

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG

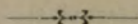
W KWESTYI OPEROWANIA GUZÓW JAMY NOSOGARDZIELOWEJ.

Podali

D-r Franciszek Kijewski,

ordynator kliniki chirurgicznej wydziałowej w Warszawie

i **D-r Wł. Wróblewski.**



Usuwanie guzów jamy noso-gardzielowej już oddawna żywo zajmowało chirurgów. Nader utrudniony dostęp do nowotworu i zbyt mała objętość jamy przedstawiają niezmiernie uciążliwe warunki do wykonania operacyi; nad złagodzeniem też owych trudności od lat wielu pracują usilnie chirurdzy, skutkiem czego powstał cały szereg sposobów operowania guzów noso-gardzielowych. Wiele z tych metod ma znaczenie tylko historyczne, inne zaś są ustawicznie zmieniane, ulepszone, co wskazuje, że żadna metoda nie przedstawia warunków idealnych i na wybór operacyi wpływa wiele okoliczności, jako to: wielkość guza, szerokość podstawy, punkt wyjścia, złośliwość, uszkodzenie części otaczających i t. p.. Ze względu na nader obszerne opracowanie tego przedmiotu przez licznych badaczy nie mam zupełnie zamiaru przedstawiania nowych metod operowania; chciałem tylko zwrócić uwagę, że zbyt często przy guzach nosogardzielowych przedsiębierzemy zabiegi nader wielkie, że można osiągnąć również dobry rezultat, posilkując się metodą łagodniejszą, mniej narażającą chorego i mniej go oszpecającą. Stosuje się to szczególnie do tak zwanych „polipów nosogardzielowych”, na które też zwracam głównie uwagę.

Operowanie polipów nosogardzielowych — kwestya to nie nowa, właściwą jednak literaturę tego przedmiotu uważać można od pracy MANNE'a, ogłoszonej na początku zeszłego stulecia. W dalszym ciągu jeszcze w wieku zeszłym spotykamy mnóstwo prac rozmaitych chirurgów, którzy operowali polipy przez drogi naturalne, bądź to za pomocą ligatury, bądź to za pomocą palców, lub też ułatwiali sobie dostęp przez otwieranie podniebienia miękkiego. W bieżącym stuleciu kwestya ta posunęła się naprzód: utrudniony dostęp do guzów zmuszał do szukania coraz to nowych metod operowania, i chirurgowie często decydowali się na zabiegi nader śmiałe. W 1832 r. SYME w celu usunięcia guza przedwstępnie resekował szczękę górną, w podobny sposób postąpił FLAUBERT w 1840 r., NÉLATON zaś w tymże celu usuwał część podniebienia twardego. Następnie

CHASSAIGNAC, LANGENBECK, HUGUIER, DEMARQUAY, OLLIER przedstawili cały szereg przedwstępnych resekcji kości nosa lub szczęki górnej.

Lecz te zabiegi tak wielkie, tak narażające chorego, często nie doprowadzały do wyleczenia. Zwrócono uwagę na elektrolizę i za przykładem NÉLATON'a wielu z zapałem zajęło się tą metodą.

Możnaby przytoczyć znaczną ilość prac z ostatnich czasów o usuwaniu guzów nosogardzielowych; literatura tego przedmiotu jest bardzo obszerna, uwzględnienie jej w całej rozciągłości nie leży bynajmniej w moim planie, gdyż nie mam zamiaru zupełnie pisać monografii wyczerpującej o polipach nosogardzielowych: zwracam tylko uwagę na prace ważniejsze.

Kwestya ta u nas również zajmowała chirurgów. Już w roku 1836 znajdujemy wzmiankę, że w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem KOEHLER opowiedział o przypadku polipa wielkości jaja gęsiego, który wypełniał całą jamę „otchlani i obu jam nosowych“; polip został usunięty przez podwiązanie¹⁾.

Dalej w roku 1858 KOCHLER i KORZENIOWSKI odcięli u chłopca 15-letniego za pomocą pętlicy galwanokaustycznej, przeprowadzonej przez nos, część polipa, który zajmował jamę nosa i opuszczał się po za podniebienie miękkie; odciętą część chory wyrzucił przez usta²⁾.

W roku 1864 LE BRUN usunął u starca 70-letniego polip nosogardzielowy. Drogami naturalnemi nie można było osiągnąć guza, przeto zrobiono 2 cięcia: jedno dłuższe wzdłuż grzbietu nosa, drugie krótsze, od skrzydła nosa pod kątem prostym ku policzkowi zwrócone. Po odchyleniu płatu wydobyć guza nie mogli, gdyż odnogi jego zapuszczały się do jamy szczęki górnej i do zatoki kości czołowej, dlatego też rozdzielili guz na połowę, jedną wyjęli od przodu, a drugą przez gardziel. Na ranę nosa nałożono szew z drutu. Po 3 tygodniach chory opuścił klinikę w dobrym stanie zdrowia³⁾.

Prof. Kosiński w 1875 r. miał odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem o „polipach nosogardzielowych“, pracy tej jednak nie mogłem odzyskać⁴⁾.

W roku 1883 znajdujemy „Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopółkowych“ prof. MIKULICZA⁵⁾; uwzględniono tu metodę GUSSENBAUER'a, według której MIKULICZ operował z pomyślnym wynikiem w jednym przypadku. Drugi podobny przypadek, operowany według tej metody przez MIKULICZA, opisał SCHRÄMM⁶⁾ w tymże roku.

W podręczniku prof. RYDYGIERA⁷⁾ zebrane są niemal wszystkie dotąd

1) Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. Tom I. str. 197. 1836.

2) Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. 1858. Tom 40. [Sprawozdanie lekarsko-chirurgiczne ze szpitala Dzieciątka Jezus przez LE BRUNA].

3) Pamiętnik Tow. Lek. 1864 r. Tom 54. [Sprawozdanie z czynności kliniki chirurgicznej przy wydziale Lekarskim Szkoły Warszawskiej, skreślił LE BRUN].

4) Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. 1875. Tom 71.

5) Przegląd Lekarski. 1883. Nr. 5.

6) SCHRÄMM. Polip nosopółkowy — wyłuszczenie przez jamę ustną. Przegląd Lekarski. 1883 r. Nr. 24.

7) RYDYGIER. Podręcznik chirurgii szczegółowej. 1884.

znane metody operowania polipów nosogardzielowych w sposób treściwy i nader dokładnie przedstawiający rzecz.

Nakoniec dwie prace BARĄCZA ¹⁾: „Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych“, uzupełniają naszą niezbyt obfitą literaturę tego przedmiotu. BARĄCZ posiłkuje się metodą JORDANA i KOENIG'a.

Być bardzo może, że oprócz wymienionych są jeszcze jakieś prace naszych badaczy w języku polskim, ale te ograniczać się muszą do kazuistycznych przypadków i zapewne nie przedstawiają nic ważnego, gdyż w przeciwnym razie znalazłbym gdziekolwiek wzmiankę o nich.

Jama nosogardzielowa posiada około 14 ctm. sześć. objętości: nieścić się zatem mogą w niej bez uszkodzenia ścian guzy zaledwie wielkości orzecha włoskiego, które jednak już wtedy zatykają nozdrza tylne (*choanae*) i otwozy trąbek EUSTACHIUSZA ²⁾. W jamie tej spotykamy guzy nader różnorodne: *fibromata*, *fibroadenomata*, *adenomata*, *carcinomata*, *sarcomata*, *enchondromata*, torbiele i inne.

Wogóle nowotwory jamy nosogardzielowej, za wyjątkiem wyrosli adenooidalnych, nie należą do rzędu chorób zbyt często spotykanych; wyczekiwać też potrzeba lata całe, aby zebrać dostateczny materiał kliniczny. W ciągu niemal 7 lat na klinice prof. KOSIŃSKIEGO miałem sposobność spostrzegania zaledwie 6-ciu przypadków, 7 zaś w praktyce prywatnej łącznie z kol. WŁ. WRÓBLEWSKIM, z którym też operowaliśmy tych chorych. Na 13 spostrzeżeń 9 polipów, 3 mięsaki i 1 *adenoma destruens*.

Z pomiędzy tworów łagodnych najczęściej mamy do czynienia z tak zwanymi wyrosłami adenooidalnymi, lecz te nie dosięgają nigdy rozmiarów zbyt znacznych i usuwanie ich nie przedstawia wielkich trudności; nie będą też zatrzymywał się nad tym punktem, tembardziej że kwestya ta niejednokrotnie już była poruszana u nas ³⁾.

Drugie miejsce po wyrosłach zajmują polipy jamy nosogardzielowej. Dawniej niemal wszystkim guzom w tej okolicy nadawano nazwę „polipów nosogardzielowych“; nazwa ta utrzymuje się jeszcze i teraz, lecz dobrze rozróżniamy oddzielne formy tych guzów i niewielką tylko liczbę z pomiędzy nich zaliczamy do polipów w ścisłym znaczeniu tego wyrazu ⁴⁾.

W jamie nosogardzielowej spotykamy dwojakiego rodzaju polipy: prawdziwe lub typowe, których punkt wyjścia stanowią ściany jamy, i fał-

¹⁾ BARĄCZ. Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 32 według wykładu na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

BARĄCZ. Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. Now. Lekar.. 1890. Nr. 12.

²⁾ LUSCHKA. Der Schlundkopf des Menschen. str. 17.

³⁾ HERYNG. O cierpieniu adenooidalnem migdałka gardzielowego. Pam. Tow. Lek. 1881.

KOEHLER. Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka połykowego. Przegląd Lekarski. 1884.

WRÓBLEWSKI. Wyrosłe adenooidalne. Gazeta Lekarska. 1889.

SĘDZIAK. W kwestyi rozpoznawania oraz leczenia t. zw. wyrosli adenooidalnych w jamie nosogardzielowej. Gazeta Lekarska. 1890. Nr. 50 i 51.

BARĄCZ. O wegetacyach adenooidalnych jamy nosopółkowej. Wiad. Lek. Nr. 10 i 11. 1890.

⁴⁾ HÜTER. Tom II, str. 267.

s z y w e, które biorą początek ze ścian jam sąsiednich i tylko następczo przedstawiają się do jamy nosogardzielowej.

Typowe polipy rozdzielają na wewnętrzngardzielowe i zewnętrzngardzielowe, stosownie do więcej lub mniej oddalonego punktu wyjścia; za zewnętrzngardzielowe uważają te polipy, które wyrastają z chrząstki włóknistej podstawowej, pokrywającej przednią dziurę poszarpaną (*fibrocartilago basilaris foraminis laceri anter.*), ze szwu skalisto-potylicowego (*sutura petrosooccipitalis*), albo też ze szczeliny skrzydło-podniebiennej (*fissura pterygopalatina*).

Według tego podziału guzy pozaszczękowe zaliczyłyby należało do polipów typowych zewnętrzngardzielowych, co z określeniem typowych polipów niezbyt się zgadza.

Pomiędzy fałszywymi polipami nosogardzielowymi rozróżniają: nosowe [śluzowe], muszlowe i polipy brzegów nozdrzy tylnych [włókniste] ¹⁾.

Na 94 przypadków polipów jamy nosogardzielowej znajdujemy u BENSCH'a [VOLTOLINI] 69 typowych polipów i 25 fałszywych.

Typowe polipy nosogardzielowe przedstawiają się pod postacią twardych guzów włóknistych, osadzonych na szypułach, niekiedy dosyć szerokich; wielkość ich jest rozmaita: mogą całkowicie wypełniać jamę nosogardzielową, a przy większym rozroście mogą przenikać do jam nosa, lub też opuszczać się do gardzieli i dosięgać nawet nagłośni. Polipy te zwykle są pojedyncze i spotykamy je przeważnie w młodym wieku szczególnie u chłopców i mężczyzn przed 25 rokiem życia.

Z pomiędzy 104 przypadków nowotworów tych, zebranych przez BENSCH'a, w 7 przypadkach były polipy u dzieci do 10 lat, w 9 — u płci żeńskiej od 10—25 lat, w 60 przypadkach u mężczyzn od 18 roku życia do 25, w 15 — u kobiet starszych nad 25 lat, a w 13 — u mężczyzn powyżej 25 lat ²⁾.

Polipy te biorą początek najczęściej ze stropu gardzieli, rzadziej zaś spotykamy je na wewnętrznej blaszce wyrostka skrzydlastego (*processus pterygoideus*), z brzegu przedniej dziury poszarpanej (*foraminis laceri antici*) i z przedniej powierzchni kręgów szyjowych.

Ponieważ punkt wyjścia polipów przedstawia pewne znaczenie dla chirurga, przeto w krótkości przypominam budowę tylnej i górnej ściany jamy nosogardzielowej. Górna ścianę stanowi trzon kości klinowej (*corpus ossis sphenoidi*), część podstawowa kości potylicowej (*pars basilaris ossis occipitalis*) i część piramid kości skalistej; ściana ta przechodzi bez widocznej granicy w tylną, w utworzeniu której przyjmują udział — łuk przedni kręgu szczytowego (*arcus allantis*) i trzon kręgu obrotowego (*corpus epistrophei*). Dla nas najważniejsze jest przejście górnej ściany w tylną—tylno-górna ściana, którą, według TILLAUX ³⁾, wyłącznie tworzy powierzchnia dolna części podstawowej kości potylicowej (*partis basilaris ossis occipitalis*); część ta, pochyłona mocno ku dołowi i tyłowi, pokryta jest warstwą

¹⁾ VOLTOLINI. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer] Abhandlung über Elektrolyse, 1888. str. 373.

