

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY: PROF. DR. A. LASKIEWICZ

SEKRETARZE REDAKCJI: DR J. IWASZKIEWICZ i DR A. ZAKRZEWSKI
KOMITET REDAKCYJNY PATRZ STR. II.



ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
POZNAŃ, KLINIKA OTOLARYNGOLOGICZNA U. P., FREDRY 7



CENA ZESZYTU POJEDYŃCZEGO 5 ZŁ, PODWÓJNEGO 10 ZŁ
DO NABYCIA W REDAKCJI

CENA OGŁOSZEŃ: ZA CAŁĄ STRONĘ 60 ZŁ, ZA PÓŁ 30 ZŁ, ZA ĆWIERĆ 15 ZŁ



*Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być przepisane na maszynie
i zaopatrzone w streszczenie w języku francuskim*

WYCHODZI ZESZYTAMI - CZTERY ZESZYTY ROCZNIE.

PRZY WSPÓŁDZIAŁE KOMITETU REDAKCYJNEGO:

D-ra L. BATAWJI, D-ra R. BRZOSKO, D-ra B. CHORAŻYCKIEGO, D-ra J. CZARNECKIEGO, D-ra C. CZARNOWSKIEGO, D-ra Z. DOBROWOLSKIEGO, Doc. D-ra A. DOBRZAŃSKIEGO, Doc. B. DYLEWSKIEGO, D-ra S. GLABISZA, D-ra T. GERWELA, Dra J. GODLEWSKIEGO, D-ra W. GUMIŃSKIEGO, D-ra J. GÓRNEGO, D-ra W. JANKOWSKIEGO, D-ra B. KARBOWSKIEGO, D-ra J. KMITY, D-ra M. KOENIGSTEINA, Prof. D-ra J. MIDOŃSKIEGO, D-ra O. PĘSKIEGO, D-ra J. PIENIĄŻKA, D-ra A. RADZYMIŃSKIEGO, D-ra K. SAWICZA, D-ra R. SINOŁĘCKIEGO, Prof. D-ra J. SZMURŁY, D-ra Z. SREBRNEGO, D-ra S. SZUMKOWSKIEGO, D-ra K. SZUMOWSKIEGO, D-ra A. SCHWARZBARTA, D-ra E. TRYJARSKIEGO,
D-ra A. WADONIA, Prof. D-ra T. ZALEWSKIEGO
i Doc. D. ZUBERBIERA

K O L E D Z Y

popierajcie w pierwszym rzędzie firmy
ogłaszające się w naszym Przeglądzie!

	str.		page
<i>Ś. p. Dr Świerzyński</i> — Wspomnienie pośmiertne	338		
<i>Ś. p. Dr Danowski</i> — Wspomnienie pośmiertne	341		
<i>Prof. Dr J. Miodoński</i> — Przyczynę do techniki rozszerzania zwięźeń krtaniowo-tchawiczych przy pomocy drenów gumowych	343	<i>Prof. Dr J. Miodoński</i> — Contribution à la technique de la dilatation des rétrécissements du larynx et de la trachée par des drains en caoutchouc	343
<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — Zwiężenia krtani i tchawicy	357	<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — Sur les rétrécissements du larynx et de la trachée	357
<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — Obraz kliniczny agranulocytozy lub t. zw. angina agranulocytica	366	<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — L'aspect clinique de l'agranulocytose	366
<i>Doc. Dr B. Dylewski</i> — Badania nad czynnością narządu statycznego u niewidomych i źle widzących	379	<i>Doc. Dr B. Dylewski</i> — Recherches sur la fonction de l'appareil vestibulaire chez les aveugles et les sujets atteints de troubles de la vue	379
<i>Dr A. Wadoń</i> — Plasmocytoma dróg oddechowych. Przyczynę kazuistyczny do spraw rozrostowych komórek plazmatycznych	399	<i>Dr A. Wadoń</i> — Plasmocytome des voies respiratoires, contribution à l'étude de la prolifération des cellules plasmatiques	399
<i>Doc. Dr H. Lewenfisz</i> — Sposób tamowania gwałtownych krwotoków z tylnej części przegrody nosowej	411	<i>Doc. Dr H. Lewenfisz</i> — Un nouveau procédé de tamponnement des hémorragies graves de la partie postérieure de la cloison nasale	411
<i>Dr A. Zakrzewski</i> — Technika lipiodografii oskrzeli	416	<i>Dr A. Zakrzewski</i> — Technique de la lipiodographie des bronches	416
<i>Dr J. Iwaszkiewicz</i> — Skleroterapia nieżytyń nosa w szczególności ich form naczyniowych i naczynioruchowych	445	<i>Dr J. Iwaszkiewicz</i> — Le traitement sclérosant des rhinites chroniques surtout des formes vasculaires et vasomotrices	445
<i>Dr A. Wadoń</i> — Uszne powikłania zapalne części miękkich podstawy czaszki, szyi i karku	467	<i>Dr A. Wadoń</i> — Les complications inflammatoires des parties molles de la base du crâne, du cou et de la nuque d'origine otique	467
<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — Przyczynę do sposobów operacyjnych zniekształcenia wrodzonego małżowiny ustnej	523	<i>Doc. Dr A. Dobrzański</i> — Contribution au traitement chirurgical de la malformation congénitale du pavillon de l'oreille	523
<i>Dr J. Iwaszkiewicz</i> — Do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego	527	<i>Dr J. Iwaszkiewicz</i> — Sur la casuistique des abcès du cerveau d'origine otique	527
<i>Dr med. A. Radzyński</i> — O leczeniu ostrego nieżytyń nosa Adrianolem	533	<i>Dr med. A. Radzyński</i> — Traitement du coryza aigu par l'Adrianol	533
<i>Dr A. Zakrzewski i Dr A. Schreiber</i> — O tomografii krtani	545	<i>Dr A. Zakrzewski, Dr A. Schreiber.</i> — Sur la tomographie du larynx	545

<i>Dr M. Wolfson</i> — Aseptyczna wędrowka ciała obcego (igły do szycia), utkwionego w mięśniach gardła dolnego	561	<i>Dr M. Wolfson</i> — Migration aseptique d'un corps étranger (aiguille), emprisonné dans les muscles de l'hypopharynx	561
<i>Dr M. Łączkowska</i> — Przypadek afazji sensorycznej wrodzonej	564	<i>Dr M. Łączkowska</i> — Un cas d'aphasie sensorielle congénitale	564
<i>W. Hassmann</i> — Rzadkie przypadki pierwotnego mięsaka tchawicy i pierwotnego mięsaka pozagardłowego	569	<i>W. Hassmann</i> — Quelques cas rares de sarcome primaire de la trachée et de l'espace rétropharyngé	569
<i>Dr H. Kompf</i> — Przypadek pierwotnego zapalenia czszpiku kostnego podstawy czaszki	579	<i>Dr H. Kompf</i> — Un cas d'ostéomyélite primaire de la base du crâne	579
<i>Dr T. Gerwel</i> — Do kazuistyki ciał obcych oskrzeli — przypadek trudnej ekstrakcji	584	<i>Dr T. Gerwel</i> — Un cas de corps étranger métallique de la bronche droite enlevé par bronchoscopie	584
<i>Dr J. Danielewicz</i> — Zastosowanie rurki tracheotomijnej do drenażu w przypadku ropienia szczytu piramidy z ropniem podoponowym	587	<i>Dr J. Danielewicz</i> — Sur l'application d'une canule trachéale au drainage d'une ostéite profonde du rocher compliquée d'un abcès extradural	587
<i>Dr W. Maciukiewiczowa i Dr S. Mittendorf-Sawicz</i> — Podstawowa przemiana materii przy przerosłych migdałkach	592	<i>Dr W. Maciukiewiczowa i Dr S. Mittendorf-Sawicz</i> — Le métabolisme basal et l'hypertrophie des amygdales	592
<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — W sprawie osteomyelitis petrosquamomastoidea u dzieci	599	<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — Sur l'ostéomyélite petro-squamomastoidienne chez les enfants	599
<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — W sprawie powikłań septycznych i septicopyemicznych wychodzących z nosa, gardła i jamy ustnej	622	<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — Complications septiques et septicopyohémiques d'origine nasopharyngo-buccale	622
<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — Przyczynek do plastyki krtańi i tchawicy spos. Mangoldta	670	<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — Contribution à la plastique laryngotrachéau d'après Mangoldt	670
<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — 42-gi kongres francuskiego T-wa Otolaryngologicznego w Paryżu 18—22. X. 37.	680	<i>Prof. Dr A. Laskiewicz</i> — 42-e Congrès de la Soc. Française d'Oto-rhino-laryngologie à Paris 18—22. X. 37.	680
Oceny	692		
Protokół Dorocznego Walnego Zebrania Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego	696		
Protokoły z posiedzeń Oddziału Krakowskiego Polskiego Tow. Otolaryngologicznego	698		
Protokoły Sekcji Poznańskiej	717		
Wiadomości bieżące	723		
Czwarty kurs rozpoznawczo-leczn. i operac. z oto-laryng. dla lekarzy	728		
Ważniejsze czasopisma zagran. z dziedziny Otolaryngologii	732		

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

ORGAN POLSKIEGO T-WA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY: PROF. DR. A. LASKIEWICZ

Sekretarze Redakcji: Dr J. Iwaszkiewicz i Dr A. Zakrzewski

Komitet Redakcyjny p. str. 1

Adres Redakcji i Administracji: Poznań, Klinika Oto-laryngologiczna U. P., ul. Fredry 7



Ś. p. Dr Florian Feliks Swierzyński

Ś. p. Dr Florian Feliks Swierzyński

Dnia 24. II. br. zmarł w Wilnie, po krótkiej chorobie, w następstwie zakażenia krwi ś. p. Dr med. Florian Swierzyński, pułkownik lekarz w stanie spoczynku, w wieku lat 68-u, pozostawiając po sobie powszechny szczery żal, jako doskonały i świątły lekarz, zacny człowiek i prawy i zasłużony obywatel.

Ś. p. Swierzyński urodził się w 1870 r. w ziemi Radomskiej. Po ukończeniu gimnazjum w Radomiu, zapisał się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1894 roku. Już jako słuchacz medycyny w roku 1892 brał udział w walce z cholera na terenie ziemi Lubelskiej i Chełmskiej. Zaraz po ukończeniu studiów uniwersyteckich wstąpił na oddział D-ra A. Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha w Warszawie. Tu pracując pod kierunkiem tego znakomitego klinicysty, powagi w zakresie chorób nosa, gardła, krtani i płuc nie tylko w kraju, ale i za granicą, a jednocześnie doskonałego pedagoga, zdobył gruntowne podstawy w wybranej przez siebie specjalności, które uzupełnił dalszymi studiami w Pradze i w Berlinie. Z tego czasu datuje się jego pierwsza praca pt. „Przyczynek do nauki o powstaniu polipów krtaniowych“, wykonana w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, oparta na materiale operacyjnym z oddziału i przychodni Dra A. Sokołowskiego. W pracy tej Swierzyński potwierdza opinię Chiariego, że polipy krtaniowe nie są właściwie włókniakami, za jakie są zwykle uważane, ale miejscową sprawą zapalną przerostową, powstałą na tle urazu z powodu nadmiernych wysiłków głosowych, czego dowodzą występujące w tkance polipów wylewy krwawe obok nacieczenia drobnokomórkowego i przerostu wszystkich elementów błony śluzowej.

W roku 1896 ś. p. Swierzyński przenosi się na stałe do Wilna, gdzie obok praktyki prywatnej pracuje w szpitalu w zakresie obranej specjalności, zyskuje wkrótce uznanie i popularność, zakłada rodzinę i zżywa się całym sercem z tymi wszystkimi, którzy go tu serdecznie przyjęli i jak urodzony Wilnianin przeżywa się radościami i smutkami jego mieszkańców, bierze czynny udział w pracy społecznej i oświatowej polskiej, tak prześladowanej tu prawie do ostatnich lat przed wojną światową, wstępuje do organizacji Sokola, gdzie czynnie pracuje jako członek zarządu a potem jako prezes organizacji, również czynny jest w or-

ganizacji Polskiej Macierzy Szkolnej na terenie Wilna i Wileńszczyzny, jest członkiem słynnego jeszcze z czasów Śniadeckiego Koła Szubrawców wraz z Ruszczycem, Węclawskim, Borkowskim i innymi patriotami na terenie Wilna.

Na polu pracy zawodowej wstępuje do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, gdzie wygłasza odczyty i demonstruje chorych. Ogłasza po kilku latach poważną pracę o intubacji, którą popularyzuje na terenie Wilna. W tej przedstawia zalety tego zabiegu oraz przeprowadza porównanie między intubacją i tracheotomią, dochodząc do wniosku, że jeden zabieg nie wyłącza drugiego, ale oba się wzajemnie uzupełniają.

Zajawszy się poważnie studiami nad gruźlicą płucną, zwraca uwagę na wchodzącą w tym czasie na porządek dzienny w dziedzinie leczenia gruźlicy sprawę odmy sztucznej i wyjeżdża dla jej studiowania za granicę. Po powrocie staje się gorącym propagatorem tej można powiedzieć przełomowej metody leczenia suchot płucnych. W wyniku tych studiów powstało kilka prac o stosowaniu odmy sztucznej, opartych na spostrzeganym przez autora materiale. Prace te były ogłaszane w latach 1911 i 1915 w Gazecie Lekarskiej i w Księdze Pamiątkowej ku uczczeniu 40-lecia pracy A. Sokołowskiego.

Podczas wojny ś. p. Swierzyński został powołany jako lekarz do armii rosyjskiej. W 1917 wstępuje do korpusu Dowbora Muśnickiego, a w rok później powraca do Wilna, gdzie bierze udział w tworzeniu się Samoobrony Wileńskiej, jako jeden z kierowników organizacji sanitarnej, przy czym zapada na tyfus plamisty, zaraziwszy się od leczonych przez siebie chorych. Wróciwszy do zdrowia pracuje dalej w samoobronie w szarży podpułkownika. Po zajęciu Wilna odchodzi z miasta wraz z broniącymi je pułkami, powraca wreszcie na stałe po wygranej wojnie i zajmuje jako lekarz wojskowy stanowisko starszego ordynatora oddziału uszno-gardlanego w wojskowym szpitalu na Antokolu.

Z chwilą powołania do życia Uniwersytetu Stefana Batorego i wraz z nim Wydziału Lekarskiego, a następnie powstania na terenie Szpitala Wojskowego Klinik Uniwersyteckich, zostaje w 1925 r. mianowany asystentem łącznikowym Kliniki Otolaryngologicznej. Bierze wówczas bardzo czynny udział w pracy klinicznej, dostarcza materiału dla demonstracji na wykłady ze swego oddziału, prowadzi zajęcia praktyczne ze studentami,

uczęszcza pilnie na posiedzenia referatowe kliniczne, pisze referaty i streszczenia, bierze udział w dyskusjach, wykazując obszerną wiedzę, i wielkie zainteresowanie ruchem naukowym.

Po powstaniu Sekcji Wileńskiej Polskiego T-wa Otolaryngologicznego, zostaje wiceprezesem zarządu Sekcji i jest jednym z najczynniejszych jej członków, nie opuszczając ani jednego posiedzenia. Z chwilą powstania Wileńsko-Nowogrockiej Izby Lekarskiej wchodzi do Zarządu, gdzie rozwija b. czynną działalność.

W roku 1927 ogłasza pracę „O wyrosłach adenoidalnych u poborowych“, w której wykazuje, że są one w tym wieku zjawiskiem częstym, przy czym zjawiają się przeważnie u osobników z pewnymi cechami kobiecymi. Za pracę tę uzyskuje stopień naukowy Doktora Medycyny Uniwersytetu Stefana Bato-rego.

W roku 1928 ś. p. Swierzyński przechodzi w stan spoczynku w stopniu pułkownika lekarza, jednakże pracy naukowej ani zawodowej nie porzuca, ale bierze czynny udział w posiedzeniach Wileńskiego T-wa Lekarskiego, w którym przez kilka lat piastuje godność wiceprezesa, przyjmuje chorych w Ubezpieczalni Społecznej i w Przychodni dla urzędników państwowych i na tym stanowisku pozostaje do ostatnich chwil swego czynnego życia. Pracuje również bez przerwy w umiłowanym przez siebie Sokole, w Polskiej Macierzy Szkolnej, w zarządzie a potem w Sądzie Izby Lekarskiej, w Stowarzyszeniu Lekarzy Polaków i w wielu innych organizacjach społecznych, wszędzie stający do pracy, gdzie jego energia i jego zdrowy sąd obywatelski jest potrzebny.

Ubył stanowi lekarskiemu światły i dobry lekarz. Ubył społeczeństwu uczciwy zacny człowiek, dzielny pracownik na niwie społecznej i narodowej, rodzinie kochający mąż i ojciec, znajomym i przyjaciółom oddany i wierny przyjaciel, Ubył prawie w pełni sił, gdyż mógł jeszcze wiele lat z korzyścią pracować.

Niechże mu ta Ziemia Wileńska, którą tak ukochał i w której teraz spoczął na wieki, lekką będzie.

Prof. Dr J. Szmurło



Ś. p. Major Lek. Dr Ludwik Danowski

Dnia 21. II. 1958 r. zmarł w Szpitalu Szkolnym C. W. Sanit. w Warszawie ś. p. Mjr. lek. Dr Danowski Ludwik, starszy ordynator oddziału oto-laryngologicznego — 2 Szpitala Okręgowego.

Ś. p. Mjr. Dr Danowski Ludwik urodził się 27 sierpnia 1888 r. w m. Danowie, p. Szczuczyńskiego.

W zaraniu swej młodości, bo jeszcze w czasie nauk w gimnazjum rosyjskim, wykazuje gorące umiłowanie kraju: w 1905 r. porzuca gimnazjum i rzuca się w wir walk o polskość, porywając za sobą liczne zastępy młodzieży. Wstępuje jednocześnie do PPS, gdzie ze względu na swój młodociany wiek — pełni funkcje agitacyjno-pomocnicze. Po wywalczeniu szkoły, kończy w Siedlcach gimnazjum polskie w 1908 r., nie ustając w pracy niepodległościowej.

W tymże roku wyjeżdża na studia medyczne do Moskwy i dzięki temu unika aresztowania. Na uniwersytecie wysuwa się jego wybitna indywidualność i wkrótce staje na czele Bratniej Pomocy studentów Polaków — biorąc jednocześnie czynny udział w życiu ideowo-niepodległościowym wśród Polonii moskiewskiej.

Studia lekarskie ukończył w 1914 r. i bezpośrednio został powołany do służby wojskowej w armii rosyjskiej, gdzie jako naczelny lekarz pułku przebywa na froncie do 1917 r., następne 2 lata specjalizuje się w chorobach ucha, gardła i nosa w Moskwie.

W grudniu 1919 r. dochodzą do Niego echa z Kraju o odzyskaniu Niepodległości i zwycięskich walkach naszej młodej armii. Usiłuje zbiec do Kraju, co Mu się nie udaje; chroniąc się przed prześladowaniem „Czeki“ dociera aż do Symborska, gdzie pracuje w miejscowych szpitalach do końca 1920 r.

Od roku 1921 do maja 1922 r. pracuje jako lekarz podczas epidemii cholery i duru plamistego na Syberii, skąd powraca jako repatriant do Polski.

W pierwszym okresie swego pobytu w Kraju pracuje w Wojskowym Szpitalu Rejonowym w Siedlcach, a od 1. X. 1924 r. jako Starszy Ordynator w 2-im Szpitalu Okręgowym w Chełmnie.

Wyjątkowo uzdolniony lekarz, czuły na cierpienia ludzkie zyskuje sobie miłość, zaufanie pacjentów i uznanie przełożonych.

Niespodziewana śmierć wyrwała z naszego grona człowieka o niepospolitym charakterze, bezgranicznie oddanego kolegę, najlepszego Męża i Ojca.

Przestało bić serce, które tak bardzo wszystkich kochało.

Żyć będzie wśród nas wiecznie!

Z Kliniki Oto-rhino-laryngologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie.

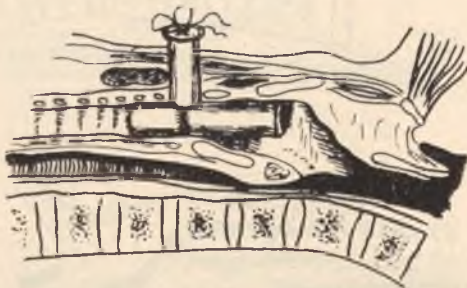
(Dyrektor: Prof. Dr J. Miodoński)

Przyczynek do techniki rozszerzania zwężeń krtaniowo-tchawiczych przy pomocy drenów gumowych

Prof. Dr JAN MIODOŃSKI

Technikę zakładania drenów gumowych do krtani i tchawicy oraz wskazania do tychże zabiegów opisałem już poprzednio (v. Polski Przegląd Oto-laryngologiczny T. XII. Z. 1—2). Poniżej chcę jeszcze dodać kilka uwag technicznych do tego sposobu leczenia.

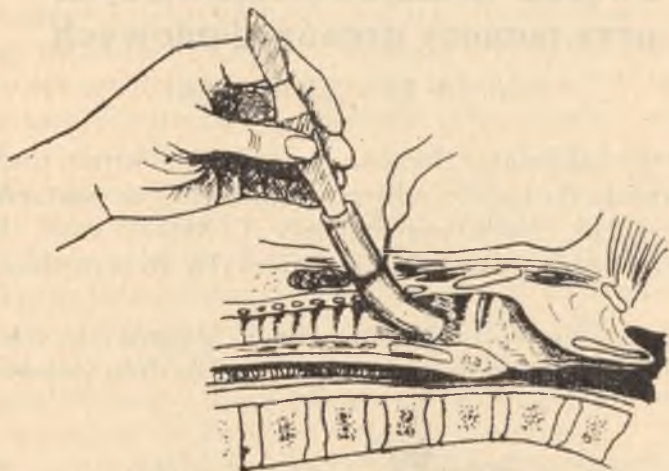
Zasadniczy sposób zakładania drenów gumowych, stosowany przez Klinikę Krakowską, polega na tym, że dren gumowy spo-



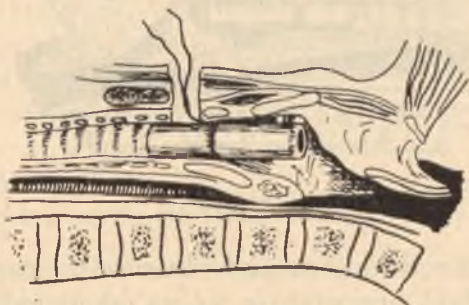
Tabl. I.

ządzony w różnych kalibracjach długości i szerokości (wyrób H. Reiner, Wiedeń) przewiązuje się na odpowiedniej wysokości mocną nitką jedwabną, która dzieli dren na część zajmującą odcinek powyżej tracheostomu i część dolną zajmującą pewien odcinek tchawicy poniżej tracheostomu leżący (Tab. I). Dren tak przygotowany wprowadza się na odpowiednim mandrynie (np. rozwieraczem Trousseau) poprzez tracheostom (Tabl. II, 1) i to albo w ten sposób, że zostaje on w całości wsunięty ku górze (Tabl. II, 2), a następnie przez naciągnięcie przewiązki obniża się on ku dołowi tak, że część przewiązana staje na wysokości tracheostomu (Tab. II, 5). Niekiedy łatwiej jest wsunąć najpierw przewiązany dren do tchawicy, a następnie przez naciągnięcie

nitki wysunąć go ku górze. Sposób pierwszy wskazany jest w tych razach, gdy zwężenie dające największy opór leży w odcinku powyżej tracheostomu, sposób drugi wskazany jest tam, gdzie największy opór zwężenia leży poniżej tracheostomu. Kaliber drenu winien być tak dobierany, by z jednej strony nie sta-



Tabl. II, 1.



Tabl. II, 2.

wiał wielkiego oporu przy wprowadzaniu, z drugiej zaś strony musi on być na tyle szeroki, by wywierał pewien elastyczny ucisk na miejsce największego zwężenia. W tych razach, gdy dren używany jest nie jako dilatator lecz raczej jako szyna ortopedyczna, na której zrastać ma się rozszczepiony odcinek drogi oddechowej (laryngofissura itp.), grubość drenu winna być tak dobrana, by można było dokonać ponad drenem zaszycia warstwowego tkanek — przede wszystkim szew chrząstnowy — bez stwarzania napięcia szytej warstwy.

Drugim zagadnieniem technicznym przy stosowaniu drenów otwartych jest dobór odpowiedniej wysokości, na której ma stać górny koniec drenu. Nie powinien on z krtani ani wysterczać zanadto, co powoduje zachłystywanie, ani też leżeć zbyt nisko, co częstokroć wiedzie do obrzęków i zwężeń ponad jego górnym końcem. Jeśli po założeniu drenu okaże się, że sytuacja jego nie została należycie obliczona, (Tabl. III, 1) zajść może potrzeba przemieszczenia przewiązki drenu. Jeśli wprowadzanie drenu — w przypadkach zwężeń — było zupełnie łatwe, najpro-



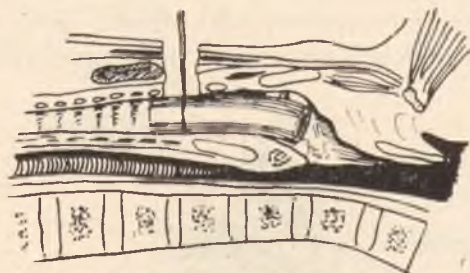
Tabl. II, 5.

ściej, będzie wyjąć dren i założyć przewiązkę odpowiednio niżej lub wyżej w zależności od tego, czy górny koniec wysterczał zbyt wysoko lub leżał zbyt nisko.

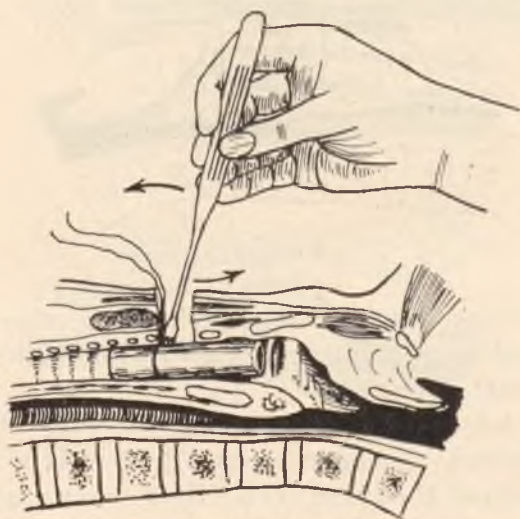
Wyjęcia dokonać można zależnie od okoliczności w różny sposób. Najłatwiej zepchnąć można dren bądź to do tchawicy bądź też wypchnąć ku górze (Tab. III, 2), używając pincetki haczykowej lub specjalnych widełek. Gdy jeden z końców drenu pojawi się w tracheostomie, można go z łatwością uchwycić pincetką i wydobyć przez tracheostom, bądź też dren wypchnięty ku górze ponad krtani można po uciśnięciu języka uchwycić szczypczykami i wyjąć przez usta. W przypadkach, gdy zachodzi potrzeba zmiany wysokości położenia drenu, a gdy nie chcemy drenu z dróg oddechowych wyjmować bądź to ze względu na specjalne trudności, z jakimi w danym przypadku przy wprowadzaniu spotkaliśmy się, bądź też dlatego, że nad drenem leżą

niedawno zeszyte powłoki, którym przy usuwaniu i następnym wprowadzaniu drenu groziłoby mogło pęknięcie, możemy zastosować następujący proceder, przy którym możemy zmienić wysokość położenia drenu niejako in situ.

W tym celu wysuwamy przy pomocy pincetki lub grabek dren ku górze tak, aż dolny koniec drenu stanie na wysokości



Tabl. III, 1. Złe założona przewiązka.



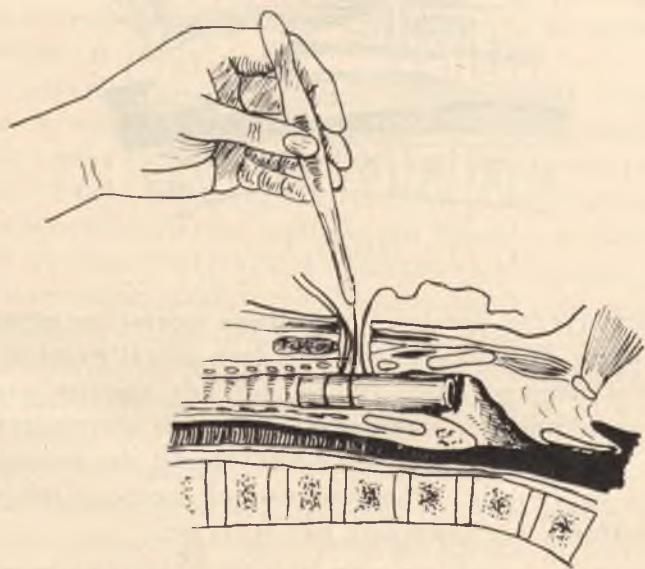
Tabl. III, 2.

górnego brzegu tracheostomu. Teraz wkładamy w tracheostom srebrny drut zgięty podkowiasto (Tab. IV, 1). Do jednego z wolnych końców podkowy przywiązana jest nić jedwabna. Następnie obniżamy dren tak, aż stanie na pożądanym wysokości. Wtedy pociągając za wolny koniec drutu (Tabl. IV, 2) wciągamy poza dren nitkę umocowaną do drugiego końca drutu. W ten sposób uzyskaliśmy przewiązkę nową w pożądanym miejscu (Tabl. IV, 3) nie

usuując drenu z dróg oddechowych. Mocne zawiązanie nowej przewiązki bywa niekiedy trudne, gdy kanał tracheostomu jest głęboki. W tym wypadku mocne zaciśnięcie przewiązki możemy sobie ułatwić przez spychanie węzła wgląb widelkami (tak jak



Tabl. IV, 1.

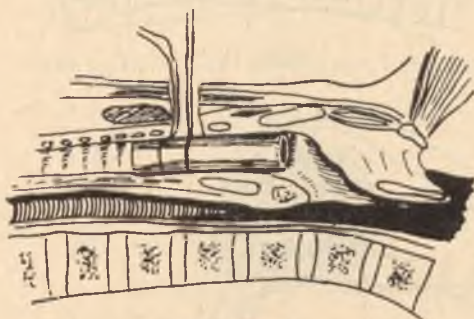


Tabl. IV, 2.

to niekiedy wykonuje się przy szyciu w głębi nosa). Starą przewiązkę możemy teraz przeciąć nożem na drenie, nastawiwszy ją sobie w tracheostomie. Wreszcie przez naciągnięcie nitki nowej przewiązki ustawiamy już dren definitywnie na pożądanej wysokości. Ten sposób zmiany wysokości przewiązki jest nader delikatny, bo poza ruchami ślizgowymi w dół i w górę dren nie

zmienia swego położenia. Dren gumowy wraz z nitką wytwarza nam tak zwaną przez nas T-kaniulę gumową, przy czym poprzeczne ramię tej kaniuli utworzone jest przez nitkę. Aby kanał tracheostomu nie zamknął się i aby umocowanie drenu było jak najlepsze, nasuwamy na nitkę kawałek drenu gumowego, który wchodzi i wypełnia tracheostom. Nad drenikiem poprzecznym zawiązujemy nici na jakimkolwiek bloczku. Jako bloczek służy nam najczęściej mały guzik (v. Tabl. I).

Ten sposób dilatacji ma wiele stron dodatnich, które już poprzednio dokładniej omówiłem. Chcę tu tylko zauważyć, że podnoszone z różnych stron zarzuty jakoby dreny łatwo ulegały zanieczyszczeniu i zatykały się, są niesłuszne, pod warunkiem jed-



Tabl. IV, 5.

nak, że wewnętrzna powierzchnia drenu pozostaje nieuszkodzona i nietknięta. W wypadkach, gdy dren został przebity i przechodzi przez niego nić, drut lub tp., lub gdy miejsce przewiązki obszywa się płótnem a szwy przebiegają po wewnętrznej ścianie drenu, tam istotnie nierzadko przychodzi do zanieczyszczeń i zatykania się światła. Ponadto gatunek gumy, z jakiego dren jest sporządzony, nie pozostaje bez wpływu.

W pewnych razach opisana powyżej technika wprowadzania drenu napotyka na duże trudności. Zajść to może z trzech zasadniczych powodów:

a) Kanał tracheostomu jest bardzo długi jak np. przy tracheotomii niskiej u osób tęgich.

b) Tracheostom i jego okolica są silnie zbliznowaciale tak, że elastyczność tkanek i możność ich przesuwania są bardzo ograniczone.

c) Zwężenia w zakresie odcinka ponad tracheostomem wykazują własności jak gdyby zastawek, przez które łatwo stosunkowo przeslizguje się dilatator, gdy wprowadzany jest w kierunku od góry ku dołowi, natomiast przy wprowadzaniu dilatatora od dołu ku górze łapie się on niejako w zastawkowatym zwężeniu i nie może przedostać się ku górze.

Może też równocześnie istnieć kilka z wymienionych trudności.

W tych wypadkach dren gumowy wprowadzany być musi od góry ku dołowi tj. przez usta. Technika, jaką w tych razach stosuję, przedstawia się następująco:

Po dokładnym znieczuleniu krtani od góry i przez tracheostom wprowadza się przez usta do krtani szczypczyki, w których tkwi koniec nitki. Gdy koniec szczypczyków stanie na wysokości tracheostomu wydobywamy przy pomocy pincetki poprzez tracheostom koniec nitki. W zależności od tego, czy krtąń jest dostatecznie szeroka lub wymaga jeszcze rozszerzania dalszy proceder układa się dwojako:

1. W przypadku, gdy krtąń wymaga jeszcze rozszerzania, przymocowujemy do górnego końca nitki odpowiednio uformowany seton z gazy i wciągamy go (Tabl. V, 1) przy pomocy założonej nitki poprzez usta do krtani tak, aż dolny koniec setonu pojawi się w tracheostomie. Teraz zakłada się kaniulę, do której przymocowuje się seton (Tabl. V, 2). Do górnego końca setonu jest również przymocowana nitka wychodząca poprzez usta na zewnątrz. Następnego dnia, lub po dłuższym czasie, wprowadzamy seton do krtani, posługując się znowu nitką wysterczającą przez usta. Do końca tej nitki przymocowujemy grubszy seton od poprzednio wprowadzonego. Po usunięciu kaniuli pociągamy za nitkę wysterczającą z tracheostomu i wyprowadzamy poprzez tracheostom seton tkwiący w krtani i ciągnąc dalej za nitkę, wsuwamy poprzez usta następny grubszy seton do krtani. Jest to więc „dilatacja bez końca“. Niekiedy dilatację tamponową wesprzeć wypadnie chwilowo bolcami Schröttera, po czym znów przejść można na dilatację tamponową, która jest o wiele delikatniejszą i daje na ogół mniejsze reakcje.

Po takim przygotowaniu, o ile było ono potrzebne, lub też 2) gdy światło pierwotnie było już dostatecznie szerokie, przystępujemy do peroralnego założenia T-kaniuli gumowej. Pierwszym krokiem jest przeprowadzenie nitki poprzez usta do tra-

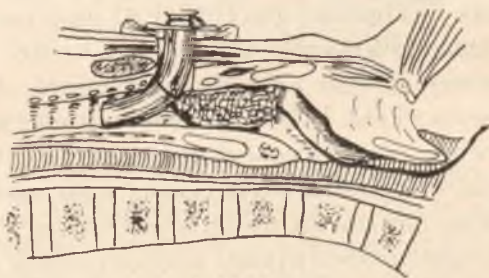
cheostomu. Dren mający być wprowadzony peroralnie do krtani przygotowany jest następująco:

1. Dren zaopatrujemy przewiązką na odpowiedniej wysokości.

2. Dolny koniec drenu poniżej przewiązki otulony jest setonikiem gazowym. Do dolnego końca setonu przywiązujemy koniec nitki wysterczający przez usta chorego. Następnie koniec nitek należących do przewiązki drenu wprowadzamy szczypcami krtaniowymi do krtani i wyprowadzamy przez tracheostom



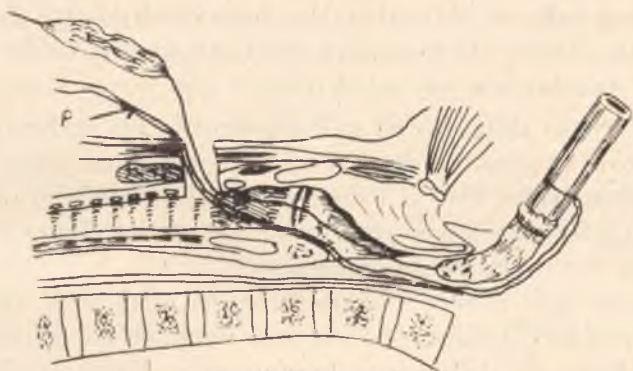
Tabl. V. 1.



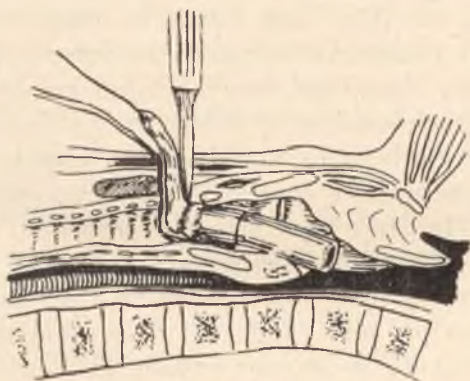
Tabl. V. 2.

na zewnątrz (Tabl. V, 3). W przypadku tracheotomii niskiej i dużych przeszkód w zakresie zwężenia wprowadzanie nitek musi się odbywać przy pomocy krótkiej rury tracheoskopowej). Tę podwójną nitkę przewiązkową (Tabl. V, 3 p) trzyma teraz asysta. Przez tracheostom wystercza więc w tej chwili trzy nitki, a mianowicie, nié pierwsza umocowana do końca setonu, który umocowany jest na dolnym końcu drenu gumowego, oraz dwie nitki należące do przewiązki T-kaniuli. Przychodzi teraz etap pracy, który musi być szybko załatwiony. Rozwieracz tracheotomijny względnie wziernik nosowy oraz skalpel muszą być pod ręką.

Wprowadzanie drenu przedstawia się teraz następująco: przy pomocy nici umocowanej do setonu wciągamy do krtani najpierw seton, a następnie dren. W pewnym momencie pojawia się w tracheostomie koniec drenu owinięty gazą. W tym momencie tracheostom zamknięty jest zupełnie. Szybko też przeciąć musimy nitki, (Tabl. V, 4), którymi przymocowany jest seton do drenu. Koniec drenu uwolniony teraz od setonu wpychamy z powrotem



Tabl. V, 5.



Tabl. V, 4.

niedużo ku górze tak, by stanął w osi tchawicy. Pociągając w tej chwili za nici przewiązki drenu wciągamy go w kierunku tchawicy tak, aż przewiązka stanie na wysokości tracheostomu. Nakładamy następnie drenik poprzeczny oraz bloczek, na którym umocowujemy kaniulę.

Dilatacja drenowa stosowana w skreślony powyżej sposób oddała nam w szeregu przypadków nader cenne usługi i spełniła

swoje zadanie nawet tam, gdzie innymi sposobami nie można było uzyskać wyleczenia.

W pewnych przypadkach, gdy chodzi o małe dzieci, technika zakładania drenu jest nieco odmienna (v. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1937 H. 10).

Résumé.

J. Miodoński. Contribution à la technique de la dilatation des rétrécissements du larynx et de la trachée par les drains en caoutchouc.

Nous avons déjà décrit précédemment les indications et la technique de la position des drains en caoutchouc dans le larynx et la trachée (voir: Polski Przegląd Oto-laryngologiczny, T. XII, z. 1—2). Ci-dessous nous ajouterons encore quelques remarques techniques sur ce mode de traitement.

Le principal moyen d'introduire des drains en caoutchouc, employé par la Clinique de Cracovie, consiste en ce que le drain en caoutchouc, de différentes longueurs et largeurs (fabrication H. Reiner à Vienne) est attaché à une hauteur convenable par un fort fil de soie; ce fil de soie divise le drain en deux parties: l'une, supérieure comprend la région au-dessus du trachéostome, l'autre inférieure comprend une certaine partie de la trachée au-dessous du trachéostome. (Tableau I). Le drain ainsi préparé est introduit à l'aide d'un mandrin convenable (l'écarteur de Trousseau par exemple) à travers le trachéostome (Tableau II, 1) de deux façons: le drain peut être glissé en haut dans sa totalité (Tableau II, 2) et abaissé ensuite en tirant le fil de façon, que la partie attachée se trouve au niveau du trachéostome (Tableau II, 3). Il est parfois plus facile de glisser auparavant le drain dans la trachée et de le pousser ensuite en haut en tirant le fil. Le premier moyen est indiqué dans les cas où le rétrécissement présente la plus grande résistance dans la partie au-dessus du trachéostome; par contre le second moyen est indiqué là, où la plus grande résistance du rétrécissement se trouve au-dessous du trachéostome. Le calibre du drain doit être bien choisi, pour qu'il ne présente pas une résistance trop grande au moment de son introduction; d'autre part il doit être assez large pour exercer une certaine pression élastique sur l'endroit où le rétrécissement est le plus grand. Dans les cas où le drain est employé

non pas comme dilatateur, mais plutôt comme une éclisse orthopédique sur laquelle doit se souder une partie fissurée de la voie respiratoire (laryngofissure etc.), la grosseur du drain doit être choisi de tel façon, qu'on puisse effectuer une suture en couches des tissus au-dessus du drain et avant tout la suture du péri-chondre sans produire de tension au niveau de la couche suturée.

Le second problème technique dans l'emploi des drains ouverts est le choix d'une hauteur convenable à laquelle devra s'arrêter la limite supérieure du drain. Il ne doit pas trop déborder dans le larynx, ce que produirait des étouffements, ni se trouver trop bas, ce qui conduirait à des oedèmes et des rétrécissement au-dessus de sa limite supérieure. Si, après avoir posé le drain, on voit que sa situation n'a pas été convenablement calculée (Tableau III, 1) il est parfois nécessaire de déplacer la ligature du drain. Si l'introduction du drain dans les cas de rétrécissements a été facile, il sera le plus simple d'extraire le drain et de mettre la ligature plus bas ou plus haut, ce qui dépend de la situation trop haute ou trop basse de la limite supérieure du drain.

L'extraction peut être effectuée de différentes façons, suivant les circonstances. Le plus facile est de pousser le drain vers la trachée ou bien vers le haut (Tableau III, 2) avec une pincette en forme de crochet ou avec une fourche spéciale. Lorsque l'un des bouts du drain apparaît dans le trachéostome, on peut le saisir facilement avec une pincette et l'extraire par le trachéostome; on peut aussi, en exerçant une pression sur la langue, saisir avec une pincette le drain poussé vers le haut au-dessus du larynx et l'extraire par la bouche. On peut aussi appliquer un procédé décrit plus loin, à l'aide duquel on peut changer la hauteur de la position du drain in situ: on l'applique dans les cas où il est nécessaire de changer la position du drain, si l'on ne veut pas l'extraire des voies respiratoires à cause de difficultés spéciales, rencontrées dans certains cas, au moment de son introduction: soit aussi lorsqu'il y a au-dessus du drain, des tissus récemment cousus. Dans ces cas en effet, l'extraction et l'introduction ultérieure du drain pourraient les déchirer.

On pousse dans ce but le drain avec une pincette ou avec un râteau vers le haut, jusqu'au moment, où le bout inférieur du drain se trouvera à la hauteur du bord supérieure du trachéostome. C'est en ce moment qu'on pose dans le trachéostome

un fil d'argent courbé en fer à cheval (Tableau IV, 1). A l'un des bouts libres du fer à cheval est attaché un fil de soie. On abaisse ensuite le drain jusqu'au moment, où il se trouve à la hauteur désirée. En tirant le bout libre du fil (Tableau IV, 2) on entraîne en même temps le fil de soie, fixé à l'autre bout, en dehors du drain. On obtient de cette façon une nouvelle ligature à la hauteur désirée (Tableau IV, 3) sans avoir besoin d'extraire le drain des voies respiratoire. Dans les cas où le canal du trachéostome est profond, il est parfois difficile de serrer fortement la nouvelle ligature. Dans ces cas on le fait plus facilement en poussant le noeud plus loin à l'aide d'un râteau (comme on le fait parfois en pratiquant une suture dans le nez). On peut alors en se servant d'un couteau, couper la première ligature sur le drain après avoir mise à place dans le trachéostome. En tirant ensuite les fils de la nouvelle ligature, on met le drain définitivement à la hauteur désirée. Ce moyen de changer la hauteur de la ligature est très délicat: en effet, excepté des mouvements de glissement en bas et en haut, le drain ne change pas sa position. Le drain en caoutchouc avec son fil constitue ce que nous avons appelé „la canule en caoutchouc en T“; la branche transversale de la canule est formée par le fil. Pour empêcher le canal du trachéostome de se fermer et pour fixer le drain le mieux possible, nous faisons passer le fil dans un morceau de drain en caoutchouc, qui entre et remplit le trachéostome. Les fils sont liés au-dessus du drain transversal sur un bloc quelconque. Ce sera le plus souvent un petit bouton. (Tableau I).

Ce mode de dilatation a beaucoup d'avantages que nous avons déjà décrit en détail. Nous voulons remarquer toutefois qu'on a souvent objecté que les drains en caoutchouc se souillent et s'obturent facilement: il n'en est rien à la seule condition, que la surface intérieure du drain ne soit pas endommagée et reste intacte. Il'y a en effet souillure et obturation du drain dans les cas, où le fil de soie, de fer etc. passe par un drain, qui a été percé, soit aussi lorsque l'emplacement de la ligature a été bordé de toile, de façon que les sutures passent par la paroi intérieure du drain. De plus la qualité de caoutchouc dont le drain est fabriqué, n'est pas sans influence.

Dans certains cas la technique de l'introduction du drain décrite ci-dessus présente certaines difficultés. Ceci arrive surtout dans trois cas:

- a) Le canal de trachéostome est très long, comme cela arrive par exemple dans les cas de trachéotomie basse chez les sujets obèses.
- b) Le trachéostome et ses environs sont fortement cicatrisés, de sorte que l'élasticité des tissus et la possibilité de leur glissement sont très limitées.
- c) Les rétrécissements placés dans la partie au-dessus du trachéostome possèdent des propriétés semblables à celles des valvules, par lesquelles un dilatateur glisse facilement, s'il est introduit de haut en bas: si par contre, on l'introduit de bas en haut il se fixe dans l'endroit rétréci et ne peut pas se frayer un passage vers le haut.

Plusieurs de ces difficultés peuvent aussi coexister. Dans ces cas le drain en caoutchouc doit être introduit de haut en bas, c'est — à — dire par la bouche. La technique que nous employons dans ces cas est la suivante:

Après avoir anesthésié le larynx par le haut et par le trachéostome, on introduit par la bouche une pincette avec un bout de fil dans le larynx. Au moment où le bout de la pincette se trouve à la hauteur du trachéostome, on extrait par le trachéostome le bout du fil à l'aide d'une autre pincette. Suivant que la largeur du larynx sera plus ou moins grande et qu'il sera nécessaire ou non de procéder à sa dilatation, on appliquera l'un des 2 procédés suivants:

1. Dans le cas où le larynx doit encore être élargi, on attache au bout supérieure du fil un sétou de gaze convenablement formé et on l'introduit (Tableau V, 1) par la bouche dans le larynx, à l'aide d'un fil, jusqu'au moment où le bout inférieur du sétou fera apparition dans le trachéostome. On met alors en place la canule, à laquelle on attache le sétou, (Tableau V, 2). Un fil est également attaché au bout superpérieur du sétou: ce fil sort par la bouche à l'extérieur. Le lendemain, ou après un temps plus long, on introduit dans le larynx un sétou plus gros, toujours à l'aide du fil sortant de la bouche. Au bout de ce fil on attache un sétou plus gros que celui qui a été introduit auparavant. Après avoir

retiré la canule, on tire le fil sortant du trachéostome et on fait sortir par le trachéostome le séton qui se trouve dans le larynx; en tirant toujours le fil, on fait entrer par la bouche le séton plus gros dans le larynx. C'est donc une „dilatation sans fin“. La dilatation par les tampons peut dans certains cas, être complétée par les pivots de Schrötter, après quoi on peut revenir à la dilatation par les tampons, qui est beaucoup plus délicate et produit, en général, des réactions plus faibles.

2. Après une telle préparation, si elle a été nécessaire, ou bien dans les cas où la lumière était déjà primitivement assez large, on passe à la mise en place perorale de la canule en caoutchouc en T. La première étape sera l'introduction du fil par la bouche dans le trachéostome. Le drain qui doit être introduit dans le larynx par la voie perorale est préparé de la façon suivante:

1. Le drain est muni d'une ligature posée à la hauteur convenable.
2. Le bout inférieur du drain, au-dessous de la ligature, est enveloppé d'un séton de gaze. A la limite inférieure du séton on attache le bout du fil qui sort par la bouche du malade. A l'aide d'une pincette laryngée on introduit ensuite dans le larynx le bout des fils qui appartiennent à la ligature du drain, et on les fait sortir à l'extérieur par le trachéostome (Tableau V, 3). Dans les cas de trachéotomie basse et d'obstacles considérables au niveau du rétrécissement, on introduit les fils à l'aide d'un tube trachéoscopique court. Un assistant tient alors ce double (Tableau V, 3) fil de la ligature. En ce moment trois fils sortent donc du trachéostome: le premier fil fixé au bout du séton qui est fixé lui-même au bout inférieur du drain en caoutchouc, et deux fils qui appartiennent à la ligature de la canule en T. On arrive maintenant à une étape du travail qui doit être rapide. Une écarteur trachéotomique ou un spéculum nasal ainsi qu'un bistouri doivent se trouver sous la main. L'introduction du drain se présente alors de la façon suivante: à l'aide du fil fixé au séton on attire dans le larynx d'abord le séton, puis le drain. A un moment donné le bout du drain enveloppé de gaze émerge dans le trachéostome. En ce moment le trachéostome est complètement fermé.

C'est donc avec une grande vitesse qu'il faut couper les fils (Tableau V, 4) par lesquels le séton est attaché au drain. Le bout du drain débarassé du séton est alors repoussé vers le haut de manière à prendre place dans l'axe de la trachée. En tirant en ce moment les fils de la ligature du drain on le tira dans la direction de la trachée, jusqu'au moment où la ligature se trouvera à la hauteur du trachéostome. On pose ensuite le drain transversal ainsi que le bloc, sur lequel on fixe la canule.

La dilatation par les drains employée de la façon par nous indiquée, nous a rendue de grands services dans une certain nombre de cas: elle a même donné un bon résultat dans les cas, où la guérison n'a pas pu être obtenue par d'autres moyens de traitement.

Dans certains cas, quand il s'agit de petits enfants, la technique de l'introduction du drain est un peu différente. (voir: Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1937, H. 10).

Zwężenia krtani i tchawicy.

Doc. Dr ANTONI DOBRZAŃSKI

Ordynator Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Zwężenia krtani i tchawicy stanowią ważną dziedzinę w medycynie, gdyż wywołują one duszność, która potęgując się może zagrażać życiu chorego. Od czasu wprowadzenia laryngoskopii i tracheobronchoskopii aż do czasów najnowszych zaczęto się bliżej zajmować zwężeniami dróg oddechowych, podając ich opis, przyczyny je wywołujące, charakter ich i sposoby leczenia. Tu należy wymienić zasługi Schröttera, Chiarego, Killiana, Mikulicza i Kummela, O'Dwyera, Pieniązka, Thosta, Sargnon i Barlatier'a, Jacksona Chevalier'a, Brüggemanna, Uchermanna, Réthiego, Wittmaacka, Mouré'a, Schmiegelowa, Harmera, Iwanoffa, Charschaka, Cišlera, Vymoli, Kutwirta, Precechtel'a, Belinoffa, Sercera i wielu innych. Z autorów polskich wielu zajmowało się zwężeniami dróg oddechowych, największe jednak zasługi na tym polu położył Pieniążek. Prócz tego prace Kijewskiego, Jura-

sza, Baurowicza, Nowotnego, Sędziaka, Szeparowicza, Obalińskiego, Rydigiera, Szmurły, Lublinerera, Herynga, Pachonńskiego, Erbricha, Zalewskiego, Nowickiego, Laskiewicza, Lehma, Dobrzańskiego, Miodońskiego, Szumowskiego, Schwarzbarta, Jankowskiego i wielu innych, często oparte na licznych materiale klinicznym i sekcyjnym, szczególnie o ile chodzi o twardziel, wzbogaciły piśmiennictwo dotyczące zwężeń krtani i tchawicy.

Przyczyna wywołująca zwężenia krtani lub tchawicy może leżeć poza tymi narządami lub też w nich samych. Sprawy chorobowe sąsiednich narządów jak powiększone gruczoły szyjne, nowotwory szyi, wole, guzy śródpiersia, nowotwory przełyku, powiększona grasicca i inne mogą z powodu ucisku na krtani lub tchawicę wywołać zwężenie jej światła. Także ostre i przewlekłe ropne sprawy zapalne mogą przejść z narządów szyi lub śródpiersia na krtani, rzadziej na tchawicę i wywołać z powodu obrzęku zapalnego zwężenie światła.

Z przyczyn wewnątrz krtani powstających i wywołujących zwężenie krtani lub tchawicy należy wymienić ostry ropny stan zapalny w śluzówce lub w warstwach głębszych, a często w szkielecie chrzęstnym krtani, który może z powodu bardzo znacznego zwężenia światła, wymagać tracheotomii w przypadkach ciężkich. Zwężenie to często po kilkudniowym nasileniu ustępuje miejsca stanowi normalnemu lub też pozostaje jako trwałe z pozostawieniem blizn lub nieruchomości strun głosowych. Wymieniony powyżej ostry stan zapalny w krtani i tchawicy może powstać w przebiegu wszystkich prawie chorób zakaźnych, a przede wszystkim, grypy, róży, szkarlatyny, błonicy, tyfusu brzuszego i plamistego oraz odry. Najczęściej jednak błonica nawet w przypadkach intubowanych u dzieci pozostawia bliznowate zwężenia w krtani i tchawicy, a nieraz nawet całkowite bliznowate zamknięcie światła. Inne choroby zakaźne powodują częściej zapalenie chrząstek lub ich stawów i następne unieruchomienie strun głosowych. Dalej często występującą przyczyną powstawania zwężeń krtani i tchawicy są przewlekłe specyficzne procesy zapalne, a więc gruźlica, kiła, twardziel i promienica. Wymienione bowiem procesy chorobowe pozostawiają nawet po całkowitym wygojeniu się blizny w krtani lub tchawicy, które mogą powodować trwałe uszkodzenie funkcji krtani jako

narządu głosowego i oddechowego lub tchawicy jako narządu oddechowego.

Prócz tego nowotwory dobrotliwe, jak brodawczaki i polipy krtani oraz nowotwory złośliwe najczęściej raki krtani dają zwężenie światła wymienionych odcinków dróg oddechowych.

Czasowe zwężenie krtani, tchawicy lub oskrzeli mogą dać ciała obce, tkwiące w tych narządach do czasu ich usunięcia, wyjątkowo zaś tylko mogą wywołać trwałe zwężenie skutkiem uszkodzenia ich ściany.

Podobnie ciała obce przełyku lub dolnego odcinka gardła mogą przez wywołanie ropnego stanu zapalnego w ścianie krtani lub tchawicy spowodować zwężenie jej światła.

Wreszcie urazy zadane od zewnątrz pod postacią skaleczenia krtani lub tchawicy mogą pozostawić trwałe bliznowate zwężenie ich światła. Do urazów zewnętrznych musimy zaliczyć też zabiegi operacyjne, wykonane na krtani lub tchawicy, które w pewnych wypadkach mogą spowodować bujanie ziarniny w świetle lub wywołać blizny, względnie być przyczyną pewnego zniekształcenia szkieletu krtani lub tchawicy.

	Zwężenie krtani	Zwężenie tchawicy	Laryngofissura, tracheofissura lub tracheotomia	Operacje endolaryngealne	Rozszerzadło Schröttera	Czopy Thosta	Tracheo-bronchoskopia	Leczenie promieniami Rentgena	Dekaniulacja i operacja plastyczna	Śmiertelność
Twardziel	242	104	74	24	109	7	106	152	26	3
Brodawczaki	20	—	4	20	—	—	—	20	4	—
Ciała obce	6	14	9	8	5	—	14	—	—	3
Kiła	7	—	2	—	—	—	—	—	1	—
Diaphragma wrodzona	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Blizny pobłonicze	11	1	12	5	2	4	—	—	7	—
Uraz	4	—	4	2	2	—	—	—	4	—
Duże polipy	8	—	2	6	—	—	—	—	2	—
Promienica	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Ostry obrzęk zapalny	8	—	8	—	—	—	—	—	7	—
Razem	307	119	115	67	118	11	120	173	51	6

Szczególny przedmiot naszego rozważania stanowią trwałe zwężenia krtani i tchawicy bez względu na to, jakie przyczyny je wywołały. Spostrzeżenia moje zdobyte na materiale Kliniki otolaryngologicznej lwowskiej i Oddziału otolaryngologicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie w ciągu ostatnich

lat obejmują około 600 przypadków. Po wyłączeniu przypadków raka i gruźlicy, które jako takie wymagają osobnego bardzo szczegółowego omówienia, występuje na pierwszy plan twardziel (scleroma), która obejmuje 242 przypadków, leczonych klinicznie, niejednokrotnie z kilkoma nawrotami w ciągu kilku lub kilkunastu lat.

Prócz twardzieli obejmuje nasz materiał 20 przypadków brodawczaków krtani, 20 przypadków ciał obcych krtani i tchawicy lub oskrzeli, 8 przypadków ostrego stanu zapalnego krtani z silnym obrzękiem, 2 przypadki błony wewnątrzkrtańowej wrodzonej, 40 przypadków bliznowatych zwężeń krtani i tchawicy powstałych z różnych przyczyn, 7 przypadków dużych polipów krtaniowych i wreszcie 4 przypadki urazowego uszkodzenia krtani i tchawicy.

W przypadkach twardzieli krtani i tchawicy występowały niekiedy nacieki i blizny na nagłośni, dając jej przykurcz ku tyłowi a tym samym zwężenie światła krtani. Na więzadłach wrzekomych i prawdziwych dawały zmiany twardzielowe bliznowate zrosty między nimi. Pod strunami głosowymi występowały nacieki podwięzadłowe i blizny okrężne w krtani lub tchawicy lub też poprzeczne, dzielące ich światło. Nacieki te lub blizny w krtani lub tchawicy dawały nieraz tak znaczne zwężenie światła, że wymiar jego nie przekraczał 1—2 milimetrów. W leczeniu twardzieli równocześnie z innymi metodami stosowaliśmy zawsze mechaniczną dilatację, a to w tym celu, by prócz leczenia nacieków uzyskać zapobieganie tworzeniu się blizn zwężających światło, występujących wskutek cofania się nacieków twardzielowych. Dilatację tę stosowaliśmy wprowadzając na drodze wewnątrzkrtańowej intubatory Schröttera kauczukowe lub metalowe, albo też rury bronchoskopowe, w razie zaś obecności otworu w tchawicy dreny gumowe na nitkach, wprowadzonych przez otwór w tchawicy, lub wreszcie czopy Thosta wprowadzane przez otwór w tchawicy. Oczywiście rzecz, dilatacji w krtani w przypadkach bardzo rozległych nacieków i bardzo znacznego zwężenia nie rozpoczynaliśmy bez uprzedniego wykonania tracheotomii. Jedynie w przypadkach bardzo rozległych blizn niepodatnych na dilatację wykonywaliśmy rozcięcie krtani wraz z rozcięciem lub wycięciem blizn i następowym zeszcieniem krtani na drenie gumowym i tamponie z gazy, oddzie-

lając nieraz struny głosowe od siebie za pomocą włożonego między nie papieru Bilrotha. by zapobiec wtórnemu zrośnięciu się.

W przeciwieństwie do innych autorów, przede wszystkim rosyjskich (Charszak, Burak), nie stosowaliśmy laryngografissury w celu wycinania nacieków twardzielowych nawet przy bardzo dużym zwężeniu światła. W tych nawet przypadkach po wykonaniu tracheotomii i następowego rozszerzania światła krtani otrzymaliśmy bardzo dobre wyniki leczenia osiągając normalną szerokość światła, która pozwalała po pewnym czasie obserwacji na wyjęcie rurki tracheotomijnej. Zakładanie trwałych przetok krtaniowych w tych przypadkach uważamy za zbyteczne a nawet szkodliwe ze względu na to, że trwałe otwory tchawicy może spowodować pewne zniekształcenie krtani, wpływa ujemnie na głos i naraża chrząstkę krtani na wtórne zakażenie i zanik.

To nasze stanowisko zachowawcze chciałbym szczególnie podkreślić i stwierdzić, że wyniki tym leczeniem osiągnięte nie są gorsze, lecz przeciwnie znacznie lepsze niż te, które się osiąga za pomocą laryngofissury. Blizny w krtani i tchawicy staraliśmy się wyciąć za pomocą sztancy lub przepalić za pomocą galwanokauteru, a w łączności z tymi zabiegami zastosować dilatację. Chorzy łatwo przyzwyczajają się do trzymania rozszerzadeł Schröttera nawet w ciągu godziny. Przez otwór w tchawicy wprowadzaliśmy rury bronchoskopowe, by powodować rozszerzenie światła tchawicy, usunąć nacieki twardzielowe za pomocą podwójnych łyżeczek lub pojedynczej łyżeczki przez rurę wprowadzonej. Ponadto blizny okrężne lub poprzeczne w świetle krtani i tchawicy były przepalane za pomocą galwanokautera lub diatermii. W ten sposób postępując uzyskiwaliśmy bardzo szybko znaczne rozszerzenie światła tchawicy.

Na 20 przypadków brodawczaków krtani byliśmy zmuszeni w 4 wykonać tracheotomię. We wszystkich stosowaliśmy operacyjne usunięcie brodawczaków w laryngoskopia directa lub indirecta oraz następowe naświetlanie promieniami Rentgena. Wyniki tego leczenia, stosowanego nieraz w ciągu długoletniej obserwacji, były dość dobre.

Z 20 przypadków ciał obcych krtani, tchawicy i oskrzeli w jednym tylko przypadku powstało trwałe zwężenie oskrzela. Dotyczył on dwudziestoletniego mężczyzny, który w stanie nietrzeźwym aspirował spinkę. Spinaka ta tkwiła bez wiedzy chorego w ciągu 7 lat wywołując niedodmę jednego płuca i bardzo

rozległe rozstrzenie oskrzelowe. Spinękę tę wydobyto na drodze brochoskopii. W jednym przypadku wyjęto ostrą dużą kość, wciągniętą do krtani i wbitą w jej ścianę po rozcięciu krtani; inne zaś ciała obce wydobyto na drodze górnej, względnie dolnej bronchoskopii.

Z 7 przypadków kiły trzeciorzędnej musieliśmy w 2 wykonać tracheotomię i przeprowadzić szybko leczenie przeciwikiłowe, które dało bardzo znaczną poprawę, tak, że powracała również ruchomość nieruchomych przedtem strun głosowych.

Spośród 40 przypadków bliznowatych zwężeń krtani występujących z najrozmaitszych przyczyn mamy do zanotowania 2 przypadki wrodzonej przepony międzywiązadłowej, które były leczone drogą operacji endolaryngealnej. W 5 przypadkach tracheotomowanych z powodu błonicy utrudniona była dekanialacja. Po wykonaniu przypalenia za pomocą galwanokauteru granulacji w krtani lub ponad rurką się znajdujących mogliśmy z łatwością wyjąć rurkę i otwór tchawicowy plastycznie zamknąć. W 5 przypadkach bliznowatego zwężenia krtani a nawet całkowitego jej zarośnięcia po błonicy musieliśmy wykonać laryngofissurę, rozciąć blizny i dla wytworzenia światła założyć wałek Thosta lub dren gumowy. W 2 z tych przypadków uzyskaliśmy bardzo dobry wynik, trzeci zaś pozostaje jeszcze w leczeniu i nosi obecnie rurkę gumową. Wreszcie 3 pozostałe przypadki bliznowatego zwężenia po błonicy usunęły się od leczenia, nie chcąc się zgodzić na ewentualne zabiegi.

W 8 przypadkach ostrego obrzęku krtani, w których musieliśmy wykonać tracheotomię, mogliśmy po upływie około 2 tygodni usunąć rurki tracheotomijne tylko w 7 przypadkach, w jednym zaś wystąpiło unieruchomienie strun głosowych z powodu zesztynienia w stawach nalewkowo-pierścieniowych, które wymagało osobnego zabiegu operacyjnego.

W 2 przypadkach ciała obcego w dolnej części gardła nastąpiło unieruchomienie całkowite jednej połowy krtani prawdopodobnie skutkiem obrażenia mięśni lub stawu nalewkowo-pierścieniowego, które nie ustępowało w ciągu obserwacji kilkumiesięcznej.

W 4 przypadkach urazowego skaleczenia krtani i następowego zwężenia jej światła uzyskaliśmy bardzo dobre wyniki leczenia.

W pierwszym przypadku poprzecznego przecięcia krtani poprzez chrząstkę tarczykową wytworzyły się dwa guzy wrastającej ziarnicy od strony spoidła przedniego, które usunięto na drodze laryngofissury i wprowadzono dren do krtani. Następnie przez kilkakrotne przypalenie za pomocą galwanokauteru doprowadzono do znacznego obkurczenia się resztek ziarniny a tym samym do znacznego rozszerzenia światła krtani. Chory oddychał i mówił swobodnie.

W drugim znowu przypadku mieliśmy po poprzecznym przecięciu krtani w celach samobójczych rozległe wrosnięcie blizny do wnętrza krtani, upośledzające w bardzo znacznej mierze ruchomość strun głosowych. Po wykonaniu laryngofissury, rozcięciu i częściowym wycięciu blizn następowo zeszyto podpreparowaną śluzówkę. Rozdzielono obie struny za pomocą batystu Bilrota włożonego między nimi i w ten sposób uzyskano bardzo dobry wynik leczniczy, gdyż chory mógł oddychać i mówić swobodnie. Kontrolowany następnie dwukrotnie po upływie kilku miesięcy wykazywał stan zupełnie dobry.

W trzecim przypadku zranienia krtani nożem poprzez chrząstkę tarczykową wytworzyła się ziarnina wewnątrz krtani, która bardzo znacznie zwężyła jej światło. Ziarninę tę usunięto w laryngoskopia directa w directoskopie Hassliger'a i trzykrotnie przypalono galwanokauterem. Stan po leczeniu bardzo dobry.

W czwartym przypadku po przecięciu głębokim ligamentum conicum i chrząstki pierścieniowatej, w którym to otworze chory nosił rurkę a następnie powstała trwała przetoka krtaniowa szerokości około 3 cm, wykonaliśmy plastyczne zeszytanie pokrywając ubytek dwoma warstwami szwów zewnętrznego poprzecznego i podłużnego wewnętrznego i doprowadziliśmy w ten sposób do zamknięcia tak dużego ubytku krtani bez upośledzenia jej funkcji.

W jednym wypadku bliznowatego zwężenia tchawicy, wykonaliśmy tracheofissurę i założyliśmy dren gumowy, na którym zaszyliśmy ponownie ściany tchawicy. Wynik leczniczy był bardzo dobry.

W kilku przypadkach okrężnych i poprzecznych blizn tchawicy udało nam się za pomocą wycięcia i przypalania w bronchoskopii górnej lub dolnej oraz zapomocą następowego rozsze-

rzania rurami bronchoskopowymi doprowadzić do bardzo znacznego rozszerzenia światła.

Zbierając nasze spostrzeżenia nad leczeniem bliznowatych zwężeń krtani i tchawicy musimy podkreślić nasze postępowanie zachowawcze w leczeniu zwężeń krtani zwłaszcza pochodzenia twardzielowego, zachowując rozcięcie krtani dla form silnie zbliznowaciałych, które endolaryngealnie nie dadzą się usunąć, rozciągnąć lub przepalić. Podobnie w bliznowatych zwężeniach krtani nietwardzielowych staraliśmy się przeszkodę usunąć na drodze endolaryngealnej. Gdy zaś ta nie prowadziła do skutku wykonaliśmy zabieg operacyjny od zewnątrz, tj. rozcięcie krtani lub tchawicy. Następnie stosowaliśmy dilatację za pomocą drenów gumowych, czopów Thosta lub intubatorów Schröttera. Każdy przypadek zwężenia krtani wymaga na ogół indywidualnego traktowania. Oszczędzanie szkieletu krtani bez zakładania trwałych laryngostomów, które bez wątpienia przyczyniają się w znacznej mierze do pewnego zniekształcenia jej i upośledzenia funkcji głosowej, jest naszą podstawową zasadą. W przypadkach blizn lub ziarniny w świetle tchawicy prawie zawsze osiągamy dobre wyniki na drodze zabiegów tracheobronchoskopowych.

W końcu poczuwam się do milego obowiązku podziękowania JWPanu Profesorowi Zalewskiemu za łaskawe zezwolenie mi na korzystanie do niniejszej pracy z materiału Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.

Résumé.

A. Dobrzański. Sur le rétrécissement du larynx et de la trachée.

Le sujet principal qui nous intéresse est le rétrécissement durable du larynx et de la trachée, indépendamment aux maladies qui l'on causé. L'auteur présente ses observations prises sur un matériel de la clinique otolaryngologique de Lwów et du service otorhino-laryngologique de l'hôpital de l'Assistance publique. Le nombre des cas était environ de six cents au cours des onze dernières années: il faut en exclure les cas de carcinome et de tuberculose, qui exigent une discussion particulière. Au premier plan se posent les cas de sclérome se montant à 242, traités cliniquement, souvent avec renouvellement du traitement au

cours de quelques années. En outre il faut compter 20 cas de papillomes du larynx, 20 cas de corps étrangers du larynx, de la trachée et des bronches, 20 cas de sténose cicatricielle du larynx et de la trachée sans sclérome, 7 cas de grand polype du larynx, 4 cas de sténose cicatricielle, consécutive à une lésion traumatique et 8 cas d'oedème aigu du larynx.

Pour le traitement des infiltrations et cicatrices scléromateuses, à côté d'autres méthodes thérapeutiques, nous nous sommes servis de la dilatation mécanique afin de prévenir la formation des cicatrices rétrécissant la lumière du larynx. Nous avons appliqué cette dilatation en introduisant dans le larynx des tubes de Schrötter, ou des tubes bronchoscopiques par la voie naturelle. Toutefois dans les cas de trachéostome nous avons introduit des drains par l'ouverture de la trachée ou encore des bouchons de Thost. Nous avons réservé la laryngofissure seulement pour les cas avec cicatrices très étendues et ne se prêtant pas à la dilatation: par contre, nous ne l'avons pas appliquée pour l'excision des infiltrations scléromateuses comme le font d'autres auteurs, car même dans les cas de rétrécissements considérables nous avons obtenu de très bons résultats, après la trachéotomie et la dilatation consécutive. Nous avons tenté d'exciser les cicatrices au moyen de l'estampe ou de les cautériser par le galvano-cautère.

Parmi les 20 cas de rétrécissement cicatriciel du larynx nous avons exécuté dans 2 cas l'excision et la cautérisation du diaphragme congénital. Dans 5 cas trachéotomisés à cause de diphtérie, où la présence de granulations dans le larynx ou dans la trachée a empêché la décanulation on a dû cautériser ces granulations et ensuite on a pu facilement enlever la canule et suturer l'ouverture. Dans 5 cas de rétrécissement cicatriciel du larynx, dont 3 cas après diphtérie et 2 après une blessure du larynx par une tentative de suicide, on a fait la laryngofissure et par cette voie on a procédé l'excision des cicatrices et à la suture du larynx en y laissant un drain en caoutchouc. Dans un autre cas nous avons placé le papier de Billoth entre les cordes vocales pour en empêcher la concrétion. De plus nous avons exécuté à plusieurs reprises la cautérisation par voie endoscopique des granulations à l'intérieur du larynx, formées après une blessure extérieure du larynx.

Analogiquement nous avons fait dans un cas de rétrécissement cicatriciel de la trachée, la trachéofissure avec section

des cicatrices et, à nouveau, suture de la trachée en y laissant un drain. Dans quelques autres cas de cicatrices circulaires ou transversales en pratiquant la cautérisation et la section des cicatrices ainsi que la dilatation consécutive avec le tube bronchoscopique nous avons réussi à obtenir une lumière suffisante de la trachée.

De cette façon nous avons obtenu de très bons résultats en appliquant le traitement conservatif par les voies endoscopiques dans la majorité des cas de rétrécissement cicatriciel du larynx et de la trachée.

Obraz kliniczny agranulocytozy lub tzw. angina agranulocytotica¹⁾.

Docent Dr ANTONI DOBRZAŃSKI.

Ordynator Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Od czasu opisanego przez Wernera Schulza w roku 1922 pewnego schorzenia tzw. agranulocytozy, którego najcharakterystyczniejszym objawem jest brak we krwi granulocytów tj. ziarnistych postaci białych ciałek krwi, ukazuje się szereg publikacyj we wszystkich prawie krajach a szczególnie w Niemczech, Ameryce, Krajach północnych i u nas. Autorowie ci bądź opisują przypadki o takim samym przebiegu chorobowym, jak je opisał Schulz, bądź też przypadki o obrazie chorobowym zbliżonym do wymienionego.

Na podstawie swoich spostrzeżeń stwierdza Schulz, że agranulocytoza jest chorobą, która atakuje przeważnie kobiety w średnim wieku, rzadziej zaś mężczyźni. U chorych na agranulocytozę nie stwierdza się ani gorszego odżywienia, ani też oznak szczególnych anomalij konstytucjonalnych. Agranulocytoza według Schulza zaczyna się zwykle nagle wysoką ciepłotą i ogólnym osłabieniem. W gardle a w szczególności na migdałkach, rzadziej na dziąsłach, języku, w krtani, czasem w narządach płciowych stwierdza się zmiany w postaci owrzodzeń z dyfterytycznym nalotem, lub powierzchowną, czasem nawet sięgającą w głąb

¹⁾ Referat wygłoszony na XI Zjeździe otolaryngologów polskich we Lwowie 1954 r. oraz w Lwowskim Towarzystwie Lekarskim.

martwicę, zwłaszcza na dnie jamy ustnej. Na skórze i na spojówkach widoczne jest żółtaczkowe zabarwienie. Narządy wewnętrzne, a w szczególności serce i płuca nie wykazują większych zmian klinicznych, śledziona zaś i wątroba zwykle są mało powiększone. Najcharakterystyczniejszą cechą tego schorzenia jest według Schulza obraz krwi, który charakteryzuje się bardzo znacznym zmniejszeniem się ilości ciałek białych (leukocytów) do kilkuset zamiast 6000—7000 w 1 mm³, przy czym ilość wielojądrowastych spada — zamiast do 60% — do kilku procent a nawet do zera. W utrzymującej się jeszcze skąpej ilości ciałek stwierdzamy w pierwszym rzędzie limfocyty w bardzo zwiększonej procentowej ilości, bo dochodzącej do 80% zamiast normalnych 25—30%. Ilość ciałek czerwonych i ilość hemoglobiny jest w przypadkach agranulocytozy naogół niezmienniona, czym różni się ona od innych postaci niedokrwistości a w szczególności tzw. niedokrwistości złośliwej. U chorych na agranulocytozę niema według Schulza objawów skazy krwotocznej. Na ogół też przypadki agranulocytozy — według Schulza — w swej typowej postaci są prawie zawsze śmiertelne. Czas trwania tego schorzenia wynosi 10—14-tu dni.

Jako przyczynę powstania agranulocytozy podaje Schulz infekcyjno-toksyczne działanie na organizm pewnego wirusa ze szczególnem powinowactwem do szpiku kostnego. Różniczkowo wchodzi w grę według Schulza: po pierwsze, ostra aleukocytomiczna białaczka, którą musi charakteryzować powiększenie narządów chłonnych; po drugie, niedokrwistość aplastyczna, w której jednak głównie spada ilość ciałek czerwonych i płytek; po trzecie, ostra posocznica, w której stwierdza się leukocytozę, jakkolwiek tylko w bardzo rzadkich a nawet wyjątkowych wypadkach może według niektórych autorów wystąpić również leukopaenia. W odróżnieniu więc od ostrej białaczki, której towarzyszy zawsze zasadniczo leukocytoza oraz powiększenie gruczolów chłonnych (śledziona) w przypadkach agranulocytozy typu Schulza tego niema.

Niedokrwistość aplastyczna może posiadać obraz kliniczny podobny do agranulocytozy, lecz uszkodzenie szpiku kostnego dotyczy całej tkanki szpikowej, a więc także wytwarzającej ciałka czerwone, w agranulocytozie zaś mamy jedynie uszkodzenie tkanki szpikowej, wytwarzającej ciałka białe z ziarenkami.

Stany ciężkiego zakażenia posoczniczego wywołanego przez jakiegokolwiek zarazki ropotwórcze, charakteryzują się przede wszystkim leukocytozą oraz powiększeniem wątroby, śledziony i gruczołów chłonnych.

Po opisaniu przez Schulza agranulocytozy jako osobnej postaci chorobowej, ukazał się szereg publikacyj i aż do ostatnich czasów temat ten jest obszernie w piśmiennictwie omawiany. Jedni autorowie jak Schulz, Friedman, który nadał temu schorzeniu nazwę *angina agranulocytotica*, Rother, który dołączył do opisanego przez Schulza obrazu także zmiany martwicze w śluzówce przewodu pokarmowego, Elkeles i inni uważają agranulocytozę jako odrębne schorzenie, zupełnie samoistne, czyli jako osobną jednostkę chorobową, drudzy zaś jak Zadek, Weiss, Lenhart, Żikowski, Klemperer, u nas Lipiński, Appermanówna i Berest oraz inni uważają, że agranulocytoza nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz jest tylko objawem odrębnej reakcji szpiku kostnego na różne szkodliwe czynniki, stąd też pochodzą różne nazwy dla przypadków agranulocytozy nadawane przez różnych autorów, jak: *angina agranulocytotica Friedemana*, *mucositis necroticans agranulocytica Weissa*, *agranulocytosis septicaemica simplex Jedliczki*, *agranulocytose pure* — Aubertin et Robert Levi, *stomatitis gangrenosa myelophthisica Jaffé-Spenglera*, — *maladie septique avec atrophie du système agranulocyttaire* — Challier, Martinot. Według Friedemana śmiertelność wynosi około 91% wszystkich przypadków zebranych z piśmiennictwa. Także w piśmiennictwie polskim mamy kilkanaście przypadków agranulocytozy ogłoszonych przez różnych autorów np. Tempkę, Brauna i Sosina, Lipińskiego, Appermanówną i Beresta, Kryszeka, Urysona, Mikułowskiego i innych. Niektóre z tych przypadków odpowiadają całkowicie agranulocytocie typu Schulza, inne zaś innym schorzeniom krwi jak np. białaczce, niedokrwistości lub posocznicy z odczynem granulocytarnym.

Naegeli w swym podręczniku o chorobach krwi z roku 1955 nazywa agranulocytozę granulocytopenię typu Schulza i dopuszcza w niej obecność bardzo skąpej ilości granulocytów. Poza tym zaś odróżnia agranulocytozę objawową w przebiegu innych chorób.

Morawitz i Brugsch pisząc o chorobach krwi w *Neue Deutsche Klinik* 1955 r. starają się podzielić agranulocytozę pod

względem klinicznym na dwie grupy: pierwsza ma tzw. pierwotną agranulocytozę typu Schulza o etiologii niedokładnie znanej oraz na tzw. agranulocytozę wtórną, występującą na skutek działania trucizn różnego rodzaju, jakoteż na skutek energii promieniotwórczej. Z chemicznych trucizn, które mogą doprowadzić do agranulocytozy, wymieniają w pierwszym rzędzie benzol i jego połączenia oraz arsen i jego pochodne: następnie wchodziłyby tu w grę oprócz trucizn chemicznych, tucziny bakteryjne, które również mogą wywołać objaw agranulocytozy, odbiegające jednak od obrazu agranulocytozy typu Schulza przez to, że brak granulocytów nie jest w tak wysokim stopniu uwydatniony, jak przy agranulocytozie Schulza, oraz, że uszkodzenie szpiku dotyczy także tkanki erytroblastycznej a w szczególności miejsca tworzenia się ciałek czerwonych. Mówi się wówczas o posocznicy z odczynem agranulocytarnym, która łączy się często ze skazą krwotoczną.

Przez naświetlania promieniami Roentgena można doświadczalnie wywołać u małych zwierząt agranulocytozę, u osób zaś naświetlanych promieniami Roentgena, radem lub torem są obserwowane obrazy krwi z agranulocytozą, jednak częściej stwierdza się na skutek uszkodzenia energią promieniotwórczą obraz krwi taki, jaki spotykamy przy białaczce lub niedokrwistości. Były również obserwowane przypadki agranulocytozy w stadium wcześniejszym aniżeli wówczas, kiedy wystąpiły już objawy ostrego ciężkiego schorzenia. Opisano też przypadki agranulocytozy po zapaleniu ucha środkowego, po anginie, po wyjęciu zęba, ropieniu dziąseł oraz w przebiegu zapalenia woreczka żółciowego. Pod względem bakteriologicznym nie stwierdza się, w przypadkach agranulocytozy typu Schulza, jednego gatunku zarazków w nalotach nekrotycznych w gardle a także we krwi, z której wyhodowanie zarazków w przypadkach agranulocytozy należy do bardzo wielkiej rzadkości, gdyż krew najczęściej jest jałowa. Z zarazków stwierdzonych w nalotach wymienia się najczęściej łańcuszkowce, gronkowce, pałeczkę ropy błękitnej, pałeczkę okrężnicy, dwoinkę płuc oraz maczugowce Löfflera. Rozpoznanie przypadku agranulocytozy typu Schulza nie będzie natrafiało na trudności, o ile pomyślimy o badaniu krwi stanąwszy wobec objawów ciężkiego schorzenia z martwiczymi zmianami w jamie ustnej, gardle lub krtani i żółtaczkowym zabarwieniem skóry. Badanie krwi na ciała utwierdzi nas w rozpoznaniu.

W ostatnich czasach dodano też inne objawy do powyżej opisanym, a mianowicie spostrzegano herpes labialis, naciek okołomigdałkowy naśladowujący ropień, martwicę spojówek i obrzęk powiek, różne wyrzuty na skórze, ropne pęcherze lub też rumień skóry.

Jako leczenie podają różni autorowie w pierwszym rzędzie naświetlanie promieniami Roentgena w małych dawkach, dla pobudzenia szpiku kostnego długich kości do reakcji, transfuzję krwi od osobników, u których wywołano poprzednio sztucznie leukocytozę zastrzykiem adrenaliny, neosalvarsanem, wreszcie leczenie preparatem amerykańskim pentanukleotit K 96, uzyskanym z białka roślinnego, po którym w 5 dni ma występować poprawa. Oczywiście rzecz, że wszystkie te sposoby leczenia mogą być stosowane, o ile stan chorego nie jest tak bardzo podupadły, jak to zwykle bywa.

W obserwacji swojej miałem cztery przypadki agranulocytozy a mianowicie trzy z nich dotyczyły kobiet a jeden mężczyzny. Przedstawię pokrótce przebieg ich choroby:

Przypadek I. Chora lat 54, z zawodu służąca, podaje, że obecna choroba zaczęła się przed 5-ma tygodniami silnym bólem głowy, dreszczami, silnym bólem gardła i ciepłotą do 39° C. Wezwany lekarz stwierdził pryszczykowe zapalenie gardła i polecił proszki do zażywania oraz płukanie gardła. Po kilku dniach wystąpiła poprawa, która trwała przez 6 dni, po czym wystąpiły znowu bóle przy połykaniu, podwyższenie ciepłoty do 38° C. oraz ból w uchu lewym, z którego po 4-rech dniach wystąpił wyciek ropny. Po dalszych kilku dniach wystąpiły ponownie dreszcze i podniesienie ciepłoty do 40° , która się utrzymuje na tej wysokości w ciągu 2-dni. Z powodu tego lekarz skierowuje chorą do Szpitala Ub. Sp., sądząc, że przyczyną tego stanu jest ropienie ucha, celem ewentualnej operacji.

Stan dnia 2. II. 1934:

Chora o budowie kośćca silnej, o dobrym odżywieniu, bladobółtaczkowym zabarwieniu skóry i spojówek robi wrażenie bardzo ciężko chorej. Nie może o własnych siłach podnieść się ani obrócić. Ciepłota ciała wynosi $39,8^{\circ}$, tętno 75 uderzeń na minutę. Płuca bez zmian, w sercu stwierdza się objaw osłabienia mięśnia sercowego (myocarditis). Neurologicznie stwierdza się brak zmian w obrębie nerwów mózgowych oraz brak sztywności karku, natomiast odruchy kolanowe i Achillesa obustronnie słabe.

W gardle silne zaczerwienienie łuków podniebiennych, za którymi stwierdza się płaskie ubytki jakby owrzodzenia, pokryte brudnymi nalotami. Badanie laryngoskopowe pozwala stwierdzić ciemną martwicę lewej połowy krtani, obejmującą nagłośnię, chrząstkę nalewkową i więzadło nalewkowo-nagłośniowe oraz obrzęk ciała krtani wraz ze zwężeniem jej światła. Struny głosowe z powodu obrzęku nie są widoczne. Ucho prawe bez zmian. W uchu lewym przewód uszny nieznacznie zwężony z powodu obrzęku, błona bębenkowa silnie obrzęknięta i zaczerwieniona wykazuje przedziurawienie w dolnym przednim odcinku oraz obecność w niej skąpej ilości śluzowo-ropnej wydzieliny. Słuch upośledzony dla niskich i wysokich tonów w uchu lewym. Wyrostek sutkowy lewy nieobrzęknięty i niebolesny prócz lekkiej ikliwości na szczycie.

Badanie bakteriologiczne nalotu z gardła wykazuje w preparatach barwionych według Gramma: prawie wyłącznie łańcuszkowce, gronkowce i saprofityczne pałeczki.

Badanie krwi na ciała białe wykazuje: ilość ciałek białych 700, w tym segmentowanych 0, pałeczkowatych 0, młodych 0, eozynochłonnych 0, tucznych 0, limfocytów 97—98%, monocytów 2%. Kształt ciałek czerwonych i zabarwienie prawidłowe.

Wobec powyższego badania krwi i innych objawów rozpoznanie agranulocytozy typu Schulza jasne.

Chora otrzymała środki nasercowe w zastrzykach, rozpylanie antivirus do gardła, wodę utlenioną do ucha oraz okład z wody Burowa na szyję. Następnego dnia, wśród duszności i osłabienia tętna, chora zmarła. Rozpoznanie sekcyjne: Tonsillitis et pharyngitis necroticans ulcerosa, necrosis mucosae pharyngis et laryngis, oedema aditus ad laryngem, tumor lienis acutus, emphysema pulmonum, dilatatio et hypertrophia cordis dex., infiltratio adiposa myocardii, infarctus renis sin., pyelitis chr. exacerbata.

W przypadku tym można było myśleć w pierwszej chwili, że mamy do czynienia z ciężkim zakażeniem wychodzącym z ucha o charakterze posocznicy, wówczas więc wchodziłby w grę zabieg operacyjny wobec ciężkiego stanu chorej; z takim też wskazaniem chora była przysłana do Szpitala. Przeciw temu jednak, że ten ciężki stan chorej jest wywołany zapaleniem ucha środkowego oraz wyrostka sutkowego, przemawiał w pierwszym rzędzie typ gorączki o charakterze stałym, bez remisji, następnie brak objawów ze strony wyrostka sutkowego oraz martwicze

zmiany w krtani. We właściwym zaś rozpoznaniu utwierdził nas obraz krwi, który przemawiał jedynie za agranulocytozą typu Schulza z równoczesnym ropnym zapaleniem ucha środkowego. Na sekcji okazało się, że wyrostek sutkowy wcale nie był zajęty, ropny stan zapalny ograniczał się jedynie do jamy bębnekowej. Zatoka żylna miała wygląd prawidłowy. Przypadek ten jest ze stanowiska oto-laryngologicznego bardzo pouczający, gdyż wykazuje on doniosłą wartość badania krwi na leukocytozę. Może on też poprzeć tę teorię, że ropne zapalenie ucha może być punktem wyjścia zakażenia dla agranulocytozy.

Przypadek drugi: chory lat 58, z zawodu maszynista, przebywał czterokrotnie w Szpitalu w ostatnim roku. Po raz pierwszy zgłosił się w sierpniu 1935 r. powodu bólów w podżebrzu lewym, z powodu których przebywał w ciągu 4-ch tygodni na oddziale chorób wewnętrznych.

Badanie roentgenologiczne wykazało duży, owalny cień w podżebrzu lewym, odpowiadający śledzionie, w stanie znacznie powiększonym.

Badanie krwi wykazuje: ilość ciałek czerwonych 5 500 000
ilość ciałek białych 4 160, w tem 8% pałeczkowatych, 55% segmentowanych, 1% kwasochłonnych, 3% monocytów, 33% limfocytów, 85% hemoglobiny.

Badanie wewnętrzne pozwoliło stwierdzić w zakresie płuc furczenia i świsty, przerost lewego serca a w podżebrzu lewym macalny guz, wdechowo niezbyt wyraźnie ruchomy, który umiejscowieniem i kształtem przypomina powiększoną śledzionę. Przypuszczalne rozpoznanie na podstawie badania konsyliarnego z chirurgiem ustalono na splenomegalia. Pod wpływem leczenia za pomocą środków przeciwpasteczynnych (papaweryna) chory uczył poprawę i na własne żądanie został wypisany, gdyż naświetlania promieniami Roentgena nie chciał się zgodzić.

Uderzające w tym przypadku jest znaczne zmniejszenie ilości ciałek białych, jakkolwiek procentowy skład odpowiadał mniej więcej normalnemu stanowi. Badania kontrolne kilkakrotnie potwierdzały to.

Po tygodniu pobytu w domu chory zgłosił się znowu w tym stanie jak poprzednio, przy czym badanie krwi wykonane wówczas wykazało: ciałek czerwonych 4 190 000, ciałek białych 3 000, w tem 8% pałeczkowatych, 57% segmentowanych, 2% kwasochłonnych, 3% monocytów i 30% limfocytów.

Badanie krwi powyższe wskazuje na jeszcze większy spadek ilości białych ciałek krwi.

Chory po otrzymaniu serii naświetlań opuścił szpital. Po pięciu miesiącach chory zgłosił się ponownie i podał, że po naświetlaniach Roentgenem czuł się dobrze przez okres 5-ciu tygodni, następnie wystąpiły znowu bóle w lewym podżebrzu, promieniujące ku dołowi. Badanie brzucha wykazuje obecność guza w lewym podżebrzu jak poprzednio, poza tym stan wewnętrzny od poprzedniego badania niezmienny. Krew cytologicznie wykazuje: ciałek czerwonych 4 240 000 ciałek białych 8 100 w tym pałeczkowatych 6%, segmentowanych 56%, młodych 1%, kwasochłonnych 2%, tucznych 5% limfocytów 24%, monocytów 6%.

Na zabieg operacyjny nie zgadza się, po otrzymaniu serii naświetlań opuścił szpital.

Widzimy obecnie, że po pierwszej serii naświetlań ilość ciałek białych znacznie się zwiększyła, bo z 5 000 na 8 000.

Po upływie 6 tygodni przywieziono chorego w stanie bardzo ciężkim, charakteryzującym się sinicą warg i kończyn górnych, przyśpieszonym oddechem, bardzo szybkim drobnym tętnem, oraz żółtaczkowym zabarwieniem skóry i spojówek. Rodzina chorego podaje, iż zachorował nagle przed 4-ma dniami, przy czym wystąpiły dreszcze i gorączka, dochodząc do 39° oraz ból gardła. Mimo polecenia lekarza, przewiezienia chorego do szpitala, pozostawiła go rodzina przez 3 dni w domu i dopiero obecnie w stanie bardzo ciężkim przywieziono chorego do szpitala.

Badanie gardła pozwala stwierdzić obrzęk i martwicę podniebienia miękkiego po stronie lewej oraz obrzęk krtani, szczególnie w okolicy chrząstek nalewkowych i podwiązadłowej. Badanie wewnętrzne wykazywało bardzo znaczne osłabienie mięśnia sercowego, oraz rozsiane rzężenia ponad płucami.

Badanie krwi wykazało: ilość ciałek czerwonych 4 700 000; ilość hemoglobiny 75%, ciałek białych 800, w tem granulocytów 0, limfocytów 84%, monocytów 16%.

Bardzo ciężki stan chorego wraz ze zmianami martwiczemi w gardle oraz obraz krwi wykazujący całkowity brak granulocytów utwierdziły nas w rozpoznaniu agranulocytozy typu Schulza. Po 4-ech godzinach nastąpiło zejście śmiertelne, mimo podania środków nasercowych i tlenu.

Przypadek jest niezwykle ciekawy ze względu na długą obserwację, w jakiej pozostawał w szpitalu. Nie ulega wątpliwości,

że mieliśmy do czynienia z organizmem mniej wartościowym pod względem ogólnej odporności z powodu znacznego zmniejszenia ilości ciałek białych we krwi do połowy normalnej. Widocznie zachodziło już wówczas u chorego uszkodzenie szpiku kostnego w części wytwórczej dla ciałek białych. Po naświetlaniach promieniami Roentgena, które początkowo pobudziły szpik kostny, wystąpiło znaczne zwiększenie ilości ciałek białych aż ponad normę do 8 000, a następnie po kilku tygodniach całkowite jakby porażenie wytwórczości ciałek białych i wystąpienie nagle typowych objawów agranulocytozy. Można by tu mówić o wystąpieniu agranulocytozy po naświetlaniach promieniami Roentgena, lecz u osobnika już o bezwzględnie zmniejszonej wartości wytwórczej szpiku kostnego.

Sekcja rozpoznanie agranulocytozy potwierdziła. Stwierdzono: Tonsillitis lacunaris necroticans, splenomegalia, oedema laryngis.

Przypadek trzeci: Chora lat 47, podaje, że od 25 lat cierpi na bóle w stawach z przerwami. Miewała często pokrzywkę na skórze, zwłaszcza po spożyciu mięsa wieprzowego. Obecna choroba zaczęła się przed 2-ma tygodniami ogólnym osłabieniem, brakiem apetytu, oraz bólem w gardle. Miała również dreszcze, wymioty i gorączkę. Przed tygodniem wystąpiły u chorej bardzo silne bóle w gardle i trudności w połykaniu a temperatura dochodziła do 39°. Stan ten utrzymuje się dotychczas. Chora budowy kośćca średniej, otyła, ma skórę bladą i suchą. Na spojówkach widoczne żółtaczkowe zabarwienie. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian w płucach i w sercu.

Badanie jamy ustnej wykazuje: uzębienie dość dobrze utrzymane, błona śluzowa blada, łuki podniebienne żywo czerwone, migdałki powiększone i obrzękłe, o powierzchni nierównej, z widocznymi brudno-szarymi nalotami w mieszczkach. Na dolnych biegunach migdałków widoczne głębokie owrzodzenia, pokryte brudno-szarym nalotem. Błona śluzowa nasady języka i krtani zaczerwieniona, więzadła zaróżowione, dobrze ruchome. Gruczoły podszczękowe niepowiększone, niebolesne. Wątroba macalna pod łukiem, nietkliwa: śledziona niepowiększona. Ciepłota 38,2°. Bakteriologiczne badanie nalotu wykazuje: w preparatach barwionych według Gramma bardzo liczne różne gronkowce, dość liczne nitki grzybków, nieliczne laseczki gramododatnie i nieli-

czne krętki. Prątków Löfflera ani w preparatach ani w hodowli nie znaleziono.

Badanie krwi cytologiczne: wykazuje ilość ciałek białych 1 100, w tym pałeczkowatych 8%, segmentowanych 12%, limfocytów 80%. Wobec powyższego stanu chorej i badania krwi, ustalono rozpoznanie na granulocytopenię, określoną przez Negellego, zbliżoną do typu agranulocytozy Schulza. Zastosowano zastrzyki neosalwarsanu oraz naświetlanie Roentgenem długich kości szkieletu. Prócz tego podano środki nasercowe. Mimo tego leczenia, wystąpiły u chorej owrzodzenia w jamie ustnej, na dziąsłach, oraz brudny nalot na nagłośni. Prócz tego wystąpiły powierzchowne nadżerki w okolicy odbytnicy. Wystąpiło również żółtaczkowe zabarwienie skóry. Chora otrzymuje w dalszym ciągu naświetlanie Roentgenem. Ilość ciałek białych po tygodniu wzrosła do 2 450, w tym 16% pałeczkowatych, 54% segmentowanych, 1% monocytów i 29% limfocytów. Ogólny stan chorej nieco się poprawił, podgoiły się owrzodzenia w gardle, jednakowoż wystąpiła po stronie prawej pod językiem, na dnie jamy ustnej martwica, dająca głębokie owrzodzenie, odsłaniające wyrostki zębowe oraz szczękę dolną, wystąpił również po tej samej stronie silny obrzęk ślinianki podszczękowej. Martwica ta w następnych dniach rozszerza się i pogłębia, tak że musiano usunąć kilka chwiejących się zębów w szczękę dolnej. W następnych dniach wystąpił też znaczny obrzęk języka, który przeszedł również w zgorzel po stronie prawej. Równocześnie z wystąpieniem zgorzeli na dnie jamy ustnej zaczyna spadać ilość ciałek białych z powrotem do 1 000, a następnie jeszcze poniżej z wyraźnym przesunięciem procentowego rozkładu w kierunku zwiększenia się limfocytów a zmniejszenia ciałek białych ziarnistych. Następnie ilość ciałek białych spada do 550, przy równoczesnym zwiększeniu limfocytów do 46%, a segmentowanych ilość zmniejszyła się do 58%, zaś pałeczkowatych zwiększyła się do 12%.

Po 5-tygodniowym pobycie, mimo leczenia zapomocą naświetlań promieniami Roentgena i zastrzyków neosalwarsanu zgorzel na dnie jamy ustnej pogłębiła się tak znacznie, że widoczna była również czarna plama zgorzelinowa na skórze w okolicy podszczękowej prawej, wielkości 2 złotych, przy czym stwierdzało się zagojenie się owrzodzeń w gardle i zniknięcie nalotu na nagłośni. Stan o objawach ogólnego ciężkiego zakażenia, z rozległą martwicą na dnie jamy ustnej, zajmującą język i szczękę dolną, pogarsza się jeszcze więcej i doprowadza do zejścia śmiertelnego.

Mamy w powyższym przypadku do czynienia z obrazem klinicznym, odpowiadającym w zupełności agranulocytozie typu Schulza, jakkolwiek początkowo spadek procentowy ziarnistych postaci ciałek białych nie był zupełny, jak w przypadkach poprzednich. Widzimy w przebiegu choroby pod wpływem leczenia promieniami Roentgena pewną nawet poprawę, dość wybitną w obrazie krwi, gdyż ilość ciałek białych wzrasta do 2 500, a rozdzielnik procentowy zbliża się prawie całkowicie do normalnego, pomimo tego chwilowego polepszenia się występuje szybki ponowny spadek w ciągu kilkunastu dni następnych, który wśród objawów ciężkiego zakażenia ogólnego i wraz z głęboką martwicą na dnie jamy ustnej doprowadza do końcowego stadium obrazu klinicznego, typowej agranulocytozy Schulza.

Czwarty przypadek: chora lat 68, podaje, że od kilku lat cierpi na cukrzycę, z powodu której leczyła się. Przed kilku miesiącami przechodziła ciężkie zapalenie żył kończyn dolnych. Lekarze stwierdzili również zapalenie nerek. Od 5-ciu dni chora zauważyła, że przy jedzeniu ma trudności w przełykaniu. Wystąpiły bóle w gardle coraz silniejsze, zwłaszcza po stronie prawej. Bóle od okolicy migdałków promieniują do prawego ucha i do prawej połowy głowy. Cierpi również na silne bóle i szum w głowie i uszach. Chora o budowie kośćca silnej jest otyła. Stan chorej ciężki, a oddech utrudniony. Skóra jak również śluzówki o żółtaczkowym zabarwieniu.

Badanie laryngologiczne wykazuje: nos pozostaje bez szczególnych zmian, gardło ma błonę śluzową na podniebieniu zaczerwienioną, na nagłośni oraz na prawej połowie krtani widoczne są martwicze naloty. Migdałki zaczerwienione, pokryte drobnymi, białymi nekrotycznymi nalotami. Ciepłota 37,6°, tętno 124, nitkowane, równe.

Badanie wewnętrzne wykazuje: osłabienie mięśnia sercowego znacznego stopnia. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 800 (badanie pierwsze), ciałek białych 700 (badanie drugie po dwóch godzinach), segmentowanych 2%, pałeczkowatych 0, młodych 0, kwasochłonnych 0, tucznych 0, limfocytów 98%, monocytów 0.

Krew pobrana powtórnie po 6-ciu godzinach wykazuje obecność ciałek białych w ilości 500, ciałek czerwonych 5 050.

Badanie moczu wykazuje: barwa burgundzka — białko, wyraźny ślad, cukier, aceton, kwas octowy ujemny, urobilino-

gen silnie wzmożony, osad: nieliczne przybłonki rozpadłe, liczne wałeczki ziarniste, zdegenerowane, dość liczne szkliste.

Podbarwienie żółtaczkowe.

Polecono chorej: inhalacje tlenu oraz ol. camphor. 25% podskórnie.

Godz. 16-ta, po 8-miu godzinach, stan chorej bardzo ciężki, duszność coraz większa, pojawia się sinica kończyn dolnych i górnych, oraz twarzy. Podawane środki nasercowe bez efektu. Godz. 19,50 nastąpiło zejście śmiertelne. Przypadek nie był sekcjonowany.

We wszystkich czterech przypadkach opisanych powyżej, mieliśmy w obrębie gardła i krtani zmiany chorobowe, uwidocznione bądź to w postaci owrzodzeń zajmujących migdałki, bądź też martwicy o zabarwieniu sinym, przechodzącej następnie w całkowity rozpad tkanek nią objętych, umiejscowionych bądź na podniebieniu miękkim bądź też na języku, na dnie jamy ustnej oraz na szczęcie dolnej. Martwicę z obrzękiem spostrzegliśmy również w krtani. Badanie bakteriologiczne nalotów pokrywających te miejsca matrwicze, nie dały w naszych przypadkach żadnej jakiejś jednolitej flory bakteryjnej, lecz przeważnie mieszaną, składającą się najczęściej z łańcuszkowców, następnie gronkowców, gramododatnich laseczek i pojedynczych krętków. Na tej podstawie możemy twierdzić, że nieistotnym jest w przypadkach agranulocytozy rodzaj zarazka, gdyż go nie znamy, względnie w dotychczasowych dociekaniach różnych autorów nie udało się stwierdzić chorobotwórczości któregoś z wymienionych zarazków dla agranulocytozy. Dlatego istotnym w agranulocytozie wydaje się nam sposób oddziaływania organizmu o bezwzględnie zmniejszonej odporności na zakażenie. Organizm taki nie posiada zupełnie zdolności wytwarzania sobie ciał obronnych, którymi w pierwszym rzędzie są ciała białe krwi. Według Sosina organizm dotknięty przewlekłym ropieniem w jakimkolwiek narządzie może wskutek ponownego zakażenia nie mieć zdolności do wytworzenia ciał obronnych i ulega agranulocytozie.

Pod względem klinicznym mieliśmy w naszych przypadkach wszystkie objawy agranulocytozy, jakie jej przypisuje Schulz. Czy agranulocytoza jest schorzeniem zupełnie samoistnym, czy też tylko pewnym zespołem stałych objawów klinicznych jest rzeczą dotychczas nierozstrzygniętą. Klinicznie obraz jest tak

charakterystyczny i tak odrębny od pokrewnych schorzeń krwi i zakażenia, że może być uważany za pewną odrębną formę zakażenia ogólnego. Zapoznanie się z obrazem klinicznym agranulocytozy ma bardzo ważne znaczenie dla nas laryngologów z tego względu, że jakkolwiek agranulocytoza występuje stosunkowo rzadko, to jednak przypadek taki może nas postawić w bardzo kłopotliwym położeniu w stosunku do chorego i jego otoczenia, o ile w czas nie zorientujemy się i nie polecimy wykonać badania krwi.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękowania W. Pani Dr Z. Czeżowskiej, ordynatorowi Oddziału wewnętrznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, za użyczenie mi historii chorób obserwowanych i leczonych wspólnie wyżej opisywanych przypadków.

Résumé.

A. Dobrzański. L'aspect clinique de l'agranulocytose. Après la description de l'aspect clinique de l'agranulocytose selon le type de Schulz l'auteur cite 4 cas traités à l'hôpital de l'Assistance publique à Lwów ces dernières années. Dans tous ces cas il se manifestait dans le pharynx et le larynx des ulcérations placées sur la surface des amygdales. En outre la nécrose superficielle ou profonde était visible à la voûte du palais, sur la langue, au fond de la cavité buccale ainsi que sur le maxillaire inférieur. De plus, on pouvait constater l'oedème et la nécrose superficielle dans le larynx.

A côté de toutes les descriptions de ces signes on pouvait trouver les symptômes généraux décrits par Schulz tels que température élevée, chute des leucocytes dans le sang, quelquefois jusqu'à 300, ainsi que coloration ictérique de la peau et de la conjonctive. Tous ces cas étaient mortels.

L'examen bactériologique du dépôt recouvrant les parties nécrotiques donnait, dans nos cas, une flore microbienne mixte contenant le plus souvent des streptocoques, des staphylocoques, des bacilles et des spirilles.

L'agranulocytose est sans doute due à la diminution de l'immunité contre l'infection qui se manifeste en premier lieu par l'impossibilité de créer des leucocytes dans le sang. La maladie étant très rare, les cas mentionnés plus haut méritent d'être relatés.

Badania nad czynnością narządu statycznego u niewidomych i źle widzących.

Referat wygłoszony na Zjeździe Oto-laryngologów w lipcu 1957 roku we Lwowie.

Docent Dr BENEDYKT DYLEWSKI.

(Łódź).

Badanie czynności narządu statycznego ma ogromne znaczenie w rozpoznawaniu schorzeń ucha wewnętrznego. Wyniki tych badań obok innych objawów przeważnie decydują o ustaleniu wskazań do operacji otwarcia błędnika, który to zabieg sam przez się przedstawia duże niebezpieczeństwo dla życia chorego. Dlatego też przy posługiwaniu się próbami błędnikowymi musimy mieć absolutną pewność, że takowe dokładnie odzwierciedlają czynność badanego narządu statycznego. Szczególnie ważna i konieczna jest ta pewność w przypadkach, wykazujących osłabienie lub zniesienie czynności narządu statycznego, kiedy to próby błędnikowe albo zupełnie nie wywołują drżenia gałek ocznych, albo też oczopląs występuje spóźniony, skrócony lub nieprawidłowy. Dla uniknięcia możliwości wyciągnięcia fałszywych wniosków o pracy błędnika z nieprawidłowego oczopląsu doświadczalnego niezbędne jest dokładne poznanie i wyłączenie wszystkich czynników, mogących tak samo wywołać podobne zaburzenia oczopląsu doświadczalnego niezależnie od schorzenia ucha wewnętrznego. Jednym z takich już znanych, ale niedostatecznie jeszcze zbadanych i niedocenianych czynników, wpływających na oczopląs jest narząd wzroku, który odgrywa ogromną rolę w zachowaniu równowagi i uświadamianiu położenia ciała i jest więc jednym ze współczynników pracy narządu statycznego. O ile dobrze znamy zaburzenia oczne, wywołane przez chorobowe lub doświadczalne zmiany w uchu wewnętrznym, o tyle niedostateczne jeszcze są nasze wiadomości o odwrotnym wpływie zmian oka na ucho wewnętrzne, chociaż wiemy o istnieniu ścisłej współpracy między narządem statycznym, a aparatem ruchowym oka. Tonus mięśni ocznych jest stale podtrzymywany przez błędnik (Bartels). Narząd przedstonkowy wywołuje kompensacyjne zmiany położenia gałek ocznych przy każdej zmianie pozycji głowy (Magnus, Ruttin). Przyjmując łatwe przejście podrażnień z błędnika do ośrodków

nerwów okoruchowych, zbyt mało może uwzględniamy możliwość przechodzenia podrażnień drogą odwrotną z oka na błędnik. Obserwując oczopląs podczas prób błędnikowych traktujemy zwykle oko jako bierną, jednakowo we wszystkich przypadkach działającą wskazówkę, a nie jako żywy narząd, którego stan i praca również może wywierać wpływ na badany oczopląs. Dłuższe trwanie poobrotowego i ciepłego oczopląsu przy oczach zamkniętych (Ruttin) niż przy otwartych, hamujący oczopląs wpływ akomodacji i ustawienia (Bartels, Abels) przemawia za tym, że narząd wzroku ma wpływ nie tylko na oczopląs pochodzenia czysto ocznego, lecz również i na drżenie gałek ocznych, wywołanych podrażnieniem błędnika. Bartels sam stwierdza, że w powstawaniu oczopląsu poobrotowego biorą udział również i czynniki optyczne. W praktyce radzą wyłączać hamujący wpływ czynników ocznych na oczopląs doświadczalny przez nakładanie choremu na oczy podczas prób błędnikowych okularów Bartels'a, Frenzl'a lub Barany'ego-Abels'a, co jeszcze bardziej wskazuje na dążenie sprowadzenia roli oka w tych próbach do roli biernej wskazówki, wykazującej stopień podrażnień błędnika a nie przyjmującej własnego, samodzielnego udziału w powstawaniu oczopląsu.

W celu ustalenia wpływu stanu oka i ostrości wzroku na oczopląs doświadczalny zbadaliśmy czynność narządu statycznego u 20 wychowanków wileńskiej szkoły dla ociemniałych, którzy, w myśl dotychczasowych zapatrywań, posiadają zdawałoby się, najlepsze warunki do otrzymania maksymalnego oczopląsu przy drażnieniu narządu statycznego, gdyż ich gałki oczne, pozbawione zdolności akomodacji i ustawienia, są najbardziej zbliżone do roli biernej wskazówki, rejestrującej oczopląs.

Ze względów technicznych badania przeprowadzałem za pomocą prób ciepłej i obrotowej, najczęściej w praktyce stosowanych. W celu otrzymania wyników, nadających się do wzajemnego porównywania wszystkie badania przeprowadzano w identyczny sposób, w jednym pomieszczeniu o jednakowej porze dnia. Podczas próby ciepłej przy ustawieniu głowy w pozycji Brüningsa, po uprzednim ewentualnym usunięciu woszczku, przemywaliśmy ucho za pomocą 100 cm³ zimnej wody o 22° C. Podczas próby obrotowej dla kanału poziomego robiliśmy 10 obrotów w ciągu 20". Z początku próbowaliśmy robić próbę ciepłą sposobem Kobrak'a, a w próbie obrotowej

— różną ilość obrotów. Okazało się jednak, że nie wszyscy badani reagują na słabsze podniety i dlatego, w celu umożliwienia wzajemnego porównywania otrzymanych wyników, stosowaliśmy we wszystkich przypadkach jednakowe maksymalne podrażnienia obrotowe i ciepłne. Podczas identycznych badań utrzymywaliśmy głowę chorego stale w jednakowej, tej samej pozycji, żeby przez zmianę pozycji głowy, zwłaszcza w próbie ciepłnej, nie wpłynąć na zmianę kierunku oczopląsu. Badania niewidomych z okularami Bartelsa i bez okularów dawały jednakowe wyniki. U wszystkich chorych uprzednio badaliśmy stan nosa, gardła i uszu, oraz słuch za pomocą szeptu i stroików.

W jednym przypadku stwierdzono jednostronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, przy czym błędnik tego ucha reagował prawidłowo. W drugim przypadku były blizny obu błon bębenkowych, również przy prawidłowo reagującym błędniku. We wszystkich pozostałych przypadkach uszy były zdrowe i w wywiadach nie notowano cierpień (zwłaszcza kiły), mogących wpłynąć na pobudliwość błędnika.

Jako normę dla próby obrotowej przyjmowaliśmy czas trwania oczopląsu od 20" do 45" (Grahe, Barany, Brabant), a dla próby ciepłnej — od 60" do 180" (Grahe), przy okresie utajonym 10" — 30". Między każdą próbą robiliśmy conajmniej pięciominutową przerwę.

8 badanych osób miało obie gałki oczne zupełnie normalne, w jednym przypadku jedna gałka oczna była normalna, a druga z bielmem. U trzech niewidomych stwierdzono obustronne bielma bez zaniku gałek ocznych, a w 8 przypadkach miał miejsce różnego stopnia obustronny zanik gałek ocznych.

Stan wzroku badanych ociemniałych przedstawia niżej podana tablica:

Całkowita obustronna ślepotą	6 pp.
„ jednostronna ślepotą przy widzeniu drugim okiem tylko światła	3 pp.
Rozpoznawanie obustronnie tylko światła (blasku)	7 pp.
„ „ palców z odległości 1—2 m	3 pp.
„ jednostronnie palców z odległości 1 m przy widzeniu drugim okiem tylko światła	1 pp.

Widzimy, że wśród badanych ociemniałych były przypadki z resztkami wzroku, stojące na pograniczu między zupełnie nie-

widzącymi, a źle widzącymi. Trzej ociemniali wykazywali stałe, właściwe niektórym niewidomym samoistne ruchy gałek ocznych. W dwóch przypadkach ruchy te były nieokreślone i nierytmiczne, u trzeciego zaś chorego nosiły charakter poziomych drgań oczopłásowych.

W 8 przypadkach niewidomi mogli świadomie zwracać gałki oczne we wszystkich żądanych kierunkach. Byli to chorzy nie tylko z resztkami wzroku, lecz również i całkowicie ociemniali, nawet osoby wykazujące samoistne drgania gałek ocznych. W dwóch następnych przypadkach chorzy mogli świadomie skierowywać swój wzrok tylko w jednym bocznym kierunku. W pozostałych przypadkach niewidomi nie byli w stanie na żądanie poruszać gałkami ocznymi i nie byli świadomi pozycji ustawienia oczu.

Wyniki badania czynności narządu statycznego u niewidomych przedstawia podana niżej tablica.

Próba obrotowa.

przypadek N.N.	próba obrotowa w prawo	próba obrotowa w lewo	zawroty głowy
N 1.	Ny rot. 10" powolny	Ny rot. 10" powolny	słabe
N 2.	istniejące samoistne ruchy gałek w prawo ustąpiły na przeciąg 10".	samoistne ruchy nie zmie- niły się	brak
N 3.	Ny brak	Ny	brak
N 4.	Ny brak	Ny rot. 8" powolny	brak
N 5.	Ny hor. 25" żywy	Ny rot. 16" żywy	brak
N 6.	Ny hor. — kilka drgań	Ny hor. 4"	brak
N 7.	Z początku Ny rot. po- wolny, a potem Ny hor. żywy 57"	Ny hor. 25" żywy	silne
N 8.	Ny hor. 14" żywy	Ny hor. 9" żywy	brak
N 9.	Ny brak	Kilka nieokreślonych drgań	brak
N 10.	Ny brak	Ny hor. 25" żywy, ale przerywany na zmianę z powolnymi ruchami	brak
N 11.	Ny hor. 2"	Ny hor. 29"	brak
N 12.	Ny brak	Ny hor. 27" żywy.	brak
N 13.	Ny hor. 48" żywy	Ny hor. 15" powolny	brak

N 14.	Ny hor. 10" żywy	Ny rot. 15" brak żywy
N 15.	Ny hor. 28" powolny	Ny hor. 50" brak żywy
N 16.	Ny brak	Ny hor. 28" brak żywy, a potem nagle zmienił się na Ny hor. w przeciwnym kierunku i trwał jeszcze 50"
N 17.	Ny hor. 20"	Ny hor. 7" brak
N 18.	Ny brak	Ny brak brak
N 19.	Ny hor. — rot. . . . 28" powolny	Ny brak brak
N 20.	Ny brak	Ny hor. 45" brak żywy

Widzimy, że po próbie obrotowej została stwierdzona:

Normalna reakcja obustronna w	2 przyp. (NN 7, 15)
„ „ jednostronna „	7 „ (NN 5, 10, 11, 12, 17, 19, 20) ucho pr. — 5, u. l. — 4
Oslabiona „ obustronna „	4 „ (NN 1, 6, 8, 14)
„ „ jednostronna „	7 „ (NN 2, 4, 5, 9, 11, 15, 17) ucho pr. — 5, u. l. — 2
Brak reakcji obustronnie „	2 „ (NN 5, 18)
„ „ jednostronnie „	8 „ (NN 2, 4, 9, 10, 12, 16, 19, 20) ucho pr. 2, u. l. — 6
Wzmoczona reakcja jednostronnie „	2 „ (NN 15, 16).

Zaliczając przypadki braku reakcji do grupy osłabienia maksymalnego otrzymamy tablicę obustronnie jednakowej reakcji na próbę obrotową:

Obustronnie normalna pobudliwość	2 przyp.
„ osłabiona „	9 „ (NN 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 18)

W większości więc przypadków (11 na 20) mieliśmy po próbie obrotowej u niewidomych obustronnie odczyn błędnikowy tego samego charakteru, najczęściej (prawie w 50%) w postaci osłabienia znacznego zwykle stopnia aż do zupełnego zniesienia, braku odczynu. W 8 przypadkach miała miejsce różna reakcja obu uszu na próbę obrotową. Najczęściej (6 przyp.) w tej grupie chorych osłabienia reakcja jednego ucha łączyła się z normalną pobudliwością błędniaka po stronie przeciwnej. Tylko w dwóch przypadkach przy osłabionej pobudliwości jednego błędniaka, drugi błędniak wykazywał pewne wzmoczenie wrażliwości.

Rozpatrując reakcję na próbę obrotową każdego z 40 badanych narządów statycznych oddzielnie otrzymamy następujące wyniki:

Normalna pobudliwość	11 błędników
Wzmóżona „	2 „
Oslabiona „	15 „
Brak pobudliwości	12 „

} 27

W przeważającej więc większości przypadków badanych błędników (27 na 40) stwierdzono u ociemniałych znaczne osłabienie pobudliwości aż do całkowitego zniesienia wrażliwości na próbę obrotową. Najczęściej (w 11 przyp. na 15) osłabienie pobudliwości błędnika było dużego stopnia i czas trwania Ny nie przekraczał 10". Osłabienie czynności błędnika po stronie prawej i lewej występuje mniej więcej jednakowo często.

Próba cieplna.

Przypadek N	Ucho prawe	Ucho lewe
1.	Ny brak	Ny hor. żywy po 47", trwa — 5".
2.	Istniejące samoistne ruchy galek w prawo ustąpiły na 8" po 15"	Kilka drgań szybkich w prawo po 24".
3.	Ny brak	Ny brak
4.	Ny brak	Ny brak
5.	Ny hor. żywy po 10", trwa 39".	Ny nieokreślony, żywy, po 14", trwa 10".
6.	Ny hor. po 27", trwa 2".	Ny brak
7.	Ny hor. żywy, po 15", trwa 24".	Ny hor. powolny po 12", trwa 2".
8.	Ny hor. żywy po 16", trwa 23".	Ny hor. żywy po 12", trwa 120".
9.	Ny pionowy do góry po 10", trwa 48".	Ny hor. żywy po 15", trwa 151".
10.	chory nie zgodził się na zbadanie.	
11.	Ny nieokreślony, w różnych kierunkach po 12", trwa 90".	Ny hor. żywy, ale w stronę ucha przemywanego po 10", trwa 50".
12.	Ny brak	Ny hor. po 20", trwa 20".
13.	Ny hor. żywy po 37", trwa 87"	Ny brak
14.	Ny hor. żywy po 10", trwa 82".	Ny hor. żywy po 27", trwa 52".
15.	Ny hor. żywy po 50", trwa 87".	Ny hor. żywy po 27", trwa 105".
16.	Ny hor. po 27", trwa 129".	Ny hor. po 25", trwa 150".
17.	Ny hor. — rot. słaby po 25", trwa 110".	Ny hor. żywy po 25", trwa 151".

18. Ny brak	Ny brak
19. Ny nieokreślony po 15", trwa 2".	Ny nieokreślony po 18", trwa 5".
20. Ny brak	Ny hor., żywy po 22", trwa 65".

Powyższa tablica wykazuje, że po próbie cieplnej występuje:

Normalna reakcja obustronna w 5 przyp. (NN 15, 16, 17).

Normalna reakcja jednostronna 6 przyp. (NN 8, 9, 11, 15, 14, 20), (ucho pr. — 5, u. l. — 5).

Oslabiona reakcja obustronna 4 przyp. (NN 2, 3, 7, 19).

Oslabiona reakcja jednostronna 6 przyp. (NN 1, 6, 8, 9, 11, 12), (ucho pr. 5, u. l. 5).

Brak reakcji obustronnie 5 przyp. (NN 5, 4, 18).

Brak reakcji jednostronnie 5 przyp. (NN 1, 6, 12, 13, 20), (ucho pr. 3, u. l. 2).

Po dołączeniu liczby przypadków braku reakcji do grupy osłabienia maksymalnego otrzymamy, że po próbie cieplnej:

Obustronna normalna pobudliwość błędnika występuje w 5 przyp. Obustronna osłabiona pobudliwość błędnika występuje w 10 przyp.

Z podanych wyżej zestawień wynika, że po próbie cieplnej, podobnie jak i po próbie obrotowej odczyn błędnikowy u ociepniałych najczęściej posiada obustronnie jednakowy charakter, w 50% w postaci osłabienia wrażliwości błędnika aż do zniesienia takowej, pomimo braku zmian chorobowych w narządach słuchu.

Reakcja na próbę cieplną każdego z 38 zbadanych narządów statycznych widoczna jest z następującej tablicy:

Normalna pobudliwość	12	przyp.	
Wzmożona pobudliwość	0	"	
Oslabiona pobudliwość	15	"	} 26
Brak pobudliwości	11	"	

Widzimy, że w większości przypadków (26 na 38) próba cieplna u niewidomych wykazuje znaczne osłabienie lub całkowite zniesienie wrażliwości narządu statycznego.

Stopień osłabienia pobudliwości błędnika na próbę cieplną jest bardzo znaczny, czas trwania oczopląsu w przeważającej ilości przypadków nie przekraczał 50", a w połowie przypadków z osłabioną pobudliwością oczopląs trwał poniżej 10".

Oslabienie wrażliwości narządu statycznego po próbie cieplnej przejawia się zwykle w postaci skrócenia czasu trwania

oczopląsu. Tylko w jednym przypadku (N 1) prócz znacznego skrócenia czasu trwania oczopląsu było również przedłużenie okresu utajonego.

Porównawcze zestawienie obustronnej pobudliwości błędników na każdą z prób widzimy z następującej tablicy:

	próba obrotowa	próba cieplna
Obustronnie normalna pobudliwość	2 przyp.	5 przyp.
Obustronnie osłabiona pobudliwość	9 przyp.	10 przyp.

Pobudliwość każdego błędnika oddzielnie:

	pr. obrotowa	pr. cieplna
Normalna pobudliwość	— 11 błędników (na 40 badanych)	— 12 (na 58)
wzmoczona	„ — 2 błędniki	— —
osłabiona	„ — 15 błędników	— 15
brak pobudliwości	— 12 błędników	— 11

Zestawienia wykazują, że w dużej większości przypadków (przeciętnie w 67%) u niewidomych stwierdza się na każdą z prób znacznego stopnia osłabienie pobudliwości aż do całkowitego zniesienia wrażliwości narządów statycznych i to mniej więcej jednakowo często zarówno po próbie obrotowej jak i cieplnej. Obustronne osłabienie pobudliwości występuje przy tym częściej niż jednostronne. Niejednakowy stopień osłabienia pobudliwości na oba uszy oraz osłabienie niekiedy tylko jednostronne tłumaczy się najprawdopodobniej tym, że i normalnie czas trwania doświadczalnego oczopląsu nie jest dla obu uszu jednakowy (Bartels).

Zachowanie się obu narządów statycznych na obie próby u poszczególnego niewidomego przedstawia dalsza tablica:

NN	próba obrotowa		próba cieplna	
	ucho prawe	ucho lewe	ucho prawe	ucho lewe
1.	osłabiona	osłabiona	brak	osłabiona
2.	brak	osłabiona	osłabiona	osłabiona
5.	brak	brak	brak	brak
4.	osłabiona	brak	brak	brak
5.	osłabiona	N	osłabiona	osłabiona
6.	osłabiona	osłabiona	osłabiona	brak
7.	N	N	osłabiona	osłabiona
8.	osłabiona	osłabiona	osłabiona	N
9.	osłabiona	brak	osłabiona	N
10.	N	brak	—	—
11.	N	osłabiona	N	osłabiona
12.	N	brak	brak	osłabiona
15.	osłabiona	osłabiona	N	brak
14.	osłabiona	osłabiona	N	osłabiona

15. N	N	N	N
16. wzmożona	brak	N	N
17. osłabiona	N	N	N
18. brak	brak	brak	brak
19. brak	N	osłabiona	osłabiona
20. N	brak	brak	brak

Widzimy, że w większości przypadków u niewidomych stwierdza się osłabienie pobudliwości błędnika. Normalna reakcja obu błędników na wszystkie próby była tylko w jednym przyp. (N 15), w 2-ch przypadkach (N 3, 18) niewidomi obustronnie zupełnie nie reagowali na obie próby. Poza tym jednakowego charakteru reakcja obustronnie na wszystkie próby (w postaci osłabienia na jedno ucho, a braku pobudliwości drugiego błędnika) była w 4-ch przypadkach (NN 1, 2, 4, 6). Zaliczając więc brak pobudliwości do grupy maksymalnego osłabienia otrzymamy, że wśród 20 badanych niewidomych obustronne osłabienie wrażliwości błędnika na wszystkie próby błędnikowe stwierdzono w 6 przypadkach. W pozostałych przypadkach brak lub osłabienie pobudliwości na jedno ucho lub na jedną próbę łączyło się z normalną reakcją na drugie ucho lub na drugą próbę. Wzmożona pobudliwość błędnika była stwierdzona tylko na próbę obrotową u dwóch ociemniałych i to jednostronnie (N 13, 16), przy czym w jednym z tych przypadków pobudliwość drugiego błędnika była osłabiona, a w drugim przypadku — zupełnie zniesiona.

