

GAZETA LEKARSKA.

I. DALSZY PRZYZCZYNEK DO BADAŃ ANATOMO-PATOLOGICZNYCH NAD ZMIANAMI W OCZACH PRZY CUKRZYCY.

Podał

W. Kamocki.

W Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za r. 1887 streściłem wyniki moich badań drobnowidzowych nad oczami chorych na cukrzycę, dokonanych w pracowni prof. BECKER'a w Heidelbergu. Materyjałem moim były wówczas cztery gałki oczne, pochodzące od czterech różnych osobników. W dwóch oczach istniały zupełnie rozwinięte zaćmy, w jednym, za życia zupełnie prawidłowem, pod drobnowidzem zaledwie dostrzegać się dawały ślady bujania wewnątrztorbkowych komórek; ostatnie nakoniec zarówno za życia, jakoteż przy badaniu pośmiertnem nie okazywało żadnych zboczeń.

Najważniejszym wynikiem przytoczonej pracy, który tu sobie przypomnieć pozwolę, było stwierdzenie w trzech pierwszych przypadkach niezmiernie charakterystycznej zmiany w siatkówkowej warstwie tęczówki, polegającej na znacznem jej zgrubieniu wraz z rozrzedzeniem barwnika w składających ją nabłonkowych komórkach. Te ostatnie z niskich i zupełnie jednostajnie czarnych komórek znalazłem zmienione w pęcherzyki, dochodzące stosunkowo do znacznych wymiarów, z wodnistą bezbarwną zawartością i jądrem, wyraźnie występującem wśród nielicznych rozproszonych ziarenek barwnikowych.

Podobną zmianę, aczkolwiek w niższym nierównie stopniu, spostrzegł już dawniej BECKER w jednym przypadku cukrzycowej zaćmy i uczynił o tem pobieżną wzmiankę w cennej swej monografii: „*Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse*“. Zresztą przy żadnej innej postaci zaćmy, ani też wogóle przy żadnem innem cierpieniu oka nic podobnego nie spostrzegano. W rzeczonym obrazie anatomicznym znajdowały tylko wyjaśnienie niektóre kliniczne dane, przytoczone przez SNELLEN'a i HIRSCHBERG'a, a mianowicie spostrzeżenie, że przy wycinaniu tęczówki podczas operacji zaćmy cukrzycowej ciecz wodna niekiedy mętnieje, jak gdyby po dodaniu tuszu, a nawet barwnik tęczówki oddziela się większymi płatkami.

Lubo spostrzeżenia moje znalazły zupełne potwierdzenie w późniejszych pracach DEUTSCHMANN'a i SATTLER'a, niemniej jednak szczupła liczba badań pośmiertnych, dokonanych na oczach, dotkniętych cierpieniami cukrzycowemi, po-

zwala mi mniemać, że wyniki dalszych badań moich w siedmiu nowych przypadkach nie będą pozbawionymi pewnego, choćby tylko statystycznego, interesu.

Wprawdzie w dwóch tylko przypadkach, zakończonych śmiercią, miałem możliwość poddania szczegółowemu badaniu pośmiertnemu całych gałek ocznych; w pięciu innych musiałem się ograniczyć na drobnowidzowym badaniu kawałków tęczówki, wyciętych przy operacji irydektomii przygotowawczej do wydobycia zaćmy. W tych jednak właśnie przypadkach miałem możliwość stwierdzenia po raz pierwszy zupełnej tożsamości zmian pośmiertnych z dostrzeganiem w tkance, wyciętej za życia, oraz nabycia przeświadczenia o rzeczywistej przyczynie zjawiska, dostrzeganego przez SNELLEN'a i HIRSCHBERG'a, z którym sam również cztery razy spotkałem się.

Materyjału do tych badań dostarczyły mi dwie kobiety i trzech mężczyzn, dotkniętych mniej lub więcej niedojrzałymi zaćmami, operowanymi w Instytucie Oftalmicznym częścią przez D-ra GEPNERA, częścią przeze mnie. We wszystkich przypadkach, prócz jednego [o którym mowa poniżej], dokonywaną była irydektomija przygotowawcza; przebieg gojenia się ran po irydektomii i ekstrakcji był zupełnie prawidłowy, ostrość widzenia zaś wynosiła od $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{2}$. U jednego tylko 43-letniego mężczyzny, niezmiernie wycieńczonego, wydobycie dojrzałej zresztą zaćmy z prawego oka dokonaniem zostało odrazu z irydektomiją; w przypadku tym wystąpiło na dziewiąty dzień po zupełnie prawidłowej operacji silne plastyczne zapalenie tęczówki, zakończ ne zarośnięciem źrenicy. Po operacji irydotomii zejście było jednak i w tym razie zupełnie pomyślne. W lewym oku wydobycie zaćmy mocno niedojrzałej po uprzedniej irydektomii odbyło się bez najmniejszej przypadłości; w katarakcie tej, zarówno jak w starannie zebranej cieczy wodnej, przy chemicznym badaniu w pracowni kol. NENCKIEGO cukru nie znalazłem wcale pomimo wysokiej jego zawartości w moczu [9%] i ciężaru właściwego 1045.

Wszyscy bez wyjątku chorzy nasi dotknięci byli bardzo ciężkimi formami cukrzycy bez możliwości całkowitego powstrzymania wydzielania cukru.

W czterech przypadkach znalazłem blaszkę siatkówkową tęczówki bardzo wyraźnie i w charakterystyczny sposób zmienioną, aczkolwiek przedstawiającą różne fazy rozwojowe wspomnianej na początku sprawy, w szczegółowy opis której, dla uniknięcia powtarzania się, tym razem nie będę się wdawał. Sama tkanka tęczówki, oprócz lekkiego zgrubienia ścianek naczyńowych w trzech przypadkach, nie przedstawia zresztą nic szczególnego.

Niezmienioną okazała się tęczówka w jednym tylko przypadku u trzydziesto-letniej kobiety z bardzo wysoką procentową zawartością cukru w moczu, silnie rozpęczniełymi, niedojrzałymi zaćmami i wyraźnie podniesionem śródocznem ciśnieniem. Warstwę barwnikową znalazłem tym razem aksamitnej czarności, mocno przyklejoną do podścieliska tęczówki, podczas gdy w innych oczach związek ten był zawsze niezmiernie luźnym.

Załatwiwszy się sumarycznie z pierwszą częścią moich badań, przechodzę do więcej szczegółowego opisu dwóch innych przypadków, zakończonych śmiercią.

Pierwszego z chorych widziałem w Sierpniu 1886 r. na oddziale D-ra DUNINA w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Był to czternastoletni żebrak niezmiernie wycieńczony z suchą łuszczącą się skórą, obsypaną czyrakami — prawdziwy typ cukrzycowego charłactwa. Dolna część obydwóch rogówek zajęta była przez drętwe owrzodzenia, pokryte szarozółtym nalotem, sięgające ku górze do poziomej średnicy rogówki, na głębokości zaś aż do błony DESCOMET'a [zwłaszcza w lewym oku]. Na dnie komórek znajdowało się nieco ropy, tęczówki były brudno zabarwione i pozrastane z torebką soczewkową. Wobec braku zapalnego odczynu, wobec znieczulenia rogówek i wyraźnego zmniejszenia czułości skóry powiek i otoczenia oka, nietrudno było rozpoznać typowy obraz neuroparalitycznego owrzodzenia rogówki. Zalecone przezemnie leczenie polegało na zastosowaniu maści jodoformowej i zakrapianiu atropiny do worka łącznicowego, obok przemywania sublimatem i opaski ochronnej.

Ujrawszy chorego znów przeszło po tygodniu, znalazłem stan oczu o wiele lepszy: owrzodzenia były mniej głębokie, oczyszczone i pokryte nabłonkiem. Ropa z przednich komórek znikła, pozostały tylko liczne tylne przyrosty tęczówek; soczewki jednak — o ile stan rogówek, lekkie zmętnienie cieczy wodnej i przyrośnięcie brzegu źrenicznego przejrzeć pozwalały — wydawały się przezroczystymi. Ogólny stan chorego poprawił się również nieco, cukier niekiedy z moczu znikał zupełnie, chory pomimo to zmarł 7. IX. 86.

Obie gałki wyłuszczone przy badaniu pośmiertnem, dokonaniem w 40 godzin po śmierci chorego, uprzejmie dostarczył mi kol. PUŁAWSKI. Ponieważ cierpienie obu oczu było identyczne, poprzestanę dla krótkości na opisie tylko bardziej dotkniętego lewego oka.

Na cięciach z gałki, stwardniałej w płynie MUELLER'a i przepołowionej pionowym cięciem południkowym, przekonałem się, że najcieńsze miejsce rogówki przypada prawie na jej środek; w miejscu tem przednią ściankę gałki tworzy jedynie błona DESCOMET'a, pokryta zgrubiałym znacznie nabłonkiem. Górna połowa rogówki nie przedstawia nic nieprawidłowego, oprócz lekkiego drobnokomórkowego nacieczenia u obwodu i nagłego dość znacznego zgrubienia całej rogówki na brzegu wrzodu. Dolna, owrzodzona połowa rogówki grubieje ku obwodowi i pokryta jest wszędzie znacznej grubości warstwą nabłonkową, pokrywającą bezpośrednio młodą bliznowatą tkankę, bogatą w komórki i miejscami dość obficie unaczynioną. Błona BOWMAN'a uległa na całej dolnej połowie rogówki zniszczeniu i nigdzie nie ma jej śladów. W bliskości najgłębszego miejsca wrzodu powierzchnia rogówki, aczkolwiek już pokryta nabłonkiem, usuwającym się od obwodu, przedstawia się jeszcze po części w stanie drobnodziarnistego rozpadu. Komórki rogówkowe są tutaj rozpęczniałe i źle się barwią. W obwodzie bliznowato przeistoczonej rogówki zwracają naszą uwagę dość liczne rozsiane grudki szklistych jednorodnych kuleczek, zawartych między pęczkami tkanki bliznowatej. Średnica ich bardzo niejednostajna: wynosi w jednych mniej, niż średnica krążka krwi, w innych przewyższa ją kilkakrotnie; kształty ich są zawsze dokładnie kuliste, całość zaś robi wrażenie zastygłych, stężalnych kropelek. Karmin alunowy i hematoksylina nie barwią ich wcale, natomiast zaś safranina, osobliwie zaś kwaśna fuksyna — niezmiernie silnie.

