

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I TERAPII MIGDAŁKA JĘZYKOWEGO ¹⁾.

[Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 3 Listopada 1891 r.]

Napisał

Dr. Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

Migdałek językowy, t. zw. czwarty, który bywa bardzo często siedliskiem najrozmaitszych spraw chorobowych, zbyt mało był uwzględniany przez klinicystów. Kwestyja zbroceń, nieraz bardzo poważnych w tym aglomeracie gruczołów, dopiero w ostatnich latach weszła na porządek dzienny, dzięki szczególnie literaturze niemieckiej. Korzystając z kilkudziesięciu zanotowanych z mojej praktyki przypadków cierpień migdałka językowego, różnych pod względem formy i natężenia, pozwolę sobie zrobić kilka uwag w tej kwestyi, opierając je na objawach, spotykanych u obserwowanych przezemnie chorych, oraz poprzedzić je niektórymi faktami, zaczerpniętymi z literatury w celu zwrócenia uwagi na przedmiot ważny, a jednak nieco za pobieźnie, jak dotąd, traktowany.

Migdałkiem językowym nazywamy zbiór gruczołów torebkowych, umieszczonych w błonie śluzowej podstawy języka pomiędzy *V romanum*, t. j. brodawkami wałowatemi, a nagłośnią, z jednej strony, i dolnemi końcami migdałków podniebiennych z drugiej. Jest to niejako łącznik pomiędzy migdałkami podniebiennymi, zamykający pierścień limfatyczny gardzieli, którego drugą połowę stanowią migdałki, otaczające wylot trąbki EUSTACHIJUSZA, t. zw. *tonsillae tubariae* GERLACH'a, oraz migdałek gardzielowy LUSCHKA'i. BICKEL pierwszy zwrócił uwagę na to, że pomiędzy częściami tego pierścienia zachodzi pewien związek ściślejszy, że sprawy chorobowe niezawsze ograniczają się na zajęciu jednego migdałka, lecz łatwo mogą udzielać się innym. Jakkolwiek gruczoły torebkowe podstawy języka były znane anatomom na początku zeszłego stulecia [WHARTON, MORGAGNI], to jednak dokładniejsze zbadanie tych tworów limfatycznych zawdzięczamy KOELLIKER'owi, który je opisuje w sposób następujący:

„Gruczoł torebkowy pojedynczy przedstawia owalną lub kulistą masę o 1—4 mm. średnicy. Osadzonym jest luźno w tkance podśluzowej; na stronie zewnętrznej otacza go bardzo cienka błona śluzowa, od dołu zaś przebiega go przewód wywodzący głębiej położonego gruczołu śluzowego. W środku powierz-

¹⁾ Synonimy: Migdałek czwarty. Gruczoły woreczkowe, torebkowe podstawy języka. Gruczoły podstawy języka. Gruczoły przednagłośniowe. Tkanka adenoidalna podstawy języka.

chmi górnej znajduje się otwór 0,5—1,0 mm., prowadzący do lejkowatej jamki, o ściankach grubych, posiadającej stosunkowo dość małą objętość i wypełnionej szarą śluzową masą. Każdy gruczoł torebkowy jest to grubościenny woreczek, otoczony włóknistą powłoczką, związaną z głębszemi warstwami błony śluzowej, od wewnątrz wysłany przedłużeniem błony śluzowej jamy ustnej; między temi warstwami w delikatnem, włóknistem, bogato unaczynionem podścielisku spoczywa znaczna ilość wielkich [0,2—0,5 mm.], białawych, owalnych lub kulistych torebek, podobnych do blaszek PEYER'a, gruczołów solitarnych lub pęcherzyków śledziony. Twory te składają się z twardej, 4—7 mm. grubej pochewki łącznotkankowej, bez włókien sprężystych, oraz z zawartości, przedstawiającej się jako szarobiaławy płyn, w którym zawieszono są cząsteczki upostaciowane". Badania KOELLIKER'a potwierdzone zostały przez GAUSTER'a, ECKARD'a, BOETTCHER'a, SCHMIDT'a i innych ¹⁾, a STOEHR dowiódł, że z tkanki adenoidalnej migdałów i gruczołów podstawy języka przeciskają się pomiędzy komórkami nabłonka leukocyty do jamy ustnej. Wędrowka ta jest objawem stałym, zaczyna się od urodzenia i trwa całe życie, jeżeli tylko gruczoły znajdują się w stanie prawidłowym.

Błona śluzowa podstawy języka przy badaniu za pomocą wziernika krtaniowego przedstawia się nawet w warunkach prawidłowych, rozmaicie: może być gładką, różową z wybitnie rozwiniętymi naczyniami, lub naczynia nie są widoczne; w innych przypadkach na równej błonie śluzowej spotykamy mniej lub więcej rozwinięte wyniosłości.

Jamy nagłośnio-językowe zazwyczaj są dobrze widoczne, co zależy od formy, wielkości i ustawienia nagłośni, w razie odchylenia tej ostatniej ku przodowi podstawa języka może być przykryta; co się zaś tyczy samej podstawy języka, to bywa ona już to jednolicie wypukłą lub płaską, już też więcej wypukłą w środku niż po bokach, albo odwrotnie.

Pracę SWAIN'a ²⁾, dotyczącą cierpień migdałka językowego, należy uważać za podstawową, która w ostatnich 5-iu latach również dała bodziec do szeregu poważnych monografij, zajmujących się przeważnie przerostem migdałka, że wymienimy tutaj prace BALME'a ³⁾, FEULIERES'a ⁴⁾, SEIFERT'a ⁵⁾, SCHAEDE'go ⁶⁾, MOELLER'a ⁷⁾, DONALIES'a ⁸⁾, STOERK'a ⁹⁾, C. W. RICHARDSON'a, ROE i POR-

¹⁾ Cytowane u SWAIN'a.

²⁾ Die Balgdrüsen am Zungengrunde und deren Hypertrophie. Auf Grunde 190 beobachteten Fällen beschrieben. D. Arch. f. klin. Med. 1886.

³⁾ De l'hypertrophie des amygdales (*palatines, pharyngée, linguale*). Thèse de Paris. 1888.

⁴⁾ De l'hypertrophie adénoïde de la base de la langue: quatrième amygdale. Thèse de Bordeaux. 1889.

⁵⁾ Ueber Hypertrophie der Zungentonsille. Berl. klin. Woch. 1887. N. 19.

⁶⁾ Hypertrophie der Zungentonsille. Berl. klin. Woch. 1891. N. 13.

⁷⁾ Die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen, ihre klinische Bedeutung und Therapie. Dissertation Greifswalds 1889.

⁸⁾ Zur Lehre von den Hyperplasien des lymphatischen Rachenringes. Dissertation Königsberg. 1891.

⁹⁾ Klinik der Krankh. d. Kehlkopfes etc. 1880.

HER'a (*Centralblatt f. Laryng.* 1890), NEIDERT'a, CLARK'a (*Centralb.* 1891), RUDOLFA W. SEISS'a (*Centralb.* 1890) i t. d..

Do najczęstszych i najważniejszych cierpień migdałka językowego należy przerost [*hypertrophia tonsillae lingualis*], który, jak wykazują obserwacje SWAIN'a, dotyczy nie oddzielnych gruczołów i follikulów, zwykle dobrze rozwiniętych u dorosłych, lecz całości migdałka czwartego. Bywa najczęściej skutkiem przewlekłych zapaleń z przerostem, jakkolwiek stan ten wywołany być może przez gruźlicę [SWAIN (*l. c.*), DMOCHOWSKI¹⁰], przymiot [MOURE i RAULIN¹¹] i inne cierpienia.

Postać i rozmiary przerostu bywają rozmaite. Migdałek zazwyczaj przedstawia się jako jeden okrągły guz, pokryty zaczerwienioną i rozpulchnioną błoną śluzową, wypełniający obie jamy nagłośnio-językowe (*sinus glosso-epiglottici*), lub też, jako dwa rozdzielone brózdą guzy jednakowej lub różnej wielkości. W znaczniejszych stopniach przerostu nieraz zupełnie bywa zakrytym górny brzeg nagłośni, która natenczas zwykle pochylona jest ku tyłowi, chociaż [na co pierwszy zwrócił uwagę HAGEN¹²] może być tylko zgrubiałą, odsuniętą na bok, lub odcisniętą na swym brzegu górnym (*Druckexcavationen*). W innych przypadkach przerost dotyczy oddzielnych części podstawy języka pod postacią podłużnych lub poprzecznych wałków lub kulistych guzików znacznie nad powierzchnią wystających; nareszcie w postaciach lżejszych, gdy cierpienie ogranicza się na kilku lub jednym gruczołku, przedstawiać się może jako guzik wielkości grochu. Powierzchnia podstawy języka przy przeroście bywa bądź gładka, to znowu nierówna gronkowata, lub, jak niektórzy porównywają, podobna formą do worka, ściśle wypchanego grochem lub orzechami. Charakter i natężenie różnorodnych objawów, towarzyszących przerostowi migdałka językowego, nie zależą ani od wielkości, ani od formy, ani od umiejscowienia sprawy. Nieraz mały przerost wywołuje szereg przypadłości, często przeszkadzających w spełnianiu obowiązków [śpiewakom, księżom, adwokatom i t. p.] i odwrotnie nawet olbrzymi przerost migdałka przebiega bez objawów subiektywnych stosownie do większej lub mniejszej wrażliwości chorych [RUAULT *l. c.*], a wykrywa się go tylko przypadkowo.

Zazwyczaj skarżą się chorzy na uczucie jakby ciała obcego, uwięzionego głęboko w gardle, które napróżno przełknąć usiłują. Przykre to wrażenie znika podczas jedzenia, aby znowu powrócić. Według twierdzenia chorych, ma to być włos, ość, groch, pęcherzyk na języku, najczęściej kula lub jakieś ciało kuliste. Zdawać się nam może, że mamy do czynienia z *globus hystericus*, gdy tymczasem leczenie ogólne, przez lata całe stosowane, pozostaje bez skutku, dopóki traf nie zwróci uwagi na istotę cierpienia, po usunięciu którego chory doraźnie jest uleczonym. Powyższy objaw na szczególną zasługuje uwagę, która również do-

¹⁰) Z. DMOCHOWSKI. O wtórnem cierpieniu migdałów gardzielowych i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka. *Gaz. Lek.* N. 15. 1889.

¹¹) Contribution a l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique par les D-re MOURE et RAULIN, *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.* 1891. N. 617.

¹²) Odczyt w Towarzystwie Lipskiem 16. X. 1888. *SCHMIDT's Jahrbücher.* 1888.

tyczy innych objawów, zbyt często za nerwowe przyjmowanych, np. dławienia lub ściskania w gardle. Wogóle tam, gdzie podejrzujemy *globus hystericus*, pierwszym obowiązkiem jest dokładne zbadanie podstawy języka za pomocą lusterka krtaniowego.

Jednym z najbardziej uciążliwych objawów, szczególnie dla osób, których zawód wymaga wyraźnego i doniosłego głosu, jest to, bardzo często towarzyszące przerostowi migdałka czwartego, zaburzenie w postaci utrudnionej mowy lub śpiewu. Śpiewacy zazwyczaj w tych razach nadaremnie nieraz usiłują wydać ton czysty lub też po kilku lub kilkunastu tonach zaczynają uczuć zmęczenie; najczęściej skarżą się na utratę czystości i dźwięczności głosu, na uczucie zaflegmienia, wskutek czego zmuszeni bywają do częstego chrząkania i odpluwania, jako następstwa właściwego przerostowi, zwiększonej ilości śliny i śluzu.

CURTIS ¹³⁾ wspomina, iż przerost swemi rozmiarami bezpośrednio utrudniać może ruchy nagłośni, jakkolwiek wykluczać nie można w niektórych przypadkach drogi odruchowej. Zmęczenie podczas śpiewu niekiedy bywa przemijającym, czasami nagle głos urywa się, czasami słabnie powoli przy objawach chrypki i bólu w gardle. Przerost gruczołów na podstawie języka oczywiście przedstawia dla śpiewaków bardzo poważne cierpienie, wymagające energicznej i umiejętnej interwencji, co dotyczy, choć nieco w mniejszym stopniu, księży, adwokatów, profesorów i t. d.. Ból podczas wydawania głosu, towarzyszący niekiedy przerostowi, powstaje wskutek podrażnienia nerwów nagłośni, spowodowanego przez tarcie tej ostatniej o powiększony gruczoł językowy; ból ten jest więcej wyraźnym u osób nerwowych lub przy jednoczesnym niezycie przewlekłym gardzieli, najczęściej bywa tępym, czasami kłującym, piekącym i t. p.. STOERK ¹⁴⁾ pierwszy stwierdził przy przerostie migdałka czwartego za pomocą wziernika pewne postacie nerwic krtaniowych; raz mógł dostrzedz również raptowny skurcz krtani. W przypadkach znacznego przerostu od czasu do czasu brzeg górny nagłośni może się zaczepiać; ztąd unieruchomiona nagłośnia, stanowiąc przeszkodę w ruchach, zamykających głośnię, wywołuje częste napady duszności i mocnego kaszlu. Przypadki skurczu wdechowego, wywołanego przez drażnienie nagłośni, obserwował HEYMANN ¹⁵⁾ u 2 młodych silnych mężczyzn, dotkniętych przerostem migdałka językowego; wycięcie przerosłego migdałka oraz w drugim przypadku usunięcie migdałka i małej torbieli nagłośni uwolniło chorych od nadzwyczaj przykrych objawów duszności. Z rzadszych zaburzeń, towarzyszących przerostowi, przytaczają HAGEN, RUAULT i inni [co i ja również stwierdzić mogłem w moich obserwacjach] nagle powstającą i również prędko, bo w kilka godzin znikającą chrypkę, bóle pomiędzy łopatkami oraz w przedniej i w bocznych częściach szyi; LENNOX-BROWNE ¹⁶⁾ wspomina o zaburzeniu trawienia, które zależeć ma od częstego polykania znacznej ilości śliny, LANGMETH ¹⁷⁾

¹³⁾ Cytowany u SWAIN'a i RUAULT'a.

¹⁴⁾ STÖRCK. l. c. str. 40, 411, 227.

¹⁵⁾ HEYMANN. Berl. klin. Woch. 1881, str. 393.

¹⁶⁾ Cyt. u RUAULT'a.

