

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. A. GLUZIŃSKIEGO
WE LWOWIE.

O klinicznej wartości podawania cukru lewozwrotnego (lewulozy) dla oceny sprawności wątroby.

Podał

Dr Antoni Sabałowski,

lezw rządowy kliniki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Przypadek III. W. W., lat 39. Rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis potatorum in individuo tuberculoso*. Wątroba sięga w linii sutkowej prawej na 3 palce ponad linię poziomą pępkową, w środkowej ciała poniżej wyrostka mieczykowatego na 4 palce, przekracza środkową na 4 palce na prawo. Brzeg twardej wątroby ostry, powierzchnia lekko nierówna, na ucisk wrażliwa. Powłoki brzuszne napięte, płynu w jamie brzusznej wykazać nie można, śledziona niepowiększona. Ciepłota ciała niepodwyższona, waga 52 kg., wyraźna żółtaczka, w moczu białka i cukru niema, próba GMELIN'a dodatnia, kał nieodbarwiony. W wywiadach: nadużycie alkoholu przez czas dłuższy. Po 100-tu g. lewulozy w 3 godz. redukcya i próba SELIWANOWA wybitne, polarymetr wskazuje 0,5% cukru lewozwrotnego; w 5 godz. jeszcze próby wypadły silnie dodatnio, SELIWANOWA ślad był jeszcze po 8-iu godz. Po podaniu następnie kolejno cukru mlecznego, trzciniowego i gronowego mocz nie wykazywał nigdy śladów cukru.

Przypadek IV. J. J., lat 39. Rozpoznanie: *cirrhosis hepatis hypertrophica cum icteru, sine ascite, in potatore*. W moczu ślad barwików żółciowych,

kwaśność zawartości żółdkowej niska, stan bezgorączkowy. Wątroba sięga na 6 palców poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej, w środkowej na 2 palce poniżej pępka, sięga na lewo prawie do linii pachowej przodkowej, jest twarda, o powierzchni lekko nierównej, o brzegu tępym, niebolesna. Po 100-tu gr. lewulozy w godzinę i dwie po podaniu mocz wykazuje próby redukcyjne i SELIWANOWA dodatnie, później ujemne. Po 100-u gr. cukru gronowego redukcji brak.

P r z y p a d e k V. J. M., lat 30. Rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis hypertrophica cum icteru, sine ascite*. W moczu nieco barwików żółciowych, stolec zabarwiony, ciepłota ciała niepodwyższona, lekka biegunka. W wywiadach: pijaństwo, żółtaczka ma trwać dopiero od 3-ch miesięcy. Wątroba w linii sutkowej na 2 palce poniżej łuku żebrowego, w środkowej na 5 palców niżej wyrostka mieczykowatego, przekracza środkową na 5 palców na lewo, twarda, nierówna, o brzegu dość ostrym, przy obmacywaniu bolesna. Choremu podano na czczo 100 g. lewulozy w lekkiej herbacie. W następnej godzinie po zażyciu mocz wykazywał próby redukcyjne i SELIWANOWA dodatnie; stan ten trwał aż do 7-iej godzin po podaniu. W 4 godziny po zażyciu mocz wykazywał polarymetrem 1% cukru lewozrotnego. Równocześnie była biegunka (4 stolce). Podanie 100-tu gr. cukru gronowego pozostało bez dodatniego wyniku.

P r z y p a d e k VI. J. K., lat 30. Rozpoznanie kliniczne: *endothelium diaphragmae, tumor hepatis et lienis, icterus, ascites, anasarca*. W moczu barwici żółciowe. Stolce początkowo całkiem odbarwione, później żółtawe, żółtaczka pojawiła się na 6 tygodni przed próbami. Wątroba sięga w sutkowej prawej na 6 palców niżej łuku żebrowego, w środkowej do pępka, na lewo sięga na 2 palce poza linię sutkową lewą. Po podaniu 100-u gr. lewulozy w wodzie nastąpiły wymioty, w parę dni później powtórna próba się udała; w 2 g. po spożyciu wykazać można było 0,3% lewulozy polarymetrem, późniejsze próby były bardzo słabe; trzecie podanie lewulozy [w 10 dni później] wykazało w 85-iej cm³ moczu, oddanego w ciągu 3-ch godzin, około 0,25 gr. lewulozy. Po spożyciu 100-u g. sacharozy wykazać można było lewulozę w 3 godz.; po 100-u g. dekstrozy żadnego cukru w moczu wykazać nie było można.

P r z y p a d e k VII. R. B., lat 66. *Cholelithiasis chron.* Żółtaczka, występująca już czwarty raz; stan bezgorączkowy; wątroba niemacalna, niebolesna; w moczu zwiększenie urobiliny i barwici żółci. Chory bywał w Karlsbadzie, gdzie też odchodzić miały kamyki żółciowe. Po spożyciu 100-u g. lewulozy mocz żadnego cukru nie wykazywał; przypadek o tyle ciekawy, że kamica była długotrwała, a BERGENTHAL znalazł w 7-iej przypadkach ciężkiej kamicy 4 razy wyraźną lewulozurę, a 2 razy ślady.

P r z y p a d e k VIII dotyczy chorej z „*icterus syphiliticus*” z kliniki prof. ŁUKASIEWICZA, któremu niech mi będzie wolno na tem miejscu za pozwolenie zużytkowania przypadku podziękować. Chora Z. K., lat 22, podaje, że od Wielkiejnoży 1906 pojawiła się żółtaczka, która doszła znacznego natężenia, stolce miały być odbarwione, obecnie (9/VII) są już barwy prawidłowej, żółtaczka również znacznie mniejsza; na dłoniach „*papulae syphil.*”. Wątroba obecnie nie powiększona, przy macaniu nieco wrażliwa, mocz barwy lekkiego pi-

wa. Chora wzięła 25 wcierek szaruchy i wypila kilka porcyi odwaru ZIRTMANN'a. Na 48 godzin przed podaniem lewulozy wstrzymano swoiste leczenie i chora wzięła kąpiel. Po 100-tu grm. lewulozy mocz wykazywał po godzinie i po dwu g. ślady lewulozy (0,3% polar.), późniejsze próby ujemne. Z dwu sposobów tłumaczenia lewulozuryi pokarmowej w „żółtacze kiłowej” SAMBERGER (l. c.) wykluczył jeden, t. j. następstwo zatrucia rtęcią, wykazał bowiem lewulozurę u chorych, poprzednio nie leczonych [8 przyp. na 12]. Pozostaje więc tylko możliwość tłumaczenia sobie żółtaczki, jako następstwo sprawy kiłowej w wątrobie. [*Papulae syphil. dróg żółciowych? Ucisk gruczołów powiększonych na przewody żółciowe? Zwyrrodnienie komórek wątrobowych?*]. W naszym przypadku świadczyłaby wzmianka chorej o odbarwionych stolcach za czasową niedrożnością dróg żółciowych. Przypadki SAMBERGER'a wykazywały przeważnie prawidłowe zabarwienie stolców, co by znów świadczyło o zmianie mięszonej wątroby. Większość tych przypadków wykazywała syfilis osutkowy plamisty (7 : 12), a tylko 3 przypadki syfilisu guzkowego, podobnie jak w naszym przypadku.

Tych 8 przypadków stanowi pierwszą grupę moich doświadczeń; są to schorzenia samej wątroby i dróg żółciowych. Następujące przykłady dotyczyć będą sprawy dotychczas nie poruszanej, a mianowicie, sprawności wątroby t. zw. zastoinowej wobec niedomogi serca.

Pr z y p a d e k IX. Z. K., lat 45, chora od 5-ciu lat z objawami niedomogi serca. Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis chron. fibrosa sub forma insuff. et stenosis ostii venosi sin. et insufficientia, probabiliter vera, valv. tricuspidalis in stadio incompenstationis, tumor hepat. venostat., ascites*. Tętnienie dodatnie wątroby, obserwowane od 3-ich lat, nie ustępujące przy poprawach chwilowych stanu serca. Granice wątroby: w sutkowej prawej na 5 palców niżej łuku żebrowego, w środkowej na 2 palce powyżej pępka; powierzchnia gładka, twarda, przy ucisku bolesna. Stan bezgorączkowy, w moczu cukru i większych śladów białka niema. Po podaniu 100-tu g. lewulozy w herbacie mocz wykazywał w drugiej i trzeciej godzinie próby SELIWANOWA i TROMMER'a dodatnie; po 100-tu g. cukru gronowego i po tej samej ilości cukru mlecznego mocz żadnego cukru nie wykazywał.

Pr z y p a d e k X. W. K., lat 40. U chorego wystąpiły mniej więcej przed rokiem objawy niedomogi sercowej. Rozpoznanie kliniczne: *Endocard. chron. fibrosa sub forma insufficientiae valv. bicuspid. in stadio incompenstationis, dilatatio cordis totius, insuffit. relativa valv. tricuspid. tumor hepat. venostat., ascites minoris gradus*. Wątroba sięga na 2 palce ponad linię poziomą pępkową, twarda, tętnienie jej dodatnie wyraźne. Po 100-tu g. lewulozy mocz bez zmian.

Pr z y p a d e k XI. A. S., lat 24. Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis chron. sub. forma insuffit. valv. bicuspid. et stenosis ostii venosi sin. in stadio incompenstationis, insuff. relativa valv. tricuspid., tumor hepat. venostat.* Niedomoga niedawna, wątroba sięga prawie do linii poziomej pępkowej, tętni wyraźnie dodatnio. Puchliny brzusznej niema. Po 100-tu lewulozy mocz bez zmian.

Podobnego przypadku zastoinowej wątroby u chorych: XII, XIII i XIV szczegółowo przytaczać nie będę; wszędzie próby z lewulozą dały wynik ujemny. Wspomnieć tylko muszę, że u chorej XII-ej i XVI-ej zauważyłem po podaniu lewulozy znaczne zmniejszenie się ilości wydzielanego moczu, objaw o którym poniżej jeszcze wspomnę. Na ogół więc wśród 6-iu przypadków wątroby zastoinowej jeden tylko wykazał lewulozurę pokarmową, co na pierwszy rzut oka powinno nas dziwić. Jeśli sobie jednak uprzytomnimy, jaką rolę odgrywa wątroba wobec niedomykalności zastawki trójdzielnej [zob. FRANKÉ Lw. Tyg. Lek. Nr. 15], wyda nam się zrozumiałem, że zmiany głębsze w mięszu wątroby i jej sprawności wystąpią dopiero wtedy, gdy się wyczerpią siły wyrównawcze wątroby dla krążenia krwi. Objawem namacalnym tego wyczerpania sił jest gromadzenie się przesięku w jamie brzusznej. Zanim więc puchlina wystąpi, wątroba pokonywa dwie prace: swą zwykłą i uzupełniającą krążenie wielkie. Jest też zgodnem z prawami celowości w przyrodzie przypuścić, że wątroba, jako ostatnia obrona zagrożonego krążenia krwi, może bez uszczerbku dla siebie przez jakiś czas to krążenie wspierać. Gdy zaś prawidłowy ruch krwi już utrzymać się nie da, występuje zastój w żyłach wątrobnych, idący aż do żył śródzrazikowych (*venae centrales*); w tem miejscu zaczyna się wpływ zgubny na mięsz wątroby, który ulega uciskowi przez rozszerzone naczynia i upośledzeniu wymiany soków, równocześnie zaś zastój przenosi się naczyniami włosowatemi ku obwodowi, t. j. do gałęzi żyły bramnej, dając tem samem powód do następowej puchliny brzusznej. Wśród moich 6-ciu przypadków II-ej grupy tylko w przyp. VIII-ym była s t a r a niedomoga serca całego, nie dająca się już przez pracę wątroby wyrównać, czego dowodem stała puchlina brzuszna. W tym też przypadku wystąpiła lewulozurya pokarmowa, jako wyraz już głębszych zmian w mięszu wątroby. W przypadkach innych równowaga krążenia była albo zupełnie prawie utrzymana przez pracę wątroby, albo [przyp. IX] niedomoga krążenia [nie serca!] była dość świeża, zaczem zmiany sprawności wątroby jeszcze niedostrzegalne.

Trzecia grupa doświadczeń, która na razie z braku większego materiału w czasie dokonywanych prób tylko z 5-iu składa się przypadków, obejmuje badania nad sprawnością wątroby wśród ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych.

P r z y p a d e k XV. S. T., lat 38. Rozpoznanie kliniczne: gruźlica płuc przewlekła w stanie zaostrenia, zapalenie swoiste opłucnej prawostronne. Chory tygodniami gorączkuje do 40° C, gorączka o typie lekko zwalnającym, silne wychudnienie, niedokrwistość [1,353,000 ciał czerw. FLEISCHL 18%], wątroba rozmiarów prawidłowych, niewymacalna. Po spożyciu 100-u g. lewulozy wszystkie próbki moczu wykazują brak prób SELIWANOWA i redukcyjnych.

Następujące 4 przypadki zawdzięczam łaskawości pana prymaryusza oddziału chorób zakaźnych, dra ARNOLDA, któremu za użyczenie materiału i ułatwienia w pracy serdecznie dziękuję.

P r z y p a d e k XVI. M. W. Dur brzuszny kończący się, gorączka zwalnająca, odczyn dwuazowy słaby, białka mały ślad w moczu; osobnik silny

i młody. Lewulozę podawałem dwa razy, zawsze z wynikiem ujemnym; po pierwszym podaniu wystąpiła wybitna oligurya. Nudności, ani wymiotów nie było.

P r z y p a d e k XVII. M. K. Dur brzuszny w trzecim tygodniu u osobnika młodego. W moczu mały ślad białka, silny odczyn dwuazowy. Śledziona wybitnie powiększona, wątroba nie powiększona, gorączka zwalniająca. Po 100-u g. lewulozy, na czczo w kawie podanych, wystąpiła w drugiej godzinie wyraźna lewulozurya. Nudności, ani wymiotów nie było.

P r z y p a d e k XVIII. F. S. Dur brzuszny w drugim okresie. Chora odurzona, mocz oddaje z kałem, wskutek czego po podaniu lewulozy cewnikowano chorą w 2 g. i 4 g. po zażyciu. W moczu białko obecne, odczyn dwuazowy bardzo silny, śledziona powiększona, wątroba rozmiarów prawidłowych, gorączka o typie stałym, wysokim. W drugiej próbie moczu [2—4 g.] wyraźnie wykazać można lewulozę.

P r z y p a d e k XIX. F. P. Dur brzuszny o przebiegu mało charakterystycznym, powikłany silnym nieżytem oskrzeli. Śledziona powiększona znacznie, w moczu ślad białka i odczynu dwuazowego. Gorączka do 39,9 C. o typie lekko zwalniającym. Lewulozurya pokarmowa wybitna między 2 — 5 godz. Nudności, ani wymiotów po podaniu lewulozy nie było.

