

# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU TERAPEUTYCZNEGO D-RA T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. RZADKI PRZYPADEK HISTERYI U MŁODEGO CHŁOPCA.

(*athetosis duplex hysterica, paralysis glosso-labialis hysterica*).

Podał

**Tadeusz Jasiński.**

Niema prawie choroby, któraby dawała tyle różnorodnych objawów, jak histerya. Brak konsekwencji, brak jakiegokolwiek bądź anatomicznego związku i zależności objawów nerwowych od anatomii układu nerwowego jest cechą charakterystyczną dla histeryi.

Zamierzam tutaj przedstawić przypadek histeryi u chłopca, którego mieliśmy sposobność obserwować na naszym oddziale. Przypadek ten zasługuje na wagę z jednej strony ze względu na oryginalność czynnika wywołującego (*agent-provocateur*) wybuch choroby, z drugiej znów strony ze względu na niektóre rzadkie stosunkowo objawy, któreśmy tu zauważyć mogli. Grzegorz S..., lat 13, zapisał się na nasz oddział d. 5 paźdz 1894. r. Według danych, zebranych od jego rodziny, a później od niego samego, gdy zaczął przychodzić do zdrowia, dowiedzieliśmy się następujących szczegółów o początku jego choroby: przed 4-ma tygodniami Sad..., będąc zupełnie zdrow, pasł bydło w lesie i zasnął. Śniło mu się wtedy, że bydło weszło w szkodę i że jakiś człowiek gonił za nim i zdarł mu czapkę. To go tak bardzo przeraziło, iż obudził się nagle. Po przebudzeniu się spostrzegł, że mu nogi zdrętwiały i że nie może chodzić i mówić. Jakaś fura odwiozła go do domu, gdzie leżał 4 tygodnie, leczony przez wiejskich znachorów. Ból głowy, który dokuczał mu bardzo z początku, powoli ustąpił. Władza jednak w nogach i rękach i zdolność mówienia ciągle się pogorszały. Wtedy to rodzina oddała go do szpitala.

Ojciec, stary wojskowy—żebrak. Matka dawno umarła. Chory ma starszego brata zdrowego zupełnie i dwie siostry, z których jedna zdrowa i rozsądna, druga młodsza [lat 16] zezowata i głupowata.

*Status praesens.* S. jest zbudowany normalnie, jasny blondyn, wzrostu małego. Badanie płuc, serca i narządów brzusznych nie wykazuje żadnych zmian. Badanie układu nerwowego dało następujące dane: powonienie i wzrok prawidłowe. Pole widzenia nie zwężone. Wszystkie ruchy gałek ocznych prawidłowe.

Czuciowe gałązki nerwu trójdzielnego są w stanie prawidłowym, niema bowiem żadnych zmian czuciowych na czole i na twarzy. Gałązka ruchowa nerwu trójdzielnego także nie przedstawia żadnych zaburzeń: chory szczęką może swobodnie wykonywać wszelkie ruchy i gryzie dobrze. Górne gałązki nerwu twarowego zdrowe: chory mógł marszczyć i podnosić brwi, natomiast dolne gałązki *n. facialis* porażone: chory wargami nie mógł prawie ruszać, nie mógł nadać policzków i dmuchać, zębów wyszczerzyć także nie mógł. Przy pierwszym jednak badaniu zaraz zauważono, że chory, który zębów wcale wyszczerzyć nie mógł, śmieje się i wtedy szeroko pokazuje zęby, czyli że chory nie był w stanie pod wpływem woli wykonać tych ruchów, które wykonywał zupełnie dobrze automatycznie. Był to pierwszy objaw, który rozpoznanie, mogące przedstawiać pewne trudności, naprowadził na właściwą drogę.

Język chory źle wysuwa, boczne ruchy języka są ograniczone; przy wysunięciu język ciągle drży. Języczek (*uvula*) kurczy się prawidłowo. Łykanie prawidłowe. Mowa bardzo niewyraźna tak, że chorego zupełnie nie można zrozumieć; pierwsze wyrazy jeszcze cokolwiek są zrozumiałe, następne jednak przechodzą w jakieś zupełnie niezrozumiałe bełkotanie; stąd też w pierwszych dniach pobytu w szpitalu od chorego, zresztą zupełnie przytomnego, nic się nie można było dowiedzieć.

Chcąc mówić lub wykonać jakikolwiek ruch, chory robi rytmiczne ruchy głową, kiwając nią powoli na obie strony. Chwilami całe ciało chorego drży.

Badanie obu kończyn górnych wykazało ogólne ich osłabienie do tego stopnia, że chory nie był w stanie sam jeść i podnosić strawę do ust; trzeba go było karmić. Ścisnąć ani prawą, ani lewą ręką chory nie mógł. W lewej ręce wyraźne drżenie, zwiększające się przy rozciągnięciu i naprężeniu palców. Palce rąk w pół-zgiętem położeniu. W prawej ręce, szczególnie gdy z chorym rozmawiać i gdy chce coś mówić, występują zawsze rytmiczne, powolne ruchy palcami, jak gdyby przy opartej ręce na stawie napiętkowym posuwać palce, t. j. wyprostowywać je i naprzemian zginać w stawie dłoniowo-palcowym. Lewa ręka wykonywa wtedy podobnie powolne ruchy, lecz innego rodzaju: palce rytmicznie rozszerzają się i zbliżają.

Badanie kończyn dolnych wykazało, że mięśnie do pewnego stopnia znajdują się w napięciu (*contractura*); prawa stopa opuszczona ku dołowi (*pes equinus*), co, jak wykazało badanie, zależało od skurczu *musc. gastrocnemii*, lewa zaś stopa, odwrotnie podniesiona ku górze (*pes calcaneus*), wskutek skurczu *mm. perinei et tibialis antici*.

Stać na nogach chory wcale nie może; natychmiast przewraca się w tył. Natomiast na kolanach utrzymać się może zupełnie dobrze. Chód wyraźnie spastyczny; chory robi małe kroki, prawą nogą opierając się tylko na końcach palców; przytem bieży szybko i zatrzymać się nie może, jak tylko bowiem stanie, pada w tył. Badanie czucia nie wykazało, żadnych znieczuleń, ani nadczułości. Odruchy prawidłowe. Mocz oddaje chory często. Sen niespokojny; chory krzyczy w nocy, woła na kogoś, jak gdyby miał jakieś widzenia. Co do stanu psychicznego chorego, to przy stopniowem jego przychodzeniu do zdrowia zauważyć było można umysł inteligentny; chory bardzo dobrze opowiadał później

o początku swej choroby, o śnie, po którym zachorował nagle i o swoich dolegliwościach.

Na pytania odpowiadał rozsądnie i logicznie. Usposobienie miał zawsze łagodne i wesołe. Często się śmiał.

---

Obraz choroby ze względu mianowicie na objawy ze strony nerwów czaszkowych, przypominał bardzo t. z. porażenie opuszkowe (*paralysis bulbaris s. glosso-laryngo-labiolis*); mieliśmy tu bowiem tak samo porażenie warg i języka. Już jednak fakt, iż chory, nie mogąc poruszać dowolnie wargami, kurczył je przy śmiechu, jak to wyżej zaznaczyliśmy, nie pozwalał nam na takie rozpoznania, przeciwko któremu zresztą przemawiały: nagły początek choroby, brak objawów polykowych lub krtniowych, wreszcie objawy ze strony kończyn, które nie dałyby się pogodzić z rozpoznaniem porażenia opuszkowego. To też od pierwszej zaraz chwili postawiono rozpoznanie histeryi. Przebieg potwierdził w zupełności rozpoznanie. Chory przebył na oddziale przez 7 tygodni. Pod wpływem chloralu zaraz w pierwszych dniach odzyskał sen i uspokoił się znacznie, przy używaniu zaś bromku potasu, a później zimnych natrysków, wszystkie objawy powoli znikwały i chory przychodził stopniowo do sił i zdrowia. Ze wszystkich objawów najdłużej trzymały się owe rytmiczne ruchy głową. D. 24 listopada 1894 r. S. wypisał się ze szpitala w zupełnym zdrowiu.

---

Opisany tu przypadek zasługuje z wielu względów na uwagę. I tak najpierw co do początku choroby. Ta okoliczność, że choroba rozwinęła się nagle, nie przedstawia nic szczególnego; powszechnie bowiem wiadomo, że drzemieca, że się tak wyrażę, na dziedzicznym gruncie histerya, pod wpływem jakiegokolwiek momentu wywołującego (*agent provocateur*), wybucha nagle gwałtownie. Oryginalnym jest tu jednak sam czynnik wywołujący, który nie był, jak zwykle, wrażeniem zewnętrznem, ale sennem widzeniem. Można by czynnik ten nazwać nie traumatyzmem, ale *autotraumatyzmem*.

W literaturze prawie nie spotkałem opisów, w których by przestrasch, wywołujący wybuch histeryi, zależał nie od jakiegoś istotnego, realnego zdarzenia, lecz był jedynie sennem marzeniem. Mechanizm wybuchu histeryi nie przedstawia w obu razach istotnej różnicy; tak tu, jak i tam mamy do czynienia z silnem wstrząśnieniem układu nerwowego, a sam sen, w myśl poglądów CHARCOT'a na powstawanie nerwic traumatycznych, tylko ułatwiać by powinien wybuch choroby. Bardzo też być może, że czynnik ten, t. j. senne widziadła nie tak rzadko powodują wybuch histeryi ukrytej; należałoby przy badaniu chorych na ten punkt baczniejszą zwracać uwagę. Jednak, jak mówiliśmy, w literaturze podobnych opisów prawie niema.

Nawet GUINON w obszernej swej pracy „*Les agents provocateurs de l'hystérie*“ nie o tem nie wspomina. Podobny opis spotkałem tylko u DECOUX<sup>1)</sup>; cytuje on

---

<sup>1)</sup> De la paralysie faciale hystérique. Thèse pour le doctorat en médecine par JEAN DECOUX 1891.

przypadek histeryi u chorego, który, będąc zupełnie zdrowym, pokłócił się z bratem, poczem w nocy miał męczące sennie widzenie: w śnie zdawało mu się, że walczy z bratem i przebudził się, jako ciężko chory z objawami niewątpliwej histeryi. Autor nazywa to „*choc psychique*“, który tu działał, jak traumatyzm.

Drugim objawem, zasługującym na szczególną uwagę, były owe powolne, niemal rytmiczne ruchy rąk i głowy. Z opisu podanego wyżej widać, iż były to ruchy trwające stale, zwiększające się przy zwróceniu uwagi na nie, lub w ogóle wtedy, kiedy chory był czemś wzruszony, ruchy prawie rytmiczne, powolne; towarzyszyło im znaczne osłabienie kończyn górnych. Obok tego na kończynach dolnych mięśnie goleni [na prawej *gastrocnemius*, na lewej *tibialis*] znajdowały się w stanie napięcia (*rigiditas*). Porównyując ruchy, spostrzegane u naszego chorego, z opisami ruchów podobnych, nie możemy ani na chwilę wątpić, iż mieliśmy do czynienia z t. z. *athetosis*; szczególnież też ułożenie kończyn górnych było typowo takie same, jak je rysuje GOWERS <sup>1)</sup> dla atetozy. Ponieważ jednak niektórzy autorowie [MICHAIŁOWSKI [z Bulgaryi] <sup>2)</sup>, BRISSAUD <sup>3)</sup>, GILLES DE LA TOURETTE <sup>4)</sup>] powątpiewają o istnieniu atetozy histerycznej, musimy więc na tym punkcie nieco dłużej się zatrzymać. Że objawy zauważone u naszego chorego były natury histerycznej, tego bliżej uzasadniać nie potrzebujemy. Ale i co do typu samych ruchów, to, zdaniem naszym, nie może ulegać wątpliwości, iż należały one do kategorii t. z. atetozy. Porównyując wszystkie podobne ruchy, jako to: t. z. *chorea infantum*, różnego rodzaju t. z. *tics*, *paramyoclonus multiplex*, rozmaite drżenia, *chorea electrica* i t. p., musimy dojść do wniosku, iż pod żadną z tych kategorii nasz przypadek podciągnąć nie można. Jedyny stan, o którym by tu myśleć można, jest to *chorea rythmica hysterica* i to tylko ta jej forma, którą PITRES <sup>5)</sup> nazwał „*spasmes rythmiques localisés*“, druga bowiem postać płasawicy rytmicznej, t. z. przez PITRES'a „*spasmes rythmiques systematisés ou gesticulatoires*“, z naszym przypadkiem nie wspólnego nie ma. Co do płasawicy miejscowej, to, jak to widać z opisów PITRES'a, GILLES DE LA TOURETTE'a i innych, może ona nieraz dotyczyć jednego wyłącznie mięśnia, który ulega wtedy rytmicznym, ciągłym skurczom. Wiadomo z opisów CHARCOT'a i jego szkoły, że *chorea rythmica* jest cierpieniem napadowem i że wtedy jest ona niejako ekwiwalentem napadu histero-epilepsyi. Ale prawidło to nie jest ogólnem, są bowiem przypadki płasawicy rytmicznej, które trwać mogą długi czas, a przedewszystkiem stosuje się to właśnie do płasawicy rytmicznej miejscowej. W tych razach choroba od początku występuje, że tak powiem, chronicznie, a wtedy w istocie może przedstawiać wielkie podobieństwo do atetozy. I tu jednak ruchy zazwyczaj są nagłe, szybkie, przypominające do pewnego stopnia rozmaite tiki, albo *paramyoclonus*, a nie powolne, jak to ma miejsce w atetozie; dalej, o ile wnosić można z opisów, ruchy dotyczą tylko jednego mięśnia lub jednej grupy. Nie czytałem jednak

<sup>1)</sup> Handbuch der Nervenkrankheiten. T. II str. 83.