Jod barwi je słomiano-żółto; po dodaniu kwasu siarczanego zabarwienie to się nie zmienia. Przy barwieniu sposobem GRAM'a kropelki wspomniane barwią się bardzo silnie, podczas gdy tkanka odbarwioną zostaje. Na skrawkach, przebarwianych płynem NEELSEN'a [rozczynek fuksyny w 5% kwasie karbolowym], odbarwianych w 20% kwasie azotnym i podbarwianych po przemyciu w wodnym roztworze błękitu metylenowego, występuje ono zabarwione na purpurowo, wśród otaczającej tkanki zabarwionej błękitnym kolorem.

Podobne twory opisywane były przez SAEMISCH'a i BOCK'a jako klejowate zwyrodnienie w rogówce; widziałem je też w wielkiej ilości w preparatach D-ra KRYSIŃSKIEGO z rogówki, dotkniętej taśmowatym zmętnieniem (*Bandkeratitis*). Podany powyżej odczyn, według badań moich nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy, o których wkrótce na tem miejscu zdam sprawę, każą mi w nich upatrywać raczej wytwory szklistego zwyrodnienia. Brak przejściowych faz rozwojowych nie pozwala mi się oświadczyć stanowczo, co do ich powstawania; sądząc wszakże według tego, co widziałem w rogówce, skłonny byłbym do przypuszczenia, że powstają one w samych komórkach rogówkowych, *resp.* nowowytworzonej tkanki bliznowatej.

Tkanka tęczówki znajduje się w stanie silnego bardzo nacieczenia drobno-komórkowego; takiemuż nacieczeniu uległo i *ligamentum pectinatum iridis*. Warstwa siatkówkowa zmienioną jest niemniej w sposób charakterystyczny dla cukrzycy, wszakże nie na całej przestrzeni. Pomiędzy wysepkami komórek obrzękłych z wodnistą treścią, wyraźnymi jądrami i prawie pozbawionych barwnika, znajdujemy znaczne odstępy, pokryte komórkami barwnikowymi, nie różniącemi się od prawidłowych. Ciało rzęskowe nieco nacieczone; naczyniówka i nerw wzrokowy nie przedstawiają nic szczególnego, siatkówka zaś przez macerację trupa znacznie zmienioną została.

Torebka soczewki [pokrajanej osobno] przedstawia się zupełnie prawidłowo; więz ZINN'a natomiast uległ bardzo wielkiemu drobnokomórkowemu nacieczeniu. Wir włókien soczewkowych dobrze jest zachowany; budowa soczewki też odpowiednią jest wiekowi osobnika. Komórki wewnątrz-torebkowego nabłonka prawidłowej wielkości na wewnętrznej swej powierzchni okazują liczne drobnutki kropelki MORGAGNI'ego [zmiana pośmiertna]; miejscami są one ułożone w dwie warstwy, miejsca podobne jednak nie robią wrażenia ognisk bujania komórkowego. Przeciwnie, komórki te nieco powiększone w wymiarach swoich odznaczają się wyraźną drobną ziarnistością ciał i bładem, nikłym zabarwieniem niemniej ziarnistych jąder [karmin alunowy]. Miejscami widać złuszczone i wyraźnie rozpadające się nabłonkowe komórki, nie pozwalające wątpić o tem, że cała ta sprawa nosi charakter wstecznej przemiany. Żadnych zresztą innych zmian właściwych zaćmie nie dostrzegłem.

Ostatnim z chorych, o których mamy tu mówić, był to również 18-letni, bardzo wynędzniały chłopak wiejski, od roku już ociemniały wskutek mocno przejrzałych i w części wessanych zaćm obojga oczu.

U chorego tego dokonana została przez D-ra GEPNERA 23. X. 88. dwustronna przygotowawcza irydektomija; niespełna po tygodniu wszakże ciężkie pogorszenie ogólnego stanu chorego [wypadnięcie kiszki prostej, obłęd chwilowy]

uczyniło koniecznem przeniesienie go do szpitala Dz. Jezus, gdzie też zmarł po kilku dniach w stanie komatycznym. Uprzejmości D-rów PRZEWOSKIEGO i CIA-GLIŃSKIEGO zawdzięczam możność zbadania obu gałek ocznych stwardniałych w płynie MUELLER'a. Ograniczę się i tu na opisie jednego oka.

Przy pionowem południkowem przecięciu gałki ocznej rana w rogówce, słabo sklejona, rozeszła się. Sklejenie było wyłącznie nabłonkowe; brzegi rany, oprócz przylegających do nich szczątków barwnika, nie przedstawiały nic szczególnego i nie zdradzały żadnego odczynu. Cała powierzchnia błony DESCOMET'a pokryta była niemniej szczątkami barwnika, zresztą wszakże rogówka była prawidłową.

Podścielisko tęczówki wydawało mi się znacznie bogatszem w komórki, niż w stanie prawidłowym. Warstwa barwnikowa ogromnie zmieniona, rozpułchniona, w wielu miejscach odstaje od podścieliska tęczówki—zmiany te wszakże kończą się wyraźnie na granicy tęczówki i nie przechodzą nigdzie na wyrostki rzęskowe. Naczynia oka i siatkówka nie przedstawiają nic szczególnego; nerw wzrokowy i naczyniowa jego pochwa są lekko nacieczone drobnymi komórkami.

Soczewka jest niezwykle spłaszczoną; przy równikowej średnicy 9,5 milimetrów posiada grubość zaledwie 2 mm. W górnej okolicy równikowej torebka soczewki okazuje się sfalderowaną; zmaszczki te wydają się powstałymi za życia, odpowiednio do nich bowiem układają się masami i wewnątrz-torebkowe komórki, które nigdzie od torebki nie odstają. Wir włókien soczewkowych odsuniętym jest ku tyłowi; wszystkie włókna, nawet najmłodsze, okazują się silnie obrzękniętymi i ulegają przemianom na tak zwane komórki pęcherzykowate. Jądra ich barwią się hematoksyliną i karminem alunowym dość dobrze, wogóle jednak słabiej, niż jądro komórek nabłonka torebkowego. Ku środkowi soczewki warstwowa jej budowa w części tylko jest zachowana; pomiędzy warstwami włókien rozrzucone są bez porządku kule ściętej białkowej wydzieliny, podobne do myelinowych; miejscami nagromadzone są one w większych ogniskach. Nawet w miejscach, gdzie budowa warstwowa jądra wyraźnie zachowaną została, występują między włóknami liczne luki wrzecionowate. Dużo też białkowego płynu znajdujemy zebranego między najpowierzchniowszemi przedniemi warstwami soczewki. Wewnętrzna powierzchnia nabłonka torebkowego pokryta jest wszędzie drobnymi kropelkami MORGAGNI'ego, na całej zaś tylnej powierzchni soczewki wystąpiły wielkie kule ściętej białkowej masy, podobne do mas myelinowych.

Zestawiając wszystkie jedenastce przypadków, badanych przezemnie, spostrzegamy przede wszystkim, że zmiana, dostrzegana w warstwie siatkowej tęczówki, powinna być istotnie uważaną za nader charakterystyczną; brakowało jej bowiem tylko w dwóch przypadkach, w spostrzeżeniach zaś innych autorów [1 BECKER'a, DEUTSCHMANN'a i 2 SATTLER'a]. Co do charakteru samej sprawy, nie mogę dodać nic nad to, że jest to obrzęk komórek barwnikowych, nie mogę też i wyjaśnić jednoczesnego ich rozmnożenia. W żadnym z moich przypadków nie dostrzegałem też żadnych śladów tej sprawy, ani w nabłonku wyrostków rzęskowych, ani też siatkówki, i nie mogę w tym względzie zgodzić się z DEUTSCHMANN'em.

Z dwóch przypadków moich, w których zmiany tej brakowało, w jednym było oko badane stanowczo wolnem od katarakty — zdawałoby się to przemawiać za związkiem tej sprawy wyłącznie z zaćmą cukrzycową. W drugim przypadku istniała wprawdzie katarakta, ponieważ jednak badanie moje musiałem ograniczyć do małego kawałka tęczówki, możnaby więc, uwzględniając możność ogni-skowego i ograniczonego występowania tej sprawy, jak to opisaliśmy wyżej, przypuścić, może bez naciągania faktów, że i w tym razie coś podobnego mogło mieć miejsce, t. j.: że do badania dostał się właśnie niezmieniony wycinek tęczówki. W każdym razie rozstrzygnięcie kwestyi, o ile zajmująca nas zmiana wiąże się z cukrzycowem skażeniem wogóle, lub też wyłącznie z tworzeniem się zaćmy, musi być pozostawionem dalszym badaniom.

Co się tyczy neuroparalitycznego owrzodzenia rogówki, to jest ono samo przez się rzadkiem bardzo powikłaniem cukrzycy, a o ile mi wiadomo, po raz pierwszy zbadanem anatomicznie. Nie znalazłem tu jednak żadnych zmian swoich; czuję się też w obowiązku nadmienić, że poszukiwałem oczywiście i mikro-organizmów, nie znalazłem ich jednak nigdzie. Być może, że znikły one już w okresie gojenia się wrzodów.