Przechodząc teraz wyniki doświadczeń moich i zestawiając je z doświadczeniami poprzedników, muszę przyznać próbie na lewulozuryę pokarmową swoiste znaczenie w przypadkach poważniejszych schorzeń wątroby. Zgodnie z SACHS'em, STRAUSS'em, CHAJES'em i REBAUDI'm, spostrzegałem wysoką odsetkę dodatnich prób na lewulozuryę w marskości wątroby (100%), w ostrych chorobach zakaźnych (75%), zgodnie z SAMBERGER'em znalazłem ją w „*icterus sypbiliticus*”. Oprócz tego przyszedłem do przekonania, że przy starych, niewyrównanych wadach krążenia obwodowego, połączonych z zastojem krwi, występuje z czasem także niedomoga wątroby pod względem przeróbki cukrów. Niedomoga ta wątroby występuje znacznie później, niż niedomoga krążenia [wśród 6-iu przypadków tylko u 1-go, najstarszego co do czasu trwania wady].

Co do ilości lewulozy, potrzebnej do wywołania lewulozuryi w cierpieniach wątroby, to mogę potwierdzić badania BAYLOC'a i ARNAUD'a że znacznie mniejsza dawka niż STRAUSS'a [t. j. 100 g.] nieraz wystarcza. Podając cukier trzcinowy w ilości 100-u g., w czem jest jak wiadomo 50 g. lewulozy, otrzymałem nieraz dodatnie wyniki prób na lewulozę. Matematycznie sądząc, potrzebna do wykonania dodatniej próby ilość lewulozy powinna stać w odwrotnym stosunku do rozległości i ciężkości schorzenia wątroby.

Co do następstw niemiłych po podaniu lewulozy, to nudności, wymioty i biegunki spostrzegałem rzadko. Chorzy brali ten środek chętnie, mimo jego znacznej ilości, jest bowiem znacznie mniej słodki od cukru buraczanego.

Tak, jak się rzecz dziś przedstawia, mogłaby próba lewulozowa stać się czynnikiem rozpoznawczym między np. puchliną brzuszną z powodu marskości

wątroby [LAËNNEC], a puchliną wypocinową w gruźlicy otrzewnej; (*vide* STRAUSS, l. c.); podobną rolę miałyby lewuloza w rozróżnianiu marskości wątroby żółtaczkowej (*cirrhosis biliaris*) od bąblowca wątroby, uciskającego jeden z większych przewodów żółciowych, przyczem większa część wątroby może jeszcze prawidłowo pracować. Wogóle wszędzie, gdzie jest wątpliwe, czy zmiana dotyczy całej wątroby, czy tylko jej części, lewulozurya mogłaby oddać usługi rozpoznawcze. Naturalnie, im zmiana ogniskowa będzie mniejsza, tem wynik badania będzie wątpliwszy — dopóki nie nauczymy się dawkować lewulozy tak, by z t. zw. granicy tolerancyi w danym przypadku mózdz sądzić o rozmiarach zmiany chorobowej.

Lewulozurya mogłaby służyć także jako środek kontrolujący w leczeniu chorób wątroby lub ustrojowych. Powinno się np., sądząc teoretycznie z wyników kilkakrotnego podawania lewulozy, widzieć poprawę stanu wątroby, np. przy leczeniu żółtaczki syfilitycznej, względnie gumatów wątroby, przy leczeniu karlsbadzkim kamicy żółciowej, przy zakładowem traktowaniu pijaków etc. Dla wiedzy ścisłej stać się może lewuloza dobrem narzędziem w badaniu stanów wątroby wobec chorób serca, a przede wszystkim wobec chorób samej wątroby, które dotychczas dla badania klinicznego mało dostępnymi były.

Dodatkowo nadmienić muszę, że kilkakrotnie zrobione spostrzeżenie, jakoby podanie lewulozy wywoływało zmniejszenie się ilości moczu, nakłoniło mię do zbadania tego objawu na jednym chorym, u którego miażdżycza naczyń nerkowych wywoływała stan podobny do moczówki prostej (*diabetes insip.*). Chory, lat 42, od 2-ch lat mający ogromne pragnienie i polyurię, oddawał przeciętnie około 3000 cm^3 moczu na dobę, o c. wł. 1009 i składzie prawidłowym. Podawanie rano na czczo 100 g. dekstrozy, laktozy i sacharozy — przy równoczesnej kontroli spożytych płynów — miało za następstwo zmniejszanie się ilości moczu o 200—400 cm^3 wraz z wrostem jego ciężaru wł. z 1009 do 1016. Chory mniej płynów spożywał w tym dniu i podawał, że go pragnienie mniej męczyło. Spostrzeżeń moich jest za mało, aby z nich wyciągać jakieś wnioski, szczególnie, że stoją w sprzeczności z ogólnem zapatrywaniem na działanie cukru, zwłaszcza mlecznego, uważanego za lek moczopędny. Rzecz sama warta jest dalszych badań.

W końcu składam serdeczne podziękowanie mojemu nauczycielowi i szefowi prof. GLUZIŃSKIEMU za zachętę i cenne wskazówki w niniejszej pracy.

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Dra med. B. CHROSTOWSKIEGO i pracowni bakteriologicznej przy oddziale dra KRAJEWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, pod kierunkiem dra KARWACKIEGO.

BAKTERYOMOCZ

w niektórych sprawach zakaźnych.

Podał

Tadeusz Wretowski,

asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe.

Istnieje kilka odmian drobnoustrojów, wywołujących sprawy zapalne w płucach. Drobnoustroje te poza płwociną można wykryć nieraz we krwi, w ogniskach chorobowych w płucach, oraz w innych narządach, gdyż pewna część tych spraw posiada charakter posocznicowaty. Większość autorów jednak nie wspomina o możliwości przedostawania się ich do moczu. SAHLI wszakże zaznacza w swej dyagnostyce, że podczas zapalenia płuc, zarówno jak i w przebiegu innych spraw zakaźnych, w moczu chorych wykryć można swoiste drobnoustroje.

Wychodząc z założenia, że przy zapaleniu płuc organizm ludzki znajduje się w podobnych mniej więcej warunkach w stosunku do sprawców zakażenia, jak np. w durze brzuszonym, przeprowadziłem odpowiednie poszukiwania nad moczem chorych na zapalenie płuc różnego pochodzenia. W badaniach moich zastosowałem podobny rodzaj techniki, jak przy durze. Zaznaczę, że przeglądając naszą i obcą literaturę nie znalazłem zupełnie prac, gdzieby autorzy zajmowali się wyodrębnianiem tych drobnoustrojów z moczu drogą posiewów.

Zbadałem 5 przypadków zapalenia płuc włóknikowego i w 2-ch otrzymałem wyniki dodatnie, oraz 2 przypadki zapalenia płuc nieżyłowego, gdzie raz otrzymałem wynik wątpliwy i raz ujemny.

Przypadki, w których otrzymałem wyniki dodatnie, były następujące.

I. R. A., l. 67, zapisał się 25/X.05 na oddział dra GAJKIEWICZA. Pacjent od tygodnia ma dreszcze, duszność, kaszel. Choroba zaczęła się nagle; płwocina rdzawa. Zajęte są sprawą zapalną obydwie dolne płaty. Przebieg ciężki. W płwocinie liczne dwoinki.

GAZ. LEK. № 51 i 52.

W przeddzień przełomu wziąłem mocz na pożywkę bulionową po odkażeniu członka, bez cewnika. Mocz ciemny, nasycony, kwaśny, c. wł. 1,023; białka, wałeczków niema; obfite mocznany. Nazajutrz bulion równomiernie zmętniał. Na preparatach w wiszącej kropli liczne dwoinki, pozbawione ruchu, oraz łańcuszki, składające się z grup dwoinkowych, będących właściwie postacią aglutynowaną pneumokoków. Na preparatach, barwionych wodnym roztworem błękitu metylenowego, jak również gencyaną, liczne dwoinki otoczone jaśniejszą aureolą. Przy barwieniu według GRAM'a nie odbarwiały się. Przeszczepione na agar wyrosły, tworząc powłokę jakby z niezmiernie delikatnych kropelek rosy. Preparaty drobnowidzowe dały te same wyniki. Na zasadzie wyżej przytoczonych danych nie pozostawało wątpliwości, że miałem do czynienia z dwoinką zapalenia płuc (*diplococcus* TALAMON - FRAENKELI).

Chcąc się przekonać o stopniu zjadliwości otrzymanej hodowli, po upływie dwu dni zastrzyknąłem królikowi pod skórę 5 c. sz. hodowli bulionowej pneumokoków. Królik ważył 1065 gr. Po dwu dniach królik zaczął chorować, tracić na wadze i po upływie 11-u dni zdechł, ważąc tylko 851 gr. Że królik nie zdechł wcześniej znacznie, świadczy to o małej zjadliwości otrzymanej hodowli; muszę tu jednak zauważyć, że hodowla bulionowa miała już parę dni, a wiadomym jest fakt, że dwoinki zapalenia płuc, przechowywane przez czas dłuższy na pożywkach, tracą znacznie na zjadliwości.

Pacjent po spadku ciepłoty szybko zaczął przychodzić do siebie i po 10-u dniach rekonwalescencji wypisał się zdrów.

II. Ma. M., l. 44, zapisała się na oddział 24/II.06. Zachorowała nagle 8 dni temu wśród dreszczów, podniesionej ciepłoty, i uczucia ogólnej niemocy. Następnie zjawił się kaszel i ból w prawym boku. Zajęty prawy górny płąt. Plwocina rdzawa. Przebieg cierpienia ciężki, chora przez kilka dni niezupęknie przytomna.

Posiew moczu skutecznym trzeciego dnia po przełomie. Mocz słabo kwaśny, przezroczysty, białka wyraźne ślady, nieliczne wałeczki ziarniste oraz ciała ropne.

Na preparatach w wiszącej kropli znalazłem wyłącznie krótkie laseczki, dosyć grube, układające się po dwie tuż przy sobie, nieruchome. Na preparatach, barwionych wodnym błękitem metylenowym, a także gencyaną, też same dwoinki, mające na około siebie wyraźne otoczki. Dwoinki odbarwiały się metodą GRAM'a.

Przeszczepione na agar, wytworzyły białą, dosyć grubą, ciągnącą się powłokę. Na kartoflu dały białe - żółtawy osad. Preparaty, zrobione z hodowli laseczników na agarze oraz na pożywce KARWACKIEGO, wykazały też same cechy.

Powyższe dane pozwoliły postawić rozpoznanie, że w danym przypadku otrzymałem czystą hodowlę laseczek - dwoinek zapalenia płuc (*diplobacillus pneumoniae* FRIEDLAENDERI).

Z pozostałych trzech przypadków zapalenia płuc włóknikowego, w jednym [K. J., l. 64, 11/XI.05] otrzymałem przy posiewie dwoinki, paciorkowce i laseczki, często układające się gromadkami. Dwoinek jednak nie udało mi się

wyodrębnić. Mocz, który posiewałem, był mętny, zawierał duże ślady białka oraz obfite ciała ropne, miałem więc do czynienia jednocześnie z nieżytem dróg moczowych.

W drugim przypadku [W. J., l. 45, 27/VI.06] pożywka pozostała jałową. Ponieważ w płwocinie przy parokrotnem badaniu znajdowałem liczne małe drobne laseczki, przypominające swym kształtem l. influency, miałem więc zapewne do czynienia z zapaleniem płuc, wywołanem przez laseczki influency. Te ostatnie zaś nie rosną na zwykłych pożywkach, gdyby więc nawet były w moczu, to nic dziwnego, że posiew pozostał jałowym. Pacjentka po upływie 18-u dni wypisała się zdrowa.

W trzecim przypadku [B. J., l. 42, 2/VII.06] posiew moczu zrobiłem w pierwszych dniach cierpienia, którego przebieg był dosyć ciężki. Mocz zawierał duże ślady białka, nieliczne wałeczki, ziarniki, oraz obfite złuszczone komórki. W hodowli bulionowej otrzymałem ziarniki, które, przeszczepione na agar, okazały się białym gronkowcem, dla zwierząt nie chorobotwórczym. Miałem więc do czynienia z często zdarzającym się niepożądanem zanieczyszczeniem pożywki. W przeddzień przełomu zrobiłem jeszcze posiew krwi chorej, pożywka jednak pozostała jałową.

Co się tyczy dwu przypadków zapalenia płuc nieżytego, to w hodowli bulionowej otrzymałem w pierwszym przypadku [Sa. M., l. 24, 4/XII.05] poza dwoinkami — ziarniki. Dwoinki na preparatach drobnowidzowych miały wszystkie cechy dwoinek TALAMON'a-FRAENKEL'z. Po przeszczepieniu hodowli na agar otrzymałem tylko zwykłego gronkowca białego.

W drugim przypadku zapalenia płuc nieżytego [H. E., l. 25, 15/XII.05] pożywka pozostała jałową. Przebieg cierpienia był lekki.

Na podstawie moich badań przyszedłem do wniosku, że podczas zapalenia płuc równie dobrze można wykryć i wyhodować z moczu swoiste dla danego cierpienia drobnoustroje, jak przy durze i gruźlicy. Mechanizm przechodzenia tych drobnoustrojów do moczu jest zapewne taki sam, jak i dla innych spraw zakaźnych. Godnym jest przytem zaznaczenia fakt, że dwa razy znalazłem dwoinki w moczu już po przełomie cierpienia, a mianowicie raz na drugi i raz na trzeci dzień. Mamy więc tutaj ten sam objaw, co i przy durze brzuszny.

Jeżeli przy posiewie otrzymamy dwoinki nie w czystej hodowli, to wyodrębnienie ich staje się nadzwyczaj trudnem. Wtedy musimy uciekać się do szczepienia hodowli mieszanej królikowi, podobnie, jak się rzecz ma z wyodrębnianiem dwoinek z płwociny.

Gościec stawowy.

Czynnika swoistego dla gośca dotąd nie znamy. Najrozmaitsze drobnoustroje, wykrywane w pierwotnych i wtórnych zmianach chorobowych w gościec stawowym i podawane przez autorów jako czynnik swoisty, mogą być czynnikiem wnikającym. KARWACKI w swoich poszukiwaniach nad wyopciną stawową w polowie przypadków spotykał laseczki, rosnące na żyw-

kach bez dostępu tlenu, zbliżone do typu ACHALME'a i THIROLOIX'a. Przy posiewach krwi w przypadkach, powikłanych przez zapalenia błon surowiczych, otrzymywał paciorkowce i gronkowce. WASSERMANN i MEYER, którzy wyhodowali ze krwi chorych gościcowych pewną odmianę paciorkowcową, sprawdzali swoistość zarazka na zwierzętach i otrzymywali zmiany stawowe. Ponieważ jednak bardzo wiele drobnoustrojów chorobotwórczych może wywoływać zmiany zapalne w stawach, trudno zawyrokować, czy owe paciorkowce WASSERMANN'a lub diplostreptokoki MEYER'a są odmianą swoistą.