¹⁷⁾ VIRCH. Jahresb. 1888, str. 252.

notuje przypadki, w których po usunięciu przerosłego migdałka, objawy niestrawności zmniejszały się znacznie, co do charakteru i nasilenia. Przy przeroście na migdałku nieraz zdarza się widzieć naczynia rozszerzone, które niekiedy mogą być źródłem krwiopłucia. Objaw ten, na który zwrócili uwagę HEUBNER¹⁸⁾ i ROE¹⁹⁾, mogę potwierdzić na podstawie własnego doświadczenia. Jak jednak taka okoliczność może wprowadzić w błąd nawet najstarszych lekarzy, jako przykład niech służy przypadek osoby, 30 lat mającej, doskonale zbudowanej, która niedawno zwróciła się do mnie, zaniepokojona krwiopłuciem, wyższy poprzednio cały arsenał lekarstw i wód mineralnych. Przy badaniu stwierdziłem jednolite powiększenie migdałka językowego oraz w przedniej jego części tuż po za brodawkami wałowatemi znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych, gdzie raz udało mi się ujrzeć kilka skrzepów krwi. Ponieważ ani w nosie, ani w jamie nosogardzielowej żadnych zmian nie wykryłem, wobec ujemnego rezultatu z badania płwociny, dokonanego przez D-ra PRZEWOSKIEGO co do laseczników gruźliczych, mogłem uspokoić chorą o źródło krwiopłucia. Poprawa szybko nastąpiła po zastosowaniu wcierań roztworem LUGOL'a, i mam nadzieję, że po przypaleniu naczyń galwanokauterem stan ten więcej nie powróci. Według GIL-LOR'a²⁰⁾, dokładne badanie podstawy języka ma mieć niepoślednie znaczenie dla internisty ze względu na to, że z zachowania się żył na podstawie języka można do pewnego stopnia wnioskować o ich stanie w mózgu; a przy znacznem ich zgrubieniu i drobnych rozszerzeniach w postaci t. zw. *aneurysmata miliaria* wobec dyjatezy artrytycznej, skłonność do udaru mózgowego jest bardzo prawdopodobną. Przyczyny przewlekłego przerostu migdałka czwartego mogą być ogólne lub miejscowe.

Wobec ścisłego związku tkanki adenoidalnej w gardzieli często zdarzają się przypadki jednoczesnego zaatakowania całego pierścienia gardzielowego, a więc gruczołu LUSCHKA' i, migdałów podniebiennych i podstawy języka, dotyczące osobników limfatycznych i skrofulicznych. DMOCHOWSKI (l. c.) spotykał często przerost migdałka językowego u suchotników, BIRCH-HIRSCHFELD²¹⁾ widywał go na sekcjach u pijaków i przy zębach spróchniałych, a przy cierpieniach zakaźnych, np.: tyfusie, odrze, szkarlatynie, błonicy, zmiany te bywają w mniejszym lub większym stopniu rozwinięte [SWAIN].

Z przyczyn miejscowych na zaznaczenie zasługują: ostre i drażniące pokarmy, zbyt wysoka ich ciepota, nadużycie tytoniu i alkoholu. Rozpoznanie cierpienia przy pomocy wziernika krtaniowego nie przedstawia żadnych trudności, przyczem lusterko oprzeć należy na granicy między twardem a miękkim podniebieniem. Badanie palcem może być przydatne tylko przy bardzo wybitnych zmianach: nowotworach, głębokich owrzodzeniach, znacznym przeroście i t. d., a niekiedy przy posuniętej sprawie, gdy zmienione gruczoły znacznie ponad powierzchnię występują, wystarczy może wyciągnięcie języka i obejrzenie

¹⁸⁾ SCHMIDT's Jahrbücher. 1888.

¹⁹⁾ Central. f. Laryngol. 1890.

²⁰⁾ Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de la valeur sémiologique L'union médicale. Nr. 68. VIRCH. Jahresb. 1888, str. 251.

²¹⁾ Dyskusyja w Tow. Lek. L'pskiem 16. X. 1888. SCHMIDT's Jahrb. 1888.

go przy zwykłym świetle. Jako środek pomocniczy, nawet rozstrzygający, posłużyć może również sposób, proponowany przez SEIFERT'a ²²⁾, o którego przymiotach niejednokrotnie mogłem się przekonać. Sposób ten polega na dotykaniu zgłębnikiem srebrnym podstawy języka, przez co wywołuje się objawy subiektywne u chorych, które znikają zazwyczaj całkowicie, choć chwilowo, po następnym znieczuleniu 10% roztworem kokainy. Przebieg bywa zwykle powolnym, rokowanie pomyślne, o ile sprawa nie zależy od zaburzeń ogólnej natury [gruźlicy, przymiotu i t. d.] i wtedy ma się w stosunku prostym do cierpienia zasadniczego. Umiejętne leczenie daje rezultaty zupełnie zadawalające.

Zaczynam zwykle od pędzlowania roztworem jodu w glicerynie ²³⁾, z początku słabszym, następnie mocniejszym. Sposób ten, wprowadzony przez HAGEN'a i SWAIN'a czasami daje wynik dodatni, często jednak zawodzi: w jednych przypadkach przy długim nawet stosowaniu działanie redukuje się niemal do zera, w innych chorzy środka tego znosić nie mogą. Wobec tego należałoby wypróbować innych środków: z własnego doświadczenia zaleciłbym 20 — 50% roztworu mentolu, który mi nieraz dobre wyświadczył usługi, lub 2—10% roztworu azotanu srebra. Bardziej stężonych roztworów srebra nie używałem, a w przypadkach daleko posuniętych przypalałem miejsca zaatakowane, po znieczuleniu kokainą, azotanem srebra lub kwasem chromnym, natopionym na odpowiednio zagięty zgłębnik srebrny. Przypalanie kwasem chromnym, według mego zdania, stosować należy przy powiększeniu oddzielnych gruczołów w postaci guzików, drażniących nagłośnię. Nieraz przekonać się mogłem, że rękoczyn powyższy przynosi ulgę odrazu, a chorzy inteligentni oświadczają, że przeszkoda, która im dokuczała, jest usuniętą całkowicie. Nie potrzebuję dodawać, że zdanie to może być zbyt subiektywnem, a dla zupełnego zniesienia przerostu powtórzenie przypałań jest niezbędnem. Najczęściej stosuję i za najracjonalniejszy sposób uważam galwanokaustykę. Po znieczuleniu kokainą stosownie do wielkości migdałka w kierunku największego jego przerostu robię mniejszą lub większą ilość zawsze dość głębokich nacięć za pomocą noża galwanokaustycznego; w razie wielu oddzielnych wyniosłości, stosuję głębokie nacięcia spiczastym galwanokauterem; gdy zaś uda się uchwycić w pętlicę galwanokaustyczną kawałek migdałka, chętnie uciekam się do tego zabiegu, przy którym udało mi się nieraz wyjmować kawałki wielkości orzecha laskowego, co sprowadza wyleczenie w możliwie najkrótszym czasie. Do niezbyt przyjemnych powikłań przypalania należy dość znaczny odczyn miejscowy, połączony z kilkodniowym bólem, który przy nieostrożnym stosowaniu galwanokaustyki, np. przy poparzeniu nagłośni i obrzmieniu jej, mógłby być bardzo dotkliwym. W tych przypadkach zaleca się w ciągu kilku dni użycie płynnych i zimnych pokarmów, lodów, częste płukanie zimną wodą oraz trzymanie na języku kawałków lodu. W razie obostrzenia przewlekłego przerostu, o którym sądzić można po objawach subiektywnych [lekkim bólu przy łykaniu, pieczeniu i t. p.], jako też obiektywnych w po-

²²⁾ Verhandl. der phys. med. Gesellschaft. Würzburg. 1886, cyt. u KERSTING'a [Beiträge zur Pathologie der Zungentonsille]. Dissertation Würzburg [1889].

²³⁾ Rp. Jodii puri 0,6; Kalii jodati 6,0; Glycerini 30,0. MDS.

staci rozpulchnienia i zaczerwienienia błony śluzowej, zalecam płukanie rozczy-
nem kokainy w stosunku 1,0—180,0. Choć znane są przypadki operowania
przerosłego migdałka językowego tonsilotomem MACKENZIE'go²⁴⁾, nożem lub no-
życzkami [Roe], to jednak zabieg ten uważam za niepotrzebny, a nawet za nieco
niebezpieczny, a pętlica galwanokaustyczna ma, zdaniem mojem, tę przewagę nad
narzędziami ostre, że zostawia ranę, pokrytą strupem, chroniąc od zakażenia
nadwyzczaj do tego podatne pole operacyjne. W niektórych przypadkach oczy-
wiście, oprócz miejscowych rękoczynów, może być niezbędnem i leczenie ogólne,
co zależy od cierpień współrzędnych [np. *neurasthenia* i t. d.], bądź od przyczyn
wywołujących [zołży, gruźlica i t. p.].

A więc ze środków zewnętrznych stosuje się stosownie do przypadku ką-
piele słone, kąpiele morskie, hydroterapię, gimnastykę, ogólną faradyzacyję
i t. d., ze środków wewnętrznych: tran, żelazo, brom, jod i t. d., choć w każdym
poszczególnym przypadku należy wyszukać odpowiednich wskazań, które w gra-
nicach szablonu zamknąć się nie dadzą. Za przykład najrozmaitszych objawów
podmiotowych i przedmiotowych przytoczę niektóre spostrzeżenia, w celu po-
parcia poglądów moich co do przebiegu rozpoznania i leczenia przewlekłego
przerostu migdałka językowego.

S p o s t r z e ż e n i a :

I. Pani P., nauczycielka, lat 35, dosyć otyła, lecz biała. Widziałem ją raz w 1887 r., skar-
żyła się wówczas na często powtarzającą się chrypkę. Bładość błony śluzowej
gardzieli i krtani. Mierny przerost migdałka językowego. 30. 1. 1888 r. skarży się na ból gar-
dła przy łykaniu, zwłaszcza po stronie lewej, trwający dni 10. Stwierdziłem: zaczerwienie-
nie gardzieli, Podstawa języka czerwona, obrzmiała w postaci gronkowatych wyniosłości, wię-
kszych po stronie lewej; któremi wypełniona była jama przednagłośniowa. Mając tu do czynienia
z obostrzeniem przewlekłego przerostu, zaleciłem chłodne pokarmy, płukanie kwasem bornym i we-
zykatoryję na szyję. Stan ten szybko się poprawił.

II. Pan Ł., lat 40, kaszle od dawna (*bronchitis chronica*). W ostatnich tygodniach dokucza
mu swędzenie i pieczenie w gardle. Nos, krtani i gardziel bez zmian. Gruczoły
podstawy języka znacznie powiększone, czerwone, lśniące, gładkie. Płukanie: *t-ra myrrhae, ratha-
niae et catechu*. Dyjeta: pokarmy nie gorące i nie drażniące. Szybka poprawa.

III. Pani B., lat 30, doskonale odżywiana, dziedzicznie suchotami obciążona. Leczy się od
lat kilku w celu usunięcia jakiegoś ciała obcego, które nie pozwala jej śpiewać. Przy badaniu
wykryto: *pharyngitis lateralis* obustronnie. Znaczny przerost migdałka językowego, który o brzeg
nagłośni zawadza. Po zastosowaniu odpowiedniej diety, płókania, *t-ra myrrhae* i t. d., pędzlowania
argento nitrico główne dolegliwości znikły; dalszego przebiegu nie znam.

IV. Pani S., lat 46, przysłana do mnie przez D-ra R. S. NOWAKA z Siewierza. Kobieta
dobrej tuszy i odżywiania cierpi od lat kilku na gardło. Skarży się na ból w mostku, ple-
cach i po bokach szyi (w okolicy *m. sternocleidomastoidei*), dalej na uczucie obcego
ciała w gardle, poruszającego się tam i z powrotem przy łykaniu
[wskazuje na okolicę kości gnykowej]. Nos przypłaszczony nieco [w dzieciństwie koń ją uderzył].
Błona śluzowa nosa, gardzieli i krtani zmian nie przedstawia. Podniebienie miękkie znajduje się
bardzo blisko od tylnej ściany, tak, że *rhinoscopia posterior* niemożliwa. Przy wprowadzeniu pal-
ca czuję opór na miejscu przejścia podniebienia twardego w miękkie, lecz wyżej cała jama nosogar-
dzielowa swobodna, gładka. Nieżytów i zatykania nosa nie miewa. Podstawa języka nieco ku
przodowi od jamy przednagłośniowej przedstawia ogromny przerost migdałka językowego w po-
staci dwóch guzów, każdy z nich wielkości po pół orzecha tureckiego, położonych symetrycznie po

²⁴⁾ W. PORCHER. Centralbl. SEMON'a. 1890, str. 404.

obu stronach linii środkowej. Guzy te o powierzchni różowej, nierównej, lecz jakby gronkowatej przy lekkim oddechaniu uciskają na nagłośnię. Ten właśnie przerost gruczołów przednagłośniowych uważałem za przyczynę uczucia obcego ciała w gardle, prawdopodobnie i bólów w szyi, mostku i plecach. 12. IX. 1889 r. po niezczuleniu 20% kokainą usunąłem oba guzy pętlicą galwanokaustyczną, gronkowate wyniosłości obok nich przypaliłem nożem galwanokaustycznym, zaleciłem lód, zimną wodę i zimne mleko. Po operacji przez cały dzień chora uczuwała znaczny ból, który od rana dnia następnego już nieco się zmniejszył, przyczem wystąpił obrzęk całej językowej powierzchni nagłośni i jamy nagłośniojęzykowej, która przedstawiała wybitne zaczerwienienie. Po dwóch dniach odczyn i bóle się zmniejszyły i chora opuściła Warszawę.

V. Pan Z., lat 33 mający, zgłosił się do mnie 2. X. 1889 r. Od dłuższego czasu dokuca mu drapanie, zasychanie w gardle i uczucie obecności kłębka włosów. Od paru miesięcy pogorszyło mu się. W gardzieli nieżyt przewlekły. Gruczoły na podstawie języka jednolicie powiększone, czerwone i zakrywają prawie brzeg nagłośni; krtań bez zmian. Po zastosowaniu płukania myrrą i t. d. i pędzlowania z początku *mentholen* 20%, później jodem z gliceryną, szybka nastąpiła poprawa; obrzmienie migdałka językowego zmniejszyło się o tyle, że żadnych zaburzeń prawie nie wywoływało. Chorego widziałem ostatni raz 16. IV. 1891 r.. Objawy subiektywne, na które się dawniej skarżył, nie powróciły.

