

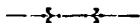
GAZETA LEKARSKA.

I. GUMAT OCZODOŁU.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

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



Zmiany syfilityczne oczodołu bywają albo w samych jego ścianach kostnych, albo też w częściach miękkich, zajmujących przestrzeń pomiędzy ścianami kostnymi i gałką oczną. W pierwszym razie są to najczęściej gumaty okostnej lub rzadziej zmiany samych kości, w drugim zaś razie gumaty w częściach miękkich się rozwijają.

Początek rozwoju sprawy, a nieraz nawet i późniejsze jej fazy są do tego stopnia mało charakterystyczne, iż bez współcześnie istniejących innych objawów syfilisu trudno by odgadnąć, jakie właściwie zmiany zachodzą w oczodole. Przy cierpieniu samych ścian kostnych oczodołu głównymi objawami są: *exophthalmos*, który bywa nieraz w bardzo znacznym stopniu, obrzmienie powiek i łącznicy, a później nieco dający się wyczuć guz nieruchomy na ścianie oczodołu, porażenia mięśni [zez] i t. p., najważniejszym jednak objawem, który już w początkach choroby wzbudza podejrzenie syfilitycznej sprawy kostnej, są silne bóle kostne wzmagające się nocą, bóle, które się znacznie powiększają przy ucisku na ścianę oczodołu. Rozwijające się gumaty w miękkich częściach orbity dają podobne zupełnie objawy, z tą tylko różnicą, iż żadnych prawie bólów nie powodują, a guz, jeśli się wyczuć daje, jest zwykle ruchomym.

Przypadki gumatów oczodołu nie należą do częstych, przynajmniej niewiele ich dotychczas opisano. Najcharakterystyczniejsze są przypadki podane przez GAŁĘZOWSKIEGO i NETTLESHIP'a. W jednym z przypadków GAŁĘZOWSKIEGO punktem wyjścia dla gumatu była torebka TENON'a: gumat ten obejmował prawie dokoła gałkę oczną, szerzył się w głąb, a ku przodowi dochodził do tylnych brzegów tarczy chrzęstnych powiek. NETTLESHIP zaś opisuje gumaty w okolicy dolno-zewnętrznej oczodołu, przyczem mięsień prosty zewnętrzny i skośny dolny były przez gumaty zajęte i z nimi zlane, a wskutek tego po wessaniu się gumatów w następstwie leczenia swoistego pozostał zez rozbieżny. Chory ten wkrótce zmarł przy objawach zgorzeli kończyn dolnych, a dokonany rozbiór zwłok wykazał niedwuznaczne wcale ślady, pozostałe po gumatach syfilitycznych. Kilka podobnych przypadków cierpienia oczodolów podaje również MRAČEK (*Wiener Klinik*, № 10. 1886 r.) i inni.

W bieżącym roku spostrzegalem na oddziale moim podobny przypadek gumatu oczodołu, który, jako przyczynek do już istniejących opisów, poniżej podaję.

I. Fr., liczący lat 40, szewc, zapisał się na mój oddział 21 stycznia 1894 [N^o księgi głównej 438]. Z opowiadania jego dowiadujemy się, iż przed 20-tu laty miał na prąciu wrzód, który się zagoił po zasypywaniu białym proszkiem [kalomelem?]. Żadnego leczenia swoistego nie przeprowadzał i żadnych też wysypek, owrzodzeń i t. p. nie zauważył, dopiero przed pół rokiem miał jakiś napad epileptyczny, o którym nic powiedzieć nie umie.

I. Fr. jest żonatym od lat jedenastu, żona jego jest zdrową, nigdy nie rodziła; ma czworo zdrowych dzieci, z których najstarsze liczy lat 10, a najmłodsze półtora roku.

Przed trzema miesiącami Fr. spostrzegł na kości czołowej nad lewym łukiem nadoczodołowym sino-czerwony guziczek, dosyć twardy, wielkości fasoli, a od sześciu tygodni przy samej nasadzie nosa i pomiędzy brwiami wystąpiło kilka takichże samych guziczków, miedziano-czerwonej barwy, wielkości ziarnka grochu polnego i nieco większych; zajmują one głębokie warstwy skóry i są zrosnięte z okostną, a więc nieruchome. Taki sam guzik skórny znajduje się na prawem skrzydle nosa, na granicy jego szkieletu kostnego. Gruczoły limfatyczne karkowe są nieco powiększone.

Najbardziej jednak uderzającymi są zmiany oka lewego. Wspólnie z kol. Zyg. KRAMSZTYKIEM, badając chorego, znaleźliśmy: bardzo znaczny *exophthalmos*, obrzęk powiek, tak, iż chory oka otworzyć nie może, katar łącznicy ze znacznem przekrwieniem łącznicy gałkowej, przeważnie na stronie zewnętrznej gałki. Żrenica rozszerzona, na światło bardzo słabo oddziałująca. Ruchy gałki ocznej na wszystkie strony ograniczone, przedewszystkiem na zewnątrz i wewnątrz (*diplopia*). Na zewnętrznej stronie gałki pod brzegiem oczodołu wyczuć się daje niewielki, twardy guzik ruchomy, który sięga w głąb oczodołu i dalej już wyczuć go nie można. Guz ten zdaje się tkwić przeważnie w ścięgnię mięśnia prostego zewnętrznego.

Gdy syfilityczny charakter cierpienia nie ulegał najmniejszej wątpliwości, choćby ze względu na gumaty skóry nosa i czoła, przeznaczyłem choremu leczenie mieszane, jodo-rtęciowe, a miejscowo na gumaty nosa plaster merkuryalny. Już 27. I. pod wpływem takiego leczenia szczelina powiekowa szerzej się otwiera, ruchy gałki ocznej na zewnątrz i wewnątrz nieco rozleglejsze.

Dnia 31. I. *Exophthalmos* daleko mniejszy i uderza przedewszystkiem znacznie większe otwarcie szczeliny powiekowej. Ruchy gałki ocznej są ograniczone wyraźnie tylko po stronie zewnętrznej i nieco ku dołowi. Zewnętrzna część łącznicy gałkowej i tkanki podłącznicowej jest jeszcze nieco zaczerwieniona. Lewa żrenica rozszerzona i na światło bardzo słabo oddziałująca. Resztki guzika powyżej wzmiankowanego z wielką trudnością dają się jeszcze wyczuć.

Dnia 2. II. Po jedenastu wcieraniach 4-gramowych powstało obrzmienie dziąseł i w ogóle całej błony śluzowej jamy ustnej, co zmusiło mnie do zawieszenia wcierań rtęciowych, pomimo to 6. II. wytworzyły się owrzodzenia na brzegach języka i dziąsłach około ostatnich zębów trzonowych, obrzmienie

dziaśel się wzmogło, a bóle były tak znaczne, iż chory nie mógł jeść żadnych stałych pokarmów. Nim owe owrzodzenia zablizniać się zaczęły i obrzmienie dziaśel ustąpiło, trzy tygodnie upłynęło. Z powodu jednak niezupełnie jeszcze dobrego stanu błony śluzowej jamy ustnej wcierań na nowo choremu przepisać nie mogłem, wypisałem go więc ze szpitala w tem przekonaniu, iż po za oddziałem frykcyjnym błona śluzowa jamy ustnej prędzej do prawidłowego stanu powróci.

W chwili opuszczania oddziału przez chorego, wraz z kol. ZYG. KRAMSZYKIEM znaleźliśmy stan miejscowy następujący: Lewa szczelina powiekowa rozszerzona, źrenica szeroka, jeszcze na światło nie oddziaływa, ruch oka lewego ku zewnątrz ograniczony, na twardówce w okolicy mięśnia prostego zewnętrznego widać jeszcze nieznaczne rozlane zaczerwienienie. Dno oka niezmienione. Gumaty nosa i czoła w zupełności się wessały, pozostawiwszy cienkie, czerwono-brunatne blizny.

W przypadku powyższym przyjąć musimy, iż gumat rozwinął się w mięśniu prostym zewnętrznym, tuż przy końcu ścięgnistym [gałkowym], przeistoczył część torebki TENON'a i tkanki, wypełniającej oczodoł. Z kształtu, o ile wnosić można, podłużnego gumat ten miał kierunek z przodu ku tyłowi i, wskutek swej dość znacznej objętości, wypchnął gałkę oczną z oczodołu, wywołał zaburzenia w krążeniu, których następstwem był obrzęk powiek, zaczerwienienie i obrzmienie łącznicy, i to przeważnie zewnętrznej części łącznicy gałkowej.

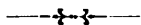
Co się zaś dotyczy porażenia mięśnia prostego zewnętrznego, miało ono najprawdopodobniej podwójną przyczynę: tak organiczne zmiany samego mięśnia—jego nacieczenie gumatyczne, jak i także zmiany nerwu okoruchowego zewnętrznego, który, przebiegając wzdłuż wewnętrznej powierzchni mięśnia, wraz z ostatnim zmianom syfilitycznym mógł podległ. Wątpić nie można, że i nitki zwoju rzęskowego, udające się do tęczówki, musiały również tym zmianom uległ, wskutek czego tak stale źrenica jest rozszerzoną; przemawia za tem i brak wszelkich danych, by to rozszerzenie źrenicy poczytać za porażenie ośrodkowego pochodzenia.

Leczenie swoiste mieszane zapanowało nad sprawą syfilityczną i nie tylko dalszemu szerzeniu się jej zapobiegło, ale nadto wpłynęło na wessanie produktów syfilitycznych. Gumaty czoła, nosa wessały się, pozostawiwszy blizny czerwono-brunatne, przyjąć tedy należy, iż blizny pozostały również w tkankach, w których gumat oczodołu się rozwinął, a więc pozostało bliznowate zwyrodnienie części mięśnia prostego zewnętrznego oka, nerwu okoruchowego zewnętrznego i nitek nerwowych zwoju rzęskowego, udających się do tęczówki. W takim stanie rzeczy spodziewać się należy, iż ani zez zbieżny, ani rozszerzenie źrenicy, pomimo nawet wyczerpania się sprawy syfilitycznej, nie ustąpią i zmiany te na zawsze już pozostać muszą.

II. O ZALEŻNOŚCI PRZEBIEGU SYFILISU OD ŹRÓDEŁ ZAKAŻENIA.

Podał

Dr Jakób Halpern.



Charakterystyczna własność syfilisu, polegająca na tem, że objawy tegoż w miarę oddalania się od chwili zakażenia tracą na swoim irytacyjno-zapalnym charakterze i okazują skłonność do stawania się coraz bardziej przewlekłymi, umiejscowionymi, zdaje się odgrywać ważną rolę w przenoszeniu syfilisu nie tylko drogą dziedziczenia, lecz i drogą zetknięcia.

Odpowiednio do prawa samoistnego, stopniowego zmniejszania się siły dziedziczenia syfilisu [ROGER ¹⁾, DIDAY ²⁾, W. BOECK ³⁾, KASSOWITZ ⁴⁾] objawy dziedzicznego syfilisu, jak wiadomo, okazują się zwykle tem słabiej wyrażonymi, im dłuższy okres czasu trwa syfils rodziców, i „jeżeli matka urodziła już kilkoro dzieci syfilitycznych, to najmłodsze może mieć tak mało uwydatnione objawy syfilisu, że nie zwracają na siebie żadnej uwagi z jej strony“ [W. BOECK], lub, jak się wyraża KASSOWITZ: „w takim razie może się urodzić dziecko bardzo mało dotknięte syfilisem“. W miarę większego oddalania się od chwili zakażenia rodziców, syfils dziedziczny objawia się, podług ZEISSL'a ⁵⁾, FOURNIER'a ⁶⁾ i innych w ten sposób, że dzieci nie okazują żadnych objawów drugorzędnych, irytacyjno-zapalnych, lecz dopiero później objawy trzeciorzędne. Podług ZEISSL'a ⁷⁾, można odróżnić „wrodzony“ syfils [z objawami drugorzędnej grupy] i „odziedziczony ukryty“ [występujący od razu z objawami trzeciorzędnymi]. I jeżeli wielu autorów co do takich dzieci z trzeciorzędnym syfilisem wypowiada zdanie, że mogły one okazywać w pierwszych miesiącach po urodzeniu się objawy drugorzędne, które tylko z powodu małej wyrazistości zostały przeoczone, to już z niewyraźnego przebiegu choroby wynika, że ma się w tych przypadkach do czynienia z syfilisem o słabo wyrażonym irytacyjno-zapalnym charakterze, który to charakter syfils zwykle przybiera w miarę oddalania się od chwili zarażenia. Już BASSEREAU ⁸⁾ twierdził, że dotknięte dziedzicznym syfilisem dzieci cierpią na objawy, odpowiadające tym, na jakie cierpieli rodzice w czasie poczęcia płodu, i ZEISSL ⁹⁾ oświadcza, że w tem twierdzeniu jest wiele prawdy. MANDON ¹⁰⁾ również twierdził, że dziedziczny

¹⁾ Union médicale. 1865. Nr. 10—19

²⁾ CANSTATT's Jahreshesichte. 1867, str. 562.