Parazytologię moczu w przypadkach ostrego gościca stawowego badałem przed podawaniem chorym salicylanów. W jednym przypadku pożywka pozostała jałową, w dwóch pozostałych otrzymałem hodowlę gronkowców. W jednym z tych przypadków [Zd. M., l. 23, 20/XI.05] otrzymałem gronkowce duże, które, przeszczepione na agar, wyrosły w postaci wilgotnego, obfitego, białego, grubego nalotu. Miałem więc do czynienia z gronkowcem białym: *staphylococcus albus*. Próba aglutynacyjna z surowicą chorej i odczynnikiem, otrzymanym z hodowli agarowej w rozcieńczeniach od 1:2 do 1:100, dała wyniki ujemne. Musiałem więc na zasadzie tej próby przyjąć, że w danym przypadku miałem do czynienia z bakterjomoczem miejscowym.

W drugim przypadku [C. A., l. 25, 27/XII 05] otrzymałem w hodowli również gronkowce, tylko znacznie mniejsze. Na agarze wyrosły podobnie do poprzednich. Aglutynacja swoista, również jak i w poprzednim przypadku wypadła ujemnie.

Uważając otrzymane w obu przypadkach hodowle gronkowców za bakterjomocz miejscowy, *respective* fizyologiczny, prób na zwierzętach, celem wykazania ich chorobotwórczości, nie robiłem.

Zakażenia paciorkowcowe.

Paciorkowce, wywołując często sprawy zakaźne ogólne, spotykają się w obiegu krwi albo stale, albo okresami; istnieją więc wszelkie dane teoretyczne, że i one mogą wydzielać się przez filtr nerkowy.

Zbadałem 3 przypadki posocznicy paciorkowcowej i w 2-ch otrzymałem wyniki dodatnie. Pierwszy dotyczył osobnika młodego [Gr. St., l. 25, 20/X.05; z oddziału dra KRAJEWSKIEGO], który, poza objawami ogólnej sprawy zakaźnej, dotknięty był ropnem zapaleniem stawu kolanowego. Choroba zaczęła się nagle dreszczami i bólami w stawach. Pacjent chorował w domu 5 tygodni. Przywieziony do szpitala w stanie ciężkim, nie zupełnie przytomny, gorączkował w granicach 39,3° — 39,9° wieczorem i 36,8° — 37,3° rano. Tętno 150 drobne, miękkie. Prawy staw kolanowy powiększony, ruchy bardzo ograniczone. Ze krwi oraz ropy w kolanie otrzymałem czyste hodowle paciorkowca t. zw. *streptococcus coli magnus*. Z moczu otrzymałem również paciorkowce, zupełnie podobne na preparatach drobnovidzowych do poprzednich. Przeszczepione na agar dały identyczne z poprzednimi hodowle w postaci delikatnego, bezbarwnego nalotu. Oddzielne ziarna były 2 razy większe od

paciorkowca zwykłego. W moczu białka i wałeczków nie było, natomiast znajdowały się dosyć liczne nitki tryprowe. Być może, że punktem wyjścia dla danej sprawy były zmiany rzeźączkowe w cewce. Chory po 2-ch miesiącach umarł.

Drugi przypadek dotyczył młodego chłopca [S. St., l. 18, 9/XI.05; z oddziału dra KRAJEWSKIEGO] z prawostronnem zapaleniem ropnem opłucnej. Chłopiec ten zachorował na parę miesięcy przed przyjściem do szpitala. Początek choroby był dosyć niewyraźny, powolny: dreszcze, kaszel z obfitem odpluwaniem, ból w boku. Nasilenia wieczorne wahały się między 37,8° — 38,5°. Przy nakłuciu próbnym w ropie wykryłem łańcuszkowce; posiew ropy na bulionie dał również czystą hodowlę paciorkowców. Następnego dnia po operacji zrobiłem posiew moczu, przyczem otrzymałem w czystej hodowli paciorkowce zupełnie podobne do poprzednich. Po tygodniu, gdy chory nie gorączkował, powtórzyłem jeszcze raz posiew moczu i otrzymałem znów czystą hodowlę paciorkowców. Aby przekonać się o stopniu ich zjadliwości, zastrzyknąłem pod skórę królikowi 5 c. sz. hodowli bulionowej. Królik przez tydzień chorował, ubyło mu na wadze 40 gr., lecz następnie zaczął poprawiać się i po kilku dniach znów zaczęło mu przybywać na wadze. Okazało się zatem, że zjadliwość paciorkowców była bardzo niewielka.

Zakażenia gronkowcowe.

Poszukiwania nad bakteryomoczem w przebiegu zakażeń gronkowcowych przeprowadziłem u 4-ch chorych, przyczem w 2-ch przypadkach otrzymałem wyniki dodatnie. Pierwszy przypadek dotyczył chorej [De. B., l. 29, 30/XII.05], która zapisała się na oddział ze skargami na osłabienie, łamanie, bóle w kościach, bóle głowy, dreszcze i poty. Cierpienie trwało od 2-ch tygodni; od tygodnia chora pozostawała w łóżku. Pięć miesięcy temu urodziła żywe dziecko. Narządy wewnętrzne wybitnych zmian chorobowych nie przedstawiały; również badanie ginekologiczne nie wykazało nic nieprawidłowego. W płwocinie łaseczników gruzliczych nie znalazłem, natomiast wykryłem wielką liczbę ziarników. Po 2-ch dniach pobytu chorej na oddziale zrobiłem posiew moczu. Mocz nieco mętny, c. wł. 1,021, odczyn słabo kwaśny. Odczyn dyazo bardzo wyraźny. Indykan niewyraźny. Białka i cukru niewielkie ślady. W hodowli bulionowej znalazłem bardzo liczne ziarniki. Po przeszczepieniu na agar otrzymałem czystą hodowlę *staphylococcus aureus* w postaci licznych złocistych osad. Aby przekonać się o swoistości tych gronkowców dla danego cierpienia, przerobiłem próbę aglutynacyjną z surowicą chorej i odczynnikiem, przygotowanym z hodowli agarowej. Aglutynacja wypadła dodatnio przy rozcieńczeniach do 1 : 20; to ostatnie rozcieńczenie było kresem.

Przez 3 tygodnie chora gorączkowała, przyczem nasilenia ciepłoty zaczynały się po południu i dochodziły wieczorem do 40,6°. Nie można było odszukać nigdzie wyraźnego umiejscowienia cierpienia. Ogólny stan chorej był bardzo ciężki, dwa razy występowała ostra niedomoga serca. W osiem

dni po pierwszym zrobiłem powtórny posiew, przyczem wynik badania był taki sam. Po paru dniach zrobiony był posiew krwi na pożywkę bulionową. Wyhodowany został również gronkowiec złocisty. Aglutynacja ze szczepem wyhodowanym ze krwi wypadła przy rozcieńczeniach do 1 : 10.

Po upływie 3-ch tygodni chora zaczęła powoli poprawiać się, przyczem występowały gwałtowne bóle w prawym biodrze. Niezadługo ciepłota powróciła do normy. W miesiąc po pierwszym posiewie skuteczniłem posiew moczu po raz trzeci już przy bezgorączkowym stanie chorej. W hodowli otrzymałem jeszcze też same gronkowce.

Po 2-ch miesiącach pobytu w szpitalu, pacjentka wypisała się zdrowa. W danym przypadku poprawa ogólnego stanu schodziła się z podawaniem chorej błękitu metylenowego, według recepty: *Methylenblau pulv.* 0,1, *Pulv. Nucis moschati* 0,06 *D. t. dos* № XX. S. 3 proszki dziennie.

Drugi przypadek dotyczył chorej z oddziału dra GRZANKOWSKIEGO [Ż. E., I. 27, 25/XII.05]. Chora rodziła na tydzień przed zapisaniem się do szpitala. Od czasu porodu krwawi z narządów rodnych i gorączkuje; ma bóle w krzyżu, zaparcie stolca, dosyć częste wymioty. Wydzielina maciczna ropna, obfita. Stan chorej stopniowo pogarsza się. Wieczorne nasilenia ciepłoty dochodzą do 40,6°. W prawem płucu w dolnym płacie objawy zapalenia opadowego.

Na 23-i dzień pobytu chorej w szpitalu zrobiłem posiew moczu. Moc ciemny, przezroczysty, c wł. 1,011; odczyn słabo kwaśny, białka wyraźne ślady, cukru niema, dyazoreakcja ujemna. W osadzie wałeczki szkliste i ziarniste dosyć liczne 1 w./3 — 6 p. w. Badanie drobnowidzowe pożywki wykazało czystą hodowlę gronkowca białego. Po upływie 3-ch dni został zrobiony posiew 5 c. sz. krwi na 200 gr. bulionu i otrzymałem również czystą hodowlę gronkowca białego. Aglutynacja swoista z surowicą chorej i odczynnikiem z zabitej hodowli gronkowcowej wypadła dodatnio przy rozcieńczeniach do 1 : 20.

Stan chorej z dnia na dzień pogarszał się; ciepłota wieczorami zaczęła wahać się w granicach 40° — 41,4°, rano zaś 37° — 37,8°. Chora zmarła przy objawach wyczerpania mięśnia sercowego. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Reasumując wyniki badań moich, pragnę podkreślić raz jeszcze fakt, że drobnoustroje chorobotwórcze, znajdujące się w obiegu krwi, mogą przechodzić przez filtr nerkowy, resp. być wykrytymi w moczu. Zmiany czynnościowe i anatomiczne nerek nie są zjawiskiem stałym w bakteryomoczu zakaźnym, co zostało stwierdzone kilkakrotnie badaniem anatomo-patologicznem. Dla niektórych spraw zakaźnych, jak dur i gruźlica, bakteryomocz pociąga za sobą szereg wniosków natury zapobiegawczej. Ważną mianowicie staje się sprawa zaraźliwości moczu. Chorzy na gruźlicę lub niektórzy z ozdrowieńców, posiadający laseczki durowe w moczu,

stać się mogą bardzo niebezpiecznymi roznośicielami zaraży.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek podziękować doktorom: **CHEOSTOWSKIEMU** i **KARWACKIEMU** za życzliwą zachętę w mej pracy, oraz za cenne wskazówki kliniczne i w badaniach laboratoryjnych.

L I T E R A T U R A.

- 1) WYSOKOWICZ. Ueber die Passierbarkeit der Lungen für die Bakterien. Mittheilungen aus dr BREHMER's Heilanstalt 1889. 2) FAULHABER. Ueber das Vorkommen von Bakterien in den Nieren bei acuten Infectionskrankheiten. ZIEGLER's Beiträge 10, str. 81, r. 1891. 3) LANDSTEIN i SAWICKI. Zapalenie miedniczek nerkowych, wywołane przez prątki tyfusowe. Gazeta Lekarska 1897, Nr. 30. 4) GUENTER. Wstęp do nauki bakterjologii, tóm. Warszawa, 1902. 5) SABLII. Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden, r. 1902. 6) PAWLOWSKY. Zur Frage der Infection und der Immunität. Das Schicksal einiger Mikroben im Organismus. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. T. 33, r. 1900. 7) FORSSNER GUNNAR. Renale Lokalisation nach intravenösen Injectionen dem Nierengewebe experimentell angepassten Streptokokkenkultur. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. r. 1904 str. 120. 8) BURCH. Colonbacillusinfection. Centrbl. für Bakteriologie i t. d. Nr. 34, r. 1904. 9) FOURNIER et BEAUFUMÉ. Recherches du bacille de Koch dans l'urine. Centrbl. für Bakteriologie i t. d. Nr. 33, r. 1903. 10) BRYSON. A possible aid to the discovery of the tubercle bacilli in urine. Centrbl. f. Bakt. i t. d. Nr. 33, r. 1903. 11) FORRSSELL OLOF. Eine verbesserte Methode zum Nachweis von Tuberkelbacillen im Harn. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. Nr. 33, r. 1903. 12) VINCENT. Sur la présence du bacille d'EBERTH dans l'urine des typhoidiques pendant et après la maladie. Centralbl. f. Bakt. i t. d. Nr. 33. r. 1903. 13) MËLLIN. Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern. Jahrbuch für Kinderheilkunde t. LVIII, r. 1903. 14) CNOFF. Ein Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. München. med. Wochenschr. Nr. 40, 1903. 15) NOETZEL. Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus der Körper. Wiener klin. Woch. Nr. 27, 1903. 16) LENHARTZ. Die septischen Erkrankungen. Aus NOTHNAGEL. T. III, cz. IV, 1903, 17) WRZOSEK ADAM. O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Lwów 1903. 18) WRZOSEK A. O drogach, któremi mikroby w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych. Kraków, 1904. 19) KARWACKI. Serodyagnostyka spraw zakaźnych. Warszawa, 1904. 20) PFEIFFER. Ueber die Bakterienflora der normalen männlichen Harnröhre. Archiv für Dermatologie und Syphilis. T. 69, 1904. 21) FLAMINI. Contributo allo studio della batteriuria nel tifo. Centralbl. f. Bakt. i t. d. Nr. 34, r. 1904. 22) SAITO, OKAZAKI i FUJIKAWA. Ueber Parathyphus. Centralbl. für Bakter. i t. d. Nr. 34, r. 1904. 23) JACOBY. Report of a case of infection by the bacillus coli communis. Centralbl. f. Bakt. i t. d. Nr. 34, r. 1904. 24) SATO. Ueber fötale Typhusinfektion, sowie über Ausscheidung von Typhusbacillen durch den Harn. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. Nr. 34, r. 1904. 25) FREVITHICK. Note on the method of demonstrating tubercle bacilli in the urine. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. Nr. 34, r. 1904. 26) FERRANINI. Sulla batteriuria. Centralblatt für Bakt. i t. d. Nr. 35, r. 1904. 27) DOENITZ. Ueber die Quellen der Ansteckung mit Typhus nach berliner Beobachtungen. Centralblatt für Bakteriologie Nr. 35, r. 1904. 28) HERBERT. Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen in den Faeces und dem Urin von Typhusrekonvaleszenten. München med. Wochenschr. Nr. 11, 1904. 29) CECCHI. Cistiti coli-bacteriche spontanee nella età infantile. Centr. f. Bakt. i t. d. Nr. 36, r. 1905. 30) FORNACA i MEILLE. Nota sulla batteriuria tifica e su alcuni casi d'infezione tifoidea. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. Nr. 37, r. 1905. 31) HOFF-

MANN. Kurze Mitteilung über Untersuchungen von Harn öffentlicher Bedürfnisanstalten auf Typhusbacillen. Hygien. Rundschau, t. XV. 32) SUPINO RAFFAELLO. Sul preteso reperto positivo del bacillo di Koch nelle orine di malati di tubercolosi polmonare. Centralblatt f. Bakteriologie i t. d. Nr. 37, r. 1905. 33) BRION ALB. Neuere Erfahrungen über Typhus und Paratyphus. Centr. für Bakt. i t. d. Nr. 37, 1905. 34) STEFANELLI i CUMBO. Ricerche batteriologiche in alcuni casi di febbre tifoide con speciale riguardo del reperto del bacillo tifico nelle urine. Centr. f. Bakt. i t. d. Nr. 37, r. 1905. 35) LESSIEUR und MAHAUT. Der Ebertsche Bacillus im Urin von Typhuskranken. Medicin. Klinik, Nr. 37, 1905. 36) KAYSER. Bakteriologischer Befund bei einem weiteren Fahl von Paratyphus des Brion - Kayserschen Typus A. Centralblatt für Bakteriologie i t. d. Oryg. t. XXXX, 1906. 37) FORNACA i MEILLE. Nota sulla batteriuria tifica e su alcuni casi d'infezione tifoidea. Centralblatt für Bakt. t t. d. str. 236, r. 1906. 38) HOFFMANN KURZE. Mittheilung über Untersuchungen von Harn öffentlicher Bedürfnisanstalten auf Typhusbacillen. Centralbl. für Bakteriologie, str. 234, r. 1906. 39) CORSINI. Della presenza del bacillo di EBERTH nelle urine dei tifosi. Centralbl. für Bakteriologie t. XXXVIII, r. 1906. 40) MAIONE. La ricera del bacillo di EBERTH nelle urine e sua importanza per la diagnosi precoce. Centralbl. f. Bakt. t. XXXVIII, str. 232, r. 1906. 41) B. VAS. Ueber Typhusbakteriurie und deren Verhältnis zu den Nieren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 13, 1906. 42) KORNFELD. Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. Wien. 1906. 43) KARWACKI L. O chorze spraw płciowych. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. 1906. 44) STARKIEWICZ. Z powikłań tyfusu brzuszego. Gazeta Lekarska, 1906. Nr. 12 i 13. 45) NOËL HALLÉ i BOLESŁAW MOTZ. Gruzlica moczowodów i miedniczki. Kronika Lekarska, 1906. Nr. 14 — 21.