<sup>2)</sup> Etude clinique sur l'athétose double, Thèse. de Paris. 1892.

<sup>3)</sup> Traité de médecine. T. VI. 1894.

<sup>4)</sup> Traité de l'hystérie. Część druga. T. I. 1895. (Rozdział o *chorée rythmée*).

<sup>5)</sup> Leçons cliniques sur l'hystérie. T. I. 1891.

opisu płaśawicy rytmicznej, w którym zajęte by były obie kończyny górne i głowa, jak w naszym przypadku. Z drugiej strony jednak przyznać należy, że w pewnych przypadkach rozpoznanie może przedstawiać istotne trudności, a nawet pomiędzy *chorea rythmica* i atetozą ograniczoną do jednego mięśnia niemal że niepodobnaby było przeprowadzić ścisłej granicy; twierdzą to, wbrew zdaniu MICHAŁOWSKIEGO, który nie dopuszcza pomyłki pomiędzy dwoma temi stanami; autor ten jednak brał pod uwagę tylko t. z. *chorée gésticulatoire*, która istotnie wcale do atetozy nie jest podobną. Zastrzeżenie powyższe wszakże nie może odnosić się bynajmniej do naszego przypadku; tutaj ruchy nie miały wcale cech płaśawicy rytmicznej, gdy przeciwnie przedstawiały typowy obraz t. z. *athétose double*, podwójnej atetozy. Pod mianem tem rozumiemy chorobę *sui generis*, zdarzającą się u małych dzieci, chorobę niewyleczalną, cechującą się ruchami typowo tymi samymi, co u naszego chorego, których więc jeszcze raz powtarzać nie będziemy, czemu w największej liczbie przypadków, towarzyszy zupełny niedorozwój umysłowy: dzieci takie zazwyczaj rodzą się idiotami i takimi pozostają aż do śmierci. Anatomiczna podstawa tej choroby nie jest znana. Że w naszym przypadku nie mieliśmy do czynienia z tą chorobą, tego bliżej dowodzić nie potrzeba; dość przypomnieć: nagły początek choroby, zupełne jej wyleczenie, wyborną inteligencję pacyenta, a więc wszystkie objawy wręcz przeciwnie tym, które cechują *athetosis duplex infantum*. Ale za to ze wszelką pewnością twierdzić możemy, iż chory nasz dotknięty był *athetosis hysterica*. Dotychczas istnieje jeden jedyny opis atetozy historycznej, podany przez WISZWIĄŃSKIEGO <sup>1)</sup>; w przypadku tym, dotyczącym 12-letniej dziewczynki, palce rąk znajdowały się w ciągłym ruchu, tak, jak gdyby chora robiła pończochę lub szydełkiem. Od czasu do czasu, gdy chora czuła, że na nią zwracają uwagę, lub też gdy sama chciała powstrzymać ruchy palców, dostawała wstrząśnięć gwałtownych w rękach, nogach, a potem i w całym ciele. Prócz tego kończyny górne i dolne były na wpeł zgięte i usiłowaniom wyprostowania stawiały znaczny opór. Po miesiącu chora wyszła zupełnie zdrowa. Powyższy przypadek AUDRY <sup>2)</sup> w swej znakomitej pracy o atetozie, zgodnie z intencją WISZWIĄŃSKIEGO, uznał za historyczny.

Przeciwnie MICHAŁOWSKI, który pracę swą opisał pod kierunkiem CHARCOT'a, przeczy temu. Jego zdaniem, *athétose double* jest chorobą *sui generis* i nie może być objawem żadnego innego cierpienia. Ile razy w przebiegu innych chorób nerwowych, a więc i histeryi, zdarzą się ruchy podobne do tych, jakie widzimy w atetozie, tyle razy mamy do czynienia nie z atetozą, lecz z t. z. *mouvements athétoides*. Zdanie powyższe jednak nie może wytrzymać ścisłej krytyki. Atetoza nie jest chorobą, lecz objawem, który towarzyszy różnym stanom patologicznym; jej prototypem jest *athetosis posthaemiplogica*, a przecież nie może ulegać wątpliwości, iż tutaj jest ona tylko objawem, jak również nikomu nie przyszło na myśl, aby ten rodzaj jej wyłączać z kategorii atetozy i nazywać go

<sup>1)</sup> Obserwacja ta przytoczona została w całości w pracy AUDRY'ego [patrz niżej].

<sup>2)</sup> L'athétose double. 1892.

„*mouvements athétoides*“. Tak samo i w *athetosis duplex infantum* ruchy atetotyczne są tylko objawem bliżej w swej istocie nieznaney nam choroby; że zaś całą chorobę ochrzczono mianem najwidoczniejszego objawu, to jeszcze niema zasady, aby objaw ten uznać za patognomiczny dla tej jednej wyłącznie choroby. Dla tego też, zgodnie z poglądem AUDRY'ego, nie wahamy się w naszym przypadku mówić o „*athetosis hysterica*“.

Nareszcie trzecim objawem, zasługującym na uwagę w naszym przypadku, było podwójne porażenie dolnych gałęzi nerwu twarzowego z udziałem języka. Porażenie historyczne nerwu twarzowego przechodziło te same koleje, jakie dziś przechodzi atetozja historyczna: z początku gwałtownie występowało przeciw możności jego istnienia, dopóki CHARCOT sam nie przyznał się do błędu i nie uznał, iż w istocie nerw twarzowy w histeryi może być porażonym. Dziś rzecz ta jest już stanowczo rozstrzygnięta. Również i obustronne porażenie, choć często się nie zdarza, jednak bywało już opisywane. Osobliwość naszego przypadku polega na wyraźnym udziale nerwu podjęzykowego (*hypoglossus*) w porażeniu. W dotychczasowych opisach historycznego porażenia nerwu twarzowego prawie nie ma wzmianki o tem, aby i ruchy języka były osłabione. Pierwszy dopiero FÉRE za pomocą specjalnego przyrządu wykazał, iż ruchy boczne języka po stronie porażonej bywają osłabione; zdanie to powtarza DECoux i GILLES DE LA TOURETTE, obaj jednak nie przytaczają żadnych nowych faktów. U naszego chorego osłabienie ruchów języka było tak znaczne, iż nie potrzeba było żadnych przyrządów, aby je wykazać; odpowiednio zaś do obustronnego porażenia nerwu twarzowego i ruchy języka z obu stron zupełnie były porażone.

Z tego też powodu mamy prawo w naszym przypadku mówić o „*paralysis glōsso-labialis hysterica*“.

Nakoniec pozostaje zwrócić uwagę na tę okoliczność, że u naszego chorego nie było żadnych zmian czuciowych. Jakkolwiek zmiany w czuciu [anestezje i hyperestezje] są objawem nadzwyczaj częstym w histeryi, jednakże w materiale klinicznym na naszym oddziale mieliśmy sposobność obserwować wiele przypadków niewątpliwej histeryi, w których żadnych zmian czuciowych wykryć nie było można.

---

## II. Z KAZUISTYKI CHIRURGICZNEJ NEREK.

Napisał

**Antoni Gabszewicz.**

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

Przypadek 3-ci. Pani K., zamężna, lat 34, w końcu sierpnia 1894 odbyła pierwszy poród dość ciężki ze znacznym rozdarciem krocza; dziecko żywe, donoszone. Wkrótce po odbytych porodzie chora zaczęła gorączkować, wystąpiły dość silne bóle w brzuchu z prawej strony, mocz miała oddawać w zmniejszoney ilości i od czasu do czasu mętny, chora nie opuszczała prawie łóżka. Wi-

działem ją po raz pierwszy w ostatnich dniach listopada; znalazłem ją bardzo wycieńczoną, z małą ilością tkanki tłuszczowej i z ciepłotą dochodzącą do 39,5°, tętno nadzwyczaj słabe, ledwie daje się zliczyć. Chora skarży się na ciągle bóle w prawem podbrzuszu i na bóle w stawie barkowym lewym. Badanie brzucha, nie łatwe z powodu znacznej bolesności, pozwala jednak wy-macać guz, mniej więcej wielkości głowy małego dziecka, z prawej strony; sięga on ku dołowi do dołu biodrowego, na wewnątrz nie dochodzi do smugi białej, ku górze zaś granice guza trudno określić. O gładkiej powierzchni przedstawia on dość znaczną konsystencję i jest nieco przesuwalny w kierunku od przodu ku tyłowi; nacisk z tyłu na prawą okolicę lędźwiową sprawia również ból, nie tak jednak dotkliwy, jak ze strony brzucha; najmniejsze poru-szenie chorej potęguje natężenie bólów. Opukiwanie przedniej powierzchni guza daje prawie wszędzie odgłos bębnowy. W stawie barkowym lewym znajduję objawy wysięku w dość znacznej ilości, ruchy wszystkie czynne i bier-ne bardzo ograniczone i bolesne. Mocz oddaje chora w ostatnich tygodniach 3—4 razy na dobę bez bólu w ilości 500—600 ctm. sześć.; bywa on czasami zupełnie jasny, czasami zaś bardzo mętny i tworzy dość prędko osad w wielkiej ilości. Badany mocz, wypuszczony cewnikiem, pod drobnowidzem wykazuje dość znaczną ilość ciałek ropnych; lasecznika gruźliczego nie wykrywa się przy wielokrotnem badaniu preparatów z rozmaitych osadów. Obrzęk stóp; ze strony innych narządów nie znajduję nic nieprawidłowego; okolica lewej nerki zupełnie niebolesna i nerka nie wydaje się powiększoną; tony serca czy-ste, bardzo słabe; zaparcie stolca, żółtaczki nie ma i nigdy nie było, lekkie tylko zabarwienie białkówki bardzo naturalne wobec długotrwałej choroby.

Z części rodnych odpływy jeszcze trwają. Już pierwsze widzenie chorej naprowadzało na myśl, że mam do czynienia ze sprawą ropną w prawej nerce i że sprawa ta najniezawodniej znajduje się w bezpośrednim związku ze sprawą płożową niezbyt prawidłowo przebiegającą; zapalenie stawu barkowego lewego było tylko jednym z dowodów potwierdzających moje przypuszczenie. Na staw zaleciłem okłady sublimatowe, na brzuch okład ciepły, uprzedzając chorą o możliwości operacji. Tę ostatnią wykonałem dopiero 20 grudnia, kiedy gwał-towne bóle zmusiły chorą zgodzić się na wszystko. Przez ten okres 3-tygodniowy co kilka dni następował spadek ciepłoty do 38° z jedno-czesnem zmniejszeniem się bólów; takiej chwilowej poprawie towarzyszyło za-wsze wydzielanie się w większej ilości moczu bardzo mętnego, już w kilka mi-nut po oddaniu tworzącego  $\frac{3}{4}$  szklanki osadu; z chwilą zaś, kiedy mocz odpły-wał czysty, ciepłota dosięgała 40°, a bóle wzmagaly się do tego stopnia, że i morfina nie wiele skutkowała. Guz tymczasem stopniowo się powiększał, a tylko sprawa chorobowa w stawie barkowym przyjęła lepszy obrót. Opera-cyi dokonałem przy pomocy kolegów SAWICKIEGO i KOPCZYŃSKIEGO; cięcie wy-brałem lędźwiowo-brzuszne, nie robiąc jednak go na razie tak długiem, jak dla usunięcia nerki; przeciąwszy cienką torebkę tłuszczową i zgrubiałą włó-knistą, miałem przed oczami bardzo przekrwioną torebkę właściwą nerki; ta ostatnia przy badaniu palcem wszędzie nadzwyczaj twarda tak, że zdecydowa-łem się najpierw zrobić próbne przekłucie przed utworzeniem nerki; dopiero

przy głębokiem wprowadzeniu dość długiej igły wyostałem ropę rzadką, zielonkawą, mało cuchnącą. Cięcie przez mięszs nerkowy, co najmniej, na 3 ctm. głębokie, doprowadziło nareszcie do zbiornika ropy, której wypłynęło ze szklanka; palec wprowadzony do środka znajduje jamę ropnia zupełnie gładką o ścianach twardych, nigdzie rozmiękczenia; z powodu zbyt silnego krwawienia szybko po przemyciu rozczynelem kwasu bornego, wytamponowałem całą jamę gazą jodoformową. Szew na  $\frac{2}{3}$  części rany skórnej i mięśniowej. Ciepłota po 3 dniach spadła do normy i ciągle już prawidłową pozostawała. Pierwszy opatrunek zmieniłem po 4 dniach; później trzeba było zmieniać opatrunek co drugi dzień ze względu na przesiąkanie moczem. Bóle już na drugi dzień znacznie się zmniejszyły, a po tygodniu zupełnie ustały. Mocz oddawać zaczyna prawie czysty i ilość jego waha się od 700—800 ctm. sześć.. Guz stale się zmniejsza i nie boli. Po 6 tygodniach rana w nerce zagojona, mocz więcej nie przesiąka tak, że od razu ilość jego oddana zwykłą drogą dosięga 1300 ctm. sz.; pod drobnowidzem nie ma w nim ciałek ropnych. W pierwszych dniach marca rana zupełnie zagojona, guza w brzuchu już się więcej nie wyczuwa; ruchy w stawie zupełnie wróciły, a i stan ogólny chorej znakomicie się poprawił; tętno tylko przez cały czas pooperacyjny chociaż silniejsze i wolniejsze, jednak jeszcze w ostatnich chwilach, kiedy widział chorą, dochodziło do 90 uderzeń na minutę.

