

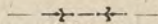
GAZETA LEKARSKA.

I. OSTRY ROPOTOK JAMY SZCZĘKOWEJ.

(*Empyema antri Highmori acutum*).

Opisał

Władysław Wróblewski.



W pracy niniejszej mam zamiar zwrócić uwagę na cierpienie bardzo częste o przykrym dla chorego przebiegu i o następstwach nieraz bardzo poważnych. Sprawa ta, rzadko dotychczas opisywana, zbyt mało bywa uwzględniana, być może dlatego, że chorzy nią dotknięci rzadko udają się w odpowiednim czasie po poradę do lekarza.

W każdym prawie podręczniku chorób nosa znaleźć można wzmiankę o ostrych ropotokach jam obocznych, występujących bądź to w następstwie ostrego nieżyty nosa, bądź też jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub po przebytych chorobach zakaźnych.

To też okoliczność skłania mię do opisanie ropotoku ostrego jamy szczękowej na podstawie własnego doświadczenia.

Nie będę tutaj opisywał wszystkich przezemnie spostrzeganych przypadków tego cierpienia; ograniczę się na przedstawieniu kilku tylko obserwacji, które przebieg kliniczny tej choroby we właściwem postawię świetle.

I. B. W. zgłosił się do mnie d. 16. IV. 1896 r. z powodu zatkania nozdrza lewego. Przy badaniu stwierdziłem polipowate zwyrodnienie muszli średniej lewej, która wypełniała prawie całkowicie światło nozdrza. Nazajutrz muszla usuniętą została za pomocą pętlicy galwanokaustycznej. Gojenie szło prawidłowo aż do piątego dnia po operacji. Wtedy to wystąpiły bóle strzykające w twarzy, oku i głowie po stronie lewej i bardzo obfita wydzielina ropna z lewego nozdrza. Objawy te poprzedzały dreszcze i podniesienie ciepłoty ciała w dniu poprzednim.

Badanie wykazało bardzo obfite ropienie w okolicy odjętej muszli i zupełne zaciemnienie policzka i oka lewego przy prześwietlaniu, t. j. przy włożeniu lampki elektrycznej do jamy ustnej.

Nia ulegało wątpliwości, że miałem do czynienia z ostrym ropotokiem jamy szczękowej. Za powód tego pogorszenia chory podaje przeziębienie, gdyż całe rano dnia poprzedniego jeździł konno i przemokł do nitki.

W ciągu 10 dni sprawa zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem; nawrotu choroby nie było; drożność nosa została przywróconą.

II. J. N., lat 28, zgłosił się do mnie d. 5. XI. 1897 r. z zapytaniem czy ma się poddać operacyi otwarcia jamy szczękowej, którą mu zalecono jako jedyny sposób wyleczenia. Obawę przed operacją chory uzasadnia zdaniem innego lekarza, który uważał chloroformowanie w tym przypadku za przeciwskazane ze względu na stan serca.

Choroba trwająca od tygodnia, poprzedzona gorączką, polegała na silnym bólu oka i policzka prawego, jakoteż na nader obfitym wypływie ropnym z nozdrza prawego.

Przy badaniu zauważyłem w nozdrzu prawem muszle bardzo powiększone, pulchne, czerwone i niemal tonące w ropie; drożność zupełnie zniesiona. W nozdrzu lewem muszle nieco przekrwione, drożność zupełna, wydzieliny żadnej. W gardzieli nieżyt przewlekły. W jamie nosogardzielowej sporo ropy na ścianie tylnej, dużo na nozdrzu tylnem prawem i nieco na stropie. Większość zębów popsuta oddawna.

Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka prawego, jaskrawo odbijające od strony lewej, różowo przeświecającej.

Stan ogólny chorego pozostawia dużo do życzenia. Był to człowiek szczupły, nerwowy, wrażliwy, miewający napady dusznicy bolesnej. Przed 7 laty przebywał syfilis. W narządach wewnętrznych wyraźnych zmian nie zauważyłem. Leczenie polegało na położeniu chorego do łóżka, ciepłych kompresach na policzek prawy, zadaniu salolu do wewnątrz i wprowadzeniu do nosa na wacie maści z kokainą, poczem w ciągu paru dni nastąpiła znaczna ulga, gdyż bóle przeszły i ilość wypływu ropnego znacznie się zmniejszyła. Od d. 10. XI zamiast salolu podawałem jodek sodu. Wydzielina z dnia na dzień zmniejszała się i przybierała wygląd śluzo-ropny.

Dnia 19. XI. Prześwietlanie prawego policzka wykazuje nieco mniejsze zaciemnienie. Dnia 5. XII. Ropy bardzo mało; więcej śluzowej wydzieliny z nosa. Przeświecalność prawego policzka powraca.

Dnia 12. XII. Przeświecalność zupełna, ropy zupełnie niema. Jodek sodu podawano w ciągu 6 tygodni. Nawrotu cierpienia dotąd nie było; chorego widywałem kilkakrotnie.

III. Pan D., 35 lat, dobrze zbudowany, zawsze dotąd zdrowy; zgłosił się do mnie d. 26. IX. 1898 r. z powodu nadzwyczaj obfitego wypływu złowonnej ropy z nozdrza prawego, który po raz pierwszy zauważył przed 3-ma dniami. Ropotek ten połączony był z niezmiernym bólem w nosie, dreszczami i gorączką [w chwili badania 38,4°]. Choroba powstała nagle po przejechaniu nocą ośmiu mil drogi otwartym powozem podczas silnego wiatru.

Przy badaniu znalazłem muszlę dolną prawą czerwoną, wodnisto-obrzmiąłą wypełniającą całe światło nozdrza; w nozdrzu lewem muszle zgrubiałe, przy zachowanej drożności. W gardzieli nieżyt ziarnisty, przeważnie boczny. Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka prawego.

Przy zabiegach leczniczych poprzednio opisanych, zdrowienie postępowało bardzo szybko, gdyż d. 30. IX. już chory subiektywnie czuł się znacznie

lepiej; muszle mniej były wodniste i naciezione. Prześwietlanie wykazało policzek prawy ciemnym, lecz mała smuga różowa zjawiła się już pod okiem prawem. W dalszym ciągu zamiast salolu zaleciłem jodek potasu.

Dnia 8. X. Prześwietlanie zupełne; wydzielina śluzowa, muszla dolna prawa nieco zgrubiała.

W kilka tygodni później oprócz przewlekłego nieżyty nosa, na który zresztą D. cierpiał oddawna, żadnych zmian w jamie HIGHMOR'a nie znalazłem.

IV. Dnia 26. X. 1898 r. widziałem po raz pierwszy chorego H. R. lat 34, który od dni sześciu dotknięty był ostrym nieżytem nosa z nader obfitą wydzieliną ropną z nozdrza lewego, zwłaszcza w rannych godzinach. Od lat trzech cierpiał na ropotok uszny.

Muszle nosowe z obu stron poduszkowato obrzmiały, w nozdrzu zaś lewym u góry trochę drobnych polipów, tamże dużo ropy. Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka lewego.

Przy leczeniu zwykłym [łóżko, salol, kompresy, *Ungt. cocaini*] już d. 29^o X. znaczna poprawa (*kali jodatam*); d. 5. XI zaś zupełna przeświecalność; ropotok ustał, pozostał zwykły nieżyt. R. wyjechał z Warszawy na czas dłuższy.

V-te spostrzeżenie dotyczy pana M., dziś lat 37 liczącego, którego mam w opiece lekarskiej od lat trzynastu. Ma on tak wielką skłonność do ostrych ropotoków jam szczękowych, że przebywał je kilkanaście razy, a występują przy okazji każdego większego kataru nosa, czemu sprzyja zajęcie jego, jako ajenta kupieckiego, większą część roku spędzającego w podróży. Ja sam spostrzegałem to cierpienie u niego 5 czy 6 razy. Bywało ono to z lewej to z prawej strony, trwało od 3 do 5 tygodni; przebieg był mniej więcej taki, jak w wyżej opisanych przypadkach. Nos, gardziel i jamy szczękowe w stanie zwykłym zgoła żadnych zmian nie przedstawiają, łatwość więc zachorowywania na ostre ropotoki jam szczękowych można przypisać tylko anatomicznym stosunkom, ułatwiającym przechodzenie nieżyty nosa do jam obocznych.

Po tych kilku przykładach, przechodząc do etyologii i przebiegu klinicznego ostrych ropotoków jamy HIGHMOR'a, zaznaczyć winienem, że choroba ta dokładnie opisaną została po raz pierwszy przez AVELLIS'a (*Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Archiv f. Laryng. Tom IV. 1896 r.*) Jest to praca podstawowa, aczkolwiek nie wolna od usterek, wymagających sprostowania.

Ostry ropotok jamy szczękowej może być wywołany różnemi przyczynami, na pierwszym jednak miejscu postawić należy wpływ szybkich zmian ciepłoty [t. zw. przeziębienie]. Znaczenie czynnika tego występuje wyraźnie w powyżej przytoczonych spostrzeżeniach.

Ropotok towarzyszyć może ostremu nieżyty nosa wszelkiego pochodzenia przy pewnych sprzyjających warunkach, np. przy obecności pasożytów ropotwórczych, przy pewnej anatomicznej budowie otworu, łączącego jamę szczękową z przewodem średnim nosa i t. p.

Przy tych warunkach ropotok powstawać może czasami po zupełnie nawet niewinnych zabiegach operacyjnych.

Wreszcie cierpienie to może być następstwem różnych chorób zakaźnych i wtedy ze względu na ważność podstawowej choroby mniej zwraca uwagę lekarza. To też chory udaje się do specjalisty o poradę w pełni rozwoju tej uporczywej choroby już po przejściu zakażenia [influenzy, tyfusu, zapalenia płuc i t. d.].

Wtedy zwykle już mamy do czynienia z ropotokiem przewlekłym.

Zdarza się również, że pacyenci, zasięgając porady z powodu np. cierpienia krtani, w historyi choroby przytaczają bardzo dokładny opis i przebieg niezwykłego kataru nosa, o którym specjalista z wielkim prawdopodobieństwem powiedzieć może, że był to ostry ropotok, który uległ samoistnemu wyleczeniu. Przy zwróceniu w tym kierunku jakiej takiej uwagi przekonamy się, że fakty podobne spotykają się dosyć często.

Ostre ropotoki jamy HIGHMOR'a mogą być obustronne lub jednostronne, częściej widywałem te ostatnie.

Kto raz przebył tę chorobę ma już pewną skłonność do niej, co jak mi się zdaje wypływa tylko z budowy anatomicznej, ułatwiającej przenikanie wydzieliny nosa do jamy szczękowej przez niezwykle wielki otwór. Otwór ten (*ostium maxillare*) w granicach normalnych nitkowaty, dochodzi niekiedy aż do szerokości 4-ch milimetrów według ZUCKERKANDL'a; a nadto może być również otwór dodatkowy (*ostium accessorium*). Tymi właśnie warunkami anatomicznymi objaśnić można łatwość przechodzenia spraw chorobowych z nosa do jam szczękowych. Też same jednak warunki, ułatwiając odpływ z jam, sprowadzają wyleczenie, gdy tymczasem przy wązkim otworze szczękowym ropotok przechodzi zwykle w stan przewlekły i tylko za pomocą operacji usuniętym być może.

Objawy tego cierpienia zależą od nasilenia sprawy chorobowej.

Wogóle są to objawy mocnego kataru nosa, któremu towarzyszą: ogólne rozbiecie, a szczególnie zajęcie głowy, nacisk, uczucie napięcia wewnątrz szczęki górnej, wypływ ropny nader obfity, niekiedy z przymieszką krwi. Wypływ ten w znacznej większości przypadków bywa jednostronnym, jednakowy tak w ciągu dnia jak i w nocy. Przy przewlekłych zaś ropotokach, jak wiadomo, wypływ zjawia się tylko z rana po wstaniu z łóżka i trwa kilka godzin, pod wieczór zaś i w nocy ustaje.