³⁾ W. BOECK. Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart. 1875.

⁴⁾ KASSOWITZ. Die vererbung der Syphilis. Sep. Abdr. aus den Med. Jahrb. 1875.

⁵⁾ ZEISSL. Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart. 1875, str. 315.

⁶⁾ FOURNIER. De la syphilis héréditaire tardive. Paris. 1886.

⁷⁾ L. c. str. 115.

⁸⁾ BASSEREAU. Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris, 1852. str. 450.

⁹⁾ L. c. str. 315.

¹⁰⁾ Journal de médecine de Bruxelles. Janvier, Fevrier, 1856. Gazette hebdomadaire. 135; str. 357. Syphilidologie von F. J. BEHREND. Neue Reihe. III Bd. str. 543.

syfilis przenosi się zawsze z cechami okresu, w jakim znajdowali się rodzice w czasie poczęcia płodu; że jeżeli w owym czasie rodzice cierpieli na syfilis trzeciorzędny, to i dziecko okazuje odpowiadające temuż okresowi objawy. SIGMUND ¹¹⁾ również opisał kilka przypadków, co do których oświadczył, co następuje. „a więc jednakowa [trzeciorzędna] forma przeszła z rodziców na dzieci“. Wprawdzie KOEBNER ¹²⁾ oświadczył przeciwko BASSEREAU i innym, że zarażeni krótko przed poczęciem płodu, a więc znajdujący się we wczesnym okresie syfilisu drugorzędnego rodzice mogą mieć dzieci z ciężkimi, trzeciorzędnymi objawami, ale objawy w takich przypadkach należą, podług NEISSER'a ¹³⁾, do grupy objawów złośliwego, galopującego syfilisu, nie zaś do objawów okresu gumatów. A jeżeli KASSOWIRZ ¹⁴⁾ oświadczył się przeciwko twierdzeniu BASSEREAU w następujący sposób: „a więc to miałoby znaczyć, że w rzędzie syfilitycznych porodów początkowo rodzą się powierzchownie cierpiące, a później silniej i głębiej porażone syfilisem płody, a że to zupełnie przeczy prawdzie“, to nie ulega wszak żadnej wątpliwości, że i owe powierzchownie cierpiące dzieci w późniejszym wieku mogą cierpieć na trzeciorzędne, a więc ciężkie objawy, z czego widać, że w przypadkach, w których syfilis przenosi się dziedzicznie, słabnie w miarę oddalenia od chwili zarażenia rodziców przede wszystkim irytacyjno-zapalny charakter takowego, nie wykluczając możliwości występowania objawów trzeciorzędnych gumatowego okresu. Nie mówiąc już o wspomnianych wyżej przypadkach ZEISSEL'a, FOURNIER'a i t. d., godnym jest pod tym względem uwagi fakt, że takie objawy trzeciorzędne gumatowego okresu występują często już w najwcześniejszych latach dziecięcych [VIRCHOW ¹⁵⁾], często już w kilka miesięcy po najślabszych, podług KASSOWIRZA, i wyleczonych drugorzędnych objawach dziedzicznego syfilisu, i to u dzieci rodziców cierpiących już na dawniejszy i leczony syfilis [FÜRTH ¹⁶⁾]. Jeżeli więc pominąć przypadki, w których syfilis rodziców nie przenosi się na dzieci, co, jak wiadomo, może mieć miejsce nie tylko w trzeciorzędnym, lecz i w każdym okresie syfilisu rodziców [GRUENFELD, NEUMANN, M. v. ZEISSEL i inni], to fakty zdają się przemawiać za tem, że przy przenoszeniu syfilisu przez rodziców na dzieci więcej, *resp.* mniej irytacyjno-zapalne formy syfilisu rodziców wywołują w dzieciach również więcej, *resp.* mniej irytacyjno-zapalne formy.

Taka zależność formy przeniesionego syfilisu od formy syfilisu przenoszącej osoby daje się zauważyć nie tylko przy przenoszeniu drogą dziedziczenia. Tak BAERENSPRUNG ¹⁷⁾ opisał 3 charakterystyczne przypadki, w których irytacyjno-zapalna forma syfilisu (*roseola, condylomata lata, angina etc.*) rozwinęła się u kobiet, które zaszły w ciążę od mężów, cierpiących na ukryty (*latent*) krótko

¹¹⁾ Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte. Wien. 1858.

¹²⁾ KÖBNER. Klinische und experimentelle Mittheilungen aus dem Gebiete der Derm. und Syph. Erlangen. 1864.

¹³⁾ ZIEMSEN's Hdb. Bd. XIV.

¹⁴⁾ L. c. str. 108.

¹⁵⁾ VIRCHOW. Granulationsgeschwülste. 1865.

¹⁶⁾ FÜRTH. Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. Wien. 1879.

¹⁷⁾ BÄRENSPRUNG. Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864.

trwający syfilis [8—10—12 miesięcy]. W tych przypadkach, w których syfilis mężów dłużej trwający stracił na irytacyjno-zapalnym charakterze swoim, i w którym ewentualnie recydywy odznaczają się bardziej przewlekłym przebiegiem, u ich żon, zachodzących od nich w ciążę, zwykle nie daje się zauważyć objawów świeżego syfilisu; u takich kobiet syfilis występuje często dopiero z objawami trzeciorzędnymi lub też drugorzędnymi późnymi [HUTCHINSON¹⁸⁾, ZEISSL.¹⁹⁾]. Według HUTCHINSON'a, u kobiet takich dlatego występuje trzeciorzędny syfilis, bo ten odpowiada formie syfilisu ojca w czasie przeniesienia przez niego syfilisu na płód. Objawy trzeciorzędne mogą w takich przypadkach występować dosyć wcześnie, tak, że to tem więcej zwraca uwagę na zależność charakteru przeniesionego syfilisu od charakteru syfilisu przenoszącej osoby. Pod tym względem zasługuje na uwagę następujący obserwowany przeze mnie przypadek.

Pan NN. 32 lat, zaraził się syfilisem 14 lat przed swoim ślubem. W 7 miesięcy po ślubie przyszedł on do mnie z *syphilis cutanea ulcerosa serpiginosa* na prawym udzie. W 12 miesięcy później poznałem jego żonę, 21 lat mającą. Pochodzi ona od zamożnych rodziców; ojciec, matka i czworo jej rodzeństwa, jak się o tem później sam przekonałem, nie okazywali żadnego śladu syfilisu; sama ona nigdy przedtem żadnych objawów, mogących wskazywać na syfilis, na sobie nie zauważyła. W 10-m miesiącu po ślubie urodziła ona do czasu zdrowe, jak się zdawało, dziecko, które w 6-ym miesiącu po urodzeniu się umarło na konwulsye. Przy badaniu pani NN. znalazłem w *regio lumbalis* po prawej stronie po części już bliznowato zanikłe *gummata cutanea*.

Jeżeli więc pominąć przypadki, w których syfilityczni mężowie nie zarażają zachodzących od nich w ciążę żon, to fakty zdają się przemawiać za tem, że tacy mężowie na zachodzące od nich w ciążę żony przenoszą więcej *resp.* mniej irytacyjno-zapalny syfilis, zależnie od tego, czy na więcej *resp.* mniej irytacyjno-zapalny syfilis sami cierpią. Jeżeli byśmy przy wyjaśnionym sposobie przenoszenia dziedzicznego syfilisu chcieli przypuścić, że może tam odgrywać rolę odziedziczone zmienione, podług BLAUMLER'a, własności tkanek syfilitycznych osobników, to w kwestyi wyjaśnionego sposobu przenoszenia syfilisu na kobiety przez ich syfilitycznych mężów, *resp.* płody, takie objaśnienie ma się rozumieć miejsca mieć nie może, a zatem musi uznać w wymienionych przypadkach zależność cech przeniesionego syfilisu od cech syfilisu osoby przenoszącej takowy.

Co się tyczy przenoszenia różnych form syfilisu przez zetknięcie (*contact*), to zasługuje na uwagę następujący przypadek.

Pan X..., 35-io-letni, przybył do mnie 25-go września 1893 r. z trwającym około 3-ch tygodni płasko owrzodzonym, bardzo wyraźnie ograniczonym, twardym nasiękiem wewnętrznego listka napletka. Pan X. miewał w ostatnich 2-ch miesiącach stosunek płciowy ze swoją żoną i z panią Y., którą miałem sposobność zbadać 10 października 1892 r. Dowiedziałem się, że Y.

¹⁸⁾ Medical Times and Gazette. 1856. 29 Dec.

¹⁹⁾ L. c. str. 314.

ma ona 33 lata i już od 12 lat jest za mężem. W 3 lata po ślubie urodziła na czasie dziecko, które wkrótce umarło. W 6-m i 7-m roku po ślubie urodziła po jednym dziecku, z których każde miało w 3-m tygodniu po urodzeniu wysypkę, wyleczoną wcieraniami szarej maści. Młodsze z tych dwójga dzieci umarło w 2-m roku życia na drgawki, starsze żyje i oprócz mało-krwistości nic osobliwego nie przedstawia. Sama pani Y. nigdy przedtem nie zauważyła u siebie nic takiego, co by wskazywało na syfilis. Przy badaniu jej znalazłem na skórze prawej *regio scapularis* lekko łuszczące się, brunatno-czerwone, nigdzie nie okazujące bliznowatego zaniku, po części zlewające się, po części ugrupowane w postaci linii łukowatych *papulae*; na przedniej wardze *portionis vaginalis* znajdowały się zlewające się w postaci nieprawidłowej linii łukowatej silnie mleczno-mętne, wzniesione *papulae recidivae*. 27 grudnia 1892 r. zostałem zawezwany do pani X. 28-iu lat. Znalazłem u niej wyraźny obraz syfilisu z obrzmiałymi gruczołami pachwinowymi, łokciowymi, szyjowymi, *roseola*, *angina*, *papulae ad genitalia*. Tymczasem pan X., którego w przeciągu 18 miesięcy starannie obserwowałem, nie ma dotychczas żadnych objawów syfilisu. Indywidualność pana X., jakoteż pań X. i Y., nie przedstawia nic osobliwego. X. są już od r. 1888 pobrani ze sobą. W 1-m roku po ślubie pani X. urodziła na czasie zdrowego chłopca, który 2-m roku życia umarł na biegunkę; w roku 1891 urodziła ona znowu zdrowego chłopca, który dotychczas cieszy się najlepszym zdrowiem.

W danym przypadku zasługuje na uwagę to, że zakażenie nastąpiło od osoby już dłuższy czas cierpiącej na syfilis, i że powstały w ten sposób syfilis ograniczył się na zjawieniu się tylko pierwotnego objawu. Dwa podobne przypadki, w których jednak nie miała miejsca konfrontacja, obserwował i W. BOECK²⁰⁾. „W obu tych przypadkach“, pisze on, „stwardnienie było wysoce charakterystyczne, i żony zarażonych zostały przez nich zarażone, przyczem objawił się u nich konstytucjonalny syfilis w dobrze rozwiniętej formie. Mężowie ich byli często oglądani, lecz u nich się nic nie okazało, nawet po upływie wielu lat... Sądzę, że nic nie przeszkadza przypuszczeniu, że syfilis może w swoim rozwoju skończyć się już na pierwotnym objawie zupełnie tak samo, jak widzimy, że lekki konstytucjonalny syfilis znika po kilku dniach lub tygodniach“. KAPOSI²¹⁾, KOEBNER²²⁾, MICHAELIS²³⁾ GRADLE²⁴⁾ i inni obserwowali przypadki, w których po typowym wrzodzie twarzym nie nastąpił syfilis. Jeżelibyśmy nawet chcieli przypuścić, że w naszym i w podobnych przypadkach może miała miejsce krótko trwająca różyczka, która została przeoczona, to w każdym razie musimy przyznać, że w tych przypadkach syfilis objawił bardzo dobrotliwy charakter. W czemże właściwie mamy szukać przyczyny dobrotliwego przebiegu syfilisu w takich przypadkach? Neis-

²⁰⁾ L. c. str. 90, 91.