Zmiany, dostrzeżone w opisanej ostatnio zaćmie, nie różnią się od spostrze-ganych przy innych postaciach zaćmy. Ciekawe natomiast są te, które opisa-liśmy w pierwszej soczewce: było to niewątpliwie obumieranie i złuszczenie się nabłonka torebkowego; innych zmian, właściwych zaćmie, nie dostrzegliśmy. Pra-gnę trzymać się wyłącznie faktów; wyznaję jednak, że czuję się tym obrazem wielce pociągniętym ku teorii DEUTSCHMANN'a, który właśnie w obumieraniu na-błonka i idącym za nim naruszeniu spraw osmotycznych i odżywczych w so-czewce upatruje pierwszą przyczynę powstawania zaćmy cukrzycowej. Teoryja DEUTSCHMANN'a znajduje zupełną analogiję w wątlności i łatwym obumieraniu wszelkich wogóle tworów nabłonkowych u chorych cukrzycowych, najjaskrawiej występujących w naskórku i godzi się z naszym pojęciem rzeczy nierównie lepiej, aniżeli popierana przez innych hipoteza, wystawiająca na pierwszy plan odjęcie wody soczewce przez bogate w cukier ciecze śródoczne. Tej ostateiej okoliczno-ści zwłaszcza, t. j. wysokiej zawartości cukru w ciałku szklistem i cieczy wodnej nawet dotąd z całą ścisłością nie stwierdzono.

II. WYROŚLE ADENOIDALNE W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharyngis ¹⁾.

Opisał

Władysław Wróblewski,

ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

Wyrośle adenoidalne jamy noso-gardzielowej należą do cierpień, nadzwyczajnie często spotykanych u nas w praktyce specjalnej, o których jednak w literaturze naszej takie panuje milczenie, że wcale się dziwić nie należy, gdy

¹⁾ Synonimy: *Tumores adenoidei*, *Hypertrophia tonsillae pharyngeae*. Po polsku: Wyrośle adenoidalne. Cierpienie adenoidalne migdałka gardzielowego. Przerost migdałka LUSCHKA'İ.

kwestycja ta, choć niesłychanie doniosła, tak mało znaną jest ogółowi lekarzy. Cierpienie to znają dokładnie i zajmują się niem tylko specjaliści, laryngologowie — gdyż prawie każdy numer odnośnych pism niemieckich i francuskich traktuje o wyroślach adenoidalnych z powodu wielkiej roli, jaką w patologii odgrywają.

U nas, w Warszawie, raz tylko kwestycja ta była poruszona, mianowicie przez HERYNGA, który miał odczyt w Towarzystwie Lekarskiem w roku 1881, streszczony w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego w zeszyte II tomu LXXVII. Odczyt zatytułowany był: „O cierpieniu adenoidalnem migdałka gardzielowego“. Wówczas prelegent demonstrował chorego, dotkniętego tem cierpieniem, posługując się światłem DRUMMOND'a. Drugą polską pracą o tym przedmiocie znajduję w 1884 roku w Przeglądzie Lekarskim, napisaną przez D-ra KLEMENSA KOCHLERA. W pracy tej zatytułowanej: „Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka polykowego“ — autor zastanawia się i roz-biera krytycznie leczenie chirurgiczne danego cierpienia. Więcej prac polskich nie znajduję.

Cierpienie to zostało wykryte około 30 lat temu — dokładnie zbadane i opisane przed 15 laty. Pierwszeństwo rozpoznania i leczenia tworców adenoidalnych przypisuje sobie VOLTOLINI ¹⁾ — przypadki zaś, które przed nim widzieli CZERMAK, TUERCK i SEMELEDER, nie należą do pewnych, co zresztą i TRAUTMANN ²⁾ potwierdza. Przypadek, opisany przez CZERMAKA (*Der Kehlkopfspiegel. 1863 r.*), przedstawia tylko zgrubienie *placae salpingopharyngeae*, nie zaś typowe wyrośle adenoidalne. Zgrubienie takie miał VOLTOLINI także wcześniej widzieć i opisać (*Festschrift zum Jubiläum der Universität Breslau. 1861 r.*). Większość jednak autorów przyznaje to pierwszeństwo CZERMAKOWI. Największą jednak zasługę w tym względzie położył WILHELM MEYER, otijatra z Kopenhagi, który cierpienie to zupełnie dokładnie zbadał i opisał, tak pod względem anatomo-patologicznym, jak klinicznym i leczniczym ³⁾.

Następną źródłową pracę w tym względzie ogłosił LOEWENBERG ⁴⁾, który już w roku 1865 opisał 3 odnośne przypadki. Od tego czasu rok rocznie ogłaszają mnóstwo artykułów w gazetach lekarskich, rozpraw doktorskich i t. d., mających na celu wyczerpanie danego przedmiotu. Przytoczę tu ważniejsze: CHATELLIER ⁵⁾, *Des tumeurs adénoïdes du pharynx*; COLLET ⁶⁾, *Étude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal*; PANSE ⁷⁾, *Ueber adenoide Wucherungen im Nasenrachenraume*; CARL SCHOLZ ⁸⁾, *Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraume besonders bei Erwachsenen*. Następnie spotykamy mniej lub więcej wy-

¹⁾ Anwendung der Galvanokaustik. Von D-r VOLTOLINI 1867 r. I wydanie. 1872, II wydanie.

²⁾ TRAUTMANN. Anatomische, pathologische und klinische Studien über hyperplasie der Rachen-tonsille. Berlin. 1886.

³⁾ W. MEYER, Kopenhagen. Archiv für Ohrenheilkunde. Tom VII i VIII. rok 1873/74.

⁴⁾ Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Par le D-r B. LOEWENBERG. Paris. 1879.

⁵⁾ Thèse de Paris. 1886.

⁶⁾ Lyon. 1886.

⁷⁾ Inaugural Dissertation. Halle. 1888.

⁸⁾ Inaugural Dissertation. Breslau. 1888.

czerpujące opisy wegetacji adenoidalnych we wszystkich prawie specjalnych podręcznikach chorób gardła i nosa, że przytoczę tu: MACKENZIE ¹⁾, STOERK ²⁾, SCHECH ³⁾, MOLDENHAUER ⁴⁾, SCHAEFFER ⁵⁾, VOLTOLINI ⁶⁾, MICHEL ⁷⁾ i w podręcznikach do chorób usznych: URBANTSCHITSCH, TROELTSCH, POLITZER i t. d.. Z autorów mniejszych prac można wspomnieć: B. FRAENKEL'a ⁸⁾, V. LANGE'go ⁹⁾, LUBLIŃSKIEGO ¹⁰⁾ i wielu innych, których bądź zupełnie milczeniem pominię, bądź przytoczę niżej przy rozpatrywaniu objawów, leczenia i t. d., o ile prace ich na to zasługują, przyczyniając się do rozświecenia danego cierpienia.

A n a t o m i j a.

Siedliskiem guzów adenoidalnych jest część nosowa gardzieli, dlatego też przypomnę pokrótce stosunki anatomiczne i histologiczne danej okolicy.

Jama noso-gardzielowa, komunikująca z przodu za pomocą nozdrzy tylnych z jamą nosową, ku dołowi zaś szerokim otworem z *isthmus faucium*, ma wysokości około 2 ctm., szerokości do 3,5 ctm., przy wymiarze przedniotylnym 2 ctm.. Objętość tej jamy, która ma pewne podobieństwo do sześciannu z zaokrąglonemi kątami, oblicza LUSCHKA ¹¹⁾ na 4 ctm. sześć.. Rozróżniamy tu następujące ściany: górną, tylną, przednią i dwie boczne. Górna ściana, t. j. sklepienie gardzieli jest utworzone przez trzon łosci klinowej, część podstawową kości potylicowej i część piramid kości skroniowych; ściana ta przechodzi bez widocznej granicy w ścianę tylną, która opiera się na łuku przednim kręgu szczytowego (*atlas*) i na trzonie kręgu obrotowego (*epistropheus*). Przednia ściana składa się z otworów tylnych nosa, z przegrody nosa, w danem miejscu lemiesza, poziomej części kości podniebiennej, z wyrostków skrzydlatych kości klinowej (*proc. pterygoidei ossis sphenoides*) i tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, które w czasie skurczu, przez przylegania do tylnej ściany, tworzy jednocześnie dolną granicę jamy gardzielo-nosowej; ściany boczne tworzą się częścią ze skrzydła wewnętrznego wyrostka skrzydlastego kości klinowej i częścią z części skalistej kości skroniowej. Na samym prawie środku [według TILLAUX] ścian bocznych znajdujemy z każdej strony wały i otwory trąbki EUSTACHIJUSZA (*tuba et orificium tubae Eustachii*), łączące jamę nosogardzielową z uchem średnim. Trąbka EUSTACHIJUSZA znajduje się na wysokości tylnej części muszli

¹⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase von M. MACKENZIE, deutsch bearbeitet von F. SEMON. Tom II, str. 701—724.

²⁾ Klinik der Krankh. des Kehlkopfes etc. 1880 r., str. 117.

³⁾ Die Krankh. der Mundhöhle, des Rachens und d. Nase. 1888 r., str. 117—126.

⁴⁾ Die Krankh. der Nasenhöhlen etc. 1886 r., str. 157—170.

⁵⁾ Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie etc. 1885 r., str. 54.

⁶⁾ Die Anwendung der Galvanokaustik. 1872. Die Krankh. der Nase. 1888 r., str. 336—371.

⁷⁾ Die Krankh. der Nasenhöhle. 1876 r., str. 77—92.

⁸⁾ Adenoide Vegetationen. Dent. med. Wochenschrift. 1884 r., Nr. 16 i 17.

⁹⁾ Veget. adenoideae. Dent. med. Woch. 1883 r. Nr. 51.

¹⁰⁾ Ad. Veget. Dent. med. Zeitung. 1887. Nr. 24. Referat w Revue mensuelle de laryngologie. 1888 r. str. 102.