Bóle występują i w gałce ocznej strony odpowiadającej ropotokowi; czasami skarżą się chorzy na bóle strzykające w całej odpowiedniej połowie czaszki, a zwłaszcza w tyłogłowi. Bóle te zwiększają się przy wszelkich ruchach: chodzeniu, kichaniu, kaszlu, nachyleniu się i t. p.

Zupełny brak łaknienia i powonienia zawsze tu prawie miewa miejsce.

AVELLIS odróżnia jeszcze drugą postać ostrego ropotoku o t. zw. ciężkim przebiegu, w której do powyżej przytoczonych objawów przyłącza się mniej lub więcej wysoka gorączka, apatya, światłowstręt, bredzenie, uczucie ciężkiej choroby, bardzo obfity wypływ ropny, mdłości, wymioty, utrudnienie my-

ślenia. Ciężki przebieg bywa następstwem chorób zakaźnych [np. influenza], aczkolwiek czasami występuje samodzielnie.

Przy ropotokach ostrych wypływ rzadko bywa cuchnącym, gdy tymczasem w przebiegu ropotoków przewlekłych najczęściej wydzielina bywa złowonna.

Pragnąłbym jeszcze zwrócić tutaj uwagę na jeden objaw szczegółowo opisany przez AVELLIS'a, którego w praktyce swojej nie spostrzegalem. Jest to mianowicie obrzęk policzków i powiek podczas ostrego przebiegu omawianej sprawy. Obrzęki te mają miękką konsystencję, barwę czerwoną; ustępują one bez interwencji lekarza w miarę poprawiania się zasadniczej choroby. Dla ustalenia rozpoznania koniecznem jest zbadanie nosa wziernikiem i prześwietlenie. Przy badaniu wziernikiem widzimy zwykle muszle nosowe bardzo przekrwione, pulchne, obrzmiałe, czasami w stanie obrzęku. Muszle te zazwyczaj kąpią się w ropie. Przy pewnej wprawie na podstawie wyglądu muszel i ropy można dojść do przekonania, że tutaj zachodzi nie tylko sama sprawa chorobowa w nosie, lecz że siedlisko jej głębiej się znajduje.

Rozstrzyga w tych razach stanowczo prześwietlenie, który przy ostrym ropotoku jamy HIGHMOR'a daje bez porównania pewniejsze wyniki, aniżeli przy ropotoku przewlekłym. Jeżeli przy przewlekłych ropotokach na samem prześwietlaniu rozpoznania opierać nie można, to przy ostrych jest ono zawsze, mojem zdaniem, ostatecznie decydującem. Strona zajęta ropotokiem jest tak zupełnie ciemną wraz z gałką oczną i przestrzenią podoczodołową, że odbija na pierwszy rzut oka bardzo wyraźnie od strony zdrowej, jaskrawo różowej.

Pewną trudność mogłoby stanowić rozpoznanie za pomocą prześwietlania w razie obustronnego ropotoku, gdyby nie cały szereg wyżej wyliczonych, dość charakterystycznych objawów przedmiotowych i podmiotowych. Pomoże tu również każdemu lekarzowi jego osobiste doświadczenie, które mu pokaże, że obie strony są sprawą zajęte, gdyż obie nie prześwietlają się, *resp.* wyglądają jak dwie ciemne plamy.

W moich przypadkach nigdy nie byłem zmuszony do stosowania próbnego przekłucia jamy szcząkowej w celu rozpoznawczym, gdyż po zastosowaniu sposobów badania wyżej opisanych, nigdy wątpliwości nie miałem, co do istoty cierpienia. Stosuję od lat wielu bardzo często próbne przekłucie od strony dolnego przewodu nosa, lecz tylko przy ropotokach przewlekłych; przy ostrych zaś uważam je za stanowczo przeciwwskazane i pod tym względem z AVELLIS'em zgodzić się nie mogę. Autor ten idzie tak daleko, że nie uznaje dokładnego rozpoznania ostrego ropotoku bez przekłucia próbnego. Stosował je we wszystkich swoich przypadkach z wyjątkiem siebie samego, pomimo to mógł sam u siebie rozpoznać ropotok i wyleczyć. AVELLIS stosuje próbne przekłucie nie tylko w celu rozpoznawczym, lecz i leczniczym, przyczem wygłasza zdanie, że wszystkie lżejsze przypadki kończą się przez samowyleczenie (*Spontane Heilung, Selbstheilung*), a we wszystkich stosował ten rękoczyn z następczem przemywaniem jamy HIGHMOR'a. Może więc on mówić o swoim sposobie leczenia tego cierpienia, o wyleczalności jego wogóle, lecz nigdy o samowyleczeniu i jeden tylko z jego przypadków mogę uznać za dowód

„*Selbtheilung*“ przypadek dotyczący jego samego, w którym żadnych zabiegów nie stosował.

Dalej znowu wypowiada zdanie, że „co się tyczy ostrych ropotoków jam HIGMOR'a, to twierdzenie *ubi pus, ibi evacua* musi ulegć ograniczeniu“, a sam w każdym przypadku ropę bardzo pośpiesznie wypuszczał. Wszystko to tem dziwniej brzmi, że bezpośrednio po tem AVELLIS wyprowadza wniosek: „tylko jeżeli w ciągu 3 tygodni nie nastąpiło samowyleczenie, albo jeżeli objawy nieznośne do tego zmuszają, radzę nawet przy ostrym ropotoku przystąpić do operacji, t. j. systematycznego otworzenia jamy HIGMOR'a z następczem codziennem przemywaniem“. Jabym granicę wskazań do operacji znacznie odsunął. Ponieważ widywaliśmy ostre ropotoki, trwające po 4 do 5 tygodni i kończące się pomyślnie bez operacji, sądzić mam prawo, że przed upływem co najmniej sześciu tygodni nie należy przystępować do radykalnej operacji, o ile jakieś niezwykle okoliczności do tego nas nie zmuszą. W innym znowu miejscu powiada AVELLIS: „choć samowyleczenie ostrego ropotoku jest dość prawdopodobne, jednakże w trzech przypadkach byłem zmuszonym z powodu ciężkich objawów i bólów wielkiego natężenia przystąpić do sztucznego przemywania¹⁾. Przyczem, wydaje się samemu autorowi obojętnem, czy się przemywa od strony przewodu dolnego lub średniego w nosie, czy przez *ostium maxillare*, czy też od strony *fossae caninae* lub też od zębodołu. Nie miejsce otworu, zrobionego dla przemycia, rozstrzyga, jego zdaniem, o szybkości i stosownem leczeniu, lecz rodzaj ropotoku; nie skład chemiczny płynu gra tutaj rolę, lecz moment mechaniczny posiadać ma tutaj najważniejsze znaczenie. Rodzaj ropotoku zależy zapewne od rodzaju pasożytów, wywołujących zakażenia, choć do dziś dnia badania te nie przyniosły nic ani dla rokowania ani dla leczenia tej choroby“.

Cały, tylko co przytoczony, ustęp również nie wytrzymuje krytyki. W takich bowiem trzech przypadkach mowy być nie mogło o prawdopodobieństwie samowyleczenia, gdzie przystąpiono od razu do operacji. I tu również wierzę, że autor swojemi rękoczynami chorobę usunął, lecz nie przeszła ona „*spontaneo modo*“. Zapewne, że nie miejsce otworu, zrobionego sztucznie dla przemycia jamy szczękowej, rozstrzygnęło o szybkości wyleczenia, ale też i nie rodzaj ropotoku, lecz to, że ropa z jamy została całkowicie usunięta i dezynfekcyja przeprowadzona, dopóki nie zaszły jeszcze głębokie zmiany w błonie śluzowej. Te to bowiem zmiany, daleko sięgające, przy ropotokach przewlekłych stanowią całą trudność zupełnego ich usunięcia, z powodu budowy anatomicznej jamy szczękowej udaremniają niekiedy wszelkie nasze usiłowania w kierunku wyleczenia.

Jeżeli przytoczyłem tu pewne poglądy AVELLIS'a, na które zgodzić się nie mogę, to bynajmniej nie w celu odjęcia wartości jego pracy, lecz tylko w celu możliwie wszechstronnego rozświetlenia tej, bądź co bądź, nowej a inte-

¹⁾ Widocznie więc przemywanie za pomocą próbnej strzykawki uważa AVELLIS za naturalne.

resującej kwestyi. Praca AVELLIS'a pozostanie zawsze podstawową i jej tylko zawdzięczać będziemy zwrócenie w tym kierunku uwagi.

Co się tyczy leczenia, przezemnie stosowanego, to wspominałem już o niem przy opisie spostrzeżeń. Zapatrując się na ostry ropotok jamy szczękowej, jako na chorobę zakaźną, połączoną, niezależnie od sprawy miejscowej, z mniej lub więcej wybitnymi objawami ogólnymi, leczę ją według zasad ogólnej terapii.

A więc, ponieważ mamy zwykle do czynienia z ogólnem rozbiciem, dreszczami, gorączką i t. p., uważam za pierwsze wskazanie położenie się chorego do łóżka i stosowanie środków przeciwgorączkowych, napotnych (*natr. salicylicum, salol, chinina, salipiryna* i t. d.), po których zwykle bardzo szybko ciepota obniża się. Ciepłe okłady, stosowane na twarz i głowę po stronie sprawą chorobową zajętej, uśmierzają dosyć prędko bóle i ułatwiają odpływ ropy, przez co ustępuje uczucie napięcia w szczęce. Po ustąpieniu gorączki i bólów zalecam jodek potasu, który powodując duży odpływ śluzu, zmienia niekiedy już po 2—3 dniach wypływ ropny na śluzo-ropny, a po tygodniu na czysto śluzowy.

Wszystkie, dotąd spostrzegane przezemnie ropotoki w okresie ostrym, udało mi się tą drogą usunąć i dlatego sądzę, że w moich przypadkach może być mowa o samowyleczeniu, gdyż byłem tutaj tylko *minister naturae*, a nie magistrem jej, wystarczały mi bowiem naturalne otwory, nie uciekałem się do robienia sztucznych.

W dzisiejszych czasach, przy coraz większej skłonności do specjalizacyi we wszystkich kierunkach wiedzy ludzkiej, my szczególnie powinniśmy być przedewszystkiem lekarzami, a później dopiero specjalistami. Specyalność nasza, obok dokładnej znajomości ogólnej medycyny, polegać winna na bardzo wprawnem stosowaniu rękoczynów odpowiednich, nie po to jednak, aby je stosować wszędzie, gdzie się po temu sposobność zdarzy, lecz tylko i wyłącznie tam, gdzie bez nich zgoła obejść się nie można. A to tembardziej, jeżeli rękoczyn ten połączonym jest choć z kroplą krwi, choć z cieniem bólu lub niebezpieczeństwa.

II. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST i ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkrano.

— 5 — 5 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

Przechodzimy teraz do omówienia innych kwestyi: w ciągu jakiego czasu może rozwinąć się przerost serca? czy zdolny on jest do zniknięcia? dlaczego przerosły mięsień sercowy skłonniejszy jest do wyczerpania, niż normalny?

Co się tyczy czasu, jaki potrzebny jest do rozwoju przerostu serca, wiadomości nasze są bardzo ograniczone. Dla powstawania znaczniejszego przerostu mięśni dowolnych potrzeba zwykle długiego czasu [kilku lat]. Przerost mięśnia sercowego rozwija się prawdopodobnie szybciej, gdyż mięsień ten pracuje ustawicznie, bez wypoczynku, nie licząc krótkiej pauzy, jaką stanowi, według nowszej nomenklatury SCHEIBER'a (51), okres zwiotczenia (*relaxatio*) serca¹⁾. Za tym poglądem przemawia okoliczność, że przerost serca może się rozwinąć w czasie ciąży, a więc w ciągu kilku miesięcy. Nie brak i innych przykładów, dowodzących, że dla rozwoju przerostu wystarcza w pewnych warunkach krótki tylko czas, jak to spostrzegano nieraz u żołnierzy po uciążliwych, często powtarzających się marszach.