III. Kazyistyka powikłań spraw ropnych narządu słuchowego.

Podał

Dr med. Stefan Rontaler,

lekarz ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

Powikłania ze strony ucha średniego w odrze nie należą wcale do rzadkości. Natomiast ciężkie postaci powikłań usznych zdarzają się bardzo rzadko¹⁾. TOBEITZ²⁾ i BLAU³⁾ twierdzą, że zakażenie ucha średniego toksyna-

1) HAGEDORN. Ueber Beziehungen von Allgemein-Krankheiten, sowie von Nasen-und Halsleiden zum Gehörorgane. Wydawnictwo BRESGEN'a, t. I, z. 10, str. 21.

2) Arch. f. Kinderheilkunde, t. 8, str. 321.

3) Arch. f. Ohrenh. t. 27, str. 139.

mi odry następuje zaraz w początkach choroby jeszcze przed wystąpieniem wysypki, bez udziału trąbki EUSTACHIUSZA. Z wyników sekcji uszu po odrze RUDOLPH'a i BEZOLD'a ¹⁾ okazuje się, że prawie w każdym przypadku odry ucho średnie jest w stanie zapalnym, ale przedziurawienia błony bębenkowej są bardzo rzadkie; trąbki EUSTACHIUSZA były normalne, co potwierdza pogląd powyższy TOBEITZ'a i BLAU'a. O częstem zajęciu wyrostka sutkowego w nieżytych lub ropnych sprawach ucha średniego również wspominają BEZOLD ²⁾ i HAGEDORN ³⁾. Ale postaci pierwotne zapalenia ropnego wyrostka sutkowego są bardzo rzadkie; po pilnem przeszukiwaniu literatury znalazłem tylko jeden opis pierwotnego zajęcia sprawą ropną wyrostka sutkowego bez przedziurawienia błony bębenkowej i bez ropienia w uchu średnim ⁴⁾. Uzasadniam rozpoznanie tem, że, pomimo dokonanego przecięcia błony, ropy w uchu średnim nie znalazłem. Ropne zapalenie w wyrostku sutkowym powstać musiało drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, jako wynik zapalenia ogniskowego w odrze, podług objaśnienia wyżej przytoczonych prac TOBEITZ'a i BLAU'a.

Co się tyczy operacji w zapaleniu ropnem wyrostka sutkowego w odrze, zdania są podzielone. HALSTED ⁵⁾ twierdzi na zasadzie wyników sekcyjnych, że w wyrostku sutkowym w odrze zawsze znaleźć można ropę, nawet w przypadkach, przebiegających bez objawów usznych. LANGE ⁶⁾ dochodzi do wniosku, że, wobec często stwierdzanych przypadków zapalenia ropnego wyrostka sutkowego w odrze i wyzdrowienia bez operacji, zaniechać należy trepanacji wyrostka sutkowego w ostrych przypadkach odry. Przyznają, że zdarzają się ostre przypadki zapalenia ropnego w wyrostku sutkowym, które pod przyrzędem LEITER'a lub też pod okładami ulegają czasem wessaniu bez rękoczynu operacyjnego. Są to rzadkie przypadki, które jednak każdy z otyatrów spotyka. W danym przypadku wobec ujemnego wyniku przecięcia błony, trwania objawów zapalnych w wyrostku sutkowym, zwłaszcza w *fossa mastoidea* i gorączki, dowodzącej obecności ropy, następnie wobec opisywanych ciężkich, czasem kończących się śmiercią spraw ropnych w wyrostku sutkowym po odrze [BACON, KIPP, GRUENING, BRANDEGEE ⁷⁾], wobec stwierdzonego doświadczeniem istnienia pierwotnych postaci ropienia w wyrostku sutkowym w odrze, wreszcie w imię chirurgicznego postulatu: „*ubi pus ibi evacua*“, uważałem operację za wskazaną i wykonawszy ją, znalazłem ropę w wyrostku sutkowym. Na optymistyczne zapatrywania niektórych autorów w rodzaju przytoczonego

¹⁾ Zeit. f. Ohrenh., t. 28, str. 3.

²⁾ Monatschrift f. Ohrenh. 1896, str. 275.

³⁾ l. c. str. 13.

⁴⁾ RAE. Zeit. f. Ohrenh., t. 42, str. 289.

⁵⁾ Philadelphia Med. Journal z d. 2-go sierpnia 1902.

⁶⁾ Warzenfortsatz-Affectionen in Gefolge acuter Mittelohrentzündungen. Odezyty klin. HAUG'a. 1895, str. 309.

⁷⁾ Sprawozdanie z posiedzeń sekcji usznej Akademii lek. w Nowym-Yorku. Zeit. f. Ohrenh. t. 42, str. 292.

przez LANGE'go [ze szkoły duńskiej] w kwestyi często niepotrzebnie dokonywanych trepanacyi wyrostka sutkowego, wobec możliwości wyzdrowienia bez operacyi, odpowiedzieć muszę, że lepiej przy pewnych, przyjętych przez otyatrów wskazaniach zawczasu wykonać, być może, sądząc z niewielkich zmian chorobowych w wyrostku sutkowym, czasem nawet niepotrzebną operacyę, technicznie nie przedstawiającą żadnych trudności, niż czekać za długo i zdecydować się na operacyę dopiero po wystąpieniu poważniejszych powikłań mózgowych, kiedy nadzieja dobrego wyniku operacyi jest znacznie mniejsza lub prawie stracona.

W kwestyi zapalenia okostnej wyrostka sutkowego możliwe są dwa objaśnienia: pochodzić ono mogło od zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego lub też od stanu zapalnego w samym wyrostku sutkowym. Zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego może przejść na okostną wyrostka sutkowego, w miarę jednak zmniejszania się zapalenia w przewodzie słuchowym zewnętrznym przechodzi i zapalenie okostnej i nie zaznacza się wysoką ciepłotą. Wobec ropnego zapalenia samego wyrostka sutkowego musiała być gorączka, co jednak nie wyklucza przejścia zapalenia na okostną z przewodu słuchowego zewnętrznego. Najważniejszym faktem jest skónstatowany podczas operacyi brak przetok w wyrostku sutkowym, przez które przedostaje się ropa pod okostną; wobec tego zapalenie okostnej przypisać należy sprawie zapalnej w przewodzie słuchowym zewnętrznym.

BEZOLD ¹⁾ spostrzegł 93 przypadki t. zw. *otitis externa crouposa*, nie mającej nic wspólnego z dyfterytem i zaznacza, że w cierpieniu tem są bardzo silne bóle w uchu bez gorączki, co też potwierdza SCHWARTZE ²⁾. W moim przypadku był silny ból,—ale niczem nie różnił się od zwyczajnego bólu w stanach zapalnych ucha średniego. Bakteryologicznie błon, tworzących się w przewodzie słuchowym zewnętrznym nie badano, bo dyagnostycznych powątpiewań być nie mogło. A zresztą badania bakteryologiczne, np. STEINHOFF'a ³⁾ żadnych drobnoustrojów w błonach nie wykazały, GURANOWSKI ⁴⁾ zaś i HELMAN [Medycyna. 1900. Nr. 47 i 49] wykazali obecność *bacillus pyocyaneus*. BEZOLD ⁵⁾ wątpi, czy *bacillus pyocyaneus* jest przyczyną *otitidis externae crouposae*, ponieważ znajdowano go w przewodzie słuchowym zewnętrznym i wówczas, gdy błon krupowych w nim nie było.

VI. Sz., 12-letni syn robotnika z fabryki GEYER'ów w Łodzi, przysłany do mnie d. 2-go września 1899 r. celem leczenia prawego ucha, z którego był

¹⁾ Arch. f. Ohrenh. t. 14, str. 65. VIRCHOW'S Arch. t. 70. 1867, str. 348.

²⁾ Lehrbuch der chir. krankh. des Ohres. 1885, str. 92, 120.

³⁾ Arbeiten aus dem med. klin. Institut des Univers. Münch. t. II, str. 138,

⁴⁾ Ein Fall von primärer croupöser Entzündung des äußeren Gehörg. u. des Trommelfells. Monat. f. Ohrenh. 1888. N. 6.

⁵⁾ l. c. str. 47.

wyciek mniej więcej od roku; bólu w uchu chory nigdy podobno nie miał; słuch przytępiony. Chorób zakaźnych podobno nie przechodził. Badając ucho wziernikiem spostrzegłem w tylny-dolnej części błony okrągłe przedziurawienie, z którego sączyła się ropa dosyć gęsta, cuchnąca; tylny-górny odcinek przewodu słuchowego zewnętrznego był obrzmiały w niewielkim stopniu, jak również cały bębenek. Bólu przy uciskaniu wyrostka sutkowego nie było, jak również nie zauważyłem żadnego obrzmienia w tem miejscu. Szept słyszy chory w odległości 20 ctm. Leczyłem chorego przez 2 miesiące przestrzykiwaniami z zewnątrz i przez kateter środkami dezynfekującymi, jak lyzol, krezol, *Kalium hypermanganicum*, następnie zapuszczaniem wody utlenionej [3%], mentoksolu [10%]. Odór znikł, ale ropienie nie ustawało. Przeszedłem do suchego leczenia gazą naftolowochinolinową HAUG'a, a następnie do gazy jodoformowej, lecz i to niewiele pomagało. Wobec uporczywego trwania cierpienia i małego skutku leczenia metodą wyczekującą oraz coraz wyraźniejszego opuszczania się ściany tylnogórnej przewodu słuchowego zewnętrznego, zakwalifikowałem chorego do trepanacji. Operację wykonałem w szpitalu fabrycznym GEYER'ów d. 5-go listopada 1899 r. w asystencji kol. BONDEGO i kol. FANKANOWSKIEGO. Po przecięciu skóry i oddzieleniu okostnej wyrostka sutkowego, przystąpiłem do dłutowania, które rozpocząłem od *fossa mastoidea*. Już podczas pierwszych uderzeń młotka, czuć było znaczną odporność; podejrzewając skostnienie całego wyrostka sutkowego, myślałem o dokonaniu operacji metodą STACKE'go, pozostałem jednak przy pierwotnym planie i po wielkich wysiłkach dotarłem do pieczary sutkowej, w której znalazłem ropę i ziarninę w wielkiej ilości. Ziarninę wyskrobałem doszczętnie; podejrzane i nierówne występy kości w pieczarze ostrożnie wydłutowałem i wyskrobałem. Chory pozostał w szpitalu pod opieką lekarzy szpitalnych i wyzdrowiał po upływie 7-u tygodni. Dodać muszę, że podczas operacji, skutkiem odporności kości ześliznęło mi się dłutko i skaleczyłem tylną ścianę przewodu chrzęstnego słuchowego zewnętrznego. Po zabliźnieniu rany zewnętrznej były jeszcze ślady uszkodzenia przewodu słuchowego zewnętrznego; zupełne zagojenie nastąpiło dopiero 28-go grudnia 1899 r. bez śladu zwięzienia. Wyciek ropny z ucha średniego przy suchym leczeniu gazą jodoformową ustał w pierwszych dniach stycznia 1900 r. Jednocześnie stosowałem przedmuchiwanie przez 2 tygodnie po ustaniu wycieku z ucha. Słuch powrócił prawie do normy [szept 5 metrów]. Następnie brzegi przedziurawienia błony bębenkowej przypaliłem 3 razy w odstępach tygodniowych kwasem trójchloroctowym.