¹¹⁾ Der Schlundkopf des Menschen. Tübingen. 1868.

nosowej dolnej, oddalona od niej na 7 mm.. Otwór trąbki podobny jest do elipsy wysokości 8 mm., szerokości 5 mm.. Otwór ten otoczony jest wałem, w którym rozróżniamy dwie wargi, przednią i tylną. Wargę przednią przechodzi ku dołowi w fałdę, idącą do podstawy podniebienia miękkiego (*plica salpingopalatina*). Wargę tylną przechodzi w fałdę gardzielową (*plica salpingopharyngea*), mającą bardzo ważne znaczenie w fizjologii i patologii gardła. Fałda ta obfituje w gruczoły. Schodzi ona równolegle z *plica salpingopalatina* po bocznej ścianie jamy noso-gardzielowej i krzyżuje się z brzegiem tylnym mięśnia unoszącego podniebienie miękkie ¹⁾, bezpośrednio ponad łukiem podniebiennym tylnym (*arcus palatopharyngeus*); fałda ta rozplaszczają się i, skręcając się ku tyłowi i na zewnątrz, idzie dalej do łuku tylnego, zlewa się z zewnętrzną częścią górnej jego blaszki. Przy wydawaniu głosu i połykaniu fałda ta porusza się do wewnątrz i ku dołowi i pomaga, według ZAUER'a, do zamknięcia jamy gardzielnosowej od połykowej ²⁾. Pomiędzy *plica salpingopharyngea* a tylną ścianą gardzieli nosowej jest zagłębienie, nazwane: *fossa Rosemülleri*, które TOURNAI nazywa *recessus pharyngis lateralis*.

Końców gardzieli pokryty jest następującymi warstwami:

- 1) Warstwa tkanki łącznej.
- 2) Warstwa mięśniowa, t. j. trzy zwieracze (*constrictores pharyngis*).
- 3) Warstwa wyłącznie włóknista (*aponeurosis pharyngis*).
- 4) Warstwa błony śluzowej.

Dla nas najważniejszą jest ta ostatnia, dlatego też na nią tylko zwrócimy uwagę. Błona śluzowa części nosowej jest bladoróżowa, z żółtym odcieniem naokoło otworów trąbek EUSTACHIJUSZA; błona zaś śluzowa gardzieli połykowej ma odcień więcej czerwony i pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym, wtedy gdy pierwszą wyściela nabłonek cylindryczny, migawkowy. W błonie śluzowej gardzieli znajdujemy dwojakiego rodzaju gruczoły, a mianowicie: złożone gruczoły śluzowe i elementarne gruczoły limfatyczne. Pierwsze najobficiej rozłożone są w górnej części gardzieli, gdzie na tylnej ścianie, w bliskości otworu gardzielowego trąbki EUSTACHIJUSZA i na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, tworzą prawie jednolitą warstwę. Dalej ku dołowi w miarę zbliżania się do przełyku stają się one coraz mniej liczne. Elementarne gruczołki [guziki] limfatyczne istnieją również w całej błonie śluzowej gardzieli; rozkład ich w różnych okolicach jest bardzo niejednostajny. Gdy w części przełykowej gardzieli leżą one pojedynczo i najczęściej naokoło przewodów wyprowadzających gruczołów śluzowych — to w jamie noso-gardzielowej są one liczne w postaci oddzielnych kępek; na stropie gardzieli, pomiędzy otworami obu trąbek EUSTACHIJUSZA, zlewają się w jednolity pokład tkanki

¹⁾ LUSCHKA, l. c. str. 46. *Musc. levator veli*, inaczej *musc. petro-salpingo-staphylinus*, zaczyna się dwoma pęczkami: jednym znacznie grubszy od kości skalistej, drugim moeniejszym od chrząstki trąbki EUSTACHIJUSZA; idzie ku dołowi ukośnie do podstawy *veli palatini*, gdzie rozdziela się na trojake włókna. Jedne przyczepiają się do dolnego bocznego brzegu nozdrzy, inne do powięzi *tensoris palati*, trzecie krzyżują się z takimi włóknami przeciwnej strony i dochodzą do łuku tylnego przeciwnej strony.

²⁾ SCHECH l. c.

limfatycznej, w której u dorosłego człowieka rzadko można wyróżnić zupełnie ograniczone guziki limfatyczne — widać zaś je w wielkiej liczbie u 1 do 2-letnich dzieci. Obecność grubej warstwy tej tkanki limfatycznej nadaje błonie śluzowej w jamie noso-gardzielowej szczególny wygląd. Staje się ona mianowicie znacznie grubsza, miękka i więcej gąbczasta, a nadto więcej lub mniej mocno wystaje nad poziom otaczającej błony śluzowej, tak, że powierzchnia jej wydaje się chropowata. Wymieniony rozlany pokład tkanki limfatycznej na stropie gardzieli rozciąga się z przodu ku tyłowi od tylnych nozdrzy na tylną ścianę gardzieli, prawie aż do wysokości podstawy podniebienia, *resp.* do brzegu otworu potylicowego wielkiego. Dalej tkanka ta wyściela i ściany boczne, jamki ROSENMUELLER'a i dochodzi ku przodowi aż do otworów EUSTACHIJUSZA, przenikając niekiedy w same otwory i tworząc tam *tonsillam tubalem GERLACH'a*.

Tkanka limfatyczna przylega mocno do warstwy włóknistej stropu gardzieli, t. j. do *fibrocartilago basilaris*. W niej znajdujemy bardzo dużo gruczołów śluzowych złożonych, zwłaszcza naokoło wylotów trąbek EUSTACHIJUSZA i w *recessus Rosenmülleri*, wielkości prosa aż do soczewicy. Masa ta jest w bardzo ścisłym związku z błoną śluzową, gdyż tkanka tej ostatniej łączy się nieprzerwanie z siatką tkanki łącznej; pierwszy LUSCHKA nazwał ją migdałkiem gardzielowym (*tonsilla pharyngea*). Największa prawidłowa grubość tej masy wynosi 7 do 8 mm. na sklepieniu gardzieli. O gruczole tym znajdujemy wzmiankę już u SANTORINI'ego (*Septemdecim Tabulae. Parmae. 1775*); dalej u LACANCHIE [1853] w *Traité d'hydrotomie*; później u KOELLIKER'a w *Gewebelehre*, 1859 roku, lecz LUSCHKA (*l. c.*) dopiero zbadał i opisał go dokładnie, dlatego też nazywamy go zwykle: *tonsilla pharyngea LUSCHKI*. Tkanekę, z której składają się twory, o których mówimy, nazwał HIS, „*adenoides Gewebe*“; HENLE: „*conglobirte Drüsensubstanz*“, a KOELLIKER „*cytogene Substanz*“; budowa jej jest zupełnie podobną do budowy tkanki gruczołów chłonnych. Jestto siatka, składająca się z bardzo cienkich, przejrzystych włókienek, na połączeniu których widać miejscami owalne jądra. Oka tej siatki wypełnione są nader licznymi komórkami limfoidalnemi.

Na sklepieniu gardzieli na samym środku linii, idącej od górnego punktu przegrody nosa do *tuberculum anterius atlantis*, znajdujemy prawie zawsze otwór, prowadzący do zagłębienia (*cul-de-sac*), głębokiego na 2 mm. do 1 cm., opierającego się dnem o tkanekę włóknistą sklepienia — to właśnie tworzy *bursam pharyngeam*, która w ostatnich czasach tak dokładnie została zbadaną przez TORNWALDT'a ¹⁾.

Co się tyczy układu krwionośnego migdałka gardzielowego, to spotykamy tu następujące tętnice: tętnicę gardzielową wstępującą, gałązkę szyjowej zewnętrznej; tętnicę podniebienną wstępującą, pochodzącą bądź z tętnicy szczękowej zewnętrznej, bądź z tętnicy szyjowej zewnętrznej, a niekiedy z tętnicy gardzielowej wstępującej. Dalej: tętnicę migdałkową, gałązkę tętnicy szczękowej zewnętrznej;

¹⁾ Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. 1885.

tętnicę podniebienną zstępującą z tętnicy szczękowej wewnętrznej i tętnicę WIRJUSZA z tętnicy podniebiennej zstępującej ¹⁾. Sploty żyłne są w dalnej okolicy niezwykle obficie rozwinięte, największym z nich jest *plexus venosus palati mollis anterior et posterior*. Wszystkie sploty żyłne gardzieli wlewają się do żyły szyjowej wewnętrznej.

Naczynia chłonne są tu również bardzo obfite; tworzą one siatkę w błonie śluzowej i mięśniowej, niosą limfę częścią do gruczołów podstawy czaszki, częścią do podszczękowych.

Z nerwów spotykamy tu gałązki drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, z nerwu językogardzielowego i z części szyjowej nerwu błędnego.

Otóż, migdał gardzieliowy LUSCHKI stanowi grunt, na którym wyrastają twory adenoidalne.

Anatomija patologiczna.

Wyrośłe adenoidalne rozwijają się z migdałka gardzielowego i wypełniają w mniejszym lub większym stopniu jamę nosogardzielową. Forma ich, wielkość i punkt wyjścia bywają bardzo różne. MEYER rozróżnia dwie główne ich formy: płaską ze szeroką podstawą, t. j. wprost zgrubienie — przerost tkanki adenoidalnej prawidłowej; i wybujałości palczaste podobne do grzebieni kogucich. Naturalnie, pomiędzy temi dwiema formami istnieje całe mnóstwo przejściowych odmian, tak, że zapewne dwa takie same przypadki trudno by znaleźć. Toż samo da się powiedzieć i o wielkości ich. Czasem są one tak duże, że wypełniają całą jamę nosogardzielową i dosyć jest unieść dobrze ku górze podniebienie miękkie, aby je zobaczyć; innym znowu razem zajmują bardzo tylko nieznaczną część tej jamy, gdy są usadowione gdzieś z boku, lub przy samym tylko sklepieniu. Od punktu wyjścia ich zależą i zaburzenia, jakie wywołują. Gdy się rozwijają u stropu i na tylnej ścianie, zakrywają nozdrza, przeszkadzając do oddechania fizjologicznego; boczne zaś wybujałości, zakrywając wylot gardzielowy trąbki EUSTACHIJUSZA, wywołują różne zaburzenia ze strony uszu. We wszystkich prawie wybujałościach adenoidalnych znajdujemy powierzchnię zewnętrzną nierówną z licznymi wklęsłościami i wyrostkami. Przy dotykaniu palcem masy ich otrzymujemy wrażenie, jakbyśmy dotykali masy mózgowej, przyczem palec będzie zawsze zakrwawiony z powodu niezwykle bogatego ukrwienia i miękkości ich wytworów. Konsystencyja ich zależy także od wieku; u dzieci są one łatwiej rozrywalne i bardziej miękkie, niż u dorosłych. Podstawa ich jest zawsze twardszą i trudniej rozrywalną.

