

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

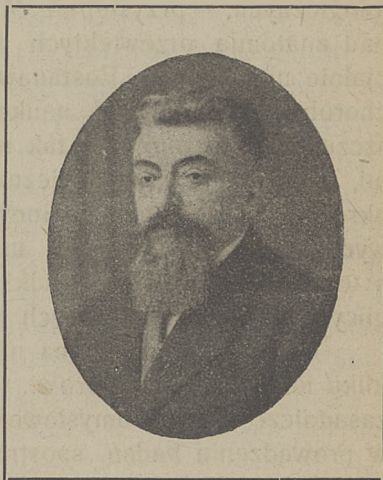
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

## Juljusz Mutermilch

(Wspomnienie pozgonne)

Urodzony w Warszawie 8-go września 1861 r. spędził Mutermilch lata dziecinne i pierwszy okres wieku młodzieńczego zdala od kraju — w Kiszyniowie i Kamieńcu Podolskim i tam rozpoczął nauki gimnazjalne; po powrocie do Warszawy w 1879 r. ukończył w 1871 r. VI-e gimnazjum, poczem wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego; dyplom lekarski uzyskał w 1886 r.

Zamiłowanie do nauk biologicznych i względnie dobre przygotowanie teoretyczne, nabyte w kołach samokształcenia w okresie gimnazjalnym, oraz wrodzony krytycyzm sprawiły, że Mutermilch, wstępując na wydział lekarski, zdawał sobie sprawę lepiej, niż przeciętny student, czego przedewszystkiem i w jaki sposób uczyć się należy, aby zdobyć nawet w warunkach niepomyślnych niezbędny zasób wiadomości podstawowych; nad anatomią i fizjologią, a później nad patologią i anatomią pato-



ogiczną, pracował bardzo sumiennie i wiele czasu poświęcał zajęciom w pracowni prof. Hoyera.

Jako student czwartego i piątego kursu zaczął uczęszczać do Szpitala Starozakonnych, aby korzystać z bogatego materiału klinicznego na oddziale wewnętrznym Grosterna i ocznym Kramsztyka; ta okoliczność wpłynęła nawet do pewnego stopnia na wybór specjalności: pierwotnie myślał o chirurgji—wybrał ostatecznie okulistykę.

Po ukończeniu uniwersytetu zaczyna w 1887 r. systematycznie już pracować w charakterze asystenta Kramsztyka na oddziale ocznym i w ambulatorjum szpitalnem, a jednocześnie gorliwie oddaje się pracy laboratoryjnej pod kierunkiem Elzenberga w świeżo urządzonej przez tegoż pracowni szpitalnej. W 1889 r. wyjeżdża na paromiesięczne studia do Paryża.

Po dwóch latach gruntownej i sumiennej pracy, już jako lekarz z dużem doświadczeniem własnem, nabytem na bogatym materiale klinicznym, obeznany dokładnie z literaturą swej specjalności i należycie przygotowany do badań anatomo-patologicznych, — przystępuje Mutermilch do pracy samodzielnej nad anatomją przewlekłych zapaleń łącznicy wogóle, a specjalnie nad jaglicą. Postanawia poddać całą tę zawiłą sprawę chorobową gruntownej naukowej rewizji, aby zrozumieć poszczególne jej okresy z tak różnorodnemi objawami klinicznemi, powiązać je w biologiczną całość, wyjaśnić istotę jaglicy, określić jej stosunek do innych przewlekłych spraw chorobowych, przebiegających w ustroju ludzkim, ustalić etiologję, a tem samem wskazać środki, zapobiegające szerzeniu się jaglicy—jednej z najcięższych naszych klęsk społecznych.

Praca ta, zakreślona na tak obszerną skalę, wypełniła kilka lat życia jej autorowi. Uwydatniły się w niej wszystkie zasadnicze cechy umysłowości Mutermilcha: samodzielność w prowadzeniu badań, spostrzegawczość, sumiennosc i dokładność; śmiałość i odwaga w wygłaszaniu poglądów, które obracały w niwecz dotychczasowe teorje wielkich powag okulistycznych; zdolność odróżniania zmian zasadniczych od drugorzędnych; umiejętnosc wyprowadzania wniosków ogólnych z poszczególnych faktów oraz wielka treściwość i jasność wykładu.

Mutermilch dał istotnie teorię jaglicy: całkowitą, skończoną i wszechstronnie uzasadnioną; praca jego o jaglicy, ściśle naukowa i nawskroś oryginalna, jest jedną z najbardziej wartościowych w piśmiennictwie okulistycznym. Badania nad jaglicą nie wyczerpują całkowicie zasług, jakie M. położył dla okulistyki. Opanowawszy w krótkim czasie technikę operacyjną, wyrobił się po kilku latach pobytu na oddziale na doskonałego i nadzwyczaj sumiennego operatora — miał w tym kierunku talent wybitny. Nie zadawałniały go wyniki operacyjne dobre, — pragnął — szczególnie przy operacji zaćmy — wyników idealnych, zarówno pod względem optycznym, jak i estetycznym. Szukał też ciągle dróg i sposobów doskonalenia techniki operacyjnej oraz zapobiegania wszelkim niepożądanym powikłaniom okresu pooperacyjnego, zarówno drobnym, które przedłużają tylko okres gojenia się rany lub wywołują zaćmę wtórną, a więc potrzebę nowego zabiegu operacyjnego — jak i ciężkim, które, doprowadzając do zakażenia wewnątrzgąłkowego, niszczą całkowicie wynik operacji i narażają pacjenta na silne bóle.

Już w 1893 r., na podstawie rozważań teoretycznych, wprowadza Mutermilch uprzednią atropinizację oka przed operacją zaćmy; pomysł ten w zastosowaniu praktycznym okazał się nader cennym, a uzasadnienie jego zupełnie słusznem. Atropinizacja oka przed operacją zaćmy zyskała na oddziale prawo obywatelstwa, katarakta wtórna stała się zjawiskiem wyjątkowym, traktowanie chorych w okresie pooperacyjnym uprościło się znakomicie. Z czasem okazało się nadto, że zachowanie się oka względem atropiny daje nader cenne wskazówki odnośnie wyboru samego sposobu operacji, ostrzega — rzecz można — operatora przed niespodziankami, a przez to przyczynia się do osiągnięcia zupełnie dobrego wyniku operacyjnego w przypadkach, które operowane bez atropiny, skończyłyby się albo zupełnie niepomyślnie, albo dałyby wynik optyczny mierny.

W 1900 r. zostaje Mutermilch ordynatorem oddziału ocznego i dokłada wszelkich starań, aby uczynić zeń oddział wzorowy; w ciągu długich lat drogą ciągłego doskonalenia, prób i uzupełnień doszedł do ustalenia własnej metody przygotowywania oka do operacji wewnątrzgąłkowych, zabezpieczającej przed najgroźniejszym wrogiem każdego okulisty operatora — przed

zakażeniem pooperacyjnym. Dzięki tej metodzie oraz znakomitej technice operacyjnej, liczba strat z powodu tego fatalnego powikłania staje się minimalna: oddział może współzawodniczyć z pierwszorzędnymi klinikami. Zapis, uczyniony przez I. Bernsteina na rzecz oddziału, pozwolił Mutermilchowi na wcielenie w życie gorącego od lat wielu pragnienia, mianowicie urządzenia na potrzeby oddziału należycie w środki pomocnicze zaopatrzonej pracowni dla badań anatomopatologicznych.

Wkrótce po jej urządzeniu przystąpił Mutermilch do badań nad niedostatecznie jeszcze naukowo opracowanym, aczkolwiek bardzo częstym cierpieniem oka — nad jaskrą.

Wywołana przez zawieruchę wojenną dezorganizacja życia szpitalnego spowodowała długą w tych badaniach przerwę; przed rokiem wrócił do nich Mutermilch i prowadził je nader gorliwie, pragnąc na zjeździe okulistów zakomunikować dotychczasowe rezultaty i rzucić zarys swojej teorii jaskry, gdy nagła niemal śmierć 26 listopada 1921 r. położyła przedwcześnie kres jego życiu.

36 lat poświęcił gorliwej, sumiennej i bardzo owocnej pracy dla szpitala; wybitnych zdolności lekarz i pierwszorzędny operator był jednym z najdzielniejszych jego pracowników.

Szpital i rozległa praktyka nie pochłaniały Mutermilcha całkowicie; światły obywatel — brał czynny udział w pracy społecznej; wszelkie poczynania kulturalno-oświatowe mogły zawsze liczyć nie tylko na jego ofiarność, ale i na współpracę; zwłaszcza sprawy szkolnictwa i wychowania etycznego młodzieży leżały mu bardzo na sercu.

Człowiek o wysokiej kulturze umysłu i uczuć, nieskazitelnej prawości, gorący i odważny rzecznik naszczytniejszych ludzkich ideałów, nie goniący za popularnością, światły i ofiarny obywatel — pozostawia Mutermilch głęboki żal i niezatarte po sobie wspomnienie wśród wszystkich, którzy bliżej znali Jego szlachetnego ducha.

Cześć Jego pamięci!

*Stanisława Popławska.*

## Spis prac Juljusza Mutermilcha.

1. Anatomia przewlekłych zapaleń łącznicy (Gaz. Lek. 1891 i 1892).
2. O istocie jaglicy (Gaz. Lek. 92).
3. Etiologia jaglicy (Med. i Gaz. Lek. 1900).
4. Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych (Med. i Gaz. Lek. 1900).
5. Operacja zaćmy bez irydektomji na oku atropinizowanym (Gaz. Lek. 1893).
6. Kilka uwag krytycznych w kwestyi wstrzykiwań sublimatu pod łącznicę oka (Gaz. Lek. 1894).
7. O przyczynach zapalnych powikłań przy operacji zaćmy (Gaz. Lek. 1895).
8. O znaczeniu uprzedniej atropinizacji oka przy operacji zaćmy (Gaz. Lek. 1896).
9. Co to jest zapalenie (Kryt. Lek. 1897).
10. O istocie tak zwanych zapaleń przewlekłych (Gaz. Lek. 1900).
11. O przytwierdzeniu płata śluzowego przy plastycznej operacji brzegu powiekowego (Gaz. Lek. 1909).
12. O ile gruźlica jest zaraźliwą (Kryt. Lek. 1901).
13. Odczyt prof. Kocha o zwalczaniu gruźlicy w oświetleniu krytycznem (Kryt. Lek. 1901).
14. Stanowisko gruźlicy w rodzinie chorób zakaźnych (Kryt. Lek. 1901).
15. O wzajemnem wykluczaniu się pewnych postaci chorobowych (Kryt. Lek. 1901).
16. Über die Aetiologie und das Wesen des Trachoms mit 2 v. Graefes Archiv. f. Ophthalologia 1910).

---

## O przygotowaniu oka do operacji wewnętrzzałkowej

podał

**Kazimierz Szwarzenberg.**

Asystent oddziału ocznego

---

Pod przygotowaniem oka do operacji w jego wnętrzu — w szerszem tego słowa znaczeniu — rozumieć należy te zabiegi, które wykonywamy od chwili ustalenia rozpozna-

nia do momentu wklucia noża Graefe'go, wzgl. lancy, t. j. gdy przystępujemy do usunięcia soczewki lub wycięcia części tęczy, gdyż te dwa typy operacji wewnątrzgalkowej — jako najbardziej podstawowe — mamy tu na względzie. A ponieważ usuwanie soczewki i wycinanie części tęczy w przeważnej liczbie przypadków odbywa się z powodu jaskry oraz zaćmy starczej, chorób ludzi w wieku podeszłym, to też główny materiał do operacji wewnątrzgalkowych stanowią oczy ludzi starych. U chorych tych znacznie częściej, niż u młodych, przygotowanie oka do operacji wewnątrzgalkowej nastęrczyć może znaczne trudności, przedewszystkiem w postaci powikłań ze strony organów łzowych, łącznic powiekowych, gruczołów Meibom'a. Pamiętać też trzeba i o stanie ogólnym zdrowia, który zresztą stosunkowo mniejszą gra rolę, bo, jak wiadomo, nawet białkomocz i choroba cukrowa nie stanowią przeciwskazania do operacji wewnątrzgalkowej, gdy przeprowadzimy — rzecz jasna — uprzednio odpowiednią kurację dietetyczną.

Daleko poważniej wikła się przygotowanie oka do operacji w tych przypadkach, gdy woreczek łzowy oka, które ma być operowane, znajduje się w stanie ropnego zapalenia. Dla leczenia cierpień dróg łzowych obrano na oddziale naszym, na mocy wieloletniego doświadczenia, metodę zachowawczą, a więc sondowanie z następczem przemywaniem. Stosowanie tej metody leczenia jest, jak wiadomo, bardzo zmuadne, lecz nie daje — w przeciwieństwie do usuwania woreczka łzowego — następczego stałego łzawienia, które u ludzi w starszym wieku stworzyć może bardzo uporczywe cierpienia skóry twarzy. Następnie podkreślić trzeba, że wszelkie cierpienia łącznic powiek, począwszy od postaci najbardziej łagodnych, a skończywszy na jaglicy, muszą być przed operacją albo zupełnie wyleczone, albo też doprowadzone do stanu stosunkowo najlepszego. To samo dotyczy cierpień brzegów powiekowych, które zdarzają się zresztą niezbyt często.

We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem tych, w których jest choćby najmniejsze podejrzenie na jaskrę pierwotną czy wtórną, wkraplamy dla celów rozpoznawczych do oka, które ma być w przyszłości operowane, jednorazowo  $\frac{1}{2}\%$  rozczyn atropiny. O kilka dni przed ope-

racją zabieg ten wznawiamy i do momentu operacji oko już stale atropinizujemy. Postępując tak, wychodzimy z założeń, wskazanych w pracach Mutermilcha: „Operacja zaćmy bez irydektomji na oku atropinizowanym“ (1893) i „O znaczeniu uprzedniej atropinizacji oka przy operacji zaćmy“ (1896). Podstawą słuszną tej metody postępowania jest to, że, po pierwsze, manipulowanie niektórymi narzędziami, jak cystotom i pinceta torebkowa, znacznie jest ułatwione, powtórze — że dzięki działaniu atropiny wpływamy hamująco na tworzenie się po operacji stałych zrostów tęczy z nieusuniętymi resztkami zmętniałej soczewki. A że działanie atropiny w oku operowanym jest dość długotrwałe, to też dzięki temu unika się częstej zmiany opatrunków. Wreszcie, jak pokazało doświadczenie oddziały Mutermilcha, przedoperacyjna atropinizacja oka albo zupełnie usuwa, albo też znacznie osłabia natężenie objawów zapalnych pochodzenia urazowego, a więc i operacyjnego; następnie znacznie podnosi kurczliwość oraz sprężystość tęczy. Dzięki temu właśnie liczba wypadnięć tęczy przy operacji zaćmy bez irydektomji spadła z 15 do 4 na 100.

Prócz wymienionych wyżej korzyści, które daje nam przedoperacyjna atropinizacja oka z zaćmą,—jest ona do pewnego stopnia środkiem ujawniania powikłań, które wystąpić mogą w czasie samej operacji. A mamy tu na myśli powikłania niekiedy bardzo ciężkie ze strony rozrzedzonego ciała szklistego, nadwichniętej, choćby i nieznacznie, soczewki oraz z powodu zgrubienia lub przerostu oddzielnych włókien Zonula Zinnii; wszystkie te zjawiska ujawnić się wtedy właśnie mogą, o ile się okaże, że źrenica od atropiny rozszerza się, lecz nie maksymalnie. Objaw taki w poszczególnych wypadkach każe przewidywać potrzebę wydobycia soczewki za pomocą łyżeczki Daviel'a.

Co się tyczy momentu, bezpośrednio poprzedzającego operację wewnątrzgałkową, to choremu po wykonanej w przeddzień wieczorem kąpieli, przebraniu w czystą bieliznę i krótkim zcięciu brwi, wkrapla się do oka, które ma być operowane 3% roztwór kokainy. Kokainizujemy każde oko, zakwalifikowane do operacji; wyjątek stanowią oczy cierpiących na jaskrę, które znieczulamy dopiero na stole operacyjnym, po umyciu, o kilka minut przed wkluciem noża trójganiastego.

Postępujemy tak w celu uniknięcia rozszerzenia źrenicy po kokainie i usunięcia warunków, sprzyjających krwotokom, niekiedy bardzo znacznym. Po znieczuleniu oka następuje dłuższy nieco zabieg mycia oka i jego okolic. W tym celu przedewszystkiem przestrzykujemy przekroplonym i wyjałowionym roztworem kwasu bornego odpowiedni kanał noso-łzowy. Jeżeli płyn przechodzi zupełnie dobrze—wystarcza jednorazowe przestrzyknięcie; jeżeli kanał był uprzednio leczony — należy przestrzyknąć kilkakrotnie. Po przebytej sprawie ropnej woreczka łzowego należy pozatem po kilkakrotnem przestrzyknięciu, punkt łzowy, względnie otvorek rozczepionego kanałiku, posmarować jodyną. Przechodzimy następnie do mycia mydłem zarówno skóry powiek, jak i otaczającej oko powierzchnii jej. Następnie myjemy mydłem brzegi powiek, lecz uprzednio przeprowadzamy je przez całą długość między mocno ściśniętymi wielkimi palcami obu dłoni, a to w celu zupełnego usunięcia zawartości z przewodów gruczołów Meiboma. Wreszcie przystępujemy do oczyszczenia worków łącznicowych, co uskuteczniamy w ten sam sposób, jak gdy myjemy skórę i brzegi powiek, a więc mydłem, wyjałowionym roztworem kwasu bornego i watą. Chorzy kokainizowani nie reagują zupełnie na ten mechaniczny sposób oczyszczania łącznic powiek. Ale i cierpiący na jaskrę—więc nie kokainizowani—pozwalają również zupełnie swobodnie wykonać wskazany zabieg. Umyty w ten sposób chory przechodzi na stół operacyjny, gdzie po znieczuleniu oka kokainą po raz wtóry i ostatni, — a u cierpiących na jaskrę po raz pierwszy i zarazem ostatni — przemywa się obficie worek łącznicowy ciepłym wyjałowionym roztworem kwasu bornego w celu usunięcia powstałych po myciu strupów. Chorym, leczonym uprzednio z powodu ciężkiej postaci przewlekłych zapaleń łącznic, więc i jałgicy, odkażamy jodyną łącznice powiek i fałdy przejściowe, nie zachodząc na łącznicę galkową. Gdy to wszystko wykonano — następuje dopiero moment wkłucia noża Graefe'go, względnie trójgraniastego.

Jak z powyższego wynika, nasz oddział oczny wyróżnia się w postępowaniu przedoperacyjnem na gałce, o ile nam wiadomo, od innych oddziałów ocznych tem, że wykonywa w tym okresie 2 kardynalne czynności: 1) atropinizację oka



i 2) mycie worka łącznicowego oka, wskazanego do operacji, mydłem, bez stosowania jakichkolwiek środków odkażających — a przede wszystkim rozczyńców sublimatu. — Oba te zabiegi wstępne oddział oczny w Szpitalu Starozakonnych na Czystem stosuje, jako prawidło, od lat 30, zawsze z niezwykle dodatnim dla chorych wynikiem, co było i pozostanie jedną z wielu a bezwzględną zasługą długoletniego kierownika oddziału, tak nagle zmarłego dra. Juljusza Mutermilcha.

---

## W sprawie techniki operacyjnej brzusznych przetok kałowych.

Podał

**M. Lubelski**

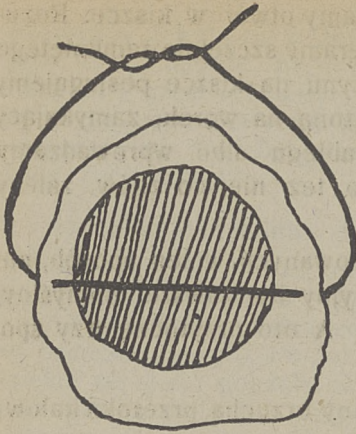
Ordynator oddziału chirurgicznego.

---

Przetoki kałowe, gdy powstają po urazie kiszki lub gdy są zależne od nowotworów złośliwych, gruźlicy, promienicy i stanów zapalnych, wymagają, jak wiadomo, dla zagojenia wykonania uprzednio operacji zasadniczej na kiszki. Na tem miejscu jednak chciałbym omówić tylko sprawę techniki operacyjnej tych przetok kałowych, które powstają po operacji wycięcia wyrostka robaczkowego lub po innych operacjach wycięcia kiszki, gdy w przebiegu gojenia się rany szwy puszczają albo też następuje zgorzel częściowa ściany kiszki. Takie przetoki kałowe, jak wiadomo, mogą się zagoić i samoistnie. Gdy jednak światło przetoki kałowej wysłane jest błoną śluzową, a zabiegi, stosowane w celu zniszczenia tej błony za pomocą przyżegań lapisem lub żegadłem *Paquelin'a*, nie dają pożądanego wyniku, to staramy się zamknąć przetokę sposobem operacyjnym. Nie będę tu omawiał ani usiłowań zamknięcia przetoki za pomocą wycięcia brzegów skóry u zewnętrznego otworu przetoki i zaszycia w tym otworze światła kiszki, ani też o zaszywaniu kałowej przetoki kiszki przez operację wytwórczą Diffenbacha; są to wszystko usiłowania, związane z obawą skutków utworzenia jamy otrzewnej. Przeciwnie, stosując technikę, o której mowa niżej, przystę-

pujemy właśnie do operacji przetoki kałowej z myślą, by jamę otrzewnej otworzyć, lecz staramy się postępować w ten sposób, by operacja odbyła się w warunkach najbardziej aseptycznych. Tak więc w tym celu skórę, gdy z powodu ciągłego upływu wydzieliny z przetoki kałowej jest w stanie zapalnym, leczymy przy pomocy maści cynkowej, bismutowej lub pasty Lassara tak długo, aż doprowadzimy ją do stanu normalnego; korzystnym uzupełnieniem tego leczenia skórniego mogą być też przedłużone wanny ciepłe. W przededniu operacji, po ciepłej wannie, do przetoki wprowadzamy (niegłęboko) pasek gazy, a na otwór kładziemy opatrunek suchy; w dzień operacji pasek usuwamy, poczem pole operacyjne wycieramy benzyną, eterem i jodyną. Technika samego zabiegu operacyjnego jest następująca: na otwór przetoki kładziemy tamponik z gazy, wtlaczamy go nieco, a nad nim jednym lub dwoma szwami ściągamy trochę brzegi przetoki w tym celu, aby tampon dobrze się trzymał otworu przetoki, a wydzielina z niej się nie wylewała (rys. I). Dookoła otworu przetoki, w ten sposób zamkniętego, wycinamy owalny płat skóry z góry na dół, o szerokości 3—4 ctm., a długości 8—10 ctm.; płat ten unosimy pincetami Kochera za górny i dolny biegun jego; następnie oddzielamy od powięzi, zbliżając się stopniowo do przetoki, lecz ostrożnie, by nie przeciąć tkanki bliznowatej, otaczającej przetokę i nie otworzyć samej przetoki. W tym też celu oddzielanie płata skóry nie doprowadzamy tuż do samej ściany przetoki, lecz zatrzymujemy się na przestrzeni 3—5 mm. od niej.

