

GAZETA LEKARSKA.

I. TORBIEL SUROWICZA KREZKI;

ZGORZEL ŚCIANY JELITA CIENKIEGO.

Podał

Antoni Gabszewicz.

— — — — —

Dnia 8-go września 1896 r. przybył do szpitala Ś-go Rocha mężczyzna 24-letni, inteligentny, średniej budowy ciała, z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego, jakie wystąpiły u niego przed 7 dniami, i nie ustępowały pomimo różnych środków w domu stosowanych. Bóle brzucha były umiarkowane, stolca nie było od 8 dni; wymioty po kilka razy dziennie dość obfite, nie cuchnące, trwają od dni pięciu. Na twarzy chorego maluje się wielkie cierpienie; wzdęcie brzucha umiarkowane, więcej się uwydatnia powyżej pępka: opukiwanie poniżej pępka daje odgłos przytłumiony, w dolnej części brzucha zupełnie tępy, przy zmianie pozycji chorego po bokach odgłos tępy przechodzi w bębenkowy; cewnik wykazuje niewielką ilość moczu w pęcherzu. Ręczne badanie brzucha, bardzo utrudnione ze względu na bolesność, daje zupełnie ujemny wynik; bolesność na dotyk mniej więcej jednostajna na całym brzuchu; ruch robaczkowy jelit widoczny. Ciężota 36° C.; tętno słabe, ale prawidłowe; ilość uderzeń 68.

Chory, mając lat 5, przechodził bardzo ciężkie zapalenie jelit; od tego czasu był zdrow aż do początku roku bieżącego; w styczniu zaś, marcu i czerwcu tego roku występowały u niego objawy podobne do wyżej opisanych, t. j. gwałtowne bóle brzucha z zaparciem stolca i wymiotami, ustępowały one jednak po 5—6 dniach. W przerwach między temi napadami u chorego nie zauważono żadnego guza. Zestawiając wywiady ze stanem obecnym chorego, przypuszczałem, że mam do czynienia albo z zapaleniem powrotnem wyrostka robaczkowego, albo z przewlekłym wPOCHWIENIEM, albo nawet z bliznowatym zwężeniem jelita, z jednoczesnym zapaleniem otrzewnej, któremu towarzyszyła obecność płynu najprawdopodobniej surowiczego w jamie otrzewnowej. Umiarkowane wzdęcie brzucha pozwalało mniemać, że przeszkoda znajduje się albo w jelitach cienkich, albo na ich granicy z grubymi. Chory tego dnia nie zgodził się na operację, powołując się na pomyślne zejście przy poprzednich zaśląbnięciach. Na drugi dzień stan ogólny znacznie się pogorszył, stolca niema; jedynie wymioty po przepłukaniu żołądka nie są tak częste; bóle

brzucha nie większe, ale tętno znacznie słabsze, ciepłota 35,4°, oczy wpadnięte. Chory zgadza się na operację. Cięcie w smudze białej od pępku do spojenia łonowego: po przecięciu otrzewnej ściennej z jamy brzusznej wylała się spora ilość płynu surowiczego; jelito ślepe i wyrostek robaczkowy zachowują się prawidłowo; po odchyleniu ku górze sieci i pętli jelit cienkich nie rozdętych uwytadnia się pośrodku jamy brzusznej guz torbielowaty, wielkości głowy noworodka, nadzwyczaj napięty, z bardzo cienką, przezroczystą niemal ścianą, przez którą prześwieca płyn jasno żółtawy; guz niezrośnięty z otoczeniem sięga włąb ku kręgosłupowi do miednicy i przedstawia się stosunkowo mało ruchomym; powyżej guza znajdujące się jelito i jakby z nim ściśle połączone nie daje się zupełnie wyciągnąć; nie było innej rady, jak nakłuć torbiel cienkim trójgrańcem, z której wylało się więcej nad 500 ctm. sz. płynu zupełnie przezroczystego, jak woda, koloru blado-żółtawego; zmniejszona w ten sposób torbiel do *minimum* pozwoliła dojrzeć w głębi leżące na niej spłaszczone i kolankowato przegięte jelito cienkie; po stronie przeciwnej jelita znajdowała się podobna do pierwszej torbiel, wielkości dużej pomarańczy; po wypuszczeniu płynu i z tego guza można dopiero było się przekonać, że jelito było jakby wkluczone między obie torbiele, a na miejscu przegięcia ściana jego uległa już zgorzeli na przestrzeni wielkości szóstki; przez otwór zgorzelinowy wylewała się zawartość jelita. Same zaś torbiele zdawały się łączyć ze sobą kanałem, przebiegającym pomiędzy krezką z jednej, a przewężeniem jelitem z drugiej strony. Nie pozostawało nic innego, jak wyciąć część pętli jelita, pozostającego w ścisłym związku z torbielami, razem z temi ostatnimi, co też wykonałem nie bez wielkiej trudności po uprzednim podwiązaniu krezki poniżej guzów, a w pobliżu już kręgosłupa. Część doprowadzająca jelita była kolosalnie rozdęta.

Wobec fatalnego stanu operowanego nie miałam odwagi przedłużyć operacji i ograniczyłem się na założeniu sztucznego odbytu; z jelita doprowadzającego za pomocą sączka wypuściłem dosyć dużo płynu żółtego gęstawego. Wieczorem chory podmiotowo czuł się lepiej; wymiotów nie było; ciepłota 35,8° C., tętno bardzo słabe. Zalecono środki podniecające; przez całą noc chory nie wymiotował, nad ranem zaś nastąpiła zapaś i śmierć.

Przy sekcji przekonałem się, że odbyt sztuczny znajdował się w odległości więcej, niż jeden metr od dwunastnicy, w odległości $\frac{1}{4}$ metra od początku odcinka odprowadzającego; jelita cienkie sklezione dość mocno przez wysięk włóknisty, stanowią jakby jedną masę, wypełniającą miednicę. Wracając zaś do torbieli, przekonałem się, że łączy je rzeczywiście kanał, przebiegający pod jelitem; kanał ten przepuszcza swobodnie palec. Ściana torbieli, zzewnątrz gładka, była tak cienką, że pomimo wypuszczenia płynu, *resp.* skurczenia się, nie dosięgała nawet 1 mm.; na wewnętrznej powierzchni, zupełnie gładkiej, widać fałdy, przebiegające w różnych kierunkach, wskazujące, że kiedyś torbiel była wielokomorowa i następczo tylko przeistoczyła się w jednokomorową. Badanie drobnowidzowe wykazało, że ściana składa się przeważnie z tkanki łącznej z niewielką ilością tkanki tłuszczowej, wysłanej śródbłonkiem; ten ostatni nie na wszystkich preparatach daje się odszukać.

Badany plyn nie zawieral nic szczegolnego; slady bialka, bardzo malo tluszczu..

W naszym przypadku mieliśmy więc do czynienia z torbielą surowiczą krezki, rozwijającą się pomiędzy listkami tej ostatniej. Niezawodnie wszystkie poprzednie objawy niedrożności zależne były bezpośrednio od wzrostu torbieli, ale ucisk na jelito widocznie nie dochodził wtedy do *maximum*; w ostatnich zaś czasach ucisk, w miarę powiększania i rozrastania się guza po obu stronach jelita, stał się znacznie większym, a przegięcie jelita tylko ułatwiło zastój i zgorzel ze wszystkimi dalszemi następstwami; rozpoznanie zaś obecności guza wskutek właśnie tych następczych powikłań było prawie niemożliwym w obecnym stanie chorego. Rozrastanie się torbieli po obu stronach jelita, nawet bez powikłania ze strony przewodu pokarmowego, wymagałoby dla jej usunięcia niezawodnie wycięcia części krezki, *resp.* wycięcia i odpowiedniego kawałka jelita.

Nieprzyjemną stroną pod względem operacyjnym w danym przypadku było założenie sztucznego odbytu w odległości stosunkowo dość bliskiej od dwunastnicy; do tego zmusił mnie niejako fatalny stan chorego wbrew mej stałej zasadzie natychmiastowego nakładania szwu na odcinki jelita; w razie przebiegu pomyślnego należałoby w tym razie pospieszyć z dokonaniem zeszywania jelit. Rozstrzygnięcie zaś pytania, w którym miejscu jelit cienkich operujemy, przedstawia nieraz wielkie trudności, a niezawsze, jak to było i w naszym przypadku, można sobie pozwolić bezkarnie na wydobywanie cienkich jelit w celu określenia odległości miejsca przeszkody od dwunastnicy lub jelita ślepego.

Nowotwory krezki należą wogóle do rzadziej spostrzeganych spraw chorobowych; HAHN i AUGAGNEUZ w swych monografiach, wydanych w r. 1886 i 1887, zebrali 90 przypadków guzów krezki, a z tej liczby przypada na różnego rodzaju torbiele, do których zaliczono bąblowca krezki, zaledwie trzecia część ogólnej sumy. Z tych jednak 30 przypadków torbieli FRENTZEL w swej szczegółowej pracy, ogłoszonej w 1892 r., uważa tylko 9 za właściwe torbiele krezki, które rozwijały się między listkami tej ostatniej i dokładnie były zbadane dzięki dokonanej operacji; do tych 9-iu dołączył jeszcze i 10-ty przypadek, operowany przez LUECKE'go. Wogóle jeżeli można mówić o torbieli krezki, to tylko w tych przypadkach, w których było dokonane otwarcie jamy brzusznej, *resp.* umożliwiające dokładne zbadanie natury guza i miejsca jego rozwoju; na przypadki zaś, w których rozpoznano torbiel krezki i wyleczono ją za pomocą wypuszczenia płynu trójgrańcem przez nienaruszone powłoki brzuszne, należy patrzeć z wielkiem powątpiewaniem, gdyż również dobrze mogły to być torbiele pozaotrzewnowe, lub torbiele innych narządów.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego odróżnia się kilka odmian torbieli krezki:

- 1) torbiele skórzaste, kilkakrotnie zaledwie spostrzegane; niedawno KOENIG opisał jeden przypadek torbieli skórzastej, przez niego operowany;
- 2) jelito—torbiele, przeważnie wrodzone, których ściana posiada budowę, podobną do ściany jelita; punktem wyjścia dla nich bywa prawie wyłącznie

uchylek MECKEL'a; wyjątkowo tylko torbiel powstaje z wyrostka robaczkowego; podobny przypadek opisał niedawno STUDSGAARD; u 14-letniej dziewczyny znalazł on duży guz chelboczący, mocno napięty, wypełniający całą prawą połowę jamy brzusznej; w okolicy guza odgłos przytłumiony. Podczas operacji przekonał się, że ma do czynienia z torbielą krezki; $\frac{3}{4}$ guza wyluszczył, pozostałą część, bliżej kręgosłupa położoną, podwiązał, przyżegł szypułę żegadłem PAQUELIN'a i pozostawił w jamie brzusznej. Wyzdrowienie. Zawartość torbieli czekoladowej barwy. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę ściany torbieli, podobną do jelita: tylko gruczoły LIEBERKUEHN'a były znacznie powiększone, blaszek zaś PEYER'a i oddzielnych foliuliów nie znaleziono.

3) Torbiele mleczkowate (*c. chylosae*), cechujące się zawartością białawą gęstą, podobną bardzo do mleka; ściany tych torbieli, stosunkowo dość grube, składają się zwykle z tkanki łącznej, od wewnątrz wysłanej delikatnym śródbłonkiem, który jednak nie we wszystkich przypadkach torbieli można było odszukać. Najczęściej pozostają one w krezce jelit cienkich; punktem wyjścia dla ich rozwoju może być, jak dotychczas sądzą, rozszerzenie *cysternae chyli* przy nieprzepuszczalności albo zwężeniu przewodu piersiowego, dalej naczynia mleczkowe lub nawet gruczoły chłonne; przypadków tego rodzaju torbieli także niewiele spostrzegano.

4) Rzadko nadzwyczaj spostrzegano torbiele, wysłane nabłonkiem rzęskowym; podobną torbiel, znaną na stole sekcyjnym, opisał PRZEWOSKI.

5) Stosunkowo częściej spostrzegane były torbiele surowicze krezki; mają one zwykle cienką błoniastą ścianę o wewnętrznej powie rzchni gładkiej, wysłanej zazwyczaj przez delikatny jednowarstwowy nabłonek, podobny do śródbłonka błon surowicznych; zawartość ich zazwyczaj stanowi płyn rzadki, jak woda, przezroczysty, bladożółtawy; powstają one prawdopodobnie w ten sam sposób, co i torbiele mleczkowe, a przypuszczają, że te ostatnie mogą przejść w surowicze wskutek przemian w samej zawartości i zmian w ścianach, utrudniających dopływ świeżego mleczka. PRZEWOSKI nie podziela zdania KLEBS'a, który wyraził przypuszczenie, że i torbiele skórzaste mogą także przechodzić w surowicze.

