

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 48.

Warszawa d. 13 (26) Listopada 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy. Podał H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy). — Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Napisał d-r T. Heiman. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. Determann. O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów władu mleczaka paciorkowego (tabes dorsalis). Sprawozdawca d-r W. Chodecki. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 28 czerwca 1904 r. — Odcinek. Po sezonie w Karlsbadzie. (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. DOBRZYCKI — Quelques expériences sur l'action antipyréthique de cryogénine dans la tuberculose. 2) D-r T. HEIMAN — Des indications pour la trepanation de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne suppurative aiguë.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie, Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r H. DOBRZYCKI — Einige Beobachtungen über die antipyréthische Wirkung des Kryogenins bei Tuberculose. 2) D-r T. HEIMAN — Die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuter eitriger Mittelohrentzündung.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

Podał
H. DOBRZYCKI.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 47).

Zestawiwszy wyniki działania wszystkich dotąd znanych środków przeciwgorączkowych, stosowanych w gorączce u suchotników, docho-

dzimy do przeświadczenia, że ani jeden z nich nie posiada tych własności, jakie w środkach tego rodzaju znaleźbyśmy pragnęli. Jedne z nich bowiem działają mniej więcej pewno, gdy działanie innych jest zawodne i niemal żadne; jedne obniżają ciepłotę tylko na czas krótki, gdy inne działają dłużej; jedne działają wkrótce po ich podaniu, inne działają powolnie; wreszcie jedne działają łagodnie, zaś działaniu większości z nich towarzyszą uboczne, nieraz poważne zjawiska. Bardzo ujemną stroną środków tych

stanowi też i to, że przewidzieć nie możemy, jak dany osobnik ten lub ów antypiretyk znośić będzie, skąd nieraz niemiłe dla lekarza i pacjenta wynikają niespodzianki. W tym względzie nie może mi wyjść z pamięci przypadek, w którym dana pacjentka używała bezskutecznie takich środków, jak antypiryna, salipiryna, salicylaty, lub też nie znosiła np. laktofeniny i pyramidonu, a taki środek, jak fenokol (*phenocollum hydrochloricum*), znosiła bardzo dobrze i z pożądanym skutkiem, choć to środek, który bez szkody mógłby być zarzucony, gdyż w znacznej liczbie przypadków wcale nie daje dobrych wyników, często zawodzi lub sprowadza niemiłe zjawiska uboczne. Słusznie też dziś fenokol bardzo rzadko bywa stosowany, nie mniej jednak są osobniki, jak wspomniana chora, lepiej go znoszące, niż wszelkie inne środki.

Wynalezienie środka, któryby działał pewno, działał przez czas dostatecznie długi, a nadto nie wywoływał niepokojących zjawisk ubocznych, czyli, co na jedno wychodzi, któryby bez obawy mógł być podany każdemu, byłoby niezmiernie pożądane.

Zdaje się, iż środek taki znaleźliśmy w kryogeninie. Zapewne, nie jest ona jeszcze owym ideałem bez zarzutu, wszelako ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwgorączkowych ma najwięcej stron dodatnich, a najmniej ujemnych.

Zawdzięczając wspólnym pracom trzech Lyońskich chemików, pp. A. LUMIÈRE, L. LUMIÈRE i J. CHEVROTIER, kryogenina otrzymana została w r. 1901 w trakcie prac nad farmakodynamicznymi własnościami semikarbacidów. Jest to ciało dość złożone, o nazwie nieco przydługiej, która brzmi: metabenzamidoseminkarbacyd. Przy dokonywaniu doświadczeń na zwierzętach, kryogenina zwróciła na siebie uwagę swymi własnościami wybitnie przeciwgorączkowymi. Wkrótce też, bo już w roku 1902, zaczęto ją stosować na obszerną skalę w klini-

kach i szpitalach francuskich, tak, iż dzisiaj nowy ten środek posiada już obszerną literaturę*).

Kryogenina (cryogénine) przedstawia się jako biały, krystaliczny proszek, mało rozpuszczalny w wodzie. Fizjologiczno-terapeutyczne jej własności sformułowano w sposób następujący: „kryogenina nie jest ciałem trującym, a jej dłuższe podawanie nie wywołuje żadnych niepożądanych przypadłości. Przy jej stosowaniu nie zauważono ani dreszczy, ani potów, ani zapaści lub sinicy, ani też zaburzeń w układzie naczyniowym, ani zaburzeń czuciowych lub zjawisk na skórze, lub też zmian, zachodzących w moczu. Jest to czysty środek przeciwgorączkowy, cenny w szczególności w przypadkach długotrwałych gorączek, z którymi trzeba czas dłuższy walczyć. Dawka od 0,20 do 1,0 lub czasami do 1,50 całkowicie cel osiąga. Podana na początku napadu gorączkowego lub przed mającym nastąpić napadem, szybko sprowadza obniżkę ciepłoty o 1° lub 2°, która to obniżka dochodzi swego *maximum* po upływie dwóch godzin i trwa zwykle aż do rana dnia następnego, czyli nie tak, jak przy większości innych antypiretyków, które napad gorączkowy opóźniają, nie usuwając go.

Zwykle dawka od 0,20 do 1,0 jest dostateczna. Dobrze jest zaczynać od dawki większej, np. od 1,0, podanej raz tylko w chwili poczynającego się napadu lub nieco przedtem. Wystarczy następnie dla otrzymania obniżki ciepłoty podawać co drugi dzień dawki mniejsze 0,60 do 0,20 o tej samej godzinie i stosować je tak długo, dopóki zachodzi potrzeba“.

Lubo powyższa charakterystyka kryogeniny pod niektórymi względami nie ma matematy-

*) O terapeutycznych własnościach kryogeniny ogłosili między innymi prace oprócz wynalazców: DUMAREST z Lyonu (r. 1902), GÉLIBERT również z Lyonu (r. 1902), CARRIÈRE z Lille (r. 1902), DEMURGE z Lyonu (r. 1903), DURAND i GENTES z Bordeaux (r. 1903), AUDIBERT i COMBES z Paryża (r. 1903), BOY-TESSIER i BRUNEAU z Marsylii (r. 1903), BLANC z Paryża (r. 1903, rozprawa doktorska) i wielu innych. Większość tych prac rozsyłają pp. LUMIÈRE lekarzom i aptekom.

cznej ścisłości, na ogół jednak zgadza się z rzeczywistością, a w każdym razie daleka jest od tej przesady, jaka nieraz ma miejsce, gdy pod wpływem pierwszego wrażenia, a niedostatecznych jeszcze badań ten lub ów środek bywa zachwalany.

W ciągu letniego sezonu w r. 1903 i w roku bieżącym (1904) w stacyi klimatycznej w Sławucie oraz w praktyce prywatnej miałem sposobność przeprowadzenia dokładniejszych spostrzeżeń nad przeciwgorączkowym działaniem kryogeniny w trzydziestu dwóch przypadkach, biorąc tylko pod uwagę przypadki, czas dłuższy spostrzegane, a nie licząc tych, w których tylko kilka razy widzieć chorych miałem sposobność. Część przypadków spostrzegałem wspólnie z kolegą T. DZIERZBICKIM w Sławucie. Wszystkie one dotyczyły chorych, uległych gruźlicy, przeważnie już dość wysoko posuniętej, z gorączką wtórną, czyli rezorbcyjną.

Do stosowania tego środka zachęcił mnie jeden z pacjentów, pan M. K., który cały sezon roku 1902 przebył w Sławucie, prowadząc ciągłą walkę z gorączką o charakterze gorączki ciągłej. Lubo pacjent znacznie się poprawił (cierpiał na gruźlicę płuc i krtani), i gorączka co do swego natężenia zmalała, jednak go nie opuszczała. Ze Sławuty udał się po krótkim pobycie w domu do Mentony, gdzie po raz pierwszy usłyszał o kryogeninie, i po raz pierwszy mu ją też zalecono. Skutek był ze wszech miar dobry. Pan K., wypróbowałszy na sobie przedtem co najmniej z dziesięć antypiretyków ze skutkami bardzo nieznacznymi, przy pomocy kryogeniny miał całe miesiące wolne od gorączki. W roku zeszłym, t. j. 1903, przybył znowu na czas dłuższy do Sławuty i wtedy to przywiózł ze sobą pewien zapas kryogeniny oraz krótki jej opis. Aczkolwiek byłem do tego nowego środka sceptycznie usposobiony, jednak, widząc tak uderzającą jego wyższość nad innymi, zacząłem go stosować, gdzie tylko zachodziła potrzeba wystąpienia przeciw nadmiernie zwiększonej

ciepłocie. Do pierwszych spostrzeżeń wybierałem przypadki uporeczywsze, mogące być poniekąd kamieniem probierczym dla danego środka.

Pod względem metody stosowania kryogeniny klinicyści francuscy radzą zaczynać od tak zwanej dawki pełnej (dose massive), za jaką uważają 1,0, a następnych dni utrzymywać ciepłotę w granicach nie niższych, niż 37°, przy pomocy dawek małych, po 0,30 lub 0,25 wynoszących. Gdy działanie środka (które może trwać kilka dni lub dłużej) się wyczerpie, znowu się poczyna od dawki pełnej, a następnie małemi działaniem pełnej podtrzymuje. Co do mnie, zaczynałem od dawek niedużych, t. j. 0,50, stosując dni następnych po 0,25 środka, i rzadko tylko do dawki 1,0 się posuwałem. Niejednokrotnie też stosowałem po dwie półgramowe dawki w odstępach 8 lub 10 godzinnych; czasem polecałem przyjmowanie dawek 0,25 po 3 lub 4 razy dziennie w 3 lub 4 godzinnych odstępach. Gdy się ma do czynienia z chorym inteligentnym, który się umie obserwować, dobrze jest zwrócić uwagę na to, co sam o działaniu danego środka mówi, a w szczególności, jak się po nim czuje. Otóż, chorzy po kryogeninie czują się daleko lepiej, aniżeli po innych antypiretykach. Innego uczucia doznają przy obniżce ciepłoty, otrzymanej za pomocą np. pyramidonu, a innego za pomocą kryogeniny. Spadek ciepłoty po użyciu jej następuje daleko szybciej, niż przy innych środkach przeciwgorączkowych, a co ważniejsza, że trwanie jej działania jest o wiele dłuższe, niż wszelkich innych środków, tak że to robi wrażenie, jakby dany napad gorączkowy, przedtem nieraz cały szereg godzin trwający, całkiem dla pacjenta nie istniał, a nie był tylko odroczonej, jak to ma miejsce przy innych środkach.

Nadto powrót do temperatury gorączkowej, gdy działanie kryogeniny się wyczerpie, nigdy nie następuje nagle, jak to często bywa przy innych antypiretykach, lecz zwolna, bez dreszczy lub innych nieprzyjemnych objawów. Na 32 przypadki w jednym tylko gorączka działa-

niu kryogeniny się oparła, albo, raczej, działanie jej było opóźnione i nieznaczne. Przypadek ten, w którym *experimenti causa* stosowałem podskórnie kwas karbolowy przy niesłuchanie uporczywej gorączce z charakterem ciągłym, opisałem powyżej.