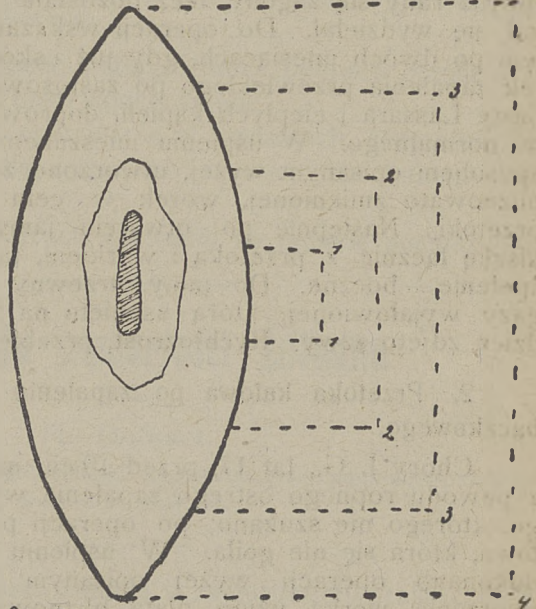
Po wykonaniu tego wstępnego rękoczynu kładziemy znów na miejsce zaszytego otworu mały pasek gazy, a nad nim zeszywany w odrębny sposób oddzielony płat skóry, aby wytworzyć nad otworem przetoki worek szczelnie zamknięty. Udaje się to z łatwością wykonać, jeżeli łączymy szwem nie przeciwległe brzegi płata, lecz zbliżamy i zszywamy ze sobą poszczególne punkty (a jest to bardzo ważne) brzegu płata tej samej strony (rys. II). Szywemy nitką jedwabną, nakładając szew węzłkowy lub ciągły; szwem pierwszym łączymy 2 punkty brzegu płata z jednej strony, bliżej jego środka (szew 1—1); następnym—dwa punkty dalsze (szew 2—2), i szyjemy tak stopniowo coraz dalej (szew 3—3), aż zbliżymy się ku górnemu i dolnemu biegunowi płata i ściśle je ze sobą złączymy (szew



Rys I

4—4) itd. W ten sam sposób zeszywamy ze sobą poszczególne punkty brzegu płata drugiej strony; w rezultacie otrzymamy szczelnie zamknięty worek nad otworem przetoki. Następnie szczelnie owijamy pasmem gazy worek, chwytamy go pincetą Musée, a po zmianie narzędzi i rękawiczek postępujemy dalej już według zasad ogólnie znanych. Na miejscu cięcia skóry, tuż obok ściany przetoki, przecinamy wszystkie warstwy tkankowe i wchodzimy do jamy otrzewnej; poczem z wolna stopniowo oddzielamy od кишки, zakończonej z prze-

toką, otaczające ją zrosty ze ścianą brzucha; unikamy przytem najstaranniej zranienia ściany przetoki. Gdy już wszystkie zrosty zostały oddzielone, a część кишки wraz z przetoką została uruchomiona, wyciągamy ją z jamy otrzewnej, którą szczelnie dookoła zamykamy serwetkami, a ciąg dalszy oraz zakończenie operacji wykonujemy już na zewnątrz otrzewnej. Od charakteru danego przypadku zależy, czy uciekamy się do wycięcia кишки i zespolenia jej końców,



Rys II

czy też po wycięciu przetoki zeszywamy otwór w kiszce. Rozumie się, że podczas zabiegu nie otwieramy szczelnie zamkniętego worka, a przy wykonywaniu rękoczynu na kiszce posługujemy się pincetą Musée, uprzednio nałożoną na worek, zamykający otwór przetoki. Po skończonym zabiegu albo wprowadzamy pasek gazy do jamy otrzewny, albo też nie, co znów zależy od charakteru cierpienia.

W licznych przypadkach, operowanych w ten sposób, nie miałem zawodu; przebieg pooperacyjny był zawsze pomyślny; rany goiły się przez rychłozrost. A oto przytoczę trzy spostrzeżenia:

1. Zgorzel jelita, ropnica ściany brzucha, przetoka kałowa

Chora C. S., lat 45, po dwukrotnem cięciu cesarskiem. Po ostatniej operacji (przed 6-ciu laty) wytworzyła się przepuklina brzuszna, a kilka tygodni temu obrzęk i zaczerwienienie skóry pod pępkiem, po lewej stronie powierzchni brzucha. W miejscu tem po pewnym czasie pękł ropień, wytworzyły się rany, z których zaczęło wyciekać dużo ropy z kałem; po pewnym czasie z jednego otworu wydzieliła się część, przez zgorzel zniszczonej kiszki. W dalszym przebiegu choroby 2 rany się zagoiły, lecz pozostała jedna, z której stale kał się wydzielał. Do operacji wskazanej wyżej, przystąpiłem po dwóch miesiącach, gdy już i skóra zmieniona na skutek zapalenia przewiekłego po zastosowaniu maści cynkowej, pasty Lassara i ciepłych kąpieeli, doprowadzona została do stanu normalnego. W uśpieniu mieszanem (chloroform — eter), sposobem opisanym wyżej, utworzono z dużego płata skóry, bliznowato zmienionej, worek w celu zamknięcia otworu przetoki. Następnie po otwarciu jamy otrzewnej wycięto kiszkę łącznie z przetoką i workiem, jako jedną całość; zespolenie — boczne. Do jamy otrzewny wprowadzono pasek gazy wyjałowionej, którą usunięto na 5-ty dzień. Na 8-my dzień zdjęto szwy. Rychłozrost; przebieg bez gorączki.

2. Przetoka kałowa po zapaleniu ostrem wyrostka robaczkowego.

Chory I. G., lat 17, przed 10-ciu miesiącami operowany z powodu ropnego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, którego nie szukano; po operacji powstała przetoka kałowa, która się nie goiła. W uśpieniu również mieszanem dokonano operacji wyżej opisanym sposobem. Do wytworzenia worka użyto płata bliznowato zmienionej skóry. Po otworzeniu jamy otrzewnej oddzielono zrost między po-

przeczną a kątnicą; przetoka prowadziła do kątnicy. Wycięto tutaj łącznie przetokę wraz z zamkniętym workiem skórnym i częścią ściany kątnicy. Na ranę kątnicy nałożono 3-piętrowy szew, a ranę brzucha zaszyto zupełnie. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy; po sześciu dniach zdjęto szwy; rychłozrost.

### 3. Przetoka kałowa po wycięciu wyrostka robaczkowego.

Chory I. P., lat 12, operowany z powodu ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego; wyrostek usunięto; do jamy otrzewnej wprowadzono pasek gazy wyjałowionej; ściany brzucha zaszyto. Po paru tygodniach z przetoki zaczął wydzielać się kał i poczęła wypadać błona śluzowa kiszki. Kilkakrotne przyżeganie lapisem i żegadłem Paquelin'a nie dały pożądanego wyniku. W celu zamknięcia przetoki dokonano operacji również sposobem wyżej opisanym. Po obszyciu otworu przetoki płatem skóry i otworzeniu jamy otrzewnej stwierdzono, że przetoka prowadzi do miejsca kikuta usuniętego wyrostka. Przetokę wraz z workiem zamkniętym i częścią ściany kiszki usunięto, łącznie jako jedną całość. Na otwór w kiszce nałożono 3 piętrowy szew; do jamy otrzewnej wprowadzono pasek gazy wyjałowionej, który usunięto na czwarty dzień, a na dziesiąty zdjęto szwy brzuszne. Przebieg był bezgorączkowy; rychłozrost.

Podana wyżej przeze mnie technika operacji brzusznych przetok kałowych ma następujące zalety:

- 1) daje możliwość operowania w warunkach aseptycznych;
- 2) nie wymaga dla wykonania operacji specjalnego cięcia brzucha;
- 3) może być w całości wykonana na jednym posiedzeniu.

---

## O zastoju zawartości żołądka

podał

M. Dolkart.

Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowym szpitalnym w dn. 27/V 21.

---

O zastoju zawartości żołądka w zastosowaniu praktycznym jest mowa wtedy, gdy zgłębnikiem naczczko wykrywamy mniejsze lub większe resztki pokarmów, spożytych o 12 godzin wcześ-

niej w próbnej kolacji Boasa lub też innej modyfikacji próbnego jedzenia. A gdy w wydobytej naczczu zawartości jego znajdujemy pokarmy, zjedzone przed kilku dniami, to stwierdzenie takiego zastój wskazuje już, że mamy do czynienia z poważną niedomogą ruchową żołądka (Zwężenie odźwiernika, kurcz odźwiernika, rak odźwiernika, a nawet dna żołądka oraz inne cierpienia, o których mowa dalej).

W każdej zawartości zastoinowej żołądka, niezależnie od składu chemicznego, znajdujemy pod drobnowidem bardzo często dużo grzybków drożdżowych. Czworniaki wykrywa się o tyle, o ile żołądek zawiera jeszcze sporo wolnego kwasu solnego, a laseczniki kwasu mlecznego Boas-Opplera występują, jak wiadomo, gdy brak już kwasu solnego.

Nowotwory żołądka wiążą się najczęściej z zanikiem kwasu solnego, gdy łagodne zwężenie natomiast przeważnie nie wywołuje tego zaniku, a nawet w większości przypadków przebiegają z nadkwaśnością. To też czworniaki żołądkowe są uważane za element typowy dla sprawy o charakterze łagodnym, laseczniki<sup>o</sup> kwasu mlecznego dla złośliwej. Wymienione gatunki flory zastoinowej muszą jednak być w liczbie dość mnogiej, mała ich liczba może być zjawiskiem przypadkowym, nprz. gdy przenikną do żołądka z jedzeniem. Co się tyczy laseczników kwasu mlecznego, to by rozpoznać zastój w żołądku, trzeba żeby nie tylko stwierdzono je pod drobnowidem w ilości znacznej, lecz również by próba chemiczna na kwas mleczny dała odczyn wyraźny, znaczny. Wiadomo bowiem, dzięki Lindemannowi, że gdy brak soku żołądkowego bez objawów niedomogi ruchowej żołądka, to wykryć można w dość dużej ilości laseczniki Boas-Opplera, próba zaś chemiczna w tych razach zawsze daje wynik ujemny. Szczegół ten może mieć wybitne znaczenie dla rozpoznania różniczkowego między brakiem soku żołądkowego lub niezłym z bezkwasem żołądkowym z jednej strony, a niedomogą ruchową żołądka w nieobecności kwasu solnego z drugiej. Niezawsze jednak na wzmiankowanych danych drobnowidowych i chemicznych zawartości żołądka można oprzeć prawidłowe rozpoznanie istoty cierpienia. Nie rzadko bowiem zdarzają się nowotwory odźwiernika z kwasotą normalną, a nawet z nadmierną kwaśnością i to do końca życia chorego. Z drugiej zaś

strony, względnie często przebiegają wrzody żołądka lub odźwiernika z wybitną niedokwaśnością, nawet z zupełnym brakiem kwasu solnego. Statystyka Sznejdera, którą podaje Elsner, wskazuje, że tylko w 18,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> przypadków wrzodu żołądka wykrył on kwaśność nadmierną, w 55<sup>o</sup>/<sub>o</sub> kwasotę narinalną, a w 36,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—anaciditas! Statystyka ta zastanawia, budzi wątpliwości, lecz, jak wskazują dane wszystkich autorów (Boas, Ewald i inni), niedokwaśność widzimy jednak nie mniej niż w 16<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, zupełny brak kwasu solnego zaś nie mniej niż w 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Jeżeli więc w przebiegu wrzodu odźwiernika, a nawet samego żołądka, wytworzy się kurcz odźwiernika—pylorospasmus (jak wiadomo i wrzód na dnie może dać pylorospasmus), to w razie nieobecności kwasu solnego wykryć możemy w zawartości zastoinowej liczne laseczniki kwasu mlecznego i wybitnie dodatnią próbę na kwas mleczny. Bardziej jeszcze zjawisko to rozwinąć się może przy wrzodzie dwunastnicy ze zwężeniem następczem, gdzie podług chirurgów stwierdzano i zupełny brak soku żołądkowego. Mognihan np. znalazł w 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wrzodu dwunastnicy niedokwaśność, a Sherren i Latzel często niedokwaśność i brak wolnego kwasu solnego. Sam spostrzegalem 3 przypadki nowotworów odźwiernika z kwaśnością nadmierną w Szpitalu Starozak. na oddz. VII przed wojną europejską; z nich w dwu stwierdzono nowotwory na autopsji, w 3-im na stole operacyjnym. W przypadkach tych było dużo sarcyn, a mowy o kwasie mlecznym nie było. Szczególnie podkreślę jeszcze, że naczczo w tych przypadkach była wybitna kwaśność nadmierna (ogólna kwasota około 90—100, wolnego kwasu solnego do 60—70), gdy po śniadaniu próbnem ogólna kwasota i ilość wolnego kwasu solnego opadły prawie do poziomu niedokwaśności. Bo też tam, gdzie jest nowotwór odźwiernika, pewna część błony śluzowej żołądka może również uleść zmianom nieżytowym wtórnym, wzgl. zwyrodnieniu rakowatemu, a masy pokarmowe, drażniąc błonę śluzową żołądka przez dobie i więcej, wywołują wybitną nadkwaśność; śniadanie próbne, przebywające w żołądku tylko godzinę, daje wobec tego niskie cyfry. Stosunek taki między kwaśnością naczczo a po śniadaniu próbnem bywa i w przypadkach łagodnego zwężenia odźwiernika. Nie wątpię jednak, że tak wybitnie rażącej różnicy, jak w przytoczonych przypadkach zwężenia nowotwo-

rowego, tam być nie może. Szczegół ten, o ileby się sprawdził na większej liczbie analogicznych przypadków, mógłby stać się objawem różniczkowym między rakiem odźwiernika a zwężeniem jego łagodnym. Dane innych autorów zgadzają się z danymi spostrzeżeń moich, że gdy po próbnym śniadaniu w zawartości żołądka niema zupełnie wolnego kw. solnego, a naczczo przeciwnie jest w większej lub mniejszej ilości, można bez wahania rozpoznać rak odźwiernika, wzgl. żołądka. W 1921 r. spostrzegalem na oddz. d-ra Sołowiejczyka autopsyjny przypadek nowotworu odźwiernika z ogólną kwasotą naczczo 30<sup>o</sup>, wolnego kwasu solnego—18. Stwierdzenie wyżej wzmiankowanej rażącej różnicy niewątpliwie każe myśleć o raku odźwiernika. Badanie promieniami R. w tego rodzaju przypadkach daje często zupełnie mylne rozpoznanie.

Dotychczas była mowa o czerwoniakach, jako o objawie zastoinowym. A teraz przejdziemy do omówienia znaczenia rozpoznawczego laseczników kwasu mlecznego. A więc przede wszystkim mamy na myśli tą odmianę nieżyty przewlekłego żołądka, którą nazywamy linitis plastica; następnie zwężenie odźwiernika przerostowe, które nieraz rozwija się na tle przewlekłej sprawy nieżytowej żołądka; wreszcie ciężki długotrwały nieżyt żołądka wogóle, gdy sprawa zapalna przechodzi i na mięśniówkę i sprzyja rozwojowi wtórnego rozszerzenia żołądka w postaci t. zw. rozszerzenia wątego atonicznego. Lecz i nieżyt przewlekły z jednoczesnem opadnięciem żołądka może wywołać przez zgięcie odźwiernika przeszkodę mechaniczną. Wszystkie te zjawiska patologiczne mogą bez kwestji wywołać zastój zawartości żołądkowej. A że często brak w tych sprawach kwasu solnego, to niewątpliwie będziemy mieli w obrazie drobnowodowym laseczniki kwasu mlecznego, a w badaniu chemicznem próbę dodatnią. . Ponadto zdarzyć się może, że po wprowadzeniu zgłębnika naczczo otrzymujemy dużo resztek pokarmowych, o próbie na kwas mleczny wybitnie dodatniej, u chorego wychudzonego, z przebiegiem cierpienia, odpowiadającym nowotworowi odźwiernika. Okazuje się jednak, że zgłębnik nie dotarł do żołądka, lecz był tylko w przelyku, gdzie zwężenie wpustu żołądka wytworzyło znaczne rozszerzenie nad miejscem zwężenia; kwas mleczny, rozumie się, zawsze w miej-



scu takim będzie, w przelyku niema bowiem kwasu solnego. (przypadek Elznera i Mintza).

W 1919 r. spostrzegalem robotnika, lat 36, z bolesnem uczuciem ucisku w dolku, brakiem laknienia, odbijaniem i nieznacznyimi wymiotami bez szczegolnych zmian w jamie brzusznej. W plynie mętnym, gęstym, wydobywym naczczu w ilosci 15 ctm.,<sup>3</sup> wykryto duzo pasemek sluzu, liczne laseczniki Boas-Oplera, sporo kótek skrobi i tluszczu; badanie chemiczne dalo wolny Hcl i wybitnie dodatnią próbę na kwas mleczy. Względnie mlody wiek chorego, a szczegolnie dziesięcioletni okres trwania choroby, czynily b. prawdopodobnem przypuszczenie, że to nie nowotwór, lecz postać ciężka nielezonego przewleklego niezytu z rozszerzeniem wtórnem żoładka, wzgl. zwężenie odźwiernika z brakiem kwasu solnego. Przebieg dalszy choroby wykazal, że nie byl to nowotwór, gdyż pod wpływym diety, przemywań żoładka, użycia kwasu solnego i innych leków chory znakomicie się poprawil.

Trzeba być więc bardzo ostrożnym, gdy się krytycznej ocenie klinicznej poddaje cechy drobnowidowe i chemiczne wydobytej zawartości. A podkreślić jeszcze trzeba, że badanie promieniami R., aby ustalić istotę cierpienia lub stwierdzić objawy zastoju, również często zawodzi. Tak bylo w przypadku sekcyjnym raka odźwiernika z oddz. d-ra Sołowiejczyka; wszystko w obrazie rentgenograficznym przemawialo za łagodnym zwężeniem odźwiernika: gwałtowne rozszerzenie żoładka, o typowym kształcie półksięzyca, nie bylo też ani braku cienia, ani też żadnych nierówności i t. d. Autopsja jednak potwierdziła moje przypuszczenie, że byl to rak odźwiernika, aczkolwiek badanie zawartości naczczu nie przemawialo za tem, ogólna kwasota bowiem byla 30, a wolnego kwasu solnego 18. Podejrzenie wzbudzał jedynie ogólny stan zdrowia chorej i wykrycie rozłożonej krwi w zawartości, co zresztą spostrzegać można i w przebiegu sprawy łagodnej—wrzodzie odźwiernika ze zwężeniem. Dziwić się jednak tej niespodziance bardzo nie należy. Rak naciekowy odźwiernika, zwł. gdy powstał na tle wrzodu starego, może w obrazie R. dać wyłącznie objawy zastoju i rozszerzenia żoładka, bez nierówności, braku cieni i t. p. cech szczegolnych. Rozszerzenie naturalnie będzie w przypadkach takich bardzo znaczne, bo nowotwór na tle wrzodu rozwija się zwykle po długich latach cierpienia chorego.

Co się tyczy stwierdzenia samego zastoju, to, gdy niedo-

moga ruchowa żołądka jest niezbyt duża, często nie wykrywa się po obiedzie Riedel'a zastoju zawartości, nie otrzymuje się bowiem żadnych resztek pokarmów po 6 godzinach. A jednak, badając przypadki takie klinicznie, za pomocą starego sposobu sondowania żołądka naczczo, po kolacji próbnej, wykrywa się, wbrew ujemnemu wynikowi badania prom. R., dość często objawy zastoju czyli zwężenie odźwiernika. Tak też było u chorej mojej: prom. R. wykazały 6 godzin po próbnym jedzeniu żołądek próżny, bez śladu bismutu, gdy badanie zgłębnikiem naczczo, nawet bez kolacji próbnej, dało około 25 ctm.<sup>3</sup> zawartości z grubymi resztkami pokarmów; mniej więcej to samo stwierdzili u tej chorej i inni specjaliści gastrologowie. O rozbieżności wyników badania prom. R. a doświadczeniem klinicznym wzmiankuje Staehelin. Dzieje się tak dlatego, że obiad Riedel'a, jako masa jednolita, rzadka i obojętna, zarówno funkcji ruchowej jak i wydzielniczej żołądka nie stawia zbyt wysokich wymagań. To też w przypadkach o zastoju średniej miary i lżejszych żołądek daje sobie radę z kaszką bismutową, opróżnia się zupełnie, chociaż klinicznie stwierdzamy zwężenie odźwiernika, inaczej bowiem odbywa się przeżółka chemiczna i opróżnienie żołądka, gdy ma on strawić zwykle pokarmy fizjologiczne. Następnie, jak wiadomo, w nowotworach żołądka większość autorów (Croner, Boas, Kutner, Hemmeter i inni) rozpoznaje wczesne upośledzenie siły ruchowej żołądka na zasadzie wyniku badania naczczo, co też niejednokrotnie spostrzegalem. Odmienne wyniki dają badania rentgenologiczne, szczególnie Stierlin'a, albowiem stwierdzają w okresie początkowym rozwoju nowotworu opróżnienie żołądka w czasie normalnym, często nawet wcześniejszym, świadcząc o nadmiernej pobudliwości ruchów jego. Stierlin tłumaczy objaw ten brakiem kwasu solnego w zawartości żołądka rakowatego i wyłączeniem tak zw. odczynu chemicznego (chemoreflexu), do czego podniety daje kwas solny dwunastnicy, działając na odźwiernik. Sprzeczności te w badaniu prom. R. i klinicznym zdarzają się tylko w razie niedomogi, gdy przeszkody mechanicznej w samym odźwierniku jeszcze niema, a brak odruchu chemicznego do pewnego stopnia sprzyja względnie szybszemu opróżnieniu żołądka. To też podkreślić należy jeszcze raz, że ściśle badanie kliniczne powinno przedewszystkiem mówić

przy orzeczeniu rozpoznawczem. Lecz bywa znów i zupełnie przeciwnie: badanie zgłębnikiem naczczu nie wykrywa zastój, a Roentgen daje w obrazach nietylko resztki bismutowe po 6 godzinach, lecz nawet objawy zastój wybitnego z opuszczeniem i rozszerzeniem żołądka o typowym kształcie półksiężyca.

