

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Napisał D-r Teodor Heiman. — O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. Podał D-r Ignacy Grundzich. — **Wykłady kliniczne.** O leczeniu złamań stawowych. Odczyt kliniczny Klemm'a (w streszczeniu). — **Bibliografia i krytyka.** Gruźlica płuc jako zakażenie mieszane. — **Streszczenia i wyciągi.** 171. O przebiegu i zejściu gruźlicy stawu łokciowego. 172. Przyczynę do powstawania nerwobólu nerwu trójdzielnego. 173. Przyczynę do nauki o działaniu klinicznem nukleiny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

O CHOROBACH UCHA SZTUCZNIE WYWOŁANYCH I O GŁUCHOCIE UDANEJ.

Napisał D-r Teodor Heiman.

W roku 1883 pomieściłem w „Gazecie Lekarskiej“ niewielką pracę p. t. „O głuchocie udanej i o sposobach rozpoznania tejże“. Dziesięcioletni okres, jaki upłynął od owego czasu, wzbogacił doświadczenie moje na tem polu. Oprócz znacznej liczby osób, udających upośledzenie słuchu, miałem też sposobność spostrzegać sporo przypadków chorób narządu słuchowego sztucznie wywołanych. Wyniki moich spostrzeżeń podaję niniejszem do wiadomości publicznej. Materiałem literackim, który zresztą jest dość skąpy, nie posiłkowałem się prawie zupełnie; pragnąłem bowiem, ażeby praca ta była wyłącznie wynikiem spostrzeżeń własnych. Jak łatwo czytelnik przekonać się może, ma ona bardzo mało wspólnego, i to tylko w części drugiej, z moją pracą dawniejszą. Dzieli się ona na dwie części, a mianowicie: A) O chorobach sztucznych ucha i B) O głuchocie udanej.

A) O chorobach sztucznych ucha.

Choroby ucha, wywołane sztucznie, są to właściwie choroby powstałe skutkiem urazu nie przypadkowego, lecz przy współudziale złej woli. Choroby z tego źródła pochodzące napotykamy: na muszli usznej, na przewodzie słuchowym zewnętrznym i na błonie bębenkowej. Jama bębenkowa współcierpi następnie, rzadziej ulega ona bezpośredniemu wpływowi przyczyny działającej, jeszcze rzadziej pozostaje niezajęta.

Sprawa chorobowa sztucznie powstała, ogranicza się do warstw powierzchownych narządu słuchowego, lub też przenika wszystkie jego części miękkie; w pewnych wyjątkowych razach przechodzi na ściany kostne ucha zewnętrznego i średniego, na wyrostek sutkowy i na ucho wewnętrzne i może nawet spowodować powikłania napotykane przy sprawach ropnych ucha w ogóle, jako to: zapalenie opon mózgowych, ropień mózgu, zapalenie zatok mózgowych, ropnicę i posocznicę.

Choroby sztuczne narządu słuchowego napotykają się wyłącznie u osobników pragnących uchylić się od służby wojskowej; dla innych celów przestępnych rzadko spostrzegane bywają.

Narząd słuchowy względnie częściej od innych części ustroju był przedmiotem zabiegów urazowych prawdopodobnie dla tego, że według panujących dotąd pojęć wśród publiczności a nawet wśród pewnej liczby lekarzy, choroby i uszkodzenia ucha są bez wielkiego znaczenia; nie są tak widoczne, często nie mogą być przez każdego lekarza należycie rozpoznane i nie pozostawiają tych następstw, jakie spostrzegane bywają po uszkodzeniach innych narządów.

Skłonność do uchyłania się od służby wojskowej zauważyć się daje prawie wyłącznie u ludzi warstw niższych, ze słabo rozwiniętą inteligencją i z pojęciami o obowiązku niedostatecznie wyrobionymi. Narodowość, rasa, wyznanie, nie grają pod tym względem prawie żadnej roli. Przed kilkunastu laty liczba tego rodzaju chorych była znaczna; dopiero od lat kilku cyfra ich corocznie staje się mniejsza.

Większa liczba młodych ludzi z chorobami sztucznymi ucha, jaką napotykałem w szpitalu w latach poprzednich, o ile przypuścić mogę, pochodziła z przyczyny mylnego poglądu na znaczenie przedziurawienia błony bębenkowej. W komisjach popisowych kierowano się najczęściej zasadą, że każdy, u którego przy doświadczeniu VALSALVY dał się słyszeć świst właściwy przedziurawionej błonie bębenkowej, bez względu na pochodzenie jego, był uznawany za niezdadnego do służby wojskowej, i odwrotnie, gdy świstu tego nie udało się wydobyć, dany osobnik pod względem narządu słuchowego uznawany był za zdrowego. Łatwo też zrozumieć, iż wielu pragnących uchylić się od służby wojskowej, uważając przy tem skaleczenie narządu słuchowego za małoważne, czyniło usiłowania wydobyć tego świstu drogą sztuczną *resp.* za pomocą umyślnego przedziurawienia błony bębenkowej, i dla tego też liczba młodych ludzi tej kategorii rosła z roku na rok.

Stan taki nie mógł nie zwrócić na siebie uwagi władzy wojskowej i lekarskiej, i w celu ukrócenia zła postanowione zostało popisowych z wadami narządu słuchowego odsyłać na obserwację do szpitali, głównie zaś do szpitala ujazdowskiego. Prawdopodobnie popisowi z początku sądzili, że i tutaj wystarczy świst przedziurawienia do uwolnienia się od służby wojskowej, a stąd też, gdy rozkaz powyższy wszedł w wykonanie, szpital miał znaczną liczbę osobników ze sztucznymi chorobami narządu słuchowego *resp.* z przedziurawieniem błony bębenkowej. Skoro atoli z biegiem lat przekonali się, że przez rękoczyn ten cel pożądaný nietylko że osiągnięty nie został, ale nadto często pociągał za sobą ciężką karę, więc i sztuczne choroby ucha stawały się coraz mniej częstymi.

Do wywołania chorób sztucznych narządu słuchowego służą w ogóle trojakiemu rodzaju środki: 1) Przewód słuchowy zewnętrzny zapycha się do pewnej głębokości ciałem obojętnem, nie spowodzającym żadnych zmian chorobowych. Środki te właściwie stosują się w celu udawania głuchoty. Należą tu: kawałki waty mocno skręconej, liście rozmaite, ziarna zbożowe, ziarenka grochu i t. p. 2) Do przewodu słuchowego zewnętrznego zaprowadzone zostają ciała wywołujące podrażnienie lub zapalenie jego i błony bębenkowej w mniejszym lub większym stopniu, często z wydzieliną podobną do ropy, lub rzeczywiście ropną. Wydzielina ta lub też sam środek zastosowany, pozostając w uchu przez czas dłuższy, rozkłada się i często wydaje woń nieprzy-

jemną. Stosują zwykle w tym celu: ser zgniły, zepsute żółtko od jajka, ziarnka pieprzu, kamfory i t. p., lub też wlewają do ucha rozmaite płyny drażniące, jako to: *ol. cajeputi*, terpentynę, olejek krotonowy rozcieńczony z gliceryną, słaby roztwór kwasu karbolowego, a także zimną wodę. 3) Niszczą błonę bębenkową częściowo lub całkowicie za pomocą bezpośredniego przekłucia jej ciałem ostrem lub tępem, lub też wlewają do przewodu słuchowego zewnętrznego płyny żrące w stanie czystym lub też bardzo stężonym. Używa się do tego: czysty kwas karbolowy lub też zmieszany z olejkiem krotonowym, kwas siarczany czysty lub z gliceryną, kwas azotny i potaż gryzący.

Choroby pierwszej kategorii, jeśli je w ogóle nazwać można chorobami, bardzo rzadko udaje się widzieć, gdyż rękoczyn ten jest zbyt naiwny i zbyt prosty, aby nie był natychmiast rozpoznany. Choroby drugiej kategorii także nie są częste, ponieważ i one nie prowadzą do celu t. j. uwolnienia od służby wojskowej; nie sprowadzają bowiem przedziurawienia błony bębenkowej *resp.* świstu przedziurawienia. Najczęściej spostrzegamy choroby wywołane przez trzecią kategorię środków. Wszelako z bezpośrednim przedziurawieniem błony bębenkowej przez ciało ostre lub tępe spotykamy się także rzadko; głównie zaś, jeśli nie wyłącznie, widzimy następstwa działania środków żrących na narząd słuchowy. Przedziurawienie bezpośrednie prawdopodobnie dla tego rzadko spostrzegać się daje, że: 1) rękoczyn ten nie tak łatwo wykona ręka niedoświadczona, szczególnie jeśli zwrócić uwagę na moment psychiczny t. j. na strach, jaki bądź co bądź ogarnia niepowołanych operatorów. Zamiast błony bębenkowej skaleczona zostaje zwykle ściana górno-tylna przewodu słuchowego zewnętrznego. 2) Przekłucie błony bębenkowej jest nader bolesne; o tem przekonywa się każdy lekarz zajmujący się chorobami ucha, jeśli zmuszony jest przekłuwać błonę bębenkową narzędziem ostrem w celach leczniczych. 3) Przedziurawienie takie, jeśli nawet uda się wykonać, goi się bardzo szybko, tak, że po kilku dniach może ono nie pozostawiać żadnych śladów. 4) Jeśli po takim przebicciu błony bębenkowej rozwinie się zapalenie ropne, ma ono wszystkie cechy sprawy ostrej. 5) Badając błonę bębenkową wkrótce po przebicciu jej (3--5 dni), widzimy na niej tak wyraźne zmiany wywołane przez uraz, iż te, obok braku objawów ze strony jamy bębenkowej, czynią rozpoznanie przyczyny choroby nader łatwym.

Prawdopodobnie popisowi lub też ich operatorzy muszą być obznajmieni z powyżej wspomnianymi okolicznościami, i to nam objaśnia, dla czego spotykamy obecnie prawie wyłącznie choroby sztuczne ucha wywołane przez środki żrące.

Środki te wprowadzają się do przewodu słuchowego zewnętrznego przy zachowaniu pewnej ostrożności, a to w celu uchronienia kanału usznego od wpływu danego środka i ograniczenia jego działania do błony bębenkowej. W tym celu umieszczają kilka kropeł płynu żrącego w rurce szklanej lub w piórku a przeciwniegiem końcem wstawiają rurkę głęboko do przewodu słuchowego zewnętrznego tak, ażeby płyn ściekał powoli na błonę bębenkową; lub też nabierają kilka kropeł danego płynu strzykawką *PRAV'az'a*, którą bez igły wprowadzają głęboko do przewodu słuchowego zewnętrznego. Przy tych rękoczynach głowa pacjenta zostaje pochylona tak, iż ucho mające być skaleczone, znajduje się ku górze w płaszczyźnie poziomej. Po usunięciu rurki lub wyjęciu strzykawki, przewód słuchowy zewnętrzny natychmiast wypełnia się watą hygroskopijną, w celu usunięcia nadmiaru płynu. Pomimo tego wszystkiego przewód słuchowy zewnętrzny prawie za-

wsze ulega także oparzeniu na większej lub mniejszej przestrzeni. Rzadko wlewają płyny żrące bezpośrednio do ucha. Rękocyny te wykonywają się raz jeden; gdy jednak płyn jest mniej stężony, to operacja powtarzana bywa kilkakrotnie. Wykonywana zostaje na krótko przed poborem, częściej jednakże na kilka tygodni lub miesięcy przedtem, w celu zatarcia wszelkich śladów występuku.

