lecz wytwarza się przez oddziaływanie wolnego kwasu solnego na peptony w końcu wyparowywania i przez następcze wyciąganie za pomocą wysokoku.

Otóż, z trzech czynników niezbędnych do wytworzenia peptotoksyny dwa, mianowicie: wolny kwas solny i peptony, znajdują się przy rozszerzeniu połączeniem ze sokotokiem, trzeci zaś — wyskok — zostaje wprowadzony z zewnątrz. Stąd wniosek ważny dla leczenia, że chorzy, dotknięci rozrzerzeniem żołądka wraz z sokotokiem, powinni unikać napojów wyskokowych. Fakt, że tęczyzka, bądź co bądź, jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, pomimo że często nie brak warunków niezbędnych do wytworzenia peptotoksyny, zależy prawdopodobnie od tego, iż nagromadzające się w żołądku masy pokarmowe zostają wydalane przez wymioty, albo też przez zgłębnik żołądkowy.

(*Revue d. med.* 1992).

S. Mintz.

#### 54. D-r Schwartze. O symfizeotomii.

Zarzucona od lat wielu symfizeotomia ostatnimi czasy znowu zwraca na siebie uwagę w kołach lekarskich. Pomyślne wyniki, osiągnięte z tego rękoczynu przez włoskich i francuskich akuszerów, skłoniły D-ra Schwartze'go do zabrania głosu w tej sprawie.

Autor wykonywał rękoczyn ten na trupach kobiet różnego wieku i doszedł do wniosków następujących: a) przecięcie spojenia łonowego jest operacją podwzględem technicznym łatwą, z wyjątkiem chyba w przypadku skostnienia chrząstek; b) szpara pomiędzy obu końcami spojenia łonowego, jaka powstaje po przecięciu tegoż, nie przewyższa 6 mm. i dochodzi do 2, nawet 5 ctm., skoro rozpychać zaczniemy rozstawione i zgięte w kolanach dolne kończyny; c) nie należy przecinać więzów łukowatego dolnego (*lig. arcuatum*) w obawie zranienia znaczniejszych pni żylnych.

Powiększenie wymiarów miednicy objaśnia w ten sposób: zamiast wymiaru przodkowego prostego (*conjugata vera*) otrzymujemy dwa nowe wymiary, t. j. dwie linie, łączące oba końce przeciętego spojenia z wżórkciem kości krzyżowej (*promontorium*). MORISANI i BOUCHACOURT dowiedli matematycznie, że wymiar przednio-tylny wydłuża się o dwa razy tyle milimetrów, ile centymetrów zawiera szpara pomiędzy końcami spojenia. *Maximum* wydłużenia = 1,5 ctm.. Więcej jeszcze wydłużają się wymiary poprzeczne, skośne zaś nieco mniej.

Technika samej operacji jest prosta. Rodzącą układa się jak do zwyczajnej operacji akuszeryjnej, pomocnik rozpycha kończyny przez ucisk na krętarze; po włożeniu cewnika do pęcherza prowadzi się cięcie skóry nieco wyżej górnego brzegu spojenia, sięgające ku dołowi aż do lechtaczki. Miękkie części [po uprzednim ogoleniu i starannem zdezynfekowaniu] przecina się do kości, po oddzieleniu lub nacięciu przyczepów mięśni prostych i *mm. pyramidales* operujący przedostaje się palcem wskazującym lewym po za spojenie i przecina je w kierunku od tyłu i z góry ku przodowi i na dół. Otrzymawszy w ten sposób powiększenie wymiarów miednicy, czekamy na rozwiązanie samoistne lub ułatwiamy je za pomocą kleszczy. Prócz zeszyticia części miękkich, należy zawsze spoić szwem chrząstki, samą zaś miednicę unieruchomić przez nalożenie mocnego bandaża na kilka tygodni.

Statystyka wykazuje, że z ogólnej liczby 36 przypadków, w 34 otrzymano dzieci żywe, ważące od 3100—5000 grm., przy wymiarze prostym czasami = 6,5 ctm.. Stan zdrowia położnic był zupełnie zadawalający, przebieg okresu połogowego wogóle pomyślny, końce spojenia zrastały się w ciągu 4—6 tygodni, a w niektórych przypadkach po upływie 7—15 dni. Nakładanie kleszczy po dokonaniu symfizeotomii ma być niezwykle łatwe.