Przypadek 4-ty. Kobieta, 32-letnia, przybyła do szpitala Ś-go Rocha 12 marca 1894; przed 5 tygodniami odbyła poród prawidłowy, po tygodniu wstała, ale wkrótce dostała gorączki i do ostatniej chwili nie mogła już opuścić łóżka, skarżąc się ciągle na bóle w lewym boku. Chora niezłe odżywiająa, gorączkuje do 40°; tętno bardzo słabe do 140 na minutę; język suchy, chora na pół przytomna, odpowiedzi nie zawsze jasne, skarży się na ból w lewym boku. Badanie dosyć utrudnione, gdyż chora przy każdym dotknięciu rzuca się gwałtownie; wykazuje z lewej strony brzucha guz na pozór dość znaczny, którego granice jednak dokładnie trudno oznaczyć; w okolicy lędźwiowej żadnej różnicy między jedną i drugą stroną, żadnej wypukłości, żadnego głębokiego nacieczenia, ale ucisk na lewą okolicę lędźwiową sprawia nadzwyczajny ból, gdy tymczasem ucisk prawej nie wywołuje żadnego odczynu ze strony chorej. Mocz w czasie 24-godzinnego pobytu w szpitalu oddała 2 razy mętny, w bardzo niewielkiej ilości, mocz ten przy badaniu drobnowidzowem wykazał znaczną ilość ciałek ropnych i dużo gnilnych bakteryi. Żółta-czki niema.

Powyzsze objawy w braku danych chorobowych ze strony innych narządów wskazywały na sprawę ropną w prawej nerce, a może i okołonerzu, pozostającą, jak i w pierwszym przypadku, w związku ze sprawą połogową. Ze względu na ciężki stan chorej bezzwłocznie przystąpiliśmy do operacyi. Cięcie lędźwiowe Simon'a; po przecięciu torebki tłuszczowej dość grubej doszliśmy do torebki włóknistej mocno napiętej; po przecięciu tej ostatniej zaczęła wypływać cienkim strumieniem ropa; rozsunawszy brzegi torebki włóknistej mogłem dostrzedz, że ropa ta przez mały otwór wydstaje się z głębi nerki; rozszerzyłem natychmiast otwór w nerce i wprowadziwszy palec, przekona-



łem się, że jama ropnia w nerce jest dość duża, pojedyncza, a istota nerkowa bardzo ścięnczała, krucha. Wskutek znacznego krwawienia z jamy ropnia, szybko wytamponowałem tę ostatnią gazą wyjałowioną, obawiając się zatrucia przy użyciu gazy jodoformowej, ze względu na ciężki stan chorej.

Ciepłota u chorej codzienie się zmniejszała, ale dopiero po tygodniu przysła do normy; powrót do przytomności zupełnej następuje dość szybko, tętno staje się wolniejszym i pełniejszym. Pierwszy opatrunek zmieniłem na 3-ci dzień; po wyjęciu gazy i rozszerzeniu rany dostrzegłem, że istota zrazikowa na całym swym obwodzie przytykającym do rany uległa rozpadowi; wobec tego części nerki uległe rozpadowi wyciąłem nożyczkami, co jeszcze razy kilka musiałem uczynić przy następnych opatrunkach, które trzeba było robić codziennie wskutek przesiąkania moczem; ten ostatni wydalany zwykłą drogą zawiera tylko bardzo małą ilość ciałek ropnych. Po 3 tygodniach rana zaczęła dobrze ziarninować; mocz wydalany drogą zwykłą jest czysty w ilości do 800 cent. sześć. przez ranę mocz się ciągle wydziela. Bólów niema, w brzuchu nie wyczuwamy żadnego guza. Wskutek zbyt długo trwającej przetoki, mocz tylko wydzielającej, zacząłem robić głębokie przyżegania przetoki lapisem; po kilkakrotnem przyżeganiu stosowanem co drugi dzień przetoka zupełnie się zagoiła, a ilość moczu wydzielanego prawidłową drogą, od razu dosięgła 1600 cent. sześć.. Chora zupełnie zdrowa opuściła szpital w 4-ym miesiącu od chwili swego przybycia.

Sprawy ropne nerki przejawiają się pod różnemi postaciami: to jako małe ogniska rozsiane, z których rzadko bardzo wytwarzają się większe ropnie; towarzyszą one przeważnie ropnicy, posocznicy, *endocard. ulcerosa* i prawie zawsze bywają w obu nerkach; nerka przytem albo mało, albo wcale ma się nie powiększać. Otóż pod tym względem oba nasze wyżej opisane przypadki są ciekawe: w jednym i drugim wytworzyły się dość duże ropnie ze znacznem powiększeniem nerki w okresie pńogowym u osób poprzednio zupełnie zdrowych; przytem ropnie te rozwinęły się tylko w jednej nerce, czego najlepszym dowodem zupełny powrót do zdrowia po dokonanej operacyi.

Następnie w nerce mogą powstawać ropnie wskutek urazu; może być z powodu konkrementów ropne zapalenie miedniczki i całej nerki, które w miarę rozwoju coraz większej ilości ognisk ropnych prowadzi do wtórnego ropnercza ze znacznem powiększeniem narządu; wreszcie może się rozwinąć pierwotne ropnercze, przy którym wskutek ucisku następuje, jak i przy wodonerczu, zanik istoty nerkowej: nerka przy tej ostatniej postaci dochodzi nieraz do kolosalnych rozmiarów. Dla całości obrazu wspomnieć trzeba i o *perinephritis*, t. j., zapaleniu torebki nerkowej, które najczęściej bywa wtórne i o *paranephritis*, t. j., zapaleniu tkanki tłuszczowej i łącznej; bywa ono albo pierwotnem, albo wtórnem. W powstawaniu tych wszystkich spraw ropnych odgrywają rolę bakterye różnego rodzaju, jak: *staphylococcus pyog. aurens. et albus*, *streptococcus*, a w niektórych przypadkach przyczyną zapalenia tkanki łącznej okołonerkowej były grzybki promienicy. Zarazki te dostają się do nerki lub tkanek okołonerkowych albo bezpośrednio przez ranę, albo na drodze krwiobieg[u] [ropnie prze-

rzutowe, albo przez przewód moczowy [zakażenie w czasie katetyzacji], albo też *per contiguitatem*.

Postać znana klinicznie pod nazwą pierwotnego roponercza przedstawia kombinację zatrzymania moczu i ropy; zatrzymanie moczu bywa albo pierwotne z rozmaitych przyczyn i dopiero później przyłącza się zapalenie miedniczki, lub też pierwotnie istnieje to ostatnie, a w następstwie tylko powstaje zatkanie moczowodu wskutek sprawy zapalnej jego błony śluzowej. Według ISRAEL'a, stan zapalny ma właśnie powodować utratę napięcia (*tonus*) mięśnia w miedniczce nerkowej, która wskutek tego niedostatecznie wypycha mocz i zaczyna się nierównomiernie rozszerzać; to ostatnie powoduje przez to ukośne ustawienie się moczowodu do miedniczki, *resp.* utrudnia jeszcze więcej wydzielenie się do niego moczu.

Objawy, jakie towarzyszą sprawom ropnym nerki, bardzo są zbliżone do tych, jakie rozpatrywaliśmy przy gruźlicy. Z ogólnych objawów gorączka prawie stale towarzyszy; miejscowo chorzy uskarżają się na ból, który przy ruchach i nacisku się zwiększa: nerka jest mniej lub więcej powiększona, przy roponerczu dochodzi do znacznych rozmiarów. Mocz przedstawia zmiany, zależnie od tego, czy moczowód chorej nerki jest stale i całkowicie zamknięty, czy też tylko przemijająco i niezupełnie, czy też za chowuje zupełną drożność, i czy ognisko ropne łączyło się z miedniczką; w pierwszym razie w moczu nie znajdziemy, jeżeli druga nerka i pęcherz żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają; w innych zaś przypadkach prawie zawsze znajdujemy ropę w większej lub mniejszej ilości, czasami krew, a pod drobnowidzem cylindry, lub nablonek nerkowy. Dość ciekawe są te przypadki, w których zupełne zamknięcie bywa zastąpione przez powracającą drożność moczowodu; daje to powód do powstawania tak zwanej *pyonephrosis intermittens*. Nasz przypadek 1-szy, a 3 ci co do porządku przedstawiał nieco podobieństwa pod tym względem; przed operacją mocz nie raz po parę dni nie zawierał wcale prawie domieszki ropy, ale wtedy i ciepłota ciała i bóle znakomicie się wzmagaly, co ustępowało dopiero w pewnym stopniu po ukazaniu się większej ilości ropy w moczu.

Wogóle przy rozpoznawaniu spraw ropnych w nerce, oprócz etyologicznych momentów, o jakich wyżej mówiliśmy, dopomagają nam objawy mniej więcej stale towarzyszące, jak: gorączka, mniejszy lub większy stopień powiększenia nerki, ból ściśle umiejscowiony do chorej nerki i zmiany w moczu zależne od cierpienia tego narządu, a więc nabierające znaczenia dopiero po wykluczeniu zmian chorobowych pęcherza i cewki. W bardzo wątpliwych przypadkach możnaby się uciec do przekłucia lub nawet cięcia zaotrzewnowego z dodaniem próbných nakłuć. W wielu razach jednak bardzo trudno przed operacją odróżnić sprawę ropną od gruźlicy nerki; wykrycie laseczników ułatwi rozpoznanie, ale wiemy, jak rzadko dają się one odszukać w osadzie moczowym. Sprawy ropne nerki z wyjątkiem ropni przerzutowych mają przebieg zwykle przewlekły; te ostatnie zaś rozwijają się w sposób ostry, lub, co najwyżej, ostrawy, jak to miało miejsce w naszych obu przypadkach. Do ciekawych spostrzeżeń trzeba zaliczyć te przypadki, w których bardzo przewle-

kle roponeczne zamieniało się na wodoneczne; zamiast więc ropy, której ciałka uległy tłuszczowemu zwyrodnieniu, powstaje mętnawy, zawierający białko, płyn. Rokowanie przy ropnych sprawach nerki wogóle bywa o wiele lepsze, niż przy gruźlicy, naturalnie w tych przypadkach, w których zajęta jest jedna nerka; stosunkowo rokowanie najgorsze bywa przy ropniach nerki powstałych, na tle ropnicy lub posocznicy; w naszych jednak obu przypadkach należących mniej więcej do tej kategorii, zakończenie, na szczęście dla chorych, było zupełnie pomyślne.

Przypadki te mogą służyć z drugiej strony za dowód, że wogóle ropnica pologowa daje lepsze rokowanie, na co już dawniej i MIKULICZ i inni zwracali uwagę.