²¹⁾ Deutsche Chirurgie. Lieferung 11. str 29 u. 151.

²²⁾ L. c. str. 72.

²³⁾ Cyt. u KOEBNER'a, l. c. str. 72.

²⁴⁾ Journal of the American med. associat. Chicago. 1887. 24. 25.

SER²⁵⁾), jakoteż KOEBNER²⁶⁾ przyjmują, że jad syfilityczny słabnie pod wpływem tkanek organizmu, i dobrotliwy lub złośliwy przebieg syfilisu NEISSER²⁷⁾ czyni zależnym więcej od źródła zarażenia, niż od indywidualności chorego lub innych warunków. „Tak choroba niemca“, pisze NEISSER, „który zaraża się w Hiszpanii, jest dobrotliwą, bo w Hiszpanji jad syfilityczny nabył stopniowo większą dobrotliwość, gdy tymczasem Europejczycy, którzy np. zarażają się w Chinach, przechodzą tę chorobę prawie w tej samej złośliwej formie, jak sami Chinczycy“. Zależnością od źródła zarażenia daje się wytłomaczyć i nasz ostatni przypadek, jak również wspomniane przypadki W. BOECKA, KAPOSI'ego, KOEBNER'a i t. d.

Wszystkie te dane przemawiają za tem, że przy przenoszeniu syfilisu drogą zetknięcia tak samo, jak i przy przenoszeniu w warunkach dziedziczenia, zdaje się mieć miejsce fakt, na który już w innym miejscu²⁸⁾ zwróciłem uwagę, że przebieg syfilisu zależnym jest między innymi warunkami od tego, czy od osobnika z więcej *resp.* mniej irytacyjno-zapalną formą syfilisu nastąpiło zarażenie. Takiemu przypuszczeniu przeczy wprawdzie przypadek LANDOUZY²⁹⁾, gdzie spowodowany zarażeniem od gumatu syfilis objawił się dobrze rozwiniętą formą drudorzędną, z *roseola, papulae ad genitalia* i t. d., ale ten przypadek stoi dotychczas odosobnionym wobec nieobjaśnionej wprawdzie, ale, jak się przynajmniej na mocy doświadczalnych szczepień w tym kierunku zdaje, rzeczywiście nieudającej się bezpośredniej infekcyi od gumatów.

Warszawa, w Marcu, 1894.

III. O PATOLOGII I LECZENIU NIEŻYTU PRZEWLEKŁEGO UCHA ŚREDNIEGO

Podał

D-r S p i r a [z Krakowa].



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 25].

Upośledzenie słuchu i jego stopień sprawdza się za pomocą odpowiednich prób, przyczem posługujemy się głównie: zegarkiem, głosem i strojnikiem, badając stan zarówno drogą powietrza, jak i drogą kości czaszki. Przy badaniu przewodnictwa przez powietrze należy w celu uniknięcia omyłek zwracać uwagę na to, aby oczy badanego były odwrócone od źródła, z którego wychodzą dźwięki i aby drugie lepiej słyszące ucho szczelnie było zatkanie. Bystrość słuchu wyraża się najwłaściwiej ułamkiem, którego licznik oznacza od-

²⁵⁾ ZIEMSEN's Hdb. der speciell. Path. und Ther. XIV. Ad.

²⁶⁾ L. c. str. 91.

²⁷⁾ L. c. str. 692—699.

²⁸⁾ Gazeta Lekarska. 1803. Nr. 30.

²⁹⁾ Międzynar. kongr. derm. w Paryżu. Cyt. u M. v. ZEISSL'a w realencykl. Jahrb. von EULDBURN. 1891, str. 645.

ległość słyszenia w danym przypadku, mianownik wskazuje odległość, w której zdrowe ucho ten sam dźwięk słyszy.

Jeżeli np. chory słyszy w oddaleniu 10 ctm. zegarek, który zdrowy słyszy w odległości 60 ctm., to bystrość słuchu chorego wynosi $\frac{1}{6}$, czyli $\frac{1}{6}$. Łatwa omyłka w badaniu słuchu polega na t. zw. „*Hörsctom*“, t. j. przerwie w słuchu, opisanej przez BRUNSWIG'a i GUYE'go. Zjawisko to polega na tem, że ucho zdrowe, lub chore słyszy pewne dźwięki aż do pewnej odległości, potem na pewnej przestrzeni nie słyszy ich, a jeszcze dalej znowu słyszy, aż do pewnego kresu. GUYE nazywa te 3 odstępy pierwszym, drugim i trzecim pasem [zona] i tłumaczy ten fakt odruchami słuchowymi do drugiego niezatkanego ucha.

Badanie siły słuchu za pomocą zegarka jest dość wadliwe, podlega rozmaitym omyłkom, dzięki którym wyniki jego nie mogą być wystarczające i należy je zawsze uzupełniać badaniem za pomocą głosu, jako słuchomierza o wiele doskonalszego.

Przy badaniu słuchu za pomocą głosu należy zawsze ściśle uwzględnić siłę i barwę tonu (*Tonstärke u. Klangsfarbe*) i posługiwać się mową głośną, średnią i cichą, czyli szeptem.

Do badania słuchu na pewne tony nadają się najlepiej strojniki, których w celu ściślejszej próby należy stosować kilka różnorodnych. W celu wzmożenia pewnego tonu strojnikowego polecono różne współdźwięki. Do badania bystrości słuchu służą dalej rozmaite słuchomierze (*Audiometer*), podane przez ITARD'a (*Acumeter*), KESSEL'a, POLITZER'a, HOUGHES'a (*Sonometer*) i inne. Elektryczne słuchomierze na zasadzie telefonów podali HARTMANN, URBANTSCHITSCH, JACOBSON, GRADENIGO i inni. LICHWITZ (24) chwali fonograf EDISON'a, jako słuchomierz, odpowiadający wszystkim wymaganiom.

Jeżeli się połączy ciało, dźwięk wydające, bezpośrednio lub za pośrednictwem ciała stałego, z kośćmi głowy, wtedy jedna część fal głównych dostaje się z pominięciem narządu głos przewodzącego wprost do błędnika, druga część do powietrza w jamie bębenkowej—przewodnictwo czaszkowo-bębenkowe. Przewodzenie głosu ze strony kości czaszki ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, jak się później pokaże. Wśród prawidłowych stosunków przewodnictwo powietrza przeważa nad przewodnictwem kości. Należy jednak zawsze pamiętać, że percepcja tonu strojnika zależy od miejsca przykładania i od wysokości tonu i może się zdarzać, że nawet przy zupełnie prawidłowym słuchu nie słyszy się pewnego strojnika na kilku miejscach głowy. W celu ścisłego badania za pomocą strojników należy używać kilku różnie nastrojonych, układać je na możliwie wielu miejscach głowy i próby w różnych czasach powtarzać.

Wyniki badania przewodzenia kostnego za pomocą zegarka, na kość czaszkową przyłożonego, są bardzo niepewne; często bowiem badanie takie daje wyniki ujemne, mimo niewątpliwie utrzymanego przewodnictwa kostnego.

Prawie niemniej ważny i może niemniej stały objaw omawianego cierpienia stanowią wrażenia słuchowe podmiotowe, t. j. uczucia słuchowe, które nie mają żadnej podstawy przedmiotowej. Odróżniamy od nich uczucia słuchowe, wywołane przez szmery powstałe w narządzie słuchowym, lub w miejscach sąsiednich, a które nazywamy szmerami śródusznymi (*entotische Geräusche*).

Do tych ostatnich należą szmery zależne od obcego ciała w uchu, od ruchów warg trąbkowych przy połykaniu, od klonicznych skurczów mięśni trąbkowych, szczególnie mięśni naprężacza podniebienia, dalej szmery t. zw. naczyniowe, pochodzące od zaburzeń w krążeniu w małych tętnicach do ucha biegnących, np. z powodu tętniaka [CHIMANI, REYBURU], wad sercowych, chorób ścian naczyniowych i t. p.. Silne szmery naczyniowe wywołują niekiedy szmery tętniące, które słyszeć może i badający [Ob. Przegl. Lek. 92. 13].

Podmiotowe wrażenia słuchowe odgrywają w patologii narządu słuchowego tak ważną rolę, że znać i uwzględniać je winien nawet lekarz-niespecjalista. Nierzadko szum w uszach jest o wiele przykrejszy, niż stopienie słuchu, pozbawia chorego snu i spokoju, a dokucza mu do tego stopnia, że może go doprowadzić do samobójstwa. Objaw ten mogą wywoływać różnorodne zaburzenia w uchu zewnętrznym, środkowym, lub wewnętrznym, działające pobudzająco na nerw słuchowy i zwiększające ciśnienie śród błędnikowe.

Często zaburzenia w ośrodku słuchowym nerwowym albo bezpośrednie działanie na pień nerwu słuchowego lub na obwodowe jego włókna dają powód do tego objawu, jak np. niedokrwistość, przekrwienie, sprawy zapalne w jamie czaszkowej, galwaniczne drażnienie nerwu słuchowego i t. p.. Ten sam objaw występuje bardzo często wskutek odruchowego podrażnienia słuchu przez rozmaite nerwy czulne, najpospoliej przez czulne gałęzie nerwu trójdzielnego, jak przy bólu zębów, nerwobólach nerwu trójdzielnego i inne.

Trwałe podmiotowe porażenia słuchowe wskazują zawsze na głębsze zaburzenia w odżywianiu i zmiany w budowie tego narządu. Zdaniem POLITZER'a, przekrwienie jamy bębenkowej samo wystarcza do wywołania tętniącego szumu w uchu. Można tedy łatwo sobie wyobrazić, jak sprawa zapalna nawet w uchu zewnętrznym może przez przeniesienie zapalenia lub przekrwienia na ucho środkowe i błędnik dać powód do szmerów podmiotowych. Inną przyczynę może stanowić choroba MENIERE'a, która jest właściwie zbiorem objawów, jakimi są: zawrót głowy, wymioty, szum w uszach, stopienie słuchu bardzo wysokiego stopnia; dalej zwyrodnienie łącznotkankowe lub tłuszczowe i następne przykurczenie mięśnia strzemiączkowego, silne niespodziane wrażenie słuchowe, pewne leki, jak: chinina, przetwory salicylowe i inne. Rodzaj tych wrażeń wyrażają chorzy w rozmaity sposób, jako to: śpiewanie, gwizdanie, dzwonienie, świerkotanie, szum, mruczenie, tętnienie i t. p..

Dokładne i niezbite spostrzeżenia wykazały i potwierdziły pewien związek przyczynowy między wrażeniami słuchowymi podmiotowymi i niektórymi chorobami umysłowymi. SCHWARTZE (24), URBANTSCHITSCH (25), i KESSEL podali przypadki, w których chorzy po skutecznym leczeniu ich cierpień usznych uwolnieni zostali od urojeń słuchowych. LARMOIS stwierdził z 26 obłąkanych, cierpiących na omamy, u więcej niż u połowy wybitne zajęcie narządu słuchowego. W rzeczy samej może skutkiem najłżejszych cierpień narządu słuchowego, jak np. czopka woskowiny, powstać zaburzenie umysłowe, jak: omamy słuchowe i zaduma. Tem bardziej to się zdarzać może w cięższych chorobach usznych, jak to COZZOLANO w swej pracy podnosił. Dlatego też w wielu posta-

ciach chorób umysłowych dokładne badanie narządu słuchowego jest bardzo ważne i potrzebne.