Co do wskazań dla symfizeotomii autor czyni następujące uwagi: 1) rękoczyn powinien być dokonywany w tych tylko przypadkach, w których długość wymiaru prostego (*conj. ver.*) u rodzącej waha się pomiędzy 8,8—7,5 ctm.; wówczas po dokonanej operacji dziecko rodzi się samo przez się; 2) do operacji nadaje się zwykła płaska miednica, której wymiar prosty zazwyczaj nie przenosi 8 ctm.; 3) równomiernie ogólnie zwężona miednica, gdzie zwężenie prostego wymiaru nie przewyższa 2 ctm.; 4) teoretycznie operacja przedstawia najlepsze widoki dla poprzecznie zwężonych miednic, gdzie wymiary poprzeczne najbardziej powiększają się po przecięciu spojenia łonowego; 5) w przypadkach mięknięcia kości miednicy [2 spostrzeżenia SPINELLI'ego]; 6) przy zbyt wielkich rozmiarach dziecka, a miednicy prawidłowej; 7) wreszcie w razie czołowego lub twarzowego położenia płodu, kiedy na obrót jest już zapóźno, a kleszcze dla życia dziecka za niebezpieczne uważamy.

Kiedy symfizeotomia zastąpić może inne rękoczyny? *α*) Zestawiając ze sobą cięcie cesarskie i symfizeotomię, zrozumiemy łatwo, że ta ostatnia przedstawia nierównie mniejsze niebezpieczeństwo dla rodzącej, jest o wiele łatwiejszą do wykonania i daje możność samoistnego rozwiązania ciężarnej. A więc przy *conj. vera* nie mniejszej, niż 7,5 ctm., przewaga symfizeotomii nad cięciem cesarskim jest widoczną. *β*) Też samą wyższość ze względu na życie dziecka ma symfizeotomia w porównaniu z przedwczesnym sztucznym porodem, który wywoływać należy, gdy długość wymiaru prostego u ciężarnej objęta jest w granicach 8,8—7,5 ctm.. *γ*) W porównaniu z wymóżdżeniem symfizeotomia jest niezaprzeczenie lepszym rękoczynem, którego dokonać trzeba wtedy, gdy *conj. vera* nie jest krótszą nad 7,5 ctm., a kleszczy nałożyć niepodobna, z powodu ruchomości główki lub nieodpowiedniego jej ustawienia się. Przecięcie chrząstki łonowej powinno ostatecznie wyrugować wymóżdżenie szczególnie tam, gdzie żywe dziecko wymóżdżać musielibyśmy.

(Berlin, klin. Wochenschr. Nr. 8—9. 1893).

K. Nicdzielski.

### 55. Albarran. Symfizeotomia u mężczyzny w celu częściowego wycięcia pęcherza moczowego.

Dnia 17. I. 1893 przedstawiał autor na posiedzeniu Akademii Lekarskiej (*Academie de Médecine*) 31-letniego mężczyznę, któremu wykonał wyżej zatytułowaną operację. Przed 3 lataj usunięto mu szypułkowaty guz pęcherza przez cięcie nadłonowe. Po roku powtórzyły się krwawienia, a badanie pęcherza za pomocą cystoskopu wykazało obecność nabłoniaka (*epithelioma*), osadzonego z prawej strony dolnej części pęcherza niedaleko szyjki.

Operacji dokonano w sposób następujący: do cięcia, zaczynającego się nad spojeniem łonowym w smudze białej i sięgającego do podstawy prącia, dodano 2 rozbieżne na prawo i na lewo, tworząc ranę w kształcie przewróconej litery Y. Prącie oddzielono wraz z przyczepami od spojenia. Wówczas wprowadzono do rany powłok brzusznych ekarter, chroniąc tym sposobem pęcherz podczas przecięcia spojenia. Przez zgięcie i szerokie rozsunięcie kończyn dolnych kości łonowe rozwarły się tak, iż powstała między nimi szpara, szerokości 42 milimetrów.

Wówczas z wielką łatwością wycięto duży kawałek dolnej części prawej strony pęcherza. Ten ostatni zamknięto szwem dwupiętrowym i włożono do niego cewnik na stałe.