²⁾ BENSCH. Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung der Nasenrachenpolypen. 1878. str. 106—110.

³⁾ TILLAUX, str. 347.

włóknistą (*fibrocartilago basilaris*) znacznej grubości, mającą formę trójkąta, którego wierzchołek znajduje się pomiędzy częścią podstawową kości potylicowej (*pars basilaris ossis occipit.*) i wyrostkiem zębatym kręgu obrotowego (*processus odontoides epistrophei*), podstawa zaś zwrócona do jamy gardzieli. Ta właśnie tkanka jest najczęściej punktem wyjścia włóknistych polipów nosogardzielowych.

Do rzędu guzów, spotykanych w jamie nosogardzielowej, zaliczyć można i polipy włókniste, pozaszczękowe, tak dokładnie opisane przez LANGENBECK'a, które ze swego przebiegu klinicznego i okresu powstawania wielce są podobne do polipów, biorących początek z podstawy czaszki. Polipy pozaszczękowe nie wyrastają ze ścian jamy nosogardzielowej, zjawiają się w niej wtórnie, a zwykle za miejsce przyczepu ich jest szczelina skrzydłopodniebienna, *fissura pterygo-palatina* lub *fossa pterygo-palatina*, która stanowi część jamy klino-szczękowej, dosięgającą podstawy czaszki. Guzy te, nie znajdując miejsca do swojego wzrostu w jamie skrzydło-podniebiennej, z łatwością przenikają do jam sąsiednich i tam się rozwijają, stąd też zwykle polipy te składają się z 4 guzów, osadzonych na wspólnej szypulce. Jedna część polipa przy rozwoju swoim idzie k u g ó r z e i p r z o d o w i, przez szczelinę oczodołową dolną (*fissura orbitalis inferior*) dostaje się do oczodołu; druga idzie k u g ó r z e i t y ł o w i do dołu skroniowego (*fossa temporalis*), a dwie pozostałe opuszczają się k u d o ł o w i i przenikają do nosa i jamy połykowej.

Zwracam tu umyslnie uwagę na te polipy, gdyż wielokrotnie przyjmowane są bądź to za polipy nosa, bądź też za guzy wychodzące z podstawy czaszki i dopiero przy usuwaniu ich przekonać się można o pomyłce.

Operowanie tych polipów jest niezmiernie mozolne, przedstawia ważny zabieg chirurgiczny, który dla większości przypadków polipów nosogardzielowych jest nieodpowiedni.

Posiadamy dwie drogi, przez które dostać się możemy do jamy nosogardzielowej, t. j. j a m ę n o s o w ą i j a m ę u s t n ą. Temi to naturalnemi drogami najpierw chirurdzy starali się usuwać guzy, co niejednokrotnie się udawało, jeżeli zaś dostęp do guza był utrudniony, wykonanie operacji starano się ułatwić bądź to przez otwieranie nosa, podniebienia miękkiego i twardego, bądź też przez usuwanie czasowe, lub nawet zupełne szczęki górnej. Ztąd też operacje, przęsiębrane w celu usuwania guzów noso-gardzielowych, rozdzielamy na dwie grupy: do pierwszej należą operacje uskuteczniiane przez drogi naturalne, t. j. jamę nosową i jamę ustną, do drugiej—usuwanie guzów za pomocą operacji przedwstępnych.

Do pierwszej grupy zaliczamy usuwanie polipów za pomocą noża, nożyczek, kleszczy, ligatury, pętlicy metalowej zimnej i galwanokaustycznej, a nawet palców, jak to zrobił MORANT; do tego działu należy także cały szereg substancji żrących [*acidum nitricum*, ciasto z chlorku cynku], za pomocą których starano się niszczyć guzy. Wiele z tych sposobów albo zupełnie nie znajduje zastosowania i zajmuje tylko miejsce w historyi operacji, albo też są one używane w wyjątkowych przypadkach.

Najmniej stosunkowo zachodu wymaga usuwanie polipów włóknistych za pomocą k l e s z c z y, którymi staramy się uchwycić guz; o ile możności, bliżej pod-

stawy, a następnie wyrwać go. Jeżeli chcemy operować przez nos, można posiłkować się kleszczami, jakie mamy do usuwania polipów nosowych; jeżeli zaś operujemy ze strony jamy ustnej, kleszcze powinny być esowato wygięte, podobne do tych, jakich używają przy usuwaniu vegetacji adenoidalnych. Przy operowaniu przez jamę ustną podniebienie miękkie należy odciągnąć za pomocą haka tępego, rozwarłe kleszcze wprowadzić do jamy nosogardzielowej, wsunąć, jak można, najwyżej z boków guza i starać się go uchwycić niemal u samej podstawy, skręcić szypułę przez wykonanie obrotów kleszczami i następnie mocno pociągnąć ku dołowi. Zwykle tym sposobem można usuwać małe włókniaki, większe zaś tylko w tych przypadkach, gdy są osadzone na cienkiej szypule. Operacja ta jest nader mało bolesna i niemal bezkrwawa, gdyż krwawienia unikamy przez skręcenie szypuły, szkoda jednak, że jej zastosowanie ma zbyt szczupłe ramy. Po usunięciu guza jamę nosogardzielową należy starannie zbadać, aby się część szypuły nie została i w tym przypadku usunąć ją za pomocą odpowiednio wygiętej łyżeczki lub też zniszczyć żegadłem galwanokaustycznym.

Próbowałem usuwać guzy jamy nosogardzielowej przez częściowe wycinanie kleszczami, podobnie jak czynili VELPEAU, DOLBEAU, JARJAVAY i inni; operowałem w ten sposób nie tylko włókniaki, lecz i guzy złośliwe, dosyć miękkie, o szerokiej podstawie. W tym celu posiłkowałem się mocnymi kleszczami SCHECH'a lub KUHN'a. Chwytałem łyżeczkami kleszczy część guza, ściskałem mocno i przez pewien czas podtrzymywałem ucisk, aby uniknąć krwawienia, następnie przekręcałem kleszcze i ucinałem tę część. Pozostałe resztki, których nie mogłem już uchwycić kleszczami, wyskrobywałem ostrą łyżeczką, odpowiednio wygiętą. Pomimo jednak pozornie doszczętnego usunięcia guza metody tej, jako radykalnej, przy guzach złośliwych nie zalecałbym: nowotwór niezawsze można doszczętnie usunąć; jeżeli podstawa guza szeroka, pozostać mogą części nowotworu niedostrzeżone, które z łatwością dają początek regeneracji. Należy być przytem przygotowanym na krwotok, gdyż jeżeli będziemy niezbyt mocno uciskali części guza i zbyt szybko będziemy wycinali je, możemy mieć znaczne krwawienie, którego zatamowanie jest niezmiernie uciążliwe. Należy wtedy albo odłożyć operację do drugiego posiedzenia i jamę tamponować, albo też zdecydować się na szybkie wycinanie pozostałej części i natychmiastowe tamponowanie, co wszystko przy małej objętości jamy przedstawia znaczne trudności do wykonania. Jeżeli tylko niema zbyt wielkiego krwotoku, lepiej jest operację kończyć na jednym posiedzeniu. Przy usuwaniu guza w kilku posiedzeniach, zmiażdżone strzępy na pozostałej jeszcze części nowotworu zwolna ulegają zgorzeli i powodują obfitą, cuchnącą wydzielinę; skutkiem tego po każdej przerwie mamy do czynienia z rozpadającą się, zanieczyszczoną powierzchnią guza, co może być przyczyną zakażenia. Okoliczność tę potrzeba mieć na względzie i lekceważyć jej nie należy.

Tą drogą usuwać możemy guzy włókniste znacznych rozmiarów i ze zrostami. HANSBERY ¹⁾ podaje opis swojego przypadku typowego polipa włókniste-

¹⁾ HANSBERY [in Dorfmund]. Heilung eines grossen typischen Nasenrachenpolypen. Separat-Abdruck aus der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde so wie für Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luft-röhren Krankheiten“. Nr. 1, 2, 3. 1891.

go jamy nosogardzielowej operowanego tą metodą. Guz był wielkości jaja kurzego, o podstawie szerokiej, przyczepiony do stropu i bocznych ścian jamy, a oprócz tego zrosnięty z tylną powierzchnią podniebienia miękkiego. Guz usunięto za pomocą kleszczy KUHN'a w 5 posiedzeniach; operację wykonano przez jamę ustną. HANSBERY zaznacza, że w przerwach pomiędzy posiedzeniami z jamy nosogardzielowej była obfita, cuchnąca wydzielina.

W roku 1888 wraz z kol. WRÓBLEWSKIM usunęliśmy guz włóknisty z jamy nosogardzielowej za pomocą kleszczy przez nos i jamę ustną w 3 posiedzeniach; krwawienie podczas operacji dosyć znaczne; guz usunęliśmy doszczętnie, gdyż dotąd recydywy nie ma.

Na klinice prof. KOSIŃSKIEGO usunąłem tym sposobem mięsaka o szerokiej podstawie, w pół roku jednak nastąpiła recydywa. W dwóch innych przypadkach na tejże klinice kol. BUKOWSKI operował guzy jamy nosogardzielowej za pomocą kleszczy i łyżeczki; krwawienie było bardzo obfite. Jeden z tych chorych opuścił klinikę wyleczony; drugi, dotknięty mięsakiem, doczekał się recydywy jeszcze podczas bytności w szpitalu [przypadek ten w ciągu kilku miesięcy zakończył się śmiercią].

W innym znów przypadku z kol. WRÓBLEWSKIM, również za pomocą kleszczy, usunęliśmy guz — *adenoma destruens* — z jamy nosogardzielowej; pozostałe resztki guza wraz z kością wyskrobaliśmy łyżeczką ostrą; po 4 miesiącach obok operowanego miejsca recydywa ¹⁾. Wykonano choremu czasową resekcję nosa według CHASSAIGNAC-BRUNS'a, usunięto guz i wydłutowano kość. Zabieg ten nie przyniósł pożądanego rezultatu: wkrótce wystąpiła recydywa, charłactwo i śmierć.

Operuję tą metodą zwykle bez usypiania, chociaż dzieci i osobniki zbyt wrażliwe należy chloroformować. Przy operacji bez uspienia chory siedzi, krew nie zacieka do tchawicy, gdyż chory ją łatwo wypluwa, bolesność nie jest wielka. Po operacji zawsze jamę nosogardzielową tamponuję gazą jodoformową w ten sposób, jak to zwykliśmy czynić przy tamponowaniu nosa w celu zatrzymania krwotoków. Za pomocą rurki BELLOCQ'a wprowadzam zwykle jeden tampon mniejszy do jamy nosowej, drugim zaś znacznie większym wypełniam całkowicie jamę nosogardzielową. Ligatury, któremi przewiązana jest gaza, wyprowadzam przez kanały nosa na zewnątrz i zawiązuję pod przegrodą nosową.

Próbowano również wycinać polipy jamy nosogardzielowej za pomocą długich, cienkich nożyczek, jak to czynił ROSER. Zabieg to nader łatwy, operację wykonywa się szybko, ale, jak zaznacza RYDYGIER ²⁾, „nie można dokładnie wyciąć nowotworu tuż przy podstawie, tak, żeby nie pozostały żadne resztki, żadne zarodki, dające pochoch do powrotu polipa“, a oprócz tego może nastąpić krwotok nieraz zastraszający, którego zatamowanie jest prawie niepodobne dla braku przystępu. Pozostałości guza można usunąć za pomocą łyżeczki lub żegadła galwanokaustycznego; trudniejsza jednak i ważniejsza sprawa z krwotokiem, szczególnie jeżeli operuje mało doświadczony chirurg.

¹⁾ Chorego tego przedstawiono w Towarzystwie Lekarsk. w 1892.

²⁾ RYDYGIER. L. c. Tom I, zeszyt I, str. 99.

DIEFFENBACH wycinał guzy zakrzywionym nożem główkowatym i nie zaznaczył nigdy krwotoku znacznego. DEGUISE zaś, VERNEUIL i DUMENIL przytaczają przypadki, w których po odcięciu guza następowała śmierć skutkiem strasznego krwotoku ¹⁾. [C. d. n.]

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

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

(*Neurosis traumatica*)

ORAZ JEJ SYMULACYI.

Napisał

D-r Med. H. Higier,
asystent oddziału.

—§—§—

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Rozpatrując bliżej oba przytoczone przypadki jako przykłady nerwicy urazowej, przekonywamy się łatwo, że, pomimo bogactwa objawów klinicznych, mało posiadają oznak obiektywnych. Zpośród nich w 1-ym przypadku widzieliśmy wzmożenie odruchów rzekpowych oraz zwężenie pola widzenia, których wartości rozpoznawczej niektórzy autorowie [SCHULTZE] nawet wprost nie uznają. W 2-im przypadku obok dwóch wymienionych przypadłości spotykamy „urazowy odczyn mięśniowy“, któremu RUMPF przypisuje wybitne znaczenie rozpoznawcze.