Jaka może być przyczyna takiej nienormalnej reakcji zdrowych narządów statycznych u ociemniałych na próby błędnikowe?

Zaznaczyliśmy na wstępie, że wśród badanych były przypadki zmian samej gałki ocznej (atrofja, bielma, ciała obce, zaćma, blizny pooperacyjne itp.). Były też przypadki ruchów samoistnych oka oraz upośledzenie czynności zewnętrznych mięśni ocznych.

Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że właśnie wspomniane nieprawidłowości samego oka mogą być przyczyną skróconego trwania lub braku oczopląsu po próbach błędnikowych nawet przy normalnej pobudliwości narządu statycznego. W takim razie mielibyśmy nie osłabienie pobudliwości błędnika, a tylko nieprawidłową rejestrację przez oko odczynu błędnikowego.

Analiza jednak zebranego materiału i obserwacja chorych nie potwierdza takiego przypuszczenia.

Jeden z dwóch przypadków obustronnego braku oczopląsu na obie próby dotyczył właśnie chorego nie ze zmienionymi, a normalnymi, prawidłowo ruchomymi gałkami ocznymi i nawet z resztkami wzroku. We wszystkich zaś innych przypadkach, nawet przy uszkodzonych gałkach ocznych próby błędnikowe wywoływały oczopląs jedno, lub obustronnie, przy czym nawet daleko posunięta atrofia gałek nie przeszkadzała w powstawaniu normalnego oczopląsu. W przypadku N 13 chory z obustronnym ogromnym bielmem wykazywał na próbę obrotową nawet wzmoczoną wrażliwość błędnika.

Wśród 12 ociemniałych z upośledzoną czynnością zewnętrznymi mięśni ocznych próby błędnikowe nie wywoływały oczopląsu tylko w jednym (N 18) przypadku. We wszystkich zaś innych podobnych przypadkach pomimo upośledzenia aparatu ruchowego oczu powstawał przy tym oczopląs nie tylko osłabiony, ale również normalny (NN 5, 9, 11, 12, 16), a nawet wzmoczony (N 15).

Samoistne ruchy gałek ocznych u niewidomych również nie uniemożliwiają występowania oczopląsu. Tylko w jednym (N 18) z trzech takich przypadków oczopląs po próbach błędnikowych nie wystąpił, w dwóch zaś pozostałych przypadkach nieregularne, nierytmiczne samoistne ruchy gałek ocznych przekształciły się w typowe ruchy oczopląsowe, trwające w przypadku N 7 prawidłowy okres czasu.

Z powyższego wynika, że uszkodzenie gałek ocznych oraz upośledzenie ruchów oczu u niewidomych nie przeszkadza w powstawaniu oczopląsu doświadczalnego nawet normalnego i wzmoczonego. Przyczyną więc tego osłabienia lub braku oczopląsu nie jest wadliwa rejestracja przez oko normalnej pobudliwości błędnika, lecz osłabienie wrażliwości samego narządu statycznego.

Potwierdza to przypuszczenie brak u ociemniałych zawrotów głowy nawet po maksymalnej próbie obrotowej. Poza tym cały szereg faktów wskazuje, że u niewidomych wrażliwość narządu statycznego, nawet zdrowego, jest zmieniona, i że ta zmiana może być różna dla każdego ucha u tego samego osobnika. U jednych niewidomych np. próba cieplna lub obrotowa wywołuje oczopląs, jak zwykle, obustronnie, w innych znowuż przypadkach tylko jednostronnie. To samo ucho nieraz niejednokrotnie, czasami zupełnie inaczej reaguje na próbę obrotową niż na cieplną, albo jedno ucho reaguje tylko na próbę obroto-

wą, drugie zaś — tylko na ciepłą. Stopień reakcji obu uszu na jedną i tę samą próbę może być bardzo różny i znacznie odbiegać od różnic fizjologicznych. Innymi słowy widoczne jest wyraźne zaburzenie reagowania poza tym zdrowego narządu statycznego u niewidomych na próby błędnikowe.

Przeprowadzone przeze mnie badania i obserwacje przemawiają za tym, że przyczyną tych zaburzeń, występujących zwykle w postaci osłabienia czynności narządu statycznego u niewidomych jest zaburzenie samego wzroku.

W celu przekonania się czy istotnie upośledzenie wzroku może spowodować osłabienie wrażliwości zdrowego błędnika postanowiłem przeprowadzić dodatkowe badania czynności narządu statycznego u osób źle widzących, mających zaburzenie refrakcji. Badania przeprowadziłem u 11 osób identycznie w ten sam sposób jak i badania u niewidomych za pomocą próby obrotowej i ciepłej. Przed pierwszym badaniem wkładałem chorym bezpośrednio na oczy okulary Bartelsa, a następnie przeprowadzałem powtórnie po pewnym czasie takie samo badanie również z okularami Bartelsa, ale włożonymi już nie bezpośrednio na oczy, a na własne, korygujące wzrok szkła chorego, wprowadzając w ten sposób nową sztuczną zmianę refrakcji oka.

Wiek i ostrość wzroku badanych tej grupy osób wykazuje następująca tablica:

NN	Wiek	Ostrość wzroku	
		oko prawe	oko lewe
21.	58 lat	- 11 OD	- 15 OD
22.	25 „	- 9 OD	- 9 OD
23.	24 „	- 10 OD	- 10 OD
24.	26 „	- 5 OD	- 5 OD
25.	27 „	- 1,5 OD	- 1,5 OD
26.	21 „	+ 5 OD	+ 5 OD
27.	27 „	+ 4 OD	+ 4 OD
28.	47 „	+ 4 OD	+ 4 OD
29.	25 „	l + 2 OD	l + 1 OD
		+ 4,5 OD	+ 3 OD
			rozbieżność nad- wzroczna złożonego typu
30.	24 „	+ 1 OD	+ 1 OD
31.	42 „	Norma	Norma

Wybierałem do badań osoby z wyraźnym zaburzeniem refrakcji, stale noszące szkła korygujące wzrok, z wyjątkiem ostatniego przypadku z normalnym wzrokiem. Chory ten cierpiał

na przewlekle ropne zapalenie lewego ucha środkowego z dużego stopnia upośledzeniem słuchu (mowa głośna — ad concham). W celu wykluczenia w tym przypadku zajęcia ucha wewnętrznego i nerwu słuchowego konieczne było badanie czynności narządu statycznego. Po przeprowadzeniu prób błędnikowych z okularami Bartelsa przerobiłem u tego chorego po godzinie powtórne badanie błędnika po uprzednim zapuszczeniu do obu oczu homotropiny, upośledzając w ten sposób sztucznie wzrok przez zniesienie akomodacji. W tym przypadku chciałem przekonać się czy i w jakim stopniu zaburzenie wzroku wpływa na wyniki badania czynności błędnika chorych uszu. We wszystkich innych przypadkach uszy były zdrowe.

Wyniki badania narządu statycznego u osób źle widzących podają umieszczone niżej tablice.

PRÓBA OBROTOWA.

NN	obroty w prawo	obroty w lewo	zawroty
1. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 2"	Ny hor. 17"	+
z własnymi szklami korygującymi	Ny hor. żywy 21"	Ny hor. rot. 50"	+
2. tylko z okularami Bartelsa	Ny brak	Ny hor. rot. 4"	+
3. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 4"	Ny hor. rot. 10"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 15"	Ny hor. 10"	+
4. tylko z okularami Bartelsa	Ny brak	Ny hor. 2"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 2"	Ny hor. 4"	+
5. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 16"	Ny hor. 14"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 14"	Ny hor. rot. 19"	+
6. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 12"	Ny hor. 17"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. rot. 8.	Ny hor. 4"	+
7. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 16"	Ny hor. rot. 14"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 7"	Ny hor. 18"	+
8. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 16"	Ny hor. 28"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 50"	Ny hor. 59"	+
9. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 20"	Ny hor. 26"	+

Wobec silnych zawrotów głowy z wymiotami chory nie zgodził się na dalsze badania.

10. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 38"	Ny hor. rot. 30"	+
własne + Bartelsa	Ny hor. 27"	Ny hor. 20"	+
11. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. 30"	Ny hor. rot. 27"	+
po zapuszczeniu homotropiny	Ny hor. 20.	Ny hor. 15"	+

Tablica wykazuje, że po próbie obrotowej u źle widzących została stwierdzona:

Normalna reakcja obustronna w 2 przyp. (N 9, 10). Normalna reakcja jednostronna w 2 przyp. (N 1, 8). Osłabiona reakcja obustronna w 4 przyp. (N 3, 5, 6, 7). Osłabiona reakcja jednostronna w 5 przyp. (N 2, 4, 8). Brak reakcji jednostronnie w 2 przyp. (N 2, 4). Wzmoczona reakcja jednostronnie w 1 przyp. (N 1).

W 6 przypadkach (na 10 badanych) reakcja błędnika była obustronnie jednakowa, co odpowiada mniej więcej ilości przypadków obustronnie jednakowej reakcji błędnika po próbie obrotowej u niewidomych.

Notując pobudliwość każdego błędnika oddzielnie otrzymamy następujące wyniki:

Normalna pobudliwość	6	błędników
Wzmoczona " 	1	"
Osłabiona " 	11	"
Brak pobudliwości	2	"
		} 15

Widzimy, że w przeważającej ilości przypadków (w 13 na 20 badanych błędników) u ludzi źle widzących po próbie obrotowej stwierdza się osłabienie pobudliwości błędnika aż do zupełnego zniesienia tej pobudliwości. Poniżej podaję porównawczą tablicę pobudliwości narządu statycznego na próbę obrotową u niewidomych i źle widzących.

	źle widzący	niewidomi
Normalna pobudliwość	6 błęd. (na 20)	11 błędników (na 40)
Wzmoczona "	1 " "	2 " "
Osłabiona "	11 " }	15 " }
Brak pobudliwości	2 " } 15 "	12 " } 27 "

Z tablicy wynika, że po próbie obrotowej zarówno u niewidomych jak i u źle widzących liczba przypadków normalnej i osłabionej pobudliwości błędnika jest jednakowa. Różnice występują nie w ilości, a w jakości zmian pobudliwości. U niewidomych osłabienie pobudliwości było dużego stopnia (czas trwania oczopląsu w większości przypadków nie przekraczał 10")

i prawie w połowie przypadków dochodziło do zupełnego zniesienia wrażliwości błędnika. U osób zaś źle widzących do braku pobudliwości dochodziło rzadko i to tylko jednostronnie, a stopień osłabienia jest znacznie mniejszy niż u niewidomych i tylko w 30% przypadków osłabienia dochodzi do skrócenia czasu trwania oczopląsu do 10".

U 7 osób źle widzących przeprowadziłem dodatkowo porównawcze powtórne badania z własnymi szklami po nałożeniu na nie jeszcze okularów Bartels'a, co jeszcze bardziej zmieniło refrakcję oka.

Otóż we wszystkich tych przypadkach jednocześnie z nową zmianą refrakcji zmieniał się również wynik badania. W 4-ch przypadkach oczopląs trwał przy tym obustronnie krócej, a w 3-ch przypadkach — dłużej. Zmiana wzroku za pomocą homotropiny również spowodowała znaczne skrócenie czasu trwania oczopląsu.

Próba cieplna

NN	ucho prawe	ucho lewe
1. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 10" trwa 50"	Ny hor. po 20" trwa 52"
2. z własnymi szklami korygującymi	Ny rot. po 10" trwa 66"	Ny rot. hor. po 10" trwa 60"
3. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 15" trwa 15"	Ny hor. po 15" trwa 12"
4. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 45" trwa 8"	Ny hor. po 50" trwa 51"
własne + Bartelsa	Ny hor. po 15" trwa 42"	Ny hor. po 50" trwa 51"
5. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 27" trwa 27"	Ny hor. po 50" trwa 6"
własne + Bartelsa	Ny hor. po 16" trwa 55"	Ny hor. po 27" trwa 8"
6. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 16" trwa 50"	Ny hor. po 18" trwa 60"
własne + Bartelsa	Ny hor. po 25" trwa 60"	Ny hor. po 17" trwa 45"
7. tylko z okularami Bartelsa	Ny rot. hor. po 50" trwa 8"	Ny rot. hor. po 28" trwa 14"
własne + Bartelsa	Ny rot. hor. po 18" trwa 8"	Ny rot. hor. po 40" trwa 12"
8. tylko z okularami Bartelsa	Ny hor. po 45" trwa 5"	Ny hor. po 25" trwa 20"
własne + Bartelsa	Ny hor. po 20" trwa 72"	Ny hor. po 20" trwa 40"

9.	tylko z okularami Bartelsa własne + Bartelsa	Ny hor. po 12" trwa 90" Ny hor. po 15" trwa 120"	Ny hor. po 16" trwa 72" Ny hor. po 16" trwa 67"
10.	tylko z okularami Bartelsa wobec silnych zawrotów głowy z wymiotami chory nie zgodził się na dalsze badania.	Ny hor. po 10" trwa 27"	Ny hor. po 10" trwa 56"
11.	tylko z okularami Bartelsa własne + Bartelsa	Ny hor. po 15" trwa 50" Ny hor. po 20" trwa 60"	Ny hor. po 19" trwa 51" Ny hor. po 17" trwa 25"
12.	tylko z okularami Bartelsa po zapuszczeniu homotropiny	Ny hor po 20" trwa 61" Ny hor. po 10" trwa 105"	Ny hor. rot. po 30" trwa 67" Ny rot. po 12" trwa 100"

Po rozszerzeniu się źrenic po homotropinie oczopląs był znacznie drobniejszy i o mniejszych rozmachach niż bez homotropiny.

Jak widać z tablicy u osób źle widzących została stwierdzona:

Normalna reakcja	obustronna . . .	w 1 przyp. (N 8)
"	" jednostronna . . .	w 1 " (N 5)
Oslabiona	" obustronna . . .	w 8 " (NN 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10)
"	" jednostronna . . .	w 1 " (N 5)
Brak reakcji	

W przeważającej ilości przypadków (w 9 na 10) odczyn błędnika był obustronnie jednakowego charakteru najczęściej w postaci osłabienia, które po próbie cieplnej u źle widzących występuje obustronnie znacznie częściej niż po próbie obrotowej.

Pobudliwość każdego błędnika oddzielnie przedstawia się następująco:

	u źle widzących	u ociemniałych
Normalna pobudliwość	5 błędn. (na 20)	12 (na 40)
Wzmoczona	"	"
Oslabiona	17 "	15
Brak pobudliwości	

Próba cieplna u osób źle widzących wykazuje w większości (17 na 20) przypadków osłabienie pobudliwości błędnika. Osłabienie to występuje po próbie cieplnej częściej niż po próbie obrotowej. W porównaniu z próbą cieplną u ociemniałych, źle widzący z osłabionym wzrokiem wykazują nawet częściej zmniejszenie wrażliwości narządu statycznego niż ludzie zupeł-

nie wzroku pozbawieni. Stopień zaś osłabienia pobudliwości błędnika u słabo widzących jest znacznie mniejszy niż u zupełnie ociemniałych i nie dochodzi do zupełnej utraty pobudliwości. Samo osłabienie przejawia się zwykle w postaci skrócenia czasu trwania oczopląsu i tylko w dwóch przypadkach było nieduże przedłużenie czasu trwania drżenia gałek ocznych.

U 7 osób słabo widzących przeprowadziłem dodatkowo porównawcze badania z własnymi szklami po nałożeniu na nich jeszcze okularów Bartels'a, co jeszcze bardziej zmieniało refrakcję oka. Otóż we wszystkich tych przypadkach jednocześnie z nową zmianą refrakcji zmieniał się również i wynik badania. Najczęściej przy tym występowało przedłużenie czasu trwania oczopląsu, tak, że w wielu przypadkach osłabiony, krótko trwający oczopląs wyrównywał się do normalnego. W przypadku N 1 drugie badanie przeprowadziłem tylko ze szklami korygującymi wzrok zupełnie bez okularów Bartelsa i w tym przypadku osłabiona reakcja błędnika przy badaniu tylko z okularami Bartelsa po zdjęciu tych okularów wróciła do normy. Badanie to wskazuje, że zalecane badanie z okularami Bartelsa czasami nie tylko nie wywołuje oczekiwanego przedłużenia i wzmocnienia oczopląsu, a odwrotnie może oczopląs hamować. Używając więc do badań oczopląsu okularów Bartelsa, Frenzela i Baranyego-Abelsa wprowadzamy tylko nowy, mało znany, niedający się jeszcze dokładnie obliczyć czynnik, wpływający na wynik badania. Po zapuszczeniu do normalnie widzących oczu homotropiny próba cieplna, w przeciwieństwie do próby obrotowej wykazała znaczne wzmocnienie pobudliwości narządu statycznego. Widzimy więc, że każda zmiana refrakcji wywołuje zmianę wrażliwości błędnika.

Obustronna pobudliwość błędnika na obie próby u źle widzących

(badana tylko z okularami Bartelsa)

Próba obrotowa		Próba cieplna	
ucho prawe	ucho lewe	ucho prawe	ucho lewe
N 1. wzmoczona	N	osłabiona	osłabiona
N 2. osłabiona	brak	osłabiona	osłabiona
N 3. osłabiona	osłabiona	osłabiona	osłabiona
N 4. osłabiona	brak	osłabiona	osłabiona
N 5. osłabiona	osłabiona	osłabiona	N
N 6. osłabiona	osłabiona	osłabiona	osłabiona
N 7. osłabiona	osłabiona	osłabiona	osłabiona

N 8. N	osłabiona	N	N
N 9. N	N	osłabiona	osłabiona
N 10. N	N	osłabiona	osłabiona
N 11. N	N	N	N

Na 10 osób źle widzących w żadnym przypadku nie otrzymaliśmy obustronnie normalnej wrażliwości błędnika na obie próby. Wszyscy źle widzący wykazywali zwykle osłabienie wrażliwości, przy czym w większości przypadków osłabienie było obustronne. Badania moje na niedużej ilości osób z upośledzonym wzrokiem są jeszcze niedostateczne do wyciągnięcia wniosków jak i w jakim stopniu różne rodzaje zaburzenia wzroku wpływają na pobudliwość błędnika. Do rozstrzygnięcia tego zagadnienia potrzebne są dalsze badania. Badania nasze jednak wykazują, że u ludzi źle widzących nieprawidłowy odruch narządu statycznego na próby błędnikowe występuje jednakowo często jak i u niewidomych, stopień zaś zmian pobudliwości błędnika, najczęściej w postaci skrócenia czasu trwania oczopląsu jest największy u ludzi zupełnie pozbawionych wzroku. Częste zawroty głowy po próbie obrotowej również świadczą, że wrażliwość narządów statycznych u ludzi źle widzących jest znacznie większa, niż u niewidomych.

Zestawienie wyników przeprowadzonych przeze mnie badań i obserwacji wykazuje, że:

1. z pośród 20 badanych niewidomych normalną obustronną reakcję narządu statycznego na obie próby błędnikowe stwierdzono tylko w jednym przypadku. W większości więc przypadków reakcja narządów statycznych conajmniej na jedną z prób była nieprawidłowa. Obustronny brak pobudliwości błędnika na obie próby był u dwóch niewidomych, a obustronne osłabienie — u 4-ch niewidomych. W pozostałych przypadkach brak lub osłabienie pobudliwości na jedno ucho lub na jedną próbę łączyło się z normalną reakcją na drugie ucho lub na drugą próbę. Jednostronne nieznaczne wzmoczenie pobudliwości stwierdzono u dwóch ociemniałych tylko na próbę obrotową.

2. Przeciętnie w 67% badanych błędników u niewidomych stwierdza się na każdą z prób znacznego stopnia osłabienie pobudliwości, które może dochodzić do zupełnego zniesienia pobudliwości błędnika (w 37% — osłabienie, a w 30% — brak pobudliwości) i to mniej więcej jednakowo często zarówno na

próbę obrotową jak i na ciepłą, obustronne osłabienie występuje przy tym częściej niż jednostronne.

3. Osłabienie pobudliwości błędnika występuje zwykle w postaci skrócenia czasu trwania oczopląsu.

4. Stopień osłabienia wrażliwości narządu statycznego u niewidomych w większości przypadków jest bardzo znaczny. Czas trwania oczopląsu najczęściej nie przekracza po próbie obrotowej 10", a po próbie ciepłej — 30", przy czym w połowie przypadków osłabienia po próbie ciepłej oczopląs również trwał poniżej 10".

5. Rodzaj oczopląsu u niewidomych bywa również zmieniony. Często oczopląs był bardzo słaby, niekiedy z początku poziome drżenie gałek ocznych przekształcało się w końcu oczopląsu na kołowe, lub też oczopląs był nie stały, a przerywany. W jednym przypadku po próbie ciepłej oczopląs nagle zmienił swój kierunek w stronę przemywanego ucha.

6. Spośród 10 osób źle widzących nie stwierdziłem w żadnym przypadku obustronnie normalnej reakcji na obie próby błędnikowe. Wszyscy źle widzący wykazywali osłabienie wrażliwości błędnika, które w większości przypadków było obustronne. Po próbie obrotowej osłabienie wrażliwości u źle widzących występuje jednakowo często jak i u niewidomych, a po próbie ciepłej — nawet częściej niż u niewidomych.

7. Stopień osłabienia pobudliwości błędnika u niewidomych jest jednak znacznie słabszy niż u ociemniałych i rzadko tylko dochodzi do zupełnej utraty pobudliwości, którą stwierdzono jednostronnie u dwóch badanych i to tylko po próbie obrotowej, a nie ciepłej.

Uzyskane wyniki badań i obserwacji pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

1. Normalny wzrok jest niezbędnym warunkiem całkowicie normalnej pobudliwości błędnika i należy do stałych współczynników pracy narządu statycznego.

2. Niewidomi i źle widzący często wykazują znaczne czynnościowe osłabienie lub nawet brak pobudliwości narządu statycznego pomimo braku zmian chorobowych w uchu wewnętrznym. Dlatego też stwierdzenie skrócenia lub nawet braku oczopląsu doświadczalnego nie jest zawsze bezsprzecznym dowodem schorzenia ucha wewnętrznego.

3. Każda zmiana ostrości wzroku za pomocą szkieł lub wpuszczania do oczu homotropiny powoduje zmianę pobudliwości narządu statycznego. Używanie więc podczas prób błędni-kowych okularów Bartelsa, Frentzla lub Barany'ego-Abelsa wymaga uprzedniej dokładnej znajomości wpływu tych okularów na wynik próby.

4. W celu uniknięcia możliwości nieprawidłowego rozpoznania schorzenia ucha wewnętrznego należy w badaniach narządu statycznego zawsze uwzględniać stan wzroku, który wywiera duży wpływ na odruch powstawania oczopląsu po podrażnieniu błędnika.

5. Niezbędne są dalsze badania nad wpływem różnego rodzaju zaburzeń wzroku na czynność narządu statycznego.

Piśmiennictwo.

1. Rottin: „Funktionsprüfung des Vestibularapparates“. Denker und Kahler, B. VI.

2. Bartels: „Auge und Ohr“. Hndb. der Ophtalmologie. Schieck und Brückner Bd. III. 1950.

3. Cords: „Die Physiologie der Augenbewegungen“. Schieck und Brückner.

4. Jansen: „Neurologie des Ohres“. Alexander.

5. Grahe: „Hirn und Ohr“. 1952.

6. Szmurło: „Choroby ucha“. 1955.

Résumé.

B. Dylewski. Recherches sur la fonction de l'appareil vestibulaire chez les aveugles et chez les sujets avec des troubles de la vue.

L'auteur a examiné la fonction de l'appareil vestibulaire chez 20 aveugles et chez 10 sujets avec troubles de la vue.

Une réaction bilatérale normale de l'organe vestibulaire aux deux épreuves (rotatoire et calorique) n'a été constatée qu'une seule fois. Dans la plupart des cas la réaction labyrinthique était troublée. Une absence bilatérale de la réaction nystagmique après l'épreuve rotatoire et calorique a été notée chez deux aveugles: quarte aveugles montraient une diminution de la sensibilité du labyrinthe pendant les deux épreuves. Dans le reste des cas si l'abolition ou la diminution de la sensibilité étaient observées pour une oreille ou à l'une des 2 épreuves la réaction de l'autre côté ou à l'autre épreuve était normale. Une augmentation minimale de l'excitabilité du labyrinthe pendant l'épreuve rota-

toire a été enregistrée chez deux sujets. 67% des labyrinthes examinés montraient à chaque épreuve une diminution marquée de l'excitabilité de l'organe vestibulaire (dans 37% des cas il y avait diminution de la sensibilité et dans 30% absence de la réaction nystagmique). La diminution de la sensibilité était le plus souvent bilatérale et se manifestait par le raccourcissement de la durée du nystagmus.

Le degré de diminution de l'excitabilité de l'appareil vestibulaire chez les aveugles est très marqué. La durée du nystagmus après l'épreuve rotatoire était au-dessous de 10 secondes, après l'épreuve calorique, dans la plupart des cas, elle atteignait 30 secondes.

Dans la moitié des cas de diminution de l'excitabilité labyrinthique le refroidissement du conduit externe provoque un nystagmus, dont la durée est aussi au-dessous de 10 secondes.

Le caractère du nystagmus provoqué par les épreuves labyrinthiques est souvent modifié.

Tous les sujets accusant une diminution de la vue démontraient aussi une diminution de la sensibilité de l'organe vestibulaire, le plus souvent bilatérale. L'affaiblissement de l'excitabilité du labyrinthe chez les sujets avec des troubles de la vue se présente presque aussi souvent que chez les aveugles mais d'un degré moins marqué.

L'auteur, après ses recherches arrive à la conclusion que la vue normale est une condition indispensable d'une sensibilité absolument normale du labyrinthe.

Les aveugles ainsi que les sujets avec des troubles de la vue démontrent très souvent une diminution ou même l'absence de l'excitabilité de l'organe vestibulaire, quoique l'oreille interne ne présente pas de modifications morbides.

L'endommagement des globes oculaires n'empêche pas de provoquer le nystagmus normale par les épreuves labyrinthiques.

Chaque changement de la vue entraîne une modification de la sensibilité du labyrinthe. C'est pourquoi le constatement de la diminution ou même de l'absence de l'excitabilité de l'organe vestibulaire n'est pas une preuve absolument sûre d'une affection de l'oreille interne.

Pour éviter une diagnose fausse de l'affection de l'oreille interne, il faut prendre compte de l'état de la vue du malade.

Z Oddz. IV. 5 Szpitala Okręgowego i Kliniki Laryngologicznej U. J.

Plasmocytoma dróg oddechowych. Przyczynek kazuistyczny do spraw rozrostowych komórek plazmatycznych.

Dr ANTONI WADOŃ.

Asystent Kliniki Laryngologicznej U. J.

Wchodzące w skład białych ciałek krwi komórki plazmatyczne, bogate w barwiącą się barwikami zasadochłonnymi protoplazmę, okrągłe, owalne lub wieloboczne, o umieszczonym na obwodzie jądrze z obfitą chromatyną w grudkach, rozmieszczonych na obwodzie naksztalt szprych koła, stanowią do dnia dzisiejszego pod względem pochodzenia rozdział niezamknięty. Dopatrywano się ich pochodzenia z komórek tkanki łącznej, specjalnie predysponowanych (Unna, Papadia, Hannes, Kriukoff), z komórek przydanki naczyń (Kusunoki i Frank, Miller), ze śródbłonna naczyń (Marchand, Pappenheim), z limfocytów (Maksimow, Schridde, Marschalkow, Schottländer, Justi, Schlesinger, Blom), z monocytów (Krompecher, Hodara), z elementów szpikowych (Wallgreen). Ostatnio ze względu na występowanie komórek plazmatycznych z reticulo-endotheliazach tak w tkankach jak i we krwi, oraz ze względu na formy pośrednie między komórkami Niemann-Piecka, a komórkami plazmatycznymi w chorobie Gauchera przyjmuje Tempka układ siateczkowo-śródbłonkowy za macierzysty element komórek plazmatycznych. Za pochodzeniem komórek plazmatycznych z układu siateczkowo-śródbłonkowego między innymi wypowiadają się również Naegeli i Molotkoff.

Tym bardziej brak jest do dnia dzisiejszego jednolitych zapatrywań na sprawy rozrostowe komórek plazmatycznych. Z jednej strony spotykamy się z obecnością dużych nieraz ilości komórek plazmatycznych w przewlekłych ziarninach zapalnych swoistych i nieswoistych (gruźlica, twardziel, kiła, mycosis fungoides), z drugiej mamy opisy guzów, złożonych z komórek plazmatycznych, robiących wrażenie nowotworów dobrotliwych i złośliwych, wreszcie znajdujemy opisy, analogiczne do spraw systemowych układu szpikowego, limfatycznego, łącznie z zaję-

ciem wątroby, śledziony i narządów wewnętrznych. W niektórych przypadkach tej ostatniej grupy stwierdzano obecność większych ilości komórek plazmatycznych we krwi.

W naciekach i ziarniniakach zapalnych poza komórkami plazmatycznymi inne elementy komórkowe wchodzą w utkanie w mniejszych i większych ilościach, we wszystkich innych rozrostach komórek plazmatycznych poza podścieliskiem łącznotkankowym i naczyniami krwionośnymi utkanie składa się prawie wyłącznie z komórek plazmatycznych. Niekiedy te komórki są znacznie większe, mają 2—3 jąder, dzielą się bezpośrednio, pierwszocze ich wykazuje pewne odchylenia w barwieniu. W wielu przypadkach stwierdzano układ komórek naokoło naczyń; obecność ich w ścianach i w świetle naczyń. Molotkoff w przypadku nacieczenia plazmatycznokomórkowego gruczołu chłonnego szyi stwierdził ścisły związek komórek plazmatycznych z siateczką włókien kratkowanych.

W rozważaniach przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie, będą się trzymał podziału morfologicznego, bowiem etiologia rozrostów plazmatycznokomórkowych, poza zapalnymi, jest dziś nadal ciemna, mimo ogłoszenia dość sporej liczby przypadków, sumarycznie jednak biorąc, dość rzadkich.

W przewlekłych sprawach zapalnych znajdują się często nacieki plazmatycznokomórkowe. Na uwagę zasługują tutaj badania A l a g n y, który w 50 przypadkach histologicznie badanych schorzeń otorinolaryngologicznych stwierdził duże ilości komórek plazmatycznych w polipach nosowych, w zapalnie zmienionych śluzówkach zatok. W zgrubieniach śluzówki zatoki czołowej i guzku wyściółki torbieli zębowej robiły one zupełnie wrażenie plazmówcza. Obecność komórek plazmatycznych w polipach nosowych i usznych stwierdził C a m p a t e l l i. W migdałkach u chorych z dodatnim odczynem Wassermanna nagromadzenia komórek plazmatycznych opisali V e s t e a, D o n a t o, R u s s i, B o r r i. Z innych lokalizacji wspomnieć należy o naciekach plazmatycznokomórkowych skóry (U n n a), w zapaleniu rzeźączkowym trąbek (J o a n n o w i t z), jąder (G r ü n b e r g), w „ziarniniaku zapalnym“ wyrostka robaczkowego (M o l o t k o f f), śluzówki jelita cienkiego (G u e n s e l).

Plazmówcza ściśle umiejscowione występują najczęściej na spojówce, drogach oddechowych, jamie ustnej. Na spojówkach przedstawiają się one w postaci zgrubień spojówki powiekowej,

nie przechodzą zwykle na skórę i wewnątrz oka, po wycięciu nie recydywują. Do roku 1926 opisano 37 przypadków tego schorzenia (Oppikoffer). W podścielisku często znajdują się złoże amyloidu. Ze względu na domieszkę limfocytów, leukocytów, większość uważa je za ziarniniaki. Plazmówczaki dzięseł pod postacią epulis opisali Pirone, Kauffmann, Drew, Rumpell, Scarcella, Perino, Volkmann, na języku Rigoletti, na wardze i w jamie ustnej Kauffmann. W ostatnim przypadku guz wielkości jaja kurzego, wyrastający z okolicy kąta szczęki poza komórkami plazmatycznymi zawierał złoże amyloidu i komórki olbrzymie. Również i te przypadki uważają przeważnie autorzy za ziarniniaki.

Z rzadszych lokalizacyj trzeba wymienić plazmówczaka złośliwego opłucnej (Klose: guz wielkości pięści wrastający w przestrzenie międzyżebrowe), plazmówczaka okolicy odbytu (Albrecht), sromu (Martinotti).

Plazmówczaka nosa u 40-letniego mężczyzny pod postacią mas guzowatych, złożonych z dużej ilości komórek plazmatycznych, opisał Schridde. Hajek u 53-letniego mężczyzny z wytrzeszczem gałki ocznej i wypukleniem w górno-wewnętrznej części oczodołu stwierdził kystadenoma zatoki czołowej. Sitówki wypełnione były masami nowotworowymi, przebijającymi blaszkę papierzystą, zbudowanymi z komórek plazmatycznych. Podobny przypadek jako plasmokystoma zatoki czołowej obserwował Sternberg. W przypadku Hückla guz wychodzący ze śluzówki tylnego końca przegrody nosowej i skrzydeł lemieszka wypełniał całą nadgardziel. Drobnowidowo poza pokrywą nabłonka wielorzędowego, podłożem łącznotkankowym w postaci przegród, komórki plazmatyczne były rozłożone w oczkach włókieńek klejodajnych i nielicznych naczyń. Gdziekolwiek komórki plazmatyczne miały 2—3 jąder, nadto były obecne nieliczne limfocyty. W przypadku opisanym przez Werndta guz wielkości orzecha włoskiego, nierówny, sinawy, usadowiony na tylnej powierzchni języczka, drobnowidowo odpowiadał plazmówczakowi. W przypadku Bröste go guz o budowie plazmówczaka, wielkości jaja kurzego o guzowatej powierzchni, bladysinawy, ruchomy, szeroko był uszypułowany na tylnym łuku i bocznej ścianie gardła. Tkanki sąsiednie postronkowato naciekle komórkami plazmatycznymi. W przypadku Girarde Rom-

bert plazmówczak nadgardzieli miał wielkość dużego orzecha włoskiego.

Do tejże grupy należy zaliczyć przypadek obserwowany w czasie mego pobytu w 5 Szpitalu Okręgowym na Oddz. IV., na którego ogłoszenie pozwolił mi St. Ord. P. Mjr. Popek, za co na tym miejscu serdecznie dziękuję.

Chory S. K., l. 22, przyjęty 28. VIII. 1937. — Od ostatniej zimy guzeczka w gardle po prawej stronie. Od 24. b. m. guz zaczął się nagle powiększać, wywołując skutek opadania w dół duszność, zwłaszcza w czasie snu, uczucie zawadzania i przeszkody w gardle. Wczoraj „wyciek ropy z guza“. Przedmiotowo: na tylnym prawym łuku od tyłu, w jego górnej części, szeroko uszypułowany guz wielkości dużego orzecha laskowego, sinoróżowej barwy, o nieco guzkowatej powierzchni, dochodzący do linii środkowej. Prawa połowa podniebienia miękkiego odęchnięta ku przodowi. Po napięciu podniebienia ku górze i środkowi wylaniają z za opisanego guza dwa mniejsze, wielkości ziarna grochu okrągłego, żywiej czerwone. Epipharyngoskopia: guz przysłania wgląd wgląd, grzbietna jego powierzchnia groniasta. Konsystencja guza elastyczna, jędrna. Wycinek z guza mniejszego drobnowidowo: pod utrzymanym nabłonkiem jednostajny naciek, złożony z komórek okrągłych zbliżonych do typu limfocyta (Zakł. Anat. Patol. U. J. 1. 1597/37). — 4. IX. Zabieg (Mjr. Dr Popek). W znieczuleniu miejscowym odpreparowano część szypuły guza od tylnego łuku i grzbietnej strony podniebienia, następnie pętlą nadgardzielową Baurowicza ścięto resztę szypuły, odciągnąwszy guz ku tyłowi pincetą. — Guz wielkości kasztana, złożony z opisanego dolnego wielkości orzecha laskowego i kilku mniejszych górnych guzków, otaczających od tyłu nieregularne zagłębienie, ku przodowi przechodzących w szeroką szypułę. Kilka mniejszych guzków odcięto i przesłano do C. W. San. do pracowni histologicznej. — 6. IX. wypisany. Krwi nie badano. — 10. IX. odpowiedź z C. W. San. l. 6496.: Plasmocytoma.

Guz większy i jeden z mniejszych po utrwaleniu we formalinie i zatopieniu w celloidynie zbadałem histologicznie, barwiąc skrawki hematoksyliną, eozyną, metodą van Giessona (włókna klejodajne), metodą Giemsa-Romanowskiego (rodzaje ciałek białych). Barwienie sposobem Unny-Pappenheima nie dało wyniku z powodu nieutrwalenia od razu wycinka w alkoholu ab-

solutnym. — Budowa drobnowidowa przedstawiała się następująco: guz pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, miejscami na powierzchni lekko rogowaciejącym. Od nabłonka w miejscach odpowiadających brózdom powierzchniowym odchodzą wgląd guza wypustki i sople nabłonkowe. Między komórkami nabłonka pojedyncze leukocyty i limfocyty. Tkanka łączna podnabłonkowa tworzy w niektórych miejscach płaskie brodawki, w innych miejscach włókna jej biegną równolegle do zewnętrznej powierzchni nabłonka. Przeważnie jest ona wiotka, w pewnych częściach widać w niej więcej zbite partie. Od wspomnianych głębokich wypustek i sopli nabłonkowych odchodzą grube pasma i przegrody łącznotkankowe w kierunku szczyłu guza. Już w warstwie podnabłonkowej między pęczkami włókien klejodajnych widać, oprócz dość licznych tutaj leukocytów i limfocytów, komórki znacznie od ostatnich większe, owalne, lub okrągłe, o ile leżą oddzielnie, wieloboczne, lub nieregularnego kształtu, gdy stykają się z sobą i otoczeniem, o obfitej protoplazmie, barwiącej się barwikami zasadowymi (sposobem May-Grünwalda, Giemsy-Romanowskiego niebiesko), nie zawierającej żadnych ziarnistości, tworzącej naokoło obwodowo położonego jądra jaśniejszą obwódkę. Jądra tych komórek zawierają obfitą chromatynę, zbitą w grudki, rozmieszczone na obwodzie, naksztalt szprych koła. Mają więc te komórki wszystkie cechy komórek plazmatycznych. Między równoległymi pasmami łącznotkankowymi układają się komórki w szeregi, nieraz wielokrotne. Od podnabłonkowej warstwy łącznotkankowej oraz od głębokich przegródek łącznotkankowych odchodzą już to pod kątem prostym, już to równolegle do nich delikatne pasma łącznotkankowe, tworzące wraz z naczyniami włosowatymi, dość licznymi, delikatne siateczkowate rusztowanie, dla jednostajnego tutaj utkania plazmatycznokomórkowego. Komórki plazmatyczne w tych częściach mają nieco większe jądra, nieco słabiej się barwiące, o typowym jednak układzie grudek chromatyny. Bardzo rzadko widać komórki duże o 2 jądrach. Kształt komórek wszędzie prawie wieloboczny. Między poszczególnymi grupami komórek widoczne gdzieś niedzie pojedyncze włókienka klejodajne. Tu i ówdzie rozrzucone przekroje większych przestrzeni naczyniowych, już to wyścielonych samym śródbłonkiem, już to posiadających własną, zwykle cienką ścianę. W guzku mniejszym i w części przyszy-

pułowej obfite duże nieregularne przestrzenie naczyń, wypełnione krwinkami, wyścielone śródbłonkiem, robiące wrażenie naczyń jamistego. Naokoło wielu naczyń włosowatych, pomiędzy poszczególnymi warstwami ściany większych naczyń, jako też naokoło wielkich nieregularnych przestrzeni naczyniowych w guzku mniejszym i przyszypułowej części guza większego komórki plazmatyczne układają się warstwowo, w postaci nawet trzywarstwowego cylindra. W świetle naczyń widoczne również pojedyncze komórki plazmatyczne. W częściach więcej ukrwionych pojedyncze wybroczynki i komórki żerne, obciążone hemosyderyną.

Na migdałku opisał Borri plazmówczaka w postaci guzków uszypułowych na grzbietnej jego powierzchni, Kauffmann obserwował „plazmatycznokomórkowego ziarniniaka” migdałka wielkości ziarna grochu o rozgałęzionych kształtach. W przypadku I Oppikoffera migdałek wielkości orzecha włoskiego barwy czerwono-brunatnawej poza resztą utkania migdałkowego na obwodzie, histologicznie miał utkanie złożone z komórek plazmatycznych z obfitymi naczyniami i wybroczynami.

W krtani opisano nast. odosobnione plazmówczaki. Boit u 55-letniego mężczyzny Plasmocytoma prawej struny wrzekomnej wielkości wiśni, wypełniający $\frac{1}{3}$ nagłośni, zabarwiony blade czerwono, o twardej konsystencji, sięgający głęboko w kieszonkę Morgagniego, — Hajek Plasmocytoma w postaci guza gładkiego wielkości czereśni, umieszczonego podgłośniowo na szerokiej szypule, — White uszypułowany guz nad prawą struną głosową i nalewką zbudowany z tkanki szklistej i komórek plazmatycznych.

W przypadku Harmera w uszypułowanym guzie oskrzela z amyloidowymi pokładami w podścielisku, komórki plazmatyczne otoczone były limfoblastycznymi.

Poza powyższymi przypadkami dobrotliwych, pojedynczych plazmówczaków dróg oddechowych opisano plazmówczaki wielokrotne. W przypadku Wachtera u 48-letniego mężczyzny stwierdzono guz wychodzący z dna nosa i dolnej muszli po prawej stronie, nierówności szaro-żółte na śr. muszli, płaskie wypuklenia śluzówki dna nosa po lewej stronie, guzek wielkości wiśni na grzbietnej stronie języczka, ziarninowatą narośl o szerokiej podstawie na lewej stronie głosowej. Po usunięciu wystąpił nawrót w nosie, na grzbiecie języczka, nowy płaski guz

w okolicy ujścia gardłowego lewej trąbki. Drobnowidowo: komórki plazmatyczne naokoło naczyń z domieszką plazmatycznych olbrzymich, tkanka łączna tworzyła prostokątne oczka. W przypadku Heindla u 47-letniego chorego z polipem struny głosowej, w późniejszym przebiegu wystąpił guz plazmatyczny w tylnej części prawego przewodu nosowego, prawej powieki, zaś po 3 latach dwa guzy w okolicy 5—6 pierścienia tchawicze- go, po dalszych 2 latach jeszcze 2 guzki prawego oskrzela. Loré obserwował u 48-letniego mężczyzny rozrzucone guzki strun, wnętrza krtani, nagłośni, naciek i owrzodzenie nagłośni. Histologicznie: tkanka szklisto-włóknista, w oczkach komórki plazmatyczne. — W przypadku Uchermanna liczne drobne guzki, złożone z komórek plazmatycznych pokrywały śluzówkę tchawicy. Co do charakteru sprawy sam autor ma wątpliwości.

Inne, ogłoszone w piśmiennictwie przypadki mają już mniej lub więcej charakter systemowy. W przypadku, ogłoszonym przez Franka i Kusunokiego, uważanym za „ziarnicę plazmatyczno-komórkową“, guz wychodzący z przegrody i skrzydeł le- miesza wypełniał całą nadgardziel, gruczoły szyjne tworzyły pakiety. Guz i gruczoły miały utkanie plazmatycznokomórkowe, w gruczołach chłonnych były nadto ogniska martwicze i domieszka ciałek szpikowych i limfocytów. W późniejszym przebiegu wystąpił wśród objawów ogólnego wyniszczenia guz na udzie. W przypadku Vogta u 20-letniego chorego plazmóweczak zajmował tylną ścianę nadgardzieli, języczka, grzbietu korzenia języka, gruczoły pachowe, szyjne. W przypadku Palestri- niego guz wyrastający z dolnej części otworu gruszkowatego nosa przerastał na kość, wraść w oczodół, nadto były powięk- szone gruczoły szyjne, pachowe, pachwinowe, drobnowidowo w zewnętrznych częściach guza, w siateczce pasemek łącznotkan- kowych rozmieszczone były limfocyty i komórki plazmatyczne, w głębszych częściach znajdowały się komórki nabłonkowe, obfitujące w protoplazmę, o jądrach bogatych w chromatynę, nadto nieliczne komórki plazmatyczne. Nowotwór ten określa autor „Blastoma z udziałem komórek plazmatycznych“. W przy- padku Rösslego i Oppikoffera, guz wyrastający ze sklepie- nia i bocznych ścian nadgardzieli, przerastał stok Blumenba- cha do tylnego brzegu siodełka, wraść do zatoki klinowej, gór- nej lewej połowy nosa. Na grzbietnej stronie podniebienia mięk- kiego i w prawej zatoce szczękowej były dwa guzki, nadto w po-

większonych gruczołach chłonnych szyjnych, w ogniskach kości ciemieniowej, mostka i żebra, trzonów kręgów szyjnych i piersiowych było utkanie plazmatycznokomórkowe. Verbély opisał w chrząstce pierścieniowej, częściowo zwapniałej guz wielkości orzecha laskowego o charakterze plazmówczaka, z równoczesną obecnością plazmatycznokomórkowych guzów w 2 kręgach i żebrze. W przypadku Cappel'a i Mathers'a odosobniony plazmówczak kości skalistej, skroniowej i podstawy czaszki, niszczący n. VI. i VII. uciskający w otworze żyły szyjnej n. IX., X. i XI., przerastał na boczną ścianę gardła.

Z innych umiejscowień plazmówczaka na błonach śluzowych i w gruczołach chłonnych trzeba wspomnieć jelito cienkie i gruczoły krezkowe (Moreau i Borget). Przypadki zajęcia gruczołów chłonnych pachowych bez zmian na błonach śluzowych obserwowali Kauffmann, Lukesch, Herz, Mamrot, szyjnych Molotkoff, pachwinowych Zimmermann. Uważają te przypadki autorzy za ziarniniaki lub ziarnicę plazmatycznokomórkową.

Przypadki, przebiegające z zajęciem kości, wliczają autorzy do grupy „Myeloma plasmocellulare”. Ściśle kostne typy tych nowotworów opisali Kauffmann, Christian, Menne, Villata, Tramaceto, Heilmann, Hinrichs, Walhardt, Kriukoff, Pentmann. Występują one rzadko pojedynczo, częściej wielokrotnie, w czaszce, żebrach, mostku, kręgosłupie, łopatkach, kościach miednicy, kości podniebiennej. Kreibrich znalazł nadto ogniska w skórze. Porchownik w częściach miękkich brzucha i klatki piersiowej.

W przypadkach innych określanych jako „Myelosis plasmocellularis aleukaemica” zgeneralizowanie omawianego utkania było jeszcze większe. Hoffmann poza guzami plazmatycznokomórkowymi w kościach pokrywy czaszki, kręgosłupie, mostku, żebrach, miednicy stwierdził je także w wątrobie. Micheli poza wielokrotnymi ogniskami kostnymi znalazł nacieki plazmatycznokomórkowe w wątrobie i śledzionie. F'oa u 65-letniej kobiety z niedokrwistością, powiększeniem wątroby i śledziony za życia, stwierdził nacieki plazmatycznokomórkowe w szpiku kostnym, śledzionie, wątrobie, gruczołach chłonnych szyjnych, wnekowych, okołoskrzelowych, pozaotrzewnowych. Maresch w przypadku, uważanym za „Lymphogranulomatosis plasmocellularis”, poza utkaniem plazmatycznokomórkowym guza gruczo-

łów szyjnych znalazł podobne zmiany, jakkolwiek mniej zaawansowane w reszcie gruczołów, guzki plazmatyczno-komórkowe w wątrobie, nieliczne w szpiku kostnym. W śledzienie znajdowały się tylko pojedyncze komórki plazmatyczne. W przypadku Ghona i Romana rozległe przerosty plazmatyczno-komórkowe zajmowały miąższ śledziony, prawie wszystkie gruczoły chłonne i narządy wewnętrzne, zaś w szpiku kostnym były nacieki plazmatyczno-komórkowe.

Przy takich ogólnych zmianach komórki plazmatyczne mogą się dostawać do krwi, jak w przypadku Gluzińskiego i Reichensteina, gdzie guzy plazmatycznokomórkowe rozrzucone były w żebrach, kręgosłupie, kości udowej, ciemieniowej, zaś za życia na ogólną liczbę 39,640 c. b. w mm³ stwierdzono 46,9% plazmatycznych komórek. Również Ghon i Roman wykazali w drugim swoim przypadku poza rozległymi guzami i naciekami plazmatycznokomórkowymi w szpiku kości, gruczołach chłonnych, śledzienie i narządach wewnętrznych, zwiększoną ilość komórek plazmatycznych we krwi. Dlatego też mówią autorzy o białaczkach plazmatyczno-komórkowych.

Reasumując powyższe przypadki, dojść musimy do przekonania, że komórki plazmatyczne stanowią jednostkę morfologiczną, analogiczną do innych elementów krwi, która pod wpływem już to czynników zakaźnych, już to w większości nieznanymi nam przyczyn, zaczyna rozrastać już to miejscowo, już to w wielu pokrewnych lub nawet we wszystkich prawie narządach ustroju, dając obrazy analogiczne do systemowych schorzeń innych białych ciałek krwi. A że w śluzówkach dróg oddechowych normalnie znajdują się komórki plazmatyczne, nie też dziwnego, że w tych miejscach często przychodzi do ich rozrostu.

Opierając się na analogii do schorzeń układu krwiotwórczego stworzyli Kauffmann, Hoffmann, Oppikoffer podziały rozrostów komórek plazmatycznych.

Objawy plazmowczaków w dziedzinie otorhinolaryngologii, sprowadzają się głównie do mechanicznych w zależności od wielkości i umiejscowienia. Część tychże posiadając już niewątpliwie charakter złośliwy, wrastając w kości (Oppikoffer, Rössle, Saarni), lub też rosnąc ekspanzywnie, może niszczyć kości wywołując objawy z narządów sąsiednich (oczodół, zatoki

oboczne nosa, podstawa czaszki), pociągają za sobą bóle głowy, porażenia i podrażnienia nerwów czaszkowych, analogicznie do innych guzów złośliwych.

Prognoza plazmówczaków zależy w pierwszym rzędzie od lokalizacji. O ile plazmówczaki spojówki są w zasadzie dobre i po mechanicznym ich usunięciu nie ma nawrotów, to plazmówczaki szpiku kostnego mają prognozę niekorzystną, gdyż występując rzadko pojedynczo, najczęściej wielokrotnie, poza miejscowymi objawami (ból, ucisk na rdzeń, mózg, patologiczne złamania), powodują objawy ogólne (wyniszczenie), prowadzące same przez się lub przez wtórne komplikacje do zejścia. Tak samo zajęcia gruczołów są prognostycznie złe, dają bowiem po usunięciu recydywy, poza tym zwykle gruczoły często są jednym z wielokrotnych ognisk umiejscowienia plazmówczaków uogólnionych. Toż samo można powiedzieć o sprawach zgeneralizowanych, które nadto wywołują często anemię ciężką. Plazmówczaki w dziedzinie otorhinolaryngologii mają stanowisko pośrednie. O ile po usunięciu pojedynczych guzów w długi czas nie widziano recydyw, n. p. w I. przypadku Oppikoffera (plazmówczak migdałka) przez 10 i pół lat obserwacji, w przypadku Boit (I. wrzekoma) przez 18 lat, w przypadku Werndt'a (podniebienie miękkie) przez 14 lat, to w przypadkach wielokrotnych plazmówczaków istnieje skłonność do nawrotów. Niemniej mimo nawrotów i występowania nowych guzków w przypadku Wachtera w ciągu 51 lat obserwacji nie przyszło do zajęcia gruczołów chłonnych i sprawa musi być uważana za dobrą. Podobnie w przypadku Heindla przez przeszło 5 lat obserwacji mimo nowych ognisk sprawa miała charakter dobrej. Natomiast wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z zajęciem dróg oddechowych, kości i gruczołów chłonnych (Kusunoki i Frank Oppikoffer, Verbély, Cappel i Mathres), prognoza jest bezwzględnie zła.

To też w każdym przypadku stwierdzenia Plasmocytoma dróg oddechowych konieczne jest przebadanie całego ustroju, zwrócenie uwagi na odległe nieraz dolegliwości chorego (ból kostny kończyn, klatki piersiowej, kręgosłupa, ból głowy), gdyż one nam mogą wykryć istnienie innych jeszcze ognisk plazmówczakowych. Również ze względu na możliwość powstawania nowych ognisk, nawrotów, konieczną jest obserwacja i dokładna kontrola chorego przez długie lata.

Stwierdzenie plazmówczaaka powinno pociągnąć za sobą dokładne jego usunięcie. Pamiętać jednak trzeba, że plazmówczaakom, zwłaszcza typu klinicznie złośliwego, towarzyszy obniżenie odporności ogólnej i chorzy niekiedy giną po zabiegu na komplikacje pooperacyjne (Oppikoffer, Walhardt, Kloze, Verbély). Stosowanie energii promienistej w kilku przypadkach dało wyniki niejednolite. W przypadku Heindla po usunięciu guza w nosie i zastosowaniu radu, recydywy nie wystąpiły, guzki w oskrzeli pod wpływem rentgena się zmniejszyły. W przypadkach Franka i Kusunokiego, w II. przypadku Oppikoffera naświetlenie rentgenem nie dało żadnego skutku. Chemoterapia (związki arsenu, benzen) jest bezskuteczną.

Literatura.

- Albrecht P.: Wiener Klin. Wochenschr. 59. S. 675.
 Alagna G.: Virchows Arch. 204. S. 156.
 Baurmann M.: Graefes Arch. f. Opht. 109. S. 256.
 Boit: Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 1. 172.
 Bröste K.: Acta Otolar. XIII. S. 51.
 Bünger: Diss. Halle. 1914.
 Ciaccio: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 24. S. 104.
 Denker u. Kahler: Handbuch d. H. N. u. Ohrenheilk. V. S. 162.
 Deutschmann E.: Zeitschr. f. Augenheilk. 27. S. 242.
 Dreuw u. Rumpel: Virchows Arch. 200. S. 89.
 Faccini Scala: Arch. Ital. Otol. 56. P. 51. wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. 8. S. 269.
 Gemsel U.: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 51. S. 294.
 Ghon u. Roman: Foll. Haematol. 15. S. 82.
 Grünberg: Frankf. Zeitschr. f. allg. Pathol. 55. S. 217.
 Hajek: Passow-Schäffers Beitr. 25. S. 65. Mschr. Ohrenheilk. 67. 1585.
 Harmer: Mschr. Ohrenheilk. 67. str. 878.
 Hedinger: Frankf. Zeitschr. f. allg. Pathol. 7. 545.
 Heilmann: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 55. S. 405.
 Heindl A.: Mschr. Ohrenheilk. 67. S. 878.
 Hinrichs U.: Zeitschr. f. Nervenheilk. 151. S. 61.
 Hoffmann: Beitr. z. path. Anat. u. allg. Pathol. 55. S. 517.
 Hückel: Virchows Arch. 264. S. 721.
 Joannovits: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 20. 1011., Zbl. für Gynekol. 129. S. 406.
 Kauffmann: Lehrb. d. spez. pathol. Anat. 1922.
 Klemperer: Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. 67. S. 492.
 Kloze: Bruns Beitr. z. Klin. Chir. 47.
 Kreibrich: Foll. haematol. 18. S. 166.
 Kreuzer: Zeitschr. f. Nervenheilk. 90. S. 244.
 Kriukoff: Foll. haemat. 12. S. 572.

- Loré J.: Laryngoskope 54. Nr. 6. wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. 7. S. 96.
 Maresch: Verh. d. path. Gesellsch. 15. S. 257.
 Martinotti: Arch. ital. di Ematol. et Sierol. 1.
 Micheli: Foll. Haemat. 1. 440.
 Molotkoff: Frankf. Zeitschr. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 45. S. 152.
 Moreau et van Bogaert: Annales d'Anat., 2. S. 117.
 Pallestrini E.: Arch. Scienze med. 51. P. 175. wdl. Zbl. f. H. N. Ohrenheilk. 12. S. 509.
 Pascheff: Graef. Arch. f. Ophtal. 71 S. 569.
 Pentmann: Virchows Arch. 258. S. 162.
 Pirone: Foll. Haematol. 7. 559.
 Pokrowsky: Jahresber. f. Ophtal. 1912. S. 629.
 Porchownik: Virchows Arch. 280. S. 564.
 Rigoletti: Arch. ital. Scienze med. 61. P. 600. wdl. Zblf. allg. Pathol. u. path. Anat. 65. S. 556.
 Rössle: Schweiz med. Wochschr. 1929. Nr. 15.
 Rundt: Zeitschr. f. Augenheilk. 29. S. 125.
 Saarni E.: Arch. f. Ohrenheilk. 156. H. 1—2.
 Scarcello P.: Stomatologia 51 Nr. 2. wdl. Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 60. S. 278.
 Schridde: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 16. 455.
 Seemann: Zbl. f. allg. Patho. u. Pathol. Anat. 48. S. 212.
 Tramaceto: Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 54. S. 265.
 Uchermann: Mschr. Ohrenheilk. 50. S. 701.
 Verbély: Beitr. z. klin. Chir. 48. S. 614.
 Verse: Verh. d. path. Gesellsch. 1912. S. 62.
 Vilata: Arch. Scienze med. 52. wdl. Zbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 46. S. 17.
 Vogt: Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 10. S. 129.
 Vogt: Wiener. Klin. Wochenschr. 66. 252.
 Wachter: Arch. f. Lar. Rhinol. 28. 69.
 Wallhardt: Schweiz med. Wochenschr. 54. 285.
 Weil: Mschr. Ohrenheilk. 65. S. 465. 950. 1106. 1226.
 Werndt: Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 6. 180.
 White Fr.: Laryngoskope. 55. 595. wdl. Zbl. f. H. N. Ohrenheilk. IV. S. 26.
 Zimmermann: Virchows Arch. 216. S. 214.

Résumé.

A. Wadoń. Plasmocytome des voies respiratoires. Contribution à l'étude de la prolifération des cellules plasmatiques.

Description d'une observation personnelle de plasmocytome pédiculé à la surface dorsale de la voûte et de l'arc postérieur du palais, sous forme d'une tumeur en grappe, de la grandeur d'un marron. Examen histologique: la tumeur est couverte par un

épithélium pavimenteux stratifié, aux endroits où la surface est enfocée on voit à l'oeil nu. des bandes de cet épithélium, qui pénètrent dans la profondeur de la tumeur. Au-dessous de cet épithélium, mince couche de tissu conjonctif avec une infiltration, formée de leucocytes, de lymphocytes et de cellules plasmatiques. Les cloisons formées de tissu conjonctif partent des bandes de l'épithélium superficiel, se dirigent vers le pédicule. De la couche sous épithéliale conjonctive et des cloisons on voit sortir des faisceaux de fibres collagènes, qui forment avec les vaisseaux capillaires un réticulum, dont les mailles sont remplies de cellules plasmatiques. Dans quelques parties de la tumeur on voit de nombreux espaces vasculaires de forme irrégulière. Autour de ces espaces, autour des capillaires et aussi entre les couches des grands vaisseaux, les cellules plasmatiques se superposent en couches. Dans la lumière des vaisseaux on voit des cellules plasmatiques isolées. L'auteur passe enfin en revue les cas de plasmocytomes publiés dans la littérature, y compris les plasmocytomes des voies respiratoires.

Z Kliniki Laryngologiczno-Otiatrycznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. (Dyr.: Prof. Dr F. ERBRICH).

Sposób tamowania gwałtownych krwiotoków z tylnej części przegrody nosowej.

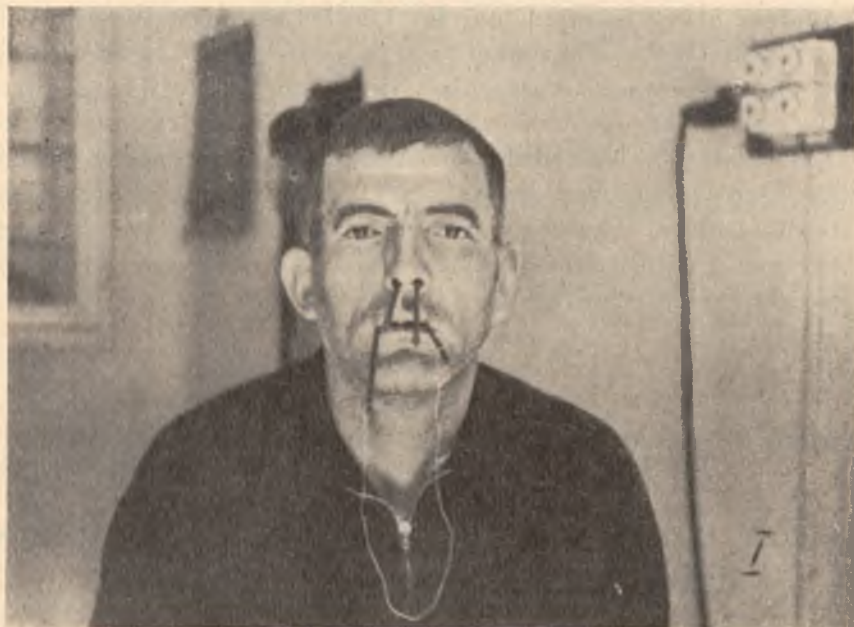
Docent Dr Henryk LEWENFISZ.

Śluzówka nosa odgrywa bardzo dużą rolę w fizjologii oddychania: ogrzewa i zwilża powietrze wdychane. Bogate jej unaczynienie zdaje się przeto być celowym urządzeniem natury, jest jednak jednocześnie źródłem częstych krwiotoków. Krwawienia z nosa dotyczą przeważnie przegrody, zwłaszcza tylna jej część jest miejscem obfitych i gwałtownych wynaczynień.

Przegroda nosowa jest unaczyniona przez rozgałęzienia tętnicy szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Z końcowej gałązki tętnicy szyjnej zewnętrznej, a mianowicie z tętnicy szczękowej wewnętrznej, odchodzi tętnica klinowo-podniebienna. Po wyjściu z otworu klinowo-podniebiennego tętnica ta dzieli się na

zewnątrzną i wewnętrzną. Wewnętrzna tętnica klinowo-podniebienna dzieli się również na dwie gałęzki, skierowane do przodu i w dół, wzdłuż linii stawowej sitowo-chrząstkowo-lemieszowej.

Obie tętnice sitowe przednia i tylna — gałęzki tętnicy ocznej — łączą się między sobą na powierzchni czaszkowej blaszki sitowej, dzielą się następnie na wiele gałęzek, przechodzących poprzez blaszkę sitową do jamy nosowej, a mianowicie na przegrodę i zewnętrzną ścianę nosa.



Ryc. 1

Górna gałązka wewnętrznej tętnicy klinowo-podniebiennej unaczynia blaszkę prostopadłą i chrząstkę, łącząc się w górze i z przodu z tętnicami sitowymi, w dole zaś z dolną gałązką wewnętrznej tętnicy klinowo-podniebiennej oraz z tętnicą sieczną.

Dolna gałązka wewnętrznej tętnicy klinowo-podniebiennej unaczynia lemiesz i śluzówkę podstawy nosa.

Rozgałęzienia końcowe dolnej gałązki tętnicy klinowo-podniebiennej, tętnicy nosowo-podniebiennej, sitowej przedniej oraz tętnicy siecznej tworzą bardzo ważne zespolenie tętnicze, tak zwaną płamką naczyńniową Kisselbacha.

Wszystkie te naczynia mogą krwawić. Lermoyez podkreśla, iż tętnica klinowo-podniebienna wewnętrzna zasługuje na miano tętnicy powodującej krwawienie z nosa (l'artère de l'épistaxis).

Postępowanie lecznicze zależy od przyczyny i stopnia krwawienia. Krwawienia z przedniej części przegrody są na ogół łatwe do opanowania czy to za pomocą zwykłego tamowania, czy też przez „odluszczenie błony śluzowej” (patrz Les Annales



Ryc. 2.

d'Oto-Laryngologie Nr 5/1932). Gdy tętnica krwawiąca znajduje się w tylnej części przegrody i nie może być bezpośrednio osiągnięta, należy wówczas uciec się do tamponowania tylnego. Tamponowanie tylne było dotychczas jedyną metodą postępowania leczniczego w obfitych krwawieniach nosa. Jest ono bardzo przykre dla chorego i w większości przypadków powoduje groźne powikłania ze strony ucha środkowego. Te ujemne właściwości tamponowania tylnego były właśnie bodźcem do poszukiwania prostej, nie dającej powikłań metody. Polega ona na uciśnięciu przegrody nosa za pomocą wstęgi gumowej, obejmu-

jącej cały obwód przegrody i przechodzącej poprzez jamę nosowo-gardłową z jednego przewodu nosowego do drugiego. W ten sposób uzyskujemy tamponowanie całej powierzchni przegrody, bez jakiegokolwiek upośledzenia oddychania oraz bez żadnych powikłań ze strony uszu. Technika tamponowania jest następująca:

Do każdego otworu nosa wprowadzamy cienką sondę Nelatona w głąb jamy nosowej, następnie poprzez nozdrza tylne do



Ryc. 5.

jamy nosowo-gardłowej, końce sond wprowadzamy przez jamę ustną (patrz fot. Nr 1). Oba końce sond, wyprowadzonych z jamy ustnej łączymy mocną wyjałowioną nitką jedwabną. Co-fając wprowadzone do przewodów nosowych sondy, wciągamy poprzez usta nitkę jedwabną i oba jej końce wyprowadzamy z każdego otworu nosowego. Sondy Nelatona usuwamy i do jednego końca nitki np. prawego przymocowujemy wyjałowioną płaską wstęgę gumową, szerokości 1,5 cm i długości około 50 cm (patrz fot. Nr II.). Wyciągając następnie nitkę z lewego przewodu nosa, wprowadzamy wstęgę gumową do prawego przewo-

du; wstęga otacza od tyłu lemiesz i zostaje wyprowadzona przez lewy otwór (patrz fot. Nr III). Wstęga gumowa, obejmująca teraz cały obwód przegrody nosowej, zostaje nieco napięta, a oba jej końce związane za pomocą nitki. (Większe napięcie jest zbyt szkodliwe i bolesne)¹⁾.

Metoda ta, stosowana w całym szeregu przypadków, dotychczas nie zawiodła; oddała nam nieocenione usługi, niejednokrotnie ratując chorym życie, jak np. w przypadku gwałtownego krwiotoku na skutek rozległego podśluzowego naczyńniaka tylnej części przegrody nosa, gdzie ani tamponowanie przednie, ani tylne nie było skuteczne. Tu wstęga gumowa była pozostawiona przez przeciąg dwóch tygodni, nie powodując żadnych zaburzeń. Nie usuwaliśmy wstęgi z nosa w celach zapobiegawczych na okres leczenia radem w Instytucie im. Marii Curie Skłodowskiej, dokąd chorą przewieziono z Kliniki. Rad zakładano pomiędzy przegrodę a wstęgę gumową.

Résumé.

II. Levensfisz. Procédé pour arrêter les violentes hémorragies des parties postérieures de la cloison nasale.

L'auteur décrit un procédé pour comprimer la partie postérieure de la cloison nasale avec un ruban de caoutchouc de 1.5 cm de largeur et 50 cm de longueur, embrassant tout le pourtour de la cloison et passant à travers tout le rhinopharynx, d'une fosse nasale à l'autre. La technique du tamponnement est la suivante: dans chacune des narines on introduit un mince cathéter de Nalaton, au fond de la cavité nasale et dans le rhino-pharynx, Les extrémités du cathéter émergent dans la cavité buccale: on les noue ensuite fortement avec un fort fil de soie stérilisé. En poussant vers l'arrière le cathéter introduit dans les fosses nasales, on tire le fil de soie par la bouche et on extrait ses extrémités par les narines. A l'une des extrémités du fil on fixe le ruban de caoutchouc mentionné: tirant ensuite le fil introduit dans la fosse nasale opposée, on fait entrer le ruban de caoutchouc dans le nez, puis, en le faisant passer par la partie postérieure

¹⁾ Przeprowadzenie wstęgi gumowej można skutecznie również za pomocą jednego kateteru Nelatona, przeprowadzając nitkę najpierw do jednego przewodu nosowego, a następnie do drugiego.

de la cloison, on le fait sortir dans la seconde fosse nasale. Enfin on noue les 2 extrémités des fils de soie au commencement de la cloison nasale. Cela permet d'arrêter de violentes hémorragies sans qu'il y ait besoin d'appliquer le tamponnage de Beloque: on laisse le tampon dans le nez pendant une quinzaine de jours.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr A. Laskiewicz).

Technika lipiodografii oskrzeli.

DR ALEKSANDER ZAKRZEWSKI
st. asystent Kliniki.

Wstęp.

Bronchografia nawet przy dzisiejszym stanie rentgenografii płucnej jest bezsprzecznie niezastąpioną metodą badania drzewa oskrzelowego. Na zwykłym zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej uwidocznienie ściany oskrzela przedstawia duże trudności, gdyż jest ona przenikliwa dla promieni X i nie odcina się na zdjęciu od rysunku miąższu płucnego. Słup powietrza, wypełniający drogi oddechowe może być wykazany na kliszy jedynie w odniesieniu do tchawicy i conajwyżej głównych oskrzeli. Widoczne na kliszach cienie koliste względnie owalne, odpowiadające przekrojem poprzecznym i skośnym oskrzeli, jak również okołoskrzelowe pasma powodowane nacieczeniami zapalnymi, umiejscowionymi wzdłuż oskrzeli, jakkolwiek mogą być uchwycone na kliszy bez użycia środków kontrastowych, nie mogą nam jednak dać pojęcia o przebiegu, szerokości i jakichkolwiek zmianach patologicznych poszczególnych oskrzeli. Nawet doskonała skądinąd metoda zdjęć warstwowych nie potrafi naszym zdaniem uwidocznić tak dokładnie szczegółów budowy anatomicznej, jak i spraw chorobowych poszczególnych odcinków dolnych dróg oddechowych. Reiser na ostatnim zjeździe rentgenologów niemieckich w Berlinie (1937) przedstawiając przypadki torbielowatości płuc występował przeciwko bronchografii z powodu obserwowanych w jej następstwie objawów ubocznych,

starając się zastosować w tym celu tomografię. Zarówno znaczenie rozpoznawcze bronchografii, jak i wskazania do niej są zbyt dobrze znane z olbrzymiej ilości publikacyj w różnych językach, by je tu przytaczać. Wciąż aktualna jest natomiast kwestia techniki wprowadzania płynów kontrastowych do dróg oddechowych i dlatego w poniższym artykule ograniczę się do szczegółowego omówienia samej tylko techniki. Jakkolwiek bronchografia jest zabiegiem zupełnie prostym i pozbawionym jakiegokolwiek niebezpieczeństwa dla chorego — wykonana nieodpowiednio może stać się rzeczywiście przyczyną czy to groźnych powikłań czy zatruć i przez to kompromitować tę niezastąpioną dzisiaj metodę diagnostyczną.

Rys historyczny.

Po pierwszych próbach na zwierzętach (Springer w 1906 r. wprowadzał bizmut i jodoform, Telemann w 1915 r. stosował u królików emulsję bizmutową) w r. 1918 Chevalier-Jackson rozpoczął ludziom wdychać w celach diagnostycznych do oskrzeli proszek bizmutowy. Weingärtner później zaczął wprowadzać przez bronchoskop Torium anhydricum. Lynah w 1921 r. wypełnił jamę ropnia w środkowym płacie emulsją dwuwęglanu bizmutu w oliwie.

Lipiodol (chemiczne połączenie czystego jodu z lipidami oleju makowego, 1 cm zawiera 0,54 g. jodu czystego), używany dzisiaj wyłącznie do bronchografii był już w 1901 r. wprowadzony choremu do oskrzeli przez Lafay'a we Francji, jednak nie jako środek kontrastowy, ale leczniczo w przypadku kiły. W 1904 r. Martin ogłosił pracę o własnościach leczniczych lipiodolu w różnych schorzeniach dróg oddechowych. Pierwszy Rist zwrócił uwagę na to, że lipiodol pochłania promienie X i jest doskonale widoczny na ekranie. Zastosowanie diagnostyczne znalazł lipiodol dopiero 21 lat później (1922), kiedy to Siccard i Forestier ogłosili swoje pierwsze wyniki. Odtąd bronchografia szybko zyskała należne sobie uznanie i okazała się nieodzowną metodą badania klinicznego. W Polsce już w roku 1923 była stosowana bronchografia na Oddziale chorób wewnętrznych Renckiego we Lwowie przez Czeżowską i Dobrzańskiego.

Sposoby wprowadzania lipiodolu.

Pierwsi pionierzy lipiodografii zalecali wprowadzać płyn kontrastowy do tchawicy po uprzednim nakłuciu więzadła pierściennotarczowego przy pomocy igły (Sergent, Cottenot, Forestier i Leroux) lub specjalnego trójkrańca o krzywiźnie rurki tracheotomijnej (Armand Dellile). Zabieg ten wykonywano w znieczuleniu miejscowym nowokainą. Metoda ta przetrwała w niektórych klinikach jeszcze do dzisiaj. Przy pewnej wprawie nakłucie wyżej wymienionego więzadła jest łatwe, jakkolwiek zupełnie zbyteczne. Chorzy znoszą ten zabieg naogół dobrze, w czasie wstrzykiwania oddychają spokojnie, nie krztusząc się. Poważnym brakiem tej metody jest zbyt powolne przedostawanie się lipiodolu poprzez cienką igłę względnie trójkrańca do dróg oddechowych. Pociąga to za sobą szybkie rozpylenie środka kontrastowego na przestrzeni obu płuc. Przy tym trudne jest wypełnienie pewnego określonego tylko odcinka drzewa oskrzelowego. Chcąc uzyskać wyraźny obraz kontrastowy przy użyciu tej metody, musimy wstrzyknąć znaczną ilość lipiodolu, co także nie zawsze jest obojętne. Forestier i Leroux i Armand Dellile rzadko obserwowali powikłania w następstwie nakłucia więzadła, w Ameryce natomiast metody tej zaniechano zupełnie z powodu zbyt często występujących komplikacji, jak odma podskórna, obrzęk błony śluzowej tchawicy. Prócz tego zdarzały się nieraz przypadki wstrzyknięcia lipiodolu obok tchawicy, powstania spraw zapalnych z powodu infekcji przez kanał wkłucia, zwłaszcza w przypadkach z obficie wykrztuszaną wydzieliną. Jak na metodę diagnostyczną jest to sposób nieodpowiedni, gdyż łączy się z pewnym jakkolwiek niewielkim ryzykiem dla zdrowia badanego.

Wychodzi również z użycia do niedawna szeroko stosowana, zwłaszcza w Ameryce, metoda bronchoskopowa (Tucker, Clerf. Ballon). Większość wstrzykniętego przez bronchoskop lipiodolu była natychmiast z łatwością wykrztuszona na skutek odruchów kaszlowych. Metoda ta, którą do niedawna Chevalier-Jackson posługiwał się wyłącznie dla celów bronchograficznych, ustąpiła miejsca innym, prostszym i dogodniejszym sposobom. Stosuje się ją jeszcze z pożytkiem w przypadkach, gdzie przed waniem lipiodolu należy wpierw wyaspirować zalegającą wydzielinę i skontrolować wzrokiem stan śluzówki i światła tchawicy lub oskrzeli. Ujemną stroną tej metody jest również

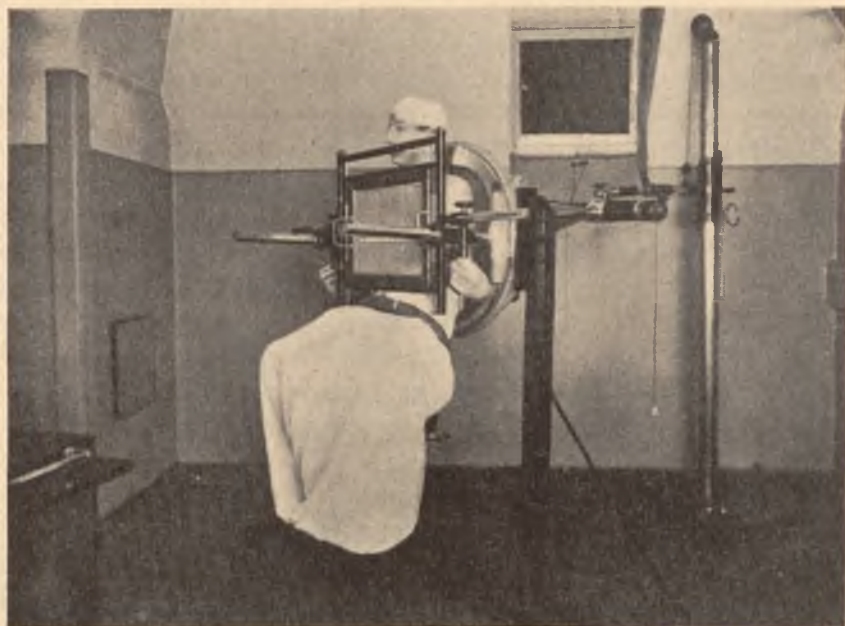
trudność przenoszenia chorego z założoną rurą bronchoskopową do oddziału rentgenowskiego. Niemożliwe jest zupełnie kontrolowanie pod ekranem sposobu rozchodzenia się lipiodolu w oskrzelach — w czasie wlewania go przez bronchoskop. Również duże trudności następuje manipulowanie chorym pod ekranem i zmienianie jego ułożenia jeżeli się weźmie pod uwagę, że w tchawicy chorego tkwi sztywna rura bronchoskopu.

Nie przyjęła się również metoda intubacyjna Iglauera. Historyczną już dzisiaj jest metoda polykowa, zaproponowana przez Sgalitzera w 1925 r. Nie znalazła ona uznania, ponieważ zbyt mała ilość płynu kontrastowego przedostawała się do dróg oddechowych (przez zachłystywanie się wskutek uprzedniego znieczulenia gardła i krtani) w stosunku do ilości polykanego lipiodolu. Zachodzi konieczność używania przy tej metodzie znacznych ilości płynu kontrastowego, co w następstwie może stać się przyczyną zatrucia jodem z przewodu pokarmowego. Przy tym obrazy rentgenowskie rzadko są zadowalające, gdyż lipiodol przedostaje się do dróg oddechowych bardzo nierównomiernie, a uniknięcie przy zachłystywaniu się tak niepożądanych przy bronchografii odruchów kaszlowych jest prawie niemożliwe.

O wiele lepszym i bardzo prostym sposobem jest metoda podana przez Singera, przy której wlewa się lipiodol do gardła przy silnie wyciągniętym języku, co uniemożliwia polykanie wlewanego płynu. Lipiodol można wprowadzać wprost do gardła lub przez nos, przy czym chory powinien spokojnie oddychać. Między innymi tym sposobem posługuje się także E. Huizinga, który od dawna prowadzi systematyczne badania lipiodograficzne oskrzeli na bardzo dużym materiale.

Prosty bardzo jest sposób wstrzykiwania płynu kontrastowego do krtani przy użyciu zwykłej strzykawki z nasadką krtaniową, przy czym należy krtanić uprzednio dobrze znieczulić. Sposób ten był swego czasu bardzo rozpowszechniony w Niemczech. U nas zaleca go Karbowski, radząc kierować prąd lipiodolu na strunę głosową, odpowiadającą stronie płuc, którą chcemy nastrzyknąć. Zaleca przy tym wstrzykiwać płyn kontrastowy w dwucentymetrowych dawkach co kilka minut, a w międzyczasie układać chorego na jednym boku w celu lepszego nastrzyknięcia poszczególnych oskrzeli. Manipulacje powyższe są uciążliwe dla chorego, jeżeli wziąć pod uwagę, że zużywa się zwykle

około 15 cm lipiodolu. Przy bezpośrednim wlewaniu do krtani część lipiodolu zostaje już w czasie wstrzykiwania wykrztuszona. Dla nastrzyknięcia wszystkich oskrzeli nie wyłączając oskrzela płata górnego używa Karbowski aż 50 cm płynu kontrastowego. Choć za posługiwanie się zwykłą nasadką krtaniową jest bardzo proste, to jednak rzadko tą drogą wstrzyknięty lipiodol



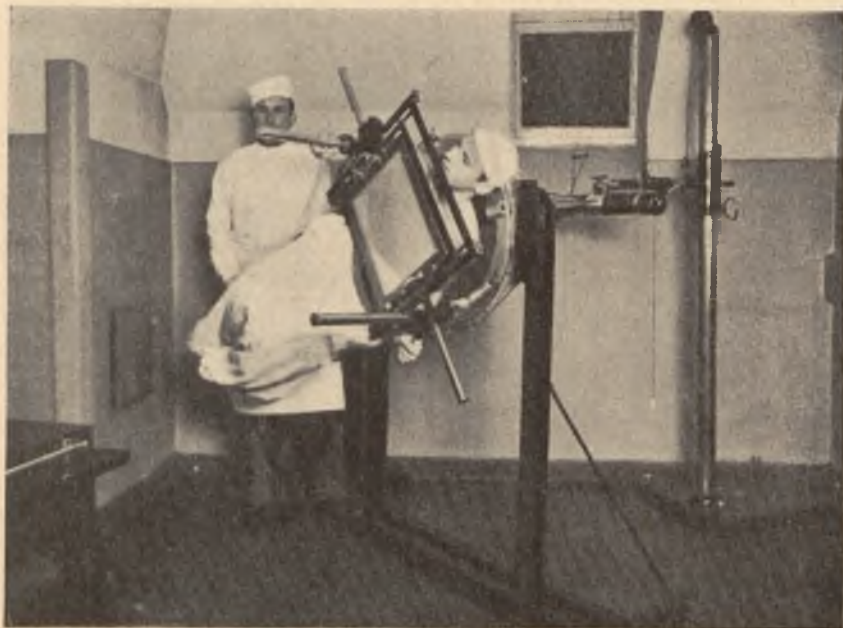
1. Chory na statywie w pozycji normalnej.

wypełnia pewne, określone partie drzewa oskrzelowego, co stanowi poważną wadę tej metody. Osobiście nie uzyskałem nigdy ładnych zdjęć posługując się tym sposobem.

Metody poprzezgłośniowe.

Ta nazwa dotyczy w przeciwieństwie do ostatniej metody, (którą możnaby nazwać ponadgłośniową) wszystkich sposobów zgłębnikowych, jak również omówionej już metody bronchoskopowej. Zgłębniki, używane do bronchografii mogą być miękkie lub półsztywne. Różne typy zgłębników posiadają rozmaite urządzenia ułatwiające wprowadzenie ich poniżej głośni. Najczę-

ściej używa się w tym celu prętów metalowych o krzywizmie zglębniaka krtaniowego, na które naciąga się sondy gumowe. W ten sposób usztywnioną sondę, o najdogodniejszej do wprowadzenia krzywiznie, zakłada się pod kontrolą lusterka krtaniowego do gardła i poprzez głośnię zesuwa się z pręta metalowego do tchawicy. Inne sondy wprowadza się specjalnymi pincetami.



2. Zmiana o 45° w stosunku do pozycji poprzedniej.

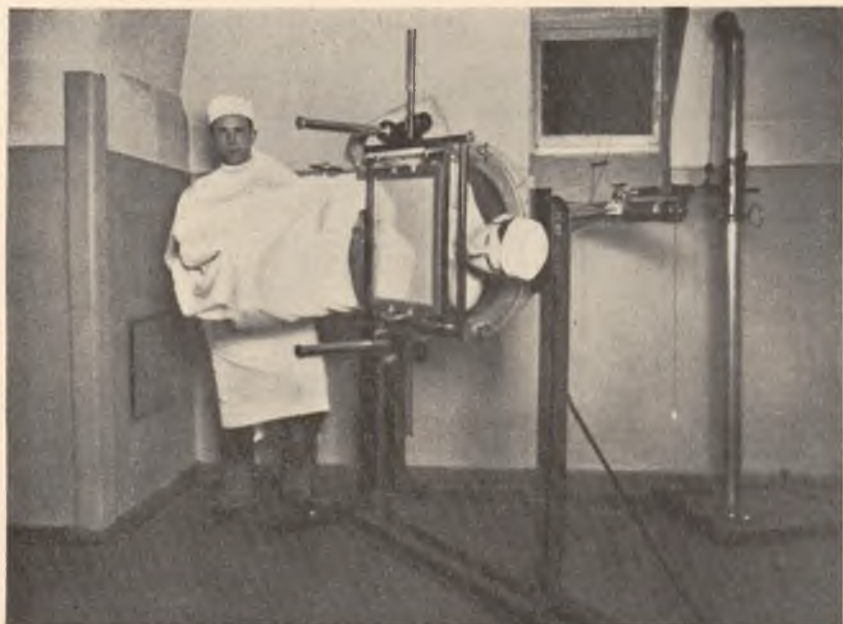
Różne typy zglębników podali Myerson, Mounier-Kuhn, Ramadier i Nattier, Lloyd, Pitman, Mandelbaum, Thompson, de Pablo, Jacod, Cheridjian i inni. Zbędne byłoby opisywanie szczegółowe tych wszystkich odmian sond i techniki bronchograficznej wymienionych autorów.

Technika bronchografii stosowana w Klinice laryngologicznej U. P.

U dorosłych.

Chory do zabiegu powinien być przygotowany. Dnia poprzedzającego wykonanie zabiegu sprawdzamy wrażliwość oso-

bnika na jod, stosując próbę bardzo prostą: pędzlujemy skórę przedramienia po stronie wewnętrznej 10% nalewką jodową na przestrzeni kilkunastu cm^2 i następnego dnia sprawdzamy odczyn. Jest to metoda niezbyt pewna, to jednak pozwala ona z grubsza wyeliminować osoby bardzo na jod wrażliwe. W naszym materiale, obejmującym 187 przypadków bronchografii tyl-



5. Zmiana o 90° w stosunku do pozycji normalnej.

ko trzy razy zrezygnowaliśmy z wykonania zabiegu, ponieważ u chorych tych wystąpił bardzo silny odczyn skórny. Dowodem, jak niedokładną jest ta próba badania wrażliwości na jod jest fakt, że u dwóch chorych, u których nalewka jodowa nie podrażniła w ogóle skóry, wystąpiły objawy silnej jodzicy. Objawy zatrucia ustąpiły na trzeci dzień. Nie będę specjalnie podkreślał, że zaleca się pozostawić chorego w dniu bronchografii na czczo.

Znieczulenie.

Bezpośrednio przed zabiegiem znieczulamy dokładnie gardło, krtań i okolicę podgłośniaową roztworem 10% kokainy, któ-

rym pędzujemy wymienione okolice lub rozpylamy go za pomocą specjalnego rozpylacza. Dla uzyskania dostatecznego znieczulenia wystarczy już kilka ccm płynu. Bardzo dogodny sposób znieczulania krtani zaleca Chevalier-Jackson gdzie oprócz rozpylania kokainy (10%) w gardle nalewa się jeszcze strzykawką krtaniową 1—2 ccm tego roztworu kokainy wzglę-



4. Jedna z pośrednich pozycji chorego na statywie.

dnie laryngologii o tym samym stężeniu do krtani, kropla po kropli, tak manipulując nasadką strzykawki, by krople spływały po bocznych ścianach krtani. Jeżeli chodzi o wprowadzanie środka znieczulającego bezpośrednio do krtani należy być bardzo ostrożnym z obawy przed zatruciem. Odradzać stanowczo należy wprowadzania roztworów znieczulających do tchawicy drogą wstrzykiwania. Dreyfus podał przypadek zejścia śmiertelnego w kilka minut po bronchografii wśród typowych objawów zatrucia kokainowego. W przypadku tym krtani znieczulał przez pędzowanie 20% roztworem kokainy (zużył przy tym 6 ccm tego roztworu) i prócz tego wstrzyknął do tchawicy 2 ccm tego samego płynu.

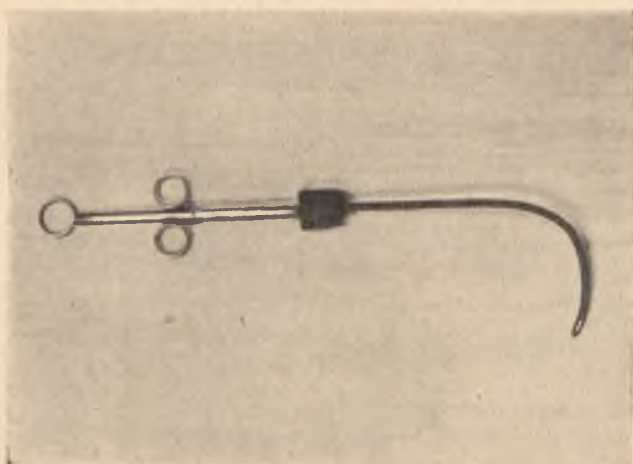
Tiffeneau odnośnie tego przypadku podkreśla, że błona śluzowa tchawicy resorbuje kokainę w tak szybkim tempie jak gdyby wprowadzono ją drogą dożylną. Zwraca przy tym uwagę, że nie znamy dotychczas maksymalnej dawki kokainy, którą można bez obawy zatrucia wprowadzić do tchawicy. Jak małe niebezpieczeństwo przedstawia dla chorego znieczulanie, jeżeli się je przeprowadza w sposób umiejętny i ostrożny świadczy duża statystyka Soulasa, obejmująca 36.100 znieczuleń wykonanych w ciągu ostatnich 11 lat, z czego 15.200 poprzedzało bronchoskopię, 4.500 zaś bronchografię. Na tak wielką ilość wykonanych znieczuleń raz tylko obserwowano zejście śmiertelne, które można było odnieść do zatrucia kokainą, a którego można było uniknąć, jak przyznaje sam Soulas, gdyby nie powierzono wykonania znieczulenia osobie niedoświadczonej.

W naszym materiale 187 bronchografii dotychczas nie obserwowaliśmy ani razu zatrucia kokainą. U osób bardzo wrażliwych wstrzykujemy jeszcze przed rozpoczęciem znieczulania eukodal lub morfinę podskórną w ilości 0,01.

Wprowadzanie zgłębnika.

Po znieczuleniu gardła i krtani, z chwilą ustąpienia odruchów, wprowadzamy sondę do tchawicy. W klinice naszej, po wypróbowaniu różnych odmian kateterów, przyjął się normalny kateter miękki. Wprowadzamy go przez usta, pod kontrolą lusterka krtaniowego, na mandrynie metalowym o krzywiznie zgłębników krtaniowych. Jak widać z rysunku, kateter nasz jest skonstruowany w ten sposób, że zesuwanie sondy z mandrynu do tchawicy odbywa się automatycznie przy pomocy sprężyny metalowej schowanej w oprawce instrumentu. Górny koniec kateteru jest opatrzone metalową nasadką z gwintem, służącym do wkręcania strzykawki (20-to gramowej). Chcąc uchronić sondę przed zaciśnięciem lub uszkodzeniem przez zęby chorego przeciągamy ją przez zwykły, przewiercony w środku korek, który polecamy pacjentowi trzymać zębami. Chory oddycha przez niedomknięte wskutek tego usta bardzo spokojnie, ponieważ sonda jest ustalona, nie balotuje w ustach przy ruchach języka i nie wywołuje dzięki temu odruchów kaszlowych. Wprowadzenie dalsze zgłębnika do jednego z głównych oskrzeli odbywa się zawsze pod kontrolą ekranu przez nieznaczne nachylenie cho-

rego na prawą lub na lewą stronę. Często, zwłaszcza u osób szczupłych i u dzieci, sonda nie wypełniona nawet lipiodolem jest dobrze widoczna przy prześwietleniu. Dla uwidocznienia jej u osób otyłych wstrzykujemy do jej wnętrza kilka kropli lipiodolu. Wobec powyższego uważamy za zupełnie zbędne posługiwanie się specjalnymi zglębnikami absorbującymi promienie X lub posiadającymi inne dodatkowe urządzenia, jak n. p. śrut ołowiany, przywiązany do końca sondy, zupełnie niepotrzebnie niepokojący pacjenta. Zakładanie zalecanego przez niektórych



5. Sonda naciągnięta na mandryn.

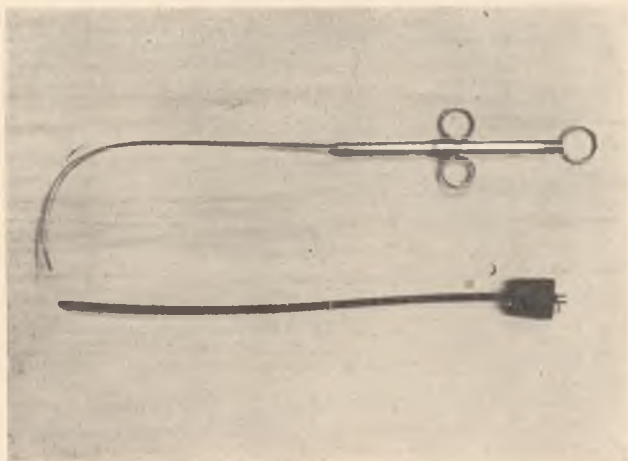
autorów, srebrnego, bardzo giętkiego pręta do światła sondy już po wprowadzeniu jej do tchawimy wydaje się nam również niepotrzebne.

Pozycje chorego w czasie nalewania lipiodolu.

Ponieważ lipiodol jest płynem ciężkim, dlatego przy napełnianiu nim poszczególnych oskrzeli należy uwzględnić prawo ciężkości i ułożyć pacjenta w ten sposób, by ta część płuca, która ma być nastrzyknięta, przyjęła możliwie najniższe położenie. Chcąc uzyskać dobre zdjęcie bronchograficzne jakiegokolwiek odcinka drzewa oskrzelowego musimy pacjenta nie tylko ułożyć w najodpowiedniejszej pozycji, lecz również nieraz przez czas dłuższy utrzymać w niej badanego. Bardzo dogodnym do tego

celu okazał się statyw specjalny, którego używamy w naszej Klinice. Odpowiada on nie tylko dopiero co przedstawionym wymaganiom, lecz również pozwala nawet w czasie wlewania lipiodolu na dowolne zmiany ułożenia chorego.

Jak widać na rycinach, statyw ten jest zaopatrzony we własny ekran fluoryzujący i jest tak zbudowany, że możliwe są ruchy w płaszczyźnie zarówno czołowej, poziomej jak i strzałkowej oraz wszystkich dowolnych płaszczyznach pośrednich. Umieszczamy chorego na krześle statywu, do którego przymocowujemy go mocno pasem i za pomocą dodatkowego urządzenia



6. Sonda i mandryn osobno.

mechanicznego do ustalenia tułowia na wysokości talerzy biodrowych. Przed chorym na wysokości klatki piersiowej znajduje się normalny ekran, którego oprawa może służyć równocześnie do założenia kasety. Z tyłu, poza pacjentem znajduje się bania rentgenowska, oddzielona od niego cienką ścianką z dykty, w okrągłej oprawie metalowej. Krzesło dla chorego i metalowa oprawa ścianki tworzą jedną całość. Chory przymocowany do krzesła wraz z ekranem może, jeśli ograniczymy się jedynie do płaszczyzny czołowej, zajmować kolejno każde położenie od normalnego pionowego począwszy, do poziomego (odchylenie o 90°), a nawet możliwe są pozycje z jeszcze większym odchyleniem aż do 180° od pozycji normalnej (głową na dół). Takie same odchylenia można uzyskać w każdej z innych,

wyżej wymienionych płaszczyzn. Prócz tego można chorego umieścić na krześle bokiem zarówno do ekranu jak i bani i w tej pozycji prześwietlać w wymiarze poprzecznym chorego we wszystkich wyżej wymienionych płaszczyznach.

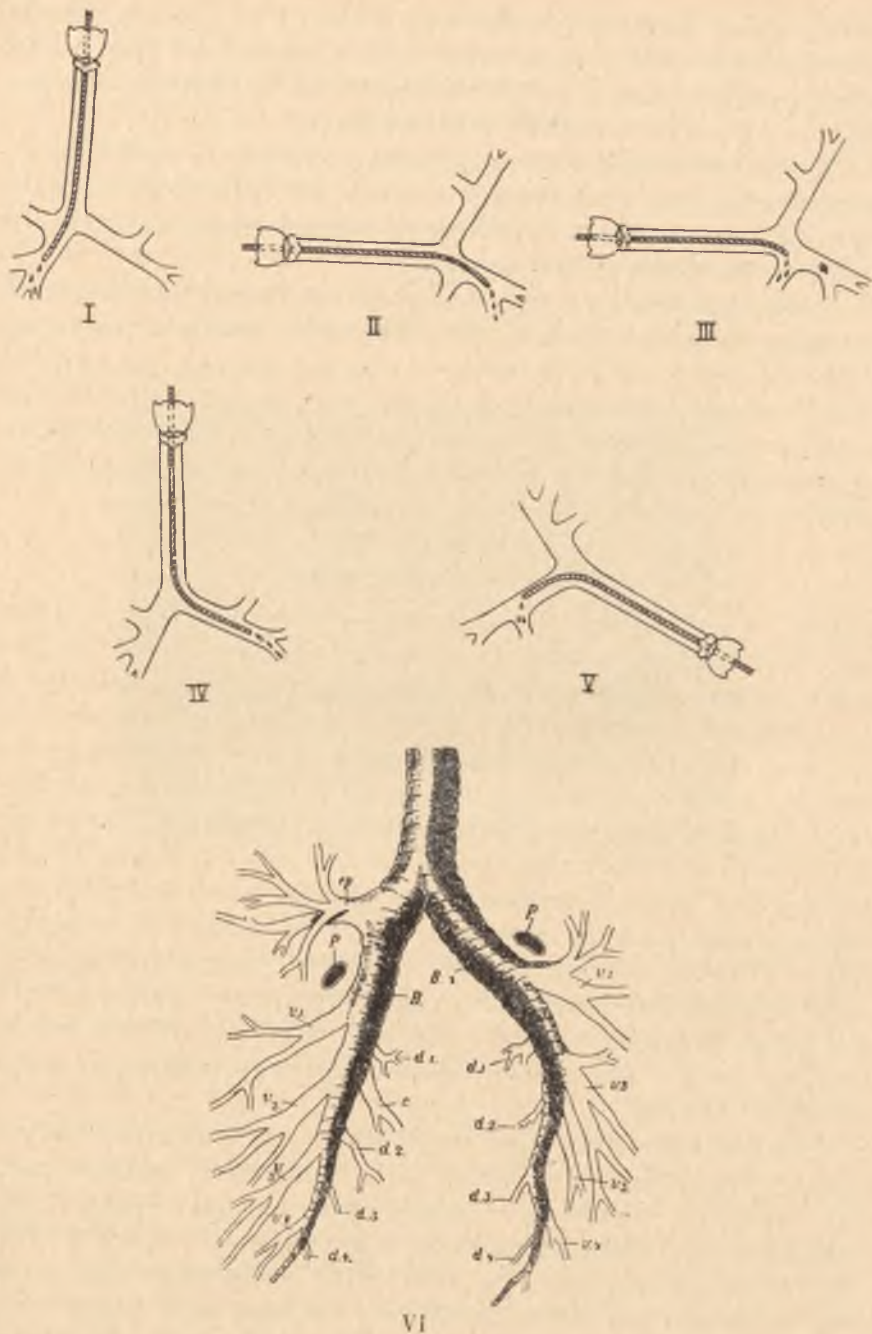
Zanim przystąpię do szczegółowego omówienia metodyki napełniania każdego z poszczególnych oskrzeli, przedstawię krótko szkic budowy anatomicznej drzewa oskrzelowego, na której to budowie metodyka ta jest oparta.

Tchawica dzieli się na dwa oskrzela główne, prawe i lewe, tworzące ze sobą kąt około 70° . Przy tym oskrzele prawe odchyła się mniej od osi tchawicy i tworzy niejako jej przedłużenie, natomiast lewe odchyła się więcej, przy czym jest dłuższe i cieńsze od prawego. W swoim przebiegu ku dołowi odchylają się oba oskrzela nieco w kierunku grzbietowym od osi podłużnej ciała, lewe oskrzele w stopniu znaczniejszym niż prawe.

Oskrzele główne prawe

oddaje w odległości 2 i $\frac{1}{2}$ cm — 3 cm dużą gałąź boczną dla płata górnego. Gałąź ta odchodzi niejednokrotnie już znacznie wyżej, w szczególnych przypadkach tuż pod bifurkacją, a wyjątkowo nawet powyżej bifurkacji, wprost od tchawicy. Co do ilości dalszych rozgałęzień oskrzela płata górnego są jeszcze spory. Autorzy niemieccy jak Felix i Herrnhaiser opisują trzy odgałęzienia (szczytowe, pachowe i piersiowe), francuscy (Lucien) i angielscy (Kramer i Glass) aż cztery odgałęzienia. Opisywana przez Francuzów i Anglików czwarta gałąź tego oskrzela odpowiada przykręgowo leżącemu segmentowi płata górnego. Główne oskrzele prawe w dalszym swoim przebiegu oddaje jeszcze cztery brzuszne i cztery grzbietowe gałęzie. Pierwsza gałąź brzuszna zaopatruje płat środkowy. Reszta odgałęzień, to znaczy trzy gałęzie brzuszne i cztery grzbietowe należą do płata dolnego.

Aeby, który pierwszy starał się usystematyzować na podstawie anatomicznych badań porównawczych podział gałęzi oskrzelowych, usiłował wykazać istnienie tak zwanego „pnia oskrzelowego” (Stammbronchus), zaczynającego się od bifurkacji, tak po prawej jak i po lewej stronie, dążącego stąd w jednym kierunku ku podstawie płuca. Od tego pnia oskrzelowego miałyby odchodzić wszystkie brzuszne i grzbietowe odgałęzienia. Narath zgadza się z zapatrywaniem Aeby'ego, natomiast póź-



7. Schematy I, II, III, IV, V, VI.

niejsi autorzy odrzucają możliwość istnienia tego puia oskrzelowego Aeby'ego (Heiss i Huizinga). Ponieważ jednak jest to schemat, który jest najbardziej przejrzysty i najlepiej nam obrazuje przebieg oskrzeli w obu płucach, dlatego podaję go również poniżej.



8. Nastrzyknięte drzewo oskrzelowe płata górnego, pacj. M. N., lat 22, podejrzewano jamę, pacj. Dra Szadkowskiego.

Oskrzele główne lewe

oddaje swoją pierwszą gałąź, idącą do płata górnego, dopiero po 4—5 cm poniżej rozdwojenia tchawicy. Po stronie lewej obserwujemy już bardziej symetryczny podział oskrzeli (dichotomiczny). Oskrzele płata górnego dzieli się najczęściej na dwie gałęzie — szczytową, dochodzącą do wierzchołka płuca

i boczną, zaopatrującą resztę płata. W dalszym przebiegu lewego oskrzela głównego odchodzą kolejno jeszcze dalsze trzy brzuszne i cztery grzbietowe gałęzie należące do płata dolnego.

Zanim przedstawię kolejno wskazówki, jakimi należy się kierować przy lipiodografii oskrzeli poszczególnych płatów plu-



9. Duże rozstrzenie w kształcie palców rękawiczki dolnego płata lewego, pacj. E. L. lat 9, pacj. Doc. Zeylanda.

cnych, chcę wpieryw zaznaczyć, że nastrzyknięcie określonego tylko odcinka drzewa oskrzelowego ma zasadnicze znaczenie dla celów diagnostycznych. N. p. przy nastrzyknięciu obu płuc niemożliwa jest interpretacja zdjęć bocznych, bardzo ważnych dla lokalizacji sprawy chorobowej w zestawieniu ze zdjęciem przedmiotowym, gdyż zachodzi tu nakładanie się wzajemne obrazów

obu płuc na jednej kliszy. Tak samo lipiodografia całego płuca jest niepotrzebna w tych przypadkach, gdzie sprawa chorobowa jest umiejscowiona tylko w jednym płacie. Taka lipiodografia odcinkowa jest również wskazana ze względu na mniejszą ilość zużywanego dla jej wykonania płynu kontrastowego.



10. Rozstrzenie płata dolnego po stronie lewej, pacj. U. M., lat 21, pacj. Dra Kozaryna.

Nastrzykiwanie płata dolnego.

Po wprowadzeniu sondy do tchawicy sposobem wyżej opisanym kierujemy ją do odpowiedniego oskrzela głównego przez nieznaczne pochylenie chorego na prawą lub lewą stronę i po wyprostowaniu chorego wsuwamy sondę na kilka cm do oskrzela. Dolny koniec sondy widoczny pod ekranem powinien znajdować się dość wysoko w oskrzeli głównym, trochę powyżej ujść oskrzeli dla płatów środkowego i dolnego po stronie prawej

i dolnego po lewej (patrz schematy I i IV). Pionowa pozycja pacjenta uchroni nas od nastrzyknięcia niepotrzebnego płatów wyżej położonych. Co dopiero opisane położenie sondy umożliwi przy małych pochyleniach do przodu i do tyłu nastrzyknięcie wszystkich rozgałęzień oskrzelowych płatów dolnych zarówno brzusznych jak i grzbietowych. Jeżeli wykonujemy zabieg



11. Ropne zapalenie opłucnej, dren w opłucnej lewej, w celu wykazania ewentualnej przetoki nastrzyknięto część obwodową lewego dolnego płata, przetoki nie wykazano, pacj. K. M. lat 24.

bez kontroli Rentgena, może się zdarzyć, że sonda zostanie wprowadzona zbyt głęboko do jednego z oskrzeli. W rezultacie uzyskamy napełnienie tylko tej jednej gałęzi oskrzelowej. W przypadkach, gdzie sonda tkwi swoim końcem szczelnie w świetle oskrzela w tym miejscu już dość wąskiego, wstrzykiwanie na ślepo powoduje napełnienie płynem kontrastowym najdrobniejszych oskrzeli, a nawet mięszu płucnego, zaoptrywanego przez

dane oskrzele. Należy bowiem wziąć pod uwagę, że oskrzela są rozgałęzieniami końcowymi, bez anastomoz. Stąd też w przypadkach wadliwej techniki spotykamy nieraz na zdjęciu klinowate cienie nawet dużych rozmiarów odpowiadające nastrzykniętym segmentom mięszu płucnego. Zaznaczyć należy, że wykrztuszenie z dróg oddechowych w ten sposób wstrzykniętego lipiodolu jest bardzo trudne. W jednym przypadku obserwowałem zaleganie lipiodolu przez 15 miesięcy w dolnym prawym płacie. U pacjenta tego założyłem sondę zbyt nisko i wprowa-



12. Rozstrzenie oskrzelowe lewego dolnego płata po przebyтым zapaleniu płuc. pacj. R. W., lat 25, pacj. Dra Żółkiewicza.

działem lipiodol na ślepo, bez kontroli ekranu. Tego rodzaju błędów trzeba oczywiście unikać. Bronchografia tak wykonana pod względem diagnostycznym jest bezwartościowa, a przy tym przedstawia niebezpieczeństwo uszkodzenia mięszu płucnego przez wstrzykiwany pod ciśnieniem płyn oleisty.

Nastrzykiwanie płata środkowego.

Sondę wyprowadzam jak poprzednio do prawego oskrzela głównego, przy czym dolny koniec sondy jest na tej samej wysokości co przy napełnianiu płata dolnego (patrz schemat II). Zmieniamy natomiast ułożenie chorego przez pochylenie go na prawo i nieznacznie ku przodowi, biorąc pod uwagę kierunek przebiegu oskrzela, zaopatrującego płat środkowy. Wlewanie oczywiście odbywa się, jak wyżej, pod ekranem. W każdym stadium bronchografii można wykonywać zdjęcia.



15. Ten sam chory, ustawienie skośne, dobrze widoczna rozstrzeń poprzednio zakryta cieniem serca, na obwodzie nie wypełniony lipiodolem ropień płuca z widocznym poziomem płynu.

Nastrzykiwanie płatów górnych.

a) płat górny prawy. Koniec sondy wprowadzonej do prawego głównego oskrzela powinien się znajdować tuż poniżej bifurkacji tchawicy, przy tym należy zwrócić uwagę na możliwość istnienia częstszych anomalij, jeżeli chodzi o wysokość odejścia tego oskrzela. Bezpośrednio po założeniu sondy przechyliamy chorego na naszym statywie w ten sposób, że zajmuje on naj-

pierw położenie poziome (patrz schemat III) i w miarę napełniania oskrzela przechylamy jeszcze bardziej obserwując równocześnie sposób rozchodzenia się lipiodolu. Aby nastrzyknąć oskrzele szczytowe choremu nadajemy położenie około 160° w stosunku do położenia normalnego. Używanie metalowych sond o zakrzywionym końcu, który da się wprowadzić wprost



14. Rozstrzenie płata dolnego lewego, zdjęcie skośne, pacj. O. B. lat 24.
pacj. Dra Szadkowskiego.

do oskrzela płata górnego, uważamy za zupełnie niepotrzebne. Zapomocą zwykłej miękkiej sondy, której zakończenie znajduje się w pobliżu ujścia górnego oskrzela można uzyskać tak samo dokładne jego wypełnienie. Do nastrzyknięcia górnego płata wystarczy już kilka ccm lipiodolu. Z innych sposobów wypełniania górnego płata najbardziej polecenia godnym jest sposób następujący: po założeniu sondy do tchawicy i po skontrolowaniu jej ułożenia układa się chorego w pozycji Trendelenbur-

ga na boku lub w pozycji „Kleopatry“ i również pod kontrolą ekranu wlewa się lipiodol. O wypełnieniu gałęzi szczytowych oczywiście mowy być nie może. Za zupełnie nieodpowiedni sposób uważam wprowadzanie lipiodolu do skrzeli górnych za pomocą rozpylania przez kaszel, gdyż w rezultacie otrzymujemy



15. Ta sama pacj.: zdjęcie przedniotylnie.

przerywane i niedokładne zarysy ścian oskrzelowych, pokrytych nierównomiernie rozbitym na drobne cząsteczki lipiodolem.

b) płąt górny lewy. Opisane powyżej stosunki anatomiczne wskazują na konieczność założenia sondy do lewego oskrzela głównego znacznie głębiej, aniżeli to ma miejsce po stronie prawej — to znaczy mniej więcej na cztery do pięciu cm poniżej bifurkacji tchawicy. Dalszy przebieg zabiegu jest identyczny jak po stronie prawej, z tą tylko różnicą, że do wypełnienia

oskrzela szczytowego pochylamy chorego jeszcze silniej głową ku dołowi (patrz schemat V).

Bronchografia u dzieci.

Ponieważ wykonanie tego zabiegu u dzieci jest pod wieloma względami inne jak u dorosłych, dlatego dział ten omawiam osobno.



16. Rozstrzenie pleurogenne z resztką odmy, pacj. S. K. lat 25, pacj. Dra Żółkiewicza.

a) U dzieci dużych, w wieku od 10 do 15 lat postępowanie nasze nie odbiega znacznie od tego, jakie ma miejsce u dorosłych, z tą tylko różnicą, że należy brać wzgląd na wrażliwość dzieci na działanie środków znieczulających. Dlatego używamy ich w bardzo małych ilościach i mniejszych stężeniach (5% kokaina).

b) Dzieci w wieku 5—10 lat. Założenie sondy w lusterku krtaniowym jest trudniejsze, udaje się wykonać tylko u dzieci wyjątkowo rozsądnych i spokojnych. U chorych w tym wieku rezygnujemy zupełnie ze znieczulenia. Dziecko należy przytrzymać mocno z rękoma założonymi do tyłu i przy wyprosto-



17. Zapalenie ropne opłucny po stronie prawej. punkcja ujemna, zwy-
czajne zdjęcie wykazało jednostajne zaciemnienie prawego pola płuc-
nego, pacj. G. J. lat 25, pacj. Dra Żółkiewicza.

wanej głowie i wyciągniętym mocno języku wprowadzamy sondę przez nos. Często już bez pomocy dodatkowych narzędzi, manipulując tylko trzymanym w ręku końcem sondy po silnym przechyleniu głowy do tyłu wygięcie tylnej ściany gardła skierowuje samo koniec sondy ku krtani. W ten sposób udaje się ją wprowadzić do tchawicy. Podkreślić należy, że w tym przypad-

ku trzeba używać sond półsztywnych, które trudniej jest wykrztusić przy kaszlu. Sprzeciwu wysuwane przez niektórych autorów przeciwko wprowadzaniu sondy poprzez nos z obawy przeniesienia infekcji z nosa do niższych dróg oddechowych są nieuzasadnione z tego względu, że o wiele większe ilości wydzie-



18. Ten sam chory, zdjęcie kontrastowe wykazuje szeroką jamę opłucnową i naprowadza na obecność w niej ropy, co zostało potwierdzone przez resekcję żeber, pacj. Dra Szadkowskiego.

liny z nosa wraz z florą bakteryjną, spływają bez szkody dla dziecka normalnie w czasie snu do tchawicy. Jakkolwiek i tutaj bronchografię wykonujemy pod kontrolą promieni X, to jednak lipiodol należy wlać bardzo szybko, po czym sondę natychmiast usunąć. Robimy to w tym celu, by uniknąć zbędnego krztuszenia się, ujemnie wpływającego na jakość późniejszych zdjęć.

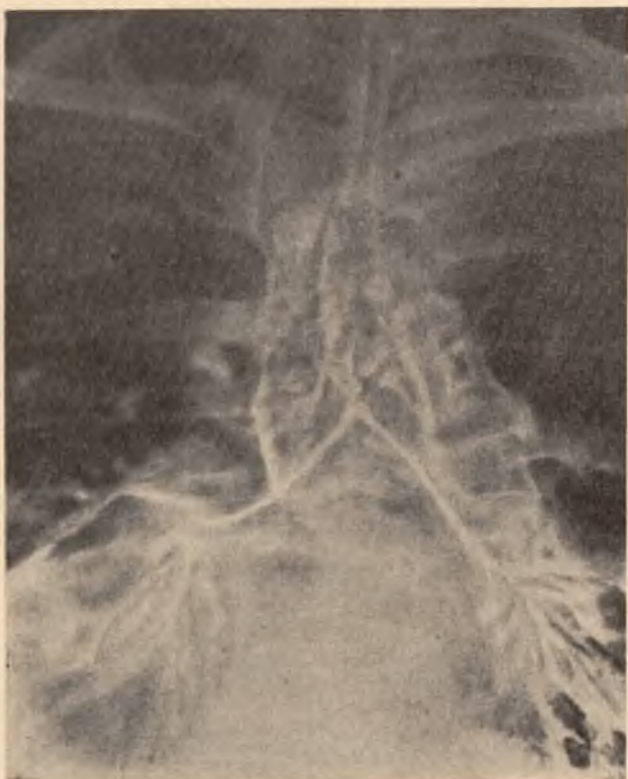
c) zupełnie małe dzieci. Wprowadzenie sondy możliwe jest tylko przy użyciu laryngoskopii bezpośredniej. Le Meé i Bonnier postępują w ten sposób, że wprowadzają najpierw sondę przez nos, a po nastawieniu krtani szpatulą Chevalier-Jacksona chwytają pincetą koniec sondy i wprowadza-



19. Zwężenie oskrzela lewego, niedodma płuca lewego, rozstrzenie drobne po stronie lewej, pacj. L. H. lat 10, pacj. Doc. Zeylanda.

ją ją do krtani. Soulas i Clerf radzą u małych dzieci wstrzykiwać lipiodol po uprzedniej bronchoskopii i aspiracji. Wstrzykują przez rurę aspiracyjną, po czym szybko usuwają bronchoskop. Ilość wprowadzonego lipiodolu nie powinna przekraczać u dzieci 10 cm. U bardzo małych dzieci wystarczy kilkadziesiąt kropli płynu kontrastowego.

Bronchografia nie polega na szczelnym wypełnieniu światła oskrzeli, lecz na dokładnym zarysowaniu ich ścian przez pokrycie cienką warstwą lipiodolu.



20. Zwężenie tchawicy, guz śródpiersia, skrzywienie kręgosłupa, pacj. L.
L. lat 59, pacj. Dra Boeshego.

Wykonywanie zdjęć. Należy przestrzegać następujących wskazówek:

1. Dla uzyskania obrazu drzewa oskrzelowego w naturalnej wielkości trzeba umieścić banię rentgenowską w odległości 2 m od chorego.

2. Po wlaniu lipiodolu należy sondę z oskrzela usunąć.

3. Zdjęcie należy wykonać w takim ułożeniu chorego, przy którym już w czasie prześwietlania obraz danego odcinka oskrzeli jest najwyraźniejszy. Mogą wystarczyć klasyczne ustawienia;

przednio-tylne, boczne lub ukośne prawe i lewe, niekiedy jednak trzeba się uciec do zastosowania innych dowolnych ustawień, dostępnych dla nas na naszym statywie. Nie można jednak zapominać o tym, że dla lokalizacji schorzeń w obrębie klatki piersiowej zasadnicze położenia przednio-tylne i boczne są niezastąpione.

4. Po jakim czasie od wiania wykonujemy zdjęcie? Nie można z góry przewidzieć najodpowiedniejszego momentu dla zdjęcia, gdyż obraz nastrzykniętych oskrzeli zmienia się w zależności od różnych czynników, jak ilość użytego płynu, sposobu oddychania chorego, od jego zachowania się (kaszel) i od rodzaju schorzenia. Forsowne oddychanie i kaszel powodują szybkie przejście płynu wstrzykniętego do dalszych gałęzi oskrzelowych i w efekcie otrzymujemy niejasne zarysy ścian oskrzelowych. W przypadkach z dużą ilością wydzieliny lipiodol zalega zwykle długo w dużych oskrzelach i dlatego możemy bez uszczerbku dla wyrazistości zdjęć wykonywać je nawet po dłuższym czasie, jak np. przy rozstrzeniach dużych rozmiarów. Jeśli chodzi o zwężenia tchawicy i głównych oskrzeli to należy się spieszyć z radiografią. Jak widać z powyższych uwag, tak samo jak pozycję dla zdjęcia wybiera się pod ekranem, tak samo i odpowiedni dla niego moment na podstawie prześwietleń.

5. Radiografię trzeba robić w czasie wdechu.

6. Po wykonaniu zdjęcia polecamy choremu wykrztuszać wprowadzony płyn, co jest bardzo łatwe przy posługiwaniu się naszym statywem, który pozwala na ułożenie chorego w pozycji dogodnej do odpluwania. Nie jest uzasadnioną obawa przed zaleganiem zbyt dużych ilości lipiodolu przez czas dłuższy w oskrzelach. Niejednokrotnie wprost przeciwnie obserwujemy bardzo korzystny wpływ leczniczy wstrzykniętego do płuc lipiodolu na przebieg niektórych ropnych schorzeń.

Piśmiennictwo.

Reisner — cyt. wedl. A. Schreiber. Sprawozdanie z 28-go zjazdu rentgenologów niemieckich, P. Przegl. Radiol. T. XII, str. 575.

Springer, Teleman, Weingärtner — cyt. wedl. Karbowskiego, Warsz. Czas. Lek. 1927.

Chevalier-Jackson-The Bronchial Tree. Its Study by Insufflation of Opaque Substances in the Living. Am. J. Roent., 5: 454, 1918.

Lynach — cyt. Karbowski, jak wyżej.

Lafay — Sur l'huile iodo-biodurée. *Bul. Soc. Dermat. et Syph.* N. 5, 1901.

Martin. Le lipiodol spécialement dans certaines affections de l'appareil respiratoire. Thèse, Lyon, 1904.

Rist — cyt. Chevalier-Jackson i Bonnier, *Technic of Bronchography*. *Annals of otology, rhinology and laryngology*, September 1957.

Sicard i Forestier, Méthode générale d'exploration radiologique par l'huile iodée (lipiodol). *Soc. Méd. Hôp. Paris* 46: 467, 1922.

Sergent i Cottenot. Ce que la clinique peut demander aux injections intratrachéales de lipiodol dans le diagnostic des affections des voies respiratoires. *Presse Méd.*, 51 + 500, 1955.

Leroux i Forestier. *Journ. de radiol. et d'électrol.* 1925.

Armand Dellile. Contribution à l'étude radiologique de l'appareil trachéobronchique au moyen des injections de lipiodol. *Soc. Méd. Hôp. Paris* (11 mai) 1925.

Tucker. *Technic of Bronchoscopic Introduction of Bismuth Subcarbonate and Iodized Oil, 40 percent, for Pneumography*. *Arch. Surg.* 14: 175, 1928.

Clerf. *Bronchoscopic Lung Mapping in Diseases of the Lung*. *Surg. Cl. N. A.* 4 : 104, 1924.

Ballou. *Lipiodol in the Diagnosis of Bronchopulmonary Lesions by the Bronchoscopic Method*. *Arch. Otolaryng.* 5 : 405, 1926.

Iglaur. *The use of Injected Oil in the Roentgen-Ray Diagnosis of Laryngeal, Tracheal, Bronchial and Pulmonary Conditions*, *J. A. M. A.* 86 : 1897, 1926.

Sgalitzer — cyt. wedl. Karbowski.

Singer, *A Simple Method of Introducing Iodized Oil the Lungs*. *J. A. M. A.* 87 : 1258, 1926.

Huizinga, *Sur l'exploration bronchique au moyen du lipiodol*. *Revue de lar. otol. rhinol.* 57 année, n. 2. str. 121.

Karbowski-Bronchografia, *Warsz. Czas. Lek.* 1927.

Myerson, *An Introducer for Iodized Oil in Lungs Mapping*. *Tr. Am. Bronchoscopic. Soc.* 1928.

Mounier-Kuhn, *Le lipiodolage bronchopulmonaire à la sonde sous le contrôle de l'écran radioscopique*. *Revue de lar.* 52 : 427, 1951.

Ramadier i Nattier, *Le lipiodolage bronchopulmonaire per radioscopique à la sonde*, *Ann. D'otolar.* 848, 1952.

Lloyd, *Pneumography, Its Technic, Indications and Contraindications*, *Ann. of Surg.* 25: 557, 1954.

Pitman, *Arch. Oto-laryngol.* 18:78, 1955.

Thomson, *Bronchial Catheterization*, *Am. J. Surg.* 51:260, 1956.

Jacod, *Nouvelle instrumentation pour le lipiodolage à la sonde des voies respiratoires sous le contrôle radioscopique*, *Ann. d'oto-laryng.* 789, 1956.

Dreyfus, Un cas d'intoxication cocaïnique mortel après injection de lipiodol dans les bronches, Société d'Anesthésie et d'Analgésie, Séance du 1-er mai 1957.

Tiffeneau i Soulas-Bronchoscopie, oesophagoscopie et gastroscopie, 1957, n. 4, str. 525.

Felix, Chirurgie der Brustorgane, Berlin, 1920. Sauerbrucha.

Herrnheiser, Fortschr. Röntgenstr. 55, 251. 1956.

Lucien, L'appareil pulmonaire. Traité d'anatomie descriptive, Testut. T. 5.

Kramer i Glass, Ann. of Otol. 41, 1210, 1952.

Aeby, Der Bronchialbaum der Säugetiere und des Menschen. 1880.

Narath, Der Bronchialbaum der Säugetiere und des Menschen, 1901.

Heiss, Arch. f. Anat. 1, 1901.

Huizinga, Z. Hals- Nasen- und Ohr. 55, 1955.

Le Mée i Bronnier. Technique de la bronchographie, Bronchoscopie, Oesophagoscopie, et Gastroscopie. 1957, Nr 4, str. 285.

Soulas i Clerf. — cyt. wedl. Le Mée i Bonnier.

Résumé.

A. Zakrzewski. Technique de la bronchographie.

Après avoir cité toutes les méthodes de la bronchographie, l'auteur donne la description du procédé, employé à la Clinique laryngologique à Poznań, où on se sert de la sonde molle en caoutchouc introduite dans la trachée sur un mandrin spécial, construit par l'auteur. Pour obtenir les positions de tous les lobes pulmonaires convenant le mieux au lipiodolage on a construit à la Clinique un dispositif à chaise mobile, permettant de donner au malade toutes les positions possibles dans le plan frontal, horizontal et dans tous les autres plans intermédiaires. On a décrit brièvement la structure de l'arbre bronchique pour expliquer les manoeuvres et les changements de la position du malade pendant l'instillation du lipiodol dans les bronches des divers lobes pulmonaires. On a consacré un chapitre spécial à la technique de la bronchographie chez les enfants. À la fin de l'article l'auteur donne des remarques pratiques quant à la radiographie des bronches injectées. L'article contient les photographies du dispositif décrit ci-dessus et des clichés de diverses affections de la trachée et des bronches.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego
(Dyr. Prof. Dr A. LASKIEWICZ).

Skleroterapia przewlekłych nieżytów nosa w szczególności ich form naczyniowych i naczynioruchowych.

Dr JAROSŁAW IWASZKIEWICZ
st. asystent kliniki.

I.