Jeżeli z wszelkiem prawdopodobieństwem rozpoznano sprawę ropną w nerce, to chirurgowi pozostaje otworzyć dla ropy możliwie dobry odpływ przez cięcie dość długie w nerce, któreby jednocześnie ułatwiło wprowadzenie palców do wnętrza i zbadania, czy niema jeszcze ropni oddzielnych w nerce, lub kamieni. Po opróżnieniu ropy zwykle bywa duże krwawienie tak, że niektórzy nawet zalecają użycie żegadła PACQUELIN'a; w moich przypadkach ograniczyłem się na samej tamponadzie. Jeżeli po rozcięciu nerki okaże się, że jest cała nadziana ropniami, to jedni z chirurgów radzą natychmiast usunąć taką nerkę, inni zaś radzą jakiś czas wyczekiwać, aby się przekonać o stanie i czynności drugiej nerki. Wogóle pod względem postępowania przy sprawach ropnych w nerce, chirurdzy dotychczas bardzo się różnią w swych poglądach. WAGNER zaleca bezwarunkowo nefrotomię z sączkowaniem jamy i przyszcyciem brzegów nerki do rany skórnej; w olbrzymiej ilości przypadków takie postępowanie ma zupełnie wystarczyć: rana w nerce się zagaja, a pozostała część istoty nerkowej spełniać może jeszcze swoją czynność. W tych tylko przypadkach, w których przy zupełnym zamknięciu moczowodu i istnieniu istoty nerkowej zagojenie nastąpić nie może, WAGNER uważa za wskazane usunięcie wtórne nerki, wobec prawidłowego stanu drugiej nerki; przy zupełnym zaś zaniku istoty nerkowej i zamknięciu moczowodu WAGNER uważa za dozwoloną wtórną nefrektomię w przypadkach przetoki długo istniejącej, która wydziela bardzo dużo ropy. GUYON 4 razy spostrzegał zagojenie przetoki w podobnych przypadkach; w jednym jego przypadku nastąpiło zagojenie po 4 latach, a w jednym, w którym chciał wykonać pierwotne usunięcie nerki, a ograniczył się tylko na nefrotomii ze względu na bardzo ciężki stan chorej, nastąpiło już po 4 miesiącach zupełne zagojenie; wogóle przy sprawach ropnych, podług GUYON'a, nigdy nie powinna być wykonywana nefrektomia pierwotna; w najgorszym razie tę ostatnią powinna poprzedzać nefrotomia. KOSIŃSKI, o ile widać z jego przypadków, jest za pierwotnem usuwaniem chorej nerki. ISRAEL nefrotomię uważa za wskazaną tylko w bardzo lekkich przypadkach; w ciężkich zaś wyjątkowo wtedy, kiedy obie nerki są chore, lub kiedy chora nerka dużo jeszcze zachowała ze swej budowy prawidłowej przy istnieniu drożności moczowodu; w przeciwnym razie, kiedy narząd jest przeistoczony w system jam, ropą wypełnionych, które albo wcale albo niezupełnie komunikują z miedniczką, niewykonanie natychmiastowego usunięcia nerki za wielki błąd poczytuje.

Podług niego, tylko lekkie przypadki mogą się zagoić bez pozostawienia przetoki po nefrotomii; w ciężkich zaś mają zawsze pozostawać przetoki dwojakiego rodzaju: moczowe i mocno ropiejące; przy pierwszych, wydzielających przeważnie trochę mętny, kwaśny mocz, można w razie drożności moczowodu spróbować ich zamknięcia na drodze operacyjnej. Inna rzecz z przetokami ropiejącymi; tutaj ze względu na ciągłe i znaczne wydzielanie się ropy z alkalicznym moczem, na wycięcie chorego, na możliwość rozwoju choroby w drugiej nerce, należy nie myśleć o zamknięciu przetoki, ale o uratowaniu życia chorego przez usunięcie nerki. W jednym przypadku u ISRAEL'a nastąpiło zwyrodnienie rakowate przetoki, co go skłoniło do wtórnego usunięcia nerki.

Wycinać jednak wtórnie nerkę należy dopiero po dokładnem przekonaniu się o prawidłowym stanie drugiej nerki, sposób, jakiego zwykle używają w tym celu, t. j. zbadanie wypuszczonego z pęcherza moczu przy istniejącej przetoce w chorej nerce, jest, podług ISRAEL'a, niedostateczny i może dać zupełnie fałszywy wynik w tych razach, kiedy moczowód nie jest zupełnie zamknięty; gdyż w podobnym stanie część moczu z masami patologicznymi chorej nerki może się przedostawać do pęcherza. Podług niego, dla dokładnej oceny stanu drugiej nerki przy istniejącej przetoce, należy koniecznie przerwać zupełną łączność między chorą nerką i pęcherzem; osiągnąć to można tylko przez przecięcie moczowodu i wszycie jego końca ośrodkowego do rany skórnej, *resp.* przetoki nerkowej; ISRAEL sam ani razu nie zastosował tego sposobu w praktyce, ale dodaje, że ten rękoczyn nie jest trudny do wykonania, a z drugiej strony jest to jedyna droga dla należytego zbadania stanu drugiej nerki. Naturalnie i przy sprawach ropnych, jak i przy gruźlicy, należy starać się usuwać nerki przez cięcie pozaotrzewnowe z wyjątkiem, kiedy sprawa ropna rozwija się w nerce ruchomej.

Przypadek 5-ty. Pani W., zameżna, lat 26 radziła się u kol. KOPCZYŃSKIEGO, który był łaskaw pokazać mi pacjentkę przed 1½ rokiem; względnie niezłe odżywiana, znajduje się w 3 miesiącu ciąży. Uskarża się na obecność guza w lewym boku, który zauważyła przed kilkoma miesiącami i na ból niezbyt silne, od czasu do czasu tylko się zjawiające. Przy badaniu znajdujemy z lewej strony brzucha guz napięty, wielkości głowy noworodka, zachodzący ku górze pod żebra; daje się on nieco zepchnąć ku smudze białej i ku dołowi, a także i ku stronie lędźwiowej.

Guz ten przy nacisku nie sprawia chorej żadnych szczególnych bólów; w ostatnich czasach zauważyła częstsze oddawanie moczu i parcie na mocz; ten ostatni ma odchodzić czysty i w ilości mniej więcej zwykłej. W wewnętrznych narządach nic nieprawidłowego nie znaleziono. Na razie rozpoznanie było dość trudne, badanie obiektywne i subiektywne naprowadzało tylko na myśl, że guz ten najprawdopodobniej należy do nerki lewej i że ta ostatnia jest nieco ruchoma. Czy jest to jednak wodonercze, czy inna sprawa chorobowa, wywołująca powiększenie nerki, trudno było na razie określić. O sprawie jednak ostrej ropnej lub gruźlicy nerki mniej można było myśleć ze względu na brak odpowiednich objawów i na ogólny stan chorej. Badany kilkakrotnie mocz przez kol. NENCKIEGO nie wykazał nic nieprawidłowego; mierzona przez

kilka tygodni ciepłota była stale prawidłowa. Stan powyższy trwa bez zmiany. Na początku 1894 r. chora poroniła, a w kilka dni potem przy uczuciu nadzwyczaj silnego parcia oddała wielką ilość mętnego płynu, zawierającego, podług jej słów własnych, jeden duży pływający pęcherz wielkości jaja kurzego i mnóstwo drobnych pęcherzyków; następnym dni odpływał jeszcze mocz mętny, ale pęcherzyków chora w nim nie zauważyła; 5 dnia mocz był już czysty, płyn ten badany przez kol. MAYZLA wykazał obecność w pęcherzykach skoleksów w rozmaitej ilości i bardzo dużo kryształów zupełnie podobnych do kryształów CHARCOT'a. Kryształy te znajdowały się również i w samym mętym płynie, wydalonym z pęcherzykami; płyn zachowywał odczyn kwaśny; obok tego dużo komórek zaokrąglonych, stłuszczonych i nie wielką ilość leukocytów; ciałka krwi zaledwie pojedyncze dawały się znaleźć tak w mętym płynie, jakoteż i w czystym moczu, jaki chora zaczęła oddawać już na 5 dzień po wypadku; od tej chwili w moczu nie można już było znaleźć części składowych bąblowca, t. j. ani błon, ani haczyków. Badając chorą w krótkim czasie po tem zdarzeniu, mogliśmy się dowodnie przekonać, że guz poprzedni znakomicie zmalał.

W kilka miesięcy znowu chora oddała przy objawach kolki nerkowej i parcia nie wielką ilość płynu mętnego, w którym sama chora widziała pływające pęcherzyki, a badanie drobnowidzowe dało te same wyniki, co i poprzednio. Chora zaszła w ciążę i szczęśliwie się rozwiązała na początku bieżącego roku. Po odbytych porodzie bóle, o których chora zapomniała, znowu od czasu do czasu zaczęły się zjawiać, a w marcu przy objawach parcia raz jeden oddała nie wielką ilość mętnawego płynu z widocznymi małeńkimi pęcherzykami, w których łatwo było odnaleźć błony i haczyki. Od tej chwili dotychczas chora czuje się dobrze; co pewien czas dokonywane badanie stwierdza zupełny brak powiększenia nerki, czy na stałe, trudno na teraz wyrokować.

Bąblowce 6 razy rzadziej spotyka się w nerce, niż wątrobie, a przeważnie w lewej nerce; nadzwyczaj rzadko w obu nerkach tak, że podług BERAUD na 64 przypadki raz jeden tylko miało to miejsce. Dotychczas najczęściej spostrzegano bąblowca u mężczyzn między 20 a 40 rokiem życia. Zazwyczaj bierze on początek w istocie korowej nerki jako pojedyncza torbiel i rośnie, podług SIMON'a, prędzej w kierunku miedniczki, niż ku obwodowi, gdyż torbka włóknista naturalnie więcej oporu przedstawia od miąższu nerki. Nerka bąblowcowa przedstawia się pod postacią guza gładkiego, mocno naprężonego. Dotychczas ani razu nie spostrzegano pęknięcia guza do jamy otrzewnej; może on jednak przerwać się do oskrzeli, do kiszek i podlegać zmianom zapalnym, zanikowym i wogóle tym wszystkim przeistoczeniom, jakie zachodzą w bąblowcach innych narządów. Sama istota nerkowa pod wpływem ucisku ze strony rosnącego pęcherza uledek może z czasem zanikowi. Bąblowce nerki rzadko tylko dosięgają większych rozmiarów, co zapewne wynika wskutek tego, że posiadają one, na szczęście dla chorych, tendencję do wyrzucania części swej zawartości do moczowodów; w statystyce ROBERTS'a na 63 przypadki bąblowca nerki notowano w 52 razach obecność pęcherzyków w moczu.

Jeżeli zawartość bąblowca nie dostaje się do moczowodu *resp.* pęcherza, to mocz przedstawia się czysty i nie zawiera nic nieprawidłowego, jak np. w naszym przypadku, w którym z początku mocz był wielokrotnie badany.

Ilość moczu także nie ulega zmianom, gdyż, jak wyżej powiedziano, najczęściej choruje tylko jedna nerka i to zazwyczaj nie cała, a druga może ulegać przerostowi. W większości przypadków spostrzegano tylko jednorazowe opróżnianie się torbieli bąblowcowej do moczowodu; w rzadkich zaś przypadkach, do których i nasz zaliczyć potrzeba, powtarza się ono po wiele razy w nieokreślonych terminach. Wydzielaniu się pęcherzyków do moczowodu i do pęcherza zwykle towarzyszą silne bóle, jak przy kolce nerkowej. Niekiedy pęcherzyki mogą zatkać na stałe moczowód i dać powód do wytworzenia się wodonercza; w niektórych zaś przypadkach miało miejsce zatkanie cewki z zatrzymaniem moczu.

Do najważniejszych objawów, które nam pozwalają na pewno rozpoznać bąblowce nerki, należy przedewszystkiem obecność pęcherzyków w moczu, które się wydzielają z nerki przy objawach dość silnych bólów; następnie ważnym objawem jest obecność guza, który po opróżnieniu się torbieli ze swej zawartości znakomicie się zmniejsza, jak to miało miejsce w naszym przypadku; wyjątkowo tylko nie znajdowano powiększenia nerki przy obecności pęcherzyków z moczem się wydzielających. W przeciwnym razie możnaby przypuszczać, że bąblowiec rozwinął się albo w wątrobie, albo w tkance łącznej miednicowej i przepęklł do pęcherza. Naturalnie przy bąblowcu nerki o wykazaniu chębotania lub drżenia charakterystycznego nie może być mowy, gdyż guzy te rzadko dosięgają większych rozmiarów. W przypadkach, w których bąblowiec rozwija się w nerce ruchomej, a więc opuszcza się więcej ku dołowi, rozpoznanie różniczkowe od torbieli jajnika bywa dość trudnem naturalnie w tych razach, w których w moczu nie znajdują się pęcherzyki lub części składowe tych ostatnich: w takich wątpliwych przypadkach należałoby się uciec nawet do próbnego przekłucia, lub jeszcze lepiej próbnego przecięcia; i jedno i drugie jednak najstosowniej wykonać zewnątrz-otrzewnie. W razie istnienia bąblowca płyn będzie przezroczysty i nie zawiera białka; jeżeli pęcherze obumarłe, to płyn mętny, ropiasty. Zaniedbanie tego było przyczyną błędnego rozpoznania w przypadku bąblowca nerki, jak opisuje HILDEBRAND; przypadek dotyczył 5-letniej dziewczyny, u której wymacano z lewej strony brzucha guz dużych rozmiarów, szybko rosnący: guz ten pozostawał nieruchomym w czasie oddechania, a mocz nie przedstawiał nic nieprawidłowego. Rozpoznano mięsak lewej nerki i przez cięcie otrzewnowe usunięto kolosalnie powiększoną lewą nerkę. Dopiero po rozcięciu guza przekonano się, że zawierał on w sobie pęcherz bąblowcowy, zajmujący  $\frac{2}{3}$  nerki, a  $\frac{1}{3}$  część nerki wykazała budowę jeszcze prawidłową; torbiel zupełnie była odgródzona od miedniczki, co uniemożliwiało wydzielanie się pęcherzyków do moczowodu: płyn w torbieli ropiasty zawierał pęcherzyki różnej wielkości. Dziecko zmarło na drugi dzień wskutek zapalenia otrzewnej. Pomyłka w tym przypadku o tyle była łatwiejsza, że właśnie ze względu na wiek dziecka

prędzej można było przypuścić obecność złośliwego guza; próbne nakłucie, lub nawet przecięcie guza w czasie samej operacji wyświetliłoby naturę choroby.