Czy przerost serca patologiczny może zniknąć? Odpowiedź na to pytanie u różnych autorów wypada różnie. FRAENTZEL jest zdania, że przerost masy mięśniowej może, przy ustaniu nienormalnych oporów, ulegać przeobrażeniu wstecznemu. U niektórych chorych [z wojny francusko-niemieckiej], których FRAENTZEL później miał sposobność badać, przedmiotowe objawy przerostu i rozszerzenia zupełnie znikły, pozostała tylko niejaka duszność i zmniejszona zdolność do pracy. Jeśli zwiększone ciśnienie, mówi FRAENTZEL, wskutek jakiegokolwiek przyczyny [np. wskutek obfitych krwotoków] ulegnie zmniejszeniu, to zniknie i wzmożony 2-gi ton, będący oznaką tego wzmożonego ciśnienia. Gdy przytem nastąpi w krótkim czasie śmierć, na sekcji znajdziemy jeszcze przerost serca; lecz jeśli śmierć następuje po wielu miesiącach, bardzo często nie widzimy już ani śladu przerostu: ten ostatni znikł, podobnie jak to się dzieje z mięśniami ramieniowymi gimnastyków, gdy ci w ciągu miesięcy nie ćwiczą swych mięśni. J. BAUER (15) jest tego zdania, że lekkie stopnie przerostu serca zdolne są do przeobrażenia wstecznego. To samo zdanie podziela LIEBERMEISTER (50), utrzymujący, że przerost, który jeszcze nie doszedł do wysokiego stopnia i nie trwał zadługo, może zniknąć, gdy zapotrzebowanie na wzmożoną pracę serca ustanie. RIEDER (14) zaś twierdzi przeciwnie, że prawdziwy patologiczny przerost serca nie może zniknąć. Widzimy zatem, że zgody na tym punkcie między autorami niema, jakkolwiek, zdaniem większości autorów, przeobrażenie wsteczne serca jest możliwe. Za poglądem tym przemawia możliwość zniknięcia przerostu serca

¹⁾ SCHREIBER dzieli całą rewolucję serca na systole, *relaxatio* i *diastole sensu strictiori* [rozciągnięcie mięśnia, Blutanfüllungszeit]. Jeśli czas całej rewolucji serca podzielić na 6 równych części, to na pierwsze $\frac{2}{6}$ przypada skurek przedsionków, t. j. rozkurek komór, następnie $\frac{3}{6}$ —na skurek komór i wreszcie ostatnia $\frac{1}{6}$ na zwiotczenie (*relaxatio*) komór. Przebieg ruchów oddzielnych odcinków serca jest następujący. Z początku systole przedsionków i jednocześnie z tem diastole komór, następnie systole komór i jednocześnie, po zaledwie dostrzegalnej relaksacji przedsionków, długa diastole przedsionków, która trwa jeszcze przez cały czas zwiotczenia komór aż do najbliższej systole przedsionków. SCHREIBER uważa określenie „pauza serca“ nie tylko za zbyt czyste, lecz nawet za zaciemniające należyte pojmowanie pojedynczych faz ruchów serca. Z wymienionych przez SCHREIBER'a momentów za wypoczynek przyjąć można jedynie fazę relaksacji, gdyż diastole *sensu strictiori* oznacza obciążenie mięśnia sercowego, a systole — wykonywanie przezeń pracy mechanicznej.

zależnego od ciąży, choć ten nie może być zaliczony do kategorii przerostów patologicznych, dalej analogia z muskulaturą szkieletu i wreszcie ogólna zasada biologiczna, według której ze zmniejszeniem pracy pewnego narządu zmniejsza się skala jego odżywiania, przez co dane są warunki dla zniknięcia przerostu.

Doświadczenie kliniczne poucza, że ludzie z przerostem sercem nie są w stanie podolać większym wysiłkom, że przy tych ostatnich mięsień przerosły często popada w stan znużenia i że wreszcie w podobnych warunkach następuje niekiedy nagła śmierć. Od czego zależy ta skłonność przerosłego mięśnia sercowego do wyczerpania, znużenia? Jeśli rozważyć, mówi BENNO LEWY (52), że u pracującego człowieka serce i muskulatura szkieletu wykonują dziennie około 345000 kgm. i że znaczna część, prawie 75%, wprowadzonej z pożywieniem energii zostaje obrócona na pracę mięśniową, to przekonamy się, że już umiarkowane ograniczenie dowozu pożywienia, *resp.* zmniejszenie wchłaniania pokarmów, musi mieć w następstwie to, że muskulatura ma już do rozporządzenia niedostateczną ilość energii; gdy jednak pomimo to mięśnie dowolne zmuszone są do pracy, a materiały zapasowe ustroju zostały wyczerpane, niechybnie zmniejszy się musi dowóz energii do serca, które tym sposobem upośledzone zostaje w swej zdolności do pracy. Serce w takich warunkach wykonywać będzie niezbędną dla ustroju pracę kosztem własnej substancji i wskutek tego ulegnie zwyrodnieniu. Drugi moment, prowadzący do wyczerpania energii mięśnia sercowego, leży w następującej okoliczności. Serce otrzymuje krew tylko podczas rozkurczu (*Marey*). Ponieważ zwiększenie pracy serca, występujące wskutek pracy fizycznej, połączone jest ze zwiększeniem częstości skurczów serca, co znów odbywa się kosztem rozkurczu, przeto, nawet przy dostatecznym przyjmowaniu pożywienia, oraz zużytkowaniu tegoż przez ustrój, serce znajduje się w niepomyślnych warunkach dla swego odżywiania. A zatem już dla powodów mechanicznych serce tylko przez czas ograniczony zdolne jest do wzmożonej pracy; gdy czas ten minął, praca serca musi dalej odbywać się w takich warunkach, ażeby czas trwania rozkurczu był dostatecznie długi, t. j. ażeby mięsień sercowy miał zapewniony wystarczający dowóz pożywienia, a więc nastąpić musi pewne zwolnienie akcji serca, pewien wypoczynek spracowanego narządu. W omawianej tu kwestyi przyczyn występującej niechybnie niedomogi przerosłego serca rozmaite znajdujemy u autorów zdania. ROSENSTEIN, BOLLINGER i RIEDER npatrują przyczynę znużenia w czysto czynnościowym wyczerpaniu serca. MARTINS przyznaje, że tłómaczenie to może nadawałoby się dla przerostu wtórnego, a w każdym razie nie może być stosowana do przerostów idyopatycznych, przy których czynność serca tylko przemijająco staje się większą. Znakomita większość autorów przyczynę rozwijającej się z czasem niedomogi serca upatruje w zmianach degeneracyjnych mięśnia sercowego [zwyrodnienie tłuszczowe, łączno-tkankowe i t. d.]. Przeciwnie zaś STRUEMPELL, FRAENTZEL i inni są zdania, że zwyrodnienie [tłuszczowe] mięśnia sercowego stanowi raczej skutek, niż przyczynę zaburzeń wyrównania. STRUEMPELL twierdzi, że zaburzenia krążenia, występujące w samym sercu, upośledzają czynność

mięśniowych i nerwowych elementów tegoż, co wreszcie prowadzi do wyczerpania. Być może, znaczenie tu mają także zmiany w tętnicach wieńcowych, powstające wskutek wtłaczania do nich krwi pod wysokiem ciśnieniem. Zmiany te u ujścia naczyń wieńcowych są często [ROSENBACH] 'pierwszym powodem niedostatecznego odżywiania mięśnia sercowego.

Już sama rozmaitość zdań powyższych autorów świadczy, że niewiele posunęliśmy się w rozumieniu tej kwestyi, pomimo wielu badań klinicznych, jakoteż doświadczalnych [patrz R. BALINT (53)]. Prawdopodobnie etyologia tego nieuniknionego wyczerpania przerosłego mięśnia sercowego jest bardzo powikłana.

Na zakończenie niniejszego rozdziału jeszcze słów kilka o t. zw. wzmocnieniu mięśnia sercowego (*Erstarkung des Herzens*). O przeroście mięśnia sercowego mówi się tylko wówczas, gdy zmieniony zostaje prawidłowy stosunek między ciężarem serca a ciężarem całego ciała na korzyść pierwszego. Przy prawidłowem ćwiczeniu mięśni dowolnych nie tyle ulegają one przerostowi, ile zyskują na jędrności, spoistości, co idzie w parze ze zwiększeniem sprawności. Dopiero przy znacznie natężonej pracy mięśnie dowolne ulegają przerostowi. Wzmacnianie mięśni szkieletu połączone bywa zwykle ze wzmacnianiem mięśnia sercowego. Przy ustaniu wzmoczonej pracy znika zarówno wzmocnienie mięśni szkieletu, jak i wzmocnienie mięśnia sercowego. Polega ono, zdaniem niektórych autorów [FEILCHENFELD (27), RIEDER (14)], prawdopodobnie głównie na zmianach molekularnych lub chemicznych włókienek mięśniowych i jest, w przeciwstawieniu do przerostu, sprawą fizyologiczną. Na korzyść istnienia t. zw. silnego serca przytacza RIEDER okoliczność, że u wioślarzy i innych sportowców ani THURN, ani KOLB nie mogli wykazać przerostu serca. Lecz wszak przerost lekkiego lub umiarkowanego stopnia klinicznie trudno jest określić.

Anatomia patologiczna

Dla ilustracyi zmian anatomicznych, napotykanych w samoistnych cierpieniach serca, pozwolę sobie przytoczyć w tem miejscu niedawno spostrzegany przezemnie przypadek, zakończony śmiercią.

Chory, lat 28 mający, tragarz, uskarża się na silną duszność, kaszel oraz obrzęki. Już od 2—3 miesięcy czuje się niezdolnym do pracy. Obrzęki zauważył 5 tygodni temu. Przez wiele lat zajmował się tragarstwem i dźwigał znaczne ciężary. W ostatnim roku siły jego fizyczne oraz wytrwałość w pracy znacznie podupadły. Często wówczas zapadał na zaburzenia przewodu pokarmowego: brak łaknienia, odbijania, gniecienie w dołku, rozwolnienie. Gośćca, ani żadnych innych chorób zakaźnych nie przechodził. Nadużyć w napojach gorących nie popełniał. Palił niewiele.

W początku kwietnia r. b. chory przybył do szpitala starozakonných na salę 4-tą w bardzo ciężkim stanie. Wybitna sinica twarzy i kończyn. *Anasarca* wysokiego stopnia. Tętno 104 na minutę, drobne, miękkie, lecz rytmiczne. W płucach z obu stron objawy obrzęku. Przesięki w obu jamach opłucnej. Wymiary tępości serca [bezwzględnej] znacznie powiększone; górna granica na 3-em żebrze, prawa o 1 ctm. przekracza prawą linię mostkową, lewa znaj-

duje się 2 ctm. nazewnątrz linii sutkowej. Uderzenie wierzchołkowe serca w 5-ym odstepie międzyżebrowym 2 ctm. nazewnątrz linii sutkowej. Jest ono słabe, miękkie. Falowanie w 3-em i 4-em lewym międzyżebżu. U wierzchołka serca, jak również w dolnej części mostka, głośny szmer skurczowy. Pozostałe tony są głuche. Brzuch powiększony wskutek znacznej puchliny (*ascites*). Wątroba dolnym brzegiem dochodzi w linii sutkowej prawej do poziomej linii pępkowej. Jest ona gładka i wrażliwa przy dotykaniu. Mocz w ilości kilkuset [300—400] ctm. sześć. na dobę, jest nasycony, białka, ani elementów morfotycznych [w osadzie] nie zawiera.