Dotychczasowe metody stosowane w leczeniu nieżytów nosa prostych, nie uwzględniając tu leczenia ogólnego, polegały na podawaniu środków ściągających: do tych środków należą związki srebrne z lapiem i protargolem na czele. Działanie ich jest krótkotrwałe, gdyż efekt leczniczy ogranicza się tylko do czasu przyjmowania tych środków, to też leczenie nieżytów nosa przewlekłych prostych wymagało stałego ich powtarzania. W przypadkach znaczniejszego powiększeniem muszli dolnej, nieulegającej zmniejszeniu pod wpływem powyższych środków, błonę śluzową muszli dolnej przyżegnano kwasem trójchloroctowym, chromowym lub uciekano się do galwanokaustyki wprowadzonej do leczenia przez Voltoliniego. Instalacja kwasem chromowym, a szczególnie galwanokaustyka uszkadza w wysokim stopniu błonę śluzową nosa, wywołuje bardzo silną reakcję otoczenia powodując niekiedy zapalenie okostnej bocznej ściany nosa, nierzadko krwawienia, jak również jest częstą przyczyną zrostów muszli dolnej z przegrodą nosa. Galwanokaustyka poza tym wymaga następowego leczenia, które trwa długo, według M. Schmidta od 3 do 4 tygodni. Wspomnieć tu należy, że instalacja kwasem trójchloroctowym z pośród tego rodzaju terapii jest może najmniej uszkadzającą błonę śluzową nosa, jak wykazały badania A. Laskiewicza, działanie jej jest ściśle zlokalizowane do warstwy powierzchniowej i gruczołowej, wywołuje odczyn stosunkowo niewielki i daje się dokładnie dawkować.

Leczenie nieżytów nosa przewlekłych przerostowych zasadniczo jest chirurgiczne (Mucotomia). Wymaga ono umieszczenia chorego w klinice lub szpitalu, powoduje niekiedy silne krwiotoki, prowadzi też w pewnej liczbie przypadków do nieżyty zanikowego, co w konsekwencji jest sprawą znacznie gorszą od

przerostu. Nie zawsze atoli ścięcie tego czy innego odcinka błony śluzowej muszli dolnej jest wystarczające, w niektórych przypadkach zmuszeni jesteśmy leczenie to uzupełnić jeszcze przy pomocy galwanokaustyki. Wszystkie mniej lub więcej radykalne postępowania w leczeniu nieżytów nosa prostych i przerostowych w wysokim stopniu uszkadzają błonę śluzową, to też troska o jej oszczędzanie jest bodźcem, dzięki któremu powstaje metoda galwanokaustyki podśluzowej (Schmidt), operacja Linharta, polegająca na odseparowaniu błony śluzowej od okostny muszli celem wytworzenia w tym miejscu ściągającej blizny, lub operacja podśluzowej resekcji kości muszli zapoczątkowana przez Zarniko. Metody te nie znalazły jednak szerszego zastosowania.

Nie można oczywiście negować braku skuteczności powyższych metod, niemniej jednak już sama liczba tych środków przemawia za ich względną wartością leczniczą, skłaniając ryнологów do szukania innych, bardziej skutecznych, dla chorego lepiej znoszonych i skracających czas leczenia.

Od czasu kiedy ciało jamiste błony śluzowej muszli dolnej definitywnie zaliczone zostało przez szereg autorów do układu żylnego, postępowanie w leczeniu nieżytów nosa przewlekłych prostych i przerostowych uległo zmianie. W normalnych warunkach ciała jamiste i przez to muszla nosowa może zwiększać swą objętość przez wypełnienie krwią swych jam naczyniowych, — jest to zwykła jej fizjologiczna funkcja. Fakt ten zaobserwować możemy w swej codziennej praktyce, szczególnie u osobników z chwiejnym układem naczynioruchowym: podczas pierwszego badania stwierdzamy muszlę nosową dolną powiększoną, dotykającą przegrody nosa i upośledzającą w wysokim stopniu drożność nosa; badanie przeprowadzone po kilku zaledwie minutach daje wręcz przeciwny obraz, muszle nosowe skurczone, drożność nosa nadmierna. Ta elastyczność błony śluzowej muszli dolnej, właściwie jej ciał jamistych, jest jej funkcją fizjologiczną. Natomiast w warunkach patologicznych ciała jamiste tracą tę elastyczność, są w stanie mniejszego lub większego przepelnienia krwią, który to stan może trwać dłuższy czas, lub występować bardzo często powodując zaburzenia funkcji oddechowej i sekrecyjnej nosa.

Stan często powtarzającego się lub stałego zastoju krwi w ciałach jamistych muszli nosowej dolnej odpowiada klinicz-

nie nieżytowi nosa przewlekłemu prostemu-rhinitis chr. simplex. Nagromadzona w naczyniach krew drażni ściany naczyń i tkanki otaczające, powodując ich przerost, stąd przejście, nieuchwytnie zazwyczaj w obrazie histologicznym, ku nieżytowi nosa przewlekłemu przerostowemu. Postępowanie przeto w leczeniu nieżytów nosa przewlekłych prostych i przerostowych zwrócone zostało ku zredukowaniu zbyt rozszerzonych jam naczyniowych, do ich obliteracji, analogicznie do postępowania w leczeniu sklerozującym żyłaków kończyn dolnych.

Nie tylko odgrywa tu rolę działanie sklerozujące środków wprowadzonych do muszli dolnej, powodujących obliterację ciał jamistych i zmniejszających muszlę, nie bez wpływu pozostaje też działanie tonizujące na cały układ naczyniowy i nerwowy nosa, czemu widocznie należy przypisać wielkie znaczenie zwłaszcza w leczeniu tą metodą nieżytów nosa naczynioruchowych.

Zaznaczyć tu wypada, iż mylnym byłoby przypuszczenie, że wprowadzając środek sklerozujący do muszli dolnej wypełniamy nim wyłącznie jamy naczyniowe, tak jak wypełniamy rozdętą żyłę na kończynie dolnej. Celu tego tu nie osiągamy, jak wykazały jednak badania Grucy, działanie sklerozujące będziemy mieli jeszcze wybitniejsze, wprowadzając środek sklerozujący do żyły i obok niej. Metoda sklerozująca w leczeniu żyłaków kończyn dolnych rozpoczęta w roku 1851 przez Pravaza i Chassaignaca (1853) od czasów, Sicarda i Linsera wszechstronnie opracowana i rozpowszechniona szeroko, znalazła zastosowanie w leczeniu nieżytów nosa dopiero w roku 1922.

Środki wstrzykiwane do rozszerzonych żył są różne. Linser stosował sublimat, Nobl cukier gronowy, Montpellier dwujodek rtęci, Genervier chininę, Gruca athophanyl itd.

Wszystkie, rzecz można, środki stosowane w leczeniu żyłaków kończyn dolnych użyto stopniowo i w leczeniu nieżytów nosa, wstrzykując je do powiększonych muszel dolnych nosa, celem ich zmniejszenia, jak to ma miejsce w nieżytach nosa prostych lub przerostowych, albo celem zmniejszenia sekrecji błony śluzowej, co ma przede wszystkim znaczenie w leczeniu nieżytów nosa naczynioruchowych.

Hopmann wstrzykiwał do ciał jamistych muszel dolnych 10—20% chlerek sodu (1922); Bruker (1932); Bontinck (1933), Szapiro (1936), Simeoni (1936) glicerynę; Szapiro (1936) karbolglicerynę; Drenowa (1932) fizjologiczny roztwór soli kuchennej;

Richier (1930), Szapiro (1936), Abramowicz (1938) 5% chininę z uretanem; Stein (1922) 75% alkohol; Praskurjakow (1932) 80% alkohol; Cipin (1937) jako środka sklerozującego użył nitek katgut, którego 5—6 kawałków długości 2—3 cm wprowadzał za pomocą igły i strzykawki Rekorda do ciała jamistego muszli dolnej, otrzymując dobre wyniki w leczeniu szczególnie nieżyków nosa prostych.

Każdy z autorów poleca metodę sklerozującą w leczeniu nieżyków nosa jako skuteczną, łatwą w stosowaniu i przez chorego lekko znoszoną. Wszyscy są zgodni co do skuteczności tej metody leczniczej zwłaszcza tam, gdzie chodzi o zmniejszenie powiększonych muszel dolnych utrudniających oddychanie. Różnice w otrzymanych przez nich wynikach są zasadniczo nieduże i odnoszą się raczej do rodzaju środka sklerozującego użytego przez poszczególnego z nich.

Zachęteni wynikami wyżej wymienionych autorów, stosujących tę metodę leczniczą, wprowadziliśmy ją od 1936 roku do leczenia nieżyków nosa przewlekłych prostych i przerostowych, oraz naczynioruchowych. Jako środka sklerozującego użyliśmy 66% glukozy, wstrzykując ją w ilości 5 cm³ do każdej muszli dolnej. Zadaniem naszym było poza tym porównanie działania niektórych z tych środków, ścisła obserwacja kliniczna połączona z kontrolą po okresie czasu możliwie najdłuższym, oraz przesledzenie histologiczne procesu bliznowacenia ciała jamistego muszli dolnej, niekiedy nawet porównując, jak niżej zobaczymy, w obrazie histologicznym z działaniem sklerozującym innego środka.

II.

Nasz kliniczny materiał opiera się na 50 przypadkach nieżyków nosa leczonych za pomocą roztworu 66% cukru gronowego wprowadzanego do muszli nosowej dolnej. Co do charakteru schorzenia wśród naszych chorych mieliśmy 16 przypadków przewlekłego nieżytku nosa prostego (Rhinitis chr simplex), 19 przypadków nieżytku przewlekłego przerostowego (Rhinitis chr hyperplastica) i 15 przypadków nieżytku nosa naczynioruchowego (Rhinitis vasomotoria). Wiek chorych wahał się pomiędzy 14-tym a 44-tym rokiem, wśród nich mężczyzn 27, kobiet 23.

Czas trwania dolegliwości, na które chorzy narzekali: najkrótszy 1½ miesiąca, najdłuższy kilka lat.

W przypadkach nieżyty nosa prostego (16) wszyscy chorzy narzekali w pierwszym rzędzie na zatkanie nosa, 13 chorych na zatkanie nosa i katar nosa. Na 19 przypadków przewlekłego nieżyty nosa przerostowego wszyscy chorzy narzekali na katar i zatkanie nosa. Z 15 przypadków nieżyty nosa naczynioruchowego tylko w 3 przypadkach skarg na zatkanie nosa nie było.

W czterech przypadkach przewlekłego nieżyty nosa przerostowego stwierdziliśmy przerost ograniczony tylnych końców muszel dolnych, w jednym przypadku przerost polipowaty wolnego brzegu muszli dolnej znacznego stopnia, reszta przypadków typowa dla rozlanego przerostowego nieżyty nosa.

Wprowadzaliśmy do błony śluzowej muszli dolnej po 5 cm³ 66% glukozy, po uprzednim znieczuleniu pantokainą. Podczas wstrzykiwania mniej więcej połowa chorych odczuwała dość znaczne bóle górnej szczęki i w okolicy ciemieniowo skroniowej po stronie wykonywanego zabiegu. Po stronie tej prócz tego występowało obfite łzawienie i przekrwienie spojówek oka. Ból ten oraz łzawienie po dwóch mniej więcej minutach ustawał całkowicie. Po pół godziny od chwili zabiegu występowała silna reakcja błony śluzowej, objawiająca się wzmożoną sekrecją śluzu.

Szczególnie obfite wydzielanie przezroczystego szklatego śluzu spostrzegano się w przypadkach nieżytów nosa naczynioruchowych, tak że fakt ten może służyć za typowy objaw dla tego rodzaju nieżytów nosa.

Powyższej reakcji błony śluzowej nosa towarzyszyły prawie u wszystkich chorych nieznaczne bóle głowy i bezsenność.

Po wyjęciu tej lekkiej naszej tamponady objawy te nie powtarzały się więcej, odnieść je więc częściowo należy do zatkania nosa gazą lub watą.

Przez przeciąg pierwszych dwóch dni drożność nosa była gorsza niż przed zabiegiem — muszle nosowe powiększone, zaczerwienione, pokryte lepka, gęstą wydzielina. Po tym okresie muszle nosowe kurczyły się tak, że już trzeciego do piątego dnia drożność nosa była osiągnięta, a sekrecja błony śluzowej zmniejszona.

Na 16 przypadków przewlekłego prostego nieżyty nosa skontrolowano po czasie do 1-go miesiąca od zabiegu — 7-miu chorych, od ½ do 1 roku — 7-miu, po wyżej 1 roku 2.

We wszystkich tych przypadkach wynik leczenia był bardzo dobry.

L. p.	Imię i nazwisko	Płeć	Wiek	Skargi chorego			
				katar	zatka- nie nosa	inne	czas trwania
1	J. M.	ż.	24	+	+	bóle głowy	2 lata
2	J. Z.	ż.	39	+	+	"	5 lat
3	J. S.	m.	31	+	+	—	3 lata
4	S. S.	m.	15	+	+	—	1 rok
5	S. S.	ż.	25	+	—	—	—
6	H. K.	m.	49	+	+	niedosłuch	5 lat
7	M. W.	ż.	39	+	+	bóle głowy	2 lata
8	J. K.	m.	24	+	+	—	"
9	F. J.	m.	24	+	+	—	1 rok
10	Z. P.	ż.	32	+	+	niedosłuch	—
11	G. K.	ż.	26	+	+	bóle głowy	kilka lat
12	H. W.	ż.	32	+	+	—	od dzieciństwa
13	E. K.	m.	18	+	+	—	2 lata
14	W. G.	m.	18	—	+	niedosłuch	1 rok
15	L. H.	ż.	29	+	+	bóle głowy	kilka miesięcy
16	J. L.	m.	28	+	+	—	2 miesiące
17	L. H.	ż.	28	+	+	—	2 lata
18	W. K.	ż.	14	+	+	—	"
19	J. W.	m.	44	+	+	—	3 miesiące
20	J. P.	m.	22	+	+	—	5 lat
21	K. P.	m.	30	+	+	niedosłuch	3 lata
22	P. M.	ż.	27	+	+	—	1 rok
23	J. Z.	ż.	23	+	+	—	kilka lat
24	F. K.	m.	22	+	+	bóle głowy	"
25	H. G.	ż.	25	+	—	—	4 lata
26	S. J.	m.	23	+	+	—	1 rok
27	J. H.	ż.	21	+	+	—	1 ¹ / ₂ miesiąca
28	A. C.	m.	20	+	+	—	kilka lat
29	K. M.	m.	30	+	+	bóle głowy	3 lata
30	M. N.	m.	22	+	+	—	kilka lat
31	K. R.	ż.	30	+	+	bóle głowy	1 ¹ / ₂ roku
32	Z. K.	ż.	22	+	+	—	kilka lat
33	K. B.	ż.	24	+	+	bóle głowy	6 lat
34	A. F.	m.	24	+	+	—	1 ¹ / ₂ roku
35	A. Sz.	m.	20	+	+	—	kilka lat
36	F. T.	m.	25	+	+	niedosłuch	"
37	W. I.	m.	28	+	+	—	1 ¹ / ₂ roku
38	M. R.	ż.	19	+	+	—	kilka lat
39	W. J.	ż.	42	+	+	—	2 lata
40	J. S.	m.	38	+	+	bóle głowy	kilka lat
41	M. T.	m.	23	—	+	—	"
42	B. B.	ż.	19	+	+	—	"
43	S. J.	m.	21	+	+	—	3 lata
44	N. M.	ż.	31	+	+	—	kilka miesięcy
45	S. R.	m.	25	+	+	—	kilka lat
46	J. S.	m.	21	—	+	—	3 lata
47	H. M.	ż.	31	+	—	—	kilka miesięcy
48	J. S.	ż.	23	+	+	—	1 rok
49	R. T.	m.	20	+	+	—	2 lata
50	W. K.	m.	42	+	+	—	"

Rozpoznanie	W y n i k l e c z n i c z y				U w a g i
	bada- nie po	drażność nosa	katar	inne	
Rh. chr. hyperpl.	9 m.	dobra	brak	brak	—
Rh. vasomotoria	6 dni	"	zn. mniejszy	"	—
Rh. chr. simp.	12 m.	"	brak	—	—
Rh. vasomotoria	2 m.	"	zn. mniejszy	—	—
"	10 dni	"	"	—	—
"	17 m.	"	"	—	—
"	2 m.	"	nieznaczny	brak	—
"	—	—	brak poprawy	—	—
"	5 dni	—	niezn. poprawa	—	—
Rh. chr. hyperpl.	7 dni	dobra	brak	—	—
"	1 m.	"	"	brak	—
Rh. vasomotoria	5 dni	"	nadal narzeka	—	—
Rh. chr. hyperpl.	1 m.	"	brak	—	—
Rh. chr. simp.	14 m.	"	"	—	—
Rh. vasomotoria	2 m.	"	"	—	—
"	4 m.	"	"	—	—
Rh. chr. hyperpl.	2 m.	"	"	—	—
Rh. chr. simp.	7 dni	"	"	—	—
"	3 m.	"	"	—	—
Rh. chr. hyperpl.	1 m.	"	"	—	—
"	5 dni	"	"	—	—
"	2 m.	"	—	—	tylny kon. niezap. skurcz.
Rh. vasomotoria	4 dni	"	mniejszy	—	—
Rh. chr. simp.	10 m.	"	brak	brak	—
Rh. vasomotoria	8 dni	"	zn. mniejszy	—	—
Rh. chr. hyperpl.	2 "	"	mniejszy	—	—
Rh. chr. simp.	14 "	"	brak	—	—
Rh. chr. hyperpl.	7 m.	"	"	—	jedna muszla nie uległa zmniejszeniu
"	2 m.	—	brak poprawy	—	—
"	5 tyg.	—	"	—	przedni koniec m. prawej powiększony
"	1 m.	dobra	brak	brak	—
"	5 tyg.	"	"	—	—
"	3 "	"	"	—	—
Rh. chr. simp.	8 m.	"	"	—	angina na 2 dzień po zab.
"	5 dni	"	"	—	—
Rh. chr. hyperpl.	7 "	"	"	—	lewa m. niezap. skurcz.
Rh. chr. simp.	5 "	"	"	—	—
Rh. chr. hyperpl.	6 "	"	"	—	—
Rh. vasomotoria	7 "	"	mniejszy	—	—
Rh. chr. hyperpl.	7 "	—	poprawa	znikły	—
Rh. chr. simp.	10 "	dobra	brak	—	—
Rh. chr. hyperpl.	10 "	—	poprawa	—	—
Rh. chr. simp.	27 "	dobra	brak	—	—
Rh. vasomotoria	14 "	"	zn. mniejszy	—	—
Rh. chr. simp.	5 m.	"	mniejszy	—	—
"	24 dni	"	brak	—	—
Rh. vasomotoria	10 "	"	nieznaczny	—	—
Rh. chr. simp.	3 m.	"	brak	—	—
"	2 "	"	"	—	—
"	2 "	"	"	—	—

Znikły skargi chorych na katar, jak również uzyskano drożność nosa.

Na 19 przypadków przewlekłego przerostowego nieżytu nosa skontrolowano po czasie do 1 miesiąca od zabiegu 12 chorych, od 1 miesiąca do pół roku 5, powyżej pół roku — 2. W dwóch przypadkach nie otrzymano żadnego efektu, w siedmiu poprawę, w 10 wynik dobry. Dwa przypadki, w których poprawy nie otrzymano, odnosiły się do przerostowego nieżytu nosa ze znacznym powiększeniem tylnych końców muszli dolnych. Poprawa dotyczyła chorych z nieznacznym przerostem tylnych końców: wynik dobry odnosił się do spraw niezaawansowanych, jak również dotyczył tych chorych, których nie mogliśmy skontrolować po odpowiednio długim czasie po zabiegu, aby móc przyjąć za trwałą poprawę. Wynik ten więc należy uznać za względny. Na 15 przypadków nieżytu nosa naczynioruchowego skontrolowano po czasie do 1 miesiąca — 9 chorych, od 2 do 17 miesięcy od zabiegu 6 chorych. W jednym przypadku nie otrzymaliśmy najmniejszej poprawy poprzedniego stanu, w 2 przypadkach otrzymaliśmy całkowite pozbycie się dolegliwości, w 12 przypadkach znaczną ich poprawę.

Powikłań mieliśmy dwa: w jednym przypadku na drugi dzień po zabiegu angina dółkowa, w drugim zrost muszli dolnej z kołcem przegrody nosa.

Obok podana tabela wyraźnie przedstawia opisane wyniki.

Działanie sklerozujące 66% glukozy wprowadzonej do muszli dolnej, jak również przebieg tego leczenia porównaliśmy z działaniem 5% chininy z 10% uretanem zastosowanym w trzech przypadkach i w tyłuż przypadkach z działaniem salicylanu sodu.

Wyniki porównań były następujące. Wstrzykiwania chininy z uretanem okazały się znacznie boleśniesz, ból przy tym był większy w przypadku znieczulenia kokainą z adrenaliną. Odczyn ze strony błony śluzowej muszli dolnej, w tych przypadkach, trwał dłużej — do pięciu dni muszla nosowa pokryta była szarym nalotem; drożność nosa uzyskiwano później. Końcowego efektu leczenia tym środkiem za zły uznać jednak nie można. Niżej podane badanie histologiczne muszli dolnej, do której wprowadzono chininę z uretanem, wyraźnie potwierdza obserwację kliniczną. Działanie chininy z uretanem jest gwałtowniejsze, wywołuje silniejszą reakcję błony śluzowej, połączoną z ne-

krozą nabłonka i zmianami nekrobiotycznymi w innych elementach składowych błony śluzowej, na korzyść jednak rozleglejszego procesu zakrzepowego w jamach naczyńiowych.

Wstrzykiwanie do muszli nosowej dolnej 20% salicylanu sodu przebiegało z większą bolesnością, reakcja jednak błony śluzowej nie była tak silna jak w przypadkach, gdzie zastosowaliśmy chininę z uretanem. Efekt końcowy leczenia tym środkiem nie różnił się od leczenia 66% glukozą.

Przebieg więc leczenia nieżyków nosa przewlekłych prostych, przerostowych oraz naczyńioruchowych wstrzykiwaniami do muszli nosowej 66% glukozy jest znacznie łagodniejszy i wyniki tego leczenia nie różnią się od leczenia wstrzykiwaniem chininy z uretanem lub salicylanu sodu. Brak większej bolesności podczas zabiegu oraz znacznie mniejszy odczyn ze strony błony śluzowej przemawia za uznaniem glukozy jako najbardziej nadającego się środka do tego rodzaju leczenia.

Podkreślić poza tym należy, iż wyniki nasze oparte są wyłącznie na przypadkach, gdzie wstrzyknięto 66% glukozę jednorazowo. powtórzenie więc zabiegu z pewnością poprawiłoby nasze wyniki leczenia.

Technika zabiegu.

Przed przystąpieniem do zabiegu muszlę nosową znieczulamy. Kwestia znieczulenia odgrywa bardzo znaczną rolę, szczególnie wybór środka znieczulającego nie może być tu rzeczą obojętną. W tym wyborze nie powinny wchodzić w grę środki anemizujące błonę śluzową nosa-kurczące muszlę. Unikamy więc adrenaliny, kokainy lub kokainy z adrenaliną, tak powszechnie używanej w rynologii. Postępowanie nasze jest odmienne niż Brukera, Richiera lub Abramowicza, którzy używają do znieczulenia przed zabiegiem kokainy z adrenaliną. Nie stosujemy również nowokainy, jak czyni Szapiro, choć działanie anemizujące jej jest nieznaczne. Środków anemizujących błonę śluzową nie używamy więc, wychodząc z założenia następującego. Zasadą naszą jest wprowadzić środek sklerozujący do rozdętych naczyń przede wszystkim, po zanemizowaniu błony śluzowej, celu tego nie osiągamy. Po drugie, skurczona błona śluzowa muszli dolnej przedstawia się jako cienka błonka szczelnie przylegająca do kości muszli, wprowadzając igłę trafiamy na okostną, a wtłaczając środek sklerozujący uno-

simy błonę śluzową, która wypukła się w postaci pęcherza. Odnosi się to również i do nabłonka, gdyż w tak cienkiej, zanemizowanej błonie śluzowej igła znajduje się często bezpośrednio pod nabłonkiem. Stąd powstają jego następne martwice i tym samym celowość skleroterapii odpada. Zaznaczyć również należy, iż w zanemizowaną błonę śluzową muszli dolnej trudno nawet wprowadzić kilka centymetrów sześciennych płynu, trzeba użyć pewnej siły, co znów jest połączone z bólem dla chorego, jaki też spotyka się w tych razach, kiedy igłę wkłuwamy bezpośrednio do okostny.

Adrenaliny używamy tylko przed zabiegiem, a raczej za pomocą adrenaliny kwalifikujemy do zabiegu. Jeżeli po wypędzowaniu błony śluzowej nosa za pomocą adrenaliny muszla skurczy się, możemy wtedy z całą pewnością przyjąć, iż mamy do czynienia ze sprawą zastoinową, przewlekłym nieżytem nosa prostym lub przerostowym, gdzie sprawa przerostu błony śluzowej nie jest jeszcze daleko zaawansowaną. Te przypadki nadają się najbardziej do skleroterapii.

Znieczulenie nasze polega na wypędzowaniu błony śluzowej nosa zotworem 2% pantokainy lub perkainy. Do tak znieczulonej muszli dolnej wprowadzamy za pomocą strzykawki Reckorda wybrany przez nas środek sklerozujący. Posługujemy się zazwyczaj strzykawką 5-cio centymetrową, aby nie przerywając zabiegu móc możliwie prędzej wstrzyknąć całą zawartość strzykawki do jednej muszli. Płyn sklerozujący ogrzewamy do temperatury ciała, wstrzykiwanie bowiem, jak zauważyliśmy, zbyt zimnego płynu jest powodem zwiększonego bólu. Igły używamy długiej i cienkiej, tak jednak grubej aby środek sklerozujący mógł swobodnie przez nią przechodzić.

Ponieważ środek sklerozujący działa na ścianę naczynia dzięki swemu stężeniu przede wszystkim, powinniśmy płyn sklerozujący wprowadzić pod ciśnieniem, szybko, aby prąd wstrzykniętego środka zadział bezpośrednio na ścianę naczynia, nie ulegając poprzednio rozcieńczeniu krwią.

Pierwsze wkłucie robimy w połowie długości muszli, na jej wolnym brzegu, idąc od razu ku jej tylnemu końcowi, wtlaczając weń circa $1\frac{1}{2}$ cm³, dalej igłę cofamy wstrzykując 1 cm³ aż do wyjęcia igły. Drugie wkłucie robimy w przedni koniec, idąc do miejsca pierwszego wkłucia, w ten odcinek muszli wstrzykujemy równomiernie resztę zawartości strzykawki, to jest $2\frac{1}{2}$ cm³

Po wyjęciu igły otrzymujemy znaczne krwawienie, które ustaje natychmiast pod wpływem lekkiego ucisku miejsca wkłucia za pomocą waty lub kawałka gazy, którą uprzednio mamy już przygotowaną, aby po wyjęciu igły móc ją szybkim ruchem wprowadzić do nosa i ucisnąć miejsce krwawienia. Tę prymitywną i lekką tamponadę trzymamy kilka godzin, lub wyjmujemy podczas konsultacji następnego dnia. Zaznaczyć trzeba, że wystarczy trzymanie takiej tamponady jedną godzinę, po tym czasie zazwyczaj nie zdarzało się nam żadne krwawienie.

III.

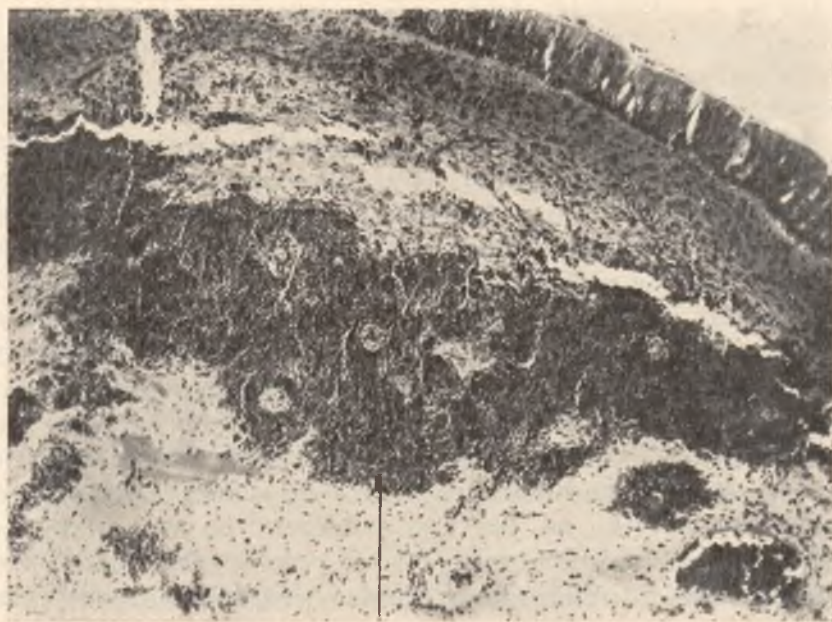
Celem prześledzenia w obrazie histologicznym procesu jaki zachodzi w muszli dolnej po wprowadzeniu do niej środka sklerozującego, wybraliśmy przypadki przewlekłego przerostowego nieżyty nosa, które uprzednio zakwalifikowane zostały do operacji — (mucotomia). W przypadkach tych wprowadzaliśmy do muszli dolnej wybrany przez nas środek sklerozujący i po odpowiednim czasie wykonywaliśmy mukotomię, biorąc ścięte części muszli do badań histologicznych. To nasze postępowanie okazało się, śmiało rzec można, nawet dobre, albowiem zabezpieczyło chorego od krwawienia, jakie nierzadko podczas tej operacji się spotyka. Operacja ścięcia tego czy innego odcinka błony śluzowej muszli dolnej przebiegała w tych razach prawie bezkrwawo. Ze względów zasadniczych więc doświadczenia nasze opierać się będą tylko na przypadkach nieżytów nosa przerostowych: jednak dały nam one możliwość oceny wartości sklerozującej wybranych przez nas środków w leczeniu nieżytów nosa wogóle.

Dzięki badaniom histologicznym, które przeprowadziliśmy równoległe z obserwacją kliniczną, otrzymaliśmy dane, które pozwoliły nam obiektywnie i mniej lub więcej ściśle ocenić tę metodę co do jej wartości leczniczej, działania poszczególnych środków, jak również sposobu ich wprowadzania.

Obraz histologiczny muszli dolnej o obrazie klinicznym rinitis chronica hyperplastica przedstawia się następująco (Mikrofotografia 1): nabłonek wielowarstwowy migawkowy z komórkami silnie rozdętymi wypełnionymi dużymi masami śluzu, który spycha jądro komórkowe ku podstawie. Pomiedzy komórkami nabłonkowymi, na różnych wysokościach, spotyka się nie-

liczne elementy wędrujące. Nabłonek spoczywa na błonie podstawowej bez struktury. Błona podstawowa gruba, (jej wielkie znaczenie przypisuje Torrigiani w nieżytach nosa naczyńioruchowych). Błona śluzowa w pobliżu błony podstawowej zbudowana z tkanki łącznej włóknistej, ze skąpej ilości włókien sprężystych z licznymi naciekami komórek plazmatycznych o typowym jądrze szprychowatym i kwasochłonnej protoplazmie.

Pomiędzy komórkami plazmatycznymi nieliczne limfocyty, plazmatocyty, komórki eozynochłonne, pojedyncze leukocyty



Mikrofotografia 1. Błona śluzowa muszli dolnej o obrazie klinicznym Rhinitis ch. hyperplastica. Silnie rozszerzone ciało jamiste wypełnione krwią. (Obj.achr. 5, ocul. Huygens 6 X, powiększenie ca 100 X)

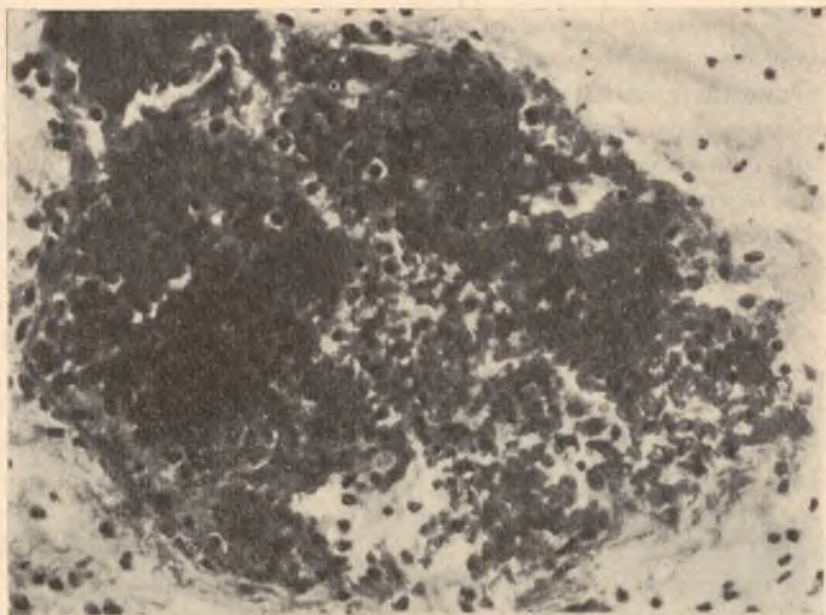
i liczne fibroblasty o obfitej protoplazmie i dużym stosunkowo jądrze. Pomiędzy delikatnymi pęczkami włókien kollagenowych znajdują się liczne, różnej wielkości wakuole i szczeliny. Prócz tego widoczne są liczne naczynia limfatyczne otoczone naciekami z limfocytów i komórek plazmatycznych, oraz naczynia krwionośne włosowate wypełnione krwią o przebiegu prostopadłym do powierzchni muszli.

W opisanej tkance przebiegają odcinki wyprowadzające gruczołów o świetle rozszerzonym. W głębszych warstwach błona śluzowa posiada utkanie więcej zbite, zbudowane z grubszych pęczków włókien kollagenowych przeplatających się w różnych kierunkach. Pomiedzy tymi włóknami zalegają nie liczne fibroblasy i pojedyncze komórki plazmatyczne. Wśród tego łącznotkankowego utkania znajdują się bardzo liczne i silnie rozszerzone naczynia szczelnie wypełnione krwią, która w niektórych miejscach niejako je rozciąga. Ściany naczyń powyższych są przeważnie bardzo cienkie wysłane silnie wydłużonymi komórkami śródbłonna, cienką warstwą mięśni gładkich, na zewnątrz których znajduje się adventitia bardzo słabo rozwinięta. Tak rozszerzone naczynia prawie całkowicie wypełniają tę część błony śluzowej, przez co utkanie jamiste zyskuje na wyrazistości. Odcinki wydzielnicze gruczołów o charakterze mieszanym są bardzo liczne, a poszczególne ich elementy składowe wykazują objawy hipertrofii i hypersekrecji.

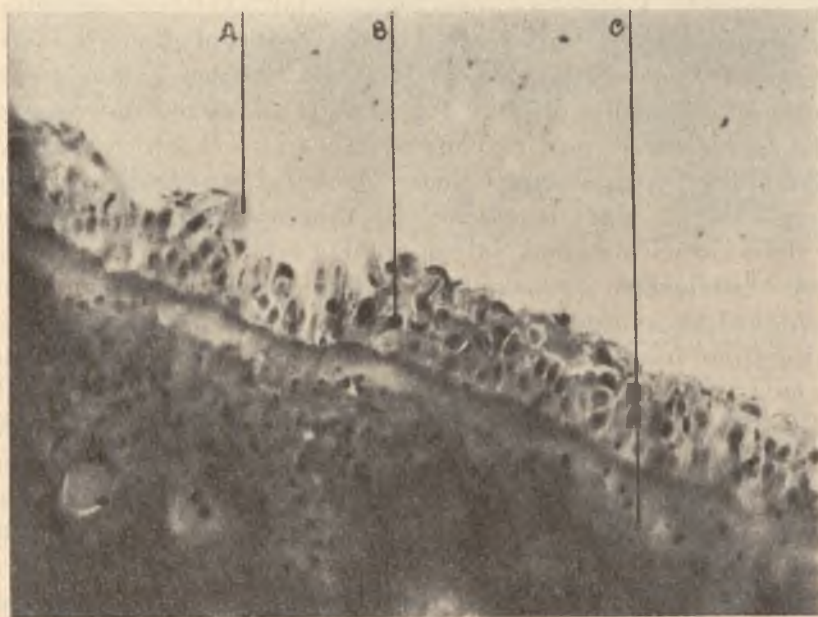
Obraz histologiczny tak zmienionej muszli dolnej po zastosowaniu skleroterapii — 66% glukoza po uprzednim znieczuleniu roztworem 2% pantokainy — w czasie po 24 godzinach, przedstawia się następująco (Mikrofot. II).

Pomiedzy komórkami nabłonkowymi są liczne szczeliny, w których zalegają leukocyty, komórki eozynochłonne i tuczne. Większość komórek nabłonkowych pozbawiona jest migawek, a jądra ich wykazują objawy degeneracji. Błona podstawowa jest nieco zgrubiała. W powierzchniowych warstwach błony śluzowej widać liczne bezpostaciowe masy drobno-ziarniste lub włóknikowe (wysięk). Masy te rozpychają tkankę łączną, która w formie delikatnych pasemek zalega między nimi. W obrębie ciał jamistych stwierdza się zupełnie świeże zakrzepy i złuszczone śródbłonki naczyniowe. W ścianie naczyniowej w obrębie przydanki widać bardzo liczne nacieki limfocytów. W przestrzeniach pomiedzy ciałami jamistymi widoczne zmiany krwiotoczne. Powyższy obraz histologiczny przemawia zatem za obfitym wysiękiem w podnabłonkowych warstwach błony śluzowej, świadczy dalej o ostrym odczynie zapalnym błony śluzowej muszli dolnej nosa z rozpoczynającym się procesem zakrzepowym w obrębie zatok jamistych.

Po 24 godzinach po wprowadzeniu do muszli roztworu 5% chininy z 10% uretanem w soli fizjologicznej, po

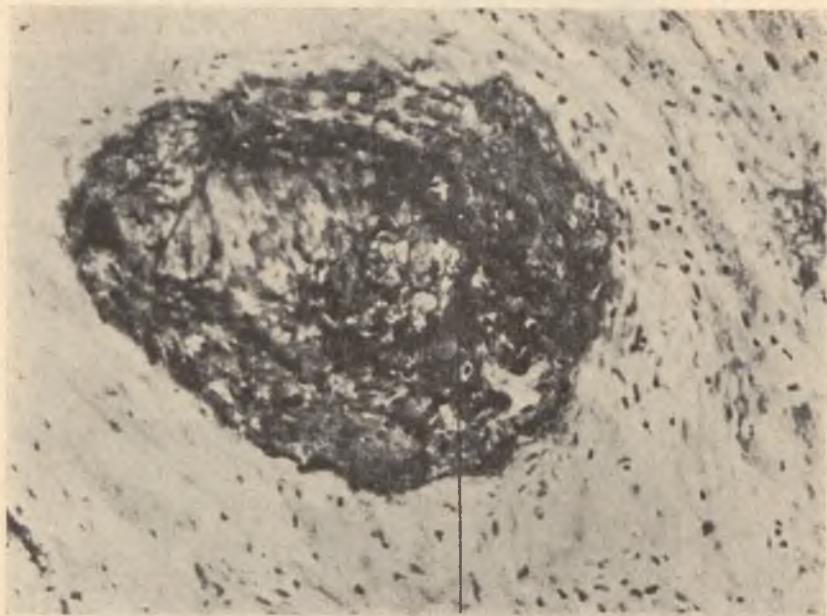


Mikrofotografia II. Ciało jamiste błony śluzowej muszli dolnej w 24 godz. po wstrzyknięciu 66% glukozy. Początek tworzenia się zakrzepu. (Obj. achrom. 5, ocul. Plan IV, powiększenie ca 260 X).



Mikrofotografia III. Nabłonek błony śluzowej muszli dolnej w 24 godz. po wstrzyknięciu 5% chininy i 10% uretanu. Widoczne jest: a) złuszczenie się i obrzęk nabłonka, b) krwinki czerwone pomiędzy komórkami nabłonka, c) rozpad jąder komórek łącznotkankowych. (Obj.achr. 5, ocul Plan V, powiększenie ca 260 X).

znieczuleniu 10% kokainą z adrenaliną (Mikrofotografia III). W nabłonku i całej błonie śluzowej stwierdza się zmiany krwiotoczne, a w ciałach jamistych bardzo rozległe zakrzepy. Ciałka czerwone krwi uległy prawie całkowicie rozpadowi. Nabłonek silnie złuszczonej; w tkance łącznej całej błony śluzowej bardzo duża ilość jąder komórkowych uległych rozpadowi. Nabłonek poza tym miejscami płatowo złuszczonej, miejscami obficie nacieczony erytrocytami i leukocytami — czyli obraz histologiczny tego preparatu w porównaniu z poprzednim przemawia za gwałtowniej przebiegającym procesem zakrzepowym, omal że we wszyst-

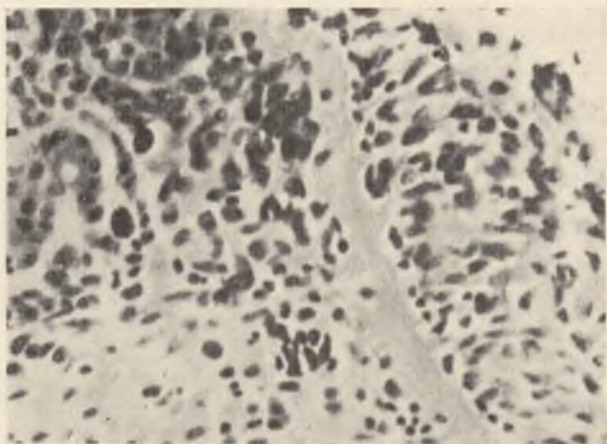


Mikrofotografia IV. Ciało jamiste bł. śluzowej m. dolnej w 96 godz. po wstrzyknięciu 66% glukozy. Widoczne jest początkowe stadium organizacji zakrzepu. (Obj. achr. 5, ocul. Plan III, powiększenie ca 150 X).

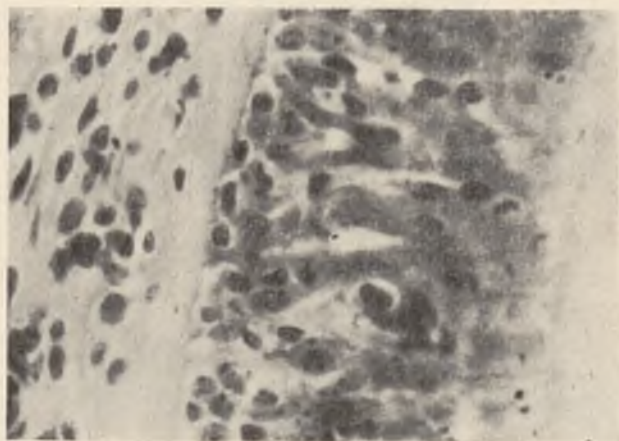
kich naczyniach danej części muszli nosowej, co w konsekwencji doprowadza do tak rozległych zmian zarówno krwiotocznych jak i nekrobiotycznych (rozpad jąder komórkowych).

96 godzin po skleroterapii — 66% glukoza i znieczulenie 2% pantokainą. (Mikrofotografia IV., druga muszla pacjenta,

Mikrografia V. Błona podstawowa bl. śluzowej
 muszli dolnej w 7 dniu po wstrzyknięciu 66% glukozy.
 (Obj. ochr. ocul. Huygens 6 X, powiększenie 515 X)



Mikrografia VI. Preparat poprzeczny pod większym
 powiększeniem. (Obj. ochr. 7 a, ocul. Huygens 6 X,
 powiększenie 585 X)



którego dotyczy mikrofotografia II). W porównaniu z mikrofotografią drugą stwierdza się początek organizacji zakrzepów; w błonie śluzowej liczne nacieki drobnokomórkowe oraz komórek plazmatycznych i eozynochłonnych.

7 dni po skleroterapii — 66% glukoza, znieczulenie 2% pantokainą.

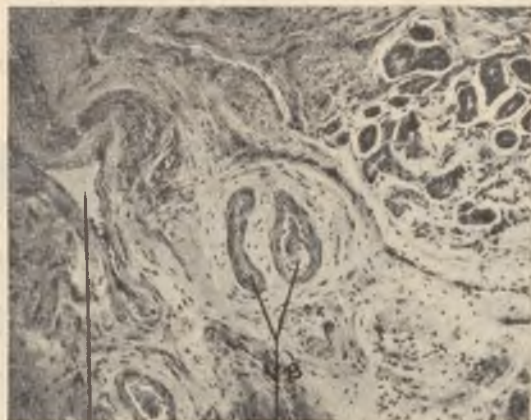
Błona podstawowa zgrubiała, lekko pofałdowana i bardziej zbity niż w błonie śluzowej, do której nie wprowadziliśmy środka sklerozującego. Błona podstawowa poza tym ma wygląd szklisty, sialinizowany i bardziej odcina się od nabłonka i błony śluzowej właściwej. (Mikrofotografia V i VI). Część błony śluzowej w sąsiedztwie błony podstawowej wykazuje bardzo



Mikrofotografia VII. Ciała jamiste bł. śl. muszli dolnej w 7 dni po wstrzyknięciu 66% glukozy. Widoczne jest kanalizowanie zakrzepu przez pączkujące naczynia włosowate. (Obj.achr. 5, ocul Huygens 6 X, powiększenie ca 100 X)

liczne nacieki komórek plazmatycznych, eozynochłonnych i tucznych; limfocytów natomiast w porównaniu z obrazem pierwszym znacznie mniej. Wszystkie opisane elementy komórkowe

zalegają w tkance łącznej o utkaniu bardziej zbitym niż w obrazie pierwszym — są tu grubsze i obfitsze pęczki włókien kolla-genowych. Największe zmiany zachodzą w ciałach jamistych. (Mikrofotografia VII). W naczyniach tej okolicy zachodzą dwie zasadnicze zmiany: pierwsza — to wytwarzanie się w uprzednio rozszerzonych i wypełnionych krwią zatok jamistych-zakrzepów. Zakrzepy te ulegają organizacji, przy czym proces organi-zacyjny przebiega przeważnie prostopadle do ściany naczynia.



Mikrofotografia VIII. Ciało jamiste błony śluzowej muszli dolnej w 50 dni po wstrzyknięciu 66% glukozy. a) zwężenie gwiazdkowate naczynia, b) obliteracja jamy naczyniowej. (Obj. achr. 5, okul. Huygens 6 × powiększenie ca 100×)

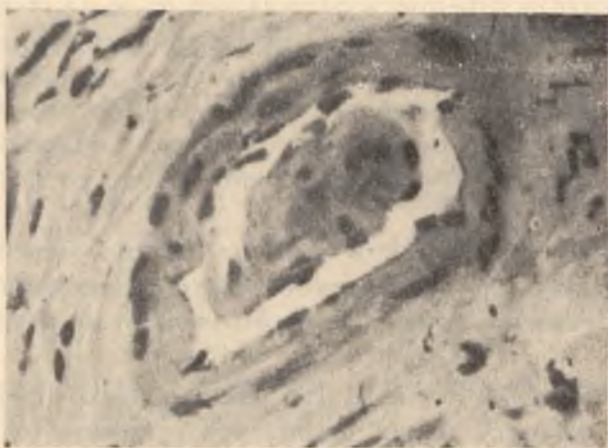
Zakrzepy ulegają po części kanalizacji pęczkującymi naczyniami włosowatymi. Druga — to obliteracja światła naczyniowego połączona ze znacznym zgrubieniem jego ściany. Druga zmiana cechuje się kilkakrotnym zgrubieniem ściany naczyniowej, które to zgrubienie zachodzi głównie kosztem przerostu przydanki, po części też i błony wewnętrznej. W gruczołach większych zmian nie stwierdza się.

30 dni po skleroterapii — 66% glukoza, znieczulenie 2% pantokainą.

Nabłonek, błona podstawowa i warstwa błony śluzowej w sąsiedztwie nabłonka poza nieznacznym przerostem elementów

gruczołowych (?), uległych częściowo degeneracji i posiadającymi komórki wypełnione złoгами hialiny intensywnie barwiącej się eozyną na kolor czerwony, większych odchyień od normy nie wykazuje.

Natomiast części błony śluzowej zajęte normalnie przez ciała jamiste wykazują silny przerost elementów łącznotkankowych szczególnie włókien kollagenowych i poczęści też fibroblastów. Co się tyczy zatok jamistych — to większość z nich uległa zupełnej obliteracji, a pozostała część posiada wąskie, szczelinowate gwiazdkowate światła, puste lub wypełnione pojedynczymi erytrocytami (Mikrofotografia VIII), niektóre z nich posia-



Mikrofotografia IX. Ciało jamiste błony śluzowej muszli dolnej w 50 dni po wstrzyknięciu 66% glutaliny. Jama naczyniowa z zakrzepem uległym zhialinizowaniu. (Obj. achr. 7 a, ocul. Huygens 6 X, powiększenie 585 X).

Mikrofotografie wykonano w Zakładzie Mikrobiologii U. P. (Dyr. Prof. Dr L. Padlewski). Mikroskop uniwersalny „McF” Reicherta).

dają stare zakrzepy niewypełniające całkowicie światła naczyń, uległe daleko posuniętej hialinizacji. (Mikrofotografia IX). Mięśnie naczyń ulegają dość znacznemu zanikowi.

IV.

Dzięki powyższym badaniom rozstrzygnęliśmy dwa zasadnicze pytania. Po pierwsze — obrazy histologiczne muszli nosowej

dolnej po skleroterapii potwierdzają w zupełności wartość tej metody leczniczej wogóle. Widzimy tu najpierw tworzenie się zakrzepów w jamach naczyniowych ciał jamistych, organizację tych zakrzepów i wreszcie obliterację światła jam naczyniowych, pociągającą za sobą zmniejszenie całej muszli. Po drugie — otrzymaliśmy tu potwierdzenie wyników klinicznych co do wartości wybranego przez nas środka sklerozującego w porównaniu z innym, w tym wypadku z chininą i uretanem.

Chinina z uretanem działa gwałtowniej, wywołuje bardzo silny odczyn zapalny błony śluzowej muszli dolnej, połączony z procesem nekrotycznym. Te dane połączone z obserwacją kliniczną wskazują zupełnie wystarczająco na to, iż chinina z uretanem jako środek sklerozujący w leczeniu nieżytów nosa jest zbyt ostra. Zaznaczyć dla ściślejszego ujęcia tej sprawy należy, iż nasze badanie porównawcze odnosiło się do muszli nosowej dolnej, do której wprowadziliśmy chininę z uretanem po uprzednim znieczuleniu 10% kokainą z adrenaliną, co ma też swoje znaczenie.

Po zestawieniu wyników leczenia sklerozującego nieżytów nosa przewlekłych prostych, przerostowych i naczynioruchowych i po uwzględnieniu naszych badań histologicznych pozwalamy sobie na wysnucie następujących wniosków:

a) Leczenie sklerozujące jest jedną z najbardziej racjonalnych i skutecznych metod leczniczych przewlekłych nieżytów nosa prostych i przerostowych, gdzie nie stwierdza się zbyt daleko posuniętego przerostu poszczególnych elementów błony śluzowej muszli dolnej.

b) Skleroterapia zdaje się być dobrą metodą w leczeniu miejscowym nieżytów nosa naczynioruchowych.

c) Skleroterapia jest metodą lekko znoszoną przez chorego, krótką, łatwą w stosowaniu i oszczędzającą błonę śluzową nosa.

d) 66% glukozę, w porównaniu z otrzymanymi wynikami po zastosowaniu chininy z uretanem lub salicylanu sodu, zaliczyć należałoby do jednego z lepszych środków sklerozujących.

e) Znieczulenie środkami anemizującymi jest powodem silniejszego bólu podczas zabiegu i większej następowej reakcji błony śluzowej nosa, nie wpływa przy tym na skuteczność zabiegu.

Koledze dr. K. Miętkiewskiemu, st. asyst. Zakładu Histologii U. P., za wykonanie preparatów histologicznych i pomoc w ich interpretacji, uważam za obowiązek w zakończeniu serdecznie podziękować.

Piśmiennictwo.

1. Abramowicz L.: Nowa metoda leczenia niektórych postaci niedrożności nosa. *Warsz. Czasop. Lekarskie*. 1938, N 2.
2. Bontinck J.: Les injections sclerosantes dans les rhinites hypertrophiques. *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*. 1953, N 10/54).
3. Bruker M.: Emploi des injection de glycerine dans le traitement de la rhinite congestive par la methode sclerosante. *Les Annales D'Otolaryngologie*. 1952, N 10.
4. Cipin M.: O sklerozirujuszej terapii chroniczeskich rinitow. *Żurnal usznych, nosowych i gorłowych boleźniej*. 1957, N 5.
5. Drenowa K. A.: Behandlung der vasomotorischen Rhinitis mit Injektion von physiologischen Lösung in die Schleimhaut der unteren Nasenmuschel. *Archiv f. Ohren- usw. heilkunde*. 1952, Bd. 150. H. 5. Ref. *Zentralbl.* Bd. 18. H. 10.
6. Gruca A.: Przyczynek doświadczalny do sprawy leczenia żyłaków sposobem Sicarda, Linsera i Genevriera. *Polski Przegląd Chirurg.* 1928, T. VII. Z. 2.
7. Kubo I.: Beiträge zur Histologie der unteren Nasenmuschel. *Arch. f. Laryngologie und Rhinologie*. 1906, Bd. 19, H. 1.
8. Tenże: Zur Frage der normalen Zustände der unteren Nasenmuschel des Menschen. *Arch. f. Laryngologie und Rhinologie*. 1906, Bd. 19, H. 2.
9. Tenże: Über die Entstehung der sogenannten „Lappiger Hypertrophien“ der Nasenmuschel. tamże. —
10. Laskiewicz A.: O zmianach w górnych drogach oddechowych na tle skaz ustroju oraz niektórych zaburzeń przemiany materii. *Nowiny Lek.* 1924. Z. 11—12. *Rocznik XXXVI*.
11. Tenże: Histopatologiczne studia nad działaniem kwasu trójchłoroctowego i lapisu na błonę śluzową nosa. *Nowiny Lek.* *Rocznik XXXV*. 1925.
12. Leichsenring: Behandlung allergischer Krankheiten mit Alkoholinjektion in die Nasenschleimhaut. *Zeitschr. f. Hals usw.* Bd. 28, 1951.
13. Lewin i Czekurin: Znaczenie sostojanija wozbudimosti kory golownogo mozga pri rozdrażenii pierifiericznych nierwnych okonczanij nosa. *Żurnal usznych, nosowych i gorłowych boleźniej*. 1957, N 5.
14. Proskuriakow: Über die submucöse Behandlung der hypertrophischen Rhinitis Z. usznych, nosowych i gorł. bol. 1952, N 9. Ref. *wg. Zentralbl.* Bd. 20, H. 2.

15. Richier: Traitement de la rhinite hypertrophique à forme vasomotrice du cornet inférieur par les injections sclérosantes. Les Annales d'Otolaryngol. 1950, Tomme XLIX, page 624—627.

16. Simeoni, Carlo: La terapia sclerosante nella rinite vasomotoria. Arch. ital. otol. IV. s 48, 1956. Ref. wg. Zentralblatt f. Hals usw. 1956, Bd. 26, H. 15.

17. Stein O.: Intranasal injection of alcohol in the treatment of hyperesthetic rhinitis and some of the nasal neuroses. Ann. of. Otol. Rhinol. a. Lar. 1922, N. 4, 51.

18. Schumacher S.: Histologie der Luftwege und der Mundhöhle. Denker und Kahler. S. 505—507.

19. Schmidt M.: Boleźni wierełnich dychatielnych putiej. Saratow 1911.

20. Szapiro M.: Sklerozirujuszczaja terapia chroniczeskich rinitow. Wiestnik Oto-rino-laryngologii. 1956. N. 5

21. Vogel Klaus: Rhinitis chr. simplex und hyperplastica. Denker-Kahler. 551—592.

22. Torrigiani, C. A.: Osservazioni cliniche et anatomopatologiche sulla covizza vasomotoria. I. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. Copenhague 50. VII. — 1. V. 1928.

Résumé.

J. Iwaszkiewicz. La sclérothérapie des coryzas chroniques, en particulier de leurs formes vasculaires et vasomotrices.

L'auteur a traité les coryzas chroniques simples, hypertrophiques et vasomoteurs en injectant dans le cornet inférieur de la glucose à 66 p. 100, 5 c. c. dans chaque cornet. Ses observations portent sur 50 cas. Dans tous les cas de coryza chronique simple, ce traitement a complètement rétabli la perméabilité du nez et diminue la sécrétion. Dans les cas de coryza chronique hypertrophique, on a obtenu un résultat satisfaisant chez les malades où l'hypertrophie des différents éléments de la muqueuse du cornet moyen n'était pas trop avancée. Dans 15 cas de coryza chronique vasomoteur, le résultat a été le suivant: dans un cas — pas d'amélioration, dans 2 cas — guérison complète et dans 12 cas — diminution considérable de la sécrétion. Tous les cas ont été contrôlés après 1—17 mois. La glucose était administrée une fois. En même temps l'auteur a comparé l'action thérapeutique de la glucose à celle de la quinine additionnée d'uréthane ou de salicylate de sodium. Les expériences cliniques ont été complétées par un examen histologique de la

muqueuse du cornet inférieur, entrepris 24 heures, 96 heures, 7 jours et 30 jours après l'introduction du médicament sclérosant.

Voici les résultats de l'examen clinique et histologique:

1. La sclérothérapie est une des méthodes les plus indiquées et les plus efficaces dans le traitement des coryzas chroniques simples et hypertrophiques, où l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur n'est pas trop avancée.

2. Elle donne, semble-t-il, de bons résultats dans le traitement local des coryzas vasomotrices.

3. Elle est bien supportée par le malade; rapide, elle est facile à appliquer et épargne la muqueuse nasale.

4. En comparant les résultats obtenus en appliquant la quinine additionnée d'uréthane ou de salicylate de sodium à ceux que donne le traitement par la glucose à 66 p. 100, on voit que ce dernier est une des meilleures méthodes sclérosantes.

5. L'anesthésie par anémisation provoque une douleur plus grande pendant l'opération: elle donne une réaction plus forte de la muqueuse nasale, n'ayant, d'autre part, aucune influence sur l'efficacité de l'intervention.

Z Kliniki Oto-rhino-laryngologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr JAN MIODOŃSKI).

Uszne powikłania zapalne części miękkich podstawy czaszki, szyi i karku.

Dr ANTONI WADOŃ.

O ile sprawy ropne, przebijające przez zewnętrzną powierzchnię wyrostka sutkowego, pod względem rozpoznawczym i leczniczym nie przedstawiają się skomplikowanie, to też same sprawy przedostające się w części miękkie podstawy czaszki, szyi i karku są z punktu widzenia rozpoznania miejsca przebiccia, leczenia i przebiegu znacznie więcej różnorodne. Znajomość zaś wszystkich możliwości, źródeł tych powikłań i ich przebiegu jest niezmiernie ważna ze względu na postępowanie operacyjne, mające decydujący wpływ na dalszy przebieg i na prognozę tych,

samych przez się bardzo ciężkich schorzeń. Zadaniem niniejszego referatu jest ujęcie w całość zagadnienia powyższych powikłań na podstawie literatury i materiału Kliniki Laryngologicznej U. J. lat ostatnich, przy czym głównie opierałem się na materiale ostatnich 4 lat, zaś z poprzednich przytaczam tylko kilka ciekawszych przypadków. 2 przypadki przytaczam z własnej obserwacji w 5 Szpitalu Okręgowym (na Oddz. IV) w Krakowie, za co na tym miejscu dziękuję St. Ordynat. P. Majorowi Dr Popkowi.

Przyczyn powstania omawianych spraw zapalnych jest bardzo wiele. Na pierwszym miejscu trzeba wymienić pneumatyzację, odgrywającą oprócz złośliwości zarazków i zdolności obronnych ustroju, decydujący wpływ na przebieg każdego zapalenia ucha środkowego. O ile Krepuska mówi o pewnej predyspozycji względnie konstytucji ustrojów do ropni opadowych, to zdanie jego ma pełne uzasadnienie w odniesieniu do pneumatyzacji, jako najczęstszego powodu ich powstawania. Nadmierne rozwinięta pneumatyzacja, zajmująca nie tylko wyrostek sutkowy, lecz nawet całą kość skalistą, względnie przekraczająca, na szczęście w rzadkich przypadkach, jej granice, z drugiej strony pneumatyzacja drobnokomórkowa, rozrzucona, wysepkowa, może być przyczyną, że proces ziarninowo-ropny z komórek odległych, komórek końcowych, posiadających utrudnioną komunikację z przestrzeniami ucha środkowego, a przez nie z przewodem zewnętrznym, łatwo przebiega przez blaszki kostne, oddzielające komórki dane od podstawy czaszki, stanowiąc początek ropni opadowych. Wchodzą tutaj w rachubę komórki szczytu wyrostka sutkowego, komórki tylne ściany dołu mięśnia dwugłowego, kąta piramidy, komórki przestrzeni między nerwem twarzowym a zatoką, komórki około- i pozazatokowe, łuski kości skroniowej i potylicznej, dolnej ściany jamy bębenkowej, nasady wyrostka jarzmowego, okołobłędnikowe, szczytu piramidy, a w rzadkich przypadkach komórki w obrębie skrzydła wielkiego kości klinowej. Na tym rola pneumatyzacji się nie kończy. Znany jest związek jakości pneumatyzacji z komplikacjami wewnątrzczaszkowymi, które wtórnie przez posuwanie się zakażenia przez naturalne lub patologiczne otwory z wnętrza czaszki mogą dawać początek ropniom opadowym. Zatem pośrednia rola pneumatyzacji w powstawaniu ropni opadowych, jako czynnika predysponującego, znajduje uzasadnienie.

Drugim źródłem przejścia sprawy zapalnej na części miękkie podstawy czaszki są naturalne otwory i szczeliny w kości skroniowej i kościach podstawy czaszki. W części chrzęstnej przewodu znajdują się szczeliny Santorini'ego, jedna przy wejściu, inne przyśrodkowo w tylno-dolnej ścianie, w części kostnej naturalne ubytki, zwłaszcza w wieku dziecięcym ale także i nie-raz do późnej starości się utrzymujące, które łącznie z częścią błoniastą stanowią przejścia zakażenia na przyusznicę w przebiegu zapaleń skóry przewodu. Z jamy bębenkowej zakażenie może prowadzić przez szczelinę skalisto-bębenkową, skalisto-łuskową, przez ubytki w dolnej i przedniej ścianie, przez trąbkę, przez kanał mięśnia naprężającego błonę bębenkową. Kanały dla połączeń naczyńiowych żylnych szerzyć mogą zakażenie na części miękkie z narządu słuchowego lub wnętrza czaszki. Z jednej bowiem strony ropnie nadoponowe mogą, odpreparowując np. ścianę opuszki od ściany kostnej, posuwać się między nimi, z drugiej sprawy zakrzepowe zlewisk żylnych wewnątrzczaszkowych przez połączenia żyłne przechodzące na zewnątrz czaszki, wywołują tu zapalenie, zniszczenie ścian naczyń i zakażenie tkanek otaczających. W ten sposób powstają ropowice w przebiegu zakrzepu opuszki i żyły szyjnej, wypustki żyłnej sutkowanej, kłykciowej i potylicznej tylnej, zakrzepu spłotu żylnego okołokręgowego, łączącego się z wypustką kłykciową tylną. W ten sam sposób może przyjść do powstania ropowic podstawy czaszki w przebiegu zakrzepu zatoki jamistej poprzez spłoty żyłne otworów owalnego, kolczastego, kanału tętnicy szyjnej. Na drodze naczyniowej może też przyjść do zakażenia i zakrzepu spłotu żylnego kanału tętnicy szyjnej poprzez dehiscencje w przedniej ścianie jamy bębenkowej, do zakrzepu opuszki poprzez ubytki w jej dolnej ścianie i połączenia żyłne jamy bębenkowej z opuszką. Najrzadszą drogę dla powstania ropni podstawy czaszki w przebiegu ropni nadoponowych stanowią otwory dla nerwów czaszkowych.

Dalszą przyczyną powstawania ropni opadowych są sprawy zapalne kości, już to zapalenia ziarninowe, już to zapalenie martwakowe (osteomyelitis) kości skroniowej, mogące się rozwijać w różnych jej częściach, oraz kości potylicznej, klinowej, ciemieniowej i dwóch górnych kręgów szyjnych, pozostające w związku z procesem zapalnym ucha środkowego.

W końcu na części miękkie zakażenie prowadzić mogą drogi chłonne poprzez zapalenie gruczołów. Odróżnienie tej drogi jest nieraz trudne, zdarza się bowiem, że zakażenia gruczołów wywołują szereg zmian innych np. prócz ropni zakrzepcy w naczyniach żylnych przez przejście zakażenia przez ścianę żyły do jej wnętrza. Z narządu słuchu zbierają chłonkę następujące gruczoły. Z przyśrodkowej powierzchni małżowiny, z tylnej ściany przewodu naczynia chłonne zdążają do gruczołów chłonnych pozamałżowinowych (sutkowych), z tych naczynia odprowadzające przebijają mięsień obojętno-mostkowo-sutkowy tuż poniżej jego górnego przyczepu na wyrostku sutkowym i linii karkowej górnej, dążąc do górnych gruczołów karkowych, położonych pod tym mięśniem. Część naczyń zdąży bezpośrednio z wymienionych dziedzin do gruczołów karkowych górnych. Z zewnętrznej części małżowiny i przedniej części przewodu skórniego naczynia chłonne zdążają częściowo do gruczołów małżowinowych przednich, położonych przed tragus, częściowo do gruczołów przyusznicznych, leżących powierzchownie lub głębiej wzdłuż pnia tętnicy szyjnej zewnętrznej, wreszcie część idzie bezpośrednio do gruczołów karkowych górnych. Z jamy bębenkowej, trąbki, naczynia chłonne biegną wzdłuż trąbki do gruczołów chłonnych pozagardłowych, a z nich do gruczołów karkowych głębokich. Przez błonę bębenkową naczynia chłonne tych przestrzeni mają związek z naczyniami chłonnymi przewodu i odpowiednimi gruczołami zwłaszcza pozamałżowinowymi. Z punktu widzenia częstotliwości zapaleń gruczołów w przebiegu zapaleń ucha środkowego u dzieci wchodzi w rachubę gruczoły pozagardłowe i karkowe głębokie, u dorosłych prócz karkowych głębokich gruczoły podmałżowinowe.

Poza miejscem pierwotnego przebiccia względnie przedostania się sprawy ropnej pod części kostne podstawy czaszki na dalsze jej losy, rozwój, posuwanie się, poza czynnikami biologicznymi, jak złośliwość, zdolności destrukcyjne zarazków, zdolności obronne tkanek i siły ustroju, odgraniczanie, zlepianie, tworzenie wałów obronnych ziarninowych, odgrywają rolę warunki anatomiczne w bezpośrednim sąsiedztwie przebiccia przede wszystkim obecność szczelin wypełnionych wiotką tkanką łączną, w której sprawa ma dobre warunki szerzenia się, odejścia i przebieg mięśni (Krepuska) oraz powięzie. Szkoła wiedeńska uważała powięzie za czynnik decy-

dujący w posuwaniu się spraw ropnych, lecz stanowiska tego nie można w całości podzielić. Jako zgrubienia łącznotkankowe stanowią one już same przez się mniej wartościowy element, łatwiejszy do zniszczenia, a poza tym przebija je szereg naczyń, zwłaszcza żył, i nerwów, wzdłuż których zakażenie może je przenikać zwłaszcza, że bardzo wiele omawianych spraw przebiega z zakrzepami żył, z których proces zapalny szerzy się na otoczenie. Przyznać trzeba zgodnie z Krepuską i innymi znacznie większą rolę w prowadzeniu i opadaniu spraw ropnych mięśniom, jako morfologicznie znacznie grubszym i objętościowszym elementom, zbudowanym biologicznie ze znacznie więcej wartościowej a tym samym odpornej na zniszczenie tkanki w porównaniu z powięziami. Obserwacje kliniczne stanowisko to w znacznej mierze potwierdzają.

Ze względu na skomplikowany teren pod względem budowy anatomicznej omówię w krótkości anatomie topograficzną podstawy czaszki, szyi i karku w ramach potrzebnych dla klinicznej strony omawianych schorzeń.

Dołek skroniowy odgraniczony od wewnątrz przez łuskę kości skroniowej, zewnętrzną powierzchnię górnej części wielkiego skrzydła kości klinowej, część kości ciemieniowej, czołowej, między grzebieniem skroniowym górnym i dolnym, do przodu przez boczną ścianę oczodołu, kość jarzmową, wyrostek jarzmowy szczęki górnej, od zewnątrz przez łuk jarzmowy, powieź skroniową, wypełniony jest przez mięsień skroniowy. Powieź skroniowa, odchodząca od pericranium wzdłuż grzebienia skroniowego górnego, biegnąc do łuku jarzmowego, tuż powyżej niego rozdziela się na dwie blaszki, łączące się znowu ze sobą przed przyczepem do brzegu łuku jarzmowego. W tej przestrzeni nagromadzona jest tkanka tłuszczowa. Między głębszą blaszką powięzi a mięśniem nagromadzona tkanka tłuszczowa wzdłuż wyrostka mięśniowego żuchwy komunikuje z poduszczką Bichata, leżącą między mięśniem policzkowym a żwaczem. Poniżej łuku jarzmowego dół skroniowy przechodzi w dół skrzydłowo-szczękowy.

Przyusznica, otoczona torebką łącznotkankową, wypełnia dół zażuchwowy. Przednia jej ściana przylega do bocznej powierzchni mięśnia żuchwowego, ramienia wstępującego żuchwy, tylnej powierzchni mięśnia skrzydłowego wewnętrznego, wewnętrzna graniczy z wyrostkiem rylcowym i odchodzącymi od niego mięśniami oraz przestrzenią okołogardłową, przy czym czę-

sto przyusznica daje tu przez lukę w torebce wypustkę, dochodzącą między mięśniami nieraz do samej bocznej ściany gardła. Tylne ściana przylega do mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i tylnego brzuśca mięśnia dwugłowego oraz do przedniej powierzchni wyrostka sutkowego, górna przylega do wyrostka jarzmowego, tylnej i dolnej powierzchni stawu żuchwowego oraz do dolnej ściany chrzęstnej, błoniastej i kostnej zewnętrznego przewodu słuchowego. W tym miejscu przyusznica jest pozbawiona torebki łącznotkankowej, dzięki czemu utkanie gruczołowe przylega bezpośrednio do ściany chrzęstno-błoniasto-kostnej przewodu. Dolna granica przyusznicy sięga do kąta żuchwy, od ślinianki podszczękowej oddziela ją przegroda łącznotkankowa, odchodząca od mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego do kąta żuchwy. Zewnętrzna powierzchnia jest oddzielona od tkanki podskórnej jedynie torebką. Torebka przyusznicy przechodzi ku przodowi w powięź żwacza i mięśnia skrzydlatego wewnętrznego, ku tyłowi w powięź mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, od wewnątrz łączy się z powięziami mięśni rylcowych. W łożę przyusznicy wkraczają od dołu tętnica szyjna zewnętrzna, rozpadająca się w jej mięszu na rozgałęzienia końcowe, od góry i wewnątrz nerw twarzowy, tworzący w niej splot przyusznicowy, wchodzi żyła szyjna zewnętrzna, nadto w obrębie niej leżą gruczoły i naczynia chłonne.

Przestrzeń okołogardzielowa graniczy od zewnątrz z przyusznicą, od wewnątrz z powięzią gardłową, przez nią ze zwieraczem górnym gardła, tylną granicę stanowi powięź przedkręgową, pokrywająca na tym odcinku boczne części atlasu, do przodu mięsień skrzydlaty wewnętrzny, ramię wstępujące żuchwy. Ku dołowi wzdłuż wielkich naczyń między tylnym brzuścem mięśnia dwugłowego, mięśniem rylcowo-gnykowym, ścianą gardła i powięzią przedkręgową przechodzi przestrzeń okołogardzielowa w przestrzeń łącznotkankowe szyi *tz. spatium colli medium*. Górną granicę stanowi podstawa czaszki między przyczepem powięzi gardłowej, przedkręgowej, m. skrzydlatego zewnętrznego i wyrostkiem rylcowym. Odchodzące od wyrostka rylcowego mięśnie (rylcowo-gardłowy, rylcowo-językowy, rylcowo-gnykowy) łącznie z powięziami, a zwłaszcza, według Zuckerkandla, powięzią mięśnia rylcowo-gardłowego, dającą wypustkę do powięzi gardłowej, tworzą w dolnej części przegrodę, oddzielającą przestrzeń okołogardzielową na przednią i tylną. W przestrzeni

tej nagromadzone są bardzo liczne naczynia i nerwy: tętnica szyjna wewnętrzna, na krótkiej drodze tętnica szyjna zewnętrzna, gardłowa i podniebienna wstępująca (w górnej części), żyła szyjna wewnętrzna, pień nerwu sympatycznego ze zwojem szyjnym górnym, nerw błędny z ganglion nodosum, krtaniowy górny, językowo-gardłowy, podjęzykowy, nadto gruczoły chłonne. Z góry ku przodowi i dołowi przechodzą mięśnie napinający i dźwigający podniebienie. Przez otwór żyły szyjnej i kanał tętnicy szyjnej komunikuje przestrzeń okołogardzielowa z wnętrzem czaszki.

Do przodu od przestrzeni okołogardzielowej i przyusznicy znajduje się dół skrzydłowo-szczękowy. Kostne jego odgraniczenie stanowią wyrostek skrzydłowy boczny kości klinowej, guz kości szczękowej, od góry dolna powierzchnia skrzydła wielkiego kości klinowej po grzebień podskroniowy na zewnątrz, zewnętrzne odgraniczenie stanowią ramię wstępujące żuchwy i częściowo łuk jarzmowy. Ku przodowi przez szczelinę oczodołową dolną posiada omawiany dół komunikację z oczodołem, zaś dalej do wewnątrz z dołem skrzydłowo-podniebiennym. Dół skrzydłowo-szczękowy jest wypełniony i zajęty przez mięśnie skrzydłowe zewnętrzny i wewnętrzny, a częściowo mięsień policzkowy, tętnica szczękowa wewnętrzna rozpada się w nim na swe zakończenia, rozgałęzia się nerw żuchwowy. Między mięśniem skrzydłowym wewnętrznym, zewnętrznym i ramieniem żuchwy powstaje trójkątna szczelina, przez którą przebiega tętnica szczękowa wewnętrzna na zewnętrzną powierzchnię m. skrzydłatego zewnętrznego, nerw zębodołowy dolny i językowy na zewnętrzną powierzchnię m. skrzydłowego wewnętrznego. Między mięśniami skrzydłowymi leży obfity spłot żylny, posiadający przez żylny spłot otworu kolczastego połączenia z żyłami opony twardej i zatoki jamistej a przez gałązkę żyły oczodołowej dolnej z żyłami oczodołu poprzez szczelinę oczodołową dolną oraz z żyłami spłotu gardłowego. Przez otwór owalny, kolczasty, za pośrednictwem kanału skrzydłowego przez otwór poszarpany przedni, pośrednio z dołu skrzydłowo-podniebiennego przez otwór okrągły omawiana przestrzeń komunikuje z wnętrzem czaszki, przez otwór klinowo-podniebienny za pośrednictwem dołu skrzydłowo-podniebiennego z wnętrzem nosa i przez kanał skrzydłowo-podniebienny z jamą ustną. Ku górze wzdłuż mięśnia skroniowego łączy się z dołem skroniowym.

Przestrzeń pozagardłowa położona między powięzią przedkręgową, pokrywającą trzony kręgów i długie mięśnie szyi i głowy, a powięzią gardłową przechodzi ku dołowi w przestrzeń pozaprzykłą a w obrębie klatki piersiowej w śródpiersie tylne. Zawiera gruczoły pozagardłowe przyśrodkowe i boczne, z których u dorosłych pozostaje 2—3 grup.

Przestrzeń podszczękowa, wypełniona ślinianką podszczękową, zwana trójkątem podszczękowym, odgraniczona przez ramię poziome żuchwy, przez oba brzuśce mięśnia dwugłowego, od zewnątrz przykryta przez powięź powierzchowną, od wewnątrz przez mięśnie gnykowo-żuchwowy i gnykowo-językowy, przechodzi poza mięśniami gnykowo-żuchwowym w przestrzeń podjęzykową, od tyłu pozostaje w związku z pęczkiem naczyniowo-nerwowym wzdłuż tętnicy szczękowej zewnętrznej i nerwu podjęzykowego.

Trójkąt przyśrodkowy szyi ograniczony jest przez przedni brzeg mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, poziomą, przechodzącą przez kość gnykową i linię środkową. Położone w tym trójkącie mięśnie gnykowo-mostkowy i tarczycowo-mostkowy, przyczepienie się w dole do tylnego brzegu rękkojeści mostka i obojczyka, złączone swymi powięziami z powięzią powierzchowną i powięzią środkową szyi, pokrywają razem z powięzią powierzchowną okolicę podgnykową, krtań, tchawicę, gruczoł tarczycowy. Poniżej węziny tarczycy między tchawicą a powięzią środkową i mięśniami gnykowo- i tarczycowo-mostkowymi rozciąga się przestrzeń wypełniona wiotką tkanką łączną, zawierająca żyły tarczycowe i bezimienne, która, rozszerzając się, przechodzi ku dołowi w śródpiersie. Do przodu od tej przestrzeni ponad mostkiem znajduje się jeszcze tzw. spatium aponeuroticum suprasternale między rozchodzącymi się ponad mostkiem powięzią powierzchowną i środkową szyi.

Mięsień obojczykowo-mostkowo-sutkowy od swego odejścia stanowi odgraniczenie między okolicą boczną szyi a dołem pozazuchwowym, podszczękowym i trójkątem środkowym szyi, w dole pokrywa rynną, wytworzoną przez krtań, tchawicę i przednią powierzchnię kręgosłupa, zawierającą pęczek naczyniowo-nerwowy, a do boku splot nerwowy szyjny. Popod nim możliwa jest komunikacja z przedniej okolicy szyi do bocznej.

Pęczek naczyniowo-nerwowy złożony od dołu idąc, z tętnicy szyjnej wspólnej, żyły szyjnej wewnętrznej, leżącej do boku

od poprzedniej, nerwu błędnego, położonego między tymi naczyniami i nieco do tyłu, w górnej części szyjnej z gałęzi zstępującej nerwu podjęzykowego, leżącej na przedniej powierzchni tętnicy szyjnej, otoczony jest przez wspólną torebkę łącznotkankową. Na wysokości chrząstki tarczycowej dzieli się tętnica szyjna na zewnętrzną i wewnętrzną. Wewnętrzna biegnie dalej w niezmiennym kierunku do przestrzeni okołogardzielowej, zewnętrzna, oddawszy gałązki tarczycową górną, szczękową zewnętrzną, językową, potyliczną, wchodzi popod tylny brzusiec mięśnia dwugłowego i do dołu pozażuchwowego. Do przodu od rozgałęzień leży ansa n. hypoglossi, do tyłu przebiega nerw krtaniowy górny. Powyżej mięśnia rylcowo-gnykowego i dwugłowego pęczek wchodzi w przestrzeń okołogardzielową tylną; przyłączające się tutaj nerwy zostały wymienione przy omawianiu przestrzeni okołogardzielowej. W części szyjnej pęczek naczyniowy od boku jest przykryty przez głęboką blaszkę powięzi mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, w dolnej połowie po skrzyżowaniu przez mięsień barkowo-gnykowy pokrywa go powięź środkowa szyi; do tyłu leży na powięzi przedkręgowej, przy czym przebieg odpowiada położeniu wyrostków poprzecznych. Na wysokości III kręgu szyjnego przyłącza się nerw przeponowy, do tyłu od pęczka na powięzi szyjnej leży pień sympatyczny, najniżej w obrębie trigonum scalenovertebrale tętnica tarczycowa dolna i tętnica kręgowa. Do wewnątrz od pęczka w odległości 1—1,5 cm znajdują się tchawica i przełyk, boczne płaty tarczycy przykrywają go z przodu częściowo lub całkowicie. Na wysokości krtani tętnica przylega do mięśnia pochylego przedniego i wyrostka poprzecznego. W górnej $\frac{1}{3}$ pęczek naczyniowy wykracza z pod mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, tutaj jest przykryty tylko przez powierzchowną powięź i płaski mięsień szyi. Tkanka łączna okołonaczyniowa stoi w związku z okolicą boczną szyi, ku dołowi wzdłuż naczyń, przełyku i tchawicy przechodzi w śródpierście, ku górze w przestrzeń okołogardzielową. Do boku od żyły szyjnej wewnętrznej znajdują się głębokie gruczoły karkowe, których naczynia wyprowadzające biegną w dół do truncus jugularis.

Okolica boczna szyi ograniczona jest przez tylny brzeg mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, do tyłu przez linię łączącą wyrostek sutkowy z barkowym końcem obojczyka, od dołu przez obojczyk. Zewnętrzne ograniczenie jej tworzy po-

wierzchna powieź szyi przechodząca z mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego na mięsień czworoboczny, w dole przyczepia się do zewnętrznej powierzchni obojczyka. Dno tej przestrzeni tworzą mięśnie płatowy, dźwigacz łopatki, pochyły przedni, średni i tylny, oraz dolny brzusiec mięśnia gnykowo-barkowego, który dzieli tę okolicę na dołek nadobojczykowy i boczny trójkąt szyi. Wraz z tym mięśniem wkracza w omawiany teren powieź środkowa szyi, przyczepiająca się do tylnej powierzchni obojczyka. Mięsień skośny przedni i środkowy tworzą rynnę z guzkami przednimi wyrostków poprzecznych w dnie, przechodzącą w górze w zagłębienie między mięśniem skośnym a mięśniami długim szyi i głowy. W rynnie tej przebiegają wychodzące z otworów poprzecznych nerwy. W dole między mięśniem skośnym przednim a długim szyi powstaje drugie zagłębienie *tz. angulus scaleno-vertebralis*, w którym mieszczą się tętnica, żyła kręgową, środkowy i dolny zwój pnia sympatycznego. Ku górze okolica boczna szyi sięga poza wyrostek sutkowy, ku przodowi łączy się popod mięśniem obojczykowo-mostkowo-sutkowym z przestrzeniami łącznotkankowymi przedniej części szyi. Do dołu wspomniana już rynna między mięśniem skośnym przednim i środkowym ponad opłucną wraz z tętnicą podobojczykową i splotem barkowym komunikuje z dołem pachowym przez otwór skośny tylny, ograniczony tymi mięśniami, obojczykiem i I żebrem. Do przodu od mięśnia skośnego między obojczykiem a I żebrem istnieje otwór skośny przedni dla żyły podobojczykowej, przez który ta okolica boczna komunikuje ze szczeliną między mięśniami piersiowym większym i mniejszym i powięzią międzyżebrową zewnętrzną. Ku tyłowi popod mięśniami czworobocznym, płatowym, dźwigaczem łopatki ma łączność omawiana okolica z wypełnionymi tkanką łączną szczelinami międzymięśniowymi. Powieź powierzchowną szyi, oddzielającą omawianą przestrzeń od tkanki podskórnej i płaskiego mięśnia szyi, przebija żyła szyjna zewnętrzna, wpadająca do podobojczykowej w samym kącie między obojczykiem a mięśniem obojczykowo-sutkowym oraz nerwy skórne.

Kark pod względem anatomicznym tworzy kilka warstw mięsnych. Powierzchną tworzą mięśnie czworoboczne, osłonięte na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni blaszkami powięzi szyjnej, środkową mięśnie płatowe, dźwigacze łopatek, równoległoboczne większe i mniejsze, tylne górne zębate, naj-

głębszą długie mięśnie głowy i karku, jak mięsień biodrowo-żebrowy karku, mięsień półkolcowy głowy i karku oraz wielodzielny. W górnej części kręgosłupa między potylicą i dwoma pierwszymi kręgami karkowymi spotyka się jeszcze grupę mięśni krótkich, złożoną z większych i mniejszych tylnych prostych mięśni głowy, dolnych i górnych mięśni skośnych głowy oraz bocznych mięśni głowy. Na przedniej powierzchni obu ostatnich warstwom odpowiadają mięśnie długie szyi i głowy oraz proste przednie głowy. Do tyłu więzadło karkowe odchodzące od zewnętrznej guzowatości i grzebienia kości potylicznej do wyrostków ościstych kręgów karkowych stanowi symetryczne odgraniczenie a zarazem punkt odejścia dla włókien mięśniowych. Na zewnątrz szczeliny międzymięśniowe, zwłaszcza między trzema pierwszymi warstwami przechodzą w okolice boczną szyi, ku dołowi biegną na okolice grzbietu i do pasa barkowego. Górne ograniczenie stanowi łuska kości potylicznej, z częścią łuski kości skroniowej, przednie kręgosłup.

Podziałów omawianych usznych komplikacyj jest sporo. Różni autorzy odróżniają większą lub mniejszą ilość ropni i ropowic opadowych. Krepuska np. wyodrębnia aż 16 typów. Jak jednak zobaczymy, sprawa nie przedstawia się tak prosto, z jednej strony bowiem jeden i ten sam morfologiczny obraz może wychodzić z szeregu lub przynajmniej kilku punktów, z drugiej w dużej części przypadków spotyka się obrazy kombinowane z zajęciem kilku okolic sąsiednich lub więcej odległych. Najracjonalniejszym byłby podział uwzględniający punkt wyjścia, jednak przy zbiorowym omawianiu trzebaby wciąż powtarzać poszczególne postaci i obrazy. Dla uproszczenia sprawy przy dalszym omawianiu opadowych spraw zapalnych dzielę je na trzy grupy.

W I grupie omówię sprawy opadowe ogólnie biorąc do przodu i dołu od narządu słuchowego, w II grupie ropnie opadowe bocznej okolicy szyi, w III grupie ropnie karku.

W I grupie jako jednostki do pewnego stopnia dość wyraźnie odgraniczone omówię ropnie i ropowice

- a) dołu skroniowego,
- b) przyuszniczy, przestrzeni okołogardzielowej i dołu skrzydłowego,
- c) ropowice pęczka naczynio-nerwowego,

d) ropnie pozagardłowe, w II ropnie podskórne, ropnie mięśniowe i ropnie głębokie bocznej okolicy szyi, w III ropnie podpotyliczne, głębokie karku i ropnie oraz zapalenia okołokręgosłupowe. O rzadszych postaciach będą tylko wzmianki.

I.

a) Ropnie i ropowice dołu skroniowego:

Sprawy ropne tej okolicy, biorące początek w zapaleniach narządu słuchowego, o ile pominiemy posuwanie się w tym kierunku ropowic i ropni nad- i podokostnowych wyrostka sutkowego, powstają najczęściej z powodu przebiccia sprawy ziarninowo-ropnej z komórek nasady wyrostka jarzmowego, które czasami sięgają daleko ku przodowi w górę i dół w łuskę kości skroniowej, a nawet mogą przekraczać jej granicę. U dzieci poniżej lat 10, gdzie część kostna przewodu jest bardzo krótka zapalenie z ucha środkowego przejść może na dół skroniowy wzdłuż górnej ściany przewodu, podnosząc nasadę muszli i powięź skroniową (Krepuska). Rzadko ropowice tej przestrzeni biorą początek z czyraków przewodu (Möller-Jorgen), najrzadziej wreszcie ich punktem wyjścia są zapalenia ziarninowe łuski kości skroniowej, nasady łuku jarzmowego (Germaines), zapalenia martwicze łuski kości skroniowej (Goldberg). W tym ostatnim przypadku powstać może również ropień nadoponowy średniej jamy. Ropnie tej okolicy powstają i mieszczą się pod mięśniem skroniowym, lecz mogą również przebić powięź skroniową i ujawnić się jako nad- i podjarzmowe, lub też przedostać się przez powięź do przyusznicy i w dół skrzydłowo-szczękowy. Wyjątkowo może nastąpić przebicie do przewodu, jak w przypadku Cemacha, gdzie ropień zimny, wychodzący z łuski, przebił z pod mięśnia skroniowego do światła przewodu.

Objawami ropni i ropowic dołu skroniowego są poza gorączką, naogół dość wysoką, bolesność nad łukiem jarzmowym, wypuklenie (obrzęk i naciek) okolicy ponad i popod łukiem jarzmowym, zaczerwienienie skóry, szybko występujący obrzęk dolnej powieki lub później obu, trudności w otwieraniu ust i bóle z powodu nacieku mięśnia skroniowego i otaczających tkanek.

Przypadek I. Z. S., lat 13, przyjęty 6. II. 1937. Ostre zapalenie ucha lewego od tygodnia z obfitym wyciekami, perforacją w tylnogórnej części wypuklonej i nacieklej błony bębenkowej.

Temperatura 40 st., której przyczyną było centralne zapalenie płuc.

18. II. Zapalenie mieszkowe migdałków.

24. II. Bóle gwałtowne w okolicy ucha lewego, silna bolesność uciskowa całego łuku jarzmowego.

25. II. Wybitny obrzęk przed l. uchem i nad małżowiną. Antrotomia: Wybitna pneumatyzacja nieregularna drobnokomórkowa, w poszczególnych gniazdach krople ropy. W obrębie podstawy wyrostka jarzmowego wielkie przestrzenie pneumatyczne, wypełnione obficie ropą. Po przejściu podstawy wyrostka jarzmowego przestrzenie pneumatyczne rozchodzą się, jedna odnoga idzie w górę w kierunku łuski kości skroniowej powyżej łuku jarzmowego, druga w kierunku otworu owalnego. Dolna jest tak roległa, że przekracza prawdopodobnie szew skroniowo-klinowy. Przy oddłutowaniu górnego gniazda w rzucie wyrostka stawu żuchwowego odsłonięto oponę twardą na przestrzeni i o kształcie zęba. Poza tym komórki sięgały poza kąt piramidy, w przestrzeń między nerwem twarzowym a zatoką.

26. II. Temperatura rano 37,2 st., wieczorem 39 st. C. Wybitny obrzęk obu powiek lewego oka, całej lewej połowy twarzy, podniecenie, przymroczenie.

27. II. do 1. III. Ciepłota opadła, samopoczucie lepsze. Dziś gwałtowne bóle głowy w okolicy rany i skroni, wieczorem ciepłota 39 st. C. Ogólne wzmoczenie odruchów, przeczulica, objawy oponowe, pleocytoza 885/mm³. Opatrunek.

2. III. Bóle głowy mniejsze, pleocytoza 28/mm³.

Stopniowa poprawa, rana ropiała obficie, ubytek ponad przewodem wypełnił się dopiero w 4-tym tygodniu. Wypisany 27. III. 1937.

Przypadek II. N. A., lat 29, przyjęta 18. I. 1935. W listopadzie 1934 gwałtowne bóle w stawie żuchwowym, w kilka dni później bóle w prawej połowie szyi i gardle trwające przez 5 tygodni. Poprawa nagle w nocy, o odpłuciu ropy nie wie. W kilka dni później przejściowy wyciek z prawego ucha, później bóle w uchu i za uchem. Przed tygodniem obrzęk za uchem, od 3 dni wyciek z ucha napowrót, od 2 dni obrzęk nad uchem.

Przedmiotowo: Obniżenie i odchylenie prawej muszli, duży obrzęk za i nad prawym uchem oraz dolnej powieki prawego oka. Za małżowiną uszną chełbotanie. Opadnięcie tylnogórnej i przednio-dolnej ściany, błona mięsista bez szczegółów. Okolica

prawego migdałka nieco wysadzona, niedowład prawej połowy podniebienia miękkiego. Usta otwiera na 1,5 palca. Słuch do 1 m szeptu.

Antrotomia: Ropień podokostnowy wyrostka sutkowego, idący ku górze. Przetoka ponad grzebieniem. Pneumatyzacja drobno-wysepkowa, ziarnina i ropa w ogniskach komórkowych, nasada wyrostka jarzmowego i łuska kości skroniowej na 1,5 cm do przodu zniszczona przez proces ziarninowo-ropny, pod mięśniami skroniowym jama ropnia, drażącego w dół i na wewnątrz.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W I-szym przypadku ropowica dołu skroniowego wyszła z nadmiernie rozwiniętych komórek nasady wyrostka jarzmowego i łuski kości skroniowej, przy czym ku dołowi prawdopodobnie wkraczała w obręb skrzydła wielkiego kości klinowej. Przyszło tu również do odczynu zapalnego w obrębie dołu skrzydłowo-szczękowego a przez szczelinę oczodołową dolną do zajęcia części miękkich oczodołu. W przypadku II. punkt wyjścia był analogiczny, tak samo objawy, wystąpił nadto odczyn w przestrzeni przygardłowej w postaci wypuklenia okolicy migdałka i niedowładu podniebienia.

b) Ropnie i ropowice opadowe przyuszniczy i przestrzeni okołogardzielowej należy do pewnego stopnia traktować wspólnie ze względu na łatwość przechodzenia wzajemnego zapaleń. Punktem ich wyjścia mogą być ograniczone zapalenia skóry, procesy ziarninowe, martwicze, zapalenia ochrzęstnej, okostnej przewodu zewnętrznego. Zakażenie przenikać może w obręb przyuszniczy przez szczeliny Santorini'ego, zwłaszcza leżącą w tyle dole chrząstki przewodu, część błoniastą przewodu, przez naturalne ubytki w blaszce kostnej przewodu, wypełnione tkanką łączną, pozostające nieraz nie tylko przez okres dzieciństwa lecz przez całe życie. przez ubytek w przedniej ścianie przewodu kostnego w sąsiedztwie stawu żuchwowego (Leidler). Z jamy bębenkowej źródłem ropni opadowych mogą być procesy ziarninowe, martwicze przedniej, dolnej ściany jamy, w ujściu okolicy trąbki, szczelina skalisto-bębenkowa z opuszczającą przez nią jamę bębenkową chorda tympani, komórki w okolicy ujścia trąbki, komórki w dolnej ścianie jamy bębenkowej, z jamy bębenkowej przejść może proces opadowy przez wypustki (dehiscencje) w przedniej ścianie jamy bębenkowej do kanału tętnicy szyjnej, wywołując zakrzepy splotu żył-

nego kanału tętnicy szyjnej a przez sieć żylną do spłotów okołogardłowych, gdzie przez ściany żył zakażenie szerzyć się może na tkanki okołogardłowe. Również przez dehiscencje w dolnej ścianie jamy bębnekowej zakażenie może iść na opuszkę i kanał opuszki a stąd w dół. Momentem ułatwiającym przebicie lub przejście bez przerwania ciągłości tkanek może być jej zatrzymanie wskutek najczęściej polipów, zaczipowujących zupełnie przewód, kostniaki przewodu, ciała obce przewodu jak zapomniana kulka waty, gaza. Ropowice te dalej brać mogą początek w zapaleniu i przebicciu ropy z komórek okołobłędnikowych, komórek szczytu piramidy, zapaleniach martwakowych szczytu piramidy, w przejściu zakrzepów z zatoki jamistej przez spłoty żyłne w otoczeniu tętnicy oponowej średniej przez otwór kolczasty na spłoty żyłne w otoczeniu mięśni skrzydlatych z wtórnym zapaleniem tkanek miękkich, przez spłoty żyłne w otoczeniu III gałązki nerwu V. przez otwór owalny, przez spłot żylny kanału tętnicy szyjnej na tylną przestrzeń okołogardzielową, w końcu zapaleniach ziarninowych i martwakowych wielkiego skrzydła kości klinowej i trzonu kości potylicznej. Najrzadszym źródłem są ropnie nadoponowe średniej jamy, które przez jeden ze wspomnianych otworów, jak owalny (Tessar), opadają w dół.

Ropienia z przewodu zależnie od miejsca przebicia szerzą się odrazu w mięszu przyusznicy lub też naokoło jej torebki, przechodząc następnie w mięsz. Pierwsza ewentualność ma miejsce wtedy, gdy przebicie nastąpi w części przyusznicy, bezpośrednio przylegającej do przewodu chrzęstnego i kostnego pozbawionej w tych miejscach własnej powięzi. Dalsze szerzenie się może iść w różnych kierunkach i tak do przodu pod skórą i ponad żwaczem na policzek, między ramieniem zuchwy a mięśniami skrzydlatymi zewnętrznym i wewnętrznym w kierunku błony śluzowej policzka, do wewnątrz w przestrzeń okołogardzielową, aż do migdałka i bocznej ściany gardła i w przestrzeń pozagardłową, w dół w kierunku szyi, i to w okolicę przedniego trójkąta szyjnego podskórnice lub pod powięzią powierzchnową szyi, najczęściej wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, ku tyłowi wzdłuż tylnego brzuśca mięśnia dwugłowego i popod mięśniami obojczykowo-mostkowo-sutkowym oraz tętnicy potylicznej w kierunku karku, wzdłuż mięśnia rylcowo-gnykowego i tylnego brzuśca

mięśnia dwugłowego w kierunku dołu podszczękowego (Leid-ler). Zapalenie może przechodzić również na staw zuchwowy doprowadzając do zniszczenia jego torebek i więzadeł. Z komórek okołotrąbkowych, z ognisk martwiczych i ziarninowych w okolicy ujścia trąbki i przedniej ściany jamy bębenkowej zakażenie może się szerzyć przez semicanalis musculi tensoris tympani w kierunku gardła do tkanki okołotrąbkowej, może posuwać się w wiotkiej tkance okołotrąbkowej do początków mięśni trąbkowych (dźwigacz i naprężacz podniebienia miękkiego) i wzdłuż nich opadać w dół (Krepuska). Tą drogą udaje się stwierdzić czasem na stole operacyjnym, jak w przypadku Leidlera, gdzie wprowadzony zgłębnik przez przetokę w okolicy ujścia trąbki, dochodził aż do jamy ropnia okołomigdałkowego. Engel wypełnił trąbkę płynem kontrastowym przez kateter, zaś do przetoki ropnia okołomigdałkowego wprowadził zgłębnik. Masakontrastowa w komórkach okołotrąbkowych i zgłębnik w obrazie rentgenologicznym stykały się ze sobą. Czasem zakażenie bocznej ściany gardła może iść przez trąbkę. Niekiedy ropienia okołotrąbkowe opróżniają się przez trąbkę. Ku dołowi ropienie z okolicy ujścia trąbki opada wzdłuż mięśni rylcowych do przestrzeni przygardłowej i łoży przyusznicy. W stosunkowo rzadszych przypadkach przychodzi do powstania ropni pozagardzielowych przez przejście tamże zakażenia z okolicy ujścia gardłowego trąbki lub z przestrzeni okołogardzielowej. Drogi i kierunek szerzenia się spraw ropnych przy zapaleniach okołobłędnikowych są mniej znane (Krepuska). Ropienia wewnętrzzaskkowe średniej jamy już to na drodze żyłnej już to na drodze otworów naturalnych (owalnego, okrągłego, szczeliny poszarpanej), już to z przebicia i zapalnego zniszczenia wielkiego skrzydła kości klinowej, opadają najczęściej wzdłuż mięśni skrzydlatych i szerzą się głównie w przestrzeni okołogardzielowej przedniej, dole skrzydłowoszczękowym i przyusznicy. Z dalszych źródeł ropni i ropowic tych przestrzeni wymienić należy przejście ropni z okolicy szczytu wyrostka sutkowego, z okolicy dołu mięśnia dwugłowego, z ropni wychodzących z komórek okolicy między nerwem twarzowym a zatoką, z komórek przedzatokowych, z okolicy opuszki, wreszcie z ropni karku, o czym niżej.

Omawiane ropowice i ropnie poza dolegliwościami ze strony ucha, różnymi zmianami wziernikowymi, dają bóle, obrzęk

bolesny, naciek i ewentualnie chelbotanie w okolicy przedusznej, najczęściej od poziomu łuku jarzmowego do kąta żuchwy, policzka, obrzęk dołu podżuchowego, bóle przy otwieraniu ust, szczękoscisk, zależne od zajęcia dołu żuchwowego, okolicy stawu żuchwowego lub też jego zapalenia, nacieczenia zapalnego zwaczy, więzadła skrzydłowo-żuchwowego, bóle przy połykaniu, zaczerwienienie, wypuklenie migdałka i okolicy po stronie chorej. Zajęcie dołu skrzydłowo-szczękowego oraz szczeliny oczodołowej dolnej objawia się obrzękiem powiek, zaczerwienieniem spojówki, wytrzeszczem gałki ocznej. Przejście na okolicę podszczekową i szyję bólami, obrzękiem, naciekiem zajętych części, upośledzeniem ruchów szyi i głowy, bolesnością i to najczęściej wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, przy czym naciek nie trzyma się wyłącznie tego brzegu, jak to bywa przy ropniach i ropowicach pęczka naczyniowego. Zachowanie się ciepłoty bywa bardzo różne. Bardzo często ma przebieg posocznicowaty, zależny nie tylko od omawianych komplikacyj, lecz od sprawy usznej. W ustroju o znikomych siłach obronnych, o wyczerpanej zdolności reagowania lub też przy bardzo złośliwym zakażeniu może gorączki wcale nie być, lub nawet ciepłota hypotermiczna. Występujące tu objawy neuralgiczne ze strony nerwu V., jak bóle w połowie twarzy, skroni, bolesność gałązek nerwu trójdzielnego należy odnieść do zapalenia lub ucisku II. i III. gałązki nerwu V. po wyjściu z otworu okrągłego i owalnego, objawy neuralgiczne ze strony I. gałązki można tłumaczyć reflektorycznie lub też przejściem zapalenia na zwój Gassera wzdłuż II i III gałązki. Wobec tego, że bardzo często po otwarciu ogniska usznego i zdrenowaniu przyuszniczy oraz przestrzeni okołogardzielowej objawy neuralgiczne bardzo szybko ustępują, ta ostatnia ewentualność wydaje się bardzo mało prawdopodobną. Ustawiczne wydzielanie śliny z zajętej ślinianki jest według Worms'a następstwem zadrażnienia nerwów sekretorycznych (n. auriculotemporalis).

Wyśledzenie punktu przebiccia i dróg posuwania się ropnia poza przewodem zewnętrznym, gdzie ewentualnie możemy dotrzeć okiem, i ewentualnie uchem środkowym, jest conajmniej problematyczne. Dla ropni posuwających się wzdłuż trąbki podaje Voss jako charakterystyczne wypuklenie sklepienia nadgardzieli z zakryciem choan, przegrody nosowej i trąbki, nadto wyciek z trąbki, bóle w oku, sztywność karku (Bayer). Ropnie

okołobłędnikowego pochodzenia, szczytu piramidy, mogą być pod względem punktu wyjścia rozpoznane na podstawie porażenia nerwu VI., objawów podrażnienia nerwu V., porażenia nerwu VII (rzadko), objawów błędnikowych. W przypadkach ropni opadowych omawianych przestrzeni w przebiegu posocznicy, z obrzękiem powiek, wytrzeszczem gałki ocznej, przekrwieniem spojówki, porażeniem nerwów okoruchowych, neuralgią II i I gałązki nerwu V., porażeniem źrenicy, objawami zastoju na dnie oka możemy rozpoznawać wyjście ropnia z zakrzepu zatoki jamistej przez sploty żyłne otworu owalnego, kołczastego i kanału tętnicy szyjnej. W niejednym przypadku rentgen może oddać duże usługi, jak to miało miejsce we wspomnianym przypadku Engla, oraz w przypadku Ruttenburga, gdzie wprowadzona sonda przez zniszczoną ścianę przewodu i jamy bębnekowej wpadała do jamy ropnia, która po wypełnieniu jej płynem kontrastowym miała kształt stożkowaty i sięgała szczytem do dolnego końca wyrostka rylcowego. Znacznie częściej rozpoznajemy dopiero miejsce przebicia w czasie zabiegu. Tym trudniejsze jest rozpoznanie dróg posuwania się ropnia. Według Krepuski opadanie wzdłuż mięśni rylcowych może wywołać różnice. Ropnie opadające wzdłuż mięśni rylcowo-gnykowego i rylcowo-językowego dają wypuklenia do boku od języczka i powyżej migdałka, zaś opadające wzdłuż rylcowo-gardłowego i zwieracza górnego gardła dają wypuklenie więcej do tyłu i wypuklenie bocznej ściany gardła.

Przypadek I. R. A., lat 42, przyjęta 30. VIII. 1937. Silne bóle lewego ucha i gorączka od 8 dni. Mimo słabego odczynu na błonie bębnekowej paracenteza z natychmiastowym silnym wysiękiem.

1. IX. Obrzęk bolesny poniżej płata usznego i wzdłuż ramienia wstępującego żuchwy, szczękościsk, wypuklenie i zaczerwienienie tylnego łuku podniebiennego z zaczerwienieniem i obrzękiem języczka, bardzo obfity wyciek ropny, wypuklenie i nacieczenie błony bębnekowej. Słuch, mowa potoczna przy muszli.

3. IX. Antrotmia, szerokie otwarcie jamy nadbębnekowej do trąbki. W wyrostku, jamie sutkowej i kilku komórkach okołotrąbkowych ropa.

W przebiegu pooperacyjnym obrzęk przeduszny, wypuklenie tylnego łuku, szczękościsk ustąpiły do tygodnia, ucho środ-

kowe, jama sutkowa wydzielały obficie, zamknęło się dopiero w 43 dni po zabiegu.

Przypadek II. T. I., lat 60, przyjęty 26. V. 1936. Od 8 lat wyciek ropny z obu uszu. Od 2 tygodni silny ból głowy, od tygodnia zawroty głowy, od 3 dni strzykanie w uchu lewym, obrzęk przed uchem, dreszcze i gorączka.

Przedmiotowo. Temperatura 39 st. C. Obrzęk twardy okolicy przedusznej lewej od łuku jarzmowego aż poniżej kąta oraz za ramieniem żuchwy. Szczękościsk. W obu przewodach zewnętrznych ropa, w lewym opadnięcie górno-tylnej ściany, utrudniające wgląd wgląd, na przedniej ścianie tuż przy annulus tympanicus wałeczek z ziarniny, po prawej w uchu środkowym ziarnina. Słuch obustronnie utrzymany.

27. V. Radykalna. W uchu środkowym ziarnina z cuchnącą beztlenowo ropą. Po rozcięciu tylnej ściany przewodu skór nego wycięto część skóry z przedniej jego ściany, resztę skóry odsunięto ku dołowi, kleszczami kostnymi zresekowano znaczną część przedniej ściany, przy czym z przyusznicy trysnęła ropa. Przez ten ubytek wprowadzono kornicangę wzdłuż zewnętrznej powierzchni ramienia wstępującego żuchwy aż do jej kąta, tu założono kontrincyzję, przeciągając ujęte w kornicangę 2 setony od dołu aż do przedniej ściany przewodu.

27. V. — 1. VI. Temperatura do 39,5 st. C., szczękościsk, bóle nieco mniejsze, poprawa samopoczucia.

2. VI. — 9. VI. Temperatura do 38 st. C., samopoczucie lepsze, obrzęk przeduszny mniejszy, od 2 dni skargi na bóle w gardle.

10. VI. Temperatura 38,7 st. C., bóle w gardle silniejsze, bóle głowy, wytrzeszcz lewej gałki ocznej, obrzęk powiek, przekrwienie spojówki, narastanie szczękościsku, obrzęku okolicy przyusznicy, nadto zaczerwienienie lewego migdałka, łuków, oraz lewej ściany gardła.

11. VI. W nocy zamroczenie, wymioty, niepokój. Temperatura 40 st. C. Objawy oponowe.

12. VI. Dalsze pogorszenie, temperatura 37,4 st. C. Wytrzeszcz gałki większy, ogólna prostracja, sztywność karku, pleocytoza 5.632 w 1 mm³.

13. VI. Zejście wśród objawów oponowych.

Sekcja: Na podstawie średniej jamy sekwestr kostny wielkości złotówki, otoczony ziarniną i ropą, opona twarda nad nim

znekrotyzowana, powyżej ropień płatu skroniowego wielkości śliwki, zapalenie ropne opon. Ropowica części miękkich na podstawie całej średniej jamy, dochodząca w okolice podszczękową do bocznej ściany gardła, skóry policzka oraz oczodołu.

Przypadek III. F. R., lat 51, ze zwężeniem zastawki trójdzielnej przyjęta 15. IV. 1937. Od 3 tygodni bóle lewego ucha, wyciek krwawo-ropny, po kilku dniach obrzęk lewej połowy twarzy, bóle głowy, rwanie w lewym uchu, szczękościsk. Przed kilkoma dniami obrzęk twarzy mniejszy, od 3 dni obrzęk szyi i bóle nad mostkiem.

Przedmiotowo: Obrzęk twardej, bolesny lewej okolicy przedusznej prawie do zewnętrznego brzegu oczodołu, ku tyłowi do szczytu wyrostka, obrzęk okolicy podszczękowej i szyi wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i nad rękonością mostka. Wyrostek sutkowy niebolesny, w przewodzie zewnętrznym lewym ropy, po odczyszczeniu i usunięciu z głębi kulki waty widoczne w przyśrodkowej części wałeczko-wate wypuklenie na przednio-górnej ścianie przeświecające żółtawo, drugie mniejsze na tylnio-górnej. Przez $\frac{1}{3}$ dolną część światła przewodu widoczna błona bębenkowa zaczerwieniona, wypukłona, w dole wydzielina tętniąca. Słuch do 80 cm szeptu. Temperatura 36,6 st. C. Stan ogólny bardzo ciężki. Sinica, podniecenie psychomotoryczne, leukocytoza 15.000. Mocz bez zmian.

Antrotomia. W wyrostku nigdzie śladu ropy, śluzówka w komórkach blade-szaro-żółta. Cięcie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego od kąta szczęki po staw obojczykowo-mostkowy przez skórę, tkankę podskórną do pochewki naczyń. W tkance podskórnej i pod powięzią nacieki krwawiące, z zakrzepami drobnych żył, nie docierający do pęczka naczyniowego, jedynie w tkance podskórnej nad obojczykiem, ślad nacieczenia ropowiczego z nekrozą tkanki. Na zewnątrz i wewnątrz ramienia żuchwy po wejściu w jej mięszs na tępo, wprowadzono setony.

16. IV. Stan bardzo ciężki, obrzęk obu powiek lewego oka. Temperatura najwyższa 38,2 st. C.

17. IV. Obrzęk pod prawą powieką. Dreszcze. Przy opatrunku rana szara, sucha, bez śladu ropy.

19. IV. Temperatura 39 st. C., tętno 132/min. W miejscu wałeczków w przewodzie ubytek wielkości groszówki, wypeł-

niony strzępami nekrotycznymi, w gardle po lewej stronie nieznaczne wypuklenie migdałka, zaczerwienienie łuków. Zgon.

Sekcja: W obrębie górno-przedniej ściany przewodu kostnego ubytek wielkości dwugroszówki. W uchu środkowym ropa. Przyusznica, przestrzeń okołogardzielowa do samej ściany gardła, tkanki lewego oczodołu, tkanka podskórna i wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego naciekle ropy: nacieczenie to nie dochodzi do naczyń szyjnych w obrębie szyi. Przestrzeń między kością skalistą a mięśniami skrzydłatymi zamieniona na jamę ropną, w obrębie przyusznic i przestrzeni okołogardzielowej rozrzucone ropnie, jeden z ropni wielkości orzecha laskowego tuż przy błonie powięziowo-mięsnej gardła, na wysokości lewego migdałka. Nadto rozsiane zapalenie włóknikowe płuc, obrzęk śledziony, zwężenie i niedomykalność ujścia żylnego lewego, zwyrodnienia mięszone narządów wewnętrznych.

Przypadek IV. R. S., przyjęty 16. VII. 1937. Od dzieciństwa wyciek ropny z lewego ucha, w marcu b. r. bóle w lewym uchu, bóle głowy, obrzęk przed uchem. Po obfitym wycieku z ucha obrzęk i bóle ustąpiły. Obecnie od 6 dni wyciek mniejszy, bóle silne w lewym uchu, bóle głowy, gorączka.

W okolicy przedusznej lewej obrzęk elastyczny, bolesny, w przewodzie polip nekrotyzujący, wychodzący poza jego brzegi. Bóle przy otwieraniu ust. Lewy migdałek i łuki zaczerwienione i wypukłone. W prawym uchu ubytek w przednio-dolnej części błony, ropotok. Słuch. Ucho lewe poczucie mowy głośniejsze. Ucho prawe do 5 m szeptu. Popołudniu uczucie zimna, bóle głowy i w uchu silniejsze, temperatura 38,5 st. C., bolesność uciskowa wszystkich gałązek nerwu V. lewego, bóle przy skręcaniu i schylaniu głowy, szczękocisk silniejszy.

Zabieg: Radykalna. Kość sklerotyczna, nigdzie komórki. W jamie sutkowej i nadbębnekowej ropa pod ciśnieniem i ziarnina, w bębnekowej na przedniej części wzgórka szeroka szypuła polipa, którą na tępo rozdzielono. Do przodu przetoki nie znaleziono.

17. VII. Ciepłota 38,5 st. C. Bóle przy połykaniu znacznie większe, wypuklenie i zaczerwienienie okolicy lewego migdałka narosło.

18. VII. Obrzęk wzdłuż ramienia wstępującego żuchwy aż do kąta. Ropa z ucha środkowego cuchnie beztlenowo. Leukocytoza 9.000.

19. VII. Przy zmianie opatrunku wypływ ropy w ilości 2 cm³ z pod skóry przedniej ściany przewodu kostnego. Przy ucisku na przyusznicę wypływ większy. Wypuklenie lewego migdałka nieco mniejsze. Domięśniowo 2 cm³ Delbecyny.

23. VII. Wypływu ropy z przewodu więcej nie otrzymano. Naciek po przejściowym zmniejszeniu, znowu narasta, schodząc poniżej kąta żuchwy, bóle, szczykościsk większe, wypuklenie okolicy migdałka się utrzymuje, przed małżowiną uszną ślad chęłbotania.

W narkozie cięciem półkolistym 1,5 cm niżej kąta żuchwy przecięto tkanki do powięzi przyusznicy, na tępo dostano się do łoży przyusznicy, docierając do dolnej ściany przewodu kostnego, znajdując popod i porzed nim jamię ropną z postronkami. Drenowanie, setonowanie, zastrzyki delbecyny, salwarsanu, bismolipu. Powolne ustępowanie objawów.

1. X. wypisany.

Przypadek V. S. H., lat 37, przyjęty 20. IV. 1932. Przed 5 tygodniami szum w prawym uchu, nieznaczne upośledzenie słuchu, w kilka dni później lekkie bóle promieniujące ku skroni, później ku dołowi i tyłowi. Od 2 tygodni bóle rozlane w okolicy przedusznej, zupełna niemożność otwierania ust, od 4 dni niemożność połykania pokarmów stałych, od 3 dni połykanie płynów wywołuje ból kłujący po prawej stronie gardła. Przy ziewaniu gwałtowne bóle w stawie żuchwowym.

Przedmiotowo. Wypuklenie całego prawego policzka od łuku jarzmowego, dołu pozażuchwowego, wypełnienie żył pod prawym okiem, bolesność uciskowa szczytu wyrostka sutkowego, w prawym przewodzie po usunięciu ropy i łusek zwężenie, ziarnina na przednio-dolnej ścianie. Usta otwiera na 1 cm, ruchy żuchwy na boki zniesione. Wypuklenie prawego migdałka, łuków, przechodzące na podniebienie miękkie. Słuch: Mowa akcentowana przy muszli.

Antrotomia. W górnych częściach wyrostka komórki wypełnione ropą, ku dołowi zmiany gubią się, tak, że nie sposób prześledzić ciągłości zmian. Odkuto dolną ścianę kostnego przewodu, odsłonięto podstawę wyrostka rylcowego. Okoliczne tkanki naciekle. Wprowadzono pensetę wzdłuż wyrostka rylcowego w dół i przód. Wypływ znacznej ilości ropy pod ciśnieniem. Za pensetą wprowadzono setony. Niedowład nerwu twarzowego.

22. IV. Przy zmianie opatrunku wypłynęła znaczna ilość ropy za setonem z kanału, wypuklenie bocznej ściany migdałka znacznie mniejsze.

3. V. Wypuklenie okolicy migdałka i bóle przy połykaniu większe. Wypływ ropy z rany bardzo obfity. Nacięcie tylnego łuku, ropa w ilości 2 cm³, silne krwawienie.

4. V. Samopoczucie lepsze, połykanie swobodniejsze, wypuklenie migdałka znacznie mniejsze, usta otwiera na 2,5 cm.

8. V. Wydzielina z przetoki u nasady wyrostka rylcowego nie tryska już obficie, obrzęk przeduszny, migdałka nieznaczny.

• 18. V. Rana pooperacyjna za uchem ziarninuje obficie, setonu w przetokę już się nie zakłada.

20. V. Obrzęk na policzku, pod uchem większy, bóle głowy w czole. Wydzieliny w ranie nie ma. Temperatura 38,3 st. C. Rewizja rany. Ranę odświeżono, wykonano radykalną, zniesiono przednią ścianę przewodu, wprowadzono seton wzdłuż mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego popod przyusznice, drugi do przodu od ucha środkowego.

Odtąd przebieg dalszy poza podwyższonymi ciepłotami, obfitym wydzielaniem z rany bez powikłań. Wypisany 25. VI.

Zgłasza się 9. IV. 1934 z tym, że od 10 dni pojawił się obrzęk w okolicy przedusznej, bóle, nieznaczny szczykościsk.

Przedmiotowo: Bolesny obrzęk plastyczny okolicy przedusznej, jama po radykalnej sącząca, na przedniej części promontorium grudka ziarniny. Podawano jodek potasu, naświetlono promieniami Roentgena.

20. IV. Wobec stwierdzenia chelbotania w okolicy przedusznej wykonano punkcję, wyaspirowano 10 cm³ ropy, wpuszczono 2 cm³ riwanolu. Punkcję powtórzono za 2 dni.

30. VI. Wypisany. Wyleczony.

Przypadek VI. G. W., lat 24, przyjęty 29. XII. 1930. Przed 5 laty uderzony cegłą w prawą połowę głowy, odtąd upośledzenie słuchu na prawym uchu. Przed 14 dniami obrzęk najpierw przed prawym uchem, później na skroni i policzku, rwące bóle w prawej połowie twarzy, dreszcze. Wycieku z ucha nigdy nie było. Temperatura 40,4 st. C.

Wypuklenie największe w okolicy wyrostka jarzmowego, przechodzące na okolicę skroniową i przeduszną. Przewód słuchowy zewnętrzny od granicy kostno-chrzęstnej obniżony, spła-

szczony, wypełniony obficie ziarniną, spośród której wydobywa się obficie ropa cuchnąca.

Ropowicę nacięto na wysokości łuku jarzmowego. Okostna nad łukiem jarzmowym zniszczona.

30. XII. Temperatura opadła do 38 st. C., samopoczucie lepsze, wyciek z rany i ucha niezmiernie obfity. Rozpoczęto usuwać ziarninę z przewodu.

W ciągu trzech następnych tygodni rana na twarzy się wygoiła, przewód udrożniono. Wziernikowo w uchu środkowym masy perlakowe, błony brak, w przyśrodkowej części dolnej ściany przewodu naga kość, w tylnej ścianie na pograniczu części kostno-chrząstkowej mała przetoczka z wydzieliną ropną, obfitą, zgłębnikiem wyczuwalna naga kość. Słuch: Mowa potoczna 20 cm. Obrotowo, kalorycznie błędnie pobudliwy.

9. II. 1931. Radykalna. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

4. III. Wypisany.

Przypadek VII. Z. A., lat 52, przyjęty 17. IV. 1931. Od dzieciństwa ropotok prawego ucha. Od 6 dni bóle i obrzęk przed prawym uchem bóle w stawie żuchwowym przy otwieraniu ust, trudności w połykaniu. Obrzęk bardzo szybko rozszerzył się na kark, nadto duszność, dreszcze, ciepłota do 40 st. C.

Przedmiotowo: Ciepłota 39,6 st. C., tętno 120/min., pochylenie głowy na lewo i do przodu, twardy naciek okolicy przedusznej od łuku jarzmowego, całej okolicy przedusznej, kąta żuchwy do połowy jej ramienia poziomego, szyi od linii środkowej przedniej do przedniego brzegu mięśnia czworobocznego w górnej połowie, w dolnej do tylnego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, oraz obrzęk elastyczny klatki piersiowej w obrębie prawej przednio-górnej części do III żebra. Skóra nad tymi częściami zaczerwieniona, napięta. Przewód słuchowy prawy wypełniony białym polipem. Słuch: Mowa potoczna przy muszli. Wypuklenie i zaczerwienienie prawego migdałka i łuków, przesunięcie języczka poza linię środkową. Nad lewą połową klatki piersiowej oraz przykregosłupowo po prawej słuchanie, osłabienie szmerów oddechowych.

Radykalna. Kość zbita, bez jednej komórki. W jamie sutkowej, nadbębenkowej ziarnina i ropa pod ciśnieniem. Po rozcięciu przewodu skórniego wyłonił się polip jędrny, długości 2 cm, szerokości 1 cm, szeroko uszypułowany na dolnej ścianie jamy bębenkowej. Po naderwaniu szypuły trysnęła strumie-

niem ropa brudno-żółta, beztlenowo cuchnąca, zaś palcem wyczuwano się w dolnej ścianie jamy bębnekowej otwór wielkości jednogroszówki. Cięcie od kąta szczęki wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego aż do mostka. Tkanki podskórne przed powięzią i popod powięzią tego mięśnia naciekle ropą, nekrotyczne, postrzępione, z rozrzuconymi jami ropnymi, z żyłami zakrzepłymi. Ku dołowi ropowica schodzi powierzchownie na klatkę piersiową na zewnątrz od stawu obojczykowo-mostkowego. Z cięcia skórniego wprowadzono korncańkę od kąta żuchwy na zewnątrz i wewnątrz ramienia wstępującego żuchwy, obie kieszenie wysetonowano, na korncaudze, wprowadzonej od rany szyjnej nacięto skórę klatki piersiowej na wysokości II żebra i od dołu wprowadzono setony. W ropie paciorkowce.

18. IV. Temperatura 40 st. C., tętno 140/min., skargi na bóle w klatce piersiowej po lewej stronie, sinica, podniecenie, duszność, zgon.

Sekcja: Ropowica całej podstawy średniej jamy czaszki, przyusznicy, przestrzeni okołogardzielowej, dochodząca do migdałka, tkanki podskórnej i pod powięzią powierzchowną szyi wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, oraz popod nim, nie docierająca do pochewki, przez przestrzeń międzypowięziową nadmostkową, przechodząca na wewnętrzną powierzchnię m. obojczykowo-mostkowo-sutkowego lewego wstępująco do połowy prawie jego długości, zapalenie ropne śródpiersia przedniego, zapalenie włóknikowo-ropne lewostronne opłucnej (0,5 l. ropy), rozpoczynające się także zapalenie opłucnej prawej, zapalenie włóknikowo-ropne osierdziowego worka, nadto zwyrodnienia narządów mięsaszowych i ostry obrzęk śledziony.

Przypadek VIII. Żołnierz, lat 21, przyjęty 16. VI. 1937. Od kilku dni bóle w uchu prawym. Błona wypukłona i zaczerwieniona.

22. VI. Bóle w okolicy czoła, pod prawą średnią muszlą wydzielina ropna. Rentgenologicznie zaciemnienie wszystkich zatok po prawej stronie. Błona bębnekowa przybladła. Punkcje codzienne zatoki szczękowej.

5. VII. Wypuklenie górnej części prawej błony bębnekowej, temperatura 38 st. C., paracenteza.

15. VII. Obrzęk nieznaczny wyrostka sutkowego prawego, silna bolesność uciskowa. Nystagmus I stopnia w lewo. Wymioty. Temperatura 39 st. C., tętno 120/min., zamroczenie.

Antrotomia. Cały wyrostek, jama sutkowa wypełnione ziarniną i ropą. Opona średniej jamy i ściana zatoki esowatej bez zmian.

17. VII. Dreszcze. Temperatura 40,1 st. C.

19. VII. Zamroczenie, podniecenie (pierwszy raz widziany przez mnie), temperatura 40,6 st. C., tętno 150/min. Obrzęk obu powiek prawego oka, opadnięcie górnej powieki, przekrwienie spojówki, niedowład prawego nerwu okoruchowego i twarżowego, nieznaczny obrzęk okolicy przedusznej, trudności w otwieraniu ust (na 2 palce), słuch na prawym uchu utrzymany (20 cm mowy potocznej), Nystagmus: ślad poziomo-obrotowego w prawobocznym, kalorycznie błędnik pobudliwy. Wziernikowo w nosie ślad wydzieliny ropnej po prawej stronie. Pleocytoza 5/mm³, Pandy ujemny. Rozpoznanie: Zakrzep zatoki jamistej. Ze względu na bardzo ciężki stan podwiązano tylko żyłę szyjną.