Przebieg bąblowca nerki bywa bardzo rozmaity; niekiedy całemi latami pozostaje on w mierze, nie wywołując żadnych przykrych objawów; w innych zaś, jak i w przypadku HILDEBRAND'a, rośnie on bardzo szybko. Wogóle jednak rokowanie tutaj nie jest tak złe, jak przy bąblowcu w innych narządach; w niektórych przypadkach po kilkakrotnem opróżnieniu się torbieli następowało dobrowolne wyleczenie. Naturalnie, najniebezpieczniejsze są te postacie bąblowca, które rosną szybko, gdyż łatwiej ulegają urazowi i, co za tem idzie, łatwiej pękają po za granice przewodu moczowego, a także bąblowce przy istnieniu jednej tylko nerki.

Wobec stanowczego rozpoznania bąblowca nerki większość chirurgów zaleca pomoc chirurgiczną, gdyż niepodobna przewidzieć wszystkie możliwe następstwa. Całkowite jednak usunięcie chorej nerki może być wskazane tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których istota nerkowa uległa zupełnie zanikowi. W wielu razach możnaby już prędzej ograniczyć się na częściowem wycięciu nerki, gdyż bąblowiec najczęściej przeistacza tylko pewien odcinek nerki; powyższy rękoczyn zastosował raz z powodzeniem KUEMMELE, usuwawszy połowę nerki zajętej przez bąblowiec u kobiety, mającej oprócz tego bąblowca na udzie i goleni, co ułatwiło rozpoznanie. Zwykły zaś sposób postępowania chirurgicznego przy bąblowcach polega na przecięciu guza i sączkowaniu, co powinno się wykonywać, o ile to możliwe, zewnątrz otrzewnej; cięcie należy robić dosyć długie, a brzegi guza przyszyć do brzegów rany skórnej. Jeżeli już trzeba koniecznie robić operację przez cięcie otrzewnowe, to wykonywa się ją albo na jednym posiedzeniu podług metody LINDEMANN-LANDAU'a, zaleconej dla bąblowców wątroby, albo na dwóch posiedzeniach. Wogóle nefrotomia przy bąblowcu nerki dawała dotychczas prawie zawsze dobre wyniki; nie można tego powiedzieć o wycięciu całkowitem nerki, gdyż chociaż wielu, jak: BOECKEL, KNIE, SCHEDE, POSTEMPSKI i inni, otrzymywali świetne wyniki, jednakże zdarzyły się i nieszczęśliwe zejścia, np. w przypadku THIERSCH'a, SPIEGELBERG'a i innych. W przypadku naszym dotychczas nie doszło do operacji, gdyż obecnie niema do niej wskazań wobec tendencji guza do opróżniania swej zawartości, wobec braku przykrych subiektywnych objawów i wobec tego szczególnie, że w danej chwili nerka nie wydaje się powiększoną. Czy jednak nastąpi u niej wyleczenie zupełne bez pomocy chirurgicznej, przyszłość dopiero pokaże.

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

- 1) ZAGÓRSKI KAROL. Gaz. Lek. 1885 r. — 2) ORŁOWSKI. Gaz. Lek. 1885 r. — 3) MATIAKOWSKI. Gaz. Lek. 1888 r. — 4) KOSIŃSKI. Medycyna 1893 r. — 5) OBALIŃSKI. Przegląd. Lek. 1891 r. — 6) STANKIEWICZ. Pam. Tow. Lek. 1890 r. — 7) SZUMAN. Nowiny Lek. 1893 r. — 8) PAUL WAGNER. Nieren-Chirurgie, 1893 r. — 9) ISRAEL. Ueber Nieren-Chirurgie, 1894 r. — 10) HILDEBRAND. Deutsche

z. für Chir. T. 40. Z. 1 i 2.—11) KUEMMER. Beilage z. Centr. f. Chir. 1893 r.—12) GUYON. Annales des mal. des org. gen. urin. 1892 i 1894 r.—13) TUFFIER. Archive gener. de med. 1892 r.—14) SMITH GREIG. Chirurgie abdominale 1894 r.—15) F. FACKLAM. Ref. im Cenfr. f. Chir. 1893 r.—16) PÉAN. Gaz. des hôpitaux. 1894 r. Nr. 56.

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA DZIECI PRZY ULICY LESZNO.

### III. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

Podał

**Bronisław Wilhelm Sawicki.**

—§—§—

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 35].

Przechodząc z kolei do swego przypadku, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, że początkowo znalezione w nim zmiany skłonny był tłómaczyć trofo-neurozą. Na korzyść takiego przypuszczenia, o ile mi się zdawało, wskazywała wysypka na skórze, mająca wygląd liszaja płaskiego, który, jak wiadomo, wielu autorów [UNNA, KOEBNER] wiąże z zaburzeniami troficznymi. Dokładniejsze jednakże badanie i dłuższa obserwacja przypadku zniewoliły mnie wyłączyć wpływ trofoneurozy. Członki, dotknięte chorobą, od pierwszych dni życia dziecka nie przedstawiały objawów, jakie opisują przy trofoneurozach. Z drugiej strony części palców, leżące poniżej brózd zaciskających, dotąd wykazują najzupełniejszą żywotność i nie mają najmniejszej skłonności do odpadania. Badanie kuleczkowatych narośli także nie wykazało w nich żadnych śladów sprawy patologicznej. Wobec tego i w moim przypadku uważam za najprawdopodobniejszą przyczynę amputacji zrosty płodu z owodnią. Ponieważ ani błon, ani łożyska nie badałem, nie mogę przeto nie powiedzieć o obecności na nich śladów nici. Gdybym jednakże przy badaniu błon i nici tych nie znalazł, nie mogłoby to jeszcze znaczyć, by ich w przeszłości nie było. Mogły się one przecież w ciągu ciąży poodrywać i rozplynać w cieczy płodowej. Za ich obecnością przemawiało do pewnego stopnia to, że ślady zaciśnięcia na każdej kończynie znajdowały się prawie na jednej wysokości palców. Co się tyczy przyczyn, jakie mogły wywołać tworzenie się nici w moim przypadku, to przedewszystkiem należy wyłączyć działanie urazu. Wprawdzie matka uległa znacznemu obrażeniu brzucha, lecz to miało miejsce w połowie ósmego miesiąca. Trudno przypuścić, by w tym okresie ciąży, nawet w razie oderwania się owodni i wytworzenia wolnych błon, mogły powstać na palcach opisane zmiany. O wiele prawdopodobniejszym, iż amputacje powstały tu wskutek przyczyn, działających w pierwszych miesiącach życia płodowego. Przyczyny te, jak widzieliśmy, mogły być pochodzenia zapalnego, lub też mogły przedstawiać zaburzenie w rozwoju. Wobec bliznowatego wyglądu zakończeń kikutów i opisanych kulek, na tychże kikutach siedzących, zdawało się, że prędzej można w tym razie przypuścić sprawę zapalną. Badanie drobnowidzowe



w zupełności to przypuszczenie obaliło, ponieważ nigdzie w częściach badanych tkanki bliznowatej nie wykazało. Sądzę, że tak w przypadku KRISTELLER'a, jako też i w wielu innych, sprawą zapalną objaśnianych, gdyby badanie drobnowidzowe przeprowadzono, otrzymanoby ten sam wynik. Opierając się na obrazie drobnowidzowym, możnaby w moim przypadku przypuścić, że amputacye tu powstały wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych, a mianowicie: być może, wskutek ucisnienia i zagłuszenia tkanki płodu przez inną tkankę. Gdzie nie wszystkie komórki ulegały takiemu zagłuszeniu, tam z oddzielnych ich grup, jakie ocalały, tworzyły się fałdy skóry, przyjmujące postać kulek. Zagłuszenia takiego swoim uciskiem dokonały widocznie zrosty z owodnią, na co wskazywały znalezione po porodzie owrzodzenia i świeże blizny na koniuszczkach palców. Też same owrzodzenia i świeże, małe, okrągłe blizny dowodziły jednocześnie, że niektóre zrosty musiały się oderwać dopiero w ostatnim okresie ciąży. Zrosty zagłuszyły rozwój tylko ostatnich członków palcowych, inne członki rozwinęły się, lecz i na nich pozostały ślady ucisku ze strony zrostów, które wskutek ruchów dziecka okręcały się wokoło jego członków.

Należy mi jeszcze poświęcić nieco słów kuleczkowatym narostom, o których już kilkakrotnie mówiłem. Opisywano je wielokrotnie przy amputacyach samodzielnych. Towarzyszyły one najczęściej amputacyom palców, chociaż spotykano je także na kikutach goleni, przedramienia i innych. Zwracam na nie uwagę dla tego tylko, że niektórzy dawniejsi, a nawet i dzisiejsi autorowie widzą w nich dążność do odradzania się części amputowanych. Wiadomo, że zdolność odradzania się, bardzo wybitna u organizmów niższych [polipy, kijanki, glisty], bywa o tyle słabszą, o ile wyżej organizm stoi w hierarchii rozwojowej. Człowiek, o ile się zdaje, zdolność taką zatracza prawie zupełnie. Nie mniej przeto opisują fakty, które mają przemawiać na korzyść przypuszczenia, że i u człowieka mogą w pewnych warunkach odrastać przynajmniej szczątki amputowanych części.

SIMPSON przytacza np. dziecko, któremu dwukrotnie wyluszczano nadliczbowy palec i dwukrotnie tenże palec odrastał nawet z paznogciem. Tenże sam autor, jako też inni, mieli widzieć kilkakrotnie wyrastanie pazaogci na kikutach poamputacyjnych.

BRUNS przedstawiał w d. 22. IX. 1853 mężczyznę, któremu w r. 1847 wykonano operacyę LISFRANCA na prawej stopie i odjęcie śródstopia na lewej. Na bliznach obu nóg wyrosły paznogcie. Otóż SIMPSON i inni przypuszczają, że skoro takie objawy odradzania się mogą mieć miejsce u dorosłego, to o wiele więcej powinien być do tego płód uzdolnionym. Wydaje im się to o tyle prawdopodobniejszem, że i niższe ustroje łatwiej odtwarzają amputowane członki we wczesnym okresie swego rozwoju, aniżeli później [porównaj kijanki i żaby].

Wychodząc z tej zasady, SIMPSON, BRAUN, REUSS i inni uważają narośle na kikutach po amputacyach wewnątrz-macicznych za wynik działania siły odtwarzającej organizmu. Wspomniani autorowie każą odróżniać takie zaczątkowe wytwory siły reprodukcyjnej od zatrzymania w rozwoju, spowodowanego zaciśnięciem kończyny.

Mówiliśmy już wyżej, że w razie uciśnięcia powrózkiem może nie dojść do całkowitego oddzielenia się odgniatanej części kończyny, lecz może się wytworzyć amputacja niezupełna. W ostatnim razie części leżące poniżej zaciśnięcia, rozwijają się słabiej i przedstawiają obraz niedokształcenia. REUSS przyznaje, że bardzo trudno postawić ścisłą granicę pomiędzy wytworem siły reprodukcyjnej i wynikiem niedokształcenia, spowodowanego uciskiem. Wogóle REUSS, zarówno jak i inni, skłonny jest w tworach niekształtnych, kulkowatych widzieć dążenie do odradzania się części amputowanych; natomiast w częściach wykształconych dokładnie, lecz słabiej rozwiniętych, leżących poniżej brzozy, którą spowodowało zaciśnięcie, widzi on niedokładne rozwinięcie, niedokształcenie wskutek ucisku. Odpowiednio do tych zapatrywań kulkowate narośle, znalezione w moim przypadku, należałoby uważać za wynik początkowego odradzania się (*restitutio rudimentalis*) części amputowanych.

STRASSMANN w swej pracy, ogłoszonej w przeszłym roku, podaje opis i rysunek dziecka, które się urodziło z amputowaną golenią. Na kikutcie siedziały razem trzy okrągławe narośle, każda wielkości łebka od szpilki, a opodal od nich czwarta wielkości ziarenka grochu. STRASSMANN uważa te narośle za rozwiniętą ziarninę [raczej chyba za wytworzoną z niej bliźnię]. lub też za wynik początkowego odtwarzania (*rudimentäre Wiederproduction*) amputowanych we wczesnym okresie życia płodowego części.