Niekiedy okaleczają w ten sposób ucho już przedtem chore, bądź to z przyczyny, iż dany osobnik nie wie o swoim cierpieniu, lub też istniejąca choroba wydaje mu się niedostateczną i dla tego pragnie ją bardziej uwydatnić. Przypadków tego rodzaju niewątpliwych miałem dotąd kilka

Dla przykładu przytoczę w kilku słowach jeden z nich:

Popisowy Z., z Piotrkowa, leczył się u mnie od 16 roku swego życia z przyczyny przewlekłego zapalenia ropnego prawego ucha średniego. Corocznie przyjeżdżał on do mnie na kilka tygodni w celu usunięcia wycieku ropnego, który też czasowo udawało się powstrzymywać i zapalenie błony śluzowej jamy bębnekowej usunąć. Z powodu swego cierpienia był on jako popisowy odesłany do mojego oddziału na obserwację. Gdy go po raz pierwszy zobaczył w szpitalu, zostałem niemało zdziwiony stanem jego ucha i części sąsiednich: Cały prawy nerw twarzowy był porażony; z ucha prawego wydzielala się ropa surowiczowo-krwawa. Przewodu słuchowego zewnętrznego zupełnie nie było; światło jego wypełniał strup gruby, szaro-popielaty, silnie przylegający do tkanek pod nim leżących; w okolicy ślinianki usznej można było zauważyć kilka podłużnych, czerwonych pręg, przypominających oparzeliznę powierzchowną. Lubo natura cierpienia była łatwa do rozpoznania, chory wszelako z początku zapierał się, ażeby się w czemkolwiek przyczynił do pogorszenia swego stanu, później atoli ze łzami w oczach przyznał się, że przed kilku dniami felczer miejscowy nalał mu do ucha jakiegoś płynu okropnie palącego, poczem wkrótce pojawiło się wykrzywienie twarzy.

Zdarza się też, że okaleczone zostaje ucho zdrowe, gdy jednocześnie w uchu drugim istnieje choroba przewlekła, o której popisowy nic nie wie.

Jeżeli po zastosowaniu środka żrącego nie otrzymuje się świstu przedziurawienia przy wykonaniu doświadczenia VALSALVY, to dopomagają sobie bezpośrednio przekłuciem błony bębnekowej, uległej zgorzeli i rozmiękczeniu. Są i tacy popisowi, którzy będąc pod obserwacją w szpitalu, tutaj jeszcze starają się drażnić przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębnekową, bądź to za pomocą wlewań zimnej wody do kanału usznego, bądź też za pomocą leków drażniących, które udaje im się czasem potajemnie otrzymać ¹⁾.

Po zastosowaniu olejku krotonowego, przewód słuchowy zewnętrzny i muszla uszna są już po kilkunastu godzinach pokryte maleńkimi, gęsto usianymi białymi, wodnistymi pęcherzykami, często zlewającymi się z sobą. Naskórek łatwo ściera się i wypełnia kanał przewodu, często nawet w tak znacznej ilości, iż zbadanie stanu błony bębnekowej staje się na pewien czas niemożliwym. Po dniach kilku ściany przewodu słuchowego zewnętrznego i błona bębnekowa, pozbawione naskórki, są czerwone, obrzmiałe, pierwsze łatwo krwawią. Błona bębnekowa nie jest jeszcze przedziurawiona, po kilku dniach staje się szaro-matową, trzonek młotka zaczyna być widocznym i wzdłuż niego zauważyć się daje przekrwienie naczyń krwionośnych. Czasem wydziela powierzchnia przewodu słuchowego zewnętrznego nieznaczną ilość płynu ropnego, który zmieszany ze złuszczonego naskórkiem, przedstawia się

¹⁾ Bardzo wiele czasu, mozółu i podstępów użyć musiałem, zanim udało mi się dowiedzieć o wszystkich tych sposobach okaleczania narządu słuchowego.

w postaci masy brudno-szarej. Skoro olejek krotonowy zostanie zastosowany kilkakrotnie, wtedy zniszczenie nie ogranicza się do naskórka, lecz wytwarzają się zmiany, napotymane po działaniu środków gwałtowniejszych. Tych zmian, jakie widzimy po zastosowaniu olejku krotonowego na innych okolicach ciała, a mianowicie, wielkie pryszcze ropne, zapalenie skóry, w uchu rzadko spostrzegamy; prawdopodobnie pochodzi to stąd, że ilość użytego płynu w uchu jest nieznaczna, lub też, że przedtem zostaje zmieszany z innym bardziej obojętnym płynem, jak np. z gliceryną. Osobniki, u których napotykamy powyżej opisane zmiany, skarżą się na głuchotę w uchu chorem i na zadawane im zapytania albo zupełnie nie odpowiadają, lub też dopiero wtedy, gdy będziemy głośno mówili w bliskości drugiego ucha jakkolwiek sami oznajmiamy, iż na drugie ucho dobrze słyszą.

Zniszczenia wywołane przez działanie środków żrących bywają różnego stopnia i natężenia; są to właściwie oparzenia, a jako takie, przedstawiają różne stopnie i albo ograniczają się do warstw powierzchownych danych tkanek *resp.* muszli usznej, przewodu słuchowego zewnętrznego, błony bębenkowej i otaczających części twarzy, lub też obejmują wszystkie części miękkie aż do kości. Niekiedy zaś i te ulegają albo bezpośredniej zgorzeli, lub też rozwija się ona następczo skutkiem zniszczenia części miękkich pokrywających i odżywiających je.

Zupełnie świeże przypadki oparzeń ucha, wywołanych działaniem środków żrących, rzadko zdarza się spostrzegać. Zwykle widzimy je po 2 dniach aż do końca pierwszego tygodnia; częściej jednakże dopiero wtedy, gdy już wszystkie lub prawie wszystkie objawy oparzenia ustąpiły, a pozostały jedynie następstwa jego. Te ostatnie są jednakże w wielu przypadkach tak charakterystyczne, iż przez nie z łatwością rozpoznać można moment przyczynowy, który je spowodował.

Oparzenia wywołane przez kwas karbolowy dają cienkie, białe strupy. Błona bębenkowa jest najczęściej przedziurawiona, czasem jednakże całość jej zostaje nienaruszona; jest zawsze rozmięczona, koloru brudno-ciemnego, trzonek młoteczka jest niewidzialny. Strupy oddzielają się po 8—14 dniach i pod nimi ukazuje się powierzchnia już to owrzodziła, już to pokryta ziarniną, z brzegami ostro ściętymi. Te zmiany na powierzchni kanału usznego albo są rozlane lub też przedstawiają się w postaci małych, ściśle ograniczonych wysepek owrzodziłych lub pokrytych ziarniną. W tym czasie błona bębenkowa rozjaśnia się, otwór w niej się zabliźnia, często jednak pozostaje stałym. Jama bębenkowa współcierpi w stopniu nieznacznym. Ropienie przez cały czas choroby bywa skąpe. Po zagojeniu się owrzodzeń i ustąpieniu objawów zapalnych pozostają blizny cienkie, z początku czerwone, potem zaś białe, wyraźnie odróżniające się od skóry otaczającej; różnicę koloracyi zauważyć można zwłaszcza wtedy, gdy muszlę uszną pociągniemy cokolwiek ku górze i tyłowi; objaw ten nie jest bez znaczenia przy określeniu momentu przyczynowego choroby. Gdy otwór w błonie bębenkowej pozostaje stałym, to znajduje się zawsze w części najniższej jej przednio-dolnej ćwiartki; często widać tylko jego brzeg górny. Otwory w innych odcinkach błony bębenkowej są rzadkie i w takim razie nie zależą one od działania kwasu, lecz są następstwem bezpośrednich następczych przedziurawień za pomocą ciała twardego.

Słuch niewiele cierpi po stronie ucha chorego i wraca do stanu prawidłowego równocześnie ze zniknięciem choroby, lub też pozostaje pewne stopienie słuchu, gdy się otwór w błonie nie zagaja. Muszla uszna i otaczająca skóra

twarży rzadko ulega oparzeniu; gdy zaś wciągnięta zostanie do sprawy chorobowej, to jest ono zupełnie powierzchowne. Zdarza się, że w okresie gojenia owrzodzeń i wytwarzania się blizn, takowe blizny zwązają kanał uszny w większym lub mniejszym stopniu; może nawet nastąpić zupełne jego zarośnięcie. Taki przebieg choroby ma miejsce, gdy kwas działał na narząd słuchowy tylko raz jeden; jeśli jednak tenże mechanicznie lub też chemicznie nadal drażniony będzie, to mogą rozwinać się zmiany właściwe działaniu środków najwłaściwiejszych ze wszystkimi ich następstwami. (D. n.).

O WSKAZANIACH

DO PYLOROPLASTYKI, PYLOREKTOMII I GASTROENTEROSTOMII.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warszawskiego w dniu 2 maja 1893 roku)

Podał **D-r Ignacy Grundzach.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 48).

Nie kuśmy się zbyt długo o wyleczenie inną drogą tych chorych, których na drodze operacyjnej możemy wyleczyć lub ulgę im przynieść. Nie bawmy się przez całe miesiące w przeplukiwania żołądka, skoro nie przynoszą wielkiej ulgi lub chwilową jedynie, a szczególnie nie dawajmy tym chorym wody karlsbadzkiej i nie każmy im smarować brzucha, sądząc, żeśmy całe swoje zadanie sumiennie spełnili. Jest to okropna strata drogich sił chorego! Słusznie utrzymuje v. EISELSBERG, że tu niezwłocznie wykonywać należy próbną operację (otworzenie jamy brzusznej), nawet gdyby chodziło o otwarcie jamy żołądka w razie potrzeby, do czego jesteśmy najzupełniej uprawnieni. Niezłotliwe zwężenia odźwiernika są właśnie tem polem, na którym, jak mówi CZERNY, chirurgia społeczna największe święci tryumfy. Ale i my lekarze wczesnem rozpoznaniem i zdaniem sobie sprawy z cierpienia (częstokroć wcale nietrudnem) dopomóżmy tym tryumfom. Od siebie jeszcze dodam, że dobre rozpoznanie, stwierdzone autopsją *in vivo* na stole chirurgicznym, a następnie wyleczenie takiego chorego jest dla lekarza źródłem żywej radości i olbrzymiego zainteresowania.

Jaką operację w tych razach się stosuje? O tem decyduje tylko chirurg. HACKER sądzi, że w przypadkach zwężeń bliznowych (częstych) raczej należy wykonywać gastroenterostomię niż resekcję, jeżeli tylko ta ostatnia jest nieco utrudniona (zrosty np. z trzustką i t. p.), a operacji MIKULICZA (pyloroplastyki) wykonać nie można. Sporo mamy przypadków w literaturze, tą drogą zupełnie wyleczonych, a były między nimi ciężkie i rozpaczliwe. Gastroenterostomia to zabieg najmniejszy, stosunkowo najłatwiejszy i najkrócej trwający. Z innych operacji radzi HACKER oddzielać zrosty, jeżeli one są powodem zwężenia lub zgięcia, tego jednakże nie dodaje, że oddzielanie zrostów winno być uskutecznione z nadzwyczajną ostrożnością, gdyż zrosty mogą stanowić przytwierdzenie dna wrzodu do otoczenia (przypadek PUŁAWSKIEGO) i grozić pęknięciem wrzodu w razie ich rozerwania. Ten wzgląd również przemawia za gastroenterostomią. Pyloroplastyka (HEINECKE — MIKULICZA) jest wskazana przy ruchomym odźwierniku, który zwąza niedużą a wąską blizną. Jeżeli chirurg nie jest pewny przyrody ruchomego, dającego się zoperować

guza, a klinicysta ma również podejrzenie skuteczni on raczej resekcję, podejrzliwości jednakże zdaleko chirurg posuwać nie powinien.