Szczegółowy opis wszystkich 32 przypadków uważam za całkiem zbyteczny, ze względu, iż były to przypadki nie przedstawiające pod względem rozpoznania żadnej wątpliwości. Były to przeważnie przypadki, jak wyżej wspomniałem, wysoko posuniętej sprawy gruźliczej. Natomiast kilka z nich, ilustrujących w sposób bardziej wydatny działanie nowego środka lub pod względem klinicznym bardziej pouczających, przytaczam nieco obszerniej.

Zasadniczymi cechami, wyróżniającymi kryogeninę od innych środków gorączkowych, są następujące:

Prawie każdy z czyniących spostrzeżenia nad działaniem kryogeniny u suchotników zaznacza, iż środek ten może być stosowany w ciągu bardzo długiego czasu, nie wywołując żadnych ubocznych nieprzyjemnych zjawisk.

Jako potwierdzenie tej tezy, mogę przytoczyć przypadek, spostrzegany przezemnie w ciągu letniego sezonu roku 1903 i sezonu roku bieżącego 1904. Przypadek ten i z innych jeszcze względów zasługuje na bliższe rozpatrzenie. Był on następujący: Kapitan M. N. lat około 40, budowy doskonałej, pochodzący z rodziny zdrowej i rodziców, którzy oboje dożyli późnego wieku, na wiosnę roku 1901 bez żadnej dającej się oznaczyć bliżej przyczyny zaczął od czasu do czasu, głównie wieczorami, gorączkować. Gorączkę tę poprzedził czas jakiś trwający krótki, suchy kaszel, który wkrótce potem zamienił się na kaszel z obfitą plwociną; wreszcie, M. N. zaczął szybko chudnąć i pocić się od czasu do czasu. Wkrótce potem do zjawisk powyższych przyłączyło się tak znaczne osłabienie i krótki oddech, że kapitan N. musiał przerwać zajęcia

służbowe i położyć się do łóżka. Przywołany lekarz, stwierdziwszy u pacjenta niewątpliwie zmiany przysłuchowe i wypukowe w jednym z płuc, oznajmił mu kategorycznie, iż choroba jego jest bardzo poważna, że są to suchoty, które wymagają natychmiastowej kuracyi. Zalecił mu prócz środków „łagodzących kaszel, bezzwłoczne udanie się na całe lato na wieś, gdzie jest sosnowy las i mleka dostatek.

Dodać tu muszę, iż pacjent starannie zapisywał każdą zmianę swego stanu, umiał się obserwować, jak również pojmował znaczenie czystego powietrza w swoim cierpieniu. Sumienie też korzystał z pobytu wśród leśnego powietrza, tak, iż powróciwszy na głębokiej jesieni do domu, objął niezwłocznie służbę, a tenże lekarz, który go przed wyjazdem badał, uznał go za zupełnie zdrowego. I rzeczywiście, pacjent zaznacza: iż waga jego ciała po powrocie była nawet większa, niż dawniej, apetyt miał wyborny, sił mu przybyło, mógł bez najmniejszego zmęczenia wiorsty całe ze swą rotą maszerować, głośno komenderować, chodzić po schodach i t. d., równie dobrze, a może i lepiej, niż za czasów zupełnego zdrowia. O kaszlu, gorączce, potach i t. d. nie było mowy, słowem, że przypadek ten pod względem skutków kuracyi zaliczyć należy do wcale nie częstych, wobec tego, że choroba miała od samego początku złośliwy charakter i już dobrze przekroczyła okres, który okresem początkowym (*incipiens*) nazywamy.

(D. n.).

Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego.

Napisał

D-r TEODOR HEIMAN.

Odczyt wypowiedziany (po francusku) na VII Zjeździe międzynarodowym lekarzy usznych w Bordeaux, d. 1 — 4 sierpnia 1904 r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47).

Podług POLITZER'a (10) następujące objawy towarzyszą zapaleniu ropnemu wyrostka sutkowego: 1) Ból stały lub przepuszczający wyrostka, powiększający się przy ucisku lub opukiwaniu tej okolicy. Miejsce wrażliwe na ucisk nie zawsze odpowiada umiejscowieniu ropnia. 2) Gorączka lub stan bezgorączkowy. 3) Ciepłota wzmożona na wyrostku chorym. 4) Obrzmienie lub nasięk i czerwonosć. 5) Wypuklenie błony bębenkowej, zaś po przedziurawieniu jej wyniosłość workowata z otworkiem na wierzchołku, umiejscowiona w części tylnogórnej błony. 6) Opadnięcie ściany tylnogórnej przewodu słuchowego zewnętrznego. 7) Ropienie obfite z ucha lub jego zniknięcie zupełne. 8) Bezwład nerwu twarzowego; wszelako ten objaw rzadko bywa spostrzegany.

SCHWARTZE (11) powiada, że najgwałtowniejsze i stałe bóle w wyrostku sutkowym nie dowodzą obecności ropy w wyrostku sutkowym. Nawet znaczna wrażliwość kości na ucisk, której towarzyszy czerwonosć i lekkie obrzmienie skóry wyrostka, nie przekonywa jeszcze o zapaleniu wyrostka sutkowego, a tem mniej o ropieniu w nim. Wszystkie te objawy zależą mogą od zapalenia okostny zewnętrznego bez zajęcia kości. Pewne znaczenie posiada opadnięcie ściany tylnogórnej przewodu słuchowego zewnętrznego w jego części kostnej i obrzmienie pod wierzchołkiem wyrostka sutkowego. Stan bezgorączkowy nie wyłącza ropienia w wyrostku sutkowym. Połowa przypadków przebiega bez gorączki.

BEZOLD jest zdania, że w wielu przypadkach zapalenia ropnego wyrostka sutkowego nie podejrzewa się nawet istnienia ropy; zresztą w największej liczbie przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego, gdzie wyrostek sutkowy jest zajęty, produkty zapalne wchłaniają się samowolnie. Podług BEZOLD'a ból głuchy stały lub przepuszczający w wyrostku sutkowym podczas ostrego zapalenia ropnego jamy bębenkowej, umiejscowiony w dołku sutkowym i występujący samodzielnie lub za uciskiem tej okolicy, stanowi najstalszy objaw zbiorowiska ropnego w wielkich komórkach wyrostka. Obrzmienie występuje przedewszystkiem w tej okolicy. Objawy te zyskują na znaczeniu, jeśli występują w późniejszych okresach choroby zasadniczej. Skoro ropienie w wyrostku sutkowym trwa przez czas dłuższy, wywołuje ono zawsze cierpienie samej kości.

KÖRNER (12) twierdzi, że, im dłużej błona bębenkowa nie przedziurawiła się sama przez się lub też im później została przecięta, tem większe jest prawdopodobieństwo zajęcia kości wyrostka sutkowego. Gdy się ropienie zmniejsza, i wydzielina staje się śluzową, stanowi to dowód, że kość jest nietknięta. Ropienie obfite, widocznie nie zmniejszające się, ropa śmietankowa bywa następstwem znacznych zniszczeń kostnych. Trzeba także przyjąć, że kość cierpi, skoro zapalenie okostny, towarzyszące ostremu zapaleniu ropnemu ucha środkowego, nie ustępuje po piętnastu dniach, a nawet powiększa się, lub też gdy zapalenie okostny pojawia się, pomimo że ropa ma swobodny odpływ. Jako pierwszą oznakę cierpienia kości, uważa KÖRNER odgłos głuchy na wyrostku sutkowym podczas opukiwania go; objaw ten występuje między szesnastym i trzydziestym dniem choroby. Drugim ważnym objawem jest opadnięcie ściany górnej przewodu słuchowego zewnętrznego. Bóle zwykle zmniejszają się lub ustępują po opróżnieniu się ropy nazewnątrz przez błonę bębenkową. U dorosłych mogą trwać jeszcze przez dwa tygodnie,

co bynajmniej nie stanowi dowodu ich zależności od cierpienia wyrostka sutkowego. Gorączka zwykle także znika po otworzeniu się błony bębenkowej. Skoro kość jest zajęta, gorączka wraca u dzieci, zaś u dorosłych spostrzega się wieczorami ciepłota nadnormalna. Przy cierpieniu kości chorzy są przygnębieni, osłabieni, nie mają łaknienia, chudną, i cera ich przybiera kolor żółtawy.

DUPLAY jest zdania, że skoro po osuszeniu powierzchni błony bębenkowej ropa szybko na nowo zalewa pole widzenia, to ten objaw wystarcza do rozpoznania zapalenia kości.

Albert GRANDHOMME (13) powiada, że wyrostek sutkowy może być całkiem zniszczony bez wywołania jakiegobądź objawu wybitnego. Jedynym objawem cierpienia kostnego jest ropienie obfite i uparte oraz charłactwo ogólne. Z drugiej strony zdarzają się przypadki chorobowe, w których bóle w wyrostku sutkowym są szalone, a pomimo to nie znajdujemy żadnego ropienia w wyrostku po otworzeniu go.

TILLAUX spostrzegł pewną kategorię chorzych, u których po zniknięciu zapalenia ucha pozostał ból stały w okolicy ucha i części sąsiednich, od czasu do czasu wzmacniającej się. Ucisk powiększa ból. Chorzy tracą łaknienie, odżywianie ogólne upada, i zdaje im się, że są bliscy śmierci. Przecięcie błony bębenkowej nie wykazuje ropienia. Chory może umrzeć w takim stanie, lub też po pewnym czasie opróżnia się ropa przez ścianę zewnętrzną wyrostka sutkowego.

Własne doświadczenie, oparte na wielkim materiale klinicznym, doprowadziło mnie do wniosku, że ropienie obfite w przebiegu ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego, gdy po osuszeniu powierzchni błony bębenkowej ropa szybko na nowo zalewa pole widzenia i nie ustępuje pomimo leczenia racjonalnego w przeciągu dłuższego czasu, mniej więcej około czterech tygodni, stanowi jeden pewny objaw zapalenia ropnego wyrostka sutkowego; ropienie takie nie

ulega wchłonięciu samo przez się, i interwencja chirurgiczna staje się niezbędną. Ból stały nawet lekki, nie ustępujący po upływie kilku tygodni, lub też gdy wraca w postaci napadów, wrażliwość pewnych odcinków wyrostka sutkowego zależy od cierpienia kości, mającego mało skłonności do rozejścia się. Co się tyczy bólu, należy się przekonać, czy rzeczywiście wywołany jest przez zapalenie wyrostka sutkowego, wklajające zapalenie ucha. Spostrzegałem, wprawdzie nie często, że bóle gwałtowne i uparte, nie zależały bynajmniej od zapalenia kości, lecz były pochodzenia reumatycznego, artrytycznego, a nawet czasem zależały od róży tej okolicy. Pomijam bóle w wyrostku sutkowym, towarzyszące wrzodziakom przewodu słuchowego zewnętrznego, jako każdemu dobrze znane. Ropienie obfite w pierwszym czasie po naturalnem lub chirurgicznem otworzeniu błony bębenkowej, pewna wrażliwość lub bolesność wierzchołka lub okolicy jamy sutkowej, osłabienie ogólne, nawet podniesienie ciepłoty, przez kilka dni przeciągające się, wszystkie te objawy dowodzą wprawdzie, że wyrostek sutkowy jest zajęty, zwykle jednak stan taki przechodzi stopniowo po dwóch lub trzech tygodniach, i chorzy całkowicie wracają do zdrowia bez jakiegokolwiek interwencji chirurgicznej na wyrostku sutkowym.