Opierając się na wyniku badań drobnowidzowych takich narośli w moim przypadku, uważam pogląd SIMPSON'a, REUSS'a, STRASSMANN'a i innych za mylny. Gdyby omawiane kuleczkowate twory przedstawiały wynik usiłowań natury, skierowanych ku temu, by odtworzyć części amputowane, to powinnyby one tak drobnowidzowo, jak i makroskopowo przedstawiać coś początkowego, coś, co nie dosięgło zupełnego rozwoju, lecz zatrzymało się w okresach początkowych. Makroskopowo twory te rzeczywiście robią podobne wrażenie; jednakże przy badaniu drobnowidzowym znajdujemy, że się one składają z prawidłowej skóry i tkanki podskórnej, zaopatrzonej w tak samo prawidłowo zbudowane gruczoły potowe, naczynia i t. d. Jednym słowem, każda kulka przedstawia zwyczajną fałdę skóry. Nawet szypułki kulek nie wyróżniają się niczem szczególnem, okrom niejakiego ścięczenia warstwy naskórkowej, co mogło tu zależeć od ucisku ze strony zrostów.

Wobec podobnej budowy jeszcze trudniej tu przypuścić rozrośniętą ziarninę. To też, mojem zdaniem, omawiane narośle przedstawiają resztki skóry z amputowanych, lub też, być może, w zarodku zniszczonych części. Zrosty owodniowe nie zdołały oddzielnych wysepek oderwać lub zagluszyć i z nich to rozwinęły się kuleczkowate twory. Możliwym jest i takie objaśnienie, że zrosty przymocowane do skóry kikuta, odciągały ją, tworząc fałdy, które później przyjmowały wygląd narośli. Za takim tłumaczeniem mogłyby przemawiać przypadki BIRNBAUM'a i STADTHAGEN'a, w których brodawkowate narośle skórne łączyły się z niemi.

Amputacje samodzielne nie przedstawiają wielkiej rzadkości. MIRAM podaje, że na 63,872 dzieci, przyjętych w ciągu 8 lat do domu podrzutek, u 34 znaleziono amputacje samodzielne. Z tego wypadaloby, że na 2000 no-

worodków przypada 1 z omawianym brakiem. W rzeczywistości jednakże odsetka amputacji musi być mniejsza, ponieważ, jak na to słusznie zwraca uwagę VICHOFER, MIRAM czynił spostrzeżenia nad dziećmi przeważnie nieprawymi, a zatem nad dziećmi, których okres życia płodowego przebiegał w warunkach jak najgorszych.

Wyżej już widzieliśmy, że amputacje wewnątrz-maciczne bywają zupełne lub niezupełne. Tak jednym, jak drugim mogą podlegać kończyny w rozmaitych częściach swoich, a zatem na palcach na przedramieniu, na goleni i t. d. Przytem braki spotykamy raz na jednej kończynie, drugi raz na parę, lub nawet na wszystkich czterech. W ostatnim przypadku najczęściej występują amputacje na palcach, chociaż nie stanowią rzadkości i w innych miejscach. BAKER BROWN np. opisał noworodka z amputacją obu przedramion i obu goleni. W przypadku GUENTHER'a, zamiast prawego ramienia, znaleziono brodawkową wyniosłość, na miejscu zaś lewego siedział stożkowaty kikut, prawe udo było amputowane pod krętarzem, lewe zaś pod kolaniem.

Wytworzony wskutek amputacji kikut miewa postać przeważnie stożkowatą; rzadko tylko rozszerza się na kształt buławy. Wierzchołek kikuta kończy się zwykle blizną, niekiedy tylko owrzodzeniem. Blizny bywają rozmaite: przeważnie są one niewielkie, okrągłe lub liniowe, płaskie lub wciągnięte; czasami nikną one zupełnie, niekiedy zajmują znaczny odcinek powierzchni kikuta, przedstawiając bliznowate zwyrodnienie skóry i mięśni [WATKINSON]. Jeżeli znajdujemy owrzodzenie, a raczej obnażoną powierzchnię, to zwykle bywa ona płaska, szaro-brunatna, gładka, bez widocznych śladów ziarniny. Pomimo to takie powierzchnie zaciągają się blizną bardzo szybko. Wydzieliny najczęściej nie bywa przy tem wcale, lub też jest bardzo niewielka. CHAUSSIER tylko wspomina, że w jego przypadku obnażona powierzchnia była pokryta ropiejącą ziarniną. Ponad owrzodzeniem [CHAUSSIER] lub blizną [WATKINSON] sterczy niekiedy kość.

O wiele częściej na bliźnie lub w jej okolicy znajdowano brodawkowe, kuleczkowate, skórzaste lub, jak podają niektórzy, bliznowate narośle. Brodawki takie łączą się z kikutem najczęściej za pomocą szypułki. W pobliżu owrzodzenia lub blizny znajdowano w niektórych przypadkach, zwłaszcza przy amputacjach palców, sznurki lub nici, przyrośnięte do kikuta [DUBOIS, CREDE, LEGENDU i inni]. Amputowane palce bardzo często bywają połączone ze sobą, za pomocą skórnych, lub bliznowatych zrostów. Zrosty takie łączą bądź to tylko końce palców, bądź też [o wiele rzadziej] całe ich boczne powierzchnie.

Oddzielonej części kończyny w wielu przypadkach wcale nie udaje się odszukać. Tam, gdzie ją znajdujemy, bywa ona zwykle o wiele słabiej rozwinięta, niż sam płód, przytem bądź to leży ona swobodnie w błonach jajowych, bądź też jest przyrośnięta do tychże błon albo do płodu.

W przypadku CHAUSSIER'a amputowana połowa przedramienia przyrosła do łożyska. HONEL opisał przypadek braku prawego ramienia, którego związek był przyrośnięty do brzucha na wysokości pępka. W tymże przypadku była *hemicephalia*, zrost skóry czaszki z łożyskiem i rozszczep brzucha. Niekiedy związki amputowanych kończyn wisiały na powrózkach, które wywołały

amputację. O podobnym przypadku KUESTNER'a mówiliśmy już wyżej. SCHAEFFNER opisał 8-miesięczny płód z brakami na wszystkich kończynach, u którego prawa noga była amputowana w połowie goleni. Nad niezabliźnioną jeszcze powierzchnią kikuta sterczały obie kości, pomiędzy nimi zaś była przymocowana gruba, włóknista nitka, na drugim końcu której wisiała mała stopa z palcami, odpowiadająca trzymiesięcznemu płodowi.

ZAGÓRSKI spostrzegał pięciomiesięczny płód z amputacją prawej goleni. Od kikuta szła długa nitka do lewej goleni, którą silnie zaciskała, tak, że część, leżąca poniżej zaciśnięcia, była mocno obrzmiała. Na środku opisanej nitki siedziało małe ciało, w którym rozpoznawano prawą stopę z palcami, odpowiadającą 10—12 tygodniowemu płodowi.

Podobne spostrzeżenia opisali jeszcze BRAUN, KOTTMEIER i inni. Co się tyczy sta nu, w jakim znajdowano części oddzielone, znaczna większość autorów nie mówi. W niektórych tylko razach odnotowano, że części te były obrzmiałe [FRICKHOEFER]. Raz jeden [WATKINSON] znaleziono, że amputacyjna powierzchnia na oddzielonej części była zabliźniona. Niekiedy odcisnięte części, pomimo że były w stanie zgorzeli, trzymały się kończyny jeszcze po urodzeniu [AMMON, FRIEDINGER].

W przypadkach amputacji niepełnych na miejscu zaciśnięcia znajdujemy mniejszą lub większą brózdę, w której skóra bywa bądź to prawidłowa, bądźto bliznowato zwyrodniona, bądź też wreszcie owrzodzona [FRICKHOEFER, AMMON].

Wielokrotnie, zwłaszcza u płodów niedonoszonych, znajdowano w brózdach nici lub powrózki, które bywały raz słabiej, drugi raz mocniej związane ze skórą. Głębokość brózdy i wytworzony przez nią przedział mogą być rozmaite. Raz tworzy ona zaledwie widoczne zakarbowanie, innym razem sięga do kości [BÉCLARD]. W przypadku VICHOFER'a powrózek wytworzył zagłębienie na kościach przedramienia SIMONART zaś i GATRY twierdzą, że może mieć miejsce nawet rozdzielenie kości przy zachowaniu nieuszkodzonej skóry. Jeżeli zaciśnięcie było znaczne, to leżące poniżej brózdy części bywają zwykle mniejsze i węższe od reszty kończyny [BROWN, HAERDTKE i inni]. W razie wysokiego zaciśnięcia cała kończyna może się przedstawiać pod postacią niewielkiego zawiązka. Bardzo interesujące pod tym względem są spostrzeżenia REDTENBACHER'a i STADTHAGEN'a, których opis nieco szczegółowiej przytoczymy. REDTENBACHER opisał 26-letniego mężczyznę z brakiem lewego ramienia; na IV żebrze siedziała pokryta skórą narośl, mająca długości  $\frac{1}{2}$ " i grubości  $1\frac{1}{2}$ ". Narośl była ruchoma, posiadała na powierzchni dwie słabe brózdy, dzielące ją na trzy części, zawierała w sobie małe kostki i kończyła się wyraźnie ukształtowanym paluszkiem. Rozpoznano w narośli zawiązek lewej kończyny, której dokładnemu wytworzeniu się musiał stanąć na przeszkodzie ucisk ze strony powrózka. Jako ślad tego powrózka pozostała bliznowata smuga, ciągnąca się od pępka ponad dołkiem sercowym przez lewą połowę klatki piersiowej do górnego brzegu opisanego zawiązka kończyny; ztąd też smuga biegła dalej do dolnego kąta łopatki, gdzie kończyła się

bliznowatem wciągnięciem skóry. Pacjent słyszał, że podczas porodu powrózek uległ rozerwaniu.

W przypadku STADHAGEN'a, zamiast dolnych kończyn, z każdej strony znajdowało się na miejscu połączenia kończyny z miednicą duże półkoliste obrzmienie. Na wierzchołku każdego z tych obrzmiń siedziała w zagłębieniu mała, brodawkowata narośl, mająca na stronie lewej wyraźną postać stopy. Wyciągając taką narośl z zagłębienia, można było widzieć, że się ona za pomocą szypułki łączy z innym tworem, przedstawiającym zawiązek goleni; ostatniego tworu nie można było wydobyć, ponieważ nie pozwalał na to mocno napięty sznurek, przebiegający od brzegu zagłębienia do wspomnianej szypułki. Można było nadto wyczuć po obu stronach cząsteczki, odpowiadające udom. Lewa kończyna górna była wyluszczone w łokciu, na prawej zaś było amputowane ramię, którego kikut posiadał dwie blizny i jeden guzik brodawkowaty, zakończony 1" długim, cienkim wydłużeniem. Pępownina posiadała skrzydełkowate, ścięgniste przydatki, które się sierpowato poza brzeg łożyska rozciągały. Na wolnym brzegu sierpów siedziały rozmaitej wielkości strzępki, przechodzące w poskręcane powrózki. Pródom rozerwania powrózki opierały się, odrywała się zaś tylko owodnia. STADTHAGEN przypuszcza, że powrózki te wywołały zupełne amputacje górnych i niepełne dolnych kończyn.

Leżąca poniżej zaciśnięcia część kończyny bywa niekiedy sinawa i zimniejsza, niż części wyżej leżące [VIEHOEFER]. W przypadkach FRICKHOEFER'a, SCHROETER'a i innych była ona znacznie obrzmiała, w przypadku zaś SMITH'a, gdzie zaciśnięcie nastąpiło nad łokciem, części odcisnięte były czterokrotnie w swej objętości powiększone i w 2 doby po urodzeniu oddzieliły się.

Należy tu odnotować także spostrzeżenia BIRNBAUM'a i GUENTHER'a. Pierwszy z nich opisuje płód, u którego powstały amputacje palców wskutek zaciśnięcia niemi. Pomiędzy innymi jedna nić brała początek z brodawkowej wyniosłości, siedzącej pomiędzy 2 i 3 palcem prawej ręki. Nić ta obwijała paznogiowy członek 3 palca, tworząc w tem miejscu cieniutką szypułkę, która łączyła 2 członek z pęcherzykiem wielkości orzecha laskowego, napelnionym przezroczystą cieczą. BIRNBAUM przypuszcza, że pęcherzyk ten przedstawia zmieniony członek paznogiowy. GUENTHER spostrzegł 3 tygodnie zawześnie urodzone dziecko, które, obok innych zniekształceń, miało wszystkie cztery kończyny amputowane. Na miejscu lewego ramienia siedział stożkowaty kikut, który za pomocą 1½" szerokiego więzu łączył się z pustym cienkościennym pęcherzem.

Wobec tego, że omawiani autorowie nie podają szczegółowych danych odnośnie do znalezionych pęcherzy, trudno sądzić, z czem mieli do czynienia. Zdaje mi się jednak, że w obu przypadkach prędzej można przypuścić wytworzenie się pęcherzy z fałd owodni, aniżeli wskutek przekształcenia się amputowanych części w tego rodzaju twory.