VI. Pani K., lat 22, zgłosiła się do mnie 21. I. 1890 r. z polecenia D-ra PAWIŃSKIEGO. Od roku blisko miewa chrypkę, raz większą, raz mniejszą. Lekki kaszel. Ma ona *hypertrophiam cordis et insuffic. v. v. semilunarium aortae* [po reumatyzmie]. Migdałek językowy czerwony, obrzmiały, o gronkowatej powierzchni. Znaczne nastrożenie naczyń. Płukania ściągające i pędzlowania jodem z gliceryną wkrótce usunęły chrypkę.

VII. Pani Anna S., lat 40, przed 2-ma miesiącami, jedząc gorącą zupę, połknęła kość i dokładnie czuje ją w gardle, przyczem wskazuje na okolicę kości gnykowej. W gardzieli zmian żadnych. Gruczoły na podstawie języka znacznie powiększone, czerwone, a zwłaszcza po stronie lewej. Zaleciłem płukanie *kalio chlorico*, chłodne pokarmy i pędzlowanie jodem z gliceryną. Po tygodniu uczucie tkwienia kości znikło.

VIII. Pani T., lat 50. Przybyła do mnie z porady D-ra KURTZA. Choruje na gardło od lat pięciu i leczyła się już bardzo wiele, zawsze bezskutecznie. Cierpienie to, według słów chorej, zatrzuwa jej życie i polega na katarze i ciąglem zatykaniu nosa oraz na istnieniu jakiejś stałej przeszkody, którą umiejscawia w okolicy kości gnykowej. Badanie wykazało: znaczny przerost błony śluzowej nosa, granulacje w gardzieli, gruczoły na podstawie języka znacznie powiększone, któremi brzeg nagłośni jest zakryty. 20. IV. 1890 r. *Cauterisatio galvanocaustica mucosae narium*. 5. II. Przypaliłem gruczoły podstawy języka nożem galwanokaustycznym i azotanem srebra, natopionym na zgłębniku. Odczyn bardzo żywy: bóle w uszach, utrudnione polykanie, bezsenność 7. V. ból znacznie mniejszy; 19. V. strupy, powstałe po przypaleniu, zeszyły, lecz przeszkoda ta sama, co i dawniej. Migdałek językowy jednolicie powiększony, lecz brzeg nagłośni wolny. 27. V. powtórne przypalenie galwanokaustyczne. Strupy siedziały dni 12. Chora wyjechała do Salzbrunn. Widziałem ją w pół roku później: przeszkoda owa już zupełnie znikła. Migdałek językowy w granicach prawidłowych. W przypadku tym nie zastosowałem pętlicy galwanokaustycznej, gdyż żadna część migdałka nie dała się w nią uchwycić.

IX. Panna K., 17 lat mająca, skarży się na ciągłe chrzakanie, nade wszystko podczas śpiewu, który w ostatnich czasach porzucić była zmuszoną. Nos zmian nie przedstawia, od lewej trąbki EUSTACHIJUSZA idzie wązki, włóknisty sznureczek do sklepienia, gardziel wyraźnie zaczerwieniona. Na przedniej powierzchni prawego migdałka podniebiennego wykryłem torbiel skórzastą wielkości połowy ziarnka grochu, którą zdjąłem pętlicą galwanokaustyczną. Gruczoły na podstawie języka mocno czerwone, powiększone, bądź pojedynczo, bądź kępkami. 24. VI. 90 zastosowałem galwanokaustykę w celu przypalenia przerosłego migdałka, poczem odczyn był bardzo słabym; 4. VII. strupy zeszyły, a sprawa przerostowa uległa znacznej redukcji. Dla usunięcia nieżytu gardzieli zaleciłem płukanie słoną wodą i pędzlowanie rozcynem LUGOL'a. W rok później widziałem pacjentkę zupełnie zdrową.

X. Pani T., lat 30. Od 6 tygodni ucuwa ból w gardle, suchość, dławienie i ściskanie, a od 3 miesięcy dokuca jej suchy, krótki, lecz częsty kaszel. Przed 8 laty pluła krwią, przed rokiem przebyła zapalenie płuc, z którego została zupełnie wyleczoną. Przy badaniu stwierdziłem

w płucn prawem stępienie szczytowe, w żyłach *bruit du diable*; nos, gardziel i krtań znalazłem prawidłowemi, a gruczoły na podstawie języka zaczerwienionemi, obrzmiałemi w postaci oddzielnych kępek. 21. X. 9) r. pętlicą galwanokaustyczną usunąłem duży kawałek [o podstawie 15 kop. srebrnej] ze środka migdałka językowego i dwa mniejsze z boków, resztę zaś przypaliłem galwanokauterem. 22. X. odczyn był nieznaczny; chora spała prawie całą dobę po operacji, z małemi przerwami; dnia następnego nagłośnią przedstawiała się mocno obrzmiała i zaczerwieniona, strup zaś był bardzo gruby. Po zastosowaniu lodu i t. d. 24. X. ból znacznie się zmniejszył wraz ze zmniejszeniem odczynu zapalnego nagłośni. W miesiąc później czuła się zupełnie zdrową.

XI. Pan K., lat 45, zgłosił się 11. XI. 90 r., oświadczając, że od kilku tygodni ma uczucie jakiejś przeszkody, umiejscowionej głęboko w lewej stronie gardła w okolicy kości podjęzykowej. Przy prawidłowej krtani i niezycie granulacyjnym gardzieli u podstawy języka po stronie lewej wykryć było można 2 gruczołki, z których jeden czerwony, obrzmiały, wielkości grochu, wystaje ponad poziom tkanek otaczających; drugi zaś był znacznie mniejszym i leżał obok pierwszego. Po płukaniu kwasem bornym, pędzlowaniu mentolem i odpowiednią dyjetą; w kilka dni nastąpiła niewielka poprawa. Na zastosowanie galwanokaustyki chory nie chciał się zgodzić i więcej mi się nie pokazał.

XII. Panna Tw., lat 25, udała się do mnie z powodu chrypki, która od kilku miesięcy występuje peryjodycznie po 10—15 minutach śpiewu. Badanie wykryło przerost migdałka językowego. Po zastosowaniu pulweryzacji gardła środkami ściągającymi nastąpiła poprawa. Wkrótce jednak chora wyjechała, nie dokończywszy kuracji.

XIII. Pani J., lat 25, zgłosiła się do mnie 17. I. 91. Jest to osoba wysoce wrażliwa i nerwowa; skarży się na tępy ból z lewej strony szyi; ma lekki nieżyt gardzieli. Migdałek językowy bardzo czerwony, a zwłaszcza po stronie lewej. Ponieważ dotąd przepisywano chorej środki, które ją drażniły, zacząłem stosować 10% rozczyn mentolu w olejku migdałowym i stopniowo doszedłem do 30%. Po kilku tygodniach dolegliwości ze strony gardła zupełnie ustąpiły.

XIV. Pani Po., lat 34, udała się do mnie z porady D-ra PUŁAWSKIEGO 16. IV 91. Była to osoba szczupła, zdenerwowana, z małemi zmianami gruźliczemi w płucach. Skarży się na zatykanie w gardle, zwłaszcza w nocy, i na nieznośne uczucie ciała obcego w okolicy kości gnykowej; w nosie żadnych zmian nie wykryłem, w gardzieli mały nieżyt. Na podstawie języka ogromny przerost migdałka, który zakrywał zupełnie brzeg nagłośni. Ponieważ dotąd leczyła się płukaniami i pędzlowaniami bez skutku, postanowiłem użyć zabiegów energiczniejszych, mianowicie usunąłem pętlicą galwanokaustyczną środkową część migdałka wielkości połowy orzecha laskowego, części zaś boczne przypaliłem galwanokauterem. Zaraz po operacji wystąpił bardzo znaczny odczyn, dopiero po 6 dniach widoczne obrzmienie nagłośni znikło i ból przy polykaniu znacznie się zmniejszył, a po 2 tygodniach uformował się duży biały strup i odpadł. W miesiąc później miałem okazję widzieć chorą i stwierdzić brak subiektywnych i obiektywnych objawów ze strony migdałka językowego. W Październiku r. z. D-r PUŁAWSKI raczył mi zakomunikować, że stan chorej jest zadawalającym, tak pod względem płuc jak i ze strony gardła.

XV. Panna Olga W., lat 14, zgłosiła się do mnie 30. IV. 91, skarżąc się na suchy i częsty, aczkolwiek krótkotrwały kaszel, trwający od lat 3-4, występujący tylko w ciągu dnia i wzmagający się podczas regularności. Nos nigdy nie bywa zatkanym, choć nieżyt był bardzo częstym. Stwierdziłem odżywianie chorej dobre; płuca, gardziel, jama nosogardzielowa i krtań bez zmian, nieżyt przewlekły nosa; podstawa języka usiana, jakby grochem, powiększonemi, oddzielnie porozrzuconemi gruczołami, usadowionemi na podścielisku nastrożonych naczyń. Po sprzykowaniu nosa nieco słoną, letnią wodą i pędzlowaniu języka mentolem w kilka dni kaszel znacznie się zmniejszył.

XVI. Panna B., lat 25, przybyła do mnie po raz pierwszy 19. IV. 91, oświadczając, że uczy się śpiewać od lat kilku i że w ostatnich miesiącach często podczas śpiewu chrypie, co zresztą trwa dosyć krótko, lecz odbiera jej całą odwagę wydobywania tonów, bo po każdym śpiewie zjawia się duża ilość śliny, którą zmuszona jest odpluwać lub bezustannie tykać. Przy badaniu stwierdziłem stan ogólny dobry. Po prawej stronie szyi pod przyczepem dolnym *musc. sternocleidomastoidei* wysuwa się guz wielkości orzecha włoskiego; trwa od 2 miesięcy, jest twardy, gładki, przesuwalny, bardzo mało przy ucisku bolesny [obrzmiął gruczoł chłonny]. Gardziel i krtań bez zmian. Migdałek językowy, powiększony jednolicie, wypełnia jamę nagłośnio-językową, pokrytym jest znaczną ilością śliny i śluzu, a po usunięciu nalotu przedstawia wybitne zaczerwienie. Zaleciłem pluka-

nie gardła słoną wodą i pędzlowanie roztworem LUGOL'a, okłady słone na szyję i wewnątrz *syrr. ferri iodati*, później wody Iyoniczkie [kilka butelek]. Widziałem chorą następnie w połowie Sierpnia: gruczoł na szyi znikł zupełnie, migdałek językowy był znakomicie zmniejszonym.

XVII. Pani H., lat 22, zgłosiła się 27. V. 91, skarżąc się na ściskanie i dławienie w gardle, trwające od pół roku, połączone z częstymi napadami duszności lub rzadziej kaszlu. Przypalono jej już ziarninę w gardzieli, co jednak żadnej poprawy nie sprowadziło. Płuca zmian nieprzedstawiały; w kanałach obszernych nosa dużo przysychającej wydzieliny; w gardzieli nieżyty przewlekły. Migdałek językowy w całości zgrubiał. Po szprycowaniu nosa i pędzlowaniu podstawy języka rozczysem LUGOL'a wkrótce stan ten poprawił się; czy nastąpiło zupełne wyzdrowienie, nie wiem, gdyż wkrótce straciłem chorą z oczu.

XVIII. Panna B., nauczycielka, lat 23, przed rokiem poddała się operacji wycięcia części migdałka językowego; dnia 4. VII. 91., przybywszy do mnie, znowu skarży się na męczenie się przy dłuższem mówieniu, na często powtarzającą się chrypkę i suchy kaszel. Gardziel i krtani chorej wydają się prawidłowe. Pośrodku podstawy języka biała lśniąca blizna wielkości 15 kop. srebrnych; po której bokach widać resztki znacznie przerosłego migdałka. Zaleciłem wodę *Roncegno* i ściągającą pulweryzację, a względnie dokończenie operacji.

XIX. Panna M., z Żyrardowa, lat 23, od roku doznaje uczucia jakby obecności z i a r n k a g r o c h u, głęboko usadowionego w gardle; gardziel bez zmian; cały migdałek językowy znacznie powiększony, a głównie na środku, w postaci kopuły, wielkości małego orzecha, z wadzącej o nagłośnię. Leczyć się zaczęła od dni kilku.

W przypadkach, powyżej przytoczonych, które opisałem, chciałem zwrócić uwagę na najczęstsze skargi chorych i objawy obiektywne, spotykane w przebiegu przerostu migdałka językowego. Następne 2 przypadki zasługują na uwagę względu na moment etjologiczny, który prawdopodobnie wywołał przerost gruczołów podstawy języka.

XX. D., lat 31, mężatka, zgłosiła się 8. VII. 1891 r., skarżąc się na ból, kłujący w gardle i uczucie zawadzenia. Jest to osoba blada, niedokrwista, która przeżyła przymiot. Przy braku zbożeń w krtani i gardzieli migdałek językowy przedstawia się zaczerwienionym i znacznie powiększonym. Pędzlowania *Sol. Lugoli* i do wewnątrz *syrr. ferri iodati* po miesiącu stan ten poprawiły.

XXI. Perla K., lat 29, zgłosiła się 22. V. 1891 r., kaszle od dawna, doznaje bólu w gardle, połączonego od 6 miesięcy z często powtarzającą się chrypką. Jest to osoba tuszy dobrej, dotknięta przewlekłą sprawą wierzchołkową z rozlanym nieżytem oskrzeli. Błona śluzowa gardzieli i krtani, oprócz wielkiej bledości, żadnych innych zmian nie przedstawia. Migdałek językowy znacznie powiększony w postaci jednolitej, gładkiej masy, wypełniającej jamę przednagłośniową i pokrywającej górny brzeg nagłośni; kolor jego różowy, co znacznie odbija od bledości otaczających tkanek. Zaleciłem pędzlowania mentolem. Dnia 10. VI. 1891 r., przy powtórnem badaniu, stwierdziłem olbrzymie nacieczenie chrząstek nalewkowych i nagłośni, koloru bladoróżowego z wodnistym odcieniem, oraz znaczne pogorszenie stanu ogólnego w postaci dreszczów, gorączki wieczornej i potów. 16. VI. 1891 w gardzieli stwierdziłem białe powierzchowne owrzodzenia gruczołowe na łukach, w płwocinie laseczki.

W przypadku tym przerost migdałka językowego był pierwszym szczeblem do widocznej gruczołowej krtani i gardzieli. [C. d. n.]