Chory 17 dni po operacji pozostawał w przyrządzie BONNET'a. Przebieg bardzo pomyślny. Tylko 23-go dnia utworzyła się nad spojeniem łonowym przetoka moczowa, która sama przez się zamknęła się wkrótce.

Po zagojeniu chory mógł pozostawać 3 godziny, nie oddając moczu.

(La Semaine Médicale. Nr. 4. 1893).

A. Leśniowski.



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

## Otrzymaliśmy od kol. Biernackiego list następujący:

W kwestyi znalezienia laseczników cholerycznych w wodzie lubelskiej. W Nr. 12-ym „Medycyny“ z roku bieżącego w artykule kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO: „O dwóch nowych gatunkach laseczników przecinkowatych w wodzie“, znajdujemy zdania następujące:

„Wyniki poszukiwań co do znajdowania się laseczników cholery w wodzie były zwykle ujemne; nie mniej jednak kilku badaczy doszło do pozytywnych wyników i ogłosiło, że przecinek cholery znajduje się w wodzie i że z nią się epidemia rozszerza“.

„Mamy tutaj na myśli przedewszystkiem dwa komunikaty tego rodzaju: E. BIERNACKIEGO w Gazecie Lekarskiej i C. FRAENKEL'a w *Deutsche med. Wochenschrift*. Nie będziemy przesądzali ścisłości tych poszukiwań i nieomyślności rozpoznania; chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że pomyłki były możliwe. *Errare humanum est*, a jako przyczynę do wyjaśnienia możliwości podobnych pomyłek przytaczamy poniżej opis dwóch gatunków, które w pierwszej chwili nawet wprawnego badacza w błąd wprowadzić mogą“.

Znaczenie tego ustępu jest aż nadto zrozumiałe i wyraźne. Oczywiście, według kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO, fakty podane przez C. FRAENKEL'a i przezemnie nie są wiarogodne. Że jednak podobne podawanie w wątpliwość wyników badania nie tylko C. FRAENKEL'a, którego znamy jako jednego z pierwszych bakteriologów i którego omawianych badań nikt z najkompetentniejszych autorów do tego czasu nie pozwolił sobie nazwać pomyłką, ale i moich wyników, choć nie pisuję prac bakteriologicznych, jest ze strony kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO, co najmniej, bardzo śmiałe i w kwestyach naukowych, zdaje się, mało praktykowane. Że znalezienie dwóch gatunków laseczników przecinkowatych najmniejszego prawa do powyższego wystąpienia kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO nie dawało, dowodzi, co następuje.

Przedewszystkiem małego znaczenia jest fakt, że znalezione laseczniki (*bacter. choleroïdes*  $\alpha$  i  $\beta$ ), na preparatach drobnowidzowych są uderzająco podobne do prątków cholerycznych: bo, po pierwsze, wody lubelskiej drobnowidzowo nie badałem; podrugie, co najważniejsza, li tylko z preparatów drobnowidzowych cholery rozpoznawać nie wolno. Ale na płytkach żelatynowych lasecznik  $\alpha$  daje „po 24 godzinach bardzo małe, okrągławe, szarawe, drobnoziarniste kolonie, posiadające wyraźne, ostre kontury; po dwóch dniach ziarnistość staje się wyraźniejszą, ostre dotychczas kontury powoli się zacieraają, kolonia rozpada się bardziej ziarnista, przybiera barwę żółtawą i t. d.; zaś gatunek  $\beta$  daje po 24 godzinach na płytkach małe, okrągłe, drobnoziarniste, zielonkawo-żółtawe, wyraźnie zarysowane kolonie“ i t. d.. Tymczasem ja piszę: „Już dnia następnego oglądaliśmy na nich liczne punkciki, jakby drobne pęcherzyki, a w dobie potem nie ulegało wątpliwości, że przynajmniej dwie trzecie z kolonii rozwiniętych na płytkach były koloniami cholerycznemi; mieliśmy bowiem pod drobnowidzem nierówne, wygryzione brzegi kolonii i ich silną ziarnistość, jaśniejszy brzeg pełny, a już nawet gołym okiem zauważyć można było rozrzedzenie żelatyny na około nagromadzeń drobnoustrojów, przedstawiające się pod szkłem z zewnątrz jako drobne pęcherzyki powietrza“.