Do przypadków, które szczegółowo opisuje FRENTZEL, a które były podane przez HAHN'a i AUGAGNEUZ'a, dodać muszę następujące, operowane w ostatnich latach przez KOSIŃSKIEGO, który u 54-letniej kobiety, rozpoznawszy z pewnym prawdopodobieństwem rakowato przeistoczoną torbiel jajnika, podczas operacji znalazł torbiel krezki jelita grubego z zawartością mocno krwawą; torbiel udało się usunąć, ale z jednoczesnym wycięciem krezki i wycięciem około 20 ctm. jelita. Wyzdrowienie.

SOLMAN opisuje przypadek z kliniki prof. KOSIŃSKIEGO, w którym u 20-letniej kobiety rozpoznano guz chelboczący, ruchomy, mocno napięty, wielkości głowy noworodka; przypuszczano najprawdopodobniej torbiel jajnika; podczas operacji okazało się, że guz jest torbielą krezki jednokomorową, przyrośniętą do przedniej ściany brzusznej; torbiel, pomimo kilkakrotnego pęknięcia,

dała się wyluszczyć z pod otrzewnej krezkowej; zawartość podobna do mleka. Wyzdrowienie.

PAGENSTECHER w jednym przypadku u 71-letniego mężczyzny rozpoznał otok ropny pęcherzyka żółciowego; podczas operacji znalazł torbiel krezki z zawartością ropiasto-mleczną; torbiel przyszyta do rany brzusznej i 6-go dnia otworzona. Wyzdrowienie. W drugim przypadku u 10-letniej dziewczyny rozpoznano guz prawej nerki i zrobiono cięcie lędźwiowe w celu usunięcia chorego narządu; gdy okazało się, że nerka jest zdrową, chirurg ten otworzył jamę brzuszną i przekonał się, że ma do czynienia z torbielą krezki jelita cienkiego wielkości dużej pomarańczy, obok której znajdowała się oddzielnie druga mała torbiel wielkości orzecha laskowego; obie wyluszczone; zawierały one płyn białawy, podobny do mleka. Wyzdrowienie. Na zasadzie drobnowidzowego badania ścian autor sądzi, że w tym przypadku dał początek torbieli gruczoł chłonny, zajęty przez sprawę gruźliczą; mianowicie znalazł jedno miejsce na preparacie, w którym była jeszcze zachowana tkanka gruczołowa, a w niej oddzielny follikuł; ten ostatni zawierał nabłonkowe wielojądrowe olbrzymie komórki, obok grudki wapna, w samej zaś zawartości torbieli wielką ilość kulek węglanu wapnia; laseczników nie znaleziono.

ULLMAN u 18-letniej dziewczyny wyluszczył torbiel krezki z zawartością mleczkową; dokładne rozpoznanie zrobiono podczas operacji. Guz rozwijał się od roku, był nadzwyczaj ruchomy; często zjawiały się napadowe bóle, którym towarzyszyło zaparcie stolca. Wyzdrowienie.

TUFFIER ogłosił 2 przypadki: 1) u 48-letniego mężczyzny guz bardzo ruchomy, przed 6-ma miesiącami zauważony przez chorego, rozpoznany jako torbiel sieci. Wskutek fizycznego wysiłku wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, wymioty, zaparcie stolca, jednym słowem objawy niedrożności. Otwarcie jamy brzusznej; w przewodzie pokarmowym żadnych zmian nie znaleziono; guz okazał się torbielą krezki, którą z wielkim mozolem wyluszczone; zawartość mleczkowata; wyzdrowienie. W drugim przypadku u 12-letniego dziecka znalazł trzy torbiele krezki większe, z których dwie miały zawartość mleczkowatą, a jedna surowiczą; oprócz tego dużo maleńkich torbieli, rozrzuconych po całej krezce. Nie mogąc wyluszczyć większych torbieli, przyszył je do rany brzusznej i założył sączki; wyzdrowienie.

QUINSON u 20-letniej dziewczyny, skarżącej się na powiększenie brzucha i zaburzenia w oddawaniu moczu, znalazł guz chleboczący, ruchomy tylko w kierunku poprzecznym; autor przed operacją rozpoznał torbiel krezki. Całkowite wyluszczenie było niemożliwe; chirurg więc ograniczył się na wycięciu części ściany torbieli, a pozostałą resztę przyszył do rany brzusznej i wypchał gazą. Zawartość mleczkowata. Wyzdrowienie. Ściana torbieli składała się z 4 warstw: tkanki łącznej bez nabłonka, tkanki tłuszczowej w stanie silnego zapalenia, warstwy naczyniowej i zbitej warstwy włóknistej.

N. B. CARSON u 39-letniego mężczyzny, znalazłszy torbiel bardzo ruchomą, wielkości głowy dziecka, wykonał najpierw próbne przekłucie i wydobył płyn mleczkowy; ograniczył się wtedy na wypuszczeniu znacznej ilości płynu trójgranicem. Po upływie 3 miesięcy guz osiągnął jeszcze większych

rozmiarów. Otwarcie jamy brzusznej; okazało się, że torbiel rozwinęła się między listkami krezki jelit cienkich; przecięcie i przyszycie do rany brzusznej z założeniem sączka, wyzdrowienie.

JOH. LAUENSTERN u 31-letniego mężczyzny, który w ciągu 5 lat zapadał na silne bóle brzucha z jednoczesnem zaparciem stolca, znalazł guz w jamie brzusznej wielkości głowy dziecka, nadzwyczaj ruchomy; guz ten określił jako torbiel krezki. Otwarcie jamy brzusznej, usunięcie całej torbieli, zawierającej płyn brunatno-czerwony, pomimo zrostów z jelitem cienkim, wyrostkiem robaczkowym i siecią, udało się w całości; wyzdrowienie. Ściana torbieli składała się z 4 warstw: z tkanki łącznej, w części rozpadłej, z komórkami okrągłymi, później ze zbitej tkanki łącznej z naczyniami krwionośnymi i chłonnymi, następnie z nowotworowej tkanki z wieloma cienkimi krwionośnymi naczyniami i z włókien łącznotkankowych. Na zasadzie tej budowy autor mniema, że torbiel krezki w tym razie powstała z rozszerzenia żył i naczyń chłonnych krezki.

TERRILLON u 3-ch młodych kobiet operował torbiele surowicze krezki, które miał rozpoznać przed operacją z pewnem prawdopodobieństwem; we wszystkich 3 przypadkach ograniczył się na częściowem tylko usunięciu ściany torbieli, a resztę przyszył do rany brzusznej; wyzdrowienie we wszystkich 3-ch przypadkach.

HOCHENAGG opisuje jeden przypadek torbieli surowiczej krezki, nierozpoznanej przed operacją; torbiel w całości udało mu się wyłuszczyć z pomyślnym wynikiem dla chorego.

Rozpoznanie torbieli krezki przed operacją jest nadzwyczaj trudne; z przytoczonych spostrzeżeń widać, że w wyjątkowych tylko razach autorzy mogli się poszczycić trafnem rozpoznaniem. Na 10 przypadków, opisanych drobniaczkowo przez FRENZL'a, raz rozpoznano przed operacją gruźlicę otrzewnej, dwa razy torbiel jajnika, raz wpochwienie jelita, 4 razy torbiel jamy brzusznej bez określenia miejsca, z którego guz powstał, i 2 razy torbiel sieci. Torbiele te przeważnie rozwijają się w krezce jelita cienkiego, a nadzwyczaj rzadko w krezce jelita grubego, tak, że z ogłoszonych przypadków tylko operowany przez KOSIŃSKIEGO do tej kategorii można zaliczyć. W większości przypadków dokładnie opisanych, rozwojom torbieli towarzyszyły gwałtowne bóle, połączone często z zaparciem stolca; w wielu razach po takim napadzie bólu można było zaraz odnaleźć w jamie brzusznej guz nadzwyczaj ruchomy, na ucisk niewrażliwy. Bóle brzucha mają czasami charakter ciągły, najczęściej jednak napadowy; najnieznaczniejszy wysiłek fizyczny może je wywołać. Zaparcie stolca nieraz dosięgało takiego natężenia, że można nawet było przypuszczać niedrożność jelit; w innych zaś przypadkach miało charakter nawykowego zaparcia. Bóle brzucha z zaparciem stolca towarzyszą często także rozwojowi tłuszczaków krezki; ale w tym ostatnim razie bóle wskutek równomiernego wzrostu tłuszczaka bywają ciągłe i niewielkie, gdy tymczasem przy torbielach najczęściej napadowe i zależne są od gwałtownego, niejednostajnego powiększania się torbieli, co może wywołać skręcenie krezki, przecięcie krezki i jelita; bezpośredni ucisk powiększającej się gwałtownie tor-

bieli na splot nerwowy krezki może również wywołać gwałtowne bóle; przerwy wolne od bólów tłomaczą przyzwyczajeniem się krezki do danego ucisku. Na natężenie bólów wpływać ma i ta okoliczność, czy torbiel znajduje się bliżej kręgosłupa, czy dalej od niego; w miarę rozrastania się torbieli ku kręgosłupowi bóle się wzmagają. Zaparcie stolca albo może być wywołane na drodze odruchowej, albo też, co najczęściej, zdaje się, ma miejsce, jest zależne bezpośrednio od ucisku guza na jelito; ucisk ten niekiedy jest tak znaczny, że wywołuje rzeczywistą niedrożność jelit; takie przypadki opisali KAIN, SUTHERLAND i TROMBETTA; ostatni dopiero na stole sekcyjnym znalazł torbiel krezki, która była przyczyną niedrożności jelit. Wyjątkowo ucisk dochodzi do *maximum* i wywołuje nawet zgorzel ściany jelita, co miało miejsce w moim przypadku, powyżej opisanym.

Torbiele krezki wogóle, jak pokazują spostrzeżenia, rozwijają się dosyć szybko i prawie zawsze równomiernie kosztem obu listków krezki, zwykle są okrągłe, gładkie, sprężyste, chełboczące i nadzwyczaj ruchome w poprzecznym i podłużnym kierunku; ruchomość ta jest tem większa, im dalej od kręgosłupa rozwija się torbiel. W miarę rozrostu ku kręgosłupowi ruchomość się zmniejsza; tylko torbiele sieci odznaczają się tak wielką ruchomością, ale wskutek zrostów otrzewnowych tracą one najczęściej swoją pierwotną ruchomość, chełbotanie nie przedstawia nic charakterystycznego dla torbieli krezki, gdyż pomijając dużą ilość innych torbieli, powstających w różnych narządach jamy brzusznej, które dają ten sam objaw, przy tłuszczakach krezki znajdujemy również chełbotanie. Najczęściej torbiele krezki rozwijają się w okolicy pępka, często jednak poniżej lub powyżej niego; zwykle w miarę rozwoju torbiel odchyła na bok jelita i zbliża się do przedniej ściany brzusznej; w przypadku przemennie spostrzeganym sieć i jelita przykrywały torbiel. Dochodzą nieraz wielkości dorosłego człowieka. Czasami powstają ograniczone zapalenia otrzewnej, które dają powód do zrośnięcia się powłoki krezkowej z łącznotkankową ścianą torbieli, częściej jednak do zrostów z siecią i jelitami.

Wogóle widzimy, że dla rozpoznania torbieli krezki nie posiadamy dotychczas żadnych pewnych danych; znalazłszy jednak guz chełboczący w okolicy pępka, odznaczający się niezwykłą ruchomością, którego rozwojowi towarzyszyły często poprzednio napadowe bóle z jednoczesnem zaparciem stolca, możemy z pewnem prawdopodobieństwem guz ten przyjąć za torbiel krezki; przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na uwadze najpierw same guzy krezki, następnie guzy sieci, trzustki, i torbiele pozaotrzewnowe; torbiele krezki większych rozmiarów trudno odróżnić od torbieli jajnika.

Próbne przekłucie w celach rozpoznawczych nie na wiele się przyda, gdyż płyn nie przedstawia nic charakterystycznego dla torbieli krezki: zawartość surowiczą, krwawą bąblowcową, dermoidalną można wydobyć i z torbieli innych narządów; nawet płyn mleczkowy, tak niby charakterystyczny dla torbieli krezki, może dać powód do pomyłki, gdyż torbiele mleczkowe mogą powstawać też jako i pozaotrzewnowe. HAHN kładzie nacisk na to, że przy torbielach krezkowych w płynie nie znajdujemy nabłonka, *resp.* brak jego prze-

mawiałby na korzyść torbieli krezki; brak jednak nabłonka ma miejsce i w torbielach pozaotrzewnowych i torbielach trzustki. Z drugiej strony lepiej, ze względu na bezpieczeństwo, nie uciekać się do próbných przekłuć, nie mogąc sobie po nich wiele obiecywać.