Ta ostatnia okoliczność wpływa też na to, że jedne i te same wybujałości raz przedstawiają nam się u danego osobnika znacznie większemi, drugi raz mniejszemi, co zależy od większego lub mniejszego przypływu krwi [LOEWENBERG]; barwa tych wybujałości jest bladoróżową, wygląd nieco galaretowaty. Nie mogą tu pominąć milczeniem bardzo słusznego twierdzenia LOEWENBERG'a (l. c.), który utrzymuje, że tak powszechna choroba gardzieli przełykowej: *pharyngitis granulosa* — różni się od wytworów adenoidalnych tylko ilością elementów, wchodzą-

¹⁾ Według LUSCHKA'i [l. c.] HIRSZFELDA. Anatomija opisowa ciała ludzkiego. Tom II i TRAUTMANN'a [cytaty w różnych dziełach].

cych w grę, a nie jakością ziarniny w gardzieli; jest to rozrost tejże samej tkanki adenoidalnej, która, jak wspomniałem wyżej, nie ogranicza się wyłącznie do części gardzielo-nosowej, lecz znajduje się i niżej, tylko już nie w postaci jednolitej masy, lecz kępkami. Otóż, rozrost tych kępek, usadowionych naokoło przewodów gruczołów śluzowych, daje nam obraz kliniczny ziarninowatego zapalenia gardzieli (*pharyngitis granulosa*).

Przy badaniu drobnowidzowem przekonywamy się, że wytwory te zawdzięczają swoje powstawanie tylko rozrostowi prawidłowych części składowych, gdyż budowa ich nie różni się zupełnie od budowy prawidłowej migdałka gardzielowego. W rozroście przyjmuje udział prawie tylko tkanka łączna limfatyczna, siatkowata (*reticuläres, adenoides Bindegewebe*), gdyż bardzo mało i tylko drugorzędnie rozrasta się warstwa głębsza, złożona z tkanki łącznej włóknistej. Ten ostatni rozrost widzimy tylko przy podstawie i w środku adenoidalnych guzów. Stanowi on rodzaj rusztowania dla guzów: składa się z równoległych włókien łączno-tkankowych, które, wychodząc z warstwy włóknistej, rozpraszają się pędzelkowato powierzchnym końcem w guzie adenoidalnym. Nabłonek błony śluzowej nad wyrośłami adenoidalnymi rozrasta się również. Składa się on z dużych wałeczkowych komórek z licznymi rzęskami. Pod temi komórkami znajdują się komórki wrzecionowate o dużych jądrach; jeszcze głębiej spotykamy komórki duże sferyczne o bardzo dużym jądrze i cienkiej warstewce zarodki. Miejscami na powierzchni guzów spotykamy, zamiast nabłonka wałeczkowego, nabłonek płaski dwuwarstwowy, trzywarstwowy, lub wielowarstwowy. Na granicy warstwy nabłonkowej i masy samego migdałka spotykamy wyraźną t. z. *basement membrane*.

Z powyższego wynika, że masa wyrośli adenoidalnych składa się z siatki włókienek z dużemi okami, w których spotykamy bardzo liczne komórki limfoidalne, okrągłe. Miejscami ta tkanka limfatyczna wyraźnie się zagęszcza i tworzy ograniczone, okrągławe guziki limfatyczne. Złożone gruczołki śluzowe w guzach adenoidalnych stosunkowo rozrastają się mało. Tu i owdzie przewody wyprowadzające rozciągnięte są gęstym śluzem w rodzaju drobnych, mikroskopowych torbieli. Naczyń krwionośnych większych i włoskowatych jest też bardzo dużo. Żadnych drobnoustrojów, związanych z rozwojem guzów adenoidalnych, dotąd nie zaobserwowano. Bardzo udatne preparaty drobnowidzowe, które posiadam i na których te rzeczy studiowałem, zawdzięczam kol. Dmochowskiemu, za co mu na tem miejscu serdecznie składam podziękowanie, jak również i D-rowskiemu, prosektorowi, Przewóskiemu za łaskawe wskazówki i pomoc przy układaniu części anatomo-patologicznej. Preparaty nasze stwardniały w alkoholu i parafinie; jedną seryję barwiono hematoksyliną i kwasem pikrynowym, drugą — hematoksyliną i eozyną.

E t y j o l o g i a.

Do niedawnego czasu przypuszczano powszechnie, że wyrośle adenoidalne są cierpieniem, spotykanem wyłącznie w krajach z klimatem surowym i wilgotnym, np.: w północnych Niemczech, Danii, Holandyi, Anglii. Od czasu jednak, jak zostało ono dokładnie poznane, jak się nauczono zwracać na nie uwagę

i badać w tym kierunku chorych, przekonano się, że cierpienie to jest wszędzie jednakowo prawie rozpowszechnionem. Zjawily się prace francuzkie, włoskie, hiszpańskie i t. d., dowodzące, że klimat żadnego nie wywiera wpływu, lub tylko bardzo mały wpływ w tym kierunku wywiera. Cierpienie to spotykamy, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie w wieku młodym, t. j. od 5 do 20 roku życia. Czy ono jest wrodzonym, trudno orzec. TRAUTMANN widział je na sekcji u 10 miesięcznego dziecka. W jednym z moich przypadków, o ile sądzić można z anamnezy, wystąpiło ono w 9 miesiącu życia. Zdarza się ono jednakowo często u obu płci. Warunki bytu również żadnego nie zdają się mieć znaczenia: dzieci pałaców i suterren jednakowo często mu podlegają.

Żadnych pewnych danych nie ma dla stwierdzenia przyczyny tych wyrosli. Może istnieje jakaś jedna rzeczywista przyczyna, która nam jednak dotąd nie jest znaną. Tymczasem musimy się zadowolić całym szeregiem przyczyn usposabiających. Według badań LOEWENBERG'a, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że dziedziczność ma pod tym względem bardzo ważne znaczenie. Autor ten obserwował całe rodziny, dotknięte tem cierpieniem. W jednej rodzinie, oprócz matki, cierpieniu temu uległy wszystkie dzieci, z których najmłodsze miało 8 miesięcy. Miałem dwukrotnie możność badania rodziców takich dzieci i w obu przypadkach stwierdziłem istnienie wyrosli adenoidalnych u rodziców. Znam również rodzinę, składającą się z zupełnie zdrowych rodziców i dziesięciorga dzieci, z których troje miało przerost gruczołu LUSCHKI. W innej znowu rodzinie cierpieniu temu uległa matka i dwoje dzieci, pięcioro innych i ojciec są pod tym względem zdrowi. TRAUTMANN uważa za najbardziej usposobionych do tego cierpienia potomków gruźliczych rodziców.

Nie ostatnią rolę, zdaje się, w tym względzie odgrywa skażenie żoźzowe. Zawsze prawie u takich dzieci można znaleźć gruczoły chłonne, zwłaszcza na szyi, powiększonymi, lub inne objawy żoźzów obecne w chwili badania, lub dawniej przebyte.

O b j a w y.

Wyrosła adenoidealne rozwijają się bardzo powoli i wskutek tego mogą w ciągu długiego czasu nie dawać żadnych zgoła objawów, lub też bardzo tylko nieznaczne objawy. Z czasem objawy wzmagają się, co zależy raz od wielkości wyrosli, powtóre od umiejscowienia i wtedy występuje zaburzenie bądź ze strony organów odechowych, bądź ze strony ucha, bądź też z obu tych stron jednocześnie. Chorzy, skarżąc się na różne dolegliwości, nigdy nie czują prawdziwej przyczyny cierpienia, t. j. ani bólu, ani ciała obcego w gardzieli nosowej i nigdy nie są w stanie zwrócić uwagi na miejsce bezpośrednio cierpiące; dla tego też prawdziwa przyczyna choroby uchodzi często uwagi lekarza.

Pod względem klinicznym chorzy ci przedstawiają trzy oddzielne typy, które tak trafnie wyosobnił CALMETTES.

Przyprowadzają dziecko do otijatry z zastarzałym i upartym wpływem repnym z uszu, a niekiedy i ze znacznem osłabieniem słuchu. Po przedmuchinięciu stan ten się poprawia, lecz na bardzo krótko. Drugą postać tego

cierpienia, która najczęściej pozostaje nierozpoznana, przedstawiają dzieci blade, wychudzone, chorowite, z zatrzymanym rozwojem ustroju. Śpią one źle, często raptownie budzą się w nocy spocone i przerażone. Podczas czuwania mają usta otwarte, wyraz twarzy głupkowaty, słuch nieco przytępiony, są mało rozwinięte umysłowo i zwykle narażone na pośmiewisko towarzyszy. Jeżeli wszystkie te objawy są bardzo spotęgowane, rodzice radzą się lekarza, częściej jednak wszystko to przypisują „wrostowi“. Najczęstszą formę, z którą się tacy chorzy do nas zgłaszają, stanowią zaburzenia ze strony uszu i oddechania.

