

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

---

---

## Wszczepianie tkanki tłuszczowej do jam kostnych po trepanacjach

podał

**Henryk Grynberg**

Starszy asystent oddziału chirurgicznego.

Myśl wszczepiania tkanek, wziętych z ustroju i przeniesionych na inne jego miejsce, oddawna była przedmiotem badań doświadczalnych oraz zabiegów chirurgicznych. Jako materiał do tych wytwórczych operacji najczęściej stosowano: powięź szeroką uda, żyły o dużym przekroju, tkankę kostną, tkankę tłuszczową i inn.

Payr używał powięzi szerokiej uda, by usunąć zeszytowanie stawów po zrostach kostnych. Kirchner zastępował powięzią uda brak twardówki w miejscu pooperacyjnego wypadnięcia mózgu. Żył o dużym przekroju używano w celu otoczenia nerwów, wyluszczonej ze zrostów bliznowatych po ranach postrzałowych, by zabezpieczyć je od ucisku zrostów nowych. Kośćmi, np. częścią żebra, uzupełniano braki kostne w żuchwie po częściowej rezekcji na czaszce po urazach. Do operacji wytwórczej w miejscu zapadniętego zniekształconego nosa używano mostka kostnego z kości piszczelowej i innych.

Tkanką tłuszczową plombowałem braki kostne już kilkakrotnie na oddziale d-ra Krauzego. Na podanych niżej 4-ch spostrzeżeniach pragnąłbym wykazać, jak dobrym materiałem plastycznym jest tłuszcz, gdy idzie o wypełnienie jam kostnych po trepanacjach,

Dwa pierwsze przypadki były operowane przez d-ra Krauzego, pozostałe dwa — przeze mnie.

Oto szkice tych spostrzeżeń:

I. Ł. E. lat 18, zapisała się 21 VI 1914 r. Od szeregu lat cierpiała na bóle w prawem ramieniu, o charakterze ciągnącym wzdłuż całej kończyny. Już przed kilku laty promieniami R. wykryto ognisko ropne w kości ramieniowej, w górnej  $\frac{1}{3}$  części. Coraz bardziej zwiększające się bóle zmusiły chorą do poddania się zabiegowi. Powtórne zdjęcie prom. R. — przed zapisaniem chorej do szpitala, — wykazało również ognisko ropne w tem miejscu kości ramieniowej, które podczas badania było najbardziej bolesne. 2 VII 14 r. dokonano operacji (dr. Krauze) w uśpieniu choroformowo-eterowem. Cięcie skóry, długości 18 ctm., wykonano na wewnętrznej stronie prawego ramienia. Bez uszkodzenia większych naczyń odsłonięto ognisko ropne w kości ramieniowej; wytrepanowano je dżutem i młotkiem. W ognisku znaleziono ziarninę i drobne martwaki. Z jamy wytrepanowanej, której długość wynosiła 9—10 ctm., starannie usunięto łyżeczką ziarninę i martwaki. Brzegi jamy oskubano kleszczami Luer'a, a następnie wypełniono tkanką tłuszczową, wziętą z prawego uda chorej, gdzie powięź zeszyto catgutem, a skórę nitkami fil de Florence. Po operacji, przez kilka dni trwały bóle w ranach k. g. i d. Stan podgorączkowy do  $37,6^0$ . Po 8 dniach usunięto szwy z ramienia i uda; rychłozrost. Nieznaczny obrzęk na ramieniu po kilku dniach wraz z bólami ustąpił. Chorą wypisano d. 15. VII 14 r., na 13 dzień po operacji w stanie zupełnie dobrym, bez skarg na bóle. Badanie, wykonane po 6 miesiącach, wykazało, że rana na ramieniu zagoiła się zupełnie, skóra i części miękkie nad miejscem trepanacji są ruchome, a zgrubień kości nie wyczuło; skarg na bóle nie było zupełnie. Zdjęcie prom. R. wykazało, że wszczepiona tkanka tłuszczowa uległa skostnieniu, stała się więc rodzajem fundamentu, wzgl. rusztowania, w które wrastały z kości zdrowej komórki kostne.

II. Ch. W., lat 30, zapisał się d. 28 IV 14 r. W 12-ym roku życia silne bóle w dolnej części ud i prawego ramienia; kończyny te obrzmiały, ale po krótkim czasie wszystkie objawy ustąpiły, — chory powrócił do zdrowia. Przed 4 laty powtórzyły się te same dolegliwości, które ustąpiły po kuracji w Ciechocinku. Trzy lata temu znowu wystąpiły bóle i obrzmienia. Zastosowano kurację swoistą, jakkolwiek odczyn Wasserm. był ujemny, a dla przymiotu dziedzicznego braku danych przedmiotowych. I tym razem po pewnym czasie cierpienie ustąpiło. W lutym 1914 r. zjawily się po raz czwarty te same dolegliwości wraz z bolesnem obrzmieniem ud i prawego ramienia. Obrzmienie i bolesność ud po pewnym czasie ustąpiły, na ramieniu zaś trwały w dalszym ciągu. Bóle, o nasileniu niezwykłym, zmusiły ostatecznie chorego do szukania pomocy chirurga. Badanie prawego ramienia w szpitalu wykryło w dolnej  $\frac{1}{3}$  części wyraźne

zgrubienie aż do nasady kości ramieniowej, mało bolesne; w ograniczonym miejscu zgrubienia — chełbotanie. Ruchy czynne i bierne w stawie łokciowym prawidłowe, niebolesne. Stan bezgorączkowy. Badanie kk. dd. nic nienormalnego nie wykryło.

5 maja 1914 r. operacja (dr. Krauze) w uśpieniu chloroformowem. Cięcie skóry długości 12 cm. na wewnętrznej stronie prawego ramienia. Już po przecięciu części miękkich wypłynęła ropa. Okostną nacięto, odsłonięto kość, odsunięto nerw promieniowy z pola operacyjnego. Następnie wytrepanowano kanał długości 7 cm., usunięto ropę oraz duży, gruby, zupełnie oddzielony martwak. Po usunięciu resztek ropy, wyskrobaniu ostrą łyżeczką, kanał trepanacyjny szczelnie zaplombowano tkanką tłuszczową otrzymaną z prawego uda. Powięź ramienia zeszyto catgutem, a skórę nitkami. Po operacji stan dobry, bezgorączkowy, bez bólów; nieznaczny obrzęk prawej dłoni po zmianie opatrunku ustąpił. Po ośmiu dniach usunięto szwy; rychłozrost. Odczynu zapalnego nie było. 19 V 14 roku wypisany ze szpitala z niewielkimi ranami, dobrze się gojącymi, bez bólów, z niewielkim osłabieniem czucia na wewnętrznej stronie prawego przedramienia na przestrzeni kilku cm.<sup>2</sup>. W lipcu i listopadzie 1915 r. rany zagojone; stan dobry, bez bólów; blizny ruchome, do kości nie przyrośnięte.

III C. G., lat 14, dwukrotnie leczyła się na oddziale z powodu przewlekłego gruźliczego zapalenia szpiku kości piszczelowej. Podczas pierwszego pobytu chorej w szpitalu wykonano trepanację kości piszczelowej w dolnej  $\frac{1}{3}$  części drogą zwykłą: z kanału kostnego usunięto ropę i martwaki, a jamę wypełniono gazą jodoformową, by goiła się przez ziarninowanie. Rana po kilku tygodniach zagoiła się, pozostała blizna wciągnięta, przyrośnięta do kości. Po roku mniej więcej chora powróciła do szpitala z powodu nawrotu bólów i obrzmienia kończyny operowanej. Badanie stwierdziło nowe ognisko w kości piszczelowej — znajdowało się ono wyżej w środkowej  $\frac{1}{3}$  części — tkanki miękkie obrzmiałe, niezwykłą bolesność przy uciskaniu. Stwierdzono również ognisko rozrzedzenia w środkowej  $\frac{1}{3}$  części kości piszczelowej.

Wykonałem operację w uśpieniu chloroformowem: przeciąłem części miękkie, naciąłem okostną nad ogniskiem, odłuszczyłem ją, a następnie wytrepanowałem w kości dość dużą jamę, w której znajdowała się ropa. Po usunięciu ropy z jamy oraz wyskrobaniu ziarniny łyżeczką, wyciąłem spory ka-



walek tkanki tłuszczowej z zewnętrznej strony uda i wszczepiłem do jamy kostnej. Okostną nad nią zeszyłem catgutem, a skórę, jak również i ranę na udzie, jedwabiem. Przebieg pooperacyjny nie był gładki. Chora wkrótce zaczęła narzekać na bóle. Przy pierwszym już opatrunku w ranie wykryto ropienie, które trwało dość długo. Rana zagoiła się przez ziarninowanie. Mimo to, ostatecznie, po pewnym czasie wytworzyła się blizna zupełnie gładka, równa, nie wciągnięta, podobna do blizn w przypadkach zupełnie udanych. Przyczynę ropienia w danym przypadku omówię jeszcze w końcu niniejszego artykułu.

IV. S. Sz., lat 18, zwróciła się do mnie w listopadzie 1921 r. z powodu bólów w lewym podudziu; trwały one prawie od 4 lat, nie były zależne od chodzenia, stania, dokuczały w dzień i w nocy. Urazu nie było, bóle wystąpiły samoistnie. Ostatnio z powodu bólów, nie może spać po nocach. Badanie l. k. d. wykazało bolesność w dolnej  $\frac{1}{3}$  części lewego podudzia. Najbardziej bolesnym punktem przy ucisku było miejsce na przednio-zewnętrznej stronie podudzia, u nasady lewej strzałki, tuż nad kostką zewnętrzną. Zgrubienia kości strzałkowej, obrzęku, zaczerwienienia skóry nie było. Ruchy lewego stawu skokowego, zarówno czynne jak i bierne, nieco upośledzone. Promieniami R. ujawniono w nasadzie kości strzałkowej, tuż nad kostką zewnętrzną, ognisko rozrzedzenia z nieznacznym nawarstwieniem okostnej w tem miejscu, które rozpoznano jako: Osteitis fibrosa, abscessus osseus.

Chorą operowałem w szpitalu 5.XII 1921 r. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie, długości 8-10 ctm., wykonałem na zewnętrznej stronie brzegu strzałki. Po przecięciu skóry, tkanki tłuszczowej i powięzi, usunąłem ku tyłowi mięśnie strzałkowe, na cięciu okostną na strzałce, odluszczyłem ją i otworzyłem przy pomocy dłuta i młotka w kości strzałkowej kanał kostny, z którego usunąłem miękką, galaretowatą, nie ropną masę. Gromadziła się ona w jamie u nasady kości strzałkowej i w części kostki zewnętrznej. Brzegi dłutowanej części kości rozszerzyłem, wyrównałem kleszczami Luer'a, oszczędzając możliwie samą kostkę zewnętrzną, by na dole wytworzyć rodzaj dachu nad dłutowaną jamą. Usunąłem dokładnie ostrą łyżeczką resztki rozpadowej galaretowatej masy oraz cienką błonkę, tworzącą jakby torebkę, w której mieściło się całe ognisko chorobowe. Jamę w kości strzałkowej zaplombowałem tkanką tłuszczową, wyciętą z zewnętrznej powierzchni lewego uda. Stara-

łem się przeszczepioną tkankę tłuszczową dobrze dopasować do jamy w strzałce, w tym celu wyciętą warstwę tkanki tłuszczowej rozdzieliłem na dwie części: jedną część wsunąłem do jamy trepanacyjnej, a drugą—do jamy w samej strzałce. Rzecz prosta, że obie części tkanki tłuszczowej stykały się ze sobą. Następnie, okostną strzałki, powięź podudzia, zeszyłem catgutem, a skórę jedwabiem. Ranę na udzie zamknąłem kilkoma głębokimi szwami i klamerkami. Stopę z podudziem unieruchomiłem w rynnie blaszanej.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, bóle ustąpiły natychmiast po operacji. 7-go dnia usunąłem szwy z rany na podudziu i klamerki na udzie. Rychłozrost bez odczynu zapalnego i ropienia. Po dwóch tygodniach chora zaczęła wstawać, chodzić. Wypisana 3 I 22 r. w stanie zdrowia zupełnie dobrym, z blizną równą, nie wciągniętą i nie zrosniętą z kością.

Technika wszczepiania tłuszczu do jam trepanacyjnych kości, jak z powyższego widać, jest nader łatwa. Warunek nieodzowny dla otrzymania pomyślnego wyniku operacji stanowią:

1) nadzwyczaj staranne usunięcie z kanału trepanowanej kości resztek ropy, ziarniny i martwaków;

2) zupełne zatamowanie krwawienia kostnego przed wszczepieniem tłuszczu;

3) bardzo dokładne dopasowanie przeszczepianej warstwy tkanki tłuszczowej, by ściśle odpowiadała wymiarowi jamy kostnej.

Przy trepanowaniu kości dla wszczepienia tłuszczu niepotrzebne jest szerokie otwarcie całego ogniska chorego, wystarczy otwarcie kanału na przestrzeni  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{2}{3}$  wymiaru jego, by pod pozostały daszek z kości można było z łatwością wplombować tłuszcz.

Dokładne dopasowanie przeszczepionej tkanki tłuszczowej do wymiarów jamy kostnej jest ważne z tego względu, że nadmiar tłuszczu, wystający ponad brzegi kości, pod wpływem ucisku ze strony zeszytej okostny może nader łatwo ulec zropieniu. Fakt ten miał miejsce w III ze spostrzeganych przeze mnie przypadków. Należy również zaznaczyć, że i charakter gruźliczy cierpienia mógł być tu przyczyną ropienia.

Pozostawienie nad wytrepanowaną jamą daszku kostnego

jest ważne dlatego, że odrodzenie kostne plomby tłuszczowej nastąpi tym prędzej, im więcej tkanki kostnej pozostawimy wokół plomby.

Najbardziej nadają się do plomby tłuszczowej nieswoiste ropnie kostne, powstałe na tle przewlekłego zapalenia szpiku. Sądzę jednak, że gruźlica i przymiot nie stanowią przeciwwskazania do wprowadzenia tłuszczu do kości chorej, choć te cierpienia niewątpliwie mogą wpłynąć na przedłużenie okresu gojenia się rany.

Łatwo zrozumieć, na czym polegają dodatnie strony plombowania jam kostnych tkanką tłuszczową:

1) rany goją się w ciągu jednego tygodnia, zamiast 6—8 tygodni; chory nie jest narażony na męczące długotrwałe opatrunki, a do pracy wraca stosunkowo bardzo szybko;

2) blizna po zabiegu, jest równa, gładka, niewciągnięta i nie zrośnięta z kością, co ma b. duże znaczenie pod względem kosmetycznym.

Wycięcie kawałków tkanki tłuszczowej na udzie jest drobnym zebiegami dodatkowym. To też nie należy nawet zastanawiać się nad jego wykonaniem, gdyż w ten sposób można otrzymać znaczne przyspieszenie zagojenia rany kości.

---

## **Przyczynek do zagadnienia: Uwięźnięcie czy zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinach**

podał

**Paweł Goldstein**

Starszy asystent oddz. chirurgicznego.

W ostatnich kilku latach spostrzegalem dwukrotnie niezmiernie rzadką postać uwięźniętej przepukliny udowej, której zawartość stanowił wyłącznie wyrostek robaczkowy. Przypadki takie zasługują na szczególną uwagę nie tylko pod względem praktycznym, lecz i teoretycznym, ponieważ bowiem ułatwiają rozwiązanie zagadnienia, czy mamy wtedy do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego w worku przepukliny, czy też z uwięźniętą przepukliną, zawierającą wyłącznie wyrostek robaczkowy.



A oto właśnie szkice dwu tych spostrzeżeń.

I. Pierwsze (1916 r.) dotyczy 38-letniej mężatki Ch. G., którą badałem po raz pierwszy w szóstym dniu jej choroby, gdy wciąż jeszcze nakrzekała na niustępujące od kilku dni bóle napadowe w dolnej części brzucha. zwł. po stronie prawej, uczucie mdłości i t<sup>0</sup>—do 37<sup>09</sup>. Rozpoznano wówczas zapalenie wyrostka robaczkowego, przyczem podkreślić należy, że chora początkowo nic o swej przepuklinie udowej nie wspominała.