Rodzi się teraz pytanie: czy powyższe objawy obiektywne rzeczywiście nie posiadają żadnego znaczenia rozpoznawczego, czy też znaczenie to zostaje poderwanem możliwością istnienia symulacji? Kwestya rzeczona naprowadza nas na dwa nowe, pod względem praktycznym nadzwyczaj ważne, pytania: 1) o wartości oddzielnych objawów nerwicy urazowej [t. j. częstość pojawiania się przypadłości, występowanie ich w stanie prawidłowym oraz w rozmaitych stanach patologicznych] i 2) o ich symulacji. Niektórzy autorowie, nowszemi czasy WICHMANN ³¹⁾ w swej ciekawej monografii, wyrażają przekonanie, iż żaden objaw nie stanowi cechy charakterystycznej dla nerwicy traumatycznej i że każdy z nich daje się symulować.

Przypatrzmy się teraz bliżej po porządku sferze ruchowej, czuciowej, odruchom oraz czynnościom psychicznym, ulegającym zazwyczaj zmianom po urazie. Rozumie się samo przez się, iż w całym szeregu objawów chorobowych powinniśmy baczniejszą zwrócić uwagę na przypadłości obiektywne, nie zaś subiektywne, które się łatwo symulować dają.

¹⁾ MACKENZIE. Die Krankheiten des Halses und der Nase, str. 742.

³¹⁾ WICHMANN. Der Werth der Symptome der sog. traumat. Neurose Braunschweig. 1892. p. 100.

Przedewszystkiem wspomniany w 2-gim spostrzeżeniu objaw wzmożonej pobudliwości narządu ruchowego: traumatyczny odczyn RUMPF'a. Te same drgania włókienkowe mięśni, które występują przy pośrednim drażnieniu faradycznym, można też, zdaniem RUMPF'a³²⁾, spostrzegać, gdy chory zmęczony jest długim chodzeniem lub gdy kończyny są wystawione na działanie zimnego powietrza. Po zmęczeniu nawet u zdrowych zupełnie ludzi obserwowano objaw rzeczony [CHARCOT], ERB zaś i LOEWENFELD niejednokrotnie spostrzegali go u neurasteników. Oznaki urazowego odczynu faradycznego obserwowałem w niektórych organicznych cierpieniach nerwowych, silnie wyrażony widziałem [zanim mi jeszcze znaną była praca RUMPF'a] na porażonej kończynie u tabetyka, dotkniętego hemiparezą z jednoczesnym porażeniem *n. recurrens laryngis*. WINDSCHEID³³⁾ opisał niedawno odczyn urazowy przy porażeniu odosobnionem *n. musculo-cutanei*.

RUMPF w wyżej wzmiankowanej pracy swej podaje jeszcze jeden objaw przedmiotowy, który, zdaniem jego, w przypadkach wątpliwych nerwicy urazowej nadzwyczaj poważne może oddać usługi. Jest nim znaczne obniżenie pobudliwości niektórych nerwów na prąd galwaniczny, przy zupełnie niezmienionej pobudliwości faradycznej. Ma ono być o wiele większe, niż przy zwykłym nieużywaniu kończyn: występuje dopiero w kilka miesięcy po wypadku, dotykając zazwyczaj obustronnie *nn. ulnares i peronei*. Ogranicza się zaś wyłącznie do prądu stałego, a głównie KaDZ (*Kathoden-Dauer-Zuckung*) i KaSTe (*Kath.-Schluss-Tetanus*). Gdy prawidłowo wspomniane nerwy wykazują KaDZ i KaSTe już przy 6—8 MA (*Milliampères*), to tymczasem w przypadkach nerwicy urazowej nie udaje się osiągnąć skurczu nawet przy 20—25 MA..

Że chodzi tu o objaw przedmiotowy, nie dający się symulować, to jest rzeczą jasną. Zdarza się on jednak tak rzadko, iż brak jego nie przemawia przeciw istnieniu nerwicy urazowej.

Jako użyteczny objaw przedmiotowy uważa OPPENHEIM wzmożenie bezpośredniej pobudliwości mechanicznej mięśni i nerwów. Lekki ucisk na nerw łokciowy lub strzałkowy wywołuje u osób dotkniętych nerwicą urazową nadzwyczaj silne drgania w odpowiednim obrębie mięśniowym; uderzenie młotka perkusyjnego o mięsień wywołuje ogólne drżenie lub miejscowe tworzenie się wálka. U osób zdrowych objawów tych nie spostrzegamy nigdy, nierzadko natomiast udaje nam się obserwować je przy wyniszczeniu ogólnym, porażeniu polowicznym i padacze.

Co się tyczy wzmożonej pobudliwości mięśnia sercowego, której w rozpoznawaniu nerwicy urazowej przypisują wysokie znaczenie, można nadmienić, że spotyka się ją również u dużej ilości nieco nerwowych osobników, skądinąd zupełnie zdrowych. Wzmoczoną czynność sercową wraz z przyspieszeniem tętna tem mniej można uczynić zależną od nerwicy u starych, dotkniętych miaź-

³²⁾ RUMPF. Beiträge zur kritischen Symptomatologie der traumat. Neurose. Deut. med. Woch. 9. 1890.

³³⁾ WINDSCHEID. Ein Fall von isolirter Lähmung des N. musculocutaneus. Neur. Ctb. 7. 1892.

dżycowem zwyrodnieniem tętnic. Kolatanie serca symulować można, nadużywając tytoniu, wysokoku i kawy. Usilne ruchy członków, *resp.* głębokie i częste wdechania powodują przyspieszenie tętna. Ażeby uniknąć symulacji, należy liczyć tętno w ciągu kilku minut, dopiero bowiem po pewnym czasie występuje ta częstość tętna, którą uważać można za zwykłą, normalną.

Ważniejsze oznaki, ułatwiające niekiedy postawienie rozpoznania różniczkowego pomiędzy organicznymi i czynnościowymi cierpieniami serca, są następujące. W pourazowym funkcyjnalnem cierpieniu serca spotykamy trwale przyspieszenie tętna, ale nigdy arytmieję. Pojedyncze fale zawsze są jednakowe, niezadko w nerwicy urazowej dwubitne. Zmęczenie fizyczne większego tu, w porównaniu z osobnikami zdrowymi, wpływu na przyspieszenie tętna nie ma, za to wpływy psychiczne, wstrząsy moralne, wyraźne wywołują przyspieszenie. Uderzenie wierzchołkowe pozostaje ograniczonem, wyraźnie akcentowanem, tony serca są wzmożone, pozostają jednak czyste, nie rozdwojone. W napadach duszności i niepokoju widzimy gwałtowne przyspieszenie oddechu, czego w organicznej dusznicy bolesnej nie bywa. Wreszcie o czysto nerwowem przyspieszeniu tętna przekonywa nas zupełna nieskuteczność napaństnicy.

Do grupy nadmiernej pobudliwości mięśniowej należałoby zaliczyć, być może, spostrzegane niejednokrotnie przez ROSENBACH'a w nerwicy urazowej, a stwierdzone przez WILBRANDT'a i SAENGER'a³⁴⁾, nowszemi zaś czasy przez KOENIG'a, drganie powiek przy powolnem zamykaniu oczu.

„Objaw ROSENBACH'a“ wcale nie rzadko można obserwować u osób nerwowych. Bardzo wyraźnie widziałem te drgania u dziewczynki dotkniętej chorobą BASEDOW'a, oraz u mężczyzny, upośledzonego nerwowo i dotkniętego jednocześnie drżeniem głowy i gałki ocznej w kierunku pionowym i poziomym.

Wadliwe zamykanie powiek przy staniu z ustawionemi obok siebie nogami podaje LOEWENFELD³⁵⁾ jako oznakę obiektywną niemocy nerwowej. Obecność powyższego objawu należy w przypadkach wątpliwych brać pod uwagę.

Za bardzo ciekawe pod względem rozpoznawczym zaburzenia w sferze ruchowej uważa HOLZ (*Berl. klin. Woch.* 33. 1892) spostrzegane przezeń dwukrotnie porażenie zwieraczy krtani. Nie daje się ono żadną miarą symulować.

Nadzwyczaj ważnem ze względu na swój obiektywizm jest zachowanie się niektórych odruchów, a mianowicie: odruchów ścięgniastych, skórnych, błon słuzowych i źrenic. Odruchy ścięgniaste, głównie zaś rzepkowe, stale ulegają wzmożeniu w nerwicy urazowej. Atoli wzmożenie odruchów zbyt często występuje przy zwykłym pobudzeniu psychicznem, nagłym oziębieniu skóry, w niedokrwistości, w charłactwie, ażeby można było stąd jakiś usprawiedliwiony wyciągnąć wniosek. W istocie, u symulanta, obawiającego się wykrycia jego symulacji i znajdującego się podczas badania w stanie pobudzenia i niepokoju, możnaby wykryć wzmożone odruchy; chwilową więc obecność wzmożonych odruchów w nerwicy urazowej należy oceniać bardzo oględnie. Słusznie więc odrzucają SCHULTZE i EISENLOHR posługiwanie się w rozpoznawaniu nerwicy wzmożeniem odruchów. Sądzę jednak, że kilkakrotnie stwierdzany u na-

³⁴⁾ WILBRANDT und SÄNGER. Ueber Sehstörungen bei functionellen Leiden. Leipzig. 1892.

³⁵⁾ LÖWENFELD. *Loc. cit.*

szych chorych, a rzadko dość występujący objaw stopowy powinien być zaliczony do oznak rozpoznawczych nerwicy urazowej. Objaw ten, jeżeli wyłączymy organiczne cierpienia mózgu i rdzenia, zjawia się tak rzadko, iż obecność jego stanowić powinna ważną cechą rozpoznawczą.

Brak lub wzmoczenie odruchu rzepekowego po jednej stronie przemawia prawie zawsze za organicznym uszkodzeniem mózgowym *resp.* rdzeniowym. Obustronny brak odruchu przemawia za wiałdem rzezkowym, który, jak wiadomo, nie należy do rzadkości. U osób starszych z oceną należy być zawsze ostrożnym, po 60 bowiem roku życia odruchów rzezkowych może brakować [MOEBIUS]. Wiadomą jest również rzeczą, iż brak często odruchów ścięgnistych u pijaków i dya-betyków.

WICHMANN wspomina o jednym przypadku SEELIGMUELLER'a, w którym badający lekarz—ekspert znalazł zupełny brak odruchów rzezkowych, gdy późniejsze badania w klinice wykazały znaczne wzmoczenie ich. WICHMANN jest zdania, że zaszła tu stanowczo omyłka w badaniu ze strony lekarza. „Kto, jako neuropatolog, miał sposobność badania objawu kolanowego, ten wie, że u dużej ilości osób zdrowych brak go napozór, natychmiast go jednak wywołać można za pomocą rękoczynu JENDRASSIK'a. Dopiero wtenczas można mówić o braku objawu kolanowego, gdy nie udaje się go wywołać nawet sposobem JENDRASSIK'a“. Że w przypadku SEELIGMUELLER'a mogła zajść omyłka w badaniu, temu przeczyć nie mogę, chciałbym tu jednak wspomnieć o jednym przypadku histeryi u mężczyzny, u którego kilkakrotnie stwierdzałem występowanie i znikanie odruchu rzepekowego. Sprawa dotyczyła młodego człowieka, który po usilnych trudach fizycznych uległ t. zw. spazmowi skaczącemu (*spasmus saltatorius*) pochodzenia histerycznego³⁶⁾. Zupełny brak odruchów rzezkowych nawet po zastosowaniu rękoczynu JENDRASSIK'a upoważniał, ze względu też na inne objawy, do rozpoznania zapalenia nerwów. Po upływie 3-ch dni odruch powrócił, wkrótce jednak znowu na czas pewien zginął.

Analogiczne zachowanie się odruchów źrenicy demonstrował niedawno w Budapeszcie w Towarzystwie Lekarskiem PATAY.

Co się tyczy odruchów skórnych w nerwicy urazowej, to przy nadczułości skóry są one wzmoczone, przy osłabieniu sfery czuciowej obniżone. Niezwykłemu wzmoczeniu ulegają odruchy skórne w płciowej niemocy nerwowej. W nerwicy urazowej pozostaje niezmieniony, według STRUEMPELL'a, odruch mięśnia unoszącego jądro, według OPPENHEIM'a—odrch brzuszny. ROSENBACH nadaje odruchowi brzuszemu ważne znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy organicznymi i czynnościowymi porażeniami połowicznymi. Wszystkim świeżo powstałym porażeniom połowicznym, zdaniem tegoż autora, towarzyszy zniesienie odruchu brzuszego i wzmoczenie odruchu rzepekowego po stronie porażonej, wszystkim zaś porażeniom obustronnym, dopóki nie wystąpi zwyrodnienie, towarzyszy wzmoczenie objawu rzepekowego. W histerycznym porażeniu połowicznym spotykamy wyraźny odruch brzuszny oraz prawidłowy lub z obu stron wzmoczony odruch rzepekowy. Odruch brzuszny w hemiplegii histerycznej zachowany bywa tam na-

³⁶⁾ Przypadek ten opisany był przez D-ra W. GAJKIEWICZA. Gaz. Lek. 48. 1892.

wet, gdzie wszystkie odmiany czucia skórniego są zniesione i gdzie wywołać nie można nawet odruchu spojówki. Rozumie się, iż w tego rodzaju przypadkach należy baczną zwracać uwagę na to, czy wogóle istnieje odruch brzuszny, co łatwo sprawdzić przez wywołanie odruchu po stronie przeciwnej.