Umieszczenie tych wrażeń ze strony chorego jest różne. Często chorzy uważają je w początku jako zewnątrz powstałe, z tego samego powodu, z którego i zdrowi każde wrażenie, wywołane nawet przez fizjologiczne drażnienie nerwu słuchowego—ze zwyczaju i z doświadczenia na zewnątrz ciała umieszczają.

Później pouczeni doświadczeniem lub przypadkiem dowiadują się, że szmery te powstają w własnym ciele i odtąd podają je jako w uchu lub głowie umiejscowione. Jeżeli oba uszy są dotknięte, szmery w uchu silniej zajętem mogą zasłaniać słabsze wrażenia na drugim uchu, które więcej na jaw występują, jeżeli się udało szmery w pierwszym uchu usunąć. Niedawno temu leczyłem chorego, który się skarżył na silne dzwonienie w prawem uchu. Gdy w 8 dni później, wskutek leczenia, dzwonienie w tem uchu znacznie się zmniejszyło, zjawiał się szum w drugim uchu, którego dawniej nie było. KESSEL [l. c.] podaje przypadek, w którym chora natychmiast po uwolnieniu od szmerów usznych z jednej strony, wskutek przecięcia ścięgna naprężacza błony bębenkowej, doznała tego samego wrażenia na drugim dotychczas wolnem uchu, które również usunął za pomocą tenotomii.

W większości przypadków szmery zewnętrzne łagodzą podmiotowe uczucia słuchowe, ponieważ drażnienie zdrowego ucha przez szmery przedmiotowe zasłania wrażenie podmiotowe ucha chorego. Zwykle wszystkie te czynniki, które sprowadzają pogorszenie słuchu, wpływają też na wzmoczenie szmerów podmiotowych i odwrotnie, z polepszeniem słuchu zwykle także szmery się zmniejszają lub ustępują. Nie zawsze jednak tak bywa. Obydwa objawy mogą równocześnie wystąpić, albo też jeden zjawia się pierwej, a drugi później.

Tak samo i nasilenie nie jest zawsze jednakowe. Szmery podmiotowe wahają się co do nasilenia od bardzo cichego, ledwie uważać się dającego wrażenia do bardzo silnego, gwałtownego uczucia słuchowego i to często zupełnie niezależnie od stopnia niedosłyszenia. I tak może istnieć bardzo znaczne stopienie słuchu obok nieznacznych szmerów i naodwrot. Chorzy jednak często uważają ostatnie za przyczynę pierwszego. Częste zmiany w nasileniu tych wrażeń zależne są często od rozmaitych stanów chorobowych, wywołujących je. I tak szmery, warunkowane nieżytem ucha środkowego, pogarszają się przy wilgotnem powietrzu, w nieżytach nosa i gardła w różnych porach dnia i roku i t. d.. Do objawu tego należy przywiązywać wielkie znaczenie nie tylko z powodu jego wpływu na umysłowy stan chorego, ale też z tej przyczyny, że w ślad za podmiotowymi wrażeniami słuchowymi, długo trwającymi, wcześniej lub później następuje przytępienie słuchu.

EITELBERG (26) zbadał 300 przypadków pod względem tego objawu i znalazł go w przypadkach woskowin, zapalenia ucha zewnętrznego rozlanego i miejscowego, zapalenia ucha środkowego ostrego i przewlekłego, nieżyty ucha ostrego i przewlekłego i w przypadkach zajęcia nerwu słuchowego. Bardzo częstym objaw ten okazał się w nieżycie usznym przewlekłym, bo 65 razy na 88 przypadków. Powstanie tego objawu w tej chorobie tłumaczy się

w rozmaity sposób. Obrzmienie błony śluzowej trąbki, a więc zwężenie lub zatkanie jej, tak często nieżyłtowi ucha towarzyszące, powoduje rozrzedzenie powietrza w jamie bębenkowej; błona bębenkowa pod wpływem większego ciśnienia słupa powietrza zewnętrznego posuwa się z całym pasmem kostek słuchowych na wewnątrz, wzmagając przez to ciśnienie śróduszne. Nabrzmiąta błona śluzowa jamy bębenkowej i jej wydzielina mogą bezpośrednio wywierać ucisk na okienka błędnikowe. Skurcz mięśnia naprężacza błony bębenkowej i zwichnięcie podstawy strzemiączka w głąb, powstałe wskutek zrostów w jamie bębenkowej i skurczu ścięgna mięśnia strzemiączkowego, mogą spowodować te same skutki.

Dość często towarzyszy tej chorobie zawrót głowy rozmaitego natężenia; może on występować nagle i napadowo i równie prędko przemijać, albo też przez całe trwać godziny, lub nawet dni, jest często połączony z wymiotami i z powiększeniem szumu w uszach i stanowi częste powikłanie najrozmaitszych chorób usznych. Opisano przypadki, w których obce ciała, polipy w przewodzie usznym, woskowiny do błony bębenkowej przylegające, polipy w jamie bębenkowej i t. p., wywoływały zawrót głowy. W ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego i w cierpieniach błędnika rzadko tego objawu niema. Nawet bardzo lekkie i niewinne zabiegi, w celach rozpoznawczych lub leczniczych podejmowane, jak: przebicie błony bębenkowej, przestrzyknięcie ucha, albo przedmuchiwanie przez trąbkę u osób wrażliwych, samo nawet wprowadzenie wziernika usznego do przewodu zewnętrznego, mogą wywołać zawrót głowy. Po największej części autorowie umiejscawiają ośrodek dla równowagi w przewodach półkulistych, w błędniku, a przyczyna zawrotu głowy ma leżeć w zaburzeniu tego narządu, czemu inni się sprzeciwiają. Bądź co bądź, w chorobie nas obchodzącej objaw ten bywa zależny po części od wzmożonego ciśnienia błędnikowego, po części od tego, że przekrwienie jamy bębenkowej przechodzi na błędnik i przez szczelinę skalisto-łuskową (*fissura petro-squamosa*) na opony mózgowe, a nareszcie drogą odruchową do ośrodka równowagi.

Jako inne, mniej ważne, objawy podmiotowe występują: uczucie pełności i tępości w uchu, rzadziej ból głowy [p. Przegl. Lek. 1888. № 3], nerwobóle jako odruchy czuciowe, a niekiedy też zamęt w głowie, niezdolność do natężonego myślenia, co znowu pociąga za sobą rozdrażnienie nerwowe, posępne usposobienie, hypochondryę i t. d..

Psychozy zwrotne, od choroby usznej pochodzące, często spostrzegano i opisywano. Oddawna znamy wpływ powiększonego parcia błędnikowego na stany umysłowe i psychiczne chorego. Najczęściej zboczenia umysłowe występują tu w postaci omamów lub złudzeń umysłowych. Jeżeli one występują u chorego, wolnego od wrażeń podmiotowych słuchowych, wtedy można je nazywać złudzeniami psychicznymi. Złudzenia zaś, mające swe źródło w zaburzeniach narządu słuchowego, uważa KRAFF-EBING za złudzenia fizjologiczne. Choremu z uczuciami podmiotowymi słuchowymi zdaje się niekiedy, że słyszy inne osoby, mówiące o nim albo do niego, wymówki, przekleństwa i t. p.. Według MERNERT'a, zboczenia w narządach zmysłowych prowadzą rzeczywiste omamy zmysłowe. Nadto osłabienie słuchu powoduje niedokładne wrażenie o ośro-

ku zmysłowym podkorowym i wywołuje pośrednio mylne wyobrażenia w ośrodku korowym, a w następstwie omamy.

Podobnie do objawów, wywołanych zaburzeniami w oddechaniu nosowem, wskutek różnych przyczyn, które GuxE [ob. Przegl. Lek. 1888 № 12] opisał pod nazwą „aproseksyi“ i tutaj niekiedy objawia się niezdolność zwracania uwagi na pewien przedmiot; wszelkie natężenie uwagi sprawia ból i zawrót głowy. Nierzadko przylączy się osłabienie pamięci i innych zdolności umysłowych.

Do tych objawów podmiotowych dołączają się często inne, zależne od zбоceń w trąbce i w jamie noso-gardzielowej, towarzyszących tej chorobie, na które przy badaniu zawsze zważać trzeba, których jednak rozbiór uważam na tem miejscu za zbyteczny.

Przebieg choroby jest zawsze powolny i długotrwały. Początek choroby bywa tak nieznaczny i niewyraźny, że rzadko kiedy chory może dokładnie podać, kiedy choroba się zaczęła i często sam dowiaduje się o istnieniu jej dopiero wtedy, kiedy objawy podmiotowe zaczynają go dotkliwie trapić i dawać się we znaki. Dalszy przebieg zależy od przyczyny i od ogólnego stanu zdrowia chorego, od stosunków higienicznych i klimatycznych, wśród których chory żyje i *last but not last* od usposobienia indywidualnego. Wszelkie choroby, czy to ogólne, czy miejscowe, wywierają niekorzystny wpływ na przebieg nieżyty usznego. Nawet ponure usposobienie, przygnębienie umysłu, podniecenie i wstrząśnienie umysłowe, stany rozdrażnienia, miesiączka, ciąża, zmiana powietrza i t. p. mogą sprowadzać, co najmniej, przemijające pogorszenie wszystkich przypadków podmiotowych. Choroba samej sobie pozostawiona zwykle postępuje coraz dalej, słuch pogarsza się coraz więcej i może nawet przyjść do zupełnej głuchoty, do znieczulenia nerwu słuchowego, a w takim razie i podmiotowe wrażenia słuchowe zwykle zupełnie ustają. W innych przypadkach choroba pozostaje bez zmiany na pewnym stopniu rozwoju przez jakiś czas lub stale.

Rozpoznanie często jest bardzo łatwe, może jednak niekiedy przedstawiać znaczne trudności. Chcąc opierać się na objawach, należy je szczegółowo rozbierać i oceniać krytycznie pod względem wartości rozpoznawczej.

Objawom przedmiotowym wielkiego znaczenia rozpoznawczego przypisywać nie można. Uwzględniając to, cośmy wyżej o stanie błony bębenkowej w tem cierpieniu mówili, łatwo zrozumieć, że na badaniu tej błony wcale polegać nie można i do zmian w niej znalezionych bardzo względną tylko wagę przywiązywać należy. Objawy wysłuchowe, otrzymywane przy przedmuchiwaniu, mają tylko skromne znaczenie rozpoznawcze. Wyniki natrysku powietrza i stoczkowania wyjaśniają nam więcej stan błony śluzowej trąbki, niż jamy bębenkowej. Prócz tego wnioski, które z tych wyników wysnuwać możemy, są dość często zbyt niepewne i wieloznaczne, aby na ich podstawie można było nabyć dokładnego wyobrażenia o rodzaju i stopniu zmian w uchu środkowem, a w żaden sposób nie można na nich samych rozpoznania opierać.

Większe pod tym względem znaczenie mają objawy podmiotowe, które szczególnie w sprawach więcej rozwiniętych i daleko posuniętych dają się za-

wsze mniej lub więcej wyraźnie we znaki i uwadze ujść nie mogą. Ale i te mogą zawodzić i trzeba często dokładnego badania, ścisłego i dłuższego spostrzegania i rozważenia gruntownego wszystkich odnosnych czynników, aby uniknąć pomyłki w ciężkich co do rozpoznania przypadkach i wyrobić sobie jasne wyobrażenie i stanowcze zdanie. Wszystkie bowiem wymienione przypadki podmiotowe mogą zależeć od zboczenia w układzie nerwowym ośrodkowym i w błędniku. Należy tedy uwzględniać rozmaite szczegóły w rozróżnianiu cierpienia błędnika lub nerwu od zajęcia ucha środkowego.

Co się tyczy stopienia słuchu, to należy pamiętać, że nawet zupełnie prawidłowe objawy wysłuchowe nie pozwalają jeszcze odnieść tego objawu do choroby błędnika. Mogłyby bowiem istnieć ważne zmiany na okienkach i na innych częściach jamy bębnekowej, które nie dają się rozpoznać za pomocą badania wziernikiem i cewnikiem. Odwrotnie, znaczne zmiany chorobowe na błonie bębnekowej nie wykluczają wcale możliwości zajęcia labiryntu przy stosunkowo zdrowym uchu środkowym. Otóż w tym celu służą nam środki rozpoznawcze pomocnicze.