Badanie wykazało, że okolica kątnicy nie jest bolesna, nacieczenia niema, jak również objawów skurczu obronnego mięśni. Natomiast w prawej pachwinie, w miejscu przejścia kanału biodrowego, spostrzegłem wypuklenie w postaci guza wielkości włoskiego orzecha, niebolesnego, którego nie można było przesunąć do jamy brzusznej. Opukiwanie guza dawało oddźwięk stłumiony. Nie ulegało więc wątpliwości, że guz wytworzyła uwięźnięta przepuklina udowa. Ogólny stan dobry, tętno pełne (do 90), brzuch mało wzdęty, język wilgotny; zatrzymania gazów nie było. Obfite dawki podawanego chorej makowca łatwo tłoczyły uporczywe zaparcie stolca. W innych narządach zmian nie stwierdzono, prócz lekkiego nieżytu pęcherza moczowego, na który chora cierpiała i dawniej.

To też obraz cały ująłem jako uwięźniętą przepuklinę udową, w której, jak mniemałem, znajduję kawałek sieci lub też ściany kiszkiowej (Litré).

Operowałem chorą w szpitalu dn. 27 IV 1916 r. w kilkanaście godzin po wstępnym badaniu.

W worku przepuklinowym stwierdziłem ku swemu zdumieniu jedynie wyrostek robaczkowy, który mniej więcej w połowie swej długości był ściśnięty przez pierścień worka, a u wierzchołka był zrośnięty ze ścianą jego. Po rozszerzeniu rany i przecięciu wiązadła pachwinowego, wyrostek wyciąłem, usunąłem worek przepuklinowy, zeszyłem wiązadło Pouparta, oraz wrota sposobem zwykłym — za pomocą powięzi mięśnia lonowego, — a ranę zeszyłem zupełnie.

Przebieg po operacji był zupełnie normalny, a pewne nasilenie nieżytu pęcherza osłabło po kilku dniach, gdy zastosowano salol z urotropiną.

Po 2 tygodniach chora wypisała się ze szpitala w zupełnie pomyślnym stanie zdrowia.

II. Drugie spostrzeżenie (1922 r. operował dr. Sołowiejczyk) dotyczy prawie 80-cioletniej staruszki, która od wielu lat cierpiała na prawostronną przepuklinę udową. Pierwszymi objawami uwięźnięcia — a badałem chorą na 5-ty dzień choroby — były mdłości, później

wymioty, umiarkowane wzdęcie i bóle brzucha, zatrzymanie stolca a również,—jak twierdziła chora,— i gazów.

Ogólny stan był natomiast zupełnie zadowolający: tętno dobre, pełne (do 90), brzuch umiarkowanie wzdęty. T<sup>0</sup> normalna. W okolicy zewnętrznego kanału biodrowego widać było uwypuklenie w kształcie guza o wielkości jaja kurzego, konsystencji dość twardej, o powierzchni gładkiej, dającej przy opukiwaniu oddźwięk stłumiony.

Wobec już 5-ciodniowego trwania uwięźnięcia przepukliny udowej, objawy, wskazane wyżej, łącznie nasuwały myśl, że w worku przepuklinowym znajdzie się prawdopodobnie kawałek sieci.

Operację (dr. Sołowiejczyk), nieco spóźnioną z powodu niezdecydowania rodziny, zaczęto w znieczuleniu miejscowym, lecz wobec podniecenia pacjentki prowadzono ją w dalszym ciągu już w uśpieniu ogólnem.

Po przecięciu skóry, wyłoniono guz o ciemno-brunatnem zabarwieniu, z płynem krwawym w worku przepuklinowym. Gdy worek nakłuto i płyn wypuszczono, spostrzeżono, że zawiera twór, który rozpoznać w pierwszej chwili trudno było; wydawało się, że jest to zwinięty i obrzęknięty kawałek sieci o mocniejszym czerwonym zabarwieniu jednego brzegu. Dopiero po rozcięciu pierścienia, zaciskającego worek przepukliny i po wycięciu zawartości jego, okazało się, że jest to wyrostek robaczkowy; był on zgięty w środkowej swej części i tym zgętym kolanem uwiązał właśnie w worku przepukliny. Podstawa wyrostka, przylegająca do kiszki ślepej, jak również wierzchołek jego, pozostały w jamie brzusznej. Część uwięźnięta nie była jednak zmartwiałą, lecz tylko obrzękniętą i o ciemniejszym zabarwieniu.

I w tym wypadku musiano również przeciąć wiązadło Pouparta i przedewszystkiem usunąć wyrostek robaczkowy. Następnie wycięto worek przepuklinowy, wrota częściowo zaszyto, do jamy brzusznej wprowadzono kilka sączków, które następnie przy opatrunkach usunięto. Przebieg pooperacyjny normalny. Po 18-tu dniach stan zdrowia chorej wrócił do równowagi.

W przepuklinach, zwł. w dużych pachwinowych, spostrzegano, jak wiadomo, najrozmaitsze organy jamy brzusznej, nie wylączając żołądka i śledziony.



Kątnica wraz z wyrostkiem robaczkowym stanowią względnie często zawartość większych prawostronnych przepuklin pachwinowych, a nieraz i lewostronnych. Natomiast uwięźnięcie tylko wyrostka, przeważnie zrośniętego ze ścianą worka przepukliny pachwinowej, zaliczyć należy do zjawisk rzadkich. Wasiljew zebrał (Langenbeks Archiw. T. 73) w całym piśmiennictwie przedwojennem 63 opisy spostrzeżeń o wyrostku robaczkowym w przepuklinach pachwinowych; w 36 z liczby tej znajdowano w worku prócz wyrostka jeszcze i inną zawartość, w pozostałych 31 wykryto tylko sam wyrostek robaczkowy. Szczególnie jednak w przepuklinach udowych wyrostek robaczkowy spostrzegano niezmiernie rzadko; w całym piśmiennictwie lekarskim opisano dotąd, o ile mi wiadomo, zaledwie może kilkanaście przypadków.

Mechanizm powstawania podobnych przepuklin, jak również sprawa ustalenia cech rozpoznawczych różniczkowych pomiędzy uwięźnięciem wyrostka a zapaleniem jego w worku przepuklinowym, były przedmiotem wielu badań. Celem tych badań było wyodrębnienie w obrazie klinicznym objawów, charakterystycznych dla poszczególnych postaci tych zachorzeń.

Co się tyczy pierwszej kwestji — sposobu powstawania podobnych przepuklin — to niektórzy przypuszczają, że już w 3-im miesiącu rozwoju płodu tworzyć się zaczynają patologiczne warunki, które w przyszłości sprzyjają powstawaniu przepukliny. Wyrostek robaczkowy stanowi, jak wiadomo, w 3-im miesiącu płodu niezwięzione jeszcze przedłużenie jelita grubego, które w końcowej swej części przechodzi z położenia poprzecznego w podłużne, przyczem stopniowo ulega przesunięciu w kierunku prawego dołu biodrowego. Wówczas wyrostek wierzchołkiem dotyka prawie wewnętrznego pierścienia pachwinowego, rzadziej biodrowego. Jeżeli dla pewnych powodów — najczęściej z powodu płodowego zapalenia otrzewnej (Peritonitis foetalis circumscripta), — wierzchołek wyrostka zrośnie się z otrzewną przyścienną lub z jądrem, znajdującem się wówczas w tem miejscu, to następnie, przy fizjologicznem opuszczaniu się jądra lub przy tworzeniu się przepukliny, wyrostek robaczkowy, — często wraz z kątnicą, — zostaje wciągnięty do worka przepukliny.

Podobne zjawiska, choć rzadziej, powstają, gdy wytwo-

rzy się przepuklina udowa, zawierająca wyrostek. Napotykanie nieraz, jak np. w pierwszym spostrzeżeniu naszym, zrosty wierzchołka wyrostka ze ścianą worka przepuklinowego — potwierdzają tę hipotezę.

O wiele trudniejsze do rozwiązania jest drugie zagadnienie, a mianowicie: czy zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym jest zjawiskiem pierwotnym, a uwięźnięcie wtórnem, czy też odwrotnie — najpierw następuje uwięźnięcie wyrostka robaczkowego, a to pociąga za sobą zapalenie. Sonnenburg nie wierzy zupełnie, by możliwe było pierwotne uwięźnięcie wyrostka. Wasiljew zebrane w piśmiennictwie 63 przypadki opisuje również jako zapalenie wyrostka robaczkowego i zaznacza, że w przypadkach tych napotykał wszystkie postacie zapalenia wyrostka robaczkowego od najłżejszych (*Appendicitis catarrhalis*) do najcięższych (*Appendicitis gangraenosa*). Różnica polegała na tem, że przebieg zapalenia był naogół łagodniejszy, niż w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej.

Zdaje się, że pogląd taki jest słuszny o tyle, o ile mowa o wyrostku robaczkowym w przepuklinie pachwinowej. Przedewszystkiem, jak już wyżej wspominałem, w przepuklinie pachwinowej napotymano wyrostek często wraz z innymi narządami (sieć, jelito), które go osłaniają, a same są bardziej od niego wrażliwe na ucisk, to też o uwięźnięciu wyrostka w tych przypadkach trudno mówić. Następnie pierścień kanału pachwinowego rzadko ma wymiar tak mały, by mógł wywołać ucisk, wzg. uszkodzenie ściany normalnego wyrostka robaczkowego oraz objawy uwięźnięcia jego, gdy w pewnych warunkach wyrostek sam się w worku znajduje.

Należy raczej przypuszczać, że w zrośniętym z otrzewną worka wyrostku robaczkowym powstaje zapalenie i w związku z tem wytwarzają się warunki ujemne dla odprowadzenia zawartości worka z powrotem do jamy brzusznej. Bo też tak bywa w rzeczywistości. Przypadki te przebiegają najczęściej pod postacią ostrego lub podostrego zapalenia wyrostka z wysoką gorączką, dreszczami, z wynikiem ostatecznym w postaci ropnia w mosznie, kanale pachwinowym lub w jamie brzusznej.

Właściwe rozpoznanie wówczas stawia się jednakże naj-

częściej dopiero podczas operacji, wykonanej z powodu rzekomej przepukliny uwięźniętej. A jednak szczegółowa analiza dałaby może nieraz możliwość należytego rozpoznania cierpienia w tych przypadkach i przed zabiegiem opefacyjnym.

A więc, przedewszystkiem, tak częsta wysoka gorączka oraz dreszcze wskazują na ostry charakter zapalny sprawy. Następnie, nie bacząc na rzekome ciężkie uwięźnięcie, drożność kiszek jest częściowo lub zupełnie dobrze zachowana, a stan ogólny nawet po kilkudniowym trwaniu „uwięźnięcia“ pozostaje względnie dobry. Krauze (Medycyna 1901 r.), omawiając swój przypadek uwięźnięcia wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym biodrowym u 55-letn. chorego, podkreśla — między innymi — również trudności rozpoznawcze w tych przypadkach i słusznie przypuszcza, że brak wymiotów i obecność wypróżnień naprowadzić mogą niekiedy na myśl, że się ma do czynienia nie ze zwykłą przepukliną. Jeżeli chęłbotanie guza nie jest objawem dostatecznie charakterystycznym, to natomiast gdy nastąpi pęknięcie ropnia na mosznie i wydzieli się charakterystyczny kamień kałowy, jest to objaw, który odrazu wyświeśla sprawę.

Zupełnie inaczej przedstawia się całe zagadnienie, gdy idzie o wyrostek robaczkowy w przepuklinie udowej. Już bowiem anatomiczna budowa wąskiego kanału biodrowego, zamkniętego u bieguna górnego mocnym i niepodatnym wiązadłem Pouparta, a od strony wewnętrznej lig. Gimbernati, daje możliwość zaciśnięcia nawet tak cienkiego tworów, jakim jest normalny wyrostek robaczkowy.

Jeżeli, jak to nieraz bywa, jest on jeszcze zrosnięty ze ścianą worka, lub gdy zawartość wyrostka zmienia w tem czy innym miejscu obwód jego, to wówczas nie jest rzeczą trudną wytłomaczyć częściowe uwięźnięcie wyrostka; może ono później wzmacniać się jeszcze bardziej z powodu obrzęku części uwięźniętej. Dotychczas jednak nie udało się nikomu dowieść, że istotnie odkrył w przepuklinie udowej wyrostek robaczkowy w stanie pierwotnego zapalenia. Przypadki, opisane przez Sprengla, Rothera, Meisela i Bartha, w których właśnie stwierdzono wyrostek robaczkowy w przepuklinie udowej—z ograniczonym zapaleniem otrzewnej w jamie brzusznej — miały służyć za dowód niezbyty istnienia pierwotnego zapalenia wyrostka robacz-



kowego w przepuklinie udowej. Lecz i te przypadki po głębszej analizie łącznie z badaniami anatomo patologicznymi, szczególnie histologicznymi wyrostków schorzałych, dały się zadowalająco wytłumaczyć w sposób odmienny. Pod tym względem na szczególną uwagę zasługuje drugie spostrzeżenie nasze; przypadki Sprengla, Rothera, Meisela i Bartha są do niego bliźniaczo podobne, tylko świadczą o bardziej już posuniętym procesie uwięźnięcia. Rose nazwał je „Wurmfortsatzschlingenbruch“ w odróżnieniu od „Wurmfortsatzendbruch“, które właśnie widziałem w pierwszym z naszych spostrzeżeń.

Otóż w przypadkach tych część środkowa wyrostka wraz z krezką, w której, jak wiadomo, przebiega główna tętniczka wyrostka, jest uciśnięta. Gdy więc wierzchołek jego leży w jamie brzusznej, to z powodu zahamowania dopływu krwi przez zaciśnięcie tętnicy wyrostkowej, ulega on powolnemu obumarciu, a w pobliżu wewnętrznego pierścienia biodrowego tworzy się mniej lub więcej umiejscowione surowicze, wzgl. ropne, zapalenie otrzewnej. W przypadkach ciężkich może nastąpić nawet ogólne zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnem.

Gdyby w naszym drugim spostrzeżeniu sprawa trwała dłużej, mógłby niewątpliwie rozwinąć się podobny obraz kliniczny. Część wyrostka, znajdująca się w worku, ulega również martwicy, lecz to nie wywołuje jednakże ciężkich zaburzeń i niebezpieczeństwa utraty życia.

Co się tyczy klinicznego wstępnego rozpoznania tych rzadkich przypadków, to bodaj że ani razu przed zabiegiem chirurgicznym właściwej diagnozy nie postawiono. Jedynie Sprengel był bliskim takiego rozpoznania, gdy w spostrzeżeniu swem słusznie przypuszczał, że ma do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego w pobliżu wewnętrznego kanału biodrowego i z przesunięciem się ropnia przez kanał biodrowy pod więzadło Pouparta.

Wszystkie pozostałe przypadki, o ile mi wiadomo, rozpoznano dopiero na stole operacyjnym. Dlatego też jest rzeczą nietylko teoretycznie ciekawą, ale i praktycznie ważną, aby chirurg o możliwości takiego powikłania zawsze pamiętał.

---

## **Sprawozdanie z działalności oddziałów psychjatrycznych w 1920 i 1921r. ze szczególnem uwzględnieniem ruchu chorych.**

Podali

**Kamilla Horwitz i Leon Prussak.**

Asystenci oddziałów.

Oddział dla chorych psychicznie w Szpitalu na Czystem, jako w szpitalu ogólnym, należy uważać za przeżytek, gdyż obecnie już prawie wszędzie istnieją dla obłąkanych odrębne szpitale miejskie, krajowe lub państwowe. Istnieje coprawda jeszcze i w Krakowie oddział dla chorych psychicznie w szpitalu miejskim Ś-go Łazarza, ale i on jest także złem koniecznym i również, jak nasze oddziały, nie posiada odpowiednich warunków rozwojowych. Mimo licznych braków, oddziałom tego rodzaju nie można jednak odmówić racji bytu i uznać je za zbędne, dopóki nasze szpitalnictwo psychjatryczne nie podniesie się na wyższy szczebel rozwoju, dopóki nie powstanie szereg wielkich zakładów, które pomieszczą wciąż wzrastającą w kraju liczbę chorych.

W sprawozdaniu tem pragnęlibyśmy przedewszystkiem wykazać na podstawie danych o ruchu chorych na 2 oddziałach szpitala naszego w ciągu 1920 — 1921 r., że nawet w tak trudnych warunkach chorzy mogą się poprawić i w krótkim stosunkowo czasie — jak dla chorych psychicznie — opuszczają szpital. A wyniki te byłyby o wiele lepsze, gdyby przyjmowano na oddziały psychjatryczne naszego szpitala tylko chorych w ostrym okresie choroby, pozostawiając wielkim specjalnym zakładom i kolonjom opiekę nad chronicznymi.