20. VII. Wśród objawów zamroczenia, podniecenia zgon.

Sekcja: Zakrzep zatoki esowatej, skalistej górnej i dolnej jamistej, rozpoczynające się zapalenie opon miękkich w zakresie średniej prawej jamy i podstawy mózgu, ropowica części miękkich podstawy średniej jamy, docierająca do bocznej ściany gardła i ropowica przyusznicy, ropne zapalenie zatoki szczękowej, sitowych, czołowej po prawej stronie.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia z ropieniem okołotrąbkowym z odczynem w przestrzeni okołogardzielowej i przyusznicy, w przypadku drugim z zapaleniem martwakowym wielkiego skrzydła kości klinowej, które z jednej strony wywołało na drodze opadowej ropowicę przestrzeni okołogardzielowej, przyusznicy, dołu skrzydłowego, z drugiej zapalenie martwicze opony twardej, ropień płatu skroniowego i zapalenie opon miękkich. Obrazu takiego w dostępnej mi literaturze nie spotkałem. Objawy oczne za życia i zmiany ropowicze oczodołu wobec niestwierdzenia na sekcji zakrzepu zatoki jamistej należy odnieść do przejścia zakażenia na oczodoł z dołu skrzydłowo-podniebiennego przez szczelinę oczodołową dolną. W trzecim przypadku najprawdopodobniej czyraki przewodu doprowadziły do zapalenia i zniszczenia kostnej ściany przewodu. Obraz przy przyjęciu nie pozwalał na wykluczenie pierwotnego zapalenia

ucha środkowego, dlatego też zaczęto zabieg od antrotomii. Czy w całym obrazie odegrała jako czynnik retencyjny rolę kulka waty trudno powiedzieć. Uderzającym jest tutaj fakt, że zmiany z przestrzeni okołogardzielowej, przyusznicy i dołu skrzydłowo-szczękowego posuwały się na szyi głównie podskórnice i wzdłuż przedniej powierzchni i mięśnia obojczykowo-mostkowego i podskórnice przechodziły na klatkę piersiową. W posuwaniu się odgrywały dużą rolę żyły podskórne, wypełnione zakrzepami. Do zajęcia oczodołu przyszło również przez szczelinę oczodołową dolną. Niezmiernie jadowite zakażenie doprowadziło łącznie ze słabą odpornością ustroju bardzo prędko do zejścia. W przypadku czwartym zakażenie na przyusznice i przestrzeń okołogardzielową przeszło przez skórę i ubytki kostne w przewodzie bez przerwania ciągłości, przy czym momentem wywołującym retencję w ruchu środkowym był polip nekrotyzujący i zatykający przewód słuchowy. Wobec niestwierdzenia podczas pierwszego zabiegu komunikacji do przodu i braku objawów lokalizacji największego nasilenia procesu w obrębie przyusznicy ograniczono się tylko do radykalnej a dopiero wtórnie zdrenowano przyusznice. W przypadku piątym punktem wyjścia komplikacyj do przodu były zmiany zapalne okołotrąbkowe, opadały w stronę gardła głównie wzdłuż mięśni rylcowych. Przypadek ten stanowi przykład, jakimi drogami idzie leczenie operacyjne tych zmian. W przypadku szóstym ropowica przyusznicy i dołu skroniowego wyszła z zapalenia ohrzęstnej i okostnej przewodu w przebiegu perlakowego zapalenia ucha środkowego. Postąpiono tu odwrotnie, lecząc najpierw komplikację, potem dopiero proces pierwotny w uchu środkowym. W siódmym przypadku zakażenie przeszło z ucha środkowego po zniszczeniu dolnej ściany jamy bębenkowej przez szypułę polipa. Proces na szyi posuwał się podskórnice na klatkę piersiową, zaś popod powięzią powierzchowną szyi wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego doszedł do śródpiersia przedniego, wywołując zapalenie worka osierdziowego, obustronne włóknikowo-ropne zapalenie opłucnej, poprzez spatium suprasternale i popod powięzią środkową szyi przeszedł na drugą stronę szyi, wstępując wzdłuż tylnej powierzchni mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego w górę. W ostatnim wreszcie przypadku w przebiegu zakrzepu zatoki jamistej ropowica przestrzeni okołogardzielowej, dołu skrzydłowo-szczę-

kowego i przyusznicy powstała poprzez połączenia żyłne otworu okrągłego, owalnego i kanału tętnicy szyjnej. Jakkolwiek istniało tu równocześnie zapalenie zatok obocznych nosa, jednak ze względu na przebieg i obraz sekcyjny z wszelkim prawdopodobieństwem zakrzep zatoki jamistej był pochodzenia usznego.

c) Ropnie pęczka naczyniowego biorą najczęściej początek w zakrzepie żyły szyjnej wewnętrznej z zapaleń okołoopuszkowych, z komórek okołoopuszkowych, rzadziej ropa z ropni okołozatokowych przesuwają się przez kanał opuszki między ścianą kostną a ścianą żyły na pęczek naczyniowy. W pierwszym wypadku sprawa poprzez ścianę naczyniową lub z jej równoczesnym zniszczeniem przechodzi na części miękkie. Zropienie gruczołów głębokich karku może dawać obraz podobny, przy czym zakażenie przez ścianę naczyniową zmienioną zapalnie może przechodzić do światła naczynia, doprowadzając tu do powstania zakrzepu z następową posocznicą ogólną. Poza tym powstawać one mogą w następstwie zapalenia szczytu wyrostka sutkowego, komórek tylnej blaszki dołu mięśnia dwugłowego, i towarzyszyć ropniom karku i zapaleniom okołokręgowym. Najczęściej opadają w dół wzdłuż pęczka naczyniowego na szyję, dojść mogą tą drogą do śródpiersia, wywołując tu ropne zapalenia śródpiersia, zapalenia worka osierdziowego, opłucnej. W wędrówce tej zajmuje po kolei ropowica tylną przestrzeń okołogardzielową, przestrzeń środkową szyi, gdzie wzdłuż wewnętrznej powierzchni mięśni pochyłych ropa może przedostać się w dół w przestrzeń pozaprzełykową i do śródpiersia tylnego, ponad rękojęścią mostka przez spatium aponeuroticum suprasternale lub też między powięzią środkową a tchawicą przekroczyć może ropowica na okolicę drugiego pęczka naczyniowego wzdłuż niego wstępować ku górze. Popod mięśniami obojczykowo-sutkowym na różnych wysokościach zmiany ropowicze przedostają się czasem w boczną okolicę szyi. Zapalenia części miękkich, biorące początek w zakrzepie żyły szyjnej wewnętrznej zwykle wyprzedzają znacznie dosercowy koniec zakrzepu. Z okolicy opuszki żyły szyjnej i jej części w przestrzeni okołogardzielowej tylnej zmiany zapalne mogą się posuwać w kierunku gardła, bocznej ściany i przyusznicy w kierunku przestrzeni pozagardłowej, ku tyłowi okołokręgosłupowo w okolicę podpotyliczną i na kark.

Najczęściej przy powyższych zmianach ze względu na towarzyszący zakrzep żyły szyjnej występuje tutaj obraz ciężkiej posocznicy z charakterystycznymi gorączkami i ciężkimi objawami ogólnymi. Charakterystycznymi objawami dla tych postaci ropowic są: bolesny obrzęk i naciek okolicy pozazuchwowej, przedniego trójkąta szyi najwyraźniej zaznaczony wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego aż do stawu obojęczykowo-mostkowego. Obrzęk i naciek jest w górze najsilniej zaznaczony, zmniejsza się stopniowo ku dołowi. W górnej części występuje czasem chełbotanie, łatwo dające się wyczuwać ze względu na niegłębokie położenie zmian chorobowych. Nadto występuje unieruchomienie głowy, skrzywienie na stronę zdrową i przechylenie na stronę chorą wskutek odruchowego skurczu mięśnia obojęczykowo-mostkowo-sutkowego. Objawy ze strony gardła przy ropniach i ropowicach omawianych bez zajęcia przestrzeni pozagardłowej i okołogardzielowej przedniej mogą się ograniczać do bólów przy połykaniu, nieznaczego wypuklenia i zaczerwienienia bocznej ściany gardła. Do zapalenia śródpiersia przychodzi rzadko, przedtem bowiem chory ulega posocznicy. O ile do niego przyjdzie, objawia się ono przyspieszeniem tętna, bólami kłującymi w klatce piersiowej głównie nad mostkiem, sinicą, obrzękiem nad rękonością mostka i ewentualnie trzonem, rozszerzeniem żył, niepokojem, zamroczeniem.

Przypadek I. D. W., żołnierz, lat 22, przyjęty do 5 Szpitala Okręgowego 5. VII. 1937.

Od 3 miesięcy ropne zapalenie ucha prawego. W czasie podróży pociągiem dreszcze, temperatura 40 st. C., bóle głowy.

Przedmiotowo: Objawy oponowe, bolesność wyrostka sutkowego, opadnięcie przewodu, wypuklenie i obrzęk błony bębenkowej, silny ropotok.

Antrotomia (Dr Przeworski). Wyrostek sklerotyczny, w okolicy antrum kilka komórek zropiałych. Odsłonięta zatoka powyżej kolana bez zmian. Po zabiegu stan septyczny z ciepłotami do 40 st. C. z kilkoma spadkami poniżej 37 st. C. Na podwiązanie żyły szyjnej i rewizję rany się nie zgodził. W 12 dniu po zabiegu nacięto na pośladkach dwa ropnie przerzutowe niezmiernie duże, w 20 dniu ropień na lewym ramieniu.

2. VIII. objąłem chorego w obserwację. Od 4 dni ciepłoty septycznie narastające do 38,4 st. C. Trudności w połykaniu,

nieznaczne zaczerwienienie bocznej ściany gardła, bolesny elastyczny obrzęk okolicy pozazuchwowej, podszczękowej i wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego prawie do obojczyka, rana po antrotomii pokryta granulacjami.

Zabieg. Cięcie typowe dla podwiązania żyły szyjnej. W tkance poskórnej nieznaczne zmiany zapalne. Po przecięciu powięzi, odchyleniu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego przy próbie rozpreparowania nacieku wytrysk ropy z okolicy żyły szyjnej. Przedłużenie cięcia do stawu mostkowo-obojczykowego, w nacieku podwiązanie i przecięcie żyły szyjnej o ścianie zgrubiałej, bez zakrzepu. Przy preparowaniu żyły ku górze 1,5 cm powyżej przecięcia początek zakrzepu, narastającego i grubiejącego ku górze. W odległości 5 cm od podwiązania żyła się urwała z powodu zropienia zakrzepu i ścian, powyżej aż do podstawy czaszki kanał ropny grubości kciuka. Kanał wysetonowano. Poszerzono dojście do jamy sutkowej, usunięto komórki pozazatokowe, odsłonięto zatokę esowatą i opuszkę, zostawiając jedynie przy zewnętrznym ujściu kanału opuszki od zewnątrz cienką blaszką. Zakrzep w zatoce zaczynał się dopiero poniżej dolnego kolana w zatoce i opuszcze był zorganizowany. Po zabiegu ciepłota opadła do normy litycznie.

Pod koniec 3 tygodnia wystąpiły bóle w karku, unieruchomienie, bolesność okolicy podpotylicznej i górnej karku, zaś w ranie pod łuską potyliczną ropienie i strzępy nekrotyczne. Po przejściowej poprawie po kilku dniach nawrót tych dolegliwości i obfitsze wydzielanie ropy z okolicy opuszki. Rentgenologicznie rozrzedzenie łuski kości skroniowej po szew potyliczno-skroniowy.

Zabieg: Od dolnego bieguna rany pozausznej cięcie dodatkowe ku dołowi i tyłowi długie na 6 cm, usunięcie łuski skroniowej zniszczonej przez ziarninę, usunięcie bocznej blaszki ujścia zewnętrznego kanału opuszki. Nigdzie ropy tylko nacieki.

Od tego czasu poprawa, z brzegu łuski potylicznej wydzielił się martwak: przejściowy zaciek w częściach miękkich.

W połowie listopada wypisany, wyleczony.

Przypadek II. K. K., lat 20, przyjęta 9. II. 1954. Od roku wyciek z ucha, od 5 tygodni wymioty, bóle głowy.

Przedmiotowo: W przewodzie wydzielina, polip. Zamroczenie, niepokój, jęki, mimowolne oddawanie kału i moczu. Sztzyw-

ność karku, ruchy głowy bardzo bolesne. Pleocytoza 150/mm³, Pandy dodatni.

Radykalna. Martwak kości w sąsiedztwie zatoki, zatoka zapadnięta, wypełniona zakrzepem zropiałym. Otaczająca opona w sąsiedztwie brudno-szara. Żyła szyjna na całej długości wypełniona zakrzepem zropiałym, ściana żyły i otoczenie naciekle. Wycięto żyłę szyjną do żyły podobojczykowej.

Zgon wśród objawów adynamii mięśnia sercowego.

Sekcja: W żyłe podobojczykowej w miejscu zresekowania zakrzep długości 1 cm, zamykający jej światło. Pachymeningitis purulenta et leptomeningitis circumscripta in regione ossis petrosi sin. Encephalitis corticalis hemisphaerae sin. cerebelli, abscessus lobi inf. pulmonis sin., pneumonia crouposa confluens pulmonum. Tumor lienis acutus.

Przypadek III. K. J., lat 15, przyjęta 11. VII. 1936. Od pół roku wyciek z prawego ucha, od 8 dni nasilenie wycieku, wymioty, od 3 dni dreszcze.

Przedmiotowo: Temperatura 40,8 st. C. Naciek wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, okolicy pozażuchwowej, po prawej destrukcja, słuch utrzymany. Leukocytoza 11.700. Obrzęk i zaczerwienienie 1 stawu palucha lewej nogi.

Cięcie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego. Na całej długości wzdłuż naczyń naciek, ściana żyły szyjnej w wielu miejscach zniszczona, szaro-żółta, światło wypełnione zropiałym zakrzepem. W dole do końca zakrzepu nie udało się dojść. Żyłę zresekowano, końce obwodowe wszyto w skórę. Radykalna. W jamie sutkowej, nadbębnekowej perlak, ropień okołozatokowy, ściana zatoki miejscami zniszczona, światło, począwszy na 2 palce powyżej dolnego kolana w dół, wypełnione zropiałym zakrzepem.

14. VII. Dolna gałązka lewego nerwu twarzowego słabsza, przemijające mrowienie w palcach lewej nogi. Odruchy ścięgnięste lewej kończyny górnej żywsze.

26. VII. Ciepłoty stale septyczne, samopoczucie dobre. W okolicy kości krzyżowej odleżyna.

1. VIII. Temperatura do 37,8 st. C. Na wewnętrznej powierzchni prawego ramienia ropień. Nacięcie.

Dalszy przebieg bez powikłań.

Wypisana 22. IX. 1936.

Przedstawione wszystkie trzy przypadki ropowic są następstwem zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej. Naciek karku w przypadku pierwszym, który wystąpił w trakcie leczenia pooperacyjnego wywołało zapalenie ziarninowe łuski kości skroniowej. We wszystkich trzech przypadkach na pierwszy plan wysuwa się obraz posocznicy, natomiast zmiany zapalne szyi stanowią jeden ze szczegółów.

d) Pozagardłowe ropowice i ropnie u dzieci są najczęściej następstwem przejścia zakażenia drogami chłonnymi na gruczoły pozagardłowe. Poza tym mogą występować jako objaw zapalenia szczytu piramidy, zapalenia okołobłędnikowego, próchnicy dwóch górnych kręgów szyjnych i trzonu kości potylicznej, zapalenia okołokręgowego. Wreszcie towarzyszyć mogą ropieniom w przestrzeni okołogardzielowej przedniej, tylnej, ropniom bocznej okolicy szyi i karku. Ropnie i ropowice tej przestrzeni w początkowych okresach rozwoju mogą ująć uwagę, niemniej już wtedy występują trudności w połykaniu z powodu bólów, bóle przy ruchach głową i jej unieruchomienie odruchowe. Epipharyngoscopia z odciągnięciem podniebienia ku przodowi, badanie palcem może wykazać zgrubienie, wypuklenie, zaczerwienienie tylnej ściany nadgardzieli, które obniżając się dość szybko, zwiększa trudności połykowe, przy zejściu do podgardzieli przesuwają wejście przetyku, krtań ku przodowi, wywołując mechaniczną duszność.

J. W., lat 56, przyjęty 28. VII. 1957. Od kwietnia uczucie zatykania w prawym uchu, od 3 tygodni nieznaczny wyciek, od kilku dni ból ucha i głowy.

Przedmiotowo: Bolesność szczytu prawego wyrostka sutkowego, wypuklenie, zaróżowienie prawej błony bębenkowej z pępkowatym wypukleniem w środku, na jego szczycie kropla ropy. Słuch: Mowa głośnie przy muszli.

Antrotomia: Pneumatyzacja drobnokomórkowa, rozrzucona, kość twarda, sklerotyczna. W okolicy jamy sutkowej skupienie komórek wypełnionych ziarniną i ropą.

W przebiegu pooperacyjnym rana goiła się powoli, ucho środkowe stale wydzielało obficie.

27. IX. Wypisany.

Zgłasza się 7. II. 1958. Wyciek z ucha stale, od 2 miesięcy bóle ucha prawego i bóle głowy. Za uchem prawym blizna po antrotomii zagojona. W przewodzie wydzielina śluzowo-ropna.

W przodzie i dole błony bębenkowej ubytek, reszta błony zaróżowiona i nieco wciągnięta, 1 kosteczka widoczna. Słuch: Mowa potoczna przy muszli. Ruchy głową rotacyjne i boczne ograniczone z powodu bólów. Popod kątem prawym żuchwy i do tyłu od niego nieznaczna oporność. Przy obmacywaniu w gardle wzdłuż tylnego łuku nieznaczna oporność.

12. II. Wypuklenie tylnego łuku i bocznej ściany gardła wzrosło, oporność poniżej wyrostka sutkowego zaznacza się na większej przestrzeni, bóle głowy, w skroni i potylicy silne. Ciężota po południu podniosła się do 59 st. C.

Radykalna z odsłonięciem zatoki po opuszkę, zniesienie częściowe nakrywki nasady wyrostka jarzmowego. W czasie zabiegu usunięto gniazdo komórek pozabłędnikowych, wypełnionych ziarniną, nadto tu i ówdzie porozrzucane komórki. Nigdzie śladu ropy.

14. II. Zaznaczony lekki niedowład nerwu VII prawego, wypuklenie w gardle znacznie mniejsze. Ciężoty najwyższe 57,2 st. C.

19. II. Temperatura podniosła się do 58,6 st. C. Bóle głowy, bóle w gardle i przy połykaniu, uczucie zawadzenia. Wypuklenie tylnego prawego łuku i tylnej ściany gardła z prawej strony.

21. II. Wczoraj temperatura 58 st. C., dziś normalna, wypuklenie w gardle mniejsze.

25. II. Wypuklenie na tylnej ścianie po prawej stronie doszło do wielkości sporego kasztana (poza obrębem podniebienia miękkiego), podniebienie miękkie odepchnięte ku przodowi. Bóle przy połykaniu, bóle w okolicy prawego stawu żuchwowego przy otwieraniu ust.

1. III. Objawy podmiotowe chorego zmniejszają się, wypuklenie na tylnej ścianie gardła ustąpiło tak, że dziś spostrzega się tylko płaskie zgrubienie zaczerwienione tuż poniżej brzegu podniebienia.

Zdjęcie rentgenologiczne. Prawa piramida wykazuje w całości zagęszczenie struktury kostnej. Granice ucha wewnętrznego zatarte, nieostre. Szczyt wykazuje rozległą uzurę kostną, głównie w dolnej partii o nieostrych granicach. Zdjęcie podstawy czaszki. Kość skalista prawa wykazuje rozległy ubytek, przechodzący na podstawę środkowej jamy czaszki, położony do tyłu i wewnątrz od otworu owalnego.

4. III. Chory uskarża się na bóle w uchu i bóle w prawej połowie twarzy. Przedmiotowo: Bolesność uciskowa wszystkich gałązek nerwu V. po prawej stronie.

51. III. Rana po radykalnej wypełniona w większej części ziarniną. Bóle w uchu, bóle popod i ponad oczodołem o zmienym nasileniu utrzymują się, nadto pojawiły się bóle w potylicy. Ciepłoty normalne. Epipharyngoscopia: Torus tubarius i tylny łuk rozpulchnione, zaczerwienione, przysłaniają zewnętrzną część prawej choany. Zewnętrzna prawa część tylnej ściany nadgardzieli nieco zgrubiała i zaczerwieniona.

W powyższym przypadku mamy więc do czynienia z zapaleniem szczytu piramidy, którego objawami były wyciek ropny z ucha mimo zagojenia się rany po antrotomii, naciek zapalny tylnej i bocznej ściany gardła oraz neuralgia nerwu V. Wobec narastających objawów podmiotowych i przedmiotowych z zajęciem przez naciek zapalny okolicy ujścia gardłowego trąbki i bocznej ściany gardła, bólów promieniujących do skroni, nie mając zdjęcia piramidy i podstawy czaszki, przypuszczaliśmy przede wszystkim zapalenie komórek okołotrąbkowych i dlatego za drugim razem wykonaliśmy operację doszczętną z szerokim odsłonięciem okolicy trąbki. Mimo ustępowania obecnie objawów przypadek ten jest jeszcze wciąż niepewny pod względem dalszego korzystnego przebiegu.

Leczenie zapalnych komplikacyj omawianych okolic powinno być poprzedzone możliwie najdokładniejszym rozważaniem zachodzących możliwości ich punktu wyjścia. Bardzo dużo pod tym względem może dać badanie rentgenologiczne. Poza zdjęciem wyrostka, piramidy, zawsze powinno się wykonywać zdjęcie podstawy czaszki. Zabieg operacyjny w przypadkach ropowic dołu skroniowego, przyuszniczy, przestrzeni okołogardzielowej, dołu skrzydłowo-szczękowego, powinien zawsze dążyć do usunięcia ogniska pierwotnego, miejsca przebicia, a następnie zdrenowania zajętych przestrzeni o ile zachodzi potrzeba, zdarza się bowiem nieraz, że wczesne zmiany zapalne omawianych przestrzeni cofają się, gdy ognisko pierwotne zostanie usunięte i zdrenowane z raną pooperacyjną uszną. Wchodzą tutaj w rachubę zależnie od obrazu schorzenia zabiegi jak antrotomia, radykalna, usunięcie komórek nasady wyrostka jarzmowego, łuski kości skroniowej, okołotrąbkowych, usunięcie przedniej, dolnej ściany przewodu kostnego zewnętrznego, odsłonięcie śred-

niej jamy na większej nieraz przestrzeni, nacięcie od zewnątrz na wysokości łuku jarzmowego, drenowanie przyuszniczy, zwykle z cięcia poniżej kąta żuchwy. drenowanie przestrzeni okołogardzielowej. z tegoż samego nacięcia wzdłuż wewnętrznej powierzchni mięśnia skrzydłowego wewnętrznego, nacięcie okolicy okołomigdałkowej, odsłonięcie okolicy nasady wyrostka rylcowego i setonowanie wzdłuż mięśni rylcowych. W przypadkach ropowic pęczka naczyniowego wchodzi w rachubę dokładne odsłonięcie zatoki esowatej, opuszki, usunięcie ognisk okołozatokowych i okołopuszkowych. podwiązanie. resekcja żyły szyjnej, przy ropowicach szyi szerokie nacięcie. mediastinotomia szyjna i t. d. W niektórych łagodniejszych przypadkach po zabiegu usznym można odczekać z nacięciem aż do zlokalizowania oraz ograniczenia się procesu zapalnego w częściach miękkich. W tych przypadkach proteinoterapia. działanie ciepłem itp. może zlokalizowanie się procesu ropnego przyspieszyć. W każdym razie konieczną jest duża ostrożność i dokładna obserwacja. by przez odczekiwanie nie przynieść choremu szkody.

II.

Nie biorąc pod uwagę opadania ropni podkostnowych i podskórnych w tkankę podskórną bocznej powierzchni wyrostka. najczęstszym punktem wyjścia ropni opadowych okolicy bocznej szyi są komórki szczytu wyrostka sutkowego. Przebicie z wyrostka może iść w różnych kierunkach, jak przez blaszkę zewnętrzną kości ponad przyczepem mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego. dając ropień podkostnowy i podskórny tej okolicy, dalej w mięsień, wywołując ropnie mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, lub też przez wewnętrzną blaszkę kostną. Pierwszy rodzaj ropnia powstać też może bez przebicia blaszki kostnej a przez przejście zakażenia wzdłuż naczyń chłonnych. Ropnie mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego znajdują się między wiązkami tego mięśnia lub niekiedy pod powierzchowną powięzią, rzadziej przed głęboką powięzią. Niekiedy ropień może leżeć w wyższych partiach bliżej zewnętrznej powięzi, w dolnych zbliża się do głębokiej. Wyjątkowo zdarzają się podwójne ropnie (Mygind). Ropnie te są przeważnie małe, sadowią się bezpośrednio pod szczytem wyrostka. zdarzają się jednak ropnie, dochodzące do 6-ciu i więcej cm długości, nie-

kiedy można wykazać wąską przetokę, długości kilku cm, rozszerzającą się w dole w jamę ropnia. Są przypadki, gdzie przetoki w szczycie kostnej nie znaleziono, zawsze jednak stwierdzano ropniaka komórek szczytowych wyrostka. Dla ich wytłumaczenia przyjmował Mygind możliwość zropienia gruczołów chłonnych wśródmięśniowych, zbierających chłonkę ze szczytu wyrostka, na co nie ma jednak przekonujących dowodów, lub też przyjmował możliwość ropnego zapalenia mięśnia z zakażenia tkanki łącznej międzymięśniowej, zakażonej od okostnej. Głębokie ropnie okolicy omawianej noszą nazwę ropni Bezolda, który je w roku 1881 opisał obszernie, ustalając związek ich ze zropieniem komórek szczytu wyrostka, jakoteż doświadczalnie przez nastrzykiwanie ustalił mechaniczne drogi ich szerzenia się. Według Fr. Campo przed Bezoldem zwrócił na nie uwagę Rossi. Ropnie te leżą pod głęboką powięzią mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i biorą początek z przebiecia procesu ziarninowo-ropnego z komórek wewnętrznej ściany szczytu wyrostka, których ilość i cienkość ściany wewnętrznej wzrasta proporcjonalnie do długości wyrostka i głębokości dolka mięśnia dwugłowego. Poza tym zakażenie może przechodzić wzdłuż dehiscencyj, naczyń chłonnych i żylnych. Ropnie te leżą zwykle między mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym a tylnym brzuścem mięśnia dwugłowego, opadają najczęściej po wewnętrznej powierzchni mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego ku dołowi, wyszedłszy z pod niego szerzą się na bocznej okolicy szyi już to na mięśniach pochyłych (abscessus suprasplenicus), rzadziej między mięśniami płatowymi a półkolcowym głowy, najrzadziej między mięśniem półkolcowym a najkrótszymi mięśniami karku. Ku dołowi docierać może taki ropień do obojczyka (Hollinger), a nawet poniżej niego na zewnętrzną stronę klatki piersiowej w okolicę mięśnia piersiowego większego (Scott). Z pierwotnej lokalizacji może drażnić ropień ku przodowi poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym w okolicę dolka pozazuchwowego, ku tyłowi na okolicę boczną szyi między mięśnie czworoboczny i płatowy, między płatowy i głęboką warstwę albo też między głębokie i krótkie mięśnie karku. Ku górze może wciskać się popod przyczep mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego i przyczep mięśnia płatowatego, do wewnątrz dojść może do przedniej powierzchni kręgosłupa, następnie krzyżując pęczek naczyniowo-nerwowy, przedostać się może

popod piramidą na tylną ścianę gardła (Kreiss, Benjamins, Leidler) lub też wzdłuż mięśni rylcowych opadać do bocznej ściany gardła, docierać do torebki przyusznicy, do stawu żuchwowego i zewnętrznego przewodu. Wreszcie wzdłuż tylnego brzościca mięśnia dwugłowego i rylcowognykowego ropa posuwać się może w okolice kości gnykowej, jak to miało miejsce w przypadkach ropni gruźliczych, opisanych przez Krepuskę. Poza szczytem wyrostka podobny obraz mogą dać ropnie z przebiccia komórek tylnej ściany dołka mięśnia dwugłowego (Jung, Leimer), komórek położonych na wewnątrz od tego dołka (Kreiss), komórek poza nerwem twarzowym, komórek okołoopuszkowych, w tych ostatnich przypadkach ropnie mogą docierać na tym poziomie do połączenia kości skroniowej z potyliczną. Nadto ropnie tej okolicy mogą powstać w następstwie zropienia gruczołów głębokich karku (Campo, Mygind) oraz z gruczołów położonych na lub pod powierzchowną blaszką powięzi szyjnej, przebiegającej od mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego do czworobocznego, gdzie nie da się wykazać żadnej łączności danego ogniska z ogniskiem w wyrostku sutkowym. Ten ostatni obraz ma przemawiać za „osteitis“ wyrostka sutkowego (Stenger), po operacyjnym usunięciu wyrostka może zapalenie tych gruczołów ustępować lub nawracać.

Ropnie, wychodzące ze szczytu wyrostka, są najczęściej następstwem spraw ostrych, wyjątkowo tylko spotyka się przebiccia perlaków lub zapalenia martwicze szczytu wyrostka. Ropnie podskórne nie budzą żadnej wątpliwości, są do rozpoznania łatwe. Ropnie międzymięśniowe nie dają żadnych gwałtowniejszych objawów. Nieznaczne skręcenie szyi i pochylenie na stronę chorą i unieruchomienie głowy, lekki obrzęk szczytu wyrostka, przechodzący na mięsień obojczykowo-mostkowo-sutkowy, bolesność uciskowa szczytu i mięśnia nie różnią się wiele od takichże przy zapaleniu okostnej szczytu wyrostka. Przy większych rozmiarach wypuklenie może się przesuwając w dół, dotyczyć jednak samego mięśnia, daje się razem z nim przesuwając. Obrzęk może też zajmować okolice pozażuchwową i poza mięśniami. O ile ropień nie przebija powięzi powierzchownej mięśnia, chęłbotania nie daje się zwykle w nim wykazać. Ropnie Bezolda dają zwykle objawy gwałtowniejsze. Bóle silne w zajętej okolicy, przechylenie głowy na chorą stronę ze skrętem ku zdrowej z powodu skurczu mięśnia obojczykowo-mostkowo-

sutkowego, temperatura podwyższona, obrzęk, zaczerwienienie skóry, naciek okolicy podszczytowej, zajmujący stopniowo dół pozażuchwowy, górną i boczną okolicę szyjną, rzadko dające się wykazać chelbotanie przed zajęciem bocznej okolicy szyi stanowią całość obrazu.

Leczenie polega na operacyjnym doszczętnym usunięciu wszystkich komórek, zniesieniu szczytu wyrostka, skomunikowaniu jamy ropnia z jamą pozauszną. W wyjątkowych wypadkach trzeba uciekać się do nacięć wtórych z następowym setonowaniem i drenowaniem. Profilaktycznie przy wczesnych antrotomiach należy baczną uwagę zwracać na usunięcie wszystkich grup komórek, z nich bowiem mogą wyjść później ropnie opadowe, jak z pozostawionych komórek poza nerwem twarzowym w przypadku Schlandera, z komórek tylnej ściany dołka mięśnia dwugłowego.

W ciągu ostatnich 4 lat na Klinice Laryngologicznej U. J. obserwowano 16 przypadków ropni, w 15 przypadkach były one następstwem procesu ostrego, trwającego od 2—7 tygodni, w jednym następstwem zaostrzenia procesu trwającego od 5 lat. W dwóch przypadkach przebiecie nastąpiło przez szczyt do mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, dając ropień wielkości orzecha włoskiego, w siedmiu na wewnętrznej powierzchni wyrostka, w trzech z komórek tylnej ściany dołka mięśnia dwugłowego, w dwóch z komórek przestrzeni między nerwem twarzowym a zatoką, w jednym z komórek przed anteponowaną zatoką, w jednym przypadku były duże zmiany ziarninowe okołozatokowe. W 11 przypadkach zmiany ograniczały się do wewnętrznej powierzchni mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego w górnej części i okolicy dołka mięśnia dwugłowego, w jednym do jamy ropnia prowadziła przetoka długości 10 cm, w jednym przypadku wyjścia ropnia z przebiecia komórki przestrzeni między nerwem twarzowym a zatoką, opadał on wzdłuż wewnętrznej powięzi mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego ku dołowi na boczną okolicę szyi, ku tyłowi pomiędzy mięśnie czworoboczny i płatowe, ku przodowi poza mięśniem obojczykowo-mostkowo-sutkowym w okolicę pozarylcową i wzdłuż naczyń w dół. W przypadku wyjścia z okolicy opuszki poza opadaniem wzdłuż wewnętrznej powierzchni mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego ropień zajmował okolicę wyrostka rylcowego oraz podstawę czaszki w otoczeniu wielkich naczyń.

W obu przypadkach stwierdzało się wypuklenie bocznej ściany gardła i szczękostisk, które po zabiegu ustąpiły. W przypadku przebicia z komórki okołozatokowej ropień szedł wzdłuż wewnętrznej powierzchni mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i między czworobocznym i płatowymi w okolicę podpotyliczną. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach bez powikłań.

III.

Ropień karku jest związany z nazwiskiem Citelli'ego, który w pierwszym rzędzie uważał go za następstwo przebicia procesu ropnego z tylnogórnych komórek, rozrzuconych w kącie i poza kątem piramidy, oddzielonych pozornie od innych komórek i jamy sutkowej zdrową kością. Dziś jeszcze używa się dla tych zmian określenia mastoiditis Citelli (Wąsowski). Według dzisiejszych poglądów za ropnie Citelli'ego należy uważać te wszystkie ropnie karku, gdzie proces ropny z wnętrza czaszki przez naturalne lub patologiczne drogi przechodzi między mięśnie karku. Naturalne drogi stanowiąc mogą emissarium mastoideum, sutura mastoideo-occipitalis i temporooccipitalis, foramen condyloideum posterius z żyłą tej samej nazwy. Ropnie zewnętrznoponowe tylnej jamy, ropnie mózdkowe mogą utworzyć sobie drogę przez zniszczenie kości tak w obrębie łuski kości skroniowej, łuski i trzonu kości potylicznej, między ścianą kostną a ścianą opuszki żyły szyjnej, wypustki żyłnej sutkowej, żyły kłykiowej tylnej. Ogniska zapalne ziarninowe i martwicze kości potylicznej, powstające na drodze przerzutowej, zakrzepu żylnego lub przez ciągłość procesu, doprowadzają do powstania również z jednej strony ropni karku, z drugiej do ropni nadoponowych. Zakrzepy opuszki żyły szyjnej, zatoki esowatej i porzeczej poprzez zstępujący zakrzep wypustek sutkowej, potylicznej tylnej mogą szerzyć proces ropny na kark. Rzadszymi punktami wyjścia ropni karku bywają zapalenie zewnętrzne opony twardej rdzenia szyjnego, zropienia stawu potyliczno-dźwigaczowego, zapalenia martwicze w obrębie dwóch pierwszych kręgów szyjnych. Są one prawie wyłącznie następstwem zakrzepu żyły kłykiowej potylicznej tylnej, zwanej też wypustką żylną kłykiową tylną (Beck), odchodzącej od opuszki żyły szyjnej i przez otwór kłykiowy tylny łączącej się z siecią żylną górnych kręgów szyjnych, najgłębszych mię-

śni karku i bocznych mięśni szyi. Z innych źródeł powstania omawianych ropni trzeba wymienić zapalenia tylnodolnej części piramidy, łatwo powstające przy jej budowie gąbczastej (Kelemen), ropienia okołotrąbkowe, jak w przypadku Eckharda, gdzie żdźbło w trąbce było powodem ropienia, przechodzącego na podstawę kości potylicznej i staw potyliczno-kłyckiowy, komórki poza nerwem twarzowym i około-opuszkowe, przejścia zakażenia z jamy bębenkowej na opuszkę, a stąd od żyły szyjnej na kark.

Ropnie wychodzące z okolicy wypustki żyłnej sutkowej, okolicy zatoki, łuski potylicznej, skroniowej, szwu potyliczno-skroniowego usadawiają się najczęściej do tyłu od mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego przy brzegu łuski kości potylicznej popod mięśniami płatowymi głowy i szyi, czworobocznymi oraz krótkimi mięśniami głowy, drażąc popod powierzchownymi mięśniami pod potylicę. Ten okres ujmuje Krepuska jako osobną grupę, t. zw. ropni podpotylicznych. W dalszym przebiegu ropnie te mogą się szerzyć w dół karku i na boczną okolicę szyi oraz ku przodowi w kierunku pęczka naczynio-nerwowego. Ropnie, biorące początek w zakrzepie żyły kłyckiowej tylnej, procesach destrukcyjnych przykręgowej części potylicy (Laskiewicz), zapaleniu pierwszych dwóch kręgów, zapaleniu zewnętrznym opony twardej rdzenia szyjnego szerzą się w tkance wiotkiej między mięśniami krótkimi, wzdłuż sieci żyłnej tej okolicy, między więzadłami oraz błonami stawowych połączeń potylicy z dwoma górnymi kręgami. Posuwając się w dół mogą dojść do mięśni grzbietu, w bok zająć mogą całą boczną okolicę szyi i przejść na ściany klatki piersiowej, do przodu dojść mogą do pęczka naczynio-nerwowego, z nim do śródpiersia przedniego, lub też okołokręgosłupowo mogą się szerzyć na przednią powierzchnię kręgosłupa, dając ropnie i ropowice „przedokręgosłupowe“ (Krepuska), położone pod powięzią głęboką szyi (przedokręgosłupową) względnie ją przekraczać, wchodząc w przestrzeń pozagardłową, a stąd w dół. Rzadkie są przejścia ropni okołokręgowo między mięśniami krótkimi na drugą stronę karku. Dzieje się to najczęściej przy zapaleniu opony twardej rdzenia szyjnego zmianach zapalnych martwakowych I i II kręgu szyjnego. Najrzadszy jest wreszcie sposób powstania ropnia po drugiej stronie karku przez przejście zakrzepu z zatoki esowatej poprzez obie poprzeczne, opuszkę i żyłę potyliczną tylną

po drugiej stronie lub też od zlewu zatok przez zatokę potyliczną na okólną otworu potylicznego wielkiego a stąd przez spłot podstawowy do zatoki skalistej dolnej, opuszki i do żyły potylicznej tylnej po przeciwnej stronie. Ropnie w ten sposób powstałe po drugiej stronie karku nazywa Krepuska abscessus nuchae dissecans contralateralis. Do wyjątków należy przypadek Leidlera, w którym ropowica powstała z zakrzepu wypustki żyłnej sutkowej szerzyła się wzdłuż mięśni półkołcowych karku stąd do przodu wzdłuż mięśni pochyłych szyi poza pęczkiem naczyniowym do pachy i między opłucną a ścianą klatki piersiowej do poziomu IV żebra. Jedyny znany mi w literaturze przypadek przewędrowania zakrzepu z sieci żyłnej okołokręgowej na żyłę kręgową i powstałe na tym tle zapalenie śródpiersia tylnego opisał Krepuska.

Objawy ropni karku i ropowic poza gorączką wysoką, której typ jest bardzo często zależny od innych powikłań, następowo doprowadzających do zapaleń karku, poza objawami ogólnymi, cechują się bólami strzelającymi w karku i szyi, ciągnięciem, bólami promieniującymi do barku wskutek ucisku lub zapalenia spłotów szyjnych, bolesnością uciskową kręgów i mięśni karku, unieruchomieniem głowy i karku, silnymi bólami przy wszelkich próbach czynnych i biernych ruchów. Wskutek odruchowego skurczu mięśni i przewagi mięśni karkowych głowa jest odchyłona mniej lub więcej wybitnie ku tyłowi, dalej występuje wypełnienie i to najpierw okolicy podpotylicznej, zaczerwienienie skóry, obrzęk, naciek ewentualnie chelbotanie na mniejszej lub większej okolicy karku i bocznej szyi, bóle przy otwieraniu ust wskutek przesuwania się sprawy wzdłuż mięśnia obojczykowo-mostkowego-sutkowego w okolicę pozaszczękową, bóle przy połykaniu przy szerzeniu się sprawy w kierunku gardła. Zajęcie śródpiersia tylnego daje silne bóle przy połykaniu, bóle w klatce piersiowej promieniujące do barku, zamroczenie, podniecenie, utratę przytomności, duże przyspieszenie tętna, sinicę. Przy zropieniu jednostronnym stawu potyliczno-dźwigaczowego, przy przejściu zapalenia za pęczek naczynio-nerwowy wskutek ucisku lub zapalenia pnia sympatycznego może wystąpić anizokoria, przy przejściu sprawy w bezpośrednie sąsiedztwo opony twardej rdzenia szyjnego, jak to ma miejsce w przypadkach zropienia stawu potyliczno-dźwigaczowego, próchnicy zęba kręgu obrotowego, zapaleniu zewnętrznym opony twardej rdzenia

szyjnego, może wystąpić tarcza zastoinowa (Gross), objawy poprzecznego niedowładu, wreszcie zapalenie opon rdzeniowych i mózgowych.

Przypadek I. R. W., lat 56, przyjęty 19. IV. 1937. Od 6 miesięcy bóle lewego ucha i za uchem, od 4 miesięcy 4 przetoki ropne za uchem i wyciek z ucha. Od 5 tygodni wyciek ustąpił, przetoki się zasklepiły, od 4 dni obrzęk i bóle za uchem.

Przedmiotowo: w rzucie nasady małżowiny i poza kątem żuchwy plastyczny obrzęk, na powierzchni wyrostka wspomniane przetoki, błona naciekła, zaróżowiona, bez szczegółów. Szept przy muszli.

21. IV. Antrotomia. Pod bardzo grubą sklerotyczną łuską pasmo komórek, wypełnione słoninową ziarniną z domieszką ropy, docierające do szczytu wyrostka i przebijające przez dołek mięśnia dwugłowego w części miękkie. Cięcie dodatkowe poprzeczne ku tyłowi. Opona średniej, tylnej jamy, krawędzi piramidy i zatoka pokryte słoninowatym kożuszkim ziarniny. Do zdrowych granic w obrębie średniej jamy i krawędzi nie do-tarto. Na cięcie poprzeczne założono szwy sytuacyjne. W ropie łańcuszkowce, ziarnina bez cech swoistych.

6. V. W czasie opatrunku zauważono naciek plastyczny od ramienia żuchwy aż do linii środkowej, sięgający prawie do połowy karku, nadto unieruchomienie karku. Przy ucisku nań wydobywała się ropa z pod poprzecznej blizny do rany pozau-sznej.

7. V. Przetokę pod blizną poprzeczną poszerzono.

10. V. Nacięto pod potylicą części miękkie, skomunikowano ranę pozauzną z raną świeżą, wysetonowano.

20. V. Wobec narastania nacieku, bólów, rewizja rany. Łyżeczką usunięto ziarninę w ranie, usunięto część łuski potylicznej. Zmian nie znaleziono. Przez ranę w miejscu poprzedniej kontrincyzji wprowadzono kornicangę w kieszeń ropnia idącą w dół i do przodu między mięśniami karku, nacięto na niej części miękkie mniej więcej w połowie odległości między kątem żuchwy a tylną linią środkową.

Setonowanie i drenowanie doprowadziło do wygojenia rany.

Wypisany 26. VI.

Przypadek II. S. S., lat 26, przyjęty 10. V. 1934. Od początku lutego strzykanie i darcie w lewym uchu, w 3 tygodnie później wyciek. Od 2 tygodni ból za uchem, trudności w otwie-

raniu ust. Od tygodnia upośledzenie ruchów głową, skręcanie w stronę chorą i schyłanie bardzo bolesne.

Przedmiotowo: Temperatura 37,8 st. C. Bładość, oliwkowe podbarwienie skóry. Ustawienie głowy w pochyleniu i skręceniu prawobocznym. Okostna wyrostka lekko rozpułchniona, wyrostek tkliwy, do tyłu za wyrostkiem wypuklenie silnie bolesne. W przewodzie ślad wydzieliny, błona lekko różowa, wypukłona, bez szczegółów, ubytku nie widać. Słuch: 20 cm mowy potocznej.

Antrotomia. Wyrostek silnie spneumatyzowany, w komórkach ziarnina i ropa. Ziarniniak okołozatokowy w miejscu przejścia zatoki esowatej w poprzeczną i drugi w przejściu zatoki esowatej w opuszkę. Do tyłu i dołu od opuszki kość zniszczona, okostna podminowana, w częściach miękkich ropień, wnikaający pod potylicę między mięśnie karku głębokie i średnie. W ropie łańcuszkowce. Przy odkuwaniu okolicy saccus endolymphaticus pojawił się płyn mózgowy.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Przypadek III. H. J., przyjęty 11. II. 1934. Od wielu lat ropotok lewego ucha, od 3 tygodni nasilenie i bóle ucha, od 2 tygodni ruchy głową bolesne, ciepłoty do 39,8 st. C. wieczorem, bóle głowy w okolicy lewej skroni.

Przedmiotowo: Temperatura 38,8 st. C., zabarwienie skóry oliwkowo-szare, stan podżółtaczkowy spojówek, głowa w zgięciu lewobocznym, bark lewy uniesiony, nieruchomy, ruchy wykonuje chory całym tułowiem. W przewodzie zewnętrznym cuchnąca ropa, górno-tylna ściana obniżona, w niej przetoka z wypływającą ropą. Przez szczelinę przewodu widoczna w uchu środkowym ziarnina. Wybitna tkliwość wzdłuż całej żyły szyjnej wewnętrznej. Leukocytoza 12.000.

Podwiązanie żyły szyjnej w nacieku. Ściana żyły szyjnej obłożona. Radykalna. W wąskiej i skośnej jamie nadbębnekowej, w jamie sutkowej perlak. Zatoka esowata przemieszczona do przodu, dochodzi do światła jamy sutkowej. Wyrostek o drobnokomórkowej pneumatyzacji, leży do tyłu od zatoki. W zatoce poprzecznej na 3 palce od linii środkowej, w esowatej i opuszcze zakrzep zropiały, ściana opuszki znekrotyzowana, kość dookoła opuszki rozmiękła. Poza zatoką ropień i ziarniniak nadoponowy. Ścianę zatoki wycięto aż do miejsca pierwszego krwawienia ku górze.

17. II. Samopoczucie dobre, ciepłoty do 39,6 st. C., na karku wystąpił silny obrzęk. Przez ranę po podwiązaniu żyły szyjnej popod mięśniem mostkowo-obojęczykowo-sutkowym dostano się w głębokie mięśnie karku, znadując tam ropień.

26. II. Wobec narastania dalszego ropowicy na karku w narozie nacięto części miękkie karku, znajdując tam ropień rozległy. W godzinę po zabiegu zgon. Sekcji nie robiono.

Przypadek IV. L. S., lat 27, przyjęty 23. I. 1937. Od dzieciństwa wyciek z obu uszu, od tygodnia obrzęk za uchem lewym, od 5 dni dreszcze.

Przedmiotowo: Temperatura 38, 7 st. C., tętno 108/min., apatia, sinica, szara bladeść, odchylenie głowy na lewo, twarde, bolesny naciek okolicy wyrostka i $\frac{2}{3}$ górnych części karku, sięgający od tylnej linii środkowej po mięsień obojęczykowo-mostkowo-sutkowy, w okolicy szczytu wyrostka i poniżej wyczuwalne chelbotanie. Małżowina obniżona i odchylona, na zewnętrznej powierzchni wyrostka blizna po przetoce. Tylnogórna ściana przewodu obniżona, zaciska światło, przy ucisku pod wyrostkiem wydobywa się z pod niej z ucha środkowego ropa. Słuch: Mowa potoczna przy muszli. Ucho prawe: W przednio-dolnym kwadrancie suchy ubytek wielkości ziarna prosa. Odruchy ścięgniaste prawych kończyn i brzuszne prawe żywsze. Leukocytoza 14.000. Pleocytoza 6. Pandy dodatni. Śledziona macała.

Zabieg: Podwiązano żyłę szyjną wewnętrzną, wypełniającą się tylko od twarzowej: żyła w nacieku, gruczoły głębokie powiększone. Radykalna. W częściach miękkich nad i pod wyrostkiem beztlenowo cuchnąca ropa. Poza grzebieniem nadprzewodowym zamknięta blizną przetoka. Zewnętrzna powierzchnia i kość wyrostka szara z żółtawym odcieniem, w utrzymanych komórkach ropa posokowata. W jamie sutkowej, bębenkowej i nadbębenkowej rozpadający się perlak. Ściana esowatej, poprzecznej, opuszki szarozółta, w świetle ich zakrzep zropiały szarozielony. Hypodermokliza 1000 cm³.

27. I. Temperatury septyczne do 39 st. C., bóle głowy i w karku, wieczorem dreszcze.

30. I. Rana brudnoszara sucha, bóle od wczoraj przy połykaniu, temperatury do 40 st. C. Przedmiotowo zaczerwienienie tylnej ściany gardła, naciek na karku nieco mniejszy.

31. I. Nic nie połyka, zaznaczone zaczerwienienie i wypuklenie tylnej ściany gardła, więcej po lewej stronie. Zamroczenie, podniecenie, później śpiączka i zgon.

Sekcja: Poza zmianami na polu operacyjnym, zapalenie opon, zropiały zakrzep lewej opuszki, esowatej, poprzecznej, potylicznej, lewej skalistej dolnej, okólnej otworu potylicznego. Po zdjęciu opony twardej nierówny ubytek wielkości ziarna grochu okrągłego o brzegach zabarwionych brudnozielono, położony nieco do tyłu między lewym kłykciem kości potylicznej i otworu potylicznego, wypełniony ziarniną, przez niego przechodzi żyła zawierająca zakrzep zropiały, od niego zmiany ropowicze pod potylicą dochodzą do więzadła karkowego pomiędzy mięśniami krótkimi i głębokimi karku, dalej wzdłuż tylnej i wewnętrznej powierzchni mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i wzdłuż tylnej powierzchni pęczka naczynio-nerwowego do obojczyka, ku przodowi w bezpośrednim otoczeniu kręgosłupa na tylną ścianę gardła do wysokości migdałków. Poza tym ropień dolnego płatu lewego płuca, obrzęk śledziony i zwyrodnienie mięszkowe i tłuszczowe narządów wewnętrznych.

Przypadek V. R. J., lat 28, przeniesiony 15. X. 1936 z Oddziału skórno-ginekologicznego po skończonym leczeniu rzeżączki. Od 20-tego roku życia bóle i okresowy wyciek ropny z prawego ucha. W ostatnim tygodniu usunięto ambulatoryjnie z prawego ucha polip.

Przedmiotowo: W prawym przewodzie ropa, w części nadbębenkowej błony ubytek, w niej łuski perlaka. Sluch: Szept przy muszli.

14. X. Radykalna. Jama sutkowa w głębokości 5,5 cm. kość twarda, sklerotyczna, w uchu środkowym perlak.

15. X. — 4. XI. Po operacji bóle z przodu przed małżowiną, promieniujące do zębów górnych i dolnych, języka i gardła, po czym obfitszy wypływ ropy z ucha i ustępowanie bólów.

5. XI. — 8. XI. Bóle szczypiące w uchu, za uchem, oraz w okolicy nasady wyrostka jarzmowego. W nocy chory zdjął opatrunek i z powodu świądu w uchu pogrzebał w uchu zapalną. W dzień uczucie zimna, temperatura 37,6 st. C.

15. XI. Temperatury do 38 st. C., powiększenie gruczołów poza uchem i za ramieniem zstępującym żuchwy, nadto bóle w karku podczas ruchów głową. Przy przepłukiwaniu ucha spirytusem borowym odczuwa bóle w barku prawym.

18. XI. Wczoraj i dziś dreszcze, temperatura do 40 st. C., bardzo silne bóle w karku, kręgosłupie szyjnym, piersiowym,

barku i potylicy po prawej stronie, zwężenie prawej źrenicy. Płyn mózgowo-rdzeniowy w normie. Leukocytoza 10.000.

Rewizja rany. Po zniesieniu szczytu wyrostka w przestrzeni między nim, wyrostkiem rylcowym i guzkiem bocznym 1 kręgu znaleziono ropień wielkości orzecha laskowego. Ściana odsłoniętej zatoki bez zmian.

19. XI. Bóle w karku mniejsze, za to uczucie rozpalenia, bóle w skroni. Ciepłota rano 35 st. C., wieczorem 39,2 st. C., uczucie zimna.

20. XI. Podwiązanie żyły szyjnej.

21. XI. Bóle w karku silne. Pleocytoza 269/mm³. Pandy dodatni. Temperatura wieczorem 40,5 st. C.

22. XI. Obrzęk symetryczny karku i zaczerwienienie skóry, nacieku się nie wyczuwa.

27. XI. Zaznaczone wzmoczenie odruchów po lewej stronie.

30. XI. Ciepłoty septyczne stale, dreszcze, bóle głowy w czole, bóle w karku. Poniżej poziomu kąta żuchwy naciek twardy, bolesny, niezbyt ostro odgraniczony. Naciek karku się powiększył, zajmując przestrzeń od potylicy na 2 palce powyżej obojczyka i od prawego mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego aż do więzadła karkowego.

W narkozie eterowej nacięto skórę oraz części miękkie szyi poza mięśniem obojczykowo-mostkowo-sutkowym, natrafiając głęboko w karku ognisko ropne, zawierające około 100 cm³ ropy, wysetonowano je.

7. XII. Bóle głowy stale, sztywność, unieruchomienie karku się utrzymuje. Pleocytoza 326/mm³. Pandy dodatni.

14. XII. Od 3 dni bóle głowy bardzo silne. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Pleocytoza 5.600 w mm³. Neurologicznie osłabienie odruchów brzusznych, wzmoczenie ścięgnistych kończyn górnej i dolnej po lewej stronie. W czasie zmiany opatrunku otwarto kieszeń ropnia ku górze popod mięśniem obojczykowo-mostkowo-sutkowym.

17. XII. Wśród narastających stale objawów septycznych i oponowych, podniecenia i szalu chory zmarł.

Sekcja: Poza zmianami opisanymi przy zabiegach, zwyrodnieniem narządów wewnętrznych, obrzękiem śledziony, zakrzep zropiały prawej zatoki esowatej, obu poprzecznych, prawej skalistej górnej i dolnej, strzałkowej, potylicznej i okólnej otworu wielkiego. Do tyłu od linii łączącej otwór żyły szyjnej z otwo-

rem potylicznym był ubytek wielkości przeszło 1-groszówki, o nierównych, powyżeranych brzegach, wypełniony martwakiem, przez który komunikował ropień nadoponowy tej okolicy z rozległym ropniem karku, zajmującym przestrzeń od kręgosłupa do powierzchownej warstwy mięśni karku, od więzadła karkowego do mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, w górnej części popod nim dochodził do naczyń. Ku dołowi ropień w karku docierał do wysokości ostatniego kręgu szyjnego.

Przypadek VI. S. J., lat 23, przyjęty 19. IV. 1937. Od 10 lat wyciek z prawego ucha. Przed dwoma laty operowany na prowincji. Przed 7 dniami wyciek bardzo obfity z tegoż ucha, wierzące bóle w uchu i za uchem, bóle głowy, codziennie dreszcze, gorączka, trzykrotnie wymioty, zaparcie stolca, pragnienie, od trzech dni spinanie w karku.

Przedmiotowo: Temperatura 39,9 st. C. Tętno 100/min. Stan ogólny bardzo ciężki, szara bladeść skóry. Ruchy skręcające czynne i bierne głowy bardzo bolesne, zginające możliwe w bardzo nieznacznym stopniu. Bolesność uciskowa od guzowatości potylicznej do II kręgu szyjnego. Za uchem dwie blizny, jedna jak po antrotomii, druga równoległa w części owłosionej głowy. Poza wyrostkiem i w górnej części mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego wypuklenie w głębi odporne, elastyczne. Po odpłukaniu ropy w tylnogórnym kwadrancie ubytek błony wielkości ziarna prosa z maleńką grudką ziarniny. Słuch: 15 cm mowy potocznej. Śledziona powiększona. Odruch kolanowy prawy żywszy od lewego. Leukocytoza 11.000. Pleocytoza 492 mm³. Pandy dodatni.

Podwiązano żyłę szyjną. Wycięto bliznę za uchem. Powierzchnia wyrostka nierówna, na niej niegłębokie zagłębienie. Po zdjęciu twardej, sklerotycznej łuski trysnęła ropa z przestrzeni okołozatokowej. Kość wyrostka brudna, szara. Radykalna. W jamie sutkowej i nadbębnekowej zropiały perlak. Ściana zatoki esowatej, poprzecznej i opuszki, opona tylnej jamy obłożona szarym nalotem. W esowatej, opuszcze zakrzep zropiały, w poprzecznej wiśniowy. Ze skalistej dolnej krwawienia nie otrzymano. W okolicy dołka dwugłowego i dolnej części szwu potyliczno-skroniowego w częściach miękkich ropień.

W ropie łańcuszkowce i odmieniec pospolity.

24. IV. — 30. IV. Ciepłoty początkowo septyczne do 39.4 st. C., później spadły poniżej 38 st. C., samopoczucie dobre. Wystąpiło unieruchomienie karku z odchyleniem głowy ku tyłowi.

9. V. Przy dobrym samopoczuciu ciepłoty septyczne, bez dreszczów. Rana zaczyna się oczyszczać. Unieruchomienie karku się utrzymuje. Zauważono ropień w okolicy krzyżowo-podśladkowej. Przy nacięciu przeszło 200 cm³ ropy.

21. V. Ciepłoty septyczne do 40 st. C. Z okolicy otworu rylcowo-sutkowego usunięto martwak, kilka mniejszych z okolicy opuszki. W nocy dreszcze. Poza unieruchomieniem karku wyczuwa się większą oporność części miękkich pod potylicą z obu stron.

Wśród septycznej nadal ciepłoty, pod koniec wśród objawów oponowych nagły zgon 30. V.

Sekcja: Poza wyżej opisanymi zmianami zakrzep prawej zatoki esowatej, opuszki, poprzecznej, potylicznej, okólnej otworu potylicznego, ropne zapalenie opon miękkich mózgu i rdzenia. Części miękkie w otoczeniu dwóch pierwszych kręgów szyjnych, przestrzenie między potylicą a tymi kręgami aż do opony twardej rdzenia włącznie i otworu potylicznego naciekle szaro zieloną ropą, żyły tej okolicy wypełnione zakrzepami, żąb II kręgu oderwany od podstawy, tworzył martwak bruno-szary, pływający w ropie. Wewnętrzna powierzchnia opony twardej rdzenia na tej wysokości podbarwiona zielono-żółto.

Przypadek VII. J. F., przyjęty 5. X. 1937. Od 20 lat wyciek z obu uszu, przed 8 miesiącami uczucie zatykania w uchu prawym, zawroty głowy. Od 2 tygodni bóle ucha prawego, nudności, kilkakrotnie dreszcze, utrata słuchu na prawym uchu.

Przedmiotowo: Naciek na karku i bocznej okolicy szyi. sięgający od wyrostka do VII kręgu szyjnego, od przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego poza linię środkową tylną, ku górze zlewający się z potylicą. Unieruchomienie głowy, wyraźny sztywność. Ucho prawe. W przedniej części błony bębenkowej duży ubytek, sięgający do attyku, obnażający promontorium. Słuch: O. Ucho lewe: Destrukcyjna, słuch: 50 cm mowy potocznej. Boczna prawa ściana gardła nieco wysklepiona. podniebienie miękkie ustawione niżej. Oporności wyraźniejszej się nie wyczuwało. Weber A₁ w lewo. Nystagmus: O. Niedowład nerwu VII prawego, bolesność uciskowa 2 i 3 gałązki nerwu V.

prawego. Kalorycznie prawy błędnik O, obrotowo reakcje wyrównane. Pleocytoza 50/mm³.

Zabieg: Części miękkie na wyrostku naciekle, przy uwalnianiu tylnego brzegu wyrostka sutkowego trysnęła z części miękkich ropa. Przetoki na kości nie znaleziono. Kość wyrostka sklerotyczna, bez jednej komórki. W pobliżu kolana z kości trysnęła ropa pod ciśnieniem. W jamie sutkowej perlak. Rozkuto szeroko kość, odsłaniając oponę średniej jamy, znosząc kąt piramidy, oponę mózdzku i zatokę. Opona mózdzku, kąta oraz najbliższe sąsiedztwo średniej jamy pokryte masami perlaka, który również poza nerwem twarzowym otwierał błędnik i w okolicy okienka owalnego obrastał nerw twarzowy. Na szczycie zatoki esowatej grzyb ziarniny. Radykalna, usunięcie resztek błędnika dłutem, nacięcie w miejscu ziarniniaka zatoki (płynna krew).

7. X. Chory podaje, że w nocy rzucało nim po łóżku tak, że ciał nie zleciał, „istne manewry“, jak je określał, podczas gdy pielęgniarz twierdził, że chory całą noc był spokojny.

8. X. O godzinie 5-tej wystąpił u chorego atak szału tak, że musiano mu założyć kaftan bezpieczeństwa i przywiązać do łóżka, przy czym chory krzyczał na cały głos i był zupełnie nieprzytomny. Wykonano punkcję mózgu, ropy nie znaleziono, natomiast z bocznej cysterny wyaspirowano przeszło 20 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego krwawo podbarwionego, mętnego. Po punkcji i wstrzyknięciu morfiny ze skopolaminą chory się uspokoił, resztę dnia spał. Temperatura wieczorem 39 st. C. Tętno 150/min. Stan bardzo ciężki, sinica.

9. X. Chory rano się zbudził zupełnie przytomny, skarżąc się jedynie na bóle w okolicy rany, z poprzedniego dnia nie wiedział, o niczym nie pamiętał. Płyn mózgowo-rdzeniowy podczas punkcji wypływał kroplami, krwawo podbarwiony.

2. XI. Stan chorego z dnia na dzień się poprawia, rana się oczyściła, naciek na karku zupełnie ustąpił, chory wstaje, chodzi.

7. XI. Od dwóch dni wystąpiły bóle ściągające w karku, palenie, bóle opasujące w szyi, bóle w barku i prawej górnej kończynie. Stany podgorączkowe. Unieruchomienie całej głowy i odchylenie ku tyłowi, bardzo silne napięcie więzadła karku i mięśni karku.

11. XI. Temperatura 38,5 st. C., bóle silne, ponadto wyczuwalna oporność głęboko pod mięśniami karku i bocznej okolicy szyi, zajmująca jej górną część.

18. XI. Zastrzyki delbecyny. mleka, nagrzewania Solluxem. Bez gorączki. Bóle nieco mniejsze, ruchy głową nieznaczne, oporność karku i bocznej okolicy szyi się utrzymuje. Usunięto sekwestr kostny z okolicy trąbki i rzutu ślimaka.

4. XII. Rentgenologicznie stwierdza się ogniska odwapnienia w tylnej dolnej części piramidy. Chory uskarża się na uczucie zawadzania w gardle. Po odciążeniu podniebienia stwierdza się wypuklenie, zaczerwienienie i rozpułchnienie okolicy ujścia prawej trąbki oraz torus tubarius, przysłaniające prawą choanę. z wyjątkiem małego jej pasa przyśrodkowego. Z trąbki obfity wypływ ropy. Chorego naświetlono promieniami Roentgena.

21. XII. Ruchy głowy swobodne, może jeszcze ślad oporności na karku po prawej stronie, jama ucha środkowego wyszczupiona, jedynie w okolicy trąbki ziarnina, skąd wydobywa się treść ropna. Ujście okolicy prawej trąbki i torus tubarius nieznacznie wypukłone. Wypisany.

W przypadku pierwszym ropień powstał przez opadanie ropy z ziarniniaka okołozatokowego zatoki poprzecznej w części miękkie karku przez ubytek operacyjny kości potylicznej dzięki zeszytciu powłok ponad nim i utrudnionej komunikacji z raną poząuszną. W drugim przypadku ropień podpotyliczny powstał przez zniszczenie kości poza zatoką i opuszką w przebiegu równoczesnego ropnia okołozatokowego. W trzecim przypadku ze względu na posocznicę i rozległy zakrzep zatoki i opuszki można przypuszczać punkt wyjścia ropnia z zakrzepu żyły kłyckiowej tylnej lub zmian okołopuszkowych. Przypadek czwarty jest typowym przykładem powstania ropnia karku przez zakrzep żyły kłyckiowej tylnej, przy czym zmiany zapalne z zatoki przechodziły na kość, wywołując jej zniszczenie, zmiany zapalne okołokręgosłupowo szerzyły się w kierunku karku, bocznej okolicy szyi, popod mięśniem mostkowo-obojęczykowo-sutkowym i na okolicę przedokręgosłupową. W piątym przypadku punktem wyjścia ropnia karku było zapalenie martwakowe kości potylicznej w miejscu odpowiadającym żył kłyckiowej tylnej. Tu również proces szedł pierwotnie około kręgosłupa na kark i na boczną część szyi popod mięśniem mostkowo-obojęczykowo-sutkowym. Możliwe, że zakrzep żyły szyjnej był punktem wyjścia dla osteomyelitis kości potylicznej. Przypadek szósty jest przykładem zapalenia martwakowego kręgosłupa w przebiegu zapalenia ucha ze wszystkimi następstwami. W danym

przypadku prawdopodobnie zakrzep żyły kłykciowej tylnej był początkiem zapalenia trzonu II. kręgu, jednak odczytanie tej drogi z obrazu sekcyjnego ze względu na rozległe zniszczenie i zmiany ropne w otoczeniu było niemożliwym. Nagły zgon należy odnieść do ucisku rdzenia przedłużonego. Niezmiernie ciekawym jest przypadek siódmy. Pomijając spontaniczną labiryntektomię przez perlaka, nie wiadomo jak sobie wytłumaczyć okres szafa, połączony z utratą świadomości, który wystąpił w przeszło 40 godzin po zabiegu, a trwał przez 24 godzin. Biorąc pod uwagę wyaspirowanie dużej ilości mętno-krwawego płynu mózgowo-rdzeniowego z cysterny bocznej, uspokojenie po tej punkcji, wypływ w następnym dniu płynu pojedynczymi kroplami z kanału rdzeniowego, najbliższą wydaje się hipoteza ostrego wodogłowia, względnie zaburzeń w krążeniu płynu z równoczesnym ostrym zapaleniem opon. Ze względu na unieruchomienie karku i głowy w dalszym przebiegu, skurcz odruchowy mięśni, napięcie więzadła karkowego, bóle karku promieniujące do barku i ręki, bóle opasujące (korzonkowe) szyi, wyczuwalny wreszcie w głębi około kręgosłupa naciek bolesny, musimy rozpoznać w tym przypadku zapalenie tkanek miękkich okołokręgosłupowych. Ze względu na brak w obrazie klinicznym posocznicy, niezalezienie w zatoce zakrzepu, możemy wykluczyć w tym przypadku zakrzep żyły kłykciowej tylnej. Ze względu na przebieg i zejście, brak zmian rentgenologicznych, można również odrzucić osteomyelitis kości potylicznej, kręgosłupa i zapalenie stawu potyliczno-dźwigaczowego, zwykle bowiem te ostatnie sprawy przebiegają z gorączkami wysokimi i samoistnie nie ulegają wyleczeniu. Pozostaje jedynie zapalenie piramidy okołotrąbkowej lub też tylnej i dolnej jej części. Za pierwszym przemawiają usunięty martwak z okolicy trąbki, utrzymujące się wydzielanie ropy z tej okolicy, odczyn zapalny w okolicy ujścia gardłowego trąbki, wydzielanie ropy przez trąbkę do nadgardzieli, za drugim zmiany rentgenologiczne, jakkolwiek odwapnienia okolicy pozabłędnikowej i bloku błędnikowego można odnieść do zmian operacyjnych i perlakowych. Powstanie zmian zapalnych okołokręgosłupowych w przebiegu zapalenia okołotrąbkowego piramidy jest naprawdę rzadkim. Jedyne przypadek znany mi z literatury opisał Bayer.

Literatura

- Alexander: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXI.
- Bayer A.: Laryngoscope V. XLI wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk., Bd. XVII, S. 598.
- Beck: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LIII, S. 572, Bd. LV, S. 72, Bd. LV, S. 496, Bd. LVII, S. 52, Bd. LXI, S. 70.
- Behm: Zeitschrift f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. IV, S. 594.
- Benjamins G. E.: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXV., S. 1489.
- Beonacker A.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. X, S. 97.
- Bochenek: Anatomia człowieka T. I, II, III, Kraków 1921.
- Boeninghaus G.: Archiv f. O. Bd. CXXXVII, S. 560.
- Campo Fr.: Arch. ital. di Laryngol. XLV wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk., Bd. VIII, S. 865.
- Carco P.: Arch. ital. di otol. rinol. e laryngol. XXXVII wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk., Bd. IX, S. 409.
- Rev. de Laryng., d'Otol etc. XLIX nr 7 wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk., Bd. XII, S. 556.
- Cemach: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LV, S. 601.
- Citelli: Arch. int. de Laryngol., Otol-Rhinol et Bronchoscopie III, nr 5 wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VI, S. 169.
- Corning H.: Lehrbuch der topographischen Anatomie, XII Auflage 1922.
- Dunn J.: Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XLII, II. 1.
- Eckhardt G.: Zeitschrift f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. II, S. 160.
- Edel W.: Zeitschrift f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VIII, S. 594.
- Engel Fr.: Passow-Schaefers Beitr. Bd. XXX, S. 594.
- Erdélyj E.: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXI, S. 800.
- Ferron M.: Arch. fr.-belg. d. Chir. XXV, nr 4.
- Forschner: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LX, S. 77.
- Gatscher: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLVII, S. 486.
- Germann T.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. II, S. 514.
- Geschelin A.: Acta Oto-laryngol. XII, S. 505.
- Goldberg M.: Z. usn. Bol. 7 wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XVI, S. 668.
- Grabscheid: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXV, S. 108.
- Grant C.: Archiv f. O. Bd. XVI wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XX, S. 626.
- Greenfield S.: Laryngoscope XLIV wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXIII, S. 509.
- Gross F.: Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. Krankh. d. Luftwege Bd. LXXXII, S. 19.
- Grünwald I.: Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. LVII wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXXIII, S. 52.
- Guisez: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLV, S. 852.
- Hald: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLVII, S. 1065.
- Harada Saburo: Otologia 1. wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XIII, S. 554.
- Haymann L.: Zeitschr. f. Lar. Bd. XVIII, S. 204 wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XIV, S. 508.

- Hofer: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLV, S. 108.
- Hofmann: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LX, S. 1201.
- Hollinger: Annal. of. Otologie V. XXIII.
- Jorry N. A.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXV, S. 295.
- Jung: Zeitschr. f. Laryng. Bd. XV, S. 147.
- Jurgens E.: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XXXIV, S. 257.
- Kapur G. D.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. II, S. 197.
- Don Mc Kenzie: Journ. of Laryng. V. XXX, Int. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXXIV, S. 16.
- Kien: Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. XXXIX, H. 1.
- Kreiss L.: Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. XXXIX, H. 1.
- Krepuska: Zeitschrift f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXIX, Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. IV, S. 28, Bd. XII, S. 540, Bd. XV, S. 217.
- Landry M. et Billard I.: Acta Oto-laryngol. Bd. XI, H. 5.
- Laskiewicz: Pol. Przegl. Oto-laryng. T. V, str. 196.
- Lassaque: Arch. ital. di Otologia 1910.
- Leidler: Archiv f. Ohrenheilk. Bd. LXXV, S. 58, Mschr. Ohrenheilk. Bd. LX, S. 62, Bd. LXVI, S. 865.
- Maccone I.: Arch. di Otol. IV, wdl. Int. Zbl. Bd. XXXI, S. 149.
- Masuda Schiniro: Otologia III. wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XV, S. 547.
- Matsura Saburo: Otolog. V. wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XIX, S. 204.
- Missionžnik J.: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXIII, S. 481, Zurnal ušnych itd. bolesnej T. IV, nr 11/12 wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XII, S. 18.
- Missiorrici A.: Boll. d. malatt. dell'orechio etc. XLIII wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VIII, S. 547.
- Möller J.: Acta Oto-laryngol. Bd. V, S. 252, Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. I, S. 169.
- Neumann: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLVII, S. 479.
- Norcross E.: Annale of Otol etc. V. XXXI, nr 2 wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. II, S. 282.
- Oertel: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLIV, S. 54.
- Parrocel J.: Gaz. d. Hop. civ. et militaire XCVIII, nr 65, wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VIII, S. 502.
- Pere, Gris et Veckmans: Bull. d'Oto-rhino-lar. XX, nr 5.
- Perlmann S. J.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XIV, S. 855.
- Perroni A.: Arch. ital. Otol. IV 46, wdl. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXIII, S. 509.
- Pifl O.: Archiv f. Ohrenheilk. Bd. LXXI, H. 1, 2.
- Popovic B.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. X, S. 557.
- Popper J.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XVI, S. 859.
- Precechtel: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. X, S. 645.
- Reinhardt C.: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XXXI, S. 51.
- Rendu R.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXIII, S. 701.
- Ruttenburg D. M.: Zeitschrift f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXXVIII, S. 955.
- Ruttin: Mschr. Ohrenheilk. Bd. XLIII, S. 784, Bd. XLVI, S. 282, Bd. L, S. 500, Bd. LVI, S. 595, Bd. LVIII, S. 576, Bd. LXIV, S. 556.

- Schlander: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LVII, S. 1057, Bd. LIX, S. 495. Bd. LXIX, S. 95, Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XV, S. 685.
- Schwarzbart A.: Pol. Przegl. Oto-laryngol. T. VIII, str. 286.
- Schwarzberg J.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XX, S. 155.
- Scott Sydne: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXV, S. 544.
- Strauss: Archiv f. Otol. Bd. V. Nr. 44.
- Tabl P.: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. V, S. 473.
- Talpiss: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VI, S. 269, Bd. VII, S. 706.
- Tassaki t. u. Schim Morr: Otologia VIII, Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XXV, S. 557.
- Tessar V.: Casopis lekarov ceskych LXII, nr 25 wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. IV, S. 159.
- Urbantschitsch E.: Wiener med. Presse 1904, Nr 12, 15, Archiv f. Ohrenheilk. LXXV, Mschr. Ohrenheilk. Bd. XL, S. Bd. I, S. 201.
- Veits: Mschr. Ohrenheilk. Bd. LXVI, S.
- Voss O.: Acta Oto-laryngol. Bd. XV, S. 469.
- Wagner: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. X, S. 553.
- Wanamaker a. T.: Annale of Otol. etc. V. XXXIII, wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. VII, S. 44.
- Wąsowski: Pol. Przegl. Oto-laryngol. T. VII, str. 140.
- Weil: Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XVIII, S. 366.
- Yamada H.: Otologia IV, wdt. Zbl. f. H. N. u. Ohrenheilk. Bd. XVII, S. 679.

Résumé

A. Wadoń. Les complications inflammatoires auriculaires des parties molles de la base du crâne, du cou et de la nuque.

Après avoir décrit les points de départ et l'étiologie de ces complications, l'auteur s'occupe de l'anatomie topographique de la base du crâne, du cou et de la nuque, et présente la clinique des phlegmons de la fosse temporelle, de la glande parotide, de la région parapharyngée, de la fosse ptérygo-maxillaire, de la région rétropharyngée, de la région antérieure et latérale du cou, des abcès profonds de la nuque et des inflammations péri-vertébrales. L'auteur présente ensuite les cas observés ces dernières années à la Clinique laryngologique à Cracovie. Dans un des deux cas de phlegmons de la fosse temporelle le point de départ se trouvait dans les cellules trop développées de la base de l'apophyse zygomatique, de l'écaille de l'os temporal et vraisemblablement de la grande aile de l'os sphénoïde: dans le deuxième cas, c'était un procès granuleux et suppuratif de la base de l'apophyse zygomatique et de l'écaille de l'os temporal.

Parmi les huit cas de phlegmons de la région parapharyngée et parotidienne dans deux cas le point de départ du procès était une suppuration dans le cellules autour de la trompe d'Eustache. Dans le troisième cas, au cours d'une otite moyenne chronique, on a vu se développer une ostéomyélite de la grande aile de l'os sphénoïde avec un phlegmon consécutif de la région péripharyngée, parotidienne, de la fosse ptérygo-maxillaire et un abcès du lobe temporal du cerveau. Dans le quatrième cas, à la suite d'un furoncle du conduit auditif externe suivi d'une destruction de sa paroi osseuse et d'un phlegmon de la région péripharyngée, parotidienne et de la fosse ptérygo-maxillaire — l'inflammation n'a été que superficielle, le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien à la paroi du thorax. Dans le cinquième cas, c'était une rétention du pus par un polype nécrosé, qui jouait un rôle prédominant dans la contagion de la glande parotide et de l'espace péripharyngé. La continuité des tissus du conduit auditif externe était maintenue dans ce cas. Dans le sixième cas, un phlegmon de la fosse temporale, de la glande parotide et de l'espace péripharyngé, était la conséquence d'une périostite et d'une périostite du conduit auditif externe au cours d'une otite moyenne avec cholestéatome. Dans le septième cas, l'infection a été transmise par le pédicule d'un polype avec destruction de la paroi antéro-inférieure de la cavité du tympan. L'infection a gagné la glande parotide, l'espace péripharyngé et, en suivant le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, elle a atteint le médiastin, causant une inflammation du péricarde et des deux plèvres; puis par l'espace suprasternal et au-dessous de l'aponévrose médiane du cou, l'infection s'est transmise à l'autre côté du cou, en montant le long de la surface postérieure du deuxième muscle sterno-cléido-mastoïdien. Dans le dernier cas, un phlegmon des parties molles de la base du crâne a été occasionné par une thrombose du sinus caverneux, à travers les thromboses descendantes des communications veineuses du trou ovale, du trou rond et du plexus veineux du canal de l'artère carotide.

Trois cas de phlegmons du faisceau vasculo-nerveux étaient dûs à une thrombose de la veine jugulaire. Dans un cas le point de départ d'une infiltration rétropharyngée a été une inflammation de l'apex de la pyramide.

Parmi les 16 cas d'abcès de la région latérale du cou le pus s'était évacué à travers le sommet de l'apophyse mastoïde dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien (2 cas), à la surface interne du sommet de l'apophyse (7 cas), des cellules de la paroi postérieure de la fosse digastrique (3 cas), des cellules, de la région entre le sinus et le nerf facial (2 cas), de la cellule présinuale dans un cas enfin il y avait de grandes modifications et, en particulier, on a trouvé du tissu granuleux autour du sinus.

Parmi sept cas d'abcès de la nuque et d'inflammations péri-vertébrales, l'abcès de la nuque s'était formé, dans un cas, par l'infiltration du pus d'un granulome qui se trouvait autour du sinus transverse; cette infiltration était due à une suture des parties molles au-dessus du sinus transverse, qui avait rendu difficile l'écoulement du pus à travers la plaie rétroauriculaire. Dans le deuxième cas, un abcès sousoccipital était la conséquence d'une inflammation granuleuse de l'os derrière le sinus et du golfe jugulaire accompagnant un abcès périsingulier. Dans le troisième cas une septicémie avec thrombose du sinus et du golfe laisse supposer que le point de départ d'un abcès de la nuque a été une thrombose de la veine condylienne postérieure. Dans le quatrième cas, une thrombose de la veine occipitale postérieure a occasionné une destruction osseuse ainsi que la formation d'un abcès de la nuque, de la région latérale du cou, et une infiltration retropharyngée. Dans le cinquième cas, l'abcès de la nuque et la région latérale du cou avait en son origine dans une ostéomyélite de l'os occipital à l'endroit correspondant à la veine condylienne postérieure. Dans le sixième cas, au cours d'une septicémie et d'une thrombose des sinus, on a vu une ostéomyélite de la 1-ère vertèbre, avec du pus dans l'entourage. Dans le septième cas, une inflammation péri-vertébrale avait présenté les symptômes suivantes: immobilisation de la nuque et de la tête, une contraction reflexe des muscles, une tension du ligament de la nuque, douleurs en ceinture au niveau du cou se propageant vers la nuque et la main et une infiltration péri-vertébrale: cette inflammation péri-vertébrale, qui a été observée après une opération d'une otite avec choléstéatome et labirynthéctomie spontanée, était la conséquence d'une inflammation de la pyramide autour de la trompe d'Eustache, ou bien de sa paroi postéro-inférieure.

Przyczynek do sposobów operacyjnych zniekształcenia wrodzonego małżowiny usznej.

Docent Dr ANTONI DOBRZAŃSKI
Ordynator Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.

Zniekształcenie małżowiny usznej nawet nieznacznego stopnia, o ile jest widoczne, może odgrywać ważną rolę u osób, wykonujących swój zawód w miejscu publicznym lub wobec większej ilości ludzi, jak np. w szkole, teatrze itp.

Nie tak rzadko stosunkowo zdarza się zniekształcenie małżowiny usznej opisane poraz pierwszy przez Stahla i stąd na-

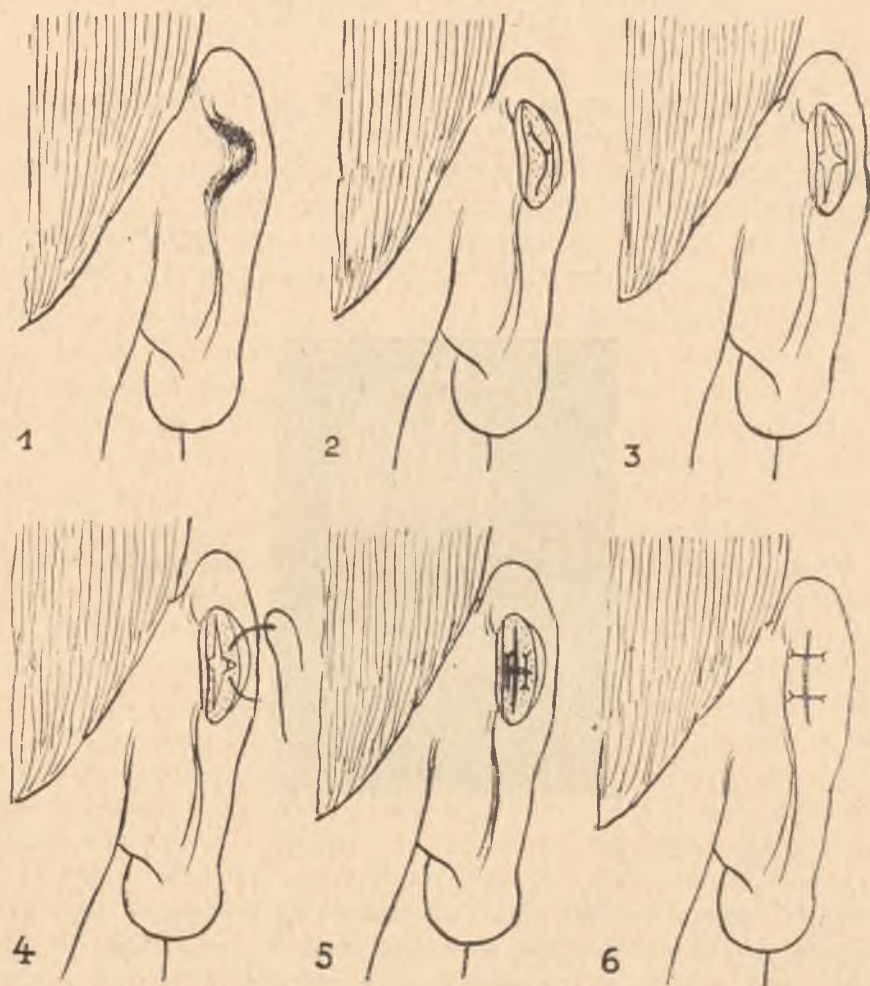


Ryc. I.

zwane uchem Stahla. Zniekształcenie to polega na tym, że między obrąbkem (helix) a grobelką (anthelix) znajduje się wypuklenie chrząstki w kształcie mostka łączącego obrąbek z grobelką zamiast prawidłowo rozwiniętego rowka t. zw. czólenka (scapha). Mostek ten może wydłużać małżowinę uszną ku górze i ku tyłowi nadając jej kształt jakby ucha kończastego. (Ryc. I i ryc. II obraz 1).

Joseph podaje dwa sposoby operacyjne tego zniekształcenia, a mianowicie: klinowe wycięcie tego mostka i skutkiem tego zmniejszenie małżowiny w całości, albo też wycięcie dwóch

sierpowatych pasków chrząstki jak przy spłaszczonych uszach. Zdarzają się jednak przypadki, w których wycięcie klinowe nie nadaje się z tego powodu, że pomniejsza małżowinę, która nie jest większa od drugiej. Podobnie też wycięcia sierpowate nie



Ryc. II.

dadzą się zastosować w zniekształceniu ucha Stahla ponieważ widoczne są na zewnętrznej powierzchni blizny i brzeg małżowiny nie zawsze da się zawinąć.

W celu poprawienia opisanego powyżej zniekształcenia, zastosowałem następującą metodę operacyjną:

Poprowadziłem cięcie przez skórę na wewnętrznej czyli tylnej powierzchni małżowiny długości około dwóch cm we wgłębieniu odpowiadającym mostkowi, znajdującemu się na zewnętrznej czyli przedniej powierzchni małżowiny, równoległe do jej brzegu. Naciąłem następnie również odsłoniętą chrząstkę w tym samym kierunku i na takiej samej długości, nie przecinając jednak skóry zewnętrznej powierzchni małżowiny (ryc. II obraz 2). Oddzieliłem następnie za pomocą skrobaczki chrząstkę od skóry zewnętrznej powierzchni i naciąłem ją w miejscu największego wpuklenia prostopadłe do poprzedniego cięcia, wycinając z obu brzegów chrząstki cięcia pierwotnego kliny $\frac{1}{2}$ cm długie (ryc. II obraz 3).

W ten sposób rozcięty w dwóch prostopadłych kierunkach i zmniejszony skutkiem wycięcia dwóch klinów mostek chrząstny dał się łatwo wpuklić ku przyśrodkowej powierzchni małżowiny. Był on bowiem rozcięty w dwu prostopadłych do siebie kierunkach na cztery części dające się w stosunku do siebie przesuwać. Brzegi chrząstki w miejscu wyciętych klinów ściągnąłem bardzo cienkim szwem catgutowym (ryc. II obraz 4 i 5). W ten sposób w miejscu dawnego mostka powstał normalnie znajdujący się rowek odpowiadający wyglądem czólenku. Ponieważ w miejscu dawnego wpuklenia na przyśrodkowej powierzchni małżowiny powstało wypuklenie, rozeszły się brzegi skóry w miejscu jej nacięcia. Ściągnięcie ich szwem mogłoby spowodować pierwotne zniekształcenie. Dlatego oddzieliłem skórę od chrząstki w odległości 2 cm od pierwotnego cięcia i w ten sposób zyskałem skórę na pokrycie powstałego wypuklenia. Przesuniętą w ten sposób skórę do brzegów rany, zeszyłem dwoma szwami węzełkowymi (ryc. II, obraz 6). Dla utrwalenia wykonanej korektury założyłem w powstałe czólenko wałek z waty, przez który przegiąłem zewnętrzny i tylny brzeg małżowiny. W ten sposób zawinięty na zewnątrz brzeg małżowiny usznej, utwierdziłem zapomocą przylepca, na kilka dni przyciskając całą małżowinę do głowy. — Po pięciu dniach zmieniony opatrunek wykazał nieznaczny obrzęk małżowiny w zewnętrznym tylnym kącie, rana zaś operacyjna zgojona przez wychłozrost. Po 8 dniach usunięto szwy skórne zakładając jeszcze opatrunek przytwardzający małżowinę z zagiętym na wałku brzegiem do głowy. Po 14 dniach ucho przybrało kształt i wygląd zupełnie normalny, jak wskazuje wykonana fotografia (ryc. III).

Powyższa metoda operacyjna ucha Stahla jest z tego powodu dogodna, ponieważ nie daje blizny na zewnętrznej powierzchni małżowiny i nie zmniejsza jej objętości, dając równocześnie bardzo dobry i trwały wynik kosmetyczny.

Opisany przypadek, w którym ten sposób operacyjny zastosowałem, dotyczył nauczyciela szkoły średniej, który z powodu zniekształcenia ucha narażony był na wyszydzanie ze strony



Ryc. III.

uczniów. Uważał on, że sprawa poprawy zniekształconej małżowiny usznej łączy się bezpośrednio z dalszym wykonywaniem zawodu nauczycielskiego.

Oświadczył mi bowiem wprost, że o ile powyższa wada nie da się poprawić, będzie zmuszony zaniechać zawodu nauczycielskiego i szukać innego. Po wykonaniu tej korektury czuł się zupełnie zadowolony i wykonuje dalej swój zawód nauczycielski.

Résumé.

A. Dobrzański. Contribution aux méthodes d'opération d'une malformation congénitale du pavillon de l'oreille.

L'auteur expose sa méthode d'opération d'une malformation du pavillon de l'oreille, appelée oreille pointue de Stahl, qui consiste en une proéminence du cartilage sous forme de pont, reliant

l'hélix à l'anthélix à l'emplacement de la fossette scaphoïde [Fig. I et fig. II Image 1].

Le mode opératoire consiste dans l'incision de la peau et du péri-chondre dans la fosse de la surface postérieure, correspondant à cette proéminence; on les décolle ensuite du cartilage qui est également incisé et détaché de la peau de la surface antérieure, non incisé. [Fig. II Image 2].

Ensuite sur les bords du cartilage on découpe deux fragments cunéiformes triangulaires [Fig. II Image 3] et on façonne le cartilage en le poussant en arrière. La peau sur la surface postérieure doit être largement séparée pour pouvoir être suturée sur la convexité du cartilage. [Fig. II Image 6]. On peut également suturer les bords cunéiformes triangulaires du cartilage. [Fig. II Images 4 et 5]. De cette façon on obtient le résultat que l'on peut voir sur la Figure III. Enfin on plie le bord du pavillon en avant sur un rouleau d'ouate et dans cette position on le fixe à la tête pour quelques jours. [Fig. III].

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.
(Dyr. Prof. Dr A. LASKIEWICZ)

Do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego.

Dr Jarosław IWASZKIEWICZ, st. asystent kliniki.

Ropnie mózgu pochodzenia usznego nie należą do rzadkości, stanowią jednak niewielki odsetek powikłań zapalenia ucha środkowego. Według Hegenera ropnie mózgu występują w 0,2% wszystkich ropnych zapaleń ucha środkowego, według Becka w 0,05% - dane statystyczne innych autorów nie odbiegają zbytnio od tych liczb. Stosunek ropni mózgu do innych powikłań wewnątrzczaszkowych waha się w granicach dość szerokich: Körner podaje, iż ropnie mózgu stanowią 14%, Mygind 20%, Lewin 31% wszystkich powikłań wewnątrzczaszkowych.

Ropnie mózgu, jak zresztą i inne powikłania wewnątrzczaszkowe, występują najczęściej jako powikłanie przewlekłego zapalenia ucha środkowego, rzadziej ostrego; według Blaua rop-

nie mózgu są w 77,2% powikłaniem przewlekłego, a w 22,8% ostrego zapalenia ucha środkowego, według Grunerta stosunek ten wyraża się jak 91:9, Neumanna 88:12, Wojaczka 94,7:5,5, Kołomijczenki 93,6 : 6,4, Schmiegelowa 68 : 32.

Co do lokalizacji, to występują one częściej w płacie skroniowym, według Körnera w 66,4%, Neumanna 63,4%, Schmiegelowa 68,5%, Kołomijczenki 61,3%, Wojaczka 63%.

Ropień mózgu należy do powikłań bardzo ciężkich, śmiertelność pomimo postępów współczesnej techniki operacyjnej jest duża, waha się ona według poszczególnych autorów w granicach 50—80%. Uwzględnić tu należy jeszcze pewną ilość ropni nierozpoznanych przed lub podczas operacji — statystyka powyższa odnosi się tylko do ropni operowanych, ogólny przeto odsetek śmiertelności jest większy.

Niżej podany przypadek powikłania wewnątrzczaszkowego należy do wyjątkowo ciężkich, albowiem prócz sprawy ropnej ograniczonej w płacie skroniowym prawym mieliśmy jednocześnie do czynienia z ropniem zewnątrzoponowym oraz zapaleniem opon mózgowordzeniowych.

Pacjent B. B. lat 24. robotnik. (L. ks. chorych 4683). Z wywiadów wynika, że pacjent w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził, nie przypomina również, aby miał kiedykolwiek wyciek z ucha. W marcu 1937 roku odczuwał ból prawym uchu, mniej więcej po trzech tygodniach wystąpił z tego ucha wyciek ropny, po czym ból ustąpił całkowicie. Od trzech tygodni odczuwa intensywne bóle głowy, szczególnie w okolicy czoła i ciemienia po prawej stronie. W dniu 29. VIII. 1937 r. chory zostaje przywieziony do tej kliniki.

Stan obecny. Pacjent apatyczny, senny, na pytania odpowiada niechętnie. Temperatura 38,4; tętno 60/min. Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. Górne drogi oddechowe i uszy: błona śluzowa nosa równomiernie zgrubiała, odnosi się to szczególnie do muszel dolnych. Ucho prawe — w przewodzie słuchowym zewnętrznym ciecz ropna silnie cuchnąca; przewod słuchowy zwężony, od góry opadnięty, okolicy błony bębenkowej nie daje się dojrzeć. Na granicy przewodu chrząstkowego z kostnym przetoka obramowana ziarniną, z przetoki tej sączy się ropa z łuskami perlaka. Bolesność wyrostka sutkowego na ucisk szczególnie w jego tylnej części i planum mastoid. Bolesność przy opukiwaniu wyraźnie ograniczona powyżej małżo-

winy usznej na przestrzeni dziesięciozłotówki. Słuch ucha prawego: C—15; C₁—14; C₂—13; C₃—9; C₄—11(?); Weber w prawo; Schwabach 22; Rinne ujemny; Mowa zwykła 5 m (?). Oczopląs samoistny w stronę prawą o charakterze poziomym. Badanie neurologiczne (Dr Warpechowski). Bolesność opukowa czaszki najwyraźniejsza ponad i poza małżowiną uszną prawą. Lekkie osłabienie prawego nerwu twarzowego. Bolesność uciskowa pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego prawego (może i drugiej). Zaburzenia czucia o charakterze hyperestezji w obrębie tych gałęzi. Nieznaczna przeczulica skóry. Lekka sztywność karku. Hypotonia w kończynach po prawej stronie. Odruchów spastycznych brak. Romberg w prawo. Samoiste zbaczenie w prawo.

Rozpoznanie: Otitis media chr. cholesteatom. exacerb dex.; Meningitis; Abscessus cerebri?

Dnia 30. VIII. Nakłucie łądźwiowe: płyn wypływa pod znacznym ciśnieniem, b. lekko mętny (kłaczkii ropy). Badanie płynu wykazało: ciała białych 1347 w 1 mm³, białka 0,057%, w osadzie limfocytów 65%, granulocytów 37%. Rozpoznanie laboratoryjne: meningitis acuta. (Pracownia Biochemiczna Kliniki Neurolog. U. P.).

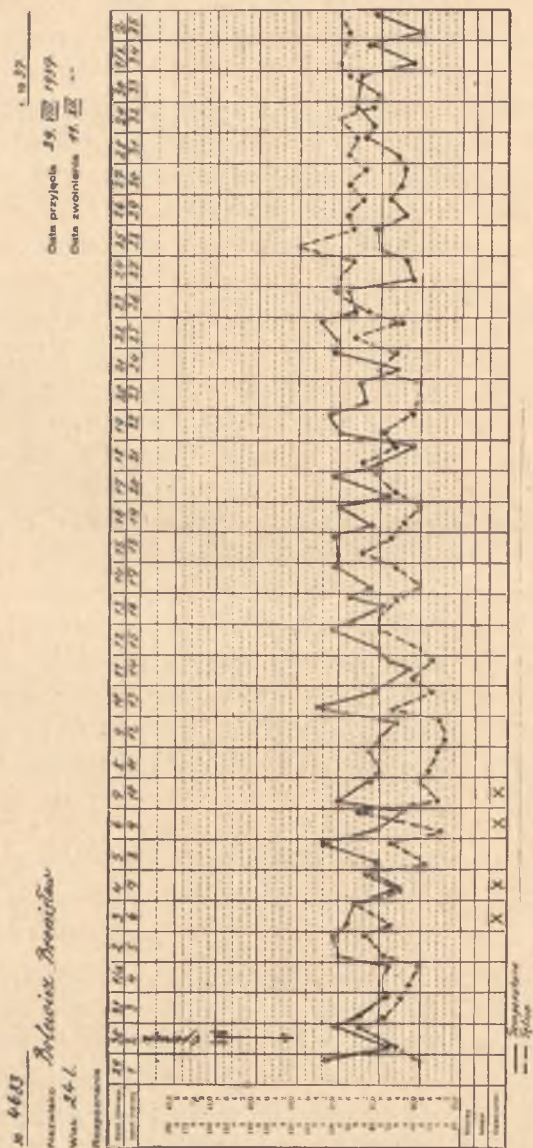
Operacja w uśpieniu eterowym. Powierzchnia wyrostka sutkowego gładka. Wyrostek sutkowy o typie diploetyczno-sklerotycznym. Po wydlutowaniu kości na głębokość 1½ cm wypływa pod ciśnieniem i tętniąc gęsta ropa z łuskami perlaka. Jama sutkowa rozszerzona, tworzy dużą jamę wypełnioną ropą i perlakiem, jama ta komunikuje poprzez otwór w tegmem antri z ogniskiem gęstej ropy wielkości małej śliwki leżącym pomiędzy oponą twardą a kością. Skarjenzowane tegmen antri oraz kostną blaszkę pokrywającą oponę twardą na przestrzeni pomiędzy nasadą wyrostka jarzmowego a kątem zatokowooponowym zdejmuje się za pomocą kleszczy kostnych. Obnażona na tej przestrzeni opona twarda pokryta jest ziarniną. Po dokładnym wydlutowaniu wyrostka sutkowego, wykonuje się plastikę przewodu zewnętrznego. Oponę w miejscu, gdzie wykazuje największe zmiany, nakłuwa się za pomocą grubej igły, idąc w głąb na 3 cm: na tej głębokości pociągając tłok strzykawki otrzymuje się dwukrotnie pełną dziesięciogramową strzykawkę gęstej ropy koloru ciemno szarego, silnie cuchnącej. Oponę nacina się dwoma prostopadłymi do siebie cięciami. Do jamy ropnia wchodzi się zwiernikiem Killiana, stwierdza się

przy tym, iż ściany ropnia są gładkie. Setonaż jamy ropnia gazą jodoformową.

Badanie bakteriologiczne ropy z wyrostka sutkowego wykazało *b. proteus*; z ropnia mózgu bakterii nie wyhodowano.

31. VIII. dordzeniowo i dożylnie po 10 cm³ surowicy paciorkowcowej wieloważnej. 5. IX. powierzchowny opatrunek. 6. IX. stan chorego bardzo zły, chwilami pacjent nieprzytomny. Stwierdza się niedowład nerwu twarzowego w większym stopniu niż przed operacją. Nieznaczne podciągnięcie setonu z ropnia, wypływa przy tym dużą ilość cuchnącej ropy. 7. IX. nakłucie łądźwiowe daje płyn ropny o wzmożonym ciśnieniu.

Stan chorego coraz gorszy. Niedowład nerwu odwodzącego prawego. Z powodu silnych bólów głowy chory dostaje środki uśmierzające z morfiną na czele. Zmiana setonażu jamy ropnia. Leczenie dalsze polega na codziennych opatrunkach, podawaniem dożylnym klukozy, antystreptyny doustnie, oraz nakłuciach łądźwiowych. Opatrunki ropnia mózgu polegają na zmianach setonażu ropnia lub drenu, ostrożnym przepłukiwaniu ropnia roztworem fizjologicznym soli lub chloraktyną. Znacznego stopnia prolaps mózgu w kierunku jamy pooperacyjnej — stan miejscowy ropnia ulega poprawie: jama ropnia zmniejsza się stopniowo, ilość ropy staje się coraz mniejsza, ropa poza tym jest coraz bardziej przezroczysta, jama wypełnia się ziarniną; objawy natomiast ze strony opon mózgowordzeniowych nasilają się. Dnia 10. IX. bardzo silne bóle głowy. Wymiotuje kilka razy dziennie: mocz i kał oddaje pod siebie. 22. IX. pacjent nie może oddać moczu-katetyzacja pęcherza. Nakłucie łądźwiowe — płyn ropny, po pół godziny krzepnie: białka 1,562% (met. Kafka). Dordzeniowo wprowadza się 15 cm³ powietrza. 25. IX. nakłucie łądźwiowe daje płyn ropny gęsty, który w próbówce natychmiast krzepnie. Dordzeniowo 30 cm³ Acetyleny. Bezpośrednio po wprowadzeniu acetyleny pacjent narzeka na bardzo silne bóle głowy. 25. IX. stan chorego lepszy. 27. IX. nakłucie podpotylicowe. Odpuszcza się 40 cm³ płynu: płyn przezroczysty, białka 0,110%, ciałek białych w 1 mm³ 75. Dordzeniowo 30 cm³ acetyleny. 29. IX. Stan chorego ulega stopniowej poprawie. Porażenie nerwu odwodzącego i twarzowego utrzymuje się jeszcze. Badanie oka wykazuje: granice tarczy nerwu wzrokowego prawego zatarte; naczynia żyłne silnie rozszerzone; lekki obrzęk tarczy, oraz krwiotoki. Zdjęcie kontrastowe ropnia w dwóch po-



Początkowy przebieg temperatury. Dalsza temperatura niezaznaczona na podanej karcie miała przebieg normalny.

zycjach wykazuje jego ściany równe — bez uchyłków. Od 5. X. pacjent wstaje: chód pacjenta chwiejny, idąc trzyma się otaczających przedmiotów. 15. X. powtórne zdjęcie kontrastowe ropnia wykazuje jego znacznie mniejszy rozmiar. 20. XI. porażenia nerwu odwodzącego nie stwierdza się. Jama ropnia wielko-

ści ziarna grochu. Ogólny stan chorego dobry. 11. XII. chorego zwalnia się z kliniki celem leczenia ambulatoryjnego.

Badanie pacjenta w dniu 30. IV. 1958 r. wykazało co następuje: rana za uchem zagojona: jama potropanacyjna wielkości czereśni pokryta naskórką; w okolicy ujścia trąbki słuchowej nieco śluzowej wydzieliny. Neurologicznie zmian ze strony centralnego układu nerwowego nie stwierdza się. Pacjent pracuje jako robotnik w warsztatach kolejowych, nie męczy się, apetyt ma dobry, sypia dobrze. Bólów i zawrotów głowy nie ma.

Okres ośmiomiesięczny zdaje się być wystarczającym, aby przypadek powyższy zaliczyć do wyleczonych. Przypadek ten zasługuje na uwagę i tym samym kwalifikuje się do opublikowania z dwóch względów. Po pierwsze istnienie równoczesne trzech ciężkich powikłań wewnątrzczaszkowych, które dało się opanować; po drugie, zasługuje na uwagę przebieg leczenia zapalenia opon mózgowordzeniowych. W przypadku tym zastosowaliśmy acetylen wprowadzony do lecznictwa przez Zellera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych jest schorzeniem poważnym, czekanie w leczeniu jego na wpływ tego czy innego środka jest niebezpieczne, każde kilka godzin jest tu dla nas cenne, ścisła więc ocena wpływu podawanych środków, których stosujemy zwykle jednocześnie kilka, jest trudna, nie mniej jednak w tym właśnie przypadku powinniśmy podkreślić wybitnie dodatni wpływ acetyleny.

Résumé.

Dr J. Iwaszkiewicz. Un cas d'abcès cérébral d'origine otique.

L'auteur décrit un cas de complication endocranienne dont l'évolution clinique a été extrêmement grave: il s'agissait d'un abcès du lobe temporal, d'un abcès extra-dural et d'une méningite cérébro-spinale purulente, qui avait fait suite à une otite moyenne chronique d'évolution aiguë avec cholestéatome. Le développement de l'affection a été arrêté par la voie opératoire, la méningite fut traitée par des injections intraspinales d'acétylène. Le cas est décrit 8 mois après l'opération: il n'y a plus aucun trouble ni de symptômes subjectifs. L'auteur fait remarquer l'action favorable de l'acétylène dans le traitement méningites cérébrospinales.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego
(Dyrektor Prof. Dr A. LASKIEWICZ).

O leczeniu ostrego nieżytu nosa Adrianolem.

Dr med. ALEKSANDER RADZYMIŃSKI.
st. asystent Kliniki.

Ostry nieżyt nosa znany pod nazwą kataru nosa jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych cierpień każdego człowieka. Kassel podał jak w ciągu wieków wraz z rozwojem medycyny patogeneza tego schorzenia zmieniała swoje oblicze. Mimo to do tej pory definitywnie nie została wyjaśniona.

Pierwszy, który dokładnie opisał i wytłumaczył katar nosa, był ojciec medycy Hippokrates. Na podstawie jego teorii humoralnej, główną rolę gra walka przeziębienia z organizmem. Wynikiem tego jest podniesienie temperatury ciała na skutek wrzenia zepsutych soków organizmu. Z chwilą zwycięstwa organizmu, soki owe zaczynają się wydzielać. Powstaje katar nosa — wyciek z mózgu, oczyszczający organizm od szkodliwych wydzielin. Opis kliniczny przebiegu kataru u Hippokratesa jest trafny i zgodny, a podział utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Etiologia podana przez Hippokratesa bardziej lub mniej zmieniona przetrwała całe wieki. Dopiero Konrad Wiktor Schneider z Witembergii (1614 do 1680) obalił powyższą tezę Hippokratesa. Wydzieliną z nosa zdaniem Schneidera powstaje z błony śluzowej, wyściełającej nos. Kölliker błonę śluzową nosa nazwał membrana Schneidera. W dalszym ciągu Nikolaus Steno wykrywa gruczoły śluzowe nosa, a pochodzenie wydzielin wywodzi z krwi tętniczej. Johan Peter Frank w 18 stuleciu katar tchawicy i oskrzeli identyfikuje z katarom nosa. Stahls upatruje przyczynę kataru w zapaleniu błony śluzowej nosa. Lukas Schönlein podzielił katar na trzy stadia: 1. Irriditatio — podrażnienie, przekrwienie bez zapalnego zastoj, z nosem suchym, 2. cruditas — zwiótczenie błony śluzowej, połączone z silną wydzieliną i złuszczeniem nabłonka. 3. coctio — ropna wydzieliną śluzowa, ze złuszczeniem nabłonka.

Do dnia dzisiejszego dokładna pewna etiologia jeszcze jest nieznaną. Walczą ze sobą obecnie trzy teorie: 1. zakaźna, 2. ozię-

bienia organizmu, 3. pośrednia, najczęściej przyjmowana z oziębienia organizmu i następowego zakażenia.

Bez wątpienia ostry nieżyt nosa jest chorobą zaraźliwą. W nosie zdrowym spotyka się już cały szereg bakterii. Ich jakość i ilość uzależniona jest od mieszaniny rodzajowej, otaczającego powietrza. Bardzo jadowite zarazki zawiera nos w epidemicznie wzbogaconej atmosferze, np. meningokoki, lub laseczki błonicy. Czynniki jednakże fagocytarne, według Violeta, bądź to zdolności bakteriobójcze śluzówki nosa, jak chcą Wurtz, Lermoyez, St. Clair Thomson i inni, unieszkodliwiają działalność bakterii w nosie. Ilość tych bakterii zmniejsza się od przedsionka nosa ku tyłowi. W czasie ostrego kataru zjadliwość bakterii się zwiększa. Najczęściej wtedy spotykany jest *micrococcus catarrhalis*. Również nie brakuje takich drobnoustrojów, jak pneumokoków, pneumobacillus, gronkowców, paciorkowców, a także *bacillus difteroides*. Symbioza zaś tego ostatniego z *micrococcus catarrhalis* powoduje zwiększoną jadowitość i cięższy przebieg ostrego kataru nosa.

Bretschneider, Ferri twierdzą, że każdy osobnik ma indywidualny zarazek, wywołujący ostry nieżyt nosa. Kliebs i Hajek uważają, że jest to laseczka błonicza rzekoma Hoffmanna. Laubenderowi udało się samego siebie zakazić ostrym nieżytem nosa, po przeniesieniu wydzieliny z chorego nosa. Kruse w 1914 r. przesączył wydzielinę z nosa, w czasie ostrego nieżyty przez świecę Berkefeld'a. Stwierdziwszy, że przesącz nie zawiera żadnych bakterii, wprowadził go do nosa osób zdrowych. Po okresie inkubacji, jeden do cztero dniowej, na 36 osób, u 10-ciu wystąpiły objawy ostrego kataru nosa. Hipotetyczny ten zarazek nazwał „*Aphanosoa corysae*”. Również Olitsky'emu i Mc. Cartney'owi w Instytucie Rockefellera w Nowym Jorku udało się wyhodować zarazek specyficzny coryzy, przesączalny przez świecę Berkefeld'a, wywołujący już w pierwszych 20-tu godzinach ostry nieżyt nosa. Dochez w doświadczeniach swych na szympanсах wyhodował na odpowiednich pożywkach virus przesączalny, który nawet po 15 kulturach w roztworze 1 : 1 kwadrilion wywołał po zakażeniu u dwóch osób ciężkie objawy kataru i bóle głowy. Poza ciałem zwierzęcym, hodowla żyła nawet do 74 dni.

Powyższe wyniki badań z jednej strony przemawiają za pewnym zarazkiem, który jest specyficzny dla ostrego nieżyty no-

sa. Z drugiej strony nie wypełniają warunków, które stawiał Koch. Żądania Kocha, gdy chodzi o wykazanie cech specyficznych danego zarazka, są następujące: Należy dany zarazek wyhodować, zabarwić, wykazać doświadczalnie na zwierzętach, i otrzymać próby serologiczne. Z metod nowoczesnej odporności, udało się jedynie dotychczas określić wskaźnik opsoniczny (stosunek wskaźnika fagocytarnego człowieka chorego, do wskaźnika fagocytarnego człowieka zdrowego).

Trudno uwierzyć, aby samo tylko oziębienie organizmu, mogło wywołać typowy ostry nieżyt nosa. Wprawdzie w badaniach Pasteura Loevita, Fromsdorfa, ochładzanie zwierząt wpływa korzystnie na rozwój chorób zakaźnych, wywołując leukopenię i porażenie zdolności fagocytarnej. Jednakże jak podaje Szmurło, u ludzi w krajach podbiegunowych, u alpinistów, taterników, mimo częstokroć dłuższy czas działającego oziębienia, ostrego nieżytu nosa prawie się nie spotyka. Wystąpić mogą jedynie szybko ustępujące podrażnienia śluzówki nosa, z kilkukrotnym kichaniem i dość obfitą surowiczą wydzieliną. Wpływa na to czyste powietrze okolic podbiegunowych i gór, pozbawione zarazków, wywołujących ostry katar nosa. Zimno jest czynnikiem sprzyjającym, torującym jakby drogę i wytwarzającym odpowiednie podłoże na działanie czynnika zakaźnego, w normalnych warunkach wprawdzie istniejącego, lecz nieszkodliwego.

Dobrze też tłumaczy Debidoor wpływ oziębienia organizmu na powstawanie ostrego nieżytu nosa. Utrata ciepła w organizmie odbywa się głównie trzema drogami: skórą, płucami i śluzówką nosa. W stanie normalnym zachodzi absolutna równowaga między utratą ciepła a jego wytwarzaniem przez spalanie organiczne różnych tkanek. Zaburzenie tej równowagi nagłą utratą ciepła, niedostatecznym lub zbyt późnym jego wyrównaniem, wywołuje z jednej strony zwężenie naczyń skórnych, z drugiej strony przekrwienie i zastój w płucach i śluzówce nosa. Czynność ta jest samoobroną organizmu, przed dalszą utratą ciepła. Przekrwiona śluzówka nosa zwiększa swoją objętość tak na muszlach jak i na przegrodzie, a przez co przychodzi do niedrożności nosa. Przejście powietrza przy oddychaniu jest utrudnione, a stąd zmniejszone oziębienie jam nosowych i utrudnione oddawanie ciepła. Śluzówka nosa przekrwiona i powiększona, silniej wydziela. Wtedy to następuje wyciek z nosa, jako proces

fizjologiczny i naturalna obrona organizmu przed ochładzaniem. U ludzi zdrowych, po ustąpieniu oziębienia i wyrównaniu ciepłoty, zmiany w nosie cofają się bezpowrotnie. Natomiast u ludzi wrażliwych lub u dzieci, u których ciepłota jest bardzo często zmienna, obronność organizmu zostaje przezwyciężona bądź to przez długotrwałość czynnika, bądź to przez zbyt silne jego natężenie. Występuje wówczas druga faza — faza zakaźna. W następstwie utrudnionego przepływu powietrza oddechowego, podwyższa się ciepłota i wzmagają wilgotność w nosie, co sprzyja rozwojowi bakterii. Obecnie saprofity nabierają złośliwości i powodują odruch leukocytarny, objawiający się wydzieliną śluzowo-ropną. Faza zakaźna jest zatem wtórna, po pierwszej fazie — zaburzenia układu wagosympatycznego.

Jak jednakże wytłumaczyć sobie powstanie nieżyty ostrego nosa, np. u ludzi z jednej rodziny. Tutaj bezwątpienia główną rolę gra zarażenie. Człowiek zakatarzony, wycierając nos, kicha, kaszle, rozsiewa wokoło niezliczoną ilość bakterii złośliwych. Ludzie, przebywający w otoczeniu takiego człowieka, narażeni są bardzo na zarażenie. Nadmienić również trzeba, iż w czasie zimy, kiedy to najczęściej ludzie zapadają na katary, długotrwały pobyt w mieszkaniach niedostatecznie przewietrzonych, dalej zbyt krótkie przebywanie na świeżym i czystym powietrzu torują jeszcze bardziej drogę zarażeniu. Według bowiem sprawozdania St. Clair Thomsona, na mocy statystyki U. S. Public. Healt. Service, ostry nieżyt nosa najczęściej występuje w styczniu i to, w 153,3 na 1000 ludzi. Ilość ta obniża się stopniowo do czerwca. W czerwcu i sierpniu liczba wzrasta i przyjmuje punkt kulminacyjny we wrześniu. W drugiej połowie września ponownie się obniża, a podnosi się w drugiej połowie listopada, aby następnie zniżyć się aż do końca roku.

Obraz kliniczny jest zależny przede wszystkim od zjadliwości bakterii i od odporności danego osobnika. Okres inkubacji trwa zazwyczaj około 12 godzin. Jeżeli silnie zjadliwy zarazek trafi na odpowiedni organizm, to już w pierwszych chwilach schorzenia występują objawy ogólne, jak nieznaczne podwyższenie temperatury, dreszcze, uczucie gorąca i zimna, zamroczenie, bóle głowy, rozlane lub ograniczone do przedniej części głowy, trudność w skupieniu myśli, osłabienie, utrata apetytu i senność. Miejscowo natomiast występują objawy jakby łaskotania podniebienia miękkiego, uczucie ciała obcego w jamie no-

sowo-gardłowej, drapanie w gardle i chrypka, utrudnione oddychanie nosem, często męczące kichanie. Może również występować zaczerwienienie spojówek oczu i łzawienie. Wszystkie te objawy należą do tzw. okresu suchego, trwającego zazwyczaj przez pierwsze 24 godziny. Drugi okres ostrego nieżytu nosa zaznacza się wydzieliną śluzową, szarą nieco kleistą, wypływającą z nosa, która następnie przyjmuje charakter gęsty, czasem wodnisty. Skutkiem dużego wypływu wydzieliny, powstają w okolicy nosa nadżerki, zaczerwienienie, a nieraz i obrzęk koniuszka nosa. Po mniej więcej 40 godzinach przychodzi trzeci okres. Wydzielina staje się gęsta, kłaczkowato-ropna, przyjmuje zabarwienie żółte. W przedsionku nosa wytwarzają się strupy, które jeszcze bardziej zwiększają niedrożność nosa i powodują przykre sensacje. Wydzielina ropna, zwłaszcza podczas snu, spływa do jamy nosowo-gardłowej i gardła, gdzie tworzą się zasychające strupy. Niedrożność nosa potęguje bóle głowy. W następstwie częstego oczyszczania nosa, małe naczynia w nosie zostają uszkodzone, stąd lekkie krwawienia, które szybko ustępują. Równocześnie wpędzenie wydzieliny do trąbek Eustachiusza daje nieżyt trąbek, który objawia się niedosłuchem i uczuciem pełności w uszach. Dalsze dolegliwości to utrata powonienia, upośledzenie smaku, brak apetytu. Palaczom palenie tytoniu staje się przykre. Występuje także rhinolalia clausa. W miarę zmniejszania się wydzieliny, niedrożność nosa i inne objawy powoli ustępują. Czasokres trwania ostrego nieżytu nosa jest różny nie tylko u różnych ludzi, ale i u tego samego człowieka. Zazwyczaj trwa od 4—14 dni.

Obraz anatomo-patologiczny śluzówki nosa w czasie ostrego nieżytu, według Hildinga przedstawia się następująco: początkowo występuje obrzęk warstwy podśluzówkowej, następnie naciek z poliblastów z małą ilością komórek wielokształtnych. Komórki nabłonka rozsuwają się a następnie zluszcza się powierzchowna warstwa nabłonka. Może również wytworzyć się powierzchowna martwica sięgająca coraz więcej w głąb śluzówki. W trzecim dniu zanika nabłonek i z tego powodu w pierwszych dniach wydzielina zawiera dużo komórek nabłonkowych. Odczyn zapalny w śluzówce jest typu postępującego. Naciek wykazuje najróżniejsze postacie komórkowe. Przeważnie spotyka się leukocyty wielojądrzaste obojętnochłonne, w mniejszej ilości kwasochłonne. Nacieczenie komórkowe wzmagają się,

podczas gdy obrzęk ustępuje. W 2 lub 3-cim dniu spotyka się dużo wielojądrzastych leukocytów, poliblastów, postępujących w kierunku powierzchni śluzówki. Ilość ich zwiększa się w miarę przemiany na odczyn ropny. Powrót do normalnego obrazu histologicznego w śluzówce nosa rozpoczyna się już w czasie wzmożonego wydzielania błony śluzowej nosa.

Wydzielina, spływając po błonie śluzowej nosa, gromadzi się w dolnym przewodzie nosowym. Skoro go wypełni, zaczyna wypływać z nosa. Głównymi składnikami wydzieliny to woda i śluz. Zawartość białka zwiększa się w miarę zwiększonej ilości wydzieliny ropnej. Wydzielina posiada ponadto dużo NaCl i ma z tego powodu smak słony. Według Schönleina i Dondersa zawiera również amoniak. Ze składników morfotycznych w wydzielinie spotyka się różne postacie bakterii, wielopostaciowe leukocyty, w znacznym stopniu stłuszczone, złuszczone komórki cylindryczne, rąbki nabłonka migawkowego, który w świeżych preparatach wykazuje czynne ruchy. Ciała komórkowe zawierają ziarenka, załamujące o wiele słabiej światło, aniżeli kropelki tłuszczowe w leukocytach. Zauważono także komórki kubkowe, z wielką ilością śluzu. Czerwone ciała krwi zjawiają się na skutek krwawień per rhexim w czasie oczyszczania nosa. Wydzielina płynna pochodzi w przeważnej części wprost z naczyń krwionośnych. Ulega ona szybko filtracji przez tkanki, a według Schade zmiana ciśnienia osmotycznego w tkankach odgrywa tutaj wielką rolę. Część wydzieliny pochodzi również z gruczołów. W późniejszym okresie na plan pierwszy występują składniki śluzowe, powstające: 1. z nadmiernej produkcji śluzu, wytwarzanego przez komórki, 2. z masy obumierających komórek, które przy tym ulegają zwyrodnieniu śluzowemu.

Prognoza w przypadkach tych, gdzie nie występują powikłania jest dobra. Ostry nieżyt nosa, o normalnym przebiegu trudno nazwać w całym słowa tego znaczeniu chorobą. Raczej jest to niedyspozycja organizmu. Inne stanowisko jednakże mając trzeba, jeżeli chodzi o osesków. W tych przypadkach ostry nieżyt nosa, utrudniający odżywianie się może przyczynić się do ciężkich powikłań.

Podobnie u ludzi o zmniejszonej odporności organizmu, względnie z wadami organicznymi, wrodzonymi i nabytymi nosa, ostry nieżyt nosa może być przyczyną różnych ciężkich scho-

rzeń, bądź to ze strony uszu, zatok bocznych nosa, górnych dróg oddechowych, bądź też ze strony oczu. Dlatego też u tych osobników każdy nieżyt ostrego nosa, powinien być wzięty pod baczną uwagę.

Leczenie nieżytu ostrego nosa w całym tego słowa znaczeniu przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej jest niemożliwe. Schorzenie to musi przebyć cykl swych trzech okresów. Należy brać pod uwagę tylko leczenie objawowe, dające choremu ulgę w cierpieniu i zapobiegające lub zmniejszające ewentualne powikłania. W początkowym okresie nieżytu ostrego daje nieraz dobry wynik leczenie napotne, jak picie gorącego wina, ciepła kąpiel gorczyczna nóg, pobyt 1—2-dniowy w łóżku, przyjmowanie aspiryny itp. Leczenie to może niekiedy przerwać lub skrócić ostrego nieżyt nosa. Z chwilą jednakże rozwinięcia się schorzenia, pozostają lekarzowi jedynie środki działające objawowo. Wielka liczba środków lekarskich i sposobów leczenia sama za siebie mówi o ich niewystarczającym działaniu. Najczęściej używanymi środkami to mentol, azotan srebra, protargol, kollargol itp. Własności antyseptyczne tych środków przez swe działanie drażniące nie wpływają dodatnio na już podrażnioną śluzówkę nosa. Wprawdzie zwężają naczynia, skutkiem czego nos jest więcej drożny i lepiej wypływa wydzielina. Jednakże działające bardzo krótko, a skutkiem następowego rozszerzenia się naczyń, niedrożność staje się jeszcze większa. Dalsze używanie powyższych środków może w końcu doprowadzić do stałego nieżytu przerostowego nosa.

Spieß wychodzi z założenia, że przyczyna ostrego nieżytu nosa leży w podrażnieniu wazomotorów. Dlatego w leczeniu używał środki, któreby znosiły te odruchy, znieczulające albo upośledzające czucie. Wewnętrznie podawał salicyl z antypiryną, miejscowo rozpylał od jamy nosowo-gardłowej ortoform aa z natrium sozojodol. 2/10. Rozpylanie to należy powtarzać kilka razy dziennie.

Podawanie maści i proszków przez wdychiwanie, które mają w swym składzie bądź mentol, bądź kokainę, daje nieraz krótkotrwałą ulgę. Atoli przez wielu ludzi jest źle znoszone, gdyż powoduje silne sensacje w nosie — kichanie, a nieraz wymioty. Działanie jest również krótkotrwałe. Po jego ustąpieniu, powiększa się niedrożność nosa.

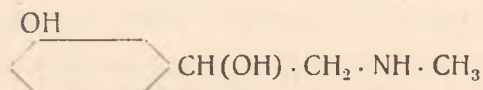
Zalecane przez różnych autorów zastosowanie doustnie efenony, w złożonych proszkach, w pastylkach, lub pod postacią specyfiku, daje prawie natychmiastową krótkotrwałą ulgę. Jednak doświadczenia naszej kliniki wykazały, że w wielu przypadkach chorzy skarżą się na bóle, sensacje w okolicy serca i bezsenność. Należy przyjąć że środek ten wprawdzie nieraz skuteczny, jest niewspółmiernie silny w stosunku do schorzenia.

Leczenie ostrego nieżytu nosa kroplami z kokainą i adrenoliną daje również natychmiastowy efekt, lecz bardzo krótkotrwały, po którym występuje jeszcze silniejsza niedrożność nosa. U ludzi z większą pobudliwością naczynioruchową, Sternberg spostrzegł, że nasilenie ostrego nieżytu potęguje się i czasokres trwania znacznie się przedłuża. Można również wywołać przyzwyczajenie do kokainy. W ostatnich czasach zastosowali różni autorzy jod. Bier zaleca używanie jodu doustnie, w dawkach homeopatycznych. Szczególnie skutecznie działa podobno jod w początkowym okresie nieżytu. Finck stosuje doustnie w zestawieniu: jodi puri 0,1, kali jodati 1,0 aquae destill. ad 10.0. Halász natomiast zaleca płukanie ust roztworem z jednej kropli jodu na 250 gr wody. Ponadto wdychywanie par jodu, które uskutecznia w ten sposób, że wacik nasiąknięty jodem owija w czystą watę i wprowadza do nosa, aby tam parował. Wakcynoterapię zastosowali Piorkowski, Hoyle, Walsh i inni. Hoyle na mocy 67 swych obserwacyj z autowakcyką, z których jedynie 16 dało dobre wyniki uważa, że ta nieduża ilość nie uprawnia jeszcze do bezwzględego stosowania autowakcyny. Walsh, rozpylając mieszanę wakcynową z hodowli gronkowców hemolitycznych, białych, żółtych, paciorkowców, streptococcus viridans, pneumokoków, laseczek błonicy, Friedlaendera i grypy uzyskał w 78% wyniki korzystne, w 3 procentach zadowalające a w 19 procentach niedostateczne.

Zachęcające wyniki leczenia diatermią otrzymali Bordier, Tsinoukas, Hamm. Elektrody zakłada się na zewnętrzną powierzchnię nosa jak chce Bordier, bądź też jedną elektrodę wewnątrznosową, przyciskając ją do dolnej muszli, drugą elektrodę obojętną do ręki, jak podaje Hamm. Dutheillet de Lamothe poleca stosowanie naświetlań promieniami podczerwonymi, które skierowuje przez założony wziernik do nosa.