Niedawno spostrzegałem chorego, którego wymioty i przebieg kliniczny cierpienia przemawiały za łagodnym zwężeniem odźwiernika, a przy sondowaniu naczczu wydobyłem zaledwie nieco płynu mętnego; dopiero po wprowadzeniu do żołądka szklanki wody wykryłem w wydobytej zawartości pod drobnowidem kilka komórek krochmalowych i kulek tłuszczu; Roentgen zaś dał obraz wybitnego zastój zawartości z gwałtownym rozszerzeniem i opuszczeniem żołądka, gdyż dno było aż w małej miednicy; również i w innych przypadkach niekiedy nic wydobyć nie zdołałem, a promienie wykrywały niewątpliwie zastój.

○ rozbieżności takiej slyszalem nierzadko od gastrologów. W przypadkach takich niewątpliwie decyduje wynik badania prom. R. Sprzeczności między badaniem klinicznym, a rentgenologicznym mają przyczyny rozmaite. Może więc być zastój nieznaczny albo i duży, lecz zgłębnik nic nie wykrywa, bo masa zastoinowa jest za gęsta, nie przechodzi przez zgłębnik (Achyilia gastrica, Carcinoma ventriculi, lub wogóle w przypadkach zastój bez kwasu solnego). Następnie zdarzyć się może, że zgłębnik nie draży do najgłębszego punktu żołądka (tak, jak było w moim przypadku, gdy dno było w małej miednicy), albo, gdy po długotrwałem zwężeniu odźwiernika żołądek wyczerpany (jak niemcy określają—Ermüdungsstadium) nie reaguje, nie kurczy się przy wprowadzeniu zgłębnika. Wreszcie, jak wiadomo, szczególnie chorzy w wieku starszym zachowują się biernie wskutek znieczulenia gardzieli; przelyku lub błony śluzowej żołądka, nie wymiotują, ani bowiem żołądek, ani przepona, ani też mięśnie ścianki brzusznej nie kurczą się odpowiednio. W tych przypadkach trzeba chorego ułożyć w kierunku poziomym, albo wlać mu przez zgłębnik kilka szklanek wody, albo wreszcie w ułożeniu Trendlenburga energicznie aspirować, by coś z zawartości żołądka wydobyć. W takich właśnie wypadkach znaczenie rentgenografji, jako metody rozpoznawczej, jaskrawo się uwydatnia.

Następnie zastój zawartości żołądkowej stwierdzony rent-

genologicznie i klinicznie, np. w zwężeniu odźwiernika, może być zależny nie od przypuszczalnego wrzodu tuż przy odźwierniku lub zwężenia jego, lub wogóle od cierpienia żołądka, lecz może być jedynie objawem wtórnym, odruchowym, w związku z zasadniczym cierpieniem zupełnie w innym narządzie. Stwierdzono bowiem niedawno, że kamica przewlekła wątroby, zapalenie przewlekłe wyrostka robaczkowego, jak również kamica przewlekła nerek, mogą spowodować wtórny skurcz odruchowy odźwiernika. Kliniczne spostrzeżenia własne kazały mi przypuszczać, że w przebiegu ciężkich nieżytów kiszek z objawami bólami, a szczególnie, gdy zwężenie kiszek ma cechy przewlekłego cierpienia, prawdopodobnie również często następuje kurcz odźwiernika, wzgl. kurcz żołądka. Już Trousseau mówił, że wśród chorych, którzy skarżą się na bóle i uczucie ściskania w dołku, połowa mieć może, jako cierpienie podstawowe, chorobę kiszek, wzgl. nieżyt ich. Niewątpliwie żołądek jest tym narządem, który w cierpieniach jamy brzusznej niekiedy najmocniej zareagować odruchowo może bądź w postaci większej lub mniejszej niestrawności, bądź prawdziwego kurczu odźwiernika.

Spostrzegalem niedawno np. chorego z niewątpliwym tuberculoma kątnicy, a tymczasem bóle w dołku, szczególnie po obfitem jedzeniu, były główną skargą chorego, a pozatem trapiły go objawy podmiotowe cierpiących na wrzód żołądka. Następnie widziałem na oddz. dr. Lewina (Szpit. Starozk.) chorą, która narzekała na bóle tylko w okolicy nadpępkowej, a jednak rozpoznałem u niej słusznie **tbc.** krętniczokątnicze (stwierdzone rentgenologicznie i operacyjnie przez kol. Mesza).

W 1920 r. spostrzegalem chorego z silnymi bólami w dołku, niekiedy z wymiotami pokarmowemi. Wygląd chorego, a w płucach wyraźne zmiany gruźlicze, zrodziły myśl o owrzodzeniu gruźliczem kiszek cienkich z objawami w postaci bólów odruchowych w dołku; przebieg dalszy potwierdził to przypuszczenie, gdyż po 2 miesiącach niestabnącej biegunki i objawach rozpadowych w płucach chory zmarł. Podkreślić raz jeszcze szczególnie trzeba, że chorzy wskazani właśnie nie skarżyli się wcale na bóle w tej okolicy, gdzie kryło się cierpienie.

Gdy zgodnie z danymi rentgenologicznymi kurcz odźwiernika dosięga znacznego rozwoju, to dno żołądka może być zupełnie oddzielone od części odźwiernikowej, może wtedy zaistnieć powstanie na czas krótki, a więc i bóle i wymioty.

Tak było w przypadku, spostrzeganym łącznie z kol. Meszem;

promieniami R. stwierdzono zastój w żołądku, więc *pylorospasmus* lub *stenosis pyloris*; na stole operacyjnym okazało się, że żołądek jest zupełnie normalny, to też operacji zaniechano. Po 2 miesiącach stwierdzono u chorego wybitne zwężenie kiszek (kol. Mesz.).

Co się tyczy *pylorospasmus* w przebiegu kamicy żółciowej i nerkowej, to i w tych cierpieniach objawy kliniczne mogą nie być w bezpośredniej zależności od miejsca właściwego cierpienia.

Tak było właśnie z jedną z mych chorych; w okresie wstępnym cierpienia, chora czuła się w ciągu 10 dni niedobrze, miała ściskanie w dołku i niedyspozycję ogólną, poczem dostała gwałtownych bólów w dołku i wymiotów resztkami pokarmów, spożytych w ciągu kilku dni ostatnich. W przypadku tym stwierdziłem *Cholelithiasis* i *cholecystitis*. Po kilku dniach jednak wymioty ustępować zaczęły, wkrótce zupełnie znikły; chora się poprawiła. Należy przypuszczać, że kurcz odźwiernika powstał tu już podczas wczesnego uczucia ściskania, przed napadem bólów gwałtownych z wymiotami, a stwierdzić to dopiero można było dzięki obecności w wymiotach resztek starych pokarmów.

W *Appendicitis chronica*, szczególnie w ukrytej postaci jego, po raz pierwszy opisanej przez Ewalda, może, jak już zaznaczyłem, też wystąpić kurcz odźwiernika. W przypadkach tych choroby wyłącznie narzekają na bóle, gniecenie w dołku, odbijanie, palenie, a przyczyna wszystkiego tkwi w zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego. Aby rozpoznać ukrytą sprawę wyrostkową, Aaron zaleca próbę następującą: jeżeli dłużej naciskać palcem na punkt Mack - Bourneja, to chory doznaje tych samych sensacji, na które narzeka, a szczególnie bólów w dołku.

Co się tyczy ostrej niedomogi ruchowej żołądka, klinicznie zwanej ostrem rozszerzeniem żołądka, to może ono wystąpić na skutek przyczyn najrozmaitszych: po laparotomji, pod wpływem nawet uśpienia chloroformowego, w okresie końcowym ciężkiej choroby zakaźnej, w następstwie nadmiernego obciążenia żołądka ciężkostrawnym jedzeniem lub nieświeżą potrawą, a więc w przypadkach ostrej niestrawności (*dyspepsia acuta*) lub nieżytu ostrego. Takie ostre rozszerzenie żołądka może mieć albo przebieg łagodny, z wyzdrowieniem po kilku dniach, albo groźny, bo nieraz z zejściem śmiertelnym. W wielu z tych przypadków sondowanie daje nie tylko ma-

terjał dla rozpoznania cierpienia, lecz jednocześnie dzięki opróżnieniu żołądka sprawia choremu znaczną ulgę i przyczynia się do wyzdrowienia. W przypadkach tych niewątpliwie istnieje ostra niedomoga ruchowa żołądka, lecz często trudno orzec, czy ostry stan bezwładu żołądka jest pierwotny, a rozszerzenie wystąpiło samo przez się, czy też jest objawem wtórnym z powodu jakiejś przeszkody mechanicznej, nprz. zgięcia, kurczu odźwiernika lub też zgięcia dwunastnicy. Istnieje różnica zdań, co jest pierwotne, a co wtórne w tej sprawie chorobowej. Wydaje się w niektórych przypadkach, że mowy być nie może o ostrem rozszerzeniu żołądka, lecz jedynie o tem, co je wszystkie cechuje, o ostrej niedomodze ruchowej żołądka. Klinicznie w przypadkach takich nie znajdujemy rozszerzenia żołądka; teoretycznie też trudno pomyśleć o możliwości ostrego rozszerzenia żołądka, gdyż w lżejszych przypadkach wszystkie objawy natychmiast ustępują po zwymiotowaniu albo po przepłukaniu żołądka; jedynie gdy było rozwolnienie, to może ono jeszcze utrzymać się dzień — dwa. Przyczyną ostrej niedomogi ruchowej żołądka w przypadku tej kategorii jest, sądzę, kurcz odźwiernika; zgadza się to także z faktem szybkiego ustąpienia objawów żołądkowych po wydaleniu mas pokarmowych. Ponieważ w przypadkach ciężkich innej kategorii, gdy rozszerzenie żołądka istotnie powstało, nigdy nie jesteśmy w stanie ściśle określić, czy ono jest pierwotne, czy wtórne, to byłoby lepiej wszystkie te kategorie objąć jedną nazwą — ostra niedomoga ruchowa żołądka (*Insufficiëntia acuta ventriculi*); występuje ona bowiem we wszystkich przypadkach w stopniu większym lub mniejszym.

Dotychczas mówiliśmy o tym zastoju zawartości żołądkowej, którego, jako zjawiska patologicznego, nikt nie kwestionuje. A teraz słów kilka o tak zwanym zastoju małym lub, jak niektórzy mówią, minimalnym (*Minimalretention*) oraz o zastoju drobnowidowym (*Microretention*). Minimalnym nazywają zastój wtedy, kiedy po obiedzie próbnym Bourget - Fabera wydobyto 5—10 ctm<sup>3</sup>. mętnej zawartości z dającymi się rozróżnić gołym okiem cząstkami pokarmów. J. dni, jak Strauss, uznają taki mały zastój za objaw niedomogi ruchowej, inni (Kemp, Bamberger) są zdania, że stwierdzenie takich resztek po obiedzie próbnym może mieć miejsce u osób, cier-

piących na rozmaite formy niestrawności, bez żadnej niedomogi ruchowej; nigdy natomiast tych resztek niema u ludzi z zupełnie zdrowym żołądkiem. Zastojowi drobnowidowemu, czyli wykrywanemu naczczu tylko pod drobnowidem, w postaci komórek krochmalowych, odłamków wałeczków mięśniowych itd., Boas, Staehelin i inni nie przypisują żadnego znaczenia patologicznego, gdyż może być i u osób zupełnie zdrowych. Inni, jak nprz. Elsner, są zupełnie odmiennego zdania; uważają, że i zastój drobnowidowy naczczu jest objawem niedomogi ruchowej, zdradzającym zwężenie odźwiernika wstępne—początkowe.

Jak widzimy zdania w tej sprawie są podzielone. Na zasadzie własnego doświadczenia zaznaczę, że nigdy nie widziałem, by chory, u którego naczczu wydobyto 5 — 10 ctm.<sup>3</sup> zawartości pokarmowej, nie miał niedomogi ruchowej żołądka a więc zwężenia odźwiernika lub kurczu jego. Jeżeli Kemp, Bamberger są zdania innego, to dlatego, że dawali chorym prawdopodobnie próbny obiad Bourget-Faber'a — urozmaicony i dość obfity, — a badali, jak przyjęto w tych razach już po 5 — 6 godzinach. Próbny obiad taki z badaniem następczem w terminie krótkim, stawia żołądkowi o wiele większe wymagania, niż względnie lekka kolacja próbna Boasa z 12 — 14 godzinnym terminem dla wykonania zadania żołądka (sonduje się nazajutrz naczczu). To też nietrudno zrozumieć, dlaczego Kemp, Bamberger u osób, niecierpiących na niedomogę ruchową, wykrywali po obiedzie próbnym jeszcze 5 — 10 ctm.<sup>3</sup> resztek pokarmowych. Pozostałości takie naczczu, po kolacji próbnej, czy nawet bez niej, trzeba zawsze uważać za objaw poważnej niedomogi ruchowej. Co do zastaju drobnowidowego, to uważam za rzecz pewną, że i u zdrowych można niekiedy pod drobnowidem wykryć pojedyncze komórki krochmalowe, kulki tłuszczu i t. d. Już *a priori* nie można twierdzić, by zdrowy żołądek był naczczu, że tak powiem, absolutnie chemicznie czysty. Wobec jego licznych fałdów jest bardzo prawdopodobnem, że minimalne ślady komórek pokarmowych mogą się gdzieś dłużej w ukryciu zatrzymać.

Nie rzadko znów wykrywa się resztki drobnowidowe, gdy obraz zdjęcia Roentgena nie daje żadnego powodu do

przypuszczenia niedomogi ruchowej. Resztki takie pokarmowe, mniej lub więcej liczne, ujawnia się, gdy mamy *carcinoma fundi* lub *ulcus ventriculi callosum* albo *perforans*, bez objawów niedomogi ruchowej, w cierpieniach tych bowiem włókna mięśniowe, komórki krochmalowe i inne mogą się zatrzymywać w nierównościach, owrzodzeniach i niszach nowotworu lub wrzodu. A gdy prócz drobnowidowych resztek pokarmowych stwierdzamy czworniaki lub laseczniki kwasu mlecznego, a nawet i grzybki drożdżowe w znacznej liczbie (zwł. ostatnie), to wtedy nie ulega już wątpliwości istnienie poważnej niedomogi ruchowej żołądka (*Stenosis pylori*, *pylorospasmus*, *carcinoma*); w przypadkach takich właśnie znaczenie badania drobnowidowego szczególnie się uwydatnia.

Wszystko, co zaznaczono wyżej, można streścić we wnioskach następujących:

- 1) wykrycie czworniaków czy też laseczników kwasu mlecznego dowodzi tylko, że w żołądku jest zastój, ale nie określa jeszcze dokładnie istoty sprawy chorobowej; 2) wykrycie tej flory zastoinowej ma praktycznie decydujące znaczenie dla stwierdzenia niewątpliwego zastoju tam, gdzie naczczu wydobyto tylko 5 — 10 ctm.<sup>3</sup> zawartości żołądkowej, szczególnie, gdy gołem okiem nic nie widać; łącznie z dodatnią próbą na kwas mleczny świadczy flora taka o zastoju w żołądku nawet wtedy, kiedy idzie o małe resztki pokarmowe; 3) wykrycie tylko drobnowidowych resztek pokarmowych, bez czworniaków, laseczników Boas-Opplera lub bez grzybków drożdżowych w większej ilości, zdarza się i u zdrowych na żołądek ludzi; 4) W przypadkach zastoju, gdy ogólna kwasota i kwas solny naczczu są w znacznie większej ilości, niż po śniadaniu próbnym, należy pomyśleć o rozpoznaniu nowotworu odźwiernika; dalsze badania powinny wyjaśnić, o ile stosunek ten stać się może podstawą metody rozpoznawczej; 5) nie we wszystkich sprawach, określanych nazwą ostre rozszerzenie żołądka, tworzy się ono istotnie; więcej odpowiadałoby określenie: ostra niedomoga ruchowa żołądka; 6) o ile badanie rentgenologiczne ujawnia większe resztki bismutowe po 6 godzinach, to mamy niewątpliwie zastój; gdy R. daje wynik ujemny, trzeba bezwzględnie uzupełnić przez badanie zglębni-



kiem naczczo; dopiero wtedy wynik ujemny pozwala wyłączyć zastój, a więc i niedomogę ruchową żołądka i 7) stwierdzenie zastoju zawartości żołądka, nawet i nienormalnej czynności chemicznej jego, niezawsze tworzy podstawę dla rozpoznania cierpienia jego, albowiem pamiętać trzeba, że *pylorospasmus* może być i pochodzenia wtórnego.

## O skurczu paradoksalnym

podał

S. Goldflam.

Następstwa nagminnego zapalenia mózgu, które w 1920 r. rozżyło się w Europie, tworzą, jak wiadomo, niezwykle bogaty materiał kliniczny dla badań nad t. zw. zespołem amyostatycznym. Rozpoczynając badania w tym kierunku, usiłowałem szczególnie ujawnić różnicę między zaburzeniami ruchowymi w chorobach dróg pozapiramidowych, wzgl. ich całego układu, a cierpieniach piramidowych; badałem również i skurcz paradoksalny<sup>1)</sup>. Objaw ten — według Westphala (1880) — polegać ma na tem, że gdy zbliżyć do siebie dwa odległe punkty przyczepu badanego mięśnia, to ulega on skurczowi. Jeżeli więc np., cisnąc na powierzchnię podeszwy stopy, mocno przegiąć ją ku górze, to w rozginaczach, zwł. w mięśniu przednim piszczelowym, występuje i wyczuć się daje toniczne napięcie; trwa ono względnie dość długo i utrzymuje stopę sztywno w zmienionem ułożeniu — zgiętą ku przodowi i w addukcji (Oppenheim, Lehrbuch wyd. IV str. 74). Westphal spostrzegał skurcz paradoksalny między innymi w drżączce porażennej, a także, rzecz szczególna, w dwu przypadkach stwardnienia wrzekomego, cierpieniu zbliżonem, jak sądzą obecnie, do choroby Wilsona (zwyrodnienie postępujące jąder soczewkowatych), a znanem ze swych wybitnie rozwiniętych pozapiramidowych zaburzeń ruchowych.

Skurcz paradoksalny spostrzegano pozatem w sztywności na tle miażdżycy (Foerster) oraz nerwicach. (?)

Objaw ten jednak dotąd nie zdołał zdobyć praw obywatelstwa w semiologii. Oppenheim np. orzeka, że „istotnego znaczenia rozpoznawczego mieć on nie będzie“.

<sup>1)</sup> Patrz: Kwart. Klin. 1922. T. I. Z. I i D. Z. f. N. 1922. B. 73. H. 1—2

Przeszkodą dla należytej oceny wartości objawu tego jest niewątpliwie trudność wyłączenia podczas badania udziału ruchów dowolnych oraz poddawanych.

Nie bacząc na szkolenie oraz stosowanie odpowiedniej ostrożności, badanie często zawodzi, zwł. gdy chory lękliwy, nieinteligentny, nadmiernie śledzi za tem, co ze stopą jego czynić się zamierza; lekkie zamroczenia również utrudniają należyte wykonanie, wzgl. ocenę wyniku badania.

W stanach patologicznych, o których niżej mowa, trudności te jednak w małym stopniu tylko w grę wchodzą. Podkreślić jeszcze pragnę, że skurcz paradoksalny nie jest bynajmniej zjawiskiem patologicznym, jak np. objaw Babińskiego; przeciwnie, spostrzegamy go u zdrowych. A że w pewnych cierpieniach układu nerwowego brak go zupełnie, a w innych ulega on osłabieniu lub wzmożeniu, to stał się z natury rzeczy objawem różniczkowym w semiologii chorób nerwowych.

Dla badania skurczu paradoksalnego najlepiej, gdy chory leży nawznak, z wyprostowanemi luźno nogami; dbać trzeba, by uwaga chorego była stale odwrócona. W ułożeniu bocznem badanie jest mniej korzystne; próba się gorzej udaje również, gdy badający, zgiąwszy lekko staw biodrowy oraz kolano chorego, podtrzymuje swą ręką lewą za stopę zwisającą luźno podudzie jego. Jak wiadomo stopy leżącego nawznak człowieka zdrowego, o napięciu mięśni umiarkowanym, zachowują zazwyczaj położenie pośrednie między zgięciem tylnem a przednim; wówczas i ścięgna ponad stawem skokowym są mało albo też średnio napięte.

Przystępując do badania, należy przedewszystkiem okiem i dotykiem zdać sobie dobrze sprawę ze stopnia napięcia mięśni, wzgl. ścięgien odnośnych. Zważyć trzeba, że nie to lub inne ustawienie się stopy w końcowym momencie próby, ani też stwierdzenie stopnia największego naprężenia ścięgien, jest tutaj ważne, lecz przedewszystkiem ustalenie różnicy między napięciem mięśni, wzgl. ich ścięgien, przed i po badaniu.

Parcie dłoni badającego na część przednią podeszwowej powierzchni stopy (gdy idzie o odcinek stawu skokowego) musi być dostatecznie silne, by zgięcie stawu skokowego było zupełne; w położeniu takim należy przetrzymać stopę, aż ścięgna rozginaczy ulegną zupełnemu rozluźnieniu; ten ostatni

warunek jest bardzo ważny. Skurcz paradoksalny nie polega bynajmniej na natychmiastowym, w chwili wykonania ucisku na stopę, wzmożeniu się naprężenia rozginaczy i ich ścięgien, jak myślą Westphal i Oppenheim; jest to, sądzę, tylko chwilowy przejaw ruchu dowolnego. Przeciwnie, dopiero stan napięcia rozginaczy, wzgl. ścięgien, po przerwaniu nagle ucisku dłoni na stopę, staje się zjawiskiem miarodajnym dla orzeczenia, czy mamy dodatni czy też ujemny wynik badania. Wywołać rozluźnienie ścięgien różginaczy stopy badanej udaje się zazwyczaj prędzej czy później, nawet gdy mamy stopotrząś; jest to, podkreślam raz jeszcze, moment w doświadczeniu nieodzowny. Mniemanie Westphala, że skrócenie bierne mięśnia staje się podniecią dla dalszego rozwoju w nim zjawiska skurczu paradoksalnego, nie jest, jak się okazuje, słuszne; przeciwnie — w tym momencie próby udaje się dowolnie długo utrzymać ścięgna w stanie odprężenia, bez jakichkolwiek objawów przemiany w ich napięciu. Gdy rozluźnienie zupełnie się już ustaliło, wtedy dopiero, cofnąwszy nagle dłoń, śledzimy, czy stopa się poruszy, w jakim i jak szybko kierunku, lecz przede wszystkim, czy zmianie ulegnie pierwotne mięśni i ich ścięgien napięcie.