Tymczasem dzieje się zazwyczaj inaczej. Lekarze oddziałów psychjatrycznych w szpitalu powszechnym mają wpływ względnie mały na przyjmowanie poszczególnych chorych psychicznych, ci bowiem są często sprowadzani przez rodzinę, gminy i w dzień i w nocy, niekiedy z drogi, z podróży, z odległych części kraju, by tylko jaknajprędzej obłąkanego odosobnić, usunąć ze środowiska ludzkiego. Chorych tych, bez szczegóło-

wego orzeczenia kwalifikacyjnego psychiatry, jak tego szlusznie żąda rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia—dostarcza często szpitalom policja, a lekarz dyżurny, zazwyczaj — rzecz naturalna w szpitalu powszechnym — niedostatecznie obeznany z psychozami, zmuszony jest „przyjąć chorego niezależnie od tego, czy jest miejsce wolne dla niego.

Anomalji tej, jak dotychczas, nie udaje się usunąć, a niewątpliwie słuszne jest zdanie dyr. Mikulskiego w Kochanówce pod Łodzią, że „przyjmowanie chorych na żądanie policji bez świadectwa lekarskiego jest absolutnie niedopuszczalne“\*) Poza-tem policja sprowadza do szpitala nie tylko walęsających się po ulicach bez opieki chroników, niekiedy włóczęgów bez rodziny, lecz często i ostrych chorych, niebezpiecznych dla siebie i otoczenia. W ten sposób pominięte zostaje, niekiedy z wielką korzyścią dla chorego, niesłuszne rozporządzenie administracyjne, by na oddziały psychiatryczne nie przyjmowano chorych, których rodzina nie opłaciła z góry za 1 — 3 miesiące kosztów kuracyjnych. Utrudnia to w wysokim stopniu prowadzenie oddziału psychiatrycznego. Z drugiej zaś strony, chory na ostrą psychozę, zaopatrzony, jak należy, w odpowiednie świadectwo lekarza psychiatry, nie może być przyjęty, nawet gdy istnieje nagła potrzeba, o ile opiekunowie jego nie opłacą kosztów leczenia lub też przynajmniej nie przedstawią poręczenia gminy, że koszty będą opłacone. Rodzina wówczas albo oddaje chorego w ręce policji, albo też pozostawia go własnemu losowi, aż znów dzięki interwencji policji po konflikcie jakim, nie zostanie on sprowadzony do szpitala. W związku z takim porządkiem rzeczy rodziny niezamożne niechętnie zabierają swych psychicznie chorych do domu, gdy jest to wskazane ze względu na poprawę ich stanu zdrowia. W razie bowiem nawrotu ataku choroby umieszczenie ponowne chorego w szpitalu nastęrcza zwykle trudności, których normalną drogą wcale pokonać nie można.

Zasada, by chorego wypisanego oddawać w ręce rodziny, a nie pozostawiać go własnemu losowi, nie może być często również utrzymana, gdyż administracja szpitala żąda bądź

---

\*) Patrz XVI, XVII i XVIII Sprawozdanie lekarskie szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ str. 24.



uprzedniego opłacenia zaległych kosztów kuracyjnych — nie, raz za okres dłuższy, np. roczny,—bądź podpisu zobowiązania do opłacenia tych kosztów w późniejszym czasie. Rzecz prosta, że biedacy, jakimi są przeważnie krewni naszych pacjentów szpitalnych, starają się uniknąć zapłacenia i ociągają się nieraz bardzo długo z zabraniem chorego. Dla oddziału psychiatrycznego o tak niewielkiej pojemności, jak nasz, są to warunki, w wysokim stopniu hamujące normalny odpływ chorych. A gdy rodzina chorego wędruje, wymiera lub dla innych powodów opuszcza chorego, wtedy ten ostatni staje się ciężarem oddziału.

Jak wiadomo, w szpitalach i zakładach psychiatrycznych tym chorym, którzy się poprawili, daje się urlop na 1—2 tygodnie, by wypróbować sprawność psychiczną chorego w otoczeniu domowym. Tak też było i u nas do 1921r. Od czasu jednak wzrastających wciąż kosztów kuracyjnych musiano zaniechać tego systemu postępowania w obawie słusznej, że za chorego, wziętego na urlop bez opłacenia kosztów i bez podpisu, nikt płacić nie zechce, o ile na stałe zostanie w domu.

Naturalny odpływ chorych chronicznie do zakładów państwowych (Tworki) lub społecznych (Zofiówka pod Otwockiem, Drewnica) dotychczas nie jest unormowany; niektórzy chorzy przez miesiące i lata czekają na przeniesienie.

Jeżeli po tych zastrzeżeniach rzucimy okiem na tablice statystyczne (patrz str. 21) o ruchu chorych, to przekonamy się, że był on istotnie stosunkowo bardzo intensywny. Na obu oddziałach (A i B), posiadających razem dla kobiet i mężczyzn tylko 140 łóżek, przyjęto w 1920 r. 219, a wypisano 228 chorych, w 1921-ym r. przyjęto 331, a wypisano 336. Różnica znaczna na korzyść 1921-ego r. pochodzi głównie stąd, że na skutek wypadków wojennych w 1920-ym r. dojazd z prowincji do Warszawy uległ dłuższej przerwie. Cyfry te są szczególnie wymowne, gdy je porównamy z danymi wielkich zakładów szwajcarskich. Np. w Waldau pod Bernem, łącznie z uniwersytecką kliniką psychiatryczną, przyjęto w 1920 r. 217 chorych, wobec 817, którzy się tam już poprzednio znajdowali, wypisano zaś 290; w Münsingen, w kantonie berneńskim, na 801 chorych zakładowych przyjęto 182, wypisano 149. W kraju u nas, np. w Kochanówce pod Łodzią, przyjęto w 1920 r. chorych

200, a wypisano 199, wobec 334, którzy się już poprzednio tam znajdowali. Są to liczby mniejsze od naszych, chociaż pojemność wymienionych zakładów szwajcarskich jest 5—6 razy większa od naszych oddziałów, a pojemność zakładu w Kochanówce jest  $2\frac{1}{2}$  raza większa. Na pewne wzmożenie ruchu chorych wpłynęło po części i to, że niektóre chore powracały kilkakrotnie w ciągu roku; następnie i ta okoliczność, że ze względu na brak miejsca wypisujemy chorych — o ile tylko ich warunki domowe na to pozwalają — niejednokrotnie już z nieznaczną poprawą, chorzy ci jednak wkrótce wracają. Oddziały są ciasne, a kobiece stale przepełnione. Przebiegająca liczba miesięczna chorych wahała się od 140 — do 160, rzadko opadała do 130. Gdy na oddziałach kobiecych zawsze było kilka i kilkanaście chorych nad komplet, na oddziałach męskich były często miejsca wolne.

Wśród braków, zasługujących na szczególne podkreślenie, a wiążą się one wciąż jeszcze z przebytą podczas wojny ruiną materialną kraju, jest niedobór stały odzieży, pościeli, należytej liczby łóżek i szeregu innych przedmiotów niezbędnych dla prowadzenia racjonalnego gospodarstwa wewnętrznego. Oddziały nasze psychiatryczne, jako zło konieczne w jednym z największych szpitali powszechnych, są odsuwane z natury rzeczy na plan dalszy we wszystkich tych sprawach gospodarczych, które mają na celu polepszenie bytu chorego w szpitalu. System oszczędnościowy gospodarki szpitalnej pozbawia też oddziały możności stosowania w szerokim zakresie leczenia stałymi wannami, gdyż po południu oddziały nie mają wody gorącej. Liczba służby pomocniczej jest tylko teoretycznie dostateczna (28 posługaczy na 140 łóżek), gdyż wobec istnienia 3-ch zmian służby na dobę (8-mio godzinny dzień roboczy), zdarza się, że na oddziałach kobiecych 40-tu z górą chorych, często wielce podnieconych, pilnują 2 posługaczki! Sprawę tą pogarsza jeszcze ta okoliczność, że służba niższa pomocnicza bywa przenoszona na inne oddziały szpitalne, niekiedy wbrew woli kierowników oddziałów. Niedomogą pierwszorzędnej wagi jest brak stałej odpowiednio wyszkolonej opieki pielęgniarskiej.

Pomimo to ogólny dozór nad chorymi jest względnie niezły. W ciągu 1920 — 1921 r. były tylko dwie ucieczki. Po-

zatem zdarzyły się dwa nieszczęśliwe wypadki, z których jeden—wsunięcie się chorej do wylotu,—skończył się szczęśliwie, drugi—podpalenie się chorego epileptyka (umyślne czy przypadkowe) zakończył się śmiercią.

Co się tyczy warunków życia chorych na oddziale, to szczególnie odczuwać się daje brak z powodu oszczędności, stosowanej przed wojną systematycznie zorganizowanej pracy rękoźmienniczej dla nich,—tylko poszczególni chorzy pomagają personelowi w pracy codziennej na oddziałach. Przy oddziale jest ogród, z którego jednak, ze względu na brak odpowiedniej odzieży, chorzy korzystać mogą tylko latem.

Oprócz służby niższej oddział posiada 2 wykwalifikowanych dozorców i 2 dozorki w dzień. Prócz tego jeden specjalny dozorca wieczorem (5 — 11), a drugi w nocy dyżuruje na wszystkich 4 oddziałach. Ci znów często się zmieniają, to też niezawsze mogą podołać swemu zadaniu.

Personel lekarski składa się z 2-ch ordynatorów, czynnych od lat kilkunastu i 2 asystentów, czynnych 4 ty rok. Odkąd skasowano lekarzy miejscowych nikt z lekarzy psychiatrów nie mieszka przy oddziale. Każdy oddział — A i B — prowadzony jest samodzielnie przez swego ordynatora przy współudziale asystenta. Pracę pomocniczą lekarską wypełnia na obu oddziałach jeden felczer.

Co się tyczy somatycznego stanu chorych, to naogół był on zadawalniający. Dużym ułatwieniem przy leczeniu chorób somatycznych jest możliwość w szpitalu powszechnym konsultowania ze specjalistami z rozmaitych dziedzin, wzgl. przenoszenia chorych dla zabiegów leczniczych na inne oddziały. Chorzy, u których po przybyciu do szpitala przeważają objawy somatyczne w obrazie klinicznym, są zaraz przenieszeni na właściwy oddział. Z tych właśnie rekrutują się głównie podane w tablicach (patrz. str. 23) „wypadki bez rozpoznania”. Plagą oddziałów, szczególnie kobiecych, była świerzba, którą trzeba było leczyć na miejscu. Ostatnio zdarzyły się wypadki strupnia, leczono je ambulatoryjnie naświetlaniem pr. R. Sprawy kilowe leczono bądź na miejscu, bądź ambulatoryjnie na oddziale chorób wenerycznych. Od czasu do czasu zdarzały się ropnie lub ropowice. Gruźlicę spostrzegano niezbyt często: na oddziale B. — 3 mężczyzn w r. 1920-ym zmarło



na gruźlicę płuc, a jeden w 1921-ym r. na gruźlicę kości. Było kilka wypadków chorób zakaźnych, a mianowicie w r. 1920-ym 2 chorych miało czerwonkę, jeden z nich zmarł. W tymże roku jeden zmarł na drętwicę karku. Trzy wypadki sztucznie w celach leczniczych wywołanej gorączki powrotnej — zakończyły się wyzdrowieniem, lecz bez poprawy stanu psychicznego. W 1921-ym r. zdarzył się wypadek duru rzekomego, o lekkim przebiegu. Były też 2 wypadki ospy prawdziwej w 1921-ym r. na oddziałach kobiecych, zaczęto więc szczepić ospę na oddziale.

W 1920-ym r. 2 chore, a w 1921-ym r. jedna, rodziły na oddziale położniczym.

Przedmiotem działalności naukowej oddziałów w roku sprawodawczym (1920—1921) były następujące prace o charakterze klinicznym. Dr. Wizeł, ord. oddziału A, wygłosił 1) w 1920 r. (maj-czerwiec) na 2 posiedzeniach Towarz. Neurol. odczyt: *Istota psychologiczna schizofrenji ze stanowiska szkoły Freuda*;

2) w 1921 r. ogłosił drukiem w Lek. Wojsk. 10/XI 21 rzecz *O cierpieniach psychicznych reaktywnych* — według odczytu z pokazem chorych w Tow. Neurol. i na posiedzeniu klinicznym Szpitala;

3) w 1921 r. na Zjeździe psychiatrów w Poznaniu wygłosił odczyt: *Bezład kojarzeniowy w Schizofrenji* (patrz Przegl. Filozof. 1922 r.)

4) Odczyt o *Schizofrenji z charakterystycznym zespołem urojeniowym* z pokazem chorego (na posiedz. Tow. Neurol., drukowane w Neur. Polsk. 1922).

Dr. Bornisztajn, ord. oddziału B., pokazywał na posiedzeniach szpitalnych w 1920 r. i 1921. 1) cztery przypadki nagminnego zapalenia mózgowia w okresie ostrym i przewlekłym z objawami psychicznymi; 2) jeden przypadek psychozy przedstarczej; 3) jeden przypadek somatopsychozy. Na Zjeździe psychiatrów w Poznaniu (maj 1921 r.) wypowiedział odczyt: *O psychologicznej podstawie klasyfikacji psychiatrycznej* (patrz. Kwartalnik Kliniczny Szpitala T. I. Zesz. 1) Dr. Horwitz, asyst. odd. B., wygłosiła w 1920 r. na posiedzeniu szpitalnym odczyt o *Dementia praecocissima* z pokazem pięciu chorych.

Przechodząc do rozpatrzenia tablic (patrz str. 23), zwrócimy uwagę, że zastosowaliśmy się w danym wypadku do klasyfikacji Kraepelina.

Grupa II (Zaburzenia psychiczne z powodu nieurazowych cierpień mózgu) obejmuje 7 przypadków nagminnego zapalenia mózgowia, a jeden nowotwór mózgu. Wypadki schizofrenji somatopsychicznej, wyodrębniane na oddziale B, zaliczyliśmy w wykazach statystycznych do katatonji.

Na tablicy „wypisanych“ widzimy, że przeszło połowa chorych wypisała się z poprawą. Śmiertelność była nie wielka, szczególnie w r. 1921-ym. W r. 1920-ym na 24 zmarłych mężczyzn a w r. 1921-ym na 21—ósmiu cierpiało na porażenie postępujące. Chorych psychicznie z powodu zatrucia wysokiem nie było.

Prawie połowa chorych pochodziła z Warszawy, duża liczba z Kongresówki, mniej z Kresów; z Galicji pojedyncze wypadki.

Według wyznania było 16 kat., 2 praw., reszta żydzi.  $\frac{2}{3}$  chorych należało do stanu wolnego, znaczną większość bowiem, bodaj że  $\frac{2}{3}$  liczby ogólnej, stanowiła młodzież do lat 30-stu. Nie mogliśmy podać dokładnej statystyki zawodów: u mężczyzn przeważało określenie „kupiec“, czy „handlujący“; u kobiet bez „zajęcia“, „przy mężu“ lub „przy matce“.

Nie udało nam się również z powodu braku ścisłych danych ułożyć wykazów wysokości kosztów leczniczych,łożonych przez rodziny, gminy i t. p.

Na 550 przyjętych w ciągu 2 lat chorych—100 leczyło się nie po raz pierwszy, 450 zapadło 1-szy raz.

Na zakończenie pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na konieczność wykonania pewnych zmian w organizacji oddziałów naszych, albowiem spełnienie ich poprawiłoby niewątpliwie obecne, pod wielu względami ujemne, a tak dalekie od doskonałości warunki dla pracy. A więc:

1) znajdujące się nad oddziałami mieszkania służby szpitalnej należałoby przeznaczyć dla chorych spokojniejszych; powiększy to pojemność oddziałów;

2) administrowanie oddziałów psychiatrycznych powinno być w szpitalu powszechnym wyodrębnione pod względem

gospodarki wewnętrznej (bielizna, pościel, łóżka i t. p.) w jednostkę autonomiczną;

3) służba powinna być specjalnie wyszkolona w sztuce pielęgnowania chorych psychicznie i stać na wyższym poziomie kulturalnym;

4) przy ambulatorjum szpitalnem powinna być poliklinika psychiatryczna; zadaniem jej byłoby kwalifikowanie chorych do szpitala, oraz leczenie tych umysłowo chorych, którzy mogą pozostawać na wolności;

5) policja, przed przysłaniem do szpitala chorego psychicznie, winna zarządzić wstępne zbadanie jego przez lekarza-psychjatę;

6) przepisy administracyjne o warunkach przyjmowania i wypisywania chorych psychicznie ze szpitala winny ulec zmianie, należy bowiem chorych tych traktować tak samo, jak cierpiących na ostre zakaźne cierpienia;

7) „Towarzystwo opieki nad chorymi nerwowo i umysłowo żydami“ powinno wypisanym ze szpitala biednym chorym ułatwić byt materialny i zabezpieczyć opiekę moralną.