Postępowanie lecznicze polega albo na przekłuciu torbieli i wypuszczeniu płynu trójgrańcem, albo na przecięciu i przyszcyciu ściany torbieli do rany brzusznej, albo na wyluszczeniu. Pierwszy sposób, oprócz tego, że jest niebezpieczny ze względu na możliwość zranienia jelita, chyba wyjątkowo tylko prowadzi do celu. Mocne zrosty torbieli z otoczeniem, szczególnie z jelitami, nie pozwalają na wyluszczenie guza; ograniczyć się wtedy trzeba na przecięciu i przyszcyciu ścian torbieli do rany brzusznej; radzą to zwykle robić na 2-ch posiedzeniach, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie ściana jest już bardzo ścięnczała; w ostatnim razie lepiej jest najpierw trójgrańcem płyn wypuścić, gdyż opróżnienie torbieli znakomicie ułatwi przyszywanie jej ściany do rany brzusznej. Wyluszczenie wykonywa się najlepiej po uprzednim przecięciu powłoki krezkowej; po usunięciu torbieli ranę krezki zeszywa się. Zupełne wycięcie guza razem z kreską jest mniej zalecane, gdyż jelito można wtedy pozbawić odżywiania.

W moim przypadku, ze względu na zgorzel ściany jelita, należało wyciąć torbiel całkowicie razem z kreską i częścią jelita.

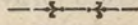
L I T E R A T U R A.

- TROMBETTA. *Revue de chir.* 1888. Zeszyt 6.
HAHN. *Berl. kl. Woch.* Nr. 23. 1887.
KOSIŃSKI. *Medycyna* Nr. 42. 1888.
PRZEWOSKI. *Gazeta Lekarska.* Nr. 41. 1889.
SOLMAN. *Gaz. Lek.* Nr. 1. 1890.
N. B. CARSON. *Ref. im Centr. f. Chir.* Nr. 46. 1890.
A. FRENTZEL. *Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 33. 1892.
QUINSON. *Ref. im Centr. f. Chir.* Nr. 5. 1893.
JOH. LAUENSTERN. *Ref. im Centr. f. Chir.* Nr. 34. 1893.
TERRILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* T. 17, str. 375.
TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris.* T. 18, str. 582.
HOCHENEGG. *Wiener klin. Rundschau.* Nr. 6 i 7. 1895.
ULLMAN. *Wiener Med. Presse.* Nr. 36. 1895.
STUDSGAARD. *Centr. f. Chir.* Nr. 16. 1895.
PAGENSTECHEK. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 42. 1895.
-

II. LECZENIE CHIRURGICZNE GUZÓW WNETRZA KANAŁU KRĘGOWEGO

napsał

Władysław Gajkiewicz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

Przy oznaczaniu umiejscowienia guza w kanale kręgowym, powinniśmy starać się wykazać, nie tylko na jakiej wysokości rdzenia *resp.* korzeni nerwów rdzeniowych on się znajduje, lecz również, przynajmniej w przybliżeniu, poznać, z jakiej tkanki on wychodzi. I takie rozpoznanie, chociaż zalicza się wogóle do trudnych i nigdy nie bywa pewnem, jest niejednokrotnie prawdopodobnem. W tym celu pomocnemi są wiadomości anatomo-patologiczne i symptomatologia, a raczej pierwsze objawy choroby.

Początek guzom może dawać tkanka samego rdzenia, wychodzące z niego korzenie nerwowe, wszystkie 3 błony, otaczające rdzeń, tkanka komórkowo-tłuszczowa okołoponowa, więzy (*ligamentum dentatum*), wreszcie kręgi. Pomiędzy guzy kręgów, które zdaniem wielu badaczy są 2 razy częstsze, niż guzy we wnętrzu kanału kręgowego rozwijające się, to najczęściej początek tym ostatnim daje opona rdzenia miękka (*pia mater*).

Guzy wnętrza kanału kręgowego dzielą patolodzy na zewnątrz — i wewnątrz-rdzeniowe (*extra- et intramedullares*). Wedle statystyki ROSENBERG'a, jeśli wyłączymy z rachunku guzy kręgów, to z jednakową częstością guzy kanału kręgowego powstają w rdzeniu, jak i nazewnątrz niego. Na 156 zebranych przez ROSENBERG'a guzów, było 78 wewnątrzrdzeniowych i 78 zewnątrzrdzeniowych.

Guzy zewnątrzrdzeniowe częściej umiejscowione są nawewnątrz od opony twardej (*intradurales*), niż nazewnątrz od niej (*extradurales*). HORSLEY na 58 guzów, zebrał 20 zewnątrz, a 33 wewnątrz od opony twardej umiejscowionych. OUSTANIOL na 87, podaje guzów opony twardej 24, guzów opony miękkiej 59.

Wedle statystyki HORSLEY'a, guzy we wnętrzu kanału kręgowego najczęściej zajmują okolice nabrzmienia rdzenia szyjowego i dolną grzbietową. OUSTANIOL na 86 guzów obrachował 21 w okolicy dolnej szyjowej i górnej grzbietowej, 29 w dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej i 17 w okolicy ogona końskiego (*cauda equina*). RAYMOND na 90 przypadków cierpienia ogona końskiego znalazł, iż 27 razy było ono wywołane nowotworem [częstszym powodem były tylko następstwa traumy].

Odnośnie stosunku nowotworu z rdzeniem, to na 76 guzów, których miejsce było dokładnie podane, OUSTANIOL znalazł 7 na powierzchni rdzenia przedniej, 18 na powierzchni jego tylnej, 19 na powierzchni bocznej, 7 na przednio-bocznej, 9 na tylnobocznej.

O spożytkowaniu pierwszych objawów cierpienia w celu rozpoznania, jaka tkanka wnętrza kanału kręgowego daje początek nowotworowi, mówiliśmy już wyżej, a mianowicie, iż guzy, wychodzące z kręgów, wywołują najpierw objawy cierpienia kręgów [bolesność na ucisk i przy ruchu, sztywność, zniekształcenia], a dopiero z biegiem czasu przyłączają się objawy cierpienia korzeni nerwów rdzeniowych, a w końcu i samego rdzenia. Gdy zaś guz zaczyna się w rdzeniu, to porządek chronologiczny pojawiania się objawów bywa [zazwyczaj odwrotny, niż dopieroco przytoczony. Nadto guzy, wychodzące z opon rdzenia lub korzeni nerwów, powodują w początkach prawie zawsze nerwoból jednostronny, oprócz gdy guz jest usadowiony na wysokości *caudae equinae*, gdy tymczasem guzy poczynające się w kręgach, zdradzają się prawie zawsze od samego początku nerwobólem dwustronnym. Guzy zewnątrzoponowe mogą wychodzić przez dziury międzykręgowe i rosnąć nazewnątrż. Z powyższego wynika ważność ścisłości danych anamnestycznych, co na nieszczęście rzadko ma miejsce.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jakiej natury nowotwór jest w danym przypadku, musimy przedewszystkiem poznać, jakie bywają nowotwory w kanale kręgowym. Wogólności można powiedzieć, iż wszystkie znane rodzaje guzów bywały znajduwane w kanale kręgowym.

Z guzów właściwych ośrodkom nerwowym bywają w rdzeniu kręgowym glejaki (*glioma*) i piaszczaki (*psammoma*). Prócz nich spotykano: mięsaki (*sarcoma*), guzy gruczlicze, śluzaki (*myxoma*), raki (*carcinoma*), guzy syfilityczne (*gumma*) włókniaki (*fibroma*), tłuszczaki (*lipoma*) i torbiele pochodzenia pasożytniczego [zwykle bąbłowiec (*echinococcus*), rzadziej wąż (*cysticercus cellulosae*)]. Dla dania pojęcia o wzajemnej ich częstości, powiemy, iż w statystyce ROSENBERG'a, o której wyżej mówiliśmy, przytoczonych jest na 156 guzów [za wyłączeniem guzów kręgów]: glejaków 34, mięsaków 27, włókniaków 11, śluzaków 9, tłuszczaków 8, piaszczaków 4, chłoniaków (*lymphangioma*) 2, raków 2, guzów gruczliczych 27, syfilitycznych 12, wodunkowych 21. Zdaniem wielu autorów najczęstszymi są mięsaki. OUSTANIOL np. na 87 guzów opon rdzeniowych zebrał opisanych w literaturze 47 mięsaków [opony twardej 15, pajęczej 11, miękkiej 21]. Zwykle dają im początek opony rdzenia, zwłaszcza *pia mater*. Mięsaki, jak i wiele innych guzów spotykanych w kanale kręgowym, są zwykle pierwotne; zazwyczaj są niewielkie, z początku kuliste, a w późniejszym rozwoju cylindryczne. Mają one budowę zrazowatą, powierzchnia ich bywa guzowatą; rosną względnie szybko; są różnie a czasami mocno unaczynione. Zwykle guz jest jeden, ograniczony, różnej wielkości [od ziarnka konopnego do jaja gołębiego, [rzadko większe], rzadziej guzów jest kilka, najrzadziej cały rdzeń jest otoczony masą nowotworową. Daleko częściej mięsak bywa w połączeniu z innymi nowotworami (*angio-, melano-, cysto-, fibro-, myxo-sarcoma, etc.*). Wedle ROSENBERG'a mięsak napotyka się dość jednostajnie we wszystkich okolicach kanału kręgowego. *Sarcoma durae spinalis* nie musi być częstym, skoro z okazji 2 przypadków, spostrzeganych w klinice STRUEMPELL'a, ROETTER, czyniąc poszukiwania w literaturze od r. 1870, znalazł opisanych

tylko 5 przypadków [ROSENTHAL'a, 2 MENDEL'a, SIMON'a i LEYDEN'a]. Najczęściej, jakeśmy powiedzieli, wszystkim mięsakom w kanale kręgowym rozwijającym się, a w szczególności mięsakom opon rdzeniowych, daje początek opona naczyniowa (*pia mater*). OUSTANIOL na 33 przypadki podaje mięsaków opony twardej 7, opony pajęczej 8, a naczyniowej 18. Mięsak rdzenia kręgowego nie jest rzadkością. LENZ zebrał 15 podobnych przypadków. W kręgosłupie mięsak najczęstszym bywa w dolnej jego okolicy, w kości krzyżowej.

Glej jak we wnętrzu kanału kręgowego umiejscawia się tylko w rdzeniu kręgowym; podobnie jak i w mózgu, jest on i w rdzeniu nowotworem rozlanym, a więc źle odgraniczonym. ROSENBERG znalazł literaturze opisanych 34 przypadki glejaka rdzenia.

Guzów gruźliczych [tuberkulicznych] ROSENBERG w swojej statystyce podaje 27; wszystkie one, jak i glejaki, były wewnątrzrdzeniowe. Wedle LEYDEN'a częściej bywają w górnej okolicy rdzenia. Na oponach są zawsze wtórne, gdy cierpią kręgi.

Z guzów ziarniniakowych (*granulomata*), prócz gruźliczych, bywają w kanale kręgowym guzy syfilityczne. Sadowią się one częściej na obwodzie, nazewnątrz rdzenia, niż w nim samym, co jest cechą właściwą i gumatom mózgu. Najczęściej są to guziki małe, rzadko duże, jak w przypadku HANOT'a i MEUNIER'a i w przypadku ORŁOWSKIEGO [Gazeta Lekarska. 1896. № 47 i 48]. OUSTANIOL zna 7 przypadków guzów syfilitycznych wnętrza kanału kręgowego, a ORŁOWSKI 14, wliczając i własny. Odrzuciwszy 2 przypadki, podane przez obu autorów pozostanie liczba 19.

Torbiele pochodzenia pasożytniczego, względnie do innych narządów, rzadko się napotykają w kanale kręgowym. Zwykle bywa to bąbłowiec (*echinococcus*), który najczęściej rozwija się między kręgami a oponą twardą; często ma przechodzić tam z mięśni otaczających kręgi. Wągra (*cysticercus cellulosae*) widziano dotąd w kanale kręgowym tylko 3 razy [WALTON, WESTPHAL, HIRT]; znajdował się on pod oponą naczyniową lub w substancji rdzenia. W statystyce ROSENBERG'a na 21 razy torbiele pasożytnicze figurują 3 razy, jako guz zewnątrzrdzeniowy.

Włókniaki są zwykle małe, twarde, otorbione; rosną bardzo powoli; wychodzą najczęściej z opony twardej, do której są przyłączone na niewielkiej przestrzeni. Wedle ROSENBERG'a 10 razy były one guzami zewnątrzrdzeniowymi, a tylko 1 raz wewnątrzrdzeniowym.

Śluzaki względnie są dość częste. Wedle ROSENBERG'a przeważnie są guzami zewnątrzrdzeniowymi [7 razy na 9 przypadków], a wedle HORSLEY'a przeciwnie [12 na 38]. Wedle OUSTANIOL'a na 9 przypadków śluzak 1 raz wychodził z opony twardej, a 8 z naczyniowej.

Z innych nowotworów, rzadziej spotykanych w kanale kręgowym, należy zanotować: tłuszczaki [wedle ROSENBERG'a 8 razy, zawsze jako guzy zewnątrzrdzeniowe], raki [wedle R. 2 razy tylko jako guz wewnątrzrdzeniowy; częściej są w kręgach, lecz i tam zazwyczaj wtórne]; piaszczaki, [ROSENBERG na 156 przyp. nowotworów wnętrza kanału kręgowego zna tylko 4 piaszcza-

ki, prócz przypadku BERGER'a], chłoniaki, chrzęstniaki (*enchondroma*), kostniaki (*osteoma*), nerwiaki (*neuroma*) i *cholesteatoma* [1 przypadek CHARRI'ego].