W początkowych okresach tego cierpienia, t. j. gdy wyrosłe adenoidalne są jeszcze mało rozwinięte, objawy są też niezbyt wielkie — jednakże istnieją zawsze. Bardzo wczesnym towarzyszem jest nieżyt nosa z obfitą wydzieliną i nieżyt gardzieli, która wówczas jest pokryta warstwą śluzu zielonawego często z przymieszką krwi. Taki nieżyt nosa u dzieci, będących przy piersi, jest bardzo groźnym powikłaniem, gdyż przeszkadza do ssania. CHATELLIER ¹⁾ wspomina o przypadkach śmierci z głodu u ssawców, wskutek niemożności ssania z powodu nieżyty nosa. Toż samo znajduję u BOUCHUT'a ²⁾. W pierwszych okresach zaraz zjawiają się granulacje w gardzieli, o których ściśłym związku ze sprawą, zajmującą nas, wspominaliśmy wyżej. Już i wtedy daje się spostrzegać częste otwieranie ust, lub nawet stałe oddechanie przez usta. Naturalnie, objawy te nie wystarczają do zrobienia pewnego rozpoznania, powinny jednak od razu zwrócić uwagę lekarza, w jakim kierunku należy badać. Rozpoznanie staje się pewnem wtedy, gdy zobaczymy te wyrosłe w lusterku za pomocą rynoskopii tylnej, albo w razie braku odpowiedniej wprawy lub przyrządów, gdy zbadamy daną okolicę palcem. Należy zwracać baczną uwagę na najwcześniejsze okresy tego cierpienia, aby wystąpić z odpowiednią interwencją czynną; gdyż leczenie ogólne samo przez się żadnego pożytku przynieść nie może wobec istniejącej stale materyjalnej przeszkody, tak ujemnie wpływającej na rozwój młodego organizmu. W miarę powiększania się rozrostu gruczołu LUSCHKA'iego, objawy potęgują się ilościowo i jakościowo, a zależnie od umiejscowienia wywołują zaburzenia, bądź ze strony oddechania i mowy, bądź ze strony serca. Gdy wielkość ich jest o tyle duża, że zatyka nozdrza tylne, oddechanie przez nos staje się niemożliwem, dzieci takie zmuszone są oddechać ustami, co się, jak wiadomo, sprzeciwia prawom fizjologii. Usta trzymają ciągle otwartemi, co nadaje twarzy wyraz głupowaty; szczęka dolna bywa obwisnięta, jamy nosa przez nieużywalność znacznie zmniejszone. Wargę górną jest zgrubiała i podniesiona do góry, tak, że zęby górne są odkryte. Cera skóry blada. Wyraz twarzy, jak widzimy, bardzo charakterystyczny wskazuje odrazu na jakieś ukryte cierpienie. Gdy sprawa trwa długo, t. j. u dzieci starszych, od 13 do 15 lat mających, daje się zauważyć znaczne wydłużenie twarzy, zapadnięcie policzków i zbyt wielki rozwój szczęki dolnej, która jest wtedy ku przodowi wysuniętą. Podniebienie przyjmuje formę kopułową, t. j. więcej wklęsłą w punkcie granicy między podniebieniem miękkim i twardem.

[C. d. n.]

¹⁾ Thèse de Paris, str. 29.

²⁾ Traité pratique du maladies des nouveau nés, par E. BOUCHUT. Paris. 1873.

III. JESZCZE JEDEN PRZYPADEK PRZEPUKLINY PRZEAPONOWEJ.

Napisał

D-r med. E. Przewoski.

Opis obecnego przypadku podaję jako dopełnienie mej pracy, zamieszczonej w roku zeszłym w Gazecie Lekarskiej, pod tytułem: „Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej“. Obecny przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stosunkowo rzadkie i jeszcze niedostatecznie stwierdzone umiejscowienie przepukliny wrodzonej na przeponie. Dalej, odznacza się on i tem, że rozpoznanie zrobione było za życia chorego, podczas operacji.

Chybiński Józef, szewc z Warszawy, liczący lat 24, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 11 Lutego 1889 r. na oddział prof. BARANOWSKIEGO, zkąd dla dokonania laparotomii przeniesiony został dnia 12 Lutego rano na oddział D-ra WŁ. KRAJEWSKIEGO.

Chory skarży się na zaparcie stolca, wymioty, czkawkę i silne bóle w brzuchu, trwające od dni pięciu.

Z wywiadów okazuje się, iż chory przed 5-ciu dniami mocował się z jednym ze swoich towarzyszków, poczem natychmiast wystąpiły silne bóle w brzuchu, wymioty i czkawka. Przed rokiem tak samo wskutek jakiegoś gwałtownego wysiłku uległ podobnemu cierpieniu, połączonemu z wymiotami, czkawką i zaparciem stolca; objawy te jednak po upływie jednej doby bez leczenia ustąpiły. O ile dowiedzieć się można od rodziny chorego, zupełnie podobne przypadłości, w mniejszym lub większym stopniu, zdarzały się u niego niejednokrotnie i dawniej i także ustępowały same przez się. Wystąpienie opisanych, przechodnich objawów prawie zawsze poprzedzał jakiś wysiłek mięśniowy. Chory tak się do podobnych przypadłości przyzwyczaił i był pewny, że przejdą bezkarnie, iż ostatnim razem pierwsze pięć dni choroby przepędził w domu w nadziei, że choroba sama przejdzie. Dopiero wzmagające się bóle w brzuchu skłoniły go do wstąpienia do szpitala. Jeszcze w domu chory przyjmował różne środki przeczyszczające, ale bezskutecznie. Na oddziale prof. BARANOWSKIEGO dostał obfitą ławatywę HEGAR'owską, lecz odpłynęła tylko czysta woda [stolca ani gązów nie było].

Rodzina chorego twierdziła nadto, że chory nigdy nie chorował mocniej skutkiem upadnięcia z pewnej wysokości, przejechania, gwałtownego przytłoczenia do muru i t. d..

D-r KRAJEWSKI, badając chorego, znalazł, co następuje: chory dosyć mocnej budowy, dobrze odżywiany. Na twarzy wyraz ciężkiego cierpienia. Czoło pokryte potem. Oczy zapadłe. Tętno pełne, 100 uderzeń na minutę. Chory co chwila wymiotuje i ma bardzo silną, głośną i nieustanną czkawkę. Masy wymiotne, zebrane na misie, mają charakterystyczny zapach kałowy. Brzuch olbrzymio wzdęty. Szczególniej uderza wzdęcie górnej, leżącej nad pępkiem, połowy brzucha, która tak się przedstawia, jakby pod ścianą brzuszną umieszczono w tem miejscu walcowaty, gazami wypełniony worek. Ta okoliczność, jak również szybkie wracanie się wody wlewanej przez kishkę stolicową, już przy niewielkiej ilości, skłoniła D-ra KRAJEWSKIEGO do przypuszczenia, że przeszkoda w krążeniu kału tkwi w kishce grubej po za poprzecznicą.

Wobec wyżej opisanego stanu nie postawiało nic innego, jak wykonać laparotomię w celu przywrócenia drożności kishki. Operacji dokonał dnia 12. II. rano D-r KRAJEWSKI w obecności D-rów OBRĘBSKIEGO, HEWELKIEGO i CIĄGLIŃSKIEGO, przy pomocy D-rów GARBOWSKIEGO i WITKOWSKIEGO.

Sam przebieg operacji D-r KRAJEWSKI tak opisuje: „z powodu wielkiego wzdęcia brzucha poprowadziłem cięcie pośrodkowe odrazu od wyrostka mieczykowatego do spojenia kości łonowych. Po otworzeniu jamy otrzewnej, kiszki z taką siłą wydobyły się na zewnątrz, iż miałem pewne trudności w dostaniu się do zrobionego w otrzewnej otworu, aby go rozszerzyć do wielkości rany skórnej. Gdy nareszcie jama brzuszna została otwartą na całej długości linii białej, prawie wszystkie kiszki wypadły na zewnątrz, a wraz z niemi i ogromnie rozdęta poprzecznicą. To rozděcie poprzecznic było wskazówką, że przeszkody w drożności kiszek szukać należy poniżej. Wprowadziwszy rękę do lewego podżebrza i posuwając ją po przebiegu rozdętej poprzecznic, doszedłem do przepony i znalazłem, iż kiszka jest tu mocno przytwierdzoną. Ostrożne próby odciągnięcia jej na nic się nie przydały. Poniżej miejsca przytwierdzenia poprzecznic do przepony — rozdętej kiszki wyczuć nie mogłem. Taki stan rzeczy naprowadził mnie na myśl, iż mam do czynienia z przepukliną przeponową. Ponieważ cięcie w ścianach brzusznych okazało się niedostatecznem dla dojścia do miejsca zaciśnięcia poprzecznic, przeto dodałem cięcie poprzeczne na wysokości pępka w lewo. Dopiero po zrobieniu tego cięcia można się było należycie rozpatrzeć w stosunkach: kiszkę grubą zstępującą znalazłem ściągniętą, a idąc po niej w górę, przekonałem się, że dochodzi ona do tego samego punktu przepony, przy którym się gubi rozdęta poprzecznicą. Nie ulegało więc wątpliwości, że przyczyną niedrożności przewodu kiszkowego było uwięzienie kiszki grubej w otworze, znajdującym się w przeponie. Ostrożne pociąganie za oboje końce uwięzionej kiszki nie doprowadziło do jej uwolnienia; zresztą bałem się zbyt energicznie postępować, aby kiszki nie rozerwać. Lewa kopuła przepony stała tak wysoko, iż musiałem wsunąć całą rękę pod łuk żebrowy, aby się końcem palca wskazującego dostać do miejsca uwięzienia, a hernijotom, który pod osłoną tak ułożonej ręki wprowadziłem, okazał się za krótki, tak, iż z trzonkiem chował się zupełnie pod łuk żebrowy i nie dosięgał brzegów otworu w przeponie. Wtedy spróbowałem, czy mi się nie uda wejść wskazującym palcem lewej ręki do otworu przeponowego. Powoli, ostrożnie, naciskając na zewnętrzny brzeg otworu w przeponie, zdołałem wprowadzić doń koniec palca i, zgiąwszy go następnie haczykowato, ściągnąć przeponę ku dołowi, tak nisko, że nie tylko ją, lecz i wszyscy obecni obejrzeć mogli otwór zaciśkający uwięzioną kiszkę. Po palcu wprowadziłem następnie hernijotom, zrobiłem *debridement* na zewnątrz [w stronę mięsnej części przepony], poczem ta szybko ześliznęła mi się z palca ku górze, a wraz z palcem wysunęła się z otworu zaciśnięta pętlica kiszki. Okazało się, iż jest to: *flexura coli lienalis*. Długość części zaciśniętej wynosiła około 8 do 10 ctm., przyczem pokrywająca ją otrzewna była zupełnie gładka i przezroczysta. Ucisk obrączki uywydatniał się jako biały, na $\frac{1}{4}$ ctm. szeroki pasek i na przebiegu tego paska żadnej przerwy w ciągłości otrzewnej odnaleźć nie mogłem. Wylewów krwawych w ścianie zaciśniętej kiszki i wyraźnego obrzęku zauważyć również się nie dało. Tylko w krezce, odpowiadającej uwięzionej części kiszki, były dosyć liczne wylewy krwawe. Jednem słowem, kiszka była w takim stanie, że, robiąc hernijotomię, ani na chwilę bym się nie zawałał odprowadzić ją do brzucha. Przekonawszy się, że nie ma krwawienia z przecięcia, zrobionego w przeponie, przystąpiłem do zaszycia jamy brzusznej. Pokazało się jednak, iż kiszki są tak mocno gazami wypełnione, że bez oswobodzenia ich przynajmniej od części zawartości nie można nawet marzyć o wprowadzeniu ich do jamy brzusznej. Dlatego też przekłułem kiszkę cienką średniej grubości trójgrańcem i wypuściłem część gazów i dosyć znaczną ilość płynnego kału. Otwór zaszyłem szwem LEMBERT'a. Teraz dopiero, i to jeszcze z wielkim trudem, udało mi się odprowadzić kiszki do jamy brzusznej i zamknąć tę ostatnią szwem, częścią węzełkowym, a częścią kuśnierskim. Następnie nałożono opatrunek i przeniesiono chorego do ogrzanego łóżka. Zaraz po operacji chory był tak osłabionym,