W niektórych przypadkach zaciśnięcia przedramienia lub goleni spostrzegano zniekształcenie ręki lub stopy. Ręka oraz palce ulegały w takim razie mocnemu zagięciu, stopa zaś przyjmowała postać szpotawej [FRICKHOEFER, REUSS].

Oprócz kończyn, zrosty i powrózki mogą wywoływać zmiany i w innych okolicach ciała, nad czem rozszerzać się w tem miejscu nie możemy. Należy wspomnieć tylko, że powrózki mogą się okręcać wokoło pępownicy, uciskać ją, a nawet wywoływać śmierć płodu [BRAUN, REGIS, KUESTNER i inni].

Wszystko to, cośmy wyżej mówili o amputacjach niezupełnych, spowodowanych powrózkami, można *mutatis mutandis* zastosować do tych przypadków, w których ucisk wywiera pępownika. Ta ostatnia może się okręcać wokoło jednej lub paru kończyn, a często nadto wokoło szyi lub tułowia. Raz bywa ona wolna, drugi raz przyrasta do skóry [WRISBERG, SCHWABE, GRAETZER]. Na miejscu zaciśnięcia znajdujemy zwykle mniejsze lub większe zagłębienie w częściach miękkich. TORTUAL spostrzegał nawet zupełny zanik mięśni na miejscu zadzierzgnięcia, MONOD zaś widział wywołane pępownią zagłębienie w kości. Zarówno jak przy zaciśnięciu powrózkiem, spotykamy często i tutaj zanik części kończyny, leżącej poniżej brzozy.

W przypadku np. OWEN'a noworodek był donoszony i miał zaciśnięte pępownią obie kończyny dolne, które poniżej zaciśnięcia odpowiadały pod względem rozwoju cztero-miesięcznemu płodowi.

Najmniej stosunkowo danych posiadamy odnośnie do błon jajowych i wywołujących ucisk powrózkiem. Pomimo przejrzenia wielu prac oddzielnych, monografii, podręczników, niewielem się o tej kwestyi dowiedział. Przeważnie podawano opisy makroskopowe, niedokładne, badań zaś drobnowidzowych, zwłaszcza z ostatnich czasów, nie posiadamy prawie wcale.

Wobec takiego stanu rzeczy, jak już wyżej widzieliśmy, niepodobna dziś orzec, jak powstają powrózki: czy wskutek zapalenia, czy wskutek zboczeń w rozwoju, czy też wreszcie mogą powstawać wskutek jednej i drugiej przyczyny. Co się tyczy błon płodowych, na uwagę zasługują poniekąd spostrzeżenia LANGE'go i HENNIG'a. LANGE widział na owodni wysięk plastyczny, którego jednakże bliżej nie opisuje. HENNIG w swoim przypadku znalazł organizujący się wysięk pomiędzy wewnętrzną warstwą łożyska i kosmówką. Owodnia była zgrubiała i zmętniała.

W niektórych przypadkach [BRAUN, KUESTNER] na pewnej części błon, lub też na całej powierzchni łożyska i błon płodowych brak było owodni, co musiało być wywołane przez uraz. Wielokrotnie znajdowano na owodni nici i błony, które bądź to przebiegały od jednej ściany do drugiej, bądź też wisiały wolne [BRAUN, HEGAR i inni].

Niektórzy autorowie wspominają, że znajdowali zmniejszoną ilość cieczy płodowej, jednakże własności samej cieczy nie badali. Jeden tylko HENNIG spostrzegał w swym przypadku, że ciecz płodowa była mętna i zawierała liczne łuski naskórkowe, oraz swobodnie pływające błony i sznurki. Ponieważ atoli płód długo po obumarciu pozostawał w macicy, można przeto przypuścić, że pływające w cieczy płodowej łuski przedstawiały objaw rozkładu.

Niewiele też posiadamy spostrzeżeń odnośnie do zrostów, wywołujących amputację. Przedewszystkiem zasługiwałyby na uwagę pod tym względem sumienne badania nad jajami poronionemi. Na nieszczęście, dotąd mało się tem zajmowano. HEGAR powiada tylko ogólnikowo, że kilkakrotnie znajdował

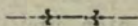
w jajach poroniowych błoniaste mostki lub nici, rozpięte pomiędzy ścianami owodni, lub też jednym tylko końcem umocowane, pływające. W podobny sposób i inni opisują omawiane zrosty, jako występujące już we wczesnym okresie życia płodowego pod postacią błon, nici lub jednolitych sznurków. Na wyróżnienie zasługuje tu spostrzeżenie PINARD'a i VARNIER'a, które dowodzi, że sznurki w jaju płodowym mogą być w środku próżne.

Wspomniani autorowie opisali jajo 14 tygodniowe, zawierające płód, od ciemienia którego do owodni ciągnął się 4,5 ctm. długi powróżek. Ten ostatni był przymocowany w odległości 2 ctm. od brzegu łożyska, nie posiadał naczyn i miał postać rurki, w środku pustej. Po oddzieleniu kosmówki od owodni można było widzieć, że owodniowy koniec powróżka miał kształt lejka. Za pomocą tępego zgłębnika łatwo można było przez środek sznurka dosięgnąć ciemienia. Jednym swym końcem bez wszelkiej linii granicznej sznurek przechodził w owodnię, drugim tak samo łączył się ze skórą. W późniejszych okresach życia płodowego zrosty takie mają zazwyczaj postać błon lub nici, względnie powróżków. Zdarza się niekiedy, że zrost, z wyglądu powróżkowaty, daje się łatwo rozprostować i wówczas staje się błoniastym [HENNIC].

Bywa i tak, że zrost na jednym swym końcu staje się błoniastym, lub też rozszerza się lejkowato i otrzymuje w środku próżnię, natomiast drugi koniec przedstawia jednolity powróżek, gładki lub też skręcony świderkowato [DOHRN]. Odnośnie do budowy zrostów prawie nie dotąd nie zrobiono.

Najczęściej autorowie ograniczają się na określeniu, że sznurki były włókniste, sprężyste, surowiczo-włókniste, do strun podobne i t. p.. Niekiedy odnotowano ogólnikowo, że sznurki miały budowę skóry lub owodni. HENNIC i HOLST zaznaczają, że mianowicie na przejściu do skóry sznurki mają budowę tejże, natomiast przy połączeniu z owodnią budowa ich odpowiada ostatniej. REUSS na swym preparacie znalazł, że sznurek składał się z tkanki łącznej i na powierzchni był pokryty komórkami nabłonkowymi. Powróżki, wywołujące amputacje, łączyły bądź to kończyny z owodnią, bądź też oddzielne kończyny pomiędzy sobą. Przebieg tych powróżków bywał najrozmaitszy. Dla przykładu przytoczymy parę przypadków: MONTGOMERY opisał nici, przebiegające od rąk do nóg, ZAGÓRSKI zaś widział połączenie za pomocą nici obu kończyn dolnych. DANYAN i BÉRAND widzieli przypadek z przepukliną mózgową (*hydrencephalocèle*), od której przebiegał błoniasty wiąz do goleni; owinąwszy ostatnią dwukrotnie i zacisnąwszy, wiąz biegł dalej i przymocowywał się do łożyska. Zdarzało się niekiedy, że płód bywał połączony z błonami za pomocą kilku zupełnie oddzielnych więzów [JENSEN, PIES i inni]. Na uwagę zasługuje także przypadek CHARLES BLEECK'a. Dziecko było donoszone. Od górnego brzegu pępowiny do łożyska przebiegał gruby, mocny, napięty sznurek, posiadający dziurę, przez którą wypadło ramię dziecka. Ramię to było zacisnięte ponad łokciem tak, że miękkie części były przecięte. W 24 godziny po urodzeniu odciśnięta część uległa zgorzeli. [C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 71. F. Kippenberg [Berlin]. O wycięciu jajników przy włókniakach macicy.

Już dawno przekonano się, że po naturalnem ustaniu miesiączki nie zawsze powstrzymuje się dalszy rozwój włókniaków macicy. Pierwszy zaś HOFMEIER wykazał, że i wycięcie jajników nie zawsze oddziaływa skutecznie na te nowotwory. O tem, że wycięcie jajników, choćby najdoszczętniej wykonane, w znacznej liczbie przypadków albo wcale miesiączki nie powstrzymuje albo też bardzo nieznacznie—przekonano się już wkrótce po wprowadzeniu kastracyi do ginekologii przez HEGAR'a jednocześnie z BATTERY'em około 1872 roku.

HOFMEIER'owi zdarzyło się spostrzeżać przypadek, w którym po wycięciu jajników krwotoki z początku ustały i guz się zmniejszył, lecz już po 5-ciu miesiącach guz zaczął wzrastać nowo i krwotoki powróciły. Nawet HEGAR przyznać musiał następnie, że przy bardzo dużych włókniakach wycięcie jajników jest środkiem wątpliwym. WIEDOW w roku 1893 jeszcze wyraźniej określił granicę, po za którą wycięcia jajników wykonywać nie należy, a mianowicie: przy guzach, sięgających ponad pępek, albowiem kastracya nic tu nie pomoże; w takich zaś razach wskazaną jest jedynie myotomia.

Oto powody, dlaczego kastracya coraz bardziej traciła znacznie w leczeniu włókniaków macicy, a w Ameryce operację tę zupełnie zarzucono, dając pierwszeństwo całkowitemu wyluszczeniu macicy wraz z guzem. MARTIN w Berlinie, nauczony smutnem doświadczeniem, również operacji tej zaniechał, przekonawszy się, że wycięcie jajników dość często nie może ani powstrzymać wzrostu włókniaków, ani też zabezpieczyć od ich rozwinięcia. Dwa takie przypadki z praktyki MARTIN'a przytacza KIPPENBERG. W jednym wskutek torbielowatego zwyrodnienia jajników i tyłozgięcia macicy wykonano laparotomię. Jajniki wraz z jajowodami podwiązano i wycięto, macicę zaś [z zupełnie wolną wówczas od włókniaków] przszyto do ściany brzusznej. Pomimo to regularność wkrótce jak dawniej powróciła, lecz, co najważniejsza, zaczęły się w macicy niebawem rozwijać włókniaki, które doprowadziły chorą w niespełną 3 lata do drugiej laparotomii i do całkowitego wycięcia macicy razem z guzami. W 2-gim znów przypadku przy wtórnej laparotomii, wykonanej celem usunięcia drugiego jajnika [pierwszy już przed 6 laty wycięto], jakkolwiek dostrzeżono włókniaki macicy wielkości orzecha, jednak ich nie wycięto, licząc, że obustronna ooforektomia zapobiegnie dalszemu ich rozwojowi. Wycięcie jajników nie powstrzymało jednak wzrostu guzów macicy i chora wskutek silnych, bezustannych krwotoków poddać się musiała po 6-ciu latach nowej laparotomii celem wycięcia doszczętnego macicy z guzami.

Z tego wszystkiego wyprowadza K. wniosek, że kastracyi nawet przy małych i najmniejszych włókniakach macicy nie należy poczytywać za środek pewny do powstrzymania rozwoju guzów. Guzy takie należy raczej już wcześniej przez wyluszczenie lub wycięcie usuwać. Wreszcie zwraca K. uwagę jeszcze



i na to, że kastracya tak samo, jak operacye na innych częściach przydatkowych macicy, wywołuje nierzadko niecznośne objawy podrażnienia.

(*Beiträge zur Geb. u. Gyn. Festschrift gewidmet AUGUST MARTIN. Ergänzungsheft der Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1895.* M. Zweigbaum.

## 72. H. Fritsch [Bonn]. Całkowite wycięcie narządów płciowych wewnętrznych zamiast wycięcia jajników.

Fritsch, co do pożytku z kastracyi, przyszedł prawie do tego samego przekonania co KIPPENBERG. Większe włókniaki ulegają niekiedy po wycięciu jajników zwyrodnieniu torbielowatemu i z tego powodu nawet się powiększają. Krwotoki nierzadko wówczas dopiero znacznie się wzmagają. Macica nie zawsze ulega prawidłowemu zanikowi. Zdarza się, że kastracya działa na guz w ten sam sposób, jak skręcenie szypuły i guz zamiera częściowo lub całkowicie wskutek powstrzymanego dowozu soków odżywczych; aktowi zaś powolnego wydzielania się zmartwiałego włókniaka towarzyszą często znane przypadłości. Dla tego też według F. do kastracyi uciekać się należy jedynie w ostateczności (*Nothbehelf*). Pod względem niepraktyczności stawia on ją narówni z porzuconem już zresztą poprzecznem zaszywaniem pochwy przy dużych przetokach. Fritsch przyszedł do przekonania, że po wycięciu wszystkich narządów płciowych wewnętrznych skutek bywa o wiele trwalszym, aniżeli po wycięciu li tylko jajników i dlatego wykonywa całkowite wycięcie tam, gdzie dawniej ograniczał się na kastracyi. Przekonał się on również, że w pewnych przypadkach wystarcza nawet wycięcie macicy z pozostawieniem jajników, czyli t. zw. przez francuzów *castration utérine*, do osiągnięcia zamierzonego celu. Przy włókniakach macicy, o ile to tylko jest możliwem, wyluszcza Fritsch macicę wraz z guzem przez pochwę i utrzymuje, że nawet macicę wielkości głowy dziecka można tą drogą wyluszczyć.