TABLICA I.  
OGÓLNY RUCH CHORYCH.

	1920						1921					
	Mężczyzn			Kobiet			Mężczyzn			Kobiet		
	Razem		Razem	Razem		Razem	Razem		Razem	Razem		Razem
	A	B		A	B		A	B		A	B	
SUMA						SUMA						
Z początkiem roku było			56		81	137			60		68	128
Przybyło	53	47	100	52	67	219	73	80	153	84	94	331
Ogółem leczono w ciągu roku			156		200	356			213		246	459
Wypisano:												
1) zdrowych	3	5	8	2	9	228	6	1	7		2	336
2) z poprawą	25	23	48	33	41		35	57	92	32	62	
3) bez poprawy	8	8	16	11	9		20	22	42	37	18	
4) zmarło	14	10	24	16	11		12	9	21	11	12	
Pozostało			60		68	128			51		72	123
o/o śmiertelności			15,7		13,5	14,6%			9,6		9,3	9,45%

T A B L I C A II.

Miejsce zamieszkania	1 9 2 0					1 9 2 1				
	Mężcz.		Kob.		Razem	Mężcz.		Kob.		Razem
	A	B	A	B		A	B	A	B	
Warszawa	27	19	17	37	100	38	35	36	39	148
Kongresówka	18	15	26	24	83	23	24	32	36	115
Kresy	4	7	9	5	25	9	16	16	17	58
Galicja	—	1	—	—	1	1	2	—	—	3
Rosja	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—
Niewiadomo	3	4	—	1	8	2	3	—	2	7
	53	47	52	67	219	73	80	84	94	331

T A B L I C A III.

PODŁUG STANU	1 9 2 0					1 9 2 1				
	Mężcz.		Kob.		Razem	Mężcz.		Kob.		Razem
	A	B	A	B		A	B	A	B	
Małżeński	21	11	21	13	66	17	20	31	26	94
Wolny	29	30	27	43	129	50	52	48	58	208
Rozwiedzeni	—	—	—	3	3	—	2	—	3	5
Wdowi	—	—	4	5	9	—	1	2	6	9
Niewiadomy	3	6	—	3	12	6	5	3	1	15
	53	47	52	67	219	73	80	84	94	331

T A B L I C A IV.

PODŁUG WIEKU	1 9 2 0					1 9 2 1				
	Mężcz.		Kob.		Razem	Mężcz.		Kob.		Razem
	A	B	A	B		A	B	A	B	
Do lat 10-ciu włącznie	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Od lat 11	9	4	4	3	20	4	1	4	3	12
„ 16	11	9	14	21	55	21	26	21	27	95
„ 21	15	16	13	19	63	22	26	33	38	119
„ 31	11	9	11	14	45	13	14	10	9	46
„ 41	5	6	7	7	25	4	4	12	9	29
„ 51	—	1	2	1	4	5	6	3	6	20
Ponad 60	1	1	1	2	5	2	2	—	2	6
Niewiadomo	—	1	—	—	1	2	1	1	—	4
	53	47	52	67	219	73	80	84	94	331

T A B L I C A V.

Grupa	PRZYJĘCI PODŁUG ROZPOZNANIA	1920			1921						
		Męż.		Kob.	Razem	Męż.		Kob.	Razem		
		A	B	A		B	A	B			
I	Zaburzenia psychiczne z powodu urazowego uszkodzenia mózgu					1			1		
II	Zaburzenia psychiczne z powodu nieurazowego cierpienia mózgu		4	4	8			1	1		
III	Zatrucia:										
	1) zewnątrzpochodne							1	1		
	2) wewnątrzpochodne										
IV	Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych			3	3	6	1	3	1	5	
V	( 1) Kiła mózgu		1		1	2			2	2	
	( 2) Porażenie postępujące	5	3	1		9	10	3		13	
VI	( 1) Miażdżyca		1		2	3					
	( 2) Zaburzenia starcze i przedstarcze			1	1	2	1	1	2	1	5
VII	Padaczka	4	3			7	4	5	1	3	13
VIII	Schizofrenje:										
	A) Schizofrenja										
	1) simplex	2	1	1	2	6	3	4		7	
	2) praecocissima	2	3		3	8					
	3) hebephrenica	3		6	9	9	3	13	3	28	
	4) katatonica	14	25	22	41	102	17	52	31	62	162
	5) paranoides	5		4	2	11	8	1	15	7	31
	B) Parafrenje	1		1	2				1		1
IX	Psychoza manjak-depresyjna	11	2	8	2	23	10	6	7	6	29
X	Psychopatje konstytucjonalne	1	1		4	6	2	1		3	6
XI	Zaburzenia psychiczne reaktywne łącznie z psychozami histerycznymi			3	2	5	1	3	1		5
XII	Paranoia										
XIII	Oligofrenje		2			2	3	2	3		8
XIV	Wypadki bez rozpoznania	5	1	2		8	3	3	2	5	13
		53	47	52	67	219	73	80	84	94	331



Grupa	WYPISANI PODŁUG ROZPOZNANIA	1 9 2 0												
		M ę ż c z y z n								K o b				
		zdrow		po- prawa		bez popr.		zmarł		Razem	zdrow		po- prawa	
		A	B	A	B	A	B	A	B		A	B	A	B
I	Zaburzenia psychiczne z powodu urazowego uszkodzenia mózgu													
II	Zaburzenia psychiczne z powodu nieurazowych cierpień mózgu		1			1		2	4			1		
III	Zatrucia 1) zewnątrzpochodne 2) wewnątrzpochodne													
IV	Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych										2			
V	1) Kiła mózgu 2) Porażenie postępujące							1	1	2			1	
VI	1) Miażdżyca 2) Zaburzenia starcze i przedstarcze			1				6	2	9				
								1	1	2				
VII	Padaczka			2	1	1				4				
VIII	Schizofrenje:													
	A. Schizofrenja													
	1) simplex			2						2			1	
	2) praecocissima				3	1				4			1	
	3) hebephrenica			1		1				2		3	1	
	4) katatonica		3	7	15	4	5	3	2	39	1	3	17	33
	5) paranoides			2	2					4	1		4	1
	B. Parafrenje			1						1			1	
IX	Psychoza manjak-depresyjna	1	1	7		1		1	2	13			4	3
X	Psychopatje konstytucjonalne				1	1				2		2	1	
XI	Zaburzenia psychiczne reaktywne, łącznie z psychozami histerycznymi											1	3	
XII	Paranoia													
XIII	Oligofrenje				1					1				
XIV	Wypadki bez rozpoznania	2		2			1	1		6				
		3	5	25	23	8	8	14	10	96	2	9	33	41

C A VI.

R O K					1 9 2 1 R O K																		
i e t					M ęż c z y z n										K o b i e t								
bez popr.		zmarł		Razem	zdrow		po-prawa		bez popr.		zmarł		Razem	zdrow		po-prawa		bez popr.		zmarł		Razem	
A	B	A	B		A	B	A	B	A	B	A	B		A	B	A	B	A	B	A	B		
								1					1										
	2			4																			
			1																		1		1
2		4	1	9	1			2				1	4				1	1	1		1		4
			1	2													1				1		2
		1		1				3	1	1	5	3	13										
			1	1							1										1		1
			2	2									1				1		1		1		4
								2	5	2	1	1	12			1	2	1					4
1				2				1	1	2			4			1			1	1		3	
				1						1			1										
2		3		9				2		4	2		8					3	1		1		15
3	3	3	4	67		1	9	38	1	13	4	1	67	2	13	44	14	11	5	5		94	
1	1	1		9	1		5	2	3			1	12		9	4	4	2				19	
				1	1		1						2		2							2	
		3	1	11	2		9	5	1	1		1	19		3	2	2			2		9	
	1			4				1	1	1			3			4				1		5	
				4				1	3				4				1						1
										3	1	1	6					2		1		3	
2	2			5	1		1		1	2			5							1		7	
11	9	16	11	132	6	1	35	57	20	22	12	9	162		2	32	62	37	18	11	12	174	

T A B L I C A VII.

Liczba dni leczenia	1 9 2 0				Razem	1 9 2 1				Razem
	Mężcz.		Kobiet			Mężcz.		Kobiet		
	A	B	A	B		A	B	A	B	
Ogólna liczba dni przebytych przez chorych wypisa- nych	6547	6166	8355	10326	31394	10540	17033	13711	11782	53066
Największa liczba dni	935	575	768	768		886	1143	1162	573	
Średnia liczba dni	130,9	13404	1347	16928		1443	19138	1713	12668	
Najmniejsza liczba dni	7	1	1	1		3	1	1	1	

## Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedz. w dn. 11 i 18 listopada. 1921 r.  
(zakończenie)

Przewodniczył Natanson.

S. Goldflam i M. Koenigstein. Pokaz 3 chorych po operacji ropni zrazów skroniowych pochodzenia usznego (ciąg dalszy; patrz Kwart. T I Zesz. III str. 192).

Koenigstein podkreśla, że u chorych, pokazanych przez dr. Goldflama, operowano ropnie mózgu dopiero po wyeliminowaniu ognisk w wyrostku sutkowym, wzgl. uchu środkowym. K. omawia szczegółowo metody usuwania ropni mózgu, wzgl. zrazu skroniowego, gdy wiążą się z cierpieniem ucha. Następnie uzasadnia strony dodatnie operacji, stosowanej najchętniej przez otiatrów—nie drogą zzewnątrz przez łuskę kości skroniowej, lecz w kierunku, wytkniętym przez sprawę chorobową, od dołu ku górze, z wyrostka sutkowego i piramidy do mózgu, wzgl. do ropnia w zrazie skroniowym, by po usunięciu chorej tkanki kostnej i odsłonięciu opony twardej w środkowej jamie czaszkowej i po nakłuciu próbnym, ropień otworzyć.—W przypadkach przewlekłych należy wykonywać operację doszczętnie;—w ostrych oraz gdy idzie o zachowanie w całości narządu słuchu—zwykłe otwarcie jamy sutkowej (antrotomia). Nie należy używać dłuta, by uniknąć wstrząsu, względnie pęknięcia ropnia. Operacja doszczętna w pierwszym z 2-ch pokazanych przez dr. Goldflama przypadków potwierdziła rozpoznanie guza perlistego (cholesteatoma), ustalone uprzednio przez badanie złogów i ziarniny z jamy sutkowej i bębnekowej. Gdyby w przypadku tym nakłucie próbne nie dało ropy, zamierzano odsłonić mózdzek. Z przebiegu choroby po zabiegu (który K. szczegółowo



opisuje) zasługuje na uwagę natychmiastowe ustąpienie, względnie osłabienie, bólów po operacji i poprawa samopoczucia; po 4 tygodniach rana na mózgu się zagoiła. Stan obecny chorego jest zupełnie dobry. K. podkreśla wskazanie w przypadkach takich do wczesnej operacji, wzgl. nakłucia próbnego oraz trudności rozpoznawcze między ropniem a surowicz. zapaleniem mózgu. W 2-im przypadku wykonano tylko antrotomię, by zachować słuch (jedynie b. mały otwór środkowy w bębenu, przedziurawienie prawie suche), lecz przebieg pooperacyjny niezupełnie pomyślny—dwukrotne napady drgawek jednostronnych — każe myśleć o istnieniu ognisk ropnych, do których nie zdołano dotrzeć.

Następnie K. przedstawia 60-letniego zdrowego mężczyznę, którego przed 12 laty operował z powodu lewostronnego ropnia zrazu skroniowego pochodzenia usznego; jedyną pozostałością po ciężkim niegdyś cierpieniu mózgowym są dziś słabe objawy niemoty amnestycznej, które jednak nie przeszkadzają mu w pracy umysłowej.

W dyskusji L u b l i n e r przypomina o dwu szpitalnych przypadkach ropni mózgu, wyleczonych przez operację; po omówieniu niektórych szczegółów techniki operacyjnej, podkreśla, że i w drugim przypadku należało zrobić doszczętną operację. H i g i e r wskazuje trudności rozpoznawcze co do umiejscowienia ropnia, gdy nie ma objawów ogniskowych, a tworzą je takie zjawiska, jak sztywność karku, bezład, hemiataksja i inne, ale i tych nie można wszak uznać za bezwzględnie patognomiczne, nprz. dla cierpienia mózdzku. K a r b o w s k i podkreśla, że liczba ropni mózgu usznego pochodzenia wzrasta u nas.—By nie było tych powikłań, należy szczególną opieką otoczyć w szkołach dzieci i młodzież chorą na uszy. K. też spostrzegął objaw wczesnego znikania odruchu brzuszego i ze ścięgni Achill., co podkreślił dr. Goldflam. B r e g m a n szczegółowo omawia przyczyny złych wyników operacji ropni mózgowych; otiatrazawwyczaj zbyt późno radzi się neurologa. Drobne napozór objawy—jak nprz. różnica odruchów, nieznaczne zaburzenia mowy, za ledwie zaznaczony bezład jednej k. g. i w. in.—mogą ująć łatwo uwagi nie neurologa. Niekiedy nawet otiatrazawwyczaj o zupełnie pomyślnym już stanie ucha chorego, a ropień mózgu się jednak tworzy i znaczy ślad w postaci drobnych z początku zmian nerwowych. Różnicy w odruchach może i nie być, jak również i zmian na dnie oka, chociaż należy zawsze sztucznie źrenice rozszerzyć, by dobrze tarce rozpatrzeć. Zwracać uwagę trzeba też na stan psychiczny chorego. G l i k s m a n wymienia najlepsze sposoby drenowania po operacji ropni mózgowych, wskazuje wady drenów szklanych, gumowych (odleżyny mózgu), pasków gazy; zaleca dreny parafinowe—paski lub grube nici jedwabne, zmoczone w płynnej parafinie. K r a u z e jest też stronnikiem wczesnej operacji, lecz nie należy zaniedbać trepanacji próbnej, która jest wszak b. małym urazem dla chorego. G o l d f l a m w odpowiedzi zaznacza, że i ropnie mózdzku

wywołują objawy ogniskowe; podkreśla raz jeszcze znaczenie jednostronnej zastoiny na tarczy nerw. wzrok. Różnica w odruchach jest objawem wtórnym, wywołanym przez wpływ pośredni na drogi piramidowe ucisku z miejsca odległego; należy dla celów rozpoznawczych badać i płyn mózgo-rdź. Koenigstein w odpowiedzi tłumaczy, że w drugim przypadku guza perlistego nie wykryto, a że narząd słuchu był niemal całkowicie zachowany, to wykonano tylko antrotomję. K. jest przeciwny próbnym trepanacjom, o ile idzie o ropieść usznego pochodzenia i podkreśla słuszność uwagi Gliksmana o potrzebie najważniejszej, o należytem traktowaniu chorych po operacjach mózgowych; Neumann drenuje gazą jodoformową, nasyconą perhydrolem.

### M. Bornsztajn. Przypadek psychozy wieku podeszłego.

A. T. lat 63, zapisany na oddział w IX 21 r., chorować zaczął przed 2 laty, powoli, stopniowo, bez żadnego napadu mózgowego. Zrazu wystąpiły zaburzenia pamięci: nprz. zapomniał słowa modlitwy codziennej. Stopniowo zobojętniał na wszystko, na pracę swoją (uczył dzieci talmudu), brał jednego członka rodziny za drugiego. W  $\frac{1}{2}$  roku zaczęły występować wyraźne zaburzenia w mowie, odtąd coraz mniej zrozumiałej i skąpej; jednocześnie wzrastały objawy psychiczne: siedział apatycznie—niczem się nie interesował, często się zanieczyszczał. W tym stanie przywieziono go do szpitala. Nigdy nie przechodził żadnej psychozy (w rodzinie też nikt psychicznie nie chorował); zawsze był spokojnym, zrównoważonym; nie nadużywał ani tytoniu, ani alkoholu; lues—. Przed 4 laty, z powodu urazu, stracił lewe oko, (zwichnięcie ciała szklistego do przedniej komory i *glaucoma secundarium*), a wkrótce potem doznał urazu w oko prawe, na którym wystąpiła zaćma urazowa, tak że wogóle nic prawie nie widzi.