Ze stanowiska klinicznego guzy, spotykane w kanale kręgowym, można podzielić na:

- 1) guzy pojedyncze, dobrze odgraniczone, często otorbione, rosnące powoli, nie mające skłonności do generalizacji lub recydyw, a więc guzy łagodne,
- 2) guzy również łagodne, lecz zazwyczaj liczne [torbiele],
- 3) guzy złośliwe, zwykle rozlane, czasem liczne, szybko rosnące [mięsaki i glejaki].

Na 87 przypadków nowotworów we wnętrzu kanału kręgowego, jakie OUSTANIOŁ znalazł w literaturze, 55 razy był guz pojedynczy, 7 liczne, 16 razy rozlane.

Przy rozpoznawaniu natury guza w danym przypadku należy wziąć pod uwagę:

1) wynik badania całego organizmu i uwzględnić dziedziczność. Jeśli w ustroju badanym wykryjemy ślady przebytego lub istniejącego syfilisu, gruźlicy, raka, torbiele pasożytnicze i t. p., to i guz, we wnętrzu kanału kręgowego istniejący, prawdopodobnie jest tejże samej natury. Mówimy prawdopodobnie, gdyż możliwe są wyjątki.

2) wiek chorego. U dzieci częściej są nowotwory natury gruźliczej i tłuszczaki; u dorosłych mięsaki, glejaki, śluzaki, włókniaki, gumata i guzy wodunkowe.

3) siedlisko guza. Glejaki i guzy gruźlicze bywają wedle dotychczasowego doświadczenia tylko w rdzeniu; mięsaki, włókniaki, śluzaki najczęściej w oponach rdzenia; a tłuszczaki, piaszczaki wyłącznie w nich.

4) trwanie i przebieg choroby. Wedle obliczeń OUSTANIOŁ'a włókniak może trwać $5\frac{1}{2}$ lat, śluzak 5, glejak przecięciowo $4\frac{1}{2}$, mięsak $1\frac{1}{2}$, torbiel pochodzenia pasożytniczego 1 rok, guzy gruźlicze 10 miesięcy, syfilityczne 7 miesięcy. Jeśli więc w danym przypadku choroba trwa lat kilka, to nie może to być mięsak, guz gruźliczy lub syfilityczny, gdyż nie zwykły one trwać tak długo. Zdaniem HORSLEY'a guzy wewnątrzoponowe trwają dłużej [2 lata], niż zewnątrzoponowe [1 rok].

Szybkość wzrostu *resp.* szybkość mnożenia się objawów, a więc szybki przebieg, dowodzi, iż nowotwór jest natury złośliwej.

5) wielość guzów, wielość ognisk chorobowych, pozwala również niekiedy wyciągnąć wniosek o ich naturze, a mianowicie że mogą to być guzy syfilityczne, gruźlicze, torbiele pasożytnicze, rzadziej mięsaki (*sarcomatosis piae*) lub nerwiaki.

6) w przypadkach niejasnych a podejrzanych, wynik leczenia próbnego, przeciwsyfilitycznego, może również w niektórych przypadkach, [lecz zwykle tylko wtedy, gdy wynik leczenia jest dodatni], naprowadzić na drogę, wiodącą do rozstrzygnięcia pytania, jakiej natury jest guz w danym przypadku.

*

*

*

Na pytanie, czy w danym przypadku guz, istniejący we wnętrzu kanału kręgowego, kwalifikuje się do interwencji chirurgicznej, niejedną odpowiedź dostarczą nam wiadomości, otrzymane przy rozstrzygnięciu poprzednich pytań. Tu możemy tylko powiedzieć ogólnie, iż nowotwór wnętrza kanału kręgowego temwięcej nadaje się do usunięcia im jest mniejszy, im mniejsze i łatwiejsze do odrobienia spowodował spustoszenie, im jest natury łagodniejszej, im bardziej jest dostępnym dla chirurga, a więc im bliżej leży obwodu, i im stan ogólny chorego jest lepszym. Niezdatnymi więc do operowania są tętniaki, dalej guzy rozległe, liczne, złośliwe i umiejscowione w tkance rdzenia kręgowego, w tym ostatnim bowiem razie najczęściej elementy nowotworowe podstawiają się powoli za elementy nerwowe, wycięcie więc ich niewiele dobrego może zdziałać, guzy zaś otorbione i rozpychające tylko elementy rdzenia należą do wielkich rzadkości, jak np. w przypadku FENGER'a, który i mimo to skończył się po operacyi śmiertelnie.

Opierając się na dotychczasowych wiadomościach, musimy dodać, iż okolicznościami, sprzyjającymi leczeniu chirurgicznemu guzów, rozwijających się we wnętrzu kanału kręgowego, są:

1) iż większość tych guzów wychodzi z opon, a ściśle rdzeniowe są rzadkie.

2) iż z tych najczęściej spotykanych przeważająca liczba jest guzami pierwotnymi, nie odnawiającymi się i nie powodującymi przerzutów.

3) iż zwykle bywa 1 guz. W statystyce OUSTANIOL'a na 87 przypadków, 55 razy był 1, a 7 tylko razy były guzy liczne. Nawet mięsaki najczęściej są pojedyncze. Z 47 mięsaków, zebranych u OUSTANIOL'a, 28 razy guz był 1, a 3 razy tylko było ich kilka.

4) iż zwykle guzy, powstające we wnętrzu kanału kręgowego są niewielkie, kuliste, rzadziej i to dopiero w późniejszych okresach choroby są cylindryczne. Na 37 przypadków OUSTANIOL'a nowotwór tylko 16 razy był rozlany, a z 47 przypadków mięsaka w szczególności tylko 13 razy był on rozlany.

5) iż nie powodują wielkich zrostów i znajdują się najczęściej z boku, rzadziej z tyłu, a najrzadziej w przedniej części kanału kręgowego, bo wedle OUSTANIOL'a 7 razy na 95, są więc łatwo dostępne. To samo utrzymuje CHIPAULT na podstawie 150 sekcji, opisanych w literaturze.

6) iż nawet nowotwory złośliwe, to jest szybko rosnące, chociaż uciskają rdzeń kręgowy i powodują objawy cierpienia tego narządu, często nie wywołują głębszych zmian histologicznych w rdzeniu, tak, że po usunięciu przyczyny ucisku, sprawność organu może powrócić zupełnie do normy, jak to było w 1 przypadku, operowanym przez HORSLEY'a i MAC EWEN'a.

Z powyższego wynika, iż należy starać się operować o ile można jak najwcześniej, zanim wystąpią objawy zwyrodnienia rdzenia kręgowego. Szkoła tylko, iż, jak słusznie twierdzi CHIPAULT, w chirurgii rdzenia kręgowego rozpoznanie często jest trudniejszym, niż operacya.

Jeszcze w r. 1881 HERBERT PAGE wyraził się, iż trepanacya kolumny kręgowej leży poza obrębem chirurgii praktycznej, gdyż wszystkie pokuszenia chirurgów w tym celu kończyły się śmiercią. Obecnie, na podstawie osiągniętych wyników, możemy z całą pewnością twierdzić, iż operacya ta nie jest bezskuteczną. Dawniej obawiano się krwotoku i zakażenia, o które tu łatwo, gdyż robimy ranę głęboką i dostajemy się do kanału, który trudno zdezynfekować. Jak wiemy, obawy o te 2 powikłania coraz mniej odstraszaają dzisiejszych chirurgów.

Guzów wnętrza kanału kręgowego, operowanych dotychczas, ALLEN STARR i CHIPAULT przytaczają 22. BRUNS z liczby tej wyłącza 1, jako guz kręgów, a dołącza 4 nieprzytoczone przez STARR'a, wedle więc niego wycinano dotąd 25 razy guzy z kanału kręgowego. Większość z nich siedziała w górnej okolicy grzbietowej, kilka w okolicy lędźwiowej, a 1 w ogniu końskim. BRUNS i GOLDSCHIEDER przytaczają następujące przypadki operowane:

1) HORSLEY'a i GOWERS'a [1887 r. *fibromyoma cysticum* na wysokości 3 i 4 korzenia tylnego grzbietowego, zakończony pomyślnie].

2) HORSLEY'a [1890 — zakończony śmiercią].

3) ROY [1890 — wyzdrowienie].

4) LAQUER i REHN [1890 — *lymphangioma cavernosum in regione sacrali* — poprawa].

5) FENGER [1890 — *sarcoma* w górnej okolicy grzbietowej — śmierć].

6) CAPONOTTO i PESCAROLO [1890 — *fibro-myxo-sarcoma intradurale* w okolicy górnej grzbietowej — poprawa].

7) WILLIAM RANSOM i ANDERSON [1891 — *echinococcus* w okolicy grzbietowo-lędźwiowej — śmierć].

8) LICHTHEIM i MIKULICZ [1891 — *psammoma* na wysokości 9 kręgu grzbietowego — śmierć].

9) LICHTHEIM i MIKULICZ [1891 — *psammoma* na wysokości 4 kręgu grzbietowego — poprawa].

10) RANSOM i THOMPSON [1894 — *sarcoma* na wysokości 8 korzenia grzbietowego — śmierć].

11) BRUNS i KREDEL [1894 — *sarcoma* w okolicy grzbietowo-lędźwiowej, znaleziony dopiero na sekcji].

12) SAENGER i KRAUSE [1894 — guz na wysokości 6 kręgu grzbietowego — śmierć].

13) BRUNS i LINDEMANN [1894 — *sarcoma* na wysokości 3 korzenia grzbietowego — śmierć].

CHIPAULT przytacza jeszcze przypadki:

14) TÉMOIN [1892 — *lipoma perimeningeale* — wyzdrowienie].

15) DAVIES COLLEY [1892 — *sarcoma* w górnej okolicy grzbietowej — wyzdrowienie].

16) ZAVALETA i MASI [1892 — *lipoma arachnoidale* w okolicy lędźwiowej — śmierć].

LEYDEN i GOLDSCHIEDER przytaczają nadto:

17) i 18) Dwa przypadki STARR'a i COSH'a [1895] — i

19) KUEMMELL'a [1895].

W przypadkach dotychczas operowanych śmierć najczęściej następowała z powodu wstrząsu (*shok*), rzadziej z zakażenia (*sepsis*).

Wedle BRUNS'a na 25 operacji w 12 nastąpiła śmierć, 11 chorych przeżyło operację, a u 2 nie znaleziono guza przy operacji. Z 11 dopiero co przytoczonych u 7 nastąpiła poprawa lub wyleczenie, t. j. u $\frac{1}{3}$, lub w 30% operowanych, co, zdaniem GOLDSCHIEDER'a, przy trudności rozpoznania, głębokiem położeniu, łatwości uszkodzenia rdzenia, stanowi względnie dobry wynik. Z biegiem czasu, przy ulepszonej technice, przypadki śmierci z zakażenia lub wstrząsu będą zapewne coraz rzadsze, wynik więc operacji coraz lepszy.

Chociaż więc wynik interwencji chirurgicznej przy guzach wnętrza kanału kręgowego dotychczas względnie jest mały, to jednak wobec tego, iż rokowanie przy guzach pozostawionych nietkniętymi jest bardzo smutne, lepiej jest operować, skoro jest choćby najmniejsza szansa powodzenia, niż czekać beczynnienie na powolną śmierć, i to zazwyczaj wśród strasznych cierpień.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, jasnym jest, jak ważnym jest dla chirurga, zabierającego się do wycięcia guza z kanału kręgowego, oznaczenie na żywym człowieku miejsca, odpowiadającego danemu korzeniowi nerwu rdzeniowego *resp.* segmentowi rdzenia kręgowego. Oznaczenie to nie jest tak łatwym, jakby się to napozór zdawało. Często już określenie nawet pojedynczych kręgów na żywym człowieku, zwłaszcza u osób otyłych, połączone jest z wielu trudnościami. Gdyby jednak i tej trudności nie było, nie wieleby to pomogło, gdyż wiadomem jest, iż korzenie nerwów po wyjściu z rdzenia kręgowego nie udają się prosto do odpowiedniej dziury międzykręgowej, lecz biegną jeszcze, na krótszej lub dłuższej przestrzeni, w kanale kręgowym, który opuszczają znacznie niżej, od miejsca, gdzie leży odpowiadający im segment rdzenia, czyli, że np. 6 korzeń nerwu grzbietowego nie odpowiada 6 kręgowi grzbietowemu, lecz znacznie niżej leżącemu. Drugim powodem tej trudności jest to, iż rdzeń kręgowy znacznie jest krótszy, niż kręgosłup, a że liczba nerwów odpowiada liczbie kręgów, koniecznym więc jest, iż wyjście korzeni nerwów z rdzenia i z kręgosłupa nie leży na jednym poziomie. U dzieci różnica między wyjściem korzenia z rdzenia a z kręgosłupa jest jeszcze większa.

