

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK T. ZW. OBRZĘKU HISTERYCZNEGO PRAWEGO RAMIENIA i symetrycznej zgorzeli obu kończyn dolnych.

[CHOROBA RAYNAUD'A].

Podał

Gracyan Pisarzewski,
lekarz miasta w Częstochowie.

— † — † —

Dnia 31 z. r. zostałem wezwany na naradę z kolegą SZUMEREM do pacjentki jego, pani Z., przy czem z anamnestycznych danych tak od samej p. Z., jak i od kol. S. dowiedziałem się, co następuje:

Obecne cierpienie zaczęło się przed 3-ma tygodniami od zaburzeń żołądka, wymiotów i bólów w stawach bez obrzęku. W początkach cierpienia ciepłota ciała była nieznacznie podniesiona w przeciągu dwóch dni (*maximum* 38,7); dalszy przebieg był zupełnie bezgorączkowy, chociaż w nocy były częste bredzenia. Cierpienie to rozwinęło się nagle po silnem moralnem wstrząśnieniu i po przeziębieniu. Z... przeszła piechotą około wiorsty podczas deszczu i silnego wiatru, a wróciwszy do domu, uczuła się na tyle słabą, że musiała się położyć do łóżka. Z najbardziej uderzających objawów można było zanotować: bóle w stawach, uniemożliwiające wszelki ruch kończyn, przechodni obrzęk na prawej goleni i stopie, silne bóle w dolnej części brzucha przeważnie z prawej strony, wymioty i bredzenie, a nawet głośne krzyki po nocach. Stan ten stopniowo się poprawiał, tak, że chora zaczęła się podnosić, jeść i wogóle uważaną była za rekonwalescentkę, gdy nagle 28-go grudnia rano wystąpiła zupełna utrata władzy w obydwóch nogach i prawej ręce; uczucie odrętwienia, przykurczenie i silne skręcenie obydwóch stóp ku wewnątrz, obrzęk prawego ramienia w środkowej jego części. Wieczorem tegoż dnia obrzęknięta skóra ramienia przybrała kolor prawie ciemno-fioletowy i w miejscu obrzęku zjawił się silny, dojmujący ból. 29 rano obydwie kończyny dolne były różowo-fioletowo zabarwione, co miało trwać zaledwie parę godzin.

Przy tem wszystkiem ciepłota ciała była w prawidłową, łaknienie nawet dobre, a główną skargą chorej były bóle w nogach i prawem ramieniu, a także

przykre, bolesne bicie serca. Z bardziej oddalonych anamnestycznych danych dowiedziałem się, że chora pochodzi z rodziny zdrowej, wyszła dość młodo zamąż i miała czworo dzieci.

Po śmierci męża przeszła ciężkie straty materialne, położenie jej socyalne znacznie się zmieniło, chociaż w każdym razie było niezłe i bez nadzwyczajnych braków.

Zawsze była nerwową, lecz rozstrój nerwowy pogorszył się znacznie w ostatnich paru latach. Pojawiły się mianowicie w ostatnich dwóch latach zaburzenia w miesiączkowaniu, upławy i częste dość znaczne krwotoki maciczne. Z chorób cięższych przechodziła podobno gościec stawowy, połączony z zapaleniem wsierdzia.

Przy badaniu, dokonaniem 31 grudnia, znalazłem:

P. Z., 42 lat, wzrostu średniego, prawidłowej budowy ciała; tkanki tłuszczowej ilość dość znaczna. Wyraz twarzy zdradza cierpienie; uskarża się też chora na silne bóle w nogach i w prawej ręce; leży pochylona nieco na lewy bok; prawa ręka, lekko zgięta w łokciu, leży przy tułowiu. W środkowym odcinku prawego ramienia na przedniej jego powierzchni, w miejscu odpowiadającym mięśniowi dwugłowemu widzimy miejsce obrzęknięte, fioletowo-sinego koloru. Obrzęk ten jest nieznaczny, palec uciskający nie pozostawia na skórze obrzękniętej żadnego znaku. Obrzęk i fioletowo-sine zabarwienie skóry obejmują, jak powiedziałem, tylko przednią część ramienia na przestrzeni mniej więcej dłoni i oddzielają się dość ostro od zdrowej części ramienia. Uczucie bólu, dotyku i temperatury na miejscu obrzęku absolutnie zniesione. Głębokie ukłucia szpilką tych miejsc nie wywołują krwawienia. Przedramię, dłoń i palce nie obrzęknięte, zabarwienie ich skóry normalne, palce ciepłe. Ruchów czynnych chora nie może wykonywać, oprócz ruchów palcami; ruchy bierne w ramieniu, łokciu i napiętku normalne, chociaż połączone z silnym bólem. Czucie dotyku i temperatury na przedramieniu i ramieniu [oprócz miejsca obrzęku] normalne, czucie bólu znacznie wzmożone.

Kończyny dolne nieznacznie zgięte w kolanach; obydwie golenie dość znacznie obrzęknięte. Właściwie nie jest to to, co widzimy przy wadach serca lub cierpieniu nerek; jest to jakby powiększenie objętości goleni bez owej ciastowatości, jaką widzimy przy zwykłych obrzękach. Palec uciskający nie pozostawia zupełnie znaku, albo znak ledwie dający się zauważyć. Obrzęk ten najwidoczniejszy jest w środkowych częściach goleni, mniej na stopach. Skóra obydwóch goleni, poczynając na odległość dłoni od kolana, różowawa z niebieskim odcieniem, przy dotknięciu chłodna. Na tle różowego zabarwienia skóry silnie odbijają pasy ciemno-czerwone, szerokie na dwa palce i długie na 8—10 ctm., przebiegające na przedniej powierzchni prawej goleni i na zewnętrznej powierzchni lewej. Pasów takich na prawej goleni widzimy dwa, na lewej jeden, stopy silnie zwrócone ku sobie, tak, że podeszwy prawie się stykają (*pes varus*). Skóra obydwóch stóp, zaczynając od kostek, marmurowo-biała, pomarszczona i fałduje się zupełnie tak jakby u tru-

pa, który długo leżał w wodzie. Stopy zimne. Wszelkie ruchy tak bierne, jak czynne w stopach, kolanach i biodrach niemożliwe z powodu silnego bólu. Stawy obrzęknięte. Na stopach i goleniach, poczynając na szerokość dłoni poniżej kolana, czucie bólu, dotyku i ciepłoty zupełnie zniesiona.

Z miejsc ukłucia szpilką nie pokazuje się ani krew, ani surowica nawet przy naciskaniu. Odruchy kolanowe niemożliwe do określenia z powodu silnego bólu, jakiego doznaje chora przy najmniejszym dotyku lub poruszeniu kończyn. Oprócz miejsc opisanych, w których mamy zupełnie zniesione czucie bólu, na całym tułowi, piersiach, biodrach i lewej ręce czucie bólu silnie wzmożone [lekkie dotknięcie wywołuje krzyk], czucie zaś ciepłoty i dotyku prawidłowe. Na krzyżu znajdujemy nieznaczne zaczerwienienie, które obejmuje jakby pasem miejsce ciemniejsze, pozostałe po niedawno stawianej wezykatoryi. Pas ten, szeroki na 2—3 palce, nie przylega bezpośrednio do miejsca po przyszczydle, lecz oddzielony jest od niego zdrową, normalnie zabarwioną skórą, szerokości około 2 ctm..

Przy badaniu wewnętrznych organów znajdujemy granice płuc prawidłowe, oddech normalny pęcherzykowy z rozrzuconymi swistami i wilgotnymi rżężeniami. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym [prawa granica na środku mostka], tony serca głuche, niemiarowe: po 12—15 uderzeniach następuje mała pauza, potem parę nieregularnych uderzeń i znów kilkanaście równych, prawidłowych. *Ictus cordis* rozlany, słabo się wyczuwa w V międzyżebrzu.

Tętno 96 na minutę. Zabarwienie widocznych błon różowe. Wątroba prawidłowej wielkości niebolesna; śledziony nie wyczuwa się. Brzuch lekko wzdęty, niebolesny, prócz miejsc odpowiadających położeniu jajników. Język suchy, obłożony; łaknienie niezłe; wypróżnienia same przez się, normalne.

Mocz oddaje chora około 1½ litra. Mocz ciemny, nasycony, zawiera ślady białka. Z innych danych wypada zanotować: znieczulenie gardzieli [lechtanie łyżeczką nie wywołuje odruchów], prawidłowe oddziaływanie źrenic, normalne ruchy oka, prawidłowe pole widzenia, dobry słuch, pamięć i przytomność umysłu; smak zachowany i wrażliwy.

Następnego dnia, t. j. 1 stycznia, znaleźliśmy ciepłość 38,2°, tętno 96, równiejsze, chociaż jeszcze zdarzają się dość częste przerwy pomiędzy uderzeniami. Skóra stóp różowa, nie pomarszczona, kolor prawie normalny; przykurczenie stóp i wykrzywienie ich przeszło bez śladu. Stopy wyprostowane leżą równo, ciepłota ich jednakże znacznie chłodniejsza od zwykłej. Zabarwienie goleni blędsze, chociaż odróżnia się wyraźnie od zabarwienia normalnej skóry. Opisane wyżej ciemno-czerwone pasy znikły. Stawy kończyn dolnych nie obrzmiały; ruchy tak czynne, jak bierne zupełnie niemożliwe z powodu silnego bólu przy każdym poruszeniu. Obrzęk na prawym ramieniu znacznie mniejszy, kolor z fioletowego zrobił się silnie różowym. Na zapytanie, czy przy ruchach prawą ręką nie uczuwa bólu, odpowiedziała chora z przestraszeniem, że bardzo boli i prosiłaby, by jej nie dotykać. Zajawszy chorą rozmową, wziąłem za duży palec prawej dłoni i wykonywałem wszystkie ruchy w sta-

wie barkowym i łokciowym, przyczem nie było znaku bólu lub jakiegokolwiek oporu ze strony chorej. Podniósłszy kończynę wysoko, puściłem palce, a ręka sama powoli opadła na swoje miejsce. Zwróciłem jej wtenczas uwagę na możliwość wykonywania przez nią ruchów i prosiłem, by sama podniosła rękę; nie była jednak w stanie tego wykonać i gdy po raz drugi chciałem zrobić pierwszą próbę [przy zwróceniu jej uwagi], zaczęła boleśnie jęczeć i uskarżać się na bóle w całej kończynie. Zaczerwienienie na krzyżu trwa w tym samym stopniu.

Stan ogólny lepszy w porównaniu z dniem wczorajszym, łaknienie dobre, wypróżnienie prawidłowe. W nocy chora spała spokojniej bez majaczenia.

W ciągu następnych dwóch dni bóle w kończynach dolnych nie ustały, lecz przeciwnie pod wieczór 3-go stycznia wzmogły się, przyczem golenie przybrały znów ciemniejszą barwę. Z miejsc ukłuć, które robiłem przy pierwszym badaniu, pokazała się krew. W nocy [2-go na 4 stycznia] chora zaczęła silnie zgrzytać zębami, tak, że obruszyła przedni siekacz z lewej strony.

Przy badaniu 4 stycznia znaleźliśmy ciepłotę 36,8, tętno 108, nierówne; golenie przybierają kolor czerwono-siny, który nie ginie przy ucisku palcem. Czerwono-sine zabarwienie najbardziej widoczne w górnej części obydwóch goleni niknie stopniowo w kierunku ku stopom, tak, że skóra koło kostek przedstawia się już prawie normalną. Zaczynając zaś od kostek ku palcom, zabarwienie skóry wzmaga się, a na końcach palców przyjmuje fioletowy, prawie czarny odcień. Stopy i golenie chłodne i obrzęknięte, jak przy pierwszym badaniu. Znieczulenie zupełne na miejscu obrzęku i nadczułość powyżej. Obrzęk ramienia mało widoczny, kolor skóry na miejscu obrzęku różowy. W nocy nie spała, silne bóle w nogach, zgrzytanie zębami, łaknienie przytem niezłe, wypróżnienie prawidłowe.

5-go stycznia ciepłota 37,1, tętno 96. Skóra goleni fioletowo-czerwona, chłodna, skóra stóp pomarszczona fioletowego koloru, chłodna; końce palców prawie czarne. Obrzęk na ramieniu zaledwie widoczny. Wyrwała sobie ząb palcami, przyczem nie pokazała się ani kropla krwi.

6 stycznia. Stan bez zmiany, ciepłota 37,4, tętno 96.

7 stycznia. Ciepłota 36,7, tętno 92. Poci się dosyć silnie i uskarża się na silne bóle w goleniach. Kolor skóry na goleniach bardziej różowy, stopy znacznie bledsze, niż przy badaniu 5-go stycznia, tylko koniuszki palców fioletowo-czarne. Ramię normalne, obrzęk nie widoczny.

Moczu nie oddaje od 12-tu godzin; mocz wypuszczony kateterem w ilości $1\frac{1}{2}$ litra zawiera ślady białka i mnóstwo moczanów; cylindrów w moczu nie ma; zgrzytanie ciągłe i majaczenie, jak tylko zasypia.

8 stycznia. Ciepłota 36,9, tętno 104. Na lewej goleni, na tylnej jej powierzchni, zjawił się pęcherz, wypełniony prawie czarnym płynem; na zewnętrznej powierzchni tejże goleni część skóry została obnażona z naskórka na przestrzeni 6 ctm. długości i 4-ch ctm. szerokości, zielono-czarnego

koloru. Na prawej goleni, na wewnętrznej jej powierzchni wytworzył się pęcherz takich samych rozmiarów i z podobną zawartością. Końce palców ciemno fioletowe, suche. Skóra na podszwowej powierzchni małego palca prawej stopy, na tejże powierzchni 4-go i dużego palca, a także obydwóch stóp czarna, sucha. Na krzyżu skóra obnażona z naskórka i czarna na przestrzeni wielkości dłoni, sucha. Obok ku górze i na kości ogonowej od leżyna wielkości kopiejki. Bóle mniejsze; chora może nieco poruszać obydwoma nogami, t. j. posuwa je na boki i zgina w kolanach; brak snu i łaknienia; zgrzytanie zębami, jak tylko zaczyna drzemać.

9 stycznia. Ciepłota 39, tętno 108 nierówne. Górna granica obrzęku na obydwóch goleniach ciemno-fioletowa, po nad nią skóra z lekka zaczerwieniona i obrzmiała [linia demarkacyjna]. Bóle w nogach znów silniejsze.

10 stycznia. Ciepłota 37,8, tętno 104 nierówne, wyraźnie przestankowe. Na tylnej i wewnętrznej powierzchni lewej goleni czarne suche strupy na przestrzeni 8—10 ctm. długości i 4—5 ctm. szerokości. Na prawej łydce dwa czarne strupy: jeden na wewnętrznej stronie, drugi na tylnej. Prawa stopa koloru zielonawo-brudnego, końce palców i podeszwy obydwóch stóp czarne; zapach trupi. Na krzyżu ubytek skóry znacznie się powiększył. Prawe przedramię na przestrzeni 4—5 ctm. powyżej kości i na 5—6 ctm. poniżej łokcia zlekka obrzmiałe, białego koloru. Co do obrzęku, muszę znów powtórzyć to, com wspomniał przy pierwszym badaniu, że nie jest to właściwy obrzęk, ciastowatość, lecz jakby tylko powiększenie objętości. Na miejscu obrzęku czucie bólu i dotyku zmniejszone.

Chora nie śpi, nie ma łaknienia; wyjęła znów jeden ząb bez śladu krwi, apatyczna. Uskarża się na bóle w nogach i w prawym przedramieniu, bicie serca i bezsenność.

Nie przytaczam dalszego przebiegu choroby, gdyż nie przedstawiał nic nowego, ani też nie kłonił się ku poprawie. Obumarłe dolne kończyny pokrywały się to tu, to tam pęcherzami z ciemną cieczą, które się rozrywały i obnażały gnijącą powierzchnię. Na krzyżu zrobił się głęboki ubytek aż do kości, wielkości dłoni. Prawe przedramię zarówno jak i ramię wróciły do normy, pozostał tylko niedowład kończyny. Ciepłota przeważnie była normalna, kilka razy tylko były wahania gorączkowe [38,7—38,9°] bez poprzedzających dreszczów. Nastąpiła apatya, senność, majaczenie i zgrzytanie zębami [chora wyjęła znów trzeci ząb], tętno ciągle nierówne 108—116 i w takim stanie chora, jęcząc do końca życia na bóle przy najmniejszym dotknięciu przy opatrunkach lub przenoszeniu, zakończyła życie 21 stycznia, t. j. w sześć tygodni od początku cierpienia i w 24 dni po wystąpieniu objawów porażenia. Z niezależnych od nas powodów autopsji nie można było dokonać.

[D. n.]

II, PRZYPADEK GUMATÓW SYFILITYCZNYCH MIĘŚNI KRTANI,

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

— — — — —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 15].

Do badania drobnowidzowego użyłem tkanki gumatu, rozwiniętej w mięśniu mostko-obojęczyko-sutkowym na wysokości chrząstki tarczowej, i po części z masy gumatycznej otaczającej dolną część tchawicy, a powstałej przeważnie w sąsiednich mięśniach (*sterno-thyraeoideus*, *sterno-hyoideus*).

Rozpatrując pod drobnowidzem skrawki z tych części, gdzie jeszcze resztki mięśnia pozostały, widzimy, iż pęczki mięśniowe są pooddzielane od siebie wskutek nie wielkiego nacieczenia drobnokomórkowego *perimysium*; w samych włóknach jednak zmiany żadnej nie znajdujemy, ich prążczastość w zupełności zachowana. Im bliżej tkanki gumatu rozpatrujemy skrawek, tem większe przestrzenie nasięku oddzielają pęczki mięśniowe, a na samym obwodzie właściwej już tkanki gumatycznej nacieczenie komórkowe przenika pomiędzy oddzielne włókna mięsne, oddalając je od siebie i wreszcie w bliskości środka skrawka gdzie nigdzie tylko znajdujemy szczątki włókien mięsnych nieprawidłowej formy, niekiedy jakby porożrywane.

Ten wszakże nasięk drobnokomórkowy nie stanowi bynajmniej głównej składowej części opisywanych gumatów. Obok niego dostrzedz można z łatwością, iż tkanka, w której nacieczenie pozornie na pierwszy plan występuje, nie pozostaje bez zmiany. Rozrasta się ona bardzo żywo, przybierając charakter młodej włóknistej tkanki z obfitą dosyć ilością komórek przeważnie wrzecionowatych lub owalnych o wydatnem dosyć, dużem, mocno barwiącem się jądrze, i dosyć znaczną ilością włóknistej substancji międzykomórkowej; tkanka ta często w pasemka się już układa, które promienisto najczęściej ku środkowi gumatu dążą. Im bliżej środka skrawka, tem obficie i wydatniej nawet tkanka ta występuje. Pośród tej tkanki widzimy niekiedy typowe komórki olbrzymie LANGHANS'a bardzo nieliczne, które odróżnić należy od dużych wielojądrowych komórek o wątlm ciałku, podobnych do takichże komórek, znajdujących w śledzionie i szpiku kostnym; olbrzymiemi tych ostatnich nazwać nie można, chociaż miewają nieraz 10 i więcej jąder, nie zbliżają się bowiem do typu komórek olbrzymich LANGHANS'a. Prócz tego znajdujemy pośród drobnych komórek, infiltrujących tkanę, dosyć znaczną ilość komórek nieco większych o dużem pęcherzowatym jądrze z jednym lub kilku jąderkami i protoplazmie zlekką ziarnistej, jakby napęczniałej; barwią się one daleko słabiej, aniżeli inne komórki tkanki gumatycznej i przypominają epiteloidalne komórki, znajduwane tak często w gruczołczo zmienionych tkankach. Co do samych włókien mięsnych, to w począt-

kach nie ulegają one żadnym zmianom; dopiero gdy wytwarzająca się nowa tkanka łączna i nasięk komórkowy rozłączają oddzielne włókna, wtedy te ostatnie stają się szczuplejszemi, bardziej wątłemi, prążczastości jednak poprzecznej nie tylko nie tracą, ale nadto występują bardzo wyraźnie i prążki podłużne. Rzadko tylko udaje się widzieć jakieś włókno mięsne napęczniałem, ziarnistem, zawierającym i część kropelek tłuszczowych. W dalszej jeszcze fazie włókna stają się coraz mniejszemi i wątłejszemi, a pośrodku gumatu pozostają się jakoby tylko porozrywane ich części, zachowując najczęściej i wtedy jeszcze swą prążczastość. Musimy przypuścić, iż ulegają one stopniowo prostemu zanikowi, a nie, jak w przypadkach NEUMANN'a, drobnoziarnistemu rozpadowi. Różnicę tę w losach włókien mięsnych należy chyba przypisać różnicy budowy gumatów mięśniowych i przebiegu w moim przypadku i w przypadkach NEUMANN'a.

Już gołem okiem na zabarwionym skrawku możemy odróżnić oddzielne ogniska o średnicy 3—4 milimetrów lub i mniejsze, blado zabarwione, wyróżniające się bardzo od mocno zabarwionej tkanki pozostałej. Przy badaniu drobnowidzowem przekonywamy się, iż są to ogniska tkanki-gumatycznej, uległej nekrobiozie. Budowa ich jest zupełnie taka sama jak i pozostałej tkanki, tylko że zabarwienie ich jest bardzo słabe, rozlane; komórki w tych ogniskach są rozpadłe, a na ich miejscu znajduje się ziarnista masa z kropelkami tłuszczu, jądra najczęściej również się rozpadają i gdzieniegdzie tylko widać jeszcze oddzielne bardzo słabo zabarwione jądra; substancja międzykomórkowa, obfita, włóknista niczem się nie różni od takiejże substancji tkanki gumatycznej, nie uległej nekrobiozie. Pośród tych ognisk znajdujemy również porozrzucane włókna mięsne zanikające lub ich cząstki: prążczastość ich zwykle jest niewidoczna, za to częściej bywają ziarnistemi.

Bardzo znacznym zmianom ulegają tętnice w obrębie gumatu. W miejscach, w których nasięk i wogóle zmiany tkanki są znaczne, gdzie pierwiastki anatomiczne nie ulegają żadnym przemianom wstecznym i barwią się dobrze, większe naczynka tętnicze jakby następczo cierpieć zaczynają. Ich błona zewnętrzna ulega nacieczeniu drobnokomórkowemu, przyczem sama tkanka tej błony ulega rozrostowi; dopiero w następstwie niewielka ilość komórek limfoidalnych infiltruje błonę średnią tętniczek, a wtedy i najmocniej wyrażona sprawa w błonie wewnętrznej się uwydatnia. Błona ta grubiej znacznie, lecz niejednostajnie na całej przestrzeni, staje się bardzo bogatą w komórki wrzecionowate, owalne lub gwiazdowate, a substancja międzykomórkowa jest zlekka włóknista z niewielką ilością włókien sprężystych; nadto nacieczona jest *intima* komórkami limfoidalnemi, a jej *endothelium* pęcznieje, buja i po części się złuszcza. Wskutek tych zmian przerostowych błony wewnętrznej światło naczynia się zwęża, a przy daleko posuniętej syrawie pozostaje tylko niewielka z niego szczelina lub też zarosnięte bywa zupełnie. W mniejszych tętniczkach częściej bywa zupełne zamknięcie światła, a bardzo drobne stają się niedrobnemi wskutek ściągania się rozrosłej błony ze-

wewnętrznej i zapelnienia światła bujającymi komórkami endotelialnymi. Dokoła żył bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

Wspomnę tu jeszcze, iż ochrzęstna pierścieni tchawicznych żadnym zmianom nie uległa, zarówno jak i same chrząstki. Gruczoły śluzowe tchawicy za to przedstawiały zmiany, jak przy każdym długotrwałym zapaleniu: tkanka łączna międzyzrazikowa jest nacieczoną dosyć obficie drobnymi komórkami, które nieraz i do wnętrza rurek gruczołowych przenikają, same zaś rurki są bardzo znacznie rozszerzone, wypełnione śluzem, a komórki nabłonkowe uciśnięte, niekiedy nawet spłaszczone. Na niektórych skrawkach przy obwodzie gumatu udało mi się dostrzedz pęczki włókien nerwowych, których *perineurium* nacieczone było komórkami limfoidalnymi, wnikającymi i pomiędzy włókna nerwowe; w samych włóknach nie zaszły żadne zmiany.

Budowa tych gumatów mięśniowych, jak i skórnych, jest nieco odmienną od tej budowy, jaką zwykle dla gumatów syfilitycznych podają. Są one przede wszystkim twardości elastycznej, jak tkanka włóknista i przedstawiają w całej swej masie budowę takiej tkanki nacieczonej jeszcze dosyć obficie drobnymi komórkami. Analogiczną nieco budowę miewa zwykle obwodowa część gumatów w wielu innych przypadkach, a wytworzenie tej twardej włóknistej tkanki objaśniamy w ten sposób: tkanka gumatu nie jest zdolną do organizacyi, ale jest ogniskiem drażniącym otaczającą ją tkankę łączną, wskutek czego ta ostatnia ulega rozrostowi na pewnej przestrzeni i rozpadający się najczęściej gumat otacza i odgranicza ostro od zdrowej tkanki. Najłatwiej przekonać się o tem można na gumatach wątroby. Skąd jednak w danym przypadku powstała tkanka włóknista w całej masie gumatów? Nie może ulegać wątpliwości, iż z tkanki łącznej dawniej istniejącej, która tak znacznemu rozrostowi uległa. Nie było tu jednak żadnej substytucyi tkanek, nowowytworzona tkanka łączna nie zajmowała miejsca rozpadającej i wchłaniającej się tkanki gumatu takiej, jaką najczęściej widzujemy. Nigdzie niema śladu istnienia takiej tkanki z jej zmianami wstecznymi, a nekrobioza ogniskowa, która w opisanych tworach się znalazła, dotyczyła takiej samej tkanki włóknistej, z jakiej się całe gumaty składają. Musimy więc przyjąć, iż tkanka opisywanych gumatów już od samego początku swego powstania miała taki charakter, jak w chwili badania t. j. od początku miała typ tkanki włóknistej. Można by przypuścić, iż zarazek syfilityczny, tak łatwo pobudzający w okresie późnym tkankę łączną do przerostu, w pewnych warunkach, zamiast wywołania typowych gumatów, pobudza tkankę łączną li tylko do przerostu, do wytworzenia guzowatych ognisk, z młodej tkanki łącznej się składających.

Jest to więc pewna modyfikacja gumatu, chociaż właściwie niema głównych cech jego.

Co do dalszych losów tych gumatów, nie mogę nic powiedzieć, gdyż w innych fazach ich nie widywałem. Spostrzegałem je dotychczas nie tak rzadko i to wyłącznie u osobników charłacznych, przy zaniedbanym, nieleczonym syfilisie: przebieg ich jest niezmiernie przewlekłym, a leczenie swoiste bar-

dzo wolno na wessanie wpływa. Po długotrwałem i energicznem leczeniu pozostawiają one dosyć rozległe, bardzo znacznie po nad powierzchnię skóry wystające, twarde blizny keloidalne, ciemno czerwone, które bardzo długo wessaniu nie ulegają; blizny te żadnej depresji na powierzchni swej nie miewają.

Na niektóre punkty jeszcze zwrócić tu muszę uwagę.

Zmienione większe gałązki tętnicze znajdują się prawie zawsze zdała od ognisk nekrobiotycznych, podczas gdy zmiany drobnych tętniczek i w samych tych ogniskach bywają. Dalej, w gumatach zmiany naczyniowe nie są pierwotnem i następczem i, t. j. że nie od nich zaczyna się wytwarzanie się gumatu, ale że gdy gumat już jest sformowanym, wtedy dopiero powstają zmiany w naczyniach, co nekrobiozę tkanki gumatycznej wywołuje, lub też w znacznej części się do niej przyczynia. Że tak jest, a nie inaczej, możemy się przekonać z tego, iż zmiany naczyń zaczynają się od ich błony zewnętrznej, gdy gumat już się wytworzył, i jakby na nią przechodzi sprawa z otaczającą tkanką; wtedy jeszcze brak zmian błony wewnętrznej, światło naczyń nie bywa zmniejszonym, więc krwiobieg miejscowy nieznacznym tylko zaburzeniom ulegz może. Następnie, że tkanka w ogniskach nekrobiotycznych jest zupełnie taką samą tkanką włóknistą, jak i w pozostałych częściach gumatu; wymagało to więc dłuższego czasu i prawidłowej funkcji naczyń, by do tego stopnia rozwoju tkanka ta doszła, a wtedy dopiero powstające po jej wytworzeniu się zarastanie naczyń (*endoarteriitis obliterans*) nekrobiozę jej wywołuje.

* * *

Gumaty mięśni, zwłaszcza ich części blizkich przyczepu do kości, nie należą wcale do rzadkości. Bardzo wiele znamy takich przypadków opisanych. Najczęściej gumaty bywają w mięśniach języka i warg. W mięśniach tułowia i kończyn dochodzą do bardzo znacznych rozmiarów, wytwarzając guzy wielkości pomarańczy, co nawet bywało nieraz powodem pomyłek ze strony chirurgów i skłaniało ich do niepotrzebnej operacji. Słusznie też NELATON powiedział, iż każdy guz mięśnia należy przedewszystkiem leczyć antysyfilitycznie.

Dosyć często również bywają gumaty mięśnia mostko-obończyko-sutkowego, a MAISONNEUVE na tym mięśniu widział wiele gumatów paciorkowato ułożonych. Dalej, pod względem częstości, gumaty bywają w mięśniu żwaczku, skroniowym, w sercu; MURCHISON opisuje gumaty nawet i w przeponie.

Co do gumatów mięśni krtani, znalazłem o nich wzmiankę w niewiele tylko źródłach. BOUISSON ¹⁾ wspomina, iż raz jeden przy rozbiórce zwłok znalazł guz gumatyczny w jednym z mięśni *thyreo-arythenoideus* u osobnika, który miał oznaki suchot krtaniowych. BOUISSON powiada również, iż w dzie-

¹⁾ Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes. Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 28, 29, 30, 31.

le TROUSSEAU i BELOĆA na tablicy IX znalazł obraz, przypominający guz syfilityczny mięśnia nalewko-tarczowego, chociaż autorzy pod tą nazwą go nie opisują. Wątpliwy przypadek przytoczony jest i u MOUR'a¹⁾. Chora, licząca lat 52, zmarła w oddziale BOUILLAUD'a przy objawach znacznej duszności, każącej się domyślać obrzęku płuc. Obrzmienie strun fałszywych maskowało części głębsze. Rozbiór zwłok wykazał: 1-o przy dolnym brzegu chrząstki tarczowej, niektóre gruczoły były powiększone i twarde, 2-o guz biało szarawy, twardy na miejscu mięśnia *erico-arythenoideus post. sin.* i dwa razy większej objętości, aniżeli mięsień w stanie normalnym, 3-o zgrubienie i stwardnienie struny głosowej lewej i ściany płosni odpowiedniej strony. Badanie drobnowidzowe ORDONEZ'a wykazało, iż masa, zajmująca lewą część krtani, zwyrodniała mięsień nalewko-tarczowy i obrączko-nalewkowy i składała się z tkanki włóknistej.

Podobny przypadek opisuje i TUERCK²⁾. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez WEDL'a, dało wynik podobny jak i powyższe badanie ORDONEZ'a. TUERCK tę formę chorobową przyjmuje za chroniczne zapalenie mięśni strun prawdziwych.

MORELL MACKENZIE³⁾ wreszcie utrzymuje, iż gumaty niezwykle rzadko rozwijają się w tkance podśluzowej i mięśniach krtani, żadnego jednak spostrzeżenia podobnego nie przytacza. U STOERK'a, LORI, JURASZA i innych nie znajdujemy żadnej wzmianki o tym przedmiocie.

Widzimy tedy z powyższego, iż niebogate są fakta, przemawiające za syfilitycznem cierpieniem mięśni krtani: luźne wspomnienia BOUISSON'a i MACKENZIE'ego i trzy przypadki podane w wątpliwosć przez samych obserwatorów. Co do przypadków jednak podanych przez MOUR'e'a i TUERCK'a, zdawałoby się, iż wiele jest prawdopodobieństwa, by przyjąć za syfilityczne te rozległe zmiany mięśni krtani. Bardzo być może, iż budowa drobnowidzowa owych gumatów była podobną do tej, jaką powyżej opisałem, i że z biegiem czasu tkanka ich stała się bardziej włóknistą, bliźnowatą wskutek czego dociec jej pochodzenie było już niemożliwem.

O ile jednak wnosić mogę, opisany przezemnie przypadek jest może jedynym dotychczas przekonywającym niewątpliwie o umiejscowieniu gumatów syfilitycznych w mięśniach krtani. Jest to jeden dowód więcej, iż niema organu, tkanki, w którejby syfilis nie mógł wywołać zmian sobie właściwych.

1) Przytaczam go z dzieła MAURIAC'a „Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire“. Str. 576.

2) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1866 Str. 203.

3) Die Krankheiten des Halses und der Nase. Tom I. Str. 483.

III. ROZPOZNAWANIE SKRYTYCH POSTACI ROPOTOKÓW (*empyema*)

zatok bocznych nosa (Highmor'a, czołowych, sitowych i klinowych).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 16. I. 1894].

Podał

D-r Jan Sędziak,

b asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

— x —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 14].

Tym sposobem ja osobiście jestem tego przekonania, że owe częste, niemal przysłowiowe, recydywy polipów po najbardziej umiejętnie [z doszczętnem wypaleniem korzeni] wykonanych operacjach tylko tą drogą wytlómaczyć się dają, że w przypadkach tych nie była uwzględniana terapia przyczynowa, t. j. usuwanie spraw ropnych w zatokach bocznych nosa. Takie nieuwzględnienie jednak, niestety, nie od nas najczęściej zależy: o ile operacja polipów wśród publiczności nie spotyka obecnie na większe przeszkody, o tyle, gdy chodzi o radykalne wyleczenie tego cierpienia, np. otworzenie zatoki Highmor'a w przypadku ropnego jej zajęcia, wtedy spotykamy na niczem nieusprawiedliwiony, nieprzeparty opór.

Jako ilustracya powyższego niech posłuży choćby kilka przypadków, jakie w tej chwili przychodzą mi na myśl: jeden mianowicie dotyczy 40-tych kilkoletniego chorego, dotkniętego obustronnymi polipami. Te ostatnie od czasu do czasu, za każdym razem, zdaje się, doszczętnie pętlicą gorącą usuwam; jednak zawsze po pewnym czasie recydują, chory jednak poddać się leczeniu racjonalnemu, t. j. otworzeniu zatok Highmor'a, nie decyduje, jakkolwiek o niezbędności tego rękoczynu staram go się przekonać. W drugim analogicznym przypadku, dotyczącym 30-kilkoletniego mężczyzny, lewostronne polipy nosa kombinowane były z lewostronnem ropieniem, mającem swe źródło w zatoce Highmor'a. I tu chory zadawałniam się usuwaniem od czasu do czasu narodził polipowatych, na operację jednak zasadniczą się nie zgadza.

Obok polipów, jak już wspominałem, i przerosty muszel mogą być następstwem drażnienia spływającą z zatok wydzieliną ropną. JURASZ np. na 22 przypadki ropni zatok czołowych w 13 konstatował znaczny przerost przedniego końca średniej muszli [jak wiadomo, pokrywa ona przednią część *hiatus semilunaris*, t. j. tak zwane *infundibulum*, w którym znajduje się ujście kanału nosoczołowego]. To ostatnie rzeczywiście zdarza się stosunkowo dość często i bywa jedną z najczęstszych przyczyn niepowodzenia w katetyzacji zatok czołowych [HARTMANN i inni radzą w tych razach operacyjne usunięcie przeszkody].

I tak zwane KAUFMANN'a „*laterales Schleimhautwulst*“, t. j. przerost błony śluzowej dolnej wargi *hiatus semilunaris* (*processus uncinatus*), ma być jakoby,

według tego autora, objawem wielce dla empyematów zatoki HIGHMOR'a charakterystycznym. Obrzmienie to, jakby drugą średnią muszlę imitujące, spostrzegalem kilkakrotnie, między innymi raz przy ożeniu [czy z zajęciem zatok bocznych nosa, nie jestem w stanie powiedzieć, gdyż wtedy nie przeprowadzałem w tych kierunkach ścisłych badań], oraz jeden raz przy ropniu zatoki czołowej lewej, natomiast w przypadku tym przekłucie próbne wykazało zupełny brak zajęcia zatoki HIGHMOR'a. GRUENWALD, HAJEK również nie potwierdzili spostrzeżeń KAUFMANN'a.

W ostatnich zupełnie czasach BURGER ¹⁾ z Amsterdamu, autor bardzo cenionych prac w dziedzinie nerwowych cierpień krtani, podaje jeszcze jeden objaw, według niego, charakterystyczny dla ropni zatok HIGHMOR'a, mianowicie: „*rhinitis chronica unilateralis*“. Utrzymuje on, że ilekroć znajdujemy niezbyt nosa przewlekły jednostronny, powinno to nam naprowadzać na myśl istnienie ropnia w zatoce szczękowej górnej ze strony przeciwnej. Objasnia on to w sposób następujący: przy leżeniu na zdrowej stronie, ropa z zatoki HIGHMOR'a ścieka ku tyłowi [do jamy nosogardzielowej], stąd przedostaje się do zdrowej jamy nosa. Ponieważ zaś takie ściekanie powtarza się stale, drogą więc ustawicznego drażnienia powstaje sprawa niezbytowa przewlekła. Jest to do pewnego stopnia słusznem; tylko tego rodzaju sprawa niekoniecznie tylko przy zajęciu zatoki HIGHMOR'a może występować: wszak takie ściekanie ropnej wydzieliny ku tyłowi może mieć miejsce i przy ropniach w innych zatokach nosa. Zresztą kwestya to jeszcze zbyt świeża, by coś stanowczego o niej powiedzieć było można.

Z konieczności polipom i wogóle sprawom przerostowym na muszlach nosowych poświęciłem więcej miejsca, gdyż kwestya to bardzo ważna, za mało, zdaniem mojem, dotąd uwzględniana, jako więc taka zasługuje na bliższe z nią zaznajomienie. Rozpatrzę obecnie inne mniej ważne objawy, wspólne dla ropni zatok.

I tak objawy ze strony uszu względnie dość rzadko występują w tych cierpieniach. Niektórzy autorowie wspominają o szumie [KILLIAN], zawrotach [KANZEL, KUHN, wreszcie JEANTY, który widział ustąpienie tego objawu po wyszprycowaniu ropy z zatoki HIGHMOR'a]. KUCHENBECKER wspomina o ropnem ostrem zapaleniu ucha średniego tegoż pochodzenia. Ja również spostrzegalem 2 przypadki tego cierpienia: jeden, dotyczący 25-letniego mężczyzny, z kombinowanem ropnem zajęciem zatok bocznych nosa [HIGHMOR'a *et sphenoidalıs dextra*], w kilka dni wystąpiła *otitis acuta medii dextri suppurativa*. Analogiczny przypadek spostrzegalem również u 29-letniej chorej z ropieniem w zatoce czołowej prawej: i tu w kilka dni wystąpiło ropne ostre zajęcie średniego ucha ze strony prawej. O wiele częściej natomiast występują objawy ze strony narządu wzrokowego. W ostatnich czasach wiele pisano o kwestyi stosunku chorób ocznych do cierpień jam nosowych:

1) Du diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire. Rev. de Lar. 1894. 1.

ZIEM, BERGER i TYRMAN, dalej GROSSMANN z Buda Pesztu ¹⁾, FROMAGET ²⁾, wreszcie CALDWELL ³⁾, utrzymują, że wiele przypadków [ZIEM—^{3/4}] różnorodnych cierpień narządu wzrokowego li tylko od spraw chorobowych, źródło swe mających w nosie, *resp.* jego jamach bocznych, pochodzi. Przy zajęciu zatok czołowych zaburzenia wzroku występują jako następstwo *exophthalmus* i porażenia mięśni ocznych wskutek ucisku odpowiednich nerwów. Najczęściej zaburzenia wzrokowe występują przy zajęciu komórek sitowych [zajęcie oczodołu, dyzlokacja i unieruchomienie gałki ocznej, *exophthalmus, amaurosis*], a także zatok klinowych [zajęcie przedewszystkiem nerwu ocznego, wskutek rozszerzania się sprawy przewlekłej zapalnej z zatoki i t. d.].

Wogóle, *conjunctivis, keratitis parenchymatosa, iritis, diplopia ptosis etc. etc.* były spostrzegane, oraz wyleczane jedynie przez usunięcie cierpienia zatok bocznych nosa. Wobec tego bardzo słusznie utrzymuje GROSSMANN, że okulista powinien znać się na chorobach nosa. Podobnie rzecz się ma z cierpieniami ucha: dziś powszechnie już przyjętym jest fakt przyczynowego związku między pewną grupą tych cierpień a zajęciem jam nosa, *resp.* jamy nosogardzielowej [wyrosłe adenoidalne i t. d.]. Tym sposobem choroby oczu, uszu i nosa przy dzisiejszym stanie nauki powinny być włączone do jednej specjalności, jako będące najczęściej w przyczynowym ze sobą związku.

W Anglii ⁴⁾ już dziś spotykamy się z urządzeniami szpitalnymi tego rodzaju: nie mówiąc już o chorobach usznych, które stanowczo w każdym specjalnym szpitalu dla chorób gardłanych są jednocześnie uwzględniane i mają oddzielnych specjalistów, lecz nawet i choroby oczne wspólnie z cierpieniami ucha i nosa, w niektórych poliklinikach angielskich i amerykańskich są traktowane. Pod nazwą „*psychische Asthenopie*“ rozumie GRUENWALD utrudnione widzenie bez zmian materalnych w narządzie ocznym: objaw ten, jakoby również dość często przez tegoż autora był spostrzegany przy ropniach zatok bocznych nosa.

Wreszcie przy tych cierpieniach mogą występować jeszcze, acz rzadko, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego [niesmak w ustach, dyspepsja] po prostu wskutek spływania ropnej wydzieliny ku nosogardzieli i gardzieli, *resp.* do żołądka, jakoteż zaburzenia ze strony średniego odcinka dróg oddechowych [krtań, tchawica, oskrzela], polegające na rozszerzaniu się sprawy nieżytowej z jam nosowych: po większej części są to t. zw. suche katary i oskrzeli (*laryngitis et bronchitis sicca*).

Przechodzę obecnie do działu objawów, również wspólnych dla ropni zatok bocznych nosa, objawów bardzo ważnych, na które dopiero w ostatnich czasach zwrócono należytą uwagę: mam tu na myśli objawy nerwowe, przedewszystkiem zaś bóle głowy. GRUENWALD słusznie zwraca uwagę

1) Ueber Sehstörungen, welche Nasen- und Nebenhöhlen - Affectionen ihre Entstehung verdanken. Allg. Wien. med. Zeit. 14—20. 1893.

2) Iritis consécutive à un empyème de l'autre d'HIGHMOR. Rev. de rhin. etc. 21. 1893.

3) Diseases of the pneumatic sinuses of the nose and their te certain affections of the eye. N. Y. med. Rec. 8. IV. 1893.

4) Patrz mój artykuł: „O stanie laryngologii w Londynie“. Gaz. Lek. 1889.

na fakt, że bóle głowy niesłychanie często występują przy empyematach zatok bocznych nosa [na 70 przyp. w 35]. Nie dość na tem, bóle głowy często-kroć stanowiły jedyną skargę chorych, jedyny objaw, który ich zmusił do zasięgnięcia porady lekarskiej. Wobec tego autor ten najzupełniej słusznie zaleca w każdym przypadku bólów głowy, zwłaszcza uporczywych, nie-poddających się zwykłym środkom, szczegółowe zbadania nosa, *resp.* jego zatoki. Jestem najpewniejszy, że wiele przypadków t. zw. niewyleczalnych bólów głowy ma swe źródło w cierpieniach zatok nosa i dałoby się na tej drodze skutecznie usunąć. SCHROETTER ¹⁾ nawet dochodzi do krańcowości w tym kierunku, utrzymując, że wszystkie bóle głowy są tego pochodzenia, z czem jednak niepodobna się zgodzić; że jednak bardzo często taki przyczynowy związek istnieje między obiema temi sprawami, to nie ulega, zdaniem mojem, żadnej wątpliwości. Takim też jest pogląd, wyrażony w najnowszej pracy P. HEY-MANN'a (*De la cephalalgie dans les affections nasales. Arch. de Laryng. 5. 1893*). A więc bóle głowy są bardzo ważnym, niemal patognomicznym objawem dla ropni wogóle zatok bocznych nosa. Zarówno bóle nadoczodołowe i podoczodołowe (*neuralgia supra- et infra- orbitalis*), jakoteż czołowe (*cephalalgia frontalis*) i potylicowe (*occipitalis*) powinny zawsze naprowadzać lekarza na myśl co do możliwości cierpienia zatok nosa. Z drugiej jednak strony umiejscowienie bólów głowy dla różniczkowego rozpoznania empyematów poszczególnych zatok nosa obecnie nie ma już takiego znaczenia, jak to poprzednio przyjmowano. Dość powiedzieć, że nawet *neuralgia supraorbitalis*, jakoteż *cephalalgia frontalis*, uważane dawniej za wielce charakterystyczne dla ropni zatok czołowych, nie zawsze na zajęcie tych ostatnich wskazują; widywałem je bowiem, podobnie jak i inni autorowie [GRUENWALD, LERMOYEZ, KUCHENBECKER, ZIEM, LUC i t. d.], niejednokrotnie i przy ropniach w zatoce szczękowej górnej. Według ZUCKERKANDL'a, przy tych ostatnich cierpieniach bardzo częstą ma być *neuralgia infraorbitalis* i to znacznego natężenia, zwłaszcza przy cienkich ściankach zatok wskutek tego, że nerwy zębowe górne i podoczodołowe nie mieszczą się w grubości kości i przylegają do błony śluzowej, w stanie zapalnym będącej.

Na zasadzie moich spostrzeżeń nerwobólów podoczodołowych nie uważam za bardzo charakterystyczne dla ropni w zatoce HIGHMOR'a.

Co się tyczy ogólnych objawów nerwowych, to te również bardzo często spostrzegałem przy ropniach zatok nosa. Najczęściej występują objawy przygnębienia, hypochondrii, melancholii, dochodzące czasami do manii samobójczej, jak to w 2 moich przypadkach [w obu zajęta była zatoka HIGHMOR'a,] miałem sposobność spostrzegać. Zwykle do tego stanu przyprowadza chorych niezwykła, jak wiadomo, uporczywość przy leczeniu tych *par excellence* przewlekłych cierpień. Często bywa osłabienie pamięci, zdolności intelektualnych, to, co GUYE dla wyrosli adenoidalnych podawał za charakterystyczne, t. j. t. zw. *aproseria*, czyli niezdolność skupienia uwagi na dany przedmiot. GRUENWALD wspomina o kretynizmie, jako o następstwie tych

¹⁾ Der nervöse Kopfschmerz. Heidelberg. 1889.

cierpień. Rzecz prosta, że sprawy zapalne ropne, zachodzące w zatokach klinowych, wskutek blizkiego sąsiedztwa z jamą czaszkową, mogą stać się punktem wyjścia dla wielu bardzo ciężkich zaburzeń wewnątrz-czaszkowych.

Oto jest szereg mniej więcej ważnych objawów wspólnych dla empyematów zatok bocznych nosa. Na ich zasadzie możemy z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem rozpoznać te cierpienia. Oprócz powyższych, rozporządzamy jeszcze objawami, które w mniejszym lub większym stopniu pozwalają nam rozpoznać, która mianowicie z zatok nosa jest dotknięta sprawą chorobową: są to więc objawy do pewnego stopnia patognomoniczne dla ropni poszczególnych zatok nosa. Postaram się je obecnie rozebrać krytycznie, zaczawszy przedewszystkiem od objawów, pozwalających na rozpoznanie najważniejszego, najczęstszego z tych cierpień, mianowicie empyematów z atoki HIGHMOR'a.

1) Ropienie nosowe przedstawia dwie charakterystyczne cechy dla tego cierpienia: a) jest ono niezwykle obfitem rano po przebudzeniu, t. j. przy zmianie pozycji z poziomej na pionową, o czym zresztą już powyżej wzmiankowałem, oraz b) jest ono stale uniejscowione w średnim przewodzie nosa. Ten ostatni objaw, niesłusznie przypisywany B. FRAENKEL'OWI, gdyż ZIEM i BAYER już o nim wspominali, polega na tem, że jeżeli ropę tę—częstokroć w ilości bardzo nieznacznej, czasami zaś tylko pod postacią pulsowania [WALB] się przedstawiającą w miejscu, odpowiadającym *ostium verum antri Highmori*—za pomocą wacika, i najlepiej zmoczonego w słabym roztworze kokainy, starannie usuniemy, następnie zaś zalecimy choremu mocne przechylenie głowy ku przodowi, to już po kilku minutach można skonstatować ponowne zebranie się ropy w poprzednim miejscu. Objaśnienie tego objawu, mogącego jednocześnie służyć dla różniczkowego rozpoznania od ropni w zatoce czołowej, jest następujące: przez nachylenie głowy ku przodowi zmieniamy normalne stosunki otworów jam HIGHMOR'a do średniego przewodu nosa: z górnej, *resp.* niekorzystnej dla swobodnego odpływu ropy, pozycji *ostii veri antri Highmori* na dolną, o tyle znowu korzystną, że nawet niewielkie stosunkowo ilości ropy z zatoki przez otwór ten do jamy nosowej przedostawać się mogą. Z drugiej zaś strony otwory innych zatok [czołowych, sitowych przednich], przeciwnie, tracą wtedy na korzystnej pozycji ich normalnych otworów komunikacyjnych.

2) Żółte zabarwienie ropy [KILLIAN] bynajmniej nie jest charakterystycznym dla tego cierpienia.

3) *Pharyngitis sicca*, oraz ozena stosunkowo o wiele rzadziej, niż przy zajęciu innych zatok, występują.

4) O wiele częściej natomiast w moich przypadkach istniały jednocześnie polipy, oraz sprawy przerostowe na muszlach. Jak już wspomniałem, KAUFMANN podaje jako bardzo charakterystyczny dla ropni zatoki HIGHMOR'a „*laterale Schleimhautwulst*“. BURGER zaś *rhinitis chronica unilateralis* [po stronie przeciwnej].

5) Bóle głowy, zwłaszcza nerwoból podoczodołowy, jakoteż ogólne objawy nerwowe (*hypochondria*) spotyka się dość często choć nie zawsze przy tem cierpieniu.

6) Niektórzy autorowie [SCHECH] wielkie przypisują znaczenie objawom ze strony zębów [*caries g ó r n y c h t r z o n o w y c h*, zwłaszcza: 1-go *molaris* i 2-go *buccalis s. pruemolaris* od strony odpowiedniej, częstokroć zmiany w samym zębodole, przetoki i t. d.]. Nie jest to jednak słusznem, gdyż nie zawsze zmiany te znajdujemy przy ropniach w zatokach HIGHMOR'a; przeciwnie w większości przypadków, jak tego dowodzą zarówno moje spostrzeżenia [na 30 przypadków 22 razy], jakoteż i innych autorów [GRUENWALD, LERMOYER, KILLIAN i inni, MAC-DONALD na 22 przypadki 18 razy], sprawa ta jest po prostu dalszym ciągiem zmian nieżytowych, na błonie śluzowej nosa zachodzących, spraw, które, znajdując odpowiednie ku temu warunki w jamach prawie zamkniętych, dochodzą do najwyższego natężenia, *resp.* przechodzą w ropienie.

Powyższe objawy, jakkolwiek po większej części ważne mają znaczenie dla rozpoznawania ropni w zatokach HIGHMOR'a, jednak nie są zupełnie pewnymi. Nieco większe ma znaczenie rozpoznawcze metoda *prześwietlania* tych zatok. Po raz pierwszy przez VOLTOLINI'ego z Wrocławia zastosowana, metoda ta zyskała sobie z jednej strony wielu zwolenników, z drugiej zaś strony napotkała na silną opozycję ze strony bardzo wybitnych przedstawicieli naszej specjalności, którzy wręcz odmawiają tej metodzie wszelkiego znaczenia, redukując ją do rzędu t. zw. kosztownych, choć efektywnych zabawek (*kostspielige elegante Spielerei*). Do rzędu zwolenników tej metody przedewszystkiem zaliczyć należy francuską szkołę z LERMOYER, LUC, RUALT, GAREL, CARTAZ na czele, dalej COZZOLINO z Neapolu, ROBERTSON'a, oraz HUNTER'a, MACKENZI'ego z Anglików, wreszcie u nas HERYNGA, jednego z najgorliwszych propagatorów tej metody. Przeciw *prześwietlaniu*, jako metodzie rozpoznawczej empyematów zatoki HIGHMOR'a, jest przedewszystkiem szkoła niemiecka w osobie takich przedstawicieli, jak: SCHECH, ZIEM, CHIARI, SCHMIEGELOW, B. FEANKEL, HAJEK, HEYMAN, OCHSEN i t. d., z Francuzów jedynie LICHTWITZ i BEAUSOLEIL, z angielskich autorów HUNT, MAC-DONALD, MYLES, u nas wreszcie przeciwnikiem tej metody jest SREBRNY. Jak wiadomo, *prześwietlania* tego dokonywa się za pomocą lampki elektrycznej 4—5 volt, umieszczonej zazwyczaj w szpatlu językowym. Przy zamkniętych ustach w pokoju ściśle zaciemnionym normalnie zatoki HIGHMOR'a *przeświecają* jednakowo, przy ropniach zaś mają jakoby tworzyć się ciemne smugi na policzkach, zwłaszcza wyraźnie występujące w okolicy powiek dolnych.

Metodzie tej, jakkolwiek osobistego w tym kierunku nie posiadam doświadczenia, miałbym z punktu widzenia teoretycznego do zarzucenia:

1) Że nawet normalnie nie zawsze otrzymujemy jednakowe wyniki, gdyż nie zawsze objętość zatok szczękowych górnych, *resp.* grubość ich ścianek bywa jednakową, o czem miałem sposobność się przekonać, zajmując się odośnemi badaniami na trupach.

Tutaj odnieść należy również przypadek JANSSEN'a ¹⁾: dodatni rezultat *prześwietlania*, zależny nie od ropnia zatoki HIGHMOR'a, lecz od obecności przegrody kostnej [acz rzadko, przypadki takie jednak zdarzać się mogą, Zu-

¹⁾ Zur Eröffnung der Nase etc. Arch. f. Lar. tom I, zeszyt II. 1893.

CKERKANDL na 300 przypadków 7 razy je spostrzegął]. Tu należy również i przypadek MAC-DONALD'a: przy nieobecności ropy w zatoce HIGHMOR'a odnośny policzek nie przeświecał.

2) Dodatni rezultat prześwietlania może być również warunkowanym obecnością guzów w zatoce. Sądzę, że do pewego stopnia również większa lub mniejsza ilość tkanki podskórnej, tłuszczowej policzka może mieć znaczenie przy użyciu tej metody.

3) Może również zdarzyć się odwrotna okoliczność, mianowicie: policzek będzie przeświecał, gdy tymczasem ropa, aczkolwiek w niewielkiej ilości, znajdować się będzie na dnie zatoki HIGHMOR'a [DAVIDSOHN]. Następuje to w ten sposób, że światło może przechodzić z jamy ust do jam nosowych, przez dno tych ostatnich, stąd zaś promieniować przez jamę HIGHMOR'a ku policzkowi.

4) Nawet to znaczenie, jakie jedynie tej metodzie przypisuje GRUENWALD, mianowicie co do rozpoznania ostatecznego, czy wyleczenie ropnia zatoki HIGHMOR'a nastąpiło, nie wytrzymuje krytyki, co łatwo objaśnić sobie zmianami, jakie sprawa zapalna ropna pozostawia na błonie śluzowej zatoki, począwszy od zwykłego jej przekrwienia, aż do zgrubienia, co naturalnie stanowić będzie mniej lub więcej poważną przeszkodę dla prześwietlania [BURGER]. Również i JANSSEN spostrzegął w jednym przypadku, że po usunięciu zupełnem ropy z zatoki HIGHMOR'a policzek odnośny nie przeświecał. Widzimy więc z powyższego, że ani dodatni, ani ujemny rezultat prześwietlania nie może mieć zupełnego znaczenia rozpoznawczego dla empyematów zatoki HIGHMOR'a. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. Boas. Przypadek ostrego rozszerzenia żołądka.

Rzadkie to cierpienie spostrzegął autor u 20-letniego młodzieńca, ucznia gimnazjum, cieszącego się dotąd zupełnem zdrowiem i wybornem trawieniem. Nazajutrz po wykroczeniu dyetetycznem [po spożyciu znacznej ilości tłustej gęsiny] wystąpiły objawy gastryczne: zupełna utrata łaknienia i częste odbijania gazami z zapachem zgnitych jaj. Mdłości, wymiotów i biegunki nie było. We dwa dni dopiero dostał chory umiarkowanej biegunki, która trwała przez trzy dni. Pomimo zastosowania ścisłej dyjety wystąpiły teraz dopiero pierwsze wymioty, które od tego czasu zjawiały się co drugi dzień, zazwyczaj wieczorem.

Wymioty stawały się stopniowo coraz obfitszemi, przyczem ilość wymiociu przekracza, według słów chorego, ilość spożytego pokarmu. Prócz tego pacjent zaczął się skarżyć na dotkliwe pragnienie, uporczywe zaparcie stolca i ogólne osłabienie. Badanie chorego, dokonane przez autora w cztery tygodnie po zasłabnięciu, dało wynik następujący. Żołądek bardzo zwiotczały: dolna jego granica przy umiarkowanem napełnieniu leżała na cztery

palce poniżej linii pępkowej poprzecznej, po wzdęciu kwasem węglanym opuściła się na szerokość dłoni poniżej pępka; silne pluskanie; okolica żołądkowa na ucisk niebolesna. Nazajutrz po próbnem śniadaniu wydobyto za pomocą zgłębnika żołądkowego kilkaset centymetrów sześciennych płynnej zawartości, a więc w ilości znacznie przekraczającej ilość wprowadzonego naczcho płynu. W zawartości tej już gołym okiem można było rozpoznać resztki pokarmów, przyjętych przez chorego dni poprzednich. Badanie dokładniejsze wykazało znaczne ilości siarkowodoru, który, jak to zauważył autor jeszcze w r. 1892, znajduje się często w żołądku przy łagodnych formach rozszerzenia; dalej obficie wolny kwas solny; stopień kwaśności ogólnej=52,5. Pod drobnowidzem znaleziono w obfitości czworniaki, liczne drobne pasożyty, włókna mięśniowe, igły tłuszczowe, komórki krochmalowe i t. d.. W przeciągu kilku dni następnych wydobywano naczcho za każdym razem 200—400 ctm. sześć. zawartości żołądkowej z poprzednio opisanymi własnościami. Po zastosowaniu systematycznych przepłukiwań żołądka stan chorego znacznie się polepszył: wymioty i kwaśne odbijania ustały, apetyt się poprawił; pomimo to jednakże żołądek nie był naczcho pustym ani razu aż do wypuszczenia pacyenta z pod opieki lekarskiej [około dwóch miesięcy od początku zaśląbnięcia].

Widzimy zatem, iż u osobnika zdrowego rozwinęło się nagle rozszerzenie żołądka wskutek niezbyt ciężkiego błędu dyetetycznego. Nie ulega zatem najmniejszej wątpliwości, że ostra niestrawność nie tylko może przejść w postać przewlekłą, lecz może również doprowadzić do rozszerzenia żołądka, okoliczność, na którą dotychczas żadnej zgola nie zwracano uwagi. Nic dziwnego, iż ten sposób powstawania rozszerzenia żołądka obserwujemy niezmiernie rzadko; zazwyczaj bowiem przy ostrej niestrawności żołądek szybko się uwalnia od zalegającej go zawartości albo drogą wymiotów, albo też przez kiszki. U naszego chorego, przeciwnie, pokarm pozostawał w żołądku przez czas dłuższy w stanie niestrawionym, wytwarzając liczne produkty rozkładowe, płynne i gazowe, które drogą bądź mechaniczną, bądź chemiczną wywierały wpływ szkodliwy na muskulaturę żołądka.

Autor proponuje dla omawianego cierpienia nazwę „ostrego przeciążenia żołądka“ (*acute Ueberanstrengung des Magens*), upatrując nadzwyczajne podobieństwo ostrego rozszerzenia żołądka do opisanego przez O. FRAENTZEL'a cierpienia serca, które nazwał ostrem przeciążeniem serca (*acute Ueberanstrengung des Herzens*): jak tu, tak i tam jednorazowy gwałtowny bodziec wywołuje nagle niedowład muskulatury.

Rokowanie przy ostrem rozszerzeniu żołądka nie jest bezwzględnie pomyślnem, ponieważ ciężkie jego formy zawsze pozostawiają po sobie pewne osłabienie czynności ruchowej żołądka.

Przypadek powyższy dowodzi, że racjonalne postępowanie w tak niewinnej napozór chorobie, jak ostra niestrawność, posiada doniosłe znaczenie: we właściwym czasie zastosowany środek wymiotny bezwarunkowo zapobiegnie powstaniu ostrego rozszerzenia żołądka.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. Nr. 8. 1894). Stanisław Mutermilch.

28. Schultze [Jena]. Czy złamanie obojczyka u noworodka nieoddechającego stanowi przeciwwskazanie do zastosowania metody Schultze'go?

SCHULTZE przytacza ciekawy wynik sekcji, dokonanej u noworodka przez HEYDRICH'a z Wrocławia. HEYDRICH trzema bujaniami doprowadził asfiktycznego noworodka do życia, ten jednak po 2-ch godzinach zmarł. Sekcja wykazała, że koniec złamanego prawego obojczyka w 1-szej międzyżebrowej przestrzeni przedziurawił opłucną żebrową i płuca, skutkiem czego wywiązała się odma piersiowa (*pneumothorax*), odma śródpiersia przedniego, tylnego i głębokich warstw mięśni szyjowych, oraz rozedma (*emphysema*) skóry na prawej połowie klatki piersiowej i szyi.

HEYDRICH utrzymuje, że przyczyną śmierci noworodka było zastosowanie metody SCHULTZE'go. Toż samo zdanie potwierdził i prof. KOERBER z Jurjewa [Dorpat], i w *Peterb. med. Wochenschrift 1892. Nr. 51* przytacza cały szereg przeciwwskazań do stosowania tej metody. Między innymi KOERBER przytacza rezultat sekcji, dokonanej na noworodku, który, urodziwszy się w stanie asfiktycznym, został przyprowadzony do życia metodą SCHULTZE'go, lecz po 10 minutach zmarł. Sekcja wykazała krwawe wylewy w wątrobie oraz wylew krwawy z wątroby do jamy brzusznej. KOERBER przypisuje winę tych wylewów zastosowaniu metody SCHULTZE'go.

Drugi podobny przypadek cytuje KOFFER (Referat *Centralblatt für Gynäkologie. 1893. Nr. 11.*). Dziecko, wydobyte kleszczami w stanie asfiktycznym, zostało oduczone metodą SCHULTZE'go, żyło 6 dni, 2-go dnia zmarło; sekcja wykazała pęknięcie podstawy czaszki i pęknięcie krwiaka (*haematoma*) podsurowiczego wątroby, którego średnica miała od 4—5 ctm. Według zdania KOFFER'a, hematoma utworzył się skutkiem bujania dziecka metodą SCHULTZE'go. W obydwóch przypadkach noworodki ważyły więcej niż 4000 grm.

SCHULTZE w № 15 *Centralblatt für Gynäkologie* obronił swoją metodę wobec zarzutów, czynionych mu przez KOERBER'a i KOFFER'a, cytując anatomo-patologów, jak: ROKITANSKY, FOERSTER i WEBER, którym tego rodzaju wylewy krwawe były znane jako typowe objawy śmierci skutkiem asfiksyi noworodków. W tymże numerze *Centralblatt* SCHULTZE zgadza się po części z KOERBER'em, że złamanie obojczyka może służyć jako przeciwwskazanie do użycia jego metody cucenia; jednak wtedy sądził tylko teyretycznie, dziś wszakże praktyka go nauczyła, że i tego rodzaju przypadek nie powinien być uważany za przeciwwskazanie do zastosowania jego metody w razie, jeżeli noworodek urodził się w stanie głębokiej asfiksyi. Na dowód tego SCHULTZE przytacza przypadek ze swojej praktyki: u 29-letniej kobiety powtórnie ciężarnej zdyagnozowano bliźnięta, miednicę przytem określono jako płaską. Pierwsze dziecko zostało wydobyte kleszczami w nieznaczej asfiksyi, kilkorazowe podrażnienie skóry dziecka przez uderzenie wywołało krzyk dziecka. Drugie dziecko zostało wydobyte po zrobionym obrocie na nóżkę, gdyż tony serca płodu zaczęły znacznie słabnąć i bóle u rodzącej były nieznaczące. Przy ekstrakcyi obojczyk został złamany skutkiem tego, że rączki zarzuciły się na główkę, a ekstrakcyę trzeba było robić prędko, gdyż dziecko było w stanie głębokiej asfiksyi, a w pewowinie tętnienia nie można było wyczuć. Po-

nieważ tony serca dziecka były jeszcze wyraźne, chociaż bardzo rzadkie, SCHULTZE zastosował bujanie. Po 30 silnych bujaniach dziecko westchnęło i zostało ocalone. Po 9 dniach na miejscu złamania skonstatowano kośćcinę (*callus*).

Z tego przypadku SCHULTZE wywnioskował, że złamanie obojczyka u dziecka nie powinno lekarza powstrzymywać od stosowania jego metody, w razie jeżeli asfiksyja jest głęboką. Wobec tego złamania lekarz powinien tylko być ostrożniejszym przy stosowaniu metody, aby nie wepchnąć złamanego obojczyka do klatki piersiowej. W przypadku HEYDRICH'a prawdopodobnie złamanie obojczyka nastąpiło przy ekstrakcyi oraz prawdopodobnie jednocześnie została przedziurawioną opłucna przez jeden z końców złamanego obojczyka.

Według SCHULTZE'go, przy stosowaniu jego metody obojczyk nie może być złamanym; prędzej możliwem jest wciśnięcie złamanego obojczyka do klatki piersiowej i przedziurawienie opłucnej, gdyż często się zdarza, że stosujący metodę SCHULTZE'go za silnie chwytają za ramiona dziecka i naciskają dużym palcem na obojczyk. Tak rękoczynu tego wykonywać w żaden sposób nie trzeba, gdyż w skutek tego nawet u dziecka z nienaruszonym obojczykiem można nie otrzymać pożądanego rezultatu bujania prosto przez to, że ucisk na górną część klatki piersiowej przeszkadza jej rozszerzaniu się.

Przy inspiracyjnym rzucie powinno dziecko wisieć pomiędzy biodrami stosującego metodę całym ciężarem na jego wskazujących palcach, duże palce ledwie dotykają się przedniej ściany klatki piersiowej. Przy powolnym przerzucie dziecka do pozycyi ekspiracyi, powinno ono całą przednią ścianą klatki piersiowej od IV-go do VI-go żebra leżeć na dużych palcach stosującego metodę; 4 zaś pozostałe palce każdej ręki powinny zupełnie swobodnie i lekko obejmować dziecko pod pachami i na plecach. Stosując w ten sposób metodę SCHULTZE'go, możemy być pewni, że nie wciśniemy złamanego końca obojczyka do jamy klatki piersiowej i nie przedziurawimy opłucnej, a tem bardziej nie złamiemy obojczyka.

Jeszcze jedna uwaga, a mianowicie: przy złamanym obojczyku dziecka przy bujaniu nie rozszerza się należycie klatka piersiowa, gdyż złamany obojczyk nie ciągnie za sobą mostka i wraz z nim żeber. Dlatego też w opisanym przypadku musiał SCHULTZE rzut w położenie inspiracyi dziecka robić bardzo forsownie, ażeby naprężyć mięśnie, które z jednej strony są przyłączone do górnej części ramienia i do łopatki, a z drugiej do żeber, aby tem zastąpić funkcję obojczyka w rozszerzaniu klatki piersiowej. Z tego wynika, że złamanie obojczyka u noworodka, urodzonego w stanie głębokiej asfiksyi, nie stanowi przeciwwskazania do stosowania metody SCHULTZE'go.

(*Centralblatt f. Gynaekologie. 1894. 8*).

Kazimierz Kraków.

29. Prof. G. Lewin i Dr. Th. Benda. O erytromelalgii.

Świeżo pojawiły się w literaturze niemieckiej dwie doniosłe prace, traktujące o erytromelalgii. Obie zrywają z powszechnie przyjętym dotąd poglądem, jakoby zbiór objawów, znanych pod nazwą erytromelalgii,

miał stanowić samodzielną chorobę, specjalną nerwicę, a mianowicie nerwicę naczynioruchową. Streścimy każdą z tych prac oddzielnie.

I.

Jeszcze w 1843 GRAVES opisał dwa przypadki „swoistej choroby stóp“, które wysoce są podobne do t. zw. erytromelalgii; ale na pracę tę nie zwrócono uwagi. Takież sam los spotkał po wielu latach WEIR-MITCHELL'a, który pierwszy dokładnie opisał i nazwał [1872] omawianą chorobę. GRENIER SIGERSON i VULPIAN, którzy wkrótce po nim analogiczne przypadki opisali, wcale nie wspominają nazwiska W. MITCHELL'a. Gdy wszakże w kilka lat później [1878] uczony ten po raz wtóry kwestyę tę opracował, wszyscy zwrócili na pracę jego uwagę.

Wkrótce zaczęły się pojawiać w literaturze analogiczne spostrzeżenia wielu innych autorów. Nie będziemy przytaczali całej odnośnej kazuistyki, a zajmiemy się tylko jednym punktem, a mianowicie: stroną teoretyczną kwestyi. Jak się zapatrywali uczeni na istotę erytromelalgii?

Ogólnym głosem autorów było, że erytromelalgia stanowi samodzielną nerwicę naczynioruchową. SEELIGMUELLER pisze o erytromelalgii w podręczniku swym: „*Lehrbuch der peripheren Nerven*“, w rozdziale zatytułowanym: „Bezwład rozlany nerwów naczynioruchowych.“ STREUMPPELL w swej patologii szczegółowej również zalicza erytromelalgię do kategorii cierpień naczynioruchowych. Ostateczną sankcyę otrzymał ten pogląd na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy *Charité* w czerwcu 1892 r., na którym toczyła się dyskusya z powodu przypadków, przedstawionych przez SENATOR'a, GERHARDT'a i BERNHARDT'a. Wszyscy ci uczeni uznali erytromelalgię za samodzielną nerwicę, za nerwicę naczynioruchową.

LEWIN i BENDA są zdania wprost przeciwnego: według nich erytromelalgia nie jest samodzielną chorobą; tezy zaś swej dowodzą przez analizę wszystkich opisanych w literaturze przypadków. Przypadki te dzielą oni na trzy grupy: do pierwszej zaliczają te, w których istnieje niewątpliwie cierpienie organiczne układu nerwowego ośrodkowego, do drugiej te, w których również cierpienie jest ośrodkowe, ale natury czynnościowej, do trzeciej wreszcie te, w których ma się do czynienia z cierpieniem czysto obwodowym.

1) Co do pierwszej grupy.

W przypadku MACHOL'a erytromelalgia zjawiała się w przebiegu bezwładu na 8 dni przed śmiercią. W przypadku HENOCHE'a występuje ona w sparaliżowanej nodze apoplektyka. W przypadku GRAVES'a zjawia się po napadzie apoplektycznym. W trzech tych przypadkach erytromelalgia okazała się zjawiskiem wtórnem, uwarunkowanem cierpieniem centralnem. „Czuciowe i naczynioruchowe objawy tego rodzaju zjawiają się nierzadko przy sprawach ośrodkowych, że wspomnimy dla przykładu plamy TROUSSEAU'a przy *meningitis* i bóle neuragliczne przy cierpieniach mózgu i rdzenia.“ Co się tyczy innych przypadków tej grupy, to jakkolwiek w nich rodzaj cierpienia centralnego nie daje się napewno rozpoznać, mimo to wszakże i w nich ery-

tromelalgia jest tylko objawem wtórnym. Tu należy np. przypadek W. MITCHELL'a, w którym było drżenie, drgawki, zez, zaburzenia mowy, zmiana charakteru i t. d., słowem, cierpienie ośrodkowe niewątpliwe. Tu należą inne jeszcze przypadki W. MITCHELL'a, GERHARDT'a-EULENBURG'a, WOODUNT'a i innych. Wspomnimy wreszcie, że erytromelalgia towarzyszy niekiedy takim chorobom, jak: *myxoedema* i *migraine ophthalmique*.

2) Co do drugiej grupy.

Wszystkie należące do tej grupy przypadki przedstawiają połączenie erytromelalgii z objawami ogólnej nerwicy. Tak w przypadku AUCHÉ-LESPINASSE'a istniały objawy histeryi męskiej; w przypadku SEELIGMUELLER'a istniały liczne objawy nerwowe, zjawiające się niekiedy w okresie klimakterycznym [przekrwienia głowy i szyi, błon śluzowych i t. p.]; w przypadku BAGIŃSKIEGO była histerya dziecienna. Do tych przypadków autorowie dodają jeszcze cztery inne, w których również przypuszczają histeryę.

3) Co do trzeciej grupy.

Do grupy tej zaliczają autorowie wszystkie te przypadki, w których erytromelalgia występuje, jako jedyny objaw chorobowy. Autorowie zadają sobie pytanie, czy w takich razach ma się do czynienia z nową istotnie chorobą, czy też tylko z jedną z dobrze już oddawna znanych. Zanalizowawszy dokładnie odnośne przypadki, przychodzą do wniosku, iż wszystkie objawy erytromelalgii dają się podciągnąć pod nerwoból i zapalenie nerwu.

Cecha charakterystyczna nerwobólu, a mianowicie umiejscowienie w obrębie rozgałęzienia nerwu, jest charakterystyczną również dla erytromelalgii. Za zasadniczy objaw erytromelalgii uważa się bóle palące lub darcie, występujące napadami. Te same zupełnie napady bólów spotykamy przy nerwobólach.

Erytromelalgia występuje zazwyczaj obustronnie oraz systematycznie; nerwoból, co prawda, rzadko bywa obustronny, ale jeżeli już jest obustronny, to jest jednocześnie wówczas i symetryczny. Co do objawów naczynioruchowych, jak: zaczerwienienie, obrzęk i pocenie się, to zupełnie te same objawy znajdujemy często przy nerwobólu. Nawet objawy troficzne znajdujemy także niekiedy przy nerwobólu [np. t. zw. „błyszczące palce“, t. j. swoista błyszcząca i atroficzna skóra na palcach].

Co do etyologii, to jest ona wspólną dla nerwobólu i dla erytromelalgii. I tu i tam momentem usposabiającym są: otrucia, syfilis, *gonorrhoea*, *malaria*, podagra i t. p., a momentem wywołującym: przeziębienie, uraz, nadmierny wysiłek. Co do trwania wreszcie erytromelalgii, to jest ono nader zmienne: to trwa krócej, to dłużej, niekiedy kilka lat, a nawet całe życie. To samo poniekąd stosuje się do trwania nerwobólu, z tą wszakże różnicą, iż erytromelalgia wogóle jest o wiele uporczywszą od nerwobólu. Fakt ten wyda nam się zrozumiałym, jeżeli przyjmiemy, że erytromelalgia w wielu razach nie jest niczem innym, jak tylko cięższą i rzadszą postacią nerwobólu.

Niekiedy prócz pomienionych wyżej objawów natury czuciowej, naczynioruchowej i troficznej bywają inne jeszcze, wskazujące na stan zapalny nerwu. Tak np. w przypadku ALLEN STURGE'a istniał zanik muskulatury

łydki i zmniejszenie pobudliwości elektrycznej. Tak więc, niektóre przypadki erytromelalgii należy uważać za szczególną postać *neuritidis*.

W końcu pracy autorowie streszczają swe wnioski: zbiór objawów, znany pod nazwą erytromelalgii, nie jest chorobą *sui generis*, ale po części zjawiskiem, towarzyszącym rozmaitym cierpieniom mózgu i rdzenia, poczęści jednym z objawów tak bogatych w symptomatologię nerwic, jak: histerya, neurastenia i t. d., po części wreszcie kliniczną postacią nerwobólu lub zapalenia nerwu.

Większość autorów uważa erytromelalgię za nerwicę naczynioruchową, kładąc główny nacisk na zaburzenie naczynioruchowe. Pogląd ten jest mylny. W erytromelalgii objawy wazomotoryjne mają znaczenie drugorzędne, na pierwszym zaś planie są bóle neuralgiczne: najprzód powstają bóle, a potem dopiero, nieraz dość późno, zjawiają się zaburzenia naczynioruchowe.

W zbiorze objawów erytromelalgii niema nic tak charakterystycznego, co by nas upoważniało do tworzenia nowej samodzielnej postaci chorobowej; erytromelalgia jest zbiorem objawów, mogących być pochodzenia zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 3. 4, 5, 6).

II.

30. Prof. Eulenburg. O erytromelalgii.

Autor jest zdania, że erytromelalgia nie stanowi nowej i samodzielnej choroby, lecz, że przedstawia tylko objaw, a raczej zbiór objawów pochodzenia prawdopodobnie centralnego [intramedularnego]. Zdanie to autor opiera na trzech własnych spostrzeżeniach. We wszystkich trzech przypadkach erytromelalgia wystąpiła u osób z mniej lub więcej wyraźnym usposobieniem neuropatycznym [poczęści dziedzicznym, rodzinnym]. W jednym przypadku, prócz erytromelalgii, było wyraźne dziedziczne neuropatyczne usposobienie, *dystrophia musculorum* i ciężka blednica. W drugim również były: ciężkie usposobienie nerwowe, nadto skłonność do zaburzeń cyrkulacyjnych [zemdlenia, krwawienia, napady kongestyjne i podobne do apoplektycznych], a także zaburzenia trawienia, silne wzuszenia moralne, wreszcie nadmierna praca rękodzielnicza. W trzecim przypadku erytromelalgia wystąpiła wprost na tle dziedziczności; zauważyć nadto należy, iż osobnik, dotknięty nią, cierpiał kilka lat na malaryę, prowadził siedzące życie i był z zawodu krawcem. Zasługuje na uwagę, że dwie z pośród dotkniętych osób zajmowały się krawieczyzną. To przypomina nieco opisaną przez Fr. SCHULTZĘ'go t. zw. *akroparestezję*, nerwicę występującą w obrębie nerwów czuciowych wskutek nadmiernej pracy (*Beschäftigungsneurose*). Jakkolwiek niewątpliwy związek między temi dwoma cierpieniami istnieje, niemniej jednak zauważyć należy, iż praca nadmierna nie posiada tak wielkiego znaczenia dla erytromelalgii; cierpienie to bowiem występuje zazwyczaj symetrycznie i zarówno w górnych, jak i w dolnych kończynach.

Erytromelalgia cechuje się nie tylko czuciowymi i naczynioruchowymi zaburzeniami, ale również troficznymi i wydzielniczymi. Co do troficznych,

zauważono obrzmiewane stawów, zmiany w paznogiach, zaburzenia troficzne w mięśniach i innych tkankach. Z wydzielniczych widziano kilkakrotnie obfite pocenie się.

Powstaje pytanie, gdzie szukać w układzie nerwowym punktu wychodzącego dla tego złożonego innerwacyjnego zaburzenia. Częsty związek erytromelalgii z zaburzeniami mózgodzeniowymi przemawia za jej pochodzeniem ośrodkowym. Co zaś do bliższej lokalizacji cierpienia, to wobec braku dowodów anatomo-patologicznych nie stanowczego o tem powiedzieć nie można; można tylko robić przypuszczenia na mocy analogii z innymi cierpieniami.

Istnieje pewna grupa stanów chorobowych, charakteryzująca się współczesnym istnieniem lokalnych zaburzeń w zakresie czuciowych, naczynioruchowych, troficznych i wydzielniczych czynności; zaburzeń, występujących zazwyczaj w kończynach i to po większej części symetrycznie; zaburzeń, mających punkt wyjścia [czy to wskutek zmian organicznych, czy też zakłuceń czynnościowych] w tylnej i bocznej części substancji rdzenia.

Do grupy tej należą: syringomyelia, choroba MORVAN'a, zbiór objawów „opuszkowordzeniowy“ opisany przez GRASSER'a i RAUZIER'a, choroba RARNAUD'a i wreszcie erytromelalgia.

We wszystkich tych cierpieniach zaburzenia czuciowe zależne są od bocznych rogów rdzenia. Co do tego ostatniego, to na szczególną uwagę zasługują badania PIERRE'a, z których wypada, iż wikłające niekiedy wład rdzenia objawy naczynioruchowe i troficzno-wydzielnicze zależą od wtórnego cierpienia grup komórkowych, znajdujących się w miejscu połączenia tylnych i przednich rogów, czyli t. zw. średniobocznego traktu komórek CLARKE'a.

Według EULENBURG'a, wszystkie wymienione cierpienia są równoznacznym wyrazem zmian w tylnobocznej szarej substancji rdzenia; różnice zaś kliniczne, istniejące pomiędzy nimi, autor tłumaczy w sposób następujący. Zmiany w szarej substancji nie zawsze bywają jednakowe: przy jednych z pomienionych chorób sprawa chorobowa jest ciężką, degeneracyjną i powoduje trwałe zaburzenia kliniczne, przy innych zmiany w rdzeniu są lekkie, być może nawet czysto dynamiczne. Ale istnieją inne jeszcze momenty, będące przyczyną różnic w obrazach klinicznych omawianych chorób.

Przy syringomyelii wspomnianym wyżej zaburzeniom innerwacyjnym towarzyszy zanik mięśniowy [typu DUCHENNE-ARAN'a]. To samo w mniejszym stopniu widzimy przy chorobie MORVAN'a [lekka pareza atroficzna]. Zaburzenia te amyotroficzne zależą od współczesnego cierpienia obok tylnobocznej substancji jeszcze i przednich rogów rdzenia. Obraz chorobowy, opisany przez GRASSER'a i RAUZIER'a, jest czystym klinicznym wyrazem cierpienia, umiejscowionego ściśle w tylnobocznej substancji szarej rdzenia i stanowi formę przejściową od syringomyelii i choroby MORVAN'a do symetrycznej asfiksyi i erytromelalgii; te ostatnie prócz objawów naczynio-ruchowych i troficznych cechują się nadto objawami podrażnienia w obrębie włókien tylnych korzeni [napady podobne do neuralgicznych, parestezye i hyperstezye], tak, iż w dwu

tych chorobach, prócz zmian w szarej substancji, należy przyjąć współczesne cierpienie tylnych korzeni.

Taką jest hipoteza EULENBURG'a. Autor ten łączy w jedną grupę cały szereg chorób, w których przyjmuje zmiany bądź organiczne, bądź dynamiczne w tylnobocznej substancji szarej rdzenia; indywidualne zaś różnice kliniczne chorób tych stawia w zależności od natężenia i rozprzestrzenienia sprawy chorobowej w rdzeniu.

(*Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 50*).

Adam Wiszel.

Wiadomości bieżące.

— Prof. KÖNLEIN [Zurich] miał odczyt w Szwajcarskim Towarzystwie denty-
stycznym: „O niebezpieczeństwie zależnem od sztucznych zębów“. Autor
spozstrzegł 4 przypadki polknięcia sztucznych zębów podczas snu. 1-szy przypadek:
3-letnia kobieta przybyła do kliniki w godzinę po wypadku; przy pomocy chwy-
tadła GRAEFE'go (*Münzenfänger*) udało się sztuczne zęby wydostać. 2-gi i 3-ci przy-
padek: chore przybyły do kliniki, jedna w 11, a druga w 12 godzin po wypadku;
w domu robione już były próby wydostania z przelyku sztucznych zębów, lecz
nadaremnie; w klinice dokonane zostało przecięcie przelyku zewnętrzne (*oesophago-
tomia externa*); obie chore — wyzdrowiały. 4-ty przypadek zakończył się śmiercią,
a to z przyczyn następujących: pomimo że chory wyraźnie wskazywał, że sztuczne
zęby muszą jeszcze w przelyku siedzieć, to jednak zgłębnik zupełnie gładko przez
przelyk przechodził; przypuszczano więc, że się sztuczne zęby już przedostały do żo-
łądka. Po 5-ciu jednak dniach wystąpił silny krwotok przez usta i przez odbytnicę.
Chorego sprowadzono do kliniki i tu się również przekonano, że gruby zgłębnik pra-
wie zupełnie gładko przez przelyk przechodzi. Podczas operacji okazało się, że
aparat zębowy tkwi w ścianie przelyku, obrócony wklęsłą stroną swoją do światła
przelyku. 15-go dnia po operacji chory zmarł po znacznym krwotoku, który, jak się
na sekcji okazało, pochodził z nadżartej prawej tętnicy tarczowej dolnej. Autor ze-
brał w literaturze 37 przypadków, w których dokonane zostało przecięcie przelyku
zewnętrzne (*oesophagotomia externa*) z powodu polkniętych zębów sztucznych; 8-iu
chorych zmarło, 29-ciu wyzdrowiało. Winno to być przestrogą, ażeby na noc sztu-
czne zęby z ust wyjmować, a uszkodzone w porę do naprawy oddawać. (*Berl. klin.
Wochenschr. 4894. Nr. 4, str. 103*).

M. Wołkowicz.

— W tych dniach ukończono druk książki D-ra ROMANA JASIŃSKIEGO „Dya-
gnostyka chirurgiczna“, wydanej nakładem Redakcyi Gazety Lekarskiej.
Dzieło to oryginalne, obejmujące 31 arkuszy druku ścisłego, stanowi jeden z najobszer-
niejszych podręczników tego rodzaju. Wykład treściwy i jasny, ułożenie wyborne,
język potoczny i poprawny, zalety, z jakich autor znany jest z prac swoich poprzednich,
sprawiają to, że książkę tę czyta się z zajęciem i przyjemnością. Wypełnia ona
w naszej literaturze lekarskiej jedną z owych licznych szczerb, które ustawicznie
zmuszają studyujących do ciągłego posiłkowania się pracami obcych, a zaradzenie
czemu winno stanowić obowiązek wszystkich piszących w ojczystym języku. Mamy
też tę niepłonną nadzieję, że książka ta znajdzie się w rękach nie tylko młodzieży
medycznej, ale każdego lekarza-praktyka. W naszych stosunkach pojawienie się
tak obszernego dzieła oryginalnego jest niezmiernie pocieszającym objawem, stano-
wi ono jeszcze jeden dowód, że i u nas materiał do pracy jest, należy tylko mieć
trochę chęci oraz silnej woli do odpowiedniego użytkowania go. K.

— Pomiędzy 29 marca a 5 kwietnia r. b. odbył się XI międzynarodowy
zjazd lekarzy w Rzymie. Zjazd ten był liczniejszym od wszystkich poprzedzających;

zebrało się bowiem około 8000 uczestników. Tak pokaźna liczba przybyszów daje się wytłumaczyć nie tylko ciekawością kwestyi naukowych, które na kongresie miały być poruszone, lecz chęcią ujrzenia najciekawszego miasta starożytnego. Tem też objaśnić sobie możemy krytykę urzędzeń, poruszoną w prasie peryodycznej i niektórych pism lekarskich; wszystkich zadowolnić było trudno. Ci, którzy jechali na kongres w celu przyjęcia udziału w pracach i zapoznania się z kolegami innych krajów, na komitet rzymski nie narzekają; ci zaś, którzy mieli na celu zwiedzenie osobliwości Rzymu i innych miast włoskich, wobec znacznego w tej porze napływu cudzoziemców, zły czas w tem celu obrali. Z przyjemnością zaznaczyć nam wypada, że nasi lekarze na kongres w liczbie 60 przybyli i w pracach jego bardzo czynny udział przyjmowali, już to w dyskusjach, już też pracami, z których niektóre wielkie wzbudziły zainteresowanie. Prace te przedstawili następujący lekarze: w sekcji medycyny teoretycznej: prof. CYBULSKI „Mikrokoerymetr“, prof. CYBULSKI i ZANIEWSKI „Nowy przyrząd do drażnienia mięśni i nerwów“, prof. CYBULSKI i docent BECK „Zjawiska elektryczne w korze mózgowej małp i psów“, LASKOWSKI [z Genewy] „Demonstracya własnego atlasu anatomicznego“. W dziale patologii ogólnej: prof. BUJWID „Metoda PASTEUR'a i zmiany w komórkach nerwowych przy wściekłości“ oraz prof. GLUZIŃSKI „W sprawie patologii krwotoków płucnych“. W sekcji medycyny wewnętrznej MAYZEL „O oznaczeniu kwasu moczowego“, MALINOWSKI „O zakażeniach mieszanych u dzieci“. W sekcji laryngologicznej: HERYNG „O wskazaniach i leczeniu suchot krtani“ oraz „o iniekcji płynów barwnych do płuc zwierząt i jam gruczołowych“ [z demonstracją preparatów], PRZEDBORSKI „O skurczu historycznym krtani“, SĘDZIAK „O etyologii anginy follicularnej“, SOKOŁOWSKI „O przerostowym zapaleniu okolicy podgłośniaowej“. W sekcji psychiatrii: ROTHE Przyczynek do historii psychiatrii w Polsce i w Rosyi. W sekcji chirurgicznej: BARĄCZ „O chirurgii kiszki“, prof. KOSIŃSKI „Wyniki 800 laparotomii dokonanych w szpitalu Ś-gu Duchy“, STANKIEWICZ „O ranach postrzałowych pęcherza i rzadki przypadek mięsaka pęcherza“. W sekcji okulistycznej: prof. WICHERKIEWICZ „O wrodzonych brakach dróg łzowych“. W sekcji syfilidologicznej: WATRASZEWSKI „O działaniu rtęci przy utajonym syfilisie“. W sekcji ginekologicznej: MARS „Demonstracya plastycznych wzorów operacyi ginekologicznych“. W sekcji higieny: prof. BUJWID „O filtrach“. Wreszcie DOBRZYCKI przemawiał w kwestyi urzędzeń na przyszłych zjazdach oddzielnej sekcji dla prasy lekarskiej. Nadto godnością prezesów sekcji zaszczytzeni zostali: prof. CYBULSKI [fiziologia], prof. LASKOWSKI [anatomia], ROTHE [psychiatria], HERYNG i SOKOŁOWSKI [laryngologia].

— W dniu 2. IV. zebrał się prezydeuci honorowi i sekretarze sekcji pedyatrycznej dla zatwierdzenia wniosku prezesa czynnego sekcji D-r BŁASI z Rzymu i sekretarza dziennika pedyatrycznego D-ra MASSINI'ego z Genui, aby utworzyć międzynarodowe Towarzystwo pedyatryczne. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto i wybrano komisję, która na przyszłym kongresie przedstawi statut Towarzystwa. Prezesem komisji jest prof. STEFFEN z Niemiec. Członkowie: JAKOBY—Stany Zjednoczone, MASSINI—Włochy, COMBY—Francya, d'ESPINE—Szwajcaryja, BARLOW—Anglia, FILATOW—Rosyja, ESCHERICH—Austryja, VIOLI—Turcyja, MEDIN—Szwecyja, ICHANNESSEN—Norwegia, BOKAI—Węgry, TORDEUS—Hiszpania, HIRSCHSPRUNG—Dania. Kol. MALINOWSKI został zaproszony przez D-ra MASSINI'ego do komisji powyżej wzmiankowanej, jako przedstawiciel pedyatrii z Polski, i do współpracownictwa w jego piśmie.

— VII zjazd chirurgów polskich odbędzie się we Lwowie od 18—21 lipca r. b. równocześnie z VII zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, którego będzie tworzył sekcję chirurgiczną. O odczytach z tej sekcji zawiadomić należy do 25 czerwca r. b. gospodarza sekcji chirurgicznej D-ra ZIEMBICKIEGO we Lwowie.

— Dowiadujemy się, iż ostateczny termin VII zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie został oznaczony na 23—26 lipca r. b..