Zdaniem PITRES'a, odruchowi brzuszemu w żaden sposób nie należy przypisywać tego znaczenia rozpoznawczego; niekiedy bowiem zdarzają się hemianestezye historyczne, w których odruchu brzuszego brak zupełnie.

GEIGEL³⁷⁾ nadaje odruchowi mięśnia unoszącego jądro znaczenie różnicowo-rozpoznawcze: brak go, podobno, stale po stronie organicznego porażenia połowicznego. U kobiet zaś brak analogicznego mu odruchu mięśnia skośnego. Przy historycznym porażeniu połowicznym odruch *m. cremasteris* lub *obliqui* zostaje zachowany.

Objaw powyższy posiada stosunkowo dosyć ważne znaczenie, pozwala bowiem, w czasie gdy jedynie tylko znajdujemy ogólne objawy, nietylko wykryć stronę cierpiącą, lecz nawet z całą stanowczością, pomimo stanu nieprzytomności chorego, rozpoznać jednostronne organiczne cierpienie ogniskowe.

Odruch źrenic na światło bywa prawidłowo zachowany w nerwicy urazowej. Obustronne rozszerzenie źrenic, obok braku innych objawów mózgowych, każe podejrzewać symulację [atropina]. Jednostronne długotrwałe rozszerzenie źrenicy występuje po mózgowych krwotokach urazowych i odpowiada zawsze stronie, po której nastąpił wylew krwawy. Niekiedy w czystej nerwicy spotykamy jednostronne rozszerzenie źrenicy, odpowiadające tej połowie ciała, po której istnieją czynnościowe zaburzenia ruchowo-czuciowe, oraz bóle [podrażnienie nerwu współczulnego].

Nerwy naczynio-ruchowe, podobnie jak i inne nerwy ruchowe, ulegają w nerwicy urazowej nadmiernemu pobudzeniu. Zazwyczaj u tego rodzaju chorych udaje się wyraźnie pisać po skórze końcem młotka perkusyjnego, w miejscach dotkniętych występuje wyraźne zaczerwienienie, a nawet wysypka. Niekiedy znów przeciwnie znajdujemy porażenie nerwów naczynio-ruchowych skóry w miejscach paretycznych, tak, iż po oblaniu wodą wrzącą nie występują ani znaczniejsze zaczerwienienia reakcyjne, ani pęcherze zgorzelinowe [THIES]. Z pośród innych zaburzeń naczynio-ruchowych wspomnieć należy o obrzękach i sinicy, które w jednym przypadku GUINON'a wystąpiły po urazie i nosiły cechy sinego twardego obrzęku SYDENHAM'a natury historycznej (*oedème bleu et dure*).

Niekiedy w nerwicy urazowej występuje nadmierne pocenie się, które może się stać trapiącym. Symulacja za pomocą środków farmaceutycznych jest łatwą. Prawidłowem zjawiskiem bywa ono w wielu przewlekłych cierpieniach wyniszczających [gruźlica] i u pijaków.

Podwyższenie ciepłoty ciała pourazowe zależy może od cierpień rdzenia mózgowia i mózgu przedłużonego. Że istnieje też hypertermia nerwowa, która, wespół z innymi objawami, w stanie jest symulować rozmaite cierpienie organiczne (*meningitis, gonitis, peritonitis*), to nie ulega obecnie wątpliwości³⁸⁾.

³⁷⁾ GEIGEL. Die klinische Prüfung der Hautreflexe. Deut. med. Woch. 8. 1892.

³⁸⁾ Porówn. SARBO. Ueber hysterisches Fieber. Arch. f. Psych. XXII. 2. 1891.

MIERZEJEWSKI obserwował u jednej histeryczki wahanie w ciepłocie ciała od 29,3° C. do 43,0° C.; DRUMOND w przypadku histeryi widział po jednej stronie ciała 42,2° C., po przeciwnej zaś 36,6° C.; TEALE otrzymał w jednym przypadku ciepłotę 50° C. [cytowane u WICHMANN'a], u naszego pacjenta wynosiła różnica obu goleni 4° C..

Że sugestya i autosugestia mogą wpływać na wahania ciepłotne, o tem przekonują nas badania LEHMANN'a, BEAUNIS'a i inne.

Przejdźmy teraz do sfery czucia skór nego i siatkówki, w których niejednokrotnie starano się dopatrzeć oznak obiektywnych przy wykryciu zaburzeń symulowanych, *resp.* przesadnych. Z pośród tej grupy objawów nadzwyczaj ciekawem jest zwięzienie pola widzenia, o którego znaczeniu klinicznym ostatecznego zdania jeszcze nie ogłoszono. Niektórzy [SCHULTZE, STRUEMPFELL] twierdzą, że obserwowane tylekroć przez OPPENHEIM'a zwięzienie pola widzenia spotykali dosyć rzadko, inni znów ze względu na nieznaczny stopień zwięzienia uważają je za mało charakterystyczny objaw, inni wreszcie za łatwo poddający się symulacji. Natomiast szkoła francuska³⁹⁾ upatruje w zwięzieniu pola widzenia objaw patognomoniczny. Ostatnimi czasy stwierdzili też niektórzy oftalmologowie niemieccy [WILBRAND, PFLUEGER, SAENGER, FISCHER] częste występowanie i swoiste cechy zwięzienia pola w nerwicach urazowych. Słusznie wyraża się WILBRAND⁴⁰⁾, że jeżeli w stanach nerwowych wogóle często spotykamy koncentryczne zwięzienie pola widzenia, wraz z wszelkimi towarzyszącymi mu zaburzeniami wzrokowemi, to musiałoby być w wysokim stopniu dziwnem, gdyby w nerwicy, powstałej po urazie, rzadko tylko były stwierdzane objawy astenopii nerwowej, zwięzienia pola. Rozumie się, bywają i tacy chorzy, u których nietylko nie można stwierdzić koncentrycznego zwięzienia pola widzenia, ale i innych żadnych objawów astenopii nerwowej, a u których jednak rozpoznanie nerwicy urazowej nie ulega najmniejszej wątpliwości.

„Dlaczegożby właściwie, słusznie zapytuje PLACZEK⁴¹⁾, tylko nerwica urazowa zawsze miała przedstawiać wszystkie charakterystyczne dla niej objawy. Dlaczegoż mielibyśmy temu właśnie cierpieniu stawiać warunki, których żadnemu innemu cierpieniu nerwowemu nie stawiamy“? Badania pola widzenia dokonujemy najprostszym sposobem za pomocą przesuwania palców. Gdzie jednak chodzi o określenie nieznacznego obniżenia siły ekscentrycznej widzenia, tam badań dokonywać należy za pomocą perimetru i małych obiektów próbnych. Zarówno wielkość próbnego obiektu [zazwyczaj biały kwadrat o powierzchni 1 kwadratowy ctm.] jak i średnica perimetru powinna być, zdaniem niektórych oftalmologów, dokładnie określoną, wielkość bowiem obrazu, utworzonego na siatkówce, zależy od wielkości i oddalenia próbnego obiektu. Być nawet może, że różnice w rezultatach różnych autorów pochodzą po części z niezgodności w metodach badania, *resp.* z niejednakowej wielkości próbnych obiektów i śre-

³⁹⁾ BLOCQ. Des stigmates hystériques. Gaz. d. Hôpitaux. 23. 1892.

⁴⁰⁾ WILBRAND. Ueber die Veränderung des Gesichtsfeldes bei d. traum. Neurosen. Deut. med. Woch. 17. 1892.

⁴¹⁾ PLACZEK. Sitzung d. Berlin. Gesellsch. f. Psych. u. Nerv. p. Neur. Ctb. 15. 1892.

dnicy perimetrów. W odczycie, wygłoszonym w Towarzystwie lekarzy hamburskich, powiada WILBRANDT ⁴²⁾: „Jeżeli ktoś np. w Hamburgu bada przypadki nerwicy urazowej za pomocą kwadratu o powierzchni 5 kw. mm., ktoś znów gdzieindziej za pomocą kwadratu o powierzchni 20 kw. mm., to pierwszy znajdzie zwężenie pola widzenia, gdzie ostatni stwierdzi jeszcze granice prawidłowe“.

Uczyniona już wyżej przy omawianiu pobudliwości serca i odruchów ścięgnistych uwaga o wpływie pobudzeń psychicznych i zmęczenia fizycznego tyczy się również i pola widzenia. Szczególnie należy unikać zmęczenia wtedy, gdy przy podejrzeniu symulacji zamierzamy badać pole w rozmaitych odległościach.

Jeżeli pole widzenia na barwy okazuje się większem, niż na kolor biały, wówczas symulacja jest bardzo prawdopodobną. Natomiast swobodne orientowanie się w przestrzeni pomimo zwężenia pola widzenia nie powinno jeszcze rzucać podejrzenia na obecność symulacji. Niejednokrotnie miałem sam sposobność mierzenia pola widzenia przy samoistnej i przy urazowej hysterii, w których, pomimo bardzo znacznego zwężenia [po za plamkę żółtą], żadnych zaburzeń w orientowaniu się nie stwierdziłem. Chorzy ci również mało wiedzieli o swej ślepotcie ekscentrycznej, jak o istnieniu jednoczesnem znieczulenia skór nego. O przyczynie tego ciekawego zjawiska nie wiemy nic stanowczego pomimo treściwych teorii o istocie hysterii CHARCOT'a i MOEBIUS'a, pomimo ciekawych prac JANET'a ⁴³⁾ nad znieczuleniami przy hysterii, BERNHEIM'a ⁴⁴⁾ przy hypnozie.

Obecność zwężenia pola tylko w jednym oku zdarza się rzadziej w hysterii, częściej jednak w organicznych cierpieniach mózgu. Że zwężenie pola widzenia, hemianopsya, ślepotą psychiczną po urazie głowy [np. pęknięciu podstawy czaszki, obrażeniu zrazów potylicowych] powstać i łączyć się mogą z istniejącymi jednocześnie objawami czynnościowymi, trzeba zawsze mieć na uwadze. O tem, jak odróżniać zwężenie pola widzenia organiczne od dynamicznego [koncentryczność pola, zachowanie się oddzielnych barw], objaśniają nas podręczniki neuropatologii.

W tem miejscu chcielibyśmy poświęcić jeszcze słów kilka niektórym mało znanym cechom pola widzenia nerwicy traumatycznej, budzącym zajęcie zarówno praktyczne, jak i teoretyczne.

O. KOENIG ⁴⁵⁾ zwraca uwagę na obiektywną i nie poddającą się symulacji cechę, którą niejednokrotnie obserwowal w nerwicach urazowych. Polega ona na tem, że pole widzenia zmienia się względnie do tego, czy przesuwamy obiekt próbny od środka ku obwodowi, czy też od obwodu ku środkowi. W pierwszym przypadku pole widzenia jest bez wyjątku mniejsze. Ten t. zw. *Verschiebungstypus*, stwierdzany już oddawna przez FOERSTER'a przy znieczuleniu siatkówki łącznie z innymi objawami nerwowej astenopii (*Photopsia*, *Blepharospasmus*, *Nictitatio*), w ciągu ostatnich lat kilku bliżej przy neurozach traumatycznych zbadany został. Badania objawu powyższego można dokonać za pomocą upro-

⁴²⁾ p. Loc. cit..

⁴³⁾ JANET. L'anesthésie hystérique. Arch. d. Neurol. XXIII. 69. 1892.

⁴⁴⁾ BERNHEIM. Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie. Paris. 1892. p. 183.

⁴⁵⁾ O. KOENIG. Ein objectives Krankheitszeichen bei traumat. Neurose. Berl. klin. Woch. 31. 1891.

szczególnej metody WILBRANDT'a, ograniczając się do południka poziomego. Objekt próbny w tempie powolnem i umiarkowanem przesuwamy od strony skroniowej ku nosowej przez punkt fiksacyjny; miejsce, w którym obiekt pojawia się w polu, oznaczamy przez O, w którym znika—przez 1; doszedłszy do 1, bez przerwy wracamy ku stronie skroniowej. Jeżeli obiekt znowu przy O znika z pola widzenia, wówczas z całą pewnością można powiedzieć, że nie ulega ono zmęczeniu. Jeżeli natomiast łatwo ulega zmęczeniu, to wówczas obiekt znika, nie dochodząc O [punkt ten oznaczamy przez 2], po stronie zaś nosowej, nie dochodząc 1 i t. d. Według KOENIG'a⁴⁶⁾, istnieją takie pola widzenia, które udaje się znużyć przez powyższe „*Ermüdungstouren*“ do punktu fiksacyjnego. W większości jednak przypadków zmęczenie ustaje daleko wcześniej pozostawiając nie znużoną środkową część pola, którą WILBRANDT nazywa „minimalnem polem widzenia“. Zwracamy też uwagę, że strona skroniowa łatwiej ulega zmęczeniu, niż nosowa [KOENIG, WILBRANDT], że zdarzają się przypadki, w których znużoną czuje się tylko strona skroniowa. Występowanie objawu tego po jednej tylko stronie należy do wyjątków. Wszyscy dotknięci nerwicą urazową chorzy z koncentrycznym zwężeniem pola widzenia wykazują też FOERSTER'a *Verschiebungstypus* w sposób jaskrawy [PLACZEK]. Według KOENIG'a, objawy omawiane mogą niekiedy występować zupełnie niezależnie od siebie.