iż trzeba było wstrzyknąć mu dwa razy eter pod skórę. Wkrótce przyszedł do siebie, tak, że już tego samego dnia wieczorem tętno było bardzo dobre — 100 uderzeń na minutę. Wymiotów od czasu operacji nie było ani razu, tylko ciągła czkawka dokuczać mu nie przestała. Zalecono proszki z makowca po $\frac{1}{4}$ gr. i lód na brzuch. Drugiego dnia po operacji stan tenże sam: chory uskarża się na bóle w brzuchu; czkawka trwa ciągle; brzuch bardzo wzdęty. Wieczorem ciepłota $38,4^{\circ}$ C., tętno 120. Ponieważ chory nie oddawał dotąd ani stolca, ani wiatrów, przeto naznaczono ławatywę HEGAR'a, po której odeszły gazy w znacznej ilości i trochę płynnego kału. Sprawilo to znaczną ulgę choremu. Na trzeci dzień chory czuł się znacznie lepiej. Ciepłota prawidłowa. Ból w brzuchu ograniczony tylko do strony lewej, wymiotów nie ma. Zmieniono opatrunek. Rana ścian brzucha bez odczynu, prawidłowa. Czwartego i piątego dnia stan chorego niezły. Wymiotów nie ma. Czkawka rzadsza i mniej męcząca. Brzuch zawsze trochę bolesny z lewej strony. Po ławatywie HEGAR'a obfity stolec. Szóstego dnia rano chory skarży się na silne bóle w lewej połowie brzucha. Ciepłota 38° C., tętno 120. Po zdjęciu opatrunku okazało się, iż z zewnętrznego kąta poprzecznej rany wydobywa się kał. Po zdjęciu dwóch szwów brzeżgi rany się rozeszły i wszedłem do jamy wielkości pięści, napełnionej płynnym kałem. W pierwszej chwili przypuściłem, że rozluźnił się szew, nałożony na otwór po przekłuciu кишки. Pomimo skrzętnego poszukiwania nie mogłem jednak dnia tego otworu w kiszce wynaleźć, przepłókałem więc jamę ropnia rozczynem kwasu bornego, wypełniłem gazą, napojoną octanem glinu i pokryłem wilgotnym okładem sublimatowym. Wieczorem ciepłota 38° C., tętno 120. Kał wydobywa się przez ranę. Siódmego dnia przeciąłem ścianę brzuszną na całej przestrzeni, podminowanej przez ropień kałowy i wówczas dopiero przekonałem się, że kał wydobywał się z кишки grubej, a mianowicie z pętlicy poprzednio zaciśniętej, której część ściany zmartwiała. Po usunięciu tej zmartwiałej części, wytworzyłem sztuczny odbyt, zespalając szwem ścianę кишки ze skórą. Naokoło doprowadziłem dreny i nałożyłem opatrunek, jak poprzednio. Osmego i dziewiątego dnia stan chorego stopniowo się pogarszał. Wystąpiły z nową siłą objawy zapalenia otrzewnej. Powstało zapalenie płuc opadowe, aż nareszcie 10-go dnia po operacji chory umarł. Z podanego przebiegu choroby możnaby wnosić, że gdybym u chorego od razu był zrobił sztuczny odbyt, albo też wyciął część uwieczoną кишки, to chory byłby wyzdrowiał. Powstrzymał mnie od dokonania któregoś z wymienionych zabiegów względnie doskonały stan, w jakim się znajdowała uwolniona od uwiecznienia pętlica. Ztąd myślę, że na zmartwienie кишки musiało mieć wpływ niepośledni ogromne rozprężenie kiszek gazami. Ciśnienie na ścianę кишки mogło się okazać dostatecznem do tego, żeby i tak upośledzone odżywianie w ścianie, uwolnionej od uwiecznienia pętlicy, upośledzić do tego stopnia, że nastąpiła zgorzel.

Dokonane na drugi dzień po śmierci chorego badanie zwłok wykazało stan następujący:

Skóra biała miernie gruba i na niej na przedniej ścianie brzucha dwa chirurgiczne cięcia: jedno po linii białej i drugie prostopadłe do niego, idące na lewo od pępka. Powierzchnia każdej z tych ran nieczysta, pokryta posokowatym płynem. Pilne poszukiwanie skóry tułowia i osobliwie z lewej strony nigdzie nie wykazało ani śladu starych blizn po ranach ciętych, klutych, postrzałowych i t. d.

Warstwa tłuszczu w tkance łącznej podskórnej do $\frac{1}{2}$ cent. gruba. Mięśnie miernej wielkości, czerwone. Kościec nie przedstawia żadnych zmian widocznych, [np. żadnych śladów złamań, zwłaszcza na żebrach lewego boku]. Toż samo bez zmian widocznych układ nerwowy.

Blona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i przełyku biała.

Błona śluzowa oskrzeli i dolnego końca tchawicy dosyć mocno zaczerwieniona, zgrubiała i pokryta dość znaczną ilością śluzu. Oba płuca trochę powiększone, w tylnych częściach zaczerwienione i obrzękłe. Nadto w każdym płucu tylna połowa dolnego zrazu wyraźnie powiększona, jednostajnie stwardniała, na rozkroju czerwona, gładka, bezpowietrzna, przy nacisku rozrywa się łatwo i wycieka z niego płyn mętny (*pneumonia lobaris acuta deuteropathica*). Nad stwardniałą tkanką płuca opłucna jest zgrubiała, zaczerwieniona, mętna i pokryta delikatnym nalotem świeżego włókniaka. Oprócz tego, opłucna, pokrywająca przednią połowę podstawy lewego płuca, jakoteż odpowiednią część lewej połowy przepony, jest bardzo mocno zaczerwieniona, zgrubiała, usiana mnóstwem drobnych wynaczynień krwi i pokryta niewielką ilością ropiasto-posokowatego płynu. Pod tą przednią połową podstawy lewego płuca i nad przeponą, widać wielką część sieci wielkiej (*omentum majus*). Dalej od tyłu, na tylnej połowie podstawy lewego płuca jest miejscami, na większej lub mniejszej przestrzeni, przyrosłe za pomocą starych błoniastych, łącznie tkankowych zrostów.

Przepona wszędzie trochę podniesiona. Z prawej strony ma ona budowę prawidłową — z lewej zaś, na przednim odcinku mięsnej jej części, widać otwór. Otwór ten jest prawie zupełnie okrągły i ma w średnicy 1,5 ctm. Otwór leży pomiędzy pęczkami mięsnymi przepony, poczynającymi się od VII i VIII żebra i prawie na środku ich długości. Znajduje się on mianowicie w odległości 6 ctm. od przyczepienia wymienionych pęczków mięsnych do żeber i w odległości 5 ctm. od przyczepienia się tychże pęczków do brzegu przedniego płata *centri tendinei*. Otwór pod względem położenia, mniej więcej, odpowiada przecięciu się dwóch linii, to jest: poprzecznej, łączącej przednie, kostne końce X żebra z każdej strony z linią przednio-tylną, przechodzącą przez linię sutkową lewą. Brzeg otworu jest zupełnie gładki, zaokrąglony; tworzy go rodzaj twardego, białego, włóknistego sznurka grubości na 1,5 milim. Od zewnątrz otwór rozszerzony został chirurgicznym cięciem 1 ctm. długości. Dokoła otworu mięsień przepony ma wygląd prawidłowy. Na brzegu otworu opłucna gładko przechodzi w otrzewną. Przez otwór przechodzi z jamy brzusznej do przednio - dolnego odcinka jamy lewej opłucnej znaczna część dolnego końca sieci wielkiej. Ten koniec jest długi na 20 ctm. Przechodząc przez otwór przeponowy, sieć wielka przyrasta dosyć mocno do więcej, niż połowy wewnętrznej jego brzegu. Koniec sieci, znajdujący się w jamie lewej opłucnej, jest rozrosły, dosyć twardy i obfity w komórki tłuszczowe. Ten koniec dolny sieci wielkiej w lewej opłucnej jest zaczerwieniony, pokryty płynem ropiasto - posokowatym i lekko przyklejony do przedniej części podstawy płuca. Prócz sieci wielkiej z jamy brzusznej do jamy lewej opłucnej na trupie nic więcej nie przechodzi.