Jeżeli więc po próbie ścięgna się zaraz sprężą, stopień ich napięcia wzrośnie w stosunku do pierwotnego i trwa wzmożone przez czas dłuższy łącznie z przegięciem przednim (dorsalnym) stopy, to wtedy mamy dodatni, wzgl. wzmożony, skurcz paradoksalny. Przeciwnie, brak go, gdy ścięgna się nie naprężą zupełnie lub słabo, leniwie, na chwilę krótką, a stopa wiotko opadnie w kierunku podeszwowym. Jak się okazuje, odmiennym jest wynik badania skurczu paradoksalnego w cierpieniach ruchowych piramidowych, a inny w chorobach układu pozapiramidowego.

W niezwykle jaskrawy sposób występuje skurcz paradoksalny po zapaleniu nagminnem mózgu w zespole amyostatycznym Parkinsona: ścięgna rozginaczy prężą się natychmiast po przerwaniu ucisku dłoni prawej na stopę, która sztywno staje, zgięta ku przodowi, by po mniej więcej dłuższym czasie, gdy już napięcie mięśni znowu osłabnie, wrócić do swej pierwotnej pozycji. Objaw ten spostrzegamy po jednej tylko

stronie, gdy hipertonia dotyczy połowy ciała, wzgl. jednej tylko kończyny dolnej.

W cierpieniach dróg piramidowych natomiast brak zupełnie objawu paradoksalnego—stopa opada, ścięgną się nie napinają albo też zaledwie bardzo słabo, na krótko (zwl. m. piszczelowy przedni), niezależnie od tego, czy stopa, wzgl. kończyna, jest w stanie bezwładu czy niedowładu i czy istnieje stopotrząs lub objaw Babińskiego.

Objaw paradoksalny można badać i na innych odcinkach stawowych, — najbardziej się nadaje dla wielu względów staw kolanowy.

Badanemu nadajemy ułożenie brzuszne; objąwszy prawą dłońią staw skokowy, usiłujemy, o ile możności, piętę zbliżyć do poślodka, Gdy już ścięgną zginaczy kolana uległy dostatecznemu rozluźnieniu, puszcza podudzie; zrazu unosi się ono, odchyła pod wpływem działania m. czterogłowego, lecz oto ruch ten zostaje mniej lub więcej zahamowany przez zginacze stawu kolanowego, podudzie staje w miejscu pod kątem prostym lub tępym. U chorych z cierpieniem piramidowym, z objawami kurczowemi, podudzie, przeciwnie, opada ku tyłowi, na posłanie, gdyż brak tu naprężenia ścięgien zginaczy kolana; niekiedy coprawda wsteczny ruch ten trochę się przewleka z powodu spóźnionego leniwego prężenia się zginaczy, lecz i wtedy wymiar ruchu tego opadowego jest znacznie większy, niż u zdrowych. Najlepiej przekonać się o tem można, gdy się bada dwustronnie chorego z porażeniem połowiczem. Zupełnie inaczej wypada wynik badania na skurcz paradoksalny u chorych z pozapalnym hipertonicznym zespołem Parkinsona: podudzie odchyła się, cofa, lecz tylko nieznacznie, wnet staje sztywno, w miejscu, pod kątem ostrym lub prostym kolana, a dzieje się tak właśnie dzięki sprężeniu zginaczy jego. Wykonanie badania skurczu paradoksalnego na odcinku kolanowym jest niewątpliwie łatwiejsze, a w wyniku bardziej plastyczne. To też w skurczu paradoksalnym zyskujemy bez kwestji objaw o znaczeniu różniczkowo rozpoznawczem dla dwu wskazanych wyżej odmiennych typów zachowań układu nerwowego.

Badanie skurczu paradoksalnego w przypadkach niedowładu połowiczego przekonało mnie, że objaw ten stać się

może pożytecznym środkiem rozpoznawczym już nawet wtedy, kiedy jeszcze udział k. dolnej w cierpieniu jest zaznaczony tak słabo, że zwykłymi sposobami ujawnić go nie można. W przypadkach tych różnica między zdrową nogą a chorą szczególnie jasno uwydatnić się może; po stronie zdrowej bowiem mamy dodatni wynik badania, po stronie chorej albo będzie brak skurczu paradoksalnego, albo też będzie on mniej lub więcej osłabiony, co zależy od stopnia niedowładu.

Rozwój dalszy badań nad zjawiskiem skurczu paradoksalnego może zdoła wykryć w nim jeszcze inne elementy objawu różniczkowego; w wiązce rdzenia, płasawicy nprz. nie spostrzegalem go zupełnie albo też był słabo zaznaczony.

A teraz słów kilka jeszcze o istocie objawu tego. Westphal nazwał go paradoksalnym, mniemał bowiem prawdopodobnie, że idzie tu o niedające się tymczasem wytłumaczyć zmiany w napięciu mięśniowym. Według Foerstera (Oppenheim Lehrb) w sztywności miażdżycowej oraz w drżączce porażennej mięśni, by przystosować się do wykonywanej próby zbliżenia punktów ich przyczepu, ulegają jednocześnie natychmiastowemu skurczowi czynnemu. Zingerle również jest zdania, że w drżączce porażennej od wzmożonego napięcia, nadającego stale kształt określony mięśniom, zależy to zjawisko, że po zbliżeniu odpowiednim ruchem biernym punktów przyczepu mięśni do siebie, odnośny odcinek kończyny natychmiast staje jakby w bezruchu, a nadany mięśniom kształt trwa w nich.

Stosując własną, wskazaną wyżej, odmienną nieco technikę badania skurczu paradoksalnego, by najbardziej zbliżyć do siebie miejsca przyczepu badanego mięśnia i przez to wywołać zupełne rozluźnienie ścięgien jego, przekonałem się, że w zjawisku, które w przebiegu dalszym próby występuje, może być nie może o czynnym skurczu mięśnia badanego. Ono występuje niewątpliwie, ale właśnie wtedy dopiero, kiedy, cofnąwszy dłoń, ucisk nagle przerywamy.

Strümpell spostrzegał skurcz paradoksalny na stopie prawej u chorego z objawami stwardnienia wrzeczkaowego. (*Pseudosclerosis*); uważa on ten objaw za odmianę specjalną zjawiska, które opisał pod nazwą *Fixationsrigidität*; polegać ma ono na tem, że dzięki hiperttonji mięśni, kończyna, wzgl.

jej odcinek, zachowują trwale zarówno to ułożenie, które samo się wytwarza, jak i to, które jej ruchem biernym nadajemy. Uważałbym jednak, że bardziej być może zasługuje na uwagę następujące wytłomaczenie mechanizmu omawianego objawu. Gdy w odcinku skokowym lub kolanowym badamy skurcz paradoksalny, to zrazu następuje silne rozciągnięcie m. brzuchatego łydki (m. gastrocnemii), wzgl. na udzie m. czterogłowego wraz z ich ścięgnami. Lecz jednocześnie ulegają odprężeniu-rozluźnieniu rozginacze na podudziu, wzgl. i zginacze kolana. Gdy następnie w dalszym momencie ucisk nagle przerwiemy, to pod wpływem elastyczności m. brzuchatego łydki (*gastrocnemii*), wzgl. m. czterogłowego, stopa, wzgl. podudzie, w ruchu wstecznym, minej lub więcej szybkim, opadają ku tułowi. W końcowym więc momencie rozginacze stawu skokowego, wzgl. zginacze kolanowego, ulegają rozciągnięciu, a to właśnie staje się tą podnietą, która bezpośrednio skurcz ich silny natychmiastowy powoduje.

---

## Sprawa znieczulania do operacji w praktyce szpitali amerykańskich.

podał

**Edward Glikzman.**

Streszczenie odczytu, wygłoszonego dn. 7 stycznia 1921 r. na posiedzeniu naukowym w szpitalu na Czystem.

---

Podczas wędrówek po szpitalach w Nowym-Yorku, Chicago, Baltimore, Rochester Min. u słynnych braci Mayo i w innych miastach zwraca uwagę szczególnie kult, z jakim w Ameryce pielęgnowana jest sprawa znieczulania do operacji oraz związany z tem niezwykle postęp w rozwoju naukowym i praktycznym tej dziedziny medycyny. W Stanach Zjednoczonych Ameryki już w 1912 r., za przykładem Anglii, gdzie z ogólnego towarzystwa lekarskiego, t. zw. „Royal medical Society“, wyłoniło się specjalne towarzystwo „Society of Anesthetists“, założone zostało „The Brooklyn Society of Anesthetists“. W tym samym roku lekarze amerykańscy, którzy się nauce tej specjalności poświęcili, odbyli po raz pierwszy

zjazd w Atlantic City. Od tego czasu zjazdy takie odbywają się już corocznie, w rozmaitych miastach Stanów Zjednoczonych, albo jako samodzielne zjazdy specjalne, albo jako sekcje zjazdów wspólnych związku ogółu lekarzy Stanów Zjednoczonych „The American Medical Association“ lub też wreszcie, jako sekcje zjazdów lekarskich poszczególnych Stanów. I oto w niespełna 10 lat zorganizowało się kilkanaście samodzielnych towarzystw lekarzy „anestetyków“ w rozmaitych częściach St. Zjednoczonych. Obecnie wychodzi już kilka pism, poświęconych tej sprawie; najbardziej poczytne pisma lekarskie, a w pierwszym rzędzie „The American Journal of Surgery“, co kwartał wydaje obszerny dodatek p. t. „Quarterly Supplement of Anesthesia and Analgesia“. Wystarczy powierzchownie tylko przejrzeć spis prac w piśmie takim, poświęconem znieczuleniu, ażeby się przekonać, jak duża liczba kwestji praktycznych i teoretycznych wylania się dzisiaj w dziedzinie nauki o znieczuleniu. Oto np. „Porażenie serca podczas znieczulania“, „Prosty sposób stosowania eteru z tlenem“, „Pooperacyjne znieczulenie“, „Obrona chloroformu“, „O znieczuleniu w położeniu siedzącym“, „O wartości względnej określania ciśnienia krwi oraz próby czynności nerek w uśpieniu“, „Sposoby ogólnego znieczulania w chirurgji“ itd. itd. Niezwykła rozmaitość spraw tego rodzaju jest poruszana i w pismach i na zjazdach, a lekarz „specjalista od znieczulania“ zdobył, jako znawca tej specjalności, w Stanach Zjednocz. istotne uznanie; bez takiego znawcy nie obchodzi się już dzisiaj żaden większy szpital. „Anestetyka“ w większym szpitalu amerykańskim — zajmuje samodzielne stanowisko, odrębne wśród personelu lekarskiego szpitala; jest to taki sam „service“, jak ordynator oddziału. Na stanowiskach tych obserwowałem wielu bardzo dzielnych ludzi, obeznanych ze sprawą anestezji i analgezji znakomicie. Śledzą oni pilnie i nieustannie za postępem nauki swej specjalności, biorą udział czynny w zjazdach anestetyków, a nadewszystko ucząją młodszy personel lekarski, zwł. internów w szpitalach. Przyglądałem się pracy dwóch znanych anestetyków w Nowym Yorku, mianowicie d-ra Gvatmey w szpitalu S-t Lukes i d-ra Branower'a w szpit. Mont-Sinai. Są to ludzie, których badania naukowe nad znieczuleniem oraz referaty liczne na

zjazdach przyczyniły się już w stopniu wybitnym do postępu tej specjalności, pozatem wykształcili oni zastępy całe lekarzy młodych, którzy, jako wykwalifikowani znawcy znieczulania, są rozproszeni po rozmaitych miastach i instytucjach lekarskich Stanów Zjed. w Ameryce. Poszukiwanie takich specjalistów jest zjawiskiem stałym, wskazują na to i ogłoszenia w pismach lekarskich. Nietylko szpitale szukają anestetystów, lecz również i grupy lekarzy danej miejscowości (*communities*) zapraszają do swych klubów, zrzeczeń takich specjalistów, zapewniając im dobre warunki materialne. Obowiązki lekarza, pełniącego „service“ anestetysty w szpitalu, polega na tem, że przebywać musi stale na miejscu, podczas godzin pracy chirurgów i wówczas „rządzi“, jak mówią, znieczulaniem w najszerszym tego słowa znaczeniu. Anestetysta jest odpowiedzialny za sprawność i skuteczność należytą swej pracy w tym samym stopniu, jak ordynator za wyniki leczenia, wzgl. operacji, stosowanych na jego oddziale. We wszystkich szpitalach amerykańskich praca chirurgów, a zaliczają do nich i ginekologów, otiatrów, urologów i t. p., odbywa się w ściśle oznaczonych godzinach rannych od 8-ej do 12-ej i od 2-ej do 6-ej po obiedzie a ponieważ sale operacyjne w szpitalach są zwykle skupione w jednym miejscu, na wspólnym piętrze, gdzie jednocześnie trwa praca wszystkich ordynatorów wraz z personelem, to zadanie takiego „dyrektora anestezji“ jest ułatwione. Podczas operacji przechodzi on z jednej sali operacyjnej do drugiej, poucza internów, wskazuje na braki i zalety w ich postępowaniu, ustala wskazania do tej lub innej zmiany lub wyboru formy uspienia chorych, których poprzednio sam pod każdym względem dokładnie zbadal. A zbadane szczegółowo muszą być płuca, serce, ciśnienie krwi, a nieraz i zdjęcie tętna jest przez niego wykonywane i ściśle w ocenie krytycznej rozpatrzone. W przypadkach ciężkich, odpowiedzialnych, szczególnie gdy podawanie środka znieczulającego musi być połączone ze wzmożeniem ciśnienia w klatce piersiowej, „dyrektor“ pilnuje sam przebiegu usypiania, pozostaje przy chorym od początku do końca operacji. Wśród amerykańskich chirurgów panuje przekonanie, że najważniejszą pomocniczą siłą podczas operacji jest anestetysta. Od jego znajomości rzeczy, doświadczenia, spokoju, systematycz-



ności, zimnej krwi zależy tak niezbędny dla pomyślnego wykonania zabiegu spokój operatora.

Anestetysta przez dokładne przed operacją zbadanie chorego, nie tylko pod względem fizycznym, lecz i umysłowym, zyskuje zaufanie jego i operatora; a uznany autorytet danego anestetysty podtrzymuje renomę szpitala. „The proppe administration of anæsthesia is an art“ („właściwe stososowanie znieczulenia jest sztuką“ — Flagg), albo: „Next to the surgeon even before his first assistant is the anestetist“ („najbliższym pomocnikiem chirurga, a nawet więcej, jest anestetysta“ — Keen) — takie między innymi aforyzmy o anestetystach słyszy się od wybitnych chirurgów amerykańskich. To też obecnie i publiczność zdaje sobie już sprawę z ważności roli tego lekarza, który znieczula do operacji. I gdy u nas słyszy się tak często od pacjenta: a kto mnie operować będzie?, w Ameryce chory zapytuje również: a kto mnie będzie usypiał?, chorzy bowiem nie tyle boją się operacji, ile znieczulenia, obawiają się nadmiaru środka usypiającego, ale chcą spać dobrze.

Ileż to razy u nas w praktyce nie tylko prywatnej, ale niekiedy jeszcze i szpitalnej, słyszymy od zaproszonego do usypiania lekarza, że daje on chloroform lub eter z lękiem; a gdy się niekiedy coś z chorym nieprzewidzianego zdarzy, to traci równowagę, nie daje sobie rady z zaburzeniami oddechu lub czynności serca. Ba, często w zamieszaniu bierze się niezręcznie do rozwarcia szczęk instrumentem, którego dokładnie nie zna, z trudnością język wyciąga, kaleczy go niepotrzebnie, zmuszając chirurga do przerwy w robocie i to nieraz w momencie najważniejszym. Jakież prawo moralne ma taki lekarz do wykonywania usypienia? W ciągu 8 miesięcy byłem obecny, biorąc nieraz udział bliższy, przy 1500 większych operacjach w rozmaitych szpitalach w Nowym-Yorku, Chicago i Baltimore; w 6—7 wypadkach tylko spostrzegalem zamieszanie podczas operacji z powodu zaburzeń czynności serca, oddechu, większej lub mniejszej zapaści, lecz dzięki spokojnej i prawidłowej pomocy ratunkowej doprowadzono chorych do normalnego stanu; wyjątek stanowił jeden przypadek śmierci chorej, operowanej z konieczności; by usunąć kamień z jednej pozostałej nerki.

A teraz chciałbym zwrócić uwagę Sz. Kolegów na szereg szczegółów praktycznych, wskazujących, jak niezwykle dodatnie postępy w Ameryce uczyniła nauka o znieczulaniu. W rozwoju jej zaznaczyło się przedewszystkiem dążenie—przez stosowanie metod usypiania skombinowanych i wzajemnie się uzupełniających — do usunięcia, po pierwsze, nieprzyjemnego uczucia podczas okresu przenikania środka usypiającego do dróg oddechowych, wzmożenia skuteczności samego znieczulenia, następnie do usunięcia tak przykrych objawów, jak mdłości, depresja po skończonem znieczulaniu, gdy chory po operacji odzyskuje przytomność; wreszcie do zwiększenia bezpieczeństwa podczas trwania uśpienia. Otóż „Komisja anestetyczna“ (Committee on Anesthesia), wyłoniona ze związku powszechnego lekarzy amerykańskich (American Medical Association), podaje b. bogatą statystykę o półmilionie znieczuleń, wykonanych od 1905 do 1912 r. Ze statystyki tej wynika, że stosowanie metody uśpienia skombinowanego znacznie wpływa na zwiększenie jego bezpieczeństwa. Podkreślić tutaj pragnę, że w Ameryce przeważnie usypiają do operacji eterem lub tlenkiem azotu ( $N_2O$ ); chloroform jest prawie nieużywany, chyba że w pewnej mieszance, o której poniżej nadmienię. Otóż, rozpatrując tablicę statystyczną tej komisji, widzimy, że przy usypianiu wyłącznie tylko eterem zdarzyła się jedna śmierć na 4533 przypadków. Przez wprowadzanie eteru wraz z tlenem śmiertelność natomiast spadła do 1 przypadku na 10,007 znieczuleń. Jeszcze większe bezpieczeństwo osiągamy przez dodanie tlenu do tlenku azotu. Wogóle podawanie tlenku azotu bez jednoczesnego podawania czystego tlenu jest niebezpieczne. Duże znaczenie, dodatnie w wysokim stopniu, przypisują ogrzewaniu środka znieczulającego, starają się przeto i eter i tlenek azotu wprowadzać po uprzedniem ogrzaniu do stopnia ciepłoty ciała. Obserwowałem nieraz dość długotrwałe uśpienie w tych warunkach—przebiegało ono spokojnie bez opadania ciśnienia krwi podczas i po operacji i naogół wydało mi się bardzo zachęcającem. Ten rodzaj uśpienia u nas w kraju mało bywa używany, przyczem panuje mniemanie, że uśpienie tlenkiem azotu może być stosowane tylko dla krótkich zabiegów operacyjnych. W szpitalach amerykańskich, szczególnie na salach t. zw. polowy prywatnej szpitala, gdzie

leżą chorzy, opłacający b. wysokie honorarium za swoje leczenie, obserwowałem wielokrotnie znieczulanie tlenkiem azotu podczas operacji długotrwałych (do 1½ godz.), a zawsze robiło ono na mnie bardzo dodatnie wrażenie. Rozumie się, że ten rodzaj uśpienia wymaga od lekarza wprawy i doświadczenia i umiejętnej indywidualizacji w zastosowaniu praktycznym. Widziałem też nieraz, że dla wzmocnienia stopnia uśpienia, dla osiągnięcia większego rozluźnienia tkanek, dodawano podczas znieczulania tlenkiem azotu niewielką ilość eteru od 2,0 do 5,0 gr. Dodawanie tej niewielkiej ilości eteru wpływa nieraz na rozluźnienie mięśni o wiele więcej, niż samo uśpienie eterowe, naturalnie wraz z tlenem.

Statystyki, godnej zaufania, w sprawie znieczulania tlenkiem azotu dotychczas niema jeszcze. Uspianie tlenkiem azotu z dodatkiem tlenu i eteru, jako bardziej kosztowne, stosowane jest przeważnie w praktyce prywatnej, to też, jak to zwykle bywa, nieszczęśliwe wypadki w tych warunkach nie są szczegółowo notowane. Lecz polegając na zachęcającej opinii o tej narkozie chirurgów amerykańskich i tak doświadczonych anestetyków, jak Gwatmey, Branower, M-c Kesson, z którymi tą sprawę omawiałem oraz na wrażeniu własnym, sądzę, że wprowadzenie u nas uśpienia tlenkiem azotu w tej postaci, jaką stosują w Ameryce, dałoby wiele korzyści naszemu ratownictwu chirurgicznemu.