II. Złośliwe guzy odźwiernika lub wielkiej krzywizny. Możliwie wczesne rozpoznanie, bynajmniej w tych razach nie łatwe, i naleganie na operację może być nieraz uwieńczone pięknym wynikiem. Są chorzy, którzy po resekcji odźwiernika (rak) żyli 5 lat i dłużej. Będzie to w najszczęśliwszym przypadku; w mniej szczęśliwym – udatna resekcja lub przetoka może choremu życie przedłużyć, a cierpienie złagodzić. W każdym razie, o ile tylko siły chorego na to pozwalają, chorych takich należy możliwie wcześnie operować. Operacje: resekcja i przetoka, które mają właściwe sobie, a chirurgowi dobrze znane, poszczególne wskazania.

III. Wrzód chroniczny (RYDYGIER). Jeżeli sprawa chorobowa pomimo wieloletniego trwania, długotrwałego i starannego leczenia nie ustępuje, wrzód chroniczny od czasu do czasu się odnawia lub też powstają nowe (ponowne zjawianie się silnych bólów po przyjęciu pokarmów, krwotoków, czarnych stolców i t. d.), a sprawa zaczyna grozić choremu znacznym upadkiem odżywiania ogólnego, – powinniśmy się również zdecydować na operację. Pomiędzy już pęknięcie żołądka wskutek wrzodu okrągłego, które wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej, lub powikłanie wrzodu wtórną rozstrzenią, zrostami i t. d. Będzie najlepiej, jeżeli uda się w tych razach całkowicie resektować chorą część żołądka i jest to wysoce pożądane, jakkolwiek znane są i powroty cierpienia, nie usuwamy bowiem razem z wrzodem i przyczyny, która je wywołuje. W niektórych jednakże razach (HACKER) można i trzeba się ograniczyć na przetokę, która pozwoli wrzodowi zbliżyć się, usuwając mechaniczne i chemiczne drażnienie wrzodu; miazga pokarmowa bowiem obiera sobie wówczas inną drogę, łatwiejszą t. j. przez przetokę. Powiedziałem „trzeba“, gdyż wrzody chroniczne, jak to już wyżej wspomniano, częstokroć wywołują zrosty mniej lub więcej rozległe z otaczającymi narządami, mogące znacznie całkowitą resekcję utrudnić (DUNIN).

IV. Sokotok stały z rozstrzenią połączony. Sprawa chorobowa, jak wiemy, polega na stałym wydzielaniu soku żołądkowego mocno kwaśnego, zbierającego się w wielkich ilościach w żołądku, który wogóle wchłania minimalne ilości płynów. Sok ten drażni błonę śluzową i na drodze odruchowej wywołuje trwałe skurcz odźwiernika, który zawartość żołądka zatrzymuje, wytwarzając w ten sposób błędne koło. W cięższych przypadkach leczenie nasze jest bezsilne; ani przepłukiwania żołądka, na noc lub naczczo zrana wykonywane, ani odpowiednia dyeta, ani alkalia, *larga manu* stosowane, sprawy nie poprawiają. Przypuszczać się godzi, a jest to moje przypuszczenie, że jeżelibyśmy w cięższych przypadkach, w których nie mamy nic do stracenia, odwołali się jeszcze do zbawczej ręki chirurga, kto wie, czy nie osiągnęlibyśmy celu. Stopniowo wydalające się masy soku żołądkowego nie zbierałyby się całymi litrami, nie drażniłyby tyle błony śluzowej, zniosłyby skurcz odźwiernika, a kiszek nie drażniłyby w tym stopniu, jak to ma miejsce, gdy naraz duże ilości soku do kiszek się dostają. Stosowanie alkaliów mogłoby być lepszym uwieńczone skutkiem. Jest to tylko przypuszczenie, ale zdaje mi się, że warto byłoby w przypadku odpowiednim metodę tę zastosować.

V. To samo, tylko z większym jeszcze naciskiem, powiedziałbym o pewnym stanie chorobowym żołądka, połączonym z peryodycznie występującym nasileniem stałego sokotoku obok wrzodu żołądka. Jest to nadzwyczaj ciężka postać chorobowa. Chory wymiotuje (lub przepłukując znajdujemy) co 3—6

dni masę kwaśnego bezbarwnego lub brunatnego płynu o wysokim stopniu kwasności, zależnym od wolnego (przeważnie) kwasu solnego. Bóle są straszne, czasem mniejsze lub większe krwotoki żołądka. Sądzę, że peryodycznie nasilający się sokotok nie pozwala zagoić się wrzodowi, otwiera go raczej i rozdrażnia, wywołując krwotoki i straszne bóle. Skierowanie tych mas do kiszek pozwoliłoby wrzodowi zabliźnić się, a od skutków możliwego zwężenia odźwiernika po zabliznieniu się wrzodu przetoka dzielnie broniłaby ustrój chorego. Kto widział takiego chorego, kto walczył z cierpieniem przez miesiące całe wszelkimi możliwymi sposobami na drodze bezkrwawej i, jak ja, przekonał się, że trudy te są bezowocne, że sprawa chorobowa postępuje i chorego powoli zabija, ten się ze mną zgodzi, że tu trzeba operować i śpiesznie. O jakichkolwiek zaburzeniach w układzie nerwowym (*sclerosis disseminata*, *tubes* i t. d.), mowy być nie może, pomimo to peryodyczność nasilenia jest dla mnie zagadkowa.

VI. Jeszcze jeden punkt zasługuje na uwzględnienie. Rozbieram go w końcu dopiero, gdyż rozpoznanie jest tu trudniejsze nieraz, niż w wyżej wspomnianych sprawach. Są chorzy, skarżący się na silne bóle w dolku lub nieco niżej, które trwają nieraz tygodnie, miesiące i lata. Bóle te nasilają się, wzmagają podczas sprawy trawienia w żołądku (przy ruchach jego czynnych), podczas przepłukiwania żołądka (rozciąganie żołądka, targanie), przy wstrząsaniu ciała, gwałtowniejszych ruchach i t. d. Rzecz prosta, rozpoznanie tu nie łatwe, sprawę chorobową można sobie w różny sposób tłumaczyć. Jeżeli przytem znajdziemy epigastralną lub pępkową przepuklinę, z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznamy, że część żołądka została tu wciągnięta i jest uciskana. Przepuklina więc epigastralna i pępkowa połączona z bólami, o których mowa, będzie wskazaniem do operacji oddzielenia połączeń, zrostów, wreszcie częściowej resekcji narządu. Może być także zrost przedniej powierzchni żołądka z wątrobą, jak to widział LANDERER w pewnym przypadku, w którym zrost ten wywoływał silne bóle, trwające uporczywie, a usunięte na drodze operacyjnej.

Jakie są wyniki operacyjne?

Statystyka BILLROTH'a (ze zjazdu berlińskiego) brzmi: 50% wyleczeń w sprawach pochodzenia niezłośliwego, przy czym zarówno BILLROTH jak v. EISELSBERG podają zgodnie, że dużo było złych wyników z powodu wadliwej techniki operacyjnej i nie zawsze ściśle wynalezionych przez chirurga wskazań. Obecnie już procent wyleczeń wzrasta, dochodzi do 65—70% (obliczenie DUNINA) i wzrastać będzie niewątpliwie, jeżeli lekarze terapeutyci będą wcześniej rozpoznawać, a chirurdzy dzielnie operować. Jeżeli dojdziemy do 75% lub więcej wyleczeń, a nie ma w tem wcale przesady, wyniki takie przejdą najśmielsze marzenia naszych poprzedników.

Na zjeździe berlińskim zakończył swój odczyt BILLROTH słowami, które warto tu powtórzyć: „nie wątpię, że przy ciągłym, a gorliwym postępie nauki umożliwimy sobie wczesne rozpoznanie niektórych spraw chorobowych, a dalej, że niebezpieczeństwo zabiegu chirurgicznego znakomicie zmniejszymy, doskonaląc metody i technikę operacyjną. Jeżeli pomimo to jednakże nie tak prędko cel upragniony przez nas osiągnięty zostanie, przypominam Wam słowa wielkiego mojego mistrza B. v. LANGENBECK'a: „*Nunquam retrorsum*“.

WYKŁADY KLINICZNE.

O leczeniu złamań stawowych.

Odczyt kliniczny Klemm'a (w streszczeniu).

Trudności, napotymane w leczeniu złamań stawowych, polegają głównie na tem, że, gdy z jednej strony złamane kości wymagają spoczynku, o tyle z drugiej strony jest on bezwarunkowo zgubny dla mięśni i samych stawów. Stawowe złamania kości pociągają za sobą w większości przypadków wylów krwi, nie tylko w części otaczającej lecz i do jamy stawowej. Trudności lecznicze w takich przypadkach występują już przy samym rozpoznaniu. Nawet bowiem pod narkozą trudno jest, skutkiem krwawego wylwu, wyznaczyć oddzielne odłamki, co stanowi ważną przeszkodę do ich zestawienia. O wiele większej są doniosłości później nieco występujące zmiany patologiczne w stawach. Pochodzi to stąd, że chociaż część krwi ulega wessaniu, pomimo to większość jej ulega krzepnięciu, wskutek czego powstaje nawarstwienie na błonie maziowej. Wreszcie przez rozerwanie otaczających staw części miękkich powstać mogą z łatwością obrzęki, nacioczenia i t. d. Słowem, do złamania stawu przyłączają się częstokroć stany patologiczne, przyprowadzające chorego o kalectwo. Doświadczenia, robione w tym względzie na psach, dowodzą, że już po 23 dniach następuje zanikanie i skracanie się mięśni, po 62 dniach kureczenie się torebek stawowych i więzów z jednoczesnem wystąpieniem zaburzeń w odżywianiu chrząstek stawowych. Prócz tego występuje niekiedy zapalenie stawu zniepodobniające (*arthritis deformans*) i nadmierne bujanie kostniny (*Caluswucherungen*).

Co się dotyczy zabiegów leczniczych, to mogą być one krwawe i bezkrwawe. Pierwsze polegają na przekłuciu stawu w celu usunięcia wybroczyny z przepłukaniem stawu lub bez, albo na cięciu w tym samym celu i następnie na zespoleniu odłamków kostnych. Bezkrwawe leczenie ogranicza się do masażu i ucisku. Krwawe rękoczynę wskazano są w wyjątkowych przypadkach, np. w razie silnych wybroczyn lub niebezpieczeństwa ze strony mogącej nastąpić zgorzoli. W przypadkach niepowikłanych, odpowiedniejszo jest leczenie bezkrwawe, na pierwszym planie masaż. Dzięki mięsieniu, obieg krwi staje się żywszym, po drugie wzmagają się działania naczyń chłonnych, wskutek czego wybroczyna łatwiej ulega wessaniu. Ucisk podtrzymuje działanie mięsienia i ułatwia wessanie wybroczyny. Prócz powyższych sposobów nieodzowne jest wykonywanie ruchów czynnych i biernych, aby uniknąć kureczenia się i zaniku otaczających staw części miękkich.