Kiedy trzeba operować na wyrostku sutkowym resp. jakie mamy wskazania operacyjne?

Pod tym względem zdania są podzielone. Jedni, i ci stanowią większość lekarzy, żądają operacji wczesnej; inni, będący w znacznej mniejszości, radzą czekać aż do wystąpienia objawów groźnych, jak np. silnych bólów głowy, wysokiej gorączki i t. p. Zwolennicy ostatniej kategorii mają bardzo niewielu naśladowców, co jest bardzo naturalne, gdyż otworzenie wyrostka sutkowego nie powinno się wykonywać jako wskazanie życiowe, lecz jako wskazanie chorobowe. Co się tyczy operacji wczesnej,

powinniśmy się porozumieć, co rozumieć należy pod tym wyrazem. Według SCHWARTZE'go, który, jak wspomnieliśmy, pierwszy postawił wskazania racjonalne do operowania na wyrostku sutkowym w ostrych sprawach ropnych ucha środkowego, operacja na wyrostku sutkowym jest wskazana, gdy po zastosowaniu leczenia przeciwzapalnego, ból, obrzmienie i gorączka nie znikają w przeciągu ośmiu dni. Takie jedno wskazanie ogólne sam SCHWARTZE uważał za niedostateczne, uzupełnił je też rozmaitymi dodatkami, o których wyżej była mowa.

BEZOLD, który stawia takie same wskazania, jest zdania, że operacja nie jest potrzebna w każdym przypadku zebrania się ropy w wyrostku sutkowym. Przy obrzmieniu okolicy pod-sutkowej albo też innych okolic kości skroniowej nie trzeba długo czekać z operacją. KÖRNER (14) uważa operację za wskazaną, gdy objawy zapalne nie znikają po zastosowaniu leczenia przeciwzapalnego (pijawki, lód, nalewka jodowa) w przeciągu ośmiu dni; gdy po rozważeniu objawów i zrobieniu rozpoznania nabiera się przekonania, że ropień w wyrostku sutkowym nie przedstawia danych do samowolnego wessania się. Przy prawdopodobieństwie cierpienia kości lepiej jest zrobić operację wcześniej, aniżeli czekać. Sama operacja z wyjątkiem uspienia nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa w ostrych zapaleniach ropnych jamy bębnekowej. POLITZER powiada, że przypadki chorobowe, w których następuje wyzdrowienie bez operacji, zachęcają do czekania. Ponieważ jednak wiadomo, że każde zebranie ropy, dłużej trwające, wywołuje chorobę kości, a gdy zniszczenie jej dąży w głąb, mogą nagle rozwinąć się powikłania śmiertelne, z drugiej zaś strony sama operacja nie przedstawia niebezpieczeństwa, należy ją przeto wykonać w czasie właściwym. POLITZER dodaje, że doświadczenie lat ostatnich przekonało go, że w pewnych razach operacja zbyt wczesna czwartego lub piątego dnia od początku choroby zasadniczej

— wywiera wpływ niepomyślny na przebieg choroby i na jej wyleczenie. POLITZER operuje rzadko przed ósmym dniem choroby. Według niego operacja wcześniejsza wskazana jest wyjątkowo w przypadkach, gdy wcześniej występuje obrzmienie wyrostka sutkowego, i gdy wraz z niem lub nawet i bez niego zauważyć się dają objawy podrażnienia opon mózgowych lub dreszcze gwałtówne. POLITZER uważa operację za wskazaną bezpośrednio, gdy leczenie przeciwzapalne po upływie kilku dni pozostaje bez wyniku, gdy ropienie jest obfite, bolesność wyrostka sutkowego nie ustępuje, i istnieją wieczorne nasilenia gorączkowe. Jest również wskazana, gdy wywiady wykazują, że ropienie obfite zależne od wyrostka sutkowego, trwa dłużej, niż dziesięć dni.

I. HERZFELD (14) twierdzi, że jest to jednym z najtrudniejszych zadań lekarza przy wskazaniach do otwierania wyrostka sutkowego wskazać moment, kiedy operacja jest bez względnie potrzebna. W wielu razach jest to zadanie bardzo łatwe, jak np. gdy do zapalenia ostrego ropnego ucha środkowego dołączy się obrzmienie wyrostka sutkowego, bóle stałe, powiększające się pod uciskiem, gorączka, wydzielina jest cuchnąca, lub gdy istnieje opadnięcie ściany górno-tylnej przewodu słuchowego zewnętrznego. Przy braku wszystkich tych objawów samo ropienie, choć obfite, trwające dwa do trzech tygodni, nie stanowi jeszcze wskazań do operowania na wyrostku sutkowym. Operując w ostrym okresie choroby, znajdziemy śluzówkę przekrwioną, obrzmiałą i ropę w jamie bębnekowej. Te objawy nie służą wszelako za dowód, że operacja jest konieczna. Nie trzeba jej nigdy przedsięwziąć, jako środka zapobiegawczego lub dla próby.

BROCA i LUBET-BARBON (15) są też za operacją wczesną i doszczętną, lecz dalecy są od tego, ażeby otwierać każdy wyrostek sutkowy, uległy zapaleniu. W większości przypadków, gdzie wyrostek sutkowy jest bolesny w zapaleniu ostrem ropnem ucha środkowego, nie potrzeba go otwierać. Nie trzeba też zaraz brać

się do noża, jeżeli skutkiem zatkania otworu w błonie bębenkowej lub wejścia do jamy sutkowej ropa zostaje zamknięta w komórkach sutkowych; nieraz bowiem nawet w takim stanie pod wpływem leczenia uważnego i racjonalnego sprawa ropna goi się sama przez się. Podług autorów tych operacja na wyrostku sutkowym jest wskazana, gdy bóle ostre są uparte, gdy istnieje stan gorączkowy, poważne objawy ogólne i wybitne objawy mózgowie, szybko nie ustępujące. Naturalnie, że niewolno jest przy wzmiankowanych objawach otwierać wyrostka sutkowego, jeżeli błona bębenkowa jest cała lub niedostatecznie otwarta. Albowiem wszystkie te objawy znikają zwykle po należytem opróżnieniu jamy bębenkowej. Będąc wszelako pewnym, że objawy ciężkie nie zależą od zatrzymania wydzieliny w jamie bębenkowej, niema się nad czem zastanawiać albo długo namyślać, chociażby okolica wyrostka sutkowego była normalna lub prawie normalna. W takich przypadkach powinny nami kierować objawy ogólne, i nie powinniśmy się ludzi pozornym dobrym stanem okolicy sutkowej, a szczególnie brakiem ropnia.

LERMOYEZ, LUBET-BARBON i MOURE (16) uważają operację na wyrostku sutkowym za wskazaną, gdy po jednym lub dwóch przecięciach błony bębenkowej nie znikają objawy niepokojące choroby, gdy są bóle stałe w okolicy wyrostka sutkowego, gdy jego wierzchołek, podstawa lub brzeg górny są wrażliwe na ucisk, gdy okolica ta jest obrzmiała, gdy w polu widzenia istnieje znaczna ilość ropy, i gdy po usunięciu jej nowa ilość jej szybko napływa, gdy ukazanie się jej jest poprzedzone przez bóle, i wreszcie gdy mózgowie oddziaływa. Jeśli dany przypadek nie jest naglący, należy przed wykonaniem operacji na wyrostku sutkowym rozciąć obszernie błonę bębenkową, zastosować lód i przemyć jamę bębenkową od strony trąbki EUSTACHIUSZA.

Z przytoczonych poglądów rozmaitych autorów dochodzimy do wniosku, że większość żąda otworzenia wyrostka sutkowego po pierwszym tygodniu od początku zapalenia ucha, jeżeli objawy zapalne na wyrostku sutkowym nie znikają, a przynajmniej nie zmniejszają się. Widzieliśmy, że są jednak i tacy, którzy i tak długo nie czekają i operują jeszcze wcześniej. Podług mnie pośpiech taki jest zupełnie zbyt. Jakiż może być powód, skłaniający do tak wczesnej operacji? Sądzę że pobudką do tego jest przede wszystkim zapobieżenie groźnym powikłaniom, następnie osiągnięcie szybkiego wyleczenia — czego przy pozostawieniu sprawy chorobowej naturalnemu biegowi często nie otrzymujemy, i wreszcie, ażeby choroba nie przeszła w stan przewlekły.

Czytamy wprawdzie wiele, że, czekając z otworzeniem wyrostka sutkowego, wystawiamy chorego na niebezpieczeństwo powikłań ze strony jamy czaszkowej lub całego ustroju, w rzeczywistości jednak powikłania te w ostrych sprawach ropnych ucha środkowego spotykamy niezmiernie rzadko, pod warunkiem, że od samego początku prowadzono leczenie właściwe. Lecz nawet gdy chorego nie tak leczono, powikłania nie stanowią sprawy częstej. Nie wykonywam prawie nigdy operacji wczesnej i dotychczas nie mam bynajmniej powodu zmienić swój sposób postępowania. Ażeby operacja na wyrostku sutkowym miała spowodować rychlejsze wyleczenie choroby zasadniczej, na to niema dostatecznych dowodów; to jednak jest pewne, że często okres gojenia po operacji trwa dłużej, aniżeli czas potrzebny do wyleczenia choroby na drodze niekrwawej. Co się tyczy zapobieżenia przez operację przejściu sprawy ostrej w przewlekłą, to po pierwsze operacja na wyrostku sutkowym nieraz celu tego nie osiąga; a powtóre otrzymamy ten sam skutek, operując po wyczerpaniu innych sposobów leczniczych.