*St. ob.* Na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia mowy, to też badanie psychiki chorego jest prawie zupełnie niemożliwe, a wnioski o jej stanie opierać się muszą z konieczności na obserwacji zachowania się chorego. Otóż w ciągu 2-miesięcznej bytności w szpitalu nie reaguje w sposób dorównany na internowanie, godzinami leży bez słowa, to znów długo jęczy i płacze bez widomego powodu, nie reaguje odpowiednio na wizyty córki, często się zanieczyszcza i t. d. Na zaburzenia mowy składają się następujące elementy: 1) echa lalia, 2) persewercja—po kilkakroć powtarza wyraz lub kilka zgłosek końcowych jednego wyrazu, 3) parafazja, 4) afazja amnestyczna, wreszcie 5) niemota czuciowa; ten ostatni objaw jest niestały, zmienny: często zdarza się, że chory nie rozumie polecenia, które przed chwilą zrozumiał i wykonał dokładnie. Pierwsze trzy składowe części zaburzenia mowy występują stale i wyraźnie, afazja amnestyczna mniej wyraźnie, zaś najmniej wydatnie niemota czuciowa. Na sku-

tek perseweracji i parafazji mowa najczęściej przedstawia się, jak niezrozumiała paplanina, skarbiec mowy zdaje się być bardzo ubogim. Poza zaburzeniem mowy stwierdza się wyraźną agrafię: przed chorobą pisał po rosyjsku i podobno nawet po polsku, dziś nie umie napisać swego imienia i nazwiska i pisze coś w rodzaju A, chcąc się podpisać. Apraksji, asymbolji ani t. zw. ślepoty apercepcyjnej nie stwierdza się.

Badanie układu nerwowego wykazuje pozatem brak odczynu źrenicznego na światło po stronie prawej (lewe oko jest zniszczone) oraz wzmoczenie lewego odruchu kolanowego. Postać nieco przygarbiona, chodzi małymi kroczkami (*démarche à petits pas*). Badanie krwi oraz płynu mózgo-rdzeni. nie wykryło zmian.

Mamy więc przypadek organicznej sprawy mózgowej z objawami otępienia intelektualnego i afektywnego oraz z objawami opuszkowymi, dotyczącymi przedewszystkiem mowy, — sprawy, które rozwijać się zaczęły w wieku podeszłym powoli, stopniowo, bez uprzedniego ataku apoplektycznego. Jest to jeden z tych rzadko spotykanych, a rzadziej może jeszcze rozpoznawanych, przypadków psychozy wieku podeszłego, na które przed laty 20-u z górą zwrócił uwagę A. Pick z Pragi, a w 5 lat później Alzheimer. Te ostatnie przypadki, z których pierwszy opisany był przez Alzheimera, są otępieniem starczym z innym, niż w zwykłym otępieniu starczym, umiejscowieniem. Okazało się mianowicie, że, kiedy w zwykłym otępieniu starczym, głównie dotknięte są przez zmiany starcze (t. zw. blaszki starcze, zmiany w komórkach i włóknach i t. d.) płaty czołowe, a mniej ciemieniowe, skroniowe i potyliczne, to tutaj, w przypadkach t. zw. choroby Alzheimera, stosunek zmian przedstawia się odwrotnie: największe napotyka się w zmianach potylicznych, następnie idą ciemieniowe i skroniowe, a dopiero później zrazy czołowe. Pick swe przypadki nazwał ograniczonym starczym zanikiem mózgu (*circumscribed senile Hirnatrophie*), a ze względu na główne umiejscowienie zaniku w lewym płacie skroniowym nazwał ten zespół kliniczny: zespołem lewego płata skroniowego.

Kliniczne obrazy w przypadkach Alzheimera i Picka bywają do siebie bardzo zbliżone: i tu i tam występują właśnie, jak w naszym przypadku, zespoły ogniskowe, dotyczące mowy, apraksyjne, symboliczne lub wzrokowe na tle ogólnego otępienia. Anatomicznie mogą się one różnić od siebie, — w przypadkach Alzheimerowskich stwierdzone zostały zmiany starcze, w przypadkach Pick'owskich znajdowano zmiany inne, arteriosklerotyczne lub zanikowe bez specyficznych zmian starczych. Takie dwa przypadki, klinicznie do siebie bardzo podobne, B. opisał przed 2 laty: w jednym były objawy czysto zanikowe i po części miażdżycowe, w drugim typowe starcze. W przypadku kol. Wizła (Sekcja neurol.-psych, 1920 r.) klinicznie była typowa



choroba Alzheimera, a badanie anatomiczne wykazało zmiany tylko arteriosklerotyczne.

Wydaje się jednak, że w danym przypadku mamy do czynienia raczej z cierpieniem Picka ze względu na wyraźną lokalizację w lewym płacie skroniowym i brak objawów apraksji, asymbolji i ślepoty apercepcyjnej, tak często dotąd napotykanych w przypadkach alzheimerowskich.

W dyskusji Wizel zaznacza, że według wszelkiego prawdopodobieństwa chory pokazany ma psychozę miażdżycową. Psychozami przedstarzczeni należy nazywać te tylko przypadki, które występują wyłącznie w wieku przedstarczym i posiadają zupełnie swoisty obraz kliniczny, — wszystkie inne cierpienia, które tylko wypadkowo występują niekiedy w wieku przedstarczym, nie są bynajmniej psychozami przedstarzczeni. Tak np. w wieku przedstarczym pojawia się niekiedy psychoza typowo starcza (np. choroba Alzheimera), a jednak psychozy tej za przedstarczą nie uważamy. Również otępienie miażdżycowe może niekiedy pojawić się przedwcześnie, t. j. w okresie przedstarczym, nie będzie to jednak psychoza przedstarcza. Z drugiej znów strony psychozy wieku młodego (manjakałno-depresyjna i schizofrenja) występują niekiedy po raz pierwszy w wieku przedstarczym, ale nie będą to psychozy przedstarcze, lecz tylko psychozy wieku młodego, które wypadkowo pojawiły się w wieku przedstarczym. A zatem nie wszystko, co występuje w wieku przedstarczym, na miano psychozy przedstarczej zasługuje.

Higier sądzi, że w klasyfikacji chorób umysłowych grupa cierpień przedstarczych jest zbyt liczna, gdyż wiek chorego jako taki nie może być momentem różniczkowym; niektóre objawy przedmiotowe, np. jak w danym wypadku, można łatwo włączyć i do obrazu klinicznego innych zaburzeń psychicznych wieku podeszłego. Goldflam podkreśla, że o stanie umysłowym chorych na niemotę amnestyczną niekiedy istotnie trudno bardzo wydać sąd prawidłowy, nie należy tu zapominać też o zaburzeniach mózgowych na tle przymiotu, a braku odczynu źrenicy w danym wypadku nie można bynajmniej tłumaczyć zaćmą. Bornsztajn w odpowiedzi wyłącza na podstawie wywiadu, wyniku badania klinicznego oraz krwi i płynu mózgo-rdzeniowego podłoże kiłowe. Następnie omawia szczegółowo ustalone już dzisiaj histologiczne zmiany mózgowe, które pozwalają odróżnić otępienie starcze od psychozy miażdżycowej, a tę od przedstarczej Alzheimera i Picka. U pokazanego chorego B. widzi najwięcej cech postaci psychozy, opisanej przez Picka.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 9 grudnia 1921 r.**

Przewodniczył R o t s t a d t:

Sterling Wcl. **Przypadek grzybicy guzowatej.**

Sterling, omawiając leczenie tej choroby, wskazuje, że pro-

mienie R. wywołują istotnie znaczną poprawę, lecz bardzo krótko trwająca.

W dyskusji Grynkr aut podkreśla, że pod wpływem odpowiednich dawek prom. R. elementy, charakterystyczne dla grzybic guzowatej, już na drugi dzień znikają.

### Luxenburg. Przypadek ostrej białaczki.

20-letni wieśniak, po ciężkim wysiłku fizycznym, poczuł się słabym, dostał dreszczów i gorączki. Gdy przybył po dwóch tygodniach choroby w stanie ciężkim na oddział, miał  $t^0$  —  $38^{\circ}$ . Stan obecny: wybitna bladłość powiek i śluzówek; nieliczne wybroczyny krwawe na lewym przedramieniu; dziąsła obrzmiałe, łatwo krwawiące. Skarżki na bolesność stawów, mostka, żeber oraz ruchów głowy. Zaledwie namacalne powiększenie gruczołów chłonnych, większe prawostronnych. Nieznaczne wygładzenie prawej fałdy nosowowargowej i pewne opuszczenie prawego kąta ust. Oczopląs w stopniu słabym. Nieznaczne wypuklenie gałek ocznych. Odruchy źrenic zachowane. Na dnie oczu wylewy krwawe, białe smugi i plamy. Język obłożony, suchy. Słuch nieco osłabiony. Płuca bez zmian. Tętno serca głucho; tętno 120, dwubitne. Wątroba na 2 palce poniżej łuku, nie twarda; śledziona również powiększona, okrągła. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane. Mocz — bez białka i cukru. W kale—*Ascar. lumbric.* i *Trichoceph. disp.* Krew: Hb 55, erytroc. 2,120,000, dobrze zabarwionych, nieco jądrzastych; leukoc: 340,000, na które składa się w odsetkach neutrofilów wielojądrowych—7, limfoblastów 12, komórek dużych, o jądrze dużym okrągłym lub jednostronnie półwkłęsłym, bardzo często o czerwono zabarwionej (Pappenheim) ziarnistości zarodki — 88, eozyn. 3.

Mamy więc ostrą gorączkową postać choroby, ze zmianami zapalno-krwotocznymi na dnie oczu, z bolesnością kości, powiększoną śledzioną i białaczkowym, a zarazem anemicznym, obrazem morfologicznym krwi. Zespół, podany wyżej, wskazuje więc, że mamy do czynienia z ostrą postacią białaczki — o patogenezie, jak to bywa zwykle, naogół ciemnej,—która rozwinęła się albo samoistnie, albo też w związku z inną jaką chorobą zakaźną. Ta ostatnia możliwość zachodzi i w danym wypadku, gdyż otrzymano raz odczyn aglutynacyjny Widala w stosunku 1:200. Posiewy krwi na 6 rodzajach pożywek oraz szczepienie krwi pod mięsień pierśiowy kurze dały wyniki ujemne. Objawy ze strony nerwów czaszkowych należy wiązać z przypuszczalnymi wylewami krwawymi w ich obrębie. Rozpoznanie w danym wypadku limfadenozy czy też myeleozy nastęrcza trudności—przebieg kliniczny obu tych postaci białaczki często mało się różni, a morfologiczne różnice ciałek krwi pochodzenia chłonnego i szpikowego nie zawsze ustalić się daje. Za szpikowem pochodzeniem większości ciałek jednojądrowych w przypadku L. przemawia drobna czerwona ziarnistość ich w przeciwieństwie do azurowej (niebieskiej) ziarnistości limfocytów. Pró-

by na fermenty proteolityczne w ziarnistości (tworzenie się dołka na agarze od kropli krwi) oraz na zjawisko indofenylny syntezy (zniebieszczenie ziarnistości pod działaniem mieszaniny *dimetylamidofenylendiaminu* z zasadowym roztworem *alfa-naftolu* i t. d. często nie wystarczają. Jedynie badanie pośmiertne ostatecznie rozstrzyga wątpliwość.

Pomimo bardzo ciężkiego stanu chorego i złego rokowania L. zamierza natychmiast rozpocząć stosowanie prom. R., jako jedyną dotąd metodę leczniczą, dającą nadzieję na pewną poprawę.

W dyskusji Klejn skłonny jest uznać jednojądrowe komórki w okazanych przez L. preparatach krwi za limfocyty, opierając się na budowie chromatyny jąder, mającej wygląd zbity, ścisły. Przemawia jeszcze za tem mała liczba dość dużych a białych jąder w komórkach.

K. sądzi, że wobec pewnego stopnia wytrzeszczu oczu i osłabienia słuchu możnaby w danym przypadku myśleć i o chloromacie. K. omawia różnice kliniczne między poszczególnymi typami chloromatu a białaczką.

Odmienny typ obrazu klinicznego tworzą chloromaty u podstawy czaszki w obrębie nerwów czaszkowych, — tu niekiedy bywa wypuklenie gałki ocznej i niedowład nerwów czaszkowych — a inny, gdy cierpieniu ulegają narządy krwiotwórcze lub skóra. Przebieg kliniczny chloromatu jest b. ciężki, a zmiany na okostnej przemawiają przeważnie za chloromatem.

Rozróżnianie dwu odmian chloromatu ma duże znaczenie teoretyczne. Dawniej znano tylko jedną odmianę — limfocytową, która dawała odczyn z gwajakiem. Od czasu, gdy K. wykrył obecność chloromatu myeloblastycznego, nie widziano ani razu chloromatu limfocytowego, tak że niektórzy wątpią nawet, czy taki istnieje. Jest przeto ciekawą rzeczą zbadać w przypadkach chloromatu limfocytowego, czy tworzy chloromaty dają odczyn na gwajak. Właściwie nie powinny dawać, gdyż gwajak jest odczynnikiem na twory szpikowe.

L. w odpowiedzi przyznaje, że niema podstawy do zupełnego wyłączenia rozpoznania chloromatu, co jednak *in vivo* nastęrcza zawsze niezwykle trudności; znaczna liczba opublikowanych przypadków chloromatu była pochodzenia szpikowego.

**S z p i l m a n - N e u d i n g o w a: Przypadek nagminnego zapalenia mózgowia (śpiączki) z niezwyklejmi objawami w dziedzinie nerwów czaszkowych (Z oddziału dra Bregmana).**

A. Z. lat 42, żonaty, przybył dn. 5/VI 21 r. Choruje 1<sup>1/2</sup> roku. W pierwszym okresie choroby: dreszcze, bóle w tylnej części głowy i karku, bezsenność, utrata przytomności; potem senność w ciągu dnia, podczas jedzenia, ruchy płasawicze, omamy zmysłowe. Widział źle zdaleka. T<sup>0</sup> nie mierzył. Dwa miesiące leżał



w domu, następnie w szpitalu w Białymstoku, gdzie znacznie się poprawił, lecz podczas rozmowy doznawał wciąż jeszcze bólów głowy. Chodził wówczas normalnie. W styczniu 1921 r. ruchy płasawicze ustały. Ostatnio pogorszenie, zaczął chodzić, jak „pijany“. Żuł z trudnością, pokarmy pozostawały mu między policzkiem a zębami, musiał przesuwać je palcem; tykał normalnie. Spiewać nie mógł, bo coś mu w gardle „stukalo“, Sypiał po 3—5 godz., to też był stale niewyspany. Pamięć osłabła. Dawniej był zupełnie zdrów. Wass. —

Skarży się na uczucie palenia w oczach, tylnej części głowy i „kręcenia“ w pr. k. d. i obu k. g.— Niekiedy wydaje mu się, że ma głowę z „żelaza lub ze szkła.“ Sypia mało w nocy, 3—5 godz.

W spokoju widać drganie kloniczne w lewym policzku, kurcze mięśni warg, przyczem dolna kurczy się ku dołowi i w lewo; kurcze słabsze w podbródku. Niestate i lżejsze drgania w policzku prawym; pokazywanie zębów zmniejsza je, a emocja zwiększa. Przy ruchach gałek ocznych opada i podnosi się lewa brew z nieznacznym udziałem w tem i górnej powieki. Gdy chory otwiera usta, widać drganie na powierzchni szyi, szczególnie z lewej strony; gdzieindziej drgań tych niema. Otwiera i zamyka usta o sile małej. Żucie utrudnione. Język nie drga; natomiast w gardzieli widać unoszenie się miękkiego podniebienia oraz łuków, przeważnie z lewej strony, przyczem języczek, kurcząc się kutyłowi, marszczy się i układa w fałdy.

Kurcze tu występują o niejednakowej porze i o zmiennej amplitudzie; są niezależne od rytmu oddechu, przyczem nasada języka również się porusza, jakby ściąga. Podczas oddychania widać, jak podniebienie miękkie i łuki mocno unoszą się, języczek zaś bardzo się kurczy. Lewy łuk tylny zwisa nieco niżej, niż prawy. Chory — podaje, że w spokoju, gdy leży, czuje tam „stukanie“ w ustach, ale go nie słyszy. Siła kkg. d.—duża. Wzmoczenia napięcia mięśni k. k. g., bezładu — niema. Pracy delikatnej, jak szycie, liczenie pieniędzy, składanie małego kawałka papieru i t. p. wykonać nie może, natomiast rzeczy ciężkie w dłoni utrzymać może.

Źrenice równe, odczyn na światło leniwy; pole widzenia bardzo ograniczone, lekka *presbyopia*. Siła wzroku od 4/VIII 21 do 30/II znacznie się poprawiła; w prawem oku było 5/15, obecnie nieco mniej niż 5/6, w lewem pozostało 5/10.