Na podstawie, z jednej strony, obecności w wywiadach przemogi fizycznej, z drugiej — braku gośceca i innych chorób zakaźnych, mogących wywołać zapalenie wsierdzia, rozpoznałem samoistne cierpienie serca. Na mocy wyników badania przedmiotowego, jak również długiego trwania przemogi, należało przyjąć rozszerzenie obu komór serca z przerostem muskulatury.

Pomimo bezwzględego spokoju, diety mlecznej, podawania środków nasercowych [naparstnica, kofeina i inne] obok środków przeczyszczających; niedomoga mięśnia sercowego ciągle wzrastała i 5-go dnia od wstąpienia chorego do szpitala doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

Ogłędziny pośmiertne, dokonane przez kol. STEINHAUSA, wykazały co następuje.

Trup średniego wzrostu, silnej budowy ciała, miernie odżywiany. Skóra cyanotyczna i obrzękła. Obrzękłe są również tkanka podskórna i mięśnie. W lewej jamie opłucnej znajduje się około litra płynu przesiękowego, w prawej znacznie mniej. Lewa opłucna okazuje w kilku miejscach zrosty. Płuca nie spadnięte, zawierają mało powietrza i są silnie obrzęknięte. W jamie osierdzia nieznaczna ilość płynu surowiczego. Serce jest przeszło w dwójnasób powiększone, szczególnie w wymiarze poprzecznym. Na *epicardium* na przedniej powierzchni widoczne są dwie plamy ścięgniaste (*maculae tendineae*). na tylnej powierzchni jedna taka plama. Mięsień serca, zastawki, mięśnie brodawkowe oraz nici ścięgniaste są makroskopowo zupełnie prawidłowe. Lewy otwór żylny przepuszcza swobodnie 3 palce, prawy również przepuszcza 3 palce. Tętnica płucna znacznie rozszerzona. Na tętnicy głównej powyżej zastawek półksiężycowych początki sprawy miażdżycowej. Grubość ściany lewej komory przenosi 15 m., prawej—około 8 mm. Wymiar serca podłużny wynosi 11 ctm., poprzeczny 13 ctm.

Wątroba i śledziona znacznie powiększone i cyanotyczne. To samo i w innych narządach brzusznych. Puchlina brzuszna wysokiego stopnia.

Na stole sekcyjnym często znajdujemy jednocześnie przerost mięśnia sercowego i rozszerzenie jam serca, przeważnie lewej komory. Rzadko tylko w przypadkach ostrego rozszerzenia serca z szybkim zejściem śmiertelnym znajdujemy znacznie rozszerzone jamy przy ścięnczałych ścianach serca. To ostatnie robi w takich razach wrażenie wiotkiego pęcherza. Przy prze-roście i rozszerzeniu całego serca kształt jego staje się okrągławym, wskutek większego wypuklenia ścian i stępienia brzegów. Przy znacznym wzroście

wagi serca, niekiedy do 1000 gramów i więcej zamiast 300 gramów średnio u dorosłego mężczyzny, ciągnie ono duże naczynia ku dołowi, wskutek czego podstawa serca opuszcza się, a kierunek jego zbliża się więcej do poprzecznego. Wskutek tego wierzchołek serca, przemieszczony na lewo już dzięki powiększeniu lewej komory, ulega jeszcze większej dyzlokacji. Jeśli przerost i rozszerzenie dotyczą przeważnie lewej komory, co bywa najczęściej, to serce ulega powiększeniu w wymiarze podłużnym i przybiera kształt jajowaty lub cylindryczny, nachylenie osi serca względem pionowej pozostaje to same, albo rzadko tylko się zwiększa. Jeśli prawa komora ulega przerostowi odśrodkowemu, serce przybiera kształt więcej okrągławy i powiększa się w wymiarze poprzecznym. Przy znacznym przeroście ścian serca grubość ich osiągnąć może 20—40 mm. [zamiast 7—9 mm.] dla komory lewej i 15—20 mm. [zamiast 2—3] dla prawej komory. Mięsień serca przy przeroście jest już to normalny, już to łamliwy, już też twardy, zbity. Często okazuje on zwyrodnienie tłuszczowe, nie pozostające jednak w żadnym stosunku do znacznych zaburzeń czynności [FRAENTZEL, LEYDEN i inni].

Z tego, co znajdujemy na stole sekcyjnym, trudno jest niekiedy sądzić o właściwym stanie serca za życia. Jeśli np. serce normalne lub przerosłe ulegnie wskutek jakiejś przypadkowej choroby nagłej niedomodze, możemy znaleźć po śmierci rozszerzenie, którego za życia nie było, i odwrotnie: stosunkowo wiotkie, a nawet nieco rozszerzone serce, jeśli śmierć nastąpiła w silnym skurczu, symulować może przerost. Z ostatnią okolicznością łączy, jak wiadomo, wielu autorów t. zw. dośrodkowy przerost serca [np. przy śródmiąszowym zapaleniu nerek].

W przeciwstawieniu do przerostu muskulatury ściennej znajdujemy często mięśnie brodawkowe spłaszczone. Spłaszczenie to, podobnie jak trójkątne lub półksiężycowe figury poniżej zastawek aorty, powstałe wskutek zgrubienia łączno-tkankowego lub zwyrodnienia tłuszczowego *intimae*, świadczą o nienormalnie wysokim ciśnieniu krwi. Końce mięśni brudawkowych okazują często zwyrodnienie włókniste, a nici ścięgniaste—zgrubienie. Zastawki serca są niekiedy sklerotyczne, niekiedy zaś okazują świeże zmiany zapalne. Powstawaniu tych ostatnich sprzyja silne rozciąganie, targanie zastawek wskutek silnego parcia ościennego. Zmiany sklerotyczne znajdujemy także często w początkowej części aorty, która okazuje nadto rozszerzenie. Bardzo ważne są zmiany miażdżycowe u ujścia tętnic wieńcowych, wywołują one bowiem niedostateczne odżywianie mięśnia sercowego i stany zwyrodnienia tegoż. Sam mięsień sercowy okazuje często najróżnorodniejsze zmiany [HAMPELN (30), KREHL (6) i inni] miąższowe i śródmiąższowe. KREHL znajdował świeże nacieczenia w osierdziu. *Myocardium* okazywało zawsze objawy degeneracyjne w jądraach, wybitne zwyrodnienie tłuszczowe lub ziarniste włókien mięsnych ze zmniejszoną zdolnością przyjmowania barwników. We wszystkich przypadkach KREHL'a istniały sprawy śródmiąższowe albo w postaci rozrostu tkanki łącznej naokoło naczyń, albo też jako oddzielne, wysepkowate modzele, albo wreszcie jako rozlane stwardnienie. Na mocy znalezionych przez się danych KREHL wnioskuje, że i w lekkich przypadkach,

w których jest się skłonny stawić rokowanie szczególnie dobre, zwłaszcza gdy szkodliwe wpływy na serce [przemoga, wyskok] zostają usunięte, zmiany myokardytyczne mogą postępować i sprowadzić zejście śmiertelne.

Czy zmiany, znalezione przez powyższych, jak również przez innych [LEYDEN, FRAENTZEL, CURSCHMANN] autorów, można we wszystkich przypadkach uważać za przyczynę niedomogi i rozszerzenia serca, czy w wielu przypadkach nie są one raczej zjawiskami wtórnymi, następstwami zmienionej przez długi czas czynności serca, odżywiania istoty kurczliwej, zmienionych warunków ciśnienia i napięcia ścian sercowych? Czy niektóre z tych zmian nie znajdują się także w pozornie zdrowych sercach, które za życia okazywały zupełną sprawność? Kwestye te omawialiśmy już wyżej. Często wykonywane sekcye dowodzą, że zdarzają się z jednej strony przypadki słabości serca, silnie wyrażonej i szybko kończącej się śmiercią, w których mięsień sercowy przy najstaranniejszem nawet badaniu przedstawia minimalne tylko zmiany, a z drugiej—wybitne zmiany serca tam, gdzie za życia wszystko świadczyło o dobrym stanie mięśnia sercowego. Wszak serce, którego istota kurczliwa jest po części zniszczona, może, dzięki przerostowi lub spotęgowaniu czynności zachowanych włókien mięśniowych, pracować w przybliżeniu tak samo, jak serce normalne. Nasze metody badania są jeszcze za mało subtelne [ROSEN-BACH], aby już we wczesnych okresach mózł wykazać owe najdelikatniejsze zmiany molekularne, które warunkują niedomogę mięśnia sercowego; gdyż zmiany, które nam drobnowidz wykrywa, są już po większej części oznakami daleko posuniętych spraw; z drugiej strony urządzenia regulacyjne i wyrównawcze ustroju są tak doskonałe, że nawet bardzo daleko posunięte zmiany tkankowe mięśnia sercowego mogą być zupełnie wyrównane przez wzmożoną czynność innych, zdrowych odcinków serca.

Co się tyczy kwestyi, na czem polega wzrost masy mięśniowej serca, na przeroście w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, t. j. na zwiększeniu objętości włókien mięśniowych, czy też na rozmnożeniu ich (*hyperplasia*), to zdania autorów są tu jeszcze podzielone. Podczas gdy ROKITANSKY, VIRCHOW, BAMBERGER, FOERSTER i inni sprowadzają przerost do wzrostu dawniej istniejących włókien, inny szereg badaczy, jak: HENLE, VOGEL, ROBIN, przyjmują rozmnażanie elementów mięśniowych. Badania HEPP'a [mierzenie włókien w sercu normalnem i przerosłem], potwierdzone przez LETULLE'a, na pewno ustaliły powiększenie wymiarów przerosłych włókien, lecz nie wyłączają możliwości współistnienia nowotworzenia. RINDFLEISCH przyjmuje dzielenie komórek mięśniowych, gdyż stale znajdował je zaopatrzone w 1, 2 i więcej jąder. Do nowotworzenia skłania się także, na mocy swych badań, ZIOLENKO (1886), jak również SCHALK (1892), który stwierdził niewątpliwą hyperplazję.

Zmiany w innych narządach nie mają dla omawianych tu cierpień nic charakterystycznego, gdyż znajdujemy je i przy innych przewlekłych cierpieniach serca. Puchlina ogólna, przesięki do jam surowicznych. Płuca powiększone, przekrwione, niekiedy obrzękłe, niekiedy z zawałami krwotocznymi. Wątroba obrzmiała, twarda, muszkatułowa. Nerki duże, twarde, cyanotyczne, niekiedy przeciwnie małe, ziarniste. Dość często znajdujemy stwardnienie

tętnie, niekiedy pęknięcia tętnie i wylewy krwi, zakrzepy żyłne [WOLFRAM (2)]. Z powikłań, szczególnie gdy istniało nadużycie napojów wysokowych, zdarzają się jeszcze, prócz wzmiankowanych i otłuszczenie serca, zapalenie osierdzia, lekkie wady zastawkowe, sprawy degeneracyjne i hyperplastyczne w układzie tętnicznym, marskość wątroby przerostowa, marskość nerek, sprawy zapalne w płucach i nierzadko sprawy gruźlicze płuc. Duże serce nie chroni wcale od gruźlicy [BAUER i BOLLINGER (15)], gdyż w dalszym przebiegu sprawność takiego serca ulega obniżeniu.

[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU III-GO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIwersYTECKIEGO
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

D-r J. Fajersztajn

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 36].

Małe ogniska wybroczynowe. Liczne skupienie drobnokomórkowego nacieku w postaci ognisk i smug [rys. VI]. Naczynia zgrubiałe. Nerwy przeważnie zupełnie dobrze zachowane.

Rys. VI.