II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O SYRYNGOMYELII.

Podał

Edmund Biernacki.

Syryngomyelija jest sprawą rdzeniową, znaną anatomicznie bardzo dawno, bo od początku przeszłego wieku ¹⁾, klinicznie zaś dostępną rozpoznawaniu ledwie od kilku lat. Istotę tej choroby stanowi tworzenie się w szarej substancji poza *canalis centralis* jam lub szpar, których ulubionym punktem wyjścia jest część szyjowa, dolna lub górna, grzbietowa rdzenia. Ztąd sprawa może się rozprzestrzeniać wszcz i wzdłuż, tak, że defekt w rdzeniu nie ogranicza się tylko do części tylnej substancji szarej, ale—co bywa dość stale—przechodzi na pęczki tylne i rogi przednie—jeden lub oba— a w kierunku podłużnym ciągnie się w niektórych razach od rdzenia przedłużonego aż do *conus terminalis*. Odpowiednio do tego światło jamek jest niekiedy tak małe, że trudno je dojrzeć gołym okiem, ale zato dochodzi nieraz grubości ołówka lub małego palca, a substancycja szara znika prawie zupełnie. Widziano dalej na przecięciu rdzenia kilka jam lub szpar, nielączących się z sobą; może być także w kierunku podłużnym kilka defektów, różnej długości i szerokości, nie znajdujących się bynajmniej w związku. Zawartość jamek stanowi przeważnie płynna surowica, podobna do płynu mózgo-rdzeniowego, często zabarwiona brązowo lub kawowo.

Pochodzenie takich defektów w rdzeniu jest do tego czasu kwestyjną sporną i niezupełnie wyjaśnioną. Na to przedewszystkiem można się zgodzić, że tworzenie się jam w rdzeniu nie jest właściwie sprawą pierwotną, samoistną, ale zwykle wtórną; podrugie, że przyczyna sprawy nie jest zawsze jedną i tą samą. W dość poważnej liczbie przypadków jamy w rdzeniu znajdowano na miejscu kanału ośrodkowego, ścianki ich były pokryte nabłonkiem cylindrycznym na całej przestrzeni lub w pewnej tylko części: a więc tłómaczono, że jamę w rdzeniu uformował rozszerzony i wypchniony płynem kanał środkowy, czyli inaczej, że „*syryngomyelia*“ jest to „*hydromyelia*“, t. j. że dwie te sprawy są identyczne. Zdanie to wypowiedział kilkanaście lat temu LEYDEN ²⁾: syryngomyelija, według tej teorii, ma być sprawą wrodzoną, zależną od wadliwej obliteracyi kanału ośrodkowego w życiu zarodkowym. Ale przeciw tak jednostronnemu pojmowaniu rzeczy mówiło wiele faktów. I tak, jamy w rdzeniu bardzo często nie mają żadnego związku z kanałem środkowym kanał znajduje się na swoim miejscu, lub też nieco odsunięty na bok, albo przedzielony, zniekształcony przez leżący za nim defekt; prawda, przytem na przebiegu swym jama może w pewnej części zlać się z kanałem ośrodkowym. Zwrócono dalej uwagę, że ścianka jamy bardzo często nie jest wysłana nabłonkiem, i pierwszy OLLIVIER D'ANGERS ³⁾ zauważył, że sama ścianka, a nawet otaczająca jamę tkanka na większej przestrzeni nosi charakter osobi-

¹⁾ MORGAGNI i SANTORINI. 1740. Według pracy ANNY BAÜMLER.

²⁾ Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Bd. I, str. 199—202. 1874.

³⁾ Maladies de la moëlle épinière. Paris. 1823. Cyt. według ANNY BAÜMLER.

wy, podobny do zapalenia przewlekłego rdzenia. HALLOPEAU ¹⁾ nazwał te zmiany „*sclérose périependymaire*“ i uczył, że jama w rdzeniu powstaje wskutek takiego zapalenia poza kanałem środkowym ²⁾. Była w tem niewątpliwie już część prawdy, lecz SIMON ³⁾ pierwszy dowiódł, że tkanka otaczająca defekt w rdzeniu przedstawia nie tyle charakter zapalny, ile rozrost neuroglii z charakterem nowotworowym. Sprawa nieraz już gołemu oku przedstawia się jako ograniczony nowotwór w rdzeniu—*glioma*, w środku którego znajduje się szpara albo jamka. Dzięki badaniom SCHULTZE'go ⁴⁾, pogląd ten zyskał dużo podstawy patologicznej i przynajmniej teraz dla większości przypadków przyjmujemy, że jamy w rdzeniu tworzą się wskutek rozpadu nowo wytworzonej tkanki glijomatycznej, *resp.* gliomatu ⁵⁾. Można więc o syringomyelii mówić jako o „glijozie“ lub „glijomatozie“ rdzenia. W każdym razie nowsze badania zgadzają się prawie jednogłośnie, że „hydromyelija“ i „syringomyelija“ są to dwie sprawy w zasadzie różne ⁶⁾, które jednak mogą niekiedy istnieć współcześnie, nawet warunkować jedna drugą ⁷⁾.

Glijomatyczne nowotworzenie i jamy z rozpadu powstałe, oprócz bezpośredniego zniszczenia pewnej części rdzenia, prowadzą, jak każda sprawa patologiczna w tym narządzie, do wtórnych zwyrodnień wstępujących [dróg mózdkowych] i zstępujących [dróg piramidalnych], do zmian w korzeniach i pniach nerwowych.

Można tu wspomnieć jeszcze o jednej teorii powstawania jam w rdzeniu TH. LANGHANS'a, który uczył, że syringomyelija [*resp.* hydromyelija, co dla autora było jednoznaczne] rozwija się wskutek guzów mózdzku z mostu VAROL'a przez zamknięcie górnego końca kanału ośrodkowego.

Objawy kliniczne syringomyelii w przypadkach typowych i rozwiniętych znakomicie odpowiadają lokalizacyi i rozprzestrzenieniu sprawy rdzeniowej.

¹⁾ Gazette médicale de Paris. 1870. Nr. 1. Tego zdania, co i HALLOPEAU, był i SCHÜLE. Beitrag zur Kenntnis der centralen Höhlenbildung. Deutsch. Archiv f. klinische Medizin. Bd. XX. EICHHORST. Archiv f. Physiologie. Bd. X.

²⁾ W nieco odmiennej formie wskrzesili tę teorię JOFFROY i ACHARD. De la myélite cavitaire. Archives de physiologie. 1887. Według mało prawdopodobnej teorii JOFFROY'a i ACHARD'a, przyczyną jam w rdzeniu jest zatkanie jakieś centralnego naczynia, z kąd powstaje zapalenie w środku rdzenia, prowadzące do rozmiękania tkanki, wessania produktów rozpadu i jam.

³⁾ Arch. f. Psychiatrie. Bd. V. 1875.

⁴⁾ VIRCHOW's Archiv. Bd. 87. Ibidem. Bd. 102. Archiv f. Psychiatrie. Bd. VIII. 1878. Ostatnia praca: Zeitschrift f. klin. Medizin. Bd. 13. 1888.

⁵⁾ Tak było w przypadkach następujących: GRIMM. Ein Fall von progressiver Muskelatrophie. VIRCHOW's Archiv. Bd. 48. WESTPHAL. Archiv f. Psychiatrie. Bd. V. FÜRSTNER i ZACHER. Archiv f. Psychiatrie. Bd. XIV. KRAUSS. VIRCHOW's Archiv. B. 100. HOCHHAUS. Zur Kenntnis des Rückenmarksgliom. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. XLVII.

⁶⁾ Porównaj poważną pracę: Ueber Hydromyelié und Syringomyelie przez K. SCHAFER'a i H. PREISS'a. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXIII.

⁷⁾ KRONTHAL. Zur Pathologie der Höhlenbildung im Rückenmark. Neurolog. Centr. 1889. Nr. 20—22. E. MIURA. Zur Genese der Höhlen im Rückenmark. VIRCHOW's Archiv. Bd. 117. K. MIURA. Ueber Gliom des Rückenmarkes und Syringomyelie. Beiträge zur patholog. Anat. Bd. XI. E. REIDLICH. Zur patholog. Anatomie d. Syringomyelie und Hydromyelié. Wien. 1891.

Tu nadmienić muszę, że jeszcze w roku 1887 ANNA BAEUMLER ¹⁾ w swej znanej pracy nad tworzeniem się jam w rdzeniu, mimo starannego rozbioru 112 przypadków, nie mogła przedstawić typowego obrazu klinicznego syringomyelii i podać rozpoznania różniczkowego tej choroby od innych spraw rdzeniowych i od zapalenia nerwów. Podobnie i WICHMANN ²⁾, zebrawszy 33 przypadki glijomatozy rdzeniowej, nie doszedł w tym względzie do żadnego wniosku pozytywnego. Ale wkrótce, bo w r. 1888 FR. SCHULTZE ³⁾ z Bonn, który długie lata pracował nad syringomyelią i położył duże zasługi w tej dziedzinie, wyróżnił cechy charakterystyczne tej choroby, tak, że teraz rozpoznawać ją możemy w klinice z łatwością. Inny i dokładny obraz syringomyelii dał w przeszłym roku I. HOFFMANN ⁴⁾ z Heidelbergu.

Z prac tych dowiadujemy się przedewszystkiem, że jamy w rdzeniu — nawet bardzo obszerne — mogą istnieć bez żadnych objawów za życia chorego, lub też wywołują zaburzenia w sferze nerwowej drobne, nietypowe, z którymi człowiek żyje lata całe. Ale daleko częściej zjawia się następująca charakterystyczna kombinacja objawów chorobowych: 1) zaburzenia troficzne, które w celach praktycznych dzielimy na przewlekły zanik mięśniowy pochodzenia ośrodkowego z zależnemi od niego porażeniami, i zaburzenia troficzne innych tkanek: skóry, tkanki podskórnej, kości i t. d., co trudno zresztą oddzielić od zmian naczynioruchowych i wydzielniczych, 2) „częściowe porażenie czucia“ — „*partielle Empfindungslähmung*“ [SCHULTZE] — „*dissociation syringomyelique de la sensibilité*“ [CHARCOT] — pod tym terminem rozumiemy zniesienie czucia bólowego i temperatury przy zupełnie dobrze zachowanym lub stosunkowo mało upośledzonym czuciu dotykowym i mięśniowym.

Obraz chorobowy da się naszkicować w sposób następujący. W wieku lat 20—30 stopniowo i skrycie niekiedy bez bólów, a najczęściej przy uczuciu zimna lub palenia i silnych bólach rozwija się zanik i porażenie mięśni *thenaris* i *hypothenaris* na jednej górnej kończynie, a później i na drugiej lub na obu jednocześnie, — zanik, który stopniowo przechodzi na mięśnie przedramienia, lub przeskakując, na mięśnie barkowe, pleców, brzucha, kończyn dolnych i t. p. Wyjątkowo tylko choroba rozpoczyna się w kończynach dolnych lub mięśniach tułowia. Że nie jest to jednak „*atrophia muscularis progressiva*“, przebiegająca bez zmian czucia, dowodzi wystąpienie jednoczesne ze zmianami mięśniowymi lub nieco późniejsze „częściowego porażenia czucia“. Chory zauważa, że, czując doskonale, może dotykać śmiało bardzo gorących przedmiotów, nawet bezwiednie parzyć się i ranić swe ciało, nie doznając przytem bólu. Przy badaniu okazuje się, że chory nie odczuwa zupełnie szczygnięcia, głębokich ukłuc, nie odróżnia wody zimnej od ciepłej, podczas gdy czucie dotykowe i lokalizacyjne i zmysł mięśniowy są nietknięte. Zanikłe dłonie i kończyny górne nabierają niebieskiej barwy, są

¹⁾ Höhlenbildungen im Rückenmark. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 40, str. 443—543.

²⁾ Geschwülst und Höhlenbildung im Rückenmark. Stuttgart. 1887.

³⁾ L. c. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 13. 1888. Jednocześnie pisał o dyagnostyce syringomyelii prof. O. KAHLER. Prager medicin. Wochenschrift, Nr. 6—8. 1888. Ibidem. Nr. 46. 1882.

⁴⁾ Syringomyelie. Sammlung klin. Vorträge. 1891. Nr. 20. April.

często sztywne, obrzmiałe, zimne, mimo to że chorzy doznają w nich palenia i gorąca. Ale nie tylko na kończynach górnych obserwowano zmiany naczyńioruchowe i sekrecyjne: jedna część ciała poci się nieraz mocniej, niż druga; na tułowiu lub tylko na kończynach i połowie twarzy zjawia się czerwonosc plamista. Te zaburzenia mogą się nasilić do tego stopnia, że na rękach lub ciele tworzą się wybroczyny, pęcherze, różnego rodzaju wysypki, obrzęk siny, zanik skóry i tkanki podskórnej, głębokie blizny i keloidy i t. p.. Niepodobna mi tu wyliczać tych najróżnorodniejszych przejawów troficznych. Najważniejszymi i najciekawszymi z nich są niewątpliwie cierpienia kostne i stawowe i liczne na raz tworzenie się zastrzałów niebolesnych. Jedne i drugie zdarzają się mniej więcej w 10% przypadków i niewątpliwie przypadki syringomyelii, gdzie zmiany stawowe i zastrzały występują na pierwszy plan, trafiają najwcześniej do rąk chirurgów. Cierpienie stawowe — nieraz z charakterem „*arthritidis deformantis*“, ze zgrubieniem końców stawowych kości — rozwijają się zwykle symetrycznie na stawach kończyn górnych w przeciwieństwie do analogicznych zmian w suchotach rdzeniowych; przy operowaniu takich stawów uderzała nieraz lekarzy niebolesność zupełna zabiegów chirurgicznych, tak, że operacje można było robić bez chloroformu. Liczne występowanie zastrzałów niebolesnych opisywano nawet przed dwoma laty jako osobną „chorobę MORVAN'a“, a najnowsze badania [JOFFROY i ACHARD ¹⁾, CHARCOT, BERNHARDT ²⁾, SONQUES ³⁾] wykazują, że i w tej chorobie mamy do czynienia z syringomyelią.