Rodzi się teraz pytanie, czy koncentryczne zwężenie pola widzenia oraz *Verschiebungstypus* nadają się do symulacji, czy też nie? OPPENHEIM⁴⁷⁾ „w dalszych swych spostrzeżeniach“ powiada „że koncentryczne zwężenie pola widzenia w formie typowej albo w ogóle nie może być symulowane, albo też tylko przez jakiegoś szczególnie biegłego i wprawnego oszusta“. KOENIG'owi, który na sobie samym dokonał całego szeregu prób, nie udało się w żaden sposób symulować charakterystycznego dla neurozy zwężenia. To samo miało miejsce z objawami zmęczenia wzroku (*Verschiebungstypus*). „Wyższy stopień zwężenia [typ WILBRANDT'a] z objawami zmęczenia lub bez nich udaje się jako tako symulować; wymagane są jednak ćwiczenia przedwstępne na perimetrze, oraz znajomość praw koncentrycznego zwężenia, a szczególnie zmęczenie pola widzenia. Atoli i taki symulant, wyuczony na perimetrze, daje się łatwo w błąd wprowadzić przy badaniu aparatem WILBRANDT'a (t. zw. *Fadenperimeter*), tak, iż w ogóle kwestya symulacji dynamicznych zmian pola widzenia ma więcej znaczenie teoretyczne, aniżeli praktyczne“.

W tym samym duchu wyraża się WILBRANDT⁴⁸⁾, który w części sam, w części zaś z SAENGER'em wykonał szereg badań. „Zarzut, jakoby względnie niewielkie zwężenie pola można symulować, w stanie są uczynić ci tylko, którzy się osobiście badaniami perymetrycznymi nigdy nie zajmowali; przy ustaleniu wzroku na punkt pewien umieć symulować wciąż te same granice pola widzenia,

⁴⁶⁾ KOENIG. Ueber Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung [Vortrag im Berl. Gesellsch. f. Psych.] Autoreferat. Neur. etbl. 14. 1892.

⁴⁷⁾ OPPENHEIM. Weitere Mittheilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage. Berlin. 1891.

⁴⁸⁾ WILBRANDT. Loc. cit.

uważam za zadanie, dające się wykonać tylko przez niewielu i to po dłuższem i dokładnem wyćwiczeniu się. Kto jednak ludziom tym do tego rodzaju ćwiczeń powierza perymetry?⁴⁾

Że symulacja typowego zwiężenia pola widzenia [na kolor biały i inne barwy] nie jest rzeczą łatwą, dowodzą ujemne wyniki, otrzymane na znanym powszechnie Berlińczyku ⁴⁹⁾, który potrafił z wielką zręcznością prawie wszystko symulować, wytwarzając u siebie sztucznie anestezyę, transfert, padaczkę i t. p. Gdy polecono mu, po uprzedniem wytłomaczeniu rzeczy, uczynić pole widzenia węższem, niż ono było w rzeczywistości, otrzymywano figury dziwaczne, w których w nieładzie były porozrzucane pola widzenia pojedynczych barw.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

— 3 —

7. Rozległe znamię rodzime i przerost ciała jamistego cewki moczowej.

Przypadek dotyczy wyrobnika, 66 lat liczącego, który 2. XI. 1892 r. przybył [w 5-ym dniu zapalenia płuc włóknikowego] do szpitala Dz. Jezus.

Skóra chorego na całej prawie dolnej połowie ciała ma zabarwienie sinoczerwone, podobne do plam trupich; zabarwienie to zajmuje cały krzyż, całą moshnę i ręce, całą wewnętrzną połowę prawego uda, całą prawą stopę i dolną połowę prawej nogi. Na górnej połowie tejże nogi oraz na tylnej powierzchni lewego uda i nogi — widać tak samo zabarwione wielkie, pojedyncze plamy. Istnieją one od urodzenia i żadnych dolegliwości choremu nie sprawiają; nad poziom skóry nie wystają. Skóra na nich jest zgrubiałą, przy ucisku palcami plamy bledną. Przejście do skóry normalnej tworzy ostrą linię. Wyraźnego związku pomiędzy umiejscowieniem plam a granicami rozgałęzień nerwów skórnych zauważyć się nie daje.

U tegoż chorego rzucalo się w oczy pewne zboczenie w kształcie i budowie prącia: długie prącie coraz bardziej grubiało ku swobodnemu końcowi i wreszcie kończyło się ogromną żołądzą. Korona żołądzy wystaje bardzo silnie. Długość prącia wynosi 12 ctm., w tem główka 5½ ctm.. Poprzecznik żołądzy 6 ctm., obwód prącia 8 ctm., obwód korony żołądzy 15 ctm., obwód podłużny żołądzy 10 ctm.. Przy obmacywaniu prącia granice pomiędzy jego ciałami jamistymi a ciałem jamistem cewki moczowej dają się dobrze wyczuć. Okazuje się przytem, że nietylko żołądz, ale i reszta ciała jamistego cewki jest bardzo silnie zgrubiałą i zajmuje prawie połowę obwodu prącia. Oczywiście mamy tu do czynienia z przerostem ciała jamistego cewki moczowej.

Chory jest wdowcem, ojcem pięciorga dzieci, z których dwoje żyje; spółkowanie było prawidłowe. W rodzinie chorego podobnych stanów nie było.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że i pierwsza i druga osobliwość wskazują na nieprawidłowości w rozwoju układu naczyniowego; z jednej strony mieliśmy do czynienia z *naevus vasculosus*, z drugiej — z *hypertrophia corporis cavernosi urethrae*.

Józef Winiarski.

8. Zwyródnienie torbielowe nerek.

W grudniu 1891 r. na sekcji 50-letniego G. K... kol. PRZEWÓSKI znalazł zwyródnienie torbielowe nerek. Obie nerki były niezmiernie powiększone. Po-

⁴⁹⁾ Porówn. XVI Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen. 7 Juni. 1891 [JOLLY].

wierzchnia ich, usiana mniejszymi i większymi pęcherzami, przypominała postaćią grona winne. Na powierzchni rozkroju trudno było się dopatrzeć właściwego mięszu nerkowego; nerki składały się ze wspomnianych pęcherzy, napelnionych przezroczystym płynem, i z ich ścianek. Nadto na sekcji znaleziono przerost serca, mianowicie lewego.

Do szpitala przybył ów K., subjekt cukierniczy, na dwa tygodnie przed śmiercią. Niedomagał od roku; od miesiąca zaś zupełnie stracił łaknienie, czuł się coraz bardziej osłabionym, cierpiał na zaparcie stolca i bóle w lewej piersi. Z zajęć swoich do ostatnich niemal tygodni wywiązywał się bardzo sumiennie, jak to słyszałem od pryncypała. Puchliny nigdy nie było. Bezdzienny, rozwiedziony z żoną.

Ciepłota 36° C., tętno 84 twarde, częstość oddechu 18. Przytomność zamglona; słuch stępiony; sam chory głośno krzyczy. W pierwszej chwili, rozmawiając z nim i patrząc na niego, myślałem [całkiem niesłusznie], że mam do czynienia z alkoholikiem. To samo mniemanie powzięli byli zrazu i siostra miłosierdzia, i usługa szpitalna, i otaczający chorzy. Wspominam o tem, bo pomyłka taka z chorymi dotkniętymi mocznicą zdarzała mi się już kilkakrotnie. Przy badaniu znalazłem: akcentację 2-go tonu aorty, powiększenie wątroby [ku górze na 6-em żebrze, ku dołowi na linii pępkowej, na lewo prawie do linii sutkowej lewej] i śledziony [do 8 żebra]. Język mocno obłożony. Twarz nieco nabrziała, zresztą nigdzie żadnych obrzęków. Ilość dobowa moczu [wielokrotnie badanego] — 2—2½ litrów; ciężar właściwy 1007—1008, nieco białka [wyrażna obrączka po dodaniu kwasu azotowego], żadnego osadu.

Podczas pobytu w szpitalu zjawił się lekki obrzęk stóp, zaćmienie przytomności wzrastało, wystąpiła senność, ziewanie, oddech stał się bardzo rzadkim [9 na minutę], bardzo głośnym i chrapliwym; na twarzy i karku powstało kilka wielkich wrzodzień.

Rozpoznałem mocznicę wskutek przewlekłego zapalenia nerek. Niezawodnie gdybym był troskliwiej badał chorego i mianowicie próbował wymacać nerki, to owe ich guzy torbielowe łatwo byłoby skonstatować. Powiększenie wątroby i śledziony było tylko pozornem. Guzy nerek wypychały te narządy ku górze i ku przodowi; nadto wątroba obróciła się tu około swej osi poprzecznej [górną powierzchnią ku przodowi].

Zwyrodnienie torbielowe nerek, tak daleko posunięte, uchodzi za cierpienie wrodzone, chociaż większość takich chorych dochodziła do podeszłego wieku. Trzebaby chyba przypuszczać, że właściwy miąższ nerkowy zrazu jeszcze istnieje, dopiero pod koniec życia ostatecznie zanika. Trudno sobie wyobrazić, jak tacy chorzy mogą żyć tak długo i w jaki sposób pozbywają się z ustroju zwykłych składników moczu. Opisanemu tu choremu z pewnych ubocznych względów zadawałem jodek potasu i salicylan sodu raz do wewnątrz, drugim razem w ławatywie. Ciała te dawały się wykazać w moczu w bardzo małej tylko ilości, bez porównania mniejszej, niż to bywa u innych chorych na nerki.

Niektóre przypadki takiego zwyrodnienia nerek VIRCHOW tłómaczył wrodzonym zarośnięciem brodawek nerkowych. W ostatnich latach więcej zwolenników zyskuje przekonanie, że są to nowotwory (*adeno-cystomata multilocularia renum*).
K. Chelchowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

42. Bechterew. O ośrodkach mózgowych zwieraczy odbytu i pęcherza moczowego.

Jako uzupełnienie badań swoich, dotyczących ośrodków mózgowych dla *m. detrusoris vesicae* [streszczonych w Gaz. Lek. 1888, № 46] i dla ruchów robaczkowych kiszek, podaje autor wyniki badań asystenta swego, MEYER'a, nad ośrodkami dla zwieraczy tychże narządów. Z doświadczeń tych, dokonanych na psach, wynika, że oba ośrodki znajdują się w zewnętrznej części tylnego odcinka *gyri sigmoidei*, tuż ku tyłowi od *sulcus cruciatus*. Niezależnie od tych badań przedstawił niedawno SHERINGTON rezultaty swoich badań nad istnieniem ośrodka mózgowego dla zwieracza odbytu u małpy.

(*Neurol. Centralblatt, Nr. 3, 1893*).

Mieczysław Goldbaum.

43. Mendel. Duboisinum.

Autor podaje wyniki swoich dotychczasowych obserwacji nad zastosowaniem klinicznym tego środka, który w ostatnich kilku latach zyskał sobie u wielu badaczy prawie jednoiśnne uznanie jako dobre *sedativum* i *hypnoticum* przy chorobach umysłowych¹⁾.

Autor zaleca go u chorych umysłowych, z żywym niepokojem ruchowym. Sen, jaki duboizyna sprowadza, zależnym jest, zdaniem autora, nie od nasennego jej działania, podobnie do chloralu, morfiny, sulfonalu i t. d., lecz od usunięcia tego niepokoju ruchowego; nie następuje on bowiem, pomimo stosowania tego środka, np. przy melancholii, paranoi i t. d., jak również u chorych nie na umysł, w zwykłych dawkach sprowadza duboizyna tylko zwiótczenie muskulatury. Autor przytacza przypadek *delirii hallucinatorii*, w którym ani 4 grm. chloralu, ani 0,04 morfiny, nie były w stanie sprowadzić snu, a skuteczną okazywała się tylko przez wiele miesięcy stosowana duboizyna.

Poza chorobami umysłowymi stosował ją autor w 12 przypadkach *paralyseos agitantis*, gdzie w 1/2 godziny po wstrzyknięciu ustępowało drżenie rąk na przeciąg 3—5 godzin. Wiczoorem wstrzykiwania sprowadzały najczęściej sen na 4—5 godzin. Mowa, która w daleko posuniętych przypadkach tej choroby tak często bardzo jest utrudnioną, niekiedy się poprawiała, niekiedy zaś, przeciwnie, pogarszała. Pisanie, podnoszenie się z krzesła, niemożliwe niekiedy w tej chorobie, wkrótce po wstrzyknięciu stawały się wcale zadawalającymi.

Autor uważa duboizynę za najlepszy środek symptomatyczny przy *paralysis agitans*, zwłaszcza w daleko posuniętych przypadkach i oddaje jej stanowcze pierwszeństwo przed hyoscyną, którą często w najmniejszych nawet dawkach wywołuje u chorego zastanawiające dla niego i dla otoczenia objawy²⁾. Dawka, według autora, wynosiła 0,0002—0,0003, 2—3 razy dziennie. Działanie takiej dawki trwało zazwyczaj 3—5 godzin.

Można tego środka używać długo bez szkodliwych następstw i bez osłabienia jego działania przez przyzwyczajenie.

Przy epilepsji i hystero-epilepsji nie otrzymywał autor żadnego rezultatu.

(*Neurol. Centralblatt, Nr. 3, 1893*).

Mieczysław Goldbaum.

¹⁾ Gaz. Lek. Wiadomości terapeutyczne. 1892. Nr. 1.