M. rectus femoris. REICHERT 3, ok. 3.

Dwa ogniska drobnokomórkowego nacieku; z wnętrza większego ogniska przeciera światło naczynia.

tarte; skłonność do rozwłókniania się podłużnego. Sporo włókien wybitnie szklanych, miejscami kolbiasto rozszerzonych. Rozmnożone jądra układają

7) Mięsień dwugłowy (*m. biceps brachii*). Przęciętą grubość 90 μ , najwyższą 50 μ . Znaczny rozwój tkanki łącznej. Liczne smugi zbitej, ubogiej w jądra, tkanki ze szczątkami włókien. Duża ilość ognisk drobnokomórkowego nacieku. Większe zbiorowiska wynaczynionych ciążek krwi [p. n.]. Wszystkie bez wyjątku włókna odznaczają się błądzą, prążkowanie poprzeczne po największej części za-

się w gromadki; szczupła liczba prawidłowych podłużnych szeregów jąder. Część włókien rozpada się na poprzeczne dzwonka, z których każde zawiera jądra [1—4]. Nerwy mięśniowe przedstawiają się niemal zupełnie prawidłowo [nieznaczne bujanie komórkowe w pochewce zewnętrznej].

III gromada. a) Mięsień sutko-mostko-objęczykowy (*m. sterno-cleido-mastoideus*). Przeciętna grubość 26 μ , największa 50 μ . Uderzająco mała ilość włókien mięsnych, skupionych w szczupłe pęczki: nikną one niemal w powodzi otaczającej je tkanki łącznej. W samych pęczkach włókna są również po największej części rozgrodzone zgrubiałą tkanką łączną, zasobną w jądra. Prażki poprzeczne zachowane tylko w bardzo niewielu włóknach; większa część włókien odznacza się zmętnieniem, rozwłóknieniem, a tu i owdzie także rozpadem na bryłki. Sporo włókien bardziej szklistych, *in toto* zgrubiałych [do 80 μ] lub też kolbowato rozszerzonych. Mnóstwo cieniutkich włókienek, usadzonych sznurkowatemi kupkami jąder. Rozrost jąder przybrzeżnych: miejscami dłuższe szeregi podłużnie ułożonych jąder środkowych. Najbardziej zanikłe włókna układają się przeważnie w pęczki, u których rozrost jąder dochodzi do takiego stopnia, że zakrywają one nieraz zupełnie resztki istoty kurczliwej [cieniutkie pasemka, bezkształtne bryłki]. W otoczeniu podobnych pęczków, jak również w beleczkach tkanki łącznej, występują bardzo liczne ogniska drobnokomórkowego nacieku.

Tkanka łączna, biegnąca pomiędzy pęczkami włókien, posiada przeważnie zbitą, ścięgnistą budowę; zawiera ona nieliczne jądra pręcikowatego lub też zlekka wężykowatego kształtu i jest słabo unaczyniona. W zbitych smugach tkanki łącznej tu i owdzie szczupłe resztki włókien [mocno zanikłe włókienka z wybujalami najczęściej jądrami]. Niektóre beleczki tkanki łącznej odznaczają się bardziej jednorodną budową, niemal całkowitą utratą dawniejszego włóknistego układu, małą ilością bardzo słabo zabarwionych jąder, nieraz nawet zupełnym brakiem jąder (por. *m. rectus femoris*). Mniej ostre odgraniczenie od otoczenia i mniejsza przezroczystość odróżnia podobną przemianę tkanki łącznej od typowego zwyrodnienia szklistego (por. *m. cucullaris*).

b) Mięsień piszczelowy przedni, mięsień strzałkowy długi (*m. tibiatis ant. m. peroneus l.*). Zanik istoty kurczliwej niemal zupełny. W preparacie, obejmującym około 1,5 cm. kw. powierzchni, napotkać można tylko małą ilość pojedynczo rozrzuconych włókienek i nie więcej nad kilka szczupłych pęczuszków zwyrodniałych mięśni, leżących w luźnej osnowie łączno-tkankowej, bardzo zasobnej w jądra i obficie unaczynionej. Wszystkie dostrzegalne włókna znajdują się w stanie znacznego zaniku; przedstawiają się one jako blade, często nitkowate pasemka [10—5—3 μ], pozbawione zupełnie prążkowania, ziarniste, bryłkowane rozpadłe, tu i owdzie wydęte w szczuplutkie wrzeciona. Wybitne bujanie jąder mięśniowych, układających się w charakterystyczne podłużne zbiorowiska. Tkanka łączna składa się z luźnych włókienek; niezmierna hyperplazja komórkowa. Sporo wynaczynionek. Wielkie, widzialne gołem okiem [Rys. VII], podłużno-owalne ogniska nacieku drobnokomórkowego; ogniska te wyciągają się na obu biegunach w cienkie smugi podobnego nacieku, zdążające w kierunku przebiegu włókien mięśniowych. Ściany naczyń

mocno zgrubiałe, zwłaszcza osłonka zewnętrzna (*adventitia*), z której wychodzą miejscami liczne wysepki i smugi rozmnożonych jąder. Sporo drobnych wynaczynień. Przekroje nerwów mocno zmienione skutkiem bujania komórkowego w pochewkach; włókna rdzeniowe po części bardzo niedostatecznie zabarwione i niewyraźnie odgraniczone, po części zupełnie zanikłe i przez rozrosłą tkankę łączną zastąpione.

Rys. VII.



! *M. tibialis anticus*.

Skrawek 2 razy powiększony. Owalne ogniska nacieku okrągło-komórkowego. Podłużne i ukośne smugi zwyrodniałych włókien.

większe, bezkształtne bryłki. Komórki tkanki łącznej, w wielu miejscach bardzo ostro zarysowane, zwracają również uwagę niezwykłą swą błądzą i pęcherzykowatym wyglądem środkowej części ciała komórkowego; ku biegunom wyciągają się one w bardzo wyraźne wyrostki. Komórki te leżą tak gęsto jedna obok drugiej, że włóknista budowa tkanki ulega całemu zatruciu. Wśród podobnej łączno-tkankowej osnowy napotykamy kolosalne bujanie drobniejszych naczyń; naczynia włoskowate tworzą miejscami dosyć gęste siatki. Wypełnienie krwią niezbyt szczelne, zwłaszcza większych naczyń. Ściany naczyń przeważnie zgrubiałe; wchodzące w skład ich komórki są przeważnie jasne, pęcherzykowate, jakby obrzękłe. Napęczniałe komórki śródbłonkowe przypominają wyglądem swoim twory nabłonkowe; światło naczyń, ograniczone podobnymi komórkami, ulega przeważnie zwięzieniu.

W najbardziej unaczynionych okolicach występują obficie ogniskowe skupienia wolnych ciałek czerwonych. W młodszych ogniskach, przeważnie drobnych, ciała te przedstawiają się niemal zupełnie prawidłowo; natomiast w starych ogniskach, dochodzących do tak znacznych rozmiarów, że można je rozróżnić w preparacie gołym okiem, ciała czerwone okazują napęcznienie i rozpad protoplazmy, z której pozostały tylko cienkie, ziarniste niteczki, ułożone siatkowato. Barwnik krwi uległ całemu niemal wyługowaniu, skutkiem czego szczątki ciałek czerwonych barwią się niezmiernie słabo eozyną i innymi kwaśnymi barwnikami. W otoczeniu ognisk wybroczynowych, zawierających w wielu miejscach nieznaczną domieszkę białych ciałek, nie można nigdzie dostrzedz złogów barwnikowych. Większe wybroczyny odgraniczają się od sąsiednich części dosyć zbitą łączno-tkankową torebką. Do niepoznania niemal zmienione resztki nerwów mięśniowych, występują w bardzo skąpej liczbie.

Mięsień wywrotny długi uległ całkowitej zamianie na opisaną wyżej tkankę. W kilku kawałkach innych, wymienionych w nagłówku mięśni, występują zupełnie podobne zmiany.

Przedstawione tu wyniki badania drobnowidzowego należy uzupełnić kilku ogólniejszymi uwagami, jakoteż zestawić z pewnymi szczegółami obrazu klinicznego.

1. Wszystkie badane mięśnie okazały się dotkniętymi sprawą chorobową. W tych nawet mięśniach, które za życia działały zupełnie prawidłowo [mięśnie gałki ocznej], można było wykryć niewątpliwe zmiany patologiczne. Polegały one na bujaniu jąder omięsnej, lekkich zmianach degeneracyjnych mięszu i-rozroście tkanki łącznej, jakoteż na ścięczeniu włókien [gromada I]. Z badań FRAENKEL'a wiemy, że zupełnie analogiczne zmiany występują u gruźliczych i wogóle u osób zmarłych na wyniszczające choroby. Z podobną chorobą mieliśmy właśnie do czynienia; bardzo być może tedy, że zmianom anatomicznym, znalezionym w mięśniach, które uważać należało na podstawie obrazu klinicznego za prawidłowe, albo też bardzo słabo dotknięte sprawą chorobową (*m. rect. oc. ext., lingua, thenar*), przypisać wypadnie, przynajmniej częściowo, podobne symptomatyczne znaczenie. Z drugiej jednak strony od zbyt pohopnego rozstrzygnięcia tej kwestyi powstrzymywać powinien wzgląd, że w innych chorobach mięśni (*dystrophia*) szerzenie się sprawy anatomicznej na mięśnie pozornie zdrowe uznać trzeba za prawidłó¹⁾.

W mięśniach, zaliczonych do II-giej gromady, zachodzą daleko wybitniejsze zmiany. Zapalny ich charakter nie może ulegać żadnej wątpliwości; świadczą o tem przedewszystkiem ogniskowe skupienie drobnokomórkowego nacieku. Przewaga zmian śródmięszowych pozwala na określenie sprawy patologicznej a *potiosi* mianem śródmięszowej przewlekłej *myositis* (*myositis chronica interstitialis*); nie znaczy to jednak, by rzecz obchodziła się bez zmian mięszowych; przeciwnie widzieliśmy, że podobne zmiany odgrywają w pewnych mięśniach np. w [dwugłowym] wcale wybitną rolę. Na szczególną uwagę zasługują ogniska szklatego zwyrodnienia, stanowią one bowiem, jak się zdaje, bardzo rzadkie zjawisko w patologii mięśni. W literaturze mnogiej *myositis* nie napotykamy nigdzie wzmianki o podobnym szklistem zwyrodnieniu tkanki łącznej. W naszym przypadku występowało ono z całą wyrazistością w jednym tylko mięśniu kapturowym; w kilku innych mięśniach mieliśmy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, do czynienia z wcześniejszemi okresami rozwoju takiej samej sprawy degeneracyjnej.

III-cia gromada mięśni cechuje się kolosalnym rozwojem tkanki łącznej, zastępującej zwyrodniałe i zanikłe włókna mięśniowe. Przewlekła śródmięszowa *myositis* przechodzi tu w marskość (*cirrhosis*) mięśni, a miejscami w całkowite włókniste zwyrodnienie; do niezwyklej rozległości i niezwyklej natężenia hyperplazji łączno-tkankowej, odróżniającej przypadek nasz ilości-

¹⁾ LEWIN. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. T. II.

wo od bujania łączno-tkankowego, towarzyszącego nieodłącznie wszelkim zanikom mięśniowym, przybývają cechy, właściwe tylko zapalnym stanom muskulatury: wielkie ogniska drobnokomórkowego nacieku, wybroczyny, bujanie drobnych naczyń, rozwój tkanki, miejscami wyraźnie obrzękłej a złożonej z komórek, mających dużo podobieństwa do tworów, napotykaných w utkaníu granulacyjnem.

Marskość mięśni uważać należy za niewątpliwą przyczynę przykurceń, które w obrazie chorobowym tak ważne zajmowały miejsce. Ponieważ jednak przykurczenia poczęły się rozwijać bardzo wcześnie, a początkowa zbitość mięśni z biegiem czasu wybitnie się zmniejszała, przyjęć trzeba, że wczesne przykurczenia wywołane były zapalnem obrzmieniem mięśni, które dopiero później ustąpiło miejsca włóknistej ich retrakcyi.