Pomijam jnż drobniejsze cechy, odróżniające już na płytkach, według autorów, spirylle choleryczne od laseczników  $\alpha$  i  $\beta$ . W hodowlach kłutych oba te gatunki są, według kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO, bardzo podobne do hodowli cholerycznych, choć i w tym względzie autorzy podają kilka cech wyróżniających. Ale dalej piszę: „po zaszczepleniu hodowli na bulionie utworzył się kożuszek“ i dodam, że bardzo prędko, bo po 2—3 dniach, gdy „gatunki  $\alpha$  i  $\beta$  w bulionie rosną bardzo wolno“ i „błonekę na powierzchni wytwarzają bardzo późno, dopiero po dwóch trzech tygodniach“.

Tym sposobem wszystkie dane, przytoczone w moim artykule, dowodziły, że „woda badana zawierała spirylle choleryczne“, a innych i lepszych dowodów nad hodowle na płytkach, hodowle Przez nakłucie i bardzo ważne hodowle bulionowe w tym kierunku nie mamy. Dodam, że otrzymałem i na kartofiu, o czym w artykule swym wzmiankować zapomniałem, a o czym zresztą,



wspomniał kol. W. JANOWSKI <sup>1)</sup> w innym miejscu. Przypomnę, że szczepiłem wodę przy świadkach, że badanie było przeprowadzone w instytucji naukowej pod kontrolą zwierzchników teź: prof. BRODOWSKIEGO i PRZEWOSKIEGO, że oprócz kol. W. JANOWSKIEGO, który zawsze w mojej obecności stronę techniczną badania łaskawie wykonywać raczył, hodowle płytkowe i inne oglądali i stwierdzali inni kompetentni koledzy, jak: kol. JAKOWSKI, DMOCHOWSKI, PRUSZYŃSKI i inni, że nareszcie rzecz całą przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskiem.

Z jednej strony przytoczyłem więc w swoim artykule wszystkie możliwe dane, dowodzące i czyniące wiarogodną autentyczność spostrzeżenia. Z drugiej strony wyciągi z artykułu kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO wykazują, że cechy znalezionych przez nich laseczników nie wprawnych, ale przeciwnie nie wprawnych zupełnie, nie obznajomionych z podstawami badania i ograniczających się przy dowodzeniu cholery na jednym rodzaju hodowli, w błąd wprowadzić mogą.

Przy takim stanie rzeczy wystąpienie kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO równa się posądzeniu, że pisałem nie to, co widziałem, albo pisałem to, czego zupełnie nie widziałem. Wolno zapewne każdemu myśleć, co mu się podoba, ale nie ma się prawa w druku powątpiewać o fakcie, gdy się nie ma najmniejszych podstaw do tego. Wobec tego przeciw wystąpieniu kol. O. BUJWIDA i W. ORŁOWSKIEGO publicznie zaprotestować muszę.

Monopolu na znajdowanie laseczników cholerycznych nawet sam KOCH brać na się nie może.  
E. Biernacki.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie dodatkowe d. 31. I. 1893 r..

SOLMAN przedstawił chorą 16-letnią dziewczynę po operacji *osteotomia supracondylica utriusque femoris*, dokonanej według sposobu MAC EWEN'a z powodu znacznego obustronnego *genu valgum rhachiticum*. Wynik tej operacji był zupełnie zadawalającym tak pod względem kosmetycznym, jak i czynnościowym. Zalety tego zabiegu stanowią: 1) skierowanie operacji do miejsca, w którym zachodzą główne zbroczenia chorobowe, 2) łatwość metody, 3) brak powikłań przy wykonaniu jej aseptycznie, 4) brak powrotów, 5) leczenie niedługie [3 miesiące], po którym chory chodzić może zupełnie prawidłowo bez użycia przyrządu ortopedycznego. Podnoszony niejednokrotnie fakt, że kończyna przybiera po operacji MAC EWEN'a formę podobną do bagneta, usuwa się przez odpowiednie leczenie pooperacyjne, zwłaszcza jeżeli, idąc za radą REGNIER'a, nie dokonywa się zupełnego wyprostowania kończyny: po operacji należy na 10 dni założyć opatrunek unieruchamiający w położeniu pierwotnym i dopiero po słabem spojeniu kości wykonywać z wolna w ciągu 10—12 dni wyciąganie, zawieszając stopniowo coraz większe ciężary, aż do zupełnego jej wyprostowania; następnie dopiero nakłada się stały opatrunek unieruchamiający, który się pozostawia aż do zupełnego skostnienia w miejscu osteotomii. Wreszcie przez zastosowanie kąpeli i mięsienia doprowadza się staw do wykonywania ruchów prawidłowych.