²⁾ Sprawozdawca stosował wielokrotnie hyoscynę podskórnie 0,0005—0,001 przy *paralysis agitans*, *chorea minor* i innych objawach hyperkinezyi na oddziale D-ra GAJKIEWICZA, nigdy wszakże nie spostrzegł żadnych objawów zatrważających. *Przyp. spraw.*

44. Prof. D-r C. Garré. Przepuklina kulszowa (*Hernia ischiadica*).

Pod nazwą „*hernia ischiadica*“ rozumiemy te przepukliny, które, wychodząc z jamy miednicy przez dziurę kulszową (*incisura ischiadica*), większą lub mniejszą, kierują się ku zewnątrz, t. j. ku pośladkom, gdzie tworzą średniej wielkości guzy, z prawej lub z lewej strony krzyża położone. Jak wiadomo, mięsień gruszkowaty (*m. pyriformis*) dzieli w swym przebiegu dziurę kulszową większą na dwa otwory: górny i dolny. Przez pierwszy przechodzi *art. glutaea sup.* i małe gałązki tejże nazwy nerwów, przez drugi *art. pudenda int.* i *n. ischiadicus*. Oba te otwory stanowią wrota dla przepuklin. Dziura kulszowa mniejsza tworzy trzecie wrota. Przedostająca się na zewnątrz przez jeden z tych otworów przepuklina ma swój przebieg zawsze ponad *lig. sacro-tuberosum*. Położenie więc tego więzu ma znaczenie decydujące dla określenia rodzaju przepukliny; pod tym względem gra on tę rolę, co wiąż POUPART'a, który każe nam odróżniać przepuklinę pachwinową od udowej. Stosunek *lig. sacro-tuberosi* względem worka przepuklinowego pozwala nam również przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między przepukliną kulszową i kroczoową (*h. perinealis v. ischio-rectalis*), gdyż w razie wytworzenia się tej ostatniej wiąż znajduje się powyżej worka przepuklinowego. Stosunek ten jest bardzo ważną rozpoznawczą wskazówką, tem bardziej, że z wyglądu zewnętrznego przepukliny kulszowej od kroczoowej odróżnić niepodobna.

Cierpienie, o którym mowa, trafia się niezmiernie rzadko. Jakkolwiek już przed 150 laty o możliwości jego istnienia znajdujemy wzmianki, dotąd jednakże posiadamy zaledwie 29 opisanych odnośnych spostrzeżeń. Z tych co do 19 autor stawia znak zapytania. Położenie przepukliny w stosunku do więzu było tam odmienne, niż głosi ogólnie przyjęta zasada, a nadto opis jest zbyt krótki i niedokładny, by coś pewnego orzec było można. Pozostaje więc 10 przypadków niewątpliwego istnienia przepukliny kulszowej, stwierdzonej 6 razy przez oględziny pośmiertne, 4 zaś podczas operacji. Są to spostrzeżenia opisane przez CAMPER'a [w 1759 r.], A. COOPER'a [w 1800 r.], SCHREGER'a [w 1810 r.], ROUBIENS'a, HAGER'a [w 1834 r.], MEINEL'a [w 1849 r.], WALTER'a [w 1863 r.], SCHILLBACH'a [w 1864 r.], CROSSLE'a [w 1873 r.], WASILJEFF'a [w 1891 r.], do których GARRÉ dołącza opis swojego przypadku.

Materyał powyższy, lubo liczebnie niewielki, wydaje się jednak autorowi do pewnego stopnia dostatecznym dla wyprowadzenia następujących wniosków:

Przepuklina kulszowa wyłania się z miednicy na zewnątrz, kierując się nad lub pod mięśniem gruszkowatym (przez *inc. isch. maj.*), albo przez dziurę kulszową mniejszą, biegnie zawsze nad *lig. sacro-tuberosum*, bywa wrodzoną, lub nabytą; zdarza się u płci obojga, lecz jako nabyta daje się widzieć przeważnie u kobiet po latach 40. Częste porody sprzyjają wytworzeniu się przepukliny. Ta ostatnia zjawić się może na lewym lub prawym pośladku; zawartość jej stanowi kiszka cienka, jajnik, w jednym przypadku uchyłek pęcherza moczowego. Wielkość guza po większej części bywa nieznaczną, dochodzącą rzadko do rozmiarów główki dziecięcej; zawartość może ulegać uwięzieniu; w niektórych razach obecności przepukliny za życia stwierdzić nie można. W końcu autor proponuje używać nazwy: *hernia ischiadica* jedynie dla przepukliny, wtłaczającej się do dziury kulszowej mniejszej, pozostałe zaś dwa rodzaje radzi nazywać: *hernia glutaea superior et inferior*.

(*Beiträge zur klin. Chir. Neunter Band. Tübingen. 1892*). K. Niedzielski.

45. Radomyski St. Cylindry nerkowe w moczu bezbiałkowym.

Zarówno filtrowanie moczu, jak pozostawianie go w lejkowatym kieliszku w celu poszukiwania wałeczków nerkowych w zebranym osadzie nie zawodzą tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z moczem, zawierającym znaczne ich

ilości; lecz jeżeli badany mocz zawiera mało wałków, to wykazanie ich jest rzeczą prostego przypadku. Pomimo starannego, kilkakrotnego poszukiwania, łatwo bardzo pominąć nie tylko kilka, ale i kilkanaście wałków, rozrzuconych tu i owdzie na bibule, przez którą zostały przecedzone nawet dość znaczne ilości moczu. Co zaś do wnioskowania z osadu, tworzącego się zazwyczaj w ciągu 24 godzin, to pamiętać należy, że przez ten czas nastąpić może zupełne rozpuszczenie się pewnej ilości cylindrów wskutek peptonizacji [SEHRWALD] w moczu kwaśnym, lub wskutek nieuniknionych spraw rozkładowych, czemu towarzyszy jeszcze opadanie soli, maskujących obrazy ocalonych cylindrów lub ich pozostałości. Dłuższe zostawianie moczu w pęcherzu, lub wyższa ciepłota pokoju, w którym pozostawiono naczynie z tworzącym się osadem, niewątpliwie wpływają na zmniejszenie się ilości cylindrów.

LITTEN w 1891 r. na zjeździe internistów w Wiesbaden przedstawił sposób szybkiego skupiania składników morfologicznych świeżego moczu za pomocą centryfugi, sposób, którego wynalazcą jest THOR STENBECK ze Szwecji; podobno o rok wcześniej stosował centryfugowanie moczu UNVERRICHT w dorpackiej klinice wewnętrznej, gdzie autor badania swoje prowadził.

Sam przyrząd zbudowany jest na ogólnej zasadzie centryfugi; odpowiednio umocowane rurki szklane, w których oddzielać się mogą składniki morfologiczne od płynu i skupiać w odśrodkowym końcu, były albo spiczasto zakończone, albo opatrzone małym zbiornikiem. Te drugie mają być praktyczniejsze w użyciu.

Aby zapobiedz opadaniu soli z ostudzonego moczu, nalewamy go do dobrze ogrzanej rurki centryfugi. Po 5—10—15 minutach z wolna przerywamy operację centryfugowania — wszystkie składniki morfologiczne są już zgromadzone w zbiorniku. Zyskujemy więc dużo na czasie, na ilości i na czystości badanych preparatów, które przyrządzamy, przenosząc kroplę osadu w cienkiej pipetce na szkło przedmiotowe. Zresztą postępowanie zwykłe. Do barwienia R. używał jodu [1.0:10.0 KJ + 100.0 wody].

W każdym moczu poszukiwał białka przez zagotowanie z kwasem azotnym, lub dodając kwasu octowego z żelazo-cyankiem potasu.

Rozejrzawszy się w literaturze wałków nerkowych, R. tuż obok powszechnie przyjętej reguły występowania wałków tylko podczas białkomoczu, wspomina o licznych spostrzeżeniach, gdzie w przebiegu żółtaczk lub nieżytu kiszek, albo też u zupełnie zdrowych po użyciu wysoko znajdowano w osadzie wyraźne cylindry nerkowe, a pomimo starannego poszukiwania nie wykazywano białka w moczu. Sprawdzić za pomocą centryfugi, jako sposobem dokładniejszym od używanych dotychczas, czy istnieją przypadki *cylindruriae sine albuminuria* było zadaniem pracy autora.

W tym celu R. poszukiwał wałków i białka w moczu u 20 zdrowych i 100 chorych, niepodejrzewanych o zapalenie nerek; przeważnie z kliniki UNVERRICHT'a. W każdym wypadku mocz badany był kilkakrotnie [3—5 razy]. Otóż, przedewszystkiem w moczu 53 chorych klinicznych ¹⁾ i u 20 zdrowych [22—24 lat wieku] autor nigdy cylindrów [ani białka] nie spostrzegł.

Pozostałych chorych R. podzielił na następujące grupy podług rozpoznai szpitalnych:

- a) 6 przypadków przeważnie wyrównanych wad zastawkowych serca;
- b) 9 przypadków miażdżycowego zwyrodnienia tętnic [55—82 roku życia];
- c) 4 przypadki obfitych wypróżnień z powodu dysenterji, ostrego i przewlekłego nieżytu²⁾ kiszek;

¹⁾ Było tam 9 przypadków: *ulc. ventric.*, *gastr. chron.*, *gastr. tasia*, *carcin. ventric.*; 7 *myelit. trans.*; 5 *tuberc. pulm.*, po 2 *cirrh. hep.*, *influenza*, *epilepsia*, *lepra* i inne.

d) 9 chorych gorączkujących: 5 *phthis. pulm.*; 2 *morbilli*; 1 *pneum. croup.*; 1 *typh. abdomin.*;

e) 18 przypadków: 4 *carcin. ventr.*; po 2: *myelit. transversa*, *hemiplegia*, *scler. multipl.*, *arthrit. urica* i po jednym przypadku: *bronchit. subacuta*, *gastrit. chron.*, *diabetes mell.*, *neurasthenia*, *peritonit. traumatica*.

Z tych wszystkich ujętych w 5 grup 47 chorych, tylko u trzech z wadami zastawek spostrzegano kilka razy nieznaczny białkomocz [u jednego ledwie ślady białka] obok prawie stale wykazywanych wałków; u jednego z tych 3-ch chorych pomimo wybitnych objawów dyskompensacji [duszność, sinica twarzy i kończyn, obrzęki, *ascites*] nie było białkomoczu obok umiarkowanej ilości wałków; zauważono go dopiero po miesiącu obserwacji. W moczu pozostałych chorych nie wykryto ani razu nawet śladów białka; natomiast oprócz innych składników morfologicznych wykazywał autor stale większe lub mniejsze ilości wałków szklistych (*hyalin*) lub ziarnistych; w większości przypadków arteriosklerozy spostrzegane wałki pokryte były komórkami nabłonka kanalików nerkowych, niekiedy nawet nosiły cechy wałków nabłonkowych.

Z całej seryi objętych pracą przypadków, 3 zakończyły się śmiercią; sekcyja nie wykazała zapalenia nerek.

Na podstawie przytoczonych wyników badania R. wyprowadza następujące wnioski:

1. *Cylindruria physiologica* [analogicznie z białkomoczem] nie istnieje.
2. Wałki nerkowe występują nietylko w zapaleniu nerek; przeto w rozpoznawaniu tego cierpienia nie grają pierwszorzędnej roli.
3. Występująca niezależnie od białkomoczu cylindrurya może być uważaną za poprzedniczkę albuminuryi.
4. Nieznaczne zaburzenia w krążeniu i odżywianiu nerki powodują wystąpienie w moczu tylko wałków; większe zmiany zdradzają się jeszcze i białkomoczem.

[Czy jednak 3 ostatnie wnioski nie są oparte na większej czułości używanego sposobu wykazywania wałków, niż sposobów określania białka w moczu? Kilkanaście okazów składników morfologicznych może być przez centryfugowanie skupione w jednym miejscu, skąd je łatwo poddać bezpośredniej obserwacji; gdy tymczasem odpowiednio, nawet daleko większe ilości rozpuszczonych ciał białkowatych, choćby nawet nie zdołały uleść peptonizacji, znajdują się w moczu w tak znacznym rozcieńczeniu, że używanymi sposobami nie zostaną wykryte. *Przyp. sprawozd.*].

(*Inaug. Dissert. Dorpat. 1892*).

J. Grabowski.

46. Sahli. O istocie i leczeniu zapalení wyrostka robaczkowego.

W odczycie, wypowiedzianym na zjeździe lekarzy szwajcarskich w Genewie, SAHLI miał głównie na celu wyświechtanie sprawy leczenia perytyfliców z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Schematyczny podział omawianej sprawy chorobowej na *typhlitis*, *peri- et paratyphlitis* jest bezzasadny, gdyż te 3 postacie ani klinicznie, ani anatomicznie w większości przypadków odróżnić się ściśle nie dają, zresztą nie ma on nawet i praktycznego znaczenia, ponieważ każdy ropień bądź zewnątrz-otrzewnowy bądź wewnątrz-otrzewnowy po większej części bywa inkapsulowany i od otrzewnej odosobniony. Obecnie ogólnie odróżniają 2 postacie choroby: *typhlitis stercoralis et appendicitis*. Pierwszej formie podlegają osoby cierpiące na nawykowe zaparcie stolca; masy kałowe stopniowo nagromadzają się w ślepej kiszce, drażnią jej ścianę i wywołują w niej stan zapalny, przyczem formuje się charakterystyczny podłużny guz bolesny na dotyk (*boulin stercoral*). Guz ten a z nim i wszystkie towarzyszące objawy: bolesność i wzdęcie brzucha, wymioty i gorączka znikają po odpowiednim zastosowaniu środków czyszczących

lub lawatyw; nigdy zaś prawie zapalenie nie przechodzi na tkanki otaczające i rękoczynom chirurgicznym przypadki te nie podlegają.