2. Zmiany mięśniowe odznaczają się wielce nierównomiernym rozkładem nie tylko poszczególne mięśnie różnią się wzajemnie rozległością i natężeniem zmian, lecz nawet pojedyncze, sąsiadujące ze sobą pęczki, podlegają sprawie chorobowej w bardzo rozmaitym stopniu. Warto zaznaczyć, że na podudziach w mięśniach wyprostnych (*m. tibialis anticus*, *m. peroneus*) zachodzą o wiele donioślejsze zmiany, aniżeli w zginaczach (*m. soleus*, *m. gastrocnemius*); co do innych części ciała, wybór materiału sekcyjnego nie pozwala, niestety, na podobne zestawienie.

3. Zmiany miąższowe [zmętnienie, utrata prążkowania poprzecznego, ziarnistość, rozwłóknienie podłużne] wyjątkowo tylko przybierają ściśle określoną postać któregośkolwiek ze znanych zwyrodnień istoty kurczliwej. Wrzecionowate, zgrubiałe włókna odnieść należy po części do zwyrodnienia szklistego [rys. V], po części do woskowego. Bardziej typowych obrazów zwyrodnienia woskowego nie udało się nigdzie odnaleźć, nie można było stwierdzić również z dostateczną pewnością zwyrodnienia tłuszczowego¹⁾; podobnie zwyrodnianie wakuolarne nie występowało nigdzie na jaw. Obok ścięńczenia włókien i bujania jąder — oba te zjawiska odnoszą się do wszystkich niemal bez wyjątku włókien — najdonioślejsza zmiana miąższowa polegała na degeneracyjnym zaniku włókien mięśniowych [p. opisy zmian w gromadzie II-ej i III-ej]. Nie powinno ulegać, zdaje się, wątpliwości, że masowy zanik muskulatury przypisać należy przeważnie podobnej degeneracyjnej atrofii włókien.

4. Zasługuje to na szczególną uwagę, że pomimo bardzo pilnych poszukiwań, nie udało się nigdzie wykazać włókien przerosłych. Ważnem jest również, że tkanka śródmiąższowa nie zawierała zgoła komórek tłuszczowych; występowały one wogóle nadzwyczaj skąpo, a wyłącznem ich siedliskiem były powięzie i grubsze beleczki pochewki zewnętrznej (*perimysium ext.*).

¹⁾ W kilku preparatach, poddanych działaniu kwasu osmowego [met. MARCH'ego] nie można było dostrzedz ani śladu stłuszczenia. W pozostałych skrawkach, barwionych zwykłymi sposobami, trudno, oczywiście, wyłączyć lżejsze stopnie tłuszczowego zwyrodnienia.

5. Nacieki drobnokomórkowe składają się przeważnie z małych, okrągłych, jednojądrzastych komórek. Tkanka, zawierająca podobne zbiorowiska leukocytów, nie okazuje nigdzie najmniejszych śladów rozkładu ropnego.

Smugi tkanki łącznej zawierają niezbyt znaczną ilość komórek tuczonych; występują one miejscami w dobrze znanych charakterystycznych postaciach, miejscami znów napotyka się tylko szczątki komórek — grudki swoiście zabarwionych ziarenek. Prócz tego w wielu mięśniach występują w otoczeniu włókien liczne, wolne ziarenka, zachowujące się pod względem mikrochemicznym zupełnie tak samo, jak δ i γ granulacye, nie posiadające jednakowoż w ugrupowaniu swoim nic takiego, co by pozwalało wnosić o ich pochodzeniu z komórek. Ziarenka różnią się także rozmiarami od granulacyi komórek tuczonych — są one już to o wiele mniejsze, już to znać przekraczają znacznie przeciętną ich wielkość [por. sp. II-e].

Podobieństwo przypadku naszego do spostrzeżenia SCHULTZE'go jest tak znaczne, że zbytecznym byłoby wszelkie nastawanie na szczegóły. Zachodzą tu jednak pewne różnice, spowodowane zapewne tem, że w przypadku SCHULTZE'go choroba przybrała daleko łagodniejszą postać, a objawy jej uległy pewnej poprawie i nie rozwinęły się w dalszym przebiegu do tego stopnia, co u naszej chorej — mięśnie połykowe nie brały wcale udziału w sprawie chorobowej, przykurczenia były o wiele mniejsze; podobnie miała się rzecz z zanikami i obniżeniem siły mięśniowej, konsystencya mięśni nie uległa wcale zmianie, a odruchy ścięgniste były zachowane [p. cz. og.].

Wszelkie prawdopodobieństwo przemawia zatem, że objawy skórne mają, zarówno w przypadku SCHULTZE'go, jak naszym, ścisły związek z chorobą zasadniczą. Objawy te polegały na uporczywym łuszczącym się wyprysku; w naszym spostrzeżeniu wystąpiło ponadto na krótki czas zaczerwienienie skóry na szyi, rękach i stopach, przypominające wysypkę płonicową. Skóra na twarzy odznaczała się w obu przypadkach pewnym zgrubieniem i zbitością. Obrzęki kończyn odgrywały w przypadku SCHULTZE'go bardzo nieznaczną rolę, a w naszym nie było ich wcale przez długi czas; dopiero w końcowym okresie choroby poczęły się rozwijać obrzęki dolnej lewej kończyny.

Objawy skórne utorowały SCHULTZE'mu drogę do rozpoznania mnogiej *dermatomyositis*. W naszym przypadku bardziej rozwinięte objawy kliniczne ułatwiły zadanie dyagnostyczne. To też, pomijając kwestyę udziału skóry w obrazie chorobowym i poprzestając na analizie samych tylko objawów mięśniowych, musieliśmy dojść do rozpoznania przewlekłej sprawy zapalnej w układzie mięśniowym. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, wynik badania drobnowidzowego, który wypadł zupełnie po myśli rozpoznania, postawionego za życia chorej — z tem jednak uzupełnieniem, że obok zapalenia mięśni stwierdzone zostały łżejsze zmiany w pniach nerwów obwodowych — pozwala pominąć milczeniem zaniki rdzeniowe ¹⁾ i myopatyczne — sprawy, które

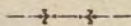
¹⁾ Dodać tu trzeba nawiasowo, że w przypadku naszym z wyjątkiem niewielu mięśni, w których można było stwierdzić niewątpliwy stan porażenny [mięśnie karku, szyi, połykowe],

przy łóżku chorej musiały być dokładniej rozstrząsane. Inaczej ma się jednak rzecz z mnogą *neuritis*. Sprawa ta wymaga obszerniejszego omówienia. Pomimo wielkiej różnorodności postaci, pod jakimi przebiega rozsiane zapalenie nerwów, nie mogło być wątpliwości za życia chorej, a niema ich także po zapoznaniu się z obrazem zmian drobnowidzowych, że przypadek nasz nie posiada zgoła żadnego podobieństwa do którejkolwiek z odmian typowej mnogiej *neuritis* [wspomniemy tu tylko o prawidłowych stosunkach w sferze czuciowej, jakoteż o wyłącznie ilościowych zmianach pobudliwości elektrycznej]; zastanówić się tedy wypadnie bliżej tylko nad skojarzonymi zapaleniami mięśni i nerwów (*neuromyositis*).

SENATOR dowiódł, że „istnieje prawdziwa ostra *myositis*, pozostająca w zależności od tych samych warunków etyologicznych, co ostra *polyneuritis* i będąca w niewątpliwym z nią związku“. Za SENATOR'em poszło kilku innych autorów.

Już zwykła *neuritis* [np. wyskokowa] wywołuje niekiedy zmiany w mięśniach, których nie można uważać za skutki prostego wtórnego zwyrodnienia [SIEMERLING, GIESE i PAGENSTECHEK], noszą one raczej piętno samodzielnych zmian zapalnych, przeważnie śródmiąższowych, współrzędnych z zapaleniem nerwów. Podobnie ma się rzecz w przypadkach *neuromyositis*, tu jednak rozległość ognisk zapalnych i wogóle natężenie sprawy zapalnej występuje daleko wybitniej. [C. d. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.



6. Przyrośnięcie języka do błony śluzowej policzka obustronne, nabyte.

Podaję krótki opis powyższego przypadku ze względu na to, że sam po raz pierwszy spotykam się z tem cierpieniem, i że nie znalazłem o niem najmniejszej wzmianki ani w naszej literaturze lekarskiej, ani zagranicznej. W pierwszych dniach sierpnia 1898 r. zgłosiła się do szpitala Ś-go Rocha 62-letnia kobieta, niezłe odżywiona, uskarżając się na zupełną prawie niemożność połykania ani pokarmów stałych, ani nawet płynów. Badanie wykazuje stan następujący: usta chora trzyma stale nieco otwarte, nie może ich zamknąć zupełnie; z pomiędzy warg wystaje koniec języka, którego chora ani wysunąć więcej, ani cofnąć nie może; po otwarciu ust, które jest do pewnego stopnia ograniczone, spostrzegam, że język jest nadzwyczaj mocno przyrośnięty z obu stron do błony śluzowej policzka. Przyrośnięcie to rozpoczyna się z jednej i drugiej strony tuż zaraz poza kątem ust, a po wprowadzeniu palca do jamy ustnej przekonuję się, że rozciąga się ono aż do przednich łuków. Język zgrubiał, jednolicie twardawy, kształtu walcowatego, przykrywając zupełnie wyrostek zębowy żuchwy, tak mocno przylega do dolnej wargi, że niepodobna przesunąć palca pod językiem dla zbadania stanu zębów żuchwy. Ruchy języka absolutnie zniesione; chorej wlewa się płyny małą łyżeczką; pomimo

obniżenie siły motorycznej zależało wogóle, jak się zdaje—przynajmniej we wcześniejszych okresach choroby—nie tyle od porażenia i zaniku, ile od upośledzenia kurezliwości mięśni, zawiązującej swe pochodzenie obrzękowi, stwardnienia i retrakeji tkanki mięśniowej [bądź agonistów, bądź to antagonistów].

tego jeszcze znaczna część płynu się wraca; z ust ciągle ciecze ślina. Na języku nie widać żadnych owrzodzeń; nie wyczuwa się także żadnych ograniczonych stwardnień; na łukach, na tylnej ścianie gardzieli, na błonie śluzowej jamy ustnej, na podniebieniu twardem i miękkim, nie daje się zauważyć nic nieprawidłowego. Chora mówi z trudnością i bardzo niewyraźnie; ze słów jej okazuje się, że cierpienie powyższe rozwija się od pół roku, że poprzednio uczuwała mocne bóle w jamie ustnej, których teraz nie doznaje, tak że obecnie trapi ją tylko prawie zupełna niemożność polykania. Badanie narządów wewnętrznych i zewnętrznych nie nieprawidłowego nie wykazuje.