Leczenie złamań rzepki, stosowane przez autora, było następujące: natychmiast po przyjęciu chorego umiarkowany masaż, przy bacznej zwracaniu uwagi na to, ażeby części, leżące powyżej złamania, były należycie ugniecione, dla ułatwienia wessania się wybroczyny do żył i naczyń chłonnych. Następnie nakłada opaskę kolanową z plastra lópkiego, która wywierając ucisk, utrzymuje odłamki we wzajemnem zetknięciu; pod tak obandażowaną kończynę podkładał szynę VOLKMANN'a. Po 3—4 dniach przystępowano do powtórnego masażu z uwzględnieniem mięśni uda. Odtąd stosowano mięsienie codziennie, jako też umiarkowane ruchy czynne i bierne. Po upływie dwóch tygodni pacjent był w stanie o własnej sile podnosić nogę (przy wyprostowaniu kolana). w trzecim zaś i czwartym tygodniu już zaczął chodzić, opierając się na lasce. Po 5-iu tygodniach chory opuszczał szpital. Leczenie takio dało w pięciu przypadkach zupełnie pomyślne wyniki. Taż sama metoda może mieć zastosowanie i przy złamaniach stawu łokciowego. Z trzech przypadków autora w dwóch miało miejsce ciężkie złamanie, nakszałt litery T; w jednym zaś złamanie kłykiecia wewnętrznego (*condylus internus humeri*) z krwawym wylwem. Leczenie jak wyżej; wyniki zadawalniające. W dalszym ciągu autor przechodzi do złamań kostki. Przy stosowaniu opatrunku gipsowego chory zaledwie po kilku tygodniach z trudnością może stawiać pierwsze kroki, nie mogąc się obejść przytem bez laski. Wadliwość tej metody polega na tem, że dużo czasu traci się bezczynnie. K. naprzód zestawia złamanie, przy wielkiej bolesności pod chlороformem, potem przystępuje do mięsienia, zawsze z uwzględnieniem sąsiednich części miękkich. Dalej

nakłada opatrunek z mocnej tektury, ustawivszy stopę pod kątem prostym. Po 4—6 dniach zmienia cały opatrunek. Odtąd codziennie wykonywa mięsienie i lekkie ruchy. Po upływie 14-tu dni chory zaczyna chodzić przy pomocy kija, a po 3-ich tygodniach opuszcza klinikę. Z podobnym skutkiem stosuje K. tę metodę wogóle w złamaniach promienia (*radius*), główki ramieniowej, szyjki anatomicznej kości ramieniowej i t. p.

Kto widział wyniki powyższej metody lub sam jej próbował, pozostanie nadal zwolennikiem tego sposobu. Przedstawia ona bowiem i tę dobrą niezaprzeczoną stronę, że może być stosowana przez każdego lekarza.

(*Samml. klin. Vortr. N. 78. Leipzig 1893*).

L. Z.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

NORBERT ORTNER. Gruźlica płuc jako zakażenie mieszane.

Różnorodność postaci, pod jakimi przedstawiać się nam zwykła gruźlica płuc zarówno w jej klinicznym przebiegu, jak i na stole sekcyjnym, nie mogła ująć uwagi badaczów. To też o ile dawniejszymi czasy starano się wytłumaczyć ten zmienny jej obraz stopniem jawności jadu gruźliczego, jego ilością, drogami szerzenia się i t. d., o tyle znowu z rozwojem bakteriologii zaczęło wywalać sobie stanowisko zdanie o współdziałaniu innych bakterii chorobotwórczych obok swoistego lasocznika w płucach, dotkniętych gruźlicą. Wszakże już KOCH, GAFFKY, EVANS, BABES zwrócili uwagę na jednoczesne znajdowanie lasoczników gruźlicy z innymi drobnoustrojami (*micrococcus tetragenes*, *pyococci*, *pneumobacterium*) w narządach gruźliczych, a ostatnio CORNET, poddawszy badaniu bakteriologicznemu płucinę suchotników jakoteż zawartość jam, sok i ogniska bronchopneumoniczne płuc gruźliczych, przekonał się o istnieniu w płucach zakażenia mieszanego—septycznej gruźlicy płuc. O ile jednak z pracy CORNET'a wnosić można, przeważnym materiałem do badań była płucina i zawartość jam, gdy sokowi z płuc i ogniskom zapalnym wyznaczone zostało podrzędne miejsce. Tym właśnie świeżym ogniskom bronchopneumonicznym ORTNER poświęcił najwięcej uwagi, używszy do badań swych w pracowni WEICHELBAUM'a 61 przypadków gruźlicy płuc. Cały materiał rozdzielony został na 3 grupy:

1) 37 przypadków, w których obok zmian gruźliczych gołym okiem można było stwierdzić istnienie ognisk pneumonicznych, dotyczących bądź tylko zrazików (*pneumonia lobularis*), 31 przypadków, bądź całego zraza (*pneumonia lobaris*) — 6 przypadków. Z tych ostatnich, 5 przedstawiało obraz mniej lub więcej posuniętego t. zw. zapalenia serowatego, jeden nosił cechy świeżego nieserowatego zapalenia.

2) 15 przypadków, w których makroskopowo rozpoznać można było tylko gruźlicę przewlekłą bez otaczających gruzełki zmian zapalnych.

3) 9 przypadków ostrej, resp. ostrawej gruźlicy prosówkowej.

Wszystkie przypadki poddane zostały skrupulatnemu badaniu histologicznemu oraz bakteriologicznemu z zachowaniem wszelkich ostrożności, dotyczących aseptyki. Pod względem bakteriologicznym badanie polegało na poszukiwaniu drobnoustrojów w tkance i soku, hodowlach i szczepieniu ostatnich zwierzętom.

Wyniki badania histologicznego przedstawiają się w następujący sposób:

Zapalenia zrazikowe płuc w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc przedstawiają prawie bez wyjątku sprawy, zasługujące na nazwę zapalen komórkowo-włóknikowych (*zellig-fibrinös*), nie zdradzając żadnych poważniejszych różnic w porównaniu ze zwykłymi pierwotnymi lub wtórnymi zapaleniami zrazikowymi. Podobne wysięki komórkowo-włóknikowe znalezione zostały także w jednym zbadanym przypadku świeżego płatowego zapalenia płuc w przebiegu przewlekłej gruźlicy, jak również w przypadkach zapalenia serowatego. Z żadnego ze zbadanych pięciu przypadków tego ostatniego zapalenia autor nie mógł wyprowadzić wniosku, aby stanowiły ono sprawy krupowe, jakkolwiek istnienie podobnych przypadków uważa za pewno. Wszystkie te pięć przypadków należały do kategorii częścią mniej więcej świeżych, częścią serowatych zapaleń zrazikowych.

Przypadki gruźlicy przewlekłej bez widocznych gołom okiem zmian zapalnych naokoło gruzelków przedstawiały rozmaity obraz histologiczny. W jednym szeregu przypadków znajdowano na znaczniejszej odległości od gruźliczo zmienionej tkanki w pęcherzykach płucnych wysięk, który w najbliższym sąsiedztwie gruzelków był częściowo lub całkowicie włóknikowy, w dalej zaś położonych pęcherzykach w części włóknikowy, w części surowiczy, krwawy lub komórkowy. Inny szereg wykazuje ograniczony tylko do najbliższego sąsiedztwa gruzelków wysięk, który znowu jest w części włóknikowy, w części surowiczy lub surowiczo-komórkowy. W trzecim szeregu przypadków wysięk takżo znajdowany był tylko w najbliższym sąsiedztwie gruzelków, lecz miał charakter tylko surowiczego lub surowiczo-komórkowego. Przypadków czystej gruźlicy t. j. takiej, w której napotykanoby wyłącznie gruzelki bez otaczających je na większej lub mniejszej przestrzeni ognisk zapalnych wysiękowych, autor nie widział ani razu, w przeciwstawieniu do badań ORTH'a, zapewniającego, że istnieją postaci suchot, w których znajdujemy nowotwór gruźlicy (*tuberculöse Neubildung*). Podobnież wyraża się i CORNIL.

Jak w poprzednich przypadkach, tak i w postaci ostrej i ostro-woj gruźlicy prosówkowej O. napotykał stało nacieczenie zapalne tkanki płucnej, otaczającej guziczki gruźlicze. Nacieczenie to dotyczyło w jednych przypadkach bliższego, w innych dalszego sąsiedztwa gruzelków. Charakter wysięku był przeważnie krwawy, tak, że w tej jego właściwości może należałoby szukać charakterystyki ognisk zapalnych, otaczających gruzelki w gruźlicy prosówkowej.

Co się tyczy budowy gruzelków, to, oprócz znanych szczegółów, autor zwraca uwagę na dwie rzeczy: 1) w jednym przypadku gruźlicy prosówkowej w gruzelkach prosówkowych nie znaleziono wcale pierwiastków nabłonkowatych; gruzelki składały się tu wyłącznie z leukocyków dwu i wielojądrowych; 2) w niektórych przypadkach dosyć znaczna ilość guziczków gruźliczych, po części świeżych, prosówkowych, przeważnie zaś pośrodku już zserowaciałych, zawierała rzadziej w środku, częściej na obwodzie sieci włóknikowo, zupełnie podobne do tych, jakie napotykanoby w otaczających, zapalnie zmienionych pęcherzykach płucnych.

Szczególną zaś uwagę zwraca autor na okoliczność, spostrzeganą w wielu przypadkach bronchopneumonii, zapalenia płuc serowatego i w jednym gruźlicy prosówkowej, a w żadnym przypadku zwyczajnej (pozornie nie powikłanej) przewlekłej gruźlicy. Okoliczność ta dotyczy „ognisk serowatych“. Pod nazwą tą wielu autorów rozumie zwykle większe grupy zlewających się ze sobą i zserowaciałych gruzelków. Takich ognisk autor nie nazywa „ogniskami serowatymi“, lecz gruzelkami, które powstały ze złącia się oddzielnych, sąsiednich, zserowaciałych, małych guziczków gruźliczych. Takie „ogniska“ widywał O. i w zwyczajnej, pozornie nie powikłanej postaci przewlekłej gruźlicy płuc. Tak nazwano przez autora „ogniska serowate“ w porównaniu z pospolicie tem mianem obdarzonymi ogniskami wykazując następujące różnice:

1) „Ogniska serowate“ autora zajmowały wprawdzie zwykle większą przestrzeń, niektóre z nich jednak rozciągały się tylko na terytorium kilku pęcherzyków. Przeciwnie zaś pospolicie tak nazywane „ogniska serowate“ zajmują obręb znacznej ilości pęcherzyków.

2) „Ogniska serowate“ autora wykazują budowę alweolarną, jedne tylko w częściach obwodowych, inne na całej rozległości, powstałe zaś ze złącia się gruzelków „ogniska serowate“ mogą wprawdzie także mieć budowę alweolarną na obwodzie, nigdy jednak chyba budowy takiej nie wykazują we środku.

3) W „ogniskach serowatych“ autora zawartość oddzielnych pól alweolarnych stanowią bardzo obfite, wyraźne, delikatne i gęste sieci, zupełnie podobne do włókienkowych. W okach tych sieci znajdują się bądź komórki lub jądra, bądź całkowicie zserowaciała masa. Jeżeli nitki włókienka napotykają się i w zwykłych „ogniskach serowatych“, to w każdym razie zdarza się to rzadko, nigdy w równej mierze, jak w pierwszych, a zapewne nigdy w środku tych drugich.

4) „Ogniska serowate“ autora mają bardzo różnorodny kształt: okrągły, owalny, podobny do pasczka lub języka. W ostatnim razie są one miejscami lub na całej rozległości tak wąskie, że wymiar ich poprzeczny odpowiada wymiarowi kilku

albo nawet tylko jednego pęcherzyka płucnego. Zwykle „ogniska serowate“ mają pospolicie kształt okrągły.