W początkach lutego otwór błony bębenkowej zabliźnił się zupełnie. Widziałem chorego po 4-ach latach w ambulatoryum szpitala Św. Aleksandra w Łodzi, dokąd zgłosił się z chorobą nosa. Słuch miał normalny; w bębunku mała blizna, odruch błony normalny. *Diagnosis: Otitis media purulenta chronica dextra. Empyema antri mastoidei. Otosclerosis processus mastoidei. Laesio traumatica meati auditorii externi cartilaginei.*

Przypadek ten był ciekawy ze względu na skostnienie wyrostka sutkowego u tak młodego osobnika. Chociaż skostnienie wyrostka sutkowego, po-

dług BEZOLD'a ¹⁾, jest tak częstym objawem w ropieniach przewlekłych w uchu średnim, że zanik komórek sutkowych uważać należy za sprawę fizyologiczną, to jednak inni autorzy rzadziej spostrzegali zmiany tego rodzaju w wyrostku sutkowym w tych samych warunkach. GRUNERT ²⁾ skonstatował skostnienie wyrostka sutkowego w przewlekłych sprawach ropnych ucha średniego w 10% przypadków, przy guzie perlistym w 13,5%. KOERNER ³⁾ zaś podaje liczby: 36% przypadków skostnienia wyrostka sutkowego w przewlekłym zapaleniu ropnem ucha średniego, a 69% przy guzie perlistym. HEINE ⁴⁾ zwraca uwagę, że po czterdziestym roku życia często zdarza się skostnienie wyrostka sutkowego i z tego względu radzi zawczasu wykonywać trepanację u starszych osób nawet bez ścisłych wskazań, przyjmując pod uwagę niepomysłne powikłania ⁵⁾ z przeniesieniem sprawy ropnej do jamy czaszkowej, na co pierwszy zwrócił uwagę LEMOKE ⁶⁾. KOERNER ⁷⁾ w tej ostatniej kwestyi jest odmiennego zdania, uznając jedynie niebezpieczeństwo skostnienia wyrostka sutkowego przy powikłaniu przewlekłej sprawy ropnej w uchu średnim guzem perlistym. Przypadek mój jest ciekawy nie tylko ze względu na młodociany wiek chorego, ale też z powodu przebiegu całej choroby usznej bez bólu. Chory nigdy podobno nie narzekał na ból ani w uchu, ani w wyrostku sutkowym. Biorąc pod uwagę, że bywają postaci zapalenia komórek wyrostka sutkowego bez żadnych objawów, o czym między innymi wspomina HELMAN ⁸⁾, — że w chorobach zakaźnych, zwłaszcza odrze, jak wykazywały sekcye [HALSTED ⁹⁾], znajdowano ropę w wyrostku sutkowym nawet w przypadkach, przebiegających bez objawów, przypuszczać mogę, że chory przechodzić mógł np. odrę, po której pozostały skryte ślady w wyrostku sutkowym i komórki z czasem uległy skostnieniu. Ile czasu potrzeba było na wytworzenie tych zmian, trudno orzec, bo wywiadom wogóle, a zwłaszcza w długotrwałych cierpieniach, z bezwzględną pewnością co do dat wierzyć nie można. Chory mój podał w wywiadach roczny okres trwania choroby. Gdyby to rzeczywiście mogło być prawdą, byłby to, zdaje mi się, okres czasu za krótki do wywołania skostnienia wyrostka sutkowego w tak wysokim stopniu.

Rozpoznanie skostnienia wyrostka sutkowego przed operacją jest niemożliwe, z małym wyjątkiem przypadków, w których konstatujemy skostnienie

¹⁾ Die krankheiten des Warzentheiles. SCHWARZE'S Handbuch der Ohrenheilkunde t. II, str. 329.

²⁾ Arch. f. Ohrenh. t. 40, str. 195 i Pathologie des Gehörorgans. Sprawozd. za r. 1896, str. 697.

³⁾ l. c. str. 72.

⁴⁾ l. c. str. 36.

⁵⁾ l. c. str. 37, 76.

⁶⁾ Ueber Hyperostose des Felsenbeins bei chronischen Mittelohreiterungen. Berl. klin. Woch. 1893. N. 37.

⁷⁾ l. c. str. 73.

⁸⁾ Choroby narządu słuchowego. 1902, str. 527.

⁹⁾ l. c.

w przewodzie słuchowym zewnętrznym; prawdopodobieństwo rozpoznania skostnienia bywa w przypadkach długoletniego trwania przewlekłego ropienia w uchu średnim¹⁾. Sądzone, że ból w kości wyrostka sutkowego jest objawem osteosklerozy, ale zdarza on się przecież i w innych cierpieniach wyrostka sutkowego; dla rozpoznania niema on żadnego znaczenia.

VII. Bolesław Śl., 22-letni nauczyciel, zauważył od 1½ roku wyciek z prawego ucha z kilkumiesięcznymi przerwami. Od kilku dni chory odczuwał ból w prawym uchu i wyrostku sutkowym. Poprzednio wyrostek sutkowy nigdy nie bolał. 12-go listopada 1899 r. po raz pierwszy widziałem chorego i zauważyłem przy badaniu ucha otwór w tylny-dolnym odcinku błony bębenkowej, w którym siedział niewielki polip; wyciek ropny był bardzo cuchnący; błona bębenkowa obrzmiała i zaczerwieniona. Ciężota 38°. Wyrazów, wymawianych szeptem, chory prawie wcale nie słyszał, z wyjątkiem łatwych słów i liczb, które słyszał przy samym uchu. RINNE minus; WEBER z prawej strony. Wyrostek sutkowy był bolesny i bez dotknięcia; przy naciskaniu palcem ból się wzmagał, zwłaszcza w *fossa mastoidea* i na samym wierzchołku wyrostka. Do ucha zaordynowałem kokainę [5%], na wyrostek sutkowy poleciłem przyrząd LEITER'a i do wewnątrz środek czyszczący. Ciężota ciągle stopniowo się wzmagala i doszła d. 15-go listopada do 39,4°. Ból też wzmagał się. 16-go listopada wykonałem w asystencyi kol. KRUSCHE'go i DWORZAŃCZYKA operację wyrostka sutkowego, przyczem skonstatowano ropę oraz ziarninę i w wielu miejscach kość zmienioną. Po otwarciu pieczary sutkowej przystąpiłem do usunięcia dłutem podejrzanych części wierzchołka wyrostka sutkowego, który był niezwykle cienki: miał nie więcej niż 5 m. m. grubości. Dzięki ostrożności, zachowanej podczas prawie poziomego dłutowania wierzchołka, nie uszkodziłem opony mózgowej twardej, którą całkowicie odsłoniłem. *Diagnosis: Otitis media purulenta chronica dextra cum polypo. Mastoiditis suppurativa subacuta. Anomalia apicis processus mastoidei.*

Przypadek ten opisałem jedynie ze względu na zboczenie w budowie wierzchołka wyrostka sutkowego i z tego powodu, że w literaturze takiego przypadku odnaleźć nie mogłem. Poza tem nie przedstawiał on nic nadzwyczajnego.

Rana wyrostka sutkowego goiła się dobrze; pierwszy opatrunek zmieniłem po 5-u dniach, następne zmiany następowały co 2 — 3 dni. 23-go grudnia rana się zagoiła. Po zagojeniu się rany zewnętrznej usunąłem polipa; resztki wypaliłem kwasem chromnym; wyciek z ucha zmniejszył się pod wpływem suchego leczenia zapomocą gazy sublimatowej. 24-go stycznia 1904 r. jama bębenkowa była zupełnie sucha; w błonie pozostał mały suchy otwór, który się nie chciał zagoić. Słuch po przedmuchiowaniach poprawił się; szept słyszał chory w odległości 3-ch metrów.

VIII. Sz., 2-letni syn pośredniczki służbowej, został przez starszego swego braciśzka uraczony wsadzeniem grochu do ucha lewego. Matka udala

¹⁾ KÖRNER l. c. str. 13.

się do pobliskiego fclczera, który szczypczykami próbował wydobyć ciało obce, wpcchnął je jednak jeszcze głębiej, następnie siłą chciał wyciągnąć i naturalnie pokaleczył przewód słuchowy zewnętrzny, z którego krew obficie pociekła. Dalsze próby usunięcia grochu przedsięwzięto u tegoż fclczera dnia następnego, przyczem wydobyto podobno kawaleczek grochu. W dwa dni po tych niefortunnych próbach operacyjnych, d. 5-go czerwca 1895 r. widziałem po raz pierwszy chorego, u którego stwierdziłem obrzmienie całego przewodu słuchowego zewnętrznego, skrzepy krwi oraz ropę; ucho było bardzo wrażliwe na wszelkie poruszenia muszli; dziecko ogromnie krzyczało podczas przestrzykiwania ciepłym roztworem kwasu bornego; pomimo oczyszczenia ucha, ciała obcego dojrzeć nie mogłem i dopiero przy ostrożnem manipulowaniu zgłębnikiem natrafiłem w głębi na jakiś miękki przedmiot. Wobec obrzmienia i stanu zapalnego w przewodzie słuchowym zewnętrznym ograniczyłem swe zabiegi lecznicze do wlewania roztworu kokainy do przewodu słuchowego zewnętrznego i do okładów z płynu BUROWA. Ciepłota 38,3°. Następnego dnia obrzmienie się zmniejszyło, tak iż zauważyć mogłem, że górna, nierówna resztką błony bębenkowej była opuchnięta i zaczerwieniona, dolna zaś jej część była zniszczona; obce ciało siedziało głęboko w jamie bębenkowej, pokryte ropą; dziecko lekko zachloroformowałem; przy dotknięciu ciała obcego dziecko poruszało się niespokojnie; wobec niebezpieczeństwa skaleczenia tylnej ściany jamy bębenkowej i wobec wązkich rozmiarów przewodu słuchowego zewnętrznego, zaniechałem wszelkich prób wydostania ciała obcego drogą naturalną i zaleciłem, aby dziecko, w celu dokonania operacji, sprowadzono do szpitala Św. Aleksandra w Łodzi. Ciepłota 39° była też wskazaniem do prędkiego usunięcia ciała obcego ¹⁾. W asystencji kol. KRUSCHE'go i kol. HANDELSMANA wykonałem operację oddzielenia muszli usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego z przecięciem ostatniego w bliskości błony bębenkowej według wskazówek LANGENBECK'a ²⁾ i SCHWARTZE'go ³⁾, poczem odciągnięto muszlę uszną i odłączony przewód słuchowy zewnętrzny w kierunku policzka. Po zatamowaniu krwi natrafiłem w głębi jamy bębenkowej w *recessus hypotympanicus* na miękki przedmiot, który, usunięty kleszczykami usznymi, okazał się częścią grochu. Pomimo badania zgłębnikiem nic więcej wydobyć nie mogłem. Po dokonaniu operacji ranę zewnętrzną zaszyłem; do przewodu słuchowego zewnętrznego zaś założyłem gazę. Przebieg choroby po operacji był bez zmiany, ciepłota 39°—40,5°, tętno 120—140, ogromny niepokój [dziecko prawie ciągle krzyczało]. 9-go czerwca rozwinęła się widoczna sztywność karku; 12-go dziecko umarło. *Diagnosis: Corpus alienum in cavo tympani sinistro. Otitis externa traumatica. Otitis media purulenta. Meningitis purulenta.*

1) HEIMAN l. c. str. 227.

2) Berl. klin. Woch. 10-go kwietnia. 1876.

3) l. c. str. 241, 242.

Kazuistyka przypadków ciał obcych w jamie bębenkowej nie jest zbyt bogata zapewne ze względu na nieogłaszanie wielu przypadków z niepomyślnym przebiegiem i powikłaniami śmiertelnymi. BEZOLD ¹⁾, WEINLECHNER ²⁾, WENDT ³⁾, SZOKALSKI ⁴⁾, E. FRAENKEL ⁵⁾, SABATIER ⁶⁾, MOOS ⁷⁾, ZAUFAL ⁸⁾, SCHWARTZE ⁹⁾ między innymi opisali przypadki ciał obcych w jamie bębenkowej z powikłaniami śmiertelnymi (*meningitis, abscessus cerebri*). Po operacji powyższej wyleczone przypadki ogłosili między innymi: ISRAEL ¹⁰⁾, MOLDENHAUER ¹¹⁾, SCHWARTZE ¹²⁾, BEZOLD ¹³⁾, BAAR ¹⁴⁾, POLITZER ¹⁵⁾.

Co się tyczy mojego przypadku, dodać muszę, że wobec poprzedniego wydobycia przez felczera części ciała obcego, której nie widziałem, nie mogłem wiedzieć, czy w połączeniu z częścią grochu przeze mnie wydobytą było to całe ciało obce. Być może, że jeszcze jaka ukryta cząstka grochu pozostała, czego wobec obrzmienia jamy bębenkowej skontrolować nie było można. Dalszy przebieg pooperacyjny oraz wysoka ciepłota przed operacją wskazywały na powikłanie, którego powstanie objaśnić można w ten sposób, że przy niezręcznych usiłowaniach wydobycia ciała obcego przez osobę niewprawną uszkodzono tylną ścianę jamy bębenkowej i błędnik i tą drogą nastąpiło zakażenie opon mózgowych. Gdyby bowiem nie było obrażeń, chory wyzdrowiałby z pewnością. Mogę przytoczyć inny swój przypadek, w którym pomimo uszkodzenia błony bębenkowej i wepchnięcia fasoli do jamy bębenkowej, chory bez operacji oddzielenia muszli usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego przez usunięcie ciała obcego tępym haczykiem wyzdrowiał. 8-letni L., syn obywatela z Błota z pod Aleksandrowa Łódzkiego, włożył sobie w październiku 1897 r. fasolę do ucha, która przez usiłowania wydobycia została głęboko wepchnięta; część fasoli została usunięta przy tych pierwszych próbach wydobycia na zewnątrz; usunąłem połowę podłużnej fasoli i cząstkę drugiej połowy. Chory miał się do mnie zgłosić dnia następnego, ale, wobec tego, że czuł się dobrze i ponieważ przypuszczano w domu, że już cała fasola została usunięta, pokazał się dopiero po 6-u tygodniach, uskarżając się jedynie na wyciek ropny z ucha. Bólu nigdy nie miał. W przewodzie słuchowym zewnętrznym i na

1) Berl. klin. Woch. 1888. N. 26.

2) Wiener Spitalzeitung. 1862. N. 21, str. 254.

3) Arch. f. Heilkunde. XI, str. 595, przyp. 11.

4) Jahresbericht v. VIRCHOW u. HIRSCH. 1875, t. 2, str. 638.

5) Zeit. f. Ohrenh. VIII, str. 229.

6) URBANTSCHITSCH. Lehrbuch der Ohrenh. str. 131.

7) Arch. f. Angen u. Ohrenh. VII, str. 215.

8) Prager med. Woch. 1881. N. 35.

9) l. c. str. 243.

10) l. c.

11) Arch. f. Ohr. XVIII.

12) l. c. str. 242.

13) Berl. klin. Woch. 1891. N. 36.

14) Monatschrift f. Ohr. 1886, str. 41.

15) Lehrbuch d. Ohrenh. str. 184.

bębenku zauważyłem pełno cuchnącej ropy; po przestrzyknięciu ucha ciepłym roztworem lyzolu, spostrzegłem otwór spory w przednio-dolnym odcinku błony bębenkowej; z jamy bębenkowej wydobyłem jeszcze kawał czerniałej cuchnącej fasoli. VOLTOLINI ¹⁾ opisał przypadek ciała obcego [kawałeczek rurki kauczukowej], które siedziało w jamie bębenkowej przez 5 lat bez żadnych objawów bólu.

A więc mamy znowu niezbity dowód, że nie ciała obce, lecz obrażenia przy nieumiejętnych usiłowaniach ich wydobycia są niebezpieczne i mogą wywoływać powikłania śmiertelne.