Chcąc rozstrzygnąć, czy stopienie słuchu w danym przypadku pochodzi od cierpienia nerwu słuchowego, czy od ucha środkowego, innemi słowy, czy przyczyny niedosłyszenia mamy szukać w narządzie głos przewodzącym, czy w narządzie głos przyjmującym, posługujemy się przedewszystkiem t. zw. próbami WEBER'a i RINNE'go. Obie opierają się na tej zasadzie, że silniejsze normalnie przewodnictwo dźwięków drogą powietrza nad przewodzeniem za pośrednictwem kości czaszkowych zostaje w przypadkach zboczeń w narządzie głos przewodzącym zmniejszone, zniesione, lub też zachodzi pod tym względem stosunek wprost odwrotny.

Już w roku 1834 H. WEBER, a później JOHANNES MUELLER zwrócili na to uwagę, że w przypadkach zajęcia ucha zewnętrznego lub środkowego przewodnictwo kostne przeważa nad przewodnictwem przez powietrze. Jeżeli wywołujemy sztucznie jednostronne niedosłyszenie przez zatkanie jednego ucha palcem, to strojnik przyłożony w linii środkowej czaszki daje się lepiej słyszeć w uchu zatkanem niż w uchu wolnem. To samo daje się spostrzegać, jeżeli z jednej strony ucho zewnętrzne lub środkowe jest chorobowo zmienione. Co do objaśnienia tego zjawiska, zdania lekarzy są podzielone. POLITZER (27) tłumaczy je z jednej strony utrudnionem wydostawaniem się fal głosowych z ucha na zewnątrz, z drugiej strony zwiększeniem współbrzmienia powietrza w uchu zewnętrznym i środkowym. URBANTSCHITSCH (28) przypuszcza, że właśnie upośledzenie przewodnictwa fal głosowych przez powietrze musi przyczyniać się do niezmienionej, a nawet nasilonej percepcyi tych fal, dochodzących do ucha drogą kości. Bądź co bądź, w każdym razie za pomocą tej próby jesteśmy w stanie w danym przypadku dowieść lub wykluczyć zajęcia narządu głos przewodzącego, albo głos przyjmującego, stosownie do tego, czy strojnik ze środka powierzchni czaszki daje się lepiej słyszeć w uchu zajętem, czy w zdrowym. Jednakowoż wartość tej próby jest ograniczona tylko do tych przypadków, w których jedno tylko ucho jest zajęte. Łatwo zrozumieć, że w przypadkach obustronnego cierpienia uszu, szczególnie przy nieznacznej

różnicy w stopniu osłabienia słuchu między jedną a drugą stroną, dokładnego wyjaśnienia co do siedziby przyczyny niedosłyszenia za pomocą tej próby osiągnąć nie możemy. Tak samo trudno będzie rozpoznać zajęcie ucha środkowego za pomocą tej próby, jeżeli równocześnie istnieje choroba ucha wewnętrznego. W takim bowiem razie mimo lepszej percepcji po stronie zdrowego ucha, zajęcia ucha środkowego z drugiej strony wykluczyć nie będzie można. W takich przypadkach musimy się uciec do próby RINNE'go.

W roku 1855 RINNE pierwszy zwrócił uwagę, że przewodnictwo przez powietrze u zdrowych osób jest większe, niż przewodnictwo przez kości. Jeżeli przystawić strojnik, brzącający na dowolnem miejscu czaszki, najstosowniej na wyrostku sutkowym i trzymać tak długo, póki dźwięk jego słychać, to można, nie uderzając ponownie, słyszeć go jeszcze potem przez jakiś czas, jeżeli się go zaraz przybliży do otworu ucha; to dowodzi, że fale głosowe, które już są tak słabe, że udzielenie ich błędnikowi przez kości nie zdoła już wywołać wrażenia słuchowego, dają się jeszcze odczuć, jeżeli dostają się do narządu słuchowego drogą powietrza. Taki wynik próby nazywa się „dodatni RINNE [R+]“. Gdy zaś strojnik i przy uchu przez powietrze nie daje się dłużej słyszeć, mamy wynik, który się nazywa „ujemny RINNE [R-]“. U dobrze słyszących wynik tej próby jest zawsze dodatni, zaś u dotkniętych chorobą ucha środkowego, zwłaszcza jeżeli z powodu tej choroby istnieje stopień słuchu wysokiego stopnia, wynik bywa ujemny. Tam zaś, gdzie mimo znacznego upośledzenia słuchu, próba RINNE'go wypada dodatnią, należy przypuścić z największem prawdopodobieństwem cierpienie nerwu słuchowego. Ta próba ma tę zaletę, że można jej używać wszędzie bez takich ograniczeń, jak przy próbie WEBER'a.

[C. d. n.]

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 1. V. 1894.

BĄCZKIEWICZ przedstawia przypadek uciskowego zwężenia tchawicy, dotyczący 5-cioletniego dziecka. Według słów matki chorego, objawy chorobowe rozpoczęły się przed 10 tygodniami chrypka, którą zrazu objaśniono zaziębieniem, powstałem wskutek łykania kawałków lodu. Chrypka znikła powoli, wkrótce jednak wystąpiła duszność, która stopniowo się wzmacniała i obecnie doszła do tego stopnia, że dziecko w nocy często się zrywa i przybiera pozycję siedzącą. Pacjent pochodzi z rodziców zdrowych i jest drugim dzieckiem. Pierwsze dziecko zdrowe żyje, trzecie zmarło w 3-im miesiącu życia. Nadto matka chorego przy trzecim porodzie poroniła 7 miesięczny płód, a przy 5-ym urodziła dziecko nieżywe po upływie 9-ciu miesięcy ciąży. Przy badaniu chorego stwierdzono objawy następujące: Dziecko blade, miernie odżywiane. Kościec przedstawia zmiany właściwe krzywicy, szczególnie uwydatnione na główce, klatce piersiowej i kręgosłupie (*kypnosis* w okolicy lędźwiowej i *lordosis* w okolicy grzbietowej). Na przestrzeni rękojeści mostka wyraźne stłumienie i oddech stenotyczny. Znaczne nachylenie nagłośni na dokładne zbadanie

krtani nie pozwala. Granice tępości i tony serca prawidłowe. Głos znacznie zmieniony, jak gdyby wskutek ucisku nerwu zwrotnego. Wyżej opisane objawy skłaniają BĄCZKIEWICZA do przypuszczenia w danym przypadku obecności nowotworu w śródpiersiu przednim z punktem wyjścia albo z grasicy, albo z gruczołów limfatycznych okołooskrzelowych.

W dyskusyi Wice-Prezes SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na moment etyologiczny; nowotwory bowiem u dzieci rzadko dają objawy zwężenia tchawicy, nadto wywołują ucisk na żyły, czego w danym przypadku miejsca niema. Natomiast i dane anamnestyczne, raptowna chrypka i stępienie pod obojczykiem wraz z rżeniami obok silnej duszności do pewnego stopnia mogłyby przemawiać przy danej anamnezie za obecnością ciała obcego w jednym z oskrzeli; wiadomo bowiem, że w takich przypadkach rozwija się następce, chroniczne ogniskowe zapalenie płuc. Szereg podobnych przypadków mówca obserwował. W jednym przypadku spostrzeganym przed wielu laty w Görbersdorfie objawy duszności przeszły po wykalsznieniu raptownem kostki z indyka wśród mocnego krwotoku.

BĄCZKIEWICZ miał sposobność obserwowania podobnego przypadku na oddziale SOKOŁOWSKIEGO; co się zaś tyczy przedstawionego przypadku, to przeciwko długotrwałej obecności ciała obcego przemawia brak ropnego zapalenia oskrzeli. W każdym razie przynajmniej w chwili obecnej nie można się decydować na tracheotomię w celu wyszukania bardzo zresztą hypotetycznej przyczyny poważnych objawów chorobowych. Na propozycję Prezesa ponownego dokładnego zbadania krtani, BĄCZKIEWICZ odpowiada, że, pomimo wprawy w tego rodzaju badaniach, obejrzenie krtani jest nadzwyczaj trudne z powodu nachylenia nagłośni, której odprowadzić się nie udawało.

KAZIMIERZ ZIELIŃSKI przedstawił preparat wrzodów żołądka u 24-letniego wyrobnika, zmarłego w szpitalu na Pradze wskutek przedziurawienia jednego z wrzodów, krwotoku z niego i ostrego zapalenia otrzewnej. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono: narządy mięszsowe względnie niezmienione w stanie bezkrwistości; w jamie otrzewnej krew, włóknik i ścięty sernik. Poprzecznicą ku dołowi opuszczoną; żołądek również znacznie na dół przemieszczony, tak, że po nad nim znajdowała się trzustka. Po otwarciu żołądka przede wszystkim znaleziono znaczne zwężenie odźwiernika z zablizniającym się wrzodem [odźwiernik przepuszcza za ledwie zgłębnik]. W okolicy wpustu żołądka w dolnej części przetyku na tylnej powierzchni znajduje się drugi duży drażący wrzód o schodowatych, ostrościętych brzegach, a na dnie jego, otwierającym się na zewnątrz pod przeponę, widać ciemne przedziurawione naczynie. Przypadek powyższy ciekawym jest ze względu na współczesność wrzodów drażących w dwóch przeciwległych okolicach żołądka z opuszczeniem poprzecznicą i przemieszczeniem żołądka i potwierdza poniekąd zdanie, wypowiedziane przez EDWARDA ZIELIŃSKIEGO co do etyologii wrzodu żołądka na zesłym zjeździe lekarzy w Krakowie.

BORSUK przedstawił chorego, któremu przed pięciu tygodniami dokonał enteroenteroanastomozy. Przytem B. zaznaczył następujące szczegóły: chory, osobnik młody, przed ośmiu miesiącami, po jakiejś niejasnej chorobie gorączkowej,

zaczął doznawać zaparcia stolca, co stopniowo powiększało się, a w ostatnich czasach doszło do zupełnej niedrożności, połączonej z wymiotami i t. d.. Badanie, w różnym kierunku przeprowadzane przez dni kilka, nie doprowadziło do jasnych wniosków; można tylko było sądzić, że przeszkoda znajduje się w kiszkiach cienkich w dolnych ich odcinkach. Dłuższej obserwacji prowadzić nie było można, gdyż sprawa dochodziła do zupełnej niedrożności i ostatniego dnia pojawiły się kałowe wymioty. Wobec tego Borsuk przystąpił niezwłocznie do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem od spojenia łonowego prawie do *processus ensiformis*, okazało się, że wszystkie kiszki cienkie, były ogromnie rozdęte, skurczoną była kiszka gruba, a zwłaszcza kiszka ślepa, która była nadto tak mała, że z trudnością ją odnaleziono. Na kilkanaście centymetrów od *cœcum* na *jejunum*, na przestrzeni, co najmniej, łokcia znaleziono cały szereg bliznowatych tworów w rozmaitych kierunkach leżących, twardych, w formie taśm, zajmujących całą grubość ściany kiszek i zwężających ją do grubości *maximum* palca ręki. Powyżej tego miejsca zwężonego kiszek były rozdęte, poniżej zaś skurczone. Mając na względzie obszar zwężenia, powodujący tą niezdrożność, Borsuk dokonał enteroenteroanastomozy MASONNEUVE'a, to jest zeszył między sobą części kiszek leżące powyżej i poniżej miejsca zwężenia, robiąc przed tem na każdej z nich podłużny otwór, przez co zwężone pętlice zostały wykluczone z ogólnego krążenia zawartości kiskowej. Przebieg pooperacyjny doskonały. Wkrótce gazy kiskowe obficie odeszły, a na dziesiąty dzień po operacji chory miał stolec prawidłowy. Jednak przez parę tygodni były u chorego rozwolnienia, co Borsuk tłumaczy tem, że wskutek długotrwałej przeszkody kiskowej mięśnie kiszek powyżej leżących przerosły; czynność ich stała się zbyt energiczna, co i po usunięciu zapory powodowało szybkie przesuwanie zawartości kiszek; rozwolnienie to jednak ustąpiło. W chwili przedstawienia chorego, miewa on stolce prawidłowe. Chory prędko odzyskał siły; łaknienie wysmienite; na wadze przybyło mu około dwunastu funtów.