W pracy mojej, drukowanej w 1891 r. (17), wyraziłem zdanie, że określenie wskazań do otwierania wyrostka sutkowego i czasu, w którym operacja powinna być wykonana, nie stanowi dotąd przedmiotu wyczerpanego, i że nawet lekarz z wielkim doświadczeniem może pod tym względem nieraz znaleźć się w kłopotcie. To przekonanie moje i dziś jeszcze uważam za usprawiedliwione i słuszne — zwłaszcza w sprawach ostrych ropnych ucha środkowego. W tejże samej pracy postawiłem, zdaje się, pierwszy, następujące wskazanie operacyjne: jeżeli w przebiegu ostrego zapalenia ropnego jamy bębnekowej ropienie obfite nie znika w przeciągu 2-3 tygodni, a głównie jeśli mu towarzyszy gorączka, to choćby nie było żadnych oznak zapalenia wyrostka sutkowego, należy go otworzyć. Z czasem przekonałem się, że i ten termin jest za krótki dla wszystkich przypadków. Zdarza się dość często, że u osobników zdrowych pod

innymi względami ropienie przeciąga się cztery do sześciu tygodni, a nawet dłużej, ażeby w końcu zniknąć i nie pozostawić w narządzie słuchowym żadnych zbożeń czynnościowych lub anatomicznych. W zapaleniach ropnych ucha środkowego, rozwijających się w przebiegu ostrych wysypek zakaźnych, lub u osobników z ustrojem osłabionym i obarczonym gruźlicą, żołzami i t. p., gdy ropienie jest obfite, można niekiedy zrobić wyjątek i otworzyć wyrostek sutkowy już po dwóch lub trzech tygodniach. Istnieje też cały szereg przypadków chorobowych, gdzie ropienie jest nieznaczne, lecz uparte, przeciąga się ono pięć do ośmiu, a nawet więcej tygodni, słuch przytem jest najczęściej upośledzony, czasem mało zmieniony; w tych przypadkach operacja jest wskazana, lecz dopiero po dłuższym czasie resp. po sześciu lub ośmiu tygodniach.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

DETERMANN.

O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiału mlecza pacierzowego (tabes dorsalis).

1904.

Sprawozdawca

D-r Władysław Chodecki.

Przyznać należy, iż, jeżeli teraz możemy stawiać nieco lepszą przepowiednię wiału mlecza, aniżeli za czasów ROMBERG'a, który był zdania, że żaden promyk nadziei nie przyświeca tym chorym, to zawdzięczamy to ostatnim pracom

naukowym o możliwie wczesnem rozpoznaniu wiału mlecza. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wczesne rozpoznanie tej strasznej choroby daje lepsze szanse powodzenia terapeutycznego, że za pomocą skombinowanego systemu leczenia jesteśmy w stanie do pewnego stopnia zatrzymać posuwanie się choroby i oszczędzić wiele cierpień choremu, umożliwiając mu nawet przy ciągłym zachowaniu środków ostrożności spełnianie obowiązków swojego zawodu.

Szczególniej często zaczyna się wiał mlecza od objawów nerwowego cierpienia przewodu pokarmowego lub też serca, nie ściągających wcale uwagi lekarza na siedlisko cierpienia, ja-

kiem jest mlecz paciierzowy. Rozpoznanie wiału w tym wczesnym okresie, kiedy on się skrada pod maską cierpień innych narządów, daje niewątpliwie pewne widoki powodzenia w naszych zabiegach terapeutycznych.

A teraz słówko o etiologii wiału. Skonstataowanie w wywiadach (*anamnesis*) przebytego przymiotu (*sypilis*) ułatwia w wątpliwych przypadkach rozpoznanie i daje podstawę do naszego postępowania terapeutycznego.

Autor miał w przeciągu lat 12 132 przypadki wiału mlecza, w których rozpoznanie kliniczne było stwierdzone i przez dłuższą obserwację chorych po za zakładem.

Do tej grupy są dołączone 3 przypadki wiału mlecza, połączone z bezwładem.

Pacyenci autora należeli przeważnie do inteligentnych warstw społeczeństwa i przedstawiali objawy, należące do wczesnych okresów wiału. Przypadków, więcej posuniętych, nie miał DETERMANN w leczeniu.

Z tych 132 chorych 94 podało, że przebyli przymiot. Objasnienie to podawali wykształceni chorzy, bez interpelacyi autora, gdyż dobrze wiedzieli o znaczeniu przebytego przymiotu dla leczenia. W 19 zaś przypadkach chorzy, dokładnie wypytywani w tym kierunku, przyznali się do przebytego przymiotu; jeżeli zaś zaprzeczyli stanowczo, nie zostali włączeni do tej kategorii. Większość chorych (70) przypominała sobie dokładnie przebycie zjawisk wtórnych i zastosowane przeciwko nim leczenie wecieraniem szaruchy. U wielu z nich powtórzyły się jeszcze wyraźne objawy przymiotu, jak porażenie mięśni ocznych, cierpienia skóry i błon śluzowych, częste poronienia (*abortus*) u kobiet. W wielu przypadkach dokładne badanie wykryło pewne objawy przebytego przymiotu.

W niektórych, zwłaszcza świeższych przypadkach można było stwierdzić obrzmienie gruczołów pachowych, na karku, wyraźne blizny na błonie śluzowej policzków, a nawet objawy trzeciorzędne na skórze.

W 22 przypadkach chorzy zaprzeczyli stanowczo, by kiedykolwiek przechodzili przymiot. Z wyjątkiem 2 wątpliwych przypadków dokładne badanie nie wykryło żadnej podstawy do przyjęcia przymiotu. Niewątpliwie więc w przyczynowości (etiologii) wiału przymiot gra rolę główną, o czem świadczą wyraźnie cyfry, w do-

kładnie zebranej statystyce, inne zaś przyczyny, jak obciążenie dziedziczne, uraz, zaziębnienie, nadużycia płciowe i wysiłki cielesne i umysłowe są tylko czynnikami wywołującymi w tych przypadkach, w których przebyty przymiot położył podwaliny do spraw degeneracyjnych w układzie nerwowym.

W 5 przypadkach można było wyraźnie stwierdzić związek wiału z przebyłym urazem (*trauma*), a mianowicie upadek z konia. Mianowicie w dwóch z tych przypadków, które nie przebywały przymiotu, uraz odegrał niewątpliwie ważną rolę w powstaniu wiału. W trzech zaś innych przypadkach już w 3 tygodnie po urazie rozwinął się obraz wiału, a więc zbyt wcześnie, by można mu było przypisać jedyną rolę w powstaniu wiału. W 6 przypadkach chorzy podali, jako przyczynę wybuchu choroby, silne przeziębienie i zamoczenie nóg. U niektórych znowu chorych rozwinęły się objawy wiału zaraz po przebytej influenzy lub innej chorobie zakaźnej. W 8 przypadkach obwiniano jako przyczynę nadmierne wysiłki cielesne (jazdę na rowerze, wycieczki górskie). Ale i tutaj choroba rozwinęła się tak nadzwyczajnie szybko po działaniu wymienionych szkodliwości, że wobec powolnego zwykle rozwoju wiału mamy zupełne prawo przypuścić, że choroba ta istniała już i przedtem, tylko przebiegała skrycie i łagodnie.

Trzymając się ściśle klinicznych i anatomo-patologicznych faktów, nie mamy żadnej podstawy do sądu, że wiał mlecza przedstawia nam trzeciorzędne objawy przymiotu; jest prawdopodobniejszem, że mamy tutaj do czynienia z następnem działaniem toksyn, jak to często obserwować możemy i w zatruciach innymi zrazkami.

W każdym razie nie możemy wnioskować na podstawie znanych faktów z anatomii patologicznej, że, ponieważ proces degeneracyjny tylnych pęczków rdzenia, stanowiący podstawę anatomiczną wiału, różni się zasadniczo od innych spraw przymiotowych w układzie nerwowym, przymiot nie jest główną przyczyną wiału. Obecnie więc, gdy badania anatomo-patologiczne nie dają nam jeszcze dostatecznego oświeślenia sprawy, możemy oprzeć się jedynie na dokładnych obserwacyach klinicznych i doświadczeniu lekarskiem.

Liczne bardzo publikacje w literaturze lekarskiej wskazują, że sprawy przymiotowe w układzie nerwowym wikłają się z wiałdem mlecza. I obserwacya kliniczna wykazuje w znacznej liczbie przypadków wiałdu wybitne objawy przymiotu, jak porażenia mięśni ocznych, cierpienia kości i błon śluzowych. W ośmiu przypadkach autora, oprócz wiałdu, można było obserwować wyraźne objawy przymiotowe, znikające przy leczeniu specyficznem. Nie można zaś żądać, by w każdym przypadku wiałdu występowały jednocześnie objawy przymiotu, który już dawno przedtem przebiegał w organizmie.

Rozpoznanie (*Diagnosis*).

Od lat kilku objawy rozpoznawcze wiałdu uległy znowu gruntownej rewizyi. Gdy przed laty 10—15 trzymano się ściśle pewnej grupy symptomów, między którymi uważano za najważniejsze brak odruchu kolanowego (objaw WESTPHAL'a) i odruchową nieruchomość źrenic (objaw ARGYLL-ROBERTSON'a), obecnie uwaga lekarzy została skierowana na niektóre objawy subiektywne i obiektywne, które na długi czas przed wybuchnięciem wyraźnego wiałdu budzić jednak mogą uzasadnione podejrzenie co do początku tej choroby.

W wielu przypadkach autora niewyraźne nerwowe objawy początkowe, dalekie od klasycznych symptomów wiałdu, nabierały z biegiem czasu cech wyraźniejszych, a dalsza dokładna obserwacya chorych stwierdziła w zupełności pierwiastkowe tylko prawdopodobne, ale nie zupełnie pewne rozpoznanie. DETERMANN przywiązuje znaczną wagę do pewnego ugrupowania symptomów początkowych, które czujnemu oku wskazują niebezpieczeństwo zbliżania się wiałdu. W każdym razie pozostaje pewna mała liczba przypadków, w których nie można było stwierdzić pierwiastkowego „domysłowego“, że tak powiem, rozpoznania; zacytuujemy je jednak dla pewnego interesu różniczkowo-rozpoznawczego, jaki przedstawiają.

Przypadek I. Pan J. N. lat 38, kupiec. W rodzinie chorego panuje nerwowość.

Pacyent podaje, że przed laty 15 miał ranekę na członku, która sama się zagoiła. W rok później używał chorego kuracyi wecieraniem i szaruchy, później zaś zastrzykiwano mu Hg pod

skórę. Od lat 10 cierpi chorey, bardzo forsownie pracujący i żyjący w ciągłym rozdrażnieniu nerwowem, na ogólne objawy nerwowe. Z czysto miejscowych symptomów zwracają na siebie uwagę skargi chorego na ucisk, uczucie bólu i nadzwyczajną drażliwość okolicy serca, tak, iż nawet dotykanie się ubrania jest dla chorego bardzo nieprzyjemne. Oprócz tego uskarża się on na silne wzdęcia żołądka, odbijania, połączone z uczuciem strachu i bólami, promieniującymi do lewego ramienia, podobnie jak to ma miejsce w dusznicy bolesnej (*angina pectoris*). Chory sądzi, że ma ciężką wadę serca; do tych objawów dołączają się jeszcze: ucisk na głowę, bladoziemista cera twarzy, ogólne osłabienie mięśniowe i silne wychudnięcie.