IX. P., 24-letni żołnierz armii czynnej, podobno od lat kilku miał ropienie z lewego ucha. Dnia 10-go maja 1905 r. byłem wezwany przez naczelnego lekarza szpitala dla rannych Komitetu damskiego kolei Zabajkalskiej w Irkucku celem obejrzenia tego chorego, u którego skonstatowałem lekkie obrzmienie przewodu słuchowego zewnętrznego z wyraźną nacieczoną ranką pod krwawym strupkiem, brak bębenka w dolnej jego części, ropę w otworze błony bębenkowej. Wrostek sutkowy bardzo bolesny, obrzmiały [od kilku dni]. Ciepłota od kilku dni 39°. Operację wykonałem następnego dnia w asystencji naczelnego lekarza kol. LACHOWSKIEGO, kol. KOZICKIEGO z Warszawy, i kol. WRÓBLEWSKIEGO z Ekaterynburga. Po otwarciu komórek sutkowych okazała się silnie krwawiąca ziarnina w wielkiej ilości, którą wyskrobałem. Po wyskrobaniu usunąłem zniszczone części kości wyrostka sutkowego, przyczem znalazł się też między ziarniną a ropą martwak niewielki. Pieczara sutkowa również była zapełniona ziarniną; usunąłem ją skrobaczką; podejrzone i nie-normalne miejsca w kości pieczary oddzielałem i wyskrobałem ostrożnie łyżeczką. Przewód półkolisty zewnętrzny widoczny w pieczarze sutkowej, jasnego koloru, nienaruszony. Oddzieliłem chrzęstny przewód słuchowy zewnętrzny od kostnego do samej błony bębenkowej i tuż przy błonie bębenkowej odciąłem go. Po odsunięciu muszli usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego w kierunku policzka, przystąpiłem do odbicia dłutkiem z góry na dół do wewnątrz bocznej części tylnego - górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, której wewnętrzną resztkę obciąłem ostrożnie kleszczami kostnymi JANSEN'a pod osłoną ochroniacza STACKE'go i pod kontrolą wprowadzonego do pieczary i zachyłka jamy bębenkowej zgłębnika. Podczas tej ostatniej manipulacji żadnych drgawek nerwu twarzowego nie zauważyłem. Brzeg kostny nad błoną bębenkową odbiłem dłutem i usunąłem kosteczki słuchowe, otworzywszy w taki sposób uchylek jamy bębenkowej; w końcu zrównałem dłutem nierówności kostne. Następnie przystąpiłem do plastyki, wyciąwszy płat skórny podług STACKE'go. Do rany zewnętrznej i do przewodu słuchowego zewnętrznego założyłem gazę jodoformową. Opatrunek zewnętrzny zakończył operację. W kilka godzin po operacji powstał niedowład nerwu twarzowego, który się stopniowo zmniejszał. Pierwszy opatrunek zmieniono po 6-u dniach, następne codziennie lub co 2 dni. Chorzy wyzdrowiał dopiero

¹⁾ Monatschrift f. Ohrenh. 1878. N. 8.

w połowie lipca, lecz do końca gwizdać nie mógł z powodu małej pozostałości niedowładu nerwu twarzowego. *Diagnosis: Otitis media purulenta sinistra chronica. Mastoiditis subacuta. Paresis n. facialis. Otitis externa traumatica.*

Przypadek ten przytoczyłem w całości ze względu na niedowład nerwu twarzowego pomimo nieuszkodzenia go podczas operacji, na co wskazywał brak drgawek podczas operacji. KOERNER¹⁾ objaśnia ten rodzaj niedowładu nerwu twarzowego, który czasem powstaje i po 3-ch lub nawet 4-ch tygodniach, opuchnięciem otaczającej go tkanki i uciskiem skutkiem zbyt silnego tamponowania. ТОМКА,²⁾ szczegółowo rozpatrując porażenia i niedowłady nerwu twarzowego po operacjach wyrostka sutkowego, wypowiada zdanie, że niedowłady są tylko czasowe. CASTEX³⁾ stawia dobre rokowanie w takich przypadkach niedowładu, pozostawiając czasowi powrót do normy. KOERNER⁴⁾ tegoż jest zdania.

Co się tyczy operacji plastycznej, to wybrałem metodę STACKE'go, ponieważ jego płat jest większy niż PAUSE'go, nie pozostawia zniekształcenia otworu usznego, co się zdarza w metodzie KOERNER'a, niebezpiecznej i ze względu na ewentualne zropienie chrząstki muszli usznej; plastyka zaś SIEBENMANN'a jest nieestetyczna, gdyż zniekształca przewód słuchowy zewnętrzny.

Wspomniałem też o obrzmieniu przewodu słuchowego zewnętrznego, które pochodziło, jak to epidemicznie w służbie wojskowej się dzieje, od sztucznego podrażnienia ucha przez ciała obce lub też płyny gryzące, na co w moim przypadku wskazywała świeża ranka w przewodzie słuchowym zewnętrznym; chcąc się, widocznie, prędzej od wojska uwolnić i wiedząc, że wojskowe paragrafy uszne [§§ 35 — 37] bardzo są łagodne i łatwo zwalnijące co najmniej na rok, a najczęściej na zawsze od wojska, chory, przypuszczalnie, pomimo swego starego cierpienia jeszcze dodatkowo chciał sobie ucho pokaleczyć. Najwięcej takich przypadków obserwowałem w czasie mego pobytu w Chabarowsku, gdzie zarządzałem wspólnie z kol. BERGENGRUEN'em z Rygi i GRUENBERG'iem z Elaterynosława oddziałem usznym na 210 łózek, zawsze przepełnionym chorymi przeważnie z obrażeniami sztucznymi przewodu słuchowego zewnętrznego lub też jednocześnie i błony bębenkowej. Była to prawdziwa „epidemia traumatica”. W jednym podobnym świeżym przypadku, obserwowanym przeze mnie w Chabarowsku, w przeciągu 2-ch tygodni powstało zapalenie wyrostka sutkowego z wysoką ciepłotą [39 — 39,5°], boleśnością i obrzmieniem; operacja przeze mnie dokonana w asystencji kol. BURSZE'go i TYMIENIECKIE'go z Warszawy, wykazała ropę i uszkodzenie kości w wyrostku sutkowym. Były to proste następstwa obrażenia narządu słuchowego. W Irkućku obserwowałem obrażenie przewodu słuchowego zewnętrznego zaraz przy samem ujściu zewnętrznym, widocznie wywołane jakimś

1) l. c. str. 100.

2) Die Beziehungen des n. facialis zu den Erkrankungen des Gehörorgans. Arch. f. Ohrenh. t. 49, str. 38, 39.

3) Paralysis faciales operatoires, causes et suites. Bulletin de laryngologie, otologie et Rhinologie. 30-go grudnia. 1899.

4) l. c. str. 100.

silnym kwasem, skutkiem którego cały występ obrębka (*helix*) był zniszczony. W tem właśnie miejscu powtarzały się ciągle zarosnięcia przewodu słuchowego zewnętrznego; pomimo wycinań, nacięć pionowych, stosowania rozmaitych środków rozszerzających (*laminaria, tupelo*), zakładania na przemian gazy, wreszcie transplantacyi, przewód słuchowy zewnętrzny po pewnym czasie znacznie się zwęzał lub też zupełnie zarastał. Chory, stały mieszkaniec Irkucka, uwolniony od wojska, nieregularnie w pewnych odstępach czasu zgłaszał się do mnie. Utrzymanie otworu było konieczne ze względu na przewlekłe ropienie w jamie bębenkowej. Przyznam się, że podobnego, tak uporczywego przypadku zarastania przewodu słuchowego zewnętrznego nie widziałem, pomimo że w Łodzi miałem często okazyę widzenia i leczenia podobnych uszkodzeń. Widocznie umiejscowienie obrażenia w obrętku pociąga tak fatalne skutki. Może po części przypisać należy ujemny wynik leczenia opieszałemu traktowaniu swej choroby przez chorego i nieregularnemu odwiedzaniu lekarza. W literaturze podobnego przypadku lub wzmianki o tem umiejscowieniu traumatycznym znaleźć nie mogłem.

X. Erich H., 27-letni majster fabryczny, przechodził w 1882 r. tyfus z następczem ropieniem w lewem uchu. W krótkim czasie powstał polip, który mu w Poznaniu w 1883 r. usunięto. Ropienie z przerwami trwało do ostatnich czasów; leczenie ograniczało się do przestrzykiwań ucha kwasem borowym. Po raz pierwszy widziałem chorego d. 31-go maja 1895 r. i skonstatowałem co następuje: błona bębenkowa zniszczona w tylnogórnej swej części, tworząc spory otwór, idący do samej kości przewodu słuchowego zewnętrznego; w tym otworze widać było ziarninę w niewielkiej ilości i gęstą ropę; młotek łączy się z pozostałą częścią lekko zaczerwienionej błony bębenkowej; po przestrzyknięciu ucha zauważyć się daje ropa, pomieszana z łuskami naskórka; wyciek z ucha silnie cuchnący; przy przemywaniu zachyłka jamy bębenkowej 1%-owym roztworem sody wydobyłem jeszcze trochę ropy, również zmieszanej z łuskami. Słuch badany szeptem chory słyszy przy samem uchu z wyjątkiem słów trudniejszych [np. rubel, wróbel], których chory wcale nie słyszał. 2-go czerwca w noc wydobyło się z ucha podobno dużo ropy. 8-go czerwca było lekkie krwawienie z ucha; d. 9-go czerwca skonstatowałem krew na wacie i widziałem ją po dotknięciu ziarniny, którą lekko przypaliłem kwasem trójchloroctowym. Co drugi dzień stosowałem przestrzykiwania zachyłka jamy bębenkowej rurką HARTMAN'a. 16-go czerwca zauważyłem obrzmienie przewodu słuchowego zewnętrznego, 17-go czerwca tępy ból przed muszlą uszną. Wskutek większego obrzmienia przewodu słuchowego zewnętrznego otwór w błonie bębenkowej był niewidzialny. Ograniczyłem się do stosowania ciepłych tamponów z 2%-owym roztworem octanu ołowiu i okładów z wody gulardowej pod ceratką. Po kilku dniach [22-go czerwca] przeciąłem wygórowanie z wyraźnem chelbotaniem w górnej części przewodu słuchowego zewnętrznego w bliskości obrębka, poczem ukazała się ropa. 25-go czerwca obrzmienie zmniejszyło się o tyle, że można było rozejrzeć się w stanie błony bębenkowej; zauważyłem wtedy opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, przykrywające prawie cały górny otwór.

błony bębenkowej. Ciepłota 37,6°. Podczas oczyszczania nosa wydobywały się nosem cząstki ropy. Chory narzekał na ból podczas badania zgłębnikiem w miejscu głębokiego opuchnięcia. Następnego dnia powstał obrzęk zewnętrzny podskórny nad lewym uchem na wysokości *osis zygomatici*, idący ku przodowi w kierunku oka naprzód i ku tyłowi do górnej tylnej części muszli usznej; skonstatowałem wyraźne chelbotanie; wyciek z ucha środkowego jakby zmniejszony; ropa gęsta; przy przestrzyknięciu zachyłka jamy bębenkowej wyszło kilka kawałków gęstej masy, podobnej do zmacerowanego woszczku, koloru szarego, z silnym cuchnącym zapachem. Ciepłota 39,1°. 27-go czerwca odbyła się operacja w asystencji kol. KRUSCHE'go i DWORZAŃCZYKA. Po otwarciu dłutem kości wyrostka sutkowego, ukazała się ropa i miękkie masy, zajmujące cały wyrostek sutkowy aż do wierzchołka, usunąłem je dużą skrobaczką; kość wyżłobiona, ale nie spróchniała, nierówna; nierówności te odbiłem dłutem, a następnie wyrównałem skrobaczką; zatoka poprzeczna nienaruszona; pieczara sutkowa, prócz wyżej wymienionych mas, zawierała ziarninę, którą wyskrobałem; przewód półkolisty zewnętrzny nienaruszony, ściana zaś tylnego odcinka przewodu słuchowego zewnętrznego była zniszczona i przedstawiała nierówny otwór, jakby po operacji doszczętnej; brzegi tego otworu zrównałem małym dłutkiem i jednocześnie usunąłem zgęszczone masy ropy; w końcu odbiłem brzeg kostny nad błoną bębenkową (*margo epitympanicus*), usunąłem kosteczki słuchowe i wyskrobałem łyżeczką ziarninę z zachyłka i jamy bębenkowej. Nie przesadzę, jeśli oznaczę ilość wydobytych mas ropnych co najmniej na 5 ctm. sz. Ropień podskórny nad uchem przeciąłem i przeprowadziłem kawał gazy jodoformowej do tylnej jego części. Ranę w wyrostku sutkowym wypełniłem gazą i założyłem opatrunek. Wieczorem chory czuł się dobrze. Ciepłota 37,5°. 28-go czerwca ciepłota 37,6° [wieczorem], 29-go czerwca — 36,9°; 30-go — 36,8°, w nocy chory spał niespokojnie, narzekał na ucisk z powodu opatrunku i na lekki ból w ranie; zdjęty opatrunek w sąsiedztwie rany i gaza były zupełnie suche; następnego dnia ciepłota 36,6°, samopoczucie dobre; 2 lipca ciepłota 36,5°, opatrunek przesiąknięty ropą; zmiana opatrunku; wpływ ropy obfity; następnie do d. 10-go lipca opatrunki zmieniałem codziennie, od d. 12-go lipca zaś co 2 dni, ilość wycieku ropnego zmniejszała się; ciepłota normalna; rana po ropniu podskórnym zagojona; d. 22-go lipca rana w wyrostku sutkowym zupełnie sucha; na zewnątrz zauważyłem dążenie do zmniejszenia otworu skórniego; celem zapobieżenia zbyt prędkiemu zarośnięciu rany zewnętrznej chory zaczął nosić gwóźdź SCHWARTZE'go. 12-go sierpnia znowu zauważyłem trochę wycieku ropnego; zastosowałem przestrzykiwania lyzolem, poczem po tygodniu wyciek ropny znikł. D. 2-go września ukazały się małe kawałki gęstej ropy; po 2-ech dniach już ich nie było. 27-go października otwór zabliźniony, ale nie zarośnięty; gwóźdź usunąłem. Chory pokazywał się co 2 tyg., oczyszczając sobie ucho przestrzykiwaniami roztworem sody (1%) i zapuszczając w domu krople ze spirytusu i gliceryny w równych częściach. W otworze zewnętrznym chory nosił watę lub gazę sublimatową. Dnia 15-go grudnia znowu przy przestrzykiwaniu ukazały się małe gęste kawałki ropy, które prędko znikły. D. 12-go

stycznia 1896 r. rana czysta, sucha; ten sam stan stwierdzałem d. 8-go marca, 12-go kwietnia, 17-go maja, 26-go lipca i 4-go października 1896 r. Proponowałem choremu plastyczne zeszcycie otworu, lecz z obawy recydywy chory na to niechciał się zgodzić. Wkrótce po tej ostatniej wizycie pacjent wyjechał na stałe do Hamburga, skąd zawiadomił mię listownie w kwietniu 1899 r., że się dobrze czuje i że otwór w wyrostku sutkowym nie zarósł. *Diagnosis: Cholesteatoma. Otitis externa circumscripta. Empyema antri mastoidei subacutum. Caries regionis postero-superioris menti auditorii ossei. Abscessus epiauricularis subcutaneus.*

Pomimo ogromnych rozmiarów guza perlistego objawów mózgowych nie było, co przypisać należy przebicciu ściany tylnogórnej odcinka przewodu słuchowego zewnętrznego, której ropą miała swobodne ujście. Chociaż i przypadek zapewne grał tu pewną rolę, bo również dobrze, jak przez przetokę kostną przewodu słuchowego zewnętrznego ropa przedostała się pod skórę nad muszlą uszną, tworząc ropień podskórny, mogła ona pójść w kierunku dośrodkowym i doprowadzić do powikłań śmiertelnych. Nawet przez trąbkę EUSTACHIUSZA ropa się przedostawała, jak to dowiodło d. 25-go czerwca 1895 r. wydobycie jej przez nos.