Do oryginalnego zdania w sprawie etiologii ostrego nieżytu nosa i z nim związanego leczenia, doszedł amerykańnin Ewens Artur. Uważa on, że w jęczyczku tkwi główna przyczyna katarów nosa. Podobnie jak wyrostek robaczkowy, jest jęczyzek u człowieka organem szczątkowym, ma on za zadanie wychwytywanie i przetrzymywanie bakterii. Opierając się na tym założeniu, wycinał całkowicie jęczyzek. Obserwacje jego na 2000 przypadków w ten sposób leczonych, dały mu dobre wyniki.

Przemysł farmaceutyczny w ostatnich czasach wyprodukował całą masę gotowych preparatów dla walki z ostrym nieżytem nosa. W Klinice naszej wypróbowano preparat firmy Boehringer, pod nazwą Adrianol - Emulsion. Chemicznie jest to lewo-skrętny metalomethylaminoethanolphenolchlorhydrat:



Związek tej jest bliski chemicznie adrenalinie i sympatolowi. Jest trwały i nie reaguje na światło, powietrze i ciepło. Adrianol-Emulsion zawiera 0,25 adrianolu, wodę destylowaną gumę arabską i środek konserwujący będzwinian sodu. Adrianol nie zawiera różnych olejków eterycznych a zwłaszcza mentolu, którego działanie lecznicze jest bardzo problematyczne, a nieraz przeciwnie wpływa ujemnie, z powodu swego zapachu. Adrianol jest prawie bezwonny i bez smaku. Niskie powierzchniowe napięcie adrianolu przyczynia się do łatwego rozprzestrzeniania się na błonach śluzowych nosa. Farmakologicznie według Eldon M. Boyd, adrianol daje te same reakcje co adrenalina, jednakże jest dziesięciokrotnie słabszy. W postaci emulsji, użytej na błonę śluzową nosa, działa zwężająco na naczynia włosowate, przez czas dłuższy aniżeli adrenalina. Toksyczność mniejsza, aniżeli efedryny i adrenaliny. Badania doświadczalne Fitshugh'a a zwłaszcza Boyd'a, przeprowadzone na żabach, wykazały, że wpływ najbardziej hamujący na ruchy nabłonka migawkowego gardła u żab ma efedryna, mniejszy adrenalina, a najmniejszy adrianol. Stosunek 0,5% tychże roztworów przedstawia się następująco: wpływ hamujący ruch nabłonka migawkowego po efedrynie ma się do działania adrenaliny i adrianolu, jak 5 : 2½ : 1½. Z tego wynika, że adrianol jest mniej toksyczny dla ruchu nabłonka migawkowego, aniżeli adrenalina i efedryna.

Środek ten wypróbowano w naszej klinice w 50 przypadkach ostrego nieżyty nosa. Po wkropleniu adrianolu do nosa, po upływie kilkunastu sekund nos stawał się drożny. Następowwała krótkotrwała silniejsza sekrecja, a po wysiäkaniu takowej zatkanie nosa, pełność i sensacje w nosie ustępowały na okres około trzech godzin. Dlatego też wkraplanie należy wykonywać co trzy godziny przez cały okres nieżyty nosa. Rynoskopowo stwierdzić można, przegroda nosa a zwłaszcza muszle pokryte adrianolem, który całkowicie oblepia ich powierzchnię, dostając się do najbardziej odległych okolic nosa. Łatwość do rozprzestrzeniania się i utrzymywania na śluzówce nosa, jest wynikiem niskiego napięcia powierzchniowego emulsji. Działa ona tak długo, jak długo styka się ze śluzówką. Ślady adrianolu nieraz można było stwierdzić po upływie 4-rech godzin.

Co do skrócenia czasokresu ostrego nieżyty nosa, to trudno by było kwestię tą rozwiązać. Jak wiemy, czas trwania każdego kataru u tego samego osobnika jest indywidualny. W każdym bądź razie czasokres nie przekraczał 10 dni.

Jedynie w czterech przypadkach na 50 obserwowanych, adrianol nie dał poprawy należytej. W tych przypadkach drożność nosa, i sensacje związane z ostrym nieżytem nosa ustąpiły jedynie w pierwszym dniu wkraplania. Już drugiego dnia mimo używania powyższego środka niedrożność nosa nie ustępowała i nie cofnęły się wszelkie inne objawy.

Stwierdzić jednak należy, że adrianol jest w całym tego słowa znaczeniu preparatem leczniczym objawowym, przyjemnym w użyciu, nie dającym żadnych ubocznych sensacji i dobrze znoszonym prawie przez każdego. Przez swe niskie powierzchniowe napięcie, rozprzestrzenia się łatwo na śluzówkach nosa, długo się na nich utrzymuje, a przez to dłużej działa od wszelkich innych środków używanych w ostrych nieżytach nosa.

Zapobiegawcze działanie ma znaczenie duże, w ostrym nieżycie nosa. Unikanie gwałtownego i silnego oziębienia organizmu, wiatru, wilgotnego powietrza, dalej stykanie się z ludźmi już zakatarzonymi, może niejednokrotnie uchronić od tego cierpienia. Nie należy tych zaleceń przestrzegać zbyt skrajnie, aby w następstwie nie spowodować zwiększonej wrażliwości organizmu i tym samym uzyskać skutki wręcz przeciwne. Bezwarunkowo zastosowaniem hartowania organizmu wodolecznictwem,

gimnastyką na świeżym powietrzu, można tutaj dużo osiągnąć. Organizm zahartowany, łatwiej da sobie radę w wyrównaniu gwałtownej utraty ciepła w czasie oziębienia. To też słuszne jest zapatrywanie Debidour'a, iż wodolecznicze oziębianie ciała wytwarza jakby prawdziwy antygen fizyczny w ustroju, wywołujący stopniowe przyzwyczajenie się. Dzięki temu organizm staje się zupełnie niewrażliwy na taki wpływ, jakim jest zimno. Czynniki fizyczny jest pewnego rodzaju jakby działaniem szczeni.

Piśmiennictwo.

1. Bier: Med. Welt. S. 1677. 1955.
2. Bordier: Paris med. XVII. nr 24. 1927.
3. Bremenkamp: Münch. med. Wschr. 755. 1957.
4. Bovys: Archives internationales des Laryngologie, Otologie — Rhinologie. Rok 56. Mars 1950.
5. Boyd: Journ. Pharm. and Exp. Ther. 60. 174. 1957.
6. Debidour: Presse Thermale et Climatique 1-er août 1927.
7. Dochez: Zentr. f. Hals N. u. Ohrenheil. Bd. XVIII str. 540. 1952.
8. Dutheillet de Lamothe: Les annales d'oto-laryng. str. 629. 1955.
9. Ewens: Zentr. f. Hals N. u. Ohrenheil. Bd. XXII. str. 499. 1954.
10. Finck: Zentr. f. Hals N. u. Ohrenheil. Bd. XIX. str. 550. 1955.
11. Grant: Clinic. Med. and Surg. 121. 1955.
12. Halász: Münch. med. Wschr. str. 1595. 1955. II.
13. Hamm: Klin. Wochenschr. VI. Nr. 41. 1927.
14. Hilding: Arch. of Otolaryng. 12. 1950.
15. Hoyle: Zentr. f. Hals N. u. Ohrenheil. Bd. XXI. str. 280. 1954.
16. Kassel: Zeitschr. f. Laryngol. Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 5—9, od roku 1911—1920.
17. Klestadt: Denker, Kahler, str. 525—559. 1926.
18. Kruse: Münch. med. Wochenschr. s. 1547. 1914.
19. Marx: Zeitschr. f. Ohrenheil. und f. Krankh. der Luftwege Bd. 72. S. 37. 1915.
20. Nüssmann: Arch. für Ohren- Nasen- und Kehlkopfheil. Bd. 106 S. 156. 1920.
21. Olitsky: Journal of exp. med. 58. nr 4. 1925.
22. Piorkowski: Monatschr. für Ohrenheil. und Laryngo-Rhinol. 62. Z. 5. 1928.
23. Reuter: Med. Welt 1756. 1956.
24. Särecke: Dtsch. med. Wschr. 250. 1957.
25. Spiess: Fränkels Arch. Bd. 12. S. 84. 1902.
26. Sternberg: Zentr. f. Hals N. u. Ohrenheil. Bd. 14. str. 185. 1950.
27. Streit: Fränkels Arch. Bd. 27. S. 595. 1915.
28. Szmurło: Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej 1926.
29. Thomson St. Clair: Zentr. f. Hals- Nasen- und Ohrenheil. Bd. 19. str. 368. 1955.
30. Walsh: Zentr. f. Hals N. und Ohrenheil. Bd. XXIV. str. 605. 1955.

Résumé.

A. Radzymiński. Sur le traitement du coryza aigu par l'„Adrianol“.

L'auteur s'occupe du développement de la pathogénie du coryza aigu, qui a subi de nombreuses modifications au fur et à mesure des progrès de la médecine. Il y a actuellement 3 théories relatives à cette pathogénie: 1. la théorie infectieuse; 2. la théorie du refroidissement; 3. la théorie du refroidissement accompagné d'infection.

Cette dernière est la plus acceptée et considérée comme la meilleure. L'apparition du coryza aigu est due à 2 agents: le refroidissement, soit brusque, soit prolongé de l'organisme, ouvrant une voie à l'agent infectieux et favorisant son développement. De nombreux auteurs attribuent à différentes bactéries un rôle dans l'apparition du coryza aigu; on a même réussi à obtenir une culture de virus filtrant à travers le filtre de Berkefeld, capable de donner naissance au coryza aigu.

Le grand nombre de médicaments destinés au traitement du coryza aigu montre déjà comment celui-ci est difficile. Jusqu'à présent il n'est que symptomatique. Il s'agit surtout de soulager les souffrances du malade et de le protéger contre des complications possibles. Dans 50 cas de coryza aigu traités à la clinique otolaryngologique de l'université de Poznań, nous avons appliqué l'„Adrianol-Emulsion“ de la maison Boehringer. Dans 46 cas ce médicament administré en gouttes a été trouvé très efficace. La perméabilité du nez était rétablie, les céphalées et autres manifestations accompagnant le coryza aigu disparaissaient. L'„Adrianol-Emulsion“ doit être appliqué toutes les 5 heures.

L'auteur étudie ensuite en détail la composition chimique et l'action pharmacologique de l'„Adrianol-Emulsion“, moins toxique que l'éphédrine et l'adrénaline. Il n'est pas décomposé par l'action de la lumière, de l'air et de la chaleur: sa tension superficielle est petite, ce qui lui permet de s'étendre facilement sur les muqueuses nasales et il ne provoque aucune autre souffrance. Ces qualités font que l'„Adrianol“ est un médicament dont l'importance est de premier ordre pour la thérapeutique du coryza aigu.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. (Prof. Dr A. LASKIEWICZ) i Pracowni Radiologicznej Szpitala Kolejowego w Poznaniu (Kierownik Szpitala: Dr BUDZYŃSKI, Kierownik Pracowni Radiolog.: Dr A. SCHREIBER).

O tomografii krtani.

Dr ALEKSANDER ZAKRZEWSKI.
i Dr ALEKSANDER SCHREIBER.

Mimo, że krtań jest narządem bardzo dostępnym zarówno badaniu od zewnątrz, jak i oglądaniu od strony wnętrza, to jednak we wielu przypadkach zwykle metody badania klinicznego okazują się niewystarczające. Laryngoskopia pośrednia oraz bezpośrednia pozwalają bardzo dokładnie zlokalizować poszczególne schorzenia w obrębie samej krtani jak i jej otoczenia, określić rozmiary nacieków nowotworowych czy zapalnych — jednakże z tym zastrzeżeniem, że nic nie możemy wnioskować ani o głębokości tych nacieków ani o stopniu uszkodzenia szkieletu chrzęstnego krtani przez dany proces chorobowy. W lusterku krtaniowym widzimy wyraźnie nawet minimalne zmiany na powierzchni błony śluzowej, nie możemy zaś stwierdzić np. ciężkiego uszkodzenia chrząstek krtaniowych po urazie, jeżeli ten uraz nie spowodował równocześnie uszkodzenia śluzówki czy większego wylewu podśluzówkowego. Według Hajeka guzy krtani mają zawsze większe wymiary, niż możnaby sądzić opierając się na badaniu lusterkiem krtaniowym. Tak samo zniszczenia w obrębie chrząstek krtaniowych okazują się na sekcjach o wiele rozleglejsze aniżeli rozpoznawane za życia. To też nie należy się dziwić, że wkrótce po odkryciu promieni Rentgena radiografia znalazła również zastosowanie jako jedna z ważnych metod pomocniczych w diagnostyce krtaniowej. Krtań i tchawica już z racji swej budowy nadają się specjalnie do radiografii, gdyż są to narządy zawierające kontrastowy słup powietrzny, a ściany ich złożone z chrząstek, kości i mięśni bardzo dobrze odcinają się na zdjęciu od swego otoczenia.

Pierwsze badania radiologiczne krtani dotyczyły jej zachowania się w czasie mówienia, śpiewu i połykania oraz jej topografii w czasie tych czynności w stosunku do kręgosłupa szyjnego i kości gnykowej. W badaniach fonetycznych stosowali rentgenografię krtani Fröschels, Haudeck, Eijkmann, Scheier i wielu innych. Fizjologiczne kostnienie poszczegól-

nych odcinków szkieletu chrzęstnego krtani badali radiologicznie Fränkel, Thost, Scheier i inni i potwierdzili wyniki badań anatomicznych Luschki, Schotteliusa, Chiwitza i in. Rentgenologiczne opracowanie patologicznej krtani przypisuje się pracom podstawowym Thosta, który badał zachowanie się chrząstek krtaniowych przy gruźlicy, raku, kile, dnacie i zwężeniach krtani i tchawicy. Późniejsze prace dotyczyły jeszcze innych schorzeń krtaniowych — wojna światowa wzbogaciła zaś znacznie literaturę na temat zmian radiologicznych przy różnych urazach i postrzałach krtani. Cenną również okazała się radiografia przy dylatacyjnym leczeniu zwężeń krtaniowych, gdzie pod kontrolą promieni rentgenowskich zakładano przyrządy dylatacyjne i sprawdzano ich właściwe położenie (Thost, Jackson, Pfeiffer i inni).

Co do metod, jakich używa się do badania rentgenowskiego krtani, to należy stwierdzić, że już niemal od chwili rozpoczęcia stosowania promieni X w diagnostyce krtaniowej były w użyciu dwie metody, a mianowicie radiografia boczna i przednio-tylna. Zdjęcia profilowe (Thost, Korbl, Andrew, Marschik i wielu innych) są bardzo łatwe do wykonania i szeroko stosowane zarówno dawniej jak i dzisiaj — mają jednak tę wadę, że obrazy obu stron krtani nakładają się na siebie i są przez to trudne do interpretacji. Griebel, który doprowadził do perfekcji zdjęcia boczne, uważa je za zupełnie wystarczające nie tylko do określenia stosunków strukturalnych chorej krtani, lecz przypisuje im również duże znaczenie w diagnostyce różniczkowej. Na zdjęciu bocznym krtani rysuje się bardzo dobrze kość gnykowa, zwłaszcza jej rogi tylne, dalej nagłośnia w postaci cienkiego listka pochylonego nad wejściem do krtani oraz fałdy nalewkowo-nagłośniowe. Poniżej zarysowuje się chrząstka tarczykowa z wyraźnie zaznaczonym „Pomum Adami” oraz częściowo zwapniałymi różkami dolnymi. Kieszonka Morgagniego uwidacznia się jako poziomo ułożona szczelina przebiegająca od przodu ku tyłowi ograniczona od góry przez cień struny wrzekomej a od dołu przez cień struny prawdziwej. Wyraźnie zaznacza się tchawica i okolica podgłośniowa oraz pierścień chrząstki pierścieniowej.

Zdjęcia przednio-tylne, które pozwalają na badania porównawcze obu połów krtani (czym górują nad zdjęciami bocznymi) są bezwartościowe, jeżeli nie zastosuje się takich urządzeń technicznych, które pozwalają wyeliminować ze zdjęcia obraz krę-

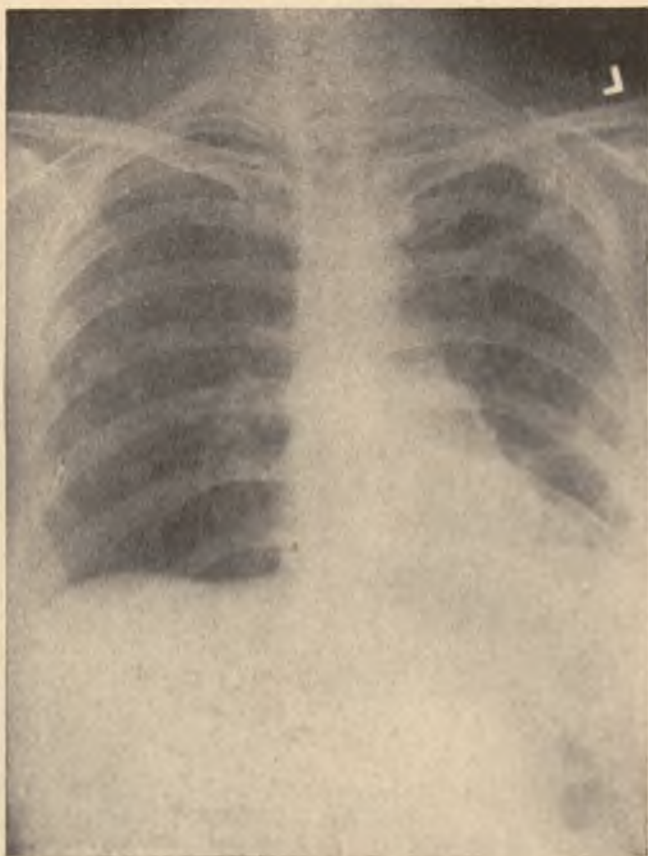
gosłupa szyjnego, zasłaniającego kontury samej krtani. Rethi w r. 1912 po raz pierwszy zaproponował w tym celu wykonywanie zdjęć przednio-tylnych krtani na filmie wkładanym do gardła



Ryc. 1. Krtień z boku.

dolnego i górnej części przetyku, po dokładnym ich znieczuleniu. Sposób Rethiego nie znalazł szerszego zastosowania mimo, że Rethi kilkakrotnie w ciągu następnych lat razem ze swoimi

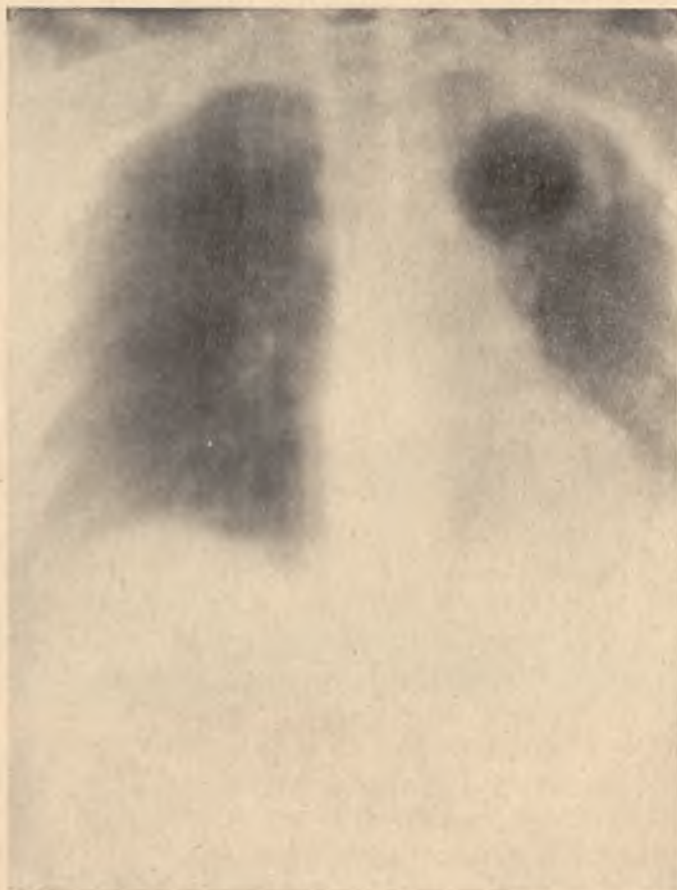
współpracownikami zalecał tę metodę badania. Przeszkodą do rozpowszechnienia się rentgenografii przednio- tylnej Rethiego były prawdopodobnie braki techniczne jego instrumentarium oraz niedogodność przy zakładaniu filmu chorym do gardła. Dopiero Waldapfel przed kilku laty wznowił metodę Rethiego.



Ryc. 2. Zdjęcie płuc. Jama w płucu lewym niewidoczna.

opracował szczegółowo stronę techniczną i uzyskał tą drogą bardzo ładne i pouczające zdjęcia. Przy tym, jak podaje, chorzy jego znosili zawsze bardzo dobrze wszystkie odnośne zabiegi. Jest to bezwątpienia bardzo duży postęp w radiografii krtani, gdyż, jak już wyżej powiedzieliśmy, na zdjęciach takich możemy porównywać ze sobą obrazy obu połów krtani, co jest niezmiernie wa-

żne przy ocenianiu zmian chorobowych, zwłaszcza nowotworów. Bouchet i Huet posługują się kontrastową radiografią krtaniową, dzięki czemu unikają konieczności zakładania filmu do gardła i mogą wykonać zwykłe zdjęcie przednio-tylne, gdyż poszczególne odcinki krtani wypełnione lipiodolem odcinają się ostro



Ryc. 3. Zdjęcie tego samego chorego z widoczną jamą.

dzięki niemu nawet na tle silnie absorbującego promienie rentgenowskie kręgosłupa. Należy tu podkreślić, że nawet przy dokładnym opracowaniu techniki metody Waldapfla czy ostatnio wymienionej rentgenografii kontrastowej i pomimo bardzo dokładnego znieczulenia gardła i krtani obie te metody są dla cho-

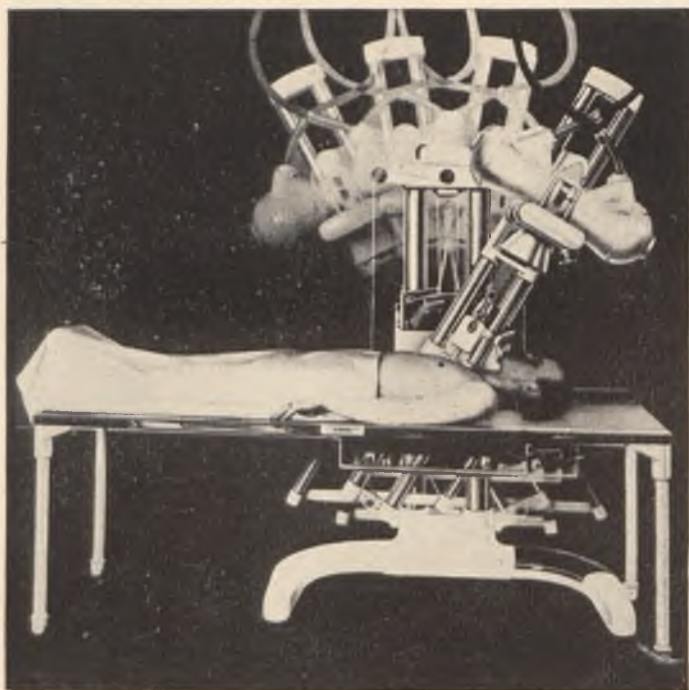
rego bardzo niemiłe. Dlatego słuszne było dążenie do zastosowania takiej metody radiograficznej, która by pozwoliła przy zdjęciach przednio-tylnych wyeliminować kręgosłup bez zastosowania przykrych dla chorego zabiegów.

Tomografia zadośćuczyniła dopiero co wymienionym wymaganiom, nadto zaś udostępniła zdjęcia warstwowe krtani, czyli zdjęcia poszczególnych przekrojów krtani, czym znowu góruje nad metodą Rethiego-Waldapfla. Na zdjęciach przedniotylnych Rethiego-Waldapfla zachodzi bowiem nakładanie się części przednich na części bardziej ku tyłowi położone. Ponieważ tomografia jest w Polsce bardzo mało znana, a w oto-laryngologii naszej dotąd jeszcze nie stosowana, przedstawimy krótko jej zasady, zalety oraz damy szkic historyczny rozwoju tej nowej metody badania rentgenowskiego, tym bardziej dla nas ważny, że jak zobaczymy później, nauka polska ma na tym polu duży sukces do zanotowania.

Tomografia pozwala uwidocznić na serii klisz poszczególne warstwy badanego narządu w przeciwieństwie do zwykłej rentgenografii, gdzie uzyskany obraz jest sumą cieni nakładających się na siebie i pochodzących od różnych szczegółów budowy tego narządu, oraz zmian chorobowych, umiejscowionych na różnej głębokości w stosunku do powierzchni narządu. Istnieją wprawdzie metody rentgenograficzne, których celem jest oddzielić od siebie poszczególne cienie ogniskowe w celu ułatwienia interpretacji zawiłych obrazów rentgenowskich (mamy na myśli zdjęcia skośne, kontaktowe, stereoskopowe), lecz i one zawodzą czasem najlepszego nawet radiologa.

Pierwsze próby usuwania cieni przeszkadzających poczynił Karol Mayer, obecny profesor radiologii na Uniwersytecie Poznańskim, który już w roku 1914 pracując nad obrazem radiologicznym serca i aorty, usuwał je w ten sposób, że w czasie ekspozycji zdjęcia serca wykonywał krótkie (4 do 8 cm), a szybkie poruszenia lampą rentgenowską tam i z powrotem równoległe do osi podłużnej lub poprzecznej ciała. Tą drogą otrzymywał zdjęcia klatki piersiowej, na których wyraźnie było widoczne serce oraz aorta, znikaly zaś zupełnie inne cienie nie należące do serca i aorty. W 1921 roku Francuz Bocage podjął próby wykonywania zdjęć warstwowych już w formie bardziej zbliżonej do dzisiejszej tomografii. On pierwszy zaproponował,

aby w czasie zdjęcia nie tylko lampa, ale i kasetka z filmem wykonywały ruchy w przeciwnych sobie kierunkach. Vallebona w rok później posługiwał się urządzeniem, w którym lampa i klisza poruszały się tylko po odcinku koła. Inni podali dalsze modyfikacje. I tak Bartelink posługiwał się ruchem sinusoidalnym, Ziedses de Plantas ruchem spiralnym i kolistym



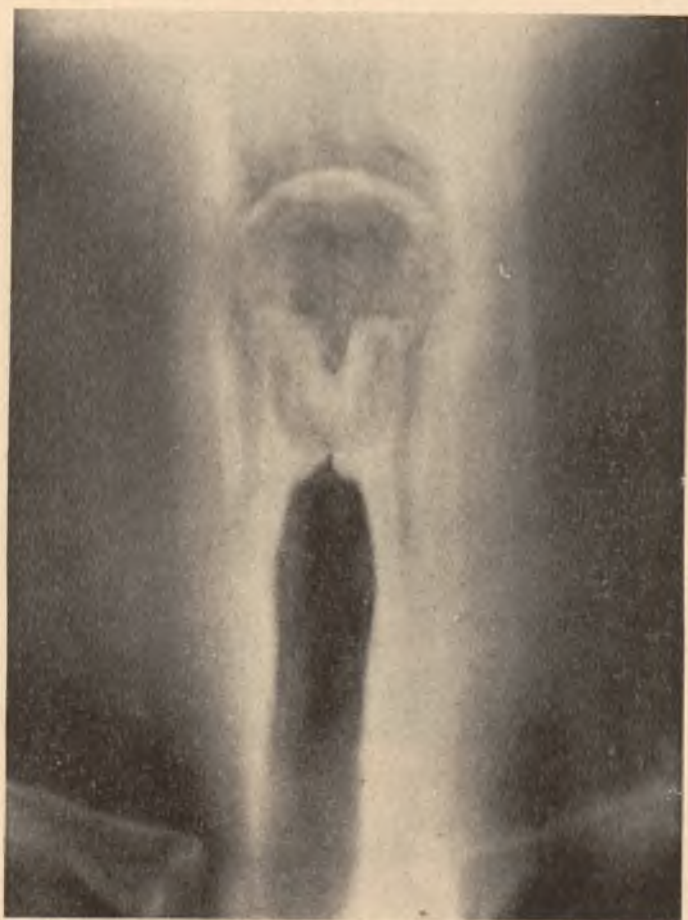
Ryc. 4. Tomograf F-my Sanitas.

Obraz schematyczny zdjęcia warstwowego płuc, przedstawiający poszczególne fazy ruchu lampy i kliszy.

lampy i kasety. Z powodu trudności technicznego rozwiązania zaproponowanych metod nie udało się ich praktycznie urzeczywistnić. Posiadają one jedynie znaczenie teoretyczne.

Dopiero w ostatnich latach udało się Grossmannowi technicznie opracować przyrząd, odpowiadający założeniom teoretycznym. Przyrząd ten ulepszony przez Chaoula, pozwala na wykonanie zdjęć warstwowych, których grubość wynosi 4 do 20 mm, zależnie od nastawienia kąta wahania. Na tym przyrzą-

dzie lampa i klisza wykonują jednoczesny, skoordynowany ruch po łuku w przeciwnych sobie kierunkach. Lampa i kasetka są z sobą sprzężone i poruszają się dookoła osi położonej poziomo. Przy ruchu lampy w jedną stronę, kasety zaś w stronę przeciwną tylko punkty tej płaszczyzny, która leży na wysokości wyżej



Ryc. 5.

wymienionej osi, będą przez cały czas ekspozycji rzucać stale obraz na to samo miejsce błony i w rezultacie wypadną ostro. Wszystkie zaś inne punkty narządu leżące zarówno powyżej jaki i poniżej tej osi będą zatarte, gdyż w czasie naświetlania kliszy są rzutowane na coraz to inne miejsca filmu. Dlatego otrzymu-

jemy na kliszy ostre zdjęcie tylko jednej warstwy narządu, inne warstwy (przeszkadzające w tym przypadku) będą zamazane, są tym samym wyeliminowane ze zdjęcia. Tomografia została przede wszystkim zastosowana w diagnostyce płucnej. Jama nawet dużych rozmiarów wypada nieraz na zwyczajnym



Ryc. 6.

zdjęciu niewyraźnie, a czasem się w ogóle nie uwydatnia, gdyż obraz jej jest zamazany lub zakryty przez te partie tkanki płucnej i kości, które leżą zarówno przed jak i poza nią. Tomografia w diagnostyce płucnej pozwala wykazać zmiany nawet wtenczas, kiedy wysięki, zgrubienia lub zwapnienia opłucnej

na zwykłym obrazie rentgenowskim pokrywają rysunek odnośnego pola płucnego. Jamy małych rozmiarów na zwykłych zdjęciach niewidoczne tomografia wykazuje wyraźnie. Ścisłe umiejscowienie jam jest też możliwe jedynie przy seryjnym bada-



Ryc. 7.

niu poszczególnych warstw płuc. Rozpoznawanie i umiejscowienie dokładne wysięków opłucnowych oraz przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego między schorzeniem płatowym i międzypłatowym jest dzięki tomografii łatwiejsze. Współczesne tomografy pozwalają wykonywać zdjęcia warstwowe poszczególnych płaszczyzn leżących nawet w kilkumilimetrowych od sie-

bie odstępach. W praktyce jednak wystarczają zupełnie zdjęcia warstw bardziej od siebie oddalonych. I tak np. dla płuc Chaoul, Greineder i Kremer wykonują zwykle tylko trzy



Ryc. 8.

zdjęcia warstwowe. W diagnostyce schorzeń kostnych i guzów mózgowych metoda zdjęć warstwowych rokuje dużą przyszłość.

W oto-laryngologii Janker, posługując się tą metodą, badał raki krtani gardła. Canuyt i Gunsett ogłosili cykl artyku-

łów o tomografii przedniotylniej krtani i jam bocznych nosa. Ponieważ boczne zdjęcia krtani, jak wyżej przedstawiliśmy, nie zawsze są wystarczające, zdjęcia zaś przednio-tylne Rethiego-Waldapfla oraz kontrastowe (z lipiodolem) są uciążliwe dla



Ryc. 9.

chorego i nie zawsze łatwe do wykonania, przeto tomografię już w dzisiejszej jej postaci należy uważać za metodę najwięcej obiecującą i łatwą do zastosowania. Zdjęcia warstwowe krtani wykonywaliśmy na tomografii Sanitas z lampą pełnoochronną, przyłączoną do 4-ro wentylowego aparatu rentgenowskiego Tuto-Heliophos f-my Siemens-Reiniger Werke. Chorego układaliśmy

na plecach z głową nieznacznie odchyłoną ku tyłowi. Pacjentowi polecałiśmy fonować „a“ lub „e“. Zdjęcia wykonywaliśmy począwszy od warstw najbardziej powierzchownie leżących do coraz głębszych. Pierwsze zdjęcie robione zwykle na głęboko-



Ryc. 10.

ści 1 cm, licząc od powierzchni skóry na „pomum Adami“, dalsze zawsze o 1 cm głębiej.

Krtąń normalna.

I-sze zdjęcie (na głębokości 1 cm). Wyraźnie widoczna kość gnykowa (trzon), pod nią chrząstka tarczycowa w wcięciem gór-

nym, po obu stronach krtani zaznaczają się trójkątne cienie zachyłków gruszkowatych. Bardzo wyraźna jest okolica podgłośniowa i tchawica. Ryc. 5.

II-gie zdjęcie (na głębokości 2 cm). Znikają zarysy kości gnykowej, zaznacza się cień w kształcie trefla, na który skła-



Ryc. 11.

dają się pionowy cień szczeliny oddechowej i symetryczne cienie kieszonek Morgagniego. Po obu stronach cienia treflowego zarysowują się cienie zachyłków gruszkowatych. Tchawica i okolica podgłośniowa ostro zaznaczone. Ryc. 6.

III-cie zdjęcie (na głębokości 3 cm). Cień treflowy wyraźniejszy, zachyłki gruszkowate jeszcze zaznaczone, brzegi strun głosowych (na przekroju czołowym) bardzo dobrze widoczne. Ryc. 7.

IV-te zdjęcie (na głębokości 4 cm). Obraz wyraźniejszy jak pod III. Ryc. 8.

V-te zdjęcie (na głębokości 5 cm). Cień trefłowy znikł, trójkątne cienie zachyłków gruszkowatych jeszcze widoczne, szcze-



Ryc. 12.

lina oddechowa i oklica podgłośniowa dobrze zarysowane. Zaznaczone chrząstki nalewkowe. Ryc. 9.

VI-te zdjęcie (na głębokości 6 cm). Bardzo dobrze widoczna nagłośnia i fałdy nalewkowonagłośniowe, chrząstki nalewkowe, tylne odcinki płytek chrząstki tarczycowej. Ryc. 10.

Krtąń patologiczna

1 przypadek: Pacjentka M. J. lat 38, klinicznie: zwężenie tchawicy w okolicy podgłośniowej po przebyтым zapaleniu ochrzęstnej chrząstki pierścieniowatej i chrząstek tchawicy. Na zdjęciu widoczne znaczne zwężenie światła tchawicy na prze-



Ryc. 15.

strzeni kilku cm poniżej głośni. Silniejszy cień w górnej części zwężenia odpowiada otworowi tracheotomijnemu. Ryc. 11.

2 przypadek: Pacjentka S. S. lat 36, na skutek pourazowego zapalenia ochrzęstnej (oparzenie gardła i krtani płynem żrącym, nieprawidłowo wykonana tracheotomia). Na zdjęciu widoczne

wyraźne przewężenie tchawicy w górnym odcinku, zwłaszcza po stronie lewej. Ryc. 12.

3 przypadek: Pacjent J. P. lat 26. klinicznie-laryngitis submucosa w przebiegu grypy, na zdjęciu widoczne zupełne znieśnienie szczeliny oddechowej krtani. Światło tchawicy normalne, zdjęcie wykonane w ½ godz. przed tracheotomią. Ryc. 13.

C. d. n.

Z Oddziału Laryngologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator Dr B. KARBOWSKI).

Aseptyczna wędrówka ciała obcego (igły do szycia), utkwionego w mięśniach gardła dolnego.

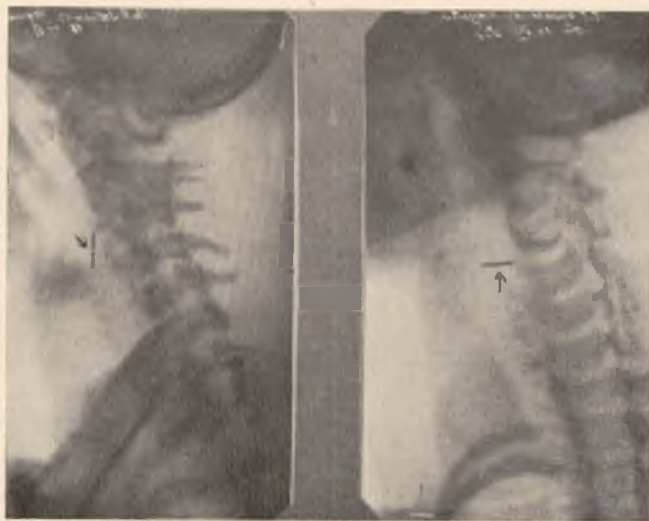
Dr M. WOLFSON.

Usuwanie ciał obcych z przełyku i dolnego odcinka dróg oddechowych należy obecnie do codziennych zabiegów na większych oddziałach laryngologicznych. Rzadko który przypadek nadaje się do opublikowania. Nasz przypadek zasługuje na specjalną uwagę ze względu na umiejscowienie, przebieg i zejście cierpienia.

Przetrzymywanie igieł, szpilek, gwoździ w ustach jest niestety częstym zjawiskiem u krawcowych, tapicerów, stolarzy, szklarzy itp. Przy nieodpowiednim zgryzie i utracie czucia zębów, przez nieuwagę, wymienione ciała mogą być połknięte. W gardle środkowym i dolnym zatrzymują się najczęściej obce ciała ostro zakończone. Do przełyku dostają się one wraz z pieczywem lub innymi pokarmami; zatrzymują się jednak najczęściej w górnym odcinku.

Chora R. S., lat 22, z zawodu krawcowa, przez nieostrożność połknęła igłę do szycia. Odczuwała klucie i bóle przy przełykaniu. Badanie bezpośrednie dolnego gardła i przełyku za pomocą ezofagoskopu ciała obcego ani w gardzieli ani w przełyku nie wykryło. Na oddział chora skierowana została ze zdjęciem Rentgena (rys.), które wykazywało obecność igły w mięśniach bocznej ściany szyi, głęboko przy kręgosłupie. Klucie przy prze-

łykaniu utrzymywało się. W przewidywaniu ogólnie znanych trudności przy wydobywaniu igły umieszczonej między mięśniami, — mając również na względzie stronę kosmetyczną, chorą skierowano do domu z zaleceniem zgłoszenia się po pewnym czasie do kontroli. Po upływie dwu tygodni chora zgłosiła się na oddział, podając, że odczuwa igłę w bocznej części szyi. W miejscu wskazanym przez chorą — na tylnym brzegu mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego znaleziono wystający koniec igły, którą z łatwością wyciągnięto. Długość igły — 3,8 cm.



Wędrowka igły: Zdjęcie Rtg. z dnia 11-go oraz 16-go VIII. 1957 r. (Dr M. Orłowski).

Mieliśmy więc w naszym przypadku do czynienia z igłą, która dzięki ruchom polykowym zwieraczy gardzieli dostała się do mięśni szyi, w których dokonała aseptycznej wędrowki aż do tkanki podskórnej. Chorej groziły dwa powikłania:

1. zainfekowanie tkanek otaczających w postaci ropowicy szyi oraz
2. krwiotok wskutek nadżarcia naczynia krwionośnego.

Rivington opisał przypadek uszkodzenia przez połkniętą ość rybią tętnicy szyjnej z następczym krwiotokiem.

W 1896 r. Lantin z Polikliniki Chiari'ego w Wiedniu opisał podobny przypadek w *Archiv für Laryngologie und Rhinologie*.

Przypadek dotyczył pacjentki, która się zgłosiła do Polikliniki z powodu przewlekłego nieżytu nosa. Przy omacywaniu gruczołów szyjnych autor stwierdził pod skórą szyi obce ciało obustronnie ostre. Po unieruchomieniu jednego końca przekłuł drugim końcem skórę i wydobyl część igły do szycia długości 1,5 cm. Dokładny wywiad wykazał, iż pacjentka przed rokiem połknęła część złamanej igły wraz z kęsem chleba. Przez pewien czas odczuwała bóle samoistne w gardle i miała trudności przy przełykaniu. Dolegliwości ustąpiły i pacjentka o wszystkim zapomniała.

Przypadek połkniętej igły do szycia, umiejscowionej w gardle dolnym demonstrował Karbowski z oddziału chirurgicznego Zawadzkiego (Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie) na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego w roku 1931. Zdjęcie Rentgena wykazało obecność igły umieszczonej względnie powierzchownie w bocznej ścianie gardzieli. Przy dokonaniu cięcia śluzówki i mięśniówki od wewnątrz napotkano na igłę. Niestety przy wydobywaniu igła złamała się tak, że $\frac{1}{3}$ została w mięśniach. Wobec braku dolegliwości część igły pozostawiono.

W końcu 1937 r. Hikmet Arkun z Kabulu w Afganistanie opublikował przypadek usunięcia połkniętej igły do szycia, która pozostawała w ciągu 9 miesięcy w mięśniówce bocznej ściany gardzieli. Igła tkwiła między kręgosłupem a kątem żuchwy w okolicy dużych naczyń szyjnych. Chora cały czas uskarżała się na bóle przy łykaniu i żuciu. Przypadek powikłany był ropniem bocznogardłowym oraz kilkakrotnymi krwiotokami. Na operację chora zgodziła się dopiero po 9 miesiącach. Drogą cięcia wewnątrzgardłowego autor igłę usunął.

Niezawsze jednak połknięta igła zatrzymuje się w gardle dolnym. W 1934 r. Lewenfisz z Kliniki Otolaryngologicznej U. W. opisał przypadek igły-nerwociągu, którą pacjent poczuł w gardle podczas usuwania przez lek. dentystę nerwu zębowego. Po chwili wskutek dokonanego ruchu połykowego igła obsunęła się niżej. Wystąpił ból oraz kaszel, nasilający się podczas połykania i uniemożliwiający pacjentowi przyjmowanie pokarmów. Dokonana ezofago — a następnie tracheoskopia wykazała igłę, tkwiącą częściowo w przelyku, częściowo w tchawicy. Igłę usunięto.

Z opowiadania lekarza z prowincji znam przypadek wykrztuszenia przy kaszlu połkniętej igły, umiejscowionej według zdjęcia Rentgena na wysokości łuku aorty.

Wnioski: Igła umieszczona w mięśniach szyi nie powoduje zmiążdżenia tkanek i przez to nie wytwarza dobrego podłoża dla rozwoju bakterii; to też w przypadkach bezobjawowych nie należy spieszyć się z wkroczeniem operacyjnym, wobec trudności technicznych. Wyczekiwanie i obserwacja często dają dobre wyniki.

Można przystąpić do zabiegu jeżeli zdjęcie Rentgena wykazuje, że igła znajduje się blisko śluzówki gardzieli i chory zgłasza się wcześniej. Jediną i niezawodną metodą w usuwaniu igieł znajdujących się w przelyku względnie w dolnych drogach oddechowych jest ezofago — i bronchoskopia.

Résumé

M. Wolfson. Migration aseptique d'un corps étranger de l'hypopharynx.

Description d'un cas où le malade avait avalé une aiguille à coudre, de 5,8 cm de longueur, qui s'était arrêtée dans l'hypopharynx au niveau de la 4-ème vertèbre cervicale. L'extraction de l'aiguille, entreprise immédiatement après l'accident en oesophagoscopie, avait échoué. Ce n'est qu'après 15 jours qu'elle fit subitement apparition sur le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien: son extrémité émergeait à peine de la peau. Après avoir déterminé sa position par la radiographie, on l'a facilement extraite en faisant une petite incision à l'emplacement donné.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

(Dyrektor: Prof. Dr Alfred Laskiewicz).

Przypadek afazji sensorycznej wrodzonej.

Dr MARIA ŁĄCZKOWSKA.

Mianem afazji określamy zaburzenia funkcji dróg mózgowych i ośrodków mowy.

Schematycznym odtworzeniem lokalizacji poszczególnych postaci afazji jest schemat Wernicke-Lichtheima, Wernicke-

ke był pierwszym, który w roku 1874 zwrócił uwagę na powstawanie afazji sensorycznej przy schorzeniach lewego płata skroniowego. Jego doświadczenia udowodniły, że uszkodzenie jednej trzeciej tylnej części pierwszego zwoju skroniowego po stronie lewej prowadzi do zaburzeń objętych nazwą afazji sensorycznej korowej (aphasia sensorica corticalis Wernicke), której głównym objawem jest zaburzenie rozumienia poszczególnych pojęć, wyrażonych za pomocą poszczególnych słów. Pacjent słyszy, ale nie rozumie mowy (Worttaubheit). — Dalszymi objawami tegoż schorzenia są echolalia i parafazja.

Poza tym udowodnił Lichtheim z Friedländerem, że obustronne zniszczenie zwojów Heschla (Heschlsche Querwindungen de Crinis) daje całkowitą głuchotę. Pacjent nie słyszy, może mówić spontanicznie, nie może powtarzać (aphasia sensorica subcorticalis Lichtheim).

Lokalizację wymienionych jednostek chorobowych uprzytamnia nam załączony schemat Wernicke-Lichtheima.

Gdzie I. oznacza aphasia sensorica subcorticalis, H zwoje Heschla, II. aphasia sensorica corticalis. W ośrodek Wernickego, III. aphasia sensorica transcorticalis, T. ośrodek transkortikalny, IV. aphasia motorica transcorticalis, IV. aphasia motorica corticalis (B. ośrodek Broca), VI. aphasia motoriça subcorticalis (ośrodki motoryczne), VII. aphasia przewodzeniowa tzw. Leitungsaphasie.

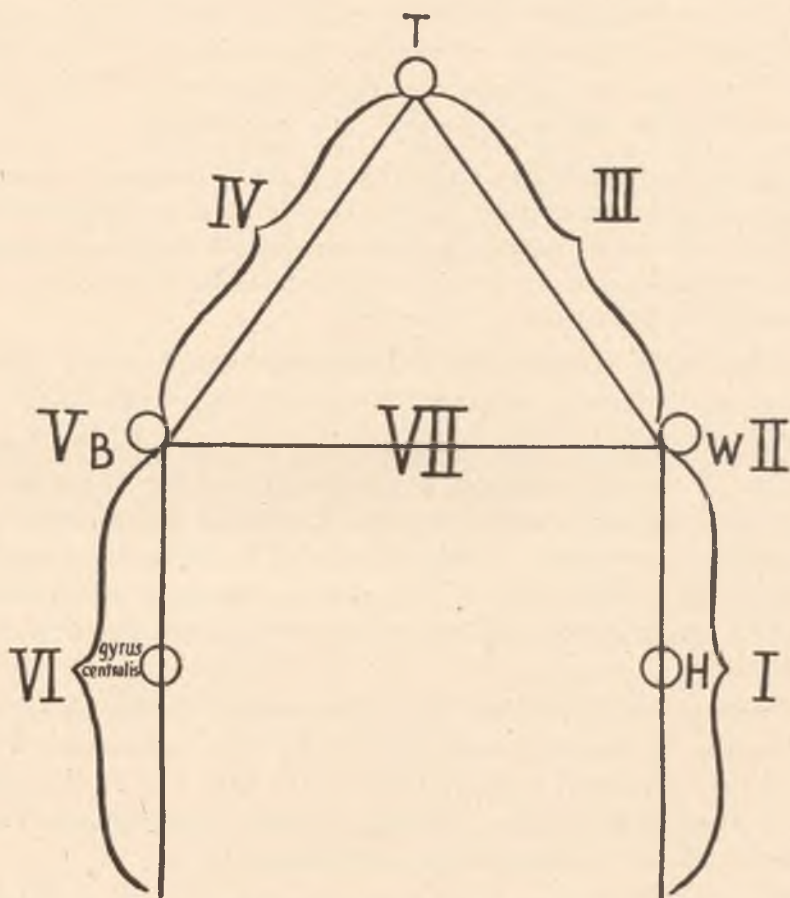
Z praktycznych względów dzielimy afazje według starej nomenklatury na afazje sensoryczne (I, II i III w schemacie Wernicke-Lichtheima) i afazje motoryczne (IV, V i VI w schem. Wernicke-Lichtheima). Według nowej nomenklatury różniamy afazje receptywne i ekspresywne.

W przypadku przez nas spostrzeganym chodzi o dziecko 4 letnie, które zostało skierowane do naszej Kliniki jako głuchonieme w listopadzie 1936 r.

Z wywiadów dowiadujemy się:

1. że poród był normalny,
2. dziecko karmione było w pierwszych trzech miesiącach piersią,

3. początek ząbkowania w 6 miesiącu, początek chodzenia w 10 mies.,
4. początek lalania późny (w 10 miesiącu życia),
5. z chorób ostrych zakaźnych przechodziło odrę,
6. wywiady rodzinne ujemne.



Schemat Wernicke-Lichtheima.

Badanie otologiczne, n. vestibularis, n. cochlearis, bez zmian.

Badanie słuchu napotykało na trudności. Musieliśmy poprzestać tylko na stwierdzeniu objawów obiektywnych, przy czym posługiwaliśmy się metodą używaną przez prof. Fröschelsa tzw. metodą bezpośredniego doprowadzania tonów (unmittelbare

Tonzuführung). Ton gwizdka, doprowadzony do ucha, za pomocą rurki gumowej z oliwką, wywołał u dziecka żywą reakcję. Dziecko broniło się przed powtórzeniem badania (wiemy, że zabieg ten jest dla zdrowego ucha bardzo przykry). Przy dalszym badaniu ustaliliśmy, że dziecko słyszy mowę głośną na odległość 1 m. Dalej stwierdzamy, że dziecko mówi. Jak echo powtarza wszystkie słowa i pytania, kierowane do niego. Mowa jest bezmelodyjna i niewyraźna.

Równocześnie stwierdzamy, że dziecko nas zupełnie nie rozumie. Rozumie jedynie znaczenie słowa „mama“, gdyż przy tym słowie spogląda na matkę, a wszystkie inne słowa i pytania nasze powtarza odruchowo, nie zatrzymując się myślą przy nich. Objaw ten określamy jako echolalię. Rozwój ogólny i intelektualny dziecka jest dobry. Już po pierwszych badaniach skłonni jesteśmy wykluczyć głuchoniemotę jak i również niedorozwój psychiczny.

Leczenie nasze idzie w dwóch kierunkach.

1. W kierunku rozwijania percepcji słuchowej, budzenia i szkolenia fonicznych wyobrażeń, jak i pamięci dla nich,
2. oraz w kierunku budzenia zdolności rozumienia mówionych słów, których wymowę równocześnie poprawiamy na drodze optyczno-akustycznej.

Ćwiczenia percepcji słuchowej przeprowadzane bywają u Fröschelsa w Wiedniu, Seemanna w Pradze i de Parella w Paryżu i nieraz z stosunkowo dobrym wynikiem, aczkolwiek wymagają dużo wysiłku i dużo czasu. Polegają na pobudzaniu uwagi na wrażenia słuchowe i tym samym na stopniowym rozwijaniu zdolności percepcji wrażeń słuchowych.

Takie stopniowe rozwijanie się słuchu stwierdziliśmy u naszego pacjenta (potwierdzone przez badanie słuchu dziecka za pomocą mowy głośnej, którą dziecko słyszy obecnie na odległość 5 m, oraz przez obserwację otoczenia). Ponieważ z dzieckiem porozumiewano się dotychczas, uważając je za głuchonieme, tylko za pomocą gestykulacji, wyłączano tym samym z współdziałania narząd słuchu.

Nasze starania szły w kierunku doprowadzenia dziecku wrażeń akustycznych przez mówienie do ucha po uprzednim przyswojeniu ich dziecku na drodze optycznej. Zaczynaliśmy od sa-

mogłosek, później połączeń samogłosek ze spółgłoskami. Późniejsze ćwiczenia słuchowe odbywały się przy zupełnym wyłączeniu czynnika optycznego. W ten sam sposób zalecano dziecku robić ćwiczenia w domu. Po pewnym czasie przystąpiliśmy do rozwijania rozumienia wymawianych słów, najpierw drogą optyczną, później akustyczną. Ćwiczenie to polegało na tym, że wskazywaliśmy dziecku jakiś przedmiot, np. lampę (dobrze, jeżeli w sali badań jest kilka lamp). Dziecku pokazujemy kolejno wszystkie lampy przy każdej wymawiając wyraźnie *lampa*, tak, żeby dziecko dokładnie widziało układ naszego narządu artykulacyjnego. Później to samo słowo powtarzamy dziecku do ucha, wykluczając narząd wzroku i równocześnie pokazując wszystkie lampy po kolei. Pod koniec ćwiczenia stwierdzamy, że dziecko przy wymawianiu przez nas słowa „*lampa*“ już nie wykazuje echolalii, lecz palcem wskazuje na lampę. W ten sam sposób zalecamy matce przeprowadzać ćwiczenia w domu. W ogóle zabraniamy matce posługiwania się gestykulacją. Efekt tej terapii jest dobry. Słuch się poprawił. Stwierdzamy wzmoczenie się uwagi akustycznej. Echolalia zupełnie zniknęła. Są jeszcze pewne objawy parafazji. Dzisiaj dziecko rozumie krótkie zdania, odpowiada krótkimi zdaniami, wykonuje krótkie nieskomplikowane polecenia. Zaczyna również spontanicznie opowiadać, przy czym mowa jego staje się coraz więcej dla otoczenia zrozumiała.

W przebiegu leczenia ustaliliśmy rozpoznanie afazji sensorycznej z upośledzeniem słuchu, biorąc pod uwagę wszystkie te objawy, które zwykle afazjom sensorycznym towarzyszą, przede wszystkim echolalię, parafazję, brak zdolności rozumienia mowy oraz brak pamięci dla mowy.

Résumé.

M. Łączkowska. Uncas d'aphasie sensorielle congénitale.

Z Kliniki Oto-rhino-laryngologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie.

(Dyrektor Prof. Dr J. Miodoński).

Rzadkie przypadki pierwotnego mięsaka tchawicy i pierwotnego mięsaka pozagardłowego.

WIKTOR HASSMANN

Nowotwory pierwotne tchawicy należą do przypadków niecodziennych, specjalną zaś rzadkość wśród nich stanowią mięsaki. Opisy pierwotnych guzów tchawicy datują się od roku 1767, kiedy to Lieutaud podał pierwszy taki przypadek. Pierwszego dokładnego zestawienia nowotworów tchawicy dokonał w r. 1898 v. Bruns, stwierdzając wśród 141 pierwotnych guzów tchawicy w 14 przypadkach mięsaka. Zestawienie to było uzupełnione w r. 1908 przez Kriega, następnie w roku 1919 przez Otto Maiera. Stwierdzono wówczas, licząc od roku 1767, 261 pierwotnych nowotworów tchawicy, w tym mięsaka 52 razy. Od czasu tego ostatniego zestawienia do roku 1937 włącznie znalazłem, przeglądając całą dostępną mi literaturę, 12 mięsaków pierwotnych tchawicy (Navratil, Adam, Doyer, Kryce, Geschelincarcinosarcoma, Watson-Wiliams, Barth, Soerensen-Schoetz, Lange, Norsk, Amersbach, Abbate), czyli, że liczba ich wzrosła do chwili obecnej do 44 przypadków.

Mięsaki tchawicy mają paradoksalnie charakter nowotworów dobrotliwych. Nie dają one nacieczenia sąsiadujących tkanek, za wyjątkiem jednego przypadku (Watson-Wiliams), jak również przerzutów, wyjątek tu stanowi odosobniony, niezbyt zresztą jasny przypadek Berggren'a, w którym wystąpiły przerzuty w okolicznych gruczołach chłonnych i żebrach. Zdarzają się natomiast w przypadkach mięsaków tchawicy nawroty (v. Schrötter, Jurasz). Mięsaki tchawicy rozwijają się z jej komponentów łącznotkankowych. Usadawiają się zwykle na tylnej, lub bocznej ścianie tchawicy, częściej w jej górnym odcinku, rzadziej w dolnym, omijają zaś odcinek środkowy. Mogą też, jak to miało miejsce w przypadku Pieniżka, zajmować pogranicze krtani i tchawicy. Zajmując zwykle szeroką podstawę, tworzą guzy o powierzchni gładkiej, lub zrazikowej, rzadziej po-

lipowatej (Ingersoll), bardzo rzadko zaś brodawczakowatej (Pieniążek), zupełnie nieowrzodziącej. Wzrost ich odbywa się bardzo wolno tak, że znane są przypadki (v. Schrötter, Meyer-Hüni), w których pacjenci cierpią na związane z nimi dolegliwości od 20 i więcej lat. Wolny swój wzrost zawdzięczają budowie histologicznej (fibrosarcoma), lub późniejszemu złośliwemu przeobrażeniu pierwotnie dobrotliwych włókniaków (Eppinger).

Charakter histologiczny mięsaków bywa różny. Przeważnie stwierdza się włókniakomięsaki i mięsaki wrzecionowatokomórkowe, wielokrotnie obserwowano mięsaki mało- i wielokątkomórkowe, rzadko naczyńniakomięsaki, lub polipy mięsakowate (Heyninx, Navratil), bardzo rzadko śródbłoniakomięsaki (Lange), rakomięsaki (Geschelin) i gruczolakomięsaki (Przygoda). Także wole wewnętrzne może być punktem wyjścia mięsaka (Killian).

Jako najważniejsze objawy kliniczne nowotworów tchawicy podają Soerensen i Schoetz duszność, kaszel, krwawo podbarwioną płwocinę, chrypkę, zaburzenia połykania, uczucie ucisku, rozszerzenie żył klatki piersiowej.

Przypadek obserwowany w naszej Klinice dotyczy pacjentki lat 53, którą dnia 9. IX. 57 z powodu silnej duszności skierowano do nas z Kliniki Wewnętrznej.

Chora skarży się na trwającą od kilka miesięcy duszność. Na pierwszy plan wybija się u chorej duszność wdechowo-wdechowa, z więcej zaznaczoną jednak dusznością wdechową. Obmacywaniem w zakresie szyi nie stwierdza się żadnych nieprawidłowych oporów. Przy wziernikowaniu krani widoczny na jakieś 2 cm pod strunami głosowymi guz, wychodzący z bocznej, prawej ściany tchawicy, barwy ciemnoróżowej, o powierzchni gruboziarnistej, wypełniający prawie całe światło tchawicy, pozostawiający jedynie przy tylnobocznej, lewej ścianie wąską szczelinę.

10. IX. wykonano tracheotomię dolną, nie stwierdzając na tej wysokości w tchawicy żadnych zmian. Następnie pobrano z guza wycinek próbny. Badanie histologiczne wycinka wykonane w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. wykazało utkanie włókniakomięsaka (fibrosarcoma). Dnia 17. IX. przystąpiono do resekcji ściany tchawicy. Cięcie skórne wykonano w linii środkowej, przecięto węzinę gruczołu tarczowego, następnie oddzielono

ścianę tchawicy ponad tracheostomem po stronie prawej od tkanek otaczających aż do linii środkowej od tyłu. Przednią ścianę tchawicy rozcięto w linii środkowej od tracheostomu aż po chrząstkę pierścieniową, zauważono wówczas, że guz przechodzi na przednioboczną prawą część chrząstki pierścieniowej. Zresekowano część ściany tchawicy i chrząstki pierścieniowej po stronie prawej tak, że guz wraz z podstawą usunięto doszczętnie. Założono do tchawicy i okolicy podgłośniaowej duży tampon, poniżej założono kaniulę. Części miękkie ponad ubytkiem ściany



Ryc. 1. Włókniakomięsak tchawicy.

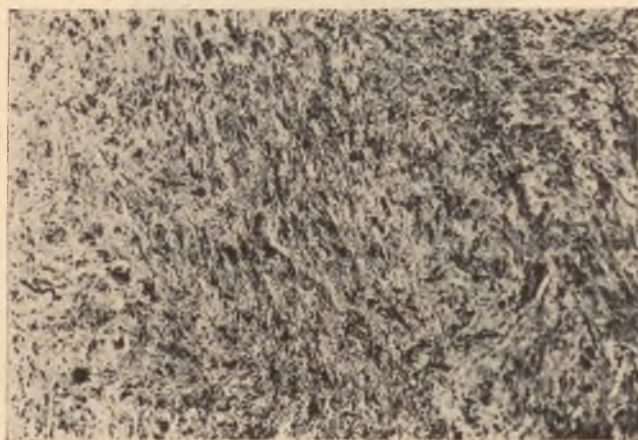
tchawicy zaszyto narazie pierwotnie. W pierwszych dniach po zabiegu chora gorączkuje do 38° C.

23. IX. Ciepłota ciała normalna. Wyjęto szwy, zmieniono setony. 30. IX. Usunięto kaniulę i setony ze światła tchawicy, dając powierzchniowy opatrunek. 14. X. Brzegi rany szybko się skleją. Oddech chorej swobody, głos czysty. Chorą nakoniec poddano naświetlaniom roentgenowskim, w ciągu których chora otrzymała 6.000 r., po 3.000 na każdą stronę.

Guz tchawicy o rozmiarach $2,2 \times 1,7$ cm, dochodzący wielkości orzecha włoskiego, znajdował się na przedniobocznej prawej ścianie, usadowiony na szerokiej podstawie, obejmował ku górze częściowo okolice chrząstki pierścieniowej, schodząc ku dołowi na wysokość 4-tej chrząstki tchawicy. Barwą, poza niewielkimi podbiegnięciami krwawymi, nie różnił się guz od ota-

czającej go śluzówki tchawicy, na groniastej jego powierzchni nie stwierdzało się makroskopowo żadnych ubytków w nabłonku.

Badanie histologiczne wykazuje: nowotwór, wychodzący z tkanki podśluzowej tchawicy, ostro odgraniczony pasmem tkanki łącznej włóknistej od chrząstki, nazewnątrz pokryty jest regularnym nabłonkiem jednowarstwowym cylindrycznym. Na szczycie guza miejscami zupełnie brak pokrywy nabłonkowej, miejscami pokrywa nabłonkowa składa się w komórek bardzo znacznie przyplaszczonych. W miejscu groniastych zagłębień płytkie uchyłki idące wgłąb guza. Sam guz jest lity, zbudowany



Ryc. 2. Włókniakomięsak tchawicy.

ze zbitej włóknistej tkanki łącznej, wśród której szczególnie na częściach obwodowych guza znajdują się liczne komórki przeważnie kształtu wrzecionowatego, już to bezładnie rozrzucone, już to układające się równoległe do siebie w postaci pęczków. Komórki te są różnej wielkości, czasami bardzo wydłużone, czasami pękate z jądrami również nierównej wielkości i kształtu, z widocznymi tu i ówdzie figurami podziałowymi. Między poszczególnymi komórkami, w preparatach barwionych sposobem Hornowskiego są widoczne grube smugi włókien kolagenowych, a gdzieś tam delikatne włókienka sprężyste. W miejscach ubytków pokrywy nabłonkowej widoczne są ogniskowe nacieki zapalne, złożone przeważnie z limfocytów i komórek plazmatycznych.

Drugi nasz przypadek dotyczy pierwotnego mięsaka wrzecionowatokomórkowego pozagardzielowego.

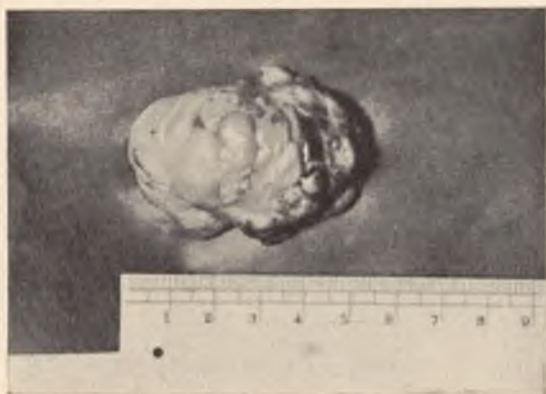
Nowotwory pozagardzielowe nie są ujęte w ramy tak dokładnych statystyk, jak nowotwory tchawicy, mimo, iż należą do równie rzadkich przypadków. Zestawienia guzów pozagardłowych dokonał w roku 1909 Litthauer, podając 34 przypadki i 2 własne (1 kilak i 1 włókniakomięsak). W zestawieniu tym jednak znajdują się guzy nowotworowe razem z guzami wywołanymi swoistym zapaleniem ziarninowym. W roku 1935 zebrał z literatury Natanson 52 takie przypadki, dodając 3 własne (2 nerwiakowłókniaki i 1 guz mieszany o złośliwym zwyrodnieniu). Za najczęściej występujące nowotwory pozagardłowe uważa Hünermann włókniaki, Natanson zaś nerwiaki i nerwiakowłókniaki. Roesner, rozpatrując dotychczasową kazylistykę tych przypadków, posuwa się nawet do twierdzenia, że przypadki dotychczas rozpoznawane jako włókniaki i włókniakomięsaki należy uważać za nerwiakowłókniaki, wychodzące z nerwu współczulnego szyjnego i przebiegające z jego uszkodzeniem, objawiającym się klinicznie zwężeniem źrenicy i szpary powiekowej, oraz zapadnięciem się gałki ocznej (Claude Bernard-Horner). Uszkodzenie jednak nerwu współczulnego szyjnego z dodatnim zespołem Claude Bernard-Hornera może być — jak tłumaczy Litthauer — wynikiem ucisku przez nowotwór nie wychodzący z nerwu. Natanson podaje, że guzy pozagardłowe są przeważnie charakteru dobrotliwego, wyjąwszy wiek niemowlęcy.

Nie kuszę się o dokładne zestawienie mięsaków pozagardłowych z powodu niemożności osiągnięcia całej literatury. Po-przestaną na tym, że w dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem tego rodzaju przypadków bardzo niewiele. Litthauer opisał przypadek włókniakomięsaka pozagardłowego, Barth również włókniakomięsaka za tylną ścianą gardła i Puszkina podał przypadek mięsaka u dziecka, imitujący ropień pozagardłowy.

Do tych nielicznych przypadków dodaję jeszcze jeden, obserwowany w tutejszej Klinice, ciekawy, jeśli już nie przez swoją rzadkość, to przez rozbieżność pomiędzy charakterem histologicznym, a obrazem klinicznym i przypominający w ten sposób mięsaki tchawicy, oraz pewien rodzaj mięsaków przełyku.

Chory lat 52, zgłosił się do Kliniki dnia 8. XI. 57 z tym, że od pół roku głos jego stał się bezdźwięczny, a od dwóch miesięcy wystąpiły trudności przy połykaniu i zakrztuszenie się. Objawy te stale się nasilają.

Mowa chorego bezdźwięczna i bezbarwna. Wziernikowo na tylnej ścianie gardła widoczny guz, dochodzący wielkości kurzego jaja, na szerokiej podstawie, ku przodowi przechodzący w kopulaste wypuklenie, przylegający do nagłośni w jej części szczytowej, zasłaniający całe wejście do krtani i dolny odcinek gardła wraz z zachyłkami gruszkowatymi. W czasie oddechu robi się tylko wąska szczelina pomiędzy guzem a brzegiem na-

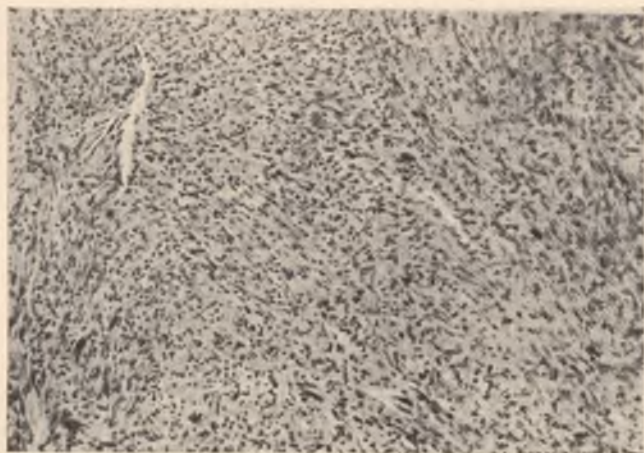


Ryc. 5. Mięsak pozagardłowy.

głośni. Guz ten przy obmacywaniu twardy, elastyczny, o jakby zrazikowej budowie, ma granice wyraźnie zaznaczone i jest przesuwalny ku górze, dołowi i na boki w przestrzeni około 1,5 cm.

9. XI. przystąpiono do wyluszczenia guza. W czasie narkozy wystąpiła u chorego silna duszność tak, że konieczne było wykonanie najpierw tracheotomii górnej, z której ewentualnością się liczone. Następnie cięciem wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowoobojczykowsutkowego lewego poprzed wiązką naczyniową dostano się poza tylną ścianę przełyku poniżej kości gnykowej. Posuwając się palcem na tępo ku górze dotarto do guza i wyluszczone go palcem, przy czym śluzówka zrośnięta na szczycie guza, na jednym ze zrazików przerwała się i pozostała na guzie, na przestrzeni 5-ciogroszówki. Wobec

tego przez nos nałożono choremu dren, w ranę zaś setony i założono dwa szwy sytuacyjne. 10. XI. usunięto choremu kaniulę tracheotomijną. 26. XI. usunięto z przełyku dren po uprzednim roentgenologicznym skontrolowaniu połykania papki kontrastowej, która zatrzymywała się tylko w okolicy zachyłków gruszkowatych. 4. XII. Rana pooperacyjna wygojona. Chory rozpoczął serię naświetlań roentgenowskich, z których otrzymał tylko 1,600 r. (po 800 na każdą stronę), a które musiał przerwać z powodu zapalenia ochrzęstnej pierścieniowatej, na które w międzyczasie zapadł. Obecnie zapalenie ochrzęstnej minęło, gardło



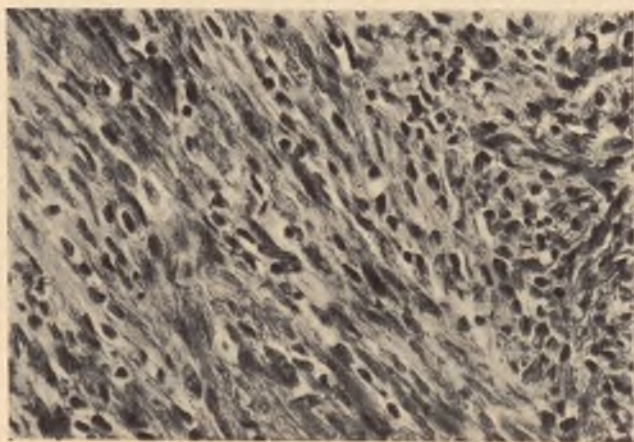
Ryc. 4. Mięsak pozagardłowy.

pozostaje wziernikowo bez zmian, pacjent na żadne dolegliwości nie skarży się.

Wyluszczoney guz pozagardłowy, o rozmiarach $5,5 \times 3,5$ cm, dochodzący wielkości jaja kurzego, posiadał płaską podstawę, ku górze i dołowi przechodził bocznymi płaszczyznami w łukowate krawędzie. Za wyjątkiem opisanego wyżej zrostu ze śluzówką gardła guz nigdzie nie przechodził na otoczenie i dał się łatwo wyluszczyć. Powierzchnia guza o zaznaczonej lekko budowie zrazikowej z płytkimi wrębami, barwa żółtaworóżowa, konsystencja guza mniejwięcej równomierna, elastyczna, miejscami nieco twardsza.

Badanie histologiczne wykazuje: guz o torebce ze zbitej tkanki łącznej włóknistej, wszędzie dobrze zachowanej. Utkanie

guza wszędzie jednolite składa się z licznych komórek gęsto obok siebie leżących, przeważnie kształtu wrzecionowatego, o jądrze owalnym, lub nieco wydłużonym, z widocznymi tu i ówdzie figurami podziałowymi. Komórki układają się miejscami w formie przeplatających się pęczków. Guz dość dobrze unaczyniony. W preparatach barwionych metodą Hornowskiego widać wszędzie, nawet pomiędzy poszczególnymi komórkami, bardzo delikatne włókienka kollagenowe. W ostatecznym wyniku badania histologicznego rozpoznaje się mięsaka wrzecionowato-komórkowego (*sarcoma fusocellulare*). Nowotwór ten wychodził niewątpliwie z tkanki podśluzowej tylnej ściany gardła, a napo-



Ryc. 5. Mięsak pozagardłowy.

tkany przy zabiegu operacyjnym zrost ze śluzówką na szczycie guza był punktem wyjścia tego nowotworu.

Zdjęcia i mikrofotografie wykonali w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. Pani Doc. Dr. J. Kowalczykowa i Kolega E. Głazowski, za co składam Im na tym miejscu serdeczne podziękowania.

Piśmiennictwo.

- Abbate L. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. B. XXV 56. S. 669.
 Adam J. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. B. IX/27. S. 16.
 Amersbach Zbltt. f. Ohrenheilk. B. 42/56 S. 185.
 Barth Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. B. XXI 54. S. 70.
 Berggren Zblt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. B. XIV/17. S. 228.

- v. Bruns P. Neubildungen der Luftröhre. Heymanns Handb. d. Laryngol. 1898, Bd. I, Wien, Hölder.
- Doyer E. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. IX/27. S. 429.
- Eppinger cyt. wg. C. Hart-E. Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. und Hist. Henke und Lubarsch Bd. III/1. S. 465).
- Geschelin A. Zblt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XII/28. S. 594.
- Heyninx cyt. wg. C. Hart-E. Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. und Histol. Henke u. Lubarsch Bd. III/1. S. 465).
- Hünermann T. Die Geschwülste des Rachens. Denker u. Kahler. Handb. d. Hals-Nasen-Ohren-Heilk. Bd. V. 275.
- Ingersoll Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XXXI/15. S. 125.
- Jurasz cyt. wg. Hart-Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. u. Histol. Henke u. Lubarsch. Bd. III/1. S. 465).
- Killian cyt. wg. Hart-Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. u. Histol. Henke u. Lubarsch. Bd. III/1. S. 465).
- Krieg cyt. wg. Minnigerode. Die Geschwülste der Luftröhre u. der Bronchien. Denker u. Kahler. Handb. d. Hals-Nasen-Ohren-Heilk. 1929. Bd. V. S. 545.
- Kryce Zbltt. f. Ohren Heilk. Bd. 27/27. S. 518.
- Lange G. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XXIII/54. S. 465.
- Litthauer M. Monatsschrift f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinolog. 1909. S. 457.
- Maier O. cyt. wg. Minnigerode. Die Geschwülste der Luftröhre u. der Bronchien. Denker u. Kahler. Handb. d. Hals-Nasen-Ohren-Heilk. 1929. Bd. V. S. 545.
- Meyer-Hüni cyt. Wg. Hart-Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. und Histol. Henke u. Lubarsch. Bd. III/1. S. 465).
- Natanson L. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XXIV/35. S. 467.
- Navratil Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XXXVI/20. S. 295.
- Norsk F. Zbltt. f. Hals-Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. XXIV/35. S. 507.
- Pieniążek. Die Verengerungen der Lufwege 1901. S. 429.
- Przygoda. Medycyna N. 16. 1911. S. 573.
- Puszkina. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XXIV/35. S. 590.
- Roesner. Zbltt. f. Hals-Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. XVI/51. S. 76.
- v. Schrötter. cyt. wg. Hart-Mayer (Handb. d. spez. path. Anat. und Histol. Henke u. Lubarsch. Bd. III/1. S. 465).
- Soerensen-Schoetz. Zbltt. f. Ohren Heilk. Bd. 58/54. S. 168.
- Watson-Williams. Zbltt. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. Bd. XVIII/52. S. 582.

Résumé.

W. Hassmann. Quelques cas rares de sarcome primaire de la trachée et de sarcome primaire rétropharyngé.

L'auteur cite 44 cas de sarcome primaire de la trachée et ajoute encore un cas observé par lui même; il s'agit d'une

femme de 55 ans chez laquelle l'examen histologique a démontré la présence d'un fibrosarcome. Cette tumeur, de la grandeur d'une noix, avait des dimensions de $2,2 \times 1,7$ cm et se trouvait à la partie antero-latérale droite de la paroi de la trachée 2 cm au dessous des cordes vocales; elle fermait presque complètement la lumière de la trachée. A cause d'une forte dyspnée on a fait d'abord une trachéotomie basse et ensuite une résection de la paroi de la trachée avec la tumeur. Après l'intervention la malade a été irradiée aux rayons X à la dose de 6000 r. Le sarcome de la trachée avait la structure d'une tumeur bénigne.

Le deuxième cas présenté par l'auteur concerne un homme de 52 ans, qui avait la voix changée et atone depuis six mois: depuis deux mois enfin il avalait avec difficulté. L'examen au spéculum montra sur la paroi postérieure une tumeur de la grandeur d'un oeuf de poule, de dimensions $5,5 \times 3,5$ cm, qui couvrait l'entrée du larynx et de la partie inférieure du pharynx: cette tumeur était bien limitée et glissait sur sa base. Au cours de l'intervention il était nécessaire de faire d'abord une trachéotomie à cause d'une forte dyspnée. Après une incision faite le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche devant le faisceau vasculaire, on est arrivé derrière la paroi postérieure du pharynx: allant vers le haut, on a atteint la tumeur, qu'on a énucléée avec le doigt. La muqueuse adhérente au sommet de la tumeur s'est rompue, laissant une partie de 1,5 cm de diamètre environ sur la tumeur et, par suite on a dû mettre au malade un drain dans le pharynx; enfin la plaie a été setonnée. L'examen histologique de la tumeur a montré la structure d'un sarcome fuso-cellulaire. — Au point de vue clinique le sarcome rétropharyngé avait le caractère d'une tumeur bénigne. Le lendemain après l'intervention on a retiré la canule trachéotomique et 14 jours plus tard on a retiré aussi le drain du pharynx. Enfin le malade a été soumis à des irradiations aux rayons X.

Przypadek pierwotnego zapalenia szpiku kostnego podstawy czaszki.

Dr HENRYK KOMPf

Chorzów.

Przypadki zapalenia szpiku kostnego czaszki zajmują w stosunku do kości długich niezbyt liczną pozycję. Scheinziss na 1782 przypadki osteomyelitis ac. zebrał 9 zlokalizowanych w kościach czaszki. Stosunek wynosiłby zatem 0,5%. Zgadza się to z oceną podaną przez v. Eickena. Pomijając pochodzenie urazowe, częste przed erą antyseptyczną, oraz przerzutowe przy schorzeniu kości długich, przyczynę zapalenia szpiku kostnego czaszki mogą stanowić choroby infekcyjne, jak odra, płonica, dur brzuszny i róża. Punktem wyjścia bywają również ogniska infekcyjne, bliżej lub dalej położone, np. w przypadku opisanym przez Küstera — karbunkul karku, w przypadku Lexera — czyrak kolana. Najważniejszą jednak dla nas i najwięcej znaną przyczyną schorzenia jest ropne zapalenie ucha środkowego oraz jam bocznych nosa. Zapalenie szpiku kostnego czaszki w większości przypadków zajmuje kości płaskie. O ile chodzi o podstawę czaszki, sprawa prawie zawsze wychodzi z ucha środkowego, przy czym u dzieci do 2 roku życia jako moment sprzyjający uważana jest przewaga warstwy gąbczastej wobec słabo jeszcze rozwiniętej pneumatyzacji. U dorosłych główną rolę odgrywa zropienie komórek szczytu piramidy. Przypadki innego pochodzenia należą do rzadkości. W stojącej do mej dyspozycji literaturze spotkałem tylko jeden, mianowicie opisany przez Silberberga przypadek osteomyelitis baseos cranii jako następstwo ropnia okołomigdałkowego, przechodzącego do przestrzeni pozagardłowej. Z tego względu podaję opis obserwowanego przeze mnie przypadku.

Agnieszka S. mężatka lat 52, przyjęta została do Szpitala Miejskiego w Chorzowie dnia 15. XII. 57. Wywiad: Od dzieciństwa cierpi na ozenę, innych chorób nie przechodziła. Obecne cierpienie datuje się od 5 miesięcy. Zaczęło się uporczywymi bólami głowy, zawrotami oraz zaparciem stolca. Bóle najwięcej odczuwała w czole. Chora stawała się coraz więcej nerwowa i nieopanowana. Przed trzema miesiącami wystąpiły bóle w uszach,

strzykanie i złudzenia słuchowe — chorej zdawało się, że ktoś szyby tłucze itp. Bóle uszu były niestale, występowały raz w prawym, to znów w lewym uchu. Słuch pogarszał się stale, tak, że porozumienie się z chorą stawało się coraz trudniejsze. W tym czasie zgłosiła się po raz pierwszy do lekarza, który przekazał ją do specjalisty, kol. Łapy, u którego konsultowała od 25. X. do 3. XII. 37. Według oświadczenia kolegi, chora skarżyła się z początku na bóle lewego ucha, później na bóle nosa i gardła. Przy pierwszej konsultacji stwierdził bolesność skrawka lewego ucha, upośledzenie słuchu, cuchnący zanikowy nieżyt nosa i przewlekły nieżyt gardła. W czasie leczenia objawów zajęcia ucha środkowego i wewnętrznego nie zauważył. Dnia 8. XII. wystąpiły wymioty i zawroty tak silne, że chora nie mogła utrzymać się na nogach. Przez kilka dni pozostawała w opiece lekarza praktyka. Wymiotowała co dzień. Dnia 14. XII. pojawiły się dreszcze i gorączka, następnego dnia została przewieziona do szpitala.

W chwili przyjęcia pacjentka skarży się na bóle głowy i zawroty. Na pytania reaguje powoli, odpowiada niechętnie. Przy chodzeniu zatacza się. Romberg silnie dodatni, bez wyraźnego kierunku padania. T. 36,6°, tętno 78/min. Ciśnienie krwi 132/98. Badanie internistyczne nie wykazuje nic szczególnego. Błona śluzowa gardła sucha, atroficzna, migdałki b. zm. Przewody nosowe wspólne szerokie, wypełnione zeschniętymi strupkami, przewody środkowe wolne, błona śluzowa zaczerwieniona, sucha. Jamy czołowe słabo wykształcone. Diafanoskopia i zdjęcie rtg. nie wykazuje zajęcia jam bocznych. Badanie uszu: Przewody słuchowe zewn. wolne, skrawek i wyrostek sutkowy z obu stron niewrażliwy na ucisk. Obie błony bębenkowe blade, nieco zmętniałe, refleks świetlny zatarty, wyrostek krótki młoteczka sterczy. Słuch: $\sqrt{\frac{0,1}{0}}$, $\sqrt{\frac{1-2}{0,2}}$. W: nie lateralizuje. Rinne i Schwabach niepewny. Wobec niechęci pacjentki badania skali słuchu zaniedbano. Przy patrzeniu w prawo stwierdza się stały, żywy oczopląs poziomy, przy patrzeniu w lewo Ny brak. Żrenice równe, reagują leniwie. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Dno oka bez zmian. Objawów oponowych brak. Przy opukiwaniu czaszki bolesność w okolicy potylicznej.

Podczas pierwszych 8 dni ciepłota utrzymywała się poniżej 37°, tętno 78—90/min. Chora skarżyła się na bóle głowy, promie-

niujące do czoła i potylicy, oraz szum w uszach i zawroty. Zachowywała się apatycznie, nie wymiotowała. Zdjęcie czaszki w wymiarze przednio-tylnym nie wykazało nic szczególnego, na zdjęciu bocznym: siodełko tureckie małe, o konturach zatartych. Wyrostki klinowate tylne oraz okolica clivus wykazują strukturę kostną zatartą, nierównomiernie rozrzedzoną. Odczyny serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemne. Płyn m. rdz. nieco mętny, ciśnienie 180 mm, pleocytozy nie badano. Otoskopowo obraz bez zmian. Słuch ulega dalszemu pogorszeniu: na prawe ucho słyszy tylko mowę głośną z odległości $\frac{1}{2}$ m, lewe ucho głuche. Przy końcu tygodnia oczopląs przy patrzeniu w prawo już nie występuje, natomiast okazuje się przy patrzeniu w lewo. Badanie neurologiczne stwierdza niedowład lewego nerwu twarzowego, osłabienie odruchów ścięgniastych lewej kończyny górnej i siły mięśniowej lewej dłoni. Odruchy brzuszne, kolonowe i ze ścięgna Achillesa zachowane. Babiński obustronnie zaznaczony. Żrenice rozszerzone, nie reagują na światło, przy zachowanej akomodacji. Ruchy gałki ocznej nie upośledzone. Język zbacza w prawo. Twarz maskowata.

W 9 dniu (25. XII.) temp. podnosi się do $38,5^{\circ}$, następnego dnia 39° , odtąd przebiega nieregularnie w granicach od 38 do $40,4^{\circ}$. Pacjentka wymiotuje po każdym jedzeniu, skarży się na silne bóle głowy, niedowidzenie, migotanie w oczach, głuchotę i szum w uszach. Słyszy tylko mowę głośną tuż przy prawym uchu. Obraz otoskopowy nadal bez zmian. Oczopląs mniej żywy utrzymuje się przy patrzeniu w lewo. Obraz krwi: białych ciałek 25 000, w tym Mł. 1%, P 3%, S 93%, L 3%. Przy punkcji lędźwiowej wypływa płyn mętny pod ciśnieniem. Reakcje: Pandya, Nonne Apelt + + + +, Weichbrodt, Takata Ara + +. Wassermann ujemny. Osad — drożdże, zanieczyszczenia.

Stan pacjentki pogarsza się z dnia na dzień. Stwierdza się postępujące kolejno porażenie mięśni twarzy, języka, kończyny górnej i dolnej, w pierw lewej, potem prawej połowy ciała. Odruchy ścięgniaste zniesione. Babiński obustronnie dodatni. Moczzenie mimowolne. Chora nie reaguje na otoczenie, oddech staje się nierówny, zwolniony, tętno przyspieszone o coraz słabszym napięciu. W końcowym stadium śpiączka, sinica i obrzęk płuc. Zgon 29 dnia pobytu w szpitalu (12. I. 38).

Sekcja czaszki wykazała nast. zmiany:

Przekrwienie opon. Obrzęk mózgu. Komory rozdęte, wypełnione płynem niezbyt mętym z pływającymi płatkami

ropnymi. Opona miękka podstawy mózgu i mózdzku zgrubiała, nieprzeźroczysta, pokryta częściowo podobnymi, luźnymi strzępkami ropnymi. Górna powierzchnia wolna. Przekroje nie przedstawiają nic szczególnego. Przysadka mózgowa makroskopowo bez zmian. Powierzchnia trzonu kości klinowej i potylicznej obnażona, chropowata. Siodełko i wyrostki klinowate tylne zniszczone. Trzon obu kości wykazuje na całej grubości rozległe zniszczenie. Kość ciemno-czerwona, krucha, miejscami ma-



Ryc. 1.

zista. Jamy klinowe obszerne, wolne, błona śluzowa biała. Obie kości skroniowe, w szczególności ucho wewnętrzne i środkowe makroskopowo bez zmian, ściany zatok nie zmienione.

Badanie histologiczne wycinka kości klinowej: (Śląska Prosektura — Cieszyn): Osteomyelitis ac. suppurativa et necrotisatio partialis cellularum. Zmian gruczliczych nie stwierdzono.

W wymazie z miazgi liczne ziarenkowce, układające się w grupy nieregularne. Hodowli nie robiono.

W opisanym przebiegu choroby uderzają towarzyszące jej od początku objawy ze strony ucha wewnętrznego, wytłumaczone rozwijającym się powoli zapaleniem szpiku kostnego i opon

w sąsiedztwie piramid i n. VIII. Etiologia w tym przypadku jest nieznaną. Ani wywiad, ani dokładne badanie całego organizmu nie wykazywało źródła choroby. Brak objawów zapalenia ucha środk. i zmian w uchu wewnętrznym wyklucza pochodzenie uszne. Nie stwierdzono również zapalenia jam bocznych. Zabiegów operacyjnych w nosie nie robiono. Jako jedyny punkt zaczeplenia pozostaje ozena, przed ostatnim zachorowaniem wogóle nie leczona. Zachodzi pytanie, czy toczący się od dzieciństwa i zaniedbany proces zanikowy o charakterze ozeny może spowodować wzgl. udostępnić infekcję u podstawy czaszki, analogicznie do odległych ognisk zapalnych w szpiku kostnym i ropni, powstających nieraz przy zapaleniu jam bocznych nosa. Często w tych przypadkach drogę infekcji poprzez naczynia kostne (vv. diploicae) łączące naczynia nosa i jam z oponą twardą, można tu wykluczyć, ponieważ proces odbywałby się raczej w kości czołowej, w kierunku sin. sagittalis sup. Możliwe jednak przyjąć drogę naczyniową przez vv. ethmoidales, v. opthalmica i sin. cavernosus. Biorąc pod uwagę kruchość atroficznej błony śluzowej i obecność licznej flory bakteryjnej przy ozenie; można przypuścić, że w danym przypadku przez nader łatwe uszkodzenie błony śluzowej, np. podczas usuwania strupów z nosa, droga ta została otwarta. Momentem utwierdzającym podejrzenie jest fakt, że przy braku specyficznego zarazka, wywołującego zapalenie szpiku kostnego, w większości przypadków prócz gronkowców, paciorkowców czy dwoinek spotyka się, znajduwane również przy ozenie, bakterie gnilne i grzybki, którym Schlitter i Laewens przypisują dużą rolę przy powstawaniu schorzenia oraz złośliwość przebiegu. Takie wytłumaczenie nie może wyjść poza granice przypuszczeń, nasuwa się jednak wobec niezwyklego zbiegu okoliczności.

Résumé.

H. Kompf. Un cas d'ostéomyélite primaire de la base de crâne.

L'auteur donne la description d'un cas, où dès le début il a constaté des symptômes d'otite interne, qu'on peut expliquer par l'ostéomyélite et une affection des méninges près du rocher et du VIII-e nerf. Quant à l'étiologie de l'affection l'auteur suppose une liaison avec l'ozène. Il est possible qu'il y eut des métastases bactériennes par les veines ethmoïdales, ophtalmiques et le sinus caverneux.

Z Oddziału Oto-laryngologicznego Szpitala Sióstr w Gdyni.

Do kazuistyki ciał obcych oskrzeli — przypadek trudnej ekstrakcji.

DR TADEUSZ GERWEL
ordynator Oddziału.

Endoskopista niekiedy może stanąć wobec trudnych sytuacji, w których nie będzie mógł znaleźć rozwiązania, ani za pomocą wystarczającego instrumentarium endoskopowego, ani też klasycznych sposobów postępowania.

W tych przypadkach rodzaj zabiegu i jego skuteczność będzie zależeć tylko od inwencji operatora i może odbiegać od trybu klasycznego postępowania. Poniżej opisany przypadek ilustruje trudności, jakie praktyka endoskopowa dać może laryngologowi do rozwiązania i sposoby jakich musi on czasami się chwycić ażeby uratować życie chorego.

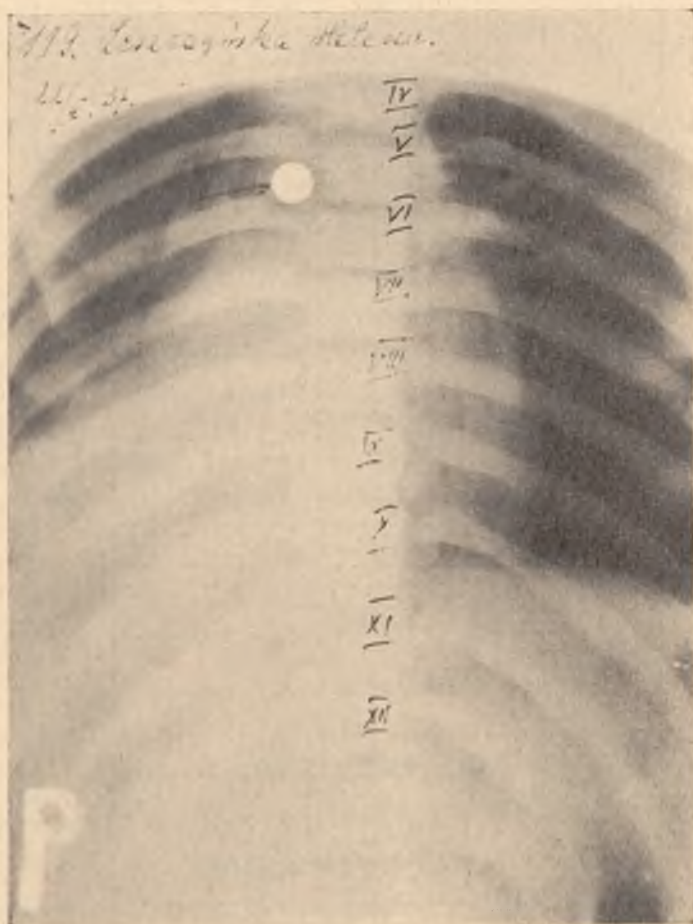
Dnia 22. II. 1957 zostaje przewieziona do Szpitala dziewczynka l. 9, która przed dziesięciu dniami zaaspirowała do dróg oddechowych okrągłą, stalową, niklowaną kulę o średnicy jedynego cm.

Badanie wykazuje: temp. 38,6°, tętno 124/min., opukowo silne stłumienie nad prawym płucem, zniesienie szmeru oddechowego. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje rozedniętą płuć lewego, niedodmę prawego, przesunięcie serca na stronę prawą, ciało obce metaliczne tuż przy kręgosłupie na wysokości V kręgu, równomierne zaciemnienie w obrębie prawego dolnego płata, mogące nasuwać podejrzenie w kierunku ropnia.

W znieczuleniu miejscowym wykonano bronchoskopię górną i stwierdzono silny odczyn zapalny w otoczeniu ciała obcego. Po anemizacji śluzówki uwidacznia się na bardzo małej przestrzeni ciało obce połyskujące. Próby uchwycenia sztancą i chociażby częściowego zmobilizowania go nie udają się. Po przeszło półgodzinnej pracy nad usunięciem ciała obcego zabieg przerywano.

Dnia następnego po uprzednim wstrzyknięciu atropiny wykonano powtórnie bronchoskopię górną lecz również bez rezultatu. Ciało obce jest silnie wkliniowane, bez ryzyka przebiccia ściany oskrzela nie ma mowy o jego poruszeniu. Zdałem sobie

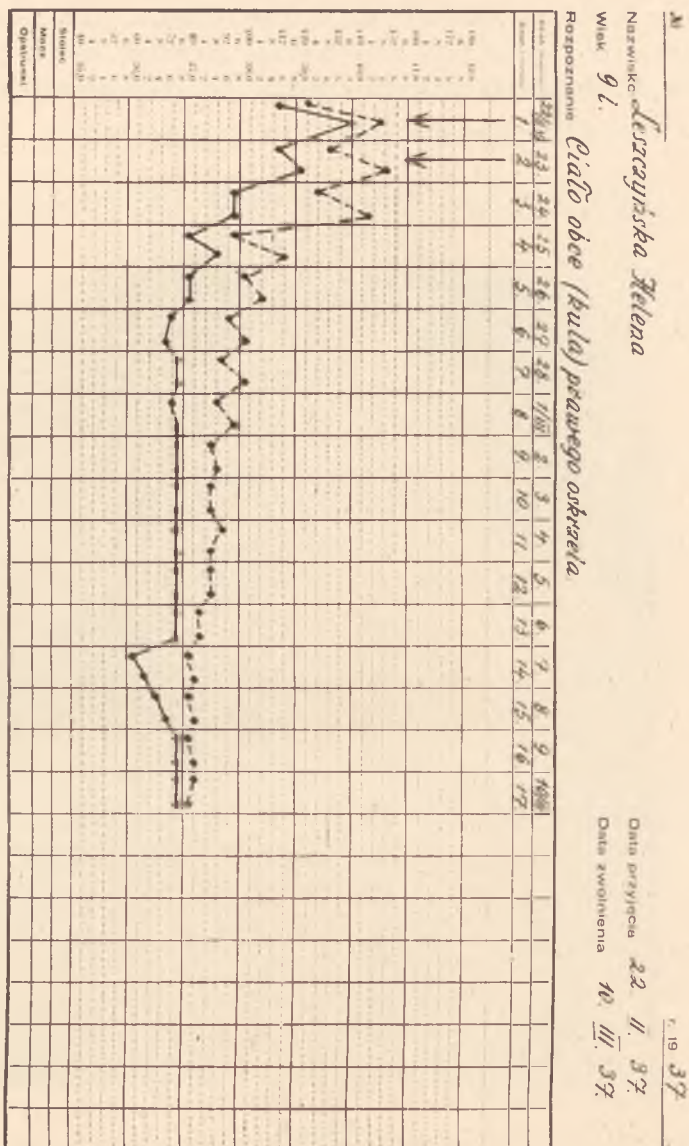
wówczas sprawę, że kula może być wydobyta tylko takimi kleszczami, któreby posiadały dostatecznie szerokie, cienkie, tępo zakończone, o długich, silnych równoległe do siebie przebiegających ramionach.



Ryc. 1.

Warunki powyższe umożliwiłyby uchwycenie ciała obcego bez obawy wtłoczenia go głębiej. W tym celu postanowiłem zastosować kleszcze według Desjardinsa do wydobywania kamieni żółciowych.

Wykonałem tracheotomię dolną i we wzierniku nosowym Killiana o bardzo długich ramionach, założonym do tchawicy uda-



Ryc. 2.

ło się za pomocą tych kleszczy objąć ciało obce i już bez trudu wydobyć je. Równocześnie chora wykrztusiła dużą ilość wydzieliny ropnej przez otwór tracheotomijny i przez nos. Pacjentkę ułożono w pozycji Trendelenburga, do otworu tracheotomijnego włączono aspirator. Poza tym leczenie internistyczne, za-

strzyki bęźdzwinianu sodu dożyłne, propidonu domięśniowe, środki wykrztuśne i inhalacje.

Po kilku dniach zeszyto otwór potracheotomijny. Przebieg temperatury uwidacznia wykres.

Po 2-tygodniowym pobycie w szpitalu chora zostaje wypisana jako wyleczona.

Résumé

T. Gervel. Un cas de corps étranger métallique de la bronche droite enlevé par bronchoscopie.

L'auteur décrit le cas d'une fille de 9 ans qui avait aspiré une boule d'acier de 1 cm de diamètre dans les voies respiratoires supérieures. La radiographie a révélé la présence du corps étranger, dans la bronche droite. Deux tentatives d'extraction par la bronchoscopie supérieure ayant échoué l'auteur obligé d'abandonner la méthode d'intervention classique procéda à la trachéotomie basse. En utilisant un spéculum nasal de Killian il a extrait le corps étranger avec une pince de Desjardins pour l'extraction des calculs biliaires.

Z Oddziału Otolaryngologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego
we Lwowie.

(Ordynator: Doc. Dr A. DOBRZANSKI).

Zastosowanie rurki tracheotomijnej do drenażu w przypadku ropienia szczytu piramidy z ropniem podoponowym.

DR JAN DANIELEWICZ, asystent oddziału.

Mężczyzna S. H. lat 25 więzień, przyrowadzony na oddział przez konwojenta dnia 4. XI. 1937, L. prot. 429.

Wywiady: Od 1½ miesiąca wysięk ropny z ucha prawego, od 2 tygodni połowicze bóle głowy i obrzęk za uchem.

Stan obecny: Ucho lewe bez zmian. W przewodzie słuchowym zewnętrznym ucha prawego obfita wydzielina śluzowo-ropna. Przewód słuchowy jest koncentrycznie zwężony, zwłaszcza

cza tylną górną ścianę. Błona bębenkowa jednostajnie zaczerwieniona i obrzęknięta, szczegóły a także perforacja niewidoczne. Powierzchnia zewnętrzna wyrostka sutkowego na ucisk bolesna, ciastowato obrzęknięta, skóra blada. Szept słyszalny przy małżowinie. Weber na prawo. Nos i gardło zmian nie wykazują. Temperatura wynosi 38,8, tętno zaś 80 na minutę.

5. XI. Operacja: W narkozie eterowej wykonano typową antrotomię znajdując rozległe zniszczenie kości we wszystkich komórkach, sięgające aż do opony środkowej jamy czaszkowej i zatoki esowatej, które odstonięto. Chorego po kilku dniach przeniesiono do Szpitala więziennego, gdzie co drugi dzień wykonywano opatrunki. Przez cały czas pobytu we więzieniu chory nie gorączkował. Dnia 29. XII. 1957, a więc w 55 dni po pierwszej operacji przyjęto chorego ponownie na oddział, z powodu skarg na uporczywe bóle głowy. Bóle początkowo słabe, od 2 tygodni nasiliły się tak znacznie, że mimo środków uśmierzających chory nie śpi ani w dzień ani w nocy. Bóle te lokalizuje chory w okolicy skroniowej, ciemieniowej i czołowej. W ostatnich dniach wystąpiło łzawienie z oka prawego i podwójne widzenie. Chory podaje, że przy żuciu pokarmów ma trudności. Temperatura 36,8. Tętno 64 na minutę. Badaniem stwierdza się: Chory wybitnie blady, o zapadniętym wyglądzie twarzy, robi wrażenie ciężko chorego. Ucho lewe, nos, gardło bez zmian. W przewodzie słuchowym zewnętrznym ucha prawego obfita ilość cuchnącej wydzieliny ropnej. Przewód zewnętrzny koncentrycznie zwężony. Górna część błony bębenkowej obrzęknięta, zgrubiała, szaro-sinawa, w dolnej części błony żywo czerwona granulacja wielkości główki szpilki, którą przy badaniu usunięto. Na wyrostku sutkowym blizna długości 5 cm w dole przechodząca w przetokę o brzegach zgrubiałych, naciekłych, z której wydobywa się obficie cuchnąca ropa. Sonda wprowadzona do przetoki wchodzi do jamy sutkowej. Szept akcentowany słyszy przy małżowinie, Webera lokalizuje w uchu chorym. Oko prawe przez cały przeciąg badania obficie łzawi i lekko zbacza ku nosowi. Przy patrzeniu w prawo chory widzi podwójnie. Oddech spojówkowo-rogowkowy prawy jest zupełnie zniesiony. Stwierdza się bolesność przy opukiwaniu kości skroniowej i ciemieniowej, brak sztywności karku, przy patrzeniu w prawo drobny oczopląs poziomo-obrotowy. Wobec powyższego stanu zdecydowano się wykonać operację powtórna.

W narkozie eterowej przedłużono cięcie ku górze i dołowi, odsłonięto jamę pooperacyjną wypełnioną dość obficie ziarniną i ropą. Przy dłutowaniu wgłęb wyrostka jarzmowego znaleziono dość dużo komórek wypełnionych ropą (antrotomia epitympanalna), jak również za i poniżej przebiegu nerwu twarzowego. Idąc od pokrywy jamy sutkowej w kierunku do kanału i poza kanał półkolisty górny natrafiono na ognisko rozmiękle kości, leżące przy oponie i drażące wgłęb ku szczytowi piramidy. Przy podniesieniu opony twardej ku górze, która łatwo i na głębokości 5 cm od kanału półkolistego górnego dała się unieść, wylała się pod ciśnieniem żółta, gęsta ropa w ilości około 5 cm³. Po podniesieniu opony twardej ku górze wyskrobano kość szczytu piramidy i założono dren gumowy. Ponieważ dren nie odprowadzał ropy skutkiem zaciśnięcia światła między silnie napiętą oponą twardą a kanałem półkolistym górnym, zdłutowano kanał półkolisty z eminentia arcuata oraz mały odcinek krawędzi piramidy i założono dren długości 7 cm, licząc od kanału półkolistego górnego do środka, uzyskując przez to nieco lepszy odpływ ropy. Po operacji gwałtowne objawy wyłączenia labiryntu trwały 2 dni zmniejszając się stopniowo. Kontrolne zdjęcie rentgenologiczne wykazało: Szczyt piramidy kości skalistej prawej zniszczony. Zniszczenie dotyczy tylnodolnej części piramidy i sięga do otworu słuchowego wewnętrznego. Górna krawędź piramidy sterczy w formie ostrogi. Wyrostek sutkowy przedstawia stan po attico-antrotomii, a wprowadzony dren przebiega wzdłuż piramidy i jest zgięty wypukłością ku dołowi. Na 5-ci dzień stwierdzono, że po wyjęciu drenu wylała się obfita ilość wydzieliny ropnej. Ponieważ to samo powtórzyło się następnego dnia usunięto dren gumowy i zastąpiono go wewnętrzną rurką tracheotomijną Nr 1 mod. Pieniążka. Po założeniu rurki wydobywa się obficie ropa. Od tego dnia bóle głowy ustąpiły bezpowrotnie, tętno z 64 podniosło się na 89 na minutę, przy czym przez cały czas utrzymywał się stan bezgorączkowy. Wykonano powtórnie zdjęcie Rtg., które wykazało, że rurka sięga w okolice zniszczonego szczytu piramidy. Następnego dnia po założeniu rurki objawy ze strony nerwu odwodzącego jak i nerwu trójdzielnego ustąpiły. Rurka metalowa pozostawała w jamie pooperacyjnej przez przeciąg 2½ miesiąca i była kilkakrotnie oczyszczana i zmieniana. Ilość wydzieliny ropnej powoli ale trwale zmniejszała się, a na tydzień przed usunięciem rurki

zupełnie przestała się wydzielać. W kilka dni po usunięciu rurki rana za uchem zagoiła się, jak również zamknął się otwór w błonie bębenkowej. Całkowita głuchota w uchu prawym oraz brak pobudliwości kalorycznej i obrotowej wskazywały na obumarcie błędnika prawego. Do dnia dzisiejszego chory ma się dobrze.

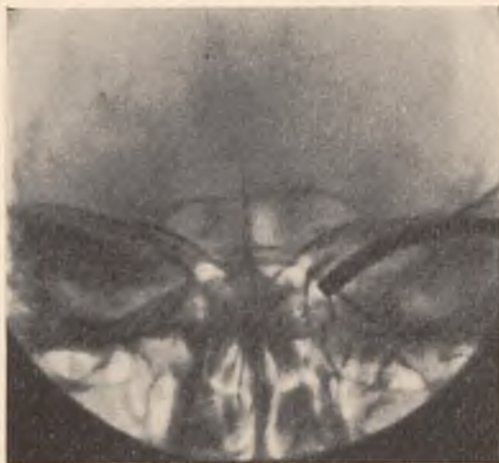
W tym przypadku uderza nas późne wystąpienie objawów zajęcia komórek szczytu piramidy, a wyraźnych objawów dopiero 5 miesiące od początku powstania zapalenia ucha środkowego. Na powstanie tego stanu miało niewątpliwie wpływ niedostateczne usunięcie przy pierwszej operacji umieszczonych



Ryc. 1.

nad jamą bębenkową komórek okołobłędnikowych. Chory przedstawiał zupełnie klasyczny obraz ropienia szczytu piramidy z kompletnym zespołem Gradenigo i Gassera. Prócz tego były objawy ropnia podoponowego, wyrażające się podniesieniem ciśnienia śródczaszkowego z tętnem 64 na minutę. Ropienie komórek okołobłędnikowych odnosiło się do przednich i tylnych dając w rezultacie wypływ ropy tak przez przewód jak i przez przetokę. Antrotomię epitympanalną wykonano przed zdłutowaniem górnego kanału półkolistego. Po tym nie wykonano już operacji radykalnej licząc się ze złym oddychaniem przy operacji jak i dłuższym przebiegiem gojenia pooperacyjnego. Duże usługi w leczeniu pooperacyjnym oddała rurka metalowa dając

doskonały odpływ ropy, czego drenem gumowym w żaden sposób nie dało się osiągnąć. Ta sama rurka tracheotomijna oddaje nam doskonale usługi przy leczeniu ropni mózdzku.



Ryc. 2.



Ryc. 5.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, że zapalenie szczytu piramidy rzadko prowadzi do wykonania zabiegu operacyjnego, co tu było bezwzględnie konieczne, jak i za-

stosowanie rurki tracheotomijnej, która tu okazała się bardzo korzystna.

Przedstawione zdjęcia uwidaczniają położenie drenu gumowego i rurki tracheotomijnej wewnętrznej w jamie ropnia.

Résumé.

J. Danielewicz. L'application d'une canule trachéale au drainage, dans un cas d'ostéite profonde du rocher, compliqué d'un abcès extra-dural.

Le cas a été opéré par voie translabyrinthique. Après le curettage de l'apex on a drainé l'abcès à l'aide d'un drain de caoutchouc. Comme le drainage ainsi fait n'était pas suffisant car les méninges comprimaient le drain elastique, on l'a remplacé par une canule trachéale intérieure, Nr. 1 et on a obtenu la guérison complète après deux mois et demi de ce traitement.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Poznańskiego
(Dyr.: Prof. Dr W. JEZERSKI)
i z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego
(Dyr.: Prof. Dr A. LASKIEWICZ)

Podstawowa przemiana materii przy przerosłych migdałkach.

Dr WANDA MACIUKIEWICZOWA
i Dr SABINA MITTENDORF-SAWICZ.

Dotychczas liczba gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym nie została ustalona. Obok grasicy, tarczycy, przysadki mózgowej, gruczołów płciowych i pozostałych narządów ogólnie znanych ze swej funkcji dokrewnej, rozmaici autorowie dopatrują się wydzielania dokrewnego także w innych organach. W okresie tych badań poczęto migdałkom podniebiennym i gardłowemu przypisywać własności dokrewne. Lekarze praktycy, a także rodzice dzieci, operowanych z powodu przerostu migdałków, zauważyli, że organizm dziecięcy inaczej zachowuje się po wycięciu migdałków: dzieci lepiej się rozwijają, stan odżywienia podnosi się, znika ospały i apatyczny wygląd. Peller badał 30000 dzieci w wieku od 14—16 lat uwzględniając wagę, wzrost i rozwój klat-

ki piersiowej. Stwierdził on, że przerosłe migdałki działają hamująco na wzrost, wagę ciała i rozwój klatki piersiowej i że wraz z usunięciem migdałków usuwa się czynnik hamujący, to znaczy, że dzieci z usuniętymi migdałkami posiadają większy, wzrost, wagę i rozwój klatki piersiowej. Prócz tego stwierdził on, że menses u dziewcząt z hyperplazją migdałków występują później, niż u dziewcząt z normalnymi migdałkami, u dziewcząt zaś które przechodziły tonsillotomię, menses występowały daleko wcześniej niż normalnie. Peller zmiany te przypisuje wpływom hormonalnym. Po usunięciu migdałków i u dorosłych, nieraz się stwierdza, iż oni szybko przybierają na wadze. Nasunęło to myśl, że migdałki muszą posiadać jakąś substancję hamującą rozwój młodego organizmu. Anatomopatologicznie w przerosniętych migdałkach prócz rozrosłej tkanki adenoidalnej i wzmożonej liczby komórek limfatycznych nie szczególnego nie znaleziono. Sluzówka, pokrywająca przerosnięte migdałki, obrzmiała, zawiera zazwyczaj rozszerzone i liczne naczynia krwionośne. Jeżeli zaś chodzi o florę bakteryjną, to znajdowano tam gronkowce białe i złociste, łańcuszkowce i różne pałeczki gramododatnie z grupy streptotrix. Myake i Histoche wysuszyli migdałki i drogą chemiczną znaleźli, że Ca znajduje się więcej w migdałkach u dzieci niż u dorosłych, a Magnesium odwrotnie. Ta zmiana składu chemicznego występuje w okresie dojrzewania płciowego. Porto i Carlo Felice znaleźli w przerosłych migdałkach i w chronicznym zapaleniu migdałków zwiększoną ilość glutationu, a zmniejszoną jego ilość w bliznowato zmienionych migdałkach. Wiadomo, że glutation ma wpływ stabilizujący na oddychanie tkankowe i zostaje tam zmobilizowany wówczas, gdy proces oddechowy jest zachwiany. Nakaschima stwierdza, że ilość glutationu nie jest zależna od wielkości migdałka, zależna jest natomiast od wieku osobnika, i że zawartość glutationu maleje z wiekiem, a to dlatego, że procesy utleniająco-redukcyjne u dzieci są większe. Lugle i Gualtjero stwierdzają, że po zastrzyku wyciągu z migdałków, krzywa wydzielania wody przez nerki wzrasta, oraz zwiększa się liczba białych ciałek krwi. Również Fleischmann i Richter wykryli w migdałkach substancję posiadającą własności redukujące, jak i w innych gruczołach dokrewnych. Badania zaś Schmiedta, Andresena, Suchanecka i Russa potwierdziły istnienie substancji swoistej w migdałkach. Jakież więc wpływ jej jest

na organizm? Kostyal Ladis znalazł, że iniekcje podskórne u dzieci i u królików wyciągu z migdałków powodują hypoglikemię, jak insulina. Wyciąg ten, wstrzyknięty dożylnie wywołuje hyperglikemię, która potem przechodzi w hypoglikemię. Działanie wyciągu migdałkowego jest podobne do działania insuliny i nawet wzmacnia jej działanie. Gärtner i Kostyal wstrzykiwali dożylnie królikom wodny roztwór migdałków, co powodowało obniżenie ciśnienia krwi.

Giza i Halasz stosując wyciąg odbiałczony z migdałków cielaka przy pharyngitach, pochodzenia migdałkowego u osób starszych otrzymali dobry wynik. Tłomaczą oni to tym, że migdałki oprócz substancji hamującej wzrost organizmu posiadają substancję regulującą pracę naczyń błony śluzowej górnych dróg oddechowych. Voss na podstawie swoich doświadczeń nad kijankami przyszedł do wniosku, że w migdałkach musi być jakieś ciało chemiczne, powstrzymujące wzrost organizmu dziecięcego. Doświadczenia Griebela i Slobodnik'a, przeprowadzone na roślinach i białych szczurach, potwierdzają badania Vossa. Prace zaś Cytowicza dają wręcz odwrotny wynik. Opierając się na wynikach tego autora, trzeba by przyjąć, że migdałki zawierają ciało potrzebne do wzrostu i normalnego rozwoju organizmu młodego.

Ciekawe są również wyniki badań Jastrebowoj z Kliniki Cytowicza, która znalazła zmiany w tarczycy u prosiaków z wyciętymi migdałkami. Zmiany te podobne są do zmian tarczycy przy chorobie Basedowa (rozszerzone naczynia, mniejsze i nieregularnie ukształtowane pęcherzyki oraz mniejsza zawartość koloidu). Takie same zmiany znaleziono u prosiaka, którego matka miała wycięte migdałki. Dlatego klinicyści podkreślają ścisłą zależność migdałków z innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym i zależność tę w ten sposób przedstawiają: grasicą istnieje już w pierwszym roku życia i w pierwszych 3 latach dosięga największych rozmiarów, a potem gdy zaczyna rozwijać się tkanka adenoidalna w postaci migdałków podniebiennych i gardłowego, zanika, natomiast z kolei po 10 roku życia zaczyna się okres inwolucji tkanki adenoidalnej i rozwój tarczycy z jej dominującym wpływem. Autorzy zaś amerykańscy, a także i Portmann radzą usuwać migdałki w niektórych postaciach wola. Jaki jest wpływ migdałków na organizm ludzki z punktu widzenia wydzielania wewnętrznego, dodatni czy uje-

mny, określić trudno. Ponieważ ostatnio badanie i obliczanie podstawowej przemiany materii oddaje oddaje wielkie usługi przy rozpoznawaniu, i postępowaniu w schorzeniach narządów o wydzielaniu wewnętrznym, postanowiono w Klinice chorób wewn. U. P. i Klinice laryngologicznej U. P. zaobserwować zachowanie się podstawowej przemiany materii u osobników z przerosłymi migdałkami i czy zachodzą jakie większe zmiany po wyluszczeniu migdałków kompletnym lub częściowym. W obserwacji naszej było 20 chorych dorosłych i dzieci. Do badań wybieraliśmy osobników młodych, dziedzicznie nie obciążonych, cierpiących jedynie na wybitny przerost migdałków (niekiedy połączony z przewlekłym zapaleniem). U pacjenta takiego po 3-dniowej diecie bezbiałkowej na czczo, badaliśmy przemianę podstawową aparatem Krogha. Na drugi dzień zabieg chirurgiczny a w 6—7 tygodni następnego badania przemiany materii.

1. Chora A. K., lat 20.

Rozpoznanie:

Tonsillitis ch. hyperplastica.

Przemiana materii — 0,7.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu — 11,9.

2. Chora J. D., lat 9.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii 19.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu 40.

3. Chory S. C., lat 21.

Rozpoznanie:

Tonsillitis ch. hyperplas.

Przemiana materii: 11,38.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu 8,9.

4. Chory N. A., lat 24.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 6,58.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 6,1.

5. Chora S. L., lat 52.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 15.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 10,1.

6. Chory G. T., lat 28.

Rozpoznanie:

Tonsillitis ch. hyperplas.

Przemiana materii: 19.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 9.

7. Chory S. A., lat 29.

Rozpoznanie:

Tonsilitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 30,2.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 20,8.

8. Chory M. H., lat 6.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar et pharyng.

Przemiana materii: 14.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 10.

9. Chora Z. J., lat 12.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 22.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 14.

10. Chory Sz. H., lat 13.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 52.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 41.

11. Chora F. R., lat 10.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 6.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 11,1.

12. Chora St. K., lat 6.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 40,35.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 30,35.

13. Chory D. K., lat 20.

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 17.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 12.

14. Chora Sz. J., lat 19.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 12.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 11,38.

15. Chora M. A., lat 24.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 6,8.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 8,8.

16. Chora U. W., lat 15.

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 67.

Zabieg: Tonsillectomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 42.

17. Chora K. S. 35.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 16,69.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 12.

18. Chora D. M., lat 28.

Rozpoznanie:

Tonsillitis chr. hyperplas.

Przemiana materii: 13.

Zabieg: Tonsillectomia.

Przemiana materii po zabiegu: 10.

19. Chory A. H., lat 8.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 24.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 16.

20. Chora N. R., lat 6.

Rozpoznanie:

Hyperplas. tonsillar. palatinar. et pharyng.

Przemiana materii: 15.

Zabieg: Tonsillotomia et adenotomia.

Przemiana materii po zabiegu: 7.

Badanie przemiany gazowej podstawowej przed zabiegiem wykazało: 5 przypadków o przemianie gazowej podstawowej normalnej, 9 przypadków o podwyższonej, 6 przypadków o zmniejszonej. Badanie przemiany po zabiegu usunięcia migdałków wykazało:

1. W przypadkach gdzie przemiana podstawowa była normalna przed zabiegiem utrzymuje się też ona w granicach normalny po zabiegu.

2. W tych przypadkach gdzie przemiana podstawowa była zwiększona po zabiegu zmniejsza się.

3. W przypadkach gdzie przemiana podstawowa była zmniejszona po zabiegu wzrosła zbliżając się do normy.

Na podstawie tych badań można powiedzieć, że migdałki mają wpływ na przemianę gazową. Zachodzi teraz tylko pytanie jakiego rodzaju jest ten wpływ?

Różne wyniki przemiany materii przy przerośniętych migdałkach możnaby porównać do przerostu innych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu jak na przykład tarczycy.

Podobnie jak przerost tarczycy jest połączony z nadczynnością w jednych przypadkach, z niedoczynnością w innych, można więc przypuścić, że przerost migdałków może być wyrazem ich niedoczynności jak i też nadczynności, a tylko w niektórych przypadkach przerost bez wykazania zmiany w ich czynności.

Résumé

W. Maciukiewiczowa et S. Mittendorf-Sawicz. Le métabolisme basal et l'hypertrophie des amygdales.

En étudiant le métabolisme basal chez 20 malades avec amygdales hypertrophiées, avant et après l'ablation de celles-ci, les auteurs ont fait les observations suivantes:

1. Dans les cas où le métabolisme basal était diminué, il a augmenté après l'intervention.

2. Si le métabolisme était augmenté, l'intervention le faisait diminuer.

3. Si le métabolisme était normal, on n'a pas observé de modifications après l'opération.

De ces observations les auteurs tirent la conclusion que l'hypertrophie des amygdales peut être en rapport avec l'hyperfonction ou l'hypo-fonction de celles-ci, de même que dans les autres glandes endocrines.

Piśmiennictwo

1. Szmurło: Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej. Pamiętnik II kursu dokształcającego dla lekarzy, 1929.
2. Michałowicz i Wiśniewski: Zespół anginowy i reumatyczny w wieku dziecięcym. Pamiętnik I polskiego zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu, 1950.
3. Sochański: Zagadnienie limfocytozy, a nadczynność tarczycy, Zeszyt 1, Archiwum medycyny wewnętrznej, 1952.

4. Pokrzewiński: przyczynek do zagadnienia wpływu doświadczalnej alkalizacji ustroju na układ wegetatywny i podstawową przemianę materii u ludzi zdrowych.
Archiwum medycyny wewnętrznej, Rok 1952.
5. Gautenberg: Beitrag zur klinischen Gasstoffwechselbestimmung, insbesondere bei Schilddrüsenerkrankungen, Endokrinologie 1950, T. 6, Z. 2.
6. Franke: Badanie przemiany gazowej w schorzeniach gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i jej znaczenie. Wykład kliniczny, Polska gazeta lek. 1, 50.
7. Bagiński: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1899.
8. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1915.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. P.

W sprawie osteomyelitis petrosquamo-mastoidea u dzieci

podał: Prof. Dr A. LASKIEWICZ.