Dokładne badanie układu nerwowego nie wykazało, by można było uzyskać podstawę do rozpoznania jakiegoś cierpienia organicznego. Wszystkie odruchy zachowane, czucie prawidłowe. Źrenice oddziałują na światło, najlżejszy ucisk na serce, a szczególnie dotykanie się chłodnych przedmiotów jest dla chorego w wysokim stopniu nieprzyjemne. Już przy dmuchaniu nastąpił odruch (silne drgnięcie chorego). Badanie serca i układu naczyniowego wykazało stosunki normalne.

Ponieważ leczenie chorego nie dawało pożądaných wyników, udał się on do jednego z najwybitniejszych neuropatologów, który zrobił rozpoznanie: neurastenia serca i hipochondrya. W trzy lata później chorey zgłosił się znowu do autora. Objawy sercowe znikły prawie zupełnie, ale wystąpiły za to inne niepokojące objawy. Naprzód powoli, ale ciągle rosnące osłabienie siły wzroku, bóle ciągnące w udach i łydkach, mrowienie w nogach, uczucie niepewności w kończynach dolnych przy staniu i chodzeniu i silne bóle głowy. Badanie układu nerwowego wykazało nierówność i nieruchomość źrenic, początki objawu ROMBERG'a, osłabienie odruchu kolanowego, niedowidzenie (*amblyopia*); czucie prawidłowe, brak bezładu w kończynach dolnych (*ataxia*).

Autor już w r. 1892 powziął podejrzenie, że ma u chorego do czynienia z wiałdem. Podejrzenie to gruntowało się na następującej kombinacyi symptomów: uderzające wychudnięcie, osłabienie układu mięśniowego, bladozie-

misty wygląd, nadezłość wybitna w okolicy serca, zwłaszcza na zimno, wzmożone odruchy skórne i objawy sercowe, które autor tłumaczy jako kryzy. Podejrzenia jego zostały stwierdzone przez dalszą obserwację, a ułatwiało w znacznej mierze rozpoznanie przebycie przymiot.

Przypadek II. Pan S. K., agent giełdy, lat 36. Matka cierpiała bardzo na nerwy. Przymiot nie przechodził. Na dużywa tytoniu: dziennie 5—6 mocnych cygar; zajęcie bardzo wyczerpujące nerwowo. Od 4—5 lat ogólne objawy nerwowe, wzmożona drażliwość i łatwe wyczerpywanie się umysłowe. Po paleniu tytoniu uczucie opresyi na piersiach, uczucie strachu i silne zawroty głowy; tętno przytem nieregularne i przyspieszone, do 120 uderzeń na minutę; od dłuższego czasu osłabienie w nogach.

Badanie wykryło: Źrenice bardzo powoli i niedostatecznie oddziaływają na światło, brak odruchu ścięgna Achilles'a, odruch rzepkowy prawidłowy. Czucie normalne i żadnych zmian zresztą w układzie nerwowym nie ma. Granice serca i tony prawidłowe.

Wtedy autor rozpoznał: zatrucie tytoniem i poczynający się wiađ mleczca. W 9 lat później zgłosił się znowu chory do autora; mimo ciągłego nadużywania tytoniu objawy sercowe znikły, a wystąpiły na to miejsce cierpienia kiszkiowe. Po każdym jedzeniu miewał chory wypróżnienia; kuracya w Karlsbadzie nie przyniosła wybitnej ulgi. Oprócz tego istniała pewna niepewność przy chodzeniu, połączona z obawą i potami. Osłabienie w kończynach dolnych wzmogło się jeszcze.

Badanie wykryło: Źrenice są nieruchome na światło, odruch kolanowy w znacznym stopniu osłabiony. Na udach i około otworu stołowego miejsca nie wrażliwe na ból; przewodnictwo wrażeń w kończynach dolnych opóźnione. Zresztą zmian żadnych. Teraz rozpoznanie wiađu rdzenia jest prawie pewne, i zatrucie nikotyną ustępuje na drugi plan. Cierpienia sercowe, istniejące już od lat 9, należy pojmować jako pierwszą zapowiedź wiađu, nie zaś jako skutek zatrucia nikotyną, ponieważ znikły mimo dalszego nadużywania tytoniu, a objawy sercowe zdarzają się często we wiađu.

Przypadek III. Pan K. Z. lat 32, oficer, pochodzi z rodziny zdrowej, przymiot nie prze-

chodził. Spadał często z konia, a raz silnie uderzył się w tył głowy. Przed 4 laty dostał na manewrach silnej infuency. Od tego czasu brak apetytu, złe trawienie i częste rozwolnienie. Waga ciała zmniejszyła się znacznie, chory wychudł. Przed 2 laty silny napad nudności z wymiotami śluzowymi i kurezowym bólem w żołądku. Napad ten trwał 10 dni. Chory odzyskiwał bardzo powoli siły. Przed pół rokiem napad tego rodzaju podwzrostł się znowu. Wezwany lekarz zalecił wcierania szaruchy. Od 8 lat cierpi chory na bóle latające i bolesne drgania w kończynach dolnych, na które mu skutkuje bardzo pyramidon. Przed 1/4 roku znowu powtórzył się napad wymiotów śluzowych i bólów kurezowych; od tego czasu istnieje uczucie opasania. Kuracyi ZITTMANN'a używał chory bez wybitnego skutku.

Badanie wykryło: Źrenice prawidłowe, bardzo żywe odruchy ścięgniste. Odruchy skórne zachowane, na dolnej skórze piersi pas nadezły, w okolicy brzucha wzmożona wrażliwość na ukłucia szpilką i nadezłość na zimno. Objaw ROMBERG'a słabo wyrażony. Czucie w kończynach dolnych prawidłowe.

Pomimo braku w tym przypadku wszystkich klasycznych objawów wiađu, autor skłonił się do rozpoznania tej choroby na podstawie typowych kryz żołądkowych, bólów przeszywających, uczucia opasania, nadezłości na zimno i ból. Dalsza obserwacja chorego potwierdziła w zupełności to rozpoznanie. Po ożenieniu się chorego rozwinął się wkrótce klasyczny obraz wiađu.

Rzypadek IV. Pan E. S., oficer, lat 45. Ojciec zmarł na *meningitis*, matka bardzo nerwowa. Przed laty 18 chory przebywał przymiot i powtarzał dwa razy kuracyę wcieraniami szaruchy. Przed 6 laty wystąpiło obrzmienie prawego stawu skokowego, które uznano jako artretyzm. Kuracya w Karlsbadzie wywarła pożądaný skutek. Przed laty 5 zaczął się chory skarżyć na objawy nerwowe: nadmierną drażliwość uczucie ciągłego zmęczenia i osłabienia. Stracił przytem zupełnie apetyt, wychudł, złe wyglądał, dostawał napadów strachu i przykrego bardzo uczucia opasania. Po kuracyi wcieraniami stan polepszył się nieco, i chory po 3-miesięcznej przerwie mógł znowu spełniać obowiązki służbowe.

Ten dobry stan utrzymał się przez 4½ roku mimo spełniania ciężkich obowiązków służbowych. Przed 5 miesiącami chory spadł z konia, złamał rękę i kilka żeber. Po tym wypadku cierpiał przez 2 miesiące na wstrząśnienie mózgu i rdzenia. Od 3 miesięcy chory skarży się na dokuczliwe bóle w nogach, które uznaje za reumatyczne.

Badanie obiektywne wykazało zupełny brak odruchów ścięgnistych; źrenice oddziałują prawidłowo, czucie prawidłowe, i żadnych zmian zresztą w układzie nerwowym wykryć nie można.

Po długim starannem leczeniu bóle zmniejszyły się, i chory mógł spełniać znowu obowiązki służbowe. Już z początku choroby autor czuł się uprawniony na podstawie skarg chorego i zupełnego braku odruchów ścięgnistych do zrobienia rozpoznania wiądu. Dalsza obserwacja chorego wykazała zupełną trafność tej dyagnozy: po 3 latach wystąpił strach nocny, uczucie ogólnego osłabienia, utrudnione oddawanie moczu i znaczne zmniejszenie się potencji pleiowej. I teraz kuracja wcieraniem szaruchy od-

dała wybitne usługi, i chory uczył znakomite polepszenie, tylko poteneja pleiowa znikła zupełnie. Chory podał się do dymisyi.

Przypadek V. Pan K. R., oficer, lat 31. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przed 10 laty przebył przymiot i kilkakrotne kuracye merkuryalne. Od ¼ roku chory kaszle i chudnie. Z tej przyczyny od 2 miesięcy został uwolniony ze służby. Od lat 6 chory skarży się na bóle latające w rękach i nogach i osłabienie mięśniowe.

Badanie wykryło zgęszczenie wierzchołka prawego płuc. Obydwie źrenice nie oddziałują wcale na światło. W kończynach dolnych miejsca ograniczone, pozbawione czucia. Innych zmian w układzie nerwowym nie ma. Inteligencya, mowa i odruchy prawidłowe.

Zgodnie z dotychczasowymi doświadczeniami, autor był przekonany, że chodzi tutaj o *tabes dorsalis incipiens*. Dalsze wywiady o losie chorego potwierdziły też to rozpoznanie. Odruchy kolanowe i ścięgna Achilles'a znikły, a do tego dołączyło się osłabienie i uczucie niepewności w nogach.

(C. d. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28. VI. 1904.

TREŚĆ: 1) A. LANDAU — przedstawienie przypadku choroby rdzenia, skombinowanej z zajęciem pęczków bocznych i tylnych. 2) F. MALINOWSKI — przedstawienie przypadku akromegalii. 3) GRELIŃSKI ze Lwowa — „O nowotworach w pęcherzu“ 4) T. DUNIN — „Chroniczne ropienie na palcach ze zbieraniem się soli wapiennych“.

1) ANASTAZY LANDAU demonstrował przypadek cierpienia rdzenia, polegającego na skombinowanym zajęciu pęczków tylnych i bocznych Chory Ch., lat 60, od tygodnia leży w oddziale d-ra DUNIN'a. Chory oddawna kaszle, i obiektywnie stwierdzamy w obu szczytach stępienie oraz rżenia wilgotne (*tuberculosis pulm.*)

Przed 4-ma tygodniami chory położył się do łóżka wskutek wzmożenia się kaszlu oraz bó-

lu w piersiach. Po tygodniowym leczeniu stan jego poprawił się o tyle, iż chciał on już wstać, i wówczas spostrzegł, iż o własnych siłach zupełnie nie jest w stanie chodzić. Jednocześnie wystąpiły zaburzenia pęcherzowe w postaci *retentio et incontinentia urinae*. Prócz tego chory skarży się na parestezye, mianowicie drętwienie w kończynach dolnych i tułowiu do pasa. Objawów bólowych wyraźnych obecnie niema. Chory, co prawda, skarży się na bóle w piersiach, ale dokładnie ich opisać, ani zlokalizować nie jest w stanie. W lutym i marcu r. b. chory cierpiał na bóle w tułowiu i kończynach, które, sądząc z jego opowiadania, miały charakter strzelających, *lues* zaprzecza.