Amerykańscy anestetyści wyznają bezwzględna zasadę: dać możliwie najmniej środka usypiającego, a wywołać najwyższy efekt! I trzeba przyznać, że się to im udaje, dzięki starannemu stosowaniu środków przygotowawczych przed uśpieniem. Temu przygotowaniu chorego przed znieczulaniem przyjrzałem się w szpitalach Mont-Sinai, i Postgraduate hospital w New-Yorku i w Augustiana hospital w Chicago, gdzie pracuje jeden z najbardziej uczonych chirurgów amerykańskich, Ochsner. Podziwiałem niezwykłą staranność, że tak powiem nabożeństwo, z jakim to robią interni i siostry pod kierunkiem „przysięgłego“ anestetycy z tego szpitala. Chodzi tu o stosowanie środków pomocniczych, współdziałających (*synergistics*). Do takich środków należy w pierwszym rzędzie siarczan magnezyj (*Magnesium sulfur.*), którego własności znieczulające zostały odkryte przez Samuela J. Meltze-

ra. Okazuje się, że zastrzyknięcie pod skórę  $\frac{1}{8}$  gr. (0,005) morfiny z 2,0 ctm.<sup>3</sup> 25% roztworu Magnes sulfurici zmniejsza ilość potrzebnego do uspienia tlenu azotu czy eteru, o jedną trzecią, a niekiedy o połowę, bez osłabienia efektu uspienia. Siarczan magnezji nie ma zgubnego wpływu na tkanki, a stosowany pod skórę bynajmniej nie działa na ośrodki oddechowe. W połączeniu z morfiną wzmacnia jej działanie o 50%—100%. Wobec wyników dodatnich, jakie spostrzegalem w uspieniu, wywołanem przez stosowanie morfiny z roztworem siarczanu magnezji, pozwolę sobie w kilku słowach opisać tu technikę b. prostą tego przygotowania. O  $1\frac{1}{2}$  godziny przed operacją należy zrobić podskórne wlewanie 200—400 ctm.<sup>3</sup> 4% roztworu siarczanu magnezji; płyn przenikać powinien pod skórę powoli, pod ciśnieniem z lejka szklanego, co trwa 20—30 minut; o  $1\frac{1}{4}$  godz. przed operacją chory otrzymuje pierwsze zastrzyknięcie  $\frac{1}{8}$  gr. (0,005) morfiny w wodzie sterylizowanej lub w roztworze siarczanu magnezji. Iniekcję tą powtarza się zwykle jeszcze dwa razy, co 20 minut, naturalnie u osób dorosłych. Ilość morfiny podawana przed operacją wynosi więc  $\frac{3}{8}$  gr. (0,0225), chociaż stosują nieraz i mniej — szczególnie u kobiet — 0,015 morfiny. Gdy istnieją objawy wrażliwości szczególnej po pierwszej dawce morfiny należy stosowania tego narkotyku zaniechać. Chory pozostaje przed operacją w t. zw. *anestetic room* w niezwykłej ciszy, w specjalnym pokoju z przyćmionem światłem, w łóżku za parawanem, z zasłoną na oczach. A gdy już wszystko jest gotowe, chorego spokojnie i ostrożnie układają, zwykle od razu na stole operacyjnym, na którym go przewożą do sali. Po nałożeniu na twarz maski, chory dostaje jednocześnie i strumień tlenu azotu i tlenu, aż do momentu, kiedy nastąpi zupełna utrata przytomności i zniesienie czucia bólowego. Sinicy być nie powinno, chory musi mieć różowe zabarwienie twarzy („the patient must behold pink!”) — oto zasada, którą głosi stale znieczulającym internom chodzący z sali do sali „przysięgły” instruktor-anestetysta. Od momentu kompletnego uspienia następuje znaczne zmniejszenie podawanego strumienia tlenu azotu, natomiast ilość tlenu wzrasta od 35% do 50%; i tak już postępować należy przez cały czas trwania operacji. Dodawanie tlenu azotu od tej chwili wzmacnia już tylko nie-

bezpieczeństwo, nie wpływając na głębokość uśpienia. Opisany wyżej sposób postępowania stosuje się przy wszelkiem znieczuleniu ogólnem; a przekonałem się niejednokrotnie, że w warunkach takich uśpienie przechodzi gładko, chory prędko zasypia bez wyraźnego okresu podniecenia, a liczba przyпадków mdłości i wymiotów zmniejsza się przynajmniej o 50%. W niektórych klinikach zastępują morfinę dawką atropiny, z tym samym skutkiem, stale w połączeniu z siarczanem magnezji. W każdym razie siarczan magnezji, morfina, tlenek azotu i tlen, podług moich spostrzeżeń na rozmaitych oddziałach, tworzyły najlepszą postać mieszanych środków dla ogólnego znieczulenia, bo z całkowitem zniesieniem czucia bólowego i zupełnem rozluźnieniem napięcia tkanek. Ta postać uśpienia do operacji jest naprawdę największą zdobyczą w dziedzinie nauki znieczulania w chirurgji nowoczesnej. Wiemy z doświadczenia, że zapaść podczas uśpienia, spowodowana czy to przez zaburzenia oddechowe, czy też czynności serca, zdarza się najczęściej nie w okresie głębokiego snu, lecz gdy chory śpi jeszcze niezupełnie. Niewątpliwie ma to związek ze wstrząsem (schock), towarzyszącym w mniejszym lub większym stopniu każdej operacji. Chirurdzy amerykańscy wiele czynią w tym kierunku, ażeby tego wstrząsu możliwie uniknąć. Tak np. w klinice Crile'a (Cleveland Oh.), autora najlepszego dzieła w piśmiennictwie współczesnem o wstrząsie, często nie żałują czasu i do znieczulenia ogólnego dodają jeszcze znieczulenie miejscowe. Żaden bowiem środek ogólnego znieczulenia — zarówno chloroform jak i eter — nie sprostawa zupełnego zniesienia czucia na skórze, chyba że organizm całkowicie tym środkiem nasycimy; nie jest to jednak, jak wiadomo, rzeczą obojętną i bezpieczną. Zapewne, niejedynemu chirurg w czasie, zużytem na znieczulenie miejscowe, potrafi wykonać całą operację, nie powinno to jednak nigdy być brane pod uwagę, gdy dla uniknięcia, wzgl. osłabienia, wstrząsu, z korzyścią dla chorego wykonane być może.

W czasie znieczulania, w wielu klinikach, badają od czasu do czasu ciśnienie krwi, a nieraz stale podczas całej operacji jeden z internów tylko tem jest zajęty. Za pomocą aparatu „sphygmotensimeter“, dostosowanego do pozycji zgięcia stawu łokciowego, lekarz obserwujący notuje ciśnienie przy

skurczu i rozkurczu serca, a w razie potrzeby porozumiewa się z lekarzem, stosującym usypianie. Okazuje się bowiem, że już o kilka minut, a nieraz o kwadrans wcześniej, można przewidzieć niebezpieczeństwo zapaści, jeżeli zauważyć spadanie ciśnienia krwi albo, co najważniejsze, zmniejszającą się coraz bardziej różnicę między ciśnieniem w momentach skurczu i rozkurczu serca. W każdym razie jest to pewniejsze i ściślejsze badanie działalności serca, niż zwykła ocena wartości tętna przez badanie pulsu dotykiem palca.

Stosowania chloroformu w tej formie, jak się to u nas zazwyczaj dzieje, nigdzie, na żadnej klinice, nie widziałem. W jednym tylko szpitalu niemieckim w New-Jorku, obecnie zwanym Lenox — Hill Hospital, bo w dobie obecnej jest nieprzyjętem w Ameryce, by się cokolwiek nazywało „German“, w szpitalu, gdzie pracuje znakomity Willy Meyer, widziałem, że z powodzeniem stosują mieszanekę dra Weidigs'a, zwaną „Anaestol'em“. Składa się ona z 38,89% chloroformu, 17% chlorku etylu i 47,10% eteru. Mieszanekę tę stosują bez uprzedniego zastrzyknięcia morfiny, siarczanu magnezji, lecz z dopływem czystego tlenu zamiast powietrza, w kombinacji tych t. zw. czynników współdziałających (*synergystic agents*). I tutaj, jak wszędzie w Ameryce, starają się przedewszystkiem przeprowadzić zasadę: minimum zużycia środka usypiającego, — maximum efektu t. j. zupełnego zniesienia czucia bólowego łącznie z zupełnem rozluźnieniem napięcia tkanek.

O umiejętności wszędzie i zawsze stosowaniu tej zasady przez Amerykanów przekonałem się na znieczulaniu „odbytowym“—za pomocą wlewań eteru z oliwą (the oil-ether colonic anesthesia) do *rectum*. Stosowałem sam w szpitalach położnych ten rodzaj usypienia podczas wojny światowej ze 30 razy; nie wydał mi się wówczas szczególnie pożytecznym, miałem nawet jeden wypadek śmierci, to też w końcu porzuciłem go zupełnie. A jednak rodzaj usypienia, który budził tak niemiłe we mnie wspomnienia, zrobił w Ameryce na mnie zupełnie inną, bo dodatnie wrażenie. Widziałem zastosowanie takiego usypienia wielokrotnie w Massachusetts General Hospital w Bostonie, w szpitalu, gdzie przed wielu laty w ów historyczny dzień w dziejach chirurgji\*), Morton po raz pierwszy zastosował usypienie

\*) 15 października 1846 roku.

eterowe. Ale bo też to znieczulenie przez wlewanie eteru w oliwie do prostnicy inaczej w Ameryce jest wykonywane. Przedewszystkiem więc chory przed operacją jest już o dwie godziny wcześniej odpowiednio przygotowywany; otrzymuje trzykrotnie zastrzyknięcie  $\frac{1}{8}$  gr. morfiny z 2 ct<sup>3</sup> 25% siarczany magnezji, a o kwadrans wcześniej zaledwie 60,0 eteru + 30,0 oliwy, wlewanej do najdokładniej opróżnionej prostnicy. Tym rodzajem uśpienia posiłkują się w Ameryce przeważnie podczas zabiegów na twarzy, szyi i klatce piersiowej; niekiedy uśpienie wzmocnione bywa przez dodanie znieczulenia miejscowego *novokoainą* lub *prokainą*,—co łącznie zmniejsza o połowę zużycie eteru. Sposób ten słusznie zdobywa w Ameryce obecnie coraz większą popularność; po tem, com widział w „Massachusetts General Hospital“, postanowiłem wrócić do metody uśpienia zapomocą wlewań do prostnicy eteru z oliwą (*colonic anessthaesia*). Prawie we wszystkich szpitalach, które umyślnie zwiedzałem podczas wykonywania operacji w New-Yorku, Chicago, Bostonie, Baltimore, zwrócił moją uwagę niewielki przyrząd, używany powszechnie podczas uśpienia eterem, tlenkiem azotu lub też wspomnianą wyżej mieszanką chloroformu z eterem. Jest to rurka metalowa płaska, o odpowiedniej krzywiznie, zwana „pharyngeal tube“; gdy chory już głęboko zasnął, zakłada się ją do jamy ustnej, koniec dolny rurki opiera się o nasadę języka u samej nagłośni, a zewnętrzny — górny wystaje przed zębami, gdzie ma niewielką tarczę zabezpieczającą, by rurka w całości do ust się nie wsunęła. Rurka ta, którą miałem zaszczyt pokazać wraz z innymi przyrządami Szan. Kolegom, wydała mi się bardzo pożyteczną. Dzięki stałemu rozwarciu ust, w razie zatkania nosa, środek usypiający przenika bezpośrednio do krtani, co czyni już zbyt częste wyciąganie szczęki dolnej, zabezpiecza od zapadania się języka, znacznie ogranicza potrzebę chwytania i pociągania go. Chory z rurką taką w ustach śpi spokojnie, oddycha rytmicznie, bez przykrego, tak nieraz niepokojącego operatora, chrapania. A oto śróbka z drzewa hebanowego (wzgl. bukowego), o kształcie stożkowatym, dla łatwego rozwarcia szczęk, co jak doświadczenie wskazuje, zręczniejszemu udaje się robić, niż przyrządami Keniga i Heistera. Doświadczenie, zdobyte przy używaniu wyżej wskazanych przy-

rządów na klinice prof. Leśniowskiego, stwierdza, że są to istotnie pożyteczne pomocnicze instrumenty podczas stosowania uśpienia do operacji.

U nas w kraju znieczulanie, a szczególnie ogólne do operacji, bywa dotąd niekiedy traktowane, jeżeli nie po macoszem, to w każdym razie jako sprawa w zabiegu chirurgicznym dopiero drugorzędna. Któż bowiem u nas nie czuje się powołanym i gotowym do tej tak niezwykle ważnej roli wykonania ogólnego znieczulenia? A jednak jest to niewątpliwie sztuka oraz gałąź odrębna nauki lekarskiej, nad którą dobrze i długo specjalnie pracować trzeba, aby ją gruntownie opanować.

Tą garścią spostrzeżeń z życia lekarskiego kolegów amerykańskich chętnie się tu aj z Szan. Kolegami dzielę; być może i u nas znajdzie naśladowców dążenie do wyodrębnienia sztuki znieczulania ogólnego, wzgl. i miejscowego, w specjalną gałąź teoretyczną i praktyczną nauki lekarskiej, wymagającą jednak dla dalszego rozwoju swego współpracy znawców, specjalistów.

---

## O ciemni przenośnej.

Podał

Jul. R o t s t a d t.

---

Badanie dna oczu w ciemni mniej lub więcej zupełnej, a często i sprawdzanie szczegółowe odczynu źrenic na światło, ustalenie charakteru, stopnia osłabienia jego również w ciemni, jest nieodłącznym czynnikiem badania klinicznego nie tylko w cierpieniach układu nerwowego, lecz w szeregu całym chorób przewlekłych ogólnych i oczu. Zbadanie dna oka uznajemy nie tylko za środek jednorazowy, pomocniczy dla ustalenia rozpoznania, lecz za potrzebę ciągłą, nieodzowną, gdy spiszujemy nprz. sprawy podostre, ostre, postępujące lub gdy stosujemy środki lecznicze, których wpływ ujemny w warunkach pewnych na tarczy nie ulega wątpliwości. Dość gdy wspomnę o konieczności wielokrotnego sprawdzania postępu, przerw, wahań, poprawy, jakim niekiedy w tempie szybkim ulegają cierpienia nerwów wzrokowych w zapa-

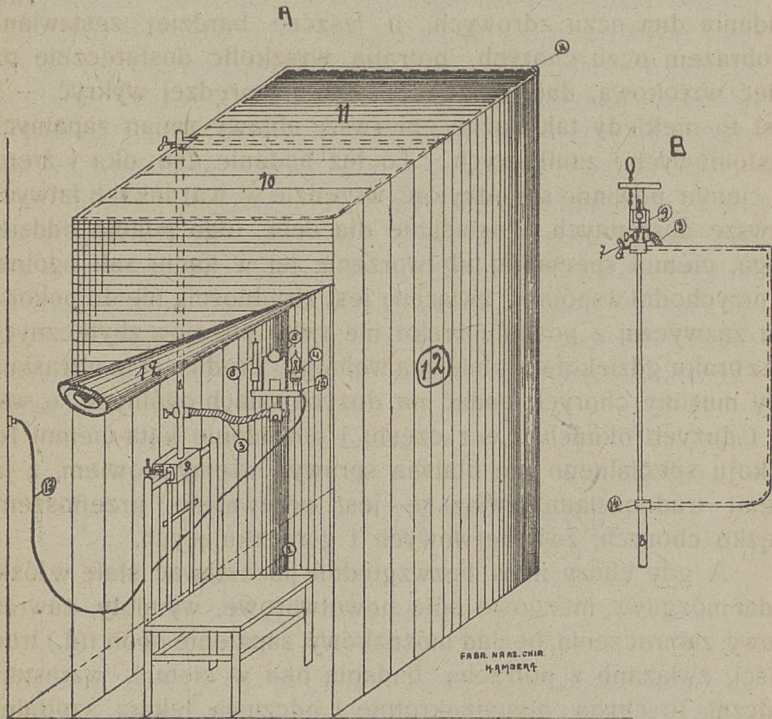


leniu surowiczem opon mózgowych, w sprawach uciskowych wogóle (wodogłowie, nowotwory, ropnie), zapalnych (cierpienia nerek, przymiot, zapalenia opon), w okresie pooperacyjnym, wreszcie w czasie leczenia salwarsanem, jego odmianami, rtęcią, atoksylem, strychniną i n. inn. Pamiętać wreszcie trzeba i o stronie pedagogicznej, jedynie bowiem częste i dostępne badania dna oczu zdrowych, a jeszcze bardziej zestawianie z obrazem oczu chorych, potrafią wyszkolić dostatecznie pamięć wzrokową, dają możliwość łatwiej i prędzej wykryć, — a jest to niekiedy tak ważne — pierwsze objawy zmian zapalnych, zastoinowych i zanikowych. To też badanie dna oka i źrenic w ciemni powinno się odbywać wszędzie w warunkach łatwych, zawsze dostępnych. Posiadanie dla celu tego pokoju oddzielnego, ciemni specjalnej lub tworzenie jej w kącie sali ogólnej, w przychodni wspólnej, związane jest z trudnością nie do pokonania zazwyczaj z powodu braku nie tylko pokoiów zbytecznych, lecz braku gdziekolwiek miejsca wolnego. Trudności te wzrastają, gdy musimy chorych badać na dużych salach ogólnych, o wielu i dużych oknach. Lecz często i posiadanie kąta-ciemni lub pokoju specjalnego nie ułatwia sprawy, wiemy bowiem, z jakimi trudnościami związane jest przeważnie przenoszenie ciężko chorych, zwł. nerwowych i gorączkujących.

A gdy chory musi bezwzględnie pozostawać stale w łóżku (udar mózgowy, mózgowie bóle nowotworowe, wymioty, zawroty głowy, zamroczenia, bezład mózdkowy, zapalenie opon itd.) trudności, związane z potrzebą badania oka w ciemni, wzrastają. Odczuł to chyba niejednokrotnie i odczuwa lekarz szpitalny, ambulatoryjny i nieraz zmuszony bywa zaniechać, chwilowo odłożyć zbadanie oczu, które potrzeba teoretyczna i praktyczna wykonać nakazuje.

By rozwiązać korzystnie tą sprawę praktyczną, a nasuwała mi się ona stale podczas pracy oddziałowej, powziąłem już dawniej zamiar wykonania przyrządu, który pozwoliłby tworzyć ciemnię, mniej więcej zupełną i wygodną, tam, gdzie w danej chwili znajduje się chory: w łóżku, na krześle, w przychodni, w poczekalni, gabinecie lekarskim, na dużej sali ogólnej chorych. Posiłkowanie się przyrządem takim, a nazwałem go ciemnią przenośną, przed wojną stale, w ciągu wielu lat pracy na oddziale dr. Flataua, przekonało mnie o niezwyklej wygodzie

i użyteczności jego, pozwala bowiem lekarzowi oddzielnie, gdzie i kiedy chce, badać w ciemni oczy chorych, nie ruszając ich z miejsca prawie zupełnie. Obecnie, po wykonaniu niektórych dodatków i ulepszeń w układzie przyrządu, chcę go oddać do użytku kolegów.



Załączone dwa rysunki tłumaczą budowę ciemni przenośnej. Na rysunku B widzimy, jak wygląda przyrząd, gdy jest zamknięty, zupełnie złożony; jest wtedy płaski, zajmuje miejsca mało, z łatwością może być gdziekolwiek na kółku zawieszony. By ciemnię przenośną założyć, rozwinąć, należy przedewszystkiem po odkręceniu śruby (7), wyciągnąć statywę przyrządu, w postaci mocnego pręta metalowego (8), pochylić ją ku dołowi, nadać kierunek pionowy, a przy pomocy zamka (9) umocować u węzłowia łóżka, u oparcia krzesła, (1) ławki, fotela i t. d. Następnie trzeba rozłączyć, a potem rozłożyć pionowo 2 składane połówki daszka ciemni (10 i 11), opuścić ru-

chomą rurkę giętką metalową (3), na której w odpowiednio złożonym świeczniku, (15) na wysokości pożądanej, umieścić można lampkę elektryczną, (4) ręczną latarkę elektryczną (5) oraz świecę (6), zależnie od tego, jakie w danej chwili lekarzowi źródło światła jest dostępne. Po zdjęciu zwiniętego przewodnika (13) z daszka ciemni, włączeniu kontaktów i opuszczeniu zasłony<sup>1)</sup> (12), można rozpocząć badanie. Składanie ciemni odbywać się winno w porządku odwrotnym. Po zarzuceniu zwiniętego przewodnika i zasłony z powrotem na daszek ciemni, należy świecznik (15) odłączyć od rurki metalowej (3), schować do jakiegoś pudełka, odkręcić śrubę (7), zsunąć daszek zupełnie, zamek (9) zdjąć, statywę (8) pochylić naprzód, koniec jej górny z powrotem wsunąć do otworu w (14), śrubę (7) zakręcić, daszek złożyć, jak na rys. B; można też giętką rurką ruchomą (3) zacisnąć zbliżone brzegi zewnętrzne połówek daszka ciemni, by się same nie roztwierały. Zarówno założenie ciemni, jak i umiejętnie złożenie jej, trwać winno najwyżej 2-3 minuty; podkreślę, że należy dobrze przymocować zamek (9), by statywa, wzgl. ciemnia przenośna na niej, pozostawały podczas badania w równowadze zupełnej.

---

---

<sup>1)</sup> Zbyt sztywno narysowanej

## Sprawozdania z posiedzeń naukowych

**Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 4 lutego 1921 r.**

Przewodniczył B o r n s z t a j n.

B y c h o w s k i przedstawia Przypadek zmian w podniebieniu miękkim po zapaleniu nagminnym mózgu.

Chłopiec, lat 14, zapada w lutym 1920 r. na ciężką postać nagminnego zapalenia mózgu o przebiegu przewlekłym, z objawami śpiączki. Przez kilka tygodni trwały wrzaskowe zaburzenia opuszkowe w postaci utrudnionego polykania, niewyraźnej mowy i n. inn. Po roku stan względnej poprawy, lecz pozostaje sztywność postawy i wyraz twarzy, jak w chorobie Parkinsona; niekiedy śmiech wymuszony. Od kilku tygodni chory spostrzegać zaczął, że wykonać potrafi niezwykle złożony ruch językiem, którego przed swą chorobą zupełnie nie znał. „Sztuczka“ ta, jak ją nazywa, polega na tem, że unosi język, koniec jego przesuwając ku tyłowi i wprowadza — wsuwa do tylnych otworów jamy nosowej; ruchem tym wypina języczek wraz z podniebieniem miękkim. Próbę ruchu tego oto wykonać może na zawołanie. O objawie takim, jako o b. rzadkim, jest wzmianka w kazuistyce laringologicznej. W danym przypadku łatwość wykonania go szczególnie zastanawia dlatego, że między sprawnością niezwykle bezpośrednich i pomocniczych mięśni języka, a powolnością, sztywnością, niezgrabnością ruchów tułowia, k. k. g. i d., twarzy itd. istnieje rażące przeciwieństwo. B. przypuszcza, że ruch ten chory zaczął wykonywać do pewnego stopnia bezwiednie, by końcem języka przesunąć naprzód gromadzącą się w nosie wydzielinę śluzową, wzgl. oczyścić nozdrza, a czego z powodu osłabienia, wzgl. sztywności ruchów rąk z jednej strony, a mięśni gardzieli z drugiej, zwykłym sposobem wykonać już nie mógł.

W dyskusji G a n t z przypomina, że S o k o ł o w s k i spostrzegał objaw ten już dawniej, niema więc w tym przypadku podstaw dostatecznych, by ruch ten szczególny wiązać z przebytem nagminnym zapaleniem mózgu. Srebrny, Lubliner przypuszczają, że chory być może i dawniej ruch ten języka wykonywał, przez co ułatwiał sobie usunięcie nagromadzonych w nosie wydzielin.

B o r n s z t a j n stwierdza brak objawów porażenia podniebienia miękkiego, co bardziej jeszcze utrudnia należyte wytłumaczenie przy czynny ruchu tego szczególnego.

B y c h o w s k i, opierając się na wywiadach szczegółowych, zapewnia, że objaw ten zjawiał się dopiero przed kilku tygodniami w okresie zdrowienia po ostrem zapaleniu mózgu.

K l e j n. Trzy przypadki duszniczy oskrzelowej.