(Autoreferat).

Według zdania Sekretarza stałego o, bliznowatym zwyrodnieniem sprawy tej nazwać nie można, gdyż niema śladu utraty substancji; poprostu musiał to być miejscowy rozrost otrzewnej i sąsiednich tkanek, jako następstwo miejscowego t. zw. złepnego zapalenia otrzewnej.

DĄBROWSKI przedstawia przypadek zatrucia zepsutemi wędlinami (*Wurstvergiftung*). K..., mieszkaniec wsi Lubromce, przed 4-ma tygodniami czuje się już nie zupełnie zdrowym, zjadł trochę starej wędliny i wkrótce potem zaczął doznawać rozpierania w żołądku i nudności. Sztucznie wywołane wymioty uwolniły go od tych dolegliwości, pozostało tylko osłabienie, a wieczorem zauważył, że nie może czytać z powodu, że liter prawie nie widzi. Następnego dnia wzrok się jeszcze pogorszył, nawet oddalone przedmioty widział jak za mgłą i niekiedy podwójnie. Trzeciego dnia zaczął doznawać suchości w ustach i gardle, oraz skarżył się na dysfagię. Z każdym dniem czuł się coraz bardziej osłabionym, doznawał od czasu do czasu chwilowych zawrotów głowy, moczu oddawał z trudnością, a stolce miewał raz na tydzień. Przy badaniu stwierdzono: Tętno 90 słabe. W narządach wewnętrznych zmian niema. Siła

mięśniowa bardzo mała. W czuciu zmian niema. Odruch kolanowy zachowany. Powieki opuszczone (*ptosis*). Czytać wcale nie może. Bardziej oddalone przedmioty widzi jak za mgłą i przy patrzeniu w bok—podwójnie. Źrenice rozszerzone, słabo oddziałują na światło i prawie wcale nie reagują na akkomodację. Język oraz błona śluzowa jamy ustnej i tylnej ścian gardzieli nadzwyczajnie suche, zaczerwienione i błyszczące. Zbiór tych objawów ściśle odpowiada klinicznemu obrazowi dość często zdarzającego się w Niemczech zatrucia jadem, wytwarzającym się w zepsutych wędlinach. Za tem przemawia ta okoliczność, że w tej samej miejscowości zachorowały jeszcze dwie osoby również po spożyciu wędlin. Niektóre z tych objawów przypominają zatrucie atropiną i tak też widocznie sądził lekarz miejscowy, gdyż zalecał choremu ezeręnę.

(Autoreferat).

Kuczyński przedstawił prosty i łatwo wykonalny aspirator, mogący zastąpić aparat POTAIS'a, a składający się ze szklanej rurki z wentylami i zwykłej szprycy. Jeden koniec rurki szklanej, długości około 10 ctm., o średnicy $\frac{1}{2}$ ctm., zatapia się w płomieniu lampki gazowej lub spirytusowej, następnie zwykłym pilnikiem pryzmatycznym wypilowywa się w ścianie rurki dwa małe otworki: jeden tuż przy końcu zatopionym, drugi zaś o 5—6 ctm. od pierwszego. Do końca zatopionego rurki wprowadza się zwinięty w rurkę kawałek cieniutkiego kauczuku, mniej więcej 1 ctm., tak, aby zakrywał od wewnątrz przepiłowany otworek. Na rurkę szklaną w miejscu drugiego otworka nakłada się kawałeczek [$\frac{1}{2}$ ctm.] rurki kauczukowej o bardzo cienkiej ściance i światło prawie odpowiadającym zewnętrznej średnicy rurki szklanej. Rurkę tak przygotowaną umieszcza się w jednym z dwu otworów korka w ten sposób, aby koniec zatopiony wraz z otworkiem znajdował się pod dolną podstawą korka, drugi zaś otworek z nasadzoną na zewnątrz kawałkiem rurki kauczukowej — nad korkiem. Niezatopiony koniec rurki łączy się za pomocą rurki kauczukowej z kanką zwykłej szprycy, przez drugi zaś otwór korka przeprowadza się kawałek rurki szklanej, połączonej za pomocą rurki kauczukowej z dość długą igłą od strzykawki do przekłuć próbnych. Korkiem takim zatyka się szyjkę zwykłej butelki, a sposób użycia takiego aspiratora jest podobny, jak aparatu POTAIS'a. Wentylami są tu zamknięte kauczukiem otworki w rurce szklanej: przez otworek, umieszczony w szyjce butelki powietrze z tej ostatniej przy wyciąganiu tłoku wchodzi do szprycy, odchylając sobie znajdujący się wewnątrz rurki kauczuk; przy wtłaczaniu tłoku szprycy powietrze to, wskutek podniesionego w szprycy ciśnienia, przyciska kauczuk do dolnego otworka, a natomiast odchyła nasadzoną na górny otworek rurkę kauczukową i wychodzi na zewnątrz. Jeżeli rurkę od igły zamknąć za pomocą zaciskacza, powietrze w butelce rozrzedzić można do $\frac{1}{4}$ atmosfery i więcej. Aspirator przedstawiany przygotować można samemu w ciągu kilku lub najwyżej kilkunastu minut, mając tylko rurkę szklaną, kauczukową o ścianie grubej, lampkę i pilnik.

(Autoreferat).

STANKIEWICZ przedstawia chorego, który z powodu złamania rzepki leczonym był w szpitalu Ujazdowskim w ciągu 13 tygodni bez skutku metodą wyczekującą [bez zszywania odłamanych części kości]. Zrost rzepki, jakkolwiek na

tej drodze możliwy, wymaga jednak bardzo wiele czasu, i wskutek tego u ludności biednej, zmuszonej do pracy, przypadki napozór wyleczone kończą się niepomysłnie, gdyż chory zaczyna używać ruchu, zanim zrost stanie się mocnym. W takich razach S. zaleca od razu nakładać szew kostny, co też w przypapku przedstawionym ma zamiar wykonać i po zrośnięciu się i dostatecznym wzmocnieniu blizny chorego po 3 miesiącach przedstawić. (Autoreferat).

Wice-Prezes SOKOŁOWSKI mówił o „*Laryngitis hypertrophica chronica hypoglottica*“. Jakkolwiek zapalenie krtani podgłośniowe przerostowe przewlekłe należy do rzadkich cierpień, to jednak zawdzięczając pracom licznych autorów, jako to: SCHROETTER'a, CHIARI'ego, GANGHOFER'a, SZEPAROWICZA, PIENIAŻKA, HERYNGA, OBALIŃSKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO, zostało i pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym w ostatnich latach opracowane. Cierpienie to zdarza się u nas częściej, niż w innych krajach Europy; sam prelegent obserwował około 39 przypadków, w ostatnim zaś roku 6 przypadków, w których wykonano operację za pomocą laryngofisury i wycięcia części przerośniętych, które poddano następnie badaniu histologicznemu. Te 6 dokładnie zbitych przypadków nastroją uwagi następujące. Wogóle przypadki te dzieliły się na dwie kategorie. Do pierwszej kategorii należał jeden tylko przypadek, w którym w 3-im miesiącu od początku choroby musiała być dokonana tracheotomia, a następnie laryngofisura; w innych 5-ciu przypadkach był przebieg chroniczny: sprawa trwała od 1—3 lat i dzieliła się na dwa typowe okresy: pierwszy cechował się chrypką i wzmagającą się dusznością, drugi napadami zaduszania oraz mocnym i suchym kaszlem.

Co do objawów przedmiotowych, to we wszystkich przypadkach tak nagłośnia, jakoteż i więzy nalewkowe oraz ściana tylna były niezmiennione; w dwóch przerośnięte mocno i zgrubiałe struny fałszywe, w trzech przerośnięte mocno i zgrubiałe struny prawdziwe. W pięciu przypadkach stwierdzono znaczny rozrost błony śluzowej podgłośniowej w postaci wałów lub też przepony podstrunowej; w jednym przypadku zwężenie pod postacią błony wykryto tuż nad rozdwojeniem oskrzeli. Co się tyczy zmian w narządach sąsiednich, to raz stwierdzono guz zamykający światło jednego nozdrza, w innych przypadkach zmiany ograniczały się do kataru suchego, tylnonośowego.

Wszyscy chorzy byli ludźmi młodymi, zdrowymi, w wieku pomiędzy 20—30 roku; pochodzili przeważnie z południowo wschodnich części Królestwa lub z Wołnia.

Co się tyczy momentów etyologicznych, to z liczby 6-ciu, 4 chorych podobno poprzednio przechodziło tyfus, większość zaś chorych jako istotny początek podawała mocne przeziębienie. U dwóch chorych sprawa rozpoczęła się niemal nagle po silnem zmęczeniu.

We wszystkich 6-ciu przypadkach radykalne leczenie polegało na dokonaniu laryngofisury i wycięciu wszystkich przerośniętych części. Metodzie tej, według zdania prelegenta, oddać należy pierwszeństwo przed ogólnie dotychczas stosowanym metodycznym rozszerzaniem według SCHROETTER'a. Jakkolwiek przy stosowaniu tej metody poprzednio w niektórych przypadkach otrzymał prelegent pomyślnie wyniki po bardzo długim przeciągu czasu [nieraz

przeszło po rocznem leczeniu], to jednak w większości przypadków chorzy wypisywali się po kilku miesiącach z mniejszą lub większą poprawą, gdy tymczasem przy zastosowaniu laryngofisury już po tygodniu wyjmowano rurkę tracheotomijną, a po upływie miesiąca chorzy, czując się zupełnie zdrowymi, szpital opuszczali.

Operacya ta, dokonywana w 1 przypadku przez BUKOWSKIEGO, w 5-ciu przez KIJEWSKIEGO, nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa dla chorego.

Pod względem anatomo-patologicznym we wszystkich przypadkach pod strunami prawdziwemi SOKOŁOWSKI znajdował rozrosty obustronne, z których jedno w postaci grubych wałów znajdowały się tuż pod strunami prawdziwemi, zlewając się z niemi lub też oddzielając się wąską szczeliną. inne zaś przedstawiały się w postaci błon w kształcie pierścienia, zwężających wejście do okolicy podgłośniowej, tworząc rodzaj przepony. Rozrosty te były twarde, o powierzchni gładkiej lub miejscami poprzerywane płytkami zmarszczkami.

Przy badaniu drobnowidzowem 5 ciu przypadków zauważono zmiany następujące: Nabłonek mocno zgrubiał; wierzchnia jego warstwa (*stratum corneum*) zrogowaciała, *stratum granulosum* zawiera wyraźne ziarna keratohyalinowe, *stratum spinosum* obejmuje około 15 warstw komórek okrągławych lub wielościennych; dolną warstwę (*stratum basale*) stanowią komórki wielościenne. Pomiędzy komórkami nabłonkowemi widać miejscami leukocyty. Nabłonek pomiędzy brodawkami rozrasta się tak znacznie, że w postaci długich odnóg przenika w leżącą pod nim zbitą tkankę łączną, od której zgrubienia głównie zależą wyniosłości podstrunowe. Tak pod nabłonkiem, jakoteż i pośród zbitej tkanki łącznej widać ogniska nacieczenia. Komórki w tych nacieczeniach przeważnie są okrągłe lub owalne jednojądrowe, niekiedy występują one jednak w postaci bryłek, przypominających komórki MIKULICZA w skleromatach; w miarę przejścia do zbitej tkanki łącznej ilość substancji międzykomórkowej wzrasta i staje się coraz wyraźniej włóknistą. Porównanie wielu podobnych obrazów drobnowidzowych daje możność przypuszczenia, że tkanka bliznowata rozwija się z granulacyjnej. Naczyń krwionośnych w tkance ziarninowej bliznowatej niewiele. Gruczoły śluzowe znacznie były zmienione.

W jednym tylko preparacie znaleziono mikroorganiczny pałeczkowate, dość grube i stosunkowo krótkie; laseczники te leżą substancji międzykomórkowej i uwidaczniają się przez barwienie hematoksyliną i gencyaną sposobem WEIGERT'a i JAKOWSKIEGO.