Przy badaniu narządów wewnętrznych znajdujemy prócz wyżej wzmiankowanej gruźlicy szczytów płucnych arteriosklerozę (stwardnienie tętnic promieniowych, wzmocnienie II-go tonu aorty).

Badanie obiektywne układu nerwowego wykazuje, co następuje:

Chory bez pomocy posługacza nie jest w stanie ani dłużej stać, ani chodzić. Chód wybitnie bezładny (ataktyczny).

Przy staniu wyraźny objaw ROMBERG'a. Objawów ogólnomózgowych (bólów, zawrotów głowy i t. d.) niema żadnych.

Ze strony nerwów czaszkowych nie patologicznego nie wykrywamy. Żrenice są umiarkowanie szerokie, równe, z żywym oddziaływaniem na światło i przystosowanie.

Ze strony kończyn górnych również żadnych zmian nie mamy.

W kończynach dolnych siła mięśniowa jest wybitnie osłabiona, mniej więcej jednakowo we wszystkich grupach mięśniowych — dolna parapareza. Pareza powyższa w kończynie prawej jest nieco silniejsza, niż w lewej.

Napięcie mięśniowe w dolnych kończynach jest wzmożone, co szczególnie zaznaczyć się daje w *adductores femoris*.

Zmian troficznych w mięśniach niema.

Ruchy kończyn dolnych są w wysokim stopniu bezładne.

Odruchy ścięgliste kolanowe są wzmożone, jak również z obu ścięgien ACHILLES'a. Na obu stopach dają się wywołać ślady Fusslonus.

Pozatem na obu stopach mamy odruchy BABIŃSKIEGO (przy drażnieniu podeszwy ekstensyja palucha).

Odruchów brzusznych i z cremaster'a brak.

Ze strony czucia zmiany są następujące: na obu stopach lekka hypestezyja dotykowa (wyraźniejsza po stronie prawej) wraz z hypalgezyją. Czucie termiczne zmienione jest do kolan i o tyle, iż zimne chory bierze za gorące, bardzo zaś gorące chory odróżnia prawidłowo, lecz reaguje na nie ze znacznym opóźnieniem.

Zmienione jest także czucie ucisku.

Czucie mięśniowe w małych stawach na kończynie prawej jest zupełnie zniesione, na lewej — w wysokim stopniu zmienione.

Czucie mięśniowe w stawach większych (kostki, kolana i t. d.). zachowane.

Sumując objawy chorobowe opisanego przypadku, otrzymujemy: 1) dolną spastyczną paraparezę ze wzmożeniem odruchów ścięgniastych, Fusslonus oraz objaw BABIŃSKIEGO; 2) ataksję kończyn dolnych; 3) zaburzenia wszystkich rodzajów czucia, nie wyłączając mięśniowego, na stopach i 4) objawy pęcherzowe.

Na podstawie powyższego obrazu wnioskować możemy, iż mamy do czynienia z cierpieniem wyłącznie rdzenia. Z jednej jednak strony dolna spastyczna parapareza przemawia za zajęciem pęczków piramidalnych, ataksya zaś wraz z zaburzeniami czucia oraz pęcherza dowodzi zajęcia pęczków tylnych.

Co się tyczy rozpoznania, to w danym przypadku możnaby myśleć o władzie rdzenia (zajęciu pęczków tylnych), który został powikłany zwyrodnieniem pęczków bocznych. Tego rodzaju powikłanie wiądu rdzenia, jakkolwiek rzadkie, znane jest jednak w literaturze. Za przypuszczeniem powyższym przemawia obecność w wywiadach bólów strzelających, brak jednak objawów ze strony żrenic oraz ostry do pewnego stopnia rozwój choroby przemawiają przeciw temu rozpoznaniu. Odrzuciwszy wiąd rdzenia, możemy w opisanym przypadku przypuścić obecność zapalenia rdzenia (*myelitis*), którego ogniska zajęły pęczki boczno-tylne w dolnej grzbietowej części rdzenia (brak odruchów brzusznych). Myelity, podobne do opisanego, zdarzają się w przebiegu chorób zakaźnych (u naszego chorego gruźlica płuc) oraz w rozmaitego rodzaju kacheksjach.

Czy w opisanym przypadku mamy do czynienia ze sprawą zapalną (*myelitis*), czy też ze zwyrodnieniem pęczków boczno-tylnych, tę kwestyę z zupełną ścisłością może rozstrzygnąć jedynie mikroskopowe badanie anatomiczne *post mortem*.

2) FELIKS MALINOWSKI przedstawił kobietę, u której od 1½ roku kiście rąk a szczególnie palce sinieją, początkowo 2—3 razy dziennie po parę minut, a w ostatnich czasach częściej i dłużej, bo po ½ godziny. Odpowiednie części rąk są znacznie powiększone, błyszczące, wilgotne. Zdjęcie Roentgenowskie, zrobione przez BARSZCZEWSKIEGO i według tegoż wskazuje zgrubienie kości. MALINOWSKI przypuszcza, że ma do czynienia z początkiem stadyum akromegalii.

3) GRELIŃSKI wygłosił rzecz p. t. „O nowotworach pęcherza“.

Na podstawie wyników badań anatomo-patologicznych autor zajmuje się rozważaniem, jakie postępowanie lecznicze w różnych rodzajach nowotworów jest odpowiednie.

W części anatomo-patologicznej dochodzi do wyników, że raki pęcherza w większości swej pochodzą z gruczołu krokowego, odbytnicy lub u kobiet z narządów rodnych.

Pierwotnie powstają w pęcherzu formy łagodne, które rozrastają się szeroko w powierzchniowych warstwach błony śluzowej.

W części, poświęconej lecznictwu, autor poleca nie wykonywać zabiegów, zwanych radykalnymi, w rakach, gdzie klinicznie stwierdzić można zajęcie gruczołu krokowego; w tych razach należy tylko paliatywnie założeniem stałej przetoki zapobiedz krwotokom i bólowi, jakie nieraz występują.

W łagodnych nowotworach poleca sposób NITZE'go, uzasadniając to świetnymi wynikami, jakie twórca tej metody i inni otrzymali. W kankroidach pęcherza poleca jaknajspieszniejsze wydalenie całego pęcherza.

W dyskusji LEŚNIEWSKI zaznacza, że chciałby dotknąć paru punktów. Więcej najpierw przytoczonej przez prelegenta statystyki, z której wypada, że pierwotne raki pęcherza moczowego u kobiet we Francji są nader rzadkie. W Warszawie w ciągu ostatnich 5 lat mówca widział kilkanaście przypadków tego cierpienia u kobiet i ma to wrażenie, że rak pierwotny pęcherza moczowego u kobiet jest u nas cierpieniem wcale nierzadkiem. Następnie, co się tyczy leczenia, to w obecnym stanie nauki naszej musimy mówić tylko o cięciu nadłonowym i sposobie NITZE'go — wewnątrzpęcherzowym odcinaniu nowotworów pęcherza moczowego pod kontrolą wzroku. Otóż ten ostatni sposób da się zastosować tylko w przypadkach nowotworów niewątpliwie łagodnej natury oraz do guzów względnie bardzo niedużych; pozatem mówca dodaje, że sam ów zabieg jest bardzo trudny, wymaga ogromnej wprawy we władaniu cystoskopem, tak iż dla przeciętnego lekarza jest wprost niedostępny. Pozostaje zatem — cięcie nadłono-

we. Zabieg ten, wobec udoskonalenia techniki nowoczesnej, należy do zabiegów względnie łatwych, dostępnych, dających wyniki przynajmniej narazie pomyślne.

O ile nowotwór złośliwy pęcherza moczowego przeszedł na ścianę tegoż z otoczenia, a więc z macicy, gruczołu krokowego — wówczas przypadek należy uważać za nienadający się do operacji. Jeżeli pierwotny nowotwór złośliwy pęcherza moczowego jest nie nazbyt rozległy — zabieg jest wskazany. Jak dotychczas, i w tego rodzaju przypadkach wynik pooperacyjny pomyślny trwa zazwyczaj bardzo krótko.

4) DUNIN opowiedział o przypadku chronicznie ponawiającego się ropienia na brzościach palców u rąk. Przypadek ten mówca spozostreżał w praktyce prywatnej. Co jakiś czas na palcach tworzą się wygórowania zaczerwienione, bolesne, wytwarza się ropień — w zawartości ropnia zawsze były znajdowane złogi soli wapiennych; że były to sole wapienne, a nie inne, udowodniono to odpowiednimi odczynami chemicznymi. Mówca skłonny jest uważać cierpienie to za przejaw analogiczny do skazy moczanejowej.

KRYŃSKI podnosi rzadkość obrazu chorobowego w przedstawionym przypadku. Zachodzi tu pytanie, jaki jest związek czasowy czy przyczynowy pomiędzy obydwojema objawami patologicznymi — tworzeniem się tak znacznych złogów wapiennych, jak to uwidoczni rentgenogram, a ropnem zapaleniem w brzościach palców. Zdarza się widzieć w przypadkach długotrwałego ropienia osadzanie się soli wapiennych, lecz zachodzi to zazwyczaj w torebce z tkanki łącznej, tworzącej się naokoło ogniska ropnego. Tu zaś widzimy zjawisko odwrotne — złogi wapienne znajdują się wewnątrz, w samym ropniu. Sądzi więc KRYŃSKI, iż powstanie złogów mineralnych stanowi tu zjawisko pierwsze chronologicznie, będące następstwem pewnych zbroceń w chemizmie ustroju, jakiegoś szczególnego usposobienia, skazy, i dopiero istnienie ich wywołało przewlekły stan zapalny w otaczającej tkance, który łatwo przy odpowiednich czynnikach przeszedł w ropienie.

T. Korzon.

O D C I N E K.

Po sezonie w Karlsbadzie.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47).

Widuje się w samym Karlsbadzie i innego rodzaju wpływy pomyślne, np. znakomite poprawy nieżytności kiszki (biegunek przewlekłych) — tak że, bez wątpienia, nie wolno zaprzeczyć w kuracji karlsbadzkiej szeregu zupełnie pewnych „materyalnych“ działań na stany chorobowe. Chodzi tylko o to, co ma znaczenie najważniejsze, który ze składników „kuracji karlsbadzkiej“ w przypadkach konkretnych jest czynnikiem decydującym?