POLAK odczytał obszerny referat p. t.: Sprawozdanie z ostatniej epidemii cholery. Streściwszy w zarysie historję pandemii cholerycznych i zaznaczywszy niezgodność w oznaczeniu ich początku i końca u różnych autorów [CUNNINGHAM, FAYRER, PROUST, ARCHANGELSKIJ], mówca przeważnie ograniczył się do epidemii w naszym kraju obserwowanych. Twierdzenie MALEKA, jakoby I epidemia z r. 1831 rozpoczęła się w kwietniu, na podstawie wyszukanego i opracowanego przez się cennego materiału z akt archiwum b. Komissji spraw wewnętrznych i Rady Lekarskiej, o tyle prostuje, że wzmiankowana epidemia wybuchła w końcu marca 1831 roku, w twierdzy Zamość, a od 10 kwietnia po bitwie pod Iganiami rozszerzyć się miała na wszystkie wojska ruchome. Przytoczone dosłownie raporty głównego sztab-lekarza armii narodowej, Kaczkowskiego, uprzyomniają pierwsze przypadki cholery tak pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym. Z innych akt POLAK miał możność przedstawić ówczesne pojęcia o środkach profilaktycznych, ich stosowanie oraz działalność Centralnego Komitetu Zdrowia. Pierwsza epidemia nie zakończyła się

<sup>1)</sup> Porówn. Nowiny Lekarskie Nr. 2 i 3 z r. b.



w r. 1831, lecz, aczkolwiek w małym natężeniu, przetrwała do r. 1837, w którym znowu wielkie przybrała rozmiary w Warszawie. Pomijając przypadki sporadycznie lub epidemię bardzo małego natężenia, POLAK zalicza do lat, w których panowała cholera w Królestwie, lata: 1831, 1832, 1836, 1837, 1848, 1849, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1866, 1867, 1870, 1871, 1872, 1873 i 1892; na podstawie absolutnych cyfr chorych i zejść śmiertelnych, zestawionych w tablicach graficznych, dochodzi do przekonania, że najwężłowniejsza epidemia w Warszawie panowała w r. 1852 [11,042 chorych i 4,707 zmarłych] i że co do natężenia inne epidemie następująco można ugrupować w porządku następującym: r. 1867, 1873, 1848, 1855, 1831, 1866, 1837, 1849, 1872 i 1892.

Następnie kol. POLAK opisał pochod obecnej epidemii europejskiej. Ogólną ilość chorych w Cesarstwie na podstawie danych, zebranych przez ostatni zjazd odbyty w Petersburgu, wynosi przeszło 1/2 miliona, ilość zaś zmarłych przeszło 1/4 miliona. Najwięcej zachorowało osób we wrześniu, najwięcej ucierpiała gub. Saratowska [41,887 chorych, 21,091 zmarłych]. W Królestwie zachorowało ogółem 8,703, zmarło 3,808, a z tej liczby na gub. Lubelską przypada 5,693 chorych i 2,275 zmarłych. Ze statystyki, zebranej przez prelegenta, odnośnie do ilości przypadków, danych rozpoznawczych i przebiegu klinicznego, okazuje się, że wszystkich przypadków cholery w Warszawie było 179 [mężczyzn 98, kobiet 81, dzieci do lat 5—28; chrześcijan 126, żydów 53]. Zmarło osób 75. Na Szmulowiznie, świeżo do miasta włączonej, było 56 przypadków cholery, po za obrębem miasta 23 [8 z gminy Czyste], podług zajęć najwięcej zapadali wyrobnicy [31], najstarszym z objawów była obecność spiryllów Kocn'a. Jakkolwiek w 5 przypadkach nie wykryto przecinkowców, to jednak rozpoznanie na podstawie objawów klinicznych nie ulegało wątpliwości. Pod tym względem mówca zaleca ostrożność w dyagnozie i nie zgadza się na stawianie rozpoznania cholery tylko w razie wykrycia pasożytów; wykrywano bowiem cholere swojską na podstawie braku charakterystycznych cech pasożytów [GUTTMAN, FÜRBRINGER] w przypadkach, przebiegających ze wszystkimi objawami okresu zamartwiczege, a po kilku godzinach od początku zachorowania zakończonych śmiercią. W liczbie 179 przypadków figuruje 26 u ludzi, którzy pili wodę niefiltrowaną z Wisły. Ten wpływ wody jest niewątpliwy, choć na podstawie teorii pasożytniczej objaśnić się nie daje, a może być uważany za warunek usposabiający do infekcji. Z drugiej zaś strony niemałe może mieć znaczenie wilgotność gruntu, za czem przemawia przeważna ilość przypadków cholery na Powiślu, w poprzednich epidemiach suchą drogą przeniesionych. Umiejscowienie epidemii przeważnie na Szmulowiznie, pomimo bezustannych stosunków z Warszawą, przemawia za wpływem miejscowości, podnoszonym przez PETTENKOFER'a. Przyczyny odporności samego miasta na inwazyę cholery upatruje POLAK w osuszeniu gruntu przez kanały, wprowadzeniu czystej wody filtrowanej i w zastosowaniu środków sanitarnych.