Że cierpienie rozpoczyna się zanikiem mięśniowym w kończynach górnych, jest zupełnie zrozumiałe, bo, jak wspomnieliśmy, jamy w rdzeniu pierwotnie najchętniej mieszczą się w części szyjowej i górnej grzbietowej rdzenia i niszczą szarą substancję, względnie rogi przednie z ośrodkami troficznymi. Ale zniszczenie może iść wyżej i dojść aż do rdzenia przedłużonego i ztąd powstaje szereg nowych objawów. Z nich niezmiernie charakterystycznym dla syringomyelii jest zwężenie jednej szpary ocznej z wciągnięciem gałki ocznej i jednoczesnem (zwężeniem lub rozszerzeniem źrenicy przy zupełnie normalnem oddziaływaniu na światło i akomodację). Z objawów opuszkowych (*bulbaris*) należy zanotować częściowe porażenie czucia w obrębie nerwu trójdzielnego, zanik i porażenie języka, porażenie połknięcia i t. d. i t. d.; chory łatwo umiera z „*paralysis bulbaris*“. Rozprzestrzenienie glijatomy na część grzbietową i lędźwiową sprowadza objawy na kończynach dolnych, analogiczne do obserwowanych na rękach. Jeżeli nawet sprawa trzyma się tylko górnych odcinków rdzenia, to wtórne zwyrodnienie pęczków bocznych wywołuje — zwykle już w późniejszych okresach choroby — osłabienie kończyn dolnych ze skurczami, chodem spastycznym, znacznem wzmoczeniem odruchów ścięgnistych; pęcherz moczowy i kiszka prosta pozostają stosunkowo długo nietknięte, również jak czynności płciowe. Do zaburzeń w tym kierunku i do odleżyn dochodzi sprawa późno. [D. n.]

¹⁾ Archives de médecine experiment. 1890.

²⁾ Deutsche medicin. Wochenschr. 1891. Nr. 8.

³⁾ Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 4. Nr. 4. 1891.

III. W KWESTYI ETYJOLOGII ZAPALENIA OPŁUCNEJ.

Napisał

M. J a k o w s k i.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

Na ogólną ilość 52 przypadków mam 28 własnych moich obserwacji; dokonałem ich jużto na oddziale prof. BARANOWSKIEGO, jużteż na innych oddziałach podczas chwilowego zastępowania ordynatorów. W pozostałych przypadkach dokonywałem tylko badania bakteryjologicznego wysięków.

Z przytoczonych historyj chorób widać, że miałem sposobność zbadać 30 wysięków surowicznych i 22 ropnych: z liczby tych ostatnich w 2-ch przypadkach [XIV i L] wysięk surowiczy podczas obserwacji chorego przyjął charakter ropny.

Zbadałem wysięki w 10-iu przypadkach pierwotnego ostrego zapalenia opłucnej, gdzie gruźlica stanowczo mogła być wykluczona, w 14-tu przypadkach zapalenia opłucnej w trakcie lub po zapaleniu płuc, w 13-tu gruźlicy, w 1-ym promienicy, w 1-ym po tyfusie brzuszny, w 2-óch przy ostrym gościu stawowym, w 3-ch przy gangrenie płuc, w 1-ym przy ostrem zapaleniu osierdza, w 1-ym przy zapaleniu nerek, w 1-ym przypadku wady serca [tętniak aorty], w 5-iu wreszcie przypadkach nie pewnego powiedzieć nie można było co do tego, czy zapalenie wystąpiło pierwotnie samodzielnie, czy też po zapaleniu płuc lub innym ostrem cierpieniu, a gruźlica również stanowczo nie mogła być wykluczona.

Co do wyników badań bakteryjologicznych to, mógłbym spostrzeżenia swoje podzielić na 3 grupy. W 34-ch przypadkach znajdowałem jeden tylko rodzaj bakterij, a mianowicie: lancetowate pneumokoki FRAENKEL'a 21 razy; *streptococcus pyogenes* — 10 razy; gruźlicze [tylko w preparatach drobnowidzowych] — 2 razy; *staph. pyog. aureus* — 1 raz. W 14-tu przypadkach w hodowlach stwierdzić mogłem po dwa rodzaje bakterij naraz: bakteryje FRAENKEL'a razem ze *streptoc. pyog.* 1 raz, z *staph. pyog. aureus* 1 raz i z *staph. pyog. albus* 2 razy; *streptococcus pyogenes* widziałem, oprócz tylko co wymienionych kombinacyj z bakteryjami FRAENKEL'a, jeszcze jeden raz z bakteryjami FRIEDLAENDER'a; *staph. pyog. aureus* 1 raz z bakter. FRAENKEL'a, jak tylko co wspomniałem, i 6 razy z *staph. pyog. albus*; *staph. pyog. albus* razem z bakteryjami FRAENKEL'a [2 razy] i z *staph. pyog. aureus* [6 razy], o czem dopiero co była mowa; wreszcie bakteryje FRIEDLAENDER'a 1 raz z *streptococ. pyog.*. W trzeciej grupie zamieścić muszę 7 spostrzeżeń, gdzie żadnych bakterij ani w hodowlach, ani pod drobnowidzem nie widziałem.

Ogółem bakteryje FRAENKEL'a spotykałem pojedynczo i razem z tylko co wymienionemi 26 razy, przyczem muszę dodać, iż zaliczyłem tu i 2 spostrzeżenia, w których znalazłem *micrococcus pyog. tenuis*, który według późniejszych badań [NETTER, NEUMANN i t. d.] okazał się identycznym z pneumokokami FRAENKEL'a; gruźlicze 2, *streptoc. pyog.* 13, *staph. pyog. aureus* i *staph. pyog. albus* po 8 razy, bakteryje FRIEDLAENDER'a 1 raz.

Są to gołe fakty. Aby mózdz z nich wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski, przechodzę z kolei do omówienia oddzielnych chorób, przy których dokonałem badania, oraz do zestawienia owych wyników z wynikami innych autorów, jak: NETTER'a, A. FRAENKEL'a, LEVY'ego, EHRLICH'a i RANVERS'a,

Zapalenia opłucnej samodzielne pierwotne obejmują, jak już wspomniałem, 10 przypadków, w których, według mego zdania, gruźlica mogła być wykluczona, a które powstawały samodzielnie [najczęściej po przeziębieniu, nie dołączając się do żadnego dawniej istniejącego cierpienia]. Nie przesądzam, że chorzy ci mogli z czasem uleść gruźlicy, lecz, że gruźlica mogła być w danej chwili wykluczona, twierdzę dlatego, iż nie mieliśmy nigdzie danych dziedzicznych w płucach ani przed, ani po wypuszczeniu płynu, lub przy operacyi radykalnej zmian żadnych wykazać nie można było, a w plwocinie, o ile można ją było otrzymać, bakteryj gruźliczych nie wykryto. Chorzy ci wszyscy, wedle mego zapatrywania, wypisali się zupełnie wyleczeni. Z powyższych 10-iu spostrzeżeń w 8-iu mieliśmy do czynienia z wysiękiem surowiczym, w 2-ch zaś [II i XXVIII] wysięk już przyjął charakter ropny po dłuższem zazwyczaj trwaniu. W 7-iu przypadkach wysięku surowiczego znalazłem bakteryje FRAENKEL'a, w 1 *streptoc. pyogenes*, a w ropnych: 1 *streptoc. pyog.*, a 1 raz *staph. aureus* i *albus*.

Fakt, iż w wysiękach surowicznych znajdują się bakteryje FRAENKEL'a przy pierwotnem zapaleniu opłucnej, odpowiada licznym spostrzeżeniom wielu autorów, jak: FRAENKEL'a ¹⁾, WEICHELBAUM'a ²⁾, NETTER'a ³⁾, SERAFINI'ego ⁴⁾ i innych, jakkolwiek moje obserwacyje zdają się nadawać tym bakteryjom specyjalną rolę, gdyż w 70% pierwotnych zapaleń one to niezbitcie dały się skonstatować w wysięku. Dwa spostrzeżenia, w których wysięk został zbadany dopiero po upływie 2-ch tygodni od początku zbierania się, a bakteryje były zdolne do życia, przemawiają za tem przypuszczeniem, że bakteryje FRAENKEL'a znajdują w opłucnej pewne szczególnie sprzyjające warunki dla swej egzystencyi, gdyż nie giną tak szybko, jak w płucach lub sztucznych hodowlach. Możliwym zdaje się przypuszczenie, że te dogodne warunki mieszczą się w samej opłucnej, lub w tkance podopłucnowej, albo też wreszcie i w samym wysięku, w którym, jak

1) A. FRAENKEL. Ueber einen Bakterienbefund bei Mening. cer.-spin. nebst Bemerkungen über Pneumonien-Mikrokokken. Deutsch. med. Woch. 1886. Nr. 13.

2) WEICHELBAUM. Ueber die Aetiologie d. acuten Lungen- und Rippenfellentzündung. Wien. med. Jahrbücher. 1886, str. 483.

3) NETTER. De la pleurésie metapneumonique et de la pleurésie purulente pneumococcique primitive. Bull. d. l. Soc. med. des Hopitaux d. Paris. 1889.

4) SERAFINI. Ref. Centr. f. Bakt u. Parasitenkunde. 1888. II, str. 43.

twierdzi LEVY ⁵⁾, żyć mogą do 3½ miesięcy; bardzo jest prawdopodobnem, że fakt ten zależy od braku powietrza, a względnie tlenu, o czem wspomina FRAENKEL ⁶⁾.

Inny fakt wydaje mi się godnym zaznaczenia, a mianowicie ten, że w 1-ym wysięku surowicznym znalazłem *streptoc. pyog.* i że też bakteryje wykryłem w 1-ym przypadku wysięku ropnego. W pierwszym przypadku [XXVIII] choroba trwała tydzień, w drugim [II] miesiąc. Zestawiając spostrzeżenia te z dwoma innymi spostrzeżeniami, w których sam mogłem stwierdzić przejście wysięku surowiczego w ropny przy obecności za każdym badaniem jednych i tych samych bakteryj, zaliczanych do kategorii ropotwórczych, można zrobić przypuszczenie, że obecność *strept. pyog.* [XXVIII] mogła być niejako przepowiednią, iż wysięk ten będzie okazywał tendencyję do przejścia w ropny i że obecność bakteryj ropotwórczych w wysiękach surowicznych pogarsza rokowanie co do przebiegu cierpienia. NETTER ⁷⁾ i LAVERAN ⁸⁾, o czem niżej szczegółowo nadmienię, stawiają inne wymagania nawet przy leczeniu takich wysięków, a mianowicie jak najspieszniejsze doszczętne wypuszczenie płynu, niżli przy wysiękach zależnych od lancetowatych diplokoków FRAENKEL'a, które dają rokowania lepsze.

W jednym przypadku wysięku ropnego znalazłem *staph. pyog. aureus* i *albus*. Porównyując to spostrzeżenie z innymi, gdzie też bakteryje występowały, i nie mogąc odrzucić chorobotwórczego działania stafilocoków ropnych, nie widzę słusznej racji do odrzucenia znaczenia chorobotwórczego tych bakteryj, jak to czyni np. NETTER ⁹⁾, skoro i inni autorowie uznają je za możliwą przyczynę choroby w niektórych przypadkach, jak np. WEICHSELBAUM'a ¹⁰⁾. Faktu, że li-tylko bakteryje FRAENKEL'a, bez dodatku bakteryj ropnych, mogą powodować wysięki ropne w samodzielnych zapaleniach opłucnej, w spostrzeżeniach mych stwierdzić nie mogłem, za czem mocno przemawia np. taki badacz, jak NETTER ¹¹⁾.

Druga grupa spostrzeżeń obejmuje zapalenie opłucnej, występujące podczas lub po zapaleniu płuc. Z ogólnej liczby 16-tu przypadków w 8-iu wysięk był ropny lub ropno-krwawy, a w 8-iu surowiczy. W dwóch przypadkach wysięku ropnego znalazłem pneumokoki FRAENKEL'a razem z bakteryjami ropnymi, raz z *strept. pyogenes* i raz z *staph. pyog. albus*, oraz w 1-ym bakteryje FRIEDLAENDER'a z *strept. pyog.*; w reszcie przypadków zarówno ropnego jak i surowiczego wysięku, z wyjątkiem jednego tylko,

⁵⁾ LEVY. Bakteriologisches und Klinisches ueber pleuritische Ergüsse. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmac. 1890. XXVII, str. 369.

⁶⁾ A. FRÄNKEL. Ueber die bacteriologische Untersuchungen eitriger pleuritischer Ergüsse und die aus derselben sich ergebenden diagnostischen Schlussfolgerungen. Charité Annalen. 1883. T. XIII, str. 147.

⁷⁾ NETTER. Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulents. Bullet. et mém. d. l. Soc. méd. d. Hop. d. Paris. 1890.

⁸⁾ LAVERAN. Du traitement et de la prophylaxie de la pleurésie purulente. La Semaine médicale. 1890. Nr. 23.

⁹⁾ NETTER l. c. sub 7.

¹⁰⁾ WEICHSELBAUM, l. c. s. 2.

¹¹⁾ NETTER, l. c. s. 3.

zawsze widywałem bakteryje FRAENKEL'a. Przypadki XXX — XXXIV wypadły podczas panującej w Marcu i Kwietniu 1890 r. epidemii zapalenia płuc.

Zgodnie z panującym obecnie poglądem na etylogiją zapalenia płuc wszyscy prawie badacze, począwszy od FRAENKEL'a, znajdowali w wysiękach opłucnej, występujących przy lub po zapaleniu płuc, bakteryje, odkryte równocześnie przez FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a—lancetowate diplokokki. Faty te mamy podane u BABES'a ¹²⁾, który twierdzi nawet, że li-tylko wyłącznie te drobnoustroje są przyczyną odnośnych cierpień opłucnej, u samego FRAENKEL'a ¹³⁾ NETTER'a ¹⁴⁾, LEVY'ego ¹⁵⁾, w monografii ZIEMSEN'a ¹⁶⁾ i w wielu pojedynczych spostrzeżeniach licznych autorów zwłaszcza włoskich. Moje spostrzeżenia dają ten sam wynik, gdyż, jak nadmienilem, na 16 przypadków w 14-tu znalazłem lancetowate diplokokki, a w jednym tylko wysięku surowicznym opłucnej po zapaleniu płuc [XXXIX] znalazłem bakteryje ropne *staph. pyog. aureus et albus*, oraz w jednym [XLIV] bakteryje FRIEDLAENDER'a i *strept. pyog.* Zapalenie opłucnej, występujące w trakcie lub po zapaleniu płuc (*meta- et postpneumonia*), jak wiemy już od czasu TRAUBE'go, mają specjalnie charakterystyczny przebieg i przeważnie, mimo wysięku ropno-krwawego, dają dobre rokowania i kończą się zazwyczaj szczęśliwie: wysięk najczęściej ulega wessaniu, a niekiedy wylewa się do oskrzeli i wydziela się na zewnątrz wskutek przeżarcia ściany i części płuca. Tego ostatniego faktu ani razu nie zdarzyło mi się obserwować, natomiast w przeważnej części przypadków wysięk ulegał wessaniu, a w niektórych po jednorazowym przekłuciu więcej się nie powtórzył. Bardzo być może, że taka cecha przebiegu tych zapaleń zależną jest w wielkiej części od życiowych własności diplokoków FRAENKEL'a, łatwo, jak wiadomo, ginących, pomimo nawet że w opłucnej zdają się one znajdować dogodniejsze dla się warunki. Wyjątek co do szczęśliwego przebiegu stanowią jedynie dwa przypadki XXIV i XLIV. W pierwszym z nich, gdzie po zapaleniu płuca rozwinęła się zgorzel płuca, w wysięku ropnym znalazłem *pneumobacylle* FRIEDLAENDER'a i *strept. pyogenes*. W przypadku tym, aby się upewnić, że bakteryj FRAENKEL'a w wysięku nie ma, dokonałem szczepień królikowi wysięku pod skórę z rezultatem ujemnym. W przypadku XLIV również po zapaleniu płuca wystąpił wysięk ropno-krwawy i zgorzel, wskutek której chory zmarł.