Eagleton w swej nowej klasyfikacji kości czaszkowych opartej na ich budowie i rozwoju, zalicza piramidę kości skalistej do typu mieszanego, w którym główną masę stanowi kość gąbczasta, posiadająca własności odpornościowe, dzięki zawartości szpiku czerwonego (narząd reticuloendothelialny) nazwana przez autora „le protecteur passif pneumatique“. Kość ta obejmuje otoczkę kostną błędnika, która stanowi ten drugi typ kości zbitej, słabo unaczynionej, osłaniającej błędnik błoniasty. Kość ta rozwija się w 4-tym miesiącu życia płodowego z zawiązku chrzęstnego, tworzącego tu tzw. pierwotny blok błędnikowy i pozostaje w dalszym ciągu jako warstwa środkowa (enchondralna) capsulae labyrinthi, kostniejąca oddzielnie (wewnątrzchrzęstnie) stąd zbita jej konsystencja. Przeważnie zbite utkanie posiada także blaszka tympanalna. Nadto zaznaczyć należy, że wyrostek sutkowy składa się również z dwojakiego rodzaju kości, t. j. części należącej genetycznie do 1) petrosum, która wykazuje początkowo utkanie gąbczaste, później pneumatyczne, oraz 2) części przednio-górnej, pochodzącej od kości skroniowej. Tę ostatnią zalicza wspomniany autor do typu kości płaskich czaszki, budowy łączno-tkankowej. Rozwój pneumatyzacji

w tym pierwonię spongiotyczny-diploetycznym masywie kostnym sięga okresu niemowlęctwa i dzieli się na 3 okresy z których pierwszy rozpoczyna się tworzeniem uchylka górnego jamy bębenkowej i antrum. W okresie drugim (od 2—3 roku życia) przychodzi do wtóro-rzędnego zwężenia antrum wskutek narastania listewek kostnych z najbliższego sąsiedztwa do jamy sutkowej, a proces pneumatyzacji postępuje dalej w kierunku szczytu wyrostka sutkowego i okolicy skroniowo-jarzmowej. III-ci okres przypada mniejwięcej na 4-ty rok życia, kiedy to wyrostek sutkowy jest już wykształcony a przez resorbcję brzeżnych listewek kostnych w jego wnętrzu wytwarzają się większe komórki pneumatyczne przede wszystkim dookoła antrum, a następnie także i w obrębie samej piramidy kości skalistej. Przychodzi tu bowiem do wytworzenia się w pierwszej linii pneumatyzacji okółobłądnikowej i szczytowej przez resorbcję tłuszczu szpikowego i wrastanie na jego miejsce nabłonka płaskiego z najbliższej położonych komórek pneumatycznych, aż w końcu cała piramida kości skalistej zmienia się w jeden system komórek pneumatycznych. Utknanie diploetyczne piramidy u oseków nadają jej większą odporność dzięki obecności szpiku kostnego czerwonego i unaczynienia anastomotycznego przy braku zupełnym końcowych gałązek naczyniowych. U osobników zaś starszych spotykamy procentowo częściej przejście sprawy zapalnej z ucha środkowego na kość piramidy, z powodu zmiany szpiku czerwonego na tłuszczowy (mniej odporny na zakażenie) oraz w końcu zastąpienie tego ostatniego przez komórki powietrzne, która to pneumatyzacja rozwija się w 55% przypadków aż na szczyt piramidy. Równocześnie niemal ten okres końcowej pneumatyzacji rozciąga się także na łuskę kości skroniowej i potylicznej. Podział systemu pneumatycznego wyrostka sutkowego ujął Mouret w 9 grup komórkowych, rozmieszczonych równomiernie do przodu oraz ku tyłowi od szwu sutkowo-łuskowo-skalistego (fissura petro-squamo-mastoidea) a mianowicie: okolica antralna i poniżej antralna powierzchowna i głęboka, okolica skroniowo-jarzmowa i Moureta (rg. jugo-digastrique), okolica tylnogórna, tylnodolna i szczytowa. Co się zaś tyczy piramidy to spośród licznych autorów jak Girard, Schlander, Voss, Uffenorde, Mayer, Ramadier i Lange, najbardziej wyczerpującym jest podział Tobecka, wyróżniający 4 grupy pneu-

matyczne (p. fig. 1), tj.: tylną, umieszczoną w tylnogórnej części piramidy aż ku przewodowi słuchowemu wewnętrznemu. Druga grupa górna, która wychodzi z górnej części jamy bębenkowej, przebiega ponad blokiem kanałów półkolistych i dąży podobnie jak poprzednia ku szczytowi, piramidy. Obie te grupy łączą się najczęściej ze sobą w tzw. pneumatyzację tylnogórną. Grupa 3-cia dolna wychodzi z hypotympanum i rozciąga się pod blokiem błędnikowym aż do dolnej ściany przewodu słuchowego wewnętrznego. Ostatnia wreszcie grupa (4-ta) przednia jest ułożona dookoła trąbki Eustachiusza i ściany dol-



F. 1. Rozmieszczenie pneumatyzacji w piramidzie kości skalistej wdg. Tobecka.

nej kanału tętnicy szyjnej. Te 2 ostatnie grupy komórek pneumatycznych mogą się łączyć ze sobą, jak również w tzw. typie idealnie pneumatycznym wszystkie 4 wymienione grupy pneumatyczne tworzą jeden połączony ściśle ze sobą system pneumatyczny piramidy kości skalistej. To też procesy zapalne, szerzące się z ucha środkowego na piramidę obejmują zazwyczaj cały jej system pneumatyczny, wobec czego zasługują na nazwę petroapicitis. Schorzenie to cechuje się zespołem objawów ogólnych, miejscowych ze strony ucha i najbliższego sąsiedztwa oraz nerwowych. (Stany podgorączkowe, przedłużający się wy-

wyciek ropny z ucha środkowego ponad 4 tygodnie w ostrym jego stanie zapalnym, zatarcie zarysów szczytu piramidy na zdjęciu rentgen., zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego przez opadnięcie przednio-górnej jego ściany, ewentualnie też wypuklenie bocznej ściany jamy nosowo-gardłowej). Do objawów nerwowych tego powikłania należą: bóle głowy o zmiennym natężeniu w okolicy skroniowej, ciemieniowej, potylicznej i wgłębi oczodołu, podrażnienie nerwu V-go oraz porażenie nerwów: VI-go rzadziej VII-go, VIII-go, IX-go X-go, i XI-go. Przechodząc do szczegółowego omówienia w tytule wymienionego zagadnienia zaznaczyć należy, że sprawą tą zajmował się już przedtym szereg autorów jak: Wittmaack, Siebenmann, Voss, Brock, Aschoff, Fuld, Neff, Scheibe, Tobeck. Ilość i wielkość jamek szpikowych w wyrostku sutkowym i piramidzie kości skalistej jest największą u osesków i zmniejsza się w miarę rozwoju osobnika na korzyść pneumatyzacji tych kości. Stąd to znaną jest rzeczą, że u starszych osobników przychodzi raczej do ograniczonego procesu zapalnego szpiku kostnego w wyrostku sutkowym, względnie okolicy skroniowo-jarzmowej, podczas gdy u małych dzieci przeważa proces osteomyelityczny rozlany w tych miejscach. Dzieje się to wskutek przeniesienia się zakażenia z błony śluzowej najbliższych przestrzeni pneumatycznych (antrum komórki okołoastralne) na naczynia kanałów Haversa, które pozostają w ścisłej z nią łączności. Nadto podkreślić należy, że bezpośrednią przyczyną tego powikłania jest z reguły rodzaj zakażenia i retencja ropy w danym odcinku kostnym, w którym kość styka się na dużej przestrzeni z zapalną śluzówką. Z drobnoustrojów, najczęściej tu spotykanych wymienia Uffenorde, Schlittler, Preysing i Brock streptokoki hemolityczne, śluzowe, stafylokoki złociste, pneumokoki śluzowe, prątki grypowe i diplococcus crassus. W postaciach zaś o przebiegu bardziej przewlekłym znajdujemy obok streptokoków liczne beztlenowce (Sebileau). W obrazie histologicznym widzimy w tych przypadkach liczne zakrzepy w naczyniach kanałów Haversa, bądź większych żył kostnych jak: vena diploetica temporalis (Laurens, Lanois) emissarium mastoideum. Stąd też niejednokrotnie się zdarza, że te właśnie części kostne jak część łuski skroniowej i tylnodolna część wyrostka sutkowego ulegają obumarciu, tworząc sekwestry różnej wielkości, leżące wolno wśród mas ziarninowatych. Powierzchnia ich tak zewnętrzna

jakoteż i wewnętrzna jest nierówna, chropowata a przestrzeń diploetyczną wypełnia tkanka ziarninowa, która niszczy beleczki kostne i przebija się nieraz w kilku miejscach przez corticalis na zewnątrz, tworząc przetoki. W tych to miejscach widzimy pod silniejszym powiększeniem znacznie rozszerzone kanały Haversa, wypełnione obficie treścią ropną, w której obok dużej ilości ciałek białych obojętno-chłonnych i włóknika spotykamy osteoklasty i megakariocyty. Zjawienie się tych ostatnich w zwiększonej ilości stoi w związku z występowaniem licznych zakrzepów w żyłach kostnych; dzięki prawdopodobnej ich własności wytwarzania płytek Bizzozera. Mniej prawdopodobną jest ich czynność ochronna jako fagocytów. Naciekiem drobnokomórkowym są objęte naczynia na całym swym przebiegu, tak, że miejscami da się ten naciek prześledzić w kierunku okostny na zewnątrz w obrębie zaś górnych części wyrostka sutkowego i łuski skroniowej może on sięgać aż do opony twardej, powodując na niej odczyn zapalny, względnie ropień zewnątrzoponowy. W okresach dalej posuniętych spotykamy tu i ówdzie wyraźne procesy odnowy z bujaniem tkanki łącznej i naczyń krwionośnych zwłaszcza od okostny i nowotworzeniem się kości dzięki osteoblastom. W innych znów miejscach przychodzi do wydzielenia się martwaków kostnych a powstałe stąd ubytki wypełnia świeża tkanka ziarninowa. Sprawą zapalenia szpiku kostnego piramidy kości skalistej pod względem klinicznym, anatomopatologicznym, radiologicznym i operacyjnym zajmował się szereg wyżej wymienionych autorów. Ostatnio temat ten został rozszerzony nowymi badaniami nad osteomyelitis petrosa u dzieci przez W. Eagletona, Karbowskiego i Uffenordeggo. Ten ostatni zwłaszcza w swoim referacie na zjeździe oto-laryngologów niemieckich w Kassel w roku 1937-tym podał obszerny opis zmian zapalnych w piramidzie kości skalistej u osesków i ich powikłań w świetle własnych badań i spostrzeżeń klinicznych. Przypadki te opisywano niejednokrotnie przedtem jako sepsis otogenes u niemowląt na tle ostrego i przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego (Neff, Tobeck, Eagleton, Karbowski) przyjmując bezpośrednie przejście zakażenia z jamy bębenkowej przez żyły kostne na opuszkę żyły jarzmowej i tą drogą do krwiobiegu. Badania Uffenordeggo stwierdziły że w wielu wypadkach ma się tu do czynienia z przejściem infekcji z ucha środkowego na kość piramidy, przyczym przychodzi do wytworzenia

rzenia się procesu zapalnego osteomyelitis. Na 5-ciu dokładnie histologicznie (na skrawkach seryjnych) przebadanych przypadkach dzieci od 5 miesięcy do 1 roku wykazał on, że stan zapalny z jamy błębenkowej przenosi się przeważnie na przednio-dolną pneumatyzację piramidy, prowadząc do ograniczonego zakrzepu sin. petrosus infer. Proces zapalny, obejmujący szpik kostny rozprzestrzenia się szybko w kierunku szczytu piramidy na okolicę zwoju Gassera i can. caroticus. To też we wszystkich badanych przypadkach spotykał autor w pierwszym rzędzie szeroki wał nacieku drobno-komórkowego dookoła ściany art. carotis interna, powodujący charakterystyczne jej spłaszczenie w kształcie biskopta. Są to najczęściej procesy zapalne dolnej części piramidy, w których przychodzi do przebicia się od strony trąbki Eustachiusza do kanału tętnicy dogłowej, przyczym pierwotna sprawa zapalna w uchu środkowym może być już na wygojeniu. W następnych 2-ch przypadkach (dziecka 8-mio mies. i 1-no rocznego) wykazał w komórkach kostnych dolnego uchylka jamy błębenkowej proces ropny zapalny z pojawieniem się większej ilości osteoklastów i lakun Howhipa, gdzie miało miejsce przejście tego procesu na ścianę opuszki żyły jarzmowej i wytworzenie się ukrytego zakrzepu przyściennego. Na dalszych skrawkach seryjnych widać pod silniejszym powiększeniem wyraźne zakrzepy w drobnych żyłach i nacieki dookoła tych naczyń w kanałach Hawersa, sięgających jak w jednym przypadku w bezpośrednie sąsiedztwo aqueductus vestibuli i nerwów, leżących w obrębie foram. lacerum poster. Stąd silniejsze podrażnienie błędnika, dominujące w obrazie klinicznym. U oseska 5-cio miesięcznego, zmarłego na meningitis ex otitide (pneumococ. mucos.), stwierdził drobnowidowo silny naciek zapalny w obrębie fen. ovalis i rotunda, rozciągający się daleko ku przodowi aż do szczytu piramidy, gdzie warstwa szpikowa wykazała rozrozległe nacieczenie drobnokomórkowe dookoła naczyń krwion., sięgające ku dołowi do can. caroticus i gl. Gasseri, ku wewnątrz zaś aż do fossa jugularis bez zajęcia bulbus v. jugularis. W innym znów przypadku zapalenia szpiku kostnego piramidy u dziecka 8-mio miesięcznego, mógł autor wykazać najsilniejsze zmiany zapalne w kanałach Haversa okołobłędnikowych dolnych z naciekiem drobnokomórkowym dookoła naczyń kostnych, objętych zakrzepem, z przewagą granulocytów obojętnochłonnych i megakariocytów. Okolica fen. rotunda zawiera kilka

drobnych ognisk ropnych. Z tych to miejsc można było wykazać bezpośrednio przejście zapalenia na sin. petros infer. z wytworzeniem się w nim ograniczonego zakrzepu oraz zapalenia opon mózgowych) w płynie mózgo-rdzeniowym i ropie pneumokoki i prątki grypowe. Objawy kliniczne zapalenia szpiku kostnego piramidy kości skalistej dadzą się podzielić na ogólne wewnątrzczaszkowe i miejscowe.

W opisanych przez Uffenordeggo przypadkach tego powikłania u osesków do pierwszych zaliczyć należy ostry nagły początek z wysoką gorączką, dreszczami i zapadowym tętnem, zaburzeniami żołądkowo-kiszczowymi. Do tego dołączają się zwykle dość wcześnie objawy zajęcia opon mózgowych jest to zamroczenie, drgawki, sztywność karku, porażenie nerwu VI-go i VII-go, mętny punktat łądźwiowy pod ciśnieniem. Objawy miejscowe są dziś już dokładnie znane i stanowią rzecz można wcale okazały zbiór szczegółów tak ważny dla różniczkowego rozpoznania osteomyelitis petrosa. Do tych należy w pierwszym rzędzie obrzęk w okolicy za i poniżej małżowiny usznej, posuwający się niekiedy aż na skroń. Bolesność przy obmacywaniu okolicy stawu żuchwowego i gruczołów chłonnych szyi. Co do tych ostatnich zaznaczyć należy że Eagleton pierwszy zwrócił uwagę na to że w obrazie klinicznym osteomyelitis petrosa u osesków występuje charakterystyczny obrzęk tylnobocznej ściany jamy nosowo-gardłowej w postaci wałowatego nacieku, elastycznej konsystencji, pochodzącego od przednio-dolnej części oraz szczytu piramidy, obok znacznego obrzęku gruczołów chłonnych szyjnych i gorączki o typie septycznym. Stany te były przedtem często rozpoznawane jako adenoiditis chron. et abscessus retro-latero-pharyng. pochodzenia zapalnego od adenoidu, dopiero badania Eagletona wyświeiliły należycie całą tę sprawę. Tło septyczne przebiegu tego powikłania należy odnieść do rodzaju zakażenia (*streptococcus hemolyticus*, *pneumococcus mucos.* i *beztlenowce*) i zakrzepów w obrębie żył sin. petros. infer. oraz plexus venos. caroticus. Stąd tak często sprawa ta jest wiązana równoczesnym zapaleniem ogniskowym płuc a z drugiej strony występuje zapalenie opon mózgowych jako wyraz przeniesienia się zakażenia przez wspomniane naczynia żyłne względnie wprost z ogniska w szpiku kostnym piramidy na wypustki opony twardej w okolicy fossa subarcuata anter. (Hinsberg), rzadziej drogą przez błędnik. W obrazie klinicznym do-

minuje postać zapalenia opon mózgowych o przebiegu septycznym. Otoskopia wykazuje w tych razach cuchnącą wydzielinę ropną w znacznej ilości po której oczyszczeniu widać niekiedy wypadniętą błonę śluzową jamy bębenkowej przez otwór perforacyjny do przewodu słuchowego zewnętrznego. Co się tyczy symptomatologii zapalenia szpiku kostnego wyrostka sutkowego, kości skroniowej i piramidy u starszych dzieci zaznaczyć należy że obraz kliniczny tych powikłań nie różni się zasadniczo od tego spotykamy u dorosłych osobników. Rozległość wspomnianych zmian może być różna, zależnie od ciężkości zakażenia i sięgać od szczytu piramidy i wyrostka jarzmowego aż na potylicę. Odpowiednio do tego także i objawy kliniczne będą wykazywały różny stopień nasilenia. A mianowicie: Obrzęk twardej przed uchem w okolicy łuku i kości jarzmowej z udziałem obu powiek, posuwający się z wolna na cały wyrostek sutkowy ku tyłowi czaszki. Wysoka gorączka o typie septycznym z dreszczami, podrażnieniem opon mózgowych i oczopląsem. Obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych, karkowych i podszczękowych po danej stronie. Wędrowanie wspomnianego obrzęku z okolicy skroniowo-jarzmowej ku tyłowi nieraz z dnia na dzień wyraźnie się zaznaczające. Ostry nagły początek oraz zajęcie wczesne stawu żuchwowego a niekiedy nawet naciek w okolicy pozażuchwowej, wypuklający częściowo boczną ścianę gardła. Powikłania ze strony zatoki esowatej (thrombophlebitis) i średniego dołu czaszkowego występują pod postacią ropnia zewnątrzoponowego a przy równoczesnym zajęciu piramidy kości skalistej może przyjść łatwo do ropnego zapalenia opon mózgowych. W ciężkich postaciach ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego np. na tle płonicy przychodzi niekiedy do ograniczonej martwicy rynienki kostnej nn. twarzowego i ścian błędnika (can. horizont. i ślimak) wskutek septycznych zakrzepów gałązek naczyńowych, zaopatrujących ścianę wewnętrzną jamy bębenkowej. Mamy wówczas w obrazie klinicznym wypadnięcie czynności błędnika, głuchotę po tej stronie, porażenie nn. twarzowego oraz wybitne podrażnienie opon mózgowych, które zazwyczaj kończy się ropnym ich zapaleniem. Otoskopia wykazuje w tych razach silnie cuchnący wyciek ropny z ucha, zwiększoną ilość soli Ca w nim oraz drobne sekwestry kostne, rozległe zniszczenie błony bębenkowej i kosteczek, opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego, wyprysk naskórza ma-

żowiny usznej, przemieszczonej przez naciek, względnie ropień podokostnowy, w dół i na zewnątrz. Z ropy udaje się wyhodować streptoc. hemolyticus, mucosus i pneumococcus mucosus. Obraz kliniczny zapalenia szpiku kostnego piramidy kości skalistej u starszych dzieci jest niemal identyczny z tym jaki spotykamy u dorosłych osobników. Występują więc na plan pierwszy zaburzenia ze strony wszystkich gałęzi nn. trójdzielnego pod postacią: bólów głowy, nasilających się zwłaszcza w nocy a zlokalizowanych do okolicy, skroniowej, ciemieniowej, potylicznej i pozagałkowej (od ram. tentorianus Arnoldi). Następnie porażenie nn. VI-go homolateralne, rzadziej kontralateralne, będące wyrazem rozpoczynającego się już ropnego zapalenia opon mózgowych (Ruttin), które zjawia się bądź w pierwszych dniach choroby, bądź dopiero po 2-ech, 3-ech i 4-ech tygodniach. Również do rzadkich powikłań tego procesu należy porażenie nn. twarzowego, językowo-gardłowego, błędnego i dodatkowego (Haymann, Oppikofer, Baylor, Langenbeck). Zawroty głowy i oczopląs są w tych wypadkach przemijające, zdarzają się zdaniem Seydella w 2% przypadków i mogą dać łatwo powód do omyłek diagnostycznych że chodzi o zapalenie błędnika. Dopiero dokładne badanie słuchu i narządu równowagi wyjaśnia sprawę. Do mniej typowych objawów petritis i osteomyelitis petrosa należy obrzęk przednio-dolnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, bolesność okolicy stawu żuchwowego i sąsiednich gruczołów chłonnych, cuchnąca wydzielina ropna, obrzęk ujścia gardłowego trąbki Eust., jej tkliwość na ucisk a niekiedy także wytworzenie się ropnia pozagardłowego bocznego górnego. Zapalenie tylnogórnych komórek szczytu piramidy cechuje się zajęciem nerwu VII-go i VIII-go. Zależnie od rodzaju zakażenia ostro przebiegające postaci osteomyelitis petrosa dają wczesne ropne zapalenie opon mózgowych z zejściem śmiertelnym. Obraz drobnowidowy kości wyrostka sutkowego oraz części skroniowo-jarzmowej jest w głównych zarysach analogiczny do tego jaki wyżej opisałem u osesków to też oddzielnie go opisywać nie ma potrzeby. W ustaleniu rozpoznania kierujemy się prócz tego jeszcze obrazem rentgenowskim, który dla każdej z wymienionych postaci zapalenia szpiku kostnego wykazuje charakterystyczne zmiany pod postacią zatarcia konturów szczytu piramidy, oraz ubytków w obrębie mastoideus czy reg. zygomatico-tempor. Zaznaczyć tu jeszcze należy że przy pomocy zdjęć rent-

gen. porównawczych jednej i drugiej strony można wykryć zmiany w obrębie szczytu piramidy już bardzo wczesnie w chwili wystąpienia pierwszych wyraźnych objawów tego powikłania. Mimo pewnych trudności technicznych rentgenografii szczytu piramidy u osesków można przecież dojść do celu przytrzymując oburącz główkę oseska mocno do płyty blendy Buckego na czas zdjęcia, sposobem opisanym przez Betouliera. Ułożenie najdogodniejsze dla dokładnego porównawczego zdjęcia obu szczytów winno być według Stenversa, Schüllera lub przednio-tyłne G. Schmidta. Zaletą tego ostatniego ułożenia jest zwiększenie konturów oczodołowych, przez co cień kostny, zakrywający szczyt piramidy ulega znacznemu osłabieniu, ten ostatni natomiast nabiera na wyrazistości i odcina się ostro od otoczenia. Tam gdzie chodzi o dokładność nie należy poprzestać na jednym tylko ułożeniu, lecz z konieczności dołączyć jeszcze zdjęcie według Stenversa, które ostatnio zostało ulepszone dzięki zastosowaniu aparatów stereorentgenowskich.

Z pięciu przypadków zapalenia szpiku kostnego piramidy kości skalistej i wyrostka sutkowego, spostrzeganych i operowanych ostatnio przezemnie, chodziło w pierwszym o dziecko lat 12. M. P., które przywieziono do naszej kliniki z wyciekami ropnym z ucha środkowego prawego od kilku miesięcy po grypie. a obecnie stwierdza się obrzęk za małżowiną uszną prawą i opadnięcie tyłno-górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, gorączkę $38,2^{\circ}$ C., samopoczucie dobre. Wykonano na drugi dzień antro-mastoidectomię. Powierzchnia wyrostka sutkowego chropowata i nierówna. Powierzchniowe komórki antralne i periantralne wypełnione ropą i ziarniną. Z ropy wyhodowane streptoki niehemolityczne. Proces karietyczny, sięgający w obręb tyłno-dolnych komórek wyrostka sutkowego, które wydłutowano i wyskrobano doszczętnie. Antrum szerokie oczyszczono łyżeczką — po założeniu cienkiego setonu z gazy jodoformowej. ranę zeszyto. Na 4-ty dzień ciepłota podniosła się do $38,6^{\circ}$ C, lekkie dreszcze tętno 100, dobrze napięte, bóle głowy w okolicy ciemienia i czoła. Ponowna rewizja rany, ze zdjęciem tegmen tympan, — opona średniego dołu czaszkowego bez zmian. Brak retencji ropy, oraz jakichkolwiek zmian potwierdzających ten stan. Nakłucie rdzeniowe wykazuje płyn lekko opalizujący, Pandy ujemny, ilość ciałek białych 3 w polu widzenia. Na 6-ty dzień znów ciepłota $38,9^{\circ}$ C., bóle głowy i pozagałkowe po stronie cho-

rej. Ponownie nakłucie rdzenia wykazuje już płyn mętny, Pandý-Nonne-Appelt + +. Odtąd stan stale się pogarsza, bezprzytomność i zejście śmiertelne na 7-my dzień po zabiegu. Nekroscopia wykazała: ropne rozlane zapalenie opon mózgowych. Narządy wewnętrzne jak serce, wątroba i nerki przedstawiają zmiany mięszone. Badanie drobnowidowe wyciętej piramidy kości skalistej dało: jama bębenkowa wypełniona niewielką ilo-



F. 2. Dziewczynka 1.: 12. M. P. Osteomyelitis petrosa. — Przekrój poprzeczny przez kanał tętnicy dogłowej wewn. — Szeroki pas nacieku podokostnowego powoduje jej spłaszczenie.

ścią wydzieliny śluzowo-ropnej, błona śluzowa jej silnie nacieczona. Kość dookoła epitympan. i antrum silnie przekrwiona, naczynia w kanałach Hawersa otoczone naciekiem drobnokomórkowym w którym stwierdza się liczne megakariocyty, w samych zaś naczyniach przeważnie zakrzepy. Błędnik bez zmian. Komórki okołobłędnikowe tylko w przednio-dolnej części piramidy wykazują zmiany wysiękowe a naczynia szpiku kostnego przekrwienie. W okolicy pneumatyzacji okołotrąbkowej stwier-

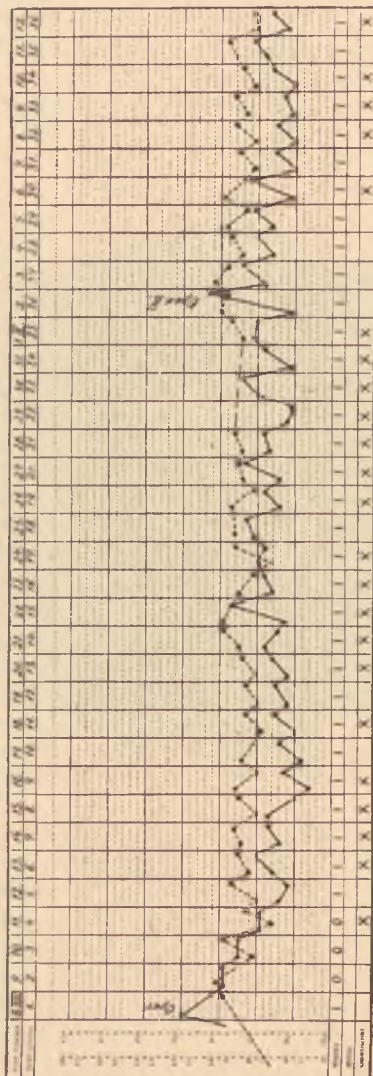
dza się najsilniejsze zmiany zapalne w obrębie kanałów Hawersa (zakrzepy i nacieczenia w naczyniach a miejscami wyraźne ubytki ścianki kostnej, przez które proces ropny przedostał się w obręb kanału tętnicy dogłowej wewnętrznej. Nagromadzony w jego świetle wysięk zapalny przeważnie w warstwie podokostnowej, spowodował uciśnięcie i charakterystyczne spłaszczenie tętnicy dogłowej wewnętrznej. To też jej zarzysy na przekroju poprzecznym przedstawiają się w postaci wydłużonego biszkopta (p. fig. 2). Sama zaś błona śluzowa trąbki Eust. nacieczona i zgrubiała. Tą drogą tj. przez kanał tętnicy dogłowej wewn. przyszło niewątpliwie do zakażenia opon mózgo-



F. 5. Dziewczynka 1.; 9. G. W. — Otitis md. purul. ac. et mastoiditis ac — Sekwestr łuski kości skron. 20 × 50 mm.

wych. Drugi przypadek dotyczył dziewczynki lat 9. G. W., która cierpiała na wyciek ropny z ucha prawego od kilku lat a przed tygodniem wystąpiły bóle oraz obrzęk za małżowiną uszną prawą. W chwili przyjęcia do kliniki ciepłota 37,8° C., tętno 96 dobre. W przewodzie zewnętrznym prawym niewielka ilość wydzieliny ropnej cuchnącej. Opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego, zasłaniające całkowicie kontury błony bębenkowej. Bolesność przy obmacywaniu wyrostka sutkowego oraz okolicy żyły jarzmowej. Oczopląs samoistny 2-go stopnia. Słuch upośledzony w zakresie schorzenia narządu przewodzącego. Stroik C; lateralizuje w prawo. W uśpieniu eterowym wykonano operację doszczętną. W epitympan. perlak wielkości fasoli, tegmen karietyczny, po jego zdjęciu widać ropień zewnątrzopon. Równocześnie stwierdza się zakrzep zatoki eso-

watej. To też podwiązano żyłę jarzmową, zatokę rozcięto i usunięto zakrzep. Ciężota nie przekracza $37,5^{\circ}$ C. Bakteriologicznie streptokoki niehemolityczne. Tętno dobrze napięte miarowe. Ob-



F. 4. T. S. przypadek. Krzywa gorączkowa.

fite ropienie z jamy operacyjnej. Codzienne opatrunki z przemywaniem rany chloraktyną 0,2%. Podwyżki ciepłoty dochodzą codziennie do $37,8^{\circ}$ C., bóle głowy i brak apetytu. Równocześnie daje się zauważyć ponad małżowiną uszną obrzęk sięgający do

wewnętrznego kąta oka, wielkości jaja kurzego, bolesny na ucisk. Powieka górna i dolna oka prawego obrzękła, szpara powiekowa znacznie zwężona po rozwarciu jej widać obrzękłą spojówkę gałkową. Wobec niemożności przedostania się zgleźbieniem od rany w kierunku tegoż nacieku wstrzyknięto 1 c³ propidonu domięśniowo, zewnętrznie okład alkoholowy a następnego dnia wykonano rewizję rany w uśpieniu eterowym. Cięcie pierwotne przedłużono na 1½ palca ku górze, po zeszkrobaniu ostrożnym ziarniny ze ściany zatoki esowatej odpreparowano całą małżowinę uszną ku przodowi wchodząc pod okostną kości



F. 5. T. S. przyp. Sekwestr wyrostka sutkowego wielk. 25 × 25 × 20 mm.

skroniowej i z tego to miejsca wypłynęła gęsta ropa. Powierzchnia łuski kości skroniowej chropowata, w pewnym miejscu przy ucisku raspatorem stwierdza się jej ruchomość to też przy pomocy kleszczy kostnych luksuje się i wyciąga ten sekwestr kostny, pod którym stwierdza się ropę i ziarninę na oponie. Wielkość tego sekwestru wynosi 50 × 20 mm p. fig. 3. W miejsce wspomnianego ubytku zakłada się seton z gazy jodoformowej i parę szwów zewn. na skórę. Po operacji stan dobry, gorączka dochodzi — 37,8° C. podaje się 2 razy dziennie po 1 tabletkę septyzyny. Szóstego dnia ropienie znacznie się zmniejszyło, obrzęk powiek cofnął się a ciepłota spadła do 37° C. p. fig. 4. Po dalszych 8-miu dniach rana zaczyna się zwolna zaciągać a ropienie

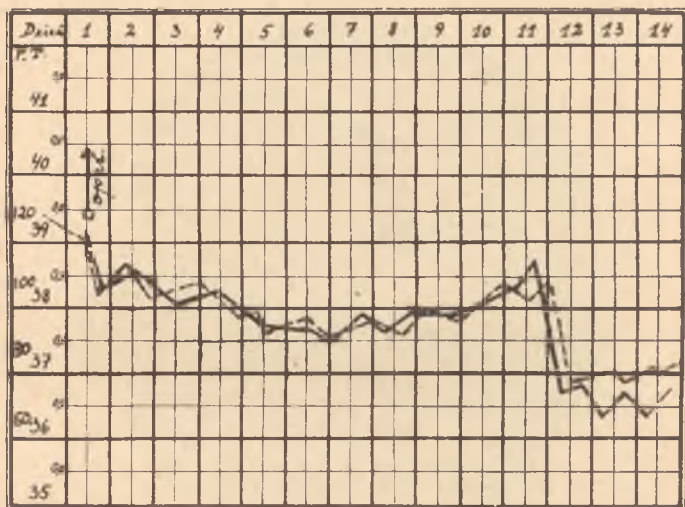
z okolicy trąbki słuchowej utrzymuje się. W ciągu następnych 4 tygodni rana pokryła się całkowicie naskórkiem z wyjątkiem okolicy przytrąbkowej. Stosuje się przepłókiwania trąbki Eust. od jamy bębnekowej i naświetlania lampą kwarcową. — w 6-tym tygodniu zwalnia się chorą z raną na zagojeniu. W 5-cim przypadku chodziło o dziecko lat 8½ M. W., u którego w 5-cim tygodniu płonicy wystąpiło ropne zapalenie ucha środkowego prawego a następnie mimo leczenia specjalistycznego przyszło



F. 6. T. S. przyp. Przekrój przez część brzeżną tego sekwestru — hem. eoz. Leitz 5. mały martwak kostny, leżący w zagłębieniu karietycznym kości.

po dalszych 2-ech tygodniach do zajęcia wyrostka sutkowego prawego z silnym obrzękiem, sięgającym aż na potylicę, oraz bólesnością za małżowiną uszną i gruczołów chłonnych poniżej wyrostka sutkowego. T. 39,5° C, tętno 106 dobrze napięte, wyciek ropny cuchnący z ucha, opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego, zasłaniające zupełnie kontury błony bębnekowej. Bakteriologicznie streptococcus hemolyticus. Zdjęcie rentgen. wykazało zupełne zatarcie zarysów tylnodolnej części wyrostka sutkowego. Krew: il. c. b. 16,500 z przewagą granulocytów obojętnochłonnych. Ze względu na ciężki stan wykonano

antromastoidectomię. Już przy odsuwaniu okostny w kierunku ku tyłowi wyrostka natrafiono na ropień podokostnowy w ilości ok. $3,5 \text{ c}^3$ (bakteriologicznie streptococcus haemolyticus) i ziarninę, po której usunięciu stwierdza się duży sekwestr kostny, obejmujący przeszło połowę wyrostka sutkowego. Po zdlutowaniu kości w kierunku antrum i od góry, wyważa się ten sekwestr ostrożnie przy pomocy raspatora, przy czym stwierdza się że sięga on aż poza obręb zatoki esowatej do tyłu. Jego wymiary wynoszą: $25 \times 25 \times 20 \text{ mm}$. Powierzchnia wewnętrzna wykazuje wyraźną

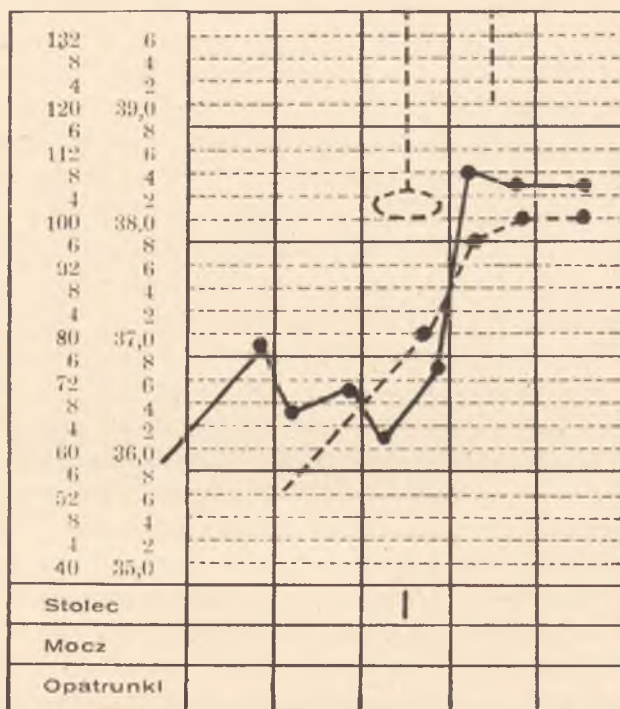


F. 7. T. S. przyp.: krzywa gorączkowa.

rynienkę, odpowiadającą przebiegowi zatoki esowatej p. fig. 5. Ściana zatoki esowatej lekko zgrubiała, opona tylnego dołu czaszkowego obnażona na przestrzeni 7-miu mm, tętni prawidłowo. Opona średniego dołu czaszkowego bez zmian. Antrum dość wąskie rozszerzone i po zdlutowaniu zmienionej dookoła kości ranę szeroko wytamponowano i zeszyto 3-ma szwami. Po operacji gorączka utrzymywała się jeszcze przez kilka dni przy 38° C ., p. fig. 7, lecz stan chorego naogół dobry. W dalszym ciągu stwierdza się że rana pokrywa się ziarniną i wykazuje skłonność do zmniejszania się, wydzielina z rany dość obfita. Po 6-ciu tygodniach zwalnia się z raną na zagojeniu. Badanie histologiczne wycinka tej kości wykazało: dookoła małego martwaka kostnego, prawie całkowicie zresorbowanego naciek drobnokomórkowy.

kowy, w zagłębieniach kostnych liczne osteoklasty. Naczynia szpiku kostnego rozszerzone, wewnątrz i dookoła ich światła liczne nacieki drobnokomórkowe, gdzieś też widać zakrzepy w naczyniach p. fi. 6. W jednym tylko miejscu spotkałem nowotworzenie się kości w obrębie znacznie wybudowanej tkanki łącznej, wypełniającej większy ubytek kostny. Jako analogiczny pod względem przebiegu, etiologii oraz powikłania wewnątrzczaszkowego do pierwszego przypadku mogę przytoczyć historię choroby chorej lat 58 Br. W., u której w przebiegu ostrego, ropnego zapalenia ucha środkowego prawego po zaziębieniu wystąpiło powikłanie pod postacią zapalenia komórek szczytu piramidy kości skalistej. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: Wzrost średni, odżywienie dobre. C. 37,8°, tętno 76 n/m, serce, płuca, nerki bez zmian. Przy otoskopii stwierdza się: obfity ropny, cuchnący wyciek z ucha prawego. Opadnięcie tylnogórnej ściany przewodu słuchowego zewn. Wypuklenie i znaczne zaczerwienienie błony bębenkowej zwłaszcza w jej tylnym odcinku, opadnięcie lekkiego stopnia górnej powieki oka prawego, niedowład nerwu odsiebnego prawego. Silne bóle w obrębie prawej połowy twarzy i szczęki dolnej. Zdjęcie rentgen. szczytu piramidy w ułożeniu Stenversa nie wykazało zmian wyraźnych w obrębie szczytu piramidy. Ze względu na powyższy stan wykonano operację doszczętną epitympano-antralną. Komórki antralne, powierzchowne i głębsze zmian poza silnym przekrwieniem nie wykazują. Przegródki międzykomórkowe nieznacznie zgrubiałe w głębszych częściach wyrostka wypełnione ropą. koloru żółtawego. Antrum leży na normalnej głębokości. Odslonięcie zatoki esowatej i opony średniego dołu czaszkowego na znacznej przestrzeni nie wykazało żadnych zmian. Dłutuje się w kierunku nasady wyrostka jarzmowego daleko ku przodowi ponad kostnym przewodem zewnętrznym aż do atticus, tamże niewielka ilość wydzieliny ropnej. Po dokładnym oczyszczeniu wszystkich komórek wyrostka sutkowego założono seton z gazy jodoformowej w głąb rany a skórę zeszyto. Następnego dnia stwierdza się już wyraźnie zajęcie opon mózgowych. Sztywność karku, nieprzytomność, C. 38,8° C, tętno 110 p. fig. 8. Nakłucie lędźwiowe z odpuszczeniem 50 c³ płynu mózgowo-rdzeniowego pod ciśnieniem, wybitnie mętne: Nonne-App. Pandy, Weichbrodt ++, w osadzie znaczna ilość limfocytów. Wstrzykuje się hemthysal f-y „Spiess“ dożylnie, i cardiaca, lód w dalszym ciągu

na głowę. Następnego dnia zejście śmiertelne wśród objawów nie-
domogi mięśnia sercowego. Na sekcji stwierdza się: Leptomenin-
gitis purul. ac. diffusa, caries et sequestratio apicis pyramidis
dextr. Caries ossis sphenoidal. W obrazie drobnowidowym zmia-
ny analogiczne do wyżej opisanych j. w przyp. 1-szym i 3-cim,
potwierdzające rozpoznanie kliniczne: osteomyelitis petrosa ac.



F. 8. Kobieta I.: 58. W. Br. Osteomyelitis sequestrans
apicis pyram. krzywa gorączk.

purul., która stała się punktem wyjścia ropnego zapalenia opon
mózgowych.

Dalszym znów przyczynkiem do obrazu klinicznego roz-
przestrzenia się procesu zapalnego drogą żył kostnych z wy-
rostka sutkowego na kości płaskie czaszki (j. w przypadku 2-im)
byłby ostatni przypadek 3-ty. Chodziło mianowicie o chorego
lat 48 A. G., który zachorował przed 4-ma miesiącami na ostre
ropne zapalenie ucha środkowego prawego w przebiegu grypy,
po paracentezie stan znacznie się polepszył a chory wrócił do

swoich zajęć zawodowych i leczył się sam wkraplaniem wody utlenionej do ucha. Dopiero po upływie 4-ech miesięcy wystąpił silniejszy wyciek ropny cuchnący z tegoż ucha, połączony z silnym bólem głowy i obrzękiem poza małżowiną uszną. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: C. 36,6°, T. 120, obrzęk i zaczerwienienie w tylnej części wyrostka sutkowego i do przodu aż do kąta żuchwy. Tylno-górna ściana przewodu zewn. nieznacznie opuszczona, zasłania częściowo kontury błony bębenkowej, która jest silnie obrzęknięta. Słuch upośledzony na szept ($V \frac{0.5}{6}$ m) i stroiki w granicach przewodnictwa. Operacja w uśpieniu eterowym. W wyrostku sutkowym gęsta ropa pod ciśnieniem (bakteriologicznie staphylococcus). Antrum wypełnione ziarniną, tak samo przy dłutowaniu kąta zatokowo-oponowego natrafia się na kilka ognisk wypełnionych ziarniną. Opona twarda i zatoki esowatej bez zmian. W okolicy pneumatyzacji poniżej antralnej głębokiej, przy dolnym skręcie zatoki esowatej, jak również w samym szczycie wyrostka, stwierdza się duże ognisko, wypełnione ziarniną, które usunięto, szczyt zaś zdłutowano. W głąb jamy po ropniu włożono dren, w odległości 3 cm od dolnego brzegu cięcia wyprowadzono dren ten przez kontrincyzję na zewnątrz. Przebieg pooperacyjny dobry, rana ziarninuje prawidłowo. W drugim tygodniu po zabiegu silne bóle w uchu lewym i na wyrostku sutkowym po tejże stronie. Paracenteza nie daje polepszenia to też po upływie 5-ech dni wykonano antro-mastoidectomię, podczas której stwierdza się komórki w okolicy szczytu wyrostka i kąta zatokowo-oponowego wypełnione ziarniną, przylegającą do ściany zatoki esowatej, w ropie stafylokokki. Nakłucie z wynikiem ujemnym. Na drugi dzień wystąpiło zaczerwienienie i obrzęk skroni oraz naciek w okolicy ciemienia po stronie lewej w którym po zastosowaniu okładów rozgrzewających i omnadyny domięśniowo dało się wyczuć chelbotanie, to też go nacięto i wysetonowano. C. 37,5°. Do wewnątrz podawano po 6 tabletek antistreptyny dziennie. Rana ziarninuje prawidłowo. Zdjęcie rentgen, czaszki wykazuje silne rozdęcie żył kostnych w obrębie łuski kości skroniowej i ciemieniowej p. fig. 9, zwłaszcza w miejscu gdzie wytworzył się ropień podokostnowy. Z powodu utrzymującego się obfitego ropienia z rany po nacięciu tegoż ropnia przystąpiono do rewizji rany: ziarninę atoniczną zdjęto a kość ciemieniową dotkniętą procesem osteo-

myelitycznym zdlutowano na przestrzeni 2,5 cm. Zabieg ten przyczynił się znacznie do zmniejszenia się wydzieliny i ziarninowania dna rany. Dalsze leczenie polegało na stosowaniu autoszczepionek podskórnice w celu ostatecznego zlikwidowania ropienia kostnego. Mielśmy więc w tym wypadku powikłanie w postaci osteomyelitis squamo-parietalis circumscr. sin. na tle stafylokoka białego, infekcji, wychodzącej z ucha środkowego,



F. 9. Mężczyzna l.: 48. A. G. Otitis md. pur. ac. - mastoiditis ac. — Osteomyelitis cranii silnie rozszerzone naczynia kostne w okolicy łuski skroniowej i ciemieniowej.

który to proces spowodował tylko ropień podokostnowy w okolicy ciemienia po stronie lewej, bez skłonności do sekwestracji jak w przypadku II-gim.

W zestawieniu powyższych danych raz jeszcze podkreślić należy, że osteomyelitis petro-squamo-mastoidea u dzieci wykazuje różny stopień nasilenia zależnie od ciężkości zakażenia, a mianowicie: Obrzęk w okolicy kości jarzmowej z udziałem obu powiek, posuwający się zwolna na cały wyrostek sutkowy i aż na potylicę. Występuje tu zawsze gorączka o typie septycznym, obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych i kar-

kowych a niekiedy także thrombophlebitis sin. sigmoideus, abscess. epiduralis i mastoiditis. W obrazie klinicznym zapalenia szpiku kostnego piramidy kości skalistej wybijają się na plan pierwszy obok bólów głowy w okolicy ciemienia potylicy i oczodołu zajęcie nerwu V i VI. Cięższe postaci zapalenia szpiku kostnego, prowadzą do ropnego zapalenia opon mózgowych, przyczym zaznaczyć należy że przejście procesu ropnego na opony odbywa się u dzieci przeważnie drogą przez kanał tętnicy dogłowej. Drobnowidowo stwierdza się zakrzepy w naczyniach kanałów Haversa, znacznie rozszerzonych i wypełnionych naciekiem drobnokomórkowym z dużą ilością osteoklastów i megakariocytów. Gdzieś wyrażne procesy odnowy z bujaniem tkanki łącznej, naczyń i nowotworzenia się kości. Rzadziej o wiele zdarza się wysekwestrowanie szczytu piramidy z przejściem procesu zapalnego na podstawę czaszki jak w naszym przypadku kobiety lat 58 Br. W. Proces zapalny szpiku kostnego z tworzeniem się martwaków w obrębie łuski skroniowej i wyrostka sutkowego u dzieci miał przebieg daleko łżejszy, gdyż poza stanem septico-pyemicznym, mniej lub więcej ostro się zaznaczającym w obrazie klinicznym, rzadko kiedy przychodzi do powikłań wewnątrzczaszkowych. W dwóch przypadkach osteomyelitis squamo-mastoidea u dzieci lat 9 i 8½ na tle streptokoków hemolitycznych z wydzieleniem się dużych martwaków kostnych (25×25×20 mm) ropień zewnątrzoponowy i zakrzep zatoki esowatej miały przebieg pomyślny, gdyż wcześniej wykonano operację usunięcia tych martwaków i zakrzepu po uprzednim podwiązaniu żyły jarmowej. Tak samo u sesków wczesna paracenteza, względnie też zabieg operacyjnego otwarcia antrum i ucha środkowego wstrzymuje niejednokrotnie rozwój i postęp sprawy zapalnej na szpik kostny piramidy, podnosząc równocześnie jego odporność w zwalczaniu zakażenia.

Piśmiennictwo.

1. W. Uffenorde: Knochenveränderungen des Felsenbeins bei der Sauglingsotitis u. Ihre Verwicklungen, Zeitschr. f. H. N., Ohrende 42 s. 937.
- W. Uffenorde: Zeitschrift. f. Laryngologie, 951.
3. Aschoff-Fuld: Passows-Schaffer, Beiträge nr 25, 950.
4. Habermann-Korner: Archiv f. Ohrenheilkunde, V. 42, 918.
5. Aleksander G.: Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter, Leipzig 912.
6. Barth: Mittelohrentzündung im früherem Kindesalter- Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 52.

7. Benjamins: Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 76. — 1908.
8. Braun: Beitrag zur Kenntniss der acuten Nekrose d. Warzenfortsatzes. Mon. f. Ohrenheilkunde und Lar.-Rhingologie V. 45. — 911.
- Gerber: Über Labyrinthnekrose. — Arch. f. Ohren- Nasen-Kehlkopfkrankheit V. 60. — 1904.
10. Goppert: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. V. 45.
11. P. Betoulières: Nouvelle technique d'examen radiologique de l'oreille... Rev. de Laryngol. nr 1 958.
12. Guisez: Osteomyélite des os plats du crâne — Ref. Zentralbl. für Ohrenheilkde V. 4. ct. 5.
15. W. P. Eagleton: L'influence variable des os d'une différente origine génétique du crâne. — Les Annales d'Oto-Lar. nr 1. — 958.
14. Helling: Arch. f. Ohrenheilkde nr 158 — 1951.
15. Hartmann: Über Sequesterbildung im Warzenteil des Kindes. — Arch. f. Augen und Ohrenheilkde. V. 7.
16. Hinsberg: Osteomyelitis nach ac. Mittelohrentzündung — Verh. deutscher Otolog. Ges. 1926.
17. Heermann: Über ac. Nekrose des Warzenfortsatzes nach Scharlach. — Münch. Med. Wochenschrift nr 25 — 905.
18. Labarré: A propos de quelques cas de mastoïdite aigue non précédées d'otite La Presse Otolar. Belge 1905/5.
19. Leutert: Arch. f. Ohren- Nasen-Kehlkopfheilkde. — V. 46 — 1899.
20. Lumsden: Journal of Laryngol. — And Otology nr 52 — 956.
21. Mouret: Étude sur la structure de la mastoïde et sur les développement des cellules mastoïdiennes. Ann. des mal. del Oreille. 1915.
22. Nager F.: Zeitschr. f. Ohrenheilkde und Krankheiten d. Luftwege V. 57 — 909.
25. Neff: Beitrag zur Lehre v. tympanogenen acuten progressiven Osteomyelitis des Schläfenbeins beim Kinde und beim Erwachsenen. Zeitschr. für Ohrenkrankheiten.
24. Neumann H.: Verh. deutscher Otolog. Ges. — 1907.
25. Portmann-Kistler: Les otites moyennes aïgues et chroniques. Ed. Masson Cie 926.
26. J. Ramadier: Congr. Soc. Franç. d'Oto-rhino-Laryngol. 1952.
27. Ruedi: Zeitschr. f. Ohrenheilkde u. Krakh. d. ob. Luftwege V. 57. — 909.
28. Schilling: Über Osteomyelitis der flachen Schädelknochen im Anschluss an Entzündung der Stirnhöhle. — Zeitschr. f. Ohrenheilkde V. 48—909.
29. Seligmann: Med. Klinik — 1920.
30. Siebemann: Zeitschr. f. Ohrenheilkde und Krankheiten der ob. Luftwege V. 20. — 1890.
31. Tobeck: Zeitschr. f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilkde V. 42—2—957.
32. Zeroni: Arch. f. Ohren- Nasen-Kehlkopfkrankh. V. 51 — 901.
34. Karbowski B.: Septicémie otogène chez les tout petits enfants. Ann. d'Oto-Laryngo nr. 12—956.
35. J. Iwaszkiewicz: Zapalenie komórek piramidy kości skalistej w świetle badań lat ostatnich. — P. Przegląd Oto-laryngol. T. XIV. z 1—2.

Résumé.

A. Laskiewicz. Sur l'Ostéomyélite petro-squamo-mastoïde chez les enfants.

Ostéomyélite pétrosquamo-mastoidienne chez les enfants présente des symptômes plus ou moins marqués suivant la gravité de l'infection. Oedème dans la région de l'os zygomatique, atteignant les 2 paupières et envahissant peu à peu toute l'apophyse mastoïde jusqu'à l'occiput. Il y a toujours de la fièvre du type septique, tuméfaction des ganglions lymphatiques du cou et de la nuque, parfois aussi thrombophlébite et mastoïdite.

Comme symptômes cliniques de l'ostéomyélite de la pyramide du rocher on observe, en premier lieu, à côté de céphalées dans les régions pariétale, occipitale et orbitaire, des affections des nerfs V-ème et VI-ème, plus rarement des nerfs VII-ème, VIII-ème, IX-ème et X-ème. Les formes plus graves d'ostéomyélite mènent à une méningite purulente; la propagation du processus purulent aux méninges chez les enfants a lieu le plus souvent par le canal de l'artère céphalique (carotis int.). A l'examen microscopique on trouve des thromboses dans les vaisseaux de Havers, fortement dilatés et remplis d'infiltration parvicellulaire, contenant une grande quantité d'ostéoclastes et de mégacaryocytes. Ça on observe nettement des processus de régénération avec prolifération du tissu conjonctif, des vaisseaux et néoformation d'os. Beaucoup plus rarement on a noté la formation de séquestres dans la pointe de la pyramide, avec passage du processus inflammatoire sur la base du crâne, comme cela est arrivé dans un de nos cas (femme de 38 ans, Br. W.). L'ostéomyélite suivie de formation de séquestres dans l'écaïlle de l'os temporal et l'apophyse mastoïde avait, chez les enfants, une évolution beaucoup moins grave: outre un état septicopyémique se signalant plus ou moins nettement dans le tableau clinique, il y a rarement des complications endocraniennes. Dans 2 cas, observés par nous, d'ostéomyélite squamo-mastoidienne chez des enfants de 9 ans et 8 ans et demi, due au streptocoque hémolytique et accompagnée de formation de grands séquestres osseux ($25 \times 25 \times 20$ mm), un abcès extradural et une thrombose du sinus sigmoïde avaient eu une issue favorable, car on avait procédé assez tôt à l'élimination de ces séquestres et de la thrombose après avoir ligaturé la veine jugu-

laire. De même, chez les nourrissons, une paracentèse précoce de l'ouverture opératoire de l'antre et de l'oreille moyenne arrêtent souvent la marche de l'inflammation et l'empêchent d'envahir la moelle osseuse de la pyramide, augmentant en même temps sa résistance contre l'infection.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

W sprawie powikłań septycznych i septyko-pyemicznych wychodzących z nosa, gardła i jamy ustnej.

podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Stany septyczne i septykopyemiczne, wychodzące z ognisk w górnym odcinku dróg oddechowych przebiegają bądź pod postacią zakażenia o stosunkowo lekkim przebiegu, bądź ciężkiej posocznicy, prowadzącej niekiedy do śmierci. W innych znów wypadkach może wspomniane zakażenie przebiegać długi czas zupełnie niespostrzeżenie aż nagle pod wpływem ostrego przeziębienia, grypy urazu z zewnątrz, czy złego odżywienia, sprządzającego obniżenie odporności ustroju, wystąpi wysoka gorączka, połączona z dreszczami, tętnem znacznie przyspieszonym, słabo napiętym, powiększoną śledzioną, zwiększoną ilością ciałek b. we krwi i odchyleniem formuły Schillinga w lewo. Dotyczy to zwłaszcza ukrytych ropni w zatokach bocznych nosa a w szczególności czołowej i szczękowej, jamie ustnej, względnie ostrych i przewlekłych zapaleń migdałków podniebiennych, z których zwłaszcza po przebyciu płonicy, czy ropni okołomigdałkowych, może się rozwinąć następową posocznica. Odróżnić tu wszakże należy stany posocznicowe, gdzie mimo najdokładniejszego badania nie jesteśmy w stanie ściśle określić punktu wyjścia, a dla której Laube zaproponował nazwę sepsis cryptogenes. Lexer starał się pojęcie sepsis i pyemii ująć w sposób następujący: Na pierwszym miejscu wymienia zakażenia ogólne na tle drobnoustrojów o wzmożonej jadowitości a następnie zakażenia ropne ograniczone z tworzeniem się przerzutów. wzgl.

bez tych ostatnich, przy czym jako dodatkową grupę wymienia zakażenia zgorzelinowe „putride Infektion“ i ich szkodliwy wpływ na cały ustrój. Schottmüller zaś określa mianem posocznicy tylko takie postaci w których z ogniska zakaźnego drobnoustroje przedostają się do krwi bądź stale, bądź okresowo, powodując ciężkie objawy ogólne (Uffenorde, Haymann, Paessler), a które przedstawiają się następująco: nagły początek ostro przebiegającej sepsy pod postacią dreszczów, gorączki, o typie hektycznym, dochodzącej, do 40° C., w zakażeniach zaś streptokokowych krzywa ta ma często charakter ciągły (continua) z zaznaczającymi się remisjami a dreszcze mogą wystąpić także przy niezbyt podwyższonej ciepłocie. Ze strony narządu krążenia rzuca się w oczy przede wszystkim osłabienie mięśnia sercowego znacznego stopnia z tętnem silnie przyspieszonym do 120 n/m, nieregularnym i słabo napiętym, wskutek czego wygląd tych chorych jest blado - żółty z wyraźną sinicą widocznych błon śluzowych, język suchy i t. p. Granice serca bywają zwykle rozszerzone zwłaszcza na stronę prawą, tony głuche, pokryte szmerami (od zajęcia wsierdzia) względnie tarcie osierdziowym. Zmniejszenie ilości ciałek czerwonych we krwi obok leukocytozy (z przesunięciem formuły Schillinga w lewo) i pojawieniem się form młodocianych a badaniem bakteriologicznym można często wykryć obecność drobnoustrojów czynnych. Śledziona zazwyczaj silnie powiększona, na ucisk bolesna a z powodu napięcia jej torebki występuje również ból przy ruchach klatki piersiowej, często mamy wówczas żółtaczkowe zabarwienie skóry i spojówek oka oraz sinicę błon śluzowych. W płucach nie zawsze dadzą się wykazać ogniska zapalne przerzutowe, których usadowienie się w pobliżu obwodu powoduje już dość wcześnie ropne zapalenie opłucny. Białko w znacznej ilości, obok krwi i walczków w moczu świadczy o przerzutach do nerek, częste zaś przeczyszczenia o stanie zapalnym błony śluzowej kiszek na tym samym tle. Zapalenia ropne stawów okostny i szpiku kostnego (kości długich) są powikłaniem, które obok rumienia i wybroczyn krwawych na skórze, spojówce i gałce ocznej (choreoretinitis ac) stanowią to malum omen co do prognozy oraz dalszego przebiegu choroby. Oprócz wyżej opisanej możemy mieć jeszcze do czynienia z postacią bardziej łagodną przewlekającą się posocznicy, która przebiega z podwyżkami ciepłoty, dochodzącymi najwyżej do 37,5° C. a występującymi regularnie w cią-

gu dnia. Podwyżki te mogą początkowo budzić podejrzenie na obecność gruźlicy, dopiero dokładne badanie laryngologiczne wykrywa właściwą przyczynę. Nadto istnieją w tej postaci powikłań z ognisk ropnych w górnych drogach oddechowych zaburzenia ze strony mięśnia sercowego pod postacią: tachycardii, arytmii, obniżenia ciśnienia krwi, ze strony żołądka objawy dyspeptyczne, ze strony płuc stałe nieżyty oskrzeli, ze strony nerek wrzście białkomocz z krwinkami oraz złuszczoneymi nabłonkami miedniczek. Nierzadko też proces ten atakuje również narząd krwiotwórczy wskutek czego powstaje niedokrwistość o typie złośliwym. Drobnoustroje, wywołujące wspomniane powikłania należą do typu ropnych są to więc gronkowe, pneumokoki a zwłaszcza paciorkowce różnego typu jak: *streptococcus haemoliticus*, *putrificus* (Schottmüller), beztlenowce, *streptococcus non haemoliticus et viridans*. Ten ostatni mimo napozór małej jadowitości odznacza się wielką wytrzymałością na czynniki ochronne ustroju. To też słusznie podnosi cały szereg autorów (u nas Kwaśniewski), że ustrój daje sobie łatwiej radę nieraz z jadowitymi paciorkowcami hemolitycznymi aniżeli z mniej jadowitym paciorkowcem zieleniejącym (*strept. viridans*), mimo wytężonej czynności ochronnej i powiększenia układu śródłonkowo-siateczkowego. Widzimy bowiem często w tych razach, że paciorkowiec ten po krótkim okresie utajenia zjawia się znów we krwi. Wspomniane nawroty mogą się powtarzać kilkakrotnie w dłuższych odstępach czasu po sobie co Morgenroth nazwał posocznicą falującą. Badania tegoż autora wykazały nadto, że ustrój zwierzęcy usuwa z krwiobiegu bardzo szybko wstrzyknięte dożylnie drobnoustroje, a mianowicie u królika po wstrzyknięciu dożylnym zawiesiny 25 mil. paciorkowców zostały wszystkie wyeliminowane z krążenia w ciągu kilku godzin. Udział czynny przypada w tym wychwytywaniu drobnoustrojów ze krwi w pierwszym rzędzie wątrobie, a następnie śledzionie i szpikowi kostnemu. Niejednokrotnie też zdarza się, że paciorkowce pochłonięte przez aparat siateczkowo-śródłonkowy nie ulegają w nim całkowitemu zniszczeniu, lecz stopniowo wyzwalają się niejako z jego komórek i wywołują znów objawy septyczne choć w znacznie mniejszym nasileniu i ograniczonej postaci. Tem tłumaczy Wysokowicz, Herschel i J. Koch obraz chorobowy tych ciężkich i długo się przewlekających stanów septycznych po zakażeniach paciorkowcami różnego typu.

Dość wspomnieć o endocarditis lenta, w której znajdujemy we krwi bardzo często streptococcus viridans, pochodzący od haemoliticus (jako postać zmienna) Walker, Jetmar, Cooley). Ta przemiana jednej postaci w drugą o słabszej jadowitości ma miejsce najczęściej po przejściu tych drobnoustrojów przez kilka środowisk a niejednokrotnie mogą tu mieć wielki wpływ także ciała krążące w surowicy krwi. Ostatnio też W. Andrews i E. M. Cristle starali się odróżniać poszczególne szczepy paciorkowców na drodze serologicznej, lecz sposób ten ma znaczenie czysto teoretyczne bez jakiegoś szerszego zastosowania w praktyce. Badania Neufelda i Balzano wykazały, że streptococcus pyogen. aureus i haemoliticus nie powodują fermentacji cukru mlekowego jak streptococcus mucosus wzgl. pneumococcus. Stopień zaś ich zjadliwości daje się określić zachowaniem się względem myszy, królików, świnek m. i. szczurów po wstrzyknięciu do żyłnym 1 c³ zawiesiny kultury bulionowej do żyły czy do peritoneum. Oprócz opisanych stanów ostrej i przewlekłej posocznicy możemy mieć proces posocznico-ropnicowy, pochodzący z ognisk zapalnych w górnych drogach oddechowych. Polega on na odmiennym szerzeniu się zakażenia drogą naczyń chłonnych na gruczoły chłonne, powodując ich zropienie (ropnie szyjne w następstwie spraw zapalnych migdałków podniebiennych i gardłowego), względnie proces zapalny z ogniska pierwotnego przechodzi dość szybko na ściany drobnych naczyń żylnych z wytworzeniem się zakrzepów zakażonych, które stąd mogą się szerzyć do grubszych pni żylnych na szyi (żyła jarzmowa i twarzowa) skąd już łatwo o przerzuty do płuc, narządów jamy brzusznej i t. d. W innych znów wypadkach proces zapalny z gruczołów chłonnych na szyi może przejść wprost na ścianę wspomnianych naczyń żylnych, dając nieco bardziej skomplikowany obraz septykopyemii.

Przechodząc do opisu poszczególnych ognisk w górnych drogach oddechowych, będących punktem wyjścia powikłań septycznych i septicopyemicznych, podkreślić należy, że powikłania te mogą wychodzić z ostrych i przewlekłych ropnych zapaleń każdego odcinka górnych dróg t. j. przedsionka nosa, jamy nosowej zatok bocznych 1-go i 2-go rzędu jamy nosowogardłowej, gardła, a w szczególności migdałków podniebiennych i jamy ustnej. To też w tym porządku chciałbym omówić symptomatologię, obraz kliniczny i leczenie wspomnianych powikłań. Zaznaczyć tu nad-

to należy, że anatomia patologiczna w niedużej stosunkowo mierze przyczyniła się do wzbogacenia naszych pojęć o posocznicy pochodzenia z górnych dróg oddechowych, gdyż rzadko kiedy te właśnie początkowe stadia i ich poszczególne okresy rozwoju przychodzą na stół sekcyjny. Raczej postaci bardziej już zaawansowane lub końcowe okresy wspomnianych powikłań widzi patolog częściej na sekcji.

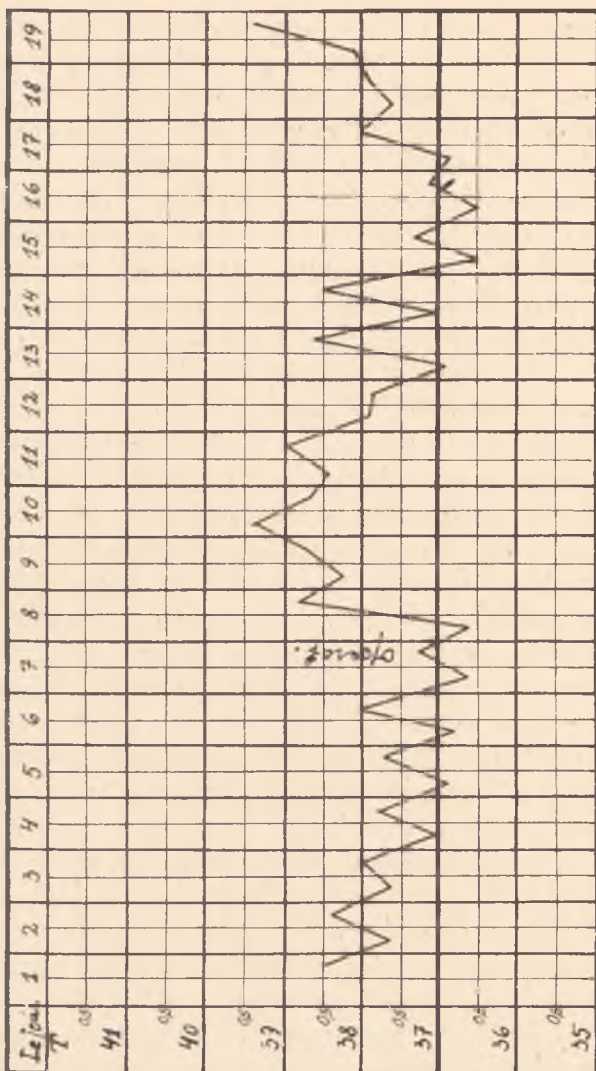
W przedsionku nosa dają niekiedy czeraki, usadowione tuż u progu wejścia nosowego na skrzydełku lub uchylku górnym, powód do nagłego wystąpienia objawów septycznych. Zależnie od zjadliwości zakażenia obraz kliniczny może się zaznaczać gorączką — 39° C, tętnem przyspieszonym, dreszczami, bólami głowy, obrzękiem i bolesnością gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych przednich po danej stronie, odpowiednio do obrzmienia i nacieczenia skrzydełka nosa oraz sąsiadujących części policzka czy wargi górnej. Najczęściej po kilku dniach wrzodzianka dojrzewa sama lub pod wpływem proteinoaterapii i maści propideksowej, ropa wydziela się na zewnątrz a proces goi się szybko. Niekiedy jednak przyjść może do zakrzepowego zapalenia żył wargowych i twarzowej z przejściem zakrzepu przez żyłę oczodołową na podstawę czaszki do zatoki jamistej, który to proces kończy się ropnym zapaleniem opon mózgowych, jak to miało miejsce w dwóch przypadkach spostrzeganych przeze mnie (przyp. mężczyzny 1:49 i kobiety lat 32). Podobne powikłania dają ropnie przegrody nosa, które powstają pod wpływem urazu w nos od zewnątrz (po krwiakach przegrody chrzęstnej), operacjach wycięcia podśluzowego przegrody nosa (ropień przegrodowy tylny) względnie w przebiegu ropnych nieżytów nosa, róży nosa, czeraków przedsionka nosa i ropnego zapalenia okostny korzeni zębów siecznych górnych jak to miało miejsce w przypadku mężczyzny lat 28 P. A.: (ropień dolnej ściany przedsionka nosa i przegrody przedniej).

Ostry nieżyt nosa wywołany przez łańcuszkowce jako rinitis ac. pseudomembranacea i erysipelatosza przebiega wśród ciężkich objawów ogólnych z wysoką gorączką — 39°—40°C., tętnem przyspieszonym, dreszczami, bólami głowy, wysoką leukocytozą, ogólnym ciężkim stanem silnymi krawieniami z nosa. Wydzielina ropna, wypływająca na zewnątrz powoduje opryszczkę i obrzęk wejścia nosowego, co przy róży ułatwia jej rozszerzenie się na skórę nosa i twarzy. Oprócz silnego zatka-

nia nosa, mowy nosowej i bólów gardła mamy w obu tych postaciach silne powiększenie i bolesność gruczołów podszczękowych i karkowych. Z przewlekłych zapaleń ropnych jamy nosowej, które mogą niekiedy przebiegać wśród objawów wyżej opisanych, wymienić należy ropienie w nosie na tle ciał obcych i rynolitów. Te ostatnie powstają wskutek odkładania się soli wapniowych, t. j. fosforanów, węglanów i szczawianów Ca i Mg. zawartych w wydzielinie gruczołów śluzowych nosa i gruczołu łzowego, a które odkładają się często dookoła ciał obcych, wprowadzonych do nosa czy też t. zw. jąder, złożonych ze skrzepów krwi, grudek śluzu i bakterii (Charsac, Galippe, Klebs). Wśród pracowników zajętych w kopalniach soli, węgla, fabrykach betonu zauważyli nadto E. Winkler, Betz, Kayser i Jurasz tworzenie się konkrementów Ca w obrębie przedsionka nosa, wzgl. przewodu środkowego, które podobnie jak rynolity powodują długotrwałe ropienie w nosie z tworzeniem się obfitej ziarniny, przypominającej na pierwszy rzut oka bujanie nowotworowe, oraz ubytków w dnie, bocznej ścianie nosa i przegrodzie nosowej. Te ostatnie powikłania prowadzą do wytworzenia się ropni przegrody, względnie ropnego zapalenia zatoki szczękowej nie-raz z ciężkimi objawami septycznymi, które przypominają wyżej opisane obrazy. Sam zaś nieżyt ropny na tle ciał obcych w nosie wpływa raczej pośrednio na stan ogólny, powodując nieżyty żołądka i kiszek ze stanami subikteryicznymi wskutek połykania wydzieliny śluzowo-ropnej, spływającej stale do gardła.

Rozpatrując zapalenia ropne zatok bocznych nosa jako punkt wyjścia powikłań septycznych zaznaczyć należy, że chodzi tu rzadziej o ostre ropne zapalenie zatok bocznych I-go czy II-go rzędu na tle złośliwej infekcji, częściej natomiast są to długotrwałe przewlekłe ropienia zatoki szczękowej, wzgl. nawroty po niedokładnie wykonanych zabiegach doszczętnych zwłaszcza na zatoce czołowej i szczękowej, w których pozostawione ogniska w przebiegu grypy, czy ostrego nieżytu nosa uległy nagle obostrzeniu. Powikłania ogólne z przewlekłych spraw zapalnych zatoki czołowej i szczękowej jako tzw. „intoxication generalne latente“ obejmują przede wszystkim drogi oddechowe dając powód od ich uporczywych nieżytów, które słusznie nazywa Lasagna „broncho sinusite“. W dalszym ciągu wydzielina ropna spływająca z nosa do gardła może się łatwo dostawać do

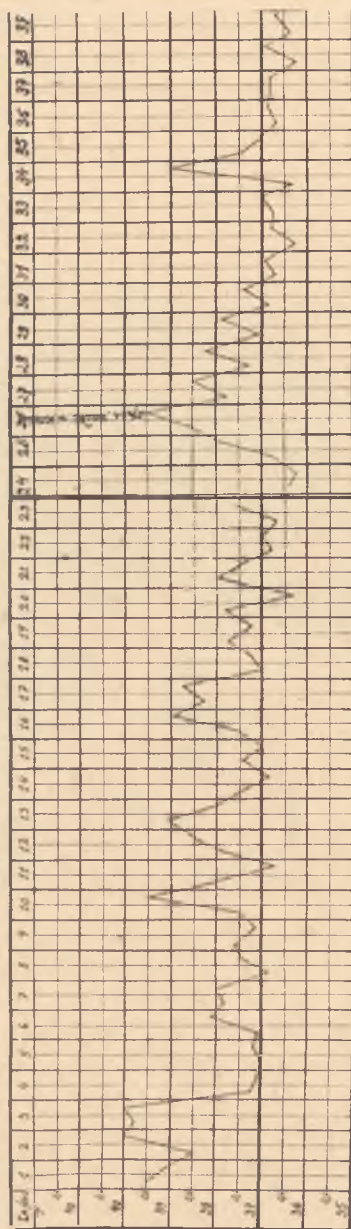
zołądka i wywoływać stany nieżytowe oraz zapalenie dróg żółciowych a nierzadko także zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza. Prócz tego zdarzają się stany septyczne w przebiegu powikłań oczodołowych i wewnątrzczaszkowych w związku z zajęciem wspomnianych zatok bocznych, w których w obrazie klinicznym wysuwają się na plan pierwszy objawy oponowe i mózgowe. Mówimy wówczas o powikłaniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia zatokowego z objawami septycznymi. Powikłania zaś wewnątrzczaszkowe pochodzenia od zatok bocznych należą do rzadkości mimo, że sprawy zapalne ropne w ich wnętrzu są zjawiskiem dość częstym. Składa się na to w pierwszym rzędzie budowa ściany oddzielającej zatoki boczne od jamy czaszkowej, posiadającej zbite utkanie kostne a w tkance podśluzowej obfitą ilość włókien sprężystych: następnie mała ilość połączeń żylnych śluzówki zatok bocznych nosa z oponą twardą utrudnia również to przejście do wnętrza czaszki. Tylko drobnoustroje o znacznej jadowitości mogą powodować ograniczoną martwicę górnej ściany zatoki czołowej czy też sitowych, względnie dać zakażone zakrzepy w żyłach łączących te jamy z oponą twardą (Manasse). Z przypadków ostro przebiegających ropnych zapaleń zatok bocznych nosa z objawami septycznymi, leczonych w naszej klinice wymienić należy przypadek kobiety lat 32 J. W., którą przywieziono do kliniki z gorączką 39° C, tętnem około 100 dobrze napiętym, silnymi wymiotami i przeczyszczeniami, utrzymującymi się od tygodnia, tak że początkowo myślano o tyfusie brzuszny. Dopiero badanie rynoskopowe stwierdziło obecność wydzieliny ropnej w obu przewodach środkowych. Zdjęcie rentgen. zaś wykazało zaciemnienie zatok sitowych i szczękowej po obu stronach, wobec czego przewieziono chorą do kliniki oto-laryngol. U. P. gdzie wykonano nakłócie i przepłukanie obu zatok szczękowych, a następnego dnia otwarcie wewnątrznosowe obu tych zatok w miejscowym znieczuleniu. Z ropy wyhodowano łańcuszkowe niehemolityczne. W ciągu dalszych 3-ch dni spadek ciepłoty — 37°, wieczorem zaś podskok do 38,5° C. (p. fig. 1), przy tętnie około 100, słabo napiętym i nieregularnym tak, że mimo stosowania środków nasercowych nie można było przedsięwziąć żadnego większego zabiegu operacyjnego od zewnątrz. Z konieczności więc trzeba było poprzestać na płukaniu tychże zatok roztworem 5% argyrolu obok dożylnego stosowania haemthysalu, glukozy i środków nasercowych. Siódmego



Fot. 1. Kobieta I. 52. I. W. Sinuitis ethmoidalis et maxillaris purul. ac. bilateralis.

dnia wystąpił nagle zapad wśród objawów parafazji przy tętnie 120 słabonapiętnym i temper. 38,9^o C. Badanie neurologiczne wykazało: Odruchy kolanowe, stopowe i skórne leko wzmożone. Trigemini., facialis bez zmian. Dno oka wykazało poroszerzane żyły. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mózgo-rdzeniowy jasny pod ciśnieniem. Nonne-Appelt, Pandy. — Przypuszcza się embolię septyczną w płacie czołowym lewym. Wobec stałej nieprzytomności i znacznego osłabienia serca, porzeczano na sto-

sowaniu środków nasercowych oraz wykonano transfuzję krwi w ilości 300 c³., po której nastąpiła przemijająca poprawa na 36 godzin, poczym znów zapad i zejście śmiertelne. Sekcji z powodu stanowczego sprzeciwu rodziny nie wykonano. W drugim przypadku mężczyzny lat 58 K. J. chodziło o ropne zapalenie zatok czołowej, sitowych i szczękowej po stronie lewej (dużo cuchnącej ropy) wykonano otwarcie wewnątrznosowe komórek sitowych z wyskrobaniem polipowato zmienionej śluzówki ich wnętrza. Przy zgłębnikowaniu przewodu nosowo-czołowego wydostaje się obficie ropa z zatoki czołowej pod ciśnieniem. To też wykonano po kilku dniach operację doszczętną zatoki czołowej sposobem Killiana z usunięciem znacznej ilości mas polipowatych. Otwarcie i oczyszczenie komórek sitowych tylnych oraz zatoki klinowej. Przebieg bez powikłań, nieznaczna ilość wydzieliny śluzowo-ropnej przy płukaniu zatoki szczękowej. Dopiero 8-mego dnia po operacji wystąpiły nagle silne dreszcze z gorączką 39,5³ C. oraz ból w okolicy biodra i uda prawego przy każdym ruchu, obrzęk twardy znacznego stopnia górnej części uda. Nacięcie głębokie mięśni uda z drenażem ropnia. Pomimo stosowania środków nasercowych zejście śmiertelne trzeciego dnia. Na sekcji stwierdzono: *sinuitis ethmoidalis chron et sphenoidalis purulent, st. p. operationem radicale mdo Jacques-Jansen. Phlegmona muscul femoris dxtri. Degeneratio parenchymat m. cordis, hepatitis, renumque, Induratio lienis venostatica. Venostasis organ. Emphysema pulmon. et tbc. nodosa calcificans apic. pulmon. sin.* Trzeci przypadek jest typowy dla powikłań, wychodzących z ognisk zapalnych przewlekłych zatoki czołowej, po niedokładnym jej oczyszczeniu przy zabiegach operacyjnych od zewnątrz. Chodziło mianowicie o mężczyznę lat 55 Br. E., który był przed 3-ma miesiącami operowany w szpitalu prowincjonalnym z powodu przewlekłego ropnego zapalenia zatoki czołowej prawej. W 6 tygodni po zabiegu wystąpiły ponownie silne bóle głowy w okolicy czoła z gorączką, oraz wyciekami z nosa. Stan ten pod wpływem leczenia miejscowego ustąpił lecz po dalszych 5-ciu tygodniach znów wrócił po przeziębieniu. Chory dostał nagle silnych dreszców przy ciepocie 38,5⁰ C., bóle głowy w okolicy czoła, promieniujące na szczyt głowy oraz ku potylicy a przy badaniu dał się zauważyć lekki obrzęk skóry ponad łukiem brwiowym prawym. Tętno w chwili przyjęcia około 120 równe, słabo na-



Fot. 4. Mężczyzna I. 35. Br. El. Sinuitis fronto-ethmoidalis chorn Sin. recidivans.

pięte, ilość c. b. 25.000, obojętnochłonnych 7%, pałeczkowatych 13%, limfocytów 20%, monocytów 1%. W płucach po prawej ognisko zapalne odoskrzelowe czy też przerzutowe z podrażnieniem opłucnej na ograniczonej przestrzeni z tyłu na wysokości kąta łopatki prawej, rynoskopowo brak $\frac{2}{3}$ małżowiny środkowej, w okolicy przewodu nosowo-czołowego ziarnina, pokryta znaczną ilością zaschłej wydzieliny ropnej w postaci strupów. Skrzywienie przegrody nosowej w lewo. W rynoskopia poster,



Fot. 2. Br. El. I. 55. Sinuitis fronto-etiemo-dali chron. Sintru recidivaus Status p. operat. radicale.

wydzielina ropna wypływająca w dość znacznej ilości z pod małżowiny środk. Migdałki podniebienne miernie przerosłe o powierzchni gładkiej, neurologicznie tylko bolesność uciskowa l-szej gałązki nn. trójdzielnego. Zdjęcie rentgena wykazuje stan po operacji zatoki czołowej i komórek sitowych sposobem Jacques-Jansena, pozostawione ognisko ropne w uchyłku skroniowym tejże zatoki p. fig. 2. Wobec groźnego stanu ogólnego a zwłaszcza słabo napiętego tętna postanowiono ex consilio narazie odłożyć zabieg oper. doszczętny (spos. Killiana), a poprześcić tylko na leczeniu zachowawczym t. j. zakładaniu sączków

z coc. + adrenal oraz oczyszczaniu nosa przez aspirację tejże wydzieliny. Chorego przeniesiono na oddział chirurgiczny szpitala, gdzie wykonano nakłucie opłucny, która wykazała obecność ropy (bakteriologicznie pneumokoki). Leczenie polegało na drenażu opłucny i zastrzykach 25—100 c³. alkoholu 96% do opłucny, obok środków nasercowych: digalen, ol. camphorat. eucodal + scopolamina, mixtura solv. i t. p. Stan chorego stale się polepszał a leukocytoza spadła do 10,250. Po upływie 6-ciu tygodni przystąpiono do zabiegu doszczętnego zatoki czołowej spos. Killiana, do którego wskazaniem w stanach przewlekłych zapalnych zatoki czołowej jest rentgenogram tejże zatoki, wykazujący (jak w tym wypadku) nadmierny rozwój pneumatyzacji. Przebieg pooperacyjny dobry. Po 4-ch tygodniach chory opuścił klinikę w stanie wyleczonym. Czwarty wreszcie przypadek chorej lat 27 M. G. wykazał związek przyczynowy między przewlekłym stanem zapalnym zatok czołowo-sitowych i szczękowej po stronie lewej a zapaleniem stawu barkowego prawego, które wystąpiło jako powikłanie w trakcie leczenia wspomnianych zmian w zatokach bocznych nosa. Przystąpiła do kliniki celem operacji zapodaje, że w roku 1932 miała wycinane polipy nosowe po stronie lewej. Od tego czasu leczyła się stale przepłukiwaniami zatoki szczękowej lewej u lekarza kasowego. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: W lewej jamie nosowej w przewodzie środkowym masy polipowate i wydzielina śluzowo-ropna. Po stronie prawej zatoki bez zmian. Ostre zapalenie ropne ucha środkowego lewego niepowikłane. Obrzęk i ból przy poruszaniu i obmacywaniu stawu barkowego prawego C. 38^o, 1^o C., tętno 100 dobrze napięte miarowe. p. fig. 3. Zdjęcie rentgenol. zatok bocznych wykazało wyraźne zaciemnienie konturów zatok: czołowej, sitowych i szczękowej po stronie lewej. Wykonano wewnątrznosowe otwarcie zatok sitowych, czołowej i szczękowej (m. Wagener) po tejże stronie a 6-go dnia przystąpiono do operacji doszczętnej zatoki szczękowej mdo Calduell-Luc w znieczuleniu miejscowym i przewodowym (gl. sphenopalat). Przy operacji stwierdza się obecność gęstej, silnie cuchnącej ropy oraz masy polipowate, które usuwa się doszczętnie ostrą łyżeczką. Po utworzeniu szerokiej komunikacji do nosa ranę w okolicy załamka wargowego zeszywa się a seton wyprowadza przez nos. Stałe unieruchomienie ramienia prawego przy pomocy opaski, założonej na okolicę barku i ra-

mienia na kształt „mitella“. Wewnętrznie podaje się pyramidon. Wykonuje się następnie codzienne przemywanie 5% roztynem kwasu borowego wszystkich otwartych zatok po usunięciu tamponów, przy czym stwierdza się wyraźne zmniejszenie ropienia. Już na 4-ty dzień po zabiegu bóle i obrzęk stawu barkowego ustąpiły całkowicie a ciepłota spadła do normy. Dziesiątego dnia chora opuściła klinikę w stanie na wyleczeniu powyższego schorzenia.

W 5-tym przypadku kobiety lat 29 M. P. miało miejsce powikłanie ogólne, wychodzące z przewlekłego ropnego zapalenia zatoki szczękowej z tworzeniem się przetok na twarzy. Chora

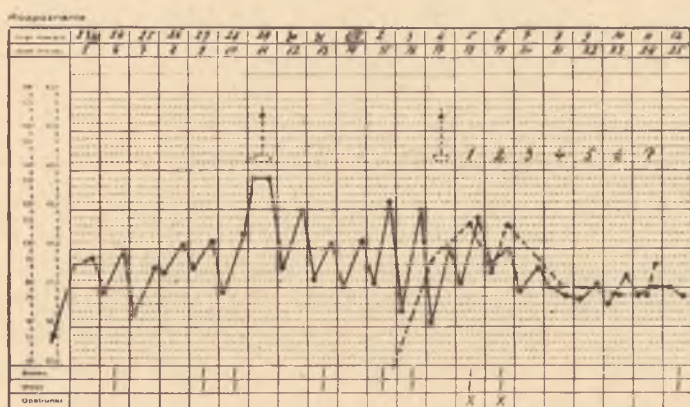


Fig. 5. Kobieta 1. 27. M. G. Sin. fronto-ethmoidalis et maxillar chron. Sin. exacerbaus.
Krzywa ciepłoty

zgłosiła się do kliniki z powodu ropnego wycieku z lewej strony nosa, przetok sączących na twarzy, bólów okresowych w okolicy szczęki i podwyżek ciepłoty — 37.6°C ., leukocytoza 10.500. Badanie wykazało: obecność 2-ch przetok na skórze twarzy, umiejscowionych pod powieką dolną, oraz w okolicy trzonu kości licowej, z których przy ucisku wydziela się ropa p. fig. 4. W jamie nosowej lewej stwierdza się wydzielinę ropną, zalegającą w przewodach, t. j. w tylnej rynoskopii. Nieżyt jamy nosowo-gardłowej i gardła. Zdjęcie zatoki szczękowej z lipiodolem wykazuje cień o brzegach wyraźnie zazębionych, świadczący o rozroście polipowatym błony śluzowej tejże zatoki. Gruzoły podszczękowe i karkowe powiększone na ucisk nie bole-

sne. W znieczuleniu miejscowym wykonano zabieg doszczętny spos. Caldwell-Luca z wyskrobaniem rozrośniętej ziarniny. W obrębie przetoki pod powieką dolną natrafiono na mały sekwestr kostny, który usunięto. Po wyskrobaniu łyżeczkę ostrą obu przetok cięcie pod wargą zeszyto, a seton wyprowadzono do jamy nosowej. Gojenie się rany dobre, wszystkie wymienione objawy chorobowe szybko ustąpiły. Z powikłań o septycznym przebiegu z objawami zajęcia opon mózgowych na tle ropnego



Fot. 12. Kobieta l. 29. M. P. Sinuitis maxillaris purul. chron. sin. 2 przetoki w okolicy przedniej części twarzy.

zapalenia zatok czołowo-sitowych wymienić należy przypadek 5-ty chłopca lat 14, którego przywieziono nam z kliniki ocznej U. P. z ropniem oczodołu pr. oraz objawami zapalenia opon mózgowych. Z wywiadów wynika, że choroba rozpoczęła się przed 10-ma dniami bólem w okolicy czoła i obrzękiem powieki górnej prawej w następstwie przeziębienia. Z powodu nasilającego się obrzęku tej powieki, okolicy czoła ponad łukiem brwiowym i wyśladzenia gałki ocznej wykonano w klinice ocznej nacięcie na górnym brzegu oczodołu, a po wypuszczeniu dużej ilości ropy

założono dren w głąb oczodołu. Kiedy mimo to gorączka utrzymywała się nadal przy 38—40° C., a nadto wystąpiły objawy zajęcia opon mózgowych, przekazano chorego do naszej kliniki celem operacji otwarcia zatok czołowo-sitowych. Zdjęcie rentgena wykazało wyraźne zaciemnienie tych zatok, w przewodzie środkowym prawym nieco wydzieliny ropnej. Sztywność karku,



Fot. 5. Chłopiec I. 14. R. J. Sinutis fronto-ethmoidalis purutle. absce. lobi frontalis dextr. lipiodolografia.

objaw Babińskiego, Gordona, Rossolimo, Oppenheima dodatnie. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn lekko mętny, białko 0.18%. Ilość c. b. 13.107 (64% limfocytów m., 36% obojętnochłonnych). Pandy +, ilość cukru 0.067%, chlorków 0.702. Wobec groźnego stanu chorego przystąpiono natychmiast do otwarcia zatok czołowsitowych spos. Jaques-Jansena. Przedłużono więc cięcie poprzeczne wykonane wzdłuż całego łuku brwiowego: po odpre-

parowaniu części miękkich wraz z okostną oddłutowano dolną ścianę zatoki czołowej, z której wydobywa się ropa pod ciśnieniem. Wnętrze zatoki czołowej oraz sitowych przednich i tylnych jest wypełnione wielką ilością mas ziarninowatych. Po zdjęciu tab. int. zatoki czołowej stwierdza się przekrwienie opony przedniego dołu czaszkowego. Nakłucie w kierunku płata czołowego prawego wykazało gęstą ropę w ilości około 5 c³. w tym

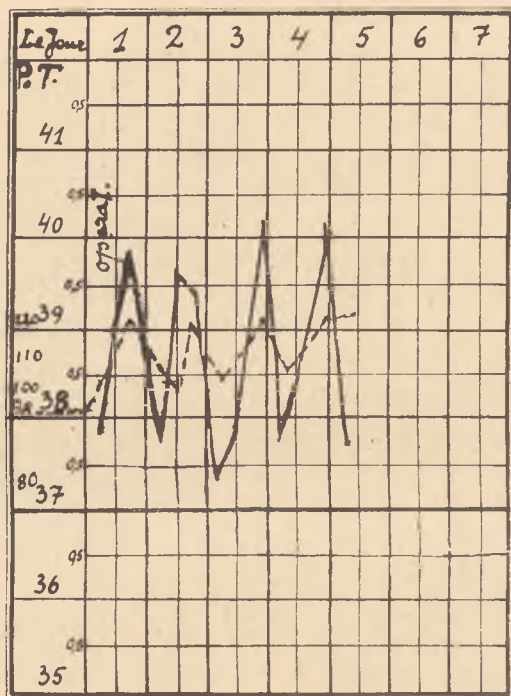


Fot. 6. T. s. przyp. Zdjęcie boczne z lipiodolem.

też miejscu nacięto oponę i założono dren. Zdjęcie rentgena po wypełnieniu tegoż ropnia lipiodolem wykazało jamę w tymże płacie wielkości dużej wiśni p. fig. 5 i 6. Po założeniu opatrunku tętno stawało się czym raz szybsze i słabiej napięte mimo stosowania środków nasercowych. Zejście śmiertelne w 8 godz. po zabiegu operacyjnym. Jak widać z karty gorączkowej p. fig. 7. krzywa ciepłoty wykazywała przez cały czas choroby typ

lektyczny. Na sekcji stwierdzono ropień płata czołowego wielkości wiśni, nieotorbiony — rozlane ropne zapalenie opon mózgowych.

Powikłania septyczne i septicopyemiczne z gardła górnego, środkowego i jamy ustnej obejmują największą ilość przypadków, dzięki obecności skupień adenoidalnych, tworzących poszczególne ogniwa pierścienia chłonnego Waldeyera j. to: migdał-

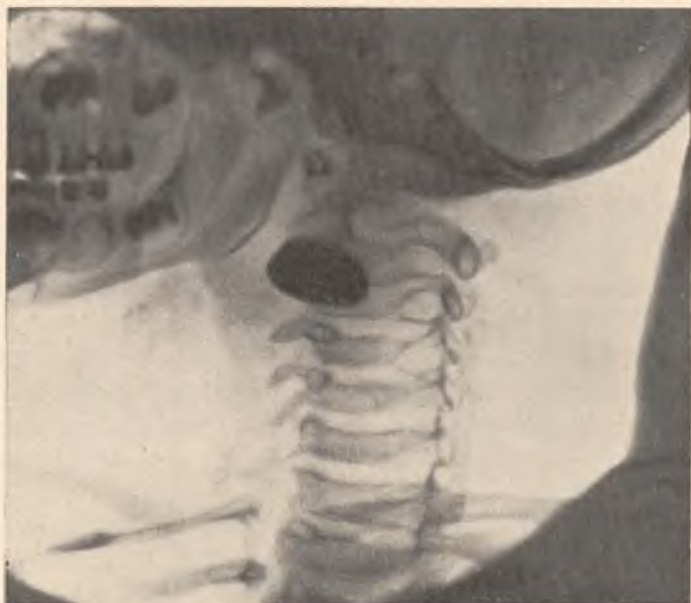


Fot. 7. T. S. przyp. Karta gorączkowa.

ka gardłowego, podniebiennych i językowego. To też szczegółowa analiza tych stanów septycznych musi się zawsze opierać na znajomości patologii i powikłań, wychodzących ze wspomnianych części utkania chłonnego. Ostre stany zapalne migdałka gardłowego (adenoiditis lacunae) dają wyraźne powikłania ogólne tylko w wypadkach ciężkiej infekcji streptokokowej nosa i nosogardła pod postacią silnych bólów przy połykaniu, bólów głowy, dreszczów i osłabienia. Ciepłota dochodzi w tych wypadkach — 39° C. gruczoły karkowe i podszczękowe silnie obrzmie-

wają, również i śledziona bywa w tych wypadkach macalna pod łukiem żebrowym, zwiększenie się ilości c. b. często z przesunięciem formuły leukocytowej w lewo a badanie rynoskopowe wykazuje na tle obrzmiałej śluzówki nosogardła, białawe czopy, zlewające się niekiedy ze sobą we większe lub mniejsze naloty na powierzchni. U dzieci do lat 5 zdarzają się niekiedy na tym tle ropnie tylnogardłowe górne w następstwie przejścia sprawy zapalnej drogą naczyń chłonnych na gruczoł Gilleta. Objawy ogólne bywają wówczas ciężkie pod postacią gorączki do 40° C., bólów głowy i gardła, promieniujących do ucha przy połykaniu, obok silnego obrzmienia gruczołów chłonnych, karkowych, podszczękowych i szyjnych, które mogą utrudniać ruchy głowy. W rzadszych przypadkach może przyjść do zropienia tych gruczołów, mimo otwarcia ropnia pozagardłowego a wówczas mamy przed sobą wyraźny obraz septicopyemii, względnie proces ten posuwa się aż do mediastinum. W przypadku dziecka 1 r. i 8 mies. S. P. chodziło właśnie o taki ropień pozagardłowy przedni gruczołu Gilleta, wychodzący z ostrego zapalenia adenoidu. Przywiezione zostało do kliniki z powodu nieoddychania nosem oraz bólów i zachłystywania się przy jedzeniu. Przy badaniu podpada bladeść, wychudzenie oraz nasilony oddech, pokryty rżeniami. Tylna ściana gardła wypukłona ku przodowi, zwłaszcza w części górnej na wysokości podniebienia. Przy obmacywaniu palcem stwierdza się chelbotanie. Krtań bez zmian. W jamie nosowej obfita ilość wydzieliny śluzowo-ropnej. Gruczoły karkowe i szyjne powiększone. Temper. $37,5^{\circ}$ C., tętno dobrze napięte. Zdjęcie rentgen. boczne z lipiodolem p. fig. 8 wykazało ropień, wielkości orzecha laskowego na wysokości 3-go kręgu szyjnego. W znieczuleniu miejscowym ropień ten nacięto poczym już szybko nastąpiła poprawa. Róża gardła górnego, przechodząca najczęściej z nosa daje też często wspomniane objawy ogólne, obok szybko się rozwijającego zapalenia podśluzowego krtani (*erysipelas descendens*). Osobną grupę objawów stanowią zaburzenia, będące następstwem przewlekłych stanów zapalnych migdałka gardłowego. Są to przede wszystkim uporczywe nieżyty nosa, jamy nosowo-gardłowej i ucha środkowego, ze spływaniem wydzieliny śluzowo-ropnej w kierunku do krtani zwane bursitis pharyngea chron. mb. Thornwaldi. Zmiany te łączą się z uczuciem wysychania, bólu kłójącego i zawadzania w gardle pobudzającego do chrząkania i kaszlu a dalej schorze-

nia żołądkowo-jelitowe ze stanami subikteryicznymi, białkomoczem i t. p. Dołącza się do tego jeszcze obrzmienie gruczołów chłonnych karkowych i szyjnych z podwyżkami ciepłoty do $37,5^{\circ}$ C., stale o jednej porze dnia (co budzi podejrzenie w kierunku obecności ukrytego ogniska gruźliczego w ustroju). Stany te nastęrczają niejednokrotnie trudności w rozpoznaniu różniczkowym i mogą być należycie ocenione tylko na drodze badania rynoskopowego i bakteriologicznego treści krypt wspomnianego migdałka. Badania Agazziego i Barbery wykazały



Fot. 8. Dziecko 1 r. i 8 mies. T. S. absc. retropharyngeus super. lipiodol.

obecność w śluzie jamy nosowo-gardłowej u dzieci w 50% ziareńkowców hemolitycznych, 20% prątków rzekomo-błoniczych a w 90% streptococ. viridaus i pneumokoków. Także ex juvantibus możemy wnosić o ich związku przyczynowym z adenoiditis chron., bowiem po adenotomii stany te cofają się zazwyczaj dość szybko. Mamy jeszcze jeden proces, który rozwija się niekiedy ze stanów przewlekłych zapalnych migdałka gardłowego w miarę jego involucji u osobników starszych, na który zwrócił uwagę E. Escat: Są to mianowicie ogniska retencyjne mas serowatych

w gniazdkach Urbantschitscha, mieszczących się we fossa Rosenmülleri, będące pozostałością po zanikającym migdałku trąbkowym Gerlacha. Przy badaniu rynoskopowym tylnym widzimy wówczas wyraźne białawe punkty, względnie plamki w okolicy pozatrąbkowej, nazwane przez Escata: retention caseuse peritubaire, które powodują nieżyt jamy nosowo-gardłowej, a szczególności trąbki Eustachiusza i ucha środkowego o długo-trwałym przebiegu. W niektórych przypadkach tego cierpienia spotykał Escat skargi na silne szумы w uszach o wysokim brzmieniu, połączone z zawrotami głowy, jako wyraz podrażnienia zapalnego nerwu VIII-go. Ja zaś mogłem stwierdzić w 3-ch przypadkach powyższego schorzenia obok wymienionych, stany zapalne nerwu językowo-gardłowego, zazwyczaj po jednej stronie, które ustępowały dopiero po usunięciu doszczętnym wspomnianych mas retencyjnych około-trąbkowych. Do jakichś wyraźnych powikłań septycznych w tych stanach wcale nie przychodzi. Stany septyczne i septico-pyemiczne, wychodzące z migdałków podniebiennych, obejmują największą ilość przypadków powikłań z górnych dróg oddechowych i występują zarówno w ostrej jak i przewlekłej postaci ich zapalenia. Ciężka angina dółkowa, wykazująca silne zaczerwienienie migdałków podniebiennych z drobnymi nalotami, które nie przekraczają granicy samych migdałków i dają się z łatwością usunąć, może w pewnych warunkach dać ciężkie powikłania ogólne ze strony nerek, serca i stawów. Jeżeli zdaniem Neufelda i Feina łańcuszkowce mogą się przedostać do krwiobiegu z każdego odcinka w górnych drogach oddechowych przez uszkodzoną powłokę śluzówkową, to powierzchnia krypt migdałków podniebiennych jest w pierwszej linii predysponowana do tej roli przepuszczania infekcji w głąb dzięki tzw. rankom fizjologicznym, utworzonym przez diapedezę ciałek białych przez warstwę nabłonkową (Stöhr). Stąd to tak często się zdarza, że ostry reumatyzm stawowy poprzedza nieżytowe zapalenie migdałków jak na to zwrócił uwagę E. Escat w r. 901. Anginy zaś mieszczkowe łączą się niekiedy z zapaleniem nerek, wsierdzia lub wyrostka robaczkowego (Czajkowski). Równoczesne względnie wcześniejsze zjawienie się anginy mieszczkowej z nalotami lub bez, ze znacznym powiększeniem gruczołów podszczękowych, szyjnych i karkowych przy leukemii i pseudoleukemii naprowadziło Sprieta Evansa, Laverguea, Piloda, Carnota i Weissenbacha

na związek przyczynowy schorzenia narządu krwiotwórczego z tą „forme pharyngée de l'adenolymphoidite aigue avec leucocytose „et mononucleose“. Angina Plaut-Vincenti jako powikłanie fusospirillozy jamy ustnej przy próchnicy zębów może dać powiększenie znacznego stopnia gruczołów chłonnych na szyi i pod żuchwą bez skłonności do zropienia. Podwyżkciepłoty 39—40° C. są zwykle następstwem dołączającego się zakażenia mieszanego łańcuszkowcami, jak to również ma miejsce i w dyfterii. Silne bóle przy połykaniu jakie chorzy odczuwają tłómaczą się obecnością małych ledwie widocznych płaskich owrzodzeń na łukach podniebiennych i korzeniu języka. Zapalenia ropne (flegmony okołomigdałkowe są najczęstszą przyczyną powikłań septycznych miejscowych i ogólnych, które wychodzą z ognisk mniej lub więcej rozległych zbiorowisk ropnych, zwanych ropniami okołomigdałkowymi. Z tych odróżniamy 5 form tj. ropień: 1. migdałkowy, 2. przednio-górny, 3. tylny, 4. dolny i 5. zewnętrzny. Ten ostatni zwłaszcza daje ciężkie powikłania septyczne i ze względu na swoje umiejscowienie wymaga specjalnego zabiegu t. j. wyłuszczenia schorzałego migdałka na gorąco. Wspólną cechą powikłań ogólnych wszystkich tych ropni okołomigdałkowych jest wysoka gorączka, dochodząca do 40° C., tętno szybkie niekiedy słabo napięte, w moczu białko, bladeść i znaczne wyczerpanie sił u chorego. Leukocytoza 16,000 c. b. z przewagą wielojądrzastych. W cięższych postaciach przyjsć może do ciężkiej posocznicy, która występuje zazwyczaj pod 4-ma odmianami: jako posocznica 1. bez wyraźnej lokalizacji jako 2. septyczny zakrzep żył twarzy i szyi, 3 zakażenie posuwające się wzdłuż naczyń chłonnych na gruczoły chłonne szyi i śródpiersia. Naciek zapalny rozszerzający się wzdłuż przestrzeni łącznotkankowych (interstitium) na okolicę pozagardłową gdzie wytwarza się następowo zapalenie zakrzepowe żył spłotu gardłowego i truncus thyreo-linguo-facialis oraz zajęcie gruczołów przy tętnie słabo napiętym, nieregularnym. spadku ciśnienia krwi i objawach zastoinowych (acrocyanosis, zwolniony oddech). Język bywa w tych wypadkach podsychający pokryty grubym nalotem. Tonus gałki ocznej również się zmniejsza, przy czym w moczu silnie wysyconym zjawia się białko, a ze krwi dadzą się z łatwością wyhodować łańcuszkowce. Stan ten pogarsza się szybko i prowadzi do śmierci mimo stosowania środków nasercowych i antyseptycznych, podobnie jak to ma miejsce w pło-

nicy i zakażeniach połogowych, gdy ustrój wykazuje słabą odporność na zakażenie. Druga postać cechuje się wystąpieniem zakrzepowego, zapalenia żył szyjnych i twarzowych w przebiegu ropnia okołomigdałkowego względnie próchnicy i zapalenia okostny zęba mądrości. Fränkel, Zange i Claus wykazali, że proces ten zaczyna się od razu zapaleniem zakrzepowym żył torebki migdałka i stąd posuwa się dalej na splot gardłowy, truncus thyreo-linguo-facialis i jugularis int. Mamy wówczas w obrazie klinicznym ciepłotę dochodzącą do 40° C. często o typie hektycznym z dreszczami i zmianami we krwi j. w Nadto bolesność przy obmacywaniu okolicy pozażuchwowej, nacieczonej wzdłuż brzegu sterno-cleido-mastoideus i ku górze jako phlegmona lateropharyngea ascendes et peritubaria wzdłuż wiązek constr. phar. super i stylopharyngeus aż do fascia salpingea, ku dołowi zaś poniżej kąta żuchwy jako adeno-phlegmona sousangulomaxillaire de Chassaigiac. W rzadszych wypadkach proces ten szerzy się do tyłu na plexus pterygopalatinus a stąd przez anastomozy Trolarda w okolicy for. ovale na plexus cavernosus (Vogel). Powikłanie to kończy się wówczas ropnym zapaleniem opon mózg. wśród objawów znacznego obrzęku obu powiek, hemozy spojówek, wysadzenia gałki ocznej silnego bólu głowy, i bólów we wszystkich gałązkach nerwu trójdzielnego. Zakażenie żyły jarzmowej wewnętrznej przychodzi w tych razach do skutku jedynie za pośrednictwem trunc. thyreo-linguo-facialis i może się posuwać ku dołowi (do płuc) oraz ku górze przez sin. petrosus infer. na sinus cavernosus. W rzadkich wypadkach proces ropny posuwa się wzdłuż spatium parapharyngeum na podstawę czaszki dając zwolnienie tętna (vagus) i porażenie nn. podjęzykowego (Ulrich), względnie jako zakrzep v. cervicalis prof. i vertebralis prowadzi szybko do wytworzenia się mediastinitis septica mimo nawet wczesnego i rozległego podwiązania vv. jugularis (Verse). Krwiotoki śmiertelne do gardła, wywołane przecięciem ścian v. jugularis i carotis int. należą do rzadkich. W przypadku obserwowanym i leczonym przezemnie chodziło o mężczyznę 1 : 29 W. M. z zawodu szofera, który od tygodnia skarżył się na silne bóle gardła przy połykaniu po stronie prawej. Stan chorego w dniu przyjęcia do kliniki przedstawiał się następująco: Budowa średnia, odżywienie podupadłe. Temperatura 38,9° C. Tętno 96 lekko uciskalne, chwilami nierówne, błony śluzowe z odcieniem sinawym. Wyraźny przykurcz głowy na

stronę prawą. Ruchy głowy zwłaszcza okręcanie i zginanie bolesne. Usta otwiera z trudnością z powodu szczękoscisku. Po przyściśnięciu języka widać łuk przedni prawy wraz z migdałkiem silnie wysadzony do światła gardła oraz ku przodowi. Języczek w całości obrzękły jest przesunięty na stronę lewą. Tylny łuk migdałka prawego naciekły w postaci wału grubości palca o wyglądzie śluzakowatym, sięgający w dół aż do hypopharynx. Przy obmacywaniu palcem bocznej ściany gardła od wewnątrz nie wyczuwa się chęłbotania ani też tętnienia. Lekki obrzęk chrząstki nalewkowej i więzadła nalewkowo-nagłośniowego prawego. Zaczerwienienie błony śluzowej wnętrza krtani, pokrytej wydzieliną śluzowo-ropną. Obrzęk gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęczykowego, zlewających się ze sobą. Zdjęcie rentgena boczne całej tej okolicy wykazało przejaśnienie w kształcie kilku jasnych smug o nieregularnych zarysach, zlewających się ze sobą w większe plamy. Badanie krwi wykazało ilość ciałek b. 6 000 z przewagą limfocytów 83%, granuloc. obojętnochłonnych 10%, brak form młodocianych. W moczu białko i cukier ujemne. Ponieważ zgłębnikowanie haczykiem górnego zachyłka jak również najbliższej okolicy tuż poza górnym biegunem migdałka nie wykazało nawet śladu ropy a przeciwnie rozlany i twardy naciek dokoła migdałka i bocznej ściany gardła, wstrzyknięto 4 c³ propidonu domięśniowo. Nazajutrz temp. 39° C. tętno 112 nieregularne. Podano analeptica (camphora, coramina). Mimo spadku ciepłoty do 37° C. dnia następnego, tętno utrzymywało się nadal przy 120 n/m i było chwilami przerywane. Samopoczucie chorego gorsze wobec czego przystąpiono do otwarcia ropnia od zewnątrz w narkozie: Cięcie wzdłuż przedniego brzegu m. sternocleido-mastoideus długo, około 10 cm. Po przecięciu powięzi szyjnej w górnej części nieco poniżej kąta żuchwy natrafia się na tylną część ślinianki podżuchwowej, zabarwionej ciemno-wiśniowo wskutek przepojenia krwią, przy czym stwierdza się rozległe nacieczenie wszystkich tkanek, sięgające wglęb, które wykazują miejscami drobne banieczki, wypełnione treścią ropną, silnie cuchnącą. Już sam wygląd przepojonej krwią ślinianki podżuchwowej nasunął mi podejrzenie, że chodzi tu o przeżarcie ściany jakiegoś dużego naczynia, to też z zachowaniem wszelkich ostrożności odpreparowałem w dolnej części cięcia obie tętnice dogłowe wraz z żyłą jarzmową, biorąc je

na prowizoryczną pętlę by się przygotować na wszelką ewentualność krwawienia. Istotnie też preparując wzdłuż głębokiej powięzi szyjnej ku górze natrafiłem na skrzepy ciemnej krwi w okolicy poniżej tylnego bieguna ślinianki podszczękowej w miejscu odpowiadającym przebiegowi większych naczyń żylnych. Skrzepy te wykazywały wyraźne cuchnienie podobne do mas perlakowatych. Po ich usunięciu wystąpił silny krwiotok z głębi, który ustał dopiero po silnym wytamponowaniu całej jamy tętniaka. W przekonaniu że chodzi tu przeżarcie ściany tętnicy dogłowej wewnętrznej podwiązałem niezwłocznie wspólny pień tętnicy dogłowej. Mimo to krwawiło jeszcze z górnego odcinka rany. Dopiero po założeniu podwiązki na żyłę jarzmową i wytamponowaniu całej jamy tętniaka ku górze w okolicę opuszki żyły jarzmowej krwawienie ustało definitywnie. Nie było więc już żadnej wątpliwości że mieliśmy w tym wypadku do czynienia z przeżarciem ściany tętnicy dogłowej wewnętrznej i żyły jarzmowej (aneurysma spurium) przez proces ropny zgorzelinowy, idący od migdałka na szyję. Badanie bakteriologiczne wykazało beztlenowce przeważnie o typie łańcuszkowców.

Bezpośrednio po podwiązaniu tętnicy dogłowej wspólnej tętno nagle się pogorszyło tak iż nie można było myśleć o podwiązaniu także jej obwodowego końca a z konieczności poprzestać tylko na silnej tamponadzie całego worka tętniaka. Stan zapadowy, który wystąpił pod koniec zabiegu dał się szybko zlikwidować przez wstrzyknięcie dożylnie coraminy, lobelliny i digipuratu oraz infusję podskórną fizjol. roztworu NaCl. Tętno znacznie się poprawiło, ilość uderzeń wynosiła 120 n/m, chory przez cały czas był przytomny. Nazajutrz tj. po 20-tu godzinach od chwili podwiązania wystąpił nagle silny krwiotok od strony bocznej ściany gardła przez otwór wielkości ok. 20-to groszówki, umiejscowiony poza górnym biegunem migdałka, a powstały wskutek częściowej nekrozy bocznej ściany gardła. Krwiotok ten nie dał się niczym zatamować i był przyczyną zejścia śmiertelnego. Było to więc krwawienie następowe z obwodowego niepodwiązanego odcinka tętnicy dogłowej wewnętrznej do worka tętniaka, które zdarza się w przypadku podwiązania tętnicy dogłowej wspólnej i jest zależne od podwyższenia ciśnienia krwi. Takie przypadki krwiotoku wstępnego z tętnic podstawy mózgu, względnie też bocznie przeciwległej połowy

gardła opisywali Pitt, Skoog, v. Hoffmann, Stumpf, Duke, Uffenorde i Sercer. Oni to zwrócili uwagę na ważność obszycia tylnej ściany gardła w linii środkowej w celu przerwania połączeń nacyniowych, obok podwiązania górnego, obwodowego końca tętnicy dogłowej wewnętrznej o ile nato pozwala stan chorego. Powyższy przypadek nastęrczał poważne trudności rozpoznawcze. W przeciwieństwie bowiem do przypadków o bardziej przewlekającym się przebiegu, które zwolna posuwają się w głąb spatium parapharyngeum, proces ropny przeszedł tu stosunkowo dość szybko poza obręb bocznej ściany gardła, dając naciek gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych. Do tego jeszcze ciężkie objawy septyczne ogólne, połączone z osłabieniem mięśnia sercowego, twardy naciek okolicy migdałka prawego i bocznej ściany gardła bez skłonności do tworzenia się ograniczonego ropnia, przykurecz mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego, objaw Hörnera ze strony gałki ocznej, zwolnienie tętna jako następstwo przejścia procesu ropnego na tzw. loge retrostylienue (Escat) i podrażnienia zapalnego nerwów tamże przebiegających tj. *vagus accessorius* i *sympaticus* — *signum mali ominis*.

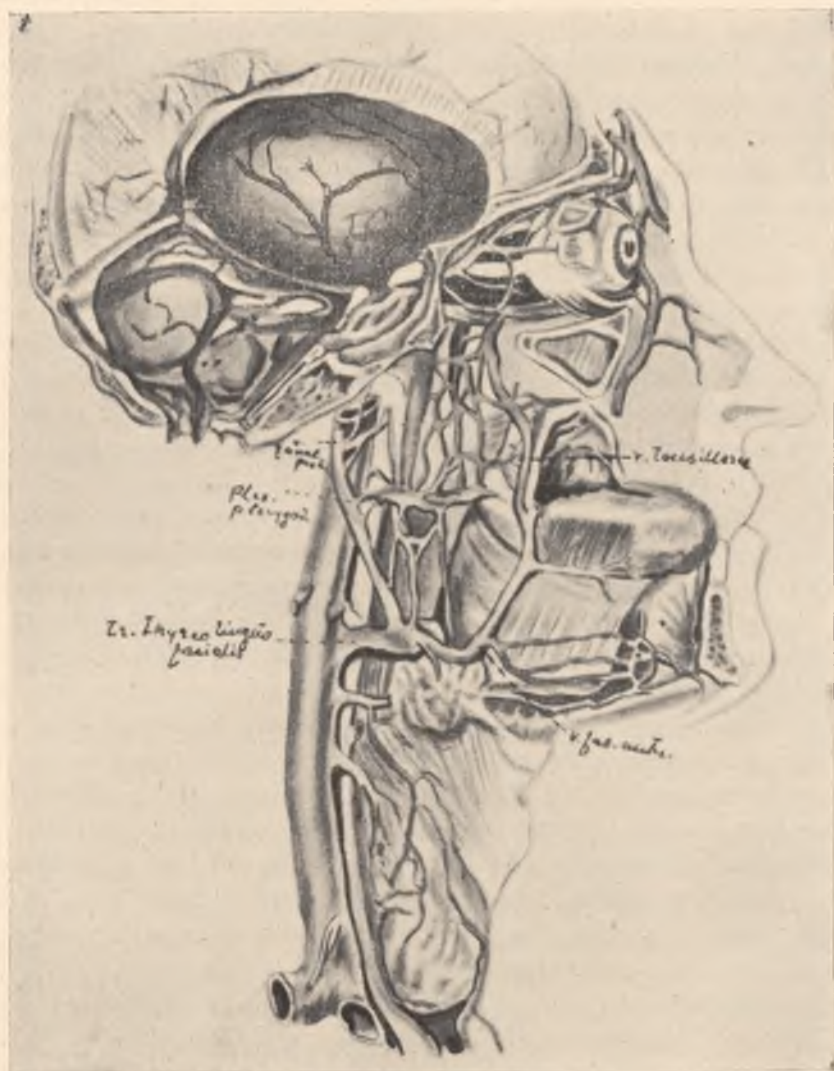
Rozpoznanie kliniczne posocznicy po anginie w jej stadiach początkowych nie jest łatwe. Należy zwrócić uwagę na pojawienie się pierwszych dreszczów po anginie, przebytej niekiedy przed kilkunastu dniami, gorączki o typie *continua*, silnej bolesności gruczołów poza kątem żuchwy i szyjnych przy obmacywaniu oraz na wygląd chorego, zachowanie się tętna i obrazu krwi. Dalsze powikłania septicopyemiczne, wychodzące z ognisk ropnych okołomigdałkowych, występują jako przerzuty w płucach, sercu, wątrobie, nerkach i stawach. Płuca są więc tą pierwszą stacją, zatrzymującą drobnoustroje, które dostają się z żyły jarzmowej wewnętrznej do krążenia małego. Przychodzi wówczas do wytworzenia się rozległych zatorów bakteryjnych w mięszu płucnym, które dają powód do powstania ognisk bronchopneumonicznych, ropni płucnych, względnie ropnych zapaleń opłucny, prowadzących często do śmierci. Ze strony serca mamy w tych wypadkach bardzo często zmiany w obrębie wsierdzia, jako *endocarditis acuta verrucosa*, względnie jako tzw. *endocarditis lenta*, proces idący wolno, wywołany często przez *streptococcus viridans*. Zapalenie mięśnia sercowego toczące i zatorowe w przebiegu wspomnianej posocznicy jest

zjawiskiem dość częstym i pełnym grozy ze względu na możliwość wystąpienia nagłego zapadu. Tak samo zapalenie osierdzia należy do powikłań (ze strony błon surowiczych) towarzyszących zwykle wspomnianym zmianom w sercu i płucach. Nerki są narządem w których odbywa się wydzielanie drobnoustrojów, krążących we krwi, to też usadowienie się ich w obrębie naczyń nerkowych we formie zatorów kapilarnych staje się przyczyną zmian zapalnych (glomerulonephritis ac. haemorrhagica, et pyelonephritis ac.) z przejściem na pęcherz przy angina lacun. w 6% przy phlegmonosa zaś w 15%. Nie ma łączności pomiędzy rozległością i natężeniem procesu chorobowego w nerkach a zmianami drobnowidowymi w migdałkach w których według jednych autorów, powiększone grudki chłonne miały wykazywać wyraźniejsze pasma brzeżne jako odczyn na toczący się w nich proces zapalny. Eigler bowiem wykazał że stan ten jest często następstwem podrażnienia ściśle miejscowego wychodzącego z treści krypt migdałka. W niektórych wypadkach powikłań nerkowych daje się nadto jeszcze zaobserwować wytworzenie się ropnia okołonerkowego, który przez długi czas może niedawać wyraźnych objawów i tym samym nastęrczać duże trudności rozpoznawcze. Wytwarzające się w tych razach ograniczone zapalenie otrzewny może być łatwo pomieszane z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Wreszcie przerzuty do stawów i kości należą również do ciężkich powikłań septicopyemicznych, wychodzących z migdałka. Cechują się one obrzękiem zapalnym stawu i jego najbliższego otoczenia z zaczerwienieniem skóry i silną bolesnością przy poruszaniu i obmacywaniu danego stawu. Z chwilą zjawienia się wysięku ropnego w stawie, względnie ognisk osteomyelitycznych w jego najbliższym sąsiedztwie, powstają ciężkie warunki dla leczenia chirurgicznego zachowawczego to też trzeba niejednokrotnie z konieczności przystąpić do amputacji danej kończyny. Związkiem jaki zachodzi pomiędzy angina, ropniami, okołomigdałkowymi a zakażeniem połogowym (sepsis puerperalis) zajmowali się Gordon, Blass i Buschke. Z badań tych wynika że główną przyczyną tego powikłania jest zmniejszona odporność macicy po porodzie, która może łatwo ulec zakażeniu na drodze krwionośnej z ognisk wymienionych względnie ukrytych w kryptach migdałkowych w przypadkach tonsillitis chron. To też autorowie ci radzą już w początkach ciąży zwrócić

uwagę na chore migdałki i ewentualnie je usunąć. Leczenie powikłań septycznych i septicopyemicznych winno być w każdym przypadku przyczynowe. Ponieważ wspomniane powikłania wychodzą najczęściej z ognisk ropnych okołomigdałkowych należy dążyć do jaknajszybszego ich otwarcia i opróżnienia w myśl zasady *ubi pus ibi evanca*“. O ile ropnie okołomigdałkowe przednie i tylne nie następują pod tym względem żadnych trudności to co się tyczy ropni okołomigdałkowych zewnętrznych panowała do niedawna rozbieżność zapatrywań co do wyboru metody. Dopiero w r. 1915 Barnes z Bostonu a następnie Theisen, Hollinger, Hugues, Winkler, Lewinger, Kammerer, Goerke, Erdely, Basavilbao, Taptas, Le Mée, Guillon, L. Lerroux, Halphen, Link, Zöllner i Podesta zaczęli stosować doszczętne wyluszczenie migdałków w przypadkach ropni okołomigdałkowych zewnętrznych. Odtąd sposób ten wchodzi do repertuaru zabiegów leczniczych pod nazwą „*amygdalectomie à chaud*“ tam gdzie mamy silny odczyn ze strony gruczołów chłonnych poza kątem żuchwy i podszczękowych gdzie ropny nie udaje się wydostać po nacięciu w miejscach typowych dla przedniego i tylnego ropnia okołomigdałkowego a stan septyczny utrzymuje się nadal. Zwłaszcza w migdałkach schowanych i zrosniętych z łożyskiem przychodzi częściej do wytworzenia się ropni okołomigdałkowych zewnętrznych, które dają absolutne wskazanie do wyluszczenia na gorąco ze względu na łatwość przejścia zakażenia do przestrzeni okołogardłowej, skąd wiodą już szerokie wrota do dalszych groźnych powikłań septycznych i ogólnych. W 27 leczonych w naszej klinice przypadkach ropni okołomigdałkowych zewnętrznych z ciężkimi objawami septycznymi u których proces zapalny ropny trwał dłuższy czas a gdzie ani nakłócie próbne ani nacięcie w miejscu domniemanego ropnia nie dało zadawalniającego wyniku, wykonano wyluszczenie na gorąco. Z doświadczeń naszej kliniki odnośnie do tego zagadnienia wynika że wyluszczenie migdałków na gorąco należy traktować nie jako zabieg równorzędny z nacięciem ropnia lecz jako ostateczną konieczność, usuwającą możliwość wystąpienia ciężkich powikłań. Winno ono być jednostronne tj. tego migdałka z którego wychodzi ropień zewnętrzny, rzadko obustronne. Wskazaniem do wyluszczenia na gorąco jest stan chorego, spowodowany infekcją, wychodzącą z ropnia głęboko usadowionego, naj-

częściej okołomigdałkowego zewnętrznego. Ropień ten staramy się najpierw opróżnić nacięciem w miejscu typowym (przez łuk przedni) a dopiero kiedy ten sposób nie da wyniku przystępujemy do wyluszczenia. Tonndorf, Linek, Haardt, Claus i Leicher zarzucają temu sposobowi leczenia trudności w opianowaniu krwawienia w czasie i po zabiegu, łatwość rozszerzania się zakażenia na sąsiedztwo a zwłaszcza na krtań z wytworzeniem się laryngitis submucosa ac. względnie phlegmona perilarynga septica, a w końcu niemożność wykonania znieczulenia miejscowego. To też Canuyt stosuje w przeważnej ilości przypadków tzw. amygdalectomie à tiede, wykonując w ostrym stanie wyłącznie tylko odluszczenie górnego bieguna migdałka i dostaje się na tępo do ogniska ropnego a dopiero po zniknięciu objawów ostrych przystępuje do całkowitego wyluszczenia całego migdałka. Wskazaniem do tonsillectomii à chaud“ jest zdaniem tegoż autora zły stan ogólny chorego pod postacią często powtarzających się dreszczów, wysokiej gorączki i znacznej bolesności gruczołów podszczękowych i szyjnych. Z dalszych sposobów chirurgicznego leczenia posocznicy pochodzenia migdałkowego wymienić należy podwiązanie pni żylnych na szyi i trunc. thyreo-linguo-facialis, vena pharyngea asc. a nawet samej żyły jarzmowej wewn. jak najdalej ku dołowi (Claus) p. fig. 9. w wypadkach w których podejrzewamy zakrzep w jej świetle. Nadto należy szukać za ukrytymi ropniami pomiędzy mięśniami głębokimi szyi i w okolicy pozażuchowej. Całą zaś ranę pooperacyjną należy szeroko drenować gazą antyseptyczną i zwilżać płynem Dakina czy chloraktyną. W dwóch przypadkach posocznicy po anginie oraz jednym po wyluszczeniu doszczętnym migdałków podniebiennych u osobników lat 50 i 54 otrzymałem dobry wynik po zastosowaniu transfuzji krwi w ilości 250 i 300 c³. Ciężki stan tych chorych z temperaturą 40°C, silnymi dreszczami oraz bolesnością naciekłych gruczołów szyjnych, poprawił się zaraz na drugi dzień po transfuzji i odtąd ciepłota utrzymywała się na jednym poziomie — 37,6°C, aż do zupełnego wyzdrowienia. Oczywiście że stosowanie antistreptyny, autoszczepionek, surowicy pneumokokowej czy srebra kolloidalnego dożylnie jest zalecane zawsze w tych razach. W wyborze i kolejności stosowania wymienionych środków leczniczych musi się lekarz posługiwać często własną intuicją i doświadczeniem, tak jak w rozpoznawaniu ukrytych stanów septycznych, wychodzących z migdałków podniebiennych stosownie do słów Zangego: „hier hört die

schriftliche Diagnose auf, hier fängt die Kunst des Arztes an...“
Z 5-ciu przypadków ropnego zapalenia gruczołu tarczowego po
anginie z zajęciem śródpiersia, leczonych w naszej klinice, ostatni



Fot. 9. Topografia naczyń żylnych czaszki i szyji według Corninga.

należy bezsprzecznie do rzadkich. Chodziło mianowicie o chorego
1 : 43, K. R., przywiezionego z gorączką 40° C., silnymi dreszczami i
tętnem zapadłym. Badanie wykazało: znaczny obrzęk

gruczołu tarczowego oraz gruczołów szyjnych po stronie prawej, bolesnych przy obmacywaniu. W gardle obrzęk bocznej ściany gardła po tejże stronie i krtani, brak duszności. Nacięcie po wewnętrznym brzegu sterno-cleido-mastoideus w miejscu największego wypuklenia po prawej. Wypuszczono ok. 25 c³ gęstej ropy. Szeroki setonaż gazą jodoformową, zewnętrznie okład z płynu Burrowa, propidon domięśniowo (2 c³), dożylnie glukoza 20%, doustnie zaś antystreptyna. Codzienna zmiana opatrunku przy której stwierdza się że jama ropnia sięga dość głęboko w dół poniżej obojczyka na 4 cm — przemywanie ½% roztworem chloraktyny. Temperatura wahała się jeszcze wieczorem — 38,5⁰ C. a tętno znacznie się poprawiło pod wpływem środków nasercowych. Mimo stałego wypływu dużej ilości cuchnącej ropy czuł się subiektywnie dobrze, obrzęk bocznej ściany gardła i krtani cofnął się. W 5-cim tygodniu pobytu w klinice ropienie ustało całkowicie a chory opuścił klinikę w stanie wyleczonym.