Dnia 10 sierpnia wykonałem operację; polegała ona na tem, że po znieczuleniu miejscowem 10% rozczynek kokainy, oddzieliłem najpierw nożem język od policzka z jednej i drugiej strony do połowy; nie oddzielałem języka od razu całkowicie z jednej strony, gdyż przy niemożności dostatecznego otwierania ust, chciałem na tyle oswobodzić język, aby pociągając go następnie na zewnątrz za pomocą pętli, przeprowadzonej przez jego część wystającą, mieć więcej otwarte pole operacyjne i łatwiejszą możność zatamowania krwotoku, gdyby się zjawił w miarę posuwania się ku łukowi; oddzielanie przyrośłego języka, sięgające aż do samych łuków, udało się w zupełności przy stopniowem przecinaniu zrostów; dodać trzeba, że powierzchnia zrostów była dość znaczna, a same zrosty bardzo mocne; obie strony pod tym względem zachowywały się jednakowo. Z każdej strony na powstałą w ten sposób świeżą ranę języka nałożyłem po 4 głębokie szwy, co zupełnie wystarczyło do dokładnego zbliżenia brzegów rany i zatamowania niezbyt zresztą obfitego krwawienia. Na błonę śluzową policzka nie nakładałem szwów, zabezpieczywszy się przez założenie szwów na języku od możliwego następczego zrostu. Pomimo, że język stracił dawną swą sprężystość, chora po tym rękoczynnie na tyle już swobodnie mogła nim poruszać, że wkrótce po operacji sama z łatwością płukała usta. Przednie siekacze i małe trzonowe zęby żuchwy, mocno się chwiejące, usunąłem; na błonie śluzowej dziąseł wyrostka zębowego żuchwy żadnych owrzodzeń ani blizn nie zauważyłem. Po 6-u dniach usunąłem szwy; nastąpił rychłozrost zupełny; w tydzień po tem, po zupełnem zabliźnieniu się ran policzka, chora opuściła szpital, mogąc swobodnie przełykać takie pokarmy jak chleb, kartofle; mowa jej stała się wyraźniejszą, ruchy języka dosyć swobodne, naturalnie, nie w takim stopniu, jak w stanie prawidłowym, czemu nie można się dziwić ze względu na utratę zwykłej sprężystości języka.

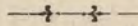
Co mogło spowodować powyższe cierpienie, trudno na razie stanowczo orzec; chora wspomina, że z początku miała bardzo mocne bóle w jamie ustnej; z drugiej strony wiemy, jak wielką jest ruchomość języka w stanie prawidłowym; aby więc mogło powstać powyższe cierpienie, konieczne są dwa czynniki: raz, zupełna nieruchomość języka, powtóre, sprawy wrzodzące na błonie śluzowej języka i jamy ustnej, które przy nieruchomości języka mogłyby doprowadzić do sklejenia się ze sobą 2-ech powierzchni, pozbawionych błony śluzowej. Taką nieruchomość języka mogłoby spowodować tylko ropienie w samym miąższu tego narządu; że mogło ono mieć miejsce w danym przypadku, przemawia za tem obecność gwałtownych bólów w początkach choroby, o jakich chora, niezbyt inteligentna, wspomina. Jakiej natury zaś były sprawy wrzodzące, niepodobna rozstrzygnąć: że nie gruźliczej i nie syfilitycznej, to napewno można wnosić już z samego przebiegu i z braku objawów tych cierpień w samych narządach. Wobec chwiania się kilku zębów możnaby pomyśleć o owrzodzeniach, zależnych od skorbutu; ale czyż podobna, aby chora, znalazłszy się w warunkach, uniemożliwiających jej polykanie, *resp.* odżywianie, mogła, po zupełnem rozwinięciu się cierpienia, nie zdradzać objawów skorbutu. Możnaby jeszcze myśleć o oparzeniu jakimś żrącym środkiem; jednak symetryczne przyrośnięcie języka i brak blizn na błonie śluzowej

jamy ustnej przemawiają również przeciw temu przypuszczeniu; z drugiej strony środek żrący, któryby mógł wywołać powyższe zmiany, prędzej jeszcze spowodowałby obrzęk nagłośni z dalszemi jego następstwami.

Najprawdopodobniej więc w rozwoju tego rzadkiego cierpienia musiało grać rolę rozlane ropienie w mięszu języka obok jednoczesnej obecności owrzodzeń wypryskowych, które chociaż rzadko, ale w niektórych razach, jak np. w przypadku opisanym przez MITER'a, mogą zajmować całą błonę śluzową jamy ustnej; brak odpowiedniego leczenia w ostrym okresie cierpienia nie mało się mógł przyczynić do wytworzenia się tak poważnej sprawy chorobowej.

Antoni Gabszewicz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



95. Höfer. Przyczynek do stosowania trepanacyi przy padaczce.

Dotychczasowe wyniki operacyjnego leczenia padaczki nie przedstawiają się zbyt zachęcająco, pomimo niezaprzeczonych postępów z jednej strony techniki chirurgicznej, z drugiej zaś strony ścisłego określenia umiejscowienia cierpienia. Nawet przypadki lżejsze, w których stawiano ściśle rozpoznanie i oczekiwano pomyślnego wyniku, zawodziły. Wobec tego należy w dalszym ciągu niestrudzenie zestawiać dane fizjologii doświadczalnej, anatomii, normalnej i patologicznej, spostrzeżenia kliniczne na równi z postępami chirurgii i dopiero w ten sposób mieć nadzieję otrzymania lepszych wyników omawianego zabiegu.

Wszyscy autorowie jednomyślnie twierdzą, że formy ogólnej padaczki nie nadają się w zupełności do leczenia na drodze operacyjnej, gdy tymczasem przypadki, wskazujące na zajęcie przez sprawę chorobową pojedynczych, ściśle dających się określić ośrodków nerwowych, powinny dawać dobre wyniki po zastosowaniu odpowiedniego zabiegu chirurgicznego. JACKSON wykazał, że przy pewnych formach padaczki źródło cierpienia znajduje się w korze mózgowej, co późniejsze doświadczenia na zwierzętach w zupełności potwierdziły. Dzięki tym badaniom w większości przypadków możemy dziś ściśle określić umiejscowienie sprawy chorobowej, pomimo to jednak niepodobna orzec, jakie właściwie przypadki nadają się do zabiegu operacyjnego, a w jakich należy oczekiwać wyników ujemnych. Odnośna statystyka rozporządza, co prawda, dosyć znacznym materiałem, ale opracowanym niezbyt dokładnie. Na zasadzie dotychczasowych danych statystycznych można tylko wywnioskować, że najlepsze wyniki operacyjne otrzymano przy padaczce urazowej JACKSON'a i to w przypadkach, w których miejsce urazu [blizny, wgniecenia i braki kostnej] odpowiadało mniej więcej ośrodkom nerwowym, powodującym istniejące przypadłości padaczkowe. BERGMANN mniema, że w tych przypadkach rokowanie jest lepsze, w których objawy padaczki pojawiają się niezadługo po otrzymanym urazie; mniej pomyślni są przypadki ogólnych drgawek, występujące przy padaczce JACKSON'a nieurazowego pochodzenia.

Większość autorów jest zdania, że tem mniej jest widoków wyleczenia za pomocą operacyi, im dawniej trwają objawy padaczkowe, gdyż w takich przypadkach wytwarzają się bardziej rozległe i trwałe zmiany w korze mózgowej; inni zaś są wręcz przeciwnego zdania. Statystyka GRAF'a zdaje się potwierdzać ostatni pogląd.

Nieustalonym również jest pogląd na rodzaj samego zabiegu. Gdy początkowo porzestawano na zwyczajnej trepanacyi czaszki i usuwaniu napoty-

kanych zbroczeń ze strony kości lub opon mózgowych, HORSLEY [1886] zaproponował całkowite usuwanie ośrodka, powodującego drgawki, nawet bez widocznych zmian w tymże ośrodku. Mała liczba przypadków, operowanych podług HORSLEY'a, nie pozwala wysnuć stanowczego wniosku: z 30 odnośnych spostrzeżeń, zebranych przez BRAUN'a, zaledwie 3 można zaliczyć do wyleczeń. Tak znaczną liczbę ujemnych wyników BRAUN objaśnia niedokładnem usunięciem odpowiedniego ośrodka, gdy inni autorowie przypisują je wtórnym zmianom, powstałym w korze mózgowej w sąsiedztwie pola operacyjnego.

Niektórzy chirurgowie twierdzą, że tworząca się na powierzchni mózgu blizna, drażniąc go, wywołuje nawroty drgawek.

Chociaż na podstawie dotychczasowych wyników leczenia operacyjnego padaczki nie można stanowczo orzec, czy więcej przynosi korzyści wyczekiwanie—metoda zachowawcza, czy zabieg operacyjny, to jednak BRAUN, na zasadzie przypadku, operowanego dwukrotnie bezskutecznie, a wylezonego po trzeciej operacji, polegającej na zupełnem usunięciu odpowiedniego ośrodka i po ściśłem zestawieniu statystyki, przychodzi do następujących wniosków. Jeżeli ograniczone uszkodzenie czaszki znajduje się w okolicy ośrodków ruchowych, to należy niezwłocznie przystąpić do trepanacji w miejscu uszkodzenia; nie znalazłszy zaś widocznych zmian wewnątrz czaszki—przystąpić do obszernego wycięcia określonego ośrodka. Jeżeli na zewnątrz czaszki nie ma znaków uszkodzenia, to trepanować w miejscu najbliższem miejscu podległego urazowi i następnie usuwać ośrodek, nawet przy braku widocznych zmian patologicznych.

Następnie autor przytacza opis 10 przypadków z kliniki monachijskiej, operowanych przez ANGERER'a pomiędzy 1893 a 1896 rokiem. Przypadki te można podzielić na trzy grupy:

1) Cztery przypadki padaczki JACKSON'a bez poprzedzającego urazu. Dotychczasowe doświadczenie prowadzi w podobnych razach do względnie niepomyślnego rokowania. Rozpoznanie było ustalone, napady 4—8 lat. Zabiegi operacyjne polegały na oddzieleniu zrostów oponowych, bez dalszych poszukiwań; wogóle można je nazwać trepanacjami próbnymi. Wyniki wszystkich czterech operacji były ujemne; u trzech chorych napady padaczkowe powtórzyły się, jeden zaś zmarł wskutek gruźlicy krtani. Autor zebrał z literatury 18 analogicznych spostrzeżeń i we wszystkich wyniki były niezbyt pocieszające, chociaż w niektórych przypadkach uskuteczniano wycinanie ośrodków. Z teoretycznego punktu widzenia autor przychyliła się do usuwania ośrodków, tembardziej, że niebezpieczeństwo dla chorego przy obu rodzajach zabiegu jest prawie jednakowe: śmiertelność przy zwykłej trepanacji wynosi bowiem 5,6%, przy wycięciu zaś ośrodka 6,7%.

2) Dwa przypadki urazowej padaczki JACKSON'a. Przy tej formie cierpienia wskazania do zabiegu chirurgicznego są najlepiej opracowane i uzasadnione. W jednym przypadku usunięto włamaną blaszkę wewnętrzną czaszki, lecz pomimo to napady padaczki powtórzyły się po operacji; w drugim przypadku nastąpiło zejście śmiertelne wskutek wtórnego krwotoku. Z odnośnej literatury autor przytacza pogląd GRAF'a, że usunięcie włamanej kości może tak dobrze prowadzić do wyleczenia lub złagodzenia objawów chorobowych, jak wyłuszczenie torbieli, lub usunięcie blizny kory mózgowej; BRAUN utrzymuje, że najlepsze wyniki otrzymał w przypadkach usunięcia kości, które wywierały ucisk na mózg, lub części zgrubiałej czaszki: na 15 przypadków otrzymał on 8 wyzdrowień i 7 stałych polepszeń. Co się tyczy wtórnego krwotoku, to GRAF w swojej statystyce zanotował zaledwie jedno takie spostrzeżenie.

3) Trzy przypadki ogólnej padaczki po urazie, oraz jeden przypadek równoważników padaczkowych pochodzenia urazowego [zaburzenia psychiczne napadowe]. Rokowanie przy ogólnej padaczce urazowej, leczonej na drodze

operacyjnej jest bardzo wątpliwe. Jednak jeżeli, przy ogólnym ciężkim stanie można liczyć na złagodzenie pojedynczych objawów po operacji, to należy ją przedsięwziąć, jako zabieg próbny.

W powyższych przypadkach znaleziono: powierzchowne rozmięczenie mózgu wraz z 4 torbielami [części zmienione usunięto]; wielką podoponową torbiel, powstałą na miejscu dawnego obfitego wylewu krwi [wytamponowanie]; objawy przewlekłego zapalenia opon mózgowych [dalszego zabiegu zaniechano]. Wyniki były następujące: w jednym przypadku po trzymiesięcznej przerwie powróciły typowe napady padaczki JACKSON'a, jednak rzadsze i łagodniejsze [można pomyśleć o wtórnym zabiegu podług HORSLEY'a]; w drugim — nastąpiła śmierć.