Koniec dolny rdzenia kręgowego u mężczyzny leży na wysokości 1 kręgu lędźwiowego, lub na wysokości chrząstki, rozdzielającej 1 od 2 kręgi lędźwiowe; u kobiety rdzeń kręgowy sięga nieco niżej.

Część szyjowa rdzenia kończy się na wysokości 6 przestrzeni międzyciernistej szyjowej. Część grzbietowa rdzenia kończy się na wysokości 9 wyrostka ciernistego grzbietowego, a część lędźwiowa już na brzegu dolnym 12 wyrostka ciernistego grzbietowego, wreszcie część krzyżowa rdzenia kręgowego zajmuje przestrzeń kilku pierwszych milimetrów kanału lędźwiowego kręgosłupa. Część najniższa rdzenia, t. zw. stożek końcowy (*conus terminalis*), zawierająca ośrodki pęcherza moczowego, kiszki odходowej (*centrum ano-vesicale spinale*) i odruchu ścięgna ACHILLES'a, z której wychodzą korzenie 3—5 nerwów krzyżowych, odpowiada 2 kręgowi lędźwiowemu; z części tej wychodzi

w samym środku t. zw. nitka końcowa wewnętrzna (*filum terminale internum*), otoczona oponą twardą rdzenia i mająca budowę taką samą jak rdzeń; sięga ona do 2 kręgu krzyżowego; poniżej nie ta końcowa niepokryta jest oponą twardą, i dlatego zowią ją *filum terminale externum*; ta ostatnia dochodzi do wierzchołka kości ogonowej. Tak stożek końcowy, jak i nie końcowa otoczone są pęczkiem korzeni nerwów lędźwiowych i krzyżowych, zwanym ogonem końskim (*cauda equina*), a który wypełnia część dolną kanału kręgowego, zaczynając od 1—2 kręgu lędźwiowego.

Jako punkty wytyczne przy oznaczaniu danego korzenia nerwu rdzeniowego służą wyrostki cierniste kręgów. Tylko z powodów wyżej przytoczonych muszą być uwzględnione pewne poprawki, do jakich badacze doszli w następstwie licznych pomiarów, robionych na trupie. Badania CHIPAULT'a wykazały, iż u dorosłego w okolicy szyjowej potrzeba dodać 1 do numeru odpowiedniego wyrostka ciernistego, aby wiedzieć, który korzeń nerwowy wychodzi na tej wysokości; w okolicy górnej grzbietowej potrzeba w tym celu dodać 2; od 6—11 wyrostka ciernistego grzbietowego potrzeba dodać 3; część dolna 11 wyrostka ciernistego grzbietowego i przestrzeń międzycienista poniżej leżąca odpowiadają 3 ostatnim korzeniom lędźwiowym; 12 wyrostek ciernisty grzbietowy i pod nim leżąca przestrzeń międzycienista odpowiadają korzeniom nerwów krzyżowych.

Należy nadto pamiętać, iż, jak REID [1889] wykazał, stosunek korzeni nerwowych do wyrostków ciernistych nie u wszystkich osób jest jednakowy, iż istnieją pod tym względem pewne różnice indywidualne.

Bądź co bądź, widzimy, jak ważnem jest odcyfrowanie kręgów; a że nie zawsze jest to łatwem, starano się oznaczyć w jakim są one stosunku do innych kości szkieletu, dostępniejszych dla oka lekarza. Przedewszystkiem powinniśmy pamiętać, iż w pozycji siedzącej, z tułowiem lekko ku przodowi nachylonym, u dorosłego najbardziej wystają wyrostki cierniste 7 kręgu szyjowego i 3 lędźwiowego. Badania CHIPAULT'a nadto wykazały, iż kołec biodrowy tylny górny (*spina iliaca post. sup.*) odpowiada wyrostkowi ciernistemu 1, a część najwyższa grzebienia biodrowego (*crista iliaca*) wyrostkowi ciernistemu 2 kręgu lędźwiowego. Pępek u dorosłego odpowiada wyrostkowi ciernistemu 3 kręgu lędźwiowego, a u dziecka 4 kręgu lub nawet sięga jeszcze niżej. Koniec przedni każdego żebra prawdziwego leży zwykle na jednej płaszczyźnie z końcem tylnym 4 żebra poniżej, to jest np. przedni koniec żebra III odpowiada końcowi kręgowemu VII żebra. Podstawa mostka u dorosłego odpowiada 2 kręgowi grzbietowemu; kąt dolny łopatki—8 wyrostkowi ciernistemu grzbietowemu, a grzebień łopatki — 5. Krtań u noworodka sięga od brzegu przedniego atlasu do 4 kręgu szyjowego, a z wiekiem opuszcza się coraz niżej; tak że u dorosłego odpowiada przestrzeni między brzegiem górnym 5 a 7 kręgu szyjowego. Badając palcem przez usta, można dosięgnąć u dorosłego nadół do 5 kręgu szyjowego, u dziecka do 6 kręgu szyjowego.

L I T E R A T U R A,

którą się posiłkowałem:

- MACALASTER. Ueber Sarkom des Rückenmarks und seiner Häute. Zürich. 1890.
- PESCAROLO. Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congresses in Berlin, Bd. IV. 1890.
- TH. KÖLLIKER. Ueber die Fortschritte der operativen Chirurgie des Rückenmarks und der peripherischen Nerven. Stuttgart. 1892.
- OUSTANIOU. Contribution à l'étude des tumeurs des méninges rachidiennes. Paris. 1892.
- ROSENBERG. Ueber pathologische Anatomie, Symptomatologie und Diagnostik der Rückenmarksgeschwülste. Strassburg. 1892.
- RAYMOND. Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moëlle épinière [Syringomyélie à type spasmodique]. Archives de neurologie. Nr. 78. 1893.
- A. CHIPAULT. Etudes de chirurgie médullaire. Paris. 1894.
- CHIPAULT. Rapports des apophyses épineuses avec la moëlle, les racines médullaires et les méninges. Paris. 1894.
- GOLDSCHIEDER. Ueber Chirurgie der Rückenmarkserkrankungen. Deutsche medicin. Woch. Nr. 29, 30. 1894.
- PFEIFFER. Zur Diagnostik der extramedullären Rückenmarkstumoren. Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilk. 1894.
- A. SCHIFF. Ueber zwei Fälle von intramedullären Rückenmarkstumoren. OBERSTEINER'S Arbeiten aus dem Institut f. Anat. et Physiologie an der Wiener Universität. Heft. II. 1894.
- SMITS. Die Chirurgie des Rückenmarkes. VOLKMANN'S Sammlung klin. Vorträge. 1894.
- BERGER. Fall von Compression des Rückenmarks durch ein Psammom und von Compressionsmyelitis infolge tuberkulöser Wirbelerkrankung. Freiburg. 1895.
- BRUNS. Rückenmarkstumoren. Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. V. 1895.
- GOTTFRIED LENZ. Beitrag zur Kenntniss der Tumoren der Pia und Arachnoidea spinalis und des Rückenmarks. Bern. 1895.
- MÜLLER. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tumoren des Rückenmarks und seiner Häute. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin Bd. 54. 1895.
- RÖTTGER. Zur Kenntniss der Neubildungen an der Dura mater spinalis. Erlangen. 1895.
- LEYDEN i GOLDSCHIEDER. Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. NOTHNAGEL'S Specielle Pathologie und Therapie. Bd. X. Th. I. Wien. 1895.
- BRUNS. Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren. Archiv f. Psych. et Nervenkrankh. Bd. 28. 1896.
- EDINGER. Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. V. Auflage. Leipzig. 1896.
- KOCHER. Die Verletzungen der Wirbelsäule zugleich als Beitrag zur Physiologie der menschlichen Rückenmarks. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. I. Heft 4. 1896.
- RAYMOND. Sur les lésions de la queue de cheval. Clinique des maladies du système nerveux. Paris 1896.
- VALENTINI. Ueber die Erkrankungen des Conus terminalis und der Cauda equina. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 22. 1896.
- KÖSTER. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des conus medullaris und der cauda equina. Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilk. Bd. IX. 1897.
- GLANTENAY. Chirurgie des centres nerveux, Paris. 1897.

NOTATKI LEKARSKIE.

12. W kwestyi stosunku reumatyzmu stawowego i płasawicy.

Od czasu prac BOUTEILL'a, SEÉ, TROUSSEAU, ROGER, BOMBERG'a, HENOCH'a za przyczynę płasawicy uważają ostry reumatyzm stawowy: jedni, przyjmując za ogniwo w łańcuchu przyczynowym zapalenie wsierdzia z następczemi zatorami naczyń włosowatych mózgu, (*rheumat. artie. + endocarditis + embolia=chorea*), inni, np. HENOCH, uważają płasawicę za skutek pewnego nieznanego nam bliżej działania reumatyzmu [resp. właściwego zakażenia] na ośrodki koordynacyi.

W każdym razie przyczyna powinna poprzedzać skutek, tymczasem trafia się i wprost przeciwnie; taki właśnie przypadek miałem sposobność obserwować i jakkolwiek podobne były już opisywane, sędzę, że notowanie odnośnych obserwacyj ma pewną wartość w kwestyi, której za zupełnie rozstrzygniętą chyba uważać niemożna.

W początku stycznia r. b. byłem wezwany do dziecka kupca G.. Znalazłem: dziesięcioletnią dziewczynkę: kościec przedstawia ślady krzywicy na żebrach i mostku, odżywianie bardzo liche, błądźliwość skóry i błon śluzowych; odrazu zwracają uwagę skurcze mięśni mimicznych, ruchy kiwające i rotacyjne głowy, bezcelowe ruchy rękami; przy chodzeniu utyka; wyraźnych ruchów w kończynach dolnych nie widać. Ciężota bezgorączkowa [określana ręką]; przy badaniu wewnętrznem: umiarkowany katar oskrzeli; serce i organy jamy brzusznej zmian nie przedstawiają. Matka zauważyła nienormalne ruchy mniej więcej przed dwoma tygodniami; w czasie snu uspakajają się; dziewczynka poprzednio obłożnie nigdy nie chorowała, bólów ani opuchania stawów nigdy u niej nie zauważono.

6. II. Ruchy choreiczne znacznie słabsze, sen dobry.

22. II. Ruchów choreicznych niema, ciężota podniesiona, tętno do 130, bóle i obrzmienie stawów kolanowego i goleniostopowego z prawej strony; w sercu nic nieprawidłowego.

7. III. Podług słów matki, po ostatniej mej bytności, po proszkach (*antipyrinum + natr. salicylicum*) zrobiło się chorej zaraz lepiej i w kilka dni bóle i obrzmienie stawów ustąpiły; w danej chwili: stan gorączkowy, tętno 120, dość duże i miękkie; obrznięcia ani bólu w stawach niema; granice serca normalne, uderzenie wierzchołkowe widać wyraźnie; przy wysłuchiwanu wyraźny szmer systoliczny u wierzchołka serca z charakterem dmuchającym; dziecko skarży się na ból w lewym boku; w płucach lekki niezbyt oskrzeli.

9. III. Stan gorączkowy; tętno 96, miękkie, wielkie; silne bóle w prawym boku i mięśniach kończyn; w płucach nic się nie wykrywa; w sercu szmer systoliczny u wierzchołka.

12. III. Stan bezgorączkowy; bóle znacznie osłabły; w płucach i sercu jak wyżej; ruchy choreiczne nie wznawiają się. Dalsze losy chorej nie są mi znane.

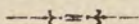
Pomimo pewnych braków w obserwacyi [rzadkie odwiedzenie chorej; nie mierzenie ciężoty przez otoczenie] objawy są tak charakterystyczne, że rozpoznanie postawić można, a o to tylko w danym razie chodzi: u dziecka 10-cio letniego, z śladami krzywicy, niedokrwistego i źle odżywianego wystąpiła płasawica (*chorea minor*) umiarkowanego natężenia, trwająca około dwóch miesięcy; w wywiadach niema żadnej choroby zakaźnej. Po ustąpieniu płasawicy zjawia się ostry reumatyzm stawowy, z następczem zajęciem wsierdzia, za czem po zupełnem ustąpieniu zajęcia stawów mamy silne bóle w mięśniach tu-

łowia i kończyn. Nie chcę przesądzać natury związku między temi cierpieniami, ale na mnie robią one wrażenie współrzędnych skutków jakiejś wspólnej przyczyny.

Z momentów przyczynowych zanotować mogę tylko wyraźną wilgoć w mieszkaniu.

K. Ciągłiński. [Siedlce].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



78. A. Fournier. Pierwotne owrzodzenia syfilityczne, umiejscowione na częściach po za narządami płciowymi.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

Przy jednoczesnem zaś przyjęciu się zarazka ospy i syfilisu już *a priori* wiemy, że ospa rozwine się widocznie po trzech dniach okresu wylegania, syfilis zaś po jakichś trzech tygodniach; dalej, cały przebieg sprawy po szczepieniu ospy trwa około trzech tygodni, ostatnie strupki wysypki odpadają na 20—25 dzień, syfilis zaś występuje mniej więcej 28—30 dnia po zaszczepieniu. Możemy więc mieć dwie kategorie przypadków:

a) przy nieco szybszem rozwoju ospy lub opóźnionym rozwoju syfilisu będzie kilkodniowa pauza bez żadnych objawów;

b) przy wprost przeciwnych warunkach przez kilka dni obie sprawy chorobowe będą istniały jednocześnie. Spostrzeżenia kliniczne w zupełności te przypuszczenia stwierdzają.