Kwestyja zależności tych zapaleń od bakteryj lancetowatych FRAENKEL'a, powszechnie prawie, jak nadmienilem, uznana, wiąże się ściśle z kwestyją etylogii zapalenia płuc. Prac, uzasadniających pogląd, iż bakteryje FRAENKEL'a, WEICHELBAUM'a są istotną przyczyną ostrego krupowego zapalenia płuc, z każdym rokiem mamy coraz więcej. Pogląd ten rozszerzono nawet i dowiedziono doświadczalnie [FOA i BORDONI-UFREDUZI, oraz GUARNIARI ¹⁷⁾], że w przewlekłych postaciach zapaleń płuc, połączonych z wytworzeniami tkanki łącznej, isto-

¹²⁾ CORNIL et BABES. Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie etc. Paris. II. 1890 [3 wyd.].

¹³⁾ A. FRÄNKEL, l. c. s. 1 i 6.

¹⁴⁾ NETTER, l. c. s. 3 i 7.

¹⁵⁾ LEVY, l. c. s. 5.

¹⁶⁾ ZIEMSEN. Aetiologie der Pleuritis. Klinische Vorträge. XV. 1889.

¹⁷⁾ Jahresbericht BAUMGARTEN'a. 1888. I. str. 61.

ta nowotworzenia od tych drobnoustrojów zależy; fakty takie podaje ZAND¹⁸⁾. THUE¹⁹⁾ zbadał szczegółowo i opisał drogę przejścia ich z płuc przez tkankę podopłuczną na opłucną, a następnie mechanicznie wskutek tarcia na opłucną ścienną i drogami chłonnymi do osierdzia.

Jeśli jednak postawimy pytanie, czy sprawę etjologii ostrego zapalenia płuc można uważać za skończoną, ośmieliłbym się wyrazić swe powątpiewanie. Istnieją spostrzeżenia, w których znajdowano inne bakteryje i podawano je jako przyczynę zapaleń w tych przypadkach; znanym jest *strept. pneumoniae*, nie mamy dotąd zupełnie ścisłych dowodów na to, że bakteryje FRIEDLAENDER'a stanowiąc powinny być usunięte z rzędu przyczyn wzmiankowanego cierpienia. LETULLE²⁰⁾ opisuje przypadek zapalenia opłucnej, przedstawiający się, wnosząc z opisu, jako *pleuritis metapneumonica*, zakończony wyzdrowieniem po wyrzuceniu ropy przez oskrzela, gdzie w wysięku znajdował li-tylko bakteryje FRIEDLAENDER'a, ze wszystkimi cechami morfologicznymi i hodowaniami. W opisie przypadku XXIV nadmienilem, że w celu przekonania się, czy bakteryj FRAENKEL'a zupełnie nie ma, dokonywałem szczepień na zwierzętach, a skoro w innych ropnych wysiękach lancetowate diplokokki się znajdowały i wykazać je było można, dla czegożby i tu, gdyby były nie miały wywołać ogólnych objawów u użytego do szczepienia królika. Sądziłbym, że kwestyja przyczyny zapalenia płuc, a z nią i opłucnej, towarzyszącej temu zapaleniu, pomimo największej liczby spostrzeżeń, przemawiających za tem, że główną ich przyczyną są pneumokoki FRAENKEL'a, powinna jeszcze być uważaną za nieskończoną, co już raz z okazji doświadczeń nad chorobotwórczością bakteryj lancetowatych wypowiedziałem²¹⁾.

Dodam tu jeszcze, że, szczepiąc kilkakrotnie zwierzętom [królikom i myszom białym] pod skórę bakteryje FRAENKEL'a, ani razu nie otrzymałem rozległych cierpień błon surowicznych, o czem wspomina BABES²²⁾.

Przechodzę z kolei do bardzo ważnej i niezdecydowanej dotąd kwestyi, t. j. do przyczyny i rozpoznawania zapaleń opłucnej przy gruźlicy. Przypadki zaliczane tu były jużto powikłaniami przy zdecydowanej gruźlicy płuc, lub innych narządów, już też pierwotnymi zapaleniami opłucnej, występującymi u ludzi z usposobieniem dziedzicznym do gruźlicy, w których to przypadkach rezultat badań bakteriologicznych pozostał ujemny, gdzie więc przypuszczenie tła gruźliczego było uzasadnionem i możebnem. Ogółem do zapaleń gruźliczych zaliczyć mogę 13 spostrzeżeń, z których w 4 miałem do czynienia z wysiękiem ropnym, a w 9 z surowicznym. W 7 przypadkach nie otrzymałem w hodowlach żadnych bakteryj. W tej liczbie 7 spostrzeżeń, 6 wysięków było surowicznych i 1 ropny. W 6 pozostałych przypadkach, gdzie w hodowlach otrzy-

¹⁸⁾ Jahresbericht BAUMGARTEN'a. 1888. I. str. 61.

¹⁹⁾ THUE. Untersuchungen ueber Pleuritis et Pericarditis bei der croupösen Pneumonie. Centr. f. Bact. u. Par. 1889. Nr. 2.

²⁰⁾ LETULLE. Pleurésie interlobulaire gauche supprimée causée par le bacille encapsulé de FRIEDLÄNDER. Le Semaine méd. 1890. Nr. 24.

²¹⁾ M. JAKOWSKI. Zur Aetiologie der acuten croupösen Pneumonie. Zeitschr. f. Hygiene. 1889. T. VII.

²²⁾ CORNIL et BABES, l. c. s. 12.

małem bakteryje, znalazłem 3 razy *strept. pyog.* zawsze w wysięku ropnym, 1 *staphyloc. pyogenes albus* i bakteryje FRAENKEL'a i 2 razy *staphyloc. pyogenes aureus* i *albus*. Co do badań drobnowidzowych wysięku, to tylko 2 razy znalazłem w nim pojedyncze laseczniki gruźlicze [V i VIII]: raz w wysięku surowicznym i raz w ropnym, przyczem nadmienić wypada, że rezultat hodowli zawsze pozostał ujemnym. Znalazienie bakterij gruźliczych w wysięku surowicznym, zdaniem mojem, zasługuje na uwagę.

Fakt, że w 7 przypadkach zdecydowanej lub bardzo przypuszczalnej natury gruźliczej wysięku w opłucnej żadnych bakterij nie znalazłem, zgadza się ze spostrzeżeniami całego szeregu autorów, jak: ZIEMSEN'a ²³⁾, FRAENKEL'a ²⁴⁾, NETTER'a ²⁵⁾, EHRLICH'a ²⁶⁾ i t. d.. Lecz jak można sobie objaśnić przypadki, w których przy takiej samej istniejącej lub przypuszczalnej naturze cierpienia znajdowałem inne chorobotwórcze bakteryje?

Obecność *strepto. pyog.* w wysiękach ropnych gruźliczych odpowiada spostrzeżeniom przytoczonych autorów. Obecność jego w ropnym wysięku sama przez się dziwić nie może, a co do gruźlicy wydaje mi się aż nadto możliwem objaśnienie teoretyczne jego życia pospółu z bakteryjami gruźliczemi, na zasadzie przypuszczalnego zakażenia mieszanego. Przy istniejącem już zakażeniu gruźliczem, owrzodzeniach i sprawach rozpadowych aż nadto mamy dużo źródeł do wnikania nowych drobnoustrojów, które przenikają do miejsc już osłabionych i sprawą chorobową zajętych i tam wpływają na zmianę cech samego cierpienia. Dróg takich, jak wiemy, do opłucnej mamy dużo, zarówno z płuc jak i z otaczających części, np. z *mediastinum*, dokąd znów dostawać się mogą drogą naczyń chłonnych z jamy ust, możliwego, jak wiemy, siedliska wszelakiego rodzaju bakterij chorobotwórczych i całkiem niewinnych. Jako przyczynek w danej kwestyi nadmienię tu, że w szeregu poszukiwań bakteryjologicznych nad krwią suchotników w okresach gorączki, przy istniejących ogniskach rozpadowych w płucach, znajdowałem bardzo często we krwi bakteryje ropne. Rezultaty tych moich poszukiwań ogłoszone będą oddzielnie.

Natomiast trzech spostrzeżeń, w których przy gruncie gruźliczym znalazłem w wysiękach inne bakteryje [2 razy w surowicznym wysięku i 1 raz w surowicznym, który pod koniec życia stawał się mętnawym], czy nie można objaśnić tem, że sama sprawa zapalenia na opłucnej w drugim razie nie była gruźliczą, lecz całkiem przypadkowym powikłaniem, ostrem, samodzielnem zapaleniem? Drugie możliwe objaśnienie polegać musi również na zakażeniu wtórnem, z tą tylko różnicą od przedtem rozważanych przypadków wysięku ropnego, że bakteryje tym razem spostrzegane [bakteryje FRAENKEL'a i *staphylococci*], jako mniej złośliwe, przemiany wysięku na ropny nie wywołały, lub do chwili badania jeszcze wywołać nie zdołały.

Większość autorów twierdzi, że, gdy w wysięku, ani w hodowlach, ani pod drobnowidzem bakterij znaleźć nie można, zapalenie opłucnej jest stanowczo na-

²³⁾ ZIEMSEN, l. c. s. 16.

²⁴⁾ A. FRÄNKEL, l. c. s. 6.

²⁵⁾ NETTER, l. c. s. 3 i 7.

²⁶⁾ EHRLICH. Ueber Pleuritis. Berlin. klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 31.

tury gruźliczej. Badania sekcyjne niejednokrotnie fakt ten stwierdziły, przyczynę zaś nieznajdowania bakteryj gruźliczych w surowiczych wysiękach, podczas gdy w ropnych udaje się je wykrywać, objaśnia EHRlich²⁷⁾ oczyszczaniem się wysięku surowiczego przez włóknik zabierający bakteryje ropne, którym wskutek tego trudno jest przenikać przez grubą warstwę fibryny. ISRAEL²⁸⁾ daje inne objaśnienie, a mianowicie: że laseczniki gruźlicze w wysiękach surowiczych mieszczą się w gruzełkach, w ropnych zaś ciała ropne są ich siedliskiem, a więc wraz z temi mogą się dostawać do wysięku. GERHARDT²⁹⁾ natomiast objaśnia wprost pękaniem gruzełków i przenikaniem tą drogą bakteryj do płynu wysiękowego. Oprócz tych wyjaśnień, wydaje mi się aż nadto możliwem przypuszczenie, że laseczniki gruźlicze istnieć mogą w wysiękach w postaci zarodników, nie dających się dotąd na pewno przy badaniu drobnowidzowem wykrywać.

Rozumie się, że w przypadkach niezdecydowanych pozostaje jeszcze jedna droga do rozpoznania, a mianowicie szczepienie wysięku zwierzętom, przyczem świnki morskie i króliki zdechają już mniej więcej w 4 tygodnie od chwili zaszczepienia im gruźlicy³⁰⁾. Godnem zaznaczenia wydaje mi się spostrzeżenie, podane przez RANVERS'a³¹⁾, gdzie w 1 wysięku przy zapaleniu gruźliczem opłucnej nie znajdowano wcale bakteryj, a natomiast w wypływającej z przetoki pooperacyjnej ropie znajdowano je, jakkolwiek nieliczne. W spostrzeżeniach swych jednak nie miałem sposobności tego stwierdzić.

Przy zgorzeli płuc miałem sposobność raz tylko badać wysięk opłucnej, który można było postawić w przyczynowym związku ze zgorzelą. Jestto obserwacja LII, gdzie na sekcji znaleziono zgorzel płuca prawego i przerwanie opłucnej; prawdopodobnem więc jest, że sprawa zapalna na opłucnej nastąpiła jako skutek wylania się części rozpadowej zawartości jamy w płucu. Płyn, dość obficie zebrany w opłucnej, nosił cechę posoki (*ichor*), a bardzo starannie dokonane badanie bakteriologiczne wysięku nie wykryło żadnych dołnych do życia bakteryj. Fakt ten zasługuje na uwagę, gdyż *a priori* zdawało się, wyciągając płyn mocno cuchnący, iż powinny się otrzymać bakteryje gnilne, a tymczasem rezultat okazał się zupełnie inny. W danym przypadku zgorzel i następcze zapalenie opłucnej rozwinęły się u osobnika cierpiącego na raka przełyku. Podobne spostrzeżenie co do braku bakteryj w wysięku posokowatym, zakomunikował mi łaskawie kol. CHEŁCHOWSKI: u suchotnika z dawno istniejącem zapaleniem opłucnej, połączonem z retrakcją klatki piersiowej, wysięk ropny przeszedł w posokowaty; ani hodowle, ani preparaty drobnowidzowe bakteryj nie wykazały. Dwóch innych spostrzeżeń do tej kategorii zaliczyć nie mogę, gdyż jakkolwiek sekcya wykazała zgorzel płuca, to jednak wystąpiła ona tylko następczo, jako zejście zapalenia płuc, a badanie wysięku dokonywanem było wtedy, gdy jeszcze zgorzel nie istniała. RANVERS³²⁾ w zapaleniach

27) EHRlich, l. c. s. 26.