Tarcze blade, mało unaczynione, ostro odgraniczone — jako objaw zaniku nerwów wzrokowych — rzecz bardzo rzadka w nagminn. zapaleniu mózgowia. Neud. przypomina, że dr. Bregman w roku ubiegłym pokazywał przypadek *Enceph. leth.*, lecz z zanikiem jednostronnym nerwu wzrokowego. Odruchy, uczucie zachowane. — W leczeniu stosowano strychninę podskórnie, natr. kakodyl. dożylnie, wyjaławione mleko do mięśniowo i terapię fizykalną.

W dyskusji Bregman podkreśla, że w danym wypadku mamy postać choroby odmienną od zwykłego typu t. zw. parkinsonizmu. Jest to t. zw. „*type facial*“ autorów francuskich. Drgania podniebienia prawdopodobnie odnoszą się również do jądra

twarzowego, które, jak wiadomo, bierze udział w unerwieniu podniebienia. Drgania takie podniebienia B. spostrzegał w różnych sprawach mózgowych, ostatnio w przypadku zapalenia nieropnego mostu Varola i rdzenia przedłużonego. W przypadku tym drgania były częstsze, bardziej energiczne i rytmiczne; tu pobudzone były same jądra odnośnych nerwów. Gdzie w przypadku demonstrowanym tkwi przyczyna pobudzenia trudno orzec; być może i tu tak, jak w innych postaciach ruchów mimowolnych w nagminnem zapaleniu mózgu, w dużych jądrach szarych, gdzie również przypuszczać należy pewną lokalizację dla oddzielnych części układu mięśniowego.

Co się tyczy zaniku nerwów wzrokowych, to jest ona również, jak w przypadku dawniej przez B. opisanym, niewątpliwie następstwem zapalenia mózgu; chory przedtem widział dobrze, a i sam zwrócił uwagę na istniejące zweżenie pola widzenia.

Flatau zaznacza, że w piśmiennictwie jest już szereg spostrzeżeń nagm. zapalenia mózgowia ze zmianami w nerwach wzrokowych. Aczkolwiek w danym wypadku niema syndromu Park., lecz widać niewątpliwie niedokładność w wykonywaniu ruchów. Następnie Fl. omawia poszczególne zespoły kliniczne w przebiegu *Enceph. letharg.*, wskazuje podłoże anatomo-patologiczne ich w *corp. striatum, glob. pallid.* i n. in. i podkreśla znaczenie badań histologicznych nad *Enceph. letharg.* dla należytego w dobie obecnej zrozumienia patogenetyki takich cierpień, jak *paralysis agitans*, spazm torsyjny i n. in. Szwarzc podkreśla, że istotnie zanik nerwów wzrokowych, jak dotąd, spostrzegano w *Encephalitis letharg.* rzadko; Szw. sam nie widział tego objawu, natomiast spostrzegał zaburzenia czynnościowe w dziedzinie nn. okoruchowych.

Goldflam sądzi, że objawy hyperkinetyczne, wzgl. myokloniczne, w twarzy, na szyi nie były wogóle tak rzadkiem zjawiskiem w *Encephal. letharg.* Chory pokazany ma niewątpliwie w całej swej postawie szereg objawów wzmoczonego napięcia mięśniowego, zbyt sztywno się trzyma. Zajęcia podniebienia miękkiego w *Enceph. letharg.* G. nie widział, prawdopodobnie i zaburzenie n. błędnego w grę tu wchodzi. Zajęcia nn. wzrokowych G. nie widział, tymbarziej zastanawia, że zaburzenie jest tu zwyczajnym zanikiem.

Lubelski. 1) Przypadek skrętu esicy, operowany metoda specjalną. 2) Przypadek skrętu jelita biodrowego oraz jelita czczego u tego samego chorego.

I. N. N. lat 65, przed 3 lata operowany w szpitalu Św. Duchy z powodu skrętu esicy. Po trzech latach nawrót skrętu, a przed sześciu tygodniami był przez L. operowany z tego powodu metoda specjalną. W większości przypadków skrętu esicy przy otwarciu jamy brzucha znajdujemy mega-makro-sigma; po odkręceniu pętli widzimy dużą i grubą esicę z nienormalnie dużą krezką. Długa oś jej idzie pionowo od podstawy krezki do góry, a podstawa krezki jest bardzo krótka z tego powodu, że w tem miejscu, wskutek przebytych



zapaleń, doprowadzający i odprowadzający końce esicy zbliżają się bardzo do siebie. Zmiany te w krezce sprzyjają właśnie tworzeniu się skrętu esicy, pętla jej zakręca się wokół długiej osi pionowej krezki. Aby uniemożliwić nawrót skrętu, trzeba przywrócić normalne stosunki anatomiczne: skrócić oś pionową krezki, wydłużyć podstawę krezki, skrócić nienormalnie długą pętlę esicy. Operacja wtedy będzie się składała z trzech momentów: a) wydłużenia (elongatio) podstawy krezki, b) skrócenia krezki (abbreviatio meso-sigmae), c) fałdowania esicy (sigmoplicatio). Aby wydłużyć podstawę krezki, nacinamy otrzewnę wzdłuż osi pionowej, przechodząc nieco na ścianę tylną-boczną brzucha; cięcie prowadzimy do tkanki podotrzewnowej, starając się nie zranić naczyń. Cięcie podłużne krezki zaszywamy poprzecznie. Z drugiej strony krezki robimy takie same cięcie przy odprowadzającym końcu esicy i też zeszywamy je poprzecznie; zabieg ten jednocześnie skraca oś pionową krezki. Aby jeszcze więcej skrócić krezkę, dodajemy parę szwów ciągłych, biegnących wzdłuż krezki od jej podstawy do miejsca przyczepu do jelita. Dla skrócenia pętli esicy fałdujemy ją w ten sposób, że z każdej strony nakładamy na jelito tuż przy miejscu przyczepu do niego krezki, w trzech miejscach, mianowicie: w końcu dośrodkowym, odśrodkowym i samym środku esicy, szwy ciągłe z jedwabiu; między szwami zostawiamy przestrzeń wolną, aby umożliwić ruch robaczkowy jelita.

Sposobem, wyżej opisanym, był właśnie operowany przed 6-iu tygodniami obecny tu chory.

Operacji dokonano w znieczuleniu miejscowym (nowokaina+adrenalina) cięciem po linii środkowej. Przy operacji wyłoniła się z jamy brzucha pętla esicy bardzo duża, grubości uda młodego chłopca. Po wprowadzeniu zgłębnika Hegar'a i opróżnieniu kiszek z gazów, koniec zgłębnika udało się ze strony jamy brzucha przez ścianę jelita wymacać i wyciągnąć do wzdętej esicy. Wyżej opisaną operację udało się łatwo wykonać. Przebieg pooperacyjny był gładki, bezgorączkowy. Zagojenie przez rychłozrost nastąpiło po 10 dniach.

II. Przypadek dotyczy chorego lat 31, który od 10 dni skarżył się na ból brzucha. Pierwszego dnia wymiotował; gorączki, wypróżnień i wiatrów nie miał. Przed dwoma laty krwotok płucny. Obecnie zmiany gruźlicze w płucach. Brzuch wzdęty, mało bolesny; w brzuchu nic patologicznego się nie wymacuje. Operacja w uśpieniu chloroformem. Stwierdzono liczne guzeczki gruźlicze na kiszkiach i zrost sieci z przednią ścianą prostnicy. Po przecięciu zrostu, wydobyto z pod niego wzdętą pętlę kiszki biodrowej, skręconej wokół osi o  $180^{\circ}$ . Następnie okazało się, że drugi zrost prowadzi od krezki jelita czczego do poprzedniego miejsca zrostu na przedniej powierzchni prostnicy. Po przecięciu i tego zrostu wypięta się duża liczba wzdętych pętel jelita czczego, skręconego o  $360^{\circ}$  wokół krezki. Po odkręceniu pętel kiszek, jamę brzucha zaszyto na głucho. Przebieg bez powikłań; po 10 dniach — wyzdrowienie.



W dyskusji Sołowiejczyk zaznacza, że fałdowanie *s. romanum* (*coloplicatio*) oraz przecięcie bliznowatej krezki wzdłuż z zeszyciem poprzecznym teje jest zabiegiem niedostatecznym i niecelowym. Albowiem 1) szwy na kiszce wskutek jej ruchu robaczkowego dość prędko ulegają rozciągnięciu, 2) plastyczne zeszywanie krezki jest szkodliwe, ponieważ bliznowata tkanka kiszki jest bardzo słabo unaczyniona, to też przecięcie jej może wywołać zgorzel kiszki. Natura sama stara się skrócić krezkę wywołując utworzenie się blizny. Zupelne wyleczenie skręcenia *s. romanum* osiąga się tylko przy pomocy *coloperis*, a o zabiegu tym S. mówił już na zebraniu naukowem w szpitalu przed 12 laty. Dotąd operował w ten sposób około 140 chorych ze skręceniem *s. romanum*, jak również przy znacznem wypadnięciu odbytnicy (*prolapsus recti*).

A sam sposób operowania jest następujący: cięcie skośne w lewem podbrzuszu, następnie trzema, czterema szwami fałduje się krezkę na powierzchni wewnętrznej i taką samą liczbą na zewnętrznej, w ten sposób skraca się krezkę, a *s. romanum* przymocowuje się do dołu biodrowego (*fossa iliaca*). 10—15 szwami, przeprowadzonymi wpoprzek kiszki, przyszywa się do rany otrzewnej, w odstępach 5 cm. na kiszce i 1 cm. — na ranie otrzewnej. Ranę nad otrzewną zaszywa się dwu warstwami mięśni. Nawroty S. widział tylko w trzech przypadkach. Goldstein omawia niektóre szczegóły techniki operacyjnej, którą stosował w swoich trzech przypadkach zawężenia kiszek. Klejn zastanawia się nad sposobami rozpoznania zawężenia jelit. Abramowicz mówi o przepowiadni w zależności od podłoża cierpienia. W odpowiedzi Lubelski i broni swego sposobu operowania; blizny i zrosty u podstawy krezki przy *meca-macro-sigma* nie tylko nie pomagają naturze do zwalczenia choroby, jak sądzi kol. Sołowiejczyk, lecz przeciwnie są przyczyną tworzenia się skrętu. Zrosty te, blizny, tak częste po sprawach zapalnych w jamie brzusznej, wywołują właśnie zwężenie kiszek, ich zawężenie i t. d., a więc muszą być przez chirurga usunięte. Trzeba przeciąć blizny i zrosty u podstawy esicy, a zbliżone końce esicy (dośrodkowy i odśrodkowy) od siebie oddalić. usuwając w ten sposób przyczynę powstawania skrętów — dlatego też L. nie zgadza się z poglądem kol. Sołowiejczyka, że końce esicy trzeba jeszcze bardziej zbliżyć do siebie.

### Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 30 grudnia 1921 r.

Przewodniczył W cł. Sterling.

Zylberlast-Zandowa—1) Niezwykłe powikłanie w przebiegu drętwnicy karku; 2) Pokaz przypadku ropogłowia *pyocephalus*.

I. W. P. lat 33, zachorowała w końcu października r. b. Pierwsze objawy: bóle głowy, dreszcze gorączka, Gdy przywieziono ją do szpitala, po 2 tygodniach choroby, skarżyła się jeszcze na silne

bóle w plecach; ciepłota ciała była 37<sup>o</sup>. Lecz już wieczorem straciła przytomność, oddychała z trudem, chrapliwie. Stwierdzono wówczas wybitną sztywność karku, objaw Kerniga, objaw karkowo mydriatyczny Flataua, rowek podrzepkowy. Odr. kol. prawy był zachowany, lewy zniesiony. Odr. Achillesa zachowane. Nakłucie łądźwiowe dało płyn zlekką zielonkawy, przezroczysty, o 500 wielojądrazstych biał. ciała. w 1 cm.<sup>3</sup>; ciśnienie wybitnie małe—otrzymano zaledwie 4 ctm<sup>3</sup>. Zaparcie stolca i moczu. Po nakłuciu łądźwiowym stan nieco poprawił się, przytomność częściowo powróciła. Źrenice nadal były bardzo szerokie, na światło nie oddziaływały. Na trzeci dzień znów wypuszczono płyn mózg.-rdzen., wygląd płynu — jak poprzednio. Z początku wypływał dobrze, a po wypuszczeniu 10 ctm<sup>3</sup> więcej otrzymać nie było można. Zastrzyknięto do kanału 20.0 surowicy przeciwmeningokokowej. Następnego dnia nakłucie łądźwiowe dało już tylko 3cmt<sup>3</sup> gęstego płynu ropnego. Zejście śmiertelne.

Rozpoznanie u tej chorej ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nie wtórnego (nie było sprawy usznej ani innej zapalnej), lecz nagminnego (było to w okresie lekkiej epidemii drętwy karku) okazało się słusznem. — Małe ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego nasuwało myśl o niedrożności kanału kręgowego. By się o tem przekonać, zastrzyknięto do kanału kręgowego błękit metylowy; okazało się, że istotnie opony miękkie i powierzchnia rdzenia zabarwiły się tylko w części łądźwiowo-grzbietowej, wyżej już barwnik nie przenikał. Badanie drobnowidowe na poziomie górnych odcinków grzbietowych wykazało, w miejscu przerwy zabarwienia, nastąpiło zupełne zrośnięcie opon miękkich z twardówką. W mózgu wykryto znaczne wodogłowie wewnętrzne i torbiel (po stronie lewej 1/2-kuli mózdkowej) z płynem ropnym. Przypadek ten wskazuje, że 1) w przebiegu drętwy karku zrosty oponowe z łatwością się tworzą; 2) że w worku oponowym, oddzielnym od spłotów naczyniastych komór bocznych i IV-ej, może się gromadzić płyn mózgowo-rdzen. (10 ctm<sup>3</sup> w naszym przypadku w ciągu 48 godz.); 3) że wreszcie w przypadkach drętwy karku, nieracjonalnie od początku leczonych surowicą swoistą, mogło, jak w danym razie, rozwinąć się powikłanie ciężkie w postaci zrostów oponowych. Z. wśród swych 500 przypadków *Mening. epidem.*, leczonych racjonalnie od początku zachorzenia surowicą, powikłań takich nie spostrzegą.

Natomiast względnie często u dorosłych zrosty się tworzą w obrębie ogona końskiego, a u osesków na poziomie otworu Magendiego.

II. W spostrzeżeniu drugim, u 7 tygodniowego dziecka, cierpienie rozpoczęło się przed 5 tygodniami od podniesienia ciepłoty, wymiotów, tyłozgięcia główki. St. obecny w szpitalu: niezwykle wychudnięcie; tyłozgięcie główki tak znaczne, że prawie dotyka potylicą pleców. Przytomność, wzrok, słuch, odruchy, źrenice, ruchy k. k. g. i k. k. d. normalne. Płyn mózgowo-rdzen. żółty, przezroczysty, 200 komór. w 1 ctm.,



przeważnie limfocytów. Po 2 tygodniach leczenia surowica przeciwmeningokokową płyn mózgowo-rdzeniowy stał się normalnym, lecz tyżożgęcie główki trwało. Nakłucie dokomorowe wykryło w komorze prawostronnej płyn ropny, pod znacznem ciśnieniem. Po dwukrotnem wprowadzeniu surowicy do komory—objawy anafilaksji, zaczęto więc stosować szczepionkę swoistą pod skórę; wywołano też wrzód sztuczny. Nakłucie dokomorowe, wykonane po pewnej przerwie, wykryło ropę tak gęstą, że trzeba było komory przepłukać roztworem sublimatu (1:10000). Dziecko zabieg ten zniosło dobrze; następne przepłukanie wykonano roztworem 1:5000. Po czterokrotnem przepłukaniu komór płyn zaczął się oczyszczać, a po 3-ich miesiącach pobytu w szpitalu dziecko wypisano w zupełnie dobrym stanie zdrowia. Tak więc 1) zupełne wyleczenie opon rdzeniowych może iść w parze z ropnem zapaleniem wyściółki komór mózgowych; 2) leczenie u osesków, ze względu na możliwe przerwy w komunikacji między komorami a kanałem kręgowym, powinno być prowadzone równoległe od strony komór i kanału kręgowego; 3) wprowadzenie sublimatu do komór (poraz pierwszy przez Z. wykonane) wskazało, że tkanka nerwowa zabieg ten znosi; dziecko wyzdrowiało.