Była to wtórna forma guza perlistego (*pseudo-cholesteatoma*), odróżniająca się od pierwotnej formy VIRCHOW'a ¹⁾ (*cholesteatoma verum*) wrastaniem naskórka z przewodu słuchowego zewnętrznego [podług HABERMANN'a ²⁾ i HAUG'a ³⁾] do jamy bębenkowej w przewlekłych zapaleniach ropnych w uchu średnim. Guz perlisty nie jest bardzo częstą chorobą; stanowi 3,4% chorób usznych ⁴⁾ i 18,5% wszelkich ropień ucha średniego. T. HELMAN [Medycyna 1901 r. Nr. 21—23], BOLEWSKI [Nowiny Lekarskie 1896 r. Nr. 44] i GURANOWSKI [Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego 1896 r. str. 1175] opisali podobne przypadki.

Wskazanie do operacji doszczętniej daje już ukazanie się większych mas cholesteatomatu nawet bez żadnych innych objawów ⁵⁾. W moim przypadku podniesienie ciepłoty, opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, ropień podskórny zewnętrzny dowodziły rozwielenienia się sprawy chorobowej w pieczarze i komórkach sutkowych i wymagały przedkierowanej operacji. W przypadkach ograniczonych do zacyłki jamy bębenkowej leczenie wyczekujące daje często dobre wyniki, a więc wyskrobanie, przypalenie ziarniny, przestrzykiwanie zacyłki jamy bębenkowej rurką HARTMAN'a; w razie próchnienia kosteczek słuchowych przy bardzo upośledzonym słuchu wskazane jest ich usunięcie. Obserwowałem w r. 1903 taki przypadek [Ryszard M. 28-letni dyrektor oddziału fabryki Szajblerowskiej w Łodzi] z bra-

1) VIRCHOW's Arch. t. VIII. 1855, str. 371.

2) Arch. f. Ohrenh. XXVII, str. 42.

3) Ueber das Cholesteatom der Mittelohrräume. Centr. f. allgem. Path. und patholog. Anat. t. VI. 1895, str. 18.

4) BEZOLD l. c. str. 119.

5) JANSEN. Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. VIII, 1901, str. 263.

kiem błony wiotkiej nad wcięciem Rivin'a i próchnieniem brzegu kostnego po przebytem w r. 1899 ropieniu prawego ucha środkowego. Chorego również obserwował prof. POLITZER [28-go czerwca 1903 r.]. Prócz ropy wydzielaly się też łuski naskórkowe; słuch był bardzo przytępiony [szepł przy uchu]. Leczyłem go początkowo przestrzykiwaniami zapomocą rurki HARTMAN'a, wy-skrobywałem kilkakrotnie spróchniały brzeg kostny nad błoną bębenkową. Po wycięciu błony bębenkowej i usunięciu ziarniny i kosteczek słuchowych pod uspieniem d. 16-go listopada 1903 r. przy asyście kol. LESZCZYŃSKIEGO, sprawa się zupełnie zagoiła i niebyło nawrotu. Chorego widziałem we wrześniu 1904 r. w Warszawie i skonstatowałem wyleczenie kompletne i wytworzenie się świeżej blizny w kształcie błony bębenkowej, przylegającej do tylnej ściany jamy bębenkowej, z małym suchym otworem w tylnogórnym jej odcinku. A więc operacja doszczętna w takim przypadku małego guza perlistego byłaby zbyteczna.

Co się tyczy pozostawienia stałego otworu w wyrostku sutkowym, ograniczyłem się założeniem gwoździa SCHWARTZE'GO, wtedy jeszcze używanego, który mi zresztą dał dobry wynik. Dziś celem utrzymania stałego otworu za uchem stosuje się metody plastyczne KRETSCHMANN'a, PASSOW'a, TRAUTMANN'a, JANSEN'a, REINHARDT'a lub SIEBENMANN'a.

KOERNER ¹⁾ radzi po operacji doszczętniej przy guzie perlistym zamknąć otwór przez wtórną plastykę po 4-ch tygodniach. PASSOW ²⁾ i TRAUTMANN ³⁾ czekają z zamknięciem wtórnem stałego otworu za uchem rok lub dłużej i robią wtórną plastykę, podobną do plastyki LERMOYCZ-MAHU'a ⁴⁾. Prosta i dobra plastykę zamknięcia otworu za uchem podał MOSETIG-MOORHOF ⁵⁾. W każdym razie wobec możliwości nawrotu guza perlistego należy przez dłuższy czas utrzymywać otwór w wyrostku sutkowym i wykonać wtórne zamknięcie otworu, moim zdaniem, dopiero wtedy, kiedy przez dłuższy czas nie zauważymy choćby najmniejszego nawrotu.

XI. F., 19-letni syn właściciela domu w Łodzi, przechodził przed 3-ma miesiącami tyfus, podczas którego powstało ropienie w prawem uchu. Leczy się domowymi środkami. 30-go kwietnia 1904 r. widziałem chorego po raz pierwszy; skarżył się na zawroty i ból głowy, mdłości, wymioty, zatwardzenie stolca, ból za uchem w okolicy *fossa mastoidea*. Chory jest bardzo błydy i wynędzniały; w błonie bębenkowej znajduje się otwór w tylnodolnym odcinku, z którego wycieka obfita, cuchnąca gęstawa ropa. RINNE minus; WEBER

¹⁾ l. c. str. 127.

²⁾ Zeit. f. Ohrenh. t. 32, str. 224. Ueber die retroauriculäre Oeffnung nach der Radicaloperation chron. Mittelohreiterungen

³⁾ Die persistente retroauriculäre Oeffnung nach Radicaloperationen und plastischer Verschluss derselben. Arch. f. Ohrenh. t. 48, str. 8.

⁴⁾ Comptes rendus du XIV congrès international de médecine. Madryt 1903. Section d'otologie, str. 136.

⁵⁾ Plastischer Verschluss von Knochendefekten am Warzenfortsatz durch einen falzartigen unterponirten umgelegten Hautlappen. M. natschr. f. Ohrenh. 1899. N. 1, str. 9.

w prawem uchu. Ciepłota 36,8°. Tętno 80; z prawej strony słyszy szeptem wymawiane wyrazy na odległości 10-u ctm.; w lewym uchu słuch normalny. Wyrostek sutkowy bardzo wrażliwy na ucisk palcem, zwłaszcza w *fossa mastoidea*, w wierzchołku wyrostka sutkowego i nawet za wierzchołkiem ku kości potylicowej. Zawroty głowy chwilami są tak silne przy podnoszeniu głowy, że chory musi natychmiast się kłaść, bo zaraz dostaje wymiotów. Leżenie na chorem uchu sprawia choremu ulgę i zawroty ustają. Uwydatniała się też niepewność w chodzeniu: chory nie mógł utrzymać kierunku prostej linii, zbaczając to w jedną, to w drugą stronę. Drgania gałek ocznych nie było. Zaordynowałem pęcherz z lodem na głowę, pyramidon i kalomel, 2-go maja wykonałem operację w asystencji kol. KRUSCHE'go i RZĄDA. Od zewnątrz kość była cała bez śladu przetoki; po usunięciu dłutem zewnętrznej warstwy kości wyrostka sutkowego wylało się około 5-u ctm. sz. gęstej ropy; wydhutowałem pieczarę sutkową i cały wyrostek sutkowy, przyczem okazał się brak prawie całej wewnętrznej jego części; opona mózgowa była obnażona w okolicy tylnego dołu czaszkowego, pokryta ropą i małemi ilościami ziarniny szarawego koloru, i wykazywała zgrubienia. Nakłucie mózdzku nie wykazało ogniska ropnego. Przewód półkolisty zewnętrzny nienaruszony. Na tem operację zakończono, założywszy gazę i opatrunek zewnętrzny. Zapowiedzieliśmy rodzinie, że w razie potrzeby wykonaną będzie za kilka dni jeszcze druga operacja, ale ostrożność nasza była zbyt duża, bo przebieg po operacji był normalny. Zawroty i bóle głowy, skłonność do wymiotowania ustały zupełnie. Rana zagoiła się 9-go czerwca. Ucho zaś średnie było suche 19-go czerwca; jednak mały suchy otwór w błonie bębnekowej pozostał. *Diagnosis: Otitis media purulenta chronica dextra. Empyema processus mastoidei. Abscessus extraduralis.*

Rozpoznanie ropnia zewnątrzoponowego jest bardzo trudne. Brak gorączki, zawroty i ból głowy, nudności, wymioty, lekka ataksja wskazywały na powikłanie wewnątrzczaszkowe. Za ropniem mózdzku przemawiały powyższe objawy najprawdopodobniej, pomimo braku drgania gałki (*nystagmus*), wyraźnego bólu w okolicy potylicowej, zwolnienia tętna, objawów ropienia w błędniku lub zajęcia zatoki poprzecznej, któredy zwykle ropa do mózdzku się przedostaje. Przeciwno ropieniu w błędniku przemawiał wynik badania stroikami. A więc pozostawała ewentualność znalezienia podczas operacji ropnia mózdzku lub też tylko ropnia zewnątrzoponowego. Jednak większość objawów przemawiała za rozpoznaniem ropnia mózdzku. Jedynie obfita ropa, wydzielająca się z ucha średniego, mogła więcej przemawiać za ropniem zewnątrzoponowym. Operacja i dalszy przebieg choroby przekonały o istnieniu tylko ropnia zewnątrzoponowego. Zawroty objaśniam sobie w moim przypadku uciskiem ropy na okienko owalne. Nudności i wymioty były, jak zwykle w takich razach, następstwem zawrotów głowy ¹⁾.

¹⁾ BRAUNSTEIN. Arch. f. Ohrenh. t. 55, str. 168.

Co się tyczy operacyi, to droga obrona przeze mnie przez wyrostek sutkowy, wobec podejrzenia ropnia mózdzku, była najlepszą, bo usunęła natychmiast ropę. Gdybym chciał kierować się metodą BERGMAN'a, otwierającego w takim przypadku tylną jamę czaszkową przez kość potylicową, nie natrafiłbym na właściwe ognisko ropne i musiałbym wykonać drugą operację, otwierając wyrostek sutkowy. Wogóle sposób operowania ropni mózgu lub mózdzku przez wyrostek sutkowy [KÖRNER], a stąd poszukiwanie ogniska ropnego, ma najwięcej zwolenników między oto-chirurgami, chociaż przy odpowiednich wskazaniach, bliżej w podręcznikach określonych, stosuje się jednocześnie metoda skombinowana [otwarcie wyrostka sutkowego i trepanację odpowiedniej kości czaszkowej zewnętrznej]. T. HEIMAN opisał w Medycynie [1897 r. NN. 35.—39] dwa ciekawe przypadki ropnia zewnątrzoponowego [Nr. 3 i 4].

XII. L., 56-letni urzędnik banku w Łodzi, po przeziębieniu się d. 7-go stycznia 1902 r., poczuł ból w lewym uchu, który ustąpił z ukazaniem się wycieku ropnego; wkrótce rozpoczęto przedmuchiwanie pomimo lekkiego bólu w uchu i wycieku z ucha. 5-go lutego radził się chory w Warszawie; radzono mu zaprzestać przedmuchiwania. 20-go lutego widziałem chorego po raz pierwszy; w młodości przechodził syfilis; narzekał na silny ból głowy, który, podobno, od początku choroby nie ustawał. Skonstatowałem obrzmienie i zaczerwienienie błony bębenkowej bez wypuklenia. Wyrostek sutkowy był wrażliwy na ucisk palcem. Słuch znacznie przytępiony: wyrazy, wymawiane szeptem, słyszał chory na odległości 8 cm. Zaordynowałem okład pod ceratką i karbol z gliceryną do ucha; jednocześnie jodek potasu w małych dawkach [1,0 *pro die*]. Ciepłota 37,3°. Tętno 80. Następnego dnia wrażliwość w wyrostku sutkowym nieco zmniejszona. 22-go lutego znowu ból w uchu; wykonałem przecięcie błony bębenkowej, poczem ukazało się trochę ropy. Ropienie trwało 6 dni. 27-go marca wyciek z ucha ustał; wygląd błony bębenkowej zmienił się: obrzmienie zeszło, pozostało lekkie zaczerwienienie; młotek był po części widoczny. Jednocześnie powstał niewielki obrzęk wyrostka sutkowego, który powiększał się stopniowo. Ciepłota przez cały czas bez zmiany 37,2°—37,4°, silne bezustanne bóle głowy. 2-go marca chory nie mógł się uspokoić z powodu silnego bólu głowy; noc przepędził bezsenne; ból głowy ustał chwilowo po zastosowaniu pęcherza z lodem na głowę i po wstrzyknięciu podskórnem morfiny. 5-go marca bardzo silny ból głowy, znaczne obrzmienie wyrostka sutkowego, zwłaszcza pod i za wierzchołkiem, głowa nieporuszalna (*caput obstipum*), muszla uszna odstaje; wrażliwość wyrostka sutkowego znacznie zwiększona; brodawki zastoinowej nie było; ciepłota 37,3°. 6-go marca wykonałem trepanację wyrostka sutkowego w asy-stencyi kol. KRUSCHE'go: Operacja była utrudniona skutkiem silnego nacieczenia tkanek, które zmniejszało pole widzenia. Cięcie przedłużono poniżej wierzchołka wyrostka sutkowego. W dolnej części rany pokazała się ropa, wychodząca z przetoki we wcięciu sutkowym (*incisura mastoidea*); przy badaniu zgłębnikiem i palcem okazała się kość chropowata w wewnętrznej stronie wierzchołka wyrostka sutkowego. Usunięcie spróchniałej kości młotkiem

i dółkiem rozpocząłem od wierzchołka; odbiłem głęboko cały wierzchołek wyrostka sutkowego wraz z przyczepami mięśni. Zauważyłem sporo ziarniny, którą wyskrobałem. Otworzyłem pieczęrę sutkową i sąsiednie pozostałe komórki sutkowe. Ropnia opadowego nie było. Po skończonej operacyi założyłem gazę i opatrunek. Wieczorem ciepłota 37,2°. Pierwsza zmiana opatrunku już 10-go marca; w ranie dużo ropy; ból głowy mniejszy. Do 18-go marca zmieniałem opatrunki co dwa dni. Ciepłota bez zmiany. W nocy z d. 18 na 19 go marca ciepłota 38°. 19 go marca 38,7°, tętno 112. Silny ból głowy. 20-go marca ciepłota 39°, ogromny niepokój. Wieczorem kol. KRUSCHE wykonał drugą operacyę. Asystował kol. WATTEN i ja. Obnażono zatokę poprzeczną, której powierzchnia była szarawo-czerwonego koloru; tętnienie i napięcie zatoki normalne; w okolo zatoki i w kości małe ogniska ropne; odsłonięta opona mózgową przesiąknięta była ropą w całej odkrytej powierzchni. Po operacyi stan chorego pogarszał się z każdym dniem; częste zgrzytanie zębami, silna sztywność karku, przegiętego w tył. Gorączka wysoka 40°. 25-go marca chory zmarł. *Diagnosis: Otitis media purulenta chronica sinistra. Mastoiditis purulenta Bezoldi. Abscessus perisinuosus. Meningitis purulenta.*