Odpowiedź i nietylko co do przypadków konkretnych — będzie rzeczą niełatwą, często zupełnie niemożliwą. Odpowiedzi takiej mogłyby dostarczyć obserwacje „czyste“, kliniczne, innymi słowy, naukowe łącznie z badaniem naukowym według najnowszych wymagań. Do takiego zaś spostrzegania Karlsbad nadaje się mniej jeszcze, niż jakikolwiek inny „bad“. Całe doświadczenie zdobywa się tutaj na praktyce prywatnej, sferze pacjentów, którzy do Karlsbadu przyjeżdżają przecież tylko po „kurację karlsbadzką“ — którzy muszą mieć i przerobić jedno, drugie i trzecie, co mają i przerabiają ich znajomi, krewni i przyjaciele, choćby nawet to i owo niezupełnie było potrzebne — inaczej czuli się wprost pokrzywdzeni! Przecież Karlsbad kosztuje tyle pieniędzy! Ale tym sposobem obserwacje „czyste“ zdarzają się tutaj stosunkowo rzadko, i w rezultacie trzeba w sądach swoich ograniczać się nieraz do przypuszczeń — a już dobrze — jeśli do wniosków dedukcyjnych lub też wniosków według analogii.

Tymczasem potrzebaby w wielu razach ściśle wyeliminować działanie poszczególnych czynników. Bardzo możebnym jest np., iż w pewnym szeregu przypadków artrytyzmu (którego

tyle posyłają do Karlsbadu), bardzo ważne znaczenie mają kąpiele borowinowe — kąpiele nb. wprost modne w Karlsbadzie, tak że napiera się o nie każdy prawie pacjent. Dla innego znów szeregu przypadków — mianowicie osób, które w domu u siebie jadają „za dobrze“ — jadają za dużo mięsa, ostrych przypraw i zakąsek, zakrapiają to obficie wódeczkami, likierkami i t. p., niewątpliwie może mieć wielkie znaczenie kilkotygodniowy odpoczynek w tym kierunku — „dieta karlsbadzka“, t. j. odżywianie się przeważnie na wodzie przyrządzonymi jarzynami, małymi ilościami ryby i białego mięsa (dieta charakteru wegetacyjnego) i kilkotygodniowe zapomnienie o istnieniu napojów spirytusowych. A dla tych znowu, co nie tylko „za dobrze“, ale i za dużo jedzą — zwykle jedno ściśle łączy się z drugim — niemałe znaczenie może mieć kilkotygodniowe względne przegłodzenie się w Karlsbadzie — na szczupłym śniadaniu, krótkim obiadku, jeszcze krótszej, bo złożonej z paru jajek i kawałka szynki kolacyjce *).

A woda? Co do tego, zdaje się, nie powinno być wątpliwości, i wodę należałoby uważać za podstawę „kuracji karlsbadzkiej“: przecież tyle razy i w Karlsbadzie i po za Karlsbadem powtarza się, jak woda „robi doskonale“ na jedno, drugie i dziesiąte. Niestety, to „robi doskonale“ dotyczy często tak mało dowodzących

*) Mimo to „głodzenie się“, mimo te szczupłe obiady i kolacje kuracjusze karlsbadzcy odbywają codziennie dłuższe spacery, nie czując szczególniejszego zmęczenia i braku sił, i przekonują się na samych sobie, jak często za dużo jadali u siebie w domu, jak wogóle współczesna inteligencja, posiadająca pewien dobrobyt, za dużo jada. To właśnie „demonstruje“ Karlsbad, będąc jednocześnie szkołą do oduczania od nadmiaru jedła na przyszłość. Niewątpliwie nieraz same warunki życia, np. pobyt gdzieś na głębokiej prowincji bez urozmaiceń wielkomijskich, sprawia, że ludzie zabijają czas jedzeniem, czynią z niego wprost sport.

albo niczego nie dowodzących przypadków, że niedarmo dla wielu sceptycznie nastrojonych lekarzy wszelkie picie wód w Karlsbadzie jest to tylko „błaga“.

Mimo to, szanowny czytelniku, „wierzę“, że woda karlsbadzka „an sich“ może znaczyć bardzo dużo. „Wiary“ tej nie zdobyłem jednak dopiero teraz w Karlsbadzie — bo, że powtórzę, w samym Karlsbadzie, jak o wszelkim poszczególnym składniku kuracyi karlsbadzkiej, tak i o wodzie karlsbadzkiej trudno wyrobić sobie jasne, „czyste“ pojęcie. „Wiare“ przywiozłem już z sobą do Karlsbadu.

Przekonanie moje o istnieniu wpływów terapeutycznych w źródłach karlsbadzkich datuje podstawowo od jednej obserwacyi, którą uczyniłem przed kilku laty na swym oddziale w szpitalu Wolskim w Warszawie. Przybyła do mnie emerytka B., lat pięćdziesięciu kilku, cierpiąca od kilku lat na napady kamieni żółciowych. Choroba do tego stopnia dokuczyła pacyentce, że po roku czy półtora cierpienie zgodziła się łatwo na operacyę, jaką jej zaproponowano w jednym ze szpitali warszawskich. Operacyi dokonano, pęcherzyk żółciowy przecięto, lecz — nic w nim nie znaleziono. Rana się szybko zagoiła, chora szpital opuściła, ale choroba najmniejszej zmiany nie uległa. Napady przychodziły równie często, jak poprzednio, prawie w regularnych odstępach co 10—14 dni, zawsze z żółtaczką i gorączką, trzymając chorą po kilka dni w łóżku. W niecały rok po operacyi chora więc znowu udała się do szpitala, tym razem do mego oddziału, w którym przebyła z gorą cztery miesiące.

Chora przybyła w napadzie, i zaraz po ustąpieniu tego zastosowaliśmy leczenie preparatami karlsbadzkimi — przez pierwsze cztery tygodnie solą karlsbadzką, następnie — oryginalną wodą karlsbadzką (Mühlbrunn) po pół butelki dziennie; po za tem oprócz narkotyków podczas napadów nie innego stosowane nie było. Jak mi chora wyraźnie oświadczyła, przed operacyą, ani po niej systematyczne leczenie tego rodzaju ani razu stosowane nie było. Tymczasem — wraz z rozpoczęciem kuracyi napady zaczęły przychodzić rzadziej, tak że następny spostrzegaliśmy dopiero po 3—3½ tygodniach zamiast zwykłych 10—14 dni. Jednakże wkrótce potem — było to już po kilku tygodniach używania wody karlsbadzkiej, przyszło parę napadów bardzo

ciężkich — i ostatni tak mocny, jakiego chora nigdy przedtem ani przed operacyą, ani po niej nie doświadczyła. Trwał on wraz z gorączką, żółtaczką i silną prostracyą więcej, niż tydzień, i po przez ściany brzuszne w miejscu, odpowiadającym położeniu pęcherzyka żółciowego, co dzień wyraźniej zaczęliśmy wyczuwać guz — wał, którego wierzchołek co dzień bardziej zbliżał się do powierzchni brzucha. Skóra w miejscu odpowiedniem zaczęła czerwienić i było niewątpliwem, że guz — oczywiście rozciągnięty produktem zapalnym pęcherzyk żółciowy — dąży do przebiccia się przez ściany brzuszne. Nie czekając tego, chirurg szpitala Wolskiego, kolega Franciszek KIJEWSKI, zrobił operacyę — przeciął pęcherzyk żółciowy i wypuścił płyn nieropny — ale kamieni lub choćby żwiru znowu nie było. Po operacyi chora szybko wyzdrowiała i ostatecznie szpital opuściła. Mielśmy wiadomości o niej w pół roku potem: od czasu operacyi i kuracyi karlsbadzkiej chora ani jednego napadu nie miała — po raz pierwszy od kilku lat — i czuła się dobrze.

Przypadek, niewątpliwie zastanawiający i pouczający z wielu względów, a jak czytelnik przyzna — wyjątkowo wyraźny. Przedewszystkiem — nad tem nie będę tutaj dłużej się rozwodził — jest on znakomitą ilustracyą dla tej zmiany, jakiej uległy w ostatnich latach, głównie dzięki pracom NAUNYN'a i chirurgów niemieckich (RIEDEL, H. KEHR) nasze zapatrywania na patogenezę i mechanizm kamicy żółciowej oraz t. zw. napadów kolki żółciowej. Ostatnie pochodzą nie bezwzględnie i prawidłowo z przeciskania się kamieni przez drogi żółciowe, jak mniemaliśmy poprzednio, ale bardzo powszechnie z zapalenia pęcherzyka żółciowego — *cholecystitis*. Właśnie zapalenie takie dzięki złuszczeniu się nabłonka w pęcherzyku żółciowym wolno uważać za punkt wyjścia przy tworzeniu się kamieni i żwiru (NAUNYN). Można było, zapewne, i odnośnie naszego przypadku przypuszczać, że, choć żwiru w pęcherzyku nie było, ale był on w drogach żółciowych wewnątrz-wątrobowych — ale przecież nie zmienia to faktu, stwierdzonego przez podwójną sekeyę *in vivo*, że mieliśmy do czynienia z typowymi napadami kolki żółciowej bez kamieni w pęcherzyku, ale właśnie wskutek zapalenia tego pęcherzyka.

Nie mniej ciekawy i ważny jest przypadek we względzie terapeutycznym. Chcieć zaprzec, że w tym przypadku spostrzeżenia „czystego“ poprawa ostateczna stanu chorobowego nie zależała od leczenia karlsbadzkiego, ale nastąpiła samoistnie, znaczyłoby zaprzec wszelkie *antecedentia* co do wpływu pożytecznego Karlsbadu na kamicę żółciową. Przedstawię zresztą fakt z innej strony. Sama przez się, t. j. pojedynczo wzięta obserwacja powyższa mogłaby, zapewne, nie mieć znaczenia przekonującego. Skoro jednak w tylu tysiącach i dziesiątkach tysięcy przypadków — (naturalnie nie we wszystkich!) — poprzednio widywano, że po przebyciu kuracji w Karlsbadzie, *resp.* picu wód karlsbadzkich, chorzy na kamicę żółciową pozostawali przez czas długi, nieraz bardzo długi, wolni od napadów kolki, to obserwacja moja, zupełnie „czysta“ w zestawieniu z temi obserwacjami karlsbadzkimi, ma zupełne prawo stawić w związek przyczynowy zyskaną poprawę z zastosowanym Karlsbadem, uzupełniając jednocześnie zasadniczo i dowodząco istniejące w tym kierunku zapatrywania.

Tak przynajmniej sam osobiście spostrzeżenie opowiedziane pojmowałem i pojmuję. Jednocześnie skierowało ono uwagę moją w kierunku — nie powiem — żeby dotychczas bardziej uwzględnianym i użytkowywanym. Chodziło mianowicie o to, że u chorej B. przy leczeniu preparatami karlsbadzkimi nastąpiło pogorszenie, „zaostrenie“ sprawy chorobowej, że trwalsza poprawa nastąpiła dopiero po takim pogorszeniu. Otóż zjawisko „pogorszenia“, jeśli nie w tym kształcie, to w innym bynajmniej nie jest czemś wyjątkowym w leczeniu kamicy wodami karlsbadzkimi. Przeciwnie, wiedzą o tem nawet chorzy, że podczas picia wód przychodzą silne napady kolki, — nawet niekiedy przychodzą one właśnie, ledwie pacjent skończył kurs leczenia.