Z drugiej strony przy nakłuciach, czynionych przy szczepieniu, w jednej kategorii przypadków jedne z nich dadzą początek wykwitom ospy, drugie syfilisu, w drugiej zaś obie sprawy chorobowe pochodzą z jednego i tego samego nakłucia. W pierwszym przypadku każda sprawa chorobowa będzie miała swój osobny, sobie właściwy przebieg. W drugim, jak wiemy, pierwszej rozwiną się wykwity ospy, które też zupełnie normalnie, zwykłym tej sprawie porządkiem będą przebiegały aż do okresu wysychania krost. Wtedy mamy jedno z dwojga: albo strupki odpadają, z pozostawieniem zwykłej blizny, i kiedy wszystko zdaje się być skończonem, blizna staje się ogniskiem nowej sprawy, staje się czerwoną, przemienia się w guzik grudkowaty, później złuszczoney, wreszcie pokryty strupkiem, słowem, przeradza się w wrzód twardy; albo też strupki ospowe nie odpadają, nowa sprawa zapalna ogarnia je [choć w tym okresie ostre objawy już przeszły], naokoło strupka tworzy się czerwonawy obwód, sam zaś strupek wznosi się, staje się grubszy, występuje pewna odporność tkanek, leżących pod nim. Po zdjęciu strupka znajdziemy powierzchnię obnażoną lub owrzodzoną, która nie jest niczem innym, jak rozwijającym się wrzodem twardym, rosnącym pod strupkiem ospowym.

W dalszym swym przebiegu wrzód, [rozwijający się samoistnie, bez ospy], który występuje prawie zawsze jako guziczek grudkowaty, z początku bywa suchy, później jednak obnaża się z naskórka, staje się moknącym, pokrywa się strupkiem; wogóle, ma on zwykłe cechy wrzodu twardego skóry.

Odmiany. Zamiast obrażenia powierzchownego czasami bywają owrzodzenia mniej lub więcej głębokie, nawet ze skłonnością do wyzeru. Dalej, czasami blizna występuje niezwykle późno, po 3—4 miesiącach.

Rozpoznanie opieramy na zwykłych danych. Ze względu na rozpoznanie różniczkowe, należy zwrócić uwagę na ospę wrzodzącą. Co do etyologii, sprawę tę spotykamy częściej po użyciu do szczepień krowianki zamiast limfy ludzkiej. Dalej, spotykamy ją u dzieci, którym zawezesnie szczepiono

ospę, u dzieci słabowitych, w środowiskach szpitalnych. Co do postaci klinicznej, są to prawdziwe owrzodzenia, drażące skórę, a nawet przenikające i głębiej, o brzegach wzniesionych, obejmujących całą grubość skóry, przypominające z wyglądu wrzód miękki, o dnie nierównym, szarawem, czasami dyfteroidalnym. Podłoże ich bywa czasami twarde, lecz jest to twardość zapalna, różniąca się od stwardnienia swoistego. Otoczone są one szerokim silnie zapalnym czerwonym obwodem, tak szerokim, że może on czasami zajmować połowę ramienia. Wreszcie może im towarzyszyć zapalenie gruczołów pachowych, które stają się miękkie, bolesne, tracą swą ruchliwość.

Poznawszy to cierpienie, możemy przeprowadzić badanie różniczkowe.

Ospa wrzodziejąca.

Wrzód twardy, zaszczerpiiony razem z ospą.

I. Rozwój.

1) Występuje na 12—15 dzień po szczepieniu.

2) Obrażenie, rozwinięte zupełnie na 20 dzień po szczepieniu.

1) Występuje po trzecim tygodniu po szczepieniu.

2) Wrzód wtedy albo dopiero zaczyna występować, albo jest jeszcze bardzo mały.

II. Cechy kliniczne.

1) Porażone są zwykle wszystkie krosty ospowe,

2) Wygląd ogólny obrażenia wrzodziejącego i silnie zapalnego.

W szczegółach.

3) Obrażenie owrzadzające, drażące skórę zbyt głęboko, żeby mogło przypominać wrzód twardy.

4) Ropienie obfite, zbyt obfite, żeby zaschnąć w strupek.

5) Brzegi podminowane, przypominające wrzód miękki, jak również i dno nierówne i t. d..

6) Stwardnienie zapalne, obrzękowe.

7) Obwód silnie zaznaczony, zapalny, czerwony, czasami bardzo rozprzestrzeniony.

8) Ze strony gruczołów albo żadnych objawów, albo zajęcie gruczołów zapalne.

9) Częstość powikłań: róża, flegmona, objawy gorączkowe i t. d.

1) Rozwija się na kilka [ewentualnie na jednej] krostach ospowych.

2) Wygląd ogólny obrażenia strupkowego, zwykle niezapalnego.

W szczegółach.

3) Obrażenie więcej powierzchowne [za rzadkimi wyjątkami].

4) Prawie zawsze strupek.

5) Brzegi mało wzniesione, łagodnie spadające, dno równe.

6) Stwardnienie swoiste.

7) Obwód względnie bardzo mały, mało zapalny, bardzo często niedostrzegalny.

8) Obrzmienie gruczołów stałe, charakteru swoistego.

9) Powikłania bardzo rzadkie.

Rokowanie. Syfilis wskutek szczepień cieszy się smutną sławą wskutek znacznej śmiertelności i ciężkich następstw, jakie powoduje. Składają się na to następujące przyczyny: młodociany wiek dotkniętych tą chorobą; często syfilis w takich przypadkach dość długo zostaje nierozpoznany, a tem samem nieleczony; wielką też rolę grają ujemne warunki zdrowotne. Widzimy więc, że cięższy przebieg swój syfilis ma do zawdzięczenia nie swemu pochodzeniu, ile raczej ubocznym warunkom, wśród których się rozwija; dowodem tego jest liczny szereg przypadków tego rodzaju syfilisu, leczonego racjonal-

nie i w przebiegu swym niczem się nie różniącego od syfilisu, nabytego każdą inną drogą.

Pierwotne owrzodzenia syfilityczne ręki.

Są one względnie rzadkie: 1:200 innych. Na 10,000 przypadków, notowanych przez autora, przypada 49 wrzodów ręki, z których 42 było u mężczyzn, 7 u kobiet. Zdarzają się prawie wyłącznie u dorosłych.

Najwięcej materiału pod tym względem dostarcza zawód lekarski: 30 przypadków na 49 spostrzeganych. Ze względu na to, że ten punkt specjalnie nas obchodzi, przytoczę statystykę szczegółową:

20 przypadków u lekarzy i chirurgów.

4 przypadki u akuszerów

2 przypadki u studentów, pracujących w oddziałach wenerycznych.

1 przypadek u studenta, pracującego w szpitalu ogólnym.

3 przypadki u akuszerok.

Dalej idą przypadki zarażenia się „wenerycznego” sensu proprio, i wreszcie wskutek ukąszenia.

Pośrednio zaraża się służba szpitalna przy praniu bielizny i t. p.

Umiejscowienie. Ręka prawa dotknięta jest oczywiście nierównie częściej, niż lewa. Szczegółowo:

Wrzody palców	73 przypadki
„ śródreżca [str. grzbietowa]	12 przypadków
„ „ [str. dłoni]	1 przypadek
„ napięstka	1 przypadek

87

Najczęściej dotknięty bywa palec wskazujący, dalej średni i mały. Najczęściej wrzód sadowi się około paznokcia.

Formy kliniczne. Biorąc na ogół, wrzody ręki nie różnią się niczem od wrzodów innych miejsc ciała, w szczegółach musimy jednak zaznaczyć pewne ich właściwości.

Konfiguracja zwykle bywa okrągła, lecz około paznokcia, gdzie wrzody najchętniej się sadowią, bywa ona formy półksiężyca, na boku paznokcia wrzody te mają postać grochu szablatego; umiejscowione pod paznokciem wreszcie, nie mają żadnej określonej postaci.

W zwykłych wrzodach mamy stwardnienie odosobnione, wyodrębnione z pośród reszty tkanek. Na dłoni spotykamy to stwardnienie, czem bliżej jednak paznokcia położony jest wrzód, tem częściej spotykamy stwardnienie masowe, ogólne, zajmujące całą daną okolicę, ponieważ dno stwardnienia zlewa się z tkankami je otaczającymi.

Im bliżej paznokcia położony jest wrzód, tem częściej bywają przy nim bóle, szczególnie zaś wrzody podpaznogiowe odznaczają się wielką bolesnością.

Postaci nienormalne:

1) Wrzód przerostowy, niemający właściwego sobie umiejscowienia, dość częsty, ma postać guza, służącego za podłoże owrzodzeniu swoistemu. Przedmiotowo przedstawia się on tak: guzowatość ograniczona, wystająca od 3—6 milim. ponad tkanki sąsiednie, zwykle okrągła, wynurzająca się ze skóry prawie pod kątem prostym i stająca się płaską; czasami ma ona postać brodawki wypukłej; zawsze jednak przedstawia ona pewną odporność przy dotyku, twardość prawie chrząstkowatą; guzowatość ma na swej górnej powierzchni nadżarcie lub wyżarcie, o rozmaitych cechach wrzodu twardego.

2) Wrzód podobny do zastrzału, pod każdym względem to cierpienie przypominający, [co nam opisu oszczędzi] i to do tego stopnia, że często

wrzód jest zupełnie zamaskowany i brany jest za owrzodzony otwór zastrzału. Owrzodzenie to nie posiada zwykłych charakterystycznych cech wrzodu twardego, jest ono nieregularne, o brzegach ponadkrawanych, wzniesionych, o dnie szarawem lub czerwonawem, dyfteroidalnem czasami, pokrytem ropą, zapalnym, usianem ogniskami zgorzelinowemi.

3) Wrzód grzybowaty, właściwy okolicom paznokci, nader rzadki. Na powierzchni wrzodu występują tu małe brodaweczki, które szybko rosną i zlewają się w rodzaj grzyba, zajmującego całą powierzchnię wrzodu, co daje powód do łatwych błędów rozpoznawczych.

Rozwój sprawy w formach łagodnych nie przedstawia nic szczególnego. Postaci przerostowe natomiast, po zbliżeniu, pozostawiają duże twarde guzy, znikające dopiero po miesiącach. Wrzody podobne do zastrzału mają rozwój nader powolny. Należy jeszcze dodać, że rozwój sprawy w niektórych przypadkach bywa wstrzymany przez częściową martwicę III członka palców. Postaci łagodne trwają kilka tygodni; przy powikłaniach przebieg sprawy jest dłuższy. Tak np. wrzód podpaznokciowy trwa od 3—4 miesięcy. Wrzód podobny do zastrzału lub wrzód grzybowaty trwają około 6 miesięcy.

Blizna w postaciach łagodnych występuje jako nieznaczna, biaława plamka; w cięższych—jest oczywiście większa, nieregularna; w niektórych przypadkach dochodzi do częściowego zniszczenia miękkich części i samych członków palców.

Powikłania. Sprawa wyżerowa występuje nader rzadko; bywają powikłanie charakteru zapalnego, zapalenia naczyń chłonnych, gruczołów, a nawet i żył (*phlebitis*), a w pojedynczych przypadkach nawet *pyaemia*.

Obrzmienie gruczołów o zwykłych cechach czasami bywa powikłane przez zapalenie dróg chłonnych, zwykle występujące w postaci sznurka twardego, niebolesnego, najczęściej na wewnętrznej stronie mięśnia dwugłowego; nie dochodzi ono nidy pod samą pachę, lecz o kilka centymetrów niżej ginie. O wiele rzadziej to zapalenie naczyń chłonnych ma postać szerokiej wstęgi (*limphagite en large ruban*). Widzimy wtedy nacieczenie, szerokości 2—3 palców, na 1 ctm. grube, twarde, bezbolesne.

Zapobieganie. Należy powstrzymywać się od wszelkiego rodzaju zabiegów, badań i t. p. przy najmniejszych obrażeniach skóry [zadry, zadrapania i t. p.]. O ile zaś jesteśmy do tego zmniejszeni, ochraniajmy miejsce zagrożone zapomocą *collodium elasticum*, palca kauczukowego lub od rękawiczki.

Przy wrzodach, podobnych do zastrzału, zalecamy spokój bezwzględny kończyny [ręka na temblaku], miejscowo zaś stosujemy środki przeciwzapalne, częste miejscowe kąpiele ciepłe, opatrunki 2 razy dziennie z maści jodoformowej [unikając należy obmywać karbolowych i sublimatowych, jako drażniących]. W razie potrzeby uciekamy się do wyjęcia paznokcia.

Przy wrzodach grzybowatych stosujemy przyżegania azotanem srebra lub termokauterem.

Pierwotne owrzodzenia syfityczne okolic stolcowych, okołostolcowych i кишки prostej.