Była to forma zapalenia ropnego wyrostka sutkowego, znana pod nazwą BEZOLD'a ¹⁾. Stanowi ona podług LEIMER'a ²⁾ i GRADENIGO'a ³⁾ 17—17,5% powikłań zapaleń ropnych ucha średniego. KÖRNER ⁴⁾ słusznie zwraca uwagę na umiejscowienie sprawy ropnej w wcięciu sutkowym. Przypadek mój należał do cięższej formy, opisanej przez DUNN'a ⁵⁾, z zajęciem głębokich wewnętrznych komórek sutkowych w sąsiedztwie podstawy czaszki. KNAPP ⁶⁾ podejrzywa w takich razach syfilis lub gruźlicę. Chory przechodził w młodości syfilis; gumatu w wyrostku sutkowym nie było. Chciałbym zaznaczyć długotrwały, ściśle nie umiejscowiony ból głowy; wzbudzał on podejrzenie ropnia mózgu ⁷⁾, ale brakowało innych objawów mózgowych. Był on objawem ropnia zewnątrzoponowego w okolicy zatoki poprzecznej, jak wykazała druga operacya. Ropień ten musiał się utworzyć już w ostrym okresie choroby usznej; na korzyść tego przypuszczenia przemawiały jedynie bezustanne

¹⁾ BEZOLD. Ein neuer Weg f. Ausbreitung citriger Entzündung aus d. Räumen des Mittelohrs auf die Nachbarschaft. Deutsche med. Woch. 1881. N. 28.

²⁾ Operative Eröffnung des Warzentheils bei otitis media purulenta acuta mit Ausbreitung des Processes unter dem Warzenfortsatze. Zeit f. Ohrenh. t. 43, str. 273.

³⁾ Arch. ital. di Otologia t. 8, z. 1—3.

⁴⁾ l. c. str. 39.

⁵⁾ Ueber die untere occipitale Platte des Warzenfortsatzes besonders in Beziehung auf die BEZOLD'sche Mastoiditis. Zeit f. Ohrenh. t. 42, str. 30.

⁶⁾ Ein Fall von Bezold'scher Mastoiditis ohne Perforation des Trommelfells. Zeit. f. Ohrenh. t. 36, str. 303.

⁷⁾ BRAUNSTEIN l. c.

bóle głowy i statystyka BRAUNSTEIN'a¹⁾ i GRUNERT'a²⁾). Ostatni zaznacza w takich razach tendencję do prędkiego zatrzymania się wycieku z ucha średniego. O braku wszelkich objawów przy ropniu okołozatokowym wspominają DENKER³⁾ i HEINE⁴⁾ Rozpoznanie tego ropnia było też przed wtórną operacją niemożliwe. Dopiero gorączka, powstała po raz pierwszy w dwa tygodnie po pierwszej operacji, dała wskazanie do drugiej operacji, przy której spodziewaliśmy się znaleźć zator w zatoce poprzecznej. Tymczasem operacja wykazała ropień okołozatokowy i rozlane ropne zapalenie opon mózgowych.

XIII. M., 50-letni kupiec, zgłosił się na poradę lekarską do mnie po raz pierwszy d. 12-go marca 1900 r. Narzekał od kilku tygodni na bóle w lewym uchu, oku i zębach z lewej strony. Jednocześnie męczył go ból głowy niemiescowiony. Chory zwracał się już do dentysty, który mu wyrwał ząb trzonowy. Chory zauważył słuch przytępiony i szum w lewym uchu od kilku tygodni. Z ucha nigdy nie ciekło. Skonstatowałem zaczerwioną, lekko opuchniętą błonę bębenkową w tylnogórnym odcinku; młotek był widoczny; w przednio-dolnym odcinku błony bębenkowej niewielka blizna. Słów, wymawianych szeptem, lewym uchem chory wcale nie słyszał. RINNE minus, WEBER z lewej strony. Wyrostek sutkowy niebolesny. Po 2-u nacięciach opuchniętego tylnogórnego odcinka błony bębenkowej, wykonanych w odstępach kilkodniowych, ropa się nie ukazała; obrzmienie w tem miejscu stopniowo się zmniejszało. 20-go marca chory miał szalony ból w lewej połowie twarzy: nad i pod okiem, oraz w górnych i dolnych zębach. Jednocześnie powstały zawroty głowy. Wszelkie *antineuralgica*, *narcotica*, *anaesthetica dolorosa*, przepisywane przez konsultujących lekarzy, pozostały bez skutku. 28-go marca w nocy bóle neuralgiczne i ból głowy znacznie się wzmogły; noc bezsenna. Od 3-go do 8-go kwietnia miał chory kilka razy nudności. Ciepłota przez cały czas 36,4°—37°. Tętno 80—90. 8-go kwietnia zauważyłem obrzmienie i silne zaczerwienienie wyrostka sutkowego. Błona bębenkowa szarawa; obrzmienie zginęło. Ciepłota 36,6. 9-go kwietnia ciepłota 39°, tętno 90. Obrzmienie wyrostka sutkowego i okolicy potylicowej powiększone; silny ból przy naciskaniu i poruszaniu opuchniętego, sztywnego karku. Chód niepewny, czasem nudności i zawroty głowy; raz chory wymiotował; czasem niewyraźne drganie gałek. Kolega J. KOLIŃSKI brodawki zastoinowej nie znalazł. Następnego dnia chory wyjechał do Wrocławia. Dzięki drowi KAYSER'owi otrzymałem listownie dalsze wiadomości o przebiegu klinicznym choroby. Przez cały czas pobytu w klinice chory gorączki nie miał. Nerwobóle i bóle głowy powstawały chwilowo. Brodawki zastoinowej nie było. Dnia 2-go maja zaburzenia równowagi były bardzo wyraźne: silny ból w karku i kości potylicowej. Dnia

1) *ibidem*.

2) *Pathologie des Gehörorgans. Ueber extradurale, otogene Abscesse und Eiterungen. Jahresbericht 1896—1897 der SCHWARZE'schen klinik. Arch. f. Ohrenh. t. 43, z. 2.*

3) *Empyema des processus mastoideus und perisinnöser Abscess bei acuter Mittelohrentzündung. Zeit. f. Ohrenh. t. 43, str. 14.*

4) *l. c. str. 126.*

9-go maja przy badaniu oftalmoskopem skonstatowano tworzenie się brodawki zastoinowej. Dnia 10-go maja powstało porażenie nerwu twarzowego z przeciwnej strony. Tegoż dnia chory miał być operowany przez prof. MIKULICZA, ale zmarł nagle na godzinę przed naznaczoną operacją. Sekcyja dała następujący wynik: w jamie bębnekowej brak ropy, kosteczki słuchowe niezmięnione, zator i zanik lewej zatoki poprzecznej; opony mózgowie przyrośnięte do czaszki; ropień mózdzku wielkości jaja gołębiego, wodogłowie. *Diagnosis: Neuralgia n. trigemini sinistri, paralysis n. facialis dextri, thrombophlebitis obliterans, abscessus cerebelli sinistri, hydrocephalus internus.*

Pod względem rozpoznawczym był to nadzwyczajnie trudny przypadek. Zmiany w błonie bębnekowej wskazywały na widocznie niepostrzeżenie przebyłą sprawę ropną w uchu średnim. Nerwobóle nerwu trójdzielnego przy zajęciu wszystkich trzech gałęzi umiejscawiały sprawę chorobową w zwoju GASSER'a. Z początku rozpoznawano *otitis media catarrhalis chronica et neuralgia trigemini sinistri*. Jednak niektóre objawy, które później wystąpiły, np. ciągły ból głowy, nudności, chód niepewny, wzbudzały podejrzenie choroby mózgowej w okolicy zwoju GASSER'a. Brak brodawki zastoinowej przemawiał przeciw nowotworowi, chociaż go nie wykluczał. Gorączka, nagle powstała d. 9-go kwietnia, zmiany w wyrostku sutkowym, sztywność karku mogły być skutkami ropnia mózdzku lub też zakrzepu zatoki poprzecznej. Wobec braku jednolitego obrazu choroby rozpoznanie było wątpliwe. W Wrocławiu badali chorego przez cały miesiąc, prócz dra KAYSER'a, prof. WERNICKE, dr. BIELSCHOWSKY, dr. WINKLER i prof. MIKULICZ i wahali się w rozpoznawaniu między nowotworem a ropniem mózgu. Wobec braku objawów ogniskowych czekano z operacją. Dopiero porażenie nerwu twarzowego skłoniło prof. MIKULICZA do operacyjnego poszukiwania ogniska choroby.

Właściwa przyczyna ropnia mózdzku była poniekąd ciemna. Przypuszczać można, wobec zmian w zatoce poprzecznej i w błonie bębnekowej, że prawdopodobnie przyczyny choroby należało poszukiwać w uchu średnim, w którym musiało być w swoim czasie ropienie, czego dowodziła blizna w błonie bębnekowej. Stamtąd sprawa ropna przeszła na zatokę poprzeczną, a stąd do mózdzku.

KÖRNER ¹⁾ wspomina o nerwobólach nerwu trójdzielnego przy ropniach mózgowych i objaśnia je uciskiem i powiększeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego; OKADA ²⁾ przytacza podobne 3 przypadki HARTMANN'a ³⁾, BECK'a ⁴⁾ i SCHWARTZE'go ⁵⁾. Skrzyżowane porażenie nerwu twarzowego powstało

¹⁾ Die otitischen Erkrankungen des Hirns, des Hirnhäute und der Blutleiter. 1896, str. 122.

²⁾ Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnbrainabscesses von prof. dr OKADA in Tokio. Odczyty klin. HAUG'a, t. III, z. 10, str. 357.

³⁾ Zeit. f. Ohrenh. VIII, str. 15.

⁴⁾ Beiträge zur klin. Chir. XII, str. 73.

⁵⁾ Arch. f. Ohrenh. 1892.

przez ucisk ropnia na mostek mózgowy w bliskości jądra nerwu twarzowego nad miejscem krzyżowania się obydwóch nerwów twarzowych. Taki przypadek przytacza Moos ¹⁾. Томка ²⁾ wspomina, że objaw ten jest przedśmiertną zapowiedzią. HEIMAN ³⁾ zaznacza, że bezwładny nerw twarzowego drugostronnego często zdarzają się w okresie końcowym. MERKENS ⁴⁾ twierdzi, że skrzyżowane porażenie należy umiejscowić w torebce wewnętrznej (*capsula interna*).

Koch ⁵⁾, zestawiając statystykę ropni mózdzku, skonstatował w 39,44% powstanie tych ropni z zatoru zatoki poprzecznej, w 47,7% zaś z ropienia w błędniku. W opisanym przypadku zator zatoki poprzecznej, który przebiegał bez objawów, wywołał ropienie w mózdzku. Być może, że gorączkę z d. 9-go kwietnia i obrzmienie wyrostka sutkowego przypisać należy zatorowi zatoki poprzecznej, ponieważ ropień mózdzku ma zwykle przebieg bezgorączkowy ⁶⁾.

Był to przypadek, ze względu na trudności rozpoznawcze, bardzo pouczający. W opisie historii chorób oraz epikrytycznych uwagach starałem się jednocześnie przytaczać nowoczesne poglądy w otyatrii zapomocą przykładów i najważniejszej literatury. Narzekania na ogłaszanie przypadków kazuistycznych, jako na balast w literaturze, nie podzielam w całości. Przypuszczam, że każdy przypadek, nawet nierzadki, lecz nienormalnie przebiegający, już powinien wzbudzić zainteresowanie. Tem bardziej więc rzadsze przypadki powinno się ogłaszać, bo ogłoszone doświadczenie cudze wzbogaca własne i na odwrót.

1) Arch. f. Augen - und Ohrenh. I.

2) Beziehungen des n. facialis zu den Erkrankungen des Gehörorgans, str. 55. Arch. f. Ohrenh. t. 49.

3) l. c. str. 466.

4) Deutsche Zeit. f. Chir. t. 59, str. 77.

5) Die otitischen Hirnabscessen. Berlin. HIRSCHWALD. 1897.

6) OKADA l. c. str. 347.

Od Redaktora.

Z numerem bieżącym kończy się 26 lat pracy mojej w „Gazecie Lekarskiej”. Każdy, choćby tylko pobieżnie obeznany i częściowo uświadomiony, ile to — w naszych warunkach — godność redaktora pisma fachowego wymaga nakładu czasu, pracy i pieniędzy i na jakie naraża przykrości, zrozumie, dlaczego nie przyjąłem tego zaszczytnego obowiązku, powierzanego mi i nadal przez spółwłaścicieli „Gazety”.

Uważam sobie za miłą powinność najserdeczniej podziękować na tem miejscu kolegom z „Gazety”, jak i wszystkim innym z poza jej grona, którzy w ciągu 26-u lat ubiegłych, zasilali — i to bardzo często bezpłatnie — swemi pracami „Gazetę” i przyczynili się do jej powodzenia. Cieszę się nadzieją, iż dotychczasowi przyjaciele „Gazety” w przeświadczeniu, iż chodzi o dobro ogólniejsze, bo wzbogacanie literatury ojczyznej lekarskiej i pożytek czytelników, nie odmówią pomocy i następcy mojemu, kol. PRUSZYŃSKIEMU, dotychczasowemu wydawcy „Gazety Lekarskiej”.

Władysław Gajkiewicz.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1907 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz.