28) Jahresb. BAUMGARTEN'a. III. 1887.

29) Jahresb. BAUMGARTEN'a. III. 1887.

30) DE RENZI. La tischezza pulmonare. Napoli. 1890. [Ref. Centr. f. B. u. Par. VIII. Nr. 17].

31) RANVERS. Casuistik und Behandlung der Empyeme. Charité-Annalen. XIV. 1889, str. 188.

32) RANVERS, l. c. s. 31.

opłucnej o charakterze septycznym lub wklajających ropne zapalenia oskrzeli znajdował streptokoki i stafilokoki ropne, a raz przy *bronchitis putrida* też bakteryje z bakteryjami gruźliczemi. NETTER³³⁾ powiada, że przy posokowatych zapaleniach opłucnej znajdować można bakteryje ropne, lecz charakter gnilny wysięku zależy od innych bakteryj, pochodzących z jamy ustnej.

Zapalenie opłucnej przy ostrym goścęcu stawowym widziałem i zbadałem 2 razy. Raz miałem do czynienia z wysiękiem surowiczym i znalazłem *staph. pyog. aureus*, a raz wysięk początkowo surowiczy, przy powtórnem badaniu okazał się ropnym i skonstatowałem w nim za każdym razem *staphyl. pyog. aureus* i *albus*. Obserwacyj podobnych brak wogóle w literaturze, zestawień więc zrobić nie mogę, zanotuję to tylko, że LEVY³⁴⁾ w jednym przypadku wysięku surowiczego nie otrzymał żadnych bakteryj. Czyby, wnosząc z rezultatów hodowli wysięków opłucnej w tym razie, można coś wnosić i o pochodzeniu ostrego goścęca stawowego — trudno orzec. Lecz żadną miarą chyba nie można wyrzekać się myśli, że i przy goścęcowych cierpieniach stawów z czasem będą znane czynniki bakteryjologiczne, wywołujące to cierpienie. Dodam tu, że w zbiorowym dziele autorów francuzkich, wydawanem w chwili obecnej pod egidą CHARCOT'a i BOUCHARD'a, znalazłem wzmiankę, że BOUCHARD w wysiękach stawowych przy goścęcu znajdował stafilokoki ropne.

W jednym przypadku ostrego zapalenia nerek znalazłem w wklajającym je wysięku surowiczym opłucnej bakteryje FRAENKEL'a. LEVY³⁵⁾ w jednym również spostrzeżeniu żadnych bakteryj nie wyhodował. Zaznaczam tylko rezultat swój, jako możliwy przyczynek do tej kwestyi, nic jednak dotąd, rozumie się, nie wyjaśniający.

Przypadek pierwotnego, ostrego zapalenia osierdzia, powikłany w dalszym przebiegu zapaleniem surowiczem opłucnej, stwierdził istniejące już liczne spostrzeżenia. Znalazłem tu w wysięku pneumokoki FRAENKEL'a³⁶⁾. Inny przypadek, gdzie istniało zapalenie z wysiękiem surowiczym osierdzia i opłucnej, lecz o charakterze gruźliczym, dał całkiem ujemny wynik badania i zaliczony już został do grupy zapaleń gruźliczych.

W jednym spostrzeżeniu, gdzie badałem wysięk surowiczowłóknikowy przy wadzie serca [tętniak aorty], otrzymałem w hodowlach stafilokoki ropne: pomarańczowy i biały.

W przypadku domniemanej promienicy przy wysięku ropnym nie otrzymałem w hodowlach żadnych bakteryj. W preparatach drubnowidzowych nie udało mi się również znaleźć grzybków *actinomyces*.

Jako powikłanie tyfusu brzuszego jeden raz miałem sposobność obserwować ropne zapalenie opłucnej i otrzymałem w hodowlach *streptococcus pyogenes*. Spostrzeżenie to trzeba uważać za dalszy przyczynek do historii wtór-

³³⁾ LEVY, l. c. s. 5.

³⁴⁾ Traité de medecine. Paris. 1891. I.

³⁵⁾ LEVY, l. c. s. 5.

³⁶⁾ W ostatnich dniach miałem sposobność w praktyce prywatnej badać surowiczowłóknikowy wysięk z lewej opłucnej, który rozwinął się po uprzednim zapaleniu osierdzia, powikłanem następnie zapaleniem płuc. I tu wyhodowałem bakteryje FRÄNKEL'a.

nych zakażeń przy tyfusie przez bakteryje ropne, na które zwrócił uwagę kol. DUNIN, i co sam parokrotnie miałem sposobność stwierdzić w swych poszukiwaniach nad sprawami ropnemi w tkance podskórnej, występującemi przy tyfusie brzuszny. LEVY³⁷⁾ na 6 spostrzeżeń w 3 ch przypadkach nie otrzymał żadnych bakteryj z wysięku opłucnej przy tyfusie, a w 3-ch również bakteryje ropne, mianowicie stafilocoki. LORIGO i PENSUTI³⁸⁾ podają ciekawe spostrzeżenia, że dziesiątego dnia rekonwalescencyi wystąpiło surowicze zapalenie opłucnej, a z wysięku wyhodowali *la sec z n i k i t y f u s o w e*; dodają jednak, że w tymże wysięku następnie znajdowali i *stafilocoki*.

Wreszcie o 5-iu przypadkach [XIII, XIX, XX, XXXV i XLI] nie pewnego powiedzieć nie mogę co do ich pochodzenia. Czy mieliśmy do czynienia z cierpieniem, które wystąpiło pierwotnie, czy też było powikłaniem innego stanu chorobowego, nie wiadomo. Były to wszystko wysięki ropne, w których 4 razy znalazłem *streptococcus pyogenes*, a 1 raz bakteryje FRAENKEL'a i *staph. pyog. aureus*. Można by o dwóch chorych przypuszczać, że wysięki ropne powstały na gruncie pierwotnie istniejącego zapalenia płuc [XIII i XIX]; obie chore zostały wypisane po dokonaniu radykalnej operacji, jako uleczone, a w jednym z tych przypadków nawet znaleziono w wysięku bakteryje FRAENKEL'a, co zdawałoby się również przemawiać za tem przypuszczeniem.

Badania przytoczonych na początku i cytowanych tyle razy w ciągu tej pracy autorów, dopełnione 52 mojami spostrzeżeniami, dają w obecnej chwili razem przeszło 300 zbadanych bakteryjologicznie przypadków zapaleń opłucnej, co daje nam już możność wysnuwania pewnych dość uzasadnionych wniosków co do etjologii, przebiegu i rokowania w tem cierpieniu, występującem już to pierwotnie, już też wikłajacem inne sprawy patologiczne.

1. W pierwszym szeregu wypada postawić zdanie ogólnej natury, że obecnie mamy zupełnie słuszne zasady do wypowiedzenia twierdzenia: iż nie ma takiego zapalenia opłucnej, któreby nie zależało od drobnoustrojów chorobotwórczych, jakkolwiek niezawsze udaje się je wykazać w wysięku. Wszelkie inne dawniej jedynie uznawane momenty etjologiczne, a w pierwszym szeregu t. zw. „przeziębienie“, trzeba uważać tylko za czynnik usposabiający, wywołujący podatny grunt, na którym bakteryje złośliwą swą czynność szybciej i łatwiej rozwinąć mogą.

2. Przypadki zapaleń opłucnej, zarówno surowicze jak i ropne, w których przy badaniu wysięku bakteryj wykryć nie można, z całą słusnością, jak dowodzą liczne przypadki sekcyjne, uważać można za zapalenia natury gruźliczej. Dla pewniejszego przekonania i ustalenia tego poglądu, w danym przypadku zapalenia opłucnej powinniśmy kilkakrotnie dokonywać badania wysięków zarówno za pomocą hodowli jako i preparatów drobnowidzowych, przyczem pozostaje nam jeszcze jedna droga, a mianowicie szczepienie wysięków zwierzętom do jam, wysłanych błonami surowiczemi, jak: do otrzewnej i opłucnej.

³⁷⁾ LEVY, l. c. s. 5.

³⁸⁾ LORIGO i PENSUTI. Pleurite dubacille del tifo [Ref. Centr. f. B. u. Por. IX. 1891, str. 24].

3. Mogą zdarzyć się przypadki pochodzenia septycznego, w których wysięku ropnym lub posokowatym bakteryj nie znajdujemy, lecz tu rozpoznanie rozstrzyga sam charakter cierpienia pierwotnego i cechy wysięku. Przyczyna faktu, że bakteryj znaleźć w takich razach nie można, polegać może albo na tem, że bakteryje zginęły po wywołaniu cierpienia w warunkach niedo- godnych do dalszej egzystencji, albo też, co jest równie prawdopodobnem, że wysięk nastąpił pod wpływem pewnych produktów chemicznych, produktów ży- cia i działania na tkanki bakteryj; wiemy bowiem, że ropienie w takich wa- runkach powstawać może.

4. Większość przypadków pierwotnego, samodzielnego za- palenia opłucnej, powstających na gruncie niegruźliczym, a więc t. zw. gośćcowego zapalenia opłucnej, zależy od pneumokoków FRAENKEL'a. W drugim szeregu jako przyczyny tych zapaleń postawić trzeba różne bakteryje ropotwórcze, a najprzód *streptococcus pyogenes*.

5. Wysięki surowicze przy pierwotnych zapaleniach opłucnej, w których znaleziono bakteryje ropotwórcze, większą mają tendencyję do przejścia w wysięk ropny, niżli te, które zawierają bakteryje FRAENKEL'a. Na tej zasadzie trzeba zawsze przewidywać możność takiej zmiany wysięku, a więc rokowanie staje się gorszem.

6. Wysięki opłucnej przy lub po zapaleniu płuc zależą prze- ważnie od pneumokoków FRAENKEL'a, najczęściej występujących w nich bez innych bakteryj. Specyjalnie dobry przebieg tych wysięków zdaje się za- leżeć od własności życiowych bakteryj FRAENKEL'a, które szybko tracą swe wła- sności chorobotwórcze. Bądź co bądź, jednak nie można odrzucić, że i inne bakteryje, mogące wywoływać, chociaż nie tak często, zapalenie płuc, mogą być przyczyną i zapaleń opłucnej, wklajających to cierpienie.

7. Ropne wysięki, zawierające bakteryje ropotwórcze, a spostrzegane przy tyfusie lub gruźlicy, lub wogóle w chorobach, gdzie oprócz pierwotnych zarazków, *respective* bakteryj gruźliczych, tyfusowych lub innych, przez zniszczone miejsca w tkankach, jak np. owrządzenie w kiszkiach, jamy w płucach i t. d., mogą wnikać inne bakteryje—trzeba uważać za wyraz zakażenia mie- szanego bakteryjami pierwotnemi i ropotwórczemi.

8. Wogóle zapalenia opłucnej, zależne od bakteryj FRAENKEL'a, przebiega- ją łagodniej, niżli zapalenia zależne od bakteryj ropotwórczych lub też od kombi- nacyj jednych i drugich. Fakt ten trzeba uważać za ważny dla rokowania, a względnie biorąc, i dla leczenia, gdyż w przypadkach, gdzie wysięk zawiera ba- kteryje ropne, a specyjalnie *streptococcus pyogenes*, prędzej trzeba przystępować do doszczętnego wypuszczenia wysięku i przewidywać konieczność operacji radykalnej, pleurotomii z wycięciem żeber.

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Przypadek zupełnego wycisowania macicy.

W nocy z d. 8 na 9 Września r. z. wezwany zostałem do żony jednego z majstrów fabrycznych, przyczem mąż, który przyszedł po mnie, na dorywcze zapytania moje umiał mnie tyle tylko objaśnić, iż żona jego dostała nagle silnych bólów w brzuchu i krzyżu. Ponieważ katagoryczne zapewnienia męża kazały mi wykluczyć możliwość porodu, przeto zabrałem ze sobą tylko szprycę PRAVAZ'a i udałem się do chorej.

Stanąwszy na miejscu, ku niemałemu zdziwieniu znalazłem leżącą na łóżku i literalnie broczącą we krwi młodą kobietę, a obok niej owinięte w prześcieradło słabo kwilące dziecko. Nie ulegało tedy wątpliwości, iż podczas nieobecności macicy, która najwyżej 15 minut trwać mogła, nastąpił niespodziewany, gdyż przedwczesny poród.

Chora, na pierwszy rzut oka, kobieta silnej budowy, leży na łóżku niemal bez ruchu, od czasu do czasu wydając głuche jęki; twarz żółto-biała, na czole pot kroplisty, tętno ledwo wyczuwalne, z otworu sromnego krew leje się obficie. Organów płciowych zewnętrznych, jakoteż krocze nie przedstawiają najmniejszych uszkodzeń, łożysko wraz z błonami jajowemi, które kazałem sobie pokazać natychmiast, odklejonem zostało całkowicie. Wobec tych danych głównie źródło obfitego krwawienia upatrywałem w silnej atonii macicy, tembardziej iż poród nastąpił nagle i niespodziewanie dla matki. Przystąpiłem natychmiast do silnego nacierania macicy przez powłoki brzuszne, ale ani na chwilę nie udało mi się dostrzedz najmniejszej tendencji do kurczenia się macicy, przeciwnie krew zdawała się płynąć coraz obficie. Położenie stawało się groźnem, tembardziej iż nie miałem koło siebie najmniejszej pomocy, gdyż rodzająca, nie spodziewając się wcale porodu, nie zdążyła nawet posłać po akuszerkę.

Posławszy tedy męża do mieszkania mego po irygator, do apteki zaś po sporysz, watę, lód i karbol, ułożyłem położnicę, przy pomocy wezwanej sąsiadki, która, jakem się dowiedział później, obecną była przy odejściu łożyska, na łóżku poprzecznie i po należytym zdezynfekowaniu ręki prawej, wprowadzać zaczęłam rękę do pochwy. Wkrótce natknąłem się na jakieś ciało miękkie, kuliste, po powierzchni którego, ostrożnie ślizgając się palcami, udało mi się dojść do otworu, który wyraźnie stanowił ujście maciczne, nie pozwalając wszelako na kompletne przesunięcie nawet pierwszego członka wskaziciela. Zoryjentowawszy się natychmiast, iż mam do czynienia z wycisowaniem macicy, uchwyciłem ją dłońią i wyprostowanymi palcami ścisnąłem i zaczęłam ostrożnie wypychać do jamy macicy, poczynając od tej części, która na ostatku wyszła przez usta maciczne.