Zupełnie inny obraz kliniczny daje *appendicitis*; tu nagle występują objawy otrzewnowe z umiejscowieniem bólu *in reg. ileo-coecali*. Roux podaje charakterystyczny różniczkowy objaw dla tego cierpienia, mianowicie w pierwszych okresach choroby nie wyczuwamy w okolicy ślepej kiszki żadnego guza, jak to ma miejsce przy *typhlitis stercoralis*, a tylko rozlaną twardość w głębi, do której się przylączyła ciastowata rezystencya ściany ślepej kiszki, znajdującej się w stanie obrzęku. Te przypadki z powodu grożącego przedziurawienia wyrostka robaczkowego do jamy otrzewnej, podług Roux'a, muszą być już w bardzo wczesnym okresie operowane. Nie wszystkie jednak przypadki dają się tak ściśle sformułować, jak tego chce Roux: jeżeli z jednej strony nie zawsze *typhlitis stercoralis* ma przebieg łagodny, to z drugiej strony nie wszystkie przypadki *appendicitidis* muszą koniecznie podlegać operacji. Zresztą bywają przypadki, które się nie dają ściśle podprowadzić pod jedną z 2-ch postaci przez Roux przyjętych; tak, czasem wyczuwany guz twardy, który jednakowoż nie odpowiada swoistemu *boudin stercoral*, ponieważ daje się wyczuwać po za granicami przebiegu kiszki ślepej. SAHLI nie uznaje wcale postaci *typhlitis stercoralis* w tem znaczeniu, jak ją przyjmuje Roux, t. j. jako zależną od nagromadzenia się w ślepej kiszce twardego kału, gdyż zawartość tej części kiszki, leżącej w blizkiem sąsiedztwie jelita biodrowego, zawsze jest konsystencyi miękkiej, przeciwnie zaś mas kałowe stają się twardszemi w dolnych okolicach kiszki grubej, trudno zatem przypuszczać obecność twardych mas kałowych w ślepej kiszce, kiedy ich nie ma naprzykład w *flex. sigmoidea*.

Za przyczynę wszystkich spraw zapalnych, objętych nazwą *perityphlitis*, SAHLI przyjmuje zakażenie ścianki ślepej kiszki i jej sąsiedztwa. Zakażenie wychodzi z samego kanału kiszkowego i po większej części wywołanem bywa przez *bact. coli commune*, jako stałych mieszkańców przewodu pokarmowego; lżejszy lub cięższy przebieg choroby zależy od stopnia natężenia sprawy zapalnej, ta zaś ostatnia zależną bywa nie tylko od samego bodźca, t. j. od złośliwości pasożyta, ale i od większej lub mniejszej odporności samego ustroju. Prawie wszystkie perytyfity niezależnie od ich klinicznego przebiegu, czy to w postaci *typhlitis stercoralis*, czy to w postaci *appendicitidis*, biorą początek od wyrostka robaczkowego. W każdym przypadku może grozić przedziurawienie tego wyrostka, co jednakowoż nie zawsze bywa przyczyną groźnego przebiegu sprawy zapalnej, jak również nie zawsze daje zupełne wskazanie do operacji; przy istniejących zrostach ropień się otarbia, ogranicza się w postaci twardego guza, a następnie może podlegać wessaniu lub przedziurawieniu do kiszki, pęcherza i t. d.. W przypadkach ciężkich przy septycznej naturze sprawy zapalnej, przy silniejszym jej natężeniu, w chwili przedziurawienia zrostów może jeszcze nie być, i wtedy naturalnie nagle występują groźne objawy rozlanego zapalenia otrzewnej i obiektywnie nie znajdujemy przy tych formach ograniczonego guza, lecz w głębi rozlane twardawe nacieczenie. Dla tych ostatnich po większej części bardzo ostro przebiegających perytyfytów wczesny rękoczyn chirurgiczny jest wskazany; przeciwnie, sprawy z przewlekłym przebiegiem, przy których prawie zawsze ropień się ogranicza, ogólna zasada terapii powinna polegać na zupełnym spokoju, nawet i w czasie rekonwalescencji trzeba unikać najmniejszego podrażnienia cierpiącego przewodu pokarmowego, żadnych pokarmów chorem *per os* nie zalecać, a karmić go za pomocą lawatyw odżywczych, zawierających 200 grm. bulionu, 2—3 jajek i łyżkę sproszkowanego peptonu; dla zaspokojenia pragnienia — lawatywa z 300 grm. wody ogrzanej do 40,0° C., a czasem można pozwolić i *per os* przyjmować wodę łyżkami, tembardziej że wessanie jej wobec zubożenia ustroju w wodę już w żołądku lub w górnych częściach kiszki cienkiej ma miejsce; w bardzo ciężkich przypadkach stosuje SAHLI

wlewaniu do żyły fizyologicznego rozczyynu soli kuchennej. W celu zmniejszenia ruchów robaczkowych, jak również w celu złagodzenia nieraz bardzo silnych bólów — zaleca makowiec, początkowo w dużych dawkach [po 10 kropel *t-rae* co 2 godz.], koniecznym zaś jest zupełne zarzucenie wysokich irygacji do kiszki, zresztą zupełnie bezcelowych, gdyż przy tak zwanem *typhlitis stercoralis* przypuszczalny zawał kałowy nie istnieje; natomiast lawatywa w celu oczyszczenia kiszki stolcowej przy długotrwałem zaparciu jest nawet wskazaną. Bardzo ważną pomocą przy leczeniu perytyfliców za pomocą makowca jest stosowanie z początku lodowych, a następnie prysznicowskich okładów. Przy stosowaniu lodu mamy na widoku dwa cele: przez obniżenie ciepłoty osłabić rozwój pasożytów, ograniczyć wysięk. Czynniki te mają doniosłe znaczenie, przebieg bowiem choroby, staje się przewlekłym, a tworzący się ropień ma dość czasu do ścisłego ograniczenia się; w okresie zaś, w którym niema już bezpośredniego niebezpieczeństwa ostrego przedziurawienia do jamy otrzewnej, należy stosować okłady rozgrzewające, gdyż z doświadczeń SAMUEL'a wiadomo, że przy przekrwieniach sprawy zapalne prędzej i lepiej przebiegają. Takie traktowanie chorego powinno trwać do czasu, kiedy bolesność na dłuższy czas zupełnie znikła; wtedy dopiero można ostrożnie pozwolić choremu na przyjęcie płynnych pokarmów *per os*. Zaparcie stolca usuwa się za pomocą lawatyw, nigdy zaś przez środki przeczyszczające. Do operacyjnego leczenia, podług SAMUEL'ego, kwalifikują się: 1) Przypadki bardzo ostro przebiegające, gdzie wzdęcie, silna bolesność, wysoka, lub przeciwnie bardzo niska ciepłota wskazują na istnienie ogólnego zapalenia otrzewnej, lub sprawy posocznicowej; tu potrzeba zaraz operować, lub najdalej po upływie 24 godzin, gdy wewnętrzna terapia, stosowana przez ten czas, została bez skutku. 2) Przypadki, przy których nie ma poprawy pomimo stosowania wskazanych środków, gdy guz się powiększa, bolesność się rozszerza, tętno staje się częstym i drobnym, a zaparcie stolca i wymioty nie ustępują. 3) Przypadki, które często recydywują. 4) Przypadki, przy których ropień jest powierzchowny. W celu dyagnostycznym zaleca SAHLI próbne przekłucie cienkim trójgrańcem.

(*Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte, Nr. 19. 1892.*)

Maksymilian Frenkel.

Wiadomości terapeutyczne.

— 4 —

8. O leczeniu zaparcia i niektórych cierpień kiszki grubej dużemi lawatywami z oleju. Prof. FLEINER podaje następujące uwagi co do leczenia choroby wzmiankowanej: Rozróżniają dwójakiemu rodzaju zatwardzenie: niedowładowe i skurczowe [atoniczne i spastyczne]. Pierwsze, zależne od upośledzonego ruchu robaczkowego, charakteryzuje się kałem suchym, zapiekłym, nieraz z domieszką śluzu i zdarza się u ludzi, prowadzących siedzące życie, przy zaniku warstwy mięśniowej kiszki, choć czasem nawet u dzieci. Spastyczne zaparcie spotykamy przy neurastenii, hypochondryi i cierpieniach macicy. Zaparcie w danym razie zależy od zatrzymania twardej kałowej masy przez kiszkę, znajdującą się w stanie skurczu i w ten sposób hamującą ich ruch postępowy. Wypróżnienia stolcowe tu są nadzwyczaj typowe: małego kalibru, okrągławe, grubości małego palca, często bardzo długie lub przeciwnie krótkie, wielkości laskowego orzecha. Przy cierpieniu tem przeciwskazaniami są: masaż, faradyzacja i wszelkie drażniące środki, które zamiast pożytku przynoszą tylko szkodę. Zato tak przy zaparciach pierwszego, jak i drugiego rodzaju, wielce pożytecznymi są lawatywy z oleju, których stosowanie zresztą nie jest bynajmniej rzeczą nową. Stosuje je autor w sposób następujący. Bierze dla dorosłego 400—500 ctm. sześć. oleju, a dla dziecka 50—150 i za pomocą irygatora, opatrzonego dość długą rurką i kanką odpowiedniej wielkości, wlewa choremu, leżącemu na wznak z podniesionymi nieco pośladkami [dla uczynienia ciśnienia w miednicy ujemnem], zagrzany do ciepłoty ciała olej zwolna i pod małym ciśnieniem; trwa to 15—20 minut. Przez czas ten posuwa się olej stopniowo coraz wyżej, rzadko jednak tylko za pierwszym razem dosięga już kiszki ślepej. Nie często się zdarza, by wypróżnienie nastąpiło zaraz po użyciu lawatywy; gdy

Jednak po 3—4-ch godzinach skutku jeszcze niema, dobrze jest przyspieszyć go za pomocą ławatywy z wody letniej. Olej wydziela się ze stolcami stopniowo, nieraz w ciągu aż 5—10 dni. Gdy otrzymuje się stolec, podobny do zawartości cienkich kiszek i dający odczyn na barwniki żółciowe, wskazuje to, że osiągnięto maximum skutku. Samo stosowanie ławatywy nie jest zazwyczaj przykrem dla chorych. Dolegliwości, na jakie się czasami pacyenci skarżą, zależą zazwyczaj od złego gatunku użytego oleju. Najbardziej się nadaje do użycia najlepszy gatunek oliwy, ze względów jednak ekonomicznych można ją dobrze zastąpić olejem sezamowym lub makowym, które także nie drażnią kiszek. W kiszce oliwa powleka cienką warstwą ścianki, a oddzielając od niej zawartość, wpływa przez to na nie kojąco; prócz tego, rozmiękczejac i rozpuszczając kał, pobudza ruch robaczkowy kiszek i podwyższa sprawność mięśni okrężnych. Pod względem chemicznym, na słuź olej wcale nie działa, cholestearynę i tłuszcz rozpuszcza, stykając się zaś z sokiem trzustkowym i żółcią, powoduje odszczepienie się wolnych kwasów tłuszczowych, żółciowych, gliceryny i tworzenie się mydeł, które, wywołując ruch robaczkowy, działają przeczyszczająco. Sama oliwa zostaje wessaną w kiszkach grubych bardzo nieznacznie, zato przeszkadza też wessaniu się wody i rozpuszczalnych w niej części [toksyn]. Wskazaniami są rzeczone ławatywy przy zwykłych zaparciach, dalej przy podrażnieniu zapalnym, wyjąwszy cierpienia z wzmogoną pobudliwością ruchową kiszek, wreszcie przy mechanicznych zaparciach i u osób bezkrwistych z upośledzonym odżywianiem. Ławatywy stosuje się codzień, aż do otrzymania wskazanego powyżej *maximum* działania; później można je stosować rzadziej, a nawet raz lub dwa razy na tydzień. Po zastosowaniu ławatywy, pacjent powinien leżeć spokojnie jeszcze $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, żeby się olej nie wylał; gdy skutek nie następuje, robi się klizmę z letniej wody lub naparu anyżowego. W zakończeniu swej pracy autor zwraca uwagę na cierpienie, opisywane pod nazwą *colitis membranacea*. Jedyne charakterystycznym dla tej formy jest wydzielanie się zbitego twardego słuźu, w postaci sznurków i błon, podobnych do krupowych, lecz nie zawierających włókniaka. Wydzielanie to następuje zazwyczaj po napadach silnych bólów kiszkowych, trwających nieraz cały tydzień. Kał często składa się w części z kawałków zabarwionych silnie, w części zaś z zupełnie pozbawionych barwnika, co zapewne odpowiada zmiennemu dopływowi żółci do kiszek podczas napadów i między nimi. Ławatywy z oleju, stosowane przy tem cierpieniu, dawały dobre rezultaty.

L. Wolfram.

Wiadomości bieżące.