Mówi się wtedy: „woda pędzi kamienie, woda wypłukuje kamienie“ — wzmagą bowiem perystaltykę, wzmagają *vis a tergo* przez wzmożenie ciśnienia i wzmożenie wydzielania żółci i t. p. Nie mam przeciw takiemu pojmowaniu, skoro chodzi o napady bólów mocnych, ale krótkotrwałych, ostro się ucinających: tego rodzaju bóle uznajemy obecnie właśnie za pochodzące od przerywających się kamieni. Natomiast przy napadach dłuższych, stopniowo się rozwijających i powoli ustępujących, trwających dnie całe, połączonych z gorączką i żółtaczką, rozpoznawać będziemy zasadniczo, jak u chorej B., *cholecystitis* z obecnością kamieni lub bez nich, ewentualnie z zaklinowaniem kamienia w drogach żółciowych lub bez tego.

Napady kolki przy Karlsbadzie zdarzają się, że jeszcze raz podkreślę, zbyt często, by można je uważać za rzecz przypadkową. I jeszcze więcej: należy uznać ich znaczenie ogólniejsze wobec następującego faktu. U pewnej liczby chorych, spostrzeganych w Karlsbadzie, miałem do czynienia z typowymi lżejszymi i cięższymi napadami „kamieni“ w początkach, połowie czy pod koniec picia wód; u pozostałych, choć nie było wybitnych napadów, tylko wyjątkowo sprawa szła „gładko“. Przeciwnie, badając pilnie swych chorych, niemal prawidłowo, niemal u każdego stwierdzałem w połowie leczenia, wcześniej czy później, wrażliwość wątroby, a szczególnie okolicy pęcherzyka żółciowego, co trwało zwykle krótko, dzień, dwa — ale było! W tym okresie zalecałem zwykle jeszcze ściślejszą dyetę i spokój. Innemi słowy, „pogorszenie“, „zaostrenie“, w jednym przypadku dochodzące do typowego, mocnego napadu kolki, w drugim — ograniczone tylko do wrażliwości wątroby czy pęcherzyka żółciowego, spostrzegałem przy leczeniu Karlsbadem właściwie p r a w i d ł o w o.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Zapalenie oskrzeli włóknikowe należy do chorób bardzo rzadkich. W zbiorach kliniki lipskiej znajdują się wykrztuszone skrzepy, pochodzące od 12 chorych. **LIEBERMEISTER** zbadał je i doszedł do wyników następujących: 1) Skrzepy różnią się i makroskopowo i histologicznie od błon w błonicy zstępującej; 2) spirale **CURSCHMANN**'a trafiają się w włóknikowym zapaleniu oskrzeli bardzo rzadko: na 13 przypadków **L.** znalazł je raz jeden; kryształów **CHARCOT-LEYDEN**'a oraz komórek eozynofilowych nie znaleziono ani razu; 3) głównym składnikiem skrzepów był zawsze włóknik; 7 razy znaleziono także śluz. (*D. Arch. f. kl. Med. T. 50*).

= Podług **GOGRIÐZE**, zdolność chłonicza opłucny w zapaleniach w siękowych bywa zawsze upośledzona. Stopień tego upośledzenia zależy od ilości i jakości wysięku; im więcej wysięku, tem wchłanianie jest mniejsze; przy wysiękach czysto surowiczych wchłanianie bywa największe, przy surowiczo-włóknikowych najmniejsze, przyczem stopień tegoż zależy od ilości włóknika; przy wysiękach ropnych wchłanianie jest w wysokim stopniu utrudnione. Stan zdolności rezorbcyjnej, stwierdzony za pomocą wprowadzania błękitu metylenowego do jamy opłucny, może dać cenne wskazówki odnośnie do rokowania oraz wyboru metody leczniczej.

(*Wraczeb. Gazeta. 13. 14. 1904*).

= Na posiedzeniu akademii lekarskiej paryskiej **prof. RECLUS** przedstawił własne spostrzeżenia nad nowym środkiem znieczulającym — stowainą, otrzymaną syntetycznie przez chemika **FOURNEAU**. Środek ten w niczem nie ustępuje kokainie. **BILLON** dowiódł

na zwierzętach, że stowaina jest dwa razy mniej trująca, niż kokaina. Na tej zasadzie **R.** zastosował ją u ludzi w dawce większej od kokainy np. przy doszczętnej operacji przepukliny zastrzykiwał 14—20 cgrm. **R.** stosował stowainę przy amputacjach członków, wrośnięciu paznokcia, ropniach, a prócz tego przy gastrostomii, sztucznym odbyciu, przepuklinach, krwawnicach hydrocele, rozszerzeniu żył na nogach, gruźliczem zapaleniu otrzewy, empyema, laparotomiach. Stowaina rozszerza naczynia, gdy kokaina zwęża je; chociaż więc rana krwawi więcej, można przy użyciu stowainy uniknąć anemii mózgu i operować w pozycji siedzącej (w jamie ustnej, na głowie). Stowaina jest daleko tańsza od kokainy. Pod względem chemicznym należy do szeregu aminoalkoholów.

(*Presse méd. 9-7 1904*).

= **HECHT** przekonał się, że niemiecka supprarenina jest zupełnie indyferentna z angielską adrenaliną, a cena niższa. Przy użyciu 1:1000 — 1:2000 można było wykonywać operacje w górnych odcinkach dróg oddechowych przy zupełnym niemal braku krwawienia. Do znieczulenia używano domieszki 10% kokainy. Przytem supprarenina zmniejsza własności trujące kokainy oraz wzmaga jej własności znieczulające.

(*Münch. med. Woch. 5. 1904*).

= **Foisy** zauważył, że dodatek adrenaliny usuwa własności trujące kokainy. Brał on roztwory kokainy 1:200 czyste oraz z domieszką 5% chlorku adrealiny w roztworze 1:100: otóż, gdy zastrzyknięcie pierwszego roztworu dawało wyraźne objawy zatrucia, to po użyciu drugiego nie było żadnych zjawisk ubocznych. (*Rép. de pharm. 1. 1604*.)

Bardzo pożyteczny produkt z
Cascara Sagrada



♦♦ **CASCARINE**
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE** ♦♦
(Kaskarin Leprens)

Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

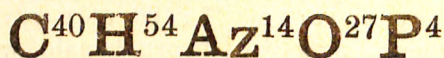
WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16) Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego
przygotowanego przez D-ra Leprince



Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.
D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16)
DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

co bynajmniej nie stanowi dowodu ich zależności od cierpienia wyrostka sutkowego. Gorączka zwykle także znika po otworzeniu się błony bębenkowej. Skoro kość jest zajęta, gorączka wraca u dzieci, zaś u dorosłych spostrzega się wieczorami ciepłota nadnormalna. Przy cierpieniu kości chorzy są przygnębieni, osłabieni, nie mają łaknienia, chudną, i cera ich przybiera kolor żółtawy.

DUPLAY jest zdania, że skoro po osuszeniu powierzchni błony bębenkowej ropa szybko na nowo zalewa pole widzenia, to ten objaw wystarcza do rozpoznania zapalenia kości.

Albert GRANDHOMME (13) powiada, że wyrostek sutkowy może być całkiem zniszczony bez wywołania jakiegobądź objawu wybitnego. Jedynym objawem cierpienia kostnego jest ropienie obfite i uparte oraz charłactwo ogólne. Z drugiej strony zdarzają się przypadki chorobowe, w których bóle w wyrostku sutkowym są szalone, a pomimo to nie znajdujemy żadnego ropienia w wyrostku po otworzeniu go.

TILLAUX spostrzegł pewną kategorię chorych, u których po zniknięciu zapalenia ucha pozostał ból stały w okolicy ucha i części sąsiednich, od czasu do czasu wzmacniający się. Ucisk powiększa ból. Chorzy tracą łaknienie, odżywianie ogólne upada, i zdaje im się, że są bliscy śmierci. Przecięcie błony bębenkowej nie wykazuje ropienia. Chory może umrzeć w takim stanie, lub też po pewnym czasie opróżnia się ropa przez ścianę zewnętrzną wyrostka sutkowego.

Własne doświadczenie, oparte na wielkim materiale klinicznym, doprowadziło mnie do wniosku, że ropienie obfite w przebiegu ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego, gdy po osuszeniu powierzchni błony bębenkowej ropa szybko na nowo zalewa pole widzenia i nie ustępuje pomimo leczenia racjonalnego w przeciągu dłuższego czasu, mniej więcej około czterech tygodni, stanowi jeden pewny objaw zapalenia ropnego wyrostka sutkowego; ropienie takie nie

ulega wchłonięciu samo przez się, i interwencja chirurgiczna staje się niezbędną. Ból stały nawet lekki, nie ustępujący po upływie kilku tygodni, lub też gdy wraca w postaci napadów, wrażliwość pewnych odcinków wyrostka sutkowego zależy od cierpienia kości, mającego mało skłonności do rozejścia się. Co się tyczy bólu, należy się przekonać, czy rzeczywiście wywołany jest przez zapalenie wyrostka sutkowego, wklajające zapalenie ucha. Spostrzegałem, wprawdzie nie często, że bóle gwałtowne i uparte, nie zależały bynajmniej od zapalenia kości, lecz były pochodzenia reumatycznego, artrytycznego, a nawet czasem zależały od róży tej okolicy. Pomijam bóle w wyrostku sutkowym, towarzyszące wrzodziakom przewodu słuchowego zewnętrznego, jako każdemu dobrze znane. Ropienie obfite w pierwszym czasie po naturalnym lub chirurgicznym otworzeniu błony bębenkowej, pewna wrażliwość lub bolesność wierzchołka lub okolicy jamy sutkowej, osłabienie ogólne, nawet podniesienie ciepłoty, przez kilka dni przeciągające się, wszystkie te objawy dowodzą wprawdzie, że wyrostek sutkowy jest zajęty, zwykle jednak stan taki przechodzi stopniowo po dwóch lub trzech tygodniach, i chorzy całkowicie wracają do zdrowia bez jakiegokolwiek interwencji chirurgicznej na wyrostku sutkowym.

Kiedy trzeba operować na wyrostku sutkowym resp. jakie mamy wskazania operacyjne?

Pod tym względem zdania są podzielone. Jedni, i ci stanowią większość lekarzy, żądają operacji wczesnej; inni, będący w znacznej mniejszości, radzą czekać aż do wystąpienia objawów groźnych, jak np. silnych bólów głowy, wysokiej gorączki i t. p. Zwolennicy ostatniej kategorii mają bardzo niewielu naśladowców, co jest bardzo naturalne, gdyż otworzenie wyrostka sutkowego nie powinno się wykonywać jako wskazanie życiowe, lecz jako wskazanie chorobowe. Co się tyczy operacji wczesnej,