Serce i większe naczynia nie przedstawiają zmian widocznych.

W jamie otrzewnej wszędzie widać trochę płynu ropiasto - posokowatego, zmieszanego z płynnym kałem. Sama otrzewna jest mocno zgrubiała, mętna, usiana wieloma wynaczynieniami krwi i rwie się łatwo. Oddzielne pętlice kiszek są miejscami lekko posklejane świeżym włókniakiem.

Rozłożenie trzewów w jamie brzusznej nie jest zupełnie prawidłowe, a mianowicie: żołądek i poprzeczna są silnie przeciągnięte na lewo; odzwrotnikowa część żołądka leży na średniej linii, przed kręgosłupem; do tego miejsca dociągnięta jest również górna pozioma część dwunastnicy. Średnia część krzywizny wielkiej żołądka znajduje się zaraz pod otworem w przeponie, przyciągnięta tu przez sieć wielką, udającą się do jamy lewej opłucnej. Lewa część poprzecznicy i *flexura lienalis coli* leżą tuż pod przeponą. Inne trzewa jamy brzusznej zajmują miejsca zwykłe.

Wątroba trochę powiększona, ciastowata, na rozkroju gładka, z budową zrazikową niewyraźną, koloru czerwono - szarego. [Mięszkowe zmetnienie].

Śledziona trochę powiększona, nieco zaczerwieniona.

Nerki w stanie mocnego mięsaszowego zmętnienia. Miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz i narządy płciowe nie przedstawiają nic szczególnego.

Błona śluzowa кишки cienkiej mocno zaczerwieniona, rozpulchniona i pokryta powiększoną ilością śluzu. W kiszce grubej, mianowicie w kiszce ślepej, w kiszce grubej wstępującej i w poprzecznicy błona śluzowa także mocno zaczerwieniona, rozpulchniona i pokryta śluzem, a w świetle mieści się wiele płynnego kału, zmieszanego z gazami; kiszka prosta zstępująca, *S. romanum, rectum* bez zmian wydatnych. Miejsce, zaszyte po nakłuciu trójgrańcem, nie było punktem wyjścia kału do otrzewnej. Dosyć obszerne przedziurawienie znajdowało się na lewym końcu poprzecznicy, lub na miejscu *flexurae lienalis*. Brzegi tego otworu w ścianie кишки grubej nierówne, kłaczkowate i miejscami pokryte wyraźnym, żółto - szarawym, kłaczkowatym, nekrotycznym strupem. Żołądek, oprócz przemieszczenia i zmiany formy skutkiem przemieszczenia, nie przedstawia żadnych innych zmian.

Z anatomicznego opisu widać niewątpliwie, że, podług przyjętej przez nas nomenklatury, u Chybińskiego Józefa była *hernia diaphragmatica spuria sinistra interstitialis, seu intermedia* z umiejscowieniem wchodowego otworu na przestrzeni mięśnia i to w przednim jego odcinku. Prawie stanowczo twierdzić można, że była to przepuklina wrodzona; za takim poglądem przemawiają: anatomiczna forma wchodowego otworu przepukliny i dane anamnestyczne, dostarczone przez chorego i jego rodzinę. Chory nigdy nie ulegał żadnemu większemu traumatyzmowi, czego wreszcie dowodzi, prócz twierdzenia rodziny chorego, i anatomicznie stwierdzony brak takich dowodów przebytego traumatyzmu, jak stare blizny, ślady złamań i t. d.. Pierwsze objawy przemijającego samodzielnie uwięzienia przewodu pokarmowego w otworze przeponowym wystąpiły, o ile się zdaje, dosyć wcześnie i następnie przy odpowiednich okolicznościach, to jest przy zwiększonym ciśnieniu wewnątrzbrzusznem, powtarzały się kilkakrotnie. Do ciągle istniejącego i niczem niezastłoniętego otworu w przeponie wchodziły wówczas: swobodny koniec sieci wielkiej i część кишки grubej. Kiszka gruba potrafiła się szybko oswobodzić, ale sieć wielka nareszcie pozostała w jamie lewej opłucnej na stałe i przyrosła do brzegu otworu przeponowego. Ostatnie uwięzienie кишки grubej w otworze przeponowym było silniejsze od innych. Powód zmartwienia oswobodzonej od zaciśnięcia ściany кишки grubej niezawodnie słusznie tłumaczy kol. KRAJEWSKI.

Na miejscu wchodowego otworu przepukliny w obecnym przypadku, na prawidłowej przeponie nie ma żadnego otworu. Przeciwnie, przepona jest tu zupełnie jednociągła i mniej więcej jednostajnie gruba. Dla objaśnienia więc wrodzonego otworu w tem miejscu, trzeba się uciec do przypuszczenia miejscowej choroby przepony u płodu, jak to rozebrałem szczegółowo w swej poprzedniej pracy o przepuklinie przeponowej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

47. Gowers i Horsley. Przypadek guza rdzenia kręgowego, wyleczony przez wycięcie nowotworu.

42-letni kapitan G., był zupełnie zdrow aż do r. 1884; przymiotu nie przechodził. W roku 1884, po silnem upadnięciu nawznak, doznawał przez kilka ty-

godni tępego bólu w dolnej części kręgosłupa; po ustąpieniu tego bólu w tymże roku kapitan G. uczuł inny ból w kręgosłupie na wysokości dolnego końca łopatki z lewej strony. Ból ten trwał przez cały miesiąc bez zmiany, zwiększając się przy ruchach i wstrząśnieniach. Po miesiącu zmniejszył się bez żadnego leczenia, ale niebawem wystąpił z równą siłą. Ból ten stały, ściśle umiejscowiony, raz mniejszy, drugi raz gwałtowny, był głównym i jedynym zarazem objawem choroby, długo opierającej się wszelkiemu rozpoznaniu i leczeniu.

Najrozmaitsi lekarze niemieccy, francuzcy i angielscy rozpoznawali naprzemian, to neuralgię międzyżebrową, to tętniaka, a byli i tacy, którzy rozstrojonego bólem chorego wysyłali w dalekie podróże, jako neurastenika. Po kilku latach takich wędrówek, po kuracji w Akwizgranie i pobycie w południowej Francji, chory po raz pierwszy w r. 1886 zauważył pewne osłabienie, najpierw w lewej, potem w prawej kończynie dolnej. Niezadługo zjawił się bezwład obu kończyn dolnych, utrata uczucia skórniego i zatrzymanie moczu, wystąpiły drgawki w obu kończynach, a w okolicach VI i VII nerwu międzyżebrowego dokuczały choremu najstraszniejsze bóle. Teraz dopiero wyjaśniło się rozpoznanie. Poprzeczne porażenie rdzenia kręgowego nie ulegało wątpliwości. Powolne zjawianie się bezwładu kończyn przemawiało za uciskiem rdzenia od zewnątrz. Wyłączono gruźlicę kręgu dla braku objawów miejscowych [guz, ból przy ncisku]; wyłączono przymiot, mając na względzie bezskuteczność leczenia swoistego. Wahano się w rozpoznaniu między tętniakiem i nowotworem. Tętniak dawałby jednak pewne objawy fizyczne, których nie było [szmer, napięcie, zcieńczenie kości przez ucisk]. Wobec tego, że na zewnątrz nie było najmniejszej wyniosłości, przypuszczano, że nowotwór znajduje się całkowicie wewnątrz kanału kręgowego; za niezłoslwym charakterem nowotworu przemawiało długie trwanie choroby. Do umiejscowienia nowotworu skorzystano z okoliczności, że chory miejsce bólu dokładnie umiejscowił [z lewej strony] i że bezwład zjawił się najpierw w kończynie lewej, następnie w prawej. Takie rozpoznanie, według HORSLEY'a, dostarczyło jedynego w tym przypadku racjonalnego wskazania leczniczego, usunięcia guza. Chory chętnie się na to zgodził i 9 Czerwca 1887 r. HORSLEY wykonał operację. Szczegóły operacyjne przechodziłyby zakres niniejszego sprawozdania. W przewidywanem miejscu guz znaleziono. Nowotwór (*fibro-myxoma*) wielkości migdała spoczywał dolnym swym końcem na górnym korzeniu lewego IV-go nerwu grzbietowego, sięgając ku górze do III nerwu grzbietowego. Guz znajdował się między oponą twardą i rdzeniem. Opona miękka i pajęczka otaczały go w kształcie osłony [kapsuły]. Po zostale po wyłuszczeniu guza wkłknięcie na rdzeniu świadczyło o zniszczeniu istoty rdzeniowej. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Rana zagoiła się *per primam*. Ból istniał jeszcze bardzo długo [kilka miesięcy]. Ruch i czucie wracały powoli. W pół roku po operacji chory mógł chodzić dość swobodnie. Blizna była twarda, bólów nie było żadnych. W rok zaś po operacji chory donosił HORSLEY'owi, że jest zupełnie zdrow i życie prowadzi ruchliwe.

Autorowie zebrali w literaturze 58 przypadków guzów rdzenia kręgowego; podają ich klasyfikację i szczegółowy opis. Z przypadków tych dwa operowano — w jednym było polepszenie, ale chory zmarł po 6 tygodniach na zapalenie otrzewnej; w drugim nastąpiło wyzdrowienie zupełne [tylko co opisany przypadek HORSLEY'a]. Pozostałe zakończyły się śmiercią.

(*Ein Fall von Rückenmarksgeschwulst mit Heilung durch Extirpation von D-r W. R. GOWERS und VICTOR HORSLEY, übersetzt von D-r BERNHARD BRANDIS. Berlin, 1889. Str. 71 i rysunek.* A. Puławski.