(*Deutsche Med. Wochenschrift. 1895. N. 24.*

M. Zweigbaum.

## 73. D-r Maybaum. Przyczynek do rozpoznawania niewyraźnych form (*formes frustes*) choroby Basedow'a.

Formy nietypowe nerwicy Basedow'a, które Francuzi nazywają „*formes frustes*“, nie zwróciły dotąd ogólnej uwagi, a w podręcznikach znajdujemy o nich zaledwie wzmiankę. Po większej zaś części opisywano jako nietypowe takie przypadki nerwicy Basedow'a, przy których kardynalne objawy występowały mniej wyraźnie, albo przy których miało się do czynienia z jednym lub dwoma tylko objawami. Wynika to z braku ścisłego określenia t. z. *forme fruste*. Dla Charcot'a i Marie'go np. dla dyagnozy choroby Basedow'a dostateczne są: przyspieszenie czynności serca (*tachycardia*), drżenie i zmniejszone przewodnictwo skóry na strumienie elektryczne. Podług Graeffe'go, objawami stałymi są wyłącznie: przyspieszenie czynności serca i stan paretyczny górnej powieki. Inni badacze opisywali przypadki, przy których występowały tylko wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*) i powiększenie gruczołu tarczowego [wole]. Widzimy więc, że poglądy uczonych różnią się znacznie pomiędzy sobą, a o ścisłym określeniu „*forme fruste*“ i mowy być nie może. Już lepsze określenie znajdujemy

w pracy BUSCHAN'a, który na zasadzie długiego doświadczenia przyszedł do przekonania, że objawem stałym nerwicy BASEDOW'a jest przyspieszenie czynności serca i kołatanie serca. Drugi objaw, właściwie trzeci, na który trzeba zwrócić baczną uwagę, jest drżenie. Jeżeli do tych objawów kardynalnych przyłączają się lekkie zaburzenia w sferze psychicznej, jak np. zmiana usposobienia, bezsenność, szczególna drażliwość i t. p. lub w sferze nerwowej, np. długotrwa-jące biegunki, poty, uczucie gorąca skóry i prawdziwe wzniesienie ciepłoty ciała, jako też zmiany troficzne, to wtedy śmiało możemy mówić o nerwicy BASEDOW'a. W większości przypadków obraz kliniczny choroby uzupełniają: wole i wysadzenie gałki ocznej. Główną więc uwagę BUSCHAN zwraca na zaburzenia w sferze psychicznej i nerwowej, wole zaś i wysadzenie gałek ocznych odsuwa na plan drugi. Dr MAYBAUM z tym poglądem się nie zgadza, a rozpoznaje *forme fruste* nerwicy BASEDOW'a tylko wtedy, kiedy przy dodatkowych wyżej wymienionych objawach występują przynajmniej dwa objawy klasyczne.

Jeżeli więc mamy przed sobą jeden tylko z objawów nerwicy BASEDOW'a, to o „*forme fruste*“ mowy być nie może dla powodów następujących: Przyspieszenie czynności serca razem z różnemi zaburzeniami w sferze nerwowej nie charakteryzuje jeszcze nerwicy BASEDOW'a, ponieważ występuje bardzo często i przy histeryi; przyspieszenie czynności serca bywa również przy chorobach rdzenia przedłużonego, porażeniu jądro-rem nerwu błędnego i władzie rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*). Wole występuje dosyć często bez zmian ogólnych [idyopatycznie], tętni nawet, jeżeli jednocześnie bywa wada aortalna; wolu również mogą towarzyszyć różne zaburzenia nerwowe. To samo da się powiedzieć i o wysadzeniu gałki ocznej. Ale jeżeli nawet istnieją dwa objawy nerwicy BASEDOW'a, to tylko wtedy możemy rozpoznać „*forme fruste*“, jeżeli trzeci objaw, pomimo dłuższego trwania choroby, nie występuje, bo w przeciwnym razie mielibyśmy tylko do czynienia z formą przejściową od lekkiej do poważnej

MAYBAUM opisuje dwa przypadki nerwicy BASEDOW'a, jeden na tle gruźlicy, drugi na tle blednicy (*chlorosis*) i nazywa je „*formes frustes*“ na tej zasadzie, że podczas całego przebiegu choroby stale występowały dwa kardynalne objawy oraz drżenie rąk, niepokój nerwowy i zmiana usposobienia. W jednym z tych dwóch przypadków występowało nawet tętnienie śledziony i tony w tętnicy udowej.

Różniczkowanie „*forme fruste*“ nerwicy BASEDOW'a od histeryi ma i wartość praktyczną przy rokowaniu.

(*Zeitschr. für klinische Med.* XXVIII Band, Heft I u. II). G. Lewin.

#### 74. Halipré. Porażenie pseudo-opuszkowe pochodzenia mózgowego.

Pod słowem porażenie pseudo-bulbarne, autor rozumie takie przypadki, w których skutek zniszczenia dróg, łączących ośrodki mózgowie z jądrami nerwów opuszkowych, występują objawy cierpienia tych ostatnich. Zmiany anatomo-patologiczne, wywołujące porażenie pseudo-opuszkowe, są tej samej natury, co i przy zwykłym połowicznym bezwładzie, mianowicie: wylewy krwawe i rozmiękczenia. Bywają one powierzchowne [korowe] lub głębokie [jednostronne lub dwustronne]. Korowe znajdują się zwykle w dolnej części zawoju

czołowego lub wstępującego (*gyrus frontalis ascendens*) i w miejscu połączenia tegoż zawoju z zawojem czołowym trzecim. Rozumie się, iż ognisko chorobowe, umiejscowione pod tym zawojem w substancji białej, niszcząc włókna, z niego wychodzące, wywołuje też same objawy. Zmiany głębokie centralne, wywołujące cierpienia pseudo-opuszkowe, bywają umiejscowione w części zewnętrznej (*nucleus lenticularis*) t. zw. *putamen*, i jądra zsozczewicowatego w substancji białej, z niej wychodzącego, albo w przednim odcinku torebki wewnętrznej (*capsulae internae*). Zmiany te zależne są od cierpień naczyń krwionośnych, odżywiających wyżej wzmiankowane okolice mózgu: przy zmianach więc korowych—od cierpienia gałązek tętnicy SYLWIUSZA; przy centralnych od cierpienia tętnic dziurawiących, zwłaszcza przednich (*art. perforantes anteriores*).

Prócz tych zmian przy porażeniu pseudo-opuszkowym znajdujemy zmiany drugorzędne, jako to: 1) zanik włókien asocjacyjnych, łączących między sobą jądra szare centralne (*noyau gris centr.*) i przechodzące przez *corpus callosum*; 2) zwyrodnienie wtórne pęczka mózgo-opuszkowego; 3) zanik komórek opuszkowych. Równoczesne znajdowanie ze zmianami w mózgu małych ognisk (*foyers lacunaires*) w opuszcze, co trafia się w większości przypadków, nie upoważnia nas w takim razie do rozpoznania anatomo-patologicznego *paralysis cerebro-bulbaris*, ponieważ te zmiany (*lésions lacunaires*) spotykamy także w opuszcze osobników, dotkniętych miażdżycą naczyń krwionośnych mózgowych, u których za życia nie było żadnych objawów opuszkowych. Aby rozpoznać *paralysis cerebro-bulbaris*, trzeba koniecznie wykryć zmiany, które dotyczą jąder opuszki. Porażenie pseudo-bulbarne zaczyna się zazwyczaj nagle napadem (*ictus*), w następstwie którego zjawiają się zaburzenia w polykaniu i mowie (*dysphagia, dysarthria*) i objawy porażenia połowicznego. Zaburzenia te z czasem zmniejszają się, a nawet znikają zupełnie; potem następuje drugi napad (*ictus*) i obraz chorobowy kształtuje się ostatecznie. Cierpienie to spotyka się, z małymi wyjątkami, w późniejszym wieku. Widok takiego chorego przypomina widok chorego, dotkniętego chorobą DUCHENNE'a. Chory idzie małymi krokami z głową zwieszoną, przy ustach trzyma chustkę z powodu silnego ślinotoku. Twarz nieruchoma, smutna. Głos chorego monotonny, nosowy; mowa z wybuchami (*semi-explosive*); zaburzenia w polykaniu. Język zachowuje po większej części swą siłę, lecz jest niezgrabny; podniebienie miękkie zwieszone, niesymetryczne; brak odruchu gardzieli. Nawet przy silnie wyrażonych zaburzeniach czynnościowych brak zaników mięśniowych i odczynu zwyrodnienia. Napady płaczu i śmiechu spazmatycznego. Co do rokowania, chociaż objawy te same nie prowadzą do śmierci, rokowanie jest złem, za wyjątkiem przypadków, spowodowanych syfilisem.

Prócz wyżej wzmiankowanego typowego obrazu porażenia pseudo-opuszkowego, istnieją jeszcze t. zw. postaci niewyraźne (*formes frustes*). Przy różniczkowym rozpoznaniu przedstawia trudność porażenie połowiczne (*hemiplegia*), gdyż przy niem zwykle spotyka się pewien stopień objawów opuszkowych, lecz przy porażeniu połowicznym na pierwszy plan występują objawy porażenia kończyn, przy porażeniu pseudo-bulbarnym objawy porażenia połowicznego są nieznaczące, a główne miejsce zajmują objawy opuszkowe. Od choroby Du-

CHENNE'a różni się: nagłym rozwojem, zaburzeniami inteligencji, obecnością porażenia połowicznego, brakiem zaników mięśniowych, brakiem drgawek włóknkowych i odczynu zwyrodnienia, brakiem objawów ze strony 10 pary nerwów czaszkowych i gałązki ruchowej piątej pary. Pewną trudność w rozpoznaniu mogą przedstawiać przypadki nietypowe (*sclerosis amyotrophica lateralis*). Najczęściej jest niemożliwym określić, czy porażenie pseudo-opuszkowe jest pochodzenia ośrodkowego, czy korowego: brak porażenia połowicznego wyraźnego i zaburzeń inteligencji przemawia za pochodzeniem ośrodkowym. Co do etyologii cierpienia, nic pewnego nie wiadomo. Leczenie nie daje dobrych wyników, prócz przypadków, których przyczyną jest syfilis.

Mechanizm powstawania objawów przy porażeniu pseudo-opuszkowym pochodzenia mózgowego jest następujący. W korze mózgowej znajdują się ośrodki nerwów opuszkowych; zniszczenie tych ośrodków, pozbawiając opuszkę pobudzeń mózgowych, wywołuje porażenie lub osłabienie mięśni, innerwowanych przez opuszkę. Tak jest przy zmianach korowych, co zaś do ośrodkowych, to autor objaśnia je w ten sposób: u dziecka, przy urodzeniu, opuszka sama zarządza czynnością narządu wargogardzielo-krtaniowego.

Później rozwój ośrodków psychicznych znosi niezależność opuszki, która odtąd zależną jest od mózgu, dającego jej pierwszą pobudkę. Ośrodki przyzwyczajenia (*centres d'habitude*), ośrodki automatyczne, psycho-odruchowe tworzą się w szarych jądrach i pomagają działalności mózgu. Te ośrodki otrzymują od kory pierwszy bodziec; w nich wyrabia się organizacja czynnościowa i przenosi się do jąder opuszki. Zniszczenie ośrodków psycho-odruchowych, ich dróg przyprowadzających lub odprowadzających (*voies afférentes et efférentes*) wywołuje porażenie pseudoopuszkowe. Tak więc porażenie pseudo-opuszkowe charakteryzuje się zniesieniem czynów psycho-odruchowych, powstałych w jądrach szarych podkorowych. Autor w swej pracy przytacza 16 spostrzeżeń klinicznych bardzo szczegółowo badanych, z których 8 z badaniem drobnowidzowym całego układu nerwowego.

(*La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. Paris. 1894. str. 141.*)

K. Stróżewski.

---

## Wiadomości bieżące.

---

- Na ostatnim kongresie oftalmologów medalem GRAEFE'go nagrodzony został LEBERT, prof. oftalmologii w Heidelbergu.
- Prof. BARTH z Marburga powołany został na katedrę otyatyki, laryngologii i rynologii do Wrocławia.
- D-r WYSSOKOWICZ mianowany został profesorem anatomii patologicznej w Uniwersytecie Kijowskim.
- Dyrektorem Instytutu Lekarskiego dla kobiet w Petersburgu mianowany został prof. ANREP.
- Zmarł THURE BRANDT, wynalazca massażu narządów miednicy.

---

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозв. Цензурою, Варшава, 25 Августа 1895 г. Друк К. Ковалевскаго. Warszawa, Mazowiecka 8.