W dyskusji Rotstadt co do drugiego przypadku zaznacza, że aczkolwiek w danym momencie stan zdrowia dziecka jest pomyślny, nie można jednak wyłączyć w rozwoju dalszym, możliwości tworzenia się wodogłowia wewnętrznego, jeżeli tylko istotnie komunikacja między komorami a kanałem kręgowym jest przerwana. W warunkach takich i u dorosłych R. spostrzegają powrót płynu mózgo-rdzen. do stanu normalnego, a zejście było śmiertelne z powodu wzrastającego wodogłowia wewnętrznego jedno lub dwustronnego. Przepowiednia więc co do zupełnego wyzdrowienia pozostaje pod znakiem zapytania.

Bregman uważa, że pomimo pomyślnego wyniku otrzymanego w przedstawionym przypadku, nie należy sprawy uogólniać. Leczenie surowicą drogą nakłucia lędźwiowego daje w przeważającej większości przypadków dobre wyniki, zwł. gdy zostaje podjęte na samym początku choroby. Zastrzykiwanie do komór jest wtedy zbyt czyste. Jest to zabieg o wiele poważniejszy od nakłucia lędźwiowego, stosować go należy—o ile zastrzykiwania do kanału kręgowego pozostają bezskuteczne. Najbardziej nadają się do leczenia „mózgowego“ te przypadki, w których sprawa ogranicza się do komór i w nich się otorbiela.

Przypadki te, jak wykazały badania autorów francuzkich, klinicznie nie dają się wyodrębnić. Zaznaczyć jeszcze należy, że nakłucie komór u osesków jest zabiegiem łatwym, gdy komory boczne są rozszerzone; gdy zaś niema rozszerzenia, to płynu się nie otrzymuje. Abramowicz wskazuje, że u dzieci budowa kanału kręgowego sprzyjać może tworzeniu się zrostów i przy mniej rozległych sprawach zapalnych i jednocześnie na rozmaitej wysokości kręgośtupa. Co do 2-go przypadku, to A. zaleca ostrożność przy stosowaniu



preparatów rtęci—sól bowiem, znajdująca się w płynie mzg-rdz., sprzyja wessaniu preparatów rtęci, a następnie i związki rtęciowobiałkowe, tworzące się w tych warunkach, ulegają lekko wessaniu. Dezynfekcja drobnoustrojów w ustroju ujemnie wpływa na elementy komórkowe jego.—Z. w odpowiedzi zaznacza, że zabieg przemywania komór sublimatem kończył się za każdym razem przepłukiwaniem 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kw. bor., po wypuszczeniu więc tego płynu sublimat był mechanicznie wydalany i nie mógł działać trująco. Co do możliwości tworzenia się w następstwie wodogłowie, to zagadnienie o niezbędnych warunkach dla rozwoju jego nie jest jeszcze rozwiązane. By wodogłowie się utworzyło, zamknięcie otworu Magendie'go nie jest konieczne; dwa czynniki odgrywają tu rolę: z jednej strony wydzielanie płynu przez splety naczyńaste, z drugiej stopień wchłaniania się płynu tego w przestrzeniach chłonnych układu nerwowego. — Nakłucia dokomorowe oseski lepiej znoszą niż nakł. łądzwiowe.

**Lubliner: O wpływie ubocznym naświetlania promieniami R. strupnia (*favus*) na stan jamy nosowogardzielowej i gardzieli u dzieci.**

L. badając wielokrotnie dzieci od lat 5 — 14, które były poddawane leczeniu prom. R. z powodu strupnia, zauważył u przeważnej liczby chorych, że po 5 — 6 naświetlaniach, trwających po 30 minut, występowały zmiany w gardzieli, np. w migdałkach i w gruczole Luschki w kierunku wstecznym t. j. znaczne zmniejszenie się ich w wymiarze i stała poprawę oddechu (w przyp. weget. aden.)

Ścisłejszy przegląd jamy gardzielowej przed stosowaniem pr. R. i po skutecznej kuracji L. przeprowadził u 12-tu dzieci, z których niektóre pokazuje na posiedzeniu. W niektórych przypadkach zanikanie przerostu migdałków jest nader wybitne. L. przytacza kazuistykę leczenia przerostu migdałków przez lekarzy amerykańskich i francuzkich za pomocą promieni R.—L. szczególnie podkreśla jednak, że spostrzeżenia swoje uważa jedynie za przyczynek do sprawy pośredniego działania pr. R. w tych razach, gdyż w danym wypadku wprost na przerostowe tkanki migdałka nie były one stosowane, tylko że dzieci znajdowały się przez czas dłuższy (do 1/2 godziny 5—6 r.) w atmosferze promieni katodalnych. Ale w jaki sposób oddziaływanie następuje w tych przypadkach, L. uważa za sprawę otwartą do omówienia.

W dyskusji Wct. Sterling, Karbowski, Mész, Rotstadt, Bregman podkreślają potrzebę dalszego spostrzeżenia tego zjawiska. O bezpośrednim działaniu prom. R. na gruczola w jamie nosowo-gardzielowej trudno to mówić, gdyż stosowano, jak zwykle w walce ze strupniem, promienie miękkie, a te głęboko nie przenikają. Wpływ więc dodatni prom. R. w danym razie musi być tłumaczony działaniem ich wtórnem, pośredniem. W jaki sposób, jaką drogą to się dzieje—rozwiążą niewątpliwie dalsze badania.

## Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 13 stycznia 1922 r.

Przewodniczył W c ł. S t e r l i n g.

### K a r b o w s k i. Pokaz lampy do leczenia światłem w otorinolaryngologii.

K. zaznacza, że wiedeńska klinika otolaryngologiczna od szeregu lat zajmuje się sprawą fototerapii w cierpieniach uszu, nosa i gardła.

Cemach, asyst. kliniki tej, doszedł do wniosku, że w fototerapii główną rolę przypisać należy nie elementowi termicznemu, nie barwie światła, lecz czynnikowi ważniejszemu—drganiom eteru świetlnego. Długofaliste promienie (grupa czerwona) mają własność przenikania wgłąb tkanek w przeciwieństwie do krótkofalistych—chemicznych, zatrzymywanych i pochłanianych przez powierzchowne warstwy. To też ogniska zapalne, położone względnie głęboko, należy leczyć światłem z dostatecznie nasyconą grupą promieni długofalistych. Światło elektryczne ma wstęgę widmową, najbardziej zbliżoną do wstęgi widmowej słońca. Światło elektryczne o dużej sile—od 600—1200 i więcej świec, daje promienie, przenikające dostatecznie głęboko, by opanować sprawy zapalne w wyrostku sutkowym, w jamach obocznych nosa, gardzieli, krtani i tchawicy. Naświetlania tu działają znieczulająco i niewątpliwie hamująco na sprawę zapalną. Cemach stosował swą „Sollux“ lampę, lecz jest ona niewygodna, bo nie przenośna. Następnie K. pokazuje lampę własnego pomysłu, o dużym ognisku świetlnym (1200 św.) przenośną, wykonaną w Warszawie.

Doświadczenie K. pozwala mu zalecić ją dla celów terapeutycznych w otorinolaryngologii.

W dyskusji R o t s t a d t podkreśla, że o ile mowa o fototerapii w ścisłym znaczeniu tego słowa, to lampą K. nie osiąga się tego celu. Bo oto po włączeniu kontaktu przewodnika lampy oprawa jej metalowa tak się szybko rozgrzewa, że już po kilku chwilach trudno się do niej dotknąć, to też wraz z pasmem światła z wnętrza lampy, przez jej okienko, wydobywa się w kierunku chorego fala bardzo gorącego powietrza. Ono to niewątpliwie, to gorące powietrze właśnie, jest tu czynnikiem przodującym leczniczym, zwł. że zabiegowi poddaje się chorego aż w ciągu całej godziny. Gdyby więc chcieć za pomocą lampy K. sprawdzić słuszność—spornego zresztą twierdzenia Cemacha—o wybitnie dodatniem wyłącznem, swoistem działaniu na sprawy zapalne ucha, nosa, gardła, krtani i t.d. przedewszystkiem samej energii świetlnej promieni z lampki o sile 600—1200 i większej liczbie świec, to należałoby w lampie Karbowskiego — przez inną budowę oprawy metalowej—albo zupełnie, albo na plan dalszy usunąć czynnik termiczny. Wskazany brak lampy K. wyłącza również korzystanie z niej w cierpieniach nosa i gardła, gdyż chorzy musieliby oddychać gorącym, wzgl. zbyt ciepłym powietrzem. W c ł. S t e r l i n g radzi ochładzać w ten lub inny sposób



wydobywające się z lampy powietrze gorące, by osłabić wpływ czynnika termicznego. Mesz podaje opis lampy „Sollux“. Lubliner omawia wskazania do fototerapii w otolaryngologii. Zamenhof nie uważa również przyrządu, przedstawionego przez kol. Karbowskiego, za lampę do fototerapii, lecz do termoterapii. Z. korzysta już dawno z dobrym wynikiem z lampy własnego pomysłu w tych właśnie cierpieniach, o których K. wspomniał.

L. Zamenhof. **O zaburzeniach głosu pochodzenia czynnościowego.** (patrz art. oryg. Zeszyt III. T. I. Kwart. Szpit.)  
Anigstein i Luxenburg. **Badania bakterjologiczne nad żółtaczką paratyfusową; Przypadek żółtaczki paratyfusowej.**

Luxenburg podaje, że 20-letnia chora dostała przed miesiącem lekkich mdłości, bólu w praw. napiątku i żółtaczki. St. ob. T<sup>0</sup> norm., niebolesne powiększenie na 3 palce wątroby, w moczu barwiki żółciowe i dużo urobiliny, kał na początku odbarwiony. Erytrocytów 4,5 — 5.1 mil., leukoc. 8000, w tem wielojądrz. 26,6<sup>0</sup>o, limf. 24,3, przejść. 42,2, myeloc. 4,7<sup>0</sup>c, eozyn. 2,2<sup>0</sup>o Hb. 85<sup>0</sup>o. Ukryty początek, brak objawów dyspeptycznych obok wybitnej żółtaczki kazały przypuszczać, że rozpoznanie żółtaczki nieżytowej w danym razie nie wyjaśni sprawy patologicznej. W przypadkach podobnych szuka się zwykle momentu mechanicznego w powstaniu żółtaczki: np. nieżyty śluzówki, który zatyka otwór d. choledochi, a stąd zastój żółci i wessanie się jej do krwi. Tegoż momentu przyczynowego dopatrywano się w przypadkach nadmiaru barwika, pleochromji, w żółtaczce krwiopochodnej (zatrucia, zakażenia): nadmiar barwika, powstałego we krwi, zgęszcza żółć, której krążenie w drobnych przewodach naskutek tego ulega zahamowaniu. Podobny kierunek myśli o pochodzeniu żółtaczki mają ostatnie prace Eppingera, który wykazał obecność zatorów żółciowych i pęknięć w kapilarach żółciowych.

W przypadkach istotnych przeszkód (np. kamień) teoria mechaniczna żółtaczki może zadowolić; w innych jednak nie wystarcza, bo mielibyśmy wtedy przesiąkanie do krwi wszystkich składników żółci a nie jedynie niektórych („*ictère dissocié*“). Nie mniej ważne jest ustalenie miejsca powstawania barwika żółciowego: czy tylko w wątrobie, czy też w innym jeszcze narządzie. Otóż układ reticulo - endotelialny głównie wątroby i śledziony, tworzy barwik żółciowy z hemoglobiny rozpadłych erytrocytów. Tak się dzieje w żółtaczce hemolitycznej, anemji złośliwej i przerostowej marskości wątroby. Komórki wątroby udziału tu nie biorą. W pozostałych rodzajach żółtaczki (nieżytowej i zakaźnej) źródło stanowi tkanka wątroby — przyczem zarówno komórka wiatr., jak i drogi żółciowe, pomimo bardzo znacznych niekiedy różnic w obrazie klinicznym. Potwierdzają to zmiany wielkości wątroby, jej brzegu, oraz zmiany drobnowidowe, do zaniku nieraz istoty wątroby; odbija się to, rzecz prosta, na funkcji komórki wątrobowej. Bardzo prostą a pe-



wną metodę badania wskazał niedawno Widal, opierając się na t. z. „*crise hémoclasique*“.

Zdrowa komórka wątrobowa zatrzymuje peptony, zawarte we krwi żyły wrotnej, chora przepuszcza je do krwiobiegu, wskutek czego następuje owa „*crise*“: spadek ciśnienia krwi, zaburzenia jej krzepliwości oraz spadek liczby leukocytów—leukopenja; ta ostatnia występuje wybitniej, aniżeli inne dwie cechy. Dla wykonania próby Widała, chory otrzymuje na czczo 200 — 300 cm<sup>3</sup> mleka, poczem bada się co 20 minut liczbę leukocytów. W ciągu godziny następuje spadek tej liczby, nieraz do połowy i niżej, poczem może znów dojść nawet do hyperleukocytozy. Otóż w naszym przypadku doświadczenie to dało zmniejszenie liczby leukocytów z 8000 (po 40') do 3200, a więc objaw znacznie upośledzonej funkcji komórki wątrobowej. — Oprócz komórek wątroby bierze udział i układ dróg żółciowych. Naunyn twierdzi, że żółtaczką to choroba dróg żółciowych, co istotnie nie trudno stwierdzić w bardzo wielu wypadkach. Przyczynę cierpienia zarówno komórek, jak i dróg żółciowych, stanowi najczęściej zakażenie, następnie zatrucie. Zarazek draży przez krew albo przenika z kiszki i działa przeważnie lub wyłącznie na wątrobę, albo też żółtaczkę powoduje uszkodzenie komórki wątrobianej przez ogólne zakażenie, narówni z uszkodzeniem nerek i t. p. Z moczu chorej L. w Państwowym Instytucie Epidemjologicznym otrzymano czystą hodowlę *bac. paratyphi B.* (dr. Anigstein)

W dalszym przebiegu żółtaczką chorej zwolna zmniejszała się, po 6 tygodniach jednak była jeszcze dość wyraźna; kał natomiast zabarwił się już po 8-iu dniach, barwika żółci w moczu było coraz mniej. Nie udało się w danym razie wykryć źródła zakażenia. Chora stale przebywa od wielu lat w Warszawie, podobnego cierpienia w dalszem lub bliższem otoczeniu swoim nie pamięta — oto jeszcze jedna okoliczność, która podsuwa często błędne rozpoznanie niewinnej żółtaczki niezytowej. Wiemy jednak, chociażby z poszukiwań, dokonanych ostatnio na Kresach wschodnich przez d-ra Anigsteina, że np. choroba ta może się stać u kobiet ciężarnych w ciągu kilku dni przyczyną śmierci. Badanie bakteriologiczne wskazane więc jest w każdym analogicznym przypadku.

W leczeniu stosowano związki alkaliczne na gorąco, ciepłe wanny, okłady i in. inn.

Anigstein uzupełnia przemówienie L. przez podanie wyników swych badań bakteriologicznych nad żółtaczką paratyfusową.

A uważa, że przypadek, demonstrowany przez dr. Luxenburga, należy do typu chorych, których A. miał możność badać podczas pobytu swego w Równem jesienią r. zeszłego. Pierwsze przypadki żółtaczki zdarzyły się w Równem we wrześniu r. ub. wśród załogi wojskowej miasta i ludności cywilnej (ogółem 250 przyp.) A. spostrzegął wówczas cięższą postać żółtaczki z gorączką i zaburzeniami kiszkowymi, oraz lżejszą bez podniesienia temperatury. Żółte zabarwienie skó-

ry zjawia się już trzeciego dnia choroby, czasami dopiero w drugim tygodniu. Chorzy uskarżają się na bóle w prawym podżebrzu, gdzie zazwyczaj wyczuwamy zwiększoną wątrobę. W niektórych przypadkach śledziona jest również zwiększona. Choroba ta jest niebezpieczną dla kobiet ciężarnych; u trzech kobiet, które zmarły w Równem, żółtaczką trwała przez kilka dni, poczem nastąpiło poronienie (ciąża w 5—7 miesiącu), zaś po dwóch—trzech dniach śmierć wśród objawów zapaści i zapalenia opon mózgowych.