Mówca streszcza w krótkości wyniki badań autorów amerykańskich<sup>1)</sup>, angielskich i francuskich nad dusznicą oskrzelową<sup>1)</sup>, z których

<sup>1)</sup> Patrz St. Klejn „Istota i leczenie duszniczy oskrzelowej“. Polsk. Gazeta Lekarska 1922.

wynika, iż duża liczba tych przypadków (50%) zależy od uwrażliwienia chorych, przeważnie nabytego, na proteiny rozmaitego pochodzenia: zwierzęcego, roślinnego i bakteryjnego. Napad astmy powstaje od zetknięcia się ustroju wrażliwego z substancją uczulającą w ilości często minimalnej. Rodzaj uczulenia poznać można za pomocą odczynu Pirquet'a, wykonanego z minimalną ilością substancji uczulającej. Napad astmy nosi cechy wstrząsu anafilaktycznego. Leczenie polega na usunięciu chorego od wpływów substancji uczulającej albo też na wprowadzeniu do ustroju minimalnych ilości, wciąż jednak wzrastających, substancji uczulającej; przez to wywołuje się stan antianafilaksji, przyczem chory staje się stopniowo coraz mniej wrażliwym na szkodliwe dla niego dotychczas proteiny, które jednocześnie przestają u niego wywoływać odczyn Pirquet'a.

Pozatem dobrze działa proteinoterapia w postaci najrozmaitszej a więc dawki peptonu, autoseroterapia, autohemoterapia, szczepionki bakteryjne.

K l e j n demonstuje 2 chorych, dotkniętych astmą oskrzelową i podaje historję choroby 3-go.

I-szy chory, 38-letni tragarz; napady zaczęły występować przed rokiem. Wobec tego, że chory jako tragarz miał dużo do czynienia z rybami i jabłkami, wykonano odczyn Pirquet'a z proteinami ryby. Wynik był ujemny. Dodatni natomiast wynik dały proteiny jabłka. K. przekonał się jednak, że chory prócz tego uczulony jest na proteiny chleba kartkowego; podanie kawałka takiego chleba choremu, wywołało podczas demonstracji napad astmy. To samo miało miejsce po spożyciu przez chorego jabłka. Substancje te dają, jak oto sprawdzić można, dodatni odczyn Pirquet'a.

Wobec tego, że chory, jak to często bywa, był uczulony jednocześnie na inne jeszcze substancje, których istoty na razie wykryć się nie udało, poddano chorego leczeniu dożylnemu peptonem według Auld'a. Wynik był ten, że w ciągu 2 miesięcy napadów nie było, podczas gdy dawniej występowały codziennie, a nawet 2 razy dziennie. Skutek jednak był przemijający. Wobec tego poddano chorego autoseroterapii; skutek również był dobry, ale nie trwały. Chorego obecnie poddano leczeniu autowakcynami, wytworzonymi z płwociny. Na wynik należy czekać. (Dalsze spostrzeganie pokazało, że do dnia 1/XII 21 napady się jeszcze nie wznowiły).

II. 34-letnia kobieta, cierpiąca na napady astmy oskrzelowej od roku. Odczyn Pirquet'a wypadł dodatnio z proteinami chleba kartkowego. Chora jednak dostaje napadów nawet wtedy, gdy nie jada tego chleba; widocznie istnieje tu uczulenie jeszcze i na inne proteiny, których charakteru dotychczas nie udało się K. wykryć.

Leczenie peptonem nie dało tu dotąd wyników pomyślnych, a obserwacja trwa zaledwie 2 tygodnie.

III przypadek (bez pokazu) dotyczy 17-letniego chłopca, chorego prawie od urodzenia na astmę. Chory ten jest wrażliwy na rybę, mięso

wołowe, surowicę końską, włosy psie. Leczenie nie zostało jeszcze rozpoczęte.

W dyskusji R o t s t a d t szczególnie podkreśla, że prócz postaci duszniczej o charakterze wstrząsu anafilaktycznego, jest niewątpliwie szeregi przypadków psychorodnych, nerwicowych i pochodzenia odruchowego (m. inn. z powodu cierpień dróg oddechowych). Podniety mogą być tu rozmaite: u niektórych, jak np. u Trousseau, zapach kwiatu wywoływał napad duszniczy, u innych pył roślinny, u wielu po wzruszeniu, wstrząsie psychicznym i n. inn. Wśród środków dobrze działających na napad cieszy się szczególnem powodzeniem adrenalina, lecz pamiętać trzeba, że przez częste jest stosowanie, jak pokazały doświadczenia na królikach, sprzyjać można zwapnieniu naczyń i tworzeniu tętniaków. R. omawia metody leczenia fizykalnego, zwł. termoterapeutyczne, mechanoterapeutyczne, które jak pokazuje doświadczenie Brieger'a, Neuman'a, v. Strumpell'a, Strasser'a, i inn. i własne R., mają znaczenie wybitnie dodatnie w przypadkach przewlekłych.

G a n t z sądzi, że prace autorów amerykańskich nie są całkowicie przekonywające. Dusznicza oskrzelowa jest chorobą wielopostaciową, przemawiają za tem rozmaite skuteczne sposoby leczenia. Hofbauer z Wiednia leczy, jakoby b. skutecznie, astmę gimnastyką oddechową. Landouzy, a u nas Chelmoński, widzą przyczynę wielu przypadków duszniczy w swoistem cierpieniu gruczołów okołoskrzelowych (działanie toksyn). Leczenie, o którym mówi Klejn, składa się — prawdopodobnie — z dwu czynników z psycho i proteinoterapii. Należy czekać, czy wyniki będą trwałe.

R u b i n r o t radzi badać prom. R., gdyż widział limfomata oskrzelowe, które były źródłem napadów duszniczy, a po leczeniu prom. R. nastąpiła poprawa.

L u b l i n e r omawia leczenie farmakologiczne, zwł. dodatni wpływ adrenaliny na napady, należy jednak przytem szczególną uwagę zwracać na badanie krwi ciśnienia, wzgl. odczyn Widala.

L e w i n sądzi również, że przyczyn duszniczy oskrzelowej jest wiele; niektórzy dostają napadów pod wpływem swoistych zapachów, inni znów z powodu zaburzeń w przewodzie pokarmowym, dzieci po koluszu, grypie; przypomina o t. zw. asthma arthriticum; prócz okresowych, są codzienne napady i nieustanne.

S t e r l i n g W e l. uważa, że dusznicza oskrzelowa jest jeszcze pojęciem zbiorowem; mówi o objawach skórnych w cierpieniu tem, zaleca stosowanie autoseroterapii.

G o l d f l a m omawia leczenie duszniczy. Wielu pomaga istotnie adrenalina, innym znów atropina; sam stosuje często z dobrym skutkiem brom i preparaty jodu, daje też związki wapnia; należy indywidualizować, na podstawie wyniku leczenia farmakologicznego nie sądzić o patologji cierpienia. G. podkreśla okresowość niektórych napadów; spostrzegal je np. u chorych tylko w piątki, co niewątpliwie ma swoistą przyczynę, być może w spożyciu pewnych potraw.

Klejn w odpowiedzi zaznacza, iż właśnie badania amerykańskie wyjaśniają ciemne i zagadkowe dotychczas działanie rozmaitych czynników etjologicznych astmy oraz powstawanie napadów okresowe (godziny, dni, miejscowość i t. d.). Że część przypadków astmy nie zależy od sensybilizacji swoistej, o tem wspominają sami amerykanie — 50% przypadków należy do tej grupy. Najważniejszą w badaniach tych jest możliwość wykrycia przyczyny astmy za pomocą metody Pirqueta i następnego skutecznego leczenia.

O napadach astmy wskutek powiększenia gruczołów oskrzelowych K. nie mówił, bo to nie jest astma. Co się tyczy związku astmy z kłuszcem, to należy pamiętać, że u dzieci astma zaczyna się z początku w postaci zwykłego kaszlu z nasileniami napadowymi, podobnymi do kłuszu. Odróżnienie napadu astmy od pseudoastmy można skutecznie za pomocą próby hemoklajycznej Widala. Inne znów czynniki etjologiczne, jak np. grypa, zaburzenia żołądka, objaśniają się wrażliwością na proteiny bakteryjne, która jest bardzo wybitna u astmatyków. Tem się powodował Danysz, który zaleca leczenie astmy szczepionkami rozmaitych bakterij, wyhodowanych ze śluzu oskrzeli i z zawartości kiszkiowej.

Wspomniane przez przedmówców metody leczenia astmy już przez swą mnogość wskazują, iż astma jest nieuleczalna, o ile sama nie znika, co się zdarza wprawdzie dość rzadko. Co się tyczy działania adrenaliny i astmolyzyny, to niewątpliwie przerywają one napad często, choć nie zawsze, uleczyć jednak astmy nie są w stanie.

#### Klejn Przypadek granulatozy jamy brzusznej.

Chory, lat 31, od połowy września 1920 r. ma gorączkę, trwającą do tej chwili; jedynie na początku października była przerwa bezgorączkowa, a trwała 3 dni. Gorączka zjawia się zwykle o 12-ej lub 2-iej pp., bywa poprzedzona dreszczem, kichaniem, ziewaniem, w końcu są poty.  $T^0$  dochodzi do  $40^0$ . W ciągu pierwszej połowy grudnia chory brał chininę w dużych dawkach, poczem  $T^0$  spadła do normy, ale niebawem znów się podniosła.  $T^0$  ma typ nieregularny: zrana 36—37, wieczorem 38—39,8; poty; apetyt niezły. Od czasu do czasu bóle w prawej połowie brzucha. O miesiąc przed gorączką miał duży brzuch, cierpiał wtedy na rozwolnienie w ciągu kilku dni. Od 2 miesięcy wysypka swędząca na nogach, żółtaczki przy tem nie było. Dawniej zawsze czuł się zdrowym; wdowiec 2 dzieci; żona zmarła na suchoty. W ostatnich dniach w szpitalu zjawiała się żółtaczka.

*St. pr.* Wygląd bladawy; wychudzony. Lekka żółtaczka spojówek. Płuca i serce bez zmian. P. 90. Brzuch z prawej strony cokolwiek wzniesiony; tępość wątroby od 6 żebra, narząd dochodzi do pępka; powierzchnia jej cokolwiek nierówna, niebolesna, brzeg ostry. Śledziona wyraźnie się wyczuwa pod łukiem żebrowym. Gruczoły nie powiększone. Stolce normalne. W moczu białka niema. Urobilinogen b. wyraźny, dya z o ujemny, u r o c h r o m o g e n dodatni.

We krwi 19 X 20 leukocytów 11,280, w tem limfocytów 6%, monocytów 5,6%, neutrofilów 74,8, eozynofilów 4,2%, bazofilów 0,2%; są też

myelocyty i myeloblasty. Płytek b. dużo. Pasorzytów zimnicy niema. Wasserman ujemny.

W ciągu pobytu w szpitalu T<sup>0</sup> nie spadała już więcej; w moczu zjawily się barwiki żółciowe, urobilinogen coraz wydatniejszy. Odczyn dwuazowy, z początku ujemny, stał się coraz wyraźniejszym. Wątroba coraz bardziej się zwiększała, pod nią zaczęto wyczuwać miejsca o niewyraźnej guzowatości.

18/XII wykonano próbę na działalność proteopeptyczną wątroby według Widala'a. Oto wynik:

11 <sup>50</sup>	Leuk. 17,610.	Stosunek form:	10,8 — 5,2 — 83,6 — 0,4
12 <sup>52</sup>	chory spożył 200,0 mleka.		
12 <sup>23</sup>	L. 13,160 — stos. form. . . . .	11,6 — 6,6 — 81,6 — 0,8	
12 <sup>45</sup>	L. 14 000 . . . . .	10,4 — 4,0 — 84,4 — 7,2	
1 <sup>8</sup>	L. 14.700 . . . . .	7,2 — 2,8 — 89,2 — 0,8	
21. I. 21. L.	18,000 . . . . .	8,2 — 5,4 — 84,6 — 0,8	

Ze względu na brak pasorzytów zimnicy, obraz neutrofilowy krwi, małą skuteczność chininy, można malarję wykluczyć; lues również.

Marskość wątroby typu Hanota można wykluczyć na zasadzie zbyt małej śledziony, słabej żółtaczk i braku wyraźnej zrazowatości wątroby. Rozpoznanie wahać się może tylko pomiędzy ropniem wątroby, a granulomatozą jamy brzusznej. Co się tyczy pylotrombozy, to brak wszelkiej etiologii (kamica, zapalenie wyrostka robaczkowego czerwotka), brak puchliny brzusznej, silniejszych bólów oraz rozwolnienia. To samo można powiedzieć i o ropniu wątroby, chociaż w zupełności wykluczyć tego rozpoznania nie można. Za granulomatozą przemawia nierówność wątroby, guzy pod nią, powiększenie śledziony, długotrwała gorączka, odczyn dwuazowy, leukocytoza neutrofilowa oraz swędząca wysypka na nogach.

Chory wobec podejżenia na ropień wątroby miał być poddany laparotomji próbnej, ale chirurg na nią się niechętnie godził. Przypadki granulomatozy jamy brzusznej są bardzo rzadkie i nieraz bardzo trudne do rozpoznania. W danym przypadku brak jednego dość stałego objawu, a mianowicie obrzmienia umiarkowanego gruczolów chłonnych, zwykle na szyi.

Uderzającym jest to normalne prawie zachowanie się działalności proteopeptycznej wątroby wobec niewątpliwie dużych zmian zachodzących u wątrobie, jak tego dowodzi żółtaczk i urobilinurja. Zgadza się to z twierdzeniem Widala, że zaburzenia w czynności proteopeptycznej mają często przyczyny odmienne od zaburzeń w wydzielaniu i przeróbce urobiliny i rzadko idą z niemi w parze.

W dyskusji Goldflam zaznacza, że należy wziąć pod uwagę szczególnie ropień wątroby oraz Cirrhosis hypertrophica. Knaster radzi wznowić próby sprowokowania napadu zimnicy. Mesz dodaje, że prócz chininy chora otrzymywała błękit metylenowy, poczem śledziona się b. zmniejszyła. Maliniak pyta o odcz. Wass.; spostrzegł przymiot wątroby o przebiegu gorączkowym.



Klejn zaznacza, że w Cirrhosis hypertrophica Hanot jest wczesna, znaczna żółtaczką; odpowiedzi co do Wasser. jeszcze niema, lecz wie, że niekiedy w przypadkach przymiotu z dodatnim odcz. Wass., z wątrobą dużą i puchliną brzusznią, leczenie swoiste było bez wyniku; dodatni odcz. W. bywa niekiedy w przypadkach żółtaczki.

Natanson przedstawia kleszczyk Pëana, wydobyty z jamy brzusznej 45 letniej chorej, dokąd się dostał przed 3 laty przy laparotomji, dokonanej w Rosji. Po operacji chora przyszła prędko do zdrowia, tylko od czasu do czasu miewała bóle w brzuchu bez wyraźnego umiejscowienia. W ostatnich czasach bóle te wzmożyły się wyraźnie, co zmusiło chorą do szukania porady. Chora budowy prawidłowej, nieco wychudzona. W okolicy prawej spina anterior superior wyczuwało się stwardnienie od grzebienia tego ku smudze białej, nieruchome, mało bolesne, o konturach niezbyt wyraźnych. Gruczoły pachwinowe prawostronne powiększone, twarde. Badanie dwuręczne wykazało macicę w zaniku, ruchomą. Przez tylne sklepienie daje się wyczuć dolna granica stwardnienia, wyczuwanego od góry.

Wynik badania nasuwał myśl, że mamy do czynienia z rakiem o niewiadomym punkcie wyjścia, zrosniętym z kiszka. Pomimo to N. wykonał laparotomję. Po otwarciu brzucha w ranie ukazała się pętla esicy, przyklejona do spina anterior superior. W miejscu tem — po przecięciu zrostów — ukazał się koniec narzędzia, które leżało wzdłuż w pętli. Pętla ta sklejona była z paru innymi pętlami esicy, wyjątkowo długiej. W jednej z nich tkwiła jedna z obrączek kleszczyka. Po wydobyciu całej esicy na zewnątrz, przecięto kiszkę, wydobyto kleszczyk, otwory w pętlach zaszyto szwem dwupiętrowym i po założeniu sączka z gazy, powłoki zaszyto. Przebieg pooperacyjny gładki. Kleszczyk ma powierzchnię szorstką, a w obu obrączkach jego brak części, b. m. rozpuszczonych stopniowo przez sok kiszkowy. Podnieść należy niezwykłą tolerancję otrzewnej, która wytrzymała kilkakrotne przedziurawienie kiszki przy wędrowce kleszczyka z jamy otrzewnej do miejsca, z którego został wydobyty.

W dyskusji Goldflam i Srebrny wypowiadają przypuszczenie, że znaleziony kleszczyk zepsuty był wzięty do operacji prawdopodobnie już w takim stanie, w jakim go znaleziono u chorej; trudno przypuszczać, by soki trawienne mogły wpłynąć na jego stopniowe wessanie i to tylko pewnych części jego.

Rotstadt. Przyczynek do patogenyzy choroby Charcot—Marie—Tooth'a (niezwykłe zaburzenia płciowe w przebiegu tego cierpienia) przeznaczone do druku.

---

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 11 marca 1921 r.**

Przewodniczył Flatau.

Bregman. — W sprawie techniki nakłucia łądzwiowego.

B. rozpatruje przypadki, w których—pomimo prawidłowego nakłu-

cia łądzwiowego—płyn mózgowo-rdzeniowy nie wycieka wcale. W wielu razach, zwł. przy powiększeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego, najczęściej w zapaleniu opon, połączenie między przestrzenią podpajęczynową czaszki i kanałem kręgowym jest przerwane. Przerwanie połączenia tego w niektórych przypadkach jest prawdopodobnie spowodowane przez przemieszczenie mózdzku i rdzenia przedłużonego, zatkanie dziury wielkiej lub przecięcie wodociągu Sylwjusza. W tych razach B. radzi pochylić głowę chorego ku przodowi, pokonywując zwolna i z wielką ostrożnością sztywność mięśni karku. Efekt tego zabiegu bywa zdumiewający: płyn, który przedtem nie wydzielał się wcale, zaczyna od razu wyciekać strumieniem. Ten sam zabieg znaleźć może zastosowanie także w tych przypadkach, gdy płyn wycieka wprawdzie, ale w małej ilości, a pożądane jest wypuszczenie większej ilości w celach zwolnienia ciśnienia. Wreszcie fakt podany przez prelegenta ma znaczenie przy określaniu stopnia ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dyskusji Zylberlast-Zandowa zaznacza, że sposobem, który zaleca B., często się posilkuje, robiąc nakłucie łądzwiowe, zwł. u dzieci. Są jednak przypadki, kiedy i ten zabieg pomocniczy nie pomaga; płynu wydostać nie można, gdy np. zrosty liczne z oponą twardą rdzenia temu przeszkadzają. W dwu przypadkach autopsyjnych drętwicy karku Z. widziała mnogie zrosty takie korzeni ogona końskiego z oponą twardą na znacznej przestrzeni dolnej części kręgosłupa.

Rosenberg przypomina, że prof. Wolff i Mulzer w podręczniku swym chorób płciowych (1914) radzą zawsze wytworzyć sztucznie skrzywienie tylne kręgosłupa i pochylić głowę, by nakłucie się udało.

Flatau podkreśla również korzyści, jakie daje istotnie niekiedy należyte pochylenie głowy, by płyn wyciekać zaczął; zabieg ten był już stosowany przez innych. F. omawia doświadczenia swe na zwierzętach, które przekonały o tworzeniu się zrostów korzeni, wzgl. ogona końskiego, z oponą twardą na wysokości powtórnych nakłuc łądzwiowych; zrosty te hamują wpływ łatwy płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdy nie można otrzymać płynu przez nakłucie łądzwiowe, należy robić, zwł. u dzieci, nakłucia komorowe,—zabieg wzgl. b. łatwy. Tą drogą należy też częściej zacząć wprowadzać surowicę leczniczą, a można i jednocześnie, szczególnie u dzieci, korzystać i z drogi do komór i do przestrzeni podpajęczynowej rdzenia łądzwiowego. W przypadkach wodogłowia F. wypuszcza z komór do 100 ctm.<sup>3</sup> bez wpływu ujemnego na ogólny stan zdrowia dziecka.

Francuzi robią nakłucie również i na wysokości rdzenia grzbietowego i szyjnego, a w sprawach uciskowych ponad i poniżej miejsc ucisku, by przez badanie różniczkowe przekonać się, czy w płynie z dolnego nakłucia jest nadmiar białka (objaw dyssocjacji komórkowo-białkowej).

Higier uważa omawiany zabieg pomocniczy dla dodatniego wyniku nakłucia łądzwiowego za b. pożyteczny i słuszny, lecz należy indy-

widualizować, w przypadkach nowotworów mózgu nie stosować; najlepiej dla próby nadają się zapalne sprawy oponowe u osesków.

Bregman w odpowiedzi podkreśla, że miał na myśli przede wszystkim właśnie przypadki zapalenia opon mózgowych; przeszkody z powodu zrostów opon rdzeniowych z korzeniami zniknąć, rozumie się, nie mogą podczas pochylania głowy. Że wygięcie tylne kręgosłupa i to możliwie zupełne, należy wykonać, to rzecz wiadoma.

#### Bregman. Przypadek zapalenia wielomięśniowego (Polymyositis).

M. G., lat 28, zachorował przed 7 tyg., w następstwie dużego wstrząsu moralnego, przy objawach ogólnych (gorączka, dreszcze, ból głowy). Po 3 dniach poprawa; w ciągu 12 dni był zdrowy. Potem po przeziębieniu i wysiłku fizycznym (biegł do pociągu) zjawily się bóle w kończynach, uczucie ciężkości w nich, stopniowo powiększające się utrudnienie ruchów. Po upływie 3 tygodni obrzmienie lewego przedramienia, potem lewego ramienia i dłoni, potem i pr. k. g. Równocześnie ból gardła i trudność łykania. Po wstąpieniu do szpitala obrzęk tworzyć się zaczął i na kończynach dolnych.

Obrzęk k. g. zajmuje przedramię i ramię mniej więcej do przyczepu *m. deltoidei* oraz grzbiet dłoni; palce wolne. Przy naciskaniu na części obrzękłe pozostaje miejscami płytki dołek; naciskanie to wszędzie wywołuje ból. W spokoju chory bólu prawie wcale nie doznaje, zwł. gdy ręce wygodnie ułoży. Przy ruchach biernych i czynnych występuje ból; ruchy czynne są wskutek tego w pewnej mierze ograniczone. Chory podnosi ręce w kierunku pionowym, ale z wysiłkiem i długo ich w położeniu tem utrzymać nie może. Rozbiera i ubiera się z trudem. Ruchy bierne są wolne, oprócz prostowania, zwracania i odwracania przedramion w łokciu; siła mięśni b. zmniejszona. Pobudliwość elektryczna znacznie zmniejszona, lecz jakościowo niezmieniona. Odruchów ścięgniowych nie otrzymuje się. Uciskanie nerwów niebolesne. Czucie zachowane. Skóra gdzie niegdzie zaczerwieniona, miejscami drobne pęcherzyki.