— Dotychczas nie notowano w literaturze przypadków gruźlicy łożyska; pierwszy przypadek tego rodzaju opisuje F. LEHMANN: 26-letnia kobieta zmarła w 8-ym miesiącu ciąży wskutek gruźlicy prosówkowatej; badanie pośmiertne [wraz z badaniem drobnowidzowym narządów wewnętrznych] płodu nie wykazało nic nadzwyczajnego; natomiast łożysko zawierało w sobie kilka gruzełków, co stwierdziło też i badanie drobnowidzowe. Przy badaniu zaś pośmiertnym matki stwierdzono gruźlicę prosówkową ogólną; zadziwiającem jest, że nie znaleziono gruzełków w macicy, kiszkach i otrzewnej. (*Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 9.*)

J. W.

— W Nr. 3 „*Correspondenz Blatt f. Schweitzer-Arzte*“ D-r BRANDENBERG mówi o wpływie na organizm ludzki silnego elektrycznego prądu. D-r BRANDENBERG obserwował 19-letniego chłopca, który ze swawoli ujął dwa druty, łączące budynek maszyn elektrycznych z miastem. Pacjent twierdził, że po uchwyceniu za druty był porwany z wielką siłą do góry i po chwili, gdy mu się udało z trudnością wypuścić z rąk druty spadł z wysokości 10 stóp na ziemię. Pozytomność odzyskał w $\frac{1}{2}$ godziny. Przy pierwszym widzeniu chory uskarżał się na ból głowy, zawroty i lekkie dolegliwości, głównie zaś na bóle w piersiach, które umiejscawiał przeważnie w lewej górnej części klatki piersiowej. Przy badaniu stwierdzono błądź, rozszerzenie źrenic, podniesienie ciepłoty do 38,3° C., przyspieszenie tętna, ruchy kończyn prawidłowe, skóra na dłoniach popalona. Objawy te po 2-ch dniach ustąpiły. W chwili „*experymentu*“ siła prądu = 1300 volt.

St.

— W Nr. 4 „*Corresp. Blatt. f. Schweitzer-Arzte*“ D-r H. NAEF podaje opis łaźni szkolnych w Zurychu. Dla szkół najdogodniejszymi i najtańszymi są natryski. Wodę do natrysków ogrzewa się w specjalnych piecach, gdzieindziej ogrzewają ją w kotłach parowych. Kąpiele mieszczą się zwykle w suterrenach. Pokój o 6.5×6 metr. ze ścianami i podłogą ocementowanymi mieści w sobie

dwie szeregi kranów natryskowych [po 6 w każdym]. Do pokoju tego przylegają bezpośrednio przedpokój do rozbierania się, opatrzone ławkami i hakami. Wody dostarczają dwa baseny: jeden zawiera 60 litr. zimnej, drugi 1000 litr. ogrzanej do 50° C.. Przy rozpoczęciu kąpieli odkręca się kran i reguluje się przypływ wody zimnej i gorącej tak, ażeby w natryskach nie wynosiła więcej niż 35° C.. Regulamin kąpieli jest następujący: Uczniowie pobierają kąpiel przed obiadem, raz na dwa tygodnie, pod dozorem nauczyciela. Po rozebraniu się, zajmują przestrzeń między prysznicami; gdy ciepłota jest już ustalona, na komendę wszyscy rzucają się pod prysznic, w 1/2 minuty kran się zakręca, dzieci zajmują miejsce między natryskami i mydlą się. Następnie po 2 minutach znów na dany znak biegną pod prysznic, oczyszczają się z mydła; po 1 1/2 minuty woda powoli oziębia się do 20° C., a po 5 minutach kran zakręcają. Następnie dzieci udają się do przedpokoj, szybko wycierają się i ubierają. Koszta urządzenia kąpieli wynosiły 4,150 fr.. Licząc w ciągu roku 40 kąpielowych tygodni, po 2 dni każdy dla 90 dzieci, otrzymamy w okrągłej cyfrze 7,000 kąpieli w roku. D-r H. N. kończy swoją notatkę temi słowy: Zapatrując się z higienicznego punktu widzenia, winniśmy powitać kąpiele szkolne z uznaniem. Urządzenie jest tak proste, a utrzymanie tak tanie, iż każda większa gmina winna sobie zaprowadzić tę inowację.

St.

— D-r JEZEK przedsięwziął trudne zaiste i śmiałe zadanie; w broszurze swojej pod tytułem: „*Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Bluthreisläufe*“ [Lipsk 1892], usiłuje on obalić teorię HARVEY'a, którą zwykliśmy uważać za niewzruszone prawo, a nieuznawanie jej za równoznaczne z podawaniem w wątpliwość np. prawa ciążenia powszechnego lub odkryć Kopernika. Trudność swego zadania uznaje po części autor omawianej broszury, wyrażając w przedmowie do swej pracy zdanie, iż zachwianie teoryi HARVEY'a mogą „tylko jasne i oczywiste dowody jej mylności“. Pierwszą część [sześć rozdziałów] swej pracy poświęcił on zestawieniu tych „jasnych i oczywistych dowodów“, które zebrał po części drogą doświadczenia, po części—zastanawiając się nad niektórymi zjawiskami patologicznymi, jak: *hemisystolia* i *bigemina* serca, *pulsus bigeminus* i *alternans*, których to zjawisk nie umiał sobie objaśnić bez odrzucenia ogólnie przyjętej teoryi krwiobieg. Doświadczenia przekonały autora, iż mylą się ci, którzy utrzymują, że po podwiązaniu większych naczyń krążenie odbywa się drogami obocznymi. Ręka, wprowadzona do jamy osierdzia żywego zwierzęcia, nie wyczuwała zmian objętości serca; stąd wniosek, iż nie istnieją wcale zjawiska, znane pod nazwą skurczu i rozkurczu serca. Następna seria doświadczeń doprowadziła autora do przekonania, iż na ciśnienie wewnątrzsercowe nie wywiera bynajmniej wpływu czynność samego serca; ciśnienie to zależy całkowicie od czynności płuc. Ostatnim wreszcie dowodem, przemawiającym przeciw ogólnie przyjętej teoryi krwiobieg, ma być, według JEZEKA, brak zaburzeń krążenia u osobników z wybitnymi wadami rozwoju serca lub wielkich naczyń. Wszystkie powyższe dane autor uważa za zupełnie dostateczną podstawę do całkowitego obalenia teoryi HARVEY'a, zamiast której w drugiej części pracy podaje swoją hipotezę. Według tej hipotezy jedynym czynnikiem, warunkującym ruch krwi w naczyniach, są ruchy oddechowe *resp.* zmiany ciśnienia powietrza, zawartego w płucach. Podczas wzmoczonego ciśnienia w pęcherzykach płucnych, te ostatnie rozszerzają się i uciskają na zawarte w płucach naczynia, wskutek czego ciśnienie w tętnicy i żyły płucnej wzrasta. Dzięki różnicy pomiędzy stosunkowo nieznacznym ciśnieniem w sercu i znacznym w małym krwiobieg krew z tego ostatniego napływa do serca; ponieważ jednak zamknięte początkowo zastawki tętnicy płucnej zagrażają krwi drogę do prawego serca, cała zatem jej masa przez żyłę płucną udaje się do lewego serca; ruch ten trwa dopóty, aż ciśnienie w komorze lewej wzmocze się do tego stopnia, iż jest w stanie otworzyć zastawki aorty i wtłoczyć w nią pewną ilość krwi. Podczas ruchu krwi z żyły płucnej do prawego serca—in lewym sercu i tętnicy płucnej krew stoi spokojnie. Kiedy ciśnienie powietrza w płucach spada i pęcherzyki płucne wracają do swej właściwej objętości, następuje rozszerzenie naczyń płucnych i znacznie obniżenie ciśnienia w małym krwiobieg. Ponieważ ciśnienie w sercu jest teraz większe, przeto krew napływa z niego do płuc, lecz nietylko przez tętnicę płucną, otwierając sobie jej zastawki, ale i przez żyłę. Ruch ten w naczyniach płuc [w całym układzie aorty krew teraz się nie porusza] trwa znowu dopóty, dopóki ciśnienie w całym układzie naczyniowym nie zostanie wyrównane. Teraz następuje znowu wzmoczenie ciśnienia powietrza w płucach i krwi w małym krwiobieg i t. d., Tak więc pompą, wprawiającą krew w ruch, są płuca, bynajmniej zaś nie serce, które wcale na krążenie nie wpływa. Co więcej—krążenia (*Blutcirculation*) właściwie wcale niema; jest tylko ruch krwi (*Blutbewegung*), który w danym naczyniu waha się między pewnym *maximum* i zerem lub nawet, jak w żyły płucnej, między + i — [krew porusza

się tu raz w tę, raz w ową stronę]. Taką jest w głównych zarysach teoria JEŹEKA. Wyłożywszy ją, przechodzi autor do objaśnienia zjawisk tętna i uderzenia koniuszczkowego. Tętno zależy ma od zgodnego działania kilku czynników: ucisku kurczącej się peryodycznie przepony na aortę, peryodycznego wzmocnienia ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej i jamy brzusznej, zmienny ciśnienia krwi w aorcie, nareszcie peryodycznego skurczu mięśni naczyń, zależnego od dość wysokiej ciepłoty krwi. *Ictus cordis* wywołują jedynie kolejne wzmocnienia i spadki ciśnienia w tętnicy wieńcowej. W zakończeniu swej pracy proponuje JEŹEK zwołanie kongresu międzynarodowego dla zajęcia się rozwiązaniem pytania, która teoria jest prawdziwą — HARVEY'a, czy jego. Jeżeli przyjmieni pod uwagę blahość zarzutów JEŹEKA przeciw teorii HARVEY'a, zarzutów, opartych na niedokładnych lub jednostronnie tłumaczonych doświadczeniach i faktach, z drugiej zaś strony niezgodność nowej, a bardzo sztucznej hipotezy z nierównie większą liczbą nieulegających wątpliwości zjawisk, to przyjdzie do skutku proponowanego zjazdu uważać będziemy musieli za zbyt liczne i więcej niż wątpliwe. A. K.

— Kwestyonaryusz ułożony celem zbiorowego badania gruźlicy miejscowej stawów na mocy uchwały IV Zjazdu Chirurgów Polskich. 1. Imię i nazwisko postrzegającego lekarza [uprasza się o dodanie, czy autor jest zasadniczo zwolennikiem leczenia konserwatywnego, czy resekcji, w czasie, kiedy niniejszy przypadek obserwował]. 2. Imię i nazwisko, wiek i zatrudnienie chorego. 3. Gdzie i w jakim czasie obserwowano chorego? 4. Który staw był dotkniętym [NB. uwzględniać należy tylko duże stawy, jak: barkowy, łokciowy, nadgarstkowy, biodrowy, kolanowy, skokowy i stępu]? 5. Wywiady co do gruźlicy u wstępującego i zstępującego rodzeństwa. 6. Wywiady co do przebytych chorób. 7. Wywiady co do przypuszczalnej lub stwierdzonej bezpośredniej przyczyny obecnej choroby. 8. Jak dawno trwa choroba przed objęciem w leczenie? 9. Czy było jakie leczenie już przez kogo innego stosowane? 10. Czy nie było jakich szkodliwych wpływów przed rozpoczęciem leczenia? 11. Stan płuc chorego w czasie obserwacji. 12. Stan nerek [mózgu] chorego. 13. Wynik badania wydzielin na prątki. 14. Siły chorego przy objęciu w leczenie. 15. Stan chorej odnogi przy objęciu w leczenie: a) czy i jaki obrzęk? b) stan powłok zewnętrznych, c) czy i wiele przetok? d) czy i jakie bóle? e) funkcyja chorej odnogi, f) szczególniejsze destrukcyje, y) wynik badania tkanki chorej odnogi na prątki gruźlicze. 16. Jakie leczenie stosowano w ostatnim czasie? 17. Rezultat leczenia bezpośredni. 18. Rezultat leczenia przynajmniej po roku. 19. Następczące się zresztą uwagi.

NB. Kwestyonaryusz ten służyć ma do śledzenia przypadków przyszłych, uprasza się jednak o podanie wszystkich obserwowanych przypadków, bez względu na wynik leczenia, na czas obserwacji i na wynik dochodzenia późniejszego.

Wspomnienie pośmiertne.

— FRANCISZEK WEREŃKO urodził się we wsi Putilkowiczach, Borysowskiego powiatu, w gubernii Mińskiej, zmarł w Mińsku, przeżywszy lat 31. Będąc studentem medycyny, którą ukończył w 1889 r., napisał pracę: „Mięśnie serca“; praca ta została nagrodzoną przez uniwersytet tutejszy złotym medalem. Po skończeniu wydziału lekarskiego, zajmował się praktyką we wsi rodzinnej, a w wolnym czasie, jako miłośnik archeologii, rozkopywał kurhany. Prace archeologiczne, ozdobione pięknymi rysunkami wykopalisk i atlasem, będą wydane przez Krakowską Akademię Umiejętności. Cichy, niezmiernie pracowity i szlachetny cieszył się przyjaźnią, szacunkiem kolegów i znajomych. Kiedy w ostatnich czasach udał się do Warszawy dla poratowania wyczerpanego przez pracę zdrowia, żydzi i chłopci litewscy, powodowani szczerem współczuciem, składali się na mszę za pomyślne leczenie. Niechaj mu lekka będzie ziemia!

Zdzisław Dobrowolski.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog nowych dzieł księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc luty 1893 r.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.
Дозволено Цензурою, Варшава 18 Марта 1893 р. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.