W statystyce autora na 10000 przypadków jest 192 owrzodzeń tych okolic, ale cyfry te, według samego autora, nie pretendują zupełnie do ścisłości: przypadają one 1:119 przypadków inaczej umiejscowionych owrzodzeń u mężczyzn i 1:21 u kobiet; bywają i u dzieci, jako skutki pederastyi. Ważną też rolę gra środowisko: częściej zdarzają się one w klasach niższych; szczególnie częste są one u prostytuttek i u mężczyzn, jeszcze niżej stojących, żyjących z nierządu i pederastów; niemniej częste są one w niektórych krajach, gdzie panują jeszcze starożytne obyczaje, jak np. w Turcyi. Tak np. DURING na 42

owrządzenia, poza narządami płciowymi umiejscowione, miał 31 [t. j. 74%] owrządzeń tych okolic; z tej liczby 26 chorych było w wieku dziecięcym, a z 5 dorosłych 4 było mężczyzn.

Co do częstości, pierwsze miejsce zajmują owrządzenia stolca, dalej idą okołostolcowe, najrzadsze wreszcie są owrządzenia kiszki prostej.

Etyologia. Zараżenie wprost ma miejsce po większej części przez prącie u pederastów, lub jako skutek specjalnego gwałtu, dokonywanego najczęściej na dzieciach. Dalej źródłem zarazy mogą być usta, co się zdarza częściej, niżby się zdawać mogło, i u osób, które najtrudniej o to posądzaćby można. Dalej, zarażenie miewa miejsce za pośrednictwem palców; u kobiet też i przez wydzielinę, spływającą z zewnętrznych narządów płciowych.

Wreszcie pośrednio źródłem choroby służą gąbki, narzędzia i t. p. Tu należy też raz jeszcze zwrócić uwagę na możliwość zarażenia przez palczkę azotanu srebra.

Wnioski sądowo-lekarskie. Ani jedno z umiejscowień omawianych przez nas owrządzeń nie stanowi samo przez się niezbitego dowodu zbliżenia się sodomicznego, gdyż nawet owrządzenie stolca może być innego pochodzenia.

Najwięcej podejrzania na stosunek płciowy nienormalny [lecz jeszcze nie bezwzględna pewność] daje nam owrządzenie kiszki prostej.

U mężczyzny owrządzenie stolca nadaje pewne prawdopodobieństwo takiemu przypuszczeniu.

U kobiety traci ono prawie zupełnie znaczenie czegoś podejrzanego, mogąc pochodzić od przypadkowego lub niezręcznego dotknięcia prącia lub wskutek ściekania zarażonej jadłem wydzieliny.

Obraz kliniczny.

I. Wrzód okołostolcowy ma zwykle cechy wrzodów skóry, bywa zwykle pojedynczy. Prócz postaci zwykłych, występuje on jeszcze w fałdach (*chancre plissé*) o wyglądzie następującym: z jednej strony po powierzchni jego przebiegają 1—3 fałdy skóry, znacznie przerosłe bądź przez nowotworową sprawę syfilityczną, bądź też wskutek pod niemi leżącego wysięku zapalnego i zdążające w kierunku otworu stolcowego; z drugiej strony owrządzenie swoje, przekijając pomiędzy te fałdy, tworzy bruzdy, widoczne zwłaszcza przy rozciąganiu fałd. Jestto postać, właściwa jedynie tej okolicy.

II. Wrzód kiszki prostej jest tak rzadki, że trudno jest dotychczas dać jego symptomatologię. Przebiega on zwykle ukrycie; powodem do szukania go mogą być bóle [rzecz wogóle przy wrzodach nader rzadka] lub też, co bywa rzadziej, wydzielanie wraz z kałem materii klejowatych, śluzowatych, pokrytych pasemkami krwi.

Mając pewne podejrzenie, przystępujemy do badania dwójakiego: albo palcem przez kiszkę prostą możemy wyczuć pewną nieregularność na błonie śluzowej lub też [co ważniejsze] małe ognisko ograniczonej odporności, przez to wyróżniające się od tkanek sąsiednich; jestto stwardnienie syfilityczne; albo też przez obejrzenie przy pomocy odpowiedniego wziernika lub rozszerzacza [najlepiej przyrządem Sims'a] przy odpowiednim oświetleniu ujrzymy owrządzenie o zwykłych typowych cechach. Zwykle obrzmiewają albo gruczoły pachwinowe, albo grupa gruczołów, położonych w zagłębieniu kości krzyżowej. Niektórzy autorowie podobno mogli wyczuć gruczoły po bokach i z tyłu kiszki stolcowej.

III. Wrzód stolcowy, stosownie do umiejscowienia, występuje jako:

1) Skórny, o zwykłych w takim razie cechach, lecz z dodatkiem cech wrzodu okołostolcowego (*chancre plissé*).

2) Śluzowy, zajmujący błonę śluzową otworu stolcowego. Po rozszerzeniu otworu bądź palcami, bądź narzędziami, widzimy zwykle owrzodzenie. Gdy jednak przestaniemy otwór rozciągać, owrzodzenie zmienia w zupełności swój wygląd, marszczy się i fałduje nakształt otworu woreczka przy ściąganiu sznurków, lub też przy rozciąganiu otworu stolcowego dwa kuliste docinki owrzodzenia rozchodzą się nakształt dwóch kartek roztwieranej książki, przy przeciwnych warunkach odcinki te zbliżają się ku sobie, jak kartki książki zamykanej (t. zw. *chancre en feuilletés de livre*).

Wrzód ten bywa bolesny przy dotyku, oddawaniu stolca i t. d.. Stwardnienie bywa wyraźne i ważne jako cecha rozpoznawcza, jeżeli dolny odcinek wrzodu wystaje nakształt grzebienia, tak że można go wymacać lub ująć między dwa palce. Tu jednak należy zauważyć, że najwyklesze obrażenia otworu stolcowego pod wpływem zapalenia mogą mieć stwardniałe podłoże. Dalej, jeżeli palec wyczuwa na obwodzie otworu ograniczone stwardnienie i przytem pozostające stale na tem samym miejscu, mamy również ważną daną rozpoznawczą; lecz tylko stwardnienie tego rodzaju jest miarodajne, gdyż w innych warunkach skurez spazmatyczny zwieracza może naśladować do złudzenia stwardnienie. W wielu jednak przypadkach wskutek trudności przy badaniu, tej cechy rozpoznawczej wyrzec się musimy.

Odmiany. Czasami część błony śluzowej, silnie nacieczonej przez nowotwór swoisty, występuje poza otwór stolcowy nakształt grzebienia, najczęściej sfaldowanego, jak „kartki książki“. Dalej, wrzód hemoroidalny, albo wprost umiejscowiony jest na szyszce i łatwy wtedy do rozpoznania, albo kryje się pomiędzy fałdami szyszek. Jeżeli jestto wrzód mały, ma on wtedy charakter wrzodu nakształt szczeliny (*chancre „en fissure“*, patrz wyżej). O ile jest większy, jest on bezkształtny, wskutek podrażnienia i zapalenia, jakiemu ulega. Wreszcie tu też należy wrzód w postaci rozpadliny, odznaczający się częstokroć znaczną bolesnością; jestto postać względnie rzadka.

Rozpoznanie. Często trudno jest odróżnić lepiejze od wrzodu, szczególnie, jeśli przez nieczystość, podrażnienie, zapalenie i t. p. mają one podłoże stwardniałe. Rozwój stopniowy przypadków pozwoli nam uniknąć błędów. Mniej pewne cechy stanowią: lepiejze, które zwykle bywają liczne, twardości więcej ciastowatej i rozlanej, koloru różowego lub szarawego, nietak ograniczone i t. d..

Wrzód miękki bywa podobny w tych okolicach do twardego, często mając postać „kartek książki“ i mając zapalne stwardnienie podłoże [wskutek podrażnień i t. p.]. Lecz wrzodów miękkich bywa zwykle kilka, szczególnie, jeżeli nie będziemy ich utrzymywać w czystości. Z drugiej strony widzimy, że niektóre z nich mają rozmiary, nieodpowiednie do czasu trwania choroby, tak, że spotykamy wrzody dawniejsze i niedawnego pochodzenia jednocześnie. Wreszcie sam wygląd ich, badanie bakteryologiczne [laseczniki *DUCREY*] a lepiej jeszcze szczepienie sprawę rozwiążą w zupełności.

Dla odróżnienia wrzodu pierwotnego od owrzodzenia hemoroidalnego mamy następujące dane: chory w muięj lub więcej oddalanej przeszłości miał objawy hemoroidalne; dalej, przed wystąpieniem owrzodzenia rbędącego wynikiem zapalenia i zgorzeli] musiał on mieć silne napady bólów i t. d.. Prócz tego mamy obecność innych szyszek i brak zajęcia gruczołów.

Rozpadlina stolcowa różni się tem, że wrzód pierwotny sam przez się jest obrażeniem poważniejszym; towarzyszy mu zajęcie gruczołów, głównie zaś różni się brakiem bólów [ewentualnie nieznaczną bolesnością].

Owrzodzenia gruczołowe mają brzegi jasno wyrażone, zajmujące całą grubość skóry lub jej część, często ścięte, dno zagłębione, żółtawe, nierówne, niejednostajne; podłoże, nieposiadające stwardnienia [ewentualnie ta-

kiego, jak wrzód syfilityczny]; brak dymienicy towarzyszącej [ewentualnie dającej się porównać ze swoistą] i wreszcie powolny rozwój pozwoli nam rozróżnić te dwie sprawy.

Prócz tego możemy spotkać naokoło owrzodzeń żółte punkciki [gruzelki prosówkowe]. Wreszcie, zwracamy uwagę na stan płuc i t. d.

Rokowanie. Wrzody okołostolcowe przebiegają zawsze łagodnie.

Wrzody stolca nieleczone mogą wskutek podrażnień i rozciągania przy oddawaniu stolca, ulegać powikłaniom następczym, co również sprzyja usadawianiu się tu wykwitów okresu wtórnego. Wreszcie, wrzody кишки prostej — przebiegają łagodnie, o ile sądzić można z sześciu przypadków, przez autora sprostreganych.

Leczenie. Wrzody okołostolcowe leczymy sposobem zwykłym. Przy wrzodach stolcowych stosujemy maść kalomelową lub jodoformową. O ile są one zewnętrzne, stosujemy te maści na kawałku waty; przy postaci „kartek książki“, musimy rozdzielić te „kartki“ za pomocą kawałka waty i umocować te kawałki bandażem w formie T. Przy wrzodach wewnętrznych stosujemy tamponiki grubości pióra do pisania, z daną maścią. Niemniej ważną rolę grają drobne zabiegi: tak zwracać należy uwagę na stolce, żeby unikać zaparcia, przed stolcem dać obfite przemywanie z jakiegoś oleju, dla rozpuszczenia mas kałowych, otwór zaś stolcowy wysmarować tłuszczem; po wypróżnieniu stosujemy długotrwałe obmywania i opatrunek. Do tego dodamy ogólne i miejscowe kąpiele. To samo stosujemy przy wrzodach кишки prostej.

W N I O S K I.

Pomiędzy lekarzami rozpowszechnione jest zdanie, że przebieg syfilisu tego pochodzenia jest cięższy, niż syfilisu, nabytego drogą stosunku płciowego. Zdanie to mogło powstać z jednej strony wskutek tego, że pojedyncze ciężkie przypadki takiego syfilisu uogólniano, z drugiej zaś — drogą porównania z innymi chorobami, gdzie umiejscowienie wrót, przez które choroba weszła, gra pewną rolę, jak to ma miejsce np. przy wścieklicznie.

Żeby rozwiązać to pytanie, autor użył następującej metody: rozpatrywał pewną ilość przypadków syfilisu trzeciorzędnego, t. j. syfilisu ciężkiego, i obliczył, ile z nich jest pochodzenia pozapłciowego. Okazało się, że na 1200 przypadków 1125 było pochodzenia płciowego, 75 — pozapłciowego, co stanowi 6—7%. Te 6—7% są zu zupełnie identyczne z cyframi, wskazującymi nam względną częstość wrzodów pozapłciowych, skąd wynika, że umiejscowienie pierwotnego wrzodu zupełnie nie wpływa na dalszy przebieg choroby.

Rozważmy to samo pytanie z innego punktu widzenia: syfilis złośliwy występuje w dwóch postaciach: jako t. zw. syfilis złośliwy wczesny i jako syfilis o wczesnym okresie trzeciorzędnym, t. j. występującym w przeciągu pierwszego 1—1½ roku. Otóż na 242 przypadki tego rodzaju 19 z nich było pochodzenia pozapłciowego, co znowu stanowi 7,8%, czyli znowu mamy potwierdzenie reguły, że umiejscowienie wrzodu pierwotnego nie wpływa na dalszy przebieg choroby.

Najcięższym objawem syfilisu jest syfilis mózga. Otóż na 6/6 przypadków tego rodzaju było 31 pochodzenia pozapłciowego, co stanowi 5%.