W k. k. d. zaburzenia są znacznie słabiej zaznaczone. Obrzęk niewielki również i na stopie. Przy naciskaniu czuje ból, zwł. w okolicy przyczepu m. *f. m.* przywodzących uda. Siła mięśniowa mała. Bóle przy ruchach czynnych i biernych. Odruchy ścięgniowe zmniejszone, podeszwo-we normalne. Czucie zachowane, nerwy nie bolesne.

Twarz w silnym stopniu obrzękła, zwł. powieki. Przy naciskaniu na powierzchnię twarzy, jak również przy ruchach m. m. twarzowych — marszczeniu czoła, otwieraniu i zamykaniu ust doznaje bólu.

Bóle przy obracaniu głowy. Naciskanie na boczną okolicę szyi, poza krtańią bolesne. Przy łykaniu chory doznaje trudności: musi uczynić wysiłek, aby połknąć większy kęs i musi go popić wodą. Bólu przy łykaniu prawie nie odczuwa. Na błonie śluzowej jamy ustnej, w okolicy twardego podniebienia oraz na miękkim podniebieniu, kilka czerwonych plamek.

Bolesność przy naciskaniu na m. kapturowy i piersiowy. M. piersiowy zgrubiałym się wydaje. W ostatnim czasie bóle w m. brzusznych.

Ciepłota ciała stale nieco podwyższona, powyżej 37°. Tętno przyspieszone, około 100. Chory uskarża się na ogólne osłabienie. Łaknienie małe. W moczu duży osad z moczanów.

Rozpoznanie. Mamy oto obraz cierpienia, opisanego p. n. zapalenia wielomięśniowego. Najbardziej charakterystyczny jest obrzęk mięśni; dotyczy on górnych kończyn w większym stopniu niż dolnych, a w kończynach górnych przedramion i częściowo ramion oraz dłoni. Palce pozostały wolne. Mięśnie są bolesne przy naciskaniu, ruchy czynne i bierne są bolesne i ograniczone, siła mięśniowa zmniejszona. Obrzęk nie ogranicza się do mięśni, dotyczy także skóry i części miękkich (*Dermatomyositis*); skóra jest miejscami zmieniona; obrzęk jest twardy, jednak przy naciskaniu pozostaje dółek. Charakterystyczny jest także obrzęk twarzy i ból przy ruchach mimicznych oraz zaburzenia przy łykaniu. Nieznaczne zmiany mieliśmy także na błonie śluzowej jamy ustnej (*Dermato-mucoso-myositis*). Ważne znaczenie ma udział serca: stąd stałe przyspieszenie tętna, nieodpowiadające nieznacznemu podniesieniu cięploty.

W rozpoznaniu różniczkowym możemy pominąć zapalenie wielostawowe (*Polyarthritus*) i wielonerwowe (*Polyneuritis*)—którymi się choroba nasza niekiedy wikała—i zatrzymać się tylko na włośnicy (*Trichinosis*), do której jest tak podobna, że nazwano ją rzekomą włośnicą (*Pseudotrachinosis*). W tym względzie b. ważne jest badanie krwi — we włośnicy znaczna eosinofilia, do 60% oraz dodatni odczyn dwuazowy w moczu. U naszego chorego liczba komórek eozynofilowych wynosi 3—4%, a odczyn dwuazowy wypadł ujemnie. Pozatem—co najważniejsze—chory zaprzecza stanowczo jakoby jadł mięso wieprzowe i nikt z jego otoczenia nie zapadł na podobną chorobę. Rokowanie jest względnie pomyślne, gdyż przypadek nasz pod względem stopnia rozwoju objawów i przebiegu należy do lepszych.

Leczenie polega na podawaniu preparatów salicylowych, strychniny i kamfory oraz naświetlaniu lampkami elektrycznymi. Etiologicznie ważną jest choroba gorączkowa, poprzedzająca wystąpienie objawów oraz bodziec termiczny: chory w zimną noc biegł do pociągu i bardzo się spocił.

W dyskusji Higier zalicza przypadek do kategorii *Dermatomyositis*. Klejn również; K. sądzi, że nie należy zapominać w takich przypadkach o *Periarteritis nodosa*; cierpienie to cechują bóle o znacznym bardzo nasileniu, szczególnie w dużych mięśniach k. k. gór. i doln., m. m. zwaczy i. n. inn., a wzdłuż zmienionych ścianek mięśniowych tworzą tu i owdzie rozsiane guziczki; tętno przyspieszone; zejście bywa jednak zazwyczaj śmiertelne. K. myśli, że należałoby zbadać histologicznie kawałek mięśnia chorego. Bregman w odpowiedzi wskazuje, że zmiany skórne spostrzega się prawie we wszystkich przypadkach, a Oppenheim mówi o *Dermatomucosomyositis*, gdy w sprawie zapalnej udział wybitny biorą śluzówki; B. przypadek swój zalicza do lepszych.

### Klejn. Przypadek Xanthoma palpebrarum.

Mężatka 24 letnia cierpi na żółtaczkę od 3 lat z rzadkimi nasileniami, ale bez bólów i gorączki, ze stolcami odbarwionemi. Od czasu do czasu swędzenie skóry. Przed 2 lata gorączka do 39°, w ciągu kilku tygodni, bez zwiększenia żółtaczki. W wywiadach dur brzuszny. Rok temu zauważyła nagle wystąpienie na prawej powiece plamy żółtej, która wkrótce znikła. Po kilku miesiącach plamy takie zjawily się na powiekach obu oczu.

*St. praes.* Stan bezgorączkowy, wyraźna żółtaczka powłok. Szmer systoliczny u wierzchołka i na tętnicy płucnej. P-100. Śledziona nie powiększona, wątroba dobrze się wyczuwa tuż pod łukiem żebrowym, posiada brzeg zaokrąglony, gładki; powierzchnia gładka. Pęcherzyk żółciowy nie powiększony. Mocz ciemny, zawiera barwki żółciowe; urobilinogenu nie zawiera. Stolce odbarwione. Na powiekach oczu plamy słomkowo-żółte (Xanthoma), niewystające ponad poziom otaczającej skóry, na dotyk niczem się od niej nie różnią i nie są bolesne. Na lewej górnej powiece widać 2 plamy, na dolnej jedną; na prawej górnej również jedna plama. Plamy zajmują prawie połowę powierzchni powieki, zarysy są nieprawidłowe, ostre. Wasserman ujemny. Chora podczas pobytu na oddziale nie gorączkowała; od czasu do czasu stolce przybierały barwę ciemną, a jednocześnie żółtaczka zmniejszała się wyraźnie, ale nie znikła zupełnie; zamiast barwików żółciowych zjawiał się w moczu urobilinogen. W dalszym przebiegu choroby zjawily się bóle w okolicy wątroby z żółtaczką wyraźniejszą i stolcami odbarwionemi.

Badanie krwi na zawartość cholesteryny w surowicy krwi wykazało 2,5%<sub>00</sub>, odporność krążków czerwonych 0,44.

Na zasadzie obrazu klinicznego można tu z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać obecność zatorów w drogach żółciowych (kamieni), obecność zaś kępek żółtych należy postawić w zależności nie od żółtaczki, jak to dawniej przypuszczano, lecz od zwiększonej zawartości cholesteryny we krwi i uważać ten objaw, zgodnie z Chauffard'em, jako złóg (*tophus*) cholesterynowy w skórze. Ze względu na niezbyt typowy w danym przypadku obraz kliniczny kamicy żółciowej, rzadkie nasilenia gorączkowe, długotrwałą, stałą prawie żółtaczkę umiarkowanego stopnia z bardzo częstemi wahaniami w zabarwieniu stolca, nasuwa się jednak myśl, że być może mamy tu do czynienia raczej z ksantomatozą dróg żółciowych, zwięzającą ich światło. Zmniejszenie się żółtaczki z jednoczesnym perjodycznym pojawianiem się barwików żółciowych w wypróżnieniach objaśnić się da znikaniem czasowem lub zmniejszaniem się ksantomatów, zmianą dość często spostrzeganą w tym obrazie chorobowym.

W dyskusji B l a y o w a, mówiąc o leczeniu, zaleca elektrolizę, jako środek leczniczy w Xanthomata palpebrarum R o s e n b e r g zaznacza, że Xanthomata często spostrzega się u zupełnie zdrowych ludzi; należy rozróżniać pierwotne i wtórne kępki żółte na powiekach; twory te zaliczają w przeważającej liczbie do nowotworów.

Higier podaje, że w chorobie cukrowej widzi się często kępki

żółte na powiekach, a niekiedy znów jako domieszkę do objawów choroby Recklinghausena.

K. w odpowiedzi omawia sprawę stosunku Xanthomatozy i Cholesterynemji do żółtaczki; tą ostatnią leczyć należy przedewszystkiem dietą.

Wizel: 2 przypadki rzekomo—reaktywnej psychozy.

Jeden przypadek schizofrenji a drugi—przypadek maniakalno-depresyjnej psychozy, — oba powstały w następstwie pewnych przeżyć, pewnych wpływów psychicznych zewnątrzpochodnych. — Przypadki te posłużyły W. za punkt wyjścia do omawiania sprawy cierpień psychicznych: reaktywnych, rzekomo-reaktywnych i wewnątrzpochodnych.

Cierpienia reaktywne albo psychopochodne są to cierpienia, które powstają na skutek działania pewnych czynników psychicznych (strach, uraz, pobyt w więzieniu etc.). Cierpienia te mają tę wspólną charakterystyczną cechę, że w nich objawy kliniczne pod względem treści ściśle są związane z rodzajem wpływu psychicznego, który cierpienie wywołał, a przebieg sprawy zależny jest ściśle od trwania afektu, który chorobę spowodował.

Inny jest obraz kliniczny nerwicy strachowej, inny nerwicy urazowej, inny — psychozy więziennej, a co do przebiegu sprawy, to, o ile moment chorobotwórczy przestaje działać, np. strach lub pobyt w więzieniu, choroba powoli ustępuje. We wszystkich tych cierpieniach, jakkolwiek przyczyną choroby jest wpływ psychiczny zewnątrzpochodny, to jednak nie jest on jedyną przyczyną. Obok więc współdziała pewna predyspozycja, bez której choroba powstać nie może (nie u każdego osobnika strach lub uraz powoduje nerwicę), tak iż na choroby reaktywne należy zapatrywać się, jako na wytwór współdziałania dwóch przyczyn: predyspozycji i wpływu psychicznego zewnątrzpochodnego. Obok cierpień reaktywnych lub psychopochodnych istnieją cierpienia wewnątrzpochodne (*endogenne*). Cierpienia te powstają bez wpływu czynników zewnętrznych, pochodzenie swe zawdzięczają one wyłącznie pewnej wrodzonej, wewnątrzpochodnej konstytucji psychopatycznej. Do cierpień tych należą w pierwszej linii dwie wielkie grupy psychoz: psychoza manjakkalno-depresyjna i rozmaite postacie schizofrenji.

Napady manjakkalno-depresyjne lub schizofreniczne powstają zazwyczaj samoistnie, autochtonicznie. Niekiedy jednak zdarza się, iż napady podobne zjawiają się w następstwie pewnych przeżyć, pewnych działań przychicznych. Jak się należy zapatrywać w takich razach na wartość etiologiczną czynników zewnętrznych? Czy współdziałają one powstaniu choroby, czy są one czynnikiem chorobotwórczym?

Nie. W przypadkach podobnych wpływy psychiczne zewnętrzne, stanowią jedynie moment wyzwalający a nie powodujący chorobę. Choroba endogenna powstać może i powstaje też zazwyczaj bez współdziałania czynnika zewnętrznego; tem się właśnie różni ona zasadniczo od choroby reaktywnej lub psychopochodnej, która bez działania wpływów zewnętrznych żadną miarą powstać nie może.

Cierpienia *endogenne*, wyzwolone przez czynnik zewnętrzny, Wizeł proponuje nazywać cierpieniami rzekomoreaktywnymi.

W dyskusji Higier uznaje podział prelegenta za słuszny, podkreśla rolę wrodzonego usposobienia degeneracyjnego dla rozwoju psychozy.

Bornsztajn sądzi, że Wizeł zanadto zwęził pojęcie psychorodności. Psychorodne nie jest tylko to, co jest reaktywne. Każdy stan psychotyczny reaktywny jest psychorodny, ale są cierpienia psychiczne, które nie są reaktywnymi par excellence, ale są psychorodnymi. Histerja, natręctwa myślowe i czuciowe są to choroby psychiczne niewątpliwie psychorodne, ale mogą nie być reaktywne. A psychorodne są dlatego, że w podłożu ich leży swoista konstytucja psychorodna (t. zw. *psychogene Disposition* Birnbauma).

Podział psychoz na zewnętrzny i wewnętrzny pochodne, (Moebius), nie odpowiada dzisiejszemu stanowi wiedzy. Cierpienia psychorodne są poczęści zewnętrzny pochodne dlatego, że zazwyczaj dla ich powstania potrzebny jest jakiś fakt zewnętrzny, jakies przeżycie afektywnie w sposób ujemny zabarwione, ale jednocześnie są one również wewnętrzny pochodne, bo dla ich powstania potrzebna jest przedewszystkiem owa konstytucja psychorodna taka lub inna: histeryczna, psychasteniczna i t. d.

Odróżnianie predyspozycji i konstytucji nie jest dostatecznie uzasadnione naukowo.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 15 kwietnia 1921 r.**

#### **Lubeski. 1) Przypadek raka nerki i esicy.**

Chora, lat 64,  $\frac{1}{2}$  roku temu gwałtowne nagłe bóle brzucha z zaparciem stolców oraz gazów; bóle umiejscowiły się w okolicy lewego podżebrza. Po wysokich lewatywach Hegara objawy te narazie ustąpiły. Przed 6 tygodniami powtórny napad bólów z zatrzymaniem stolca; po zastosowaniu Hegara bóle znów ustąpiły, brzuch opadł, a na poziomie lewego podżebrza dał się wyczuć palcami duży guz chęłboczący. Po zbadaniu sprawności nerek oraz zdjęciu prom. Roentgena moczowódów i miedniczek, można było już wyłączyć wodonercze, a myśleć albo o guzie nerki, albo o jej zwyrodnieniu torbielowatym. Chorą poddano operacji w uspieniu mieszanym chloroformu z eterem. Cięciem lędźwiowym Gujon'a odsłonięto okolicę nerki, guz o wielkości głowy dziecka, a wyglądzie torbieli (z zawartością mętno-krwawą), usunięto.

Badanie drobnowidowe guza (prof. Przewóski) wykazało budowę raka.

Ranę zaszyto; przebieg bez gorączki, rychłozrost. Po 2 tygodniach znów bóle, zaparcia stolca, wzdęcie brzucha. Zrobiono Hegara; wzdęcie ustąpiło, bóle trwały. A że chora miała też i przepuklinę pępkową, której nie można było przesunąć do jamy otrzewnej, więc przypuszczano zrazu, że wpływ na trwanie wskazanych objawów mają b. może zrosty sieci i kiszek w przepuklinie. Po przerwie 2 tygodniowej, za zgodą chorej,

L. poddał ją operacji po raz drugi w uśpieniu mieszanem. Cięciem podłużnem obok pępka odsłonił jamę otrzewnej, usunął zrosty sieci z workiem, wyciął pępek razem z workiem przepuklinowym; nie było jednak zrostów tak znacznych, by mogły dawać objawy zamknięcia światła kiszki. Dalsze poszukiwania wykryły na granicy esicy i kiszki prostej guz twardy, nieruchomy, obrastający kiszkę. A że usunąć guz było trudno, więc wytworzono odbyt sztuczny po stronie lewej, powyżej guza. Ranę operacyjną brzucha w linii środkowej zaszyto zupełnie; kiszkę na drugi dzień otworzono żegadłem P a c q u e l i n'a. Przebieg bez gorączki, rychłozrost. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że guz nerki i przepuklina pępkowa stały na przeszkodzie do rozpoznania guza esicy, zwł. że zglębnik H e g a r a drażył bez przeszkód i powyżej guza; nie nasuwało to potrzeby wykonania badania wzornikiem odbytnicy i okrężnicy esowatej co wykryłoby nowotwór esicy.

W dyskusji K r a u z e podkreśla potrzebę badania w takich przypadkach zawsze i per rectum, co wraz z ogólnym złym stanem chorej przed operacją łatwo by myśl o guzie złośliwym nasunęło. Omawia szczegółowo zjawiska wtórne, oddalone i wrzekomego zapalenia otrzewnej w cierpieniach jamy brzusznej.—H i g i e r mówi o trudnościach rozpoznawczych, jakie się niekiedy nasuwają, gdy kilka organów zapada na chorobę, a dołączają się jeszcze cierpienia nerwicowe. — N a t a n s o n uważa wytworzenie odbytu nieprawidłowego, który niekiedy jest b. pożądanym zabiegiem, w danym przypadku za zbytne, gdyż przyspieszy rozwój charactwa jeszcze bardziej. L u b e l s k i odpowiada, że nie robił romanoskopji, bo wiązał bóle i inne objawy ze zrostami kiszki z workiem przepuklinowym; odbyt sztuczny robiony jednocześnie z laparotomią usunął bóle. Objawy rzekomego zapalenia otrzewnej interniści wiązali początkowo z przypuszczeniem ostrego zamknięcia nerki, czego nie było.

2) *Tuberculoma coeci*. Chory, lat 16; od kilku lat bóle brzucha niezależne od jedzenia; od czasu do czasu wymioty; bez gorączki. Wątroba, śledziona niepowiększone; brzuch wzdęty. Rozpoznanie kliniczne: puchlina brzuszna gruźlicza, zrosty kiszki, wzgl. zmiany gruźlicze w okolicy wyrostka robaczkowego. Operacja w uśpieniu chloroformowem; z jamy brzusznej wylało się dużo płynu przezroczystego; jelita pokryte gruzelkami, kątnica w postaci guza wielkości pięści; zrostów nie znaleziono. W przypuszczeniu, że bóle brzucha zależą od zwężenia światła kątnicy L. dokonał zespolenia bocznego, izoperistaltycznego, jelita biodrowego z poprzeczną, a ranę zaszyto zupełnie. Stan bezgorączkowy; rychłozrost. Bóle ustąpiły, łaknienie się wzmogło, znaczna poprawa ogólna przed opuszczeniem szpitala. L. podkreśla, że przy operacji z powodu gruźliczej puchliny brzusznej należy po odsłonięciu jamy otrzewnej, poszukiwania zawsze zwracać, u mężczyzn szczególnie, w kierunku wyrostka robaczkowego, a u kobiet—jajnika i jajowodów, skąd zwykle zakażenie gruźlicze przenika do jamy otrzewnej. L. w licznych przypadkach *tuberculoma coeci*, idąc za radą K o c h e r a, zamiast wycięcia kątnicy, co jest zabiegiem dużym, ograniczył się tylko do zespolenia jelita biodrowego z poprzeczną, da-



je to też bardzo dobre wyniki. Takie zespolenie jest wskazane szczególnie u chorych bardzo osłabionych i w stanie charłactwa. Jeżeli zabieg ten nie daje pożądanej poprawy, to należy wykonać operację powtórzną, polega ona wtedy już tylko na usunięciu chorej kątnicy wraz z wstępującą okrężnicą.

**Bregman.** Przypadek ciężkich zaburzeń wzrokowych w następstwie postrzału potylicy.

Chory Tep., lat 27, w 1915 r. pod Łomżą został postrzelony w głowę; kula przeszła przez kość potyliczną; jak mówiono w szpitalu, weszła z prawej, wyszła z lewej strony. W ciągu kilku tygodni był nieprzytomny. Po powrocie przytomności był już całkiem ślepy. Po 2 miesiącach wzrok zaczął powracać i polepszać się. Pozatem chory czuł się jeszcze ogólnie osłabionym i zaledwie na nogach mógł się utrzymać. Po 6 — 7 miesiącach (od postrzału) opuścił szpital, a wzrok się już więcej nie poprawił.

Poza zaburzeniami wzroku, o których wnet będzie mowa, innych skarg chory nie wypowiada. Bóle głowy rzadko; parę razy napady zawrotu głowy. Napadów drgawkowych nie było przez cały czas choroby. Pamięć nieco osłabiona.

Na czaszce w 2-ch miejscach ubytek kości. Z prawej strony ubytek ma kształt podłużny i przebiega skośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz: górny koniec odpowiada m. w. średnikowi, przeprowadzonemu przez otwór uszny, w odległości około 5 mm. od linii środkowej; długość ubytku wynosi 3 cm. Powierzchnowe naciskanie w obrębie ubytku bólu nie wywołuje, głębsze powoduje bolesność niewielką. Tętnienia mózgu się nie wyczuwa, lecz chory utrzymuje, że podczas rozmowy doznaje w tym miejscu uczucia tętnienia.

Drugi ubytek kości znajduje się z lewej strony, nieco niżej i bardziej ku tyłowi niż prawy. Tu naciskanie, nawet powierzchowne, powoduje żywy ból; tętnienia również nie wyczuwa się. Na rentgenogramie w obrębie tego ostatniego ubytku widoczne odłamki kuli.

Zrenice jednakowe, średniej szerokości, odczyn na światło dobry. Na dnie oczu zmian niema. Ruchy gałek zachowane. Siła wzroku pr.  $\frac{5}{10}$ , l.  $< \frac{5}{10}$ . Barwy rozpoznaje dobrze.

Pole widzenia ograniczone do b. małego owalu w górnym i lewym odcinku, obejmującego zaledwie kilka stopni, symetrycznie na obu oczach. Zaburzenia wzrokowe chorego są następstwem tak znacznego zwężenia pola widzenia; rozpoznaje on oddzielnie monety, zapalki, zliczyć jednak kilku, leżących przed nim na stole, nie potrafi. Lepiej nieco udaje mu się to, gdy np. zapalki rozłożono w większej odległości jedna od drugiej, gdy więc może każdą oddzielnie wzrokiem objąć. Pojedyncze litery, drobne nawet, chory rozpoznaje; nie może jednak przeczytać ani jednego wyrazu. Pisać umie, ale nie umie przeczytać tego, co napisał.