5) Zwykle „ogniska“ ostro odgraniczają się od otaczającej je tkanki, „ogniska“ zaś autora nie mają wyraźnych granic, stopniowo przechodzą w otaczającą je część, gdyż niektóre z nich wykazują nawet na obwodzie komórki analogiczne z komórkami otaczających je i zawierających wysięk zapalny pęcherzyków płucnych. Albo nie są one niczem innym, jak częściami płuc, które na całej przestrzeni składały się z pęcherzyków płucnych, zawierających wysięk włóknikowy. W następstwie wysięk komórkowy uległ zserowaceniowi z początku ze środka, a potem coraz dalej ku obwodowi, gdy wysięk włóknikowy bądź jeszcze nie wszędzie uległ zserowaceniowi, bądź tylko częściowo w środku, a nie na obwodzie. Albo też w przypadkach, gdzie środek „ognisk serowatych“ nie wykazuje budowy alveolarnej i nie zawiera włókniaka, możnaby przypuścić, że środek ich odpowiada jednemu lub kilku zserowaciałym gruźelkom, naokoło których leżały na większej przestrzeni pęcherzyki, napełnione komórkowo-włóknikowym wysiękiem. I tutaj w następstwie uległ zserowaceniowi z początku wysięk komórkowy otaczających gruźelki pęcherzyków. W ten sposób, przez dodanie do centralnie położonych gruźelków znajdujących się na obwodzie i zawierających zserowaciałe komórkowy i nietknięty włóknikowy wysięk pęcherzyków, powstało „ognisko serowate“.

Oto wyniki badania histologicznego.

O wiele ważniejszych danych dostarczyło badanie bakteriologiczne.

Nie rozszerzając się zbyt nad kwestyą znajdowania gatunku „*staphylococcus*“, autor zaznacza, że inne koki nie odpowiadały w zupełności ani paciorkowcowi ropnemu, ani drobnoustrojowi zapalenia płuc. Z wyjątkiem dwóch tylko przypadków, w których znaleziono bakterie przedstawiały się jako typowy *diplococcus pneumoniae*, we wszystkich innych drobnoustroje przedstawiały rodzaj, któremu należałoby wyznaczyć miejsce pośrednie pomiędzy typowym *streptococcus pyogenes*, a typowym *diplococcus pneumoniae*. Grzybek ten, który zatem przedstawiał wszystkie możliwe przejścia od pierwszego do drugiego, autor nazywa „*micrococcus pneumoniae*“. Dla wyjaśnienia roli jego w badanych przypadkach, rozpatruje go O. wspólnie ze znajduwanym również łasiecznikiem gruźlicy. Z pomiędzy 27 przypadków bronchopneumonii w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, w 23 *micr. pn.* napotykaną był stale i po większej części w znacznej ilości. Z pomiędzy tychże 27 przypadków łasiecznik gruźlicy znaleziony był w tkance 25 razy.

Co się tyczy umiejscowienia, *micr. pn.* był stale znajduwany w zawierających wysięk pęcherzykach płucnych, położonych zwykle dalej od guziczek gruźliczych i ognisk serowatych, czasem jednak i w bezpośrednio do nich przylegających.

Łasieczniki gruźlicy konstatowane były w 23 z wymienionych 25 przypadków w guziczkach gruźliczych i ogniskach serowatych, przy tem w 11 wyłącznie w nich, w 12 zaś prócz tego i w zawierających wysięk zapalny pęcherzykach płucnych bliższych i odleglejszych. Liczba ich jednak tutaj była bez porównania mniejsza, aniżeli w guziczkach gruźliczych i ogniskach serowatych. W 2-eh z pomiędzy owych 25 przypadków, gruźelków i ognisk serowatych wcale nie było; tutaj łasieczniki gruźlicy napotkane zostały raz w znacznej ilości w pęcherzykach płucnych, zawierających świeży wysięk pneumoniczny, drugi raz w skąpej ilości i obok niezwykle licznych egzemplarzy *micr. pn.* w pęcherzykach płucnych, napełnionych wysiękiem nekrotycznym.

To przeciwstawienie umiejscowienia obu gatunków bakterii pozwala już na sformułowanie tymczasowego wniosku, że nie łasiecznik gruźlicy wyłącznie, jak to dotychczas ogólnie przyjmowano, bierze udział w powstawaniu tak często napotykanych zapaleń zrazikowych płuc w przebiegu przewlekłej gruźlicy, lecz co najwyżej w połączeniu z mikrokokiem pneumonii. Ale to jest tylko wniosek tymczasowy. O. nie waha się twierdzić, że wspomniano wyżej zapalenia etyologicznie zależą wyłącznie od „mikrokoka zapalenia płuc“. Za tem przemawia (prócz argumentów, jakie później zostaną przytoczone) prawie stale napotykanie go w niezmiernie wielkiej ilości w owych ogniskach zapalnych, dalej ich histologiczna tożsamość z większością wszystkich innych zapaleń zrazikowych płuc, których powstawanie przypisujemy mikrokokowi pneumonii, wreszcie umiejscowienie łasieczników gruźlicy, które stale znajdowane były tylko w tych patologicznie zmienionych częściach, jakie badanie histologiczne uznało za gruźlicze (zserowaciałe); przeciwnie

zaś brakło ich w wielkiej liczbie przypadków wewnątrz zapalnie zmienionych pęcherzyków.

Jakaż jest jednak rola laseczników gruźlicy, napotykanych w dotkniętych zapaleniem pęcherzykach płucnych? Rzecz tę wytłumaczyć można w czworaki sposób:

1) Laseczники gruźlicy mogły zawędrować wtórnie do tkanki już poprzednio uległej zapaleniowi skutkiem obecności mikrokoka pneumonii.

2) Obydwa rodzaje drobnoustrojów mogły wtargnąć jednocześnie z jamy gruźliczej lub z gruźliczej płwociny, które, jak wiadomo, zawierają często, prócz laseczników gruźlicy, rozmaite koki ropne lub mikrokoka pneumonii.

3) W przypadkach, w których, jak to się zdarza, płwocina gruźlicza lub jama zawiera wyłącznie laseczники gruźlicy bez koków, możliwe jest, że płwocina lub zawartość jamy, przechodząc przez oskrzela, zabierają ze sobą normalnie w służbie ich znajdujące się koki. Albo też laseczники gruźlicy przenikły w takie miejsce, w służbie najdrobniejszych oskrzeli którego znajdowały się koki, a specyalnie *mier. pn.* (BESSER znajdował w służbie oskrzeli przy braku objawów zapalnych ze strony płuca gronkowca złocistego, paciorkowca ropnego, lasecznika zapalenia płuc i diplokoka pneumonii).

4) *Mier. pn.* mógł przeniknąć do miejsca, w którym lasecznik gruźlicy już wcześniejszą się zagnieździł. Jeżeliby nawet tak było, to szybki rozwój i rozmnażanie się pierwszego, znana szybkość powstawania wywołanych przezeń zmian w tkance, a z drugiej strony również znany powolny rozwój lasecznika gruźlicy i właściwych mu zmian tkankowych, dowodzić będzie w każdym razie etyologicznej roli *mier. pn.* w sprawie zapalenia zrazikowych płuc, towarzyszących przewlekłej gruźlicy tego narządu.

A więc na długo przedtem, zanim lasecznik gruźlicy jest w stanie wywrzeć na tkankę swój wpływ swoisty, zapalnie nacieczenie tkanki musiało powstać dzięki wtargnięciu, chociażby nawet późniejszemu, mikrokoka pneumonii. W nacieczonej zapalnie tkance płucnej napotykać się dają laseczники gruźlicy, które tymczasem nie przyjęły żadnego udziału w sprawie chorobowej i dopiero później wpływ swój wywrą.

Taki pogląd zmienia też popularno dotychczas zdanie FRAENKEL'a, że „gdzie jest lasecznik gruźlicy, tam jest i gruźlica“ na inne: „gdzie jest lasecznik gruźlicy, tam jest, albo dopiero będzie gruźlica“.

Tkanka płuc, w której *mier. pn.* wywołał zapalenie, podlega w następstwie dalszym, wtórnym, zależnym od obecności lasecznika gruźlicy zmianom, których punktem kulminacyjnym jest powstanie tak przez autora nazwanych „ognisk serowatych“. Ogniska te są to grupy pęcherzyków płucnych, które pierwotkowo uległy zapaleniu pod wpływem *mier. pn.* i w których następnie dzięki działalności lasecznika gruźlicy wysięk komórkowy uległ zserowaceniowi, gdy wysięk włóknikowy najdłużej opiera się temu ich swoistemu wpływowi, lecz w końcu także dzieli los pierwszego. Zgodnie więc z ORTH'em i BAUMGARTEN'em, O. upatruje swoiste działanie lasecznika gruźlicy w właściwości wywoływania zmian serowatych.

Zupełnie analogicznie wnioski wyprowadza autor dla etyologii serowatych zapaleń płuc i jednego przypadku świeżego płatowego zapalenia płuca w przebiegu przewlekłej gruźlicy. W tym ostatnim przypadku wewnątrz dotkniętych sprawą zapalną pęcherzyków płucnych znaleziony został *diplococcus pneumoniae*, gdy przeciwnie, nie było w nich wcale laseczników gruźlicy.

Z pomiędzy pięciu przypadków serowatego zapalenia płuc, w 3 nie udało się wykryć w dotkniętych świeżym zapaleniem częściach lasecznika gruźlicy, we wszystkich zaś koki. W 2 zaś przypadkach, w których w ogniskach zapalnych znalezione zostały l. gr., liczba ich w miarę posuwania się od guziczek gruźliczych lub ognisk serowatych stopniowo zmniejszała się.

A więc i te zapalenia serowate przedstawiają zapalenia zrazikowe, wywołane z początku *mier. pn.*, które dopiero pod późniejszym wpływem lasecznika gruźlicy stały się tem, co wyraża ich nazwa.

Nazwę tę proponuje autor zmienić na inną: „*tuberculisirende confluente Bronchopneumonie*“.

Z badania bakteriologicznego 15 przypadków drugiej grupy t. j. przypadków przewlekłej gruźlicy, pozornie nie powikłanej zapaleniem zrazikowym płuc, wnioski nie dają się z taką stanowczością wyprowadzić, jak w poprzednich. Tylko w 3 z tych przypadków skonstatowany był *mier. pn.* zarówno w hodowlach, jak i w tkance do-

tkniętych zapaleniem, sąsiednich i odległych pęcherzyków płucnych. Tu jeszcze można z wszelką racją mówić o etyologicznej roli *mier. pn.*, tembardziej, że w 2 z tych trzech przypadków, laseczники gruźlicy na terytoryum, dotkniętem zapaleniem, nie zostały wykryte. Jeszcze w 2 przypadku h koki znalezione zostały w hodowlach, brakło zaś ich w tkance, w reszcie przypadków nie mogły być skonstatowane ani w tkance, ani w hodowlach. Pomimo tego ujemnego wyniku badania, uważa autor i tu *mier. pn.* za przyczynę ognisk zapalnych ze względu na rozległość ich, *resp.* na znaczną odległość od guziczków gruźliczych. Żo wykazanie drobnoustroju nie udało się, objaśnia się trudnościami, z jakimi często połączone jest jego wykazanie w tkance wogóło.

Nakoniec i to zapalenia tkanki płucnej, jakie towarzyszyły 9 przypadkom ostrej, *resp.* ostrawej gruźlicy prosówkowej, zawdzięczały pochodzenie swoje mikrokokowi pneumonii, gdyż pasorzyt ten znaleziony został 7 razy w dotkniętych zapaleniem pęcherzykach płucnych, w 8-ym przypadku tylko w hodowli. Laseczники gruźlicy zaś napotykanne były stale tylko w guziczkach gruźliczych, *resp.* ogniskach serowatych i tylko raz, i to w bardzo ograniczonej ilości, w zawierających wysięk pęcherzykach płucnych. T w orzzenie się gruzełków prosówkowych w płucach i powstawanie zmian pneumonicznych stanowią zatem dwie rzeczy zupełnie różno.