Nakoniec ostatni przypadek dotyczy chorego, który po urazie w okolicy kości potylicowej, w 9 lat po wypadku dostał napadów psychicznego podrażnienia, przechodzących w szal. Po usunięciu wgniecionej kości objawy te znacznie złagodniały. Analogicznego przypadku autor nie znalazł w literaturze, wskazuje jednak, że nietylko typowe padaczki urazowe, ale nawet psychiczne ich równoważniki w pewnych razach nadają się do leczenia operacyjnego.

Z powyżej zebranych 10 spostrzeżeń nie można wyprowadzić żadnych nowych wniosków; znajdujemy tylko potwierdzenie dawniej znanych, np. że przy nieurazowej padaczce JACKSON'a nie można poprzestać na samej trepanacji, lecz trzeba stosować zabieg HORSLEY'a. Przytoczone przypadki powiększają statystykę bezskutecznie operowanych przypadków padaczki, dodając jeden przypadek śmierci z powodu wtórnego krwotoku.

(*Mitth. u. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 4 Bd. 5 H.* *A. Kopczyński.*)



IX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

Kol. RUTKOWSKI mówił o gastroenterostomii. Przyczynę znacznej śmiertelności przy operacji gastroenterostomii R. upatruje w wadach techniki operacyjnej. Z metod, w tym celu dotychczas używanych, mówca oddaje pierwszeństwo sposobom ROUX'a i WOELFLER'a. Sposobem WOELFLER'a wykonał R. gastroenterostomię w 9 przypadkach raka odźwiernika z jednym zejściem śmiertelnym z powodu zapalenia płuc włóknikowego. Ze względu jednak na to, że zabieg ten jest zbyt ciężkim w stosunku do sił chorego, wyczerpanych długą chorobą, gdyż skutek niedokładnego odpływu treści żołądkowej odżywianie chorego zaraz po operacji nie może być dostateczne, R. wykonywa gastroenterostomię sposobem WOELFLER'a i jako zabieg dodatkowy gastrostomię sposobem WITZEL'a lub KADERA. Przez przetokę żołądkową R. wprowadza dren, który przechodzi do otworu żołądkowo-kiszkowego, ułatwiając przechodzenie soku żołądkowego do kiszek. Stosując forsowne odżywianie chorych od samego początku, otrzymał prelegent w trzech przypadkach, w ten sposób operowanych, wynik pomyślny.

Praca kol. RUTKOWSKIEGO ogłoszona będzie w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji prof. RYDYGIER zaznacza, że w ostatnich czasach w przypadkach wrzodu odźwiernika wykonywa pylorrektomię. Zabieg ten, wskazany w przypadkach z dostatecznym zasobem sił, aczkolwiek cięższy niż gastroenterostomia, ma jednak nad nią tę przewagę, że chroni chorego napewno od krwotoków żołądkowych. Co do techniki operacyjnej prof. R. przekłada sposób WOELFLER'a nad sposób HACKER'a; szew zakłada zwykle trzywarstwowy, doda-

jąc do dwóch szwów, zwykle używanych, jeszcze jeden szew na błonę śluzową. W celu uniknięcia powstawania ostrogi, mowca oddawna układa pętlę w sposób spadający t. j. tak, aby ramię doprowadzające leżało wyżej, a ramię odprowadzające niżej.

Doc. BARĄCZ poleca szew płytkowy z brukwi, jako najlepiej nadający się do gastroenterostomii, gdyż zbliża powierzchnie obu narządów na bardzo znacznej przestrzeni i daje się szybko wykonać. Utrudnieniu odpływu żółci B. zapobiega nakładaniem odpowiednim ramienia doprowadzającego i przyszyciem w tem miejscu jelita czczego.

Kol. KRASOWSKI mówił „o wynikach leczenia wilka sposobem HOLLÄNDER'a” i sposób ten demonstrował na chorym.

Od 2 lat leczono w klinice chirurgicznej lwowskiej wilka powietrzem rozgrzanem do 30°, przeważnie z dobrym wynikiem. Wywołuje się tylko częściowe zniszczenie tkanki albo zupełne jej zwęglenie stosownie do potrzeby, czy mamy tylko z drobnymi guzikami do czynienia, czy też z formą wilka przerostową. W pierwszym przypadku można zniszczyć wilka bez blizny, w drugim mamy bliznę bardzo delikatną, którą, jako taką, nieraz dopiero przy dokładniejszym obejrzeniu rozpoznać można. Przyrząd podał HOLLÄENDER. Ponieważ prąd powietrza, którego przekrój mniej więcej wynosi 2 milimetry, na boki działa tylko nieznacznie, można opalenie ograniczyć do miejsca ściśle ograniczonego. Pod wpływem gorącego powietrza tkanki zdrowe, tracąc wodę, zapadają się, podczas gdy części chorobowe jeszcze lepiej się uwydatniają, co pozwala skierować prąd powietrza tem dokładniej i zniszczyć tkankę chorą bez głębszego zniszczenia zdrowego naskórka w otoczeniu, z którego później narasta naskórek na miejsca zniszczone.

Miejsca przypalone na twarzy można pozostawić bez opatrunku, a wtedy choremu nawet myć się nie można aż do odpadnięcia strupów, a części ciała, pokryte sukniami, można opatrywać maściami codziennie lub co 3-ci dzień z początku obojętnymi, a później maścią lapisową. Sprawa gojenia się trwa przeciętnie 3 tygodnie. Gdyby po wygojeniu się pokazały się jeszcze guzki nie spalone albo świeże, należy palenie powtórzyć. Najlepiej i najprędzej goją się błony śluzowe. Najlepsze wyniki w ogólności są w formach guzkowej i przerostowej, gdy indywidua zresztą są zupełnie zdrowe, najgorsze w formie sączącej (*lupus humidus*), i u indywiduów limfatycznych. Ale i takie formy można nieraz wyleczyć przez kilkakrotne przypalenie. Chorą, która znosiła palenie bez narkozy, wyleczono po 12-stem paleniu.

Prof. RYDYGIER demonstrował stół ekstensyjny SCHEDE'go, który daje wielkie usługi w leczeniu garbów sposobem CALOR'a oraz przy zakładaniu opatrunków unieruchamiających.

Kol. URBANIK opisuje przypadek rany postrzałowej wątroby, obserwowany w krakowskiej klinice chirurgicznej. Rana wywołana była działaniem pocisku z pistoletu i przedstawiała się jako szczelinowate pęknięcie długości 10 cm., głębokości 2 cm., biegnące równolegle do brzegu prawego płata wątroby w odległości 4 cm. od niego. Przystąpiono natychmiast do laparotomii i zeszycia rany, które wykonał kol. RUKOWSKI. Założono szew katgutowy, ciągły, miąższowy. Gwałtowny krwotok z rany natychmiast w zupełności ustał. Pozaotrzewnowe traktowanie rany w wątrobie. Uleczenie w 6 tygodniu. Do przypadku tego kol. URBANIK nawiązuje następujące uwagi: Sam fakt stwierdzenia rany postrzałowej, brzuch przesywającej stanowi wskazanie do laparotomii. Główne niebezpieczeństwo rany postrzałowej wątroby stanowi krwotok. Ocenienie nasilenia krwotoku jedynie na podstawie krwawie-

nia z ran powłokach, jest błędem. Należy przedewszystkiem badać stan ogólny a w szczególności tętno. Uwzględnienie rany w powłokach, jako punktu wyjścia dla cięcia laparotomijnego, przedstawia pewne niedogodności; odpowiedniejszym jest cięcie w linii białej. Najdzielniejszym środkiem krwotok z rany w wątrobie tamującym, jest szew. W przypadkach urazowych, wobec zdrowego mięszu wątroby, środek ten nie zawiedzie. Materyału należy używać grubego, najlepiej katgut, igieł płaskich o końcach tępych. Ranę w wątrobie należy pozaotrzewnowo traktować, a jamę brzuszną sączyć. Wobec przestrzegania powyższych szczegółów spodziewać się można znacznego zmniejszenia się cyfry śmiertelności w tych przypadkach.

[D. n.]

Pruszyński.

Wiadomości bieżące.



— Wyszedł z druku zeszyt 5 Wykładu chirurgii ogólnej BILLROTH-WINIWAR-TER'a w przekładzie kol. WATTENA i WERTHEIMA. Treść: O zapaleniu przewlekłym części miękkich [c. d.]. O wrzodach. O zapaleniu przewlekłym okostnej i kości oraz o martwicy. O zapaleniu przewlekłym stawów. Z tego samego wydawnictwa podręczników chirurgicznych ukazał się również zeszyt 7 Wykładu chirurgii szczegółowej HUETER-LOSSEN'a w przekładzie kol. GROSLIKA, PAŁĘCKIEGO i PRZYPROWSKIEGO, zawierający dokończenie wykładów o chorobach chirurgicznych brzucha i miednicy oraz obrażenia i choroby kończyny górnej.

Cena zeszytu bajecznie niska kop. 50, t. j. 5 kop. za arkusz druku.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 36. W. ŁEPKOWSKI. Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i johofmagenu w dentystyce. S. DROBA. Gruźlica stawów i kości pod względem bakteriologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9. A. SZULISŁAWSKI i B. WICHERKIEWICZ. Uwagi polemiczne. — *Medycyna* № 36. F. SACHS. 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych za pomocą intubacji. K. SACZEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego [c. d.]. — *Czasopismo Lekarskie* № 9. S. STERLING. Ospa a suchoty. W. PUŁAWSKI. Przypadek rzucawki na początku piątego miesiąca ciąży. Poronienie. M. BEHNSTEIN. O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. FR. GRODECKI. Projekt ustawy kasy samopomocy lekarzy Królestwa Polskiego. — *Zdrowie* № 8. A. KRAJEWSKI. W sprawie walki z gruźlicą. J. TCHÓRZNICKI. Piekarnie Warszawskie pod względem sanitarnym [C. d.]. W. DOBRZYŃSKI. Kilka słów w kwestyi oczyszczania i zraszania ulic oraz usuwania odpadków miejskich [Dok.].

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b. Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурой, Варшава 3 Сентября 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

RZĄDOWO UPRAWNIONY
ZAKŁAD FABRYCZNY
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

Odnaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru


w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

Wody mineralne sztuczne:

- Selterska**, używana w katarach oskrzeli i płuc, flaszka 16 ct.
Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.
Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct., mała 25 ct.
Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka $\frac{1}{2}$ litrowa 10 ct., $\frac{3}{4}$ litr. 14 ct.
Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.
 Na wzór wody **Maryenbadzkiej**, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista** (z pyrofosforanem żelazowym), wyborny środek w bezkrwi-
stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.
Jodowa, flaszka 20 ct.
Litowa, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,
flaszka 15 ct.
Bromowa, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epile-
psyi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza
28 ct., słabsza 20 ct.
Kwaśna Sodowa, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana,
flaszka 15 ct.
Woda Alkaliczna (*Aqua alcalina effervescens*) mocniejsza 30 ct. słabsza 20 ct.
Woda Ziemna (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 "
Woda Magnowa (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 " } Według
przepisów
Prof. D ra
W. Jawor-
skiego.

 Przyrzędzenie wód odbywa się pod kontrolą

KOMISYI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO.

Broszury przesyła się na żądanie franko.

K. Rząca i Chmurski,
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

S K Ł A D
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—37

Ekspedycja szybka i akurтна.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—12

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

95 -9

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnosytki lekarskiej.

Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy

dla użytku

12—19

LEKARZY i STUDENTÓW

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofer'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Cena rub. 3.