## Wiadomości bieżące.

— Z dwu głównych metod chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej — cholecystotomii i cholecystektomii — ostatnia, usuwając wprawdzie możliwość ponownego powstania kamieni, zmienia jednak przechodzenie żółci do przewodu kiszkiowego z peryodycznego na ciągłe, wskutek czego podczas trawienia kiszkiowego na masy pokarmowe działa tylko nieznaczna ilość żółci. Pytanie, czy i o ile takie zmienione warunki wpływają na trawienie wogóle, a w szczególności na chłonięcie tłuszczów, ROSENBERG stara się rozwiązać drogą doświadczenia. Psu średniej wielkości dawał on codziennie 50 grm. szmalcu, 40 grm. ryżu oraz 40 grm. proszku mięsnego. Określono w tej porcy i zawartość tłuszczów i azotu, a co 4 dni określano ilość tych ciał w kale. Po dwunastu dniach Przerwano doświadczenie, które wykazało, iż zwierzę przyswajało w warunkach normalnych 98,18—98,66% tłuszczu i 95,40—95,75% N. Po tygodniu wycięto temu samemu psu pęcherzyk żółciowy, zostawiając zaledwie bardzo niewielki kawałek przewodu pęcherzykowego. Po 10 dniach, kiedy zwierzę miało się już zupełnie dobrze, powtórzono ściśle poprzednie doświadczenia i przekonano się, iż teraz odsetka wchłanianego tłuszczu wynosiła 97,69—98,53%, a przyswajanego azotu 93,50—95,14%. Po zabiciu głodzonego następnie zwierzęcia stwierdzono bardzo nieznaczne rozszerzenie pozostawionego kawałka przewodu pęcherzykowego; błona śluzowa kieszek cienkich na całej długości po-



krętą była żółcią. Tak więc, wnioskuje autor, wycięcie pęcherzyka żółciowego nie wpływa wyraźnie na trawienie: żółć po tej operacji przechodzi do przewodu kiszkiowego ciągle, pozostawiony kawałek przewodu pęcherzykowego nieznacznie się rozszerza, a szerokość innych dróg żółciowych pozostaje niezmienną. (*Pflüger's Arch. f. Physiol.* 53. Bd., 9 u. 10. Hft. 1893). A. K.

— Szanownych Kolegów, nadsyłających łaskawie do naszego pisma artykuły, zarówno oryginalne, jak i sprawozdania, najusilniej prosimy o czytelne, wyraźne, szerokie pismo, z obszernym marginesem lub *pagina fracta*.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24-tym czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go Czerwca r. b.. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia  
D-r J. Rogowicz.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18-tym Lutego 1894 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie 95 rs: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo — w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albe też — w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15-go grudnia 1893 r.. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w guberniach Królestwa Polskiego], przesać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia  
D-r J. Rogowicz.

## 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 Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Апрелья 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.