Na szczególną uwagę zasługuje znalezienie w 3 przypadkach gruźlicy prosówkowej pneumokoków w świetle naczyń włosowatych przegródek pęcherzykowych, prztem w 2 z nich liczba tych pasorzytów była bardzo znaczna. Z tego należałoby wyciągnąć wniosek, że w pownym szeregu przypadków gruźlicy prosówkowej nie tylko laseczники gruźlicy, lecz i inne drobnoustroje, a pomiędzy nimi *mier. pn.* mogą przenikać do krwiobiegu. W takich przypadkach mieliśmy do czynienia ze skombinowaną posocznicą gruźliczo-mikrokokową (*Combinirte Tuberkelbacillen-Coccen-Septicemie*). I w istocie, zdarzają się przypadki ostrej gruźlicy prosówkowej, których przebieg kliniczny robi wrażenie najpospolitszej posocznicy. To znalezienie pneumokoków wytłumaczyć jest także w stanie to przypadki gruźlicy ostrej prosówkowej, które przebiegają pod postacią krupowego zapalenia płuc.

Jeszcze słów kilka o etyologii tak często w przebiegu gruźlicy płuc napotykaných zapaleń włóknikowych opłucnej. FRAENKEL, NETTER oraz GILBERT i LION utrzymują, że w większości surowiczo-włóknikowych zapaleń opłucnej nie udaje się wykryć drobnoustrojów w wysięku. Powszochnie zaś owe zapalenia opłucnej kładzie się na karb lasecznika gruźlicy. Żo pogląd taki przynajmniej nie dla wszystkich zapaleń opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc jest trafny, dowodzi jeden z przypadków autora, gdzie w wysięku opłucnej znalezione zostały niezliczone masy diplokoków. (Wogóło we wszystkich badanych przypadkach autor raz tylko napotkał powikłanie ze strony opłucnej). O. uważa za prawdopodobne, że przynajmniej rozleglejsze włóknikowo zapalenia opłucnej, towarzyszące gruźlicy płuc, zawdzięczają pochodzenie swoje mikrokokowi zapalenia płuc.

Wyniki wszystkich tych szczegółowych badań prowadzą w końcu autora do zaznaczenia swego stanowiska w kwestyi, czy gruźlica płuc jest sprawą jednolitą, czy nie. Niemal od poł wieku rzecz ta stanowi punkt sporny w historyi gruźlicy, dzielący uczonych na dwa obozy: unitarystów i dualistów. Przedstawicielami dwu tych teoryi obecnie są: BAUMGARTEN—unitarysta i ORTH—dualista. Gdy zwolennicy ostatniego poglądu utrzymują, że w płucach gruźliczych zachodzą dwojakiego rodzaju sprawy: 1) sprawa nowotworowa—gruzełek, 2) sprawa zapalna, skutkiem której pęcherzyki płucne napełniają się wysiękiem, a miąższ płuca ulega nacieczeniu—gruźliczoj hepacyzacyi; unitaryści z BAUMGARTEN'em na czele uważają z punktu histologicznego gruzełek prosówkowy za przewlekłe, serowate zapalenie płuc, i naodwrot, to ostatnie za nie innego, jak za czystą gruźliczą sprawę w tkance płucnej. Identyczność histologiczna, zdaniem ich, znajduje się w związku z identycznością wywołującego obie sprawy momentu etyologicznego. Co się tyczy punktu widzenia histologicznego, to autor podziela pogląd ORTH'a: izolowane zapalenie zrazikowe płuc i płatowe serowate zapalenie (*tuberculosisirende confluirte Bronchopneumonie*), towarzyszące gruźlicy płucnej, przedstawiają histologicznie istotną pneumonię zo wszystkimi charakterystycznymi jej cechami, a więc sprawę odrębną od czysto proliferacyjnych zmian, jakimi są gruzełki.

Ale, jeżeli, etyologicznie rzeczy biorąc, O. zalicza się także do dualistów, to nio w znaczeniu zwolonnika ORTH'a, dla którego obie grupy zmian w płucach gruźliczych zależą od działania lasecznika gruźlicy. W całej swojej pracy starał się ORNER do-

wieść, że sprawy pneumoniczne w suchotach płucnych zawdzięczają swoje powstawanie mikrokokowi pnoumonii, a nie lasecznikowi gruźlicy.

Pogląd więc autora da się wyrazić w następujących słowach:

W dotkniętem gruźlicą płucu należy rozróżniać dwie sprawy chorobowe: tworzenie się gruzełków i powstawanie ognisk zapalnych. Obie sprawy różnią się od siebie nie tylko histologicznie, lecz i etyologicznie, gdyż pierwsze są owocem działalności lasecznika gruźlicy, drugie — mikrokoków pnoumonii. Gruźlica płuc jest tedy zakażeniem mieszanem, zależnem od wpływu idących ręką w rękę dwóch tych gatunków bakteryi.

(*Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie. I. 1893*).

Z. Srebrny.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

171. KOSIMA. O przebiegu i zejściu gruźlicy stawu łokciowego. Praca ta opiera się na materyale, jakiego dostarczyła klinika KOENIG'a w Getyndze w okresie lat piętnastu, od r. 1875 do końca r. 1890. Dane dawniejsze lub z innego źródła pochodzące, nie zostały uwzględnione, a to dla otrzymania materiału statystycznego, odznaczającego się jednolitością, tak co do sposobu leczenia, jak i co do zapatrywań ogólnych.

Chorych dotkniętych gruźlicą stawu łokciowego we wspomnianym czasie w klinice leczonych było 137. Prawy staw łokciowy zajęty był w 54%, lewy w 44,5%, oba stawy jednocześnie w 1,5% ogólnej liczby. Mężczyźni stanowią 46, kobiety 54%. Zwykle w gruźliczych cierpieniach stawów płęć męzka przeważa, wpływa na to rodzaj pracy mężczyzn i częste uszkodzenia zewnętrzne. Uraz (*trauma*) był powodem cierpienia u mężczyzn 13 razy, u kobiet zaś 3 razy.

Pod względem etyologicznym materiał zebrany rozpada się na cztery grupy. 1) 41,5% stanowią osobniki, u których gruźlica płuc, skóry, gruczołów chłonnych, kości lub stawów poprzedzała cierpienie stawu łokciowego; 2) uraz 12%, 3) dziedziczność 60%, 4) nieznane wpływy u osobników pozornie zdrowych 40,5%. Nadmienić należy, co się tyczy punktu 4-go, iż powszechnie utwierdza się obecnie zdanie, że gruźlica kości i stawów może się rozwijać u ludzi silnych, z kwitnącym zdrowiem, pierwotnie, samoistnie, nie tylko drogą przeczutów z gruczołów oskrzelowych lub kręzkowych. Dane co do dziedziczności nie wiele wzbudzają wiary wskutek niedokładnych wskazówek chorych. Lekkie uszkodzenia stawu częstokroć wywołują gruźlicę, gdy wystąpienie jej wskutek znaczniejszego uszkodzenia do rzadkości należy.

Co do wieku chorych, wstępujących do kliniki, to: do lat 10 było 21,5%, między 10 i 20 — 18,5%, 20 i 30 — 12,5%, 30 i 40 — 15,5%, 40 i 50 — 10%, 50 i 60 — 13%, 60 i 70 — 9%. Zdziwiałe jest, iż częstość gruźlicy łokcia nie zmniejsza się równomiernie z wiekiem, lecz wzrasta nawet w okresie między 50—60 rokiem życia. W grupie chorych pomiędzy 30—40 rokiem życia przewaga kobiet jest największa.

Przebieg gruźlicy w stawie łokciowym zwykły być bardzo powolnym, z objawami mniej więcej podobnemi. Obrzmienie zajmuje przestrzeń rozmaita; najczęściej wyczuwa się ono między główką kości promieniowej a bocznym brzegiem wyrostka łokciowego i w okolicy rowka nerwu łokciowego; niekiedy zaś umiejscawia się na jednym tylko kłykcio kości ramieniowej. Zmiany czynnościowe bywają też rozmaitego natężenia, zwykle istnieje przykurczenie; niekiedy zdarza się zwichnięcie główki kości promieniowej. Bolesność jest objawem stałym, szczególnie w gruźlicy kości. Przetoki z ropnia lub na miejscu cięcia powstałe (53%) umiejscawiają się najczęściej na tylnej powierzchni stawu, pomiędzy kością promieniową i łokciową; następnie po za kłykiem wewnętrznym, na kłykciach lub na wyrostku łokciowym. Ropnie (35%) rozwijały się jako okołostawowe lub opadowe.

Podobnie do innych stawów, i w łokciu przebiega gruźlica w dwóch postaciach: kostnej i stawowej. Stosunkowo rzadko spotyka się w stawie łokciowym trzecia jeszcze postać gruźlicy stawowej — *hydrops tuberculosis*, tak częsty w stawie kolanowym; łączy się on z jedną z wymienionych postaci. Przy kostnem umiejscowie-

niu ognisk gruźlicy zdarzył się wysięk surowiczy 6 razy, przy stawowym 4, czyli razem $10 \div 7\%$. Na 131 operowanych chorych, ogniska kostne stanowią 71%, stawowe 29%. O 6 nieoperowanych przypadkach nic pewnego powiedzieć nie można, także o 3 z zupełnem zniszczeniem stawu. Wymienione 71% ognisk kostnych rozpadają się pod względem umiejscowienia, jak następuje: 47% przypada na kość ramieniową, 40% na wyrostek łokciowy, *resp.* na kość łokciową i 2% na kość promieniową; 10% na kości ramieniową i łokciową jednocześnie i 1% na kość ramieniową i promieniową. W kości ramieniowej zajęty bywa najczęściej kłykieć zewnętrzny, następnie (prawie o połowę rzadziej) kłykieć wewnętrzny lub środek kości; w ostatniem umiejscowieniu najłatwiej powstaje przedziurawienie kości do jamy stawowej. W kości łokciowej wewnętrzna powierzchnia stawowa jest najczęstszem siedliskiem ognisk, otwierających się w dalszym przebiegu do stawu; rzadko zmiany umiejscawiają się na tylnej powierzchni wyrostka łokciowego, powodując ropnie okołostawowe. Postać ognisk kostnych bardzo jest rozmaita: nieprawidłowa lub kulista, niekiedy klinowata.

Pod względem leczenia, zebrany materiał rozpada się na 2 grupy: w jednej grupie chorych stosowano środki bardziej energiczne: amputację i typową resekcję, w drugiej zaś mniej radykalne: opatrunek gipsowy, wstrzykiwania waseliny, jodoformu w glicerynie, przecięcie ropnia i wykrobanie ziarniny, wreszcie resekcję częściową (t. j. bez odpiłowania kości).

Wstrzykiwania jodoformu stosowano tylko 2 razy, bez skutku; zdaniem autora, staw łokciowy z powodu bardziej złożonej budowy mniej jest dostępny działaniu tego środka, niż inne stawy. Opatrunek gipsowy w 2 przypadkach nie dał żadnych wyników; o wartości jego nic pewnego K. orzec nie może. U kilkunastu nieklinicznych chorych gipsowy opatrunek okazał się również bezskutecznym. Ogółem oszczędzającą metodę leczenia użyto 21 razy, w pozostałych 116 przypadkach wykonywano resekcję lub amputację.

Do amputacji przystąpiono 8 razy wskutek rozległego zniszczenia stawu i mocno rozwiniętej gruźlicy innych narządów; w liczbie tej 7 było pierwotnych amputacji, jedna zaś wtórna, po nieudatnej resekcji.

Typowe resekcje robione były sposobem LANGENBECK'a lub KOENIG'a. Różnica między nimi polega na tem, że według metody LANGENBECK'a kości (końce stawowe) zostają odpiłowane po doszczętnem oddzieleniu od okostnej i części miękkich, KOENIG zaś pozostawia wraz z mięśniami i okostną część wyrostka łokciowego i kłykców, odbijając je dłutem od reszty kości.