Stany zapalne przewlekłe migdałków podniebnych cechują się obecnością procesów zapalnych, odbudowy i wchłaniania w tkance migdałkowej widocznych często już w jednym i tym samym polu widzenia (Dietrich). Jestto więc powiększenie grudek chłonnych co do ich wielkości oraz liczby, obecność żywych procesów kariokinetycznych, fagocytozy, komórek plasmatycznych i ich jakoby pochodnych ciałek Russela we wnętrzu danej grudki chłonnej. Obok tego widzimy w tych samych mieszkach limfatycznych znaczniejszy rozrost włókienek retikuliny, wzmożną migrację ciałek białych przez parakeratycznie zgrubiały nabłonek, miejscami wykazujący złuszczenia do światła danej krypty migdałkowej. Tamże spotyka się w znacznej ilości nagromadzony detritus złuszczonych nabłonek, ciałek białych i flory bakteryjnej, które to masy ulegają łatwo przemianie tłuszczowo-cholestrerynowej, dając powód do wytworzenia się różnego typu czopów w kryptach. Te ostatnie były przedmiotem licznych badań a mianowicie przez: Kahlera, Thiessburgera, Ertla Eiglera i Siebenmanna, z których wynika, że czopy te tworzą się normalnie wskutek mechanicznego złuszczenia się nabłonka kryptowego (seborrhoea lacunaris Siebenmann) i migracji ciałek białych podczas każdego aktu połykowego, w którym migdałki wtłaczają kęs pokarmowy do światła połyku, a równocześnie ucisk ten przyczynia się w znacznej mierze do

samoistnego opróżniania się krypt migdałka. W wypadku dłuższego zalegania tych czopów w zwężonych i rozgałęzionych kryptach powstaje cuchnienie z ust, które często znika po przełknięciu kilku kęsów pokarmowych. Jeżeli zaś cuchnienie to utrzymuje się przez dłuższy czas świadczy to o trudnościach w wydostawaniu się treści z krypt na zewnątrz i równoczesnym obfitym bujaniu flory bakteryjnej na tym dogodnym podłożu. Treść ta staje się już substancją drażniącą, powodującą proces zapalny ukryty w obrębie danego mieszka migdałka (latente Kryptentonsillitis Ertl), który jako nie rozpoznany daje powód do wytworzenia się przewlekłego procesu zapalnego w całym migdałku. Ertl odróżnia 3 rodzaje czopów, zalegających w kryptach migdałka, t. j.: 1. twarde, które znalazł w 60%, 2. serowate w 20½ i 3. płynne w 26% przy badaniu migdałków. Składały się one przeważnie z wywędrowanych ciałek białych, detritus nabłonkowego oraz całej masy strepto-staphylokoków, pneumobacilli Friedl., wrzecionkowców, spirochetae buccalis itp. Autor twierdzi, że im treść krypt jest bardziej płynna tym proces zapalny w migdałku jest bardziej nasilony. Przez odkładanie się soli Ca w obrębie krypt migdałka może przyjść z czasem do wytworzenia się konkrementów czyli tzw. kamieni w obrębie migdałka jak to opisywali Heind, Lifschutz, Rubin, Laurens Schenk i Ehrenfried. W przypadku kamienia migdałka prawego, spostrzeganego i leczonego przeze mnie, chodziło o mężczyznę lat 35 M. S., który zgłosił się do kliniki z silnym bólem gardła po stronie prawej, promieniującym do ucha zwłaszcza podczas jedzenia, który to proces trwał z przerwami od przeszło roku. Chory zauważył ostatnio pojawienie się krwi w płwocinie przy odchrząkiwaniu. Badanie wykazało: obrzęk migdałka prawego imitujący ropień z owrzodzeniem o brzegach nierównych wielkości soczewicy, z którego wydziela się ropa, zaczerwienie łuków podniebiennych oraz grudek chłonnych na tylnej ścianie gardła. Gruczoły podszczękowe macalne. Zgłębnikiem wyczuwa się w głębi twardą chropowatą powierzchnię. Zdjęcie rentgena boczne wykazało obecność dużego konkrementu w obrębie migdałka prawego, to też przystąpiono niezwłocznie do jego usunięcia. Po nacięciu w miejscu opisanego owrzodzenia wyważono tępym haczykiem ten konkrement a przy pomocy kleszczyków usunięto go z łatwością. Jego wielkość wynosi 24 × 18 mm, ciężar 4.21 gr p. fig. 10, w składzie chemicznym

przeważa węglan Ca, fosforowy i mg w znikomej ilości. Sam zaś migdałek wyluszczone dopiero po 10-ciu dniach. Z dalszych cech anatomo-patologicznych przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych podnieść należy zwiększenie się ilości grudek chłonnych, w których spotyka się żywe procesy mitotyczne, komórki plasmatyczne, ciała Russela i t. p. w innych znów znaczniejszy rozrost tkanki łącznej w całym migdałku. Odnosnie do tych dwóch zmian odróżniamy zasadniczo dwa typy migdałków w stadium przewlekłego zapalenia a mianowicie: 1. typ rozrostowy, zdarzający się częściej przed 15-tym rokiem życia i typ 2. inwolucyjny tegoż schorzenia. Pierwszy wykazuje



Fot. 10. Mężczyzna l. 55. M. S. Kamień migdałkowy wagi wielkości 24×18 mm.

delikatne stroma łącznotkankowe, który otacza grudki chłonne, powiększone tak co do liczby jak i co do wielkości (znaczny rozrost ośrodków rozmnażania Reactionszentren Hellmanna). To też krypty takiego migdałka są znacznie głębsze i często rozgałęzione. Dzieje się to też i wskutek tego, że tkanka adenoidalna nie odgranicza się tu ostro od otoczenia, lecz tworzy dość szeroką warstwę pomiędzy stroma łącznotkankowym migdałka i jego grudkami a warstwą nabłonkową tak wolnej jakoteż i kryptowej powierzchni migdałka. W tej powierzchniowej warstwie adenoidalnej spotyka się również włókna sprężyste, które rozciągają się aż pod warstwę nabłonkową. W migdałkach zaś o typie inwolucyjnym spotykamy silniejszy rozwój tkanki łącznej we wszystkich częściach migdałka a mianowicie na wolnej kryptowej jego powierzchni, pod postacią dość szerokiego pasa, oddzielającego grudki chłonne od warstwy nabłonkowej, w której to warstwie spotyka się dość liczne włókna sprężyste dające się wykazać barwnikiem R i resorcyną-fuchsyną w roztworze alkoholowym. W kierunku obwodu migdałka znajdujemy prze-

gródki łącznotkankowe międzymieszkowe znacznie zgrubiałe przechodzące bezpośrednio w silniej zaznaczającą się warstwę łącznotkankową zewnętrzną, która obejmuje na kształt torebki cały migdałek. Zarówno w powyższych przegródkach łącznotkankowych jak w większej jeszcze mierze w samej torebce znajdujemy liczne włókna elastyczne, biegnące w postaci równoległych falistych pasemek tak wzdłuż całej rozciągłości przegródek jak i torebki migdałka (skleroza torebkowo-mięszysta). Oprócz miejsc gdzie już w stanie prawidłowym występują pojedyncze pasemka włókien sprężystych, wplecione pomiędzy włókna klejnodajne, zdołałem wykazać w przypadkach przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych ich obecność w zwiększonej ilości tuż pod warstwą nabłonkową na wolnej ku gardzieli zwróconej powierzchni, gdzie włókna te tworzą formalne pęczki, które rozczepiają się miejscami na mniej lub więcej szerokie pasemka włókien sprężystych, biegnących bądź równoległe do siebie, bądź też krzyżujących się ze sobą w różnych kierunkach. Uwagi godnym jest stosunek włókien sprężystych w przewlekłe zapalnym migdałku podniebiennym do przebiegających w podnabłonkowej warstwie łącznotkankowej naczyń krwionośnych i chłonnych. W tym wypadku bowiem włókna sprężyste towarzyszą w zasadzie naczyniu w całym jego przebiegu i tylko w końcowym odcinku tych naczyń rozszerzonym zatokowato pod nabłonkiem, włókna sprężyste nie dochodzą do samego obwodu tych naczyń lecz ograniczają się w swym przebiegu do przyśrodkowej ich części tworząc warstwę, obejmującą na kształt kieliszka od spodu rozszerzone naczynie. Co się tyczy zachowania naczyń krwionośnych w migdałku podniebiennym przewlekłe zapalnym — to stwierdziłem naogół w tych wypadkach panującą wielką różnorodność, a mianowicie: W przegródkach międzymieszkowych takich migdałków stwierdzamy zazwyczaj silniejszy rozrost tkanki łącznej dookoła ściany naczyniowej, a przy barwieniu resorcyną fuchsyną można wykazać obfitą ilość włókien sprężystych, towarzyszących naczyniu na całej długości jego przebiegu. W obrębie miejsc zbliżowaciałych spotkamy tu stale zmiany szkliste w samej ścianie naczyniowej, względnie zupełne nawet zarośnięcie światła naczynia krwionośnego, które to zjawisko spostrzegał często Brieger w rozrostłym migdałku gardłowym po przebytych procesie zapalnym. Idąc dalej w kierunku powierzchni gardłowej mig-

dałka podniebiennego, przewlekłe zapalne znajdujemy w tkance łącznej podnabłonkowej miejscami również zmiany szkliste w pojedynczych pęczkach łącznotkankowych, a prócz tego wśród nich liczne rozszerzone naczynia krwionośne, z których odchodzą gałązki końcowe ku powierzchni tkanki łącznej podnabłonkowej, tworząc tu bańkowato rozszerzone utwory. W świetle tych rozszerzonych naczyń krwionośnych spotkałem stale ciała czerwone krwi, limfocyty małe i duże, ciała białe ziarniste objętnochłonne, a prócz tego komórki plamastyczne. Te ostatnie wykazywały ziarnistą protoplasmę i duże odśrodkowo ułożone jądro z wyraźnie promienisto ułożonym zrębem chromatinowym. Obecność ich w zwiększonej ilości tak w naczyniach jak i dokoła tych naczyń świadczy o wzmożonym procesie resorpcji w danym miejscu (Dietrich), przyczym zaznaczyć należy, iż jednym z najczęstszych objawów ustępującego zapalenia w tkance migdałkowej jest właśnie pojawienie się komórek plasmastycznych i ich jakoby pochodnych ciałek eozynofilnych Russela. Obfitsze nagromadzenie się komórek plasmatycznych w miejscach zwiększonego siateczkowatego rozluźnienia nabłonka, jak również obecność ciałek białych obojętnochłonnych dookoła naczyń krwionośnych oraz ich żywsze przechodzenie przez nabłonek do światła krypt migdałka, świadczy o ostrym podrażnieniu zapalnym w danym miejscu. Natomiast obfitsze nagromadzenie się ich w sąsiedztwie ubytków po ropniach oraz bezpośrednio pod nabłonkiem mieszkowym, jest wyrazem dokonywującego się procesu odbudowy w tkance migdałka (Renn, Dietrich). Zmiany w naczyniach końcowych w warstwie łącznotkankowej podnabłonkowej przewlekłe zapalne migdałka podniebiennego nie ograniczają się tylko do wyżej wspomnianych roztrzeni bańkowatych ich światła, lecz co więcej zdołałem wykazać na całym szeregu skrawków, iż naczynia te w brodawkowatych wzniesieniach łącznotkankowych bywają w tych przypadkach nieraz znacznie rozszerzone, przypominając na pierwszy rzut oka twory zatokowate. Przy dokładniejszym oglądaniu możemy stwierdzić, iż światło tego rozszerzonego naczynia jest w całości wysłane śródbłonkiem naczyniowym, a prócz tego jest poprzerywane przegródkami, dążącymi od śródbłonka naczyniowego i rozdzielone na poszczególne mniejsze światła o nieregularnym zarysie, nadając całości charakter zatok, jakie spotykamy w węzłach limfatycznych. Światło tych zatokowato roz-

szerzonych naczyń krwionośnych, stojących w związku z przewlekłą sprawą zapalną tkanki migdałka, jest wypełnione w przeważnej ilości przypadków wypociną zapalną. Na preparatach barwionych metodą Weigerta można wykazać w świetle tych rozszerzonych naczyń ścięty włóknik oraz liczne ciała b. krwi jako to: limfocyty i c. b. obojętnochłonne. Badając dalej szereg migdałków podniebiennych, znajdujących się w stanie przewlekłego zapalenia mogłem się przekonać o istnieniu zorganizowanych zakrzepów w naczyniach żylnych nietylko tkanki łącznej okołomigdałkowej, lecz co więcej i w grubszych przegródkach łącznotkankowych migdałka, zwłaszcza ich części zwróconej ku torebce. Obraz ten spotykałem w dwóch przypadkach tonsillitis chron. po przebytych ostrym zapaleniu, częściej o wiele po ropniach okołomigdałkowych, względnie ropniach głębokich mieszkowych. Prócz tego można było wykazać w tych miejscach nieliczne naczynia zamknięte całkowicie przez zakrzep zorganizowany, który dopiero przy pomocy barwienia sposobem v. Giesona lub resorcyną-fuchsyną udało się uwidocznić. Obraz kliniczny i drobnowidowy migdałka w stanie przewlekłego zapalenia jest zależny także od większego rozrostu tkanki adenoidalnej, w której grudkach i ośrodkach rozmnażania możemy spotkać stale analogiczne zmiany jak w stanach ostrych, przeto usprawiedliwione jest twierdzenie, że różnice w obrazie drobnowidowym zależą w dużej mierze od tego także czy mamy do czynienia z osobnikiem młodym, obarczonym w dodatku jeszcze skazą limfatyczną?wysiękową, czy przeciwnie migdałki te pochodzą od osób starszych, a zwłaszcza po 40-tym roku życia. W ostatnim bowiem wypadku przeważają w obrazie drobnowidowym zmiany involucyjne tkanki adenoidalnej na korzyść rozrastającej się tkanki łącznej, wobec czego różnica w obrazie histologicznym w obu tych wypadkach będzie raczej ilościowa aniżeli jakościowa.

Powikłania wychodzące z migdałków podniebiennych w stanie ich przewlekłego zapalenia dzielą się na miejscowe i odległe. Do 1-szych zaliczamy ropnie migdałka (lakunarne), występujące w postaci torbieli retencyjnych, ograniczonych do pewnej tylko części migdałka z objawami bólu w gardle, powiększeniem i bolesnością gruczołów podszczękowych i podwyżką ciepłoty. Jako 2-gą postać wymieniłem należy „amygdalite lacunaire ulcereuse aigue“ (Moure) owrzodzenie mniej lub więcej rozległe, spoty-

kane najczęściej w górnej części migdałka, pokryte dość grubym szarawym nalotem, z którego bakteriologicznie udaje się wyhodować łańcuszkowce najrozmaitszego typu oraz całą florę fusospirylli. 3. Ropnie okołomigdałkowe wychodzące najczęściej z górnego bieguna ze wszystkimi powikłaniami, które wyżej wymieniałem. Z powikłań odległych wymienić należy zapalenia rozlane krtani często się zaostrzające niemal równocześnie z takimże stanem zapalnym w migdałkach, powodując napady silnego kaszlu i chrypkę. Nie wspominam już tu o laryngitis submucosa w przebiegu ropni migdałkowych i okołomigdałkowych, o których obszernie była mowa wyżej. Ze strony dróg oddechowych dolnych mamy do zanotowania nieżyty przewlekłe oskrzeli ze zmianami głębszymi w ich ścianach jak rozstrzenie oskrzelowe, rzadziej ropnie płuc. Przewód pokramowy wykazuje w tych wypadkach również zmiany pod postacią nieżyków żołądka, kiszek, niekiedy także i dróg żółciowych, wskutek połknięcia zakażonego śluzu z gardła, zapalenie wyrostka robaczkowego na tym samym tle (Gordon, Schulz, Valcher, Aschoff, Rost, Worms, Roux Jalaquier, Lejars, Mygind.

Schorzenia nerek o typie glomerulonephritis ac. i interstitialis mają zdaniem Volharda i Fahra w 50% przyczynę w zaostrzającym się zapaleniu przewlekłym migdałków podniebiennych. Gruzoł tarczycowy może dzięki infekcji z krypt migdałków podniebiennych ulegać powiększeniu z wszystkimi objawami thyeotoksykozy (Röjtö, Baily, Syk, Halle), które znikają szybko po wyluszczeniu schorzałych migdałków. Ze strony serca mamy do zanotowania stany zapalne mięśnia sercowego z objawami niedomogi zwłaszcza w okresie zaostrzenia się przewlekłego procesu zapalnego w migdałkach. Zajęcie endo i pericardium zdarza się częściej w ostrych anginach. Przewlekłe stany zapalne migdałków podniebiennych mogą być nadto przyczyną nadciśnienia samoistnego oraz zapalenia surowiczego wątroby tzw. „zespół Jęgorowa“. Pierwszy z nich tłumaczy się stałym podrażnieniem włókien i zwojów współczulnych szyjnych, które jak wykazały badania Kissa stoją w ścisłym związku z gruczołami chłonnymi szyi, to też ich powiększenie na tle tonsillitis chron. może się łatwo „przenieść na sympaticus i dać „sympaticotoniczną hipertonię“. Co się zaś tyczy wpływu schorzałych migdałków na wątrobę, zaznaczyć należy, że hepatitis serosa (przebiegająca zazwyczaj z żółtaczką), wywołana in-

fekcją z krypt tonsillarnych, prowadzi z czasem do marskości wątroby (Jegorow).. Co się tyczy powikłań ocznych wymienić należy ciężkie postaci zapaleń spojówki z tworzeniem się flykten, recydujące zapalenia tęczówki i naczyniówki (Lüscher) w przebiegu tonsillitis chron., które ustępują dopiero po wyluszczeniu migdałków podniebiennych. Zapalenie zakrzepowe żył kończyn dolnych wywołane najczęściej przez beztlenowce w kryptach migdałka i ziarniniakach zębowych łączy się niekiedy z exacerbacjami procesu zapalnego w migdałkach. Acne, przewlekłe wypryski, furunculosis, pyoderma, urticaria a przede wszystkim erythema exudativum multiforme zjawiają się zdaniem Römera, Markowicza i Alföldy'ego częściej przy tonsillitis chronica i ustępują łatwiej przy równoczesnym leczeniu względnie usunięciu migdałków podniebiennych. Stosunek schorzeń reumatycznych do migdałków podniebiennych był przedmiotem licznych badań ze strony autorów tej miary co v. Gooding, Uffenorde, Partos-Bernat, Nager, Grahe, Fischer i Silvagni. Z badań tych wynika, że 2 najczęściej spotykane postaci, tj. ostry reumatyzm stawowy i podostry reumatyzm zakaźny o przewlekającym się przebiegu, są następstwem zakażenia ogniskowego (focal infection Michell). Te ogniska septyczne z których toksyny bakteryjne przedostają się od czasu do czasu do krwi znajdują się między innymi dość często w obrębie migdałków podniebiennych jak to stwierdzają obserwacje kliniczne Wilkinsona, Portmanna (tonsillite rhumatisme), Pavey-Smitha, Thiessburgera i Dohlmanna. Badanie histopatologiczne wykazuje w tych razach najczęściej objawy podrażnienia zapalnego krypt migdałka z obecnością czopów serowatych lub płynnych, z których bakteriologicznie można wyhodować często streptocoki długołańcuskowe hemolityczne, względnie zieleniejące (viridans). (Silvagni). U przeważnej liczby chorych na ostry reumatyzm stawowy występuje najpierw zapalenie nieżytowe migdałków podniebiennych z silnym zaczerwienieniem jednak bez obrzęków i bolesności gruczołów podszczękowych i szyjnych z gorączką — 37,5⁰ C., tzw. tonsillite rhumatisme Portmann). Również w przewlekłym goście stawowym należy się dopatrywać tej samej infekcji ogniskowej w migdałkach, które mogą w tych razach wykazywać minimalne zmiany (nieliczne czopy serowate w kryptach), za to bóle neuralgiczne i myalgiczne w obrębie szyi, karku i nerwu językowo-gardł-

wego wskazują na to stałe drażnienie toksynami. To też niejednokrotnie się zdarza, że w każdorazowym zaostrzeniu przewlekłego gościca stawowego choroby uskarżają się na bóle w gardle i przy połykaniu, które promieniują do uszu i karku. Odwrotnie znów każdorazowy ucisk na migdałki, czy też zgłębnikowanie ich krypt może spowodować nagłe zaostrzenie zapalenia stawów i mięśni, mimo, że migdałki nie wykazują nieraz wyraźnych cech przewlekłego zapalenia. Są one przeważnie małe, zrosnięte z łukami podniebiennymi, poprzerastane tkanką łączną i wykazują w swoich kryptach czopy serowate lub płynne. Gruczoły chłonne podszczękowe nieznacznie powiększone, zwłaszcza poza kątem zuchwy bolesne na ucisk. Związek ten przyczynowy ostrego i przewlekłego gościca stawowego ze schorzeniem migdałków podniebiennych daje się wykazać również i „ex juvantibus“, a w szczególności jako znaczne polepszenie, względnie zniknięcie (w 17—20%) objawów gościcowych po doszczętnym ich wyluszczeniu. Wskazują na to liczne spostrzeżenia kliniczne autorów jak: Portmanna, Mollisona, Hunta, Ostmanna, Wilkinsona, Freedmanna, Saint-Lawrenc'a, Hastingsa, Smitha, Myginda, Heiberga, Tapji, Grahego, Citelliego Brunettiego, Canestra, Galicetiego, Pietrantoniego i Ferreriego. Natomiast ten sposób leczenia nie daje żadnego wyniku w arthritis deformans jako sprawie zwyrodniającej tkanki mesenchymalne (tkankę łączną klejodajną, sprężystą, chrząstki i ścięgna stawowe) na tle zakaźnym lub alergicznym. (Gräf, Rössle, Rother).

Przechodząc następnie do omówienia powikłań septykopiemicznych ze strony jamy ustnej zaznaczyć należy, że stany te biorą swój początek od zepsutych i nieprawidłowo się rozwijających zębów. Są to więc najczęściej, procesy karietyczne, sięgające aż do szczytu korzeni z tworzeniem się tamże ziarniniaków (tworów łącznotkankowonabłonkowych (Fayolle, Thibaut). One to tworzą ukryte ogniska, z których stale wychodzi zakażenie, wolno się posuwające na migdałki i gruczoły chłonne. Często też przychodzi w tych razach do wytworzenia się przetok zębodołowych, z których stale sączy się ropa do jamy ustnej, względnie mogą wystąpić ropnie podśluzowe tzw. parulis. Ropnie te łączące się często ze znacznym obrzękiem części miękkich i odczynem gruczołowym, ustępują szybko po wyrwaniu zęba. Procesy zapalne ropne około szyjki zębów się toczące, dają powód do powstawania ropowicy przyzębnej (pyorrhoea alveolaris), wy-

wołanej przez streptokoki i fusospiryllę. Ze względu na stosunkowo dużą powierzchnię dziąseł, objętą zapaleniem ropnym, proces ten należy do uporczywych i dających nieraz ciężkie powikłania septyczne miejscowe i ogólne. W przeciwieństwie do nielicznych przypadków, w których na tle ostrego zapalenia okostny zęba (na tle streptokoków hemolitycznych) przychodzi do śmierci jak to opisywali Lardennois i Fleury, o wiele częściej spotyka się postaci tzw. przewlekłego zakażenia ogólnego z ognisk karietycznych zębów. Ta „focal infection dentaire“ odgrywa zdaniem W. Huntera, Billinga i Paesslera bardzo ważną rolę w powstawaniu stanów septycznych z jamy ustnej i gardła gdyż po ich usunięciu stany te szybko ustępują. Nadto wynika z badań Rosenowa, że paciorkowce, wywołujące próchnicę i ropwicę zębową mogą w pewnych warunkach zmieniać swoją jadowitość i wywoływać u zwierząt stany zapalne wsierdzia, nerek i stawów. Wilkinson wszczepiał u małp do kanałów zębów młecznych paciorkowce długogałuszkowe i hemolityczne i nie zauważył żadnych zmian chorobowych, dopiero kiedy osłabił ich siły odpornościowe przez głodzenie i oziębienie całego ciała, wystąpiły pierwsze objawy zakażenia ogniskowego. Haden zaś otrzymał po usunięciu dwóch zębów z ziarniniakami (bakteriolog. streptococcus viridans) u mężczyzny l. 27 zupełne wyleczenie gościa stawowego. Billing podaje, że u 577 chorych na zapalenie stawów w 150-tu przypadkach mógł wykazać związek przyczynowy z próchnicą zębów i ziarniniakami. Veil i Schmidt stoją na stanowisku, że w 56% chorych na gościec stawowy można rentgenologicznie wykazać ziarniniaki na szczycie korzeni zębowych a po ich usunięciu otrzymywali oni wybitną poprawę. Stąd też zapalenie wsierdzia i osierdzia jako powikłanie gościa stawowego, może być uważane za pochodne z ognisk przyzębnych (najczęściej streptoc. viridans). Canuyt spostrzegł dwa przypadki ropni płuc, będące następstwem zakażenia z ropni zębowych. Segar zaś napady zadyszki u dzieci w wieku 5—7 lat, wywołanej wykluwaniem się zębów trwałych (deuxieme dentition). Według spostrzeżeń Steadmanna u przeszło 90% chorych na raka języka, żołądka i krtani daje się wykazać ropotok zębodołowy. Inni znów jak Ersner i Price upatrują związek przyczynowy tego schorzenia z chorobami dróg żółciowych i trzustki (diabetes). Ten sam związek istnieje niewątpliwie i w odniesieniu do nieżyków przewlekłych żołąd-

ka, kiszek, zapaleń miedniczek nerkowych, zapaleń zakrzepowych żył kończyn dolnych (beztlenowce) oraz powikłań w okresie połogu. Ogniska przyzębne zwłaszcza w obrębie 4-go i 5-go zęba górnego, mogą powodować zapalenia tęczówki, obrzęki powiek, bóle galki ocznej o charakterze neuralgicznym i jej przekrwienie, a nawet zajęcie nerwu wzrokowego na tle toksycznym, które to objawy znikają po ekstrakcji tych zębów (Schilling, Beck, Canuyt, Calaghan, Delater, Grand, Schultz). Jeżeli chodzi o drogi szerzenia się zakażeń przyzębnych zaznaczyć należy, że z ziarniaków korzeni zębów zaplombowanych szerzy się infekcja przeważnie drogami naczyniowymi kości szczęki górnej czy dolnej, w których przychodzi najpierw do wytworzenia się stanu zapalnego (osteoperiostitis circumscr.) z odczynem okolicznych tkanek i gruczołów chłonnych. Takim typowym obrazem wspomnianego powikłania dla szczęki dolnej jest jej stan zapalny na tle próchnicy zęba mądrości, w której niejednokrotnie przyjść może do ciężkiej anginy z wytworzeniem się ropnia okołomigdałkowego dolnego lub bocznego gardła (osteophlegmone perimandibulaire e carie dent. mol. infer. III. Sebileau). W obrębie zaś szczęki górnej najniebezpieczniejsze będą osteoperiostity w obrębie zębów przedtrzonowych i 1-go trzonowego, których korzenie są cienką tylko ścianką oddzielone od światła zatoki Highmora, reagującej natychmiast wytworzeniem się ropnego procesu zapalnego. Drogami naczyniowymi i chłonnymi równocześnie rozszerzają się stany septyczne jako flegmony deskowato twarde policzka i okolicy podszczękowej aż do niveau kości gnykowej, najczęściej jako tzw. flegmona gazowa pochodzenia zębowego, opisana po raz pierwszy przez Gensoula (z Lyonu) w roku 1830 tym i zwana też jego nazwiskiem. Postać ta bywa niesłusznie przez niektórych określana jako „angina Ludowici”, która to nazwa odnosi się raczej do nacieków ropnych w obrębie dna jamy ustnej (flegmona fundi oris), dających następnie naciek gruczołów podszczękowych. Zdarza się ona często przy pyorrhoea alveol. zęba mądrości na tle zakażenia beztlenowcami zwłaszcza u diabetyków, u których też kończy się niepomysłnie. Zapalenia ślinianek pochodzenia zębowego zdarzają się stosunkowo rzadko. Romey i Moure opisali przypadki tegoż zapalenia, będącego następstwem niewyklótego ostatniego zęba trzonowego z wytworzeniem się ogniska ropnego w tym miejscu. Długotrwały szczękościsk ułatwił przeniesienie się in-

fekcji na przewód Stenona, przy czym przyszło do wytworzenia się konkrementów Ca w jego świetle. O wiele częściej występuje stan zapalny ślinianki podszczękowej na tle schorzeń zębów. Tu już nietylko ogniska ropne przyzębne i parulis ostatniego zęba trzonowego, lecz także zapalenia dziąseł na tle kamieni nazębnych, stają się przyczyną tworzenia konkrementów w przewodzie Warthona i stanów zapalnych ślinianki jak to miało miejsce w naszym przypadku chorego l. 30 A. B., który został skierowany do naszej kliniki z obrzękiem pod szczęką i gruczołów szyjnych po stronie prawej, bolesnych przy obmacywaniu. W jamie ustnej stwierdza się naciek prawej okolicy podjęzykowej, bolesny na ucisk. T. 37,8° C., chwilami dreszcze i ból przy połykaniu, promieniujący do ucha. Zdjęcie rentgena wykazało obecność dwóch konkrementów wapiennych w przewodzie Warthona prawym. Przewód ten nacięto szeroko od strony jamy ustnej, przyczym natrafiono w jego tylnej rozszerzonej części na ropień wielkości małej wiśni, w którym leżały te dwa wspomniane konkrementy. Usunięto je z łatwością przy pomocy kleszczyków. Ich rozmiary wynosiły: 11 mm dług. \times 4 mm szer., drugiego zaś 7 mm \times 3 mm. Ranę niezaszytą wysetonowano szeroko gazą antyseptyczną, zewnątrznie okład z płynu Burrowa. Naciek z każdym dniem zmniejszał się, a chory po 10-ciu dniach opuścił klinikę w stanie wyleczonym. Ropnie ślinianki podszczękowej na tle kamieni przewodu Warthona, należą do powikłań, dających się stosunkowo łatwo opanować cięciem od strony jamy ustnej a rzadko kiedy powstaje na tym tle zropienie gruczołów podszczękowych, które trzeba otworzyć już od zewnątrz. Wreszcie powikłania septyczne wychodzące z gardła dolnego, (cav. pharyngo-laryngeum) należą do rzadkich. Są to przeważnie ropnie pozagardłowe dolne, wywołane przebicciem lub odleżyną ściany gardła dolnego przez ciała obce, względnie nieostrożnym zgłębnikowaniem tej części dróg pokarmowych. Rzadziej o wiele zdarzają się ropnie około gardłowe dolne jako następstwo ciężkiej flegmony gardła i krtani w przebiegu ropni okołomigdałkowych. Ze spostrzeganych w naszej klinice 3-eh przypadków powikłań ogólnych na tle ropnia pozagardłowego dolnego, wywołanego przebicciem ściany gardła dolnego przez ostre kawałki kości i ości (t. j. u mężczyzny l.: 41 i 27) do najcięższych należał przypadek 3-ci. Chodziło mianowicie o kobietę lat 65, A. Sz., u której oś z jesiotra utkwiała ostrym końcem

skośnie w tylnej ścianie gardła dolnego mniejwięcej na wysokości połowy płyty chrząstki obrączkowej, przebijając ścianę tę na wylot. Wskutek następczego zakażenia wytworzył się w tym miejscu ropień wielkości jaja gołębiego, który powodował silny ból i trudności przy połykaniu, a nadto objawy zajęcia śródpiersia. Badanie laryngologiczne na 5-ty dzień po wypadku wykazało obrzęk tylnej ściany gardła oraz obu chrząstek na-



Fot. 11. Kobieta l. 65. A. Sz. Ropień pozagardłowy dolny
c ość jesiotra wbita w ścianę gardła dolnego.

lewkowych. Zdjęcie rentgenowskie w płaszczyźnie bocznej dało cień owalny, umiejscowiony poza tylną ścianą krtani na wysokości 5-go kręgu szyjnego, odpowiadający zarysom wspomnianego ropnia. W dolnej części tegoż ropnia tkwiła wspomniana ość, zgięta łukowato ku górze p. fig. 11. Z powodu ciężkiego stanu (T. 39° C., tętno 120 n/m) przystąpiłem niezwłocznie do otwarcia śródpiersia, cięciem jak do oesophago-hypopharyngotomia ext. Po odpreparowaniu gardła dolnego w okolicy pozakrtaniowej natrafiłem na ropień zewsząd otorbiony, w którym

tkwiła ość długości 52 mm zgięta łukowato, dająca się łatwo z tego ogniska usunąć. Szeroka tamponada otwartego śródpiersia gazą jodoformową. Już na jutro stan chorej znacznie się poprawił a objawy zajęcia śródpiersia ustąpiły całkowicie. Mimo dłuższy czas jeszcze utrzymującego się ropienia z rany pooperacyjnej chora opuściła szpital i powróciła do swoich zajęć zawodowych. W zestawieniu przytoczonych tu danych raz jeszcze podkreślić należy, że stany septyczne i septicopyemiczne, wychodzące z górnych dróg oddechowych i jamy ustnej mogą mieć przebieg ostry lub bardziej przewlekły. Zależy to w pierwszym rzędzie od wirulencji drobnoustrojów w ogniskach zapalnych, wywołujących dane powikłanie, małej odporności osobnika oraz od stosunków anatomicznych tego narządu, w którym proces zapalny się toczy. Procesy septyczne z górnych dróg oddechowych i jamy ustnej dadzą się zasadniczo ująć w następujące 4 postaci: 1. Ostra posocznica na tle paciorkowców hemolitycznych bez szczególniejszej lokalizacji (Sebileau, Lardennois), 2. Posocznica połączona z zakrzepem żył twarzy i szyi, która prowadzi szybko do rozsiania się procesu zapalnego do płuc, opłucny, serca, narządów jamy brzusznej, a czasem też i na opony m. 3. Postać szerząca się głównie drogami chłonnymi z silnym obrzękiem okolicznych gruczołów chłonnych szyjnych, karkowych, oraz mniej lub więcej rozległym naciekiem w tych miejscach. 4. Naciek zapalny rozszerzający się wzdłuż przestrzeni łącznotkankowych (interstitium) na okolicę pozagardłową, gdzie wytwarza się następowo zapalenie zakrzepowe żył splotu gardłowego i truncus thyreo-linguo-facialis, oraz zajęcie gruczołów chłonnych szyi. 5. septicopyemia z tworzeniem się ognisk ropnych wśród nacieku w obrębie i najbliższym sąsiedztwie danego narządu, typ gorączki stały. Formy zaś posocznicy o bardziej przewlekłym przebiegu wychodzące głównie z migdałków podniebiennych i jamy ustnej dadzą się również podzielić na powikłania, szerzące się drogą naczyń krwionośnych i chłonnych. Pierwsze obejmują powikłania, wychodzące ze stanów przewlekłych zapalnych migdałków podnieb. i ognisk przyzębnych, zawierających florę drobnoustrojów o znacznej wirulencji, drugie zaś to typ tych zmian chorobowych, które biorą początek z wyraźnych już ognisk ropnych wspomnianych narządów, gdzie drobnoustroje (zwłaszcza streptoc. viridans) mogą czas dłuższy przebywać w stanie utajenia (foyer latent) aż nagle pod wpły-

wem przeziębienia czy obniżonej odporności ustroju, stają się one bardziej aktywne. Tak w pierwszym jak i drugim wypadku przychodzi do wytworzenia się ognisk zapalnych przerzutowych w najbliższym sąsiedztwie jak: w śliniankach, gruczołach chłonnych szyi, gruczole tarczycowej, a następnie też i w odległych narządach jak w sercu, płucach nerkach, przewodzie pokarmowym, stawach, szpiku kostnym, skórze, żyłach miednicy małej (zwłaszcza w połogu) i kończyn dolnych, rzadziej w obrębie opon mózgowych. Chcąc więc skutecznie opanować te powikłania trzeba zawsze sięgnąć do ogniska pierwotnego jako punktu wyjścia całej tej sprawy, które należy równocześnie usunąć doszczętnie. To jest bowiem podstawą rozumowania teorii ogniskowej powstawania wymienionych powikłań, teorii ugruntowanej badaniami autorów tej miary co: Hunter, Billing, Tellier, Petit, Chassaignac, Richet, Lejars, Sebilleau, Ruppe, Fargu-Fajol, Canuyt, Zange Wilkonson, Rosenow, Claus, Paessler.

Piśmiennictwo.

1. Beck H.: Über die Beziehungen chronischer septischer Zahnaffectionen zu den Erkrankungen des Auges, Zeitschr. f. Stomatologie H. 12—951.
2. Billing Fr.: Chronic focal infections and their etiologic relation to arthritis and nephritis, Arch. intern. medic. Nov. 912.
3. Benjamins C. E.: Amygdaléctomie totale et abcès du poumon, Rev. de Laryngol. 927.
4. Brahma: Tonsillectomie dans les nephrites aiguës, Acta med. scandin., XXIV, 951.
5. Benciolini & Sur la présence de microorganismes dans les centres germinatifs des amygdales palatines, XXIV Congr. ital. d O. R. L., 1928.
6. Brunetti F.: Angines et nephrites, Rapp. au XXIV Congr. ital. d O. R. L., 1928. rap.
7. Bertoin R.: Le traitement amygdalien du rhumatisme, Journ. de med. de Lyon, 925.
8. Borries G.: Entzündung d. Achillessehne n. angina, Zeitschr. f. H. N. Ohrhde, 951 nr 2.
9. Burger H.: Tonsils and rheumatism, Arch. of Otolaryngol., XVII, 955.
10. Areangeli U.: La tonsillectomia nell reumatismo articol. acuto, nelle endocardie e nephriti recidivanti... Atti clin. O. R. L. Roma 917.
11. Canuyt: Les maladies du pharynx, Masson. Cie. 1956.
12. Canuyt: Chaumerliac: Sur deux cas d'angine rhumatismale simulant un abcès periperiamydalien, Arch. internat. d. O. R. L. nr VI, 927.
13. Canuyt: Froelich: Un cas de rhumatisme articulaire aiguë, guéri par amygdaléctomie totale, Soc. med. de bas Rhin. 28. XI. 95.
14. Chini-Lusena: L'infezioni focali, Congr. XXVIII. Soc. ital. d O. R. L. 955.

15. Crowe e Warren: Tonsillectomie dans l'arthrite chron., *Lancet* XVI. 929.
16. Calamida U.: Sur la tonsillectomie dans les nephrites secondaires. XXIVe Congr. ital. d O. R. L. 9.
17. Calamida U.: Tonsilliti chron. ed infezioni generali, XXVle Congr. della Soc. ital. O. R. S. 929.
18. Caliceti P.: Infezione generale par pharyngite extratonsillaire, XXIVe Congr. Soc. ital. d O. R. L., 928.
19. Castex: Infection focale, Le foyer septique amygdalienne, *Prensa med. Argent* V. XVII. 920.
20. Cambrelin G.: La participation de l'amygdale a l'elaboration de la serie hemat. blanche, 5e Congr. Soc. O. R. L. Latina 955.
21. Chaumerliac-Durif: L'amygdalectomie totale dans la nephrite haematurique, *Arch. internat. d'O. R. L.*
22. Christ J.: Zur Lehre von der Focalinfection u. Oralsepsis, *Zahnärztliche Rundsch.* nr 19.
23. Delater G.: Foyers septiques paradentaires, *Rev. de Stomatologie*, 928.
24. Dohlmann: Les indications de l'amygdalectomie envisagées au point de vue de laryngologie et de la medecine interne-*Acta Otolar.* XIX, 9.
25. Duerto J.: Sur les effets de l'amygdalectomie dans le rhumatisme artic. aigus. *Ann. d'Oto-laryngol.*, 955.
26. Diamant M.: Sur la signification de l'image leucocytaire comme indication de la tonsillectomie, *Acta Oto-laryngol.* V. XVII.
27. Escat E.: L'aponeurose de la cavite pharyngienne et l'espace retropharyngienne, *Presse med.* VI. 895.
28. Fairen V.: Infection focal la amygdale pal. en el reumatismo, *Arch. de facult. de Zaragoza*, 952.
29. Gording: Recherches cliniques et experimentaires sur l'etiologie du rhumatisme articulaire et musculaire, *Acta Oto-laryngol.* XIII.
30. Goerke M.: Pyohémie après tonsillectomie, *Zeitschr. f. H. N. Ohrenheilkde*, 950.
31. Grosse W. Danilevsky-Mogilnitsky: Einige Besonderheiten im Blutbilde der acuten Sepsisfälle oraler Herkunft, *Zeitschr. f. Stomatologie*, nr V. 9.
32. Grundbach A. Herdinfektion, *Klin. Wochenschr.* nr II, 955.
33. Gelanze: Tonsilliti ac. e lesioni renali. *Valsalva*, V. VI., 950.
34. Hofer Ign.: Sepsis Tonsillogenes, *Mon. f. Ohrhde.* V. LXIV, 950.
35. Heindl. A.: Contribution a la notion des calculs amygdaliennes, *Mon. f. Ohrenhden n. Lar.-Rhinolog.* 950.
36. Hille: Betrachtungen zum Thema Focalinfection u. Nutzenwendungen daraus, *Zahnärztliche Rundschau*.
37. Joel Malther: Über postanginöse Pyemie, *D. med. Wochenschr.* 929.
38. Kahler O.: Le probleme amygdalien. *The journal of Laryngol.* janv. 955.
39. Klinstrup A.: Zur Pathogenese u. Differentialdiagnose der postanginöser Sepsis, *Arch. f. Otolaryngol.* XVII, 955.
40. Kaczorowski T.: O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami, *Przeegl. Lek.* 188.

41. Kwaśniewski St.: Posocznica a wielostawowe zapalenie paciorkowcowe, Now. Lek. 1955.
42. Lakner L.: Sprawa ogniskowego zakażenia jamy ustnej, Now. Lek. nr II, 12—954.
43. Laskiewicz A.: Contribution à l'étude histologique du tissu conjonctif et des vaisseaux de l'amygdale palatine dans les diverses formes d'inflammation chronique, Otolaryngol. Internation nr 8, 955.
44. Malan A.: Angines et nephrites, XXIVe Congrès ital. O. R. L. 928.
45. Michel F.: Rheumatismo artic. ac. e chronico nei loro rapporti, Riv. Idroclimatica, V. VIII. 954.
46. Paessler: Über Herdinfektion, Klinische Grundlagen u. Probleme, Ver-Dtscher Ges. f. inn. med. Wiesbaden 950.
47. Precht Ed.: Mundhöhle u. septische Erkrankungen, Zahnärztliche Rundschau, 928, nr 21.
48. Portmann G.: L'adénite amygdalienne, Revue de Laryngologie. juin, 920.
49. Portmann G.: Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes, Ann. med. de Bordeaux VIII, 920.
50. Portmann G.: Pyohémie consecutive a une sinusite maxillaire grip-pale, Soc. anat., Chirurgicale Bordeaux avril 1925.
51. Portmann G.: Sinusite frontale aigue et abcès du lobe frontale meconnue, Soc. anat. Chirurg. Bordeaux juin 925.
52. Portmann -Lapouge: Les complications operatoires de l'amygdalectomie totale Rev. de Laryng. 95.
53. Přecechtěl A.: L'amygdalectomie dans les nephrites chroniques, Cas. Lek. Ceskych 4, 954.
54. Pallestrini E.: Inflammation des amygdales et phenomenes immunitaires XXVIII Conital. O. R. L., 951.
55. Polednak-Horak: La valeur de la tonsillectomie dans les maladies internes le problème de la septicémie orale., Ann. d O. R. L. 956.
56. Rosenow G.: Herdinfektion der Mundhöhle u. ihrer Bezirungen Allgemeinerkg., Zahnärztliche Rundschau nr I, 15, 950.
57. Reichel-Jordan: Angines et streptocoques, D. Arch. f. Klin. Med. CLXX., 951.
58. Reider, Goording, Hakon, Hansen: Symptomes infectieux focaux d'origine amygdalienne et dentaire, Acta Otolaryngol XVI, 72, 951.
59. Rebattu-Mounier-Kuhn: Deux cas d'abcès froid retropharyngiens chez l'adulte Rev. de Lar. 926.
60. Rendu R.: L'abcès retropharyngien inferieur de nourrisson, Soc. med. de Lyon 926.
61. Routenbourg M. i Guindes M.: La pathogenie de la septicemie amygdalienne et son diagnostic. Rev. Laryngol. nr 8, 957.
62. Schlemmer F.: Étude anatomo-physiologique, Soc. allemande O. R. L., 925.
63. Simeoni Carlo: Rapports entre les amygdales et les reins XXIVe Congr. ital. O. R. L. 928.
64. Spinelli: Ematuria da tonsillite, Policlinico, Sez. Chirurg. XXXVIII, 951.
65. Silvagni M.: Amygdales et rhumatisme, Cnut, Maladies du pharynx., Masson Cie 955.

66. Scheuer O.: Über dentale Infektion des retrobulbaren Zellgewebes auf Metastatischen Wege im Anschluss an ein Granulom des unt. Molaren Zeitschr. f. Stomat.
67. Stein G.: Welche Konsequenzen haben wir nach... von der oralen Infektion zu ziehen, Zeitschr. f. Stomatologie 95.
68. Tellier J.: Contribution à l'étude clinique des septicémies d'origine buccodentale Rev. de Stomatol.
69. Tellier J.: La septicémie buccodentaire et les maladies générales Lyon-medic, 920.
70. Tantarri V.: Flogosi del tendine d'Achille secondaire ed angina-Rass. ital. d O. R. L. IV.
71. Tarneaud-Laemmer: Des nephropathies de cause rhino-pharyngienne-Pressé med. 20, 924.
72. Texier: Des abcès retropharyngiens chez le nourisson, Soc. fr. O. R. L., 905.
75. Truffert P.: Les suppurations peripharyngiennes, Monogr. O. R. L. internat. nr 15.
74. Uffenorde W.: Congrès internation. d O. R. L. Copenhague, 1928, rapp.
75. Uffenorde W., Claus: Sepsis nach Angina, Ed. Leipzig 1952.
76. Voss O.: Sepsis nach Angina, Berlin 1951.
77. Veits C.: Drei Fälle v. Postanginöser Sepsis, Folia Otolary. B. 56—4, 955.
78. Worms G., Le Mee: Les amygdales foyers d'infection générale, Rapp. Soc. Fr. O. R. L. 955.
79. Worms G., Bergher J.: Affection oculaires d'origine dentaire, Rev. de Stomatologie, 925.
80. Wilkinson-Ogilvie: Rheumatism tonsils and glands, The Lancet, CCXIV, 1928.
81. Wessely E.: Endokranielle Komplikationen nach Tonsillitis u. peritonsillitis, Mon. f. Ohrenheilkde X., 952.
82. Waldapfel R.: Die Postanginöse Pyëmie, I. congr. d'O. R. L. Copenhague 1928.

Résumé.

A. Laskiewicz. Complications septiques et septicopyémiques d'origine naso-pharyngo-buccale.

Les états septiques et septicopyémiques ayant leur origine dans les voies respiratoires supérieures et la cavité buccale peuvent présenter une évolution soit aiguë soit chronique. Cela dépend, en premier lieu, de la virulence des microorganismes dans les foyers inflammatoires auxquels sont dues les complications considérées, de la résistance insuffisante de l'individu et de l'anatomie de l'organe où le processus inflammatoire se déroule.

Les processus septicopyémiques dus à des foyers des voies respiratoires supérieures et de la cavité buccale peuvent, en principe, se présenter sous 5 formes: 1. septicémie aiguë provoquée par les streptocoques hémolytiques, sans localisation particulière

(Sebileau, Lardennois); 2. septicémie accompagnée de thrombose des veines de la face du cou, menant rapidement à la propagation du processus inflammatoire dans les poumons, la plèvre, le coeur, les viscères, parfois aussi dans les méninges, 3. une forme qui se propage surtout par les vaisseaux lymphatiques, se signalant par une forte tuméfaction des ganglions du cou et de la nuque, et par une infiltration plus ou moins étendue de cette région; 4. infiltration inflammatoire se propageant le long des interstices conjonctifs sur la région rétropharyngée, où elle donne lieu à une thrombophlébite du plexus pharyngé et du truncus thyreo-linguo-facialis et envahit les ganglions lymphatiques du cou du même côté; 5. septicopyémie avec formation de foyers purulents, infiltration dans l'organe atteint et autour de lui, type de fièvre invariable.

Dans cet ordre d'idées l'auteur décrit 2 cas de complications endocraniennes d'évolution septique: elles avaient fait suite à une sinusite ethmoïdale et maxillaire purulente aiguë chez une femme de 32 ans, et à une sinusite frontale purulente aiguë chez un garçon de 14 ans. Malgré l'intervention opératoire, les 2 cas ont abouti à la mort avec symptômes de septicopyémie. Les sinusites fronto-ethmoïdales et maxillaires chroniques donnent le plus souvent des foyers métastatiques dans les poumons, les muscles, les articulations, comme cela a eu lieu dans 2 cas d'hommes de 35 et 58 ans.

Les septicémies d'évolution plus chronique, issues des amygdales palatines et de la cavité buccale, se laissent aussi distinguer en 2 formes, suivant que les complications se propagent par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Les premières comprennent les complications dues à des états inflammatoires chroniques des amygdales palatines et à des foyers péri-dentaires, contenant des microorganismes de forte virulence. Les secondes sont constituées par des modifications morbides, ayant leur origine dans des foyers purulents bien nets dans les organes mentionnés; les microorganismes (surtout le streptococcus viridans) peuvent y rester pendant longtemps à l'état latent (foyer latent), et augmentent brusquement leur activité à la suite d'un refroidissement ou d'une diminution de résistance de l'organisme. Dans les deux formes on observe l'apparition de foyers inflammatoires métastatiques dans le voisinage immédiat: glandes salivaires, ganglions lymphatiques du cou, thy-

roïde, et aussi dans des organes plus éloignés, dans le coeur, les poumons, les reins, le tube digestif, les articulations, le moelle osseuse, la peau, les veines du petit bassin (surtout pendant l'accouchement) et les membres inférieurs, moins souvent dans les méninges.

L'auteur décrit le cas d'un homme de 29 ans; à la suite d'un abcès périamygdalien extérieur, le processus inflammatoire avait envahi les gros vaisseaux de la „loge rétrostylienne“, avec nécrose de la paroi de l'artère carotis int. et de la veine jugulaire (aneurysma spurium), qui causa la mort du malade. Dans les cas d'abcès périamygdalien extérieurs et de phlegmons rétropharyngés étendus, le traitement doit être opératoire: tonsillectomie „à chaud“ soit mediastinotomia ant. collaris.

L'auteur passe en revue les complications plus ou moins directes, dues à des états inflammatoires chroniques des amygdales palatines et de la cavité buccale, consécutifs à la carie dentaire, et rapporte les cas plus importants d'observations personnelles (gros calcul dans l'amygdale et calculs dans la glande salivaire sous-maxillaire). Enfin il décrit un cas d'abcès rétropharyngé inférieur, dû à un corps étranger (grosse arête) qui avait percé la paroi de l'hypopharynx, donnant lieu à des symptômes d'affection du médiastin.

Z Kliniki Oto-larygologicznej U. P.

Przyczynek do plastyki krtani i tchawicy spos. Mangoldta

Prof. Dr A. LASKIEWICZ

Przetoka tchawicza, nie dużych rozmiarów zamyka się z reguły samoistnie wkrótce po usunięciu kaniuli; pozostawiając pasaż odechowy wolny; w przypadkach atoli, w których kaniulka ta była przez dłuższy czas noszona, a gdy w dodatku jeszcze otwór tchawicy był za mały i przez ucisk kaniuli wystąpiły zmiany zapalne chrząstek tchawicznych z bujaniem ziarniny w okolicy brzegów przetoki tchawicznej, powstaje tamże zwężenie. Ziarnina ta bowiem zmienia się powoli w bliznę, wytwa-

rzającą się najczęściej w warstwie podśluzówkowej, a w ten sposób może powstać łatwo trwałe zwężenie bliznowanie światła tchawicy na niveau jej przetoki. To też zanim przystąpi się do definitywnego zamknięcia przetoki należy dokładnie zbadać (także rentgenologicznie) czy nie ma wspomnianej przeszkody a więc w pierwszym rzędzie przekonać się czy chory może oddychać górą przy dokładnie zamkniętej kaniuli względnie otworze tchawiczym. Zamknięcie przetoki tchawiczej nie ściągającej się samoistnie jest łatwe. Brzezi przetoki okrawuje się w odległości kilku mm na zewnątrz poczym zeszywa się je w linii środkowej. Przy przetoce kształtu podłużnego wrzeczona wystarczy skórę zmobilizowaną z obu stron poprostu nasunąć na ten płat wewnętrzny i zeszyć w linii środkowej. Przy bardziej owalnej przetoce należy stosować plastikę płatową, wycinając z obu jej boków dwa małe płaty, które jak wrota zostają ku sobie zbliżone i bez napięcia zeszyte w linii środkowej, przy czym należy płaty te dobrać nierównej wielkości by linia szwu wypadła z boku przetoki tchawiczej. Jeżeli natomiast kilka pierścieni chrzęstnych tchawicy względnie także pierścień chrząstki obrączkowej ulegną zniszczeniu, trzeba z konieczności wykonać plastikę płatową z wszczepieniem części twardszych jak powięzi, chrzęści czy też kości, któreby uzupełniły większe ubytki ścian tchawicy czy krtani. To też Hohmeier, Lewit, Munich i Lukas zaproponowali już w latach 90 tych użycie powięzi z uda. z której wycięty wolny płatek wszywa się jak pokrywę do okrwawionych brzegów wspomnianego ubytku a ponad nim dopiero nasuwa się płaty skórne jak wyżej. O wiele trwalszym materiałem plastycznym okazały się kawałki wszczepionych chrząstek czy kości. A mianowicie König wycinał skośny podłużny płat z kawałkiem blaszki z płyty chrząstki tarczykowej, którym zamykał przetokę tchawiczą. Rethi zaproponował użycie płata na długiej szypule z wszczepionym kawałkiem chrząstki 9-go czy 10-go żebra. Po wgojeniu się tego transplatatu przyszywał distalny jego koniec do brzegów przetoki tchawiczej. Wyniki niezawsze były trwałe, zwłaszcza przy dużych przetokach tchawiczo-krtaniowych, gdyż chrząstka po części ulegała zazwyczaj resorbcji a tym samym płat skórny tracił na swej konsystencji i poddawał się łatwo przy każdym głębokim wdechu do wewnątrz. Starano się więc temu zapobiec przez wprowadzanie parafiny wysokotopliwej pomiędzy dwa płaty skórne, za-

mykające przetokę tchawiczą, względnie włożenie w to miejsce siatki z cienkiego srebrnego drutu, płytek rogowych, celuloidowych (Henschen) itp. Lecz sposoby te dawały często wyniki niepewne, to też musiały ustąpić miejsca transplantatom kostnym. Pierwszy Schimmelbusch zastosował plastyczne pokrycie dużego ubytku przedniej ściany tchawicy uszypulowanym płatem skórnym z okolicy jugulum wraz z kawałkiem kości pobranym z górnej części mostka. Płat ten przyszywał wyściółką skórną do wewnątrz. Ponieważ często u mężczyzn górna część mostka wykazuje bogate owłosienie Killian zmodyfikował sposób ten o tyle, że brał odpowiednio długie płyty z kawałkiem kości, wyciętym z dolnej części mostka i ten dopiero po starannym usunięciu włosów przykładał do wgojenia. Prócz tego cały szereg autorów jak: Nowakowski, Photiades, Lardi i Henschen brali podobne płyty skórno-kostno-okostnowe wprost z obojczyka, jednak sposób ten nie przyjął się ze względu na techniczne trudności w porównaniu z wyżej podanymi płatami z mostka. Nadto zaznaczyć należy, że równocześnie niemal Pfeiffer, Nussbaum, Henschen i Balassa podjęli próby wolnego przeszczepiania kawałków kości z okostną do małych płatów skórnych, przyciętych „ad hoc“ w najbliższym sąsiedztwie przetoki tchawiczej, które następnie po wgojeniu się transplantatu przyszywali do otworu tchawiczego a od góry pokrywali go jeszcze dodatkowo drugim podłużnym płatem skórnym, wyciętym z bocznych części szyi. Dopiero Mangoldt (w r. 1900) Arch. f. klinische Chir. Bd. 59), opracował dokładnie sposób wolnego przeszczepiania kawałków kości i chrząstek z okostną względnie chrzęstną w najbliższe sąsiedztwo przetok tchawiczo-krtaniowych. Początkowo używał on do tego celu kawałków chrząstki żeber jak naprzykład w przypadkach ubytku w przedniej części chrząstki tarczykowej wszczepił kawałek chrząstki żebra, wgojony pod skórę w najbliższym sąsiedztwie krtani, a ponad nim przyszył drugi równoległy podłużny płat skórnym, tworząc w ten sposób plastikę dwu-płatową skórno-chrzęstno-ochrzęstnową. W innych przypadkach większych ubytków ścian tchawicy zastosował plastikę skórno-kostno-okostnową po uprzednim wszczepieniu, (zazwyczaj wykonanym przed 6—8miu- tygodniami) kawałków kości wraz z okostną z tibi względnie grzebienia miednicy. Ten też sposób zastosował na szerszą skalę Soerensen przy plastikach dużych ubytków przedniej ściany tchawicy, względnie po po-

przecnej częściowej jej resekcji, w sposób także bardziej skombinowany, używając do jego pokrycia dwóch płatów wrotowych z wgojonymi dwoma względnie nawet trzema płytkami kostnymi z tibiai, (każda z nich długości około 5 cm), które następnie zeszywał w linii środkowej, a na nie nasuwał jeszcze drugi szeroki płat skórny z najbliższego sąsiedztwa. Harrison (Journal of Laryngol. 930) uzupełniał w ten sposób mniejsze ubytki tchawicy po urazach, względnie resekcji zwężeń bliznowatych w jej świetle a Perwitschky wszczepiał z dobrym wynikiem w dwóch przypadkach chondromalacji chrząstek tchawicy małe kawałki kości z tibiai w przednią jej ścianę, a w szczególności tuż ponad nietkniętą błonę śluzową tchawicy. (Arch. f. Ohrenheilkunde nr. 8. 927). W końcu dodać należy, że Capelle Brunns Beitr. z Klin. chirg. 99, 1916, starał się nadto jeszcze zrekonstruować krzywiznę przedniej ściany tchawicy przez wszczepienie w miejsce ubytku kawałków kości kształtu rynienkowatego, co niezawsze daje pożądany efekt. Najczęściej używany obecnie sposób plastyki Mangoldta przedstawia się następująco: Kawałek chrząstki żebra z ochrzęstną, względnie kości z tibiai wraz z okostną zostaje wszczepiony w kieszonkę podskórną, utworzoną w niewielkiej odległości od przetoki tchawiczej, równolegle do jej osi długiej. Dopiero po dokładnym jej wgojeniu się, tj. po upływie conajmniej 4—6 tygodni przystępuje się do plastycznego zamknięcia otworu potracheotomijnego. W tym celu wykrawuje się płat skórny, wielkości odpowiadającej rozmiarom tej przetoki i wraz z wgojonym pod nim kawałkiem kości przekłada się do okrwawionych jej brzegów powierzchnią skórną ku wewnątrz, przy czym podstawa tegoż płata zostaje nienaruszona. Płat ten przyszywa się dokładnie do brzegów przetoki tchawiczej. Warstwa zewnętrzna tegoż płata zostaje pokryta sposobem Thierscha względnie dwoma płatami bocznymi, nasuniętymi z obu stron, które się następnie zeszywa w linii środkowej. Wynik tej plastyki zależy w pierwszym rzędzie od tego z jak wielkim ubytkiem ściany tchawicy mamy do czynienia. Przy większych bowiem ubytkach daje się mimo to zauważyć wpuklanie wszczepionego płata do wewnątrz przy każdym głębokim wdechu, co przyczynia się niewątpliwie do utrudnienia pasażu powietrza oddechowego. Drugim niepomysłnym objawem, będącym następstwem tej plastyki jest zasychanie wydzieliny śluzowej na ścianie tchawicy w miejscu plastycznego pokry-

cia jej ubytku. Stan ten może znacznie się zmniejszyć przez stosowanie przez dłuższy czas wlewań lipidolu 20% strzykawką do tchawicy oraz inhalacji z rozczynów soli kuchennej i sody. Przypadek plastyki ubytku częściowego przedniej ściany krtani i tchawicy, który opisać zamierzam dotyczył kobiety l. 56. St. Sz., która była operowana przed 11-tu laty z powodu zwężenia bliznowatego krtani, wywołanego jej oparzeniem przy pomocy lizolu w celach samobójczych. Natychmiast po wypadku wprowadzono dren średnich rozmiarów do przetyku, który spowodował w krótkim czasie odleżynowe zapalenie ochrząstki chrząstki obrączkowej, to też musiano wykonać tracheotomię (w szpitalu prowincjon.) W krótkim czasie skierowano chorą do naszej polikliniki z powodu niemożności dekaniulacji. Badanie laryngologiczne wykazało stan następujący: Blizna na tylnej ścianie krtani na wysokości aditus, struny głosowe znacznie zgrubiałe o brzegach nierównych, ruchome nieschodzą się w linii środkowej, pozostawiając szczelinę wrzecionowatą. W okolicy podgłośniowej rozległa blizna, zwężająca światło krtani tak znacznie, że z trudnością tylko udaje się przeprowadzić sondę średniej grubości przez to zwężone światło. Przy tym stwierdza się, że „gros“ tego zwężenia wywołuje blizna w miejscu nacięcia łuku chrząstki obrączkowej przy nieprawidłowo wykonanej tracheotomii tzw. crico-tracheotomii. To też w znieczuleniu miejscowym wykonano wycięcie tej blizny od przodu, rozcinając chrząstkę obrączkową w linii środkowej bez naruszenia chrząstki tarczowej. W tak utworzoną przetokę wszywa się skórę z obu boków szyi przy pomocy cienkiego jedwabiu do błony śluzowej krtani. Następnie po nacięciu kilkakrotnym mostków łącznotkankowych na tylnej ścianie krtani, wkłada się w jej światło gruby tampon z gazy jodoformowej jako rozszerzacz, który po kilku dniach zastępuje się drenem gumowym, przywiązany do kaniuli tchawiczej, przy pomocy nitki jedwabnej. Zjawiające się wybujałości ziarninowate błony śluzowej w miejscach ucisku drenu dilatacyjnego niszczy się przy pomocy elektrokoagulacji. Po upływie dwóch miesięcy światło krtani rozszerzyło się do tego stopnia, że z łatwością wchodził dren grubości 14 mm wówczas zaprzestano leczenia dilatacyjnego, a przetokę krtaniowo-tchawiczą pozostawiono nadal otwartą. Leczenie następowe polegało na wprowadzeniu rozszerzadeł Schroettera do krtani co drugi dzień. Dopiero kiedy w ciągu następnych

3 miesiący światło krtani i tchawicy wykazywało dostateczną szerokość bez skłonności do zwężania się, przystąpiono do definitywnego zamknięcia przetoki sposobem Mangoldta. W tym celu wszyto kawałek chrząstki żebra wraz z ochrzęstną długości 2,5 cm w kieszonkę podskórną w najbliższym sąsiedztwie wspomnianej przetoki, a następnie po jej wgojeniu wykrojono z tego miejsca płat skórno-chrzęstno-ochrzęstnowy, który przszyto do okrwawionych brzegów tej przetoki. Chora przychodziła regularnie co 4—6 tygodni dla kontroli do naszej kliniki. Światło pozostawało stale na tej samej szerokości bez skłonności do zwężania się co pozwalało chorej wykonywać swój zawód jako służącej. Ostatnio po dwuletniej przerwie, spowodowanej pobytem na wsi, chora zwróciła się ponownie do naszej kliniki z trudnościami przy oddychaniu, występującymi zwłaszcza przy wysiłkach fizycznych i kaszlu z odpluwaniem obfitej śluzowo-ropnej wydzieliny. Przy badaniu laryngoskopowym stwierdza się zwężenie pod głośnią, rozciągające się aż do górnej części tchawicy, tj. w miejscu dawnej przetoki krtaniowo-tchawiczej wskutek wpuklania się przedniej ściany tchawicy do wewnątrz przy każdym głębokim wdechu. Zdjęcie rentgenologiczne tchawicy po wstrzyknięciu lipiodolu 40% wykazało na niveau opisanego zwężenia wpuklającą się ścianę przednią tchawicy do wewnątrz podczas każdego głębokiego wdechu, zaś wypuklającą się na zewnątrz przy każdym silniejszym wdechu i kaszlu p. fig. 1. Stan ten wytworzył się wskutek zresorbowania się wszczepionej chrząstki żebra, przy czym pozostał tylko cienki płat skórny p. fig. 2. Trzeba więc było przystąpić do ponownej rewizji miejsca pierwotnego zwężenia krtani i tchawicy na niveau przetoki i zamknięcia plastycznego tej ostatniej sposobem Mangoldta. W tym celu rozcięto ścianę skórną, zamykającą wspomnianą przetokę, a po wycięciu z obu stron dwóch wąskich płatków skórnych, przylegających bezpośrednio do brzegów przetoki tchawiczej, wsunięto do krtani dren grubości 7 mm, który przywiązano nitką jedwabną do kaniuli nr 6, założonej w dolną część przetoki. Kiedy po szeregu tygodni trwającym rozszerzaniu drenami gumowymi światło krtani zostało z powrotem doprowadzone do pierwotnych wymiarów, tak, że z łatwością przechodził dren 14 mm grubości, zaprzestano dalszych zabiegów dilatacyjnych, pozostawiając przetokę tchawiczo-krtaniową na dłuższy czas otwartą. Równocześnie wszczepiono w kieszonkę podskórną (o wy-

miarach 28×8 m), utworzoną w odległości kilku mm od brzegu tej przetoki po stronie prawej, kawałek kości z tibiai długości 27×7 mm, wraz z okostną. Po upływie 6-ciu miesięcy, tj. po dokładnym wgojeniu się tegoż transplantatu, kiedy światło krtani utrzymywało się na tej samej szerokości bez skłonności do zwężania się, przystąpiono do definitywnego zamknięcia przetoki. Wtym celu wycięto płat skórny z wgojoną kością, wielkości odpowiadającej rozmiarom przetoki, przy czym podstawa tegoż płata tuż przy prawym brzegu przetoki pozostała nie-



Fot. 1. Kobieta l. 56. St. Sz. laryngotracheocele extr.

tknięta. Następnie po wycięciu blizny w okolicy górnego brzegu przetoki krtaniowo-tchawiczej, w miejscu odpowiadającym dolnej krawędzi chrząstki tarczycowej przełożono wspomniany płat na właściwe miejsce warstwą skórną do wewnątrz, zamykając w ten sposób otwór tej przetoki całkowicie. Brzegi tegoż płata, przekraczające w okół na obwodzie na jakieś 2 mm, otwór przetoki tchawiczej, przyszyto dokładnie do okrwawionych przeciwległych brzegów skórnych. Celem lepszego odżywienia

przeszczepionej kości przyszyto ponad nią jeszcze długi płat, mięśnia, szerokości przeszło 1 cm z wewnętrznego brzegu m. sutkowo-mostkowo-obojęczykowego. Cały zaś ten ubytek pokryto dwoma



Fot. 2. T. s. przyp. zwężenie górnej części tchawicy s stan po pierwszej tracheoplastyce.

płatami skórnymi, nierównej wielkości z najbliższego sąsiedztwa, które nasunięto z obu boków na kształt wrót i zeszyto wewnętrznymi brzegami ze sobą w linii środkowej przy pomocy silkwornu. Gojenie się było prawidłowe p. fig. 3. Poza lekkim kaszlem chora nie odczuwała żadnych dolegliwości ze strony



Fig. 5. T. s. przyp. stan po plastyce krtani i tchawicy spos. Mangoldta s. wgojona blaszka kostna.

krtani. Obecnie po upływie 7-miu miesięcy stan ten nie uległ zmianie; blizny zewn. po plastyce blade i niebolesne przy obmacywaniu, światło krtani szerokie nie okazuje skłonności do zwężania się. Przeciwno zaś zasychaniu w krtani i tchawicy stosuje się wlewania 20% roztworu lipiodolu strzykawką krtaniową oraz inhalacje z roztworu soli kuchennej i sody.

Résumé

A. Laskiewicz. Contribution à la trachéoplastie selon Mangoldt.

L'auteur décrit le cas d'une femme de 36 ans, chez laquelle il y a eu à 11, ans, à la suite d'une brûlure du larynx et de l'oesophage avec du lysol, inflammation du cartilage cricoïde due à l'application défectueuse d'un drain dans l'oesophage. Dans un état de dyspnée brusque on a procédé à la trachéotomie dans

un hôpital de province, avec incision de l'anneau du cartilage cricoïde. Cette circonstance a entraîné des suites très fâcheuses, ayant provoqué un rétrécissement cicatriciel de la partie inférieure du larynx et rendu impossible l'extraction de la canule. C'est pourquoi, il y a 11 ans, on avait réséqué la cicatrice, dans notre clinique, et soumis à un traitement prolongé le rétrécissement mentionné à l'aide de dilatateurs en caoutchouc selon Sargnon-Barlatiere. Après avoir obtenu une perméabilité suffisante du larynx, on a procédé, il y a 11 ans, à la trachéoplastie selon Mangoldt de la dite ouverture en y greffant du cartilage costal. Pendant 10 ans la malade pouvait respirer normalement. Dernièrement elle commença à souffrir de difficultés de la respiration et expectorer une sécrétion très abondante. L'examen laryngologique a démontré la présence d'un rétrécissement au niveau de la fistule trachéo-laryngée, dû à une relaxation de la paroi antérieure par suite de la résorption du cartilage greffé. La paroi antérieure du cou se déformait, pendant la toux, d'une façon caractéristique, sous forme d'un sac (trachéolaryngocele). C'est pourquoi nous avons entrepris l'avivement de la fistule primitive: pour procéder à une nouvelle trachéoplastie selon Mangoldt, nous avons greffé, cette fois, un morceau d'os du tibia d'une longueur de 5×1 cm dans une pochette sous-cutanée, dans le voisinage immédiat des bords de la fistule. Après que celle-ci se fût cicatrisée, c'est-à-dire après 16 mois, on procéda, à la fermeture définitive, en découpant un lambeau cutané avec l'os qui y était greffé, avec lequel on a fermé l'ouverture et on sutura exactement ses bords libres aux bords avivés de la fistule trachéo-laryngée. Pour mieux étancher le lambeau: on a recouvert ce transplantat d'une mince couche musculaire du sterno-cléido-mastoidien. Là-dessus on a appliqué deux lambeaux cutanés symétriques, découpés des 2 côtés du cou en forme de portail: ceux-ci furent exactement suturés suivant la ligne médiane. Cicatrisation per primam. La largeur de la lumière du larynx n'a pas subi de modifications, respiration tout à fait libre. Depuis 4 mois, la malade a pu retourner à ses occupations professionnelles. Pendant tout le temps la lumière du larynx, contrôlée, n'accuse pas de tendance à se rétrécir.

XLIIe Congrès Soc. franç. d'Oto-rhino-laryngologie

streścił

Prof. Dr A. LASKIEWICZ

W dniach 18—20 października odbył się w Paryżu doroczny zjazd francuskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego pod przewodnictwem prof. M. Bremonda z Marsylii. I-szy temat główny: Wskazania i wyniki chirurgii wewnątrzczaszkowej nerwu VIII-go na podstawie 46-ciu operowanych przypadków, wygłosili M. Aubry i M. Ombredanne (Paryż). Najważniejszymi wskazaniami do tego zabiegu są silne zawroty głowy, trwające dłuższy czas i nieustępujące na środki uspokajające, podawane do wewnątrz, tzw. „syndrome de Menière pur“ bez uprzedniego schorzenia ucha środkowego i przestrzeni podpajęczynówkowej. Inny znów typ Meniera, dający wskazanie do powyższego zabiegu określają autorowie jako „Sy de Menière tronculaire“, tj. schorzenie pnia nn. VIII-go i równocześnie okolicy pontocerebellarnej. Pierwszy typ cechuje się głuchotą, silnymi szumami i zawrotami głowy, które Hautant dzieli na: 1. vertige nevralgie i 2. vertige nevrite. W vertige nevralgie mamy niezmiernie oddziaływanie błędniaka na próby i jest ono zasadniczo podobne do zapaleń nerwu twarzewego. „Vertige nevrite“ zaś cechuje się zmniejszeniem pobudliwości błędniaka na próby aż do zupełnej jego niepobudliwości, to też leczenie tej postaci zawrotów głowy winno być chirurgiczne. W przypadkach Meniera czystego (Men. pur) kiedy chory ma jeszcze słuch częściowo zachowany, należy wykonać częściową resekcję nn. VIII-go. W wypadku zaś całkowitej głuchoty przecina się cały pień nerwu VIII-go. Objawy tej drugiej postaci „Menière tronculaire“, tj. równoczesnego schorzenia pnia nerwu VIII-go i okolicy pontocerebellarnej cechują się bólami głowy w okolicy skroni i potylicy, zaburzeniami napięcia mięśni kończyn dolnych, zawrotami głowy i oczopląsem. Przy badaniu dna oka stwierdzamy tarczę zastoinową. Objawy te są wywołane najczęściej stanem zapalnym pajęczynówki (arachnoiditis cystica) względnie małym guzem w tej okolicy, który niewywołuje jeszcze objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego ani żadnych zaburzeń ze strony

sąsiednich nerwów. Stan ten wyprzedza nieraz na kilka lat okres w którym guz okolicy mózdkowo-mostowej daje wszystkie typowe objawy neurologiczne i nadaje się do operacyjnego zabiegu rewizji kąta mostowo-mózdkowego. II) Zespół menierowski pozapalny nie daje wskazań do powyższego zabiegu lecz do antromastoidektomii, która wystarcza w zupełności w tych razach. Jeżeli w okresie po zapaleniu ucha środkowego wystąpią objawy menierowskie o typie zajęcia pnia nn. VII-go (M. „tronculaire“), świadczy to zawsze o stanie zapalnym pajęczynówki z tworzeniem się małych torbieli (arachnoiditis cystica), która to postać powinna być leczona zabiegiem operacyjnym od strony kąta mózdkowo-mostowego. Technika tego zabiegu jest następująca: Cięcie ostrołukowe przez części miękie pomiędzy protuberantia occipitalis extr. a tylną krawędzią wyrostka sutkowego i sięga w dół na palec powyżej i nawewnątrz od szczytu wyrostka sutkowego. Po odsunięciu części miękich aż do kości, dokładna hemostaza w znacznej części przy pomocy elektrokoagulacji, żyły zaś kostne i emisaria woskiem Horsleya. Następnie przy pomocy dużej frezy i kleszczy kostnych trepanuje się łuskę kości potylicznej na 2 palce poza tylną krawędzią wyrostka sutkowego i crista occipitalis super. Otwór owalny, którego oś długa jest ułożona skośnie od dołu ku górze a jego zewnętrzno-górny brzeg sięga prawie aż do zatoki esowatej, dolny zaś leży w niewielkiej odległości od for. occipitale magnum. Oponę twardą nacina się ostrożnie na krzyż. Przy pomocy cienkiej i wygiętej szpatuły podnosi się półkulę mózdzka delikatnie ku górze. W ten sposób dochodzi się do cisterna cerebello-medullaris, z której po nacięciu ostrym haczykiem pajęczynówki wypływa płyn mózgowo-rdzeniowy, stale usuwany z pola operacyjnego przy pomocy aspiratora elektrycznego. Cysterne boczna również się otwiera i dochodzi do tylnej powierzchni piramidy, gdzie natrafia się na porus ac. intern., w którym znajduje się właśnie pęczek nn. VIII-go i VII-go, często ukryty pod otoczką pajęczynówkową mniej lub więcej zgrubiałą. W wypadkach arachnoiditis circumscr. spotyka się tamże niekiedy małe torbiele pajęczynówkowe, które przylegają bezpośrednio do pnia nn. VIII-go i są niewątpliwie przyczyną zawrotów głowy i szumów. Stosunki topograficzne w wyżej wspomnianym pęczku nerwowym są tego rodzaju, że częścią najbardziej ku tyłowi zwróconą, dającą się z łatwością oddzielić haczykiem jest nn.

acusticus. Bardziej ku górze od niego leży białawy pęczek nerwowy, to nerw twarzowy, a więcej do wewnątrz przebiega mała tętniczka art. auditiva int. i tuż obok niej nn. vestibularis. W przypadku Meniera z całkowitą głuchotą (Menière pur) przecina się cały nerw uszny przy pomocy neurotomu M. Ombredana tuż przy kącie mostowo-mózdkowym. W wyciętym kawałku tegoż nerwu można wykryć niekiedy obecność dodatkowego zwoju Scarpy. Wycięcie częściowe napotyka na trudności tam gdzie oddzielenie pęczka ślimakowego od przedsionkowego nie udaje się łatwo przy pomocy tępego haczyka. Ten ostatni zostaje wycięty w połowie swej przedniej długości w miejscu odpowiadającym jego topografii na podstawie czaszki. W końcu zeszywa się bardzo dokładnie cienkim katgutem oponę twardą i skórę, a na 24 godzin tylko wkłada się seton z gazy jodoformowej w głąb rany. Gruba warstwa mięśni: longus capitis i splenius stanowią dostateczną ochronę dla otworu potrojanowego. Na podstawie 46-ciu operowanych przypadków autorowie dochodzą do następującego wniosku: 1. przecięcie nerwu przedsionkowego nie musi być zawsze całkowite dla otrzymania wyleczenia objawów menierowskich, a tym mniej gałązki ślimakowej w przypadkach Menière pur. Jest to poniekąd analogia do przecięcia gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego, które znosi bóle neuralgiczne po danej stronie. 2. Naruszenie pewnej części włókien nerwu ślimakowego nie musi prowadzić do głuchoty, gdyż uszkodzenie to łatwo się goi. 3. Droga wewnątrzczaszkowa umożliwia dokładną rewizję całej okolicy kąta mostowo-mózdkowego. Stwierdza się bowiem często w tych przypadkach zanik nerwu słuchowego bez zmian w obrębie pajęczynówki co utwierdza nas w przekonaniu, że podłożem tego cierpienia jest sprawa zapalna w pniu nerwu VIII-go (Menière tronculaire), która tym bardziej uprawia do przecięcia pnia tegoż nerwu. Spotyka się tu często zmiany w obrębie pajęczynówki jako arachnoiditis cystica, względnie zrosty mniej lub więcej rozległe, które powodują zanik nerwu VIII-go. Wycięcie kawałka tegoż nerwu dozwala na przeprowadzenie dokładnego badania drobnowidowego, które stwierdza zazwyczaj zmiany zanikowe włókien nerwowych, rozrost tkanki łącznej, zanik naczyń krwionośnych barwnika w mniejszej lub większej ilości itp. Wyniki opisanego zabiegu są bardzo zachęcające w przypadkach Meniera czystego połączonego z głuchotą: na 12 operowanych przypadków we

wszystkich ustąpiły całkowicie zawroty i bóle głowy, (szumy zaś uszne tylko w 7-miu). W postaci 2-giej „Menière tronculaire” na 16 operowanych w 15-tu otrzymano wyleczenie, tj. bóle głowy ustąpiły całkowicie, szumy zaś uszne trwały przeważnie dalej. W 3-ciej wreszcie tzw. „syndrome Men. postotitique” 15 przyp., w 5-ciu wyleczenie i zniknięcie bólów głowy, w 3-ch częściowe zniknięcie zawrotów i szumów, w dwóch wreszcie zejście śmiertelne wskutek meningitis purul. diff. W tym ostatnim wypadku należy wcześniej operować gdyż im arachnoiditis jest starsza tym gorszą daje prognozę. Na 19 przypadków przecięcia tylko gałązki przedsionkowej w 12-tu słuch był dobrze zachowany, w 4-ch znaczna poprawa słuchu niskie stroiki w 2-ch utrata słuchu dla tonów wysokich w jednym wreszcie całkowita utrata słuchu. W zestawieniu raz jeszcze podkreślić należy, że przecięcie nerwu VIII-go sposobem Aubry-Ombredanna zaleca się przede wszystkim w wypadkach silnych zawrotów głowy, w których leczenie środkami wewnętrznymi nie odnosi skutku. Operacja ta daje w 100% wyleczenie objawów menierowskich — chorzy wstają już 10-tego dnia. Metoda ta jakkolwiek nie pozbawiona niebezpieczeństw zakażenia opon m. dozwala na dokładne obejrzenie kąta mózdkowo-mostowego, zwłaszcza w wypadkach schorzeń pajęczynówki, względnie małych guzów nerwu VIII-go w samym początku ich rozwoju. Częściowa resekcja nerwu przedsionkowego usuwa całkowicie zawroty, pozostawiając słuch niezmienny. Przeciwwskazaniem do tego zabiegu jest podeszły wiek 60 lat, wysokie ciśnienie krwi, oraz obecność ogniska zapalnego w kości skalistej i oponach.

W dyskusji H. Bourgeois podnosi, że przyczyną tych silnych zawrotów są stany zapalne pajęczynówki ze zrostami teje do pnia nn. VIII-go, ośrodków w bocznej części mostu oraz nadciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Causse, Quix i autor sprawozdania, zaznaczają, że co się tyczy guzów nn. VIII-go powyższy zabieg byłby niewystarczający, gdyż guzy te siedzą najczęściej w dnie przewodu słuchowego wewnętrznego. Trzeba więc go połączyć ze sposobem dojścia do guza drogą przez błędnik podaną przez Kutvirta.

II. Temat główny: J. LeMée, Andr. Bloch i M. Bouchet: Ostre zapalenie okolicy podgłośniowej u dzieci. — Autorowie spostrzegali w ostatnich czasach liczne przypadki zapaleń krtani i tchawicy u dzieci, połączone ze znacznymi tru-

dnosciami odechowymi aż do zupełnego omdlenia. Schorzenie to bywa często mylnie rozpoznawane jako dylaryngis względnie laryngitis spastica, a nawet jako ciało obce w krtani czy tchawicy, podczas gdy badanie laryngoskopowe wykrywa sprawę zapalną pod głośnią i w tchawicy. Są to przede wszystkim obrzmienia poduszkowate błony śluzowej w tych miejscach jedno — względnie obustronne. Badanie drobnowidowe tych części wykazuje cechy przewlekłego procesu zapalnego pod postacią: zwiotczenia błony śluzowej i podśluzowej z dość obfitym naciekiem drobnokomórkowym. Podział zapaleń ostrych krtani u dzieci jest oparty głównie na rozmieszczeniu topograficznym tych zmian, a mianowicie: tzw. laryngobronchitis ac. jest jednostką dotąd stosunkowo mało znaną, zwłaszcza pod względem klinicznym i leczniczym. a) Forma nadgłośniowa zapalenia krtani, połączona ze znaczną chrypką i kaszlem, przy którym chory odpluwa dużo wydzieliny śluzowo-ropnej, zdarza się w przebiegu odry, ospówki i koklusz, rzadziej mamy w tych wypadkach nacieki błony śluzowej krtani z tworzeniem się ropnia w pewnym jego odcinku. b) Zapalenie podgłośniowe krtani (dobrotliwa) laryngitis stridulus w przebiegu zaziębienia szybko przemijające. Na pierwszy plan wybija się w dolegliwościach chorego duszność, chrypka i kaszel, wywołane skurczem głośni. c) Ciężka postać podgłośniowego zapalenia, cechująca się znacznym obrzękiem podgłośniowym, który powoduje ciężką duszność wdechowo-wydechową i szczekający kaszel z reprzyzami: powstaje ona w przebiegu grypy nieraz epidemicznie w danej okolicy (infection gripp. laryngotrôpe). Są to postaci o przebiegu ciężkim z dusznością, prowadzącą do sinicy z gorączką, tętnem nitkowatym, bladოსinawym zabarwieniem skóry i błon śluzowych. Towarzysząca mu tracheobronchitis komplikuje jeszcze bardziej całą sprawę. d) Zapalenie podgłośniowe ograniczone jest postacią dość rzadką, w której przychodzi do wytworzenia się nacieku na małej przestrzeni w okolicy podgłośniowej, powodującego duszność i kaszel. e) Zapalenie krtani i tchawicy ostre o piorunującym przebiegu. Jest to postać wywołana szczególnie złośliwą infekcją z tworzeniem się dużej ilości strupów, silnie przylegających do ściany, które jako ciało obce mogą wywoływać duszność i to niekiedy dość znaczną. Proces ten zstępując niżej daje typowe objawy ciała obcego w oskrzelu, przy czym dość szybko przychodzi do wytworzenia się zapalenia

ogniskowego w płucach. W obrazie klinicznym dominuje forma zakażenia toksycznego: twarz blada, pokryta zimnym potem, sinica widocznych błon śluzowych, przy rozszerzeniu granic serca ku stronie prawej. Zejście śmiertelne występuje najczęściej wśród objawów septicopyemicznych.

Badanie laryngoskopowe wykazuje obrzęk pod głośnią znacznego stopnia z zacerwienieniem burgundowym śluzówki, początkowo wydzieliną śluzowo-ropną, która następnie wykazuje zasychanie na znacznej przestrzeni z tworzeniem się licznych brudno-szarawych strupów, które przekształcają się niekiedy u wejścia do oskrzeli we formalne czopy, zatykające ich światło. Autorowie obserwowali u osesków postać dusznicy postępującej z nadmierną wydzieliną błon śluzowych dolnych dróg oddechowych. W obrębie tchawicy i oskrzeli stwierdza się najczęściej nacieki zapalne i obrzęk oraz wzmożoną wydzielinę gruczołów śluzowych. Z drobnoustrojów spotyka się w pierwszym rzędzie streptokoki hemolityczne, staphylokokki białe i złociste. Zaznaczyć wypada, że powyższa forma zapalenia krtani i tchawicy zdarza się nieraz epidemicznie w przebiegu ciężkiej grypy, odry, płonicy, kokluszki, i ospówki a nieraz także małych ciał obcych wchłoniętych do tchawicy. U dzieci rocznych do dwóch lat przebieg jest daleko cięższy i ze względu na rokowanie. W rozpoznaniu opieramy się wyłącznie na obrazie laryngoskopowym, czy endoskopowym, który wyklucza dyfterię, skurcz głośni, ropień pozagardłowy tylny, obecność brodawczaków w krtani, porażenia obu stronnego m. cricoar. postic., ewentualnie też ucisk na tchawicę ze strony thymus i gruczołów śródpiersia. Le-Mée skonstruował specjalną szpatułkę laryngoskopową z oświetleniem na końcu rury, zasilanym zwykłą baterią kieszonkową, jako najprostszymi przyrządy endoskopowe do badania tych chorób w pozycji siedzącej. Przyrząd ten posiada zarazem urządzenie do aspiracji wydzieliny. Co się tyczy leczenia zaznaczyć należy, że w nagłej duszności mogą wielką oddać usługę rury rozszerzające Schroettera i Moshera, które należy używać tylko w wypadkach nagłych i co do wskazań ściśle określonych.

Tracheotomia: wykonuje się sposobem klasycznym jako nacięcie tchawicy w okolicy 2-go — 3-go pierścienia tchawiczego by uniknąć ocierania się kaniuli o pierścień chrząstki obrączkowej co może spowodować stan zapalny jej ochrzęstnej i następnie trudności dekaniulacji. Autorowie wykonują

nacięcie na krzyż przedniej ściany tchawicy, który to sposób powoduje łatwiejsze zbliżnianie się przetoki po dekaniulacji. W celu dokładnego dostosowania kaniuli do światła tchawicy autorowie używają model Chevalier-Jacksona zaopatrzony z boku w rurkę do stałej aspiracji śluzu z tchawicy, a równocześnie można wkraplać przez tę rurkę ciepły roztwór dwuwęglanu sodowego lub ephedryny w roztworze fizjolog. soli kuchennej, które to środki rozkwadniają śluz w dolnych drogach oddechowych; ten bowiem zalegając obficie w oskrzelach doprowadza do częściowej niedodmy płuc. W celu zawilgocenia powietrza oddechowego stosują autorowie pokrycie otworu zewnętrznego kaniuli kawałkiem gazy namoczonym w roztworze fizjolog. soli kuchennej, względnie rozpylanie (aparatem elektrycznym) tegoż roztworu w ubikacjach w których przebywa chory. Nadto proponują autorowie nasycanie powietrza w tych ubikacjach mieszaniną tlenu i helu, który zastępuje N w stosunku takim w jakim się on znajduje w powietrzu oddechowym. Domieszka ta powoduje łatwiejszą resorbcję tlenu w dolnych drogach oddechowych. Ze środków leczniczych zalecają wstrzykiwania dożylnie cukru i $Ca.$, jako zaś expectorans belladonnę i opium, nadto surowicę i bakteriofagi antistreptoc. W dyskusji nad tym referatem L. Leroux wspomina o przypadku w którym dopiero na drodze laryngoskopii bezpośredniej można było wykryć błony wrzekome w okolicy strun głosowych i podgłośnią. Soulas przytacza przypadek obrzmienia podgłośniowego, który rozciągał się aż do oskrzeli, gdzie dużo było wydzieliny śluzoworopnej tak że dopiero na drodze tracheotomii zdołano należycie oczyścić dolne drogi oddechowe i uratować dziecko od uduszenia się Marsat i Colleville obserwowali analogiczne przypadki laryngo-tracheo-bronchitis ac. u dzieci, gdzie tylko bronchoaspiracja w direktoskopii sprowadziła ulgę. Ramadier przestrzega także przed intubacją w przypadkach niedrożności krtani, jeżeli się nie wykluczyło przedtem na drodze laryngoskopii laryngitis submuc. względnie ciało obce w krtani, w przeciwnym bowiem razie radzi tracheotomię.

Komunikaty: 1. Aubin-Berard i Coussieu przedstawiają przypadki zupełnego wyleczenia zawrotów przy chorobie Meniera drogą przecięcia częściowego nn. VIII. Baer podaje wyniki leczenia ciężkich postaci neuralgii trigem. witaminą B., brak zaś witaminy C jest według jego zdania przyczyną ciężkich

przewlekłych nieżyłtów gardła. E. Barbey i G. de Morsier (Genewa) mówili na temat znaczenia oczopląsu jednokierunkowego, wywołanego próbami: Asynergia przedsionkowa występuje w przypadkach schorzeń przedsionka, względnie po urazach w czaszkę, w którym to przypadku mamy do czynienia z jednokierunkowym oczopląsem zawsze w jedną stronę przy próbie cieplnej tak ciepłą jakoteż i zimną wodą. Objaw ten przemawia zdaniem autora za uszkodzeniem dróg przedsionkowych ośrodkowych.

Barré M. Klein (Strassburg): Zachowanie się odczynów przedsionkowych u chorych po przecięciu wewnątrzczaszkowym nerwu przedsionkowego. Na postawie badań przeprowadzonych na dużej ilości chorych po przecięciu wewnątrzczaszkowym nerwu VIII. autorowie przychodzą do wniosku że odczyn poobrotowy zależy w pierwszym rzędzie od ucha danej strony na którą dokonywano obrót. Tak samo jak przy próbie cieplnej względnie galwanicznej. Quix przypomina że mechanizm złożony objawu zawrotu głowy może być wtedy tylko należycie rozpoznawany i zrozumiany jeżeli się jego studium oprze na zasadach teorii prądów w endolimfie. C. Breyre (Liège) przedstawił liczne rentgenogramy, dotyczące tzw. przewlekłego zapalenia w obrębie antrum i komórek periantralnych, których ścisłe rozpoznanie uprawnia do wykonania operacji zachowawczej Schwartzego na wyrostku sutkowym. Autor wykonał ten zabieg na wielkiej ilości przypadków uzyskując znaczne polepszenie słuchu.

Baldenweck i Thienpont stwierdzają wielkie znaczenie radiografii wyrostka sutkowego zwłaszcza w odniesieniu do teorii powstawania pneumatyzacji wdlg. Wittmaacka. Cambrelin (Bruksela) wspomina o przypadku leukemii limfoidalnej, leczonej od początku z wynikiem pomyślnym naświetlaniami rentgen. migdałków podniebnych. Autor zaleca ten sposób leczenia dla różnych postaci anemii. Canuyt-Gunsett (Strassburg) referowali o znaczeniu i wynikach zdjęć tomograficznych krtani w przypadkach jej nowotworów, która to metoda umożliwia nie tylko dokładne określenie miejsca z którego dany nowotwór wychodzi, lecz również pozwala określić z całą precyzją rozległość nacieczenia względnie zniszczenia poszczególnych części krtani przez nowotwór. B. Grossmann (Wiedeń) przedstawia przyrząd własnej konstrukcji do zapisywania prądów elektry-

cznych, powstających podczas odbierania wrażeń słuchowych przez ślimak przy zupełnej jego izolacji. Guement (Marsylia) mówił o wyleczeniu 25 przyp. ropni okołomigdałkowych sposobem Canuyta (tonsillectomie a tiède). H. Guillon-Hery (Paryż) referowali o jednym przypadku ropnia ograniczonego do szczytu piramidy u 6-cio letniego dziecka o długiej bardzo ewolucji tak że dopiero na drodze rentgenografii w pozycji Stenversa i Hirza ustalono rozpoznanie. Wykonano niezwłocznie operację Ramadiera z odstonięciem kanału art. carotis int., który następnie szeroko zdrenowano setonem zmienianym codziennie. Chory wyzdrowiał po 6 tygodniach. Droga kostna przez kanał tętnicy dogłowej jest daleko pewniejsza aniżeli około opony twardej zalecana przez innych autorów. J. Guisez podał kazuistykę przypadków broncho-esophagoskopowych, wyleczonych na drodze operacji a mianowicie: przypadek torbieli 2 komorowej u wejścia do przełyku, 20 przypadków zwężeń bliznowatych przełyku na różnych jego wysokościach w następstwie poparzenia ługiem, wyleczonych dilatacją bez gastrostomii. 6 przypadków raka przełyku bez nawrotów od 3-ech lat. 1 przypadek blizny półokrężnej tchawicy, wyleczony elektrolizą. Helsmoortel i van Bogaeret (Antwerpia) przedstawili obserwacje 2-ch przypadków wybroczyn krwawych do rdzenia o różnej etiologii w których zaburzenia błędnikowe ustąpiły równocześnie ze sprawą w rdzeniu. Hicquet-Scherer: demonstrują szereg zdjęć krtani z lipiodolem, wstrzykniętym przez nos, jak również gardła dolnego z papką barową przy pomocy której udaje się niejednokrotnie sprecyzować z całą dokładnością rozpoznanie miejsca nowotworów i blizn oraz ich rozległość. Nawiązując do tego Huet omawia metodykę lipiodografii krtani dla wykazania guzów wewnątrzkrtańowych, podgłośniowych oraz wychodzących ze sinus pirif. Należy więc w pierwszym rzędzie wstrzyknąć skopolaminę a potem znieczulić krtani i pharynx. Ułatwia to bowiem przyleganie lipiodolu do błony śluzowej. Potem dopiero wstrzykuje się lipiodol do dwóch jam nosowych odrazu kaniulką rozwidloną aby wypełnić równocześnie obie zatoki gruszkowate.

5. Następnie wykonuje się szereg zdjęć rentgen. po upływie 10-ciu min. od wiania lipiodolu przez nos. Jacod (Lyon) opisuje przypadek neurofibromatozy Recklinghausena z dużymi guzami na szyi które powodowały symetryczne porażenie m. cricoarytenoideus postic. jednakże bez wywoływania objawów dusz-

ności. Addukcja strun głosowych we fazie fonacyjnej była całkowicie zachowana. Z tąd to autor odróżnia dwie postaci porażen m. rozszerzających głośnie a mianowicie: 1. ciężką, która powoduje postępującą duszność znacznego stopnia i 2. obwodową bez zaburzeń oddechowych. Przyczyną tej pierwszej są zmiany zapalne względnie łącznotkankowe rozsiane w obrębie ośrodków bulbarnych tzw. postać ośrodkowa (Gerhardta). Druga zaś jest wywołana zmianami ograniczonymi do gałązek końcowych nn. zwrotnego, unerwiających m. cricoarythenoideus poster. Jacques (Nancy) przedstawia sposób autoplastycznego pokrycia przetok szczękowych otwartych do jamy ustnej płatem kostno-szluzówkowym z okolicy fossa canina, przyczym ubytek w zatoce Highmora tamponuje się gazą jodoformową przez przeciąg 8-tu dni. Autor sprawozdania mówił o rozmieszczeniu utkania adenoidalnego w krtani ludzkiej i jego stosunku do niektórych postaci zapaleń ostrych i przewlekłych krtani p. P. Przegl. Otolaryngol. T. XIV z 1—2. Le-Mée i P. Bernard: Wskazania do rentgenoterapii w stanach zapalnych ostrych wyrostka sutkowego: Na podstawie 74 przypadków ostrych i przewlekających się zapaleń wyrostka sutkowego, leczonych małymi dawkami prom. X wypowiadają się autorowie za stosowaniem tej metody zwłaszcza w przypadkach ostrych początkowych (mastoiditis seropurul), w których nie przyszło jeszcze do destrukcji ścianek kostnych w wyrostku sutkowym. Po każdorazowym naświetlaniu zmniejszała się wydzielina ropna z ucha oraz bóle subiektywne na wyrostku. Formuła leukocytowa wskazywała obiektywnie poprawę. Autorowie otrzymali wyleczenie już po 6-ciu naświetlaniach prom rentgen. W przypadkach o przewlekającym się przebiegu w których zdjęcie rentgena wykazywało już wyraźne ogniska karietyczne w kości rentgenoterapia nie dawała poprawy stanu zapalnego wyrostka a zatem odwrotnie aniżeli to ma miejsce w osteomyelitach kości długich. L. Leroux opisał rzadką postać zapaleń przewlekłych krtani, połączonych z rozrostem tkanki łącznej zwłaszcza w obrębie strun głosowych, które są przerosnięte tkanką bujająca poprzez włókna mięśnia głosowego wewnętrznego. Z powodu znacznego stwardnienia struny ich ruchomość była upośledzona toteż wcześniej pojawiła się duszność zwłaszcza przy większych wysiłkach fizycznych, tak że trzeba było uciec się do tracheotomii. Laryngoskopia wykazała: obie struny głosowe równomiernie rozszerzone i zaczerwienione, przy

wdechu schodziły się one dość dobrze. Etiologia tego cierpienia niejasna. Liebault (Quimper) mówił na temat nieżyty ropnego nosa u małych dzieci, które mimo wykonanej adenotomii mają nos pełny wydzielin śluzowych. W leczeniu tych postaci nieżytyłów zaleca wykonywanie systematyczne masażu błony śluzowej nosa pomocy rozczynów 1—2% Zn. Cl., podawanie wewn. jodu wzgl. w postaci kąpieli jodowych) wdychiwanie powietrza zawierającego mały procent siarki, helioterapię, dietę witaminową itp. L. Leroux wskazał na to że stany zapalne zatok sitowych u dzieci w starszym wieku są następstwem częstych nieżytyłów nosa z okresu wczesnego dzieciństwa a te właśnie mają swoją etiologię w stanach naczynioruchowych błony śluzowej, łączących się ze zmniejszoną jej wrażliwością i to często na podłożu dziedzicznym. Leczenie musi być miejscowe w postaci masażu błony śluzowej nosa, instylacji oliwy witaminowej (tranowej) i ogólne przez podawanie witamin. R. Moreau (Nancy) opisuje szereg przypadków dużych złożeń wapiennych w zatoce szczękowej, których leczenie przy pomocy jodu daje przeważnie dobre wyniki, t. s. jak nacieki kiłowe rozlane nosa i zatoki czołowej leczył Peri z Algieru przy pomocy bizmutu i K. J.

Piquet (Lille) wskazał na objaw stwardnienia płata skroniowego w przypadkach obecności ropnia w jego wnętrzu. Objaw ten dający się wykazać przy pomocy obmacywania palcem lub zgłębnikiem nie zawodzi nigdy i daje absolutne wskazanie do wykonania nakłócia próbnego nawet wtedy kiedy objawy opoponowe nie zdradzają obecności ropnia mózgowego.

Portmann-Despons: przedstawili nowy sposób wykonania operacji całkowitego wycięcia krtani na zdjęciach filmowych. Technika ta polega na wykonaniu tracheotomii dolnej a po 15-tu dniach wykonuje się wycięcie krtani i to od dołu ku górze, w górnej części zostawia się pharyngostoma przez przyszyście błony śluzowej do brzegów skóry. Ten zaś otwór gardłowy likwiduje się ostatecznie po 2½—3ch miesiącach przez plastikne pokrycie go płatem skórny z najbliższego sąsiedztwa.

W dyskusji wystąpił Hautant, dowodząc, że laryngectomia całkowita jest zabiegiem bardzo poważnym, dającym zawsze jeszcze 8—10½ śmiertelności. Pharyngostoma zaś uważa za sposób nieodpowiedni, narażający chorego na odżywianie się przez długi czas sondą, co nie jest obojętne dla funkcji trawiennej żołąd-

ka. Tak samo Hinojar (Madryt) van Wildenberg, St. Clair Thomson i Lemaître wypowiadają się stanowczo kontra faryngostomii i zalecają metodę klasyczną zwłaszcza w przypadkach raka wewnątrzkrtniowego z dodatkiem naświetlań rentgen. przed i po zabiegu. Precechtel (Praga) mówił o leczeniu operacyjnym zarośnięcia choan sposobem własnym, przez oddzielenie i odsunięcie ku tyłowi podniebienia miękkiego, poczym po okrojeniu brzegu choanalnego wszywa się część błony śluzowej z otoczenia do światła choany celem zabezpieczenia przed następowym zwężeniem. Sposób wykonania był demonstrowany na filmie. Proby (Evian) wskazał na łączność choroby Mikulicza z różnymi postaciami zapaleń ostrych i przewlekłych ślinianek. Quanquin (Dijon) podał sposób wprowadzania portoriów radowych ponad kaniulę tchawiczą do wnętrza krtani jej rozczepieniu w wypadkach nowotworów złośliwych. Rebattu-Gignoux (Lyon) 2 przypadki porażen przelyku łącznie z porażeniem strun głosowych po dyfterii, z których pierwszy został wyleczony zastrzykami surowicy przeciwbłoniczej i strychniny, w drugim natomiast miało miejsce porażenie podniebienia miękkiego, mięśni gardła, przelyku oraz rozszerzaczy głośni, jako następstwo encephalitis epidemica. Leczenie zastrzykami strychniny: fosforu i elektryzacja, doprowadziło do pomyślnego wyniku, Rendu uważa keratosis obturans meat. exter. za twór złożony z blaszek nawarstwionych na siebie substancji eozynochłonnej. Sargnon mówił o thrombophlebitis, pochodzącej od stanów zapalnych zatok bocznych nosa j. to: thrombophlebitis sin. cavernos. będące następstwem zakrzepowego zapalenia żył oczodołowych, względnie zatoki klinowej. Zakrzepowe zaś zapalenie zatoki podłużnej jako przejście procesu zapalnego z zatok czołowo-sitowych przez połączenia żyłne na sin. longitudin. zdarza się rzadko. Rigaud i Escat (Toulouse) przedstawili objawy porażenia w obrębie jąder opuszkowych z udziałem jądra przedstonkowego na tle dyfterii, przy czym na plan pierwszy występowały objawy porażenne homolateralne ze strony mózdzka wraz ze skrzyżowanymi zaburzeniami czuciowymi, wyleczone zastrzykami strychniny i preparatami fosforowymi. Soulas mówił o zapaleniach dolnej części krtani i tchawicy u małych dzieci w następstwie zalegania ciał obcych roślinnych dłużej niż 12 godzin. Stany te cechują się znacznym obrzękiem błony śluzowej wspomnianych części dróg oddechowych, połączo-

nych z gęstą wydzieliną śluzowo-ropną wydalaną w dużej ilości. Leczenie tych przypadków możliwe tylko na drodze bronchoskopowej. (Opis dwóch przypadków kazuistycznych). Tato (Buenos-Aires) porównując wyniki leczenia chirurgicznego otosclerozy podanego przez Wittmaacka, Holmgrena, Alonso-Chiarino i Sourdilla daje absolutne pierwszeństwo tej ostatniej metodzie. Truffert i B. Valancien (Paryż) przedstawili film kolorowy ruchów strun głosowych podczas oddychania i fonacji, który dowodzi że mięśnie gardła biorą również czynny udział w wydawaniu głosu. Van den Widenberg (Louvain) mówił na temat rzadszych anomalii wrodzonych w oto-ryno-laryngologii, przedstawiając: 1 przypadek przetoki usznej podgnykowej; Przypadek wrodzonej przetoki grzbietu nosa; przypadek wrodzonego guza podniebienia miękkiego hamartoma u oseska 3 miesięcznego z jednostronną zupełną wargą zajęczą, omawiając przy każdym z tych przypadków etiologię, objawy kliniczne, oraz leczenie. W końcu G. Worms: opisał rzadki przypadek guza wyrostka u małego dziecka, który od samego początku nie wykazywał bolesności, histologicznie: osteo-blasto-sarcoma typ bardzo złośliwy, to też mały zabieg pobrania próbnego wycinka wystarczył na to aby spowodować rozsiane się nowotworu po całym ciele: mimo stosowania naświetlań rentgen. przez dłuższy okres czasu zejście śmiertelne.

Tradycyjny bankiet pożegnalny odbył się tym razem w restauracji Normandie na terenach wystawy. Podniosły nastrój tego serdecznego przyjęcia potęgowało przepiękne oświetlenie pawilonów wystawowych oraz artystyczne ognie sztuczne na Sekwanie, które pozostawiły niezatarte wrażenie u wszystkich uczestników kongresu.

Oceny:

J. Tarneaud: La stroboscopie du larynx. — stron 90 — wyd.: Maloin — Paris. — 50 fr. Autor dzieli całość na 4 działy, tj. : 1. metodyka stroboskopii; 2. fizjologia ruchów strun głosowych; 3. patologia ruchów strun głosowych; 4. znaczenie stroboskopii krtani dla kliniki. Po dokładnym omówieniu zasad i techniki stroboskopii, streszcza jej znaczenie w sposób następujący: 1. Stroboskopia krtani umożliwia dokładną ocenę ruchów strun głosowych i ich zaburzeń podczas fonacji a w szczególności wykazuje dokładnie wszelkie niedokładności w schodzeniu się strun głosowych we fazie fonacyjnej, zmniejszenie się amplitudy drgania oraz jej częstotliwości, które to objawy są tak charakterystyczne dla schorzeń aparatu nerwowo-mięśniowego krtani.

W szczególności różne postacie porażenia nerwu zwrotnego i mięśni wewnętrznych krtani udaje się najdokładniej na tej drodze rozpoznać. To też stroboscopia może być śmiało nazwana mikroskopią strun głosowych i jako taka ma znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne.

Prof. Dr Tadeusz Wąsowski: „Diagnostyka chorób uszu, górnych dróg oddechowych i przetyku“. Podręcznik dla lekarzy i studentów z 92-ma rysunkami i 8-miu tablicami barwnymi w tekście str. 149. Z przedmową Prof. Dra A. Laskiewicza. Nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Delta“ Sp. z o. o. Warszawa 1958.

Diagnostyka chorób uszu, górnych dróg oddechowych i przetyku jest dziełem śp. Prof. Dra T. Wąsowskiego, wydanym po jego śmierci. Podręcznik ten zawiera wstęp, dział chorób usznych, dział chorób nosa, dział chorób jamy ustnej, gardła i przetyku i dział chorób krtani i tchawicy.

We wstępie znajdujemy omówienie niezbędnych narzędzi do badania chorób nosa, gardła, krtani i uszu, a także sposobów i zasad oświetlenia w otolaryngologii za pomocą różnego rodzaju reflektorów.

Dział chorób usznych rozpada się na dwie części: 1., „Badanie uszu“; 2. „Diagnostyka chorób uszu“. W rozdziale „Badanie uszu“ autor zapoznaje dokładnie z zasadniczymi czynnościami na jakie trzeba zwrócić uwagę w czasie badania. Opisuje i przedstawia na rysunkach sposób wygodny wyłukiwania woskowiny z ucha, wygląd błony bębenkowej sposób badania ruchomości błony bębenkowej i drożności trąbek Eustachiusza różnego rodzaju przedmuchiwaniami. Objasnia badanie słuchu za pomocą szeptu, zegarka, stroików, piszczałki Galton-Edelmanna, podając równocześnie zachowanie się słuchu przy schorzeniach ucha. W badaniu czynności przedsionka i kanałów półkolistych przedstawia autor różnego rodzaju oczopląsy, bądź to samoistne, bądź wywołane drażnieniem. Omawia nadzwyczaj zrozumiale, a przy tym zwięźle, sposobny drażnienia narządu statycznego za pomocą prób: ciepłej, obrotowej, pneumatycznej, galwanicznej i ruchów głowy. Rozdział ten kończy się ustępem o objawie omijania, występującym bądź pod wpływem drażnienia narządu statycznego, bądź schorzeń błędnika, lub ropnia mózdzku. Zarazem jasno przedstawione jest zachowanie się narządu statycznego i objaw omijania w różnych schorzeniach pochodzenia usznego lub centralnego.

„Diagnostyka chorób ucha“ traktuje w pierwszej swej części o schorzeniach małżowiny usznej, przewodu zewnętrznego i o ciałach obcych w uchu zewnętrznym. Przy każdym schorzeniu podany jest sposób leczenia najnowszymi metodami. Rozdział „Cierpień ucha środkowego i ich powikłania“, rozpoczyna się od schorzeń trąbki Eustachiusza i ich następstwami z uwzględnieniem terapii. Krótko i jasno przedstawiane są takie schorzenia, jak otoskleroza, i zanik nerwu słuchowego. Ostre zapalenie ucha środkowego wraz z powikłaniami w postaci mastoiditis bądź to o typie Bezolda, bądź Citelliego, czy Zygomatitis potraktowane jest bardzo zrozumiale i przystępnie. Rysunki zaś obrazują sposób wykonania paracentezy i umiejscowienia różnych postaci zapalenia wyrostka sutkowego. Opis przewlekłego schorzenia ucha środkowego zwraca uwagę na różne postacie tegoż cierpienia jak osteitis, cholesteatoma i następowe powikłania z uwzględnieniem dokładnym sposób leczniczych najczęściej stosowanych. W schorzeniach zapalnych błędnika, opon mózgowych, ropni mózgu i mózdzku podane są krótko

a dokładnie objawy kliniczne tychże schorzeń. Dział ten kończy się omówieniem sposobów wykrywania udanej głuchoty i tablicą barwną bardzo ładnie ilustrującą różne postacie schorzeń małżowiny usznej i wyglądu błony bębenkowej.

Fizjologią nosa rozpoczyna się „Dział chorób nosa, jamy nosowo-gardłowej i zatok bocznych“. Autor omawia badanie nosa, jamy nosowogardłowej i zatok bocznych nosa, zwracając równocześnie uwagę na charakterystyczne zmiany, zachodzące przy różnych schorzeniach. Wszystkie sposoby badania, jak rynoskopia przednia, środkowa, tylna, badanie palcem jamy nosowo-gardłowej, diafanoskopia, badanie roentgenologiczne, odsysanie ropy, przekłucie zatoki szczękowej, badanie drożności nosa, zobrazowane są rysunkami, dającymi możliwość łatwego nauczenia się, zrozumienia, względnie przypomnienia sobie tychże badań.

„Diagnostyka chorób nosa“ zawiera na początku choroby skóry nosa i wejścia nosowego, jak trądzik, łojotok, pryszczycza, figówka, wrzodziańka i toczeń z zaznaczeniem objawów klinicznych i leczenia z podaniem składu maści. W rozdziale zboczeń budowy nosa autor podaje zespoły cierpień i zachowania się samego nosa przy zarośnięciu choan, zrostach wewnątrznosowych i skrzywieniach przegrody nosowej. Urazy nosa i ciała obce w nosie opracowane są pod kątem widzenia najczęściej spotykanych, z szczególnym omówieniem objawów klinicznych i sposobu leczenia. Równocześnie zobrazowano rysunkiem i fotografią opatrunkiem nosa przy złamaniu i sposób usuwania ciała obcego haczykiem. Rozdział „Sprawy zapalne w nosie“ zawiera nieżyty nosa: ostry zwykły, u osesków, w chorobach zakaźnych, sienny, przewlekły, zanikowy i ozenę. Przy każdej z poszczególnych jednostek chorobowych autor poświęca dużo miejsca sposobom leczniczym, podając dokładne recepty. Gruźlicę nosa autor ilustruje kilkoma fotografiami prócz opisu objawów klinicznych i leczenia. W dalszym ciągu znajdujemy omówienie i leczone kiły nosa, twardzieli, pęcherzycy i nosaczyny. W nowotworach nosa wymienione są najczęściej spotykane, jak polip krwawiący przegrody, brodawczaki, polipy nosowe, choanalne, włókniak młodzieńczy, mięsak i rak z równoczesnym omówieniem rozpoznania różniczkowego. Autor krótko i przejrzyście potraktował tak często spotykane nerwice nosowe. W rozdziale „Cierpienie zatok bocznych nosa“ opisane są najcharakterystyczniejsze objawy schorzenia zatoki szczękowej, czołowej, sitowych, klinowej i wszystkich zatok oraz powikłania jak ropowica, zapalenie pozagalkowe nerwu wzrokowego, ropień zewnątrzoponowy, mózgu i ropne zapalenie opon mózgowych. Na zakończenie powyższego działu wyszczególnione są cierpienia jamy nosowogardłowej, wywołane bądź to adenoidami, ostrym nieżytem migdałka gardłowego, lub też zapaleniem migdałka gardłowego dolkowym, rzekomobłoniczym i przewlekły nieżyt gardła górnego. Załączone dwie tablice barwne różnych schorzeń nosa i jamy nosowogardłowej nadają opisiowi tychże jeszcze większej plastyczności.

„Dział chorób jamy ustnej, gardła i przelyku“ rozpoczyna się opisem anatomii i fizjologii jamy ustnej, gardła i przelyku. Omówione są również sposoby badania jamy ustnej, gardła i gardła dolnego z uwzględnieniem narzędzi niezbędnych i najczęściej stosowanych do tychże badań. Poświęcony jest również rozdział metodom badania przelyku roentgenografią, zgłębnikowaniem a zwłaszcza ezofagoskopią. Ta ostatnia ujęta jest dokładnie. Diagno-

styka chorób jamy ustnej traktuje o schorzeniach tamże najczęściej spotykanych: ostre nieżytowe zapalenie jamy ustnej, pryszczycza, jaszczur, opryszczkowe zapalenie ust. Dalej omawia objawy spotykane w jamie ustnej w chorobach zakaźnych, zapalenie jamy ustnej w zatruciu ciężkimi metalami wrzodziejące i ropne zapalenie dziąseł, ropień języka i podjęzykowy, angina Ludwika, ostre zapalenie szpiku kostnego, rak wodny, luszczyca, język czarny, złuszczone zapalenie języka, zapalenie ślinianki, choroba Mikulicza i pęcherzyca. Dużo miejsca poświęca autor opisowi różnych postaci gruźlicy jamy ustnej. Podane są również takie schorzenia jamy ustnej jak kiła, trąd twardziel, pleśniawki i promienica. Rozdział: „Sprawy zapalne gardła” traktują o różnych postaciach anginy i ich powikłaniach w postaci ropni migdałkowych, okołomigdałkowych tylnogardłowych a także o błonicy, przewlekłym zapaleniu migdałków, przeroście ich i o włoskowcowym zapaleniu migdałków. Prócz tego omówione są różne postaci zapalenia gardła. Oddzielny rozdział poświęcony jest nowotworom jak brodawczakom, naczyniakom, włókniakom, żabce, rakowi i mięsakowi. Trzy tablice barwne ilustrujące schorzenia jamy ustnej i gardła zakończają powyższy dział.

„Diagnostyka cierpień przelyku” wymienia takie schorzenia jak ciała obce, ropień przelyku, skurcz mięśni i zwężenie przelyku dalej rak, polip, naczyniak i uchyłek przelyku.

„Dział chorób krtani i tchawicy” daje krótki pogląd na budowę anatomiczną krtani i tchawicy, a także na ich fiziologię. W badaniu krtani podane są dokładne sposoby laryngoskopii pośredniej, z opisaniem i rysunkiem obrazu krtani widzianym w lusterku, a także metody badania bezpośredniego autoskopem Kirsteina, Killiana z elektroskopem Brüninga, bądź to autoskopem Seifferta lub Pieniżka, czy też aparatem wieszadełkowym Killiana i direktoskopem Haslingera. W rozdziale „Badanie tchawicy” autor zwraca uwagę na objawy występujące w cierpieniach tchawicy i podaje sposoby tracheoskopii górnej za pomocą przyrządów Brüninga, Haslingera lub Jacksona, a także tracheoskopii dolnej.

„Diagnostyka chorób krtani” omawia sprawy zapalne krtani, jak ostry nieżyt, zapalenie podgłośnia, obrzęk, ropień, róże, błonicy krtani, zapalenie pneumokokowe przy zakaźnych chorobach, pryszczycowe i opryszczkowe, dalej prosty przewlekły nieżyt krtani, przerostowy, guzki śpiewacze i suchy nieżyt krtani. Duży rozdział poświęcony jest gruźlicy krtani i jej leczeniu z podaniem rysunku, z sposobem wstrzyknięcia alkoholu do nerwu krtaniowego górnego. Omówiona jest także i twardziel krtani. Rozdział „Nowotwory krtani” traktuje o polipach, brodawczakach, torbieli, raku i mięsaku. Z schorzeń wywołanych porażenie mięśni krtani opisane są: porażenie mięśnia głosowego, poprzecznego wewnętrznego, krtaniowego górnego, zwrotnego, a także bezgłos czynnościowy i niemowlęcy skurcz głośnia. Podany jest również sposób wykonania tracheotomii, zabieg tak konieczny dla każdego lekarza. Dwie tablice barwne z poszczególnymi schorzeniami krtani dopełniają powyższy rozdział.

Zakończenie podręcznika tworzy diagnostyka chorób tchawicy z omówieniem ciał obcych, zwężeń tchawicy, twardzieli, nowotworów i przetoki przelykowo-tchawiczej.

Reasumując spostrzeżenia podkreślić należy, że „Diagnostyka chorób uszu, górnych dróg oddechowych i przelyku” wypełniła jeszcze jedną z luk

w piśmiennictwie lekarskim. Jest to podręcznik, którego cechuje wzorowa dyspozycja przestrzegana bardzo dokładnie z opisem krótkim, a bardzo zrozumiałym i dostępnym jednostek chorobowych oraz spraw często zawyłych. Nadto uwzględnia przy poszczególnych schorzeniach sposoby leczenia. Tablice barwne w tekście, bez których niemożna sobie wyobrazić nowoczesnych podręczników z otolaryngologii, oraz duża ilość rycin podnosi wartość „Diagnostyki”. Estetyczny wygląd szaty zewnętrznej książki dodaje jej wartości bibliograficznych. Nie bez słuszności Prof. Dr A. Laskiewicz w „Słowie wstępnym” pisze o tym dziele. „Jest ono, rzecz można śmiało, podręcznikiem naukowym, z którego korzystać może nie tylko lekarz praktyk, lecz również z pożytkiem przeczyta go specjalista otolaryngolog. Wielka zaś wartość dydaktyczna tego podręcznika zapewni mu niewątpliwie rozpowszechnienie także wśród uczącej się młodzieży”.

Dr med. *Aleksander Radzyński*.

Protokół Dorocznego Walnego Zebrania Polskiego T-wa Otolaryngologicznego

Dnia 5 maja 1958 r. w Szpitalu Szkolnym C. W. San. w Warszawie ul. Górnośląska 45 odbyło się Doroczne Walne Zebranie Polskiego T-wa Otolaryngologicznego, przy udziale 57 członków T-wa.

Obrady zagał Prezes T-wa Prof. Dr Laskiewicz, który dłuższą część swego przemówienia poświęcił pamięci zmarłych w roku sprawozdawczym członków T-wa, a to bl. p. Dra Leopolda Lublinera, ś. p. Dra Floriana Świeżyńskiego i ś. p. Dra Danowskiego.

Zebrani oddali hołd pamięci zmarłych przez powstanie. Następnie prof. Laskiewicz omówił dorobek naukowy Towarzystwa w ostatnim roku, wymieniając prace członków T-wa z różnych działów otolaryngologii i wyraził życzenie, żeby otolaryngologia polska a w szczególności otiatra — nawiązała ściślejszy kontakt z neurologią, co przyniosłoby dużą korzyść obu gałęziom nauki — oraz żeby otolaryngologia polska zwróciła baczniejszą uwagę na znaczenie broncho- i ezofagoskopii dla rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych i przetyku. Zagranicą bowiem istnieją osobne towarzystwa pracujące nad tym działem naszej specjalności, podczas gdy u nas niewiele jeszcze na tym polu działano.

Na wniosek Prof. Laskiewicza na przewodniczącego Walnego Zebrania wybrano Dra Czarneckiego, na sekretarza Dra Kuśnierczyka. Następnie złożyli sprawozdania: skarbnik Dr Ankudowicz, redaktor Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego prof. Laskiewicz — przy czym Dr Czarnecki w imieniu Walnego Zebrania złożył prof. Laskiewiczowi podziękowanie za wysoki poziom naukowy wydawnictwa i wyraził postulat, żeby Polski Przegląd Otolaryngologiczny wychodził regularnie w ściśle oznaczonych terminach, gdyż wówczas możnaby osiągnąć poważny dochód z ogłoszeń rozmaitych firm, które znając termin ukazywania się zeszytów Przeglądu, chętniej zamieszczałyby w nim reklamy, niż jak to ma miejsce obecnie. W imieniu Komisji Rewizyjnej sprawozdanie złożył Dr Brzosko, który nadmienił, że na ostatnim

Walnym Zebraniu we Lwowie zapomniano o wyborze Komisji Rewizyjnej i prosił, żeby o tym pamiętać w przyszłości. Następnie uchwalono przez akklamację absolutorium ustępującemu Zarządowi i przystąpiono do wyboru nowych władz Towarzystwa. Wyłoniona Komisja-Matka w osobach prof. Szmurły, prof. Laskiewicza, prof. Miodońskiego, doc. Dobrzańskiego, dra Brzoski, dra Karbowskiego przedstawiła jako kandydata na prezesa prof. Szmurłę, zaś Dr Pęski zgłosił kandydaturę Dra Czarneckiego. W głosowaniu prezesem obrany został prof. Szmurło. Pierwszym wiceprezesem wybrano Dra Gumińskiego — drugim Doc. Dobrzańskiego, bibliotekarzem Dra Pieniżka, redaktorem Polskiego Przeglądu Otolaryn. Prof. Laskiewicza, skarbnikiem Dra Ankudowicza, sekretarzem Dra Kuśnierczyka, do Komisji Rewizyjnej Dra Brzoskę i Dra Antosiewicza.

Po wyborach oznaczenie daty i miejsca następnego jubileuszowego walnego zebrania w przyszłym roku, w którym T-wo obchodzi pięćdziesięciolecie swego istnienia — postanowiono pozostawić do rozstrzygnięcia nowoobranemu Zarządowi. Jako tematy programowe części naukowej przyszłego Walnego Zebrania prof. Laskiewicza zaproponował: 1. chirurgia zatok bocznych nosa u dorosłych i dzieci, 2. schorzenia zawodowe ucha, — jednak wobec sprzeciwu Dra Czarneckiego także i tę sprawę na wniosek tegoż powierzone do załatwienia Zarządowi.

Na tym porządek dzienny wyczerpano i posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: Dr *Wacław Kuśnierczyk*.

Przewodniczący Walnego Zebrania: Dr *Jan Czarnecki*.

Sprawozdanie kasowe

**Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego za czas od 5 lipca 1937 r.
do 2 maja 1938 r.**

PRZYCHÓD:

Saldo z dnia 4. VII. 1937	zł 0,15
Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologiczne (Warszawa)	1.400,00
Sekcja Lwowska	275,00
Sekcja Krakowska	350,00
Sekcja Poznańska	447,00
Sekcja Śląska	204,00
Klinika Otolaryngologiczna U. J. (Kraków)	450,00
Ogłoszenia	474,00
Subsydium Ministerstwa S. Wojsk. (Płk. Dr Brzosko)	500,00
Dochody redakcji ze sprzedaży czasopisma	54,00
Dr Światłowski za druk pracy	50,00
Prof. Laskiewicz	50,00
Dr Batawia (Częstochowa)	50,00
Dr Kantak (Bydgoszcz)	10,00
Dr Górny (Katowice)	50,00
Uczniowie Kliniki Poznańskiej z okazji 25-lecia pracy zawodowej Prof. Dra A. Laskiewicza	400,00
Razem	zł 4.744,15

ROZCHÓD:

Drukarni Uniwersyteckiej na poczet druku czasopism	4.654,00
Druk zawiadomień o walnym zebraniu Towarzystwa	7,50
Wydatki kancelaryjne, wysyłka czasopisma i korespondencja	101,75
Razem	zl 4.745,25
SALDO na dzień 2 maja 1958 r.	zl 0,90

ROZLICZENIE

Redakcji Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego z Drukarnią Uniwersytecką w Poznaniu (za czas od 5. VII. 1957 do 2. V. 1958)	
Zaległość za druk Przeglądu w dniu 4. VII. 1957	1.899,46
Druk zeszytu 1—2 Tom XIV	1.970,00
Druk zawiadomień na Walne Zebranie	7,50
Razem	zl 5.876,96
Wpłacono drukarni od 5. VII. 1957 do 2. V. 1958	4.654,00
Wpłacono więc na poczet druku dalszych numerów	zl 757,04
 Dr <i>J. Iwaszkiewicz</i> Sekretarz Redakcji	 Prof. Dr <i>A. Laskiewicz</i> Redaktor Naczelny

Protokoły z posiedzeń Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

Dnia 30 września 1937 r.

Dr *Schwarzbart*: Przypadek anginy septycznej. U chorej objętej przez niego w 15 dniu choroby, przedstawiającej się początkowo pod postacią anginy z nalotami, zastosowano surowicę przeciwdyfterytyczną; stan septyczny trwał nadal. Ciepłoty dochodziły do 40°C, tętno 140/min., stan podżółtaczkowy, powiększenie gruczołów podszczękowych, lewy migdałek obłożony szarym nalotem, prawy nekrotyczny. Leukocytoza 15 000. Przy przyjęciu do Szpitala chora otrzymała, zamiast 0,4 cm³, przez omyłkę 4 cm³ propidonu domięśniowo. Wystąpiły dreszcze, ciepłota 41° C, lecz od następnego dnia stan chorej zaczął się poprawiać, migdałki się oczyściły, ciepłota opadała do 38° C. Po kilku dniach ponownie naloty na migdałkach, lecz samoistnie ustąpiły. Propidon oddziałał tutaj dodatnio.

Prof. Miodoński: Leukocytoza wysoka pozwalała w tym obrazie rokować dodatnio.

Dr *Schwarzbart*: Przypadek zapalenia sitówek z powikłaniami oczodołowymi. U chorego z podrażnieniem spojówki, światłowstrętem, nieznacznym obrzękiem przedniej części średniej i dolnej muszli, śladem wydzieliny w średnim przewodzie, ujemnym obrazem rentgenowskim, wystąpił w 14 dniu wytrzeszcz gałki ocznej, skręcenie jej nazewnątrz, obrzęk między górną powieką a brzegiem górnym oczodołu, bolesność, upośledzenie bocznych ruchów gałki ocznej, zaczerwienienie spojówki i światłowstręt. Wykonał wówczas ethmoidectomię wśródnosową, znajdując ropniak sitówek

przednich i tylnych. Przy wydmuchiwaniu nosa wystąpiła odma podskórna. Po zabiegu wszystkie objawy ustąpiły.