W przypadku o przebiegu ostrawym nabłonek był rozpulchniony, powierzchowne jego warstwy były zmienione lub zupełnie odpadłe. Tkanka łączna przepojona płynem surowiczym. Nacieczenie tkanki łącznej nie wielkie występuje najwyraźniej około naczyń i w tkance śródmiażdżowej. Komórki nabłonkowe w gruczołach były śluzowo zwyrodnione.

Powstawanie wydatności podstrunowych zależy od sprawy zapalnej; co się zaś tyczy istoty zapalenia, to wobec wytworzenia się ognisk tkanki ziarninowej, należy przypuścić przyczynę specyficzną. Ze względu na to, że tkanka ziarninowa stale ulegała przemianie w bliznę, że, jak to wykazał JUFFINGER,

okolica podgłośniowa krtani jest ulubionem miejscem skleromatu, że w 2-ch przypadkach wykryto ciała popobne do komórek MIKULICZA, że wreszcie w jednym przypadku znaleziono laseczniki podobne do *bacillus rhinoscleromatis*, prelegent przypuszcza, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniej niektóre przypadki podgłośniowego przerostowego zapalenia krtani uważać należy za twardziel.

W dyskusyi SREBRNY zaznacza, że przed kilkoma laty miał odczyt p. t. „Przypadek twardzieli nosa“. Przypadek ten ogłoszony w „Nowinach lekarskich“ ma pewien związek z kwestyą, w odczycie SOKOŁOWSKIEGO poruszoną. Dotyczył on mężczyzny z Wołynia, dotkniętego właśnie sprawą przerostową podstrunową. W nosie SREBRNY zauważył przerost dolnych muszel, który zajmował bardziej kości, niż części miękkie; innych zmian w nosie nie stwierdzono. Chory był umieszczonym w oddziale chirurgicznym JAWDYŃSKIEGO na Pradze, gdzie z powodu duszności dokonaną została tracheotomia. Na proponowaną przez SREBRNEGO laryngofisurę z wycięciem przerosłych tkanek chory się nie zgadzał. Przypuszczając, że przypadek ten, zarówno jak i przypadki podobne do opisanych przez SOKOŁOWSKIEGO są natury twardzielowej, w braku możliwości zbadania tkanki przerosłej z krtani, SREBRNY postanowił poddać badaniu bakterologicznemu część błony śluzowej muszli. Badanie to, dokonane przez BUJWIDĄ, wykryło w istocie pasożyty twardzieli nosa. Po usunięciu przedniego końca dolnej muszli, SREBRNY przekonał się, że znajdują się w nosie większe zmiany, aniżeli pierwotnie można to było skonstatować; mianowicie pod dolną muszlą był guz, który całkowicie był usunięty, a przy badaniu wykryto w nim swoiste dla twardzieli pasożyty. Okoliczność ta dowodzi, jak ostrożnym należy być z rozpoznaniem pierwotnej twardzieli bez zajęcia nosa; zmiany bowiem w tym narzędziu wykryte być mogły dopiero po usunięciu przedniego końca muszli dolnej. Co się tyczy etyologii przedstawionych przez prelegenta przypadków, to sam obraz histologiczny bez przeprowadzenia hodowli nie może być dostatecznie przekonywającym. Wreszcie SREBRNY zapytuje się prelegenta, czy po dokonanej laryngofisurze stosowaną była metodyczna dylatacja krtani, na którą w tych razach szczególny nacisk kładzie prof. PIENIAŻEK.

(Autoreferat).

W odpowiedzi SREBRNEMU, SOKOŁOWSKI nadmienia, że dylatacja była dokonaną tylko w jednym przypadku, w innych zabieg ten był zbyt czynny. Co się tyczy etyologii danego cierpienia, to choć brak badań bakteryologicznych nie pozwala z pewnością choćby pewne przypadki uważać za twardziel, jednak sam obraz drobnowidzowy przemawia za sprawą swoistą pochodzenia zakaźnego, przynajmniej bardzo do twardzieli zbliżoną.

SĘDZIAK jest zdania, że nazwa „*laryngitis hypoglottica*“, o ile wskazuje na umiejscowienie sprawy chorobowej, o tyle o istocie cierpienia nie daje pojęcia. Cierpienie to może być pierwotnem lub wtórnem [to ostatnie wskutek gruźlicy, syfilisu, raka i t. d.]. Etiologia spraw pierwotnych jest różną; w wielu razach w istocie mamy do czynienia ze sprawą sklerotyczną, za czem przemawiają komórki MIKULICZA i otrzymanie charakterystycznych hodowli laseczników twardzieli. W innych natomiast przypadkach SĘDZIAK spostrzegł t. zw. *blenorhoeam Störki*; tyfus również, jako moment etyologiczny,

niewątpliwie w sprawie ważną może odgrywać rolę. Co się tyczy terapii, to jakkolwiek laryngofisura z następczem wycięciem części przerosłych najlepsze powinna dać wyniki, niemniej jednak zamiast od razu przystępować do tak poważnej operacji, jaką jest laryngofisura, należałoby uprzednio wypróbować metody dylatacyjnej, która da się przeprowadzić. Metoda ta, choć nie zawsze do celu prowadzi, nie jest jednak zupełnie bezużyteczną; są bowiem opisane przypadki, zwłaszcza przez SCHROETTER'a, które na tej drodze zostały wyleczone. Z dylatorów, przed dylatorami kauczukowymi należy się pierwszeństwo czopkom cynowym SCHROETTER'a, które jednak mogą być stosowane w tych przypadkach, w których uprzednio wykonano tracheotomię. Za najodpowiedniejszy jednak zabieg uważa SĘDZIAK intubację, przy której rurka, według jego zdania, może bez obawy pozostawać nawet w ciągu kilku miesięcy.

W odpowiedzi SĘDZIAKOWI SOKOŁOWSKI zaznacza, że intubacja i dylatacja narażają nieraz chorych na poważne niebezpieczeństwo; 2 razy po wykonanej dylatacji przystąpić musiał natychmiast do tracheotomii.

Prof. PRZEWOSKI mówił, co następuje: Z tego, co powiedziano przedtem, widać, że za przyczynę opisywanej przez SOKOŁOWSKIEGO sprawy podgłośniowej podano: a) przeziębienie, b) tyfus brzuszny, c) *blenorhoeum Stoerki* i na koniec d) *rhinoscleroma*.

Otóż, co się tyczy najpierw przeziębienia, to obecnie dobrze wiadomo, jak działa zimno na ustrój. Sprowadza ono miejscowe, lub ogólne oziębienie tkanek, które już to na miejscu podziałania, już to w odleglejszych okolicach ciała wywołuje zjawiska chorobowe. Do tych zjawisk należą przy mocnem podziałaniu zimna — śmierć tkanek, przy słabszem — rozmaitego natężenia sprawy zapalne i przy jeszcze słabszem — zmiany, których morfologicznie określić nie można, a które czynnościowo mogą się wyrazić jako większe lub mniejsze osłabienie, pognębienie czynności życiowych tkanki. W każdym razie bodziec ten wywołuje zapalenie zwykle nieswoiste, które z ustaniem szkodliwego działania więcej lub mniej prędko się wyrównywa. Do spraw zapalnych przewlekłych, wzmagających się stopniowo, zimno tylko wówczas mogłoby dać powód, gdyby albo działanie jego ciągle się powtarzało, albo też gdyby, działając krótko, wywołało miejscowo śmierć tkanek, strup nekrotyczny, któryby już sam dalej na miejscu sprawę zapalną podtrzymywał. Podtrzymywanie bowiem i stopniowe wzrastanie miejscowej sprawy zapalnej wymaga, jako konieczny warunek, ciągłego powtarzania się bodźców zapalnych, obecności na miejscu ciał obcych, strupów nekrotycznych, newsysających się wysięków zapalnych, istniejących i mnożących się na miejscu pasożytów i t. d.. Otóż, wszystkich warunków kol. SOKOŁOWSKI przy swoich zapaleniach podgłośniowych wykazać nie może, a nadto sam charakter zmian anatomicznych przy tych zapaleniach był taki, jaki przy samem działaniu tylko zimna nie powstaje. Otóż, z tych względów jabym myślał, że jeżeli zimno było istotnie w jakim przyczynowym związku z zapaleniami, opisywanymi przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, to tylko jako miejscowe osłabienie tkanek, które umożliwiło osiedlenie się w nich innych przyczyn, np. pasożytów.

Tyfus brzuszny nierzadko powoduje w krtani powstanie owrzodzeń nekrotycznych w typowych miejscach, lub też znanych wtórnych zapaleń ochrzęstnej. W szeregu tych zmian nie zaznaczają stopniowo wzrastających rozrostów zapalnych podgłośniowych. Jeżeli więc do nich w jakikolwiek sposób mógł dać powód tyfus, to tylko chyba tak, jak zaziębienie, a mianowicie przez miejscowe osłabienie tkanki i ułatwienie osiedlania się pasożytów.

Blenorrhoea Störki nie jest dobrze określoną formą patologiczną, a więc nie wiem, czy, objaśniając nieznane za pomocą innych nieznanych, coś zyskujemy.

Pozostaje na koniec ostatnia przyczyna, rynoskleromat. Ja sam w toku poszukiwań anatomicznych nasunąłem myśl możliwości takiej przyczyny, ale nie mogę bynajmniej powiedzieć, żebym to uczynił na zasadzie dostatecznych dowodów. Nie robiono hodowli za świeża, a więc usunięto istnienie dowodu najważniejszego. Pozostały tylko wskazówki czysto anatomiczne, a mianowicie:

a) obecność tkanki ziarninowej w rozrostach w postaci gwiazd ograniczonych,

b) obecność w jednym z badanych przypadków małej ilości schyzomycotów, występujących w postaci pałeczek, nieco przypominających *bacillus rhinoscleromatis*,

c) obecność zwyrodnień szklistawych w niektórych komórkach ziarninowych i miejscami wygląd ich taki, że przypominały komórki MIKULICZA,

d) zawsze jednakowe zejście tkanki ziarninowej w tkankę bliznowatą.

Otóż wymienione okoliczności, jakoteż nowe poszukiwania JUFFINGER'a, które wykazują, że rynoskleromat nawet pierwotnie głównie lokalizuje się w trzech miejscach, a mianowicie: przy wejściu do jam nosowych, w okolicy podniebienia miękkiego i w krtani w okolicy podgłośniowej, ośmieliły mnie do przypuszczenia, że może sprawa zapalna w przypadkach kolegi SOKOŁOWSKIEGO jest rynoskleromatem, zaznaczyłem najwyraźniej, że to przypuszczenie może rozstrzygnąć tylko dalsza obserwacja chorych. (Autoreferat).

WRÓBLEWSKI zaznacza, że kto ma doświadczenie szpitalne, ten wie, jak niewdzięcznem jest leczenie za pomocą dilatacyi, i musi dojść do przeświadczenia, że najlepszą metodą jest laryngofisura. Co się zaś tyczy dilatacyi, to pomimo dłuższego czasu ich stosowania, W. miał z niej wyniki wcale nieszczerólnie; operacya ta jednak nie jest tak niewinną, żeby można było ją wykonywać ambulatoryjnie: nieraz trzeba być przygotowanym do tracheotomii.

SĘDZIAK nie zgadza się na to, aby ambulatoryjne stosowanie metody dilatacyjnej miało być niebezpiecznem, o czem zresztą sam osobiście mógł się przekonać, a i w literaturze opisu złych następstw dilatacyi nie spotykał. Że przy dilatacyi czasami spotykają się objawy zaduszania, to podobneż objawy zdarzyć się mogą przy pędzlowaniu, które zazwyczaj uskutecznia się ambulatoryjnie. Przeciw stosowaniu dilatacyi przypadki podane przez SOKOŁOWSKIEGO nie przemawiają: ilość ich jest zbyt małą, aby można było ogólniejsze wyprowadzać wnioski. Wbrew twierdzeniu prof. PRZEWOSKIEGO, S. twierdzi, że laryngolodzy w praktyce dość często mają możność obserwowania spraw stenotycznych po tyfusie.