Przed założeniem szwów i sącza zwykle zasypywano i nacierano jamę stawową jodoformem, co wpływało dobrze na gojenie. Opatrunki robiono najczęściej ze mchu. Przez 3—4 następnych tygodni kończyła pozostawała w położeniu wyprostnem i wywrotnem (*supinatio*), dla uniknięcia zsuwania się odciętych kości, potem dopiero nakładano opatrunek w położeniu zgiętem i nawrotnem (*pronatio*).

Wyniki leczenia były następujące: wyleczenie zupełne z zachowaniem większej lub mniejszej ruchomości 48 razy, wyleczenie niezupełne z pozostałą przetrąką i ograniczonymi ruchami 8, amputacja 6, wypadków śmierci 38, zejście niewiadome 34. Ten bilans ogólny rozbity jest dalej względnie do sposobów leczenia. Przy postępowaniu oszczędzającem osiągnięto 31% (8 razy) zupełne wyleczenie (nie biorąc w rachubę pewnego ograniczenia ruchów i przykurczeń). Niezupełne wygaśnięcie cierpienia z ograniczoną zdolnością do ruchów nastąpiło w 7,5% (1 przypadek), zejście śmiertelne 61,5% (8), wyniki niewiadome u 8 chorych. Leczenie operacyjne daje 54% (45 chorych) doszczętnego wyleczenia z zachowaniem używalności i ruchomości kończyny; 8% (7 chorych) niezupełnego wyleczenia i 38% (30) śmiertelności; wyniki niewiadome u 28 chorych. Zestawienie tych dwóch szeregów cyfr wykazuje przewagę pomyślnych wyników, otrzymanych przy stosowaniu operacji; wogóle jednak cyfry te są zbyt małe, by na nich opierać zupełnie pewne i bezstronne wnioski. Zdaniem autora, resekcji należy oddać pierwszeństwo.

Do oceny otrzymanych wyników co do zachowania czynności kończyny i jej używalności, służą następujące zestawienia: 1) wyleczenie z mniejszą lub większą ruchomością i dobrą zdolnością do użytku wypadło po resekcji 27 razy, po oszczędzającem leczeniu 8 razy; 2) wyleczenie z zeszytnieniem (*ankylosis*) i zadawalniającą zdolnością do użytku przy pierwszym sposobie 15, przy drugim 1; 3) 3 razy

otrzymano po resekcji staw rzekomy. Też same trzy pozycje, względnie do użytej metody resekcji rozpadają się: metoda LANGENBECK'a—wyleczenie 25, *ankylosis* 12, staw rzekomy 3; metoda KOENIG'a—wyleczenie 2, *ankylosis* 3. Uderzająca jest przewaga *ankylosis* przy użyciu dłutowania.

Przebieg pooperacyjny u chorych po przecięciu lub wyskrobanie pomyślniejszy był, niż po resekcji całkowitej. W pierwszej grupie chorych przebieg aseptyczny zdarzył się w 80%, ropienie w 20%, gdy u resekowanych stan bezgorączkowy w 75%, ropienie w 25%. Czas pobytu w klinice dla chorych resekowanych wynosił przeciętnie 41 dni, dla nieresekowanych 33 dni.

Do rubryki śmiertelności wliczone zostały przypadki śmierci, które się zdarzyły wkrótce po operacji lub po pewnym czasie (2—5 lat). Bezpośrednio po wykonaniu zabiegu operacyjnego umarło 4 chorych; jeden (17 letni) wskutek zatrucia jodoformem, inny (52 letni) na gruźlicę płuc, inny (79 letni) na zapalenie płuc i czwarty (2 letni) na błonicę gardzieli. W pozostałych przypadkach śmierci najwięcej ofiar (25 przypadków) zabierała gruźlica (płuca 80%), po za tem inne choroby (9 przypadków). W niektórych tylko razach można było zebrać dane co do trwałości wyleczenia i używalności kończyny do czasu śmierci. Z 25 przypadków śmierci u chorych resekowanych, trwałe wyleczenie i dobra używalność pozostały u 10, w 5 ropienie trwało do śmierci; o reszcie chorych brak wiadomości. Z 8 nieoperowanych chorych 2 razy otrzymało się zupełne wyleczenie, 3 razy cierpienie trwało aż do śmierci, brak danych o 3 chorych.

(D. Zeitschr. f. Chirurgie B. 35, 1892).

Z. S.

172. BOENNECKEN. **Przyczynę do powstawania nerwobólu nerwu trójdzielnego.** Etiologia rwy nerwu trójdzielnego jest często bardzo ciemna; zwykle zmuszeni jesteśmy w leczeniu tego ciężkiego i względnie częstego cierpienia, ograniczyć się na usuwaniu napadów bólu, nie wdając się początkowo w rozpoznanie przyczyny bólów. Jeżeli nie możemy przy najdokładniejszym badaniu wykryć w obwodowych rozgałęzieniach nerwu przyczyny, wywołującej stan podrażnienia tegoż, t. j. nie udaje nam się odszukać cierpienia ucha, zębów, nosa i jam obocznych, ani też choroby mózgowej i zakażeń lub zatruc, które, jak wiadomo, mogą powodować nerwobóle, pozostaje nam tylko przyjąć w tych niejasnych przypadkach przekrwienie, zmiany zapalne lub też wysięk w pniu nerwowym.

Już *a priori* należy przypuścić, że liczne przypadki rwy nerwu trójdzielnego, w których etiologia jest ciemna, zawdzięczają swe powstawanie sprawom chorobowym na obwodzie nerwów, które z trudnością udaje się wykryć przy badaniu. Znanne są w literaturze przypadki, w których uporczywe i długotrwałe neuralgie n. trójdzielnego ustępowały po usunięciu błahych przyczyn.

Zakończenia nerwu trójdzielnego w zębach mają w tych przypadkach ogromne znaczenie. MILLIKEN i GARRETSON opisują przypadki nerwobólów nerwu trójdzielnego, które po kilku latach trwania ustępowały po odpowiedniemu leczeniu cierpienia miazgi zębowej przy zewnętrznie niezmienionych zębach i po zaplombowaniu ukrytej jamy w zębie.

Ze zwykłego bólu zęba, pochodzącego z choroby miazgi zębowej, bardzo często powstają nerwobóle szczęki górnej, *resp.* dolnej. Te ostatnie powoli stają się podobne do zwykłej neuralgii nerwu trójdzielnego z napadowo występującymi paroksyzmami bólów i przerwami wolnemi od bólów. Szczególniej przy ukrytych jamach dolnych zębów trzonowych rozwija się nerwoból gałęzi uszno-skroniowej, z silnemi napadami bólów w uchu i okolicy skroniowej. Chory nie podejrzewa zupełnie związku tych bólów z chorobą zęba, jeżeli (jak to się często zdarza) nie ma właściwie bólu zęba.

Jeżeli w przypadkach tych odpreparujemy jamkę w zębie i ostrożnie dotknemy ekskawatorem miazgi zębowej, wtedy chory uczuwa silny ból w okolicy skroniowej. Zwykle można zapomocą arszeniku zniszczyć chorobowo zmienioną miazgę, a wtedy napady bólów znikają; czasami jednak upływa kilka tygodni lub miesięcy, zanim neuralgie te zupełnie ustają, co zależy od nieznacznych zmian w pniu nerwowym (*neuritis ascendens*).

Zmiany powyższe w zębach i ich związek z nerwobólami twarzowemi ogólnie są znane. W każdym więc przypadku należy dokładnie obejrzeć jamę ustną, usunąć korzenie zębowe i zaplombować jamki. Prócz zmian widocznych na zębach istnieją jeszcze chorobowe stany miazgi zębowej, które mogą powodować neu-

rałgię nerwu trójdzielnego, a których rozpoznanie bardzo bywa trudne, gdyż sprawa odbywa się w zębach na pozór zdrowych. Amerykanie stan chorobowy miazgi zębowej w tych przypadkach nazywają „*dying pulp*”. W niektórych przypadkach mamy do czynienia z przekrwieniem zastoinowym miazgi zębowej. Przekrwienie takie może powstać przez uraz, np. przy gryzieniu orzechów, lub też przy niespodziewanym ugryzieniu twardych pokarmów, przyczem ząb wykonywa ruch boczny a naczynie odprowadzające u wierzchołka korzenia zębego zgina lub też skręca się; zaś naczynie doprowadzające, posiadające grubsze ściany, wytrzymuje uraz.

Występują wtedy w jamce zębowej, otoczonej niepodatnymi ścianami, objawy zastoinowe, podobne do tych, które widzimy przy uwiecznionych przepuklinach. Rozszerzone naczynia uciskają gałązki nerwowe miazgi zębowej, a podrażnienie takie wystarczy do wywoływania napadów bólu w odpowiednim pniu nerwowym. WzmóŜona wrażliwość zęba na ciepło może w tych przypadkach stanowić poniekąd wskazówkę rozpoznawczą, gdy przeciwnie zimno działa kojąco. Można sobie to objaśnić tem, że zimno wywołuje skurcz naczyń i przez to zmniejsza ucisk na gałązki nerwowe miazgi zębowej, gdy ciepło działa przeciwnie.

Drugą zmianę chorobową miazgi zębowej, przy pozornie zdrowych zębach, wywołującą jeszcze częściej neuralgie twarzowe, stanowią złogi nowoutworzonej tkanki—zębiny lub złogi wapienne w miazdze zębowej. Niektórzy autorowie sądzą, że zmiany te powstają najczęściej u osobników nerwowych. Anatomicznie należy rozróżnić przypadki ze złogami prawdziwej tkanki zębiny, powstałej przez działanie odontoblastów, i przypadki zwapnienia miazgi zębowej.

Złogi miazgi zębowej powstają częściej w zębach spróchniałych (*caries chron.*), rzadziej w zębach o zdrowej powierzchni; jeżeli złogi takie są dość duże, wtedy wywierają ucisk i drażnią gałązki nerwowe miazgi zębowej. Chorzy określają ból jako wędrujący, świdrujący i trudno dający się umiejscowić; w późniejszym okresie występują napady nerwobólów z odruchowemi kurczami i punktami bolesnemi na ucisk, jednym słowem typowe neuralgie. Powiększanie się zlogów powoduje wrażliwość zęba na różnice temperatur i podrażnienie okostnej korzenia. Powoli choroba rozszerza się na kilka zębów. W ciężkich przypadkach jedyną terapię stanowi wyrwanie zęba. W początkowych okresach choroby przy wczesnem rozpoznaniu można zapomocą przypalenia miazgi zębów uratować.

Autor przytacza historię choroby 35-letniej kobiety, u której złogi powoli wytworzyły się we wszystkich zębach obu szczęk i wywoływały tak silne nerwobóle i wyniszczenie ogólnego stanu chorej, że zmusiły go do wyrwania wszystkich zębów z obu szczęk. Badanie mikroskopowe zębów wykazało, że w przypadku tym nie było ziarenek zębiny, lecz tylko złogi wapienne w miazdze zębowej, a zatem była tylko przemiana wsteczna miazgi. Zwapnienie dotyczyło głównie miazgi korony zębowej, w korzeniach widoczne były gdzieś niedługo małe złogi. W tkance jednak widział autor wyraźne objawy podrażnienia, rozszerzone naczynia włosowate i drobnokomórkowe nacieczenie.

Autor w końcu swej pracy przychodzi do następujących praktycznych wniosków:

Przy każdej neuralgii nerwu trójdzielnego należy dokładnie zbadać zęby. Przedewszystkiem dbać powinniśmy o usunięcie następstw próchnienia, t. j. wyrwać korzenie i takie zęby, które nie da się utrzymać, prócz tego plombować wszelkie dziury znajdujące się w zębach. W niektórych rzadszych przypadkach występują choroby miazgi zębowej (przekrwienia zastoinowe, złogi wapienne) przy zdrowej powierzchni zębowej i mogą powodować najcięższe postaci nerwobólów nerwu trójdzielnego. Dokładne zbadanie każdego zęba oddzielnie umożliwi nam rozpoznanie (badanie wrażliwości na różnice temperatur, przeświecanie, nie, próbna trepanacja jamy zębowej).