Odprowadzenie to udało mi się skuteczniej nader prędko i szczęśliwie, a to dzięki temu: iż 1) wezwany zostałem niemal natychmiast po przypadku [chora mieszka odemnie o parę domów tylko], 2) iż ujście maciczne do mego przyjscia prawie wcale nie było zaciśnięte. Po odprowadzeniu macicy, przetrzymałem w niej jeszcze czas jakiś rękę, wywierając jednocześnie od zewnątrz lewą ręką silny nacisk przez powłoki brzuszne, co natychmiastowo prawie wywołało silny skurcz macicy. Zadałem chorej dwukrotnie proszek sporyszu, przemyłem jamę maciczną 2% roztworem wody karbolowej [1 litr], zimnej, poczem krwawienie ustało w zupełności.

Kiedy niebezpieczeństwo, na razie przynajmniej, minęło w zupełności, dowiedziałem się od kobiety, o której rzekłem wyżej, iż pełniła przy tym porodzie funkcję akuszerki, co następuje: po odejściu męża, który pobiegł po lekarza, chora dostała dwukrotnych nader silnych bólów, wślad za którymi ukazało się dziecko na zewnątrz organów rodnych. Na krzyk rodzącej przybiegła wzmiankowana wyżej sąsiadka, a widząc, co się dzieje, przewiązała sznuerek pępkowy od

strony dziecka, zapomniawszy, niestety, dokonać tej samej manipulacji od strony łożyska, poczem najspokojniej zajęła się przygotowaniem kąpeli dla dziecka. [Sprawdziłem to sam, oglądając łożysko]. Widząc wszakże, iż chora czuje się coraz gorzej, pogorszenie to zaś przypisując tej okoliczności, iż łożysko jeszcze nie odeszło, zamiast w najgorszym razie zająć się nacieraniem powłok brzusznych i wytłoczeniem łożyska na zewnątrz, porywa za krwawiący koniec pępowiny i ciągnie ku sobie; rezultatem tego pociągania było z jednej strony szczęśliwe odklejenie łożyska [całkowite], z drugiej wszakże wyciowanie macicy.

W całym tym przypadku uderza nas przedewszystkiem błyskawicznie niemal odbyty poród wobec zupełnego niedoświadczenia matki i bez wszelkiej pomocy, powtórnie szczęśliwy przebieg niebezpiecznej, bądź co bądź, komplikacji w praktyce akuszeryjnej.

Chora nasza—jakkolwiek nie pierwszej młodości, liczy sobie bowiem lat 28—jest pierwszy raz rodzącą. Według swojej rachuby, która okazała się słuszną, spodziewała się odbyć poród dopiero w połowie Listopada r. b.; o możliwości poronienia albo przedwczesnego wydania na świat dziecka nic a nic nie wiedziała.

Jako przyczynę przedwczesnego porodu należy uważać upadnięcie z kilku stopni schodów, które nastąpiło tego samego dnia około godziny 4-ej po południu [poród nastąpił o godzinie 2-iej w nocy]. Wkrótce po upadku odezwały się bóle w dolnej części brzucha i krzyża, które, wzmagając się stopniowo, zniewoliły chorą w nocy do wezwania pomocy lekarza. Zaraz po upadku zaczęły również odchodzić wody, ale tak nieznacznie, iż chora nie zwracała na to żadnej uwagi. Chora, jak rzekłem, jest silnej budowy; ani syfilisu, ani żadnej innej choroby nie przechodziła.

Co do samego wyciowania macicy, miało ono w naszym przypadku te wszystkie niemal dane, które do wywołania podobnej komplikacji są konieczne: wyciowienie macicy bowiem, jak wiadomo, następuje wskutek zbytowego pociągania za pępowinę łożyska, przyczepionego jeszcze do macicy [przy wiotkich i cienkich ścianach macicznych], lub też, kiedy dziecko ciężarem swym pociąga łożysko, w tych samych znajdujące się warunkach, przyczem pępowina z natury powinna być krótszą niż zwykle, co i u nas stwierdzić dało się z pewnością. Szczęśliwym nazywam przebieg tego przypadku dlatego, iż nie miałem do czynienia ze skurczowem zaciśnięciem ujścia macicznego, któreby mi uniemożliwiło odprowadzenie macicy. W razach podobnych należy się uciec do chloroformowania, lub też do nacinania warg macicznych, co — jedno i drugie — w braku zupełnej pomocy było nader trudne do wykonania, a w naszym przypadku więcej niż w każdym innym pamiętać trzeba było o prawdzie: *periculum in mora*.

Łódź. Dnia 10 Września 1891 r.

Jakób Kohn.

2. Przypadek mimowolnej ekstrakcji soczewki. [Z oddziału ocznego D-ra Z. KRAMSZTYKA].

W Listopadzie r. z. zgłosił się 65-letni pacjent z prowincyi z prośbą o do-branie mu szkieł; od kilku bowiem tygodni nie widzi dobrze zblizka prawem okiem, podczas gdy dawniej widział niem równie dobrze, jak lewem. Zapytany o przyczyny, które spowodować mogły tę zmianę siły widzenia, pacjent odpowiedział, że przed 5-ma tygodniami potknął się, a padając, uderzył okiem o poręcz wysokiego drewnianego krzesła. Po uderzeniu tem poczuł dość silny ból i przestał zupełnie prawem okiem widzieć. Ponieważ cała okolica oka była trochę spuchnięta, przeto pacjent zaczął robić zimne okłady; im też przypisuje fakt, że po 3 dniach prawem okiem zaczął na nowo widzieć; zrozumieć jednak nie może, dzięki czemu przestał widzieć zblizka.

Przystąpiono do zbadania oczu pacjenta.

Żadnych widocznych śladów urazu nie ma. Rogówka prawego oka zupełnie czysta, całą jej obwodową część zajmuje niezwykle szeroka obwódka starca (*geron-*

toron); ta część rogówki jest też niezwykle cienka i wypukłona. Górny, przybrzeżny pasek rogówki, na samej jej granicy z białkawką przedstawia szarą nieco wypukłą smugę — bliźnię. Zrenica wygląda tak, jakby górna część tęczy niezupełnie zręcznie była wycięta; przy dokładnem jednak zbadaniu widać, że obwodowa część tęczówki wypadła i wrosła w ranę; obwód bowiem źrenicy jest z właściwego brzegu źrenicznego utworzony. Badanie wzernikowe wykazało, że żadnych zmian na dnie oka nie ma: nigdzie śladów krwi, warstwy łamiące światło zupełnie czyste. $V = \frac{20}{100}$; $H = \frac{1}{4\frac{1}{2}}$; duży astygmatyzm.

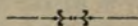
Rogówka lewego oka w obwodowej swej części zajęta jest również przez bardzo szeroką obwódkę starczą, — cienka i wypukłona — najbardziej od góry, gdzie owa obwódka jest najszerzą. $V = \frac{20}{70}$, mała krótkowzroczność, duży astygmatyzm.

Wskutek uderzenia oka nastąpiło więc pęknięcie błon zewnętrznych na granicy rogówki i błony twardej; przez tak utworzoną ranę soczewka wyskoczyła z oka najprawdopodobniej wraz z torebką, skoro obecnie są warstwy dioptryczne najzupełniej czyste; z powodu braku soczewki oko stało się nadwzrocznem. Nastąpił wylew krwi do komórki przedniej, skutkiem czego bezpośrednio po uderzeniu pacjent zaniewidział i dopiero po 3 dniach, t. j. z chwilą, gdy krew wessaną została, wzrok odzyskał. Dlaczego pęknięcie nastąpiło w górnej części rogówki? Wyjaśnienie tego znajdujemy w istnieniu na obu rogówkach pacjenta szerokiej, rzadko takich rozmiarów dosięgającej, obwódki starczej; jest ona w górnej części najszerzą: rogówka przedstawiała więc tam *locus minoris resistentiae* i dlatego tam, jako najcieńsza i najmocniej wypukłona, pękła pod ciśnieniem. Przypuszczać można, że, gdyby budowa anatomiczna rogówki prawego oka nie była zmienioną, nie przyszłoby do ekstrakcyi, lecz tylko do zwichnięcia soczewki; mogłoby to mieć, rzecz prosta, wielce dla pacjenta niemiłe skutki.

W przypadku tym zastanawia także szybkie i gładkie zagojenie się rany. W doskonale urządzonych oddziałach ocznych, przy zachowaniu najściślejszej antyseptyki, spotyka się od czasu do czasu przypadki *panophthalmitidis*, tu zaś, gdzie 65-letni pacjent znajdował się w najhigienicznych warunkach higienicznych, rana zagoiła się ślicznie.

Stanisława Popławska.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



19. L. Bruns. O zaburzeniach w równowadze ciała przy guzach w zrazach czołowych mózgu.

Autor opisuje 4 własne spostrzeżenia, w których stałym i jednym z najwybitniejszych objawów była ataksya, a sekcya wykryła obecność guza w zrazach czołowych mózgu. W literaturze autor znalazł opisanych wiele podobnych przypadków. BERNHARDT np. przytacza następującą statystykę guzów mózgu: na 44 guzy w zrazach czołowych w 18 przypadkach [40%] jasno wyrażoną była ataksya, gdy tymczasem na 41 guzów, usadowionych w innych miejscach mózgu [z wyjątkiem zawojów środkowych (*gyri centrales*), ataksya była tylko 5 razy [12%]; na 11 przypadków guzów w zawojach środkowych ataksya była 2 razy. OPPENHEIM na 11 przypadków guzów zrazów czołowych 9 razy znalazł ataksję w wysokim stopniu, a w 8 przypadkach guzów gdzieindziej umiejscowionych 4 razy umiarkowanie wyrażoną ataksję. Podobne spostrzeżenia znajdują się u GOWERSA, WERNICKE'go. Na tych opierając się danych, autor sądzi, że ataksya nie może być uważaną nadal za objaw patognomiczny dla chorób mózdzku.

Dalej autor przechodzi do różniczkowego rozpoznania między guzami zrazów czołowych mózgu a guzami mózdzku, powodującymi ataksję. Przy guzach w zrazach czołowych często występują porażenia ruchu połowiczne

(*hemiplegiae*) z powodu ucisku blisko znajdujących się środkowych zawojów mózgu lub idących z nich włókien pęczka piramidalnego; ból bywa w okolicy czołowej czaszki; w okolicy guza opukiwanie czaszki ma dawać odgłos pękniętego garnka (*bruit de pot felé*), który trafia się i przy guzach mózdzku, lecz bardzo rzadko i tylko przy silnem rozszerzeniu komórek mózgowych; brodawka zastoinowa (*Stauungspapille*) przy guzach mózdzku występuje wcześniej i silnie jest wyrażoną; na koniec przy guzach zrazów czołowych często bywają objawy psychiczne, mianowicie: śpiączka i szczególna skłonność do żartów i gry słów (*Witzelsucht, Wortspiel*). Autor streszcza swoją pracę w następujących 3 wnioskach:

1. Zupełnie identyczne z tak zwaną „mózdkową ataksją“ zaburzenie w równowadze ciała bywa często przy guzach zrazów czołowych mózgu.

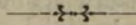
2. Objaw ten przy guzach innych części mózgu spotyka się o wiele rzadziej, a brak go zwykle przy guzach w okolicy rowka ROLAND'a [zawoje środkowe].

3. Towarzyszące objawy najlepiej pozwalają przeprowadzić różniczkowe rozpoznanie między guzami mózdzku a guzami zrazów czołowych, wywołujących ataksję.

(*Deut. med. Woch.* 1892. 7)

K. Stróżewski.

Wiadomości bieżące.



— Uczestnicy drugiego zjazdu chirurgów w Krakowie otrzymali obecnie Pamiętnik tegoż zjazdu, stanowiący drugi tom wydawnictwa [pierwszy tom wyszedł w r. 1890]. Ponieważ w swoim czasie podawaliśmy już sprawozdanie z treści samego zjazdu, ograniczamy się dziś tylko wzmianką o stronie redakcyjnej i formie zewnętrznej Pamiętnika. Pod tym względem przedstawia się on wzorowo. Redaktorowi wydawnictwa, koledze BOSSOWSKIEMU, należy się od nas najszczerza podzięką za ogrom zmułnej i niewdzięcznej pracy, jaki musiał w nie włożyć. Książka, zawiera w sobie tyle interesującej treści, że powinna się znaleźć w bibliotece każdego chirurga polskiego.

— W jednym z ostatnich numerów Kraju, ktoś ze zwiedzających akademiję w Pawii zwraca uwagę na to, że wśród setek nazwisk i popiersi mniej lub więcej słynnych wychowaućców, jakie zdobią krużganki tej *almae matris* napróżno szukał JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO. Sto lat upływa obecnie od czasu, gdy uczony ten słuchał w Pawii wykładów VOLTY i SPALANZANI'ego. „Otóż—kończy wspomniany korespondent—czy nie byłby to właśnie czas, ażeby tu położyć chociaż skromny kamień pamiątkowy i skoro nas na posagi nie stać, prosto wrytem imieniem JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO zapisać tu nasze tytuły do wspólności w zaszczytach rozwoju wiedzy razem z innymi narodami?“ Podnosząc myśl korespondenta—przypuszczamy, że należałoby się na miejscu porozumieć co do formalności, jako też i kosztów takiej tablicy. Możeby ktoś z kolegów, zamierzających latem jechać do Szwajcaryi lub Włoch, zboczył do Pawii i tam się w tej kwestyi porozumiał.

— Towarzystwo Lekarskie w Berlinie imienia HUFELAND'a jako temat do nagrody ALVARENG'a w ilości 800 marek ogłosiło „*Ueber Morbus Basedowii*“. Termin nadsyłania prac: 1 Kwietnia 1893 r.

— Kuratoryjum „*Liebigstiftung*“ w Monachium przyznało złoty medal prof. VOIR'owi za jego zasługi w nauce o odżywianiu zwierząt i ludzi.

— Zdecydowano, iż XI-ty międzynarodowy kongres lekarzy odbędzie się we Wrześniu r. b.

— III-ci kongres francuzkich psychiatrów odbędzie się 1-go Sierpnia r. b. w Blois. Na porządku dziennym postawiono pytania: 1) *Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique.* 2) *Le secret médical en médecine mentale.* 3) *Les colonies d'aliénés.*

— Międzynarodowy kongres doświadczalnej psychologii odbędzie się w Londynie od 2—5 Sierpnia r. b. pod prezydencją SIDGWICK'a.