Przedmioty poznaje dobrze. Na terytorjum szpitala, będąc tu dopiero po raz drugi, znajduje drogę z łatwością, nikogo nie pytając.

Mamy zatem w przypadku naszym obustronne niedowidzenie połowiczne (*Hemianopsia duplex*) z pozostawieniem b. małego pola widzenia

w postaci owalu w lewym górnym odcinku i ocaleniem widzenia środkowego, jako następstwa postrzału okolicy potyliczej w kierunku poprzecznym. Naruszone tu zostały oba zrazy potylicze, a w szczególności ośrodki wzrokowe korowe, położone wokół i na obu wargach szczeliny ostrogowej lub tory wzrokowe, prowadzące wrażenia wzrokowe od pierwotnych ośrodków w ciele kolankowatym zewnętrznym (*corpus geniculatum ext.*) ku korze, a przebiegających w pęczku podłużnym dolnym (*fasciculus longitudinalis inf.*) albo też jedno i drugie jednocześnie. Według uznanych poglądów H e n s c h e n a ośrodek korowy w sąsiedztwie szczeliny ostrogowej jest jakoby wiernym odbiciem siatkówki (*Retina corticalis*): górna warga szczeliny ostrogowej odpowiada górnej części siatkówki, a uszkodzenie jej daje niedowidzenie kwadrantu dolnego po stronie przeciwległej oczu; dolna warga odpowiada dolnej części siatkówki, uszkodzenie jej powoduje zniesienie kwadrantu górnego po stronie przeciwnej oczu. Uszkodzenie obu warg górnych (*fiss. calc*) powoduje niedowidzenie połowicze dolne (*hemianopsia inferior*), uszkodzenie obu warg dolnych—niedowidzenie połowicze górne (*Hemianopsia superior*). Podobną lokalizację przyjmuje H e n s c h e n także i w promieniowaniach wzrokowych: grzbietowa część ich odpowiada górnej połowie kory wzrokowej, brzuszna—dolnej połowie; uszkodzenie ich wywołuje analogiczne luki w polu widzenia. Jak widać z obszernej statystyki wojennej Wilbranda i Saengera, podanej w r. 1917 na zebraniu rocznym Niem. T-wa Neurolg., spostrzegano na wojnie zarówno niedowidzenia kwadrantowe (*Quadrantenhemianopsie*), jak i niedowidzenie połowicze górne i dolne; to ostatnie nieco częściej niż górne\*), być może dlatego, że postrzały dolnej wargi szczeliny ostrogowej (wywołujące niedowidzenie połowicze górne), bardziej zbliżone do mózdzku i rdzenia przedłużonego, częściej kończą się śmiercią. Spostrzegano także, jak w naszym przypadku, niedowidzenie obustronne z pozostawieniem b. małego pola widzenia i względnie dobrem zachowaniem ostrości widzenia środkowego (np. przypadek H a r t l e i b'a).

Co się tyczy przyczyny zachowania w podobnych przypadkach widzenia środkowego, to sprawa ta nie została jeszcze ostatecznie wyjaśniona. W ostatnim czasie zyskuje zwolenników pogląd, według którego plamka żółta (*macula lutea*) miejsce widzenia środkowego, jest reprezentowana w korze bieguna zrazu potyliczego. Za tym przemawiają spostrzeżenia (Saenger i Wilbrand), w których postrzał w okolicę szczeliny ostrogowej powodował mroczek środkowy.

Możliwa, że w naszym przypadku większa odległość linii postrzałowej od tylnego bieguna półkul mózgowych przyczyniła się do ocalenia widzenia środkowego.

Linja postrzałowa u naszego chorego przebiegała niezupełnie poprzecznie, lecz nieco skośnie od prawej strony i góry ku lewej stronie

\*) przypadki takie opisali także Mendel i Meyerhof.

i dołowi. Przy takim kierunku biegu kuli pewna część dolnej wargi prawej szczeliny ostrogowej mogła pozostać nienaruszoną: to by nam tłumaczyło pozostawienie małego pola widzenia w odcinku górnym lewej połowy pola widzenia na obu oczach.

W pierwszym okresie choroby, chory był całkiem pozbawiony wzroku (ślepotą korową): było to następstwem naruszenia, wskutek postrzału, całej kory zrazu potylicznego. Stopniowo działanie uboczne postrzału, skutki wstrząsu, minęły i zaburzenia ograniczyły się do tych okolic, które zostały przez kulę zniszczone i od kilku lat pozostały już niezmienione. Czy chory przechodził także przez okres ślepoty duchowej (*Sehlenblindheit*), tego obecnie rzeczyć nie możemy. W niektórych podobnych przypadkach spostrzegano zaburzenia w orientowaniu się chorych w przestrzeni, co się tłumaczy zajęciem włókien komisuralnych, łączących obie półkule poprzez tylny koniec ciała modzelowatego (Nissl, v. Meyendorff). Nasz chory utrzymuje również, że w nowym miejscu trudniej mu, niż dawniej, znaleźć drogę; przedmiotowo jednak zaburzeń tych nie mogliśmy stwierdzić.

Sterling Wacław. Dwa przypadki zakażenia gruźlicą przy obrzezaniu rytualnym.

S. przedstawia dwoje niemowląt płci męskiej, około 4 miesięcy życia liczących, niemal w jednym czasie zarażonych gruźlicą przy tamowaniu krwi podczas obrzezania rytualnego, dokonanego ustami tego samego osobnika, chorego na gruźlicę. Niestety, takie przypadki u nas w kraju są banalne — tak często je się widuje — te jednak zasługują na uwagę z kilku względów. Chociaż sprawa u obojga dzieci trwa jednakowy przeciąg czasu, widzimy bardzo znaczną różnicę w obrazie klinicznym. W jednym przypadku widzimy typowe gruźlicze owrzodzenie na dolnej części prącia, zajmujące  $\frac{1}{3}$  okolicy rowkowej, niezbyt głębokie i towarzyszące mu umiarkowane zajęcie najbliższych gruczołów chłonnych. Stan ogólny dziecka zadowolniający. Natomiast w drugim przypadku widzimy wyjątkowo niszczący charakter cierpienia: owrzodzenie tak głęboko wżarło się w prącie, że widzimy ciała jamiste, przeżartą cewkę moczową; członek trzyma się tylko na części swej podstawy. Jednocześnie sąsiednie gruczoły chłonne są znacznie powiększone, a wygląd ogólny dziecka charłaczy.

Zastanawia tak wybitna różnica w przebiegu tych dwu przypadków, wywołanych przez laseczniki, pochodzące z jednego i tego samego źródła. Mamy tu dowód niezbity, że jeden i ten sam szczep może dać w warunkach identycznych różny obraz kliniczny pod względem natężenia sprawy chorobnej. Ponieważ więc tu musimy odrzucić rolę szczepu lasecznika, przyczynę różnic klinicznych powinniśmy złożyć na karb ustroju.

Tu pozostaje kilka przypuszczeń: 1) możliwym jest, że *caeteris paribus* gra tu rolę ilość jadu, która dostała się do ustroju dziecka; większa ilość jadu mogła spowodować znaczniejsze zniszczenie; 2) możliwym jest, że zniszczenie wywołane zostało domieszką wtórnych drobnoustrojów; 3) naogół przypadki zakażenia rytualnego uważane są jako najbar-

dziej czyste w sensie działania gruźlicy na ustrój, gdyż tu ustrój jeszcze nie zdążył uleść zakażeniu wcześniejszemu, tak że laseczniki działają na podłoże, absolutnie wolne od zakażenia gruźliczego, wolne od przeciwciał pochodzenia wcześniejszego. Nasuwa się więc przypuszczenie, że jednak dziedziczny się jakieś usposobienie — a to w połączeniu z zakażeniem gruźliczym spowodowało w cięższej przebiegającym przypadku naszym te niszczące zmiany; brak zaś tego X w przypadku drugim — mimo zakażenia z tego samego źródła — wpłynęło na łagodniejszy obraz sprawy.

W dyskusji *Lubliner* przypomina przypadki zakażenia gruźlicą przy obrzezaniu rytualnem, które dawniej w liczbie b. mnogiej spostrzeżać w szpitalu. *Gantz* podkreśla znaczenie usposobienia ustrojowego — konstytucji danego osobnika, która gra rolę najważniejszą w powstaniu, rozwoju i stopniu ciężkości zakażenia gruźliczego. *Rotstadt* uważa, że sprawą tą niezmiernie wagi społecznej zajmą się powinno w pierwszym rzędzie nowopowstałe Towarzystwo Opieki nad zdrowiem ludności żydowskiej. *Szwajcer* wskazuje warunki ujemne techniki rytualu, które sprzyjają dotąd wciąż jeszcze zakażeniu gruźliczemu; radzi zawiadomić władze, by chorego specjalistę unieszkodliwić. *Higier* dodaje, że istnieją przyrządy aseptyczne do wysysania krwi; prowincja nie zna tego sposobu i trwa w zwyczaju starym ssania ustami. *Landau* uważa, że należy raczej mówić o dziedziczeniu nadwrażliwości swoistej u dzieci po rodzicach; odporność jest zmienna. *Bychowski* radzi zrobić zdjęcia, zawiadomić ministerstwo oświaty i w popularny sposób o złych skutkach wysysania krwi ustami przy obrzezaniu rytualnem ludność uświadomić; w Niemczech sposób ten jest już dawno zarzucony.

**Bau-Prussakowa. Przypadek choroby Tay-Sachsa u 10-letniego chłopca (z oddz. dr. Flataua).**

Chory przybył na oddział 30/121 r. Przed rokiem zauważono u niego osłabienie słuchu; nieco później nastąpiło osłabienie wzroku, które się dość szybko wzmagało, tak że po jakichś 3 mies. chory mógł już tylko zaledwie odróżnić światło od ciemności. Jednocześnie z osłabieniem wzroku zauważano szybko postępujący upadek inteligencji: już na początku choroby musiano przerwać naukę szkolną, w której przedtem robił wielkie postępy. Stopniowo i mówić coraz mniej zaczął, a ostatnio mowa ogranicza się do kilku zdań, mających związek z jego chorobą.

Na bóle głowy nie narzekał ani przed ani podczas choroby. Przed 7 tygodniami jedyny napad ogólnych drgawek, „z pianą na ustach”, z utratą przytomności. W domu przeważnie siedział, gdyż już źle chodził; od kilku dni zanieczyszcza się.

W dzieciństwie rozwijał się prawidłowo; był jednak małomówny, apatyczny. Oprócz tytusiu żadnych chorób. Ojciec — chory na gruźlicę płuc, płciowych cierpień nie miał. Matka — zdrowa, nie roniła; z 2-ga rodzeństwa jedno chorowite, drugie zdrowe. Rodzice nie spokrewnieni. Czy kto wśród krewnych był dotknięty takim samem lub podobnem cierpieniem, jak nasz chory, trudno było wyjaśnić.

St. praes. Nizkiego wzrostu, dość silnej budowy. Stan odżywiania

był b. dobry, gdy do szpitala przybył, lecz w ostatnich dniach chory schudł. Narządy rodne zewn. zbyt silnie rozwinięte w stosunku do wieku, natomiast brak włosów, zarówno pod pachami, jak i na spojeniu łonowem; częste erekcje spostrzegać się dają.

W narządzie słuchu *otitis med. ac. purul. sin. (dr. Lubliner)*). W organach wewn. zmianniema. Temp. przeważnie normal.: tętno 78.

Czaszka normal. budowy; opukiwanie jej, sądząc z wyrazu niezadowolonia i obrony ręką, bolesne. Żrenica pr. szeroka, obie bardzo słabo na światło reagują, zanik prosty obu tarcz; gałkami porusza dobrze; widać ich drżenie, nie mające jednak wcale charakteru oczopląsu. Żucie, lykanie dobre, asymetrii twarzy niema. W k. g. i doln. zmian pod względem wymiaru ruchów, siły mięśni niema. Ostatnio chory trzyma często k. k. dolne zgięte w stawach biodr. i kolan, udaje się je jednak wyprostować z niewielkim wysiłkiem.

Odruchy na k. k. górn. normalne; odruchy brzuszne słabe; odr. kolan. i ze ścięgien Achillesa b. żywe; odr. podeszwowe normalne.

Na uklucia b. żywo reaguje; krzyczy, płacze, broni się ręką.

Mocz i kał oddaje pod siebie. Pirquet b. wybitny. Chód powolny, niezręczny, o szerokiem rozstawianiu k. k., jednak bez zataczania się bocznego, ku tyłowi lub naprzód; gdy stąpa, kończyny podnosi wysoko, zgina przytem kolana, stopy jednak nie opadają; Gdy stoi—objawy asynergji, zaznaczone zaledwie w lekkim stopniu.

Podczas badania zawsze niespokojny, lekarza odpycha, często mówi „odejdz”, niechęć widać w wyrazie twarzy. Pozostawiony sobie spokojnie leży lub siedzi; łóżka nie opuszcza. Gdy go podnieść, staje biernie na miejscu i choć zdradza niezadowolenie krzykiem, płaczem, powtarzając: „zimno mi”, „ja chcę spać, jeść”, nie robi jednak żadnego wysiłku, by powrócić do łóżka.

Do siebie mówi b. dużo, cicho, naogół niezrozumiale. Czasem tylko udaje się podchwycić jakieś oderwane słowo lub zdanie, zawsze jednak jest to związane ze stanem chorobowym np. „oczy są zepsute”, „kto mi zepsuł oczy” „boli mnie” i t. d.

Czasem się głośno śmieje lub uśmiecha tylko do siebie, niekiedy znów gwizdże, jak kos. Gdy się go spytać o co, mówi „co”, lecz na dalsze pytania już tylko rzadko odpowiada i to prawie zawsze bez związku.

Ojca po głosie nie poznaje, nie zdradza żadnej radości, gdy go w szpitalu odwiedza.

Pokarmy poznaje dotykiem, po smaku i zapachu, np. gdy mu podać owoc jaki; przed jedzeniem odmawia niekiedy stosowne modlitwy, które nieźle pamięta

Badania powtórne, szczegółowe świadczą, że upadek inteligencji chorego jest b. wybitny; właściwie pozostały tylko szczątki życia psychicznego, intelektualnego.—Od czasu przybycia do szpitala aż do obecnej chwili, prócz wychudzenia i pewnej tendencji do przykurczeń w k. k. doln., w stanie chorego nie zaszła zmiana.

Na pierwszy rzut oka możnaby pomyśleć w danym przypadku o gu-

zie przysadki, lecz prócz zaniku tarcz n. wzrok, względnie i zmian psychicznych, nie mamy żadnych więcej motywów dla takiego rozpoznania; przeciw temu przemawia i zupełnie normalne siodło tureckie (dr. Judt). Również i poraż. postęp młodzieńcze należy wyłączyć: brak objawów, świadczących o *lues hereditaria*, następnie płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazuje ani zwiększonej ilości globuliny, ani pleocytozy; niema wreszcie odczynu Wass. w płynie i krwi. Należy więc wziąć pod uwagę tę postać choroby, którą się spostrzega przeważnie u małych dzieci, a która nosi nazwę choroby Tay-Sachsa. Cierpienie to, jak wiadomo, ujawniać się zaczyna w 3 — 4 miesiącu życia u dzieci, które się z początku normalnie rozwijały. Cechuje cierpienie to idjotyzm, ślepotą, porażenie kończyn, niekiedy głuchota lub przeciwnie nadwrażliwość słuchowa (*hyperacusis*) i inne mniej częste objawy; dzieci ulegają coraz większemu charactwu i umierają w 2-im lub 3-im roku życia.

Charakterystyczne dla tej choroby są, jak wiadomo, zmiany na dne oczu: mianowicie w plamce żółtej tworzy się t. zw. „malinka”; gdy plamka żółta sama jest biała, w jej środku widać małą czerwoną plamkę. Oprócz tego tarcz n. wzrokowych wykazują zanik prosty. Jest to—cierpienie familijne, niekiedy bowiem dwoje lub nawet kilkoro dzieci zapada nań—i dziedziczne w rodzinach, obarczonych degeneracją układu nerwowego. Choroba ta występuje przeważnie, lecz niewyłącznie, u Żydów. Jest to cierpienie wewnątrzpochodne. Otóż cierpienie o takich samych objawach, jak w chor. Tay-Sachsa u dzieci małych, spostrzegano i u dzieci starszych, a nawet w wieku młodzieńczym. Przypadki tego rodzaju opisywane były przez Vogta, Spielmeyera i innych. Autorzy (Higier, Freud, Polizaeus) opisywali podobne przypadki, jako familijne mózgowo diplegje z otępieniem i ślepotą. Vogt utożsamia tą formę z chor. Tay-Sachsa u dzieci i uważa, że między obu formami zachodzi tyłko ilościowa różnica.

Między formą dziecienną a młodzieńczą istotnie zachodzą pewne różnice, a więc choroba w późniejszych latach rozwija się wolniej, może trwać parę, a nawet kilka lat, następnie brak w tych przypadkach charakterystycznych zmian w plamce żółtej, bez których niektórzy nie uznają choroby tej za cierpienie Tay-Sachsa.

Niema tu też predyspozycji rasy żydowskiej lub jakiegokolwiek innej. Pod względem anatomopatologicznym zachodzi też pewna różnica którą również można raczej nazwać ilościową, niż jakościową. Poza temi różnicami są tu już wszystkie te same objawy, co w chorobie Tay-Sachsa u dzieci. I tam i tu jest to cierpienie familijne i dziedziczne, w rodzinach psycho lub neuropatycznych. Trzeba zaznaczyć, że w starszym wieku cierpienie częściej występuje sporadycznie. U naszego chorego objawy przypominają właśnie te, które występują w chor. T.-Sachsa u dzieci małych, np. ślepotą, otępienie, osłabienie słuchu (zdaje się, iż chory mało słyszy). Brak porażenia, jak i u naszego chorego, był już spostrzegany. Zmian w plamce żółtej i nasz chory niema, a tak zwykle bywa we wszystkich przypadkach młodzieńczej postaci choroby T.-S. Napady padaczki w przypadkach chor. T.-S. również zdarzają się (Spielmeyer). Gruźlica, a ojciec cho-

rego cierpi na nią, wielokrotnie bywa wymieniana w wywiadach przez rodziców. Jeżeli więc uwzględnimy te wszystkie dane, to można myśleć, że prawdopodobnie mamy tu do czynienia z bardzo rzadkiem cierpieniem, z młodzieńczą postacią choroby Tay-Sachsa.

W dyskusji Higier, omawiając patogenezę cierpienia Tay-Sachsa, wskazuje, że cierpienie to najczęściej zdarza się wśród żydów w Polsce, często u emigrantów galicyjskich. Co do rozpoznania w danym wypadku młodzieńczej postaci Tay-Sachsa, to H. zachowuje pewną rezerwę. Bychowski mówi o możliwości guza przysadki w danym przypadku, ujemny wynik badania prom. R. co do siodła tureckiego nie może tu decydować. Flatau wyjaśnia, że niema jednak cech charakterystycznych dla nowotworu przysadki. Zważywszy obraz kliniczny w całości, F. najbardziej się skłania jednak ku rozpoznaniu choroby Tay-Sachsa, nadmienia przytem, że amerykańskie zwracają uwagę, iż cierpienie zdarza się też i u chrześcijan.

## Ś. p. WACŁAW MĘCZKOWSKI

13 stycznia r. b. zmarł z powodu choroby serca, po ciężkiej walce życiowej w obronie praw ulubionej dziedziny pracy społecznej, kierownik Wydziału Szpitalnictwa, wybitny lekarz-neurolog, Męczkowski. Był on niewątpliwie u nas jednym z najlepszych znawców szpitalnictwa, jego historii, dziejów dawnych i współczesnych; prace Jego w tej dziedzinie medycyny społecznej, jak i liczne neurologiczne, świadczą o niezwykle gruntownej wiedzy i gorącym umiłowaniu nadewszystko dobra publicznego. Przystąpiwszy w 1916 r. do reorganizacji szpitalnictwa, w najcięższych warunkach ruin dziejowej kraju, miał Męczkowski zawsze na względzie przede wszystkim obronę praw chorego w szpitalu. Tworzył kursy pielęgniarskie i inne pomocnicze, by wypłenić choć częściowo i najprędzej nieuctwo służby szpitalnej. Popierał gorąco sprawę rozbudowy szpitali, walczył o to. Dbał o podniesienie poziomu wiedzy lekarskiej w szpitalach i etyki na szczebel najwyższy. Myśl o wydawnictwie Kwartalnika szpitala naszego poparł odrazu gorąco swym autorytetem moralnym.

Cześć Jego pamięci!

## OD REDAKCJI.

Rękopisy nadsyłane do Redakcji powinny być pisane czytelnie, tylko na jednej stronie kartki z pozostawieniem marginesu, o ile możności na maszynie.

---

---

### TREŚĆ NUMERU:

*St. Poptawska*: Juljusz Mutermilch (wspomnienie pozgonne). — *K. Szwarcenberg*: O przygotowaniu oka do operacji wewnątrzgałkowej. — *M. Lubelski*: W sprawie techniki operacyjnej brzusznych przetok kałowych. — *M. Dolkart*: O zastoju zawartości żołądka. — *S. Goldflam*: O skurczu paradoksalnym. — *E. Gliksman*: O znieczulaniu do operacji w praktyce szpitali amerykańskich. — *Jul. Rotstadt*: O ciemni przenośnej. *Sprawozdania z posiedzeń naukowych szpitala.* — *Ś. p. dr. Wacław Męczkowski*.

---

### S O M M A I R E:

*St. Poptawska*: Dr. Juljusz Mutermilch (1861—1921). — *K. Szwarcenberg*: La toilette de l'oeil pour l'operation du globe oculaire. — *M. Lubelski*: A'propos de l'operation abdominale de la fistule fécale. — *M. Dolkart*: Stase stomacale. — *S. Goldflam*: La contraction musculaire paradoxale. — *E. Gliksman*: L'anesthesie operatoire dans les hôpitaux américains. — *J. Rotstadt*: Chambre obscure portable. — *Comptes rendus des séances cliniques à l'hôpital israelite à Varsovie.* — † *Dr. Wacław Męczkowski*.

---

Redaktor: J. Rotstadt.

Komitet Redakcyjny: H. Altkaufer. E. Flatau, St. Klejn,  
L. Krauze, Wł. Sterling, J. Szwajcer.

---

Adres Redakcji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizycznej tel. 507-12  
Dr. J. Rotstadt.

Adres Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon III, Oddział Ginekol I, tel. 78-50. Dr. H. Altkaufer

---

Skład Główny: E. Wende i S-ka, Krak.-Przedmieście 9.

---

„Drukarnia Krajowa” (W. Krawczyński i E. Egert), Żelazna 89.