Badania hematologiczne wskazały u niektórych chorych leukopenję (do 4.500). W obrazie krwi przeważają limfocyty (40 — 50<sup>0</sup>/o); liczba eozynofiliów jest nieco zwiększona. W Warszawie A. zebrął do tej pory 45 przypadków żółtaczki, której przebieg kliniczny przypomina żółtaczkę wołyńską. Badania serodjagnostyczne, przeprowadzone we wszystkich obserwowanych przypadkach żółtaczki, wykazały, że zakażenie prątkami paratyfusowymi odgrywa w chorobie tej rolę pierwszorzędną. Odczyny aglutynacyjne wypadły w 90<sup>0</sup>/o przypadków dodatnio z jednym z nietypowych szczepów, należących do obszernej i wysoce zmiennej grupy paratyfusu B., mianowicie ze szczepem *bac. Aertrycke-Stanley*. Próby zlepne z każdą surowicą przerabiane były ogółem z 22 szczepami prątków tyfusowych i paratyfusowych (Para A, B.-C). Dotychczas A. wyhodował z krwi i z moczu chorych na żółtaczkę paratyfusową 5 szczepów prątków ruchomych, gramujemnych, których własności biochemiczne na cukrach odpowiadają prątkom grupy paratyfusowej. Ze szczepów tych jeden zbliżony jest serologicznie do Para - C (Hirszfelda), zaś reszta do Para - B.

Prątek, wyhodowany z moczu chorej tu demonstrowanej, należy pod względem biochemicznym i serologicznym również do grupy Para - B. Zaznaczyć należy, że wszystkie wyhodowane szczepy zlepiają się również pod wpływem surowicy odpornościowej przeciw szczepowi *Aertrycke - Stanley*.

W dyskusji Klejn, omawiając etiologję żółtaczki wogóle, podkreśla, że w danym wypadku była ona dość jasna, o ile wykluczamy działanie hemolityczne (krwiopochodne czynniki) czynnika zakaźnego. W badaniu rozpoznawczem poddawać ocenie krytycznej trzeba głównie zachowanie się urobiliny w moczu i stolcu; pierwszorzędne znaczenie ma też dla badań bakterjologicznych wyjaśnienie, czy wyhodowane bakterje hemolizują. Następnie K. omawia znaczenie zapalenia dróg żółciowych, jako głównej przyczyny żółtaczki w danym przypadku i wpływu tej sprawy zapalnej na zmiany w wątrobie, na powstawanie żółtaczki, jej zwyrodnienie i inne. Próba Widala daje często wynik ujemny tam, gdzie żółtaczką jest pochodzenia hemolitycznego. K. przypomina o próbie z podawaniem żółci do wewnątrz w celu określenia sprawności czynnościowej wątroby. Flatau i Sterling pytają o szczegóły badań doświadczalnych na zwierzętach, które kol. Anigstein szczegółowo uzupełnia. Luxenburg w odpowiedzi przytacza szereg najnowszych prac



o metodzie Widala, które świadczą o jej znaczeniu wybitnem dla badania różniczkowego. W przypadkach żółtaczkowej reticulo-endotelialnej metoda Widala wypada ujemnie, a jest to zrozumiałe, gdyż istota wątrobowa w tych razach nie jest uszkodzona.

## Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 27 stycznia 1922 r.

Przewonicył W i z e l.

### Luxenburg — Przypadek mediastinopericarditis exud.

20 letni robotnik, dobrze zbudowany, poślknął z jarzyną kawałek kości; poczuł silny kolący ból w gardle. Po zjedzeniu chleba bolesna przeszkoda przesunęła się jeszcze niżej, do poziomu rękocyści mostka; chory z osłabienia i bólu padł na ziemię. Lekarz — w 8 godzin po wypadku — próbował miękkim zgłębnikiem przesunąć bolesną przeszkodę lub też długimi szczypcami usunąć ją, lecz dopiero po powtórnej wprowadzeniu zgłębnika chory zwymiotował, poślknął kawałek kości. Ulga była b. nieznaczna, to też chorego po 2 dniach sprowadzono z prowincji do Warszawy, a gdy przybył na oddział, był w stanie b. ciężkim: co chwila bowiem mdlał, był trupio blady, a miał ginące tętno. Stwierdzono wówczas wielką bolesność na najłżejsze opukiwanie na znacznej przestrzeni okolicy serca, gdzie stłumienie przekraczało na prawo szerokość mostka, ku górze poziom trzeciego żebra, a na lewo linię sutkową. Uderzenie wierzchołkowe niewidoczne, niewyczuwalne; szmer tarcia o rytmie trzyfazowym z akcentem na drugiej fazie („tra-tra-tra“), prawie na całej przestrzeni stłumienia, najwyraźniej na mostku. Tętno głucho, współczesne z tętnem, które wybitnie malało w okresie inspiacji (p. paradoxus); tętno niewysokie, miękkie, dwubitne 120–130. Rentgenografię z powodu ciężkiego stanu wykonano w pozycji leżącej, przyczem w ułożeniu skośnem — śródpiersie było zupełnie zaclemnione, a w ułożeniu grzbietowem — cień serca i naczyń niezmiernie szeroki; pozatem po stronie prawej kręgosłupa cień dość szeroki i długi. Wydawało się, że ten ostatni był w związku z pewnem osłabieniem w miejscu tem oddechu i wzmoczeniem bronchofonji po linii łopatkowej prawej, na wysokości V–VI kręgu grzbietowego i stanowił obraz zajęcia śródpiersia. W innych miejscach oddech bez zmian, — 42 na minutę. Naktucie osierdzia w IV międzyżebżu, na 4 ctm. w lewo od mostka, dało płyn słomkowożółty, nieco mętny, z dość dużą liczbą leukocytów wielojądrowych, niewielką erytrocytów; posiewy dały wynik ujemny; usunięto płynu 150 ctm<sup>3</sup>. Usunięcie ucisku, jaki na przelyk bezpośrednio wywierało wypełnione płynem osierdzie, mianowicie t. z. uchyłek Hallera, sprawiło wybitną ulgę: chory zaczął pić i jeść. Ciepłota opadła poniżej 38<sup>0</sup>. Chory swobodnie zaczął obracać się na łóżku, a gdy siadał, nie usiłował skulić się ku przodowi, jak to się w podobnych razach zdarza. Trójkąt stłumienia sercowego zmniejszył się; szmer tarcia przeważnie na mostku w górnej części,



głuchawe tony serca. Po kilku dniach stan znów się pogorszył, a stłumienie powiększyło; dokonano nakłucia sposobem Roberts-Marphan'a w dwu miejscach — tuż pod wierzchołkiem proc. xiphoid. i w kącie między wyrostkiem mieczykowatym a żebrem, — igła wówczas przechodzi poza otrzewną między nóżkami przepony wprost do osierdzia. Wynik nakłucia był ujemny; L. tłumaczy to niepokojem chorego i bolesnością nadbrzusza.

Powtórne nakłucie w tem samym miejscu dało 40 ctm<sup>3</sup>. krwawego płynu jałowego. Ulga po zabiegu niewielka, ciepłota nie opadła; nasilenie kaszlu z ciągłą ropną wydzieliną oraz stan ogólny nie budził dobrej nadziei.

Mieliśmy więc 2 dowody wysięku w osierdziu; wynik nakłucia oraz badanie prom. R. Inne objawy są mniej pewne i stąd pochodzi, że wygóle 50—60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadków zapalenia osierdzia przechodzi bez rozpoznania, o czem świadczą wyniki badań pośmiertnych. Podkreślić należy niezwykle rzadki, jak w danym razie, moment przyczynowy: kość poprzez przełyk wywołała zapalenie per contiguitatem w osierdziu oraz w prawej  $\frac{1}{2}$  śródpiersia, a być może i we wnęce płuca prawego.

W dyskusji Mesz tłumaczy szczegóły rysunku, który dał w danym wypadku rentgenogram. Rubinrot zaznacza, że na rentgenogramach wysięku w osierdziu cień odznacza się zwykle granicami ostreimi, czego tu nie widać. O ile stan chorego pozwoliłby, przypadek nadaje się do operacji. Lubliner podkreśla znaczenie rozpoznawcze badania przełyku wziernikiem. Knaster zaleca, mimo ciężkiego stanu chorego, zabieg chirurgiczny — działalność mięśnia sercowego jest jeszcze niezła, a w osierdziu jest dużo płynu. Nawiązując do uwagi Lux. o często spotykanych na stole sekcyjnym zmianach anatomo-patologicznych w osierdziu, K. zaznacza, że prowadzą one często do ograniczonego zapalenia osierdzia, które niekiedy przebiega w postaci uderzająco podobnej do klasycznej dusznicy bolesnej; jest to t. zw. rzekoma dusznica. K. spostrzegwał taki przypadek: dopiero w 2 dni po napadzie wystąpiło tarcie osierdziowe. Luxenburg tłumaczy, że zarówno badanie wziernikiem, jak i zabieg chirurgiczny, są jednak ze względu na stan ciężki chorego przeciwwskazane; — zresztą i chirurg nie godzi się na operację w danym momencie. (Patrz w odnośniku wzmiankę o dalszym przebiegu \*).

---

\*) Po dwumiesięcznym pobycie chorego w szpitalu otrzymano przez nakłucie po *lin. parastern. dex.* pod IV żebr. ropę. Wykonano rezekcję chrząstki V prawego żebra, usunięto około 100 cm.<sup>3</sup> ropy. W dalszym przebiegu cierpienia chory miał 3 napady drgawek ogólnych z nieprzytomnością, z nieznanym osłabieniem połowiczem lewostr., które nazajutrz znikło; późniejsze badanie nie wykryło zmian przedmiotowych cierpienia organicznego nerwowego. Rana pooperacyjna zagoiła się. W sercu zmian nie stwierdzono. Po 6 miesiącach pobytu w szpitalu chorego wypisano w pomyślnym stanie zdrowia.

Abramowicz. **Przypadek wielorakich guzów kończyny górnej.** (z pokazem preparatów).

A. przedstawia amputowaną przez niego górną kończynę z dużą liczbą dość dużych guzów, które wyrosły w ciągu 14 lat.  $\frac{1}{2}$  roku temu (przed operacją) guzy zaczęły szybciej rosnąć, coraz bardziej miękkie i krwawiły, wskutek czego chory (lat 60) prosił A. o zdjęcie kończyny (patrz rys.). Na ruchy mięśni k. pr. g. guzy wpływu nie miały. Długotrwałość guzów wskazywała na ich łagodny pierwotnie charakter, krwotoki zaś że, prawdopodobnie, ostatnio stały się już złośliwymi. Potwierdza to istotnie obraz drobnowidzowy skrawków z rozmaitych



warstw guzów. Głębsze zachowały swój pierwotny charakter łagodnego nowotworu (włókniak); na zewnętrznej zaś powierzchni wydają się wyraźnie przejście tkanki łącznej o charakterze gęstych warstw podłużnych włókien w młodą luźną tkankę, usianą komórkami łącznotkankowymi o rozmaitej postaci (*sarcoma multiforme*). Wobec braku w nowotworach elementów nabłonkowych i mięśniowych A. przypuszcza, że pochodzą one z włókien otoczek i ścięgien mięśniowych.

Przypadek jest ciekawy, przede wszystkim, jako rzadki w XX wieku okaz guzów, hodowanych aż 14 lat. (pacjent niedawno wrócił z Rosji). Następnie, jest dowodem, jak luźna jest granica między t. zw. łagodnym a złośliwym nowotworem i, jak niewinne napozór nowotwory, stają się z biegiem czasu złośliwymi. Odpowiada to zu-



pełnie teorii Lubarsch'a o 3 kategoriach nowotworów. Guzy w naszym przypadku zaliczyć należy do pierwszej kategorii, gdyż uchyliły się od budowy swojej podstawy, — początkowo, albo wcale nie rosły, albo też tylko przez pewien czas rosły i, jako włókniaki, doszły w ciągu 14 lat do pewnego tylko wymiaru. Następnie z biegiem czasu uległy metamorfozie, która je zbliżyła do kategorii trzeciej, to jest do tworów, których rozwój odrębny wyłamuje się z pod ogólnych praw fizjologicznych; tłumaczyć to w danym razie, być może, należy biologicznymi zmianami, które mogły zajść w ustroju chorego, (lat 60), po przeżyciu okropnych lat głodowych w Rosji. A. podkreśla, że przy spostrzeganiu nawet najbardziej łagodnych guzów nie zawadzi ostrożność w rokowaniu.

### Rubinrot. Przyczynek do leczenia guzów śródpiersia. (Pokaz chorych i radiogramów).

Guzy śródpiersia rozpoznawane bywają klinicznie na podstawie objawów ucisku guza na narządy sąsiednie, a stopień objawów tych zależy jest od wielkości, spoistości guza oraz od narządów uciskanych. Badanie rentgenologiczne daje tu też niezwykle cenne wskazówki.

Leczenie zależy jest od rodzaju guza, jego wielkości i umiejscowienia; bywa ono wewnętrzne, chirurgiczne i rentgenologiczne.

Duże guzy gruźlicze lub białaczkowe ulegają niekiedy zmniejszeniu pod wpływem arszeniku lub jodku potasu. Inne guzy mogą być niekiedy usunięte od strony węzki jarmowej lub też za pomocą roszczepienia mostka (*mediastinotomia longitudinalis*); zabieg ostatni znacznie zmniejszyć może objawy uciskowe w przypadkach guzów nieusuwalnych.

Rentgenoterapia okazała się, jak dotąd, najważniejszym czynnikiem leczniczym. Przedstawione rentgenogramy dotyczą 3-ch chorych z guzami śródpiersia.

I. G. lat 33, zgłosiła się ciężko chora IV-go 1920. Twarz sinawo zabarwiona, obrzękła, wytrzeszcz umiarkowany gałek ocznych. Na szyi i klatce piersiowej spłoty rozszerzonych żył. Oddech słyszalny już nawet zdaleka, świszczący, T.<sup>o</sup> 38. Brzuch wzdęty, wątroba powiększona, na powłokach brzusznych żyły rozszerzone. Na roentgenogramie cień dużego guza śródpiersia, o wielkości główki noworodka, zlewa się z cieniem serca.

R. naświetlał chorej głębokimi promieniami śródpiersie i wątrobę, a już po pierwszej serji nastąpiła poprawa stanu ogólnego, ciepłota opadła do normy. Oddech stał się łatwiejszy, sinica ustąpiła. Po 2 serjach oddech normalny, kaszel ustał, rozszerzenie żył znikło, wątroba się zmniejszyła.

Chora otrzymała ogółem 6—7 serji naświetlań w odstępach nieregularnych, niejako pod przymusem, gdyż czuła się zupełnie do brze. Przybyło jej 5 funtów. Roentgenogram ostatni, jak oto widać, wykazuje już niewielkie ściemnienie w okolicy łuku aorty.



II. Dr. K., panna l. 22, skarżyła się na objawy, zbliżone do wyżej podanych, oraz na bóle z powodu dużego gruczołu pod pachą. Na rentgenogramie guz śródpiersia—w tym przypadku nieco mniejszy od poprzedniego. Po 1-szej serji naświetlań chora poczuła się już znacznie lepiej, ustały duszność i kaszel, a na rentgenogramie widać znaczne zmniejszenie guza.

Wyniki rentgenoterapii nie zawsze są jednak tak dobre. R. pokazuje 3-ci rentgenogram guza stosunkowo mniejszego i mniej ściśłego, który jednak dawał znaczne objawy uciskowe; były też duże gruczoły z obu stron szyi. Po 2 naświetlaniach prom. R. poprawa przemijająca, nastąpiło bowiem pogorszenie i śmierć.

Wyniki rentgenografii zależą od rodzaju guza; najlepsze wyniki dają guzy gruczołowe pochodzenia gruczolnego.

W dyskusji Mesz przytacza swe szpitalne spostrzeżenia nad terapią guzów śródpiersia prom. R. z dodatnim niekiedy wynikiem. Klejn podkreśla potrzebę ściśłego w każdym poszczególnym przypadku rozpoznania; należy badać chorych na odczyn Pirqueta i objaw d'Espine'a. Najgorzej reagują na prom. R. *lymphogranulomata*, natomiast wpływ niekiedy b. dodatni ma na te guzy metodycznie leczenie arsenikiem.

### Szpilman - Neudingowa. **Przypadek zapalenia części lędźwiowej kręgosłupa (*Spondylitis lumbalis postinfectiosa*) w następstwie zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych** (Z oddz. d-ra Bregmana)

Chory M. J. lat 38, we wrześniu 1921 r. nagle dostał wymiotów, bólu głowy, gorączki. Dnia 10/9—21 r. w szpitalu w Lublinie zrobiono nakłucie lędźwiowe i zastrzyknięto z powodu drętwy karku 30,0 surowicy przeciwmeningokokowej.— Po 3-ch dniach powtórzono zabieg ten choremu; a po 10-ciu wypisano go zdrowym. Po upływie kilku dni wrócił do szpitala z powodu silnych bólów głowy, które po pyramidonie ustąpiły; po 4-ch dniach znów wypisał się.