(*Berl. klin. Wochen. Nr. 44. 93 r.*).

G.

173. **Przyczynę do nauki o działaniu klinicznem nukleiny.** MOUREK, asystent przy klinice prof. JANOWSKIEGO w Pradze, stosował nukleinę w kilkunastu przypadkach wilka i wrzodów goleniowych. Lek przyrządzano ze świeżej miazgi ledziony cielęcą, działając na nią kwaśnym roztworem pepsyny, i po odpowiedniem oczyszczeniu podawano w stanie płynnym lub stałym, *per os* lub pod skórę. Przy stosowaniu wewnętrznym (8 przyp. wilka i 2 owrzodzeń goleni) okazało się

co następuje. Ogólnego działania albo nie było, lub też przejawiało się w różnym stopniu przez szybkie wznoszenie się temperatury (w jednym przypadku do 39,9°) i następnie przez powolne opadanie przy objawach znużenia i bólu głowy. Badanie krwi nie dało stanowczych wyników, wszakże w większości przypadków wykazało leukocytozę bądź mniejszą bądź większą (w niektórych przypadkach liczba leukocytów zwiększyła się o 60%). Prawie u wszystkich chorych ilość moczu zwiększona.

Dwa przypadki wilka nie dały odczynu miejscowego. W innych po pewnym czasie (podawano od 0,5 do 4,0 *pro die*, przez czas cały od 11 do 152,0) dokoła wilka występowało mniejsze lub większe przekrwienie. Niekiedy całe porażone miejsce czerniało, stawało się twardszem i czułem na ucisk. Ani rozsiewania się, ani znikania lub rozpadania się gruzełków nie zauważono. Po pewnym czasie przekrwienie zmniejszało się, obrzmienie niknęło, naskórek brzegów łuszczył się. Stare wrzody okazywały stosunkowo znaczną reakcję, która ustępowała po zaprzestaniu podawania nukleiny.

Co się tyczy wrzodów goleniowych, to w jednym przypadku upartego chronicznego wrzodu, dla którego chory po raz czwarty zjawiał się w szpitalu, nastąpiło szybkie zagojenie się. W drugim przypadku wrzód wielkości dłoni, który po 4 miesiącach leczenia różnemi sposobami nie zmniejszał się, już po upływie miesiąca stał się 3 razy mniejszym. Godnem uwagi było szybko oczyszczenie się powierzchni wrzodu (w obu przypadkach innej pomocy nie udzielano).

U innych 10 chorych (9 przyp. *lupus*, 1 *lues heredit. et ulc. cruris*) stosowano nukleinę w postaci wstrzykiwań podskórnych. Sposób działania leku był analogiczny, różnica polegała na szybszej i silniejszej reakcji. Krew, badana w 6 godzin po wstrzyknięciu, wykazywała niekiedy stosunek białych ciałek do czerwonych równy 1:50, co zjawiało się po każdym wstrzyknięciu. Temperatura podnosiła się po każdym wstrzyknięciu daleko prędzej i wyżej, aniżeli przy stosowaniu *per os*. Reakcja miejscowa analogiczna.

Nieliczne te próby, powiada d-r MOUREK, potwierdzają myśl prof. HORBA-CZEWSKIEGO (Nr. 31—32 r. 92. Čas. lék. č.), że nukleina jest środkiem pyrogennym (łagodnym przy podawaniu *per os*, energiczniej działającym przy stosowaniu w postaci wstrzykiwań podskórnych), wywołującym stan zapalny przewlekły i zwiększającym wyrób białych ciałek krwi.

(Časopis lékařů českých Nr. 5 i 36 r. 93).

S. Kos.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= STEPHEN PAGET z Londynu w jednym przypadku zapalenia opon mózgowych u 8-letniego chłopca wykonał w celu leczniczym trepanację kręgosłupa i następcze drenowanie mleczu paciierzowego. Według metody HORSLEY'a usunięte zostały łuki czwartego i piątego kręgu szyjowego. Po przekłuciu opony twardej wytrysnęło około 5 uncji płynu i założony został cienki dren. Po operacji ilość oddechów na minutę zmniejszyła się (z 40 do 26), tętna ze 120 do 118. Chory zmarł w 5 dni po operacji. Sekcja wykazała: rana była zupełnie czysta i dren dobrze funkcjonował jeszcze. Żyły opony twardej mocno rozszerzone. W jamach czaszkowych średnich znajdowało się około uncji surowiczno-ropnego płynu, w jamach tylnych około trzech uncji przezroczystego płynu. *Pia mater* nacieczona. Zawoje mózgowe silnie uciśnięte. Trzecia, czwarta i boczne komórki rozszerzone. Na *pia mater* podstawy nieliczne gruzełki. (Lancet 15—93). L.

= KOSSA poleca jako odtrutkę w otruciu cyankiem potasu na *ad manganian potasu*. W próbówce obie substancje działają na siebie bardzo energicznie: fioletowe roztwory nadmanganianu potasu szybko odbarwiają się kwasem pruskim, co dowodzi utleniania się cyanku potasu. Doświadczenia na zwierzętach, dokonane z obydwojema ciałami, potwierdziły powyższe doświadczenie: zwierzęta znosiły 10-krotną dawkę śmiertelną kwasu pruskiego, jeżeli jednocześnie lub wkrótce po otruciu otrzymały nadmanganian potasu. Ilość odtrutki według K. wynosi $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{2}$ litra 0,3—0,5% roztworu. (Ung. Arch. f. Med. II. 1). Z. S.

= FISCHER w Heidelbergu opisuje następujący przypadek *krwotoku z migdałkami języka*. 35-letni zdrowy mężczyzna, jedząc chleb, poczuł nagle ból kłujący w gardle, po czem wystąpiło krztuszenie się, kaszel, połączony z wyrzuceniem czystej, płynnej krwi. Przy badaniu gardzieli znalazł autor znaczny obrzęk

języczka, zwłaszcza w dolnej części, oraz wypukłość niewielką, sino-czerwonej barwy na prawym migdałku. Pomiędzy języczkiem a migdałkiem widać było obce ciało, które jednym końcem utkwilo w języczku, drugim w migdale. Ciało to, po wyjęciu, okazało się kawałkiem grubej szczeciny, długości 1.5 ctm. Szczecina ta pochodziła oczywiście z miotłki, jaką piekarze zwykle smarują chleb. Po usunięciu obcego ciała znikły szybko wszystkie opisane objawy. (D. Med. Woch. Nr. 42. 1893). *Z. S.*

— Jak należy robić ciepłe okłady? Przyłożenie ciepłego wilgotnego okładu bezpośrednio na miejsce cierpienia ma pewne niedogodności, mianowicie: jest zawsze obawa zastosowania wyższej ciepłoty, z powodu możności oparzenia; jeżeli zatem zmoczony w gorącej wodzie i wyżęty okład zawiniemy szybko w flanelę, tak z wierzchu jak i od spodu, to zyskamy przez to możność zastosowania wyższych stopni ciepłoty bez obawy oparzenia, gdyż para, stopniowo przenikająca spodnią suchą warstwę flaneli, zwolna przyzwyczaja skórę do zniesienia wyższej ciepłoty. W razie braku gorącej wody można naprędce przyrzadzić ciepły wilgotny okład w sposób następujący: w dwoje zwinięty płat płótna lub flaneli zmoczyć w wodzie zimnej, odpowiednio wyżąć i zawinąć w papier ze starej gazety, poczem położyć na gorącej płycie kuchennej lub rurze od pieca; w kilka minut okład jest dostatecznie ciepły i po zdjęciu papieru gotowy do użycia. (Blätter f. klin. Hydrotherap. N. 10. 1893). *J. M.*

— CHOTŻ przedstawił w towarzystwie lekarskim wrocławskim dwóch chorych z wilkiem

kończyn górnych, leczonych a l u m n o l e m. U pierwszego, gdzie stosowane były tylko okłady z 2% tego środka, nacieczenie skóry znikło, rozpadłe guziczki oczyściły się, a przerosłe grzybowate miejsca zmalały. U drugiego prócz okładów stosowane były w przeciągu 13 dni wstrzykiwania 1—3 grm. 1% alumnolu w tkankę podskórną dotkniętą chorobą miejsc. Pod wpływem tego leczenia nacieczenie znikło w zupełności, owrzodzenia oczyściły się, miejsca rozpadłe zaciągnęły się blizną, a nieruchomy prawie przedtem staw łokciowy odzyskał swobodę ruchów. (D. med. Woch. 46—93). *Z. S.*

— Jako doskonały środek przeciwko rzeżączce poleca CAZENEUVE Gallobromol ($C^6Br^2[OH]COOH$), zawierający w sobie przeważnie brom i trzy grupy fenolu. Przestrzykiwanie 1%—2% roztworu tego środka należy wykonywać dwa razy dziennie. We wszystkich przypadkach, nawet w powikłanych zapaleniem tylnej części cewki, wynik był pomyślny. (Lyon med. 16. VII. 1893). *Z. S.*

— Jak znaczne utraty kości mogą się odradzać, dowodzi przedstawiony przez SONNENBURG'a w berlińskim towarzystwie chirurgicznem przypadek, w którym u 24-letniej kobiety wyeliminowana skutkiem zapalenia szpiku kostnego cała kość piszczelowa w zupełności odrodziła się. (Berl. klin. Woch. 46. 1893 r.). *Z. S.*

— SOLT zaleca ichtyol w ostrych zapaleniach średniego ucha według następującego przepisu: Ichthyol. 1,0. Aq. dest. Glycerin. aa 7,5. Ds. 3 razy dziennie wkraplać do ucha. (Berl. klin. Woch. 45. 1893).

Wiadomości bieżące.

— Z nadesłanego nam „Sprawozdania za lata 1891 i 1892 z zakładu dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu“, będącego własnością D-ra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA, widzimy, że zakład ten coraz więcej rozwija swą działalność. W latach sprawozdawczych oprócz kierownika personel lekarski składał się z dwu jeszcze lekarzy asystentów. Oprócz posługi świeckiej, w pielęgnowaniu chorych od roku zeszłego biorą udział 3 Siostry Miłosierdzia. W ciągu dwu lat ubiegłych znalazło w poliklinice poradę bezpłatną 7962 chorych, którzy oprócz porady otrzymywali często lekarstwa i opatrunki bezpłatnie. W oddziale zaś klinicznym, mającym obecnie 75 łóżek, leczono w tym czasie chorych 1618. Wszystkich operacji większych wykonano 1467, w tej liczbie na soczewce 406, na tęczówce 267. *B. R. G.*

— M. KAPOSÍ i I. NEUMANN, dotąd profesorowie nadzwyczajni uniwersytetu wiedeńskiego, zostali mianowani profesorami zwyczajnymi. KAPOSÍ objął klinikę chorób skórnych po HERBRZE w roku 1881, a NEUMANN od tegoż roku prowadzi klinikę chorób wenerycznych, którą objął po SIGMUNCIE.

— W roku przyszłym opuści prasę w polskim przekładzie dzieło p. t.: Medicinisch-klinische Diagnostik, napisane przez D-ra F. WESENER'a, ze 100 rysunkami i 12 tablicami litografowanymi. Z perspektywy, jaki nam firma SPRINGER'a nadesłała, okazuje się, iż jest to praca obszerna, uwzględniająca wszelkie nowe zdobycze naukowe pod względem dyagnostycznym i wyczerpująca wszelkie metody badania. Przekładu dokona jeden z współpracowników „Medycyny“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава 25 Ноября 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.