Tenże: Przypadek zapalenia zatok bocznych z powikłaniami wśród oczodołowymi: U chorego z nietypowymi objawami nosowymi przed 7 tygodniami wystąpił obrzęk pomiędzy gałką oczną a sklepieniem oczodołu w linii środkowej i nazewnątrz, uciskowo tkliwy. Po krótkich falach zwiększenie obrzęku, zwężenie szpary powiekowej. Wykonał ethmoidectomy wśródnosową, znajdując w komórkach przednich ropniak, ku tyłowi zbłą kość. Sprawa się nieznacznie cofnęła. Wobec rozpoznawania przez okulistów ropnia nadgałkowego wykonał cięcie między gałką oczną a g. brzegiem oczodołu, znajdując tylko naciek zapalny. Z drugiego cięcia kilianowskiego otworzył zatokę czołową, w niej tylko zgrubiała śluzówka. W zatokę założono dren i sączek. Dren pozostaje do dziś, ruchomość powieki gorsza nieco, ciepłota opada.

Tenże: Przypadek samowyleczenia przewlekłego zapalenia zatoki szczękowej. Chora 1. 12. Od 2 lat wydzielina ropna z przetoki na pograniczu policzka i nosa. Od 6 tygodni przetoka się zablizniła. Przez przewód nosowy dolny wchodzi się do zatoki szczękowej. Przy płukaniu strzępy ropy. Rentgenologicznie: w okolicy kości sitowej nieostre ubytki. Przez dalsze 5 miesiące obserwacji stan bez zmian. Nastąpiło tutaj samowyleczenie zapalenie zatoki szczękowej.

Dyskusja. Prof. Miodoński: W I przypadku obraz był od początku typowy dla zapalenia sitówek przednich. Późniejsze komplikacje oczodołowe dopełniają obrazu. W klinice otwiera się w tych przypadkach sitówki od strony nosa i wyczekuje. W przypadku II z powodu wygięcia przegrody komunikacja nie była odpowiednio wyzyskana, przegroda wygięta nie dała możliwości zrobienia wszystkiego, co było można. Na klinice cięcia z załamku powieki się nie stosuje, cięcie kilianowskie daje możliwość wglądu we wszystkich kierunkach. Od zewnątrz drenuje się zatokę czołową w przypadkach komplikacyj wewnątrzczaszkowych, we wszystkich innych przez nos. W tym przypadku należałoby jeszcze usunąć skrzywienie przegrody nosowej, anemizować od wewnątrz, dren należy usunąć. Ostatni przypadek może mieć ilo osteomyelityczne z wyżej zębów (kła), gdy proces przebiję barierę zębową: zajęcie zatoki może być sympatycznym. Może jest wreszcie tło grzybicze. Mało wchodzi w rachubę szczelina boczna twarzy ze zropieniem. Ze względów kosmetycznych wskazane byłoby wycięcie przetoki, możnaby wziąć wycinek i zrewidować zatokę szczękową przy tej sposobności. Dr Spira: Zapalenia zatok z przebicciem nazewnątrz u dzieci często się cofają, ilustruje szeregiem przypadków. Przypadek III uważa za osteomyelitis. Z zabiegiem kosmetycznym należy się wstrzymać aż do wgojenia się procesu. — Dr Schwarzbart w odpowiedzi: W II. przyp. objawy kliniczne i zmiany anatomiczne nie nakrywały się z sobą. Okuliści rozpoznawali ropień nadgałkowy, dlatego wykonano cięcie w górnym załamku powieki, z otwarciem zatoki czołowej się nie liczył.

Dr Schwarzbart: Przypadek ropnia podniebienia u chorego skierowanego doń przez dentystę. Ropień naciał. Jama szła ku górze w kierunku łemiesza. Setonowanie. Ropień przebił grzbietną stronę podniebienia. W duży ubytek założono pelotę, pod wpływem drażnienia przez nią brzegów ubytek się zarósł tak, że dziś z trudem można się dopatrzeć blizny.

Tenże: Pokaz ropowicy podstawy jamy ustnej setonowanej od zewnątrz i przypadku uporeczywej czyraczności zewnętrzne-go przewodu, trwającej od 8 miesięcy.

Mjr Dr *Popek:* Przypadek plasmocytoma grzbietowej strony podniebienia miękkiego v. Dr *Wadoń:* Plasmocytoma dróg oddechowych. Pol. Przegl. Otolar. T. XIV, z. III, IV. W dyskusji Dr *Wadoń* omawia cechy anatomiczne, histologiczne i kliniczne plazmówczaków v. tamże.

Dr *Hassmann.* Przypadek raka podstawy czaszki; Chory l. 52. Od miesiąca bóle w lewej skroni z przerwami, strzykające bóle w uchu lewym, upośledzenie słuchu i uczucie zetkania. Przed 6 dniami skrzywienie twarzy na prawą stronę, w ostatnich 2 dniach bóle w lewym policzku i zuchwie. Przedmiotowo wciągnięcie lewej błony bębenkowej i upośledzenie słuchu o typie ucha sr. pod kątem lewym zuchwy guz wielkości śliwki, twardy, nieostro odgraniczony. Błędniki bez odchyłań od normy. Neurologicznie upośledzenie czucia w obrębie II i III gałęzi n. V. lewego, niedowład n. VI., porażenie n. VII. we wszystkich gałązkach, porażenie podniebienia i zespół Hornera po stronie lewej. W jamie nosowo-gardzielowej guz przysyłający od góry do połowy lewą choanę, ujście trąbki lewej niewidoczne. Konsystencja twarda. Przy palpacji łączność guza szyjnego z nadgardzielowym. W wycinku Ca planocellulare. Rentgenologicznie: rozległy proces destrukcyjny podstawy czaszki, głównie w okolicy kości klinowej.

Raki nadgardzieli występują rzadko, wcześniej dają przerzuty do gruczołów chłonnych oraz zajmują podstawę czaszki w następstwie czego dają objawy ze strony nerwów. Objawy podstawy czaszki ujmują się w różne zespoły. Wczesny zespół Trottera tworzą: upośledzenie słuchu o typie ucha sr. z powodu ucisku guza na trąbkę, neuralgiczne bóle twarzy i upośledzenie ruchomości podniebienia miękkiego. Dalsze zespoły zależne są od kierunku wzrostu nowotworów. Przy wzroście do przodu powodują bóle w zakresie n. V., upośledzenie węchu, zajmawszy dół skrzydłowo-podniebienny, wywołują porażenia II gał. n. V., upośledzenie łzawienia i porażenie n. VI. Jest to zespół Behra. Przy wrastaniu do oczodołu wystąpić może zespół porażny szczytu oczodołu z zajęciem n. II., III., IV. i VI.) zespół Brindela i Guineadeu'a). Przy wrastaniu przez zatokę klinową do wnętrza czaszki powodują zespół porażny bocznej ściany zatoki jamistej (ból i upośledzenie czucia w I gałęzi n. V., porażenie n. VI., zajęcie n. III, IV. i II. oraz objawy przysadkowe). Jest to zespół Foix. Przy wrastaniu przez otwór owalny lub poszarpany powodują syndrom Jacod'a, cechujący się bólami porażeniem III lub II gałązki n. V., zespołem Hornera, porażeniem n. VI., później nerwów przebiegających przez szczelinę oczodołową (III, IV, V.). Zespół ten występuje przede wszystkim przy mięsakach trąbki. Nowotwory, rosnące do tyłu, doprowadzają do zespołu Colet'a z zajęciem 4 ostatnich n. czaszkowych oraz ewentualnie n. współczulnego szyjnego i n. VII. — W miarę zajmowania przez nowotwór większych odcinków, zespoły te mogą zatracić swoją przejrzystość. Dyskusja: Dr *Schwarzbart.* Czy dane kliniczne z całą ścisłością mogą ustalić punkt wyjścia z nadgardzieli? Punktem wyjścia może też być w tym przypadku zatoka klinowa. — Prof. *Miodoński:* Typowe objawy, jak bóle w skroni, objawy słuchowe, zajęcie n. czaszkowych, pozwalają nam z całą ścisłością uważać za punkt wyjścia

boczną ścianę gardła i okolice trąbki. — Guzy wczesne nie bywają rozpoznane, traktuje się jako katar trąbki. Przedmuchiwanie poprawia w tym okresie dolegliwości uszne. Badanie nadgardzieli może być ujemne z powodu podśluzówkowego rozwoju guza. Późniejsze objawy, sprowadzające się do jednostronnego zajęcia n. czaszkowych bez porażień połowiczego ruchowego i czuciowego, bez objawów opuszkowych, dają neurologowi rozpoznanie do ręki. Również chory dostaje się często w ręce okulisty z powodu podwójnego widzenia. — Porażenie n. VI., zajęcie n. V. i upośledzenie słuchu mogą rzucić światło na istotę procesu. Zespół Trottera jest późnym. Przy jego obecności zdać sobie musimy sprawę, czy upośledzenie ruchomości podniebienia ma charakter naciekowy czy porażenny, czy upośledzenie słuchu ma typ ucha śr. czy wewn. — Ze względu na towarzyszący katar wydzielniczy ucha śr. i upośledzenie słuchu o typie ucha śr., zespół Behra-Undelta bywa mylnie uważany za zespół Gradeniga przy zapaleniu szczytu piramidy. Rozstrzygnąć w tych przypadkach może zdjęcie rentgenowskie ucha śr., badanie nadgardzieli łącznie z wycinkiem, zdjęcie podstawy czaszki. — Zespołów neurologicznych opisano sporo. Z kolejnego zajęcia nerwów można sobie odtworzyć drogę szerzenia się nowotwru. Zajęcie n. VII. i VIII. należy do rzadkości. Zespół Werneta przy zajęciu otworu żyły szyjnej z uszkodzeniem n. IX, X, XI bywa uważany czasami mylnie za zespół guza n. VIII. W tych przypadkach upośledzenie słuchu ma typ ucha wewnętrznego. — Zespoły mostowe, przy usadowieniu wysokim guza, przebiegają z porażeniem połowicznym i dewiacją gałek ocznych na stronę zdrową lub porażeniem spojrzenia na stronę chorą, zaś przy niższym umiejscowieniu guza mamy do czynienia z porażeniem połowicznym i podrażnieniem skurczowym n. VII. z powodu ucisku na jego jądro. W przedstawionym przypadku niezajęcie n. VIII, brak porażenia połowiczego pozwalają na rozpoznanie obwodowego porażenia n. VII., po jego wyjściu z otworu rylcowo-sutkowego. Gorączkę ze względu na szybki wzrost guza szyjnego i jego rozmiękanie należy uważać za zapalną a nie, jak początkowo myśłano, za następstwo zajęcia tuber cinereum. — Pojedyncze przypadki guzów okolicy trąbki, złapanych w początkowym okresie, operowano, jedyną terapią są jednak promienie rentgena i radu. Prognoza u młodych ludzi jest beznadziejna.

Prof. *Miodoński*: Przypadek mięsaka tchawicy: v. praca dra Hassmanna w niniejszym zeszycie.

Dnia 14 października 1937 r.

Dr *Wadoń*: Przypadek ropnicy z zakrzepem żyły szyjnej i naciekiem karku. v. *Tenże*: Powikłania zapalne podstawy czaszki, szyi i karku, pochodzenia usznego (w ropowicach pęczka naczyniowego I przyp.) W dyskusji Mjr Dr *Poppek* omawia przypadek nacieku twarzy i szyi w przebiegu leczenia po antrotomii u żołnierza, który na powtórny zabieg się nie godził. Po nacięciu wytworzonego nad obojczykiem ropnia sprawa uległa wyleczeniu. Dr *Spira*: Gdy obserwuje się analogiczne przypadki, zachodzi wątpliwość w teorii Myginda, który zupełnie obecnie nie stosuje podwiązania żyły szyjnej. — Prof. *Miodoński*: Droga wytwarzania się ropni opadowych nie jest obojętną. Stanowisko Uffenordego, Klaussa, Wald-

apfla, którzy dopatrują się początku spraw septycznych w zakażeniu gruczołów chłonnych i wtórnym przejściu stąd zakażenia na ścianę żyły szyjnej, z wytworzeniem się w niej zakrzepu lub też sączeniem jądów do jej światła, nie zawsze się da pogodzić z obrazem anatomicznym. Rzeczywiście spotyka się obrazy, jak zlanie się pakietów zapalnych gruczołów okołozylnych, z równoczesnym początkiem posocznicy, jamy ropne z przebiegającą w środku żyłą szyjną, o ścianach zgrubiałych i naciekłych zapalnie, zapalenia okołozylne i endophlebitis pochodzenie gruczołowe. W jednym z obserwowanych na klinice przypadków posocznicy w przebiegu ostrego zapalenia ucha śr. przy podwiązaniu żyły szyjnej znaleziono ją pustą, zaś powyżej stwierdzono zropiały gruczoł zrosnięty ze ścianą żyły szyjnej wypełnionej zakrzepem zropiałym, przy czym jama ropnia gruczołu komunikowała z wnętrzem żyły przez zniszczoną ścianę naczynia. W tych przypadkach posocznic, idących drogą zmian okołonaczyniowych, przebieg kliniczny i prognoza jest znacznie lepszą. Gorzej jest, gdy sprawa przechodzi z wnętrza żyły szyjnej poprzez ścianę na tkanki miękkie. — Ropień opadowy pęczka naczynionerwowego przychodzić może też do skutku przez przejście ropy z wnętrza czaszki między ścianą opuszki a kością w przestrzeń okołogardłową w dół. — Gdy dolny odcinek żyły szyjnej jest wypełniony zakrzepem, należy go wszywać w powłoki, podwiązanie jest ryzykowne, gdyż można odciąć ognisko zakażenia. Przy usuwaniu zmienionej kości poza zatoką trzeba uważać, by nie obluźniła się reszta łuski kości skroniowej, to może bowiem doprowadzić do jej obumarcia i następnych komplikacyj. — Przypadek przedstawiony potraktowany bał radykalnie i być może temu chory zawdzięcza życie.

Dr *Spira*: Przypadek zapalenia potyfusowego ochręstnej tarczykowej. G. d. v. Pol. Prz. Otolar. t. XIV z ł. II. str. 296. (Wykonano tracheotomię i rozszczepienie krtani, usunięto ziarninę w spoidle strun. Chrzątka na przekroju robiła wrażenie patologicznie zmienionej i nieznacznie obrzęklej. — Po prawej stronie po pokonaniu nieznacznego oporu łyżeczka wpadła w jamę, znajdującą się w chrząstce tarczykowej, w niej kilka kropli ropy i ziarnina, którą wyskrobano i wysetonowano; do światła krtani założono tampon Mikulicza. Po 2 tygodniach tampon usunięto, pozostawiając tracheostom. jamie pozwolono się zamknąć. Pozostała jednak w linii środkowej stale wydzielająca przetoka. Po 5 miesiącach rewizja rany. Po pr. stronie natrafiono na jamę 5 cm głęboką, ograniczoną z jednej strony przez chrzęstny szkielet głośni z drugiej przez blaszkę chrząstki. W miejscu usuniętej ziarniny wytworzył się zrost, sięgający do połowy światła głośni. W narkozie udostępniono sobie dojście do jamy przez przesunięcie cięcia ku górze i dodatkowe cięcie do boku, usunięto mięśnie i blaszkę chrząstki tarczykowej po prawej stronie, tak, że części miękkie przylegały bezpośrednio do chrząstki pierścieniowatej. Rany nie setonowano, zrost krtaniowy usunięto, do krtani założono gruby dren, części miękkie ściągnięto plastrem. Po 2 tygodniach usunięto dren i kaniulę. Rany zamknęły się po kilku dniach. Wyleczenie. Nieznaczny zrost w spoidle przednim przepalono diatermią.

Dyskusja: Prof. Miodoński. Przy pierwszym przedstawieniu chorego uważałem obraz za perichondritis thyreodea, proponowałem wycięcie okienek w chrząstce tarczykowej bez otwierania światła krtani, co ze względu

na komunikację przestrzeni limfatycznych strun z zewnętrzną stroną krtani jest konieczne. W każdym razie wynik zabiegu jest dobry i dowodzi, że stał on na wysokości zadania. Dr Spira w odpowiedzi: Początkowo nie było zamiaru otwierania światła krtani, lecz usunięcie od zewnątrz schorzałej chrząstki tarczykowej. Przy powierzchownym jednak cięciu nóż sam wpadł do światła krtani prawdopodobnie z powodu zmian patologicznych chrząstki.

Dr Spira: Przypadek Lymphoepithelioma g. dróg oddechowych. Chory z upośledzeniem słuchu i uczuciem zawadzenia w gardle. Przedmiotowo na bocznej i tylnej ścianie gardła jednostronne zgrubienie jedностajne, jak przy Pharyngitis lateralis hypertrophica. Po 5 tygodniach duże owrzodzenie migdałka po tej stronie, przechodzące na boczną i tylną ścianę gardła, powiększenie gruczołu chłonnego. W wycinku Lymphoepithelioma. Po naświetleniu rentgenem metodą Cutarda (6000 r) zupełna remisja.

Tenże: Przypadek raka g. dróg oddechowych. U chorego l. 55. leczącego się z powodu upośledzenia słuchu, po dłuższej przerwie wystąpił obrzęk okolicy szczęki górnej, naciek migdałka i podniebienia, powiększenie gruczołów podszczękowych. W wycinku Ca planocell. Po naświetleniu metodą Cutarda (7,500 r w 27 posiedzeniach), wystąpiła chwilowa poprawa, po której pojawiły się bóle głowy, obrzęk okolicy policzka i duszność. Ta ostatnią chory odnosi do polipów nosowych i domaga się ich usunięcia.

W obu przypadkach naświetlano do epitheliolizy, u obu chorych w trakcie naświetlania wystąpiły nieprzyjemne sensacje, jak suchość, ślinienie, utrata apetytu. Bóle głowy w ostatnim przypadku mogą być spowodowane przerostem guza na podstawie czaszki.

Tenże: Przypadek raka podwpułstowego żołądka. Chory przysłany z powodu trudności połykania do oesophagoskopii z rozpoznaniem Ca oesophagi. Oesophagoskopia ujemna, rentgen wykazał dopiero istotę schorzenia.

Tenże: Przypadek zgrubienia wargi i nosa o nieznannej etiologii u 24-letniego w kilka tygodni po zapaleniu płuc. Stan ten trwa od 8 miesięcy. Przedmiotowo tylko wyprysk przedsionka. Badania dodatkowe ujemne.

W dyskusji Prof. Miodoński: Ze znanych trzech przypadków w 1 etiologia była podobnie niejasną, jak w przedstawionym, w drugim stwierdzono podniesiony poziom cukru we krwi, w trzecim zgrubienie wargi pojawiało się równocześnie z napadami astmy. W danym przypadku o ile nie ma białaczki prawdziwej lub wrzekomej, o etiologii nie da się nic powiedzieć. Dr Schwarzbart: Wobec bliźenki na wardze po przeczosie i zgrubień ograniczonych nabłonka (leukoplakiae), należy zgrubienie wargi i skrzydełka nosowego uważać za przewlekłe lymphangoitis. Prof. Miodoński proponuje zabieg kosmetyczny, przyczem można będzie pobrać materiał do badania histologicznego. Dr Spira wypowiada się za tłem anafilaktycznym.

Prof. Miodoński: Przypadek zapalenia zatok obocznych nosa z komplikacjami oczodołowymi. U 51-letniego chorego od 4 tygodni wyciek cuchnący z prawej połowy nosa, przed 2 tygodniami bóle zęba, który usunięto na 5-ci dzień; obrzęk twarzy nie ustąpił, nastąpiło wypuklenie gałki ocznej, pojawiły się silne bóle głowy. Przy przyjęciu do kliniki przebicie ropy poniżej wewnętrznego kąta powiek. Przedmiotowo: obrzęk, za-

czzerwienienie całej okolicy oczodołu, naciek dolnej i przyśrodkowej jego części z przetoką ropną poniżej kąta wewnętrznego powiek, wysadzenie i odprowadzenie gałki ocznej nazewnątrz, obrzęk i zaczerwienienie spojówki, skrzywienie przegrody na prawą stronę, obrzęk i zaczerwienienie prawej dolnej i średniej muszli. w obu przewodach nosowych wydzielina ropna. Rentgenologicznie: Zaciemnienie wszystkich zatok po stronie prawej, oraz czołowej lewej. Na drodze wśródnosowej wykonano resekcję podśluzową skrzywionej przegrody, otwarto wszystkie zatoki po prawej stronie, zdjęto blaszkę papierzystą. Zatoki sitowe rozmiękle, w czołowej ropniak, w czołowej i szczękowej masy pseudoperlakowe. Następnego dnia poprawa, w 4-tym dniu przetoka się zamknęła, obrzęk ustąpił w całości do tygodnia. W razie braku poprawy liczone się z otwarciem zatoki czołowej i sitówek od zewnątrz.

Dr Haber: Przypadek posocznicy usznej. Chora l. 52. z chronicznym polipowatym zapaleniem ucha. Słuch: mowa bardzo głośnie przy muszli. Objawy błędnikowe O. Po usunięciu polipa w 24 godzin ciepłota 38,2° C., stan ogólny upośledzony. Wtedy chora podała, że gorączkuje od tygodnia, ciepłoty odnosiła do spraw ginekologicznych. Przez następne 4 dni ciepłota stała 40° C, niepokój, zamroczenie, podniecenie. Najwyższa leukocytoza 8.100, zmniejszenie limfocytów, brak eozynofiliów. Odczyny serologiczne w kierunku duru, choroby Banga ujemne, w hodowli ze krwi łańcuszkowce. W okolicy prawego poślodka naciek. Podwiązanie żyły szyjnej, radykalna odsłonięcie zatoki. Wyrostek sklerotyczny, nieliczne komórki wypełnione ropą, ściana zatoki obłożona, po nacięciu wytrysk ropy. Po zabiegu ciepłoty poniżej 39° C, naciek na pośladku się powiększał, w 6-tym dniu zajął cały pośladek i wykazywał chelbotanie. Przy nacięciu tego pojawiła się treść brązowo-żółta, natychmiast krzepnąca. Po podgrzaniu oddzieliła się powierzchniowa warstwa tłuszczu. Drobnowodowo w osadzie prócz licznych krwinek czerwonych obfite ciała białe. Następnego dnia leukocytoza 7.500. Przy stopniowym spadku ciepłoty rana się oczyściła w przeciągu 2 tygodni. W tym przypadku zasługuje na uwagę martwica tłuszczowa w przebiegu posocznicy. Przyczyny tej postaci martwicy mogą być różne. Według Ciechanowskiego mogą ją wywołać czynniki mechaniczne, jak uraz, zbyt wysoka lub zbyt niska temperatura, emanacja radowa (po wstrzyknięciu do żył), czynniki chemiczne, zaburzenia krążenia naczyniowo-ruchowego lub anatomicznego pochodzenia (niedokrwienie, zastój krążenia, zapalenia okołotętnicze), toksyczne wpływy w związku z chorobami zakaźnymi jak np. dur wysypkowy. Rozszczepienie tłuszczów odbywa się zapomocą fermentów, głównie lipazy, znajdujących się w tkance podskórnej, innych tkankach i we krwi. Również godnym uwagi jest fakt utraty pamięci u chorej, przez okres pierwszych 2 tygodni.

Dyskusja: Prof. Miodoński. W przedstawionym przypadku dziwną jest luka w pamięci chorej, trwającej przez 2 tygodnie, przy równoczesnych zmianach psychicznych. Zachowanie się chorej przed chorobą było inne. Wobec zamroczenia, niskiej leukocytozy, braku eozynofiliów, liponekrozy myśłano o durze brzuszny. Podejrzrywano również ropień mózgu. Wobec dalszego przebiegu musi się te objawy uważać za następstwo posocznicy. Liponekroza jest rzeczą rzadką. Mimo braku analizy chemicznej, cechy

fizyczne pozwalają z całą stanowczością na rozpoznanie tłuszczu. Dr Schwarzbart: Ze względu na operowany podobny przypadek posocznicy ze zmianami psychicznymi, w którym w 2 tygodnie później serologicznie wykazano dur brzuszny, uważa za wskazane powtórzenie badań serologiczne w kierunku duru.

Prof. *Miodoński*: Przypadek ropnia mózdzku: Chora l. 14. Od roku wyciek okresowy z ucha lewego, przed 4 miesiącami bóle ucha i zawroty głowy, przed 6 tygodniami trwające przez tydzień zawroty głowy i wymioty, od tygodnia bóle głowy, skrzywienie twarzy w prawo, od 4 dni wyciek z l. ucha, utrudnienie ruchów głową, dreszczyki. Przedmiotowo: T. 38,5° C, skrzywienie i pochylenie głowy w prawo, ucho lewe wypełnione polipem, słuch O. kalorycznie O, porażenie n. VII l. we wszystkich gałązkach, bolesność uciskowa II i III n. V. lewego. Przy próbie wskazywania lewa na zewnątrz, adiadochokineza i palcowo-nosowa po lewej gorsza. Leukocytoza 7000, pleocytoza 215/mm³, Pandy dodatni. Wykonano labyrynthectomię Neumann I znajdując pod grubą łuską w jamie sutkowej perlaka i ziarninę, gniazdo ziarninowe poza błędnikiem w okolicy kąta piramidy, nie komunikujące z błędnikiem. W okolicy okienka nerw twarzowy obnażony, w ziarninie. Z kanału poziomego i przedsionka trysnęła ropa pod ciśnieniem. Światło przedsionka wypełnione różowo-szarą ziarniną. Opona średniej i zatoka niezmiennione. Następnego dnia ciepłota poniżej 36° C, tętno 54/min., nerw VII znacznie lepszy, bóle głowy, skrzywienie głowy i pochylenie w prawo, adiadochokineza, palcowo-nosowa po lewej znacznie gorsza. Ny w skrajnych odpowiedni, grubo. może nieco w prawobocznym żywszy, przy patrzeniu w górę oczopląs pionowy. W czasie punkcji łędźwiowej tętno 66/min., w prawobocznym oczopląs II st. w stronę lewą, oczopląs górny pionowy wydatny, bóle głowy, zaś po punkcji wymioty, palcowo-nosowa i adiadochokineza wybitnie gorsza. Odplyw płynu wolny, Pandy dodatni, pleocytoza 75/mm³. Obraz w czasie punkcji przypieczętował poprzednie rozpoznanie ropnia mózdzku, objawy sygnalizowały niedalekie jego przebicie do komory. Powtórny zabieg: Odślonięcie trójkąta Trautmanna aż po otwór słuchowy wewnętrzny, pozostawiono obrączkę na n. słuchowym, w środku trójkąta Trautmanna nakłuto grubą igłą mózdzek z kierunkiem ku tyłowi. Ze względu na serię ropni szczelinowych nieograniczonych w ostatnim okresie, ropnia nie otwierano, tylko po odciągnięciu około 7 cm ropy wpuszczono do jamy ropnia 5 cm³ lipijodolu w tej myśli, że przyjdzie do ograniczenia ropnia, jak to miało miejsce w wielu przypadkach ogłoszonych przez różnych autorów. Wieczorem poprawa samopoczucia, Ny pionowy górny mniej wyraźny, bradytelokineza po lewej. Od tego czasu co kilka dni wypuszczano ropę, wpuszczano lipijodol, kierując się przy tem samopoczuciem chorej, bólami głowy, nasilaniem się oczopląsu pionowego, pogarszaniem adiadochokinezy. Po jednej z punkcyj wykonano zdjęcie rtg., które wykazało jamę ropnia w rzucie otworu słuchowego wewnętrznego, owalnego kształtu o wymiarach 5 × 1,5 cm. W 13-tym dniu wystąpiło wybitne pogorszenie samopoczucia, bóle głowy, nasilił się pionowy oczopląs, adiadochokineza po lewej bardzo się pogorszyła. Następnego dnia nacięcie ropnia. Wypływ około 10 cm³ ropy. Natychmiastowa poprawa. Dziś tylko jeszcze się utrzymuje pierwotne ustawienie głowy (HolmesGordon), budzące nadal obawę.

Dnia 4 listopada 1937 r.

Mjr. Dr *Poppek*: Przypadek zapalenia błędnika. Rzekomo od 2 dni wyciek z ucha, przewód zwężony silnie. W błonie małej ubytek z tętniącą wydzieliną. Bolesność wyrostka stale się utrzymująca przez 2 tygodnie. Przy zabiegu po zdjęciu twardej sklerotycznej łuski perlak rozległy i ziarnina, docierająca do opony średniej i niszcząca nakrywkę. Radykalna. Po 5 tygodniach zawroty głowy, wymioty, oczopląs w bocznych silniejszy na stronę zdrową, ciepłota, tętno, płyn mózgowo-rdzeniowy w normie, brak zmian neurologicznych. Słuch O Weber na stronę zdrową. W 5-cim dniu nasilił się oczopląs, w 6-tym nie było zeń śladu. Rana w obrębie ucha śr. silnie granulowała, tak że ziarninę usunięto łyżeczką. Proces w uchu śr. był w tym przypadku przewlekłym, mimo zaprzeczenia chorego. Dzięki temu zapalenie błędnika przeszło bez komplikacji wewnętrznych.

W dyskusji Prof. Miodoński: Sprawa robiła w pierwszej chwili wrażenie otitis interna granulosa w przebiegu podostrego zapalenia ucha śr., zejście zapalenia błędnika jak w powyższym przypadku należałoby do rzadkości. Wobec perlakowego zapalenia ucha śr. należy uważać za labyrinthitis inductiva. Najwłaściwszym było wyczekiwanie. Dr Przeworski porusza sprawę rentowo-wojskową w następstwie wcielania do wojska osobników z przewlekłymi zapaleniami uszu.

Dr *Spira*: Przypadek torbieli podjęzykowej. Przy pierwszym wyluszczeniu torbiel pękła, przypuszczano, że wyluszczone ją w całości. W 6 tygodni nawrót. Zabieg powtórny po 6 miesiącach. Przy pierwszym nacięciu otwarte od razu światło torbieli, przy czym głębokość jej dochodziła do 7 cm. Zresekowano część ściany, poczem ścianę zewnętrzną zszyto z wewnętrzną i jamę torbieli wytamponowano. Po 10 miesiącach nie można się z niej dopatrzeć śladu. Metody podobnej nie spotkał w literaturze.

Prof. Miodoński: Z metod leczenia torbieli podjęzykowych najgorszym jest wstrzykiwanie płynów drażniących, z powodu zniszczenia częściowego nabłonka przyjąć może do zrostów i sklejeń, co prowadzi do torbieli wielokrotnych.

Operacyjne leczenie nie powinno polegać na wielkim zabiegu, wyluszczenie torbieli nie opłaca się, najlepiej wyciąć kawałek ściany torbieli, nie naruszając śluzówki otoczenia. Widział też sposób, polegający na wstrzykiwaniu płynu do torbieli celem jej rozdęcia, chwytaniu torbieli kleszczykami i wycinaniu ściany torbieli w najszerszym zakresie. Dr *Spira* w szeregu przypadków stosował wyluszczenie z dobrymi wynikami, po wycianiu ściany miewał recydywy.

Dr *Spira*: Przypadek zapalenia ucha śr. o nietypowym przebiegu. Chory l. 11. Od 5 tygodni zapalenie ucha śr., od 4 dni ciepłoty do 40° C, silne bóle głowy, i wymioty. Przedmiotowo: wypuklenie błony, nieznaczne opadnięcie ściany przewodu, słuch do 1 m szeptu, lekka sztywność karku, leukocytoza 10 000, brak eozynofiliów. W czasie zabiegu w wyrostku diploetycznym ogisko ropne w szczycie wyrostka, drugie w okolicy kąta piramidy. Opon nie odsłaniano. Pleocytoza 18/5 mm³. W następnych dniach wymioty i wysoki ciepłoty się powtarzały, pleocytoza w drugim dniu 29/5 mm³. W trzecim ciepłoty 39,5° C, lewa źrenica szersza, Babiński i Kernig obustronnie dodatni. Myślano o oponowej operacji Neumanna tymczasem

w 4-tym dniu pojawiło się zaczerwienienie skóry w okolicy nasady wyrostka jarzmowego, wystąpiła róża głowy. Dalszy przebieg pomyślny. Nasuwa się zagadnienie, czy róża owłosionej części głowy istniała od samego początku gwałtownych objawów, czy też najpierw było zapalenie opon mózgowych, róża zaś przyłączyła się później? W ostatnim przypadku róża działałaby jako czynnik terapeutyczny. Operacja oponowa Neumanna polega na szerokim odsłonięciu opony średniej, tylnej jamy, zniesieniu krawędzi piramidy, a ma na celu przerwanie połączeń naczyniowych.

Dyskusja: Prof. Miodoński. Zagadnieniu temu z dren Nodzyńskim poświęciliśmy swego czasu specjalną uwagę. Przypadków takich obserwowano kilkanaście. Cechowała je wczesne zapalenie ucha śr., gwałtowne objawy, temperatura wysoka, dreszcze, odczyny oponowe, w dwóch było porażenie nerwu twarzowego. Podczas zabiegu znajdowano nieco treści surowiczej w wyrostku, pozatem obraz był ujemny. Podczas badania skóra przewodu była nieco zaczerwieniona i zgrubiała. Po zabiegu objawy chwilowo cichły, poczem ciepłota zaczęła się podnosić skokami i najczęściej przed trągus występowała róża. We wszystkich przypadkach pleocytoza była małą, wszystkie skończyły się dobrze z wyjątkiem jednego, w którym przyczyną był ropień mózdzku. Przypadek ten dotyczył chorej z przewlekłym ropniem ucha śr., która zgłosiła się z powodu świądu i strzykania w uchu. Po oczyszczeniu obrzęk przewodu zewnętrznego, w głębi destrukcja. Wystąpiły dreszcze, gorączka, nadto objawy mózdkowe. Nasuwało się zagadnienie, czy ze względu na zabieg okolicznościowy tych 2 spraw operować? Ropień otwarto, różę przebyła chora szczęśliwie, po 5 tygodniach uległa ropniowi mózdzku. O ile chodzi o operację Neumanna, to przed nim stosował ją Wittmaack. Brunner na preparatach histologicznie wykazał i udowodnił jej uzasadnienie przez wykazanie niedostrzegalnych gołym okiem ognisk zapalnych kości. Na klinice poza szerokim odsłonięciem opon w analogicznych przypadkach oddziela się jeszcze oponę od kości szpatułką celem jeszcze szerszego przerwania połączeń naczyniowych. Dr Spira. Okres 9 dni od początku gwałtownych objawów do wystąpienia róży przemawia raczej za istnieniem najpierw zapalenia opon. Prof. Miodoński. Przypadek ten należy uważać od początku za różę. W jednym z omawianych przypadków okres od wystąpienia gwałtownych objawów do pokazania się róży wynosił 8 dni. Wogóle róża wpływa niesłychanie korzystnie na przebieg zapalenia ucha i nieraz witamy ją z radością.

Dr Spira: Przypadek Lymphoepithelioma g. dróg oddechowych c. d. v. Posiedzenie z 14. X. 1937. Chory wrócił po kilku tygodniach z tym, że samopoczucie się pogorszyło, stracił apetyt, występują poty, dreszcze. Przedmiotowo z guza gardzieli ani śladu, pakiety gruczołów pachwinowych obustronnie, niedokrewność, wybroczyny na kończynach dolnych, wybitna leukopenia, (c. b. 2,500) w płucach zmiany naciekowe. Dermatolodzy wysunęli podejrzenie ziarnicy złośliwej. Zachodzi pytanie, czy w danym przypadku mamy do czynienia z pierwotnym lymphoepithelioma nadgardzieli, z wyleczeniem tegoż, natomiast w gruczołach pachwiniowych wystąpiły przerzuty, czy też sprawę należy uważać za systemowe schorzenie układu krwiotwórczego, czy też ognisko w nadgardzieli i sprawa gruczolowa są od siebie zupełnie niezależne.

W dyskusji Prof. Miodoński: W danym przypadku mieliśmy do czynienia z zespołem Escata, występującym przy guzach nadgardzieli, w postaci upośledzeni słuchu. Dr Wadoń: Uwzględniając nietypowość obrazu histologicznego guza nadgardzieli (utkanie złożone z drobnych komórek, najprawdopodobniej i lymphoepithelioma⁴⁾), powiększenie odległych gruczołów, zmiany we krwi) leukopenia, anaemia, skaza krwotoczna), należy obraz uważać za schorzenie systemowe, zaś zmiany w płucach będą w związku ze schorzeniem systemowym, a nie gruźliczej natury.

Dr Spira: Przypadek guza gardła i szyi. Chora l. 52, przed 11 laty guz w okolicy szczęki, później na podniebieniu. W wycinku lymphoepithelioma. W Wiedniu naświetlona rentgenem i radem. W październiku br. remisja, szum w uchu. Przedmiotowo: Pod szczęką guz wielkości mandarynki, drugi na podniebieniu wielkości orzecha laskowego, przesłaniający choanę, obydwa z sobą zrośnięte. Wysuwa się problem powtórnego wycinka i dalszego postępowania. Prof. Miodoński: Mając rozpoznanie w rękę, nie należy wyczekiwać z naświetlaniem. Wycinka z migdałka nie należy się obawiać, wyjątek pod tym względem stanowi tylna ściana gardła.

Dr Klaska-Brunicki: Przypadek perlaku u dziecka o rzadko spotykanych rozmiarach. Przewlekłe zapalenie ucha śr., mowa potoczna przy muszli, przy płukaniu łuski perlaka. Zabieg: Przy pierwszym uderzeniu dłuta masy perlakowe, zajmujące cały wyrostek, trójkąt Trautmanna, odsłaniający zatokę i oponę średniej jamy aż po nakrywkę. Perlak nierozpadły, w całości wielkości jaja kurzego. Tylna ściana przewodu zniesiona. Rentgenologicznie tylko rozrzedzenie kości. Wielkość perlaka tych rozmiarów u dziecka stanowi rzadkość.

W dyskusji prof. Miodoński. Nie należy zapominać, że rentgen to tylko jeden ze środków pomocniczych. Dr Spiro: W przypadkach ostrych rentgen może zawodzić, w przypadkach przewlekłych, dużych zmianach perlakowych, rentgenologicznie zmiany muszą być, chyba, że zdjęcie jest niedokładne.

Dr Wadoń: Przypadek ropowicy przestrzeni okołogardzielowej usznego pochodzenia v. tenże: Powikłania zapalne czaszki, szyi i karku. Pol. Prz. Otolar. t. XIV, z. 5—4. (Ropowice przestrz. okołogardz. przyp. IV).

W dyskusji: Prof. Miodoński: Powikłania do przodu, na szczęście rzadkie, wywołują zawsze dużo wahań i niepewności pod względem ich traktowania i ze względu na skomplikowany teren stanowią duże nieszczęście. Wobec wątpliwości co do możliwości wywoływania retencji ropy przez polipy, przypadek ten jest przykładem takiego działania polipów nekrotyzujących. Dziwna rzecz, że w szeregu przypadków polipów nekrotycznych powikłania do przodu i dołu od ucha śr. były częste.

Prof. Miodoński: Przypadek plastycznej rekonstrukcji krtani. Chory l. 21. W jesieni 1934 r. suicidium przez podcięcie gardła brzytwą. We Lwowie założono kaniulę, Przedmiotowo: Tracheostom pomiędzy chrząstką tarczycową i pierścieniową o zbliznowaciałych brzegach. Przy obmacywaniu stwierdzono: przesunięcie lewej połowy chrząstki tarczycowej do przodu w porównaniu z prawą. Brzegi tracheostomu chrząstkowato twarde, odpowiadają przebiegiem górnym chrząstki pierścieniowatej, tylna ściana chrząstki pierścieniowatej przyrośnięta do górnego brzegu tracheostomu. Wziera-

nikowo: Nagłośnia znacznie pochylona ku tyłowi, po jej odchyleniu struny głosowe i nalewki w doprowadzeniu, usiłowaniu fonacji ruchomość strun bardzo nieznaczna, w przedniej ich części powstaje mała szczelinka. Wykonano thyreotomię i plastyczną rekonstrukcję krtani. Wycięto zbliżnowaćiałe brzegi tracheostomu, odsłonięto chrząstkę tarczykową, rozcięto ją w linii środkowej, przecięto kostną, łączącą dolny prawy brzeg chrząstki tarczykowej z górnym pierścieniowej, zwolniono od wzrostów chrząstkę pierścieniową oraz górny brzeg tchawicy, założono niżej tracheotomię, następnie na drenie Pieniązka zeszyto szwami catgutowymi chrząstkę pierścieniową z tarczykową. W 9-tym dniu stwierdzono obluźnienie się nitki, przymocowującej dren do kaniuli. W 5 dni później dren musiano usunąć. Chory mówił wyraźnie, oddychał ciężko po zatknięciu kaniuli. W 12 dni później zaczęto stosować rozszerzanie krtani zapomocą setonów zakładanych od góry, za 2 tygodnie przy pomocy setonów założono do krtani dren, przymocowano go do kaniuli, później zamieniono go na T-kaniulę gumową. (Sposób rozszerzania krtani setonami i wprowadzania za ich pomocą od góry drenów został opisany powyżej. Prof. Miodoński: Przyczynek do techniki rozszerzania itd.). Z T-kaniulą gumową chory chodzi do dziś.

W części, poświęconej Walnemu Zebraniu, po przyjęciu sprawozdania, udzieleniu absolutorium, wybranym został ponownie ten sam Zarząd Oddziału.

Dnia 8 grudnia 1937 r.

Dr *Schwarzbart*: Dwa przypadki zaburzeń psychicznych w przebiegu schorzeń otolaryngologicznych. W I przyp. u 17-letniej chorej wystąpiły przed tygodniem bóle w gardle i obrzęk na szyi po stronie lewej wśród objawów ciężkiej posocznicy. Przedmiotowo: Obrzęk, zaczerwienienie l. migdałka i okolicy, obrzmienie bolesne między żuchwą i przednim brzegiem mięśnia obojętkowo-mostkowo-sutkowego, w dwa dni później stan podżółtaczkowy, język nadal obłożony, ciepłoty między 37—40° C, obrzęk wątroby, śledziony, obfity białkomocz. Lukocytoza 11 000, eozynofile obecne. Dyskutowano wyluszczenie migdałka, nacięcie nacieku na szyi. Prof. Glatzel rozpoznał periphebitis venae ingularis internae, był przeciwnym nacięciu. Po tygodniu poprawa stanu ogólnego, zmniejszanie się nacieku szyjnego, natomiast występować zaczęły objawy nieumotywowane sytuacją, pobudzenie motoryczne, rozbierania się, śpiewy po nocy, nieorientowanie się w sytuacji, tak że musiano ją przenieść na oddział psychiatryczny. Wechodzić tu mogą w rachubę zespół psychiczny infekcyjno-toksyczny, psychoza sytuacyjna i zespół schizoidalny. O ile chodzi o posocznicę i naciek, którego natury jeszcze nie rozstrzygnięto, sprawa jest w okresie ustępowania.

W przypadku II u 25-letniej chorej z zapaleniem przewlekłym ucha, trzykrotnie operowanej w przeciągu 8 miesięcy z powodu utrzymujących się bólów głowy, ucha, odnawiania się rany (ostatnio matrwak kostny w dolnym biegunie blizny), narastania ziarniny w uchu śr., w przebiegu ostatniego leczenia pooperacyjnego wystąpiły ataki podniecenia i szału. Neurolog na drodze sugestii potrafił wpłynąć na uspokojenie podniecenia i szału, bóle głowy o charakterze zmiennym utrzymują się nadal. Neurologicznie poza neuralogią n. V. strony przeciwnej b. z.

Dyskusja: Prof. Miodoński: W I przypadku komponenta obrzękowa na szyi ustąpiła, konieczna jest jednak dalsza obserwacja, zdarza się bowiem że po zapaleniu okołomigdałkowym, nacieku i zapaleniu gruczołów występuje po pewnym czasie mięsak. W przypadku drugim wskazanym byłoby wykonanie próby Mucka. Obecnie może ona wypaść dodatnio, po ustąpieniu bólów głowy ujemnie. Mjr. Dr Popek proponuje naświetlenie I przypadku promieniami rentgena. Dr Wadoń, biorąc pod uwagę wpływ sugestii na podniecenie szalowe, zmienność i brak określonego typu bólów głowy w przypadku II., uważa te ostatnie za neuropatyczne.

Dr *Schwarzbart*: Przypadek plastyki pozausznej. U chorego z przewlekłym perlakowym zapaleniem ucha, z ropniem częściowo o typie Citellego po operacji pozostała przetoka pozauszna, którą obecnie zamknięto z wynikiem dodatnim, przesuwając płatek skóry z okostną.

Dr *Wadoń*: Przypadek zapalenia okołokręgowego usznego pochodzenia. v. tenze: Powikłania zapalne podstawy czaszki, szyi i karku pochodzenia usznego, Ropnie karku przyp. VII.).

Dr *Hassmann*: Przypadek guza tylnej ściany podgardzieli. N. powyżej.

Dr *Haber*: Przypadek posocznicy. Chora l. 15 od roku wyciek z pr. ucha od 6 dni bóle i strzykanie w pr. uchu, następnego dnia bóle za uchem i głowy, ciepłoty codziennie do 40°. Stan ogólny bardzo ciężki, tętno 120/min. bóle przy ruchach skręcających głowy, ustawienie głowy w pochyleniu ku przodowi i skrócenie w lewo. obrzęk i naciek szyi od wyrostka sutkowego do połowy ramienia poziomego żuchwy, ku dołowi prawie do obojczyka, naj-silniej zaznaczony wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowego, szczękościsk, obrzmienie pr. okolicy okołomigdałkowej i prawej ściany gardła. Przewód zacieśniony przez opadnięcie tylnej ściany, słuch: 20 cm mowy potocznej, błędnik kalorycznie pobudliwy. Bolesność uciskowa wszystkich gałązek n. V. po prawej, pleocytoza 10/mm³, leukocytoza 7,400. Zabieg: Cięcie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego aż po obojczyk. Drobne żyły wypełnione zakrzepami, żyła szyjna wewnętrzna wypełnia się od twarzowej. Wycięcie żyły szyjnej i wszycie dogłowego odcinka w powłoki. Radykalna. Pod okostną ropień, w sklerotycznej kości kilka komórek czarnych między jamą sutkową a zatoką. W jamie sutkowej perlak. dochodzący do zatoki, odsłaniający ją od krawędzi piramidy do opuszki, zatoka pusta, ściana zatoki zapadnięta, szara, poniżej dolnego kolana zniszczona, wpadająca doń wypustka żylna wypełniona zakrzepem. opona w bezpośrednim sąsiedztwie zgrubiała. Po zabiegu przejściowy niedowład n. VII. Rana stale sucha, ciepłoty do 39°, nadto wystąpiły objawy płucne w postaci uporczywego kaszlu, klucia pod lewą łopatką, stłumienia nad dolnym płatem płuca lewego, szmerów oskrzelowych, trzeszczeń, później osłabienia szmerów oddechowych. Wykonano 5-krotnie punkcję opłucnej z ujemnym wynikiem. W 17-tym dniu bóle w stawach nadgarstkowych i grzbietnej stronie lewej stopy. W 19-tym dniu po zabiegu chora odpluła nagle około 500 cm³ cuchnącej silnie ropy. Od tego czasu spadek ciepłoty i poprawa stanu ogólnego. W omawianym przypadku zasługuje na uwagę szczęśliwe samowyleczenie ropnia płuc. Dokładne omówienie patogenezy, anatomii patologicznej i kliniki ropni płuc.

Dyskusja: Prof. Miodoński. W tym przypadku uderza przebiecie ropnia do oskrzela a nie do opłucnej. W przypadkach garączkujących trzeba zawsze kontrolować płuca, przy stwierdzeniu jakichkolwiek objawów, podejrzanych w kierunku zapalenia opłucnej należy punktować, w razie stwierdzenia ropnego zapalenia opłucnej należy leczyć je chirurgicznie, nie należy się jedynie ograniczyć do leczenia sprawy usznej.

Prof. Miodoński: Przypadek k ropnia mózdzku c. d. v. posiedzenie 14. XI. 57. Chora obecnie wygojona, tylko w uchu śr. małe pólko ziarniny. Neurologicznie b. z., jedynie odczyny mijania z drugiego ucha na stronę zdrową rażone.

Prof. Miodoński: Przypadek zapalenia ograniczonego błędnika. Przypadek dotyczy chorego z zaostreniem przewlekłego zapalenia ucha śr. i jest ciekawy z punktu widzenia warunków kompensacji. Według Ruttina odczyny obrotowe w pewien czas po zniszczeniu jednego błędnika się wyrównują. Przypadek ten przeczy tezie Ruttina. Słuch u chorego był na chorym uchu utrzymany (mowa potoczna przy muszli), odczyny kaloryczne O, obrót w prawo $\frac{7}{9''}$ drgnień, obrót w lewo $\frac{7}{9''}$ drgnień. Była to postać Labyrinthitis circumscripta inferior Jansen, odpowiadająca zniszczeniu błędnika, utrzymaniu ślimaka. W 7 dni po operacji radykalnej wartości nie uległy zmianom. W 7 dni słuch 10 cm szeptu, obrót w prawo $\frac{10}{7''}$, w lewo $\frac{5}{8''}$ drgnień. Kompensacji w czołowych nie było przed operacją i po operacji. 500 cm³ zimnego boru po długim czasie utajenia Ny I. a później II. st. W danym przypadku czynność przedsionka wraca, niewątpliwie komponenta toksyczna wchodziła tu w rachubę.

Dr Spira: Przypadek pourazowego zniesienia odczynu błędnikowego. Chora l. 8 we wczesnym dzieciństwie upadła na czoło, doznając złamanie kości czołowej, następnego dnia wystąpiły wymioty, senność, nierówne tętno. Objawy te ustąpiły, pozostawiając upośledzenie słuchu. Później przebyła jeszcze lekkie zapalenie ucha śr. l. Obecnie słuch na uchu pr. O. kalorycznie pr. błędnika 0, na lewym słuch do 2 m szeptu, upośledzenie częściowo o typie ucha śr., częściowo wewnętrznego. Kalorycznie 70 cm po lewej: oczopląs bardzo skrócony, drobny I stopnia. Obrót w prawo: oczopląs bardzo drobny, trwający do 7", w lewo kilka drobnych drgnień. W danym przypadku mało prawdopodobnym jest złamanie kości skroniowych, raczej wchodzi w rachubę wstrząs mózgu i commotio auris internae (Stenger, Manasse). Spowodowane jest krwotokami i uszkodzeniem aparatu limfokinetycznego i przestrzeni perilymficznych, cechuje się zwykle utrzymaniem reakcyj kalorycznych, zniesieniem obrotowych. Tutaj było odwrotnie.

Prof. Miodoński w dyskusji. Pierwszeństwo w opracowaniu lymphokinesis należy się Brinningsowi, obserwacje kliniczne podał Neumann, uszkodzenia w kile — Spira. Istnieją rodziny predysponowane do commotio auris internae, upośledzenie dotyczy reakcyj kalorycznych przy utrzymaniu obrotowych, może jednak być odwrotnie. Przy obrotach nie można mówić o reakcji z 1 błędnika. Przy urazach płatów czołowych, siodełka może nastąpić zahamowanie reakcyj błędnikowych na dłuższy czas. W danym przypadku może jeszcze wchodzić w rachubę komponenta oponowa. Dr Spira: Leczenie

zmian kataralnych po lewej poprawiło słuch. Po prawej zmiany należy odnieść do krwotoku, po lewej do uszkodzenia aparatu lymphokinetycznego.

Dnia 13 stycznia 1938 r.

Dr *Schwarzbart*: Przypadek krwawienia z tchawicy, ujawniony w bronchoskopii. Chory od trzech lat okresowo przy odkaszliwaniu krwawienia, obecnie od półtora miesiąca krwawienia częste. Badanie płuc ujemne. W bronchoskopii na klinie podziałowym stwierdzono guzek wielkości 5 mm, zakrwawiony, po jego przypaleniu azotanem srebra krwawienie się nie powtórzyło.

Tenże: Przypadek ropnych powikłań oponowych u dziecka z 17-dniowym zapaleniem ucha śr. ostatnio wymiotami. T. 38,5, ślad sztywności karku, stan ogólny bardzo ciężki. Podczas zabiegu znaleziono rozległe zmiany ziarninowo-ropne i zniszczenie całego wyrostka, ziarniniaka okołozatokowego od opuszki, zbiornik ropy w okolicy zatoki poprzecznej i ziarniniaka nadoponowego. Ku tyłowi zdrowych tkanek nie osiągnięto. W zatoce płynna krew. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, szybkie gojenie się rany. W przypadku danym zasługują na uwagę dysproporcja między klinicznym a zmianami anatomicznymi, szybkie gojenie się, zlikwidowanie całego procesu bez podwiązania żyły szyjnej.

Prof. Miodoński: Zmiany wytwórcze świadczą o starszym procesie. Podwiązanie żyły szyjnej byłoby niesłuszne, klinicznie mieliśmy do czynienia z objawami oponowymi, nie z posocznicą, w czasie operacji znaleziono zmiany okołozatokowe. Punkcja łądźwiowa była wskazana. Według badań Biera w 25% zapaleń ucha śr. występują zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w postaci zwiększenia białka i pleocytozy do 50%. Punkcja mogłaby dużo powiedzieć, lecz poglądy na jej wartość się zmieniły. Do czasów Körnera uważano, że szkoda operować przy zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym. Od czasów Körnera zmiany w płynie są wskazaniem do zabiegu. Przy badaniach seryjnych zmiany w płynie znajdujemy bardzo często, tak że stanowisko Körnera uległo osłabieniu.

Dr *Schwarzbart*: Przypadek zapalenia opon. Chora l. 65, z 2-tygodniowym zapaleniem ucha, t. 39° C, obfitym wyciekami, bólami głowy, ciężkimi objawami ogólnej posocznicy, zapaleniem nerek, bolesnością i obrzękiem wyrostka. Przy operacji bardzo znaczne zmiany rozpadowo-ropne, opona średniej i tylnej jamy oraz zatoka zmienione. Po zabiegu ciepłoty do 40° C, leukocytoza 21 000, objawy oponowe, płyn mózgowo-rdzeniowy ropny, pleocytoza niepoliczalna, w preparatach mazanych dwoinki, krew dwukrotnie badana jałowa. Wątroba i śledziona wybitnie powiększone. Podawano antistreptynę i inne preparaty doustnie, dożylnie, zaś w 48 godzin po stwierdzeniu objawów oponowych zaczęto wstrzykiwać surowicę przeciwpaciorkowcową 20 cm³ dożylnie, 20 cm³ domięśniowo, 10 cm³ do oponowo i 10 cm³ do rany pięciokrotnie w ciągu 10 dni. Po 4 dniach poprawa, postępująca litycznie, pleocytoza dziś spadła do 140. Rana ziarninuje marnie, białkomocz się zmniejszył.

Wskazaniem byłoby przebadanie działania surowicy w innych analogicznych przypadkach. Poza surowicą stosowano antistreptynę.

Prof. Miodoński: O wynikach leczenia farmakologicznego trudno coś powiedzieć, nie wiemy ile przypisać leczeniu operacyjnemu, ile leczeniu farmakologicznemu. Antystreptyna, wydaje się, działa dobrze. Leczenie surowicą działa bodźcowo, stosowanie jej dordzeniowo niema racji. Z innych prób leczenia zapalenia opon, trzy z wpuszczaniem powietrza do opon skończyły się źle, były to przypadki ciężkie.

Mjr. Dr *Popek*: Pokaz przypadku plastycznego zamknięcia przetoki zębowej zatoki szczękowej.

Tenże: Przypadek zakrzepu żyły szyjnej pochodzenia usznego. Żołnierz mimo do zabiegu (podnoszenie się ciepłoty, opadnięcie tylnej ściany), nie poddał się operacji. W 14-tym dniu obserwacji t. 40° C, objawy oponowe. W czasie zabiegu rozległy ropień okołozatokowy, w zatoce zakrzep, obłożenie opony. Następnego dnia ciepłota wysoka, objawy oponowe, pleocytoza 104/mm³. Cięcie wzdłuż całego przedniego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego. Żyła szyjna wewnętrzna w nacieku, wypełniona zakrzepem. Wycięto ją na całej długości, górny odcinek wszyto w powłoki, następnie usunięto skrzep z zatoki i opuszki, dogłowo dotarło do płynnej krwi. Po zabiegu wstrzykiwano antistreptynę dożylnie, dokręgowo i doustnie. Z krwi wyrósł paciorkowiec. Rana za uchem i na szyi ziarninuje szybko. Obecnie wytworzył się na pośladku naciek.

Dr *Spira*: Przypadek porażenie nerwu twarzowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha śr. Chora przed 8 laty przebyła porażenie nerwu twarzowego po obecnie zdrowej stronie, przed 4 laty zapalenie nerek, przed pół rokiem reumatyczne zapalenie stawów z następowym wyluszczeniem migdałków. Obecnie przed 2 tygodniami bóle ucha, głowy, od 8 dni wyciek, od 3 dni porażenie n. twarzowego po stronie ucha chorego. Przedmiotowo: bolesność wyrostka, centralna perforacja. Podczas zabiegu pneumatyzacja rozległa, komórki wypełnione ropą, nieznaczne obłożenie zatoki. Po zabiegu bóle ponad raną o charakterze rwącym, w barku i kończynie górnej, zmienne, przemijające. Płyn m. rdz. w normie, leukocytoza 7.500. — Obecnie bóle w ramieniu ustąpiły, bóle głowy nadal się utrzymują. — Biorąc pod uwagę porażenia nerwu twarzowego po jednej stronie, drugiego w przebiegu zapalenia ucha śr., neuralgiczne bóle głowy, bóle w zakresie splotu barkowego, trzeba przyjąć u chorej mniejszą wartościowość układu nerwowego obwodowego. — Porażenie nerwu twarzowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha śr. należy uważać za jeden z objawów klinicznych, w przebiegu zapalenia przewlekłego jest ono wskazaniem do zabiegu.

Dyskusja: Dr *Schwarzbart*: W ostrych zapaleniach nie zachodzi bezpośrednio objęcie nerwu przez proces zapalny. W omawianą grupę wchodzi porażenia reumatyczne. Zdarzają się przypadki porażenia reumatycznego n. twarzowego, poprzedzające zapalenie ucha śr. W innych przypadkach o etiologii reumatycznej trudno coś powiedzieć. — Dr *Jurow* przytacza przypadek porażenia n. twarzowego o etiologii pourazowej (upadek na głowę), które wystąpiło w 24 godzin po wypadku. Przedmiotowo: pęknięcie w przednio-górnej części błony, słuch 0, rentgologicznie brak pęknięcia piramidy. Słuch obecnie wraca, porażenie się utrzymuje. Najprawdopodobniej wchodzi tutaj w rachubę krwiotok, jako przyczyna porażenia. Prof. Miodoński. Bóle głowy w przypadku Dra Spiry możnaby uważać za reflektoryczne w następstwie zabiegu, określiłby je można za kauzalgie lub sympatalgie.

Wskazaną byłaby próba Mucka. W 2 analogicznych przypadkach po zastosowaniu narkotyków przez 5 dni bóle ustąpiły. W podobny sposób leczą niektórzy Japończycy bóle reumatyczne. W związku z przypadkiem Dra Jurowa, stwierdzenie pęknięć rentgenologicznie jest rzeczą bardzo trudną, wyjątkowo tylko udaje się przepuścić promień osiowy przez szczelinę złamania. Nawet histologiczne wykazanie pęknięcia sprawia nieraz trudności. Dr Schwarzbart przy wydlutowaniu piramid miewał zawsze pęknięcia przechodzące od nakrywki przez piramidę. W przypadku Dra Jurowa badanie neurologiczne mogło dać najwięcej danych.

Dr *Landauowa*: Przypadek posocznicy u 14-letniej chorej z przewlekłym, od 5 lat trwającym zapaleniem ucha śr. lewego. Od 5 dni bóle głowy, ucha, ciepłota do 40°, zawroty głowy przy jej podnoszeniu. Stan ogólny b. ciężki, tętno 155/min. W uchu destrukcja z łuskami perlakowymi, słuch 15 cm mowy potocznej, chwilami oczopląs grubofalisty w lewo II st. Przechylenie głowy w lewo, bolesność wyrostka sutkowego, okolicy Griesingera i okolicy skroniowej. Przy skręcaniu głowy w lewo bóle w czole i uczucie zawrotu głowy. — Kalorycznie błędnik niepobudliwy. Przy spojrzeniu w górę raz oczopląs prawy skośny, palcowo-nosowa przy pierwszych ruchach gorsza, piętrowo-kolanowa lewa może śladzik gorsza, wskazywanie nunięj więcej trafne, czasem obie w lewo. Pleocytoza 42. Pandy dodatni. — Podwiązanie żyły szyjnej w nacieku. Radykalna: Po oddlutowaniu sklerotycznej łuski ropa w ilości około 2 łyżek, w uchu śr. perlak, ściana odsłoniętej szeroko zatoki szaro-zielona, w okolicy dolnego kolana zniszczona, ze światła wydzielina ropna obfita. Odsłonięto zatokę po opuszkę, zresekowano ścianę, ku górze otrzymano krwawienie, zniesiono kąt piramid, odsłonięto część środkowej jamy, oponę tylną w trójkącie Trautmanna i poza zatoką, która w tych miejscach była silnie obłożoną i wydatnie się wypukłała. W tym miejscu nakłuto mózdzek w kilku kierunkach z wynikiem ujemnym. Po zabiegu stan b. ciężki, kollaptyczny, w dalszym ciągu stopniowa poprawa. Zasługuje tutaj na uwagę szczęśliwe zejście posocznicy i brak szkodliwych następstw punkcji mózdzku.

Dr *Wadoń*: Przypadek zapalenie opon. Chory I: 52. Od 4 lat wyciek z lewego ucha, od 4 dni bóle ucha, zawroty głowy, przez dobę wymioty, dwukrotnie dreszcze. T. 59°, tętno 72/min. Stan ogólny bardzo ciężki, bolesność za szczytem wyrostka, destrukcja, w uchu śr. łuski perlaka, w przedzie wałeczek ziarniny, słuch 20 cm mowy potocznej. Weber w prawo, oczopląs II st. w prawo, porażenie dolnej gałązki pr. n. VII., wzmoczenie odruchów prawej górnej kończyny objawy oponowe, pleocytoza 400/mm³. Zabieg: Po odsunięciu okostnej na pograniczu łuski i wyrostka sutkowego przetoka z wypływającą rzadką ropą. Kość sklerotyczna, w uchu śr. perlak, łożyska perlaka w całości nie usuwano. Opona śr., tylnej jamy, zatoka od opuszki po poprzeczną, szaro-zielona, w zatoce skrzep wiśniowy, z poprzeczną w części przyśrodkowej otrzymano krwawienie. Punktowano śr. jamę, ropy nie znaleziono. — Po zabiegu oczopląs II st. w prawo, w 48 godzin później bóle głowy, niepokój, prawostronne wzmoczenie odruchów, objawy oponowe, nasilenie porażenia VII n. prawego, oczopląs chwilami III stopnia w prawo, sensoryczna afazia, perseweracja. Ze względu na nagłe pogorszenie, przypuszczając pęknięcie dokomorowe ropnia mózgowego, wykonano w trzech kierunkach jeszcze raz punkcję środkowej jamy i jedno nakłucie

tylnej z wynikiem ujemnym. Pleocytoza wynosiła 4,100. — Od następnego dnia stopniowa poprawa w cztery dni później pleocytoza tylko 70. — W wyższym przypadku mieliśmy do czynienia z ograniczonym zapaleniem błędnika, posocznicą, ograniczonym zapaleniem opon, głównie lewej półkuli, poprzez oponę twardą, które imitowało ropień mózgu.

Dyskusja Dr *Spira*: W przypadku, przedstawionym przez Dra Landauową nie było szkodliwych następstw. W jednym tylko z własnych przypadków miał po punkcji ropień, jednak stał się znacznie więcej konserwatywnym w punkcjach mózgu. — Dr *Schwarzbart*: Pozornie wydaje się, że tkanka mózgowa przy punkcjach nie ponosi szkody, jednak badania *Spiegla* i *Aleksandra* na psach wykazały, że zmiany w mózgu przy najmniejszych manipulacjach są rozległe mimo braku klinicznych objawów. Nawet przy objawach ogniskowych trzeba być z punkcją bardzo ostrożnym, przy pierwszym zabiegu należy się ograniczyć do pierwszej fazy zabiegu, t.j. do odsłonięcia opon. Przy przystępowaniu do punkcji należy ją możliwie wykonywać z pola czystego, dalszego, by tkanki mózgowej nie zakażać. Punkcja mózdzku w przypadku Dr Landauowej mało miała podstaw. — Prof. *Miodoński*: W pierwszym przypadku popełniliśmy błąd, danych do punkcji było za mało. Trzeba się jednak było wstawić w położenie operatora zmiany na polu operacyjnym aż się prosiły do wykonania punkcji. — W drugim przypadku wobec zmian na polu operacyjnym objawów ogniskowych nagłego pogorszenia beznadziejnego stanu, mieliśmy wszelkie prawo podejrzewać pęknięcie ropnia dokomorowe.

Prof. *Miodoński*: Przypadek zapalenia wielogruczowego po operacji doszczętej. U chorego ze zmianami gruźliczymi płuc, bardzo wątego, wyniszczonego po operacji ucha perlakowego z ropowicą pozauszną, wystąpiły w 8 dniu bóle głowy, nudności, bóle nadbrzusza. — Sprawa była niejasna. Po 5 dalszych dniach pojawił się obrzęk przyuszniczy po stronie operowanej. Sprawa się wyjaśniła w kierunku zapalenia wielogruczowego, jakie zdarzają się po zabiegach na osobnikach wyniszczonych. W danym przypadku wchodziło jeszcze w rachubę zapalenie opon. Sprawa się uspokoiła.

Dnia 10 lutego 1938 r.

Mjr. Dr *Poppek*: Przypadek zapalenia stawów po antrotomii. Żołnierz przed wojskiem przebył zapalenie stawów i ucha śr. Przywieziony do szpitala obecnie z anginą i zapaleniem ucha śr., które skończyło się antrotomią (duże zmiany ziarninowo-ropne) i odsłonięciem zatoki. Po operacji ciepłoty do 38°, zaś w kilka dni zapalenie stawów po stronie operowanej w obrębie górnej i dolnej kończyny. Po podaniu salicylu i antistreptyny ustąpienie zmian stawowych. — Zapalenie posocznicowate stawów należy wykluczyć, wobec braku posocznicy, zapalenia nerek, wchodzi jedynie w rachubę recydywa u osobnika osłabionego po zabiegu i etiologia migdałkowa.

Tenże: Przypadek plastyki pozauszej. Jama po radykalnej odsłonięciu opon średniej i tylnej jamy i zatoki z powodu perlakowego zapalenia ucha śr., ziarniniaka nadponowego i okołozatokowego, mimo upływu miesiąca, nie zaciągała się, brzegi się nie zbliżały. Po okrojeniu i zeszcyciu

brzegów zagojenie przez rychłozrost. Okazuje się, że dla skrócenia gojenia można wykonać w podobnych przypadkach zeszywanie rany.

Dyskusja: Dr *Spira*. Rany po radykalnych powinny się zaszywać od razu lub wcale nie zaszywać, o ile są przeciwwskazania. — Dr *Schwarzbart*: Postępowanie powinno być uzależnione od przypadku. Przy występujących sekwestrach dostęp jest znacznie lepszy przy niezaszyciu rany. recydywach perlaka nasuwa się wątpliwość w słusność pierwotnego zaszywania rany pozausznej. Przetokę można później zamknąć. — Prof. *Miodoński*. Oddzielić trzeba zaszywanie ran po antrotomii i po operacji radykalnej. Poza Batawią, Meyerem stosował z Drem Nodzyńskim zaszywanie ran poantrotomijnych. W 5 przypadkach musiano je otworzyć. w dalszej części nastąpiło po kilku latach przetokowanie, przy czym w czasie rewizji blizn znajdowano torbiele, pokryte ziarniną. Wobec tych wyników zrezygnowano z dalszego zaszywania. — Przy operacjach radykalnych ubytki kostne powinno się zakładać jak najmniejsze, płyty plastyczne pokrywają wtedy duże odcinki powierzchni rany, proces gojenia się jest ułatwiony, wyniki są trwałe. Odpowiednia technika, ostre dłuto są koniecznym warunkiem dobrego gojenia, w przeciwnym razie obecność sporej ilości sekwestrów powoduje obfite ropienie i cuchnienie ropy.

Dr *Spira*: Przypadek nowotworu migdałka. Guz migdałka, wielkości orzecha, pokryty nalotem, gruczoły powiększone. Dwukrotnie badany wycinek drobnowidowo bez jasnego obrazu, najwięcej prawdopodobny mięsak. Po naświetlaniu rentgenem guz ustąpił, gruczoły się cofnęły. Wynik ten przemawia za mięsakowym charakterem.

Dr *Spira*: Przypadek zapalenia ucha o niecodziennym przebiegu. U chorego z przewlekłym zapaleniem ucha śr. od 8 dni wystąpiły bóle głowy, ciepłoty do 38°, od 2 dni wymioty. Przedmiotowo obrzęk ciastowaty za uchem, zmniejszenie przewodn. destrukcja, t. 599, pleocytoza 580/5. W czasie zabiegu znaleziono nacieki części miękkich, perlaka i ziarninę w uchu śr. Tylny kanał szarawy, bez przetoki. Zatoka obłożona razem z oponą sąsiadującą, w środkowej części zatoki zagłębienie długości 1 cm, punkcja w tym miejscu ujemna, przy nacięciu światło w tym miejscu puste, powyżej i poniżej zaczynał się skrzep, dalej krew płynna. W tym przypadku mamy do czynienia z zakrzepem uciskowym. — Badania Haymanna dowiodły, że sam ucisk nie wystarcza, że dołącza tutaj zakażenie wtórne. Grupę tą trzeba oddzielić od trombophlebitis, co ma znaczenie kliniczne, w przypadkach zakrzepów uciskowych nie trzeba podwiązywać żyły szyjne, sprawa w zatoce ma znaczenie drugorzędne.

Prof. *Miodoński*: W danym przypadku postąpilibyśmy jeszcze bardziej konserwatywnie, światła zatoki nie otwieralibyśmy zupełnie. — W jednej grupie przypadków zropienie zakrzepu może doprowadzić do przebicia ściany, tak, że na polu operacyjnym znajdziemy ubytek w części pustej zatoki, powyżej i poniżej zakrzep. Jest to grupa poważniejsza. W drugiej grupie pod wpływem zwolnienia prądu krwi przychodzi do zakrzepu powyżej miejsca ucisku. — Dr *Schwarzbart*. Przy zatokach zapadłych problem punkcji zatoki nabiera znaczenie większego, gdyż prawie zawsze wkraczamy igłą poza zatokę, nawet w tkankę mózgową. W jednym z ostatnich przypadków wobec objawów ropnicy wykonano w 2 tygodnie po zabiegu punkcję zapadłej zatoki z wynikiem ujemnym, po rozcięciu znaleziono w tym

miejscu ropę, powyżej i poniżej zakrzep. Z niepokojem śledzono dalszy, zresztą szczęśliwy, przebieg. — Dr Spira. Punkcję powinno się wykonywać tam, gdzie jest odpowiedni obraz kliniczny. Idąc w szerokiej części wzdłuż jej przebiegu, nie wkroczy się do opony. — Zakrzepy uciskowe stanowią odrębną od innych grupę. — Ostatnio obserwowano przypadek ropnia okołozatokowego, gdzie zatoka, tworząca na małej przestrzeni wąziutki sznurerek, zaczęła się stopniowo wypełniać. Za 5—8 dni byłoby przyszło do zakrzepu uciskowego. Odczyt Prof. Miodońskiego p. t.: „O izolacji audiometrycznej“. (Ukaże się w druku).

Sekretarz: Dr Antoni Wadoń

Protokół z posiedzenia Sekcji Poznańsko-Pomorskiej Polskiego T-wa Otolaryngologicznego

**odbytego dnia 18 stycznia 1938 r. w Poznaniu
w Klinice Otolaryngologicznej U. P. ul. Fredry 7**

Obecnych 15 osób.

I.

Demonstracje kliniczne.

Kol. *Iwaszkiewicz* demonstruje pacjenta lat 24, u którego z powodu przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem powikłanego ropnym zapaleniem opon mózgowych i ropniem mózgu umiejscowionym w płacie skroniowym prawym, wykonano operację doszczętną z otwarciem ropnia mózgu w dniu 30. VIII. br. Obecnie przedstawiony pacjent żadnych zaburzeń ze strony centralnego układu nerw. oraz skarg subiektywnych nie ma; rana za uchem zagojona, jama potrepanacyjna wysłana naskórkiem, prócz okolicy ujścia trąbki słuchowej, gdzie wykazuje ziarninę. Prelegent przedstawiony przypadek uważa za wyleczony. (Przypadek był demonstrowany w trakcie leczenia w dniu 26. X. 1937 r.).

W dyskusji nad przedstawionym przypadkiem zabiera głos Kol. Małuj, który uważa ten przypadek za niewyleczony całkowicie w sensie wygojenia rany potrepanacyjnej, albowiem jama potrepanacyjna wykazuje ziarninę oraz wydzielinę ropną cuchnącą; za wyleczony uważałby przypadek, gdzie jama potrepanacyjna wysłana byłaby naskórkiem i nie ropiała.

Tenże demonstruje przypadek wyleczonego zapalenia ropnego śródpierścia dotyczącego pacjenta K. R., lat 45. Demonstrowany chory w dwa tygodnie po przebyciu anginy zauważył obrzęk na szyi, obrzęk ten stawał się coraz bardziej bolesny, powiększył się tak, iż zajął całą szyję z przodu i po prawej stronie, pacjent nie mógł poruszać głową, wystąpiła potem duszność z powodu której został przywieziony przez pogotowie ratunkowe do tut. Kliniki. Próbnie nakłucie wspomnianej okolicy dało gęstą ropę, po nakłuciu tym chory zaczął lepiej oddychać. Ogólny stan chorego był bardzo ciężki: temperatura 40, tętno 140/min. słabo napięte. Na drugi dzień

po przyjęciu chorego do kliniki przystąpiono do zabiegu, który polegał na cięciu wzdłuż mięśnia sutkoobojczykowego długości 7 cm. Zgłębnikiem włożonym do rany wchodziło się aż pod mostek. Leczenie polegało dalej na głębokim setonowaniu gazą jodoformową oraz na przepłukiwaniu rany roztworem chloraktyny. Po czterotygodniowym pobycie w klinice chory został wyleczony.

W dyskusji zabiera głos Prof. Laskiewicz dodając, iż przedstawiony przypadek powikłania poanginowego traktować należy jako strumitis et mediastinitis, a nie jako samą mediastinitis.

Kol. *Radzyński* omawia przypadek dotyczący kobiety lat 40, w którym z powodu przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem wykonano operację doszczętną ucha. Podczas operacji stwierdzono dużych rozmiarów perlak, zajmujący cały wyrostek sutkowy do tego stopnia, iż nawet powierzchowne warstwy kości wyrostka były zupełnie przez perlak zniszczone. Podczas wyjmowania perlaka wystąpił silny krwiotok z zatoki esowatej, która jak się okazało zniszczoną miała ścianę przez perlak. Prelegent podkreśla rzadkość tego rodzaju krwawień z zatoki.

W dyskusji zabiera głos Kol. *Iwaszkiewicz*, omawiając przypadek samoistnego krwawienie z zatoki, jaki zdarzył się w klinice przed trzema laty u chorego po tygodniu od operacji doszczętniej. W omawianym przypadku chodziło o chorego, który poza sprawą uszną cierpiał na cukrzycę. Rana pooperacyjna tego chorego obficie ropiała, części miękkie okolicy ucha podminowane były ropą. Sprawę krwiotoku opanowano dzięki szybkiej interwencji chirurgicznej.

Prof. *Laskiewicz* dodaje, iż samoistne krwiotoki z zatoki esowatej spotyka się również w przebiegu róży po operacjach usznych.

Kol. *Małuj* demonstruje wyleczony przypadek posocznicy otogennej dotyczący żołnierza lat 21., Ł. W przedstawionym przypadku posocznica rozwinęła się w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem. Podczas operacji stwierdzono rozległy zakrzep w zatoce esowatej. Zropiała, poza tym daleko posuniętą nekrozę części miękkich w obrębie szczytu wyrostka, w których widoczny był przebiegający nerw twarzowy. Operacja polegała prócz tego na podwiązaniu żyły szyjnej. Przedstawiony przypadek jest wyleczony, rana za uchem zagojona, jama potrepanacyjna wysłana naskórkiem.

Tenże przedstawia przypadek wyleczony posocznicy otogennej, która rozwinęła się w następstwie ostrego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego. Przypadek dotyczył pacjenta lat 18, elewa orkiestry. Z powodu wybitnych objawów posocznicy w postaci dreszczy, wielkich wahań temperatury wykonano antromastoidektomię, obnażono zatokę esowatą, ściana jej zmian nie wykazywała. Podczas operacji nakłuto zatokę esowatą, otrzymano krew płynną; również po operacji podczas kilku opatrunków nakłuwano zatokę zawsze jednak bez dodatniego wyniku. Po 10 dniach od operacji z powodu utrzymujących się w dalszym ciągu dreszczy, wahań temperatury oraz zapalenia stawów kolanowych, a potem biodrowego, przystąpiono do podwiązania żyły szyjnej. Na drugi dzień po podwiązaniu wszystkie objawy posocznicy ustąpiły.

W dyskusji zabiera głos Profesor *Laskiewicz*, zwracając uwagę na zupełnie odmienną patogenezę posocznicy pochodzenia usznego w dwóch przed-

stawionych przypadkach. Jeden przypadek typowy dla posocznicy, która rozwinęła się na drodze zakrzepu zatoki esowatej, przypadki takie spotyka się najczęściej; drugi przypadek jest ciekawszy i należy u osobników starszych do rzadkości — posocznica w ostatnim przypadku rozwinęła się bez zakrzepu zatoki esowatej. W ostatnim przypadku mamy do czynienia z posocznicą typu Körnera. Prelegent podkreśla z całym naciskiem jak ważną i konieczną jest rzeczą podwiązanie żyły szyjnej w przypadkach zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego przebiegających septycznie, chociażby zakrzepu w zatoce podczas operacji nie stwierdzono.

Kol. *Iwaszkiewicz* nadmienia, że w drugim przypadku można byłoby przypuszczać również istnienie pierwotnego zakrzepu opuszki żyły szyjnej.

Prof. *Laskiewicz* demonstruje chorego lat 22, u którego wykonał operację wycięcia migdałków w przebiegu ropnia okołomigdałkowego zewnętrznego o przebiegu septycznym. Prelegent opierając się na dotychczasowych wynikach operowanych przez siebie kilkunastu tego rodzaju przypadków, zachęca obecnych do szerszego stosowania tej metody w przypadku ropni okołomigdałkowych zewnętrznych o przebiegu septycznym, oraz tam, gdzie zwykłymi metodami opanować ropnia nie udaje się.

Tenże przedstawia pacjentkę lat 40, u której wykonał plastykę przetoki krtaniowo-tchawiczej sposobem Mangoldta. Pacjentka przed 14 laty na skutek zwężenia krtani i tchawicy po oparzeniu ługiem, operowana była w jednym ze szpitali prowincjonalnych, gdzie wykonano tracheotomię i nacięto pierścień chrząstki obrączkowej krtani. Wskutek tej wadliwej przetoki tchawiczej wystąpiło bliznowate zwężenie w okolicy podgłośniaowej z niemożnością dekanilacji. Pacjentka przyjęta została do kliniki, wykonano laryngofisurę, wycięto zwężające wewnątrzkrtaniowe i tchawicze blizny oraz założono podgłośniaową tamponadę rozszerzającą drenami gumowymi według Sargnion - Barlatier'a. Po otrzymaniu zupełnej drożności krtani i tchawicy przystąpiono do wszczepienia chrząstki żebra pod skórę w okolicy rany. Chrząstka ta zrosorbowała się po 10 latach. Wobec czego przystąpiono do ponownej plastyki spos. Mangoldta wszczepiając w tę okolicę pod skórę blaszkę kostną wyciętą z kości podudzia. Wszczepiona blaszka kostna wraz z okostną nie uległa resorbcji, to też po pewnym czasie (po 5-ciu mies.) wykonano plastykę zakrycia przetoki tchawiczo-krtaniowej za pomocą wszczepionej płytki kostnej pokrywając ją dodatkowo jeszcze warstwą mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, na to nasunięto od zewnątrz 2 symetryczne płyty skórne z najbliższego otoczenia. Efekt zabiegu jest bardzo dobry: już od 5 mies. drożność krtani i tchawicy dostateczna, przetoka tchawiczo-krtaniowa zakryta całkowicie.

Tenże. Omawia przypadek otogenego ropnia mózgu płata skr. przego, dotycz. pacjenta lat 42. Prelegent demonstruje preparat anatomiczny mózgu, gdzie widoczne są dwa ropnie obok siebie leżące w płacie skroniowym prawym oraz przetoka ropnia do komory bocznej. W omawianym przypadku ropień powstał w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem. Przypadek najpierw był operowany z powodu zapalenia błędnika — wykonano doszczętną operację błędnika spos. Neumanna. Sprawy operacją błędnika nie opanowano, zmiany ze strony opon oraz subtywne cierpienia chorego postępowały. Dokładne zbadanie neurologiczne potwierdzone przez zdjęcie rentgenowskie wypełnionych powietrzem

komór bocznych wykryto sprawę ogniskową umiejscowioną w prawym płacie skroniowym. Operacja potwierdziła w zupełności rozpoznanie: na głębokości 2—3 cm ku przodowi od tegmen tympani znaleziono ropień, z którego za pomocą strzykawki pobrano 24 cm³ gęstej cuchnącej ropy. Leczenie następowe nie mogło jednak opanować sprawy, nastąpiło zejście śmiertelne.

Kol. *Zakrzewski* demonstruje statyw używany w klinice do zdjęć kontrastowych oskrzeli, umożliwiający umieszczenie chorego w czasie napełniania oskrzeli lipiodolem w rozmaitych pozycjach. Zademonstrowano pokazową bronchografię u pacjenta z rozległymi rostrzeniami po prawej stronie.

Tenże. Demonstruje 19 klisz rentgenowskich przedstawiających rostrzenie różnych odcinków drzewa oskrzelowego oraz zwężenia oskrzeli i tchawicy.

Dnia 24 kwietnia 1938 r.

Obecnych członków 18.

Niniejsze posiedzenie miało charakter uroczystości poświęconej 25 leciu pracy zawodowo-lekarskiej Prof. A. Laskiewicza, Prezesa Sekcji, urządzonej przez obecnych i byłych asystentów Kliniki Oto-Lar. U. P.

I.

Przemówienie kol. Iwaszkiewicza w imieniu uczniów Profesora Laskiewicza.

II.

Przemówienie Profesora Laskiewicza.

III.

Demonstracje kliniczne.

1. Kol. *Zakrzewski* przedstawia pacjenta J. D., lat 52, który od kilku lat cierpiał na uporczywe krwawienia z nosa zwłaszcza po stronie prawej. Przy badaniu stwierdzono duży guz wypełniający prawą jamę nosową i związający do jamy nosowo-gardłowej. Guz o powierzchni równej, konsystencji twardej, silnie krwawiący przy dotknięciu. Po uprzednim podwiązaniu tętnicy szyjnej zewnętrznej, wykonano usunięcie guza wielkości jabłka, który przy badaniu histologicznym okazał się włókniakiem.

2. Kol. *Radzymiński* przedstawia pacjentkę lat 50, K. K., którą przewieziono do kliniki dnia 3. XII. Pacjentka narzeka na bóle ucha trwające od trzech dni. Stan obecny: pacjentka niespokojna, skarży się na uporczywe bóle głowy zwłaszcza po stronie lewej. Bolesność wyrostka sutkowego oraz wzdłuż żyły szyjnej po stronie lewej; sztywność karku. Z przewodu sł. zewn. lewego obfity wyciek ropy niecuchnącej. Błona bębnekowa z perforacją w tylnogórnym kwadrancie. Słuch typowy dla schorzenia narządu przewodzącego. Zdjęcie rentgenowskie wykazało zatarcie struktury komórek wyrostka I. Pleocytoza 1676 w 1 mm³. Na drugi dzień wykonano antromastoidectomię. Podczas operacji obnażono zatokę esowatą aż do poprzecznej, nacięto zatokę i usunięto zakrzep. Pacjentka nadal wysoko gorączkowała, tak, że po dwóch dniach musiano podwiązać żyłę szyjną wewnętrzną. W dal-



M. ZICHANČIČ



M. BURNŠTEJN



FOMBAČ - ROZARIN



T. KRISTINČIČ



A. KRISTINČIČ



B. ŠTILČIČ



I. PROHARČIČ



J. AVAMERLIČ



M. RABOŠIČ



A. ŠKARBEJČIČ



PROSTORNA PANA PROSTORNA
DOKTORSKI A. ŠTAMBERG
KONJE 45 LETA ŽIVO PRAC
1930/31

A. ŠTAMBERG



J. ŽNARČIČ



A. BRADČIČ



B. ŠTAMBERG



M. ŽITNIK



A. LONČIČ



B. ŠTAMBERG



B. ŠTAMBERG



H. HANČIČ



H. RAJČIČ



H. RAJČIČ



B. ŠTAMBERG



M. ŽITNIK



B. ŠTAMBERG



B. ŠTAMBERG



J. PROHARČIČ



A. BRADČIČ



B. ŠTAMBERG



szym przebiegu choroby powstały objawy posocznicy i zawał płuca prawego. Leczenie polegało na podawaniu środków nasercowych, srebrowych preparatów dożylnie i septazyny. Po sześciu tygodniach chora została wypisana z kliniki jako wyleczona.

5. Kol. *Zakrzewski* przedstawia pacjentkę G. M., lat 26, przyjętą do kliniki z powodu zapalenia ropnego zatak bocznych nosa po stronie lewej. (temp. 39° C). Po dwóch dniach pobytu w klinice wystąpiło zapalenie ucha środkowego l. i zapalenie stawu barkowego prawego. Wykonano endonasalne otwarcie zatoki czołowej, sitowej i szczękowej. Stan septyczny utrzymywał się w dalszym ciągu, przy czym ropienie zatoki szczękowej było bardzo obfite; bóle głowy nie ustępowały. Wykonano operację Caldwell-Luca, po której nastąpiła znaczna poprawa. Sprawa zapalna zatoki czołowej ustąpiła pod wpływem leczenia konserwatywnego.

4. Kol. *Radzywiński* przedstawia pacjenta R. P., lat 53, który w celach samobójczych przeciął sobie brzytwą krtani. Na oddziale chirurgicznym zeszty rana, rana zagoiła się per primam. Przesłany do tut. kliniki celem zbadania krtani. Badanie pacjenta wykazuje bliznę na szyi przebiegającą poziomo poprzez chrząstkę tarczycową długości 10 cm. Blizna na strunie wrzekomej lewej. Struny prawdziwe w $\frac{1}{4}$ przednim odcinku zrośnięte, tworzą jakgdyby pletwę. Drożność krtani dostateczna. Leczenie pacjenta polega na rozszerzaniu krtani za pomocą dilatatorów Schröttera.

5. Kol. *Zakrzewski*. Demonstruje pacjentkę D. M., lat 47, która zgłosiła się do kliniki z powodu silnej duszności trwającej rzekomo od kilku tygodni. Przy badaniu stwierdzono co następuje: błona śluzowa krtani sucha, różowa pokryta miejscami zasychającą wydzieliną. Po zastosowaniu inhalacji stwierdza się, iż przedsionek i struny głosowe są wolne, natomiast w okolicy podgłośniaowej po obu stronach wypuklenie bocznych ścian tchawicy, pokrytych niezmienną błoną śluzową. Pacjenta nie gorączkuje. Pobrana krew na odczyn Wassermanna dała odczyn wybitnie dodatni (++++). Leczenie swoiste już po tygodniu przyniosło drożność w okolicy podgłośniaowej.

6. *Tenże*. Demonstruje chorą lat 40, która, jak z wywiadów wynika, od $1\frac{1}{2}$ roku choruje na gardło — rozległe owrzodzenia na podniebieniu. Zgłaszała się do kilku lekarzy-specjalistów, którzy rozpoznawali zmiany kiłowe i w tym kierunku była leczona. Leczenie swoiste nie dawało poprawy, przeciwnie owrzodzenie powiększało się. Kilkakrotnie pobierane wycinki do badań histologicznych nie wykazywały zmian charakterystycznych, czy to dla jakiegoś zapalenia swoistego, czy też dla nowotworu. Nekroza podniebienia postępowala dalej, objęła całe podniebienie miękkie, przednie łuki i oba migdałki. Dopiero badanie histologiczne wykonane z języzka, który należało usunąć wraz z otaczającą tkanką martwiczą w obawie przed możliwością zaspłowania jej do dróg oddechowych, wykazało utkanie charakterystyczne dla mięsaka limfatycznego. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na charakter złośliwego rozrostu nowotworu, który był raczej infiltracyjny niż rozrostowy. Chorej zastosowano naświetlania promieniami X.

7. Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek dużych rozmiarów ropnia Citteliego dotyczący chorego lat 57, u którego, jak z wywiadów wynika, przed trzema tygodniami przed przybyciem do kliniki, po grypie, wystąpiło zapalenie ucha środkowego lewego. W ciągu pierwszego tygodnia obficie wyciekało z tego ucha, od 2 tygodni wycieku z ucha nie miał, wystą-

pili natomiast silne bóle w okolicy poza uchem lewym, obrzęk tej okolicy oraz niemożność poruszania głową i otwierania ust. Podczas badania stwierdzono co następuje: szczękocisk, nos bez zmian; poza małżowiną uszną poniżej wyrostka sutkowego i poza nim naciek bolesny na dotyk, skóra na nim napięta i zaczerwieniona. Głowę pacjent trzyma przykurczoną w stronę lewą. Błona bębnowa lewa zaczerwieniona. Przewód sł. zewn. opadnięty od góry do dołu. Wydzieliny ropnej w przewodzie brak. Wykonano antromastoidektomię. Wyrostek sutkowy o daleko posuniętych zmianach, pełen wydzieliny ropnej. W wyrostku stwierdzono dwie przetoki, jedna od tylnodolnej jego okolicy z obrębu zatoki esowatej, druga od fossa digastrica. Poprzez te przetoki z części miękkich — głębokich mięśni szyi wypływa gęsta ropa w dużej ilości (pół szklanki). Po dokładnym wytrepanowaniu wyrostka sutkowego z komórek, wykonano cięcie na szyi w miejscu największego wypuklenia długości 10 cm i założono dren, którego jeden koniec tkwił w jamie wytrepanowanej, drugi wyprowadzono nazewnątrz przez cięcie na szyi. Demonstrowany chory jest już dziesięć dni po operacji w stanie dobrym.

8. *Tenże*. Omawia ciała obce tchawicy i oskrzeli usunięte w ostatnich 5-ch miesiącach na drodze bronchoskopii, szczegółowiej omawiając przypadek ostatni dotyczący pacjenta S. Z. w wieku 11 miesięcy, którego przywieziono do kliniki w stanie duszności. Jak podają rodzice przed dwoma dniami pacjent wciągnął lupiny z jajka, po czym wystąpiła duszność. Prelegent usunął ciała obce na drodze tracheoskopii górnej najmniejszym numerem tracheoskopu Bruningsa. Po usunięciu ciała obcego, którym rzeczywiście okazała się lupina z jajka o rozmiarach 1,5 cm³, po kilkudniowym pobycie w klinice dziecko wypisane zostało do domu w stanie zupełnego zdrowia.

9. *Tenże*. Przedstawia pacjentkę K. J., lat 22, u której po grypie przed trzema tygodniami przed przybyciem do kliniki wystąpiły silne bóle ucha prawego. Podczas badania stwierdzono kontury wyrostka sutkowego zartarte, wyrostek na ucisk bolesny; w przewodzie s. z. w obfitej ilości ciecz ropna, błona bębnowa zgrubiała zaczerwieniona z perforacją w tylnodolnym odcinku. Wykonano szeroką mastoidektomię. Podczas operacji, przy wycieraniu w okolicy dolnego zakrętu zatoki krwawienie, które opanowano tamponując gazą jodoformową. Na drugi dzień po operacji wysoka temperatura z wyraźnymi wahaniami podczas dnia. Wobec stanu chorej przemawiającego za rozpoczynającą się posocznicą, na trzeci dzień przystąpiono do rewizji poprzedniej operacji. Odsłonięto zatokę esowatą, rozcięto ją, po uprzednim podwiązaniu żyły szyjnej wewnętrznej. W zatoce krew płynna. Podczas operacji musiano dojść aż do opuszki żyły szyjnej i tu w tym dolnym odcinku zatamponować zatokę — czyli wykonano zmodyfikowaną przez prelegenta operację Vossa. Przedstawiona pacjentka jest wyleczona.

10. *Kol. Zakrzewski* omawia przypadek ciała obcego w gardle dolnym, dotyczący umysłowochorej, lat 25, która w przeddzień przywiezienia jej do kliniki włożyła do gardła kamień o brzegach nierównych, wielkości dużej śliwki, a następnie palcami usiłowała go wepchnąć głębiej. Na wykonanym zdjęciu rentgenowskim stwierdzono ciało obce w gardle dolnym oraz odnę wśród części miękkich szyi, co łącznie z wyczuwalnym trzeszczeniem pod skórą szyi i klatki piersiowej pozwalało przypuszczać uszkodzenie bł. ślu.

gardła wzgl. przelyku. Wykonano ezofagoskopię, która wykazała rzeczywistość poszarpanie bł. śluzowej, zwłaszcza tylnej ściany gardła dolnego. Ciało obce tylko częściowo znajdowało się w gardle dolnym, większa jego część tkwiła już w śródpiersiu*tylnym. O usunięciu ciała obcego nie mogło być mowy. Pacjentkę skierowano na oddział chirurgiczny z którego była przywieziona, celem wykonania ezofagotomii zewnętrznej.

11. Kol. *Iwaszkiewicz* demonstruje pacjentkę lat 55, której z powodu przewlekłego ropotoku usznego i objawu przetokowego z subiektywnymi zawrotami głowy wykonał operację doszczętną zachowawczą. Ograniczono się w demonstrowanym przypadku do operacji zachowawczej ze względu na to, iż pacjentka prócz tego cierpi na przewlekły ropotok ucha drugiego z całkowitym wypadnięciem słuchu. Demonstrowana chora jest wyleczona, słuch jest nieco lepszy niż przed operacją, zawrotów głowy nie ma.

Na zakończenie uroczystego posiedzenia odbył się bankiet w restauracji „Continental”, podczas którego w imieniu byłych uczniów Profesora Laskiewicza przemawiali Dr Bylina, Dr Gerwel z Gdyni i Dr Banasiuk z Poznania, podkreślając wielkie zasługi Prof. Laskiewicza położone dla polskiej Otolaryngologii i dziękując Mu za tyle trudu położonego dla swoich asystentów.

Sekretarz: Dr *Iwaszkiewicz*.

Wiadomości bieżące.

Termin IV-go międzynarodowego Zjazdu O. R. L. w **Amsterdamie** został ustalony na **29 lipca do 5 sierpnia 1940 r.** Do komitetu honorowego weszli wybitniejsi otolaryngolodzy holenderscy w składzie następującym: Przew.: H. Burger, Amsterdam C, Kaisergrach 517. Sekret. gen. Dr A. A. J. H. Marres — Amsterdam Z, Willemsparkweg 51. Skarbnik: Dr M. J. ten Cate — Amsterdam Z, Obrechtstraat 55; prócz tego profesorowie Otolaryngologii: C. E. Benjamins — Groningen, P. H. G. van Gilse Leyda, P. Th. L. Kn. Wassenaar, A. de Kleyn — Amsterdam, F. H. Quix — Utrecht, W. Schutter — Groningen, H. J. L. Struysken — Breda.

Zmarli: Prof. A. Thost w wieku lat 85, emer. prof. i dyrektor kliniki Otolaryngologicznego U. w Hamburgu. Dr Leon Bellin w wieku lat 70 w St. Pierre — le Moutier (Nivernie) były asystent H. Luca, Chatteliera i Lermoyeza, były prezes Fr. T-wa Otolaryngol. znany ze swych prac o rozwoju komórki pow. wyrostka sutkowego, zapaleniach i nowotworach krtani. Prof. Dr M. Goerke, kierownik oddziału oto-laryngol. szpitala „Allerheiligen“ we Wrocławiu w wieku lat 60 (pochodził z Chorzowa).

Prof. H. Marschik został mianowany dyrektorem kliniki Otolaryngol. Uniw. (poprzednio prof. Neumanna) we Wiedniu. Prof. Klaus Vogel zastępcą kierownika kliniki Oto-laryngol. Charité w Berlinie. Prof. A. Laskiewicz został członkiem korespondentem Société Oto-Rhino-Laryngol. de Paris i Royal Society of Medicine w Londynie. Prof. Dr J. Szmurło został wybrany członkiem P. Akademii Umiejętności.

W miejsce projektowanego początkowo wspólnego Zjazdu Otolaryngologów austriackich i węgierskich odbył się w dniach 17—18 czerwca br. Zjazd węgierskiego T-wa Otolaryngol. w Budapeszcie z udziałem zaproszonych

przez T-wo referentów: Prof. A. Blohmkego z Królewca, (Stany septico-pyemiczne wychodzące z migdałków podnieb.). Šercera (Zagrzeb), (Symptomatologia i klinika ropni mózgowych pochodzenia usznego leczonych w klinice Oto-laryngol. Uniw. w Zagrzebiu). Dra Podesty z Argentyny, (Osteomyelitis petrosa — jej leczenie). Sokčica (Zagrzeb), (O rhinomanometrii). Kolischa (Bratysława), (Leczenie przewlekłych wyprysków przewodu słuch. zewn.). A. Gyergay'a (Cluj), (O nowym sposobie znieczulania jamy nosowogardłowej i Prof. Laskiewicza: (Lipiodografia ropni mózgowych, usznego i nosowego pochodzenia — ich leczenie). Sprawozdanie z tego Zjazdu w następnym n-rze.

W wyniku Konkursu Naukowego, zainicjowanego przez Instytucję i Stowarzyszenia, zajmujące się w Polsce problemem walki z rakiem, ogłoszonego celem uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego, Sąd Konkursowy na ostatnim Posiedzeniu w dniu 16 stycznia 1958 r. po uprzednim zapoznaniu się z pracami, zgłoszonymi na Konkurs w ilości dziesięciu, postanowił przyznać połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Immunitas Vincet, połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Stog oraz III nagrodę w sumie złotych 500 godłu: Wawel.

Autorami nagrodzonych prac okazali się: Dr Leontyn Dmochowski (Państwowy Zakład Higieny), który zgłosił **Badania doświadczalne nad nowo-tworami przeszczepialnymi**, Dr Dr Gottlieb, O. Spritzen i M. Taschner (Instytut badań nad rakiem w Krakowie), którzy podali **Badania doświadczalne nad działaniem ciał rakotwórczych** oraz Eugenia Stołyhłowa i Włodzimierz Nielipiński (Zakład Antropologii w Krakowie), którzy zgłosili **Badania nad współzależnością lokalizacji raka a typem rasowym**".

Konkurs na pracę naukową z zakresu hydrologii.

Celem zachęcenia do podjęcia prac z zakresu hydrologii Sekcja Naukowa Związku Lekarzy w Szczawnicy ogłasza konkurs na pracę naukową o wodach szczawnickich.

Warunki konkursu:

1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach.
3. Tematem prac mogą być spostrzeżenia kliniczne jak również doświadczalne z zakresu działania wód szczawnickich.
4. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w 5 egzemplarzach najpóźniej do dnia 1 lutego 1959 r. pod adresem: Sekcja Naukowa Związku Lekarzy w Szczawnicy. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
5. Ocenę prac nadesłanych przeprowadzi Sąd Konkursowy, w skład którego wchodzi: Przewodniczący — Prof. Dr Orłowski W. Członkowie — Prof. Prof. Dr Dr Januszkiewicz A., Jezierski W., Koskowski Wł., Sabatowski A., Szumowski Wł., Tempka T.
6. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 500 zł, II — 500 zł i III — 200 zł.

7. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród a pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs.

8. Przyznanie i rozdanie nagród nastąpi na 1-szym Zjeździe Lekarzy w Szczawnicy w 1959 r.

9. Zastrzega się prawo wykonania odbitek z prac nagrodzonych.

10. Wód szczawnickich w ilościach niezbędnych do wykonania prac dostarczy Dyrekcja Zakładu Zdrojowo-Kąpielowego A. hr. Stadnickiego a zapotrzebowanie należy skierować pod adresem Sekcji Naukowej Związku Lekarzy w Szczawnicy.

Za Zarząd

Sekretarz

(—) *Dr Kotarska-Dettloff H.*

Prezes

(—) *Dr. Werner A. K.*

XLIII-ci zjazd doroczny francuskiego T-wa Otolaryngologicznego odbędzie się w Paryżu w dniach 18—22 października 1958 r. Z tematów programowych wybrano: 1. Tuberculose de l'oreille ref. Collet-Mayoux i 2. L'exploration radiologique des tumeurs de l'hypopharynx et du larynx ref. Huet-Pétri. Przewodniczyć będzie Dr. Le-Mée (hôpital Necker w Paryżu).

XVIII-ty kongres T-wa Otolaryngologów niemieckich odbył się w dniach 4 czerwca br. w Bonn „Referat gł.: Nadoleczny (Monachium): Co musi wiedzieć lekarz specjalista chorób uszu, nosa, gardła o chorobach mowy i głosu.

W dniach 28—30 lipca odbędzie się międzynarodowy kongres logoped. foniatryczny w Salzburgu. Referat programowy: mutacje głosu i sygmatyzm.

X-ty zjazd Colleg. Am. Sacrum odbędzie się w Groningen w dn. 14—17 lipca br.

W dniach od 25 sierpnia do 2 września 1958 odbędzie się w szpitalu **Necker-Enfants-Malades Paryż**, rue de Sèvres 149 na Oddziale O. R. L. Dra J. Le Mée kurs bronchoezofagoskopii pod kierownictwem Dra A. Soulasa ze współudziałem Dra Chevalier Lawrence Jacksona (Filadelfia), Dra M Boniera (Montréal), J. Vialle (Paryż) i F. Eemana (Gandawa), Dra Costa Quinta (Lizbona) z objaśnieniami w języku angielskim, niemieckim i hiszpańskim.

Program obejmuje wykłady teoretyczne z techniki endoskopii krtani, tchawicy, oskrzeli, gardła dolnego, przełyku i żołądka, łącznie z ćwiczeniami praktycznymi w direkto-broncho-efozago-gastroskopii i technice wydobywania na zwłokach ciał obcych ze wspomnianych odcinków dróg oddechowych i pokarmowych. Nadto każdego dnia odbywać się będą wykłady teoretyczne dotyczące schorzeń ostrych i przewlekłych krtani, tchawicy i oskrzeli, ich związku z zagadnieniem astmy oraz schorzeń płucnych (lipidografia ropni i rozstrzeni oskrzelowych) u dorosłych i dzieci. Dr Chevalier Jackson omówi nadto leczenie nowotworów krtani i tchawicy. Ze względu na sprawną organizację ćwiczeń praktycznych ilość uczestników jest ograniczona do 15. Wpisowe wynosi 5000 fr. Kierować je pod adresem Dra J. Zhá. asystenta Oddziału O. R. L. szpitala Neckera 149 rue de Sèvres XVe Paris. Każdy uczestnik otrzyma dyplom odbytego kursu.



Prof. Dr G. Portmann.

Dyrektor kliniki Otolaryngologicznej Uniw. w Bordeaux, Senator R. Fr.
Komandor Legii Honorowej Fr.

I. Kurs praktyczny operacyjny z Oto-ryno-laryngologii w Paryżu (Hôpital-Clinique Piccini, 6 rue Piccini) od 20—27 października 1938 r. przy współudziale D-rów: J. Auzimour'a, Prof. D-ra Desponsa i D-ra P. Leduca.

Program:

Czwartek.

Godz. 9,50: Zawroty głowy — ich leczenie chirurgiczne.

15: Ostre zapalenie ucha środk.

16: Zapalenie zatok bocznych nosa — ich leczenie operacyjne.

Piątek.

9,50: Zapalenie wyrostka sutk., anatomia, patologia.

15: Leczenie operacyjne spraw zapalnych wyrostka sutk.

Sobota.

9,50: Zatoki sitowe, anatomia, patologia, chirurgia.

15: Trudności oddechania nosem.

Poniedziałek.

9,50: Guzy złośliwe kości szczękowej.

15: Migdałki, anatomia, patologia, chirurgia.

Wtorek.

9,50: Przewlekłe zapalenie ucha środkowego.

15: Leczenie operacyjne tych stanów zapalnych ucha środkowego.

Środa.

9,50: Guzy złośliwe krtani.

15: Chirurgia krtani.

W zakres tych wykładów wchodzi pokazy operacyjne odnośnych przypadków na chorych klinicznych. Każdy zabieg operacyjny jest poprzedzony wykładem teoretycznym i pokazem filmu operacyjnego. Opłata za kurs wynosi 500 fr., zapisy pod adresem Prof. Dr G. Portmann, Bordeaux, 25 bis Cours de Verdun.

II. Kurs dokształcający dla lekarzy specjalistów, (liczba ograniczona do 10-ciu uczestników). Prof. Dr Portmann przy współudziale D-rów: Leduc, Desponsa i Auzimoura w klinice O. R. L. wspomnianego prof. (klinika Piccini w Paryżu, 6 rue Piccini). Trwa od 8. XII. 1958—12. VI. 1959 r.

Wykłady kliniczne co środy, czwartki i piątki od godz. 9,30—12. Program obejmuje wykłady z anatomii, fizjologii, patologii ucha, nosa, gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli. Badanie kliniczne odnośnych przypadków, oraz pokazy zabiegów operacyjnych i endoskopowych, których każdy etap bywa objaśniany rysunkami na sterylizowanych kompresach podczas zabiegu. Następnie omawia się protokół pooperacyjny z uwzględnieniem szczegółów techniki zabiegu i wyjaśnieniem na stawiane pytania. Wpisowe 200 f. na ręce Prof. Portmanna Bordeaux, 25. Cours de Verdun.

III. Takież sam kurs dokształcający dla lekarzy specjalistów odbywa się pod przewodnictwem wspomnianego Profesora i jego asystentów prof. Desponsa, Bergera, Leduc i Barrauda przez cały rok szkolny w Klinice Uniwersyteckiej O. R. L. w Bordeaux.

IV. Nadto corocznie w mies. lipcu (4—17) urządza Prof. Portmann 2-tygodniowy kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rhino-laryngologii i ćwiczeniami na zwłokach dla lekarzy przy współudziale Profesorów: Despons, Dupièrè, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Rechou, Teulieres Broustet i Delmas-Marsalet, oraz asystentów kliniki Otolar. Każdy z wymienionych profesorów uwzględnia pogranicza otoryno-laryngologii z odpowiednimi działami wiedzy lekarskiej tj. interny, chirurgii, okulistyki, neurologii, pediatrii i dermatologii. Program szczegółowy p. Revue de Laryngol. Opłata za kurs ten wynosi 500 fr., które należy wysłać wraz ze zgłoszeniem do sekretariatu wydziału lek. w Brodeaux, względnie pod adresem Prof. Portmanna, Bordeaux, 25. bis Cours de Verdun.

Podręczniki i monografie Prof. Portmanna:

1. *Traité de technique opératoire Oto-Rhino-Laryngologique* wspólnie z D-rami H. Retrouvey, Despons, Leduc i Martinaud, str. 866, 467 fig. + 2 tablice barwne oprawne w płótno, 580 fr. + koszta wysyłki. Zawiera wyczerpujące przedstawienie obrazowe wszystkich zabiegów operacyjnych typowych z zakresu Oto-rhino-laryngol., omówienie techniki tych zabiegów i wskazań. Do nabycia: Delmas — Libraire. Bordeaux 6, place Saint-Christoly.

2. *L'Anesthésie Loco-Régionale en Oto-rhino-laryngologie et en Chirurgie cervico-faciale* wspólnie z P. Leduc, stron 321; 84 figur w tekście, cena 50 fr. Oct. Doin — Paris 8. Pl. de l'Odeon.

3. *Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires, et du naso-pharynx*, wspólnie z H. Retrouvey, stron 998, 248 fig. w tekście. Do nabycia w tej samej firmie.

4. *Les Otites moyennes aiguës et chron.*, wspólnie z K. Kistlerem, str. 211 i 77 figur, przeważnie zdjęć mikroskopowych w tekście, cena 70 fr. Do nabycia: Masson i Cie Paris. 120. Boulevard St. Germain.

5. *Consultation Oto-rhino-laryngologique du Practicien* wydanie 2-gie uzupełnione, 500 stron + 40 figur w tekście, wyd. 1954 we firmie G. Doin i Cie. Paris 8. Pl. de l'Odeon. Tłumaczone na wszystkie języki europejskie.

6. *Les Voies Aériennes et la Tuberculose*, wspólnie z H. Retrouvey i przedmową fizjologa prof. L. Bernarda. Masson i Cie. Paris 120. Bv. St. Germanin.

7. G. Portmann — Lapouge: — *L'amygdalectomie totale* — Monographie Oto-rhino-Laryngol. international. Edit. Portmann-Vernet. cena 55 fr., Delmas Ed. Bordeaux. 6. Pl. St. Christoly.

8. G. Portmann, R. Mathey-Cornati i H. Rousset: *Etude de la Radiographie en Phoniatrie* publ. Rev. de Laryngol. Otologie-Rhinologie i Rev. de Phoniatrie.

9. *Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, zał. przez Prof. E. J. Mourè'a, redaktor G. Portmann. Miesięcznik istniejący już 58 lat, zawiera obok cennych prac oryginalnych streszczenia ze wszystkich czasopism naukowych zagranicznych, posiedzeń i kongresów z naszej specjalności. Cena 160 fr. rocznie wyd.: Delmas Ed. Bordeaux. 6. Pl. St. Christoly.

Czwarty kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rynolaryngologii dla lekarzy od 1. VII. do 14. VII. 1938 w Klinice Oto-laryngolog. U. P. Fredry 7 pod kierownictwem Prof. A. Laskiewicza.

IV-ty kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rynolaryngologii dla lekarzy od 1. VII. do 14. VII. 1938 r. w Klinice Otolaryngologicznej U. P. Fredry 7, pod kierownictwem Prof. A. Laskiewicza ze współudziałem: Doc. Dra Skubiszewskiego (chirurga), Dra Warpechowskiego (neurologa), Dra Łączkowskiej (wady mowy) oraz asystentów Kliniki Otolaryngologicznej U. P. Drów: Iwaszkiewicza, Zakrzewskiego i Radzymińskiego.

1. VII. piątek Prof. Laskiewicz.

Godz. 9 —11,50. Repetitorium z anatomii i fizjologii nosa, zatok bocznych i gardła.

11,50—15. Anatomia topograficzna nerwów czaszkowych, jako wstęp do znieczulania przewodowego w oto-ryno-laryngologii. Tenże.

15,50—17. Repetitorium z patologii nosa, zatok bocznych i gardła z uwzględnieniem terapii. Tenże.

17 —18. Doc. Dr Skubiszewski: Transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-ryno-laryngologii. Klinika Otolar. U. P.

18 —19,50. Prof. Dr Laskiewicz: Znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologii.

2. VII. sobota.

8,50—16,50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.

10,50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach). Tenże.

- 15 16.50. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie przewodowe w rynologii, operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład Anatomii Opisowej U. P. Ul. Heliodora Świącieckiego.
- 16.50—17.50. Doc. Dr Skubiszewski: Schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowymi gardła i przełyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klin. Otolar. U. P.
- 17.50—19. Dr Iwaszkiewicz: Powikłania oczne i oczodołowe w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach zatok bocznych nosa.
4. VII. poniedziałek.
- 8.50—10.50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 10.50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 15.50—17.50. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje doszczętne zatok bocznych nosa, operacja transmaxillonasalna Moure'a. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomii opisowej.
- 17.50—19. Tenże: Zasady endoskopii górnych i dolnych dróg oddechowych. Klinika Otolaryng. U. P.
5. VII. wtorek.
- 8.50—11.50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 11.50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 16 —18.50. Repetitorium z anatomii i fizjologii narządu słuchowego i statycznego. Tenże.
6. VII. środa.
- 8.50—10.50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 10.50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 15.50—16.50. Kurs operacyjny wraz ćwiczeniami na zwłokach: znieczulenie miejscowe w otiatrii, antrotomia i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomii opisowej U. P.
- 16.50—18.50. Repetitorium z anatomii i fizjologii krtani — badanie krtani stroboskopem. Tenże. Klinika Otolaryng. U. P.
- 18.50—20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z Dr Zakrzewskim.

7. VII. czwartek.

- 9—11. Zabiegi operacyjne mniejsze, mukotomia, eperotomia, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne zatoki szczękowej, endonasalne otwarcie zatok bocznych nosa. Prof. Dr Laskiewicz.
- 11,50—15,50. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże.
- 15,50—17. Diatermia, elektrokoagulacja i fototerapia w praktyce otoryno-laryngologicznej. Tenże wspólnie z Dr Zakrzewskim.
- 17 —18,50. Dr Iwaszkiewicz: Schorzenia ucha środkowego i ich powikłania u osesków.
- 18,50—19,50. Dr Zakrzewski: Rentgenodiagnostyka ucha i schorzeń zatok bocznych nosa.

8. VII. piątek.

- 8,50—10,50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 10,50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 15 —16. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej, oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomii opisowej U. P.).
- 16,50—18. Badanie narządu statycznego. Tenże wspólnie z Dr Zakrzewskim. Klinika Otolaryng. U. P.
- 18 —19,50. Dr Warpechowski: Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i mózdzku (w szczególności w związku z nerwem VIII-ym), ze stanowiska neurologii.

9. VII. sobota.

- 8,50—10,50. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 10,50—15. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 15 —17. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: tracheotomia, laryngofissura, oesophagotomia externa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomii opisowej Uniw. Pozn.).
- 17 —18. Doc. Dr Skubiszewski: Schorzenia tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem zmian chorobowych, występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika Otolaryngol. U. P.
- 18,50—19,50. Pokaz filmu badania narządu statycznego.

11. VII. poniedziałek.

- 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: Adenotomia, tonsillektomia modo Sluder i Portmann. Prof. Laskiewicz.
- 11 —15,50. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.
- 15,50—17,50. Tracheobronchoskopia. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Tenże. Klinika Otolaryng. U. P.
- 17,50—19. Endoskopia gardła dolnego i przełyku z ćwiczeniami na psach. Tenże.
- 19 —20. Nowotwory gardła i krtani i sposoby ich leczenia. Tenże.

12. VII. wtorek.

- 8,50—10,50. Pokazy operacyjne ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.
- 10,50—15. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapii zmian specyficznych w krtani (tbc, lues) na przypadkach. Tenże.
- 15,50—16,50. Tracheo-broncho-oesophagoskopia z ćwiczeniami na psach. Tenże.
- 16,50—19. Dr Warpechowski: Diagnostyka i terapia zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika Oto-Laryng. U. P.

15. VII. środa.

- 9 —11,50. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtani z uwzględnieniem leczenia zwężeń krtani i tchawicy.
- 11,50—15 Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego.
- 15,50—18. Dr Łączkowska: Klasyfikacja wad mowy i głosu.
- 18 —19,50. Prof. Laskiewicz: Stany posocznicowe pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych.

14. VII. czwartek.

- 8,50—11. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu, ewentualne zabiegi operacyjne mniejsze) na przypadkach. A. Laskiewicz.
- 11,50—12,50. Dr Radzymiński: Problem alergii i anafilaksji w otorynolaryngologii.
- 16,50—17,50. Tracheo-broncho-oesofagoskopia na przypadkach klinicznych. A. Laskiewicz.
- 17,50—18,50. Dr Zakrzewski: Zasady leczenia wzięwaniami chorób górnych dróg oddechowych.
27. VI. Zamknięcie kursu.

Oplata za kurs wynosi 80 zł, którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przelać na ręce Prof. Laskiewicza. Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją, kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

Ważniejsze czasopisma zagraniczne z dziedziny Otolaryngologii:

1. *Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie* publ. p. C. Portmann publication periodique mensuelle 160 fr. abon. p. an. Delmas Edit. Bordeaux 6 pl. St. Christoly.

2. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*. Direct. de la redaction: F. Lemaître, A. Hautant. Redacteurs: J. Ramadier, R. Causeé. abon. 150 fr. p. an. Edit.: Masson & Cie, 120 boulev. St. Germain, Paris.

3. *Acta Oto-Laryngologica* red. G. Holmgren adj.: Z Lenart (Budapest), F. Leegaard (Oslo), Burger (Amsterdam), A. Meurmann (Helsingfors), F. R. Nager (Zurich), E. Schmiegelow (Kobenhavn) abonament r. 25 K. szwedzkich, Adm. G. Holmgren, Stockholm, Sabatsberg-Sjukhus.

4. *Monatschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie*, Red.: Hofer E. Urbantschitsch — H. Marschik. Verl.: Urban-Schwarzenberg, Wien IX, Frank-Gasse 4. abon. roczny: 54.75 zł.

5. *Annals of Otology-Rhinology and Laryngology*. Edit. L. W. Dean — A. W. Proetz. St. Louis — kwartalnik, abonament roczny: 6,80 dol. am. bez kosztów wysyłki. Red. Admin.: Annals Publishing Co., St. Louis M. O. — U. S. A.

6. *The laryngoscope* — miesięcznik. Red.: Chevalier Jackson, Mosher, Packard St. Clair Thomson. Adres red.: London Henrietta. Str. 8, cena 6 dol. am. rocznie.

7. *Bronchoscopie-Oesophagoscopie-Gastoscopie*, organ de la Soc. Broncho-Oesophagoscopie de la langue franc. Kwartalnik r. 80 fr. Rred.: A. Soulas Paris XVI, rue Magdebourg 14.

8. *Zeitschrift f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilkunde*. Red.: v. Eicken — Hegener — Lange. — Verl. J. Springer, Berlin; wychodzi zależnie od ilości prac co 2 miesiące. Tom w cenie 50—45 RM.

9. *Zentralblatt f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilkunde s. w. Grenzgebiete*. Red.: Beyer-Güttich, wychodzi zeszytami co 5 tygodnie. Cena tomu (12 zeszytów) 68 RM. Zawiera streszczenia ze wszystkich czasopism i prac autorów zagranicznych z naszej specjalności. Nakład G. Springer, Berlin.

10. *Der Hals- Nasen- u. Ohrenarzt* (przedtem *Folia Otolaryngologica*) wydawcy: Prof. A. Herrmann, Erfurt, Knick, Lipsk i H. Marx, Würzburg; wychodzi co miesiąc, cena za zeszyt od 9—12 RM. Nakład: Curt Kabitsch — Lipsk.

11. *Practica Oto-laryngologica* (dawn. *Passows-Schäfer Beiträge*) kwartalnik red. Berberich-Schlittler, nakład: S. Karger-Bazylea.

SPIS RZECZY TOMU XIV.

	Str.
<i>J. Biber.</i> Stosowanie „plomb“ leczniczych w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego	257
<i>J. Danielewicz.</i> Zastosowanie rurki tehawiczej do drenażu w przypadkach ropienia szczytu piramidy z ropniem zewnątrzoponowym	387
<i>E. Demiańczyk.</i> Pierwotna promienica ucha środkowego	273
<i>A. Dobrzański.</i> Obraz kliniczny agranulocytozy lub tzw. angina agranulocytica	366
— Przyczynnik do sposobów operacyjnych zniekształcenia wrodzonego małżowiny ustnej	323
— Zwężenia krtani i tehawicy	337
<i>B. Dylewski.</i> Badania nad czynnością narządu statycznego u niewidomych i źle widzących	379
<i>T. Germal.</i> Do kazuistyki ciał obcych oskrzeli — przypadek trudnej ekstrakcji	384
<i>W. Hassman.</i> Rzadkie przypadki pierwotnego mięsaka tehawicy i pierwotnego mięsaka pozagardłowego	369
<i>J. Iwaszkiewicz.</i> Zapalenie komórek piramidy kości skalistej w świetle badań lat ostatnich i własnych spostrzeżeń	166
— Skleroterapia przewlekłych nieżytów nosa w szczególności ich form naczyńiowych i naczyńioruchowych	443
— Do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego	327
<i>L. Koenigstein.</i> Uśpienie dożylnie w Klinice U. J. P.	247
<i>H. Kompf.</i> Przypadek pierwotnego zapalenia szpiku kostnego podstawy czaszki	379
<i>A. Laskiewicz.</i> Nowy przyrząd do badania bezpośredniego krtani	250
— Utkanie adenoidalne krtani i jego stosunek do rozmieszczenia nacieków zapalnych w jej wnętrzu	209
— W sprawie osteomyelitis petro-squamo-mastoidea u dzieci	399
— W sprawie powikłań septycznych i septico-pyemicznych wychodzących z nosa, gardła i jamy ustnej	622
— Przyczynnik do plastyki krtani i tehawicy sposobem Mangoldta	670
— 42-gi Kongres Francuskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego w Paryżu 18—22. X. 1957	680
<i>H. Lewenfisz.</i> Sposób tamowania gwałtownych krwiotoków z tylnej części przegrody nosowej	411
<i>M. Łączkowska.</i> Przypadek afazji sensorycznej wrodzonej	364
<i>W. Maciukiewiczowa i S. Mittendorf-Sawicz.</i> Podstawowa przemiana materii przy przerostach migdałkach	392

	Str.
<i>J. Miodoński.</i> O wskazaniach do zabiegów na błędniku w przebiegu schorzeń zapalnych ucha środkowego	5
— Przyczynek do techniki rozszerzania zwiężeń krtoniowo-tęchawiczych przy pomocy drenów gumowych	345
<i>S. Mittendorf-Sawicz.</i> Przypadek ropnia mózgowego w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego	214
<i>A. Radzymiński.</i> W sprawie zachowania się górnych dróg oddechowych u pracowników piekarskich	255
— Wrażenia z kursu dokształcającego z otorynolaryngologii prof. Portmanna w Bordeaux 4—17. VII. 1957	284
— O leczeniu ostrego nieżytu nosa Adrianolem	555
<i>J. Skórski.</i> O wolu śródkrtoniowotęchawiczym	111
<i>J. Spira.</i> O krwiopochodnej gruźlicy krtoni	198
<i>A. Wadoń.</i> Plasmocytoma dróg oddechowych, przyczynek kazuistyczny do spraw rozrostowych komórek plasmatycznych	599
— Uszne powikłania zapalne części miękkich podstawy czaszki, szyi i karku	467
<i>A. Wolfson.</i> Aseptyczna wędrowka ciała obcego (igły do szycia), utkwionego w mięśniach gardła dolnego	561
<i>A. Zakrzewski.</i> Leczenie chlorem gazowym przewlekłych ropnych zapaleń ucha środkowego	268
— Technika lipiodografii oskrzelowej	416
<i>A. Zakrzewski i A. Schreiber.</i> O tomografii krtoni	545
<i>D. Zuberbier.</i> O leczeniu raka krtoni promieniami X	158



Uśmierza podniecenie,
sprowadza ukojenie i sen

SOMNALIN

bromodwuetylaoacetylomocznik

S P O S Ó B U Ż Y C I A :

2-3 tabletki dziennie; jako hypnoticum 1-2 tabl. z ciepłą wodą na 1-2 godz. przed udaniem się na spoczynek.

W mobilizowaniu sił obronnych ustroju, zdolnych do walki z zarazkiem lub z jego jadowitymi produktami

zalecamy szczepionkę

SISTOFEBRIN

zawierającą z jednej strony niecho-
robotwórcze grzybki, z drugiej —
ciała gronkowców, paciorkowców i pneumokoków
(n. b. zabite i w zawiesinie).

Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

FR. KARPIŃSKI,

S. A.

Warszawa, ul. Wolność 7/9

PROPIDON

Bulionowa szczepionka mieszana prof. Delbet'a.
Ampułki po 4 cm³, 2 cm³ i 1 cm³

ALGORHIN

Środek antyseptyczny i przeciwzapalny.
Wszelkie cierpienia górnych dróg oddechowych.
Zapalenie błony śluzowej nosa, krtani, gardła
i oskrzeli. Flakony po 10 g i 50 g.

ALGORHIN-PULVERISATOR

Specjalny rozpylacz do cieczy oleistych.

POLOCAIN

Znakomity znany środek do znieczuleń.
Wstrzykiwania wyjałowione (szkło neutralne).
Polocain 1⁰/₀ i 2⁰/₀ w ampułkach po 1 cm³, 5 cm³ i 10 cm³.
Polocain 1⁰/₀ i 2⁰/₀ c. adrenalin w ampułkach po: 1 cm³,
2 cm³, 5 cm³ i 10 cm³.

S T A B I L

Hydrogenium hyperoxydatum w tabletkach.
Rurka 10 tabletek po 1 g.

Przemysł.-Handlowe Zakłady Chemiczne
LUDWIK SPIESS i SYN,
Sp. Akc. — WARSZAWA