Oświetlając kwestyę z innej znowu strony, zauważymy, że mamy tu i formy łagodne, nie dochodzące do okresu trzeciorzędnego, co autor stwierdza licznymi przykładami.

Widzimy więc, że rokowanie przy syfilisie tego pochodzenia w niczem się nie różni od rokowania przy syfilisie pochodzenia płciowego.

A jednak ma on pewne właściwości. Przypomnijmy sobie np. objawy choroby zakaźnej, towarzyszące niekiedy wrzodowi migdałka. Jedynie tylko

przypuściwszy tu zakażenie wtórne, [co zresztą jest już niejako potwierdzone odnośniami pracami] możemy sobie to zjawisko wytłómaczyć.

Autor kończy swą pracę zastrzeżeniem, że wyników jej nie uważa za zupełnie niezbite, gdyż dotyka on kwestyi zupełnie nowej.

(*Alfred Fournier, Les chancres extra-génitaux. Paris, 1897 in 8-o str. 558*)

Wacław Sterling.

83. M Richter. Wykrywanie mikrochemiczne nasienia.

Niedawno temu FLORENCE podał nową metodę wykrywania nasienia, która miała być, według niego, niezmiernie czuła i wyłącznie dla nasienia charakterystyczna. Próbował on działania rozmaitych odczynników na alkaloidy. Z roztworem jodku potasu nie otrzymał odczynu; lecz gdy dodał do roztworu tyle jodu, że skład odczynnika odpowiadał trójjodkowi potasu KJ_3 [w tym celu trzeba wziąć 1,65 gr. jodu i 2,54 gr. jodku potasu na 30 gr. wody] i jedną kroplę tego roztworu dodał do jednej kropli wodnego wyciągu plamy nasiennej, otrzymał kryształki mikroskopowe barwy brunatnej, bardzo podobne do kryształów heminy, w postaci tabliczek rombówych i pokrewnych form. Powstają te kryształki bardzo szybko, rozpuszczają się łatwo w wodzie, zwłaszcza ciepłej, również w eterze, alkoholu, kwasach, alkaliach i w roztworze jodku potasu. Żadna inna wydzielina [śluz z pochwy i z nosa, mocz, pot, płwocina, ciecz lżowa, mleko] nie dawały podobnej reakcyi; również nie otrzymano jej z substancją mózgową, alkaloidami, ciastem z mąki, ani z innymi środkami pokarmowymi. I z wydzielinami różnych zwierząt napróżno starano się odczyn ten otrzymać; spermina POEHL'a również go nie dała. FLORENCE przypuszcza, że ten odczyn nasienie zawdzięcza zawartości nieznanego dotychczas związku, t. zw. wirisperminy. Wobec ważności praktycznej tych rezultatów, podjął badanie w tym samym kierunku RICHTER w instytucie medycyny sądowej w Wiedniu. Poszukiwał on pilnie reakcyi FLORENCE'a w cieczy, wyciśniętej z jąder, przyjądrzy, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych. Badania te dawały dość zmienne wyniki; otrzymywano często rezultaty dodatnie i ujemne przy poszukiwaniach w jednej i tej samej cieczy. Stwierdził wszakże autor na samym wstępie, że odczyn ten nie jest przywiązany do obecności nitek nasiennych, gdyż otrzymywał opisane wyżej kryształki i w takich wypadkach, gdy badane organy pochodziły od dzieci. Przemawia za tem i ta okoliczność, że często dodatni rezultat otrzymywano z czystym sokiem gruczołu krokowego.

Starając się odnaleźć właściwą substancję, wywołującą omawianą reakcyę, wykluczył RICHTER przedewszystkiem ciała białkowe i tłuszcze, jako związki, nie będące wyłącznie charakterystycznymi dla nasienia. Pozostały przeto do zbadania: leucyna, tyrozyna, kreatyna, ciała ksantynowe, cholesteryna, inozyt i lecytyna, które, według wiadomości naszych obecnych, wchodzą w skład nasienia.

Ze wszystkich tych związków lecytyna dała rezultat dodatni. Lecytyna, jak wiadomo, jest związkiem eterowym, złożonym z zasady, cholicy i kwasu glicerynofosforowego, zawierającego dwa rodniki kwasów tłuszczowych. Pod wpływem rozmaitych odczynników rozszczepia się lecytyna na cholinę, kwasy tłuszczowe i kwas glicerynofosfory.

Autor przypuszcza, że ów odczyn charakterystyczny właściwie przypisać należy jednemu z produktów rozkładu lecytyny i istotnie przekonał się, że cholina daje z odczynnikiem FLORENCE'a owe typowe kryształki. Natomiast odczyn nie występował pod wpływem kwasu glicerynofosforowego ani dalszych produktów rozkładu. Wobec tego przypuszczenie o istnieniu wirisperminy okazuje się zbyt czynnem. W tych przypadkach, w których przy badaniu nasie-

nia otrzymuje się wynik dodatni z odczynnikiem FLORENCE'a, niewątpliwie zachodzi rozkład lecytyny [wskutek wysychania lub gnicia plamy nasiennej] z odszczepieniem choliny. RICHTER, sprawdzając doświadczenia FLORENCE'a, dochodzi do wniosku, że jednakże reakcja powyższa nie jest właściwą wyłączną nasieniu; otrzymywał on ją także ze śluzem, pochodzącym od dziewczynki dziesięciodniowej. Oczywiście, otrzymuje się ten odczyn zawsze, ilekroć ma się do czynienia z rozkładającą się materią organiczną, która zawiera lecytynę. Rozkład taki nasienia zachodzi niezmiernie łatwo. Jakkolwiek więc reakcja ta traci cechę wyłączności w odniesieniu do nasienia, może jednak być bardzo pożyteczną. Z nasieniem wypada ona zawsze bez wyjątku, i to w sposób bardzo charakterystyczny, a daje się wykonać szybko. Ujemny zatem rezultat wyklucza stanowczo obecność nasienia, co oszczędza pracy dalszej, jak wiadomo, bardzo nieraz zmuśnej w przypadkach sądowo-lekarskich. RICHTER na przykładach dowodzi użytku tej reakcji.

(*Wiener klinische Wochenschr.* 1897. Nr. 27).

Flaum.

84. K. Miura. O Kubisagari.

Autor daje szczegółowy opis cierpienia o typie napadowym, dość rozpowszechnionego w Japonii północnej, a nieobcego też, o ile się zdaje, i Europie. MIURA wysłany został przez władzę uniwersytecką w Tokio celem dokładnego zbadania tej zagadkowej choroby endemicznej, zaliczanej przez NAKANO i ONODESĘ, jedynych lekarzy, którzy o cierpieniu tem pisali, do odrębnych postaci zimnicy ukrytej, do t. zw. *malaria larvata*, a zwanej pospolicie od dominującego objawu „Kubisagari“ [głowa opuszczona]. Badań swoich zmuszony był autor dokonywać w warunkach bardzo niepomysłnych [w upalne dni, na otwartem polu, w ciemnych i brudnych chatach włościańskich i oborach], wobec otoczenia dość nieprzychylnego. Chodziło bowiem o dokładne spostrzeganie chorych podczas samych napadów „Kubisagari“, zjawiających się przeważnie w cieplejszej porze roku, wśród ludności wiejskiej, przy zajęciach polnych, a znikających lub rzadziej występujących podczas spoczynku i przy chłodniejszej pogodzie.

Ogółem zebrał MIURA dane anamnestyczne od 50 chorych, osobiście zaś spostrzegał napady u 12-tu chorobą wspomnianą dotkniętych osobników. Za najbardziej znamienne objawy kliniczne uważa następujące:

a) Zaburzenia ze strony narządu wzrokowego [opadanie powieki górnej, zamglenie oczu, widzenie podwójne, przekrwienie tarczy wzrokowej i tkanki okołotarczowej].

b) Niedowład mięśni karku.

c) Zaburzenia ruchowe w mięśniach tułowia oraz kończyn.

d) Niedowład mięśni języka, warg, gardzieli.

e) Apatya ogólna, wzmożenie odruchów ścięgniastych, bieganie gałek ocznych, osłabienie mięśni zewnętrznych gałek ocznych, obfita wydzielina nieżyłowa z oczu, nosa i jamy ustnej.

Najczęściej spotyka się objawy *sub a)* i *b)* wzmiankowane, jak tego poucza następująca tabela, 63 przypadki obejmująca: zamglenie oczu 40, opadnięcie powiek 38, niedowład karku 34, podwójne widzenie 29, pareza kończyn górnych 26, pareza kończyn dolnych 24, pareza tułowia 18.

W okresie wolnym od napadów brak wszelkich objawów patologicznych. Jedynie u osobników, bardzo skłonnych do napadów, w okresie międzynaпадowym stwierdzić można lekką ptozę, parezę mięśni karku, oraz wzmożenie odruchów.

Co się tyczy pojedynczych objawów, to zamglenie oczu MIURA uważa za objaw zmęczenia siatkówki, wszelkie zaburzenia mięśniowe za objaw przemi-

jającego niedowładu lub łatwo następującego zmęczenia narządu mięśniowego, za czem przemawiałyby również notowany kilkakrotnie odczyn zmęczenia przy drażnieniu faradycznym mięśni (t. zw. *myasthenische Reaction*).

Omawiając bliżej umiejscowienie geograficzne choroby [o ile z dołączonej karty widać, przejawia się ona endemicznie w pasie północno-wschodnim Japonii, gdzie bardziej rozwinięte są chów bydła i rolnictwo], zwraca autor uwagę na podobieństwo „*Kubisagari*” do t. zw. niedowładu myastenicznego, czyli „porażenia opuszkowego bez zmian anatomicznych” i do „porażenia napadowych”. Od pierwszego jednak różni się zbyt ostrym początkiem, mniej przewlekłym przebiegiem i pomyślniejszym rokowaniem; od drugich—brakiem porażenia zupełnych, zajęciem nerwów czaszkowych, zanikaniem niedowładu w spokoju, zachowaniem pobudliwości elektrycznej oraz wzmocnieniem odruchów ścięgniowych. Zupełnie analogicznem natomiast zdaje się być w mowie będące cierpienie z chorobą, którą GERLIER z Ferney po raz pierwszy przed 10 laty opisał, jako „*vertige paralyzant*”, czyli „*vertige ptosique*”, chorobą endemiczną w pewnych okolicach Szwajcaryi [w Collex, Kanton Genewski] i pospolicie znaną wśród ludu pod nazwą „*tourniquet*”. Z przytoczonych przez MIURĘ historyi chorób przypadków GERLIER’a i późniejszych autorów [DAVID, BOSSY, HALTENHOFF, REVILLIOD, EPERON] łatwo się w rzeczywistości przekonać o zupełnej identyczności obu postaci nozologicznych.

Wobec brak oględzin pośmiertnych patogenezą choroby jest wielce ciemna. Przytaczając poglądy autorów na blisko spokrewnioną chorobę GERLIER’a [zaburzenia innerwacyjne mleczka, rdzenia przedłużonego, mostu i ciała czworaczych, przekrwienie opon, zimnica, wpływy psychiczne], M. własnego zdania nie wypowiada, słusznie uważając wszelkie sądy w tej materii za przedwczesne.

Nieco pewniejsze są dane, dotyczące etyologii, analogicznej przy „*vertige paralyzant*” i „*kubisagari*”. Cierpienie, grasując zarówno w Szwajcaryi, jak w Japonii, jedynie letnią porą, dotyka głównie ludności wiejskiej, zajętej przez dzień cały ciężką pracą fizyczną w polu. Niemniej cierpią drobni, biedniejsi właściciele okolic, w których chów koni i bydła rogatego kwitnie, i domów, w których mieszkania graniczą lub komunikują się ze stajnią lub oborą. Choroba więc, będąc endemiczną, jest prawdopodobnie natury infekcyjnej, acz nie zakaźnej. Czynnikiem, najczęściej wywołującym napad lub też sprzyjającym wybuchowi jego, jest zmęczenie fizyczne, przepracowanie, rzadziej głód lub błędy dyetetyczne [przejedzenie się ciężko strawnym chlebem ryżowym: MOCHI i KOWAMESHI]. Typowe umiejscowienie porażenia tłumaczy się poprzedzającym zmęczeniem przy zajęciach polnych stale tych samych grup mięśniowych [powieki górne, kark, kończyny].

Zaraźliwą choroba nie jest, płeć i wiek wybitnej roli nie odgrywają. Podczas cięży napady zazwyczaj znikają, by po połogu wracać.

Leczenie: wypoczynek, sen, faradyzacja ogólna. Podczas napadu ma dobrze działać spożywanie surowych jaj, filiżanki ryżu, małej dawki kokainy; w okresie międzynapadnym arsenik i jodek potasu.

5 bardzo udatnych fotografii chorych podczas i bezpośrednio po napadzie znakomicie ilustruje ciekawą pracę lekarza japońskiego.

(Odbitka z „*Mittheilungen der medicin. Facultät der kaiserl. japanisch. Universität zu Tokio*”. 1896. T. 3. N. 3. pp. 259—318).
Higier.