KIJEWSKI twierdzi, że materiał przedstawiony przez SOKOŁOWSKIEGO jest ogromny w stosunku do rzadkości cierpienia, a ilość wykonanych z powodu tej sprawy laryngofisur jest wyjątkową. Gdyby nawet po tracheotomii i dilatacyi nie było nawrotów, to już samo skrócenie leczenia przemawia na korzyść laryngofisury.

Sekretarz Stały nie zgadza się ze zdaniem prof. PRZEWOSKIEGO, jako-by sprawa opisana była rynoskleromatem. Dziwnem bowiem byłoby, że pomimo ogromnej ilości badanych skrawków jeden raz tylko znaleziono pasożyty podobne do laseczników rynoskleromatu. Nadto częstość pierwotnej sprawy w krtani, brak zmian pierwotnych, właściwych temu cierpieniu w nosie, a zwłaszcza możność radykalnego usunięcia nie pozwalają na stanowcze rozpoznawanie rynoskleromatu. Być może, że mamy do czynienia ze sprawą zakaźną, z analogiczną np. do *endocarditis fibrosa*, która, jak wiadomo, od rozmaitych może zależeć pasożytów, które także z czasem wykrywać się nie dają.

Prof. PRZEWOSKI nadmienia, że sprawa zapalna podgłośniowa w przypadkach, przedstawionych przez SOKOŁOWSKIEGO, wygląda tak, że zmusza do przypuszczenia przyczyny swoistej, ale zgadza się najzupełniej z tem, że ta przyczyna może być inna, niż *bacillus rhinoscleromatis*.

SOKOŁOWSKI i ze stanowiska klinicznego wszystkich przypadków *laryngitis hypoglotica* nie uważa za sprawę twardzielową. Wszystkie obserwowane przez niego przypadki dotyczyły wieśniaków; ludzi pracujących fizycznie, usposobionych do ciężkich postaci nieżyty krtani, *rhinoscleroma* przeważnie zdarza się pośród ludności miejskiej, przytem sprawa twardzielowa choć powoli, lecz postępuje, tymczasem w jednym z przypadków, obserwowanych przez 1½ roku, recydywa nie nastąpiła.

Wiadomości bieżące.

— Prof. PENROSE podaje w *University Medical Magazine* (April — Pensylwania) przypadek wycięcia części moczowodu z wszyciem pozostałej części w ścianę pęcherza. U 40-letniej kobiety z powodu raka szyjki macicznej, przechodzącego na lewy wiąz szeroki, wycięto macicę *per laparotomiam*, przyczem usunięto około cała lewego moczowodu, wciągniętego w nowotwór. Pozostały przy pęcherzu dolny odcinek moczowodu zawiązano nitką jedwabną i otwór w pochwie zaszyto. Następnie górny odcinek moczowodu wszyto w ścianę pęcherza. W tym celu chirurg poprowadził przez ścianę pęcherza cięcie od tyłu ku przodowi, około ½ cala mające. W ranę tę wszył odcinek moczowodu w sposób następujący: zaopatrzoną w nitkę jedwabną igłę wkłął w prawy brzeg rany od zewnątrz, wyklął od strony rany, następnie tąż igłą przekłął prawą ścianę moczowodu, a w końcu wkłął ją znowu w prawy brzeg rany od strony rozcięcia i wyklął na powierzchni pęcherza. Takż sam szew nałożył na lewym brzegu rany. Teraz oba szwy zawiązał i w ten sposób moczowód umocował. Uczyniwszy to, pokrywającą w części moczowód otrzewną przyszył naokoło za pomocą szwu ciągłego do otrzewnej pęcherza. W końcu jamę brzuszną zaszyto i wstawiono do pęcherza kateter na 3 dni. Po 20 dniach wyzdrowienie zupełne. W pół roku potem wystąpiły bóle w prawej okolicy biodrowej, być może wskutek powrotu cierpienia. Za wzór do powyższej operacji posłużył rękoczyn VAN HOCK'a, zastosowany przez tegoż dla połączenia ze sobą dwóch odcinków przeciętego

moczowodu. Wspomniany autor w tym celu w podobny sposób górny odcinek moczowodu wstawia i wszywa w ścianę dolnego odcinka (*Journal of t. American Medical Assotiation. 1893, 4 March*).

— D-r SEVEREANU z Bukaresztu mówił na zjeździe w Rzymie o kateteryzowaniu tętnic przy zgorzeli kończyn. Często się zdarza, że przy zgorzeli stopy tętno bywa wyczuwalne zaledwo bardzo wysoko, np. na udzie. Wówczas dla uniknięcia zgorzeli płatów chirurg rzeka się zwykle amputacji goleni i wykonywa amputację uda. W takich przypadkach autor radzi wykonywać amputację niską, względnie amputację goleni, lecz następnie oczyszczać światło tętnicy podkolanowej za pomocą zgłębnika. Poraz pierwszy autor zastosował to u 50-letniego mężczyzny ze zgorzelą stopy, spowodowaną zatorem. Ponieważ tętno można było wyczuć tylko bardzo wysoko, wskazana była amputacja uda. Autor wykonał amputację goleni *in loco electionis*, poczem do światła tętnicy wprowadził gutaperkowy zgłębnik, posuwając go tam i napowrót, dopóki krew się nie pokazała. Po usunięciu zgłębnika ze strumieniem krwi wypadły waleczkowate skrzepy. Rana po amputacji zagoiła się dokładnie. Następnie autor stosował ten sam sposób w kilku innych podobnych przypadkach, zawsze z dobrym wynikiem (*La Semaine médicale. 11 Avril*).

— Chcąc się przekonać o wpływie rozmaitych płukain na zęby, HEFELMANN wykonał odpowiednie doświadczenia laboratoryjne i przyszedł do wniosku, że wszystkie płukania, zawierające mocne kwasy organiczne [salicylowy, bendżwinowy, sacharyny i t. p.], rozpuszczają substancję zębową, działając na fosforany i węglany wapnia. Wobec tego większość będących w powszechnem użyciu płukain, jako zawierająca te kwasy, działa na zęby szkodliwie. Nadto znajdujące się w sprzedaży wody do płukania ust (*Mundwässer*) odznaczają się jeszcze tem, że barwią zęby. Zabarwienie to zależy niekiedy od pierwiastków działających chemicznie na substancję zębową [np. tak zwana *Sublimat-Benzoe-Mundwasser*]; w innych zaś razach zabarwienie nadaje zębom barwnik [najczęściej karmin], za pomocą którego fabrykanci starają się nadać swym wyrobom piękny wygląd zewnętrzny.

— GALLANT i COLEMANN spostrzegali w dwóch pzzypadkach ustąpienie bardzo uporczywej czkawki po zastosowaniu przemywań żołądka. Stosowane przedtem środki [lód, kokaina, morfina, pilokarpina i inne] nie okazywały żadnego skutku. (*Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerz. 15 Febr.*).

— WHERRY (*Lancet. 1864. Januar 27*) zaleca, jako środek, dopomagający odprowadzaniu uwięzionych przepuklin, kasłanie. Podczas gdy chirurg wykonywa lekkie same przez się niewystarczające próby odprowadzenia przepukliny, chory bezustannie kaszle. W., postępując w ten sposób, otrzymał dodatni wynik w wielu przypadkach. Raz odprowadził on nawet po 10—15 minutowem kasłaniu przepuklinę udową, której dwaj lekarze pod uśpieniem nie mogli odprowadzić. Jako główny moment ma tu działać kolejne kurczenie i osłabienie tkanek, otaczających otwór przepuklinowy, o czem można się przekonać, wprowadzając podczas kaszlu palec do bramy przepulinowej.

— D-r FILLENT gorąco zaleca kwas pikrynowy dla opatrunków przy oparzeniach 1, 2 i 3 stopnia. Środek ten, łatwy w zastosowaniu, zmniejsza ból, działa przeciwnie, sprzyja gojeniu, a nadto nie wywołuje żadnych powikłań. Sam opatrunek nakłada się w sposób następujący: najprzód należy zdjąć pęcherze, oczyścić możliwie dokładnie powierzchnię oparzoną i skórę ją otaczającą. Następnie w nasycyconym wodnym roztworze kwasu pikrynowego macza się kawałki gazy hygroskopijnej lub przynajmniej roślinu wygotowanego, a wreszcie w braku obudwa nawet płótna; kilkoma warstwami takiej maczanej gazy pokrywa się powierzchnię oparzoną. Taki opatrunek początkowo leży 3 dni, później 4, 5 i dni. Przy zmianie opatrunku należy uprzednio go dokładnie odmoczyć, by przy odrywaniu nie zniszczyć wytwarzającego się nabłonka. Jedyna niedogodność, jaką, zdaniem autora, przedstawia użycie kwasu pikrynowego, jest barwienie naskórka na żółto. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques. 1894. Mai 25*).

— W przypadku *incontinentiae urinae*, trwającej od roku u pewnej młodej panny, i leczonej z górą sześć miesięcy bezkutecznie środkami farmaceutycznymi, elektrycznością, hydroterapią i t. d., zastosował prof. Hofmokl operację Gersun'ego, polegającą na tem, że wokół cewki moczowej wykonywa się cięcie koliste, głębokości $1\frac{1}{2}$ ctm., poczem cewkę ujętą pincetami skręca się naokoło osi podłużnej na 180° i umocowywa w tej pozycji za pomocą szwów jedwabnych. Krwawienie podczas operacji bywa nieduże, przebieg pooperacyjny pomyślny. Chora, w miesiąc po operacji, była przedstawioną w Towarzystwie Lekarskiem; mogła ona wstrzymywać mocz 6—7 godzin, wypuszczała zaś go sama sobie za pomocą krótkiego, elastycznego cewnika. (*Wien. kl. Woch. Nr. 19. 1894.*) W. Z.

— HELFERICH [Greifswald] w przypadku ankylozy stawu dolno-szczękowego, trwającej od lat kilku, otrzymał wyleczenie drogą następującą: pomiędzy powierzchnię stawową wyrostka stawowego (*proc. condyloideus*) i podstawę czaszki przeniósł mały płat mięśnia skroniowego; w ten sposób otrzymał pożądaną staw wrzekomy (*pseudarthrosis*). (*Berl. kl. Woch. 22. 1894.*) W. Z.

— SCHNELL opisuje przypadek otrucia się 2-letniego dziecka kwasem karbолоwym; w chwili, gdy S. został do niego zawezwanym, znajdowało się ono w nadzwyczaj ciężkim stanie: nie tylko tętno było niewyczuwalne, lecz i tonów serca za pomocą stetoskopu już nie było słyhać; po przeplukaniu żołądka letnią wodą i wstrzyknięciu podskórnem eteru, tętno powróciło i dziecko wyzdrowiało. Wraz z Czygan'em uważa S. przeplukanie żołądka przy otruciu karbolem za rękoczyn, bezpośrednio ratujący życie chorego. (*Der Kinderarzt. 1894. Heft V.*) J. W.

— Na konkursie ogłoszonym przez tutejsze Towarzystwo Lekarskie nagrodzonymi zostały następujące prace: Z. Dmochowskiego. Temat: Zbadać pod względem anatomicznym sprawy zapalne odbywające się w zatokach Highmore'a. — MAJEWSKIEGO. Oznaczyć nieszkodliwy stopień skręceń szyjki noworodków. — MARKOWSKIEGO. Histologiczna budowa jajowodów.

— Kol. FILIPKIEWICZ z Trenczyna Cieplic donosi nam, iż nie miejsce kąpielowe, lecz Trenczyn, miasto komitetowe, o milę odległe i tor kolejowy, przez dolinę Waagi biegnący, uległy powodzi. Dojazd do cieplic odbywa się obecnie *via* Oderberg, Hradisch, Vlarapass.

— Rzymska *Accademia dei Lincei* nagrodę 10000 franków, ufundowaną przez króla Włoskiego, podzieliła w równych połowach między prof. GUIDO TIZZONI z Bolonii i prof. LUCIANI w Rzymie, za ich prace z dziedziny fizjologii i patologii doświadczalnej.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 24 Gazety Lekarskiej na str. 644 wiersz 20 od góry, zamiast: „szczególniej w naczyniach włoskowatych“, powinno być: „szczególniej w naczyniach tworzących kłębki; w odosobnionych naczyniach włoskowatych“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc maj, 1894.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Юня 1894 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.