

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 26 KWIETNIA 1934 R.

Nr. 16

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Klinika zapaleń wierzchołka kości skalistej*).

Podał

Dr. Edward PRAGIER (Pińsk).

„Nous sommes entourés de phénomènes
que nous ne voyons pas“.

Claude Bernard.

(Dokończenie — patrz Nr. 15).

Etjologia.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że zapalenie w.k.s. wystąpić może w każdym okresie i postaci ropnego zapalenia ucha środkowego. Większość przypadków opisanych należy jednak do rzędu ostrych. Pozatem niema postaci zapalenia ucha środkowego, w której udział w.k.s. możnaby wyłączyć. A więc, poczynając od najwcześniejszych okresów zapalenia ucha środkowego, w.k.s. ulega procesowi zapalnemu w przypadkach podostrych, przewlekłych (Hollger Mygind), przewlekłych obostrzonych (Brunner i inni), traumatycznych (przypadek niżej przez nas podany), gruźliczych (Tarasido, Brunner).

Skazy ustrojowe, wady przemiany, uspasabiają do zapaleń wierzchołka kości skalistej. U wielu chorych na zapalenie w. k. s. stwierdzono cukrzycę (Voss, Brunner i inni).

Upowietrznienie kości skalistej odgrywa pewną rolę w etjologii zapaleń w.k.s. Dobra pneumatyzacja niewątpliwie uspasabia do zropienia w.k.s., aczkolwiek nie jest warunkiem nieodzownym. Obecność rozwiniętych komórek powietrznych prowadzi częściej do izolowanych ropnych zapaleń poszczególnych części wierzchołka kości skalistej.

Przeważa wiek młody: na 12 przypadków Voss a (1931) przypadają 3 na pierwsze i 7 na drugie dziesięciolecie wieku.

Czynnik chorobotwórczy, sądząc z literatury, nie odgrywa roli w predyspozycji do zakażenia w.k.s. W przypadkach Voss a na 5 zbadanych bakterjo-

logicznie stwierdzono w 2-ch — paciorkowce, w 2-ch pneumokoki, w jednym — paciorkowce z pałeczką okrężnicy. W przypadkach Brunner a stwierdzono kilka gatunków banalnej infekcji (*streptococci, bac. proteus* i t. d.).

W tych przypadkach ostrych ropnych zapaleń ucha środkowego, które wykazywały objawy „*petrosismus*“, i które zbadano bakterjologicznie, również stwierdzono infekcję banalną. W okołotrąbkowych zapaleniach w.k.s. naszych przypadków — w jednym stwierdzono paciorkowce, w drugim pneumokoki.

Wbrew pierwotnym przypuszczeniom nie należy łączyć etjologicznie spraw zapalnych w. k. s. z *mucosus otitis* (Voss).

Choroby infekcyjne, jak grypa, angina, płonica mogą być czynnikiem, wywołującym infekcję w.k.s.

Reasumując, etjologia zapaleń w.k.s. nie różni się zasadniczo od tejże w procesach zapalnych wyrostka sutkowego.

Podział i przebieg kliniczny.

Na podstawie przeglądu przypadków, podanych w literaturze, zarówno jak z własnych spostrzeżeń, możemy zapalenia w.k.s. łatwo podzielić na 3 grupy odmienne co do patogenyzy, patologji i przebiegu klinicznego.

I. Wczesnemu okresowi ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego towarzyszyć będzie ostre zapalenie wierzchołka kości skalistej analogicznie do stanu zapalnego wyrostka sutkowego. Wskazywaliśmy na niewątpliwie częsty udział wierzchołka w tym okresie zapalenia, co uwarunkowane jest jego specyficzną budową anatomiczną.

Będziemy mieli w tym okresie wszystkie cechy zapalenia: przekrwienie kości, obrzęk śluzówki i wysięk w komórkach powietrznych. Nazwaliśmy tę postać zapalenia — „*petrosismus*“ raczej dla wyodrębnienia klinicznego od „*petrositis*“, aczkolwiek patologicznie niema żadnych podstaw do nieuznawania tego stanu jako zapalenia, wprawdzie ustępującego przy terapii konserwatywnej, analogicznie do *mastoidismus*. Ma yer, Wagener i inni są zdania, że *mastoidismus* jest

*) Wygłoszone w Sekcji laryngologicznej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu.

lekkim zapaleniem wyrostka sutkowego, które ustępuje bez ingerencji chirurgicznej.

Ten rodzaj zapalenia w.k.s. w ostrych ropnych zapaleniach ucha środkowego występuje, jak wskazywaliśmy, częściej, niż *mastoidismus* (patrz tab. Nr. 2).

W obrazie klinicznym „*petrosismus*”, który najlepiej zaznacza się w pierwszym tygodniu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, znajdziemy wszystkie prawie objawy, podane wyżej, jako charakterystyczne dla udziału w procesie zapalnym w.k.s.. A więc bolesność stawu żuchwowego, ograniczenie ruchów tego stawu lub szczękostek, ból w gardle podczas przełykania, obrzęk ściany przednio - górnej lub dolnej kostnego przewodu zewnętrznego, nerwoból n. trójdzielny. W kompleksie tym rzadko bardzo wystąpi porażenie nerwu odwodzącego, aczkolwiek znane są przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego z udziałem n. VI w pierwszym tygodniu zapalenia i z ustąpieniem tego objawu w ciągu krótkiego czasu. Częściej natomiast wystąpi nerwoból n. trójdzielny.

U f f e n o r d e twierdzi, na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia, że objaw ten występuje nietylko w przypadkach bezpośredniego stykania się procesu zapalnego, względnie ropienia, ze zwojem n. trójdzielny, wystarcza bowiem proces zapalny w komórkacji okołobłędniakowych lub w części zewnętrznej w.k.s.; potwierdzają to i inni autorzy.

Sądzę, że z tego powodu nerwoból nerwu trójdzielny jest też częstym objawem *petrosismus* w odróżnieniu od porażenia n. odwodzącego, które występuje rzadko, gdyż, jak stwierdzono, muszą być bardzo rozległe i blisko nerwu sięgające zmiany zapalne kości, aby spowodować nacieczenie, wzgl. porażenie tego nerwu.

Pozostałe objawy podane wyżej spotykałem zawsze w wybitnie zaznaczonych przypadkach *petrosismus* (patrz tab. Nr. 1). Z tablicy podanej wynika, że najczęściej daje się stwierdzić bolesność okolicy stawu żuchwowego i ograniczenie ruchów szczęki aż do szczękostek.

Objawy „*petrosismus*” długo nie utrzymują się; po kilku dniach wraz ze zmniejszeniem się nasilenia objawów ropnego zapalenia ucha zaczynają ustępować; najwcześniej szczękostek i ból podczas przełykania; czas trwania tych objawów czasem jest bardzo krótki (1 — 2 dni); nieco dłużej utrzymuje się bolesność stawu żuchwowego (do tygodnia); następnie znikają zmiany w przewodzie kostnym, które widziałem nawet i w 3-im tygodniu choroby; dłuższy czas chorzy odczuwają również ból w stawie żuchwowym podczas ściskania zębów lub rozwierania ust.

Podkreślić chcę, że wybitnie wyrażone i najdłużej utrzymujące się objawy *petrosismus* widziałem w tych przypadkach, gdzie nie było reakcji ze strony wyrostka sutkowego, albo reakcja ta była nieznaczna.

Dla przykładu podamy obraz jednego z najbardziej typowych przypadków spostrzeganych.

J. Z., l. 20, zachorował przed 3-ma dniami, miał niezbyt ostry nosa, silne bóle głowy, zębów, ucha prawego; w nocy nie śpi, nie może nic przełykać od kilku dni. Od wczorajszego dnia wyciek wodnisty - krwawy z ucha prawego, bóle głowy, ucha i zębów trwają, wysoko gorączkuje.

Stan obecny. 31.III. pacjent dobrze zbudowany i odżywiony, jęczy, robi wrażenie ciężko chorego; w narządach wewnętrznych nic szczególnego. Temperatura zrana 38,5°, tętno 104. Skarży się na silne bóle głowy, promieniujące do skroni

i do ciemienia, bóle zębów po stronie prawej, klujące bóle wewnątrz ucha prawego. Wyrostek sutkowy niebolesny zarówno na silny ucisk, jak i na opukiwanie. ani w podstawie, ani w wierzchołku; natomiast pacjent bardzo żywo reaguje (jęczy) przy uciskaniu na okolicę stawu żuchwowego, szczególnie na główkę wyrostka stawowego. Pociąganie za małżowinę uszną, ani ucisk na skrawek nie wywołują bólu. Szczękostek znacznego stopnia (siłą udaje się rozewrzeć szczękę na 1½ cm odległości między przednimi zębami). Badanie gardzieli utrudnione; żadnych zmian nie wykazuje; dziąsła i zęby zdrowe; w nosie nic szczególnego. Z przewodu zewnętrznego ucha wydziela się surowiczo - krwawa wydzielina. Otoskopowo: ucho prawe — zwężenie znacznego stopnia przewodu kostnego, szczeg. w najgłębszej jego części, błona bębenkowa obrzękła, nacieczona, zaczerwieniona i wypięta w przednio-górnej swej części w postaci woreczka, wypuklającego się na zewnątrz; tętnienie w przedniej dolnej części błony. Badanie słuchu: szept i zegarek — *ad concham*, W e b e r naprawo, S c h w a b a c h po stronie prawej przedłużony, R i n n e — ujemny. Ucho lewe: badanie otoskopowe i słuchu norma. W ciągu następnych dni temperatura stopniowo spadała, bóle głowy, zębów i ucha zmniejszały się, na 6-ty dzień choroby można było zbadać palcem nosogardziel, ponieważ szczękostek nieco ustąpił; stwierdzono wyraźny obrzęk i bolesność trąbki E u s t a c h j u s z a.

Objawy stopniowo znikają: przedewszystkiem ustąpił ból podczas przełykania, na 4 — 5 dzień choroby; później na 7 — 8-y dzień szczękostek; pozostał czas jakiś ból w stawie żuchwowym prawym podczas ściskania zębów lub rozwierania ust; bolesność stawu żuchwowego utrzymywała się do 9—10 dni, najdłużej zaś zwężenie przewodu kostnego, które jeszcze w 3-cim tygodniu choroby było wyraźne. Na 6-ty tydzień, przy stopniowo zmniejszającym się wycieku, ucho uległo wyleczeniu. Badanie rentgenograficzne wykazało rozwiniętą pneumatyzację wyrostka prawego, jak również i wierzchołka kości skalistej po stronie prawej; kość skroniowa lewa znacznie mniej upowietrzona, — zarysy komórek i kości po obu stronach zmian szczególnych nie przedstawiały.

Mamy więc w przypadku opisanym typowy obraz kliniczny „*petrosismus*” przy braku wszelkich objawów reakcji zapalnej ze strony wyrostka sutkowego. Ta niezależność reakcji ze strony w.k.s. od udziału w procesie zapalnym wyrostka sutkowego świadczy niewątpliwie o pewnej niezależności kompleksu komórkowego w.k.s. od głównego układu powietrznego kości skroniowej, na co już wyżej wskazywaliśmy.

II. W przeciwieństwie do częstego i wyraźnie zaznaczonego „*petrosismus*” we wczesnym okresie ropnego zapalenia ucha środkowego — stosunkowo rzadziej spotykamy się z rozwinięciem w sensie anatomiczno - patologicznym „*petrositis*”, bowiem to, co stanowi przyczynę częstej reakcji zapalnej w.k.s., a więc obfite unaczynienie w.k.s. z jego budową metafizy kości dziecięcej — stanowi także przyczynę łatwiejszego wessania się produktów zapalnych. I tu znów decydującą rolę w procesie patologicznym odegrać może stopień i rodzaj pneumatyzacji w.k.s.: komórki mniejsze mają więcej szans resorbcji zapalnej, bowiem przy małej ilości wysięku zapalnego posiadają w sąsiedztwie sporo przestrzeni naczyń rozwiniętej istoty gąbczastej w.k.s., zaś większe komórki przy mniejszej liczbie naczyń kostnych trudniej zresorbują swój wysięk; utrudnienie resorbcji powoduje już dalsze zmiany charakterystyczne dla zapalenia kości, a więc osteoklazę, rozrzedzenie kości, proliferację tkanki ziarninowej i w ostatecznym etapie nawarstwianie się nowej tkanki kostnej,

z tą różnicą dla w. k. s., że ten ostatni etap odrodzenia kości odbywa się w wierzchołku znacznie wcześniej, niż w innych odcinkach kości skroniowej.

Jeżeli proces zapalny rozszerza się drogą komórek powietrznych, w których przy odpowiedniej strukturze w.k.s. nie nastąpi resorbcja, powstaje ropne ograniczone zapalenie grupy komórek, które przez rozrzedzenie ścian kostnych zlewają się w niewielki ropniak kostny („Empyemzelle”).

Taki jest najczęściej obraz patologiczny drugiej grupy zapaleń w.k.s.

Powstawanie ograniczonych ropnych zapaleń w.k.s. omawiałem już w poprzedniej pracy, gdzie uważałem rozwiniętą pneumatyzację wierzchołka, szczeg. jego dolno - zewnętrznej części, za predysponującą do umiejscawiania się procesów zapalnych w w.k.s. Procesy ropne tego rodzaju mogą towarzyszyć takiemuż rozwojowi sprawy zapalnej w wyrostku sutkowym, mogą jednak powstać tylko w w.k.s., przy nieznacznych zmianach zapalnych w wyrostku sutkowym.

Przebieg kliniczny tej grupy zapaleń w.k.s. jest dość typowy. Od początku schorzenia ucha środkowego do momentu wystąpienia objawów wierzchołkowych upływa pewien czas potrzebny do rozwoju ropniaka kostnego lub ropnia zewnętrznooponowego w w. k. s. Zwykle objawy wierzchołkowe występują już po dokonaniem otwarcia wyrostka sutkowego. Z 12 przypadków V o s s a 11 wykazało objawy zapalenia w.k.s. już po uprzednio dokonanych trepanacjach. To samo widzimy w przypadkach S c h e i b e g o, S c h l a n d e r a, U f f e n o r d e i innych autorów. W przebiegu najczęściej podostrego lub recydującego ropnego zapalenia ucha środkowego po okresie dobrego samopoczucia, gdy stawiamy chorego po dłuższej obserwacji czasem poza niebezpieczeństwem komplikacji, — występuje nagle ból głowy, oka lub zębów, albo porażenie n. odwodzącego; w niewielkiej liczbie przypadków w krótkim czasie potem przychodzi do zapalenia opon mózgowych.

W przypadkach zlokalizowania procesu ropnego z przewagą części dolno - zewnętrznej wierzchołka — otrzymamy po pewnej przerwie kompleks objawów, wyżej przez nas podanych, a więc: szczękościsk, bolesność stawu żuchowego, ból podczas przelżykania i zmiany w przewodzie kostnym; kombinacja tych objawów z porażeniem n. odwodzącego, a szczeg. z nerwobólem nerwu trójdzielnego jest zupełnie zrozumiała ze względu na niewielkie rozmiary w.k.s. i ograniczenie procesu ropnego w poszczególnych częściach wierzchołka raczej w pojęciu klinicznym.

Cechą charakterystyczną ograniczonych ropnych zapaleń w.k.s. jest w pewnej mierze obfity wyciek ropny z jamy bębnekowej, z uchyłka lub, jak w naszym przypadku (B.L. 1931), z przetoki kostnej ropniaka.

Temperatura często bywa normalna aż do czasu rozwiniętego powikłania wewnątrzczaszkowego, lub też wykazuje nieznaczne wahania w granicach stanu podgorączkowego. W przypadku O p p i k o f e r a temperatura była u pacjentki przez 3 miesiące normalna, aż nagle wysoko się podniosła, gdy już doszło do rozlanego zapalenia opon mózgowych.

Prognoza przypadków ropnego ograniczonego zapalenia w.k.s. nie jest zła, i nie będziemy mieli możliwości potwierdzenia naszego rozpoznania sekcyjnie, najwyżej operacyjnie, jak też widzimy w większości przypadków V o s s a lub obu naszych.

Dla zlikwidowania procesu ropnego w tych przypadkach wystarcza zwykle trepanacja wyrostka sutkowego: mastoidektomia, oczywiście, bardzo dokładna, lub „antrotomia epitympanalna” podług V o s s a.

Typowe dla omawianej grupy zapaleń w.k.s. będą przypadki V o s s a: 8-my (Walter K.) z ograniczonym procesem zapalnym w obrębie komórek okołotrąbkowych, 10-ty (Hannelore M.) z ograniczonym ropniakiem w dolnej części w.k.s.; do tejże grupy zapaleń wierzchołka należy większość przypadków V o s s a. Do rzędu ograniczonych procesów ropnych w obrębie poszczególnych grup komórkowych należą przypadki: U f f e n o r d e, G r ü n b e r g a, L a n g e g o, B r o c k a, U l r i c h a, O p p i k o f e r a. Typowym przykładem ograniczonego ropniaka części trąbkowej w.k.s. jest nasz przypadek 1-szy (L.B. 1931), podany szczegółowo w poprzedniej pracy, jak również 2-gi (S.Z. 1932), którego historję choroby w krótkości przytaczam.

Jest to przypadek ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego pochodzenia traumatycznego, dotyczący rolnika, l. 27, który zgłosił się do mnie na 10-ty dzień po uderzeniu, otrzymanem łopatą w głowę, z bólami ucha lewego, zębów, oka i głowy po stronie lewej z wyciekami ropnymi, głuchotą prawie kompletną ucha lewego i zawrotami głowy, przy temperaturze do 37°. Miał wybitnie wyrażony kompleks objawu zajęcia dolno - zewnętrznej części w.k.s.: bolesność stawu żuchowego lewego, szczękościsk, opadnięcie przednio - górnej ściany przewodu kostnego, silny ból w gardle podczas przelżykania, obrzęk i bolesność trąbki E u s t a c h j u s z a (długo utrzymująca się). Zdjęcie rentgenowskie, które poniżej załączam, wykazywało pęknięcie łuski kości skroniowej, podstawy czaszki w obrębie w.k.s. i górnej ściany przewodu zewnętrznego. (patrz fig. 2).

W tym stanie rzeczy wykonano otwarcie wyrostka sutkowego i zacyłka (*atticoantrotomia*), przyczem stwierdzono pęknięcie podstawy czaszki w obrębie górnej ściany przewodu zewnętrznego, którą zdjęto: pęknięcie szło dalej w głąb ku wierzchołkowi kości skalistej. Wyczuwało się wyraźnie duży odłamek kostny wierzchołka, który poruszał się przy dotykaniu zgłębnikiem okolicy trąbkowej. Stwierdzono również odłamek kostny w podstawie wyrostka sutkowego i wykonano mastoidektomię bez interwencji na wierzchołku kości skalistej — w obawie uszkodzenia wielkich nasyń szyjnych (tętnicy lub opuszki).



Fig. 2. Rentgenogram czaszki S.Z. 1932. Dolna strzałka wskazuje pęknięcie w obrębie wierzchołka kości skalistej.

W ciągu następnych 2-ech miesięcy chory wyzdrowiał przy powoli ustępującym kompleksie objawów wierzchołkowych; rana zagoiła się, ustał wyciek ropny z ucha, i powrócił częściowo słuch.

III. Trzecią grupę zapaleń w.k.s. stanowią procesy osteomyelityczne w przebiegu ciężkich skomplikowanych schorzeń ucha środkowego, w których do infekcji w.k.s. przychodzi drogą naczyń krwionośnych. Niepoślednią rolę w patogenezie tych zapaleń odgrywa spłot żylny szyjno - tętniczy (*plexus caroticus*). To są przypadki, które wyrobiły złą opinię zapaleniom w.k.s. Anatomicznie znajdujemy wówczas rozlane zmiany ropne i martwicze istoty gąbczastej, nieograniczające się do kompleksu komórkowego, często z przejściem procesu zapalnego — wprost albo drogą naczyń krwionośnych — do jam wewnątrzczaszkowych, na zatoki: esowatą lub jamistą, do błędniaka lub do tkanek miękkich.

Klinicznie przedstawiają się, oczywiście, groźnie. Objawy zajęcia w.k.s. występują przeważnie równocześnie z objawami schorzenia ucha środkowego i wzrostka sutkowego, a nie tak, jak w grupie drugiej, po dłuższej przerwie.

Rozchodzi się zwykle w tych przypadkach o obstrzenie procesu ropnego, które w krótkim czasie obejmuje większe odcinki kości skroniowej, i w ciągu najbliższych dni daje najcięższe komplikacje. Powodem do obstrzenia procesu zapalnego jest zwykle ciężka infekcja. Sam zabieg operacyjny bywa czasem bodźcem do przejścia infekcji drogą naczyń krwionośnych na w.k.s., jak to było w przypadku Brunnera, gdzie wyskrobanie trąbki podczas operacji doszczętnej spowodowało wybuch procesu zapalnego w śluzówce trąbki i przestrzeniach szpikowych okołotrąbkowych.

Na przejście infekcji do w.k.s. drogą krwi zwraca uwagę Eagleton, który w silnych dreszczach widzi przejaw kliniczny rozszerzenia się sprawy zapalnej na wierzchołek.

Dla trzeciej grupy zapaleń typowe są przypadki Schlander'a, Brunner'a, Eagleton'a i niektóre Voss'a.

Szczególnie pouczający jest 11-ty przypadek Voss'a (Dr. S.), w którym na 12-ty dzień zapalenia ucha środkowego doszło do zajęcia zatoki jamistej z zejściem śmiertelnym w ciągu 24 godzin.

W przypadku 7-mym (Werner L.) zapalenie osteomyelityczne w.k.s. spowodowane zostało przez zabieg wyskrobania ziarniny w ranie pooperacyjnej w obrębie *emissarium mastoideum*, które zostało uszkodzone.

Schematycznie podział kliniczny zapaleń w.k.s. ułożyć można w następującą tablicę:

- I. „*petrosismus*“ (*apico-petrosismus*),
- II. *petrositis purulenta circumscripta*:
 - a) *supero-interna*,
 - b) *infero-externa (peritubaria)*,
- III. *osteomyelitis apicis petrosi*.

Jak z piśmiennictwa wynika, częste są powikłania w przebiegu zapaleń w.k.s. — 11-cie przypadków Voss'a z 12-tu dało powikłania pojedyncze lub kilkakrotne.

Nieraz obraz kliniczny schorzenia uwypukla się i zwraca uwagę lekarza w kierunku w.k.s. dopiero wówczas, gdy dochodzi do powikłania.

Najczęściej spotykamy się w piśmiennictwie z komplikacją ropnia zewnątrzoponowego w następstwie zapaleń w.k.s. Przyczyną bywa przejście ropienia przez dach trąbki kostnej lub jamy bębenkowej, a najczęściej wprost z wierzchołka kości skalistej do środkowej jamy czaszkowej. Te ropnie zwykle stanowią podstawę anatomo - patologiczną dla syndromu Gradeng'o. Znajdujemy je w przypadkach Voss'a, Brunner'a, Eagleton'a i innych.

Opony miękkie w następstwie zapaleń w.k.s. mogą w rozmaitym stopniu ulegać procesowi zapalnemu: od podrażnienia opon (jak Voss podaje w 5-ciu swoich przypadkach), poprzez surowicze aż do ograniczonego i rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych.

Wszystkie przypadki Eagleton'a skomplikowane są ograniczonym, ropnym zapaleniem opon w obrębie *cisterna pontis*. Powikłanie to daje charakterystyczny obraz kliniczny: chorzy tacy są przytomni, ale nawpół zamroczeni, na zapytanie odpowiadają, budząc się, ale wkrótce dalej ulegają zamroczeniu; nie mają objawów podrażnienia psychicznego (krzyki, niepokój), tak charakterystycznego dla rozlanego zapalenia opon; sztywność karku bywa zaznaczona, czasem oczopląs pionowy; w płynie mózgowo - rdzeniowym jałowym stwierdza się zwiększenie zawartości białka i elementów morfotycznych.

Częste jest również przejście sprawy zapalnej na błędniak z powodu przebiccia się ropniaka w.k.s. do przewodu słuchowego wewnętrznego, lub z ognisk ropnych okołobłędniakowych wprost do błędniaka (Uffeno'de, Voss, Eagleton i inni).

Opisane są ropnie opadowe w gardzieli: tylnogardzielowe, boczne wzdłuż mięśnia, unoszącego podniebienie miękkie (*m. levator veli palatini*) i dachu nosogardzieli.

W przypadku Voss'a duży ropień opadowy, który wypełniał połowę nosogardzieli, przykrywając przegrodę i choanę, opróżnił się przez otwór bębenkowy trąbki do jamy pooperacyjnej w kości; podobny przypadek podaje Ruttin.

Możliwym jest, że część ropni tylnogardzielowych u niemowląt jest pochodzenia usznego, a właściwie są ropniami opadowymi z wierzchołka kości skalistej; dzięki wielkiej zdolności samowygojenia w.k.s. likwidują się one łatwo, jak zwykle ropnie tylnogardzielowe.

Najcięższym powikłaniem, jakie spotykamy w przebiegu zapalenia w.k.s. — jest zakrzep zapalny zatoki jamistej; pośrednikiem w tem powikłaniu jest kilkakrotnie już wspomniany spłot żylny szyjno - tętniczy. Schorzenie to daje obraz kliniczny dość wyraźny (septyczny stan ogólny, wytrzeszcz gałki ocznej, obrzęk powiek, chemoza) i w większości przypadków prowadzi w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Wspomnieć jeszcze wypada o możliwości nadżarcia tętnicy szyjnej oraz przejścia ropienia z w.k.s. do stawu żuchwowego.

Rozpoznanie.

Większość autorów podkreśla znaczenie, jakie miałoby wczesne rozpoznawanie zapaleń w.k.s. w tym okresie, kiedy nie doszło jeszcze do ciężkich powikłań wewnątrzczaszkowych, przede wszystkim do rozlanego zapalenia opon mózgowych. Mówi się wiele o syndromie Gradeng'o, o bliskich anatomicznie sto-

sunkach w.k.s. z n. odwodzącym i trójdzielnym. Ale z przeglądu piśmiennictwa widzimy, że niezawsze występują objawy porażenia tych nerwów, a szczególnie n. odwodzącego — w przypadkach histologicznie stwierdzonych zapaleń w.k.s. Szereg autorów podaje przypadki ciężkich schorzeń w.k.s., w których brakowało objawów ze strony nerwu odwodzącego i trójdzielnego. *V o s s* podkreśla, że zarówno istnienie tych objawów, jak i brak tychże nie decyduje z pewnością o istnieniu lub braku zmian w w.k.s.; zresztą, często dochodzi do powikłań wewnątrzczaszkowych z powodu zapalenia w. k. s., zanim jeszcze wystąpią objawy ze strony wspomnianych 2-ch nerwów. Dlatego też musimy poszukiwać innych jeszcze objawów, które mogą nam być pomocne przy rozpoznawaniu zapaleń w. k. s. W tym też kierunku idą uśłowienia autorów, interesujących się sprawą omawianą.

Jeżeli rozważymy istnienie zmian w narządach, bezpośrednio stykających się z w. k. s. i dostępnych naszemu badaniu klinicznemu, a więc, w trąbce słuchowej, stawie żuchwowym i przewodzie kostnym zewnętrznym — osiągniemy większe możliwości rozpoznawania zapaleń w. k. s.; sądzę, że niejeden z przypadków, w tym kierunku uważniej zbadany, mógłby wcześniej zostać rozpoznany.

Toteż najważniejszym wnioskiem, jaki nasuwa się z rozważań i spostrzeżeń naszych — jest niezbędność ścisłej obserwacji przypadków zapaleń ucha środkowego także w kierunku kompleksu objawów, przez nas podanych, zarówno w okresie wczesnym zapalenia, jak i w przebiegu późniejszym. Szczególnie znamienne będzie zjawienie się jednego lub kilku objawów w późniejszym okresie zapalenia ucha środkowego, co już z pewnym prawdopodobieństwem wskaże na rozwój procesu zapalnego w w. k. s.

Przy okazji jeszcze raz chcę zaznaczyć, że tak, jak syndrom *G r a d e n i g o* świadczy o zapaleniu raczej części górno-wewnętrznej w. k. s., — kompleks objawów omawianych będzie przemawiał raczej za sprawą zapalną w części dolno-zewnętrznej wierzchołka; ścisłej granicy anatomicznej, zarówno jak i klinicznej obu postaci nie należy jednak przeprowadzać.

Ostatniemi czasy *r e n t g e n o l o g j a* stara się być pomocną w rozpoznawaniu zapaleń w. k. s.

B a l d e n w e c k i d e P r a d e s (acta oto-laryng. 11-1927, cyt. przez *V o s s a*) podają, że udało im się poraz pierwszy otrzymać zdjęcie rentgenograficzne, wykazujące zmiany w w. k. s. w przypadku symptomokompleksu *G r a d e n i g o*. *O p p i k o f e r* podaje w wątpliwość wartość tych zdjęć. *B i g l e r* stosuje metodę *S t e n w e r s a* i uważa, że zdjęcia takie mogą najlepiej wydatnić zmiany w w. k. s. Na wartość tej metody przy zdjęciach w. k. s. wskazują również *U l r i c h* i *M a y e r*. (Na zdjęciu p/g *S t e n w e r s a* będziemy mieli w. k. s. przyśrodkowo od błędnika).

W grę wchodzi również metoda *H i r t z a*, strzałkowe zdjęcie, dające projekcję w. k. s. w orbity, osiowe zdjęcie p/g *S p i e s s a*.

W rentgenogramach zwracamy uwagę przede wszystkim na rodzaj pneumatyzacji w. k. s., na zarysy komórek, wzgl. ich zatarcie oraz na ewentualne ogniska jaśniejsze w kości wierzchołka. Szereg autorów podaje w wątpliwość znaczenie obrazów rentgenowskich, wykazujących te plamy jaśniejsze w w. k. s., które mogą być większymi komórkami powietrznymi, Poza to znane są

przypadki sprawdzonych zapaleń w. k. s., w których zdjęcie rentgenograficzne nie wykazało żadnych zmian patologicznych.

Ostatecznie sprawa rozpoznawania zapaleń w. k. s. na rentgenogramach nawet przy dzisiejszej technice zostaje jeszcze w zawieszeniu. Asymetria w pneumatyzacji w. k. s. oraz najmniejsze odchylenie kierunku promieni może dać takie różnice w jasności, zarysach i gęstości obrazu, że praktycznie mają rentgenogramy w. k. s. małą wartość rozpoznawczą, i należy je oglądać z wielką dozą krytycyzmu.

W d j a g n o s t y c e r ó ż n i c z k o w e j zapaleń w. k. s. pamiętać należy o kile w przypadkach porażenia n. odwodzącego. Ropowica podskroniowa, wychodząca z wyrostka jarzmowego („phlegmon zygomatique sous-temporal”) może dać objawy podobne do zapalenia dolno-zewnętrznej części w. k. s.; jeśli chodzi o zmiany dokoła stawu żuchwowego i przewodu zewnętrznego, będziemy mieli obrzęk podskórny w okolicy stawu oraz opadnięcie również przewodu zewnętrznego, chrząstkowego, czego niema w przypadkach zapaleń w. k. s. z rozwiniętym nawet kompleksem objawów okołotrąbkowych. Pamiętać również należy o *m a s t o i d i t i s M o u r e t a*, które dać może szczękocisk, bolesność podczas przełykania i inne objawy, będące wyrazem ropnia podokostnowego podstawy czaszki.

Rokowanie.

W sprawie rokowania schorzeń zapalnych w. k. s. panuje wielka rozbieżność. *G r a d e n i g o* sam nie uważał zasadniczo zapalenia w. k. s. za schorzenie groźne, przyjmując pod uwagę tendencję do wygojenia, jaką zauważył w przypadkach opisanego przez się syndromu.

V o s s uzależnia prognozę ropnych zapaleń w. k. s. od patogenyzy w poszczególnych przypadkach i przypisuje znacznie gorszą prognozę schorzeniom w. k. s., w których infekcja przeszła drogą kanału i splotu szyjnotętniczego. *B r u n n e r* również zwraca uwagę na gorszą prognozę przypadków ropienia w. k. s., pochodzącego z części okołotrąbkowej tegoż; 2 jego przypadki tego rodzaju skończyły się niepomyślnie. Inni autorzy (*B ö n n i n g h a u s*, *H o l g e r M y g i n d*) przypisują wogóle złą prognozę zapaleniom w. k. s. ze względu na łatwą możliwość powikłań wewnątrzczaszkowych, w szczególności zapalenia opon mózgowych.

S e a r s w statystyce 172 przypadków podaje śmiertelność w schorzeniach w. k. s. na 18%, *V o s s* na 9%, *U l r i c h* na 20%, *H o l g e r M y g i n d* na 40%.

Widzimy więc, że w sprawie omawianej panuje rozmaitość zarówno opinii, jak i liczb statystycznych.

Rozważając sprawę rokowania zapaleń w. k. s., podkreślić muszę, w jakim stopniu ujęcie całości kształtu symptomatologii oraz podziału klinicznego przypadków rozwiązuje zagadnienie rozbieżności w tej kwestji.

Określenie prognozy schorzenia opiera się na liczbie przypadków zapalenia w. k. s. Jeżeli przyjmiemy, co jest niewątpliwe, że zapaleń tych jest wiele nierozpoznanych, to odsetek powikłań i z tem związanych zejść śmiertelnych zupełnie się zmieni. Z samej budowy anatomicznej w. k. s. wynika jego tendencja do samowygojenia w przypadkach ropnego zapalenia. Na tę tendencję, zresztą, zwraca uwagę szereg autorów (*S c h l a n d e r*, *E a g l e t o n*, *V o s s* i inni). W większości przypadków wystarcza zabieg operacyjny na wyrostku sutkowym, aby umożliwić drenaż ognisk

ropnych w w. k. s.; część przypadków ulega wygojeniu nawet bez interwencji chirurgicznej. Jasnym więc jest, że rokowanie naogół jest dobre. Jeśli chodzi o klasyfikację przypadków, najlepsze rokowanie daje grupa I-sza, do której zaliczamy postacie kliniczne z mianem „*petrosismus*”; najgorsze w grupie 3-ciej, gdyż w tych przypadkach w.k.s. bierze udział w ciężkich osteomyelitycznych schorzeniach kości skroniowej, i rokowanie jest uwarunkowane temiz czynnikami, które zwykle stanowią moment groźny dla wszelkiego rodzaju schorzeń ropnych ucha środkowego, jeśli chodzi o ich etiologię i patogenezę. Szczególniej wątpliwe będzie rokowanie w przypadkach zmniejszenia odporności organizmu skutkiem schorzeń ogólnych, jak cukrzyca, gruźlica, hipoplazja układu naczyniowego, skazy dziecięce.

Rokowanie w grupie drugiej będzie złe w nielicznych tylko przypadkach, gdy ropniak kostny spowoduje głęboki ropień zewnątrzoponowy z groźącym powikłaniem w oponach mózgowych lub błędniku. Ponieważ zdolność samowygojenia w. k. s. jest jednak wielka, nie dochodzi zwykle do tych powikłań, które dopiero uwytklają obraz kliniczny schorzenia, i sądzić należy, że większość ograniczonych ropnych zapaleń w. k. s. przebiega nierozpoznana; toteż odsetek powikłań wewnątrzczaszkowych w tej grupie będzie napewno mniejszy, niżby to ze statystyki dotychczasowej wynikało.

Jeżeli nauczymy się rozpoznawać zapalenia w. k. s. nie tylko na stole operacyjnym lub sekcyjnym, ale w każdym przypadku przy łóżku chorego, to odsetek niepomysłnych przypadków w. k. s. zmniejszy się do liczby, która pozwoli wogóle uważać zapalenie w. k. s. za klinicznie mniej groźne, aniżeli, dajmy na to, zapalenie wyrostka sutkowego.

Leczenie. Chirurgja w. k. s.

Nie możemy tworzyć na temat terapii zapaleń w. k. s. schematów, bierzemy jednak pod uwagę pewne kryteria ogólne. Nietyle poszczególne objawy mają dla nas znaczenie, ile stan ogólny pacjenta i przebieg kliniczny choroby.

V o s s zwraca uwagę, jak małe znaczenie w jego przypadkach miało porażenie n. odwodzącego w sprawie wskazań do zabiegu operacyjnego; nie zgadza się jednak zarówno z autorami, którzy odrzucają wogóle objaw ten, jako wskazanie do interwencji chirurgicznej, jak i z tymi, dla których syndrom G r a d e n i g o jest sygnałem do alarmu. To samo niewątpliwie tyczy się symptomatologii, na którą wyżej wskazywaaliśmy.

Stawiamy wskazanie operacyjne w każdym przypadku odmienne, i to zależnie od osobistego doświadczenia klinicznego. W niektórych przypadkach wystarcza paracenteza (G r a d e n i g o, S c h l a n d e r, N e u m a n n i inni), w innych dochodzi do rozległych zabiegów operacyjnych (E a g l e t o n).

Pamiętać należy, że *mastoiditis* nie jest komplikacją zapalenia ucha środkowego, lecz zjawiskiem, towarzyszącym zapaleniu ucha w obrębie wyrostka sutkowego. Może ono ustąpić wraz z zapaleniem ucha środkowego. Dlatego rozpoznanie „*mastoiditis*” nie jest samo przez się wskazaniem do operacji wyrostka. Analogicznie rozpoznanie „*petrositis*” nie upoważnia jeszcze do zabiegu operacyjnego, tembardziej, że mamy w w. k. s. większe szanse resorpcji, aniżeli w wyrostku sutkowym, jak już wyżej wzmiankowaliśmy; szczególnie zaś tyczy się to wczesnego okresu zapalenia w. k. s., w którym wa-

runki resorbcyjne dla małej ilości wysięku przy wielkiej liczbie naczyń istoty gąbczastej są wyjątkowo dogodne. Jeżeli chodzi o ograniczone ropne zapalenie w. k. s., to ma ono także w okresie późnym warunki dobre dla resorpcji samoistnej. Wiemy, że ropniaki wyrostka sutkowego mogą ulec wygojeniu bez operacji. W. B r o c k podaje nawet 50% tego rodzaju przypadków w statystyce kliniki z Erlangen. Tembardziej w. k. s. podlega temu samoistnemu wygojeniu.

Niezawsze jednak można liczyć na taki obrót sprawy; przy pewnym rozpoznaniu ropnego zapalenia w. k. s. stworzenie przynajmniej drenażu ognisk ropnych w. k. s. jest zadaniem klinicysty. W tem miejscu wypada zaznaczyć, że otwarcie wyrostka sutkowego połączone z dokładnym i całkowitem zlikwidowaniem kompleksu komórkowego aż do *tabula vitrea* pokrywy środkowej i tylnej jamy czaszkowej i błędnika stwarza najlepsze warunki do drenażu ognisk ropnych w w. k. s. Z historii chorób większości przypadków zapaleń ropnych w. k. s. wynika, że właśnie niedokładne oczyszczenie komórek, najczęściej grupy okołobłędniowych, spowodowało utrzymywanie się procesu ropnego w w. k. s., i dopiero rewizja rany pooperacyjnej z wyskrobaniem nieusuniętych ognisk ziarninowych dokoła błędnika lub wzdłuż krawędzi górnej piramidy prowadzi do zlikwidowania procesu ropnego w wierzchołku.

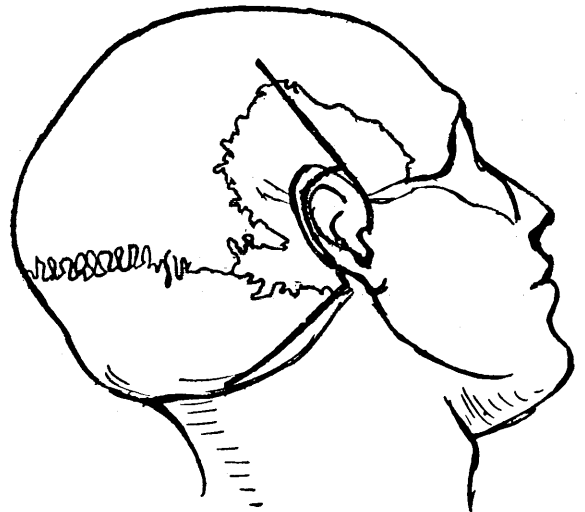


Fig. 3. Metoda operacyjna Egletona. Cięcie skórne.

. Częstość jednak i to nie wystarcza, należy wówczas szukać bezpośredniego dojścia do wierzchołka kości skalistej. Wówczas już inaczej musimy postępować w przypadkach zapaleń ropnych części okołotrąbkowej, inaczej części górno-wewnętrznej.

Dojście do części dolno-zewnętrznej w. k. s. osiągniemy przez attikoantrotomię, wzgl. „antrotomię epitympanalną” podług V o s s a. Typowo w naszym przypadku (L. B. 1931) ograniczonego ropniaka części okołotrąbkowej w. k. s., po dokonaniu attiko-antrotomii wystarczyło uderzenie dłutkiem w górno-przednią ścianę przewodu kostnego tuż za stawem żuchwowym, aby utworzyć dostatecznie szeroki dostęp do jamy ropniaka w. k. s. W przypadku 10-tym V o s s a udało się dojść do ogniska ropnego w dolnej części w. k. s. przez operację doszczętną, połączoną z częściowym usunięciem dolnej ściany przewodu zewnętrznego i dna jamy bębenkowej. Analogicznie postępuje O. M a e y r.

Do części górno-wewnętrznej w. k. s., szczególnie w przypadkach podejrzenia na ograniczony ropień zew-

natrzoponowy, będziemy szukali dojścia przez środkową lub tylną jamę czaszkową, a więc przez operację doszczętną, połączoną z szerokim otwarciem jamy czaszkowej i rewizją w. k. s. przez uniesienie mózgu wraz z oponą twardą. Często udaje się w ten sposób otworzyć ograniczony ropień zewnątrzoponowy i stworzyć dlań drogę sączkowania.

Uffenorde proponuje dojść do ognisk ropnych w w. k. s. poprzez błędnik. Oppikoferradzi w miarę możności unikać niebezpiecznego otwierania w. k. s. tą drogą. W razie przebicia się procesu ropnego do kanałów półkolistych proponują Janseni Uffenorde otwarcie przedsionka przy zachowaniu ślimaka, jeżeli się stwierdza resztki słuchu.

Bardzo szczegółowo omawia chirurgję w. k. s. Eagleton. Przypadki jego należą do ciężkich, skomplikowanych schorzeń kości skroniowej, gdzie do zapalenia w. k. s. dochodzi drogą krwi. Wszystkie są powikłane ograniczonym ropnem zapaleniem opon mózgowych.

Na podstawie szeregu badań sekcyjnych i nauki o rozwoju kości skroniowej Eagleton opracował metodę operacyjnego otwarcia w. k. s., którą uzasadnia w następujący sposób.

W życiu płodowym kość skalista leży dość powierzchownie w kompleksach kości skroniowej. Podczas pierwszego roku życia kostne części zewnętrzne rozwijają się szybko, oddalając wgląd czaszki kość skalistą wraz z uchem wewnętrznym. Ta zewnętrzna część kości skroniowej stanowi nadbudowę ochronną dla kości skalistej, jest fizjologicznie bez znaczenia i może być usunięta chirurgicznie bez szkody dla organizmu, jakby przez odwrócenie mechanizmu jej rozwoju.

Tę nadbudowę zewnętrzną kości skroniowej dzieli Eagleton na 2 części, które nazywa podporami, przednią i tylną. Do przedniej podpory („anterior buttress“) zalicza: przednią część pierścienia bębenkowego, wewnętrzne ramię wyrostka jarzmowego oraz część podstawy środkowej jamy czaszkowej, łączącej się z piramidą; tylną podporę („posterior buttress“) stanowi część sutkowa kości łuskowej wraz z tylną połową kości bębenkowej.

Chcąc obnażyć w. k. s. od przodu lub od tyłu, należy zdjąć odpowiednią podporę — czyli usunąć części kostne, o których była mowa.

Technika operacyjna, podług Eagletona, przedstawia się następująco: cięcie skórne przy zwykłej operacji doszczętniej przedłuża autor do przodu łukowato w dół aż do skrawka i w górę na 2½ cala przez środek szwu łuskowo - ciemieniowego; ku tyłowi cięcie dodatkowe długości 2 cali na kości potylicznej (patrz fig. 3-cia). Małżowinę odciąga w dół i ku przodowi, m. skroniowy ku górze i przodowi, a płat skórny nad wyrostkiem sutkowym w tył. Przy pomocy trepanu elektrycznego usuwa cały wyrostek sutkowy wraz z tylną zatokową częścią kości skroniowej. Z przodu podcina przednią połowę pierścienia bębenkowego i odsuwa ją w dół, odsłaniając w ten sposób okolicę trąbkową w. k. s. i ślimak. Gdy błędnik jest niedotknięty sprawą chorobową, można w ten sposób dość swobodnie dojść do w. k. s. od przodu i tyłu, nie uszkadzając błędnika. Przez szerokie otwarcie środkowej jamy czaszkowej i podniesienie opony twardej wraz z płatem skroniowym mózgu obejrzeć można górną powierzchnię w. k. s. pod zwojem Gassera. Zagiętym hakiem Eagleton usuwa sekwestry części górno - wewnętrznej w. k. s.,

wzgl. wyskrobuje łyżeczką zawartość jamy kostnej w wierzchołku. Częstokroć łączy operację powyższą z uprzednim podwiązaniem tętnicy szyjnej wspólnej. Przestrzeń podpajęczynkową w obrębie bocznej cysterny mostu otwiera przez przewód słuchowy wewnętrzny.

Jakkolwiek przekonywająca jest metoda operacyjna Eagletona, wydaje się być ciężkim zabiegiem dla osłabionego chorego, szczególnie w połączeniu z podwiązaniem tętnicy szyjnej, które samo przez się jest momentem groźnym w postępowaniu operacyjnym. W przypadkach również zakrzepu zatoki jamistej wydaje się terapia bardziej radykalna raczej szkodliwa, aniżeli przynosząca dobre rezultaty.

Na zakończenie chcę zaznaczyć, że referat niniejszy oparty jest li tylko na spostrzeżeniach klinicznych i dotychczasowym dorobku naukowo-lekarskim w piśmiennictwie. Nie mam materiału sekcyjnego. Nie mogę się jednak oprzeć wrażeniu, że oprócz ciężkich przypadków zapaleń w. k. s., które zostają potwierdzone na stole sekcyjnym i dlatego przeważnie dostają się do piśmiennictwa, każdy z nas w codziennej praktyce lekarskiej przechodzi obok zapaleń wierzchołka kości skalistej i nie rozpoznaje ich.

Sądzę, że spostrzeżenia moje i rozważania na temat kliniki zapaleń w. k. s. skierują uwagę kolegów na całokształt sprawy omawianej i znajdą potwierdzenie w dalszych badaniach klinicznych, a w miarę możliwości anatomo-patologicznych.

PISMIENNICTWO.

1. Barwich M. und Haard W. „Erfahrungen an 266 Fällen von akuter Mastoiditis“. Z. f. H. N. u. Ohrheilkunde — B. XVI, 1926, s. 325.—2. Bigler Max, Zur röntgenologischen Darstellung eines Knochenabscesses in der Felsenbeispitze beim gradenigoschen Symptomenkomplex“. Z. f. H. N. u. O., B. XXV, 1930, s. 249. — 3. Brock. „Trommelfellbild und Pneumatisation des Warzenteils. Eine roentgenologische Studie“. — Verhandlungen der VI Jahresversammlung 1926. Z. f. H. N. u. O., B. XV, s. 241. — 4. Brunner H. „Über eitriges Erkrankungen an der Felsenbeispitze“. Z. f. H. N. u. O. B. XXV, 1930, s. 383. — 5. Costiniu et Bernea. „Reflexions sur les evidences mastoïdiens“. I Congres International d'oto-rhino-laryngologie, 1928. — 6. Eagleton Wells. P. „Unlocking of the Petrous Pyramid for Localized Bulbar (Pontile) Meningitis Secondary to Suppuration of the Petrous Apex“. Archives of Otolaryngology 1931, vol. 13, pp. 386 — 442. — 7. Eagleton Wells. P. „Localized Bulbar Cisterna (Pontile) Meningitis, Facial Pain and Sixth Nerve Paralysis and Their Relation to Caries of the Petrous Apex“. Archives of Surgery, 1930, vol. 20, pp. 386—420. — 8. Eckert Möbius A. „Untersuchungstechnik und Histologie des Gehörorgans“. Hndb. Denker — Kahler. — B. VI, 1926, s. 284. — 9. Fischer. „Mastoidismus und mastoiditis“. Z. f. H. N. u. O. B. XV, s. 283. — 10. Goerke M. „Die otitischen Erkrankungen der Hirnhäute“. Denker-Kahler. B. VIII, 1927.— 11. Grabscheid E. „Contribution a l'etude clinique des affections inflammatoires de la pointe du rocher“. Monatschrift für Ohrenheilkunde. Mars 1931, s. 289. — 12. Gradenigo. „Über circumscriphte Leptomeningitis mit spinalen Symptomen u. s. w.“. Arch. f. Ohrenheilk. 62, 255, 1904. — 13. Gradenigo. „Über die Paralyse des N. abducens bei Otitis“. Arch. f. Ohrenheilk. 74, 149, 1907. — 14. Hegener J. „Beziehungen zwischen Ohr und Auge“. Handbuch Denker - Kahler, B. VII, 1926, s. 569. — 15. Hysmann. „Zur Kenntnis der Entstehung der otogenen Meningitis“. Z. H. N. u. O. B. XVIII, 1927,

s. 319. — 16. Körner O. „Angewandte Anatomie des Ohres“. — Hndb. Denker-Kahler, B. VI. 1926. — 17. Krainz W. „Zur Pathologie der Mastoiditis“. Z. f. N. H. u. O. B. XXI, 1928, s. 144. — 18. Mayer O. „Histologische und klinische Untersuchungen zur Überprüfung der Frage der Indikationsstellung bei der akuten Mastoiditis“. Z. f. H. N. u. O. B. XVII. 1927, s. 301. — 19. Mayer O. Die Mastoiditis nach Untersuchungen von ganzen Felsenbeinen und Knochensplittern“. Z. f. H. N. u. O. B. XVIII. s. 628. — 20. Mouret J. et Portmann G. „La structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille“. I Congres Internat. d. O.-R.-L. 1926. — 21. Oppikofer E. „Über den extraduralen Abscess der Pyramidenspitze und den gradenigoschen Symptomokomplex“. Z. f. H. N. u. O., B. XXI. 1928. s. 454. — 22. Pragier E. „Okolotrąbkowe zapalenie wierzchołka kości skalistej. Przyczynek do wyodrębnienia obrazu klinicznego“. Polski Przegląd oto-laryngologiczny. T. VIII, zeszyt 3 — 4 oraz Internationales Zentralblatt f. Ohrenheilk. und otolaryng. 1933, B. 36, Heft 2 — 3 s. 77. — 23. Scheibe A. „Meine Lehre von Empyem. Warnung von der Bezeichnung „Mastoiditis“. Z. f. H. N. u. O. B. XIV, 1926, s. 555. — 24. Schlender. „Über die Bedeutung von Trigemini-neuralgien bei Mittelohreiterungen“. Z. f. H. N. u. O. B. V. s. 207. — 25. Stenger P. „Die akute Mittelohrentzündung“. Denker-Kahler, B. II. — 26. Steurer.

„Anatomische Studien über den Aufbau der Mittelohrschleimhaut und deren Beziehungen zur Zellbildung des Warzenfortsatzes“. Z. f. H. N. u. O. B. XV, 1926. s. 261. — 27. Streit H. Die Bedeutung bakteriologischer Fragen für die Erkrankungen des Ohres“. Hndb. Denker-Kahler, 1926. B. VI, s. 906. — 28. Weill G. A. „Le phlegmon zygomatique sous-temporal“. Oto-rhino-laryngologie Internationale. 1931, N. 10, p. 482. — 29. Wetzel G. „Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Mundhöhle und des Rachens“. Denker-Kahler. B. I. 1925. — 30. Wittmaack K. „Der Einfluss der Anatomie des Mittelohres auf den Verlauf der Mittelohrentzündungen“. — I Congres Internat. d. oto-rhinolaryngologie. 1928. — 31. Uffenorde W. „Bemerkungen zu „Partielle Labyrinthresektion“. Z. f. H. N. u. O. B. XIV. 1926. s. 542. — 32. Uffenorde W. „Die chirurgischen Erkrankungen des inneren Ohres“. Hndb. Katz-Blumenfeld, Bl. II. 1925, s. 657. — 33. Voss O. „Pyramidenspitzenentzündungen (Petrositis) an der Hand von 12 selbstbeobachteten Fällen“. Acta oto-laryngologica, vol. XV. fasc. 2 — 4, 1931, s. 469. — 34. Voss O. „Indications, technique, résultats et critique de l'antrotomie epitympanale“. Revue de laryngol., otologie et rhinologie, 1932, N. 2, p. 145. — 35. Zange. „Die konservative und chirurgische Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des Innenohres usw. Z. f. H. N. u. O. B. XVIII. 1927, s. 1.

Z praktyki prywatnej

Trombopenja i krwawienie z organów rodnych.

Podał

J. SZEJNBERG (Warszawa).

Krwawienia młodocianych w okresie dojrzewania płciowego należą do najtrudniejszych zadań w ginekologii. Niezawsze możemy znaleźć punkt uchwytu, szczególnie, jeżeli przyczyna krwawienia leży w odległym narządzie.

Przypadek dotyczy 11-letniej dziewczynki z rodziny żydowskiej. Chora zaczęła krwawić z organów rodnych przed tygodniem odrazu dość obficie. Wezwany lekarz zalecił preparaty ciała żółtego, ale bezskutecznie. Ja zastałem chorą po tygodniu krwawienia zupełnie bladą, z tętnem 120 na min. i temperaturą, dochodzącą do 38°. Na ciele stwierdziłem wybroczyny krwawe od wielkości główki szpilki do wielkości grochu, niezbyt liczne, przeważnie na kończynach dolnych w okolicy stawów kolanowych. Wobec ogólnego ciężkiego stanu chorej zaleciłem narazie zastrzykiwanie Glucalciny i żelatyny podskórnie oraz kroplówkę z cukru.

Badanie krwi, dokonane tegoż dnia, wykazało:

czerw. c. krwi	1.850.000
białych c. krwi	7.200
platek B i z z.	30.600

S a h l i 38%

Czas krzepnięcia 3½ min. (normalny),

czas krwawienia 15 min. (opóźniony).

W z ó r:

segm.	62,3%
pałczk.	6,0%
monoc.	6,4%
młodych	1,2%
myelobl.	2,4%
limfocytów	22,8%

Mieliśmy więc typowy obraz trombopenji. Zaleceni naswietlenie śledziona obok wyżej wspomnianych zastrzyków, i po 3 dniach chora przestała zupełnie krwawić.

Po tygodniu powtórnie zbadano krew i stwierdzono:	
czerw. c. krwi	2.000.000
białych c. krwi	7.500
platek B i z z.	80.000

Poraz 3-ci dokonane badanie krwi po upływie znów tygodnia wykazało:

czerw. c. krwi	4.304.000
białych c. krwi	6.900
platek B i z z.	87.000

Nasuwał się nam zagadnienie, czy mieliśmy do czynienia z miesiączką bardzo obfitą, jaką widzimy w okresie dojrzewania płciowego, powikłaną trombopenją, czy też ze schorzeniem krwi typu Schönlaina czy Werlhoffa, na co wskazywałyby wybroczyny krwawe na ciele, obok wyrażnej trombopenji.

Sprawę tę rozstrzygnęłam znacznie później, gdy po kilku tygodniach zbadalem chorą *per rectum* i stwierdziłem nieduży guz lewego jajnika.

Wielu autorów specjalnie podkreśla związek, zachodzący między guzami jajnika łagodnymi i złośliwymi a przedwczesnym występowaniem miesiączki. Guz może wydelać hormony tej tkanki macierzystej, z której pochodzi, biorąc na siebie ich funkcję chemiczną i wydzielniczą. Wraz z rozrostem tkanki zwiększa się jej funkcja wydzielnicza (Sedlis).

Mieliśmy więc dość wcześnie występującą miesiączkę u chorej z trombopenją. Temp. 38° możemy wytłumaczyć wysaniem licznych wylewów krwawych na ciele.

Czy na zasadzie zmniejszenia liczby platek B i z z. podczas trwania miesiączki możemy zrobić rozpoznanie trombopenji? Nie.

Badania Pfeiffera z kliniki wiedeńskiej wykazały, że u każdej kobiety podczas miesiączki liczba platek znacznie spada, może dojść do 1/5 normalnej liczby, szczególnie w 2-gim dniu perjodu; stosunek dużych trombocytów do małych, który normalnie przed-

stawia się w postaci 1:30 — zmienia się do 1:5. Po ustaniu miesiączki liczby dochodzą od razu do normy. Nie odgrywa tu roli sam czynnik krwawienia, gdyż nie spotyka się tego zjawiska u osób, krwawiących z innego powodu.

Zużycie trombocytów zależy od układu siateczkowo - śródbłonkowego, i prawdopodobnie śledziona odgrywa tu rolę dominującą (E p p i n g e r).

Możemy przypuszczać, że wraz z dojrzewaniem jajeczka i tworzeniem się ciała żółtego zachodzi w śledzionie proces, który hamuje tworzenie się trombocytów w szpiku kostnym i umożliwia występowanie krwawienia. Badania E h r e n b e r g a wykazały, że w kilka godzin po zastrzyknięciu ciała żółtego liczba trombocytów znacznie spada.

Nie możemy negować czynnika wewnątrzwydzielniczego w działalności śledziona w stosunku do występowania miesiączki, pomimo że wielu autorów nie przyznaje śledzionie żadnej roli. Dlatego też naświetlaniu śledziona musimy przypisać dużą wartość leczniczą, jako poważnemu czynnikowi, hamującemu krwawienie. W 75% przypadków mamy wyniki zadawalające; przypadki bez wyników są zwykle źle dobrane. Najlepiej nadają się krwawienia młodocianych, nieźle wyniki otrzymujemy u ludzi dojrzałych płciowo w rozmaitych sprawach zapalnych narządów rodnych, najłabsze wyniki otrzymamy w okresie przejściowym. Duże znaczenie ma dawkowanie (1/3 H.ED) i odpowiednie skierowanie promieni na śledzionę; nie bez znaczenia jest czas naświetlania.

Działanie naświetlania może być wyjaśnione w dwojaki sposób: albo istnieje związek wewnątrzwydzielniczy między śledzioną i jajnikami (C h v o s t e k, A s c h n e r), albo też działanie polega na drodze układu krwionośnego. Możliwe jest, że wskutek zwiększonego rozpadu jąder komórkowych uwalnia się trombokinaza, która przyspiesza krzepnięcie krwi.

S t e p h a n, twórca naświetlania śledziona w krwawieniach, uważał śledzionę za centralny organ, działający przy krzepnięciu krwi. Nie należy jednak jej przypisywać tak wielkiej roli, jak chciał S t e p h a n — przeczczą temu, zresztą, przypadki usunięcia śledziona. Z drugiej strony przeszkody i schorzenia układu krwiotwórczego mogą dawać ciężkie krwawienia maciczne.

H a l b a n opisał przypadek *haemorrhagiae thrombopenicae*, który się skończył śmiercią.

E h r e n b e r g opisał dwa podobne przypadki, które uratował tylko dzięki usunięciu śledziona.

Stosunek śledziona do aparatu krzepnięcia krwi w organizmie został szeroko ujęty po doświadczeniach F r a n k a, który wykazał, że pomiędzy śledzioną a komórkami olbrzymimi szpiku kostnego, wytwarzającymi trombocyty, zachodzi ścisły związek. Liczba płytek zaraz po naświetlaniu ulega znacznemu zmniejszeniu. Po 24 godzinach liczba ta wyrównywa się. Dane w literaturze, jakoby po naświetlaniu śledziona liczba płytek wzrastała, polegają na zasadniczym błędzie, gdyż obliczenia były robione nie natychmiast po naświetlaniu.

Wyniki kliniczne i stan hematologiczny rzadko sobie odpowiadają, jednak zachodzi między nimi pewien parallelizm. Pewnym jest, że między organami rodni, śledzioną i układem krwiotwórczym zachodzi ścisły związek, i że schorzenie jednego z tych trzech układów wyraża się w postaci krwawienia. Krwawienie to może być zatamowane naświetleniem śledziona. Jest rzeczą możliwą, że naświetlenie to działa na jajnik jako *stimulans* i bodziec, prowadzący do prawidłowej czynności. Doświadczenie nas poucza, że po naświetlaniu obserwujemy prawidłową czynność, szczególnie w krwawieniach u młodocianych.

Na zakończenie muszę dodać, że u opisanej choroby stwierdziłem objaw R u m p e l l a - L e e d e g o, znany pod nazwą próby śródbłonkowej; wspomniany objaw występuje charakterystycznie w wielu postaciach niedomogi jajników.

Co do dalszego postępowania, uważam, że obok leczenia niedomogi jajnikowej główną uwagę musimy zwrócić na schorzenie krwi w sensie zwiększenia jej krzepliwości. Być może, iż naświetlanie promieniami R o e n t g e n a kości długich oraz kręgosłupa da odpowiedni efekt w sensie pobudzenia megakarjocytów do wzmożonej pracy.

Co do rokowania w opisanym przypadku, to pomimo znacznej poprawy i pozornego wyleczenia jest ono poważne i niepewne.

BIBLIOGRAFJA:

- 1) Frank: Berl. Klin. Wochenschrift 1915, N. 18.
- 2) Halban: Archiv f. Gyn. Bd. CXIX.
- 3) Liebhart: Ginek. Polska 1932, t. XII.
- 4) Morawitz: Blut. n. Blutkrankheiten.
- 5) Naegeli: Blutkrankheiten n. Blutdiagnostik.
- 6) Pfeiffer: Zentralblatt f. Gyn. 1922 str. 1165.
- 7) Schroeder: Lehrbuch d. Gyn.
- 8) Stephan: Münch. med. Wochenschrift 1920, str. 309.
- 9) Stockel: Lehrbuch d. Geburtshilfe.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądy

Odporność i alergja w gruźlicy *).

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 15)

Mechanizm odczynu tuberkulinowego, jak wyżej wyłuszczone, odbiega od mechanizmu prawdziwej anafilaksji białkowej. Odczynu alergiczne,

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

gdy się wytwarzają w organizmie już uczulonym spontanicznie, nie naskutek iniekcji tuberkuliny, mają polegać, jak już wzmiankowano, na następującym procesie: frakcje białkowe bakteryjne (prątka gruźlicy), zawierające czynny składnik tuberkuliny i odgrywające rolę haptenu, uwolnione zostają z ogniska gruźliczego i wchodzą w reakcję mniej lub więcej gwałtowną z preformowanymi przeciwciałami, tworząc nowe ciało o własnościach jadowitych. Odczyn tuberkulinowy winien zatem polegać również na tym samym procesie, i z hi-

potem istniejących najbardziej temu odpowiada teoria lizyn: Wolff-Eisnera.

Wolff-Eisner przyjmuje, że tuberkulina, mało jadowite obcogatunkowe ciało białkowe, dopiero wówczas przejawia jadowite działanie w postaci odczynu miejscowego i ogólnego, gdy natrafia w organizmie na swoiste lizyny, pod których wpływem jej duża drobina zostaje rozłożona na drobne jadowite cząsteczki. Według tej teorii czynną substancją, wywołującą odczyn tuberkulinowy, miejscowe i ogólne objawy patologiczne podczas trwania choroby, nie jest tuberkulina jako taka, lecz wtórnie z tuberkuliny pod wpływem przeciwciała litycznego wytworzone ciało jadowite - tuberkulinolizyna. Pod wpływem tuberkuliny, wchłoniętej z ogniska gruźliczego, powstają jako przeciwciała lizyny tuberkulinowe. Za pomocą odczynu tuberkulinowego djagnozujemy nie gruźlicę bezpośrednio, lecz obecność lizyn. Teoria ta tłumaczy, dlaczego zdrowi nie dają odczynu tuberkulinowego nawet przy powtarzanych próbach: niema potrzebnych ilości lizyn tuberkulinowych. Im więcej lizyn, tem wrażliwszy jest organizm na tuberkulinę. Może się zdarzyć, że zupełnie zdrowy miewa dodatni odczyn tuberkulinowy, gdyż i zdrowy organizm może nieraz zawierać tyle lizyn, aby wystarczyły do reakcji. Pq. teorii Ehrlicha już w normalnym organizmie znajdują się przeciwciała, a tem samem lizyny, pod wpływem zaś działania antygeny zostają one tylko wzbogacone. Z drugiej strony, pewne przypadki gruźlicy mogą wykazywać ujemny odczyn tuberkulinowy, mianowicie: 1) lekkie, nieczynne, w których produkcja lizyn dla braku potrzeby spadła do *minimum*; tuberkulina podlega tak znikomemu działaniu litycznemu, że odczyn nie występuje; 2) ciężkie przypadki, dla których mamy dwojakie tłumaczenie: a) brak lizyn wolnych z powodu nadmiaru autotuberkuliny b) ustrój nie jest w stanie wytwarzać lizyn.

Teoria ta tłumaczy również, dlaczego obrona ustroju, polegająca na nadwrażliwości, jest bronią obosieczną, dlaczego wpływ terapeutyczny tuberkuliny może być obosieczny: może się wytworzyć tak duża ilość jadu tuberkulinowego — tuberkulinolizyny —, której ustrój nie może sprostać z powodu niedomogi funkcji antytoksycznej. W przypadkach, pomyślnie przebiegających, powstałe jady zostają unieszkodliwione przez substancje antytoksyczne, które uważać należy w części za swoiste przeciwciała (antituberkulina), w części za ciała wiążące nieswoiste.

J. Heckman ogłosił doświadczenia, które przemawiają za słusznością tej hipotezy: wychodząc z założenia, że surowica chorego zawiera lizyny, które w zetknięciu z tuberkuliną wyzwalają substancję, wywołującą odczyn tuberkulinowy, wkraplał on do spojówki zwierzęcia zdrowego mieszaninę tuberkuliny z surowicą zwierzęcia gruźliczego i otrzymywał t. zw. oftalmo-reakcję. Inni badacze tylko częściowo potwierdzają to doświadczenie, co zależy, być może, od różnego stosunku ilościowego surowicy do tuberkuliny.

Ad 2) Wreszcie możemy zapytać, czy alergja, będąc wyrazem odczynu na zakażenie, może być zarazem objawem odporności? w każdym razie winniśmy odpowiedzieć, jaka jest wartość tej obro-

ny, t. j. odporności nabytej w porównaniu z innymi wrodzonymi właściwościami obronnymi organizmu, t. j. z opornością wrodzoną.

Liczni poważni badacze (Calmette, Ziegler, Schröder, Bruno Lange i inni) uważają, że alergja nie jest manifestacją odporności, jest jedynie dowodem przebytego zakażenia lasecznikami zjadliwymi lub osłabionymi, jak szczepionką B. C. G., jest objawem samodzielnym i niezależnym od procesów odpornościowych, którym wprawdzie często towarzyszy, których wskaźnikiem jednak nie jest. Doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne dają bogaty materiał, który bezsprzecznie wykazuje, że mogą być przypadki alergji bez odporności i odwrotnie — anergji z odpornością.

1) Organizmy z natury odporne na infekcję gruźliczą, zachowujące się obojętnie w stosunku do prątka gruźlicy, nie wykazują alergji na laseczniki nawet bardzo zjadliwe dla osobników uczulonych.

2) Organizmy, uczulone na laseczniki, nie zawsze wykazują alergję, aczkolwiek są odporne na superinfekcję zjadliwą. Np. u dzieci, w miarę jak zakażenie zostaje zwalczone, słabnie w tym samym stopniu odczyn tuberkulinowy, a odporność na superinfekcję wzrasta.

3) Czynniki anergizujące, np. promienie ultrafioletowe, tuberkulinoterapia, powodują zniknięcie alergji i jednocześnie powiększenie odporności.

4) Badania szczepienne nie wykazują równoległości między odczynem tuberkulinowym, a odpornością nabytą. Wszyscy zgadzają się, że szczepionką B. C. G. można osiągnąć odporność, aczkolwiek nie zawsze udaje się wykazać alergję odczynami tuberkulinowymi. Dodatni odczyn tuberkulinowy nie jest bezwzględny dowodem osiągniętej odporności po zabiegu szczepiennym i odwrotnie, ujemny — nie oznacza niepowodzenia.

A jednak zupełnie negować wpływu alergji na odporność nie można. Dzieci, póki nie zetknęły się z prątkiem gruźlicy, wykazują zupełną anergję i dużą wrażliwość na infekcję; przy pierwszej okazji infekują się, zjawia się alergja i wraz z nią odporność na dodatkowe infekcje zewnątrzpochoodne. I dlatego w rodzinach gruźliczych dzieci wczesnie się infekują, ale w dalszym przebiegu, pomimo ciągłego kontaktu ze źródłem infekcji, nie powstają u nich nowe ogniska. Za tem przemawiają badania anatomo-patologiczne, które wykazują na zwłokach ludzkich z reguły tylko jeden zespół pierwotny, nader rzadko więcej. Ciężko chorzy w okresie wyczerpania sił obronnych wykazują anergję. Jeśli idzie o wnioski, jakie można wyciągnąć z wyników szczepień ochronnych, to ostatnie badania Langego, Lydtina, Kirchnera i innych wykazały, że w ich doświadczeniach te zwierzęta wykazywały największą i najtrwalszą odporność na reinfekcję, u których szczepienie doprowadziło do wytworzenia się większego ogniska gruźliczego i które dawały wyraźny odczyn tuberkulinowy. Do rzędu argumentów zaliczyć też można ogłoszone wyniki badań M. A. Wallgrena: ze 143 pielęgniarek, szczepionych parenteralnie szczepionką B. C. G. wykazało po zabiegu:

88 odczyn tuberkulinowy dodatni
60 nadal odczyn „ ujemny.

Z grupy 88 pielęgniarek, będących w kontakcie z gruźlicą, tylko jedna zachorowała; z grupy 60 pielęgniarek, pracujących w tych samych warunkach, zachorowało 16.

Widzimy zatem, że zależność między alergią i odpornością jest skomplikowana. Te obydwa przejawy biologiczne bynajmniej nie bieżą niezależnie obok siebie, nie bieżą znów równolegle jako sprzężone ze sobą, ale również nie są sobie przeciwstawne.

Jeśli większość dorosłych reaguje na tuberkulinę i przytem większość jest zdrowa, to próba tuberkulinowa nie może być oznaką istniejącego w tej chwili schorzenia, lecz tylko dowodem, że miało miejsce zakażenie, które doprowadziło do wytworzenia sił obronnych. Odczyn tuberkulinowy jest zatem jedynym odczynem praktycznym, dość wiernym, jedynym zresztą znajdującym się dziś w naszej dyspozycji, dającym nam znać o egzystencji i trwaniu zakażenia gruźliczego, a w konsekwencji i o istnieniu prawdopodobnym procesów odpornościowych. Allergję skórą można przeto uważać za przejaw biologiczny pożyteczny, objawiający wystąpienie odporności nabytej. Odporność ta nie wywołuje decydującego wpływu na bieg gruźlicy; los człowieka lub zwierzęcia zakażonego zależy, być może, przedewszystkiem od sił obronnych wrodzonych, uwarunkowanych właściwościami konstytucyjnymi i dyspozycyjnymi. Te siły obronne podlegają dużym wahaniom w zależności od całego szeregu przyczyn wewnątrz- i zewnątrz-ustrojowych. Nic też dziwnego, że w gruźlicy trudno jest sprecyzować, gdzie się kończy odporność wrodzona, a gdzie się zaczyna odporność nabyta. Tak samo trudno w poszczególnym przypadku określić, czy odczyn tuberkulinowy, mający być wyrazem dwóch czynników—zakażenia z jednej strony i odporności z drugiej, — jest więcej wyrazem infekcji, czy odporności. Jednakże obserwacje kliniczne pozwalają na pewne wnioski. Odczyny tuberkulinowe u dzieci klinicznie zdrowych mogą się przejawiać jako: 1) zupełnie negatywny—dziecko nie jest zakażone, jest bardziej narażone na zakażenia zewnątrzpochodne, lecz nie grozi mu zakażenie zewnątrzpochodne, 2) leniwy lub 3) szybki — dzieci są mniej narażone na zakażenie zewnętrzne, lecz więcej eksponowane na wewnętrzne i tem więcej, im żywiej reagują. W dzieciństwie zatem wystąpienie i intensywność odczynu alergicznego są spowodowane więcej przez czynniki zakażne, aniżeli przez czynnik uodparniający. U dorosłych role są odwrotne: odczyn jest więcej funkcją odporności, aniżeli zakażenia. Już P i r q u e t szukał zależności między charakterem odczynu a okresem choroby i stopniem odporności. Jemu zawdzięczamy klasyfikację odczynów na: odczyn wczesny, późny, wtórny, leniwy, charłaczy, skrofuliczny. Odczyn leniwy, osiągający swoje *maximum* po kilku dniach, albo wtórny, zjawiający się po powtórnej próbie, miały, na podstawie spostrzeżeń P i r q u e t a, wskazywać na sprawę nieczynną, natomiast odczyn wczesny, żywy—w większości przypadków na gruźlicę czynną

Ale zarówno u dzieci, jak u dorosłych na podstawie jednorazowej próby tuberkulinowej należy być bardzo ostrożnym z rokowaniem, gdyż nie mamy w niej bezpośredniego miernika dla

walczących sił mikro- i makroorganizmu, a przecież o wyniku walki można tylko wówczas coś powiedzieć, gdy można zmierzyć obie siły. Chory może rozporządzać dużymi siłami obronnymi, a być przytem w gorszym położeniu od innego chorego, rozporządzającego daleko mniejszymi siłami, ale u którego siła napadająca jest o wiele mniejsza. Sam fakt, że wystąpiły objawy chorobowe, już powiada, że siły obronne ustroju, bez względu na ich natężenie nie wystarczyły, aby sparaliżować siły napadające. Jednakże drogą pośrednią, mianowicie przez powtarzanie prób tuberkulinowych, jesteśmy w stanie wejrzeć w bieg i zmiany przejawów immunobiologicznych i znaleźć zależność między procesami immunobiologicznymi i przebiegiem klinicznym, słowem, przez wykreślenie krzywej odporności komórkowej, możemy wyrobić sobie do pewnego stopnia pojęcie o skuteczności walki samego ustroju lub środka terapeutycznego i odpowiednio rokować.

Odporność ta może być stabilizowana, statyczna, jeśli zachowana zostaje równowaga między antygenem i antyciałem: powtarzane próby wypadają jednakowo. Jeśli z jakichbądź powodów następuje zaburzenie tej równowagi, mówimy o odporności dynamicznej:

1) pozytywnej, gdy mamy wzrost antyciał — odczyn skórny wzmagają się,

lub 2) negatywnej, gdy mamy spadek antyciał — odczyn skórny słabnie.

Lecz w interpretacji odczynu skórniego trzeba być bardzo ostrożnym, gdyż wzrastać on może zarówno wskutek przewagi antygeny, jak i antyciał, czyli, jak już powiedziałem, nie możemy powiedzieć, jaki udział w odczynie skórnym bierze zakażenie, a jaki — odporność. Wykreślenie t. zw. krzywej odporności pozwala dopiero w zestawieniu ze stanem klinicznym na ostrożne wnioski. Np. wzrastanie reakcji skórniej przy klinicznej poprawie jest wyrazem wzrostu sił obronnych i górowania ich nad siłą napadającą; natomiast przy wzmaganiu się odczynu skórniego i klinicznym pogorszeniu należy sobie powiedzieć, że ustroj, być może, powiększa swe siły obronne, ale zarazem powiększa swe siły napastnicze w większym stopniu, i on góruje. Podobnież zmniejszenie się odczynu skórniego oznacza spadek sił obronnych i przewagę zarazki tylko przy klinicznym pogorszeniu, gdyż przy klinicznej poprawie należy osłabienie odczynu skórniego interpretować w ten sposób, że ustrojowi niepotrzebne są do walki siły obronne w tej ilości, co poprzednio, że ustroj góruje nad zarazką przy zmniejszonej ilości sił odpornościowych. Słusznie jednak powiada G a n t z w swojej pracy: (O samouleczałości gruźlicy z punktu widzenia kliniczno-biologicznego z 1925 r.) „i te wnioski nawet w zestawieniu z wynikami obserwacji klinicznej, która właściwie sama dostarcza nam cennych danych, są ograniczone co do czasu, w którym badanie się odbywa, przyszłość bowiem co do dalszych losów cierpienia gruźliczego w każdym przypadku poszczególnym jest zupełnie ciemna.

Zakończę niektórymi wnioskami G a n t z a z tej samej pracy:

1) „niewątpliwa tendencja do samogojenia się spraw gruźliczych i względnie spory odsetek samowyleczeń klinicznych zmusza do bardzo kry-

tycznej oceny wszelkich środków lekarskich przeciwgruźliczych swoistych i nieswoistych;“

2) „zwalczanie gruźlicy musi iść w kierunku unieszkodliwienia zarazka, ewent. zapobiegania przynajmniej zakażeniom obfitszym, a jednocześnie winno dążyć do uczynienia bardziej odpornym terenu, podlegającego zakażeniu, do wzmocnienia ustroju ludzkiego“.

I jako uzupełnienie ostatniego wniosku dodam od siebie:

3) ze względu na to, że:

a) wrażliwość na prątek Kocha jest u ludzi prawie 100%.

b) zabezpieczenie się przed zakażeniem gruźliczem w ciągu życia jest niemożliwością,

c) nigdy niewiadomo, jak dany ustrój ustosunkuje się do infekcji gruźliczej,

i d) fakt, że lekka gruźlica daje u dorosłych względną odporność na superinfekcje, należy ustrój ludzki odpowiednio przygotować, by na zwykłe zakażenie gruźlicze wcale nie reagował, t. j. nadać ustrojowi właściwości tolerowania superinfekcyj bez szkody dla siebie. Na podstawie doświadczeń lat ostatnich należy sądzić, że można to osiągnąć przez stosowanie zaraz po urodzeniu szczepień ochronnych metodą Calmette'a.

PISMIENICTWO.

Hamburger. W. Kl. Wschr. 1921, N. 14, 1933, N. 1, 7. — Klopstock, Z. f. Tbc. Bd. 65, H. 4. — Römer. Dr. m. Wschr. 1914. N. 11. — Selter. M. m. Wschr. 1924. N. 15. — Wassermann. D. m. Wschr. 1923. N. 10. — Calmette, Bordet. Presse Medicale. N. 73. 1932 r. — Hübschmann. M. m. Wschr. 1922 r. N. 48. — Serber. W. Kl. Wschr. 1920. N. 35. — Bersan, et Schwenke. Zb. f. Kinderheilkunde 1914. H. 2. — Klinkert. Kl. Wschr. 1922, N. 14. — Bruno Lange. Med. Kl. 1930. N. 23, 1930, N. 23, 1930, N. 26. — Loewenstein. Med. Kl. 1928, N. 37. — Liebermeister. Med. Kl. 1930, N. 23. — Meinertz. Med. Kl. 1929, N. 31. — St. Engel. Neue Deutsche Klinik. B. 5. — H. Hayeck. Das Tuberkuloseproblem. — Michałowicz i Popowski. Gruźlica N. 5. 1931 r. — Klopstock. D. m. Wschr. 1925. N. 39. — Skibiński. Gruźlica. N. 5, 1931 r., Wiedza Lekarska N. 6. 1933. — Albert Weil. Revue de la Tuberculose, N. 6. 1932 r. — Much. Handbuch der Tuberculose. — Brauer, Schröder, Blumenfeld, Danysz. Teorje chorób zakaźnych i niezakaźnych. — Müller. Die Grundgesetze der Partiolreaktivität beim tuberkulösen Menschen. — Bordet, Jaquerod, Wallgreen. Presse Medicale 1932 r. N. 82. — Redeker. Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. 1930. B. I. — Rehberg. D. m. Wschr. 1929. N. 9. — Sahli. Tuberkulinbehandlung & Tuberkuloseimmunität. — Simon, Redeker. Lehrbuch der Kindertuberculose. — Brokman. W. Czas. Lek. N. 37 — 39. 1930. Kl. Wschr. 1932. N. 49.

Oceny książek.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego t. XII (nakład i własność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego 1933 r. str. 356).

Pamiętnik zawiera szereg prac z dziedziny balneologii, z których dwie podane są w języku francuskim. Jedna pióra prof. L. K o r c z y ń s k i e g o p. t. „Climats et stations climatiques de la Pologne“, ilustrowana zdjęciami ze wszystkich zdrojowisk, nosi charakter propagandowy. Z większych prac o charakterze ogólnym na podkreślenie zasługuje praca prof. J. M o d r a k o w s k i e g o p. t. „Kwasy i zasady jako czynniki lecznicze“ oraz prof. L. K o r c z y ń s k i e g o p. t. „Biodynamika promieniowania słonecznego“, które omawiają nader szczegółowo poruszane zagadnienia. Poza pamiętnik zawiera E. S t e n z a: „Widmo słoneczne a człowiek“, K. P o l t o w i c z a: „La renaissance physique“, A. G o l d s c h m i e d a: „O biochemicznym i leczniczym działaniu kruszcowej wody morszyńskiej“, S. M i t t e n d o r f - S a w i c z: „Leczenie zdrojowiskowe przytępienia słuchu“, E. B u d z y ń s k i e g o: „Badania naukowe wód mineralnych polskich zdrojowisk ze szczególnem uwzględnieniem zdrojowisk państwowych“, W. I w a n o w s k i e g o: „Popularyzacja leczenia w zdrojowiskach“ i „Ciechocinek i jego wskazania lecznicze“, W. G r a b y - Ł ę c k i e g o: „Inwestycje sanitarno-techniczne w zdrojowiskach zagranicznych i krajowych“, A. T a r n a w s k i e g o: „Uzdrowiska po-

łudniowej Polski“, prof. L. K o r c z y ń s k i e g o: „W sprawie domowego leczenia krajowymi wodami mineralnymi w szczególności wodami szczawnickimi“, St. L e s z c z y c k i e g o: „O metodach badania frekwencji kuracjuszy w zdrojowiskach“ i „Ruch letniskowy na Podhalu“, T. I w a n o w s k i e g o: „Terma solankowa w Ciechocinku“, St. S r o c z y ń s k i e g o: „Lecznictwo kąpielowo-zdrowiskowe Inowrocławia w świetle cyfr“, W. P o d s o ń s k i e g o: „Spostrzeżenia z 10 lat nad działaniem wód siarczanych w Lubieniu Wielkim“, Doc. A. S a b a t o w s k i e g o: „Jeszcze w sprawie specjalizacji zdrojowisk“, H. D o r n f e l d a: „Z IV Dydaktycznej Wycieczki Balneologicznej“, „Najnowsze urządzenia Ciechocinka“. Jak widać z tego wyszczególnienia, „Pamiętnik“ zawiera bardzo bogaty materiał informacyjny i ściśle naukowy, posiadający doniosłe znaczenie nie tylko dla lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach, lecz wogóle dla każdego lekarza. Pożądane jest, ażeby zagadnieniami balneologicznymi bardziej zainteresowali się lekarze - praktycy, którzy naogół znają te zagadnienia dość powierzchownie i nie wykazują dla nich należytego zrozumienia i zainteresowania. Ostatnich 60 stron poświęca „Pamiętnik“ protokołom i sprawozdaniom Polskiego Towarzystwa Balneologicznego i jego oddziałów i t. p. oraz składowi Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

H. L.

Wskazówki praktyczne

G. B a k a c s poleca w *zaburzeniach miesięczkowania* jednoczesne zastrzykiwania domięśniowe *wyciągu z nadnercza i wapnia*. Służy do tego przetwór „Paracals“, wyrobu fabryki R i c h t e r a w Budapeszcie. (Ztbl. Gyn. 1934, N. 10).

—o—

F. M e d e r bardzo chwali *narkozę evipanową*. Dawka przeciętna 7 ctm.³ Proszek evipanowy należy rozpuścić

w 10 ctm.³ wody wyjałowionej i wolno wstrzykiwać do żył. Po wstrzyknięciu 3 — 4 ctm.³ chory zasypia, wtenczas wstrzykuje się dalsze 3 — 4 ctm.³ Przebudzenie następuje prędko p zakończeniu operacji. Narkoza ma być zupełnie nieszkodliwa. (Ztbl. Gyn. 1934. N. 8).

Schorzenia skórne ciężarnych, nawet bardzo ciężkie, według L y s a n d r a, leczą się najskuteczniej zastrzykowaniami własnej krwi pacjentki. Skutek jest szybki, czasem nawet już po kilku godzinach. (Alem. lv. läkartidningen 1934, N. 2).

—o—

F. J o s t poleca *usypianie dilaudidowo-skopolaminowe w ginekologii operacyjnej*. Na 2 godziny przed operacją cho-

ra otrzymuje 0,5 veronalu, w ½ godziny później 0,002 dilaudidu + 0,0003 skopolaminy. Takie same zastrzyknięcie robimy po 45 minutach. W pół godziny po drugim zastrzyknięciu następuje sen. Do małych operacji ginekologicznych takie uspienie wystarcza. Po operacji dla uspokojenia bólu zastrzykuje się w razie potrzeby w najbliższych dniach 0,001 dilaudidu. (Ztbl. Gyn. 1934, N. 1).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

CLXXIV posiedzenie z dnia 15 maja 1933 r.*).

Obecnych 57.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

P o k a z y:

1) M. Fejgin, J. Rozenberg i M. Płóński e r. *Wynik autopsji w pokazywanym przypadku tętniaka tętnicy szyjnej* (nie dostarczone).

W dyskusji zaznacza Fejgin, iż zastanawia go przebieg przymiotu w pokazywanym przypadku. Kiła przebiegała tutaj przez szereg lat bezobjawowo zarówno pod względem klinicznym, jak i serologicznym, zaś później w ciągu kilku tygodni dała taki przebieg, jak ostra sprawa zakaźna, nawet z gorączką, a przytem zaatakowała jeden tylko układ, mianowicie, naczyniowy w całej jego rozciągłości, gdyż nawet naczynia w nerkach były zmienione. Nie poddawała się ona przytem zupełnie leczeniu swoistemu.

2) M. L u b e l s k i. *Liczne owrzodzenia żołądka i owrzodzenie dwunastnicy, drążące do trzustki*. Pokaz chorego po operacji R e i c h e r - P o l y a.

Chory L. T., kawaler, od 6 lat uskarża się na bóle brzucha i wymioty. Bóle i wymioty występują zaraz, a niekiedy w parę godzin po jedzeniu. Chory miewał bóle nocne i bóle głodowe. W przeciągu ostatnich sześciu lat okresy zdrowia były krótsze, niż okresy choroby.

Przy badaniu chorego bladego, wychudłego stwierdził prelegent ból na dotyk w obrębie dolka podsercowego. W narządach wewnętrznych, ani w moczu odchyłań od normy nie stwierdzono. Odczyn W a s s e r m a n n a w surowicy ujemny. Próba na krew utajoną w kale dała wynik dodatni. Czas krzepnięcia krwi — 9'. Badanie treści żołądkowej stwierdziło, co następuje: naczeczno wydobyto 10 cm.³ treści, wolny kwas solny — 10, ogólna kwasota — 21; po próbnym śniadaniu wydobyto 50 cm.³, wolny kwas solny — 64, ogólna kwasota — 84.

Badanie rentgenowskie (dr. M e s z): w 4 godziny po śniadaniu barytorem uwidacznia się opuszka dwunastnicza w kształcie plamy, ułożonej pod brzegiem wątroby (zrost). Czynność ruchowa żołądka upośledzona — w 3½ godziny stwierdza się zaleganie 1/3 treści kontrastowej.

Wywiady, badania, objawy i zdjęcia rentgenowskie przemawiały za wrzodem żołądka, ewentualnie dwunastnicy.

Podczas zabiegu stwierdził prelegent duży żołądek i bliźnię w obrębie opuszki dwunastnicy. Operację wycięcia żołądka wykonano metodą R e i c h e r - P o l y a. Zstępująca część dwunastnicy była w swojej górnej części zrośnięta z trzustką, i przy oddzielaniu dwunastnicy okazało się, że w miejscu zrostu owrzodzenie drążyło do trzustki; utworzył się otwór w ścianie dwunastnicy, z którego wylało się nieco żółtawej treści. Ranę brzucha zaszył prelegent naглуcho, a w kierunku zaszytego kikutu dwunastnicy przez specjalny otwór w ścianie brzucha, przeprowadzony przez mięsień prosty, wprowadzono sączek gumowy.

Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Na dziesiąty dzień zdjęto szwy. Obecnie (od operacji upłynęły już dwa miesiące) bóle ustały; apetyt dobry, samopoczucie dobre. Prelegent pokazuje chorego właściwie z powodu bardzo ciekawie przedstawiającego się preparatu wyciętego żołądka. Mianowicie: na błonie śluzowej żołądka w obrębie odźwiernika i dwunastnicy widać było nie jedno, lecz kilkanaście owrzodzeń wielkości ziarna soczewicy do 10 i 20-groszówki. W opuszcce dwunastnicy znajduje się uchyłek wielkości małego orzecha

* Protokoły posiedzeń z maja i czerwca r. 1933 przez przeoczenie nie były we właściwym czasie wydrukowane.

laskowego, na dnie uchyłka jest bliźnia po zagojeniu owrzodzenia. Na ścianie zstępującej części dwunastnicy znajduje się owrzodzenie, które drążyło do trzustki. Rozpoznanie makroskopowe potwierdzone zostało przez badanie drobnowidzowe (dr. P ł ó Ń s k i e r) (streszczenie własne).

W dyskusji stwierdza F e j g i n, że przypadek pokazywany stanowi rzadki i interesujący przypadek choroby wrzodowej. Nie porusza tutaj etiologii choroby wrzodowej, gdyż ta pozostaje wciąż jeszcze nieustalona. Wynika kwestja, jak uchronić chorego przed nawrotem choroby w postaci wrzodu jelita czczego. Uważa, że należałoby tutaj wkroczyć leczniczo w ten sposób, ażeby postarać się, o ile możliwości, zmienić konstytucję chorego. Proponowałby próbować zastrzykiwać rozczynów pepsyny, która ma uodparniać tkanki na działanie kwasu solnego. Stosował wstrzykiwanie pepsyny z dobrymi wynikami w chorobie wrzodowej, zwłaszcza we wrzodzie dwunastnicy. Poszukiwać należy również u chorego zaburzeń w układzie nerwowym roślinnym oraz w układzie naczyniowym.

W odpowiedzi zaznacza L u b e l s k i, że obecnie leczenie byłoby przedwczesne, i że czekać należy do chwili, kiedy ewentualnie wystąpią bóle. Wrzody jelita czczego występują wtedy, gdy podczas zabiegu operacyjnego popełniono błędy techniczne, np. jeżeli po zespoleniu żołądkowo-jelitowym (*gastroenteroanastomosis*) pierwszy szew błony śluzowej sztyto jedwabiem; lepszy jest catgut, który się szybko wysysa, aniżeli jedwab. Częstszą przyczyną wrzodów trawiennych jelita czczego jest nie konstytucja, lecz wadliwa technika operacyjna.

O d e z y t:

E. H e r m a n. *Bóle głowy jako zagadnienie kliniczne*. (Streszczenia nie nadesłano).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 10 marca 1934 r. (Presse méd. N. 29, 1934 r.) J. D e c o u r t, S. K a p l a n i Y. B o u n a r d mówili o *zwiększeniu się zawartości polipeptydów w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu rozmięknienia mózgu*. W czterech przypadkach rozmięknienia mózgu wskutek zakrzepu lub zatoru tętniczego stwierdzono w okresie czasu od czterech do trzydziestu dni po udarze bardzo znaczną zawartość polipeptydów w płynie mózgowo-rdzeniowym, wahającą się od 12 do 55 mgr. Autorom wydaje się pożyteczne wykonywanie w ciągu kilku tygodni po powstaniu rozmięknienia mózgu nakłuć leżdziwowych, ażeby usuwać produkty autolizy, których szkodliwego wpływu na ośrodki nerwowe nie należy z pewnością lekceważyć.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 10 marca 1934 r. (Presse méd. N. 22, 1934) A. G i r o u d, C.-P. L e b l o n d i M. R a b i n o w i c z mówili o *rozmieszczeniu witaminy C w ustroju*. Autorzy ci zbadali zapomocą opracowanej przez siebie metody histochemicznej rozmieszczenie witaminy C w ustroju. Występuje ona obficie w istocie korowej nadnerczy, w tkance śródmiąższowej jądra w ciałku żółtem jajnika. W innych tkankach znajduje się witamina C w mniejszych ilościach: w istocie rdzeniowej nadnerczy, kanalikach nasiennych. Tkanka łączna i mięśniowa, jak się zdaje, nie zawierają tej witaminy, tak samo płuća, gruczoł tarczowy oraz gruczoły przytarczyczne. W zakresie przewodu pokarmowego obecność witaminy C stwierdza się na całej długości jelit cienkich. Znajduje się ją we krwi i w wątrobie. W tym ostatnim narzędzie występuje ona w znacznie mniejszych ilościach, niż w nadnerczach, natomiast w przypadkach hiperwitaminozy znajduje się ją tam w znacznych ilościach. Układ nerwowy (komórki nerwowe) zawiera znaczne ilości witaminy C. Sposstrzega się wreszcie ślady jej przechodzenia przez nerki, co pozostaje w zgodzie z faktem stałego stwierdzania jej obecności w nerkach.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKI (Warszawa).

kierownik Oddziału Anatomopatologicznego w Szpitalu na Czystem.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 15).

Gruczoł piersiowy.

Gruczoł piersiowy u kobiet jest jednym z tych narządów, w których niezwykła częstość występowania nowotworów złośliwych idzie w parze z częstością istnienia w nim i działania czynników konstytucjonalnych i drażniących. Pierwsze znajdują swój wyraz w pozostałościach zaburzeń rozwojowych gruczołu i w częstym występowaniu prawdopodobnie w związku z nimi całego szeregu guzów łagodnych litych, torbielowych i t. d., które w dalszym przebiegu stać się mogą nieraz punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych. Jeżeli idzie o drugie, t. j. o czynniki drażniące, to możliwości ich działania w sutku kobiecym są niezwykle rozległe. Przedewszystkiem gruczoł piersiowy u kobiet jest narządem zależnym pod względem czynnościowym całkowicie od stanu narządów rodnych i podlegającym wraz z nimi okresowym zmianom, nie tylko przy dojrzewaniu płciowym i przekwitaniu, ciąży i karmieniu, — ale również i przy każdej miesiączce. Przy tego rodzaju częstych zmianach najdrobniejsze odchylenia od normy, jak np. nadmiar wydzieliny w pęcherzyku gruczołowym, zatkanie przez wydzielinę przewodu gruczołowego, stać się mogą przyczyną powstawania drobnych tworów patologicznych drażniących otoczenie, stanów zapalnych przewlekłych i t. d. Poza to sutek kobiecy przez wzgląd na swój kształt i umiejscowienie jest bardzo często narażony na działanie czynników zewnętrznych, — wielokrotnych urazów przez uderzenia, ocieranie się, ucisk i t. d.

Przez wzgląd na częstość nowotworów złośliwych w gruczole piersiowym należy zwracać baczną uwagę na najdrobniejsze choćby zmiany patologiczne w tym narządzie, ujawniające się choćby w najdyskretniejszej postaci, jak bardzo małe stwardnienia, drobnutkie guzki, wydzielina z brodawki i t. d. i t. d.; wszystko to powinno być spostrzegane przedewszystkiem z myślą o nowotworze złośliwym. Sutek kobiecy należy bezwarunkowo do tych narządów, które powinny być co pewien czas badane u wszystkich kobiet. Nie należy uważać tego za przesadę, tembardziej, że raki sutka przez długi czas mogą nie powodować żadnych dolegliwości i mogą nie być spostrzegane przez chore. Tembardziej więc odpowiedzialność za późne rozpoznanie raków piersi spada na lekarzy, którzy powinni zawsze badać gruczoły piersiowe u kobiet w ramach zwykłej ordynacji. Przy badaniu należy zwracać uwagę na wszelkie odchylenia od normy: różnice w wielkości obu piersi, różnice w położeniu i w kształcie, wyniosłości i zagłębienia, fałdy, nierówności lub zniekształcenia brodawek, różnice

w zabarwieniu i napięciu skóry, rozszerzenia żył i inne najdrobniejsze zmiany muszą zawsze budzić podejrzenie; dalej, odosobnione guzy i guzki, rozlane lub rozsiane stwardnienia, różne stopnie przesuwalności gruczołów w stosunku do skóry, do mięśni, do żeber, wreszcie wydzielina patologiczna, szczególnie krwawa z brodawek. Nigdy w stosunku do tego rodzaju zmian nie wolno ludzić siebie i chorej możliwością „rozejścia się“ ich pod wpływem jakichkolwiek okładów i maści. Do wszystkich tego rodzaju zmian i objawów należy, niezależnie od wieku i ogólnego stanu chorej, ustosunkować się tak, jakgdyby były to nowotwory złośliwe, a conajmniej zmiany, z których mogą się rozwinąć raki. Nie należy stąd wyłączać pojedynczych lub mnogich torbieli, gdyż i one mogą być nieraz podłożem, i. a. którego tle mogą powstać raki. W gruczole piersiowym przejściowe okresy od zmian niezłośliwych do nowotworów złośliwych są bardzo trudno uchwytnie; toteż przy największym nawet doświadczeniu klinicznym błędy rozpoznawcze w tej dziedzinie są, niestety, częste. Nigdy nie wolno zapominać o konieczności badania gruczołów limfatycznych pachowych i pod- i nadobojczykowych, które już wcześniej mogą być powiększone i zmienione nowotworowo; niejednokrotnie gruczoły mogą być powiększone i zawierać przerzuty wtedy, gdy ognisko pierwotne w sutku jest bardzo małe i głęboko ukryte i nieraz wcale lub ledwo wyczuwalne. Wreszcie w przypadkach podejrzanych należy brać pod uwagę skargi ogólne pacjentki, a szczególnie skargi na jakiegokolwiek „bóle reumatyczne“ w kościach, które mogą być zależne od wczesnych przerzutów nowotworowych do kości.

Należy zaznaczyć, że i u mężczyzn mogą występować nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego; są one jednakże bardzo rzadkie.

Jądra.

Jądra u mężczyzn już w młodym wieku mogą być punktem wyjścia nowotworów złośliwych. Przeważnie są to nowotwory, których komórki pochodzą z nabłonka pęcherzyków gruczołowych lub też z ognisk komórek zarodkowych, które są pozostałościami zaburzeń rozwojowych. W tym ostatnim przypadku czynniki konstytucjonalne grają dużą rolę; to też nowotwory jąder spotykamy niejednokrotnie już u dzieci. Dość często nowotwory złośliwe występują w jądrach, w przypadkach ich zбочzonego położenia (*ectopia*); toteż w tych przypadkach, kiedy stwierdzamy w mosznie obecność tylko jednego jądra, należy dokładnie badać drugie, przemieszczone jądro. Czynniki zewnątrzpochodne są mało uchwytnie. Nierzadko spostrzegano powstawanie nowotworu złośliwego jądra po jednorazowym, silniejszym urazie (szczególniej w jądro o zбочzonym położeniu). We wszystkich przypadkach powiększania się jednego jądra należy myśleć o nowotworze złośliwym. W przypadkach późniejszego rozpoznania i późnego zabiegu szybko powstają przerzuty w gruczolach limfatycznych jamy brzusznej; takie przypadki są przeważnie stracone.

K o ś c i.

Nowotwory złośliwe w kościach występują często, szczególnie często w kościach kończyn; są to przeważnie mięsaki (*sarcomata*). Wczesne rozpoznanie w tej dziedzinie jest trudne bez badania rentgenowskiego. Wszelkie stopniowo, nawet bardzo powoli powiększające się zgrubienia, nierówności na kościach muszą być traktowane z największą ostrożnością i zawsze z myślą o nowotworze złośliwym. Ponieważ nowotwory kości nieraz dość wcześnie powodują bolesność w miejscu powstawania lub w całej kości, należy baczną uwagę zwracać na różne niewyraźne, trudne do wyjaśnienia dolegliwości w kościach. Nagłe złamania kości u młodych ludzi, szczególnie bez dostatecznie silnego urazu, są często pierwszym objawem nowotworu złośliwego kości; podejrzanym są zawsze złamania kostne, źle się gojące bez wyraźnej przyczyny. Należy pamiętać, że kości często bywają siedliskiem przerzutów, nieraz już we wczesnym okresie nierozpoznanego pierwotnego ogniska w różnych narządach (tarczyca, sutek, nadnercza, żołądek i in.). Nierzadko spostrzegano nowotwory złośliwe kości po urazach.

W a r g i

Raki warg są bardzo częstym zjawiskiem, najczęściej występują one na wardze dolnej. Rak wargi rozpoczyna się często jako mały płaski guzek na granicy czerwieni i skóry, pomiędzy kątem ust i środkiem wargi; po krótkim czasie na powierzchni guzika powstaje owrzodzenie. W innych przypadkach początkowy okres raka wargi przedstawia się pod postacią nacieczenia części wargi, które stopniowo posuwa się w głąb, nie wystając ponad powierzchnię. Drobne brodawki na wargach, wystawione w tym miejscu na działanie częstych urazów, bywają niejednokrotnie punktem wyjścia dla raków. Czynniki drażniące grają dużą rolę w powstawaniu raków warg. We wszystkich przypadkach drobnych nawet, niegojących się zmian na wargach należy myśleć o raku. Przebieg raka wargi jest bardzo szybki; przerzuty w gruczołach szyjnych zjawiają się bardzo wcześnie.

J ę z y k

Raki języka są bardzo częste; w początkowym okresie mają one wygląd drobnego, twarde-

go guzka, umiejscawiającego się przeważnie na brzegu języka; po krótkim czasie guzek taki zmienia się w owrzodzenie o spoistym, lekko uniesionym brzegu, Czynniki drażniące, stale działające w jamie ustnej, mają duże znaczenie w powstawaniu raka języka.

Ś l u z ó w k a j a m y u s t n e j

Nowotwory złośliwe są tu bardzo częstym zjawiskiem; należy zawsze o nich pamiętać przy oględzinach jamy ustnej i zwracać baczną uwagę na również często występujące zmiany, z których mogą się rozwijać raki. Szczególniej podejrzane są drobne, blade zgrubienia, plamki (leukoplakje) oraz powierzchowne, niegojące się owrzodzenia. Czynniki drażniące, tak obfite i różnorodne w jamie ustnej, grają dużą rolę: zepsute, ostre, nierówne lub częściowo ułamane zęby, wadliwie przygotowane protezy dość często wywołują powstawanie owrzodzeń, trudno się gojących wskutek dalszego drażnienia; powinny one zawsze budzić myśl o możliwości powstania raka. Szczególnie często raki powstają na istniejących fałdach śluzówki.

M i g d a ł k i.

Nowotwory złośliwe migdałków nie występują zbyt często, jednakże należy o nich pamiętać, szczególnie w przypadkach, kiedy stwierdzamy długotrwałe powiększenie jednego migdałka, a nade wszystko części migdałka. Niekiedy nowotwór migdałka jest tylko częścią sprawy nowotworowej o charakterze układowym, umiejscawiającej się w gruczołach i tkankach limfatycznych (*lymphosarcomatosis*).

Należy pamiętać o tem, że nowotwory złośliwe jamy ustnej, warg, języka i migdałków mogą być we wczesnych okresach zupełnie bezbolesne; szczegółowe badanie jest więc konieczne, niezależnie od doznań podmiotowych pacjenta. Już dość wcześnie nowotwory wrzodziejące w tej okolicy mogą powodować „foetor ex ore“.

J a m y n o s o w e

Pod „zwykłymi polipami“ nosa kryć się mogą nowotwory złośliwe. Przewlekłe ciężkie katary z cuchnącą wydzieliną mogą być nieraz pierwszym objawem nowotworu złośliwego.

(c. d. n.)

Wiadomości bieżące

— KONKURS. Zwróciła się do nas fabryka chemiczno - farmaceutyczna „GEO“ w Warszawie z propozycją ogłoszenia szeregu konkursów, mających na celu sprawdzenie wartości klinicznej i terapeutycznej leków produkcji krajowej. W dążeniu do zaznajomienia ogółu lekarzy z nowymi zdobyczami lecznictwa chemicznego i uznając ważność popierania własnego przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, redakcja naszego pisma propozycję firmy „Geo“ przyjęła i w porozumieniu z nią ogłasza konkurs na temat: „Anjion rodanowy (CNS) i Teobromina w leczeniu nadciśnienia“. Warunki konkursu: 1) Udział w konkursie brać mogą wszyscy lekarze, uprawnieni do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. 2) Prace muszą być oparte na własnych spostrze-

żeniach i doświadczeniach, wykonanych w instytucji odpowiedzialnej (pracownia uniwersytecka, oddział szpitalny i t. p.), i uwzględniać piśmiennictwo polskie i obce. 3) Prace winny być napisane bardzo czytelnie (możliwie na maszynie), na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace należy nadsyłać do Redakcji Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego (Sienkiewicza 12) w trzech identycznych egzemplarzach najpóźniej do dnia 31 grudnia r. b. Razem z pracą należy przesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz tem samym godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 4) Wyniki konkursu podane zostaną w pierwszym kwartale r. 1935 w Warsz. Czasop. Lek. Prace nagrodzone zostają własnością firmy „Geo“, która ma prawo ogłosić je drukiem. 5) Skład Sądu Konkursowego stanowią 4 członkowie Komitetu Redakcyjnego Warsz. Czasop.

Lekarskiego i jeden przedstawiciel Działu Naukowego firmy „GEO“ — z prawem kooptacji. 6) Za najlepsze prace przyznane będą 2 nagrody: I nagroda w wysokości zł. 450.—. II nagroda w wysokości zł. 250. 7) W razie, gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody pierwszej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, Sąd Konkursowy ma prawo albo ponownie ogłosić konkurs albo podzielić nagrodę na mniejsze części. Te same uprawnienia dotyczą drugiej nagrody. 8) Potrzebne do przeprowadzenia badań próby i leki wyśle Fabryka „GEO“, Warszawa, Żelazna 56, tel. 509-89.

— Doc. Dr. med. Witold Z a w a d o w s k i z dniem 1 lutego 1934 r. zaczął pełnić obowiązki konsultanta rentgenologa w Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.

— Związek Lekarzy Kas Chorych w Krakowie wydał Sprawozdanie z działalności swojej za lata 1929—1934. Na Walnym Zgromadzeniu, odbytem w dniu 5-go kwietnia br. w Krakowie, wybrano na Prezesa Dra Medyńskiego Władysława, na Wiceprezesów Dra Ameisena Aleksandra i Dra Staszewskiego - Niewolę Jana, na Sekretarzy Dra Szczeklika Edwarda i Dra Oszasta Zbigniewa, na Skarbników Dra Trzebicką Stefanję i Dra Nussenfelda Józefa.

— Tow. Przyjaciół Huculszczyzny organizuje zjazd higieniczno-lekarski w Worochoć w dniach 9, 10 i 11 czerwca b. r. Udział w zjeździe mogą wziąć lekarze i osoby interesujące się zagadnieniami zdrowotnymi Huculszczyzny. Uczestnictwo w zjeździe (pensjonat, wycieczki) wynosi 30 zł., a dla osoby towarzyszącej 20 zł. Zgłoszenia należy kierować do Komitetu Organizacyjnego na ręce doc. dr. G. Szulca, Chocimska 24, wpłacając jednocześnie odpowiednią kwotę na konto czekowe w P. K. O. 22310. Wszelkich informacji w sprawie zjazdu udziela sekretarz generalny p. doc. dr. F. Przesmycki w godzinach od 9-ej do 3-ej. Chocimska 24, tel. 8-33-54.

— W czasie od 19 do 24 maja r. b. odbędzie się w uzdrowiskach Wysokich Tatr VI lekarski kurs uzupełniający p. n. „Lekarz - praktyk“, organizowany przez Związek lekarzy Spiskich w Kesmark, pod protektoratem pana Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej czesko-słowackiej przy udziale wydziałów lekarskich krajowych i zagranicznych. Program kursu wysyła i informacji udziela: Verein der Zipser Aerzte in Kesmark (Czechosłowacja).

— W lipcu r. 1935 odbędzie się w Londynie międzynarodowy Kongres, poświęcony medycynie ubezpieczeniowej (International Congress on Life Assurance Medicine). Głównymi tematami będą: 1. Metody oceny ryzyka, 2. Rokowanie w nadciśnieniu, 3. Ocena cukromoczu, 4. Znaczenie służby

zdrowotnej w ubezpieczeniach na życie. Zgłoszenia uczestnictwa w Kongresie i referatów przyjmują w Warszawie: Dr. Tadeusz Borzęcki i Dr. Wilhelm Knappe — lub w Londynie prof. W. Langdon Brown M. D. 142 Holborn Bars. London E. C. 1.

ZMARLI.

Doc. Stefan Sterling - Okuniewski, ordynator Szpitala Ujazdowskiego, były długoletni redaktor „Gruźlicy“, redaktor wydawnictwa „Nowotwory“, członek Komitetu walki z rakiem — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

24.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. H r o m St. Badania nad wpływem nerwu błędnego i współczulnego na serce. 2. W a l a w s k i J. Nowa metoda badania czynności serca (dielektrografia). 3. Z a w o d z i ń s k i T. Badania sfigmobiometrem — Sahli — w przypadkach mięśniaków macicy.

26.IV. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. K a r b o w s k i i P ł o ń s k i e r: — Przypadek posocznicy grypowej z powikłaniem ze strony narządu słuchu. 2. K a r b o w s k i i F l o k s t r u m p f: — Przypadek brodawczaków krtani leczony radem. 3. T e n c e r: — Przypadek napadów skurczów krtani nieustalonego pochodzenia. 4. Demonstracje innych chorych. 5. Wybór dwóch delegatów do komisji kwalifikacyjnej przy Izbie Lekarskiej. 6. Wolne wnioski.

28.IV. Koło Warszawskie Tow. Internistów Polskich.

1. A. E l e k t o r o w i c z i A. L i k i e r. Odma samoistna. 2. I. M u s z k a t e n b l i t i K s. R o w i ń s k i. Choroba Roger, powikłana świeżym zapaleniem wsierdza. 3. A. B i e r n a c k i. Niedokrwistość złośliwa z pewnymi cechami niedokrwistości wtórnej. 4. A. L a n d a u, B. J o c h w e d s i W. H e j m a n. Przemijająca rozstrzeń serca w przebiegu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek. 5. M. F e j g i n, B. K a r b o w s k i i D. K o p e r s z t y c h. Krwawienia płucne niejasnego pochodzenia. 6. H. R a s o l t. T. zw. blok arboryzacji u klinicznie zdrowego osobnika. 7. G. N o w o s a d k o. Agranulocytoza. 8. M. G l i k m a n. Przewlekłe obustronne zapalenie wysiękowe opłucny.

30.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

1. J. M o d r a k o w s k i. Współczesny stan wiedzy o regulacji hormonalnej ciśnienia tętniczego i oparte na niej wnioski terapeutyczne. 2. J. M u s z k a t e n b l i t. Nadciśnienie tętnicze a leczenie klimatyczno - balneologiczne.

TRĘŚĆ: E. PRAGIER. Klinika zapaleń wierzchołka kości skalistej (Dok). — J. SZEJNBERG. Trombopenja i krwawienie z organów rodnych. — A. DAWIDSON. Odporność i alergja w gruźlicy (Str. pogl. Dok). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. PŁOŃSKI. O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. PRAGIER. La clinique des inflammations du sommet de l'os pétreux (fin). — J. SZEJNBERG. Thrombopénie et hémorragie des organes génitaux. — A. DAWIDSON. Immunité et allergie dans la tuberculose (Rev. gén. fin). — M. PŁOŃSKI. Sur les bases de la lutte sociale contre les néoplasmes malins (suite).

SAL DIETETICUM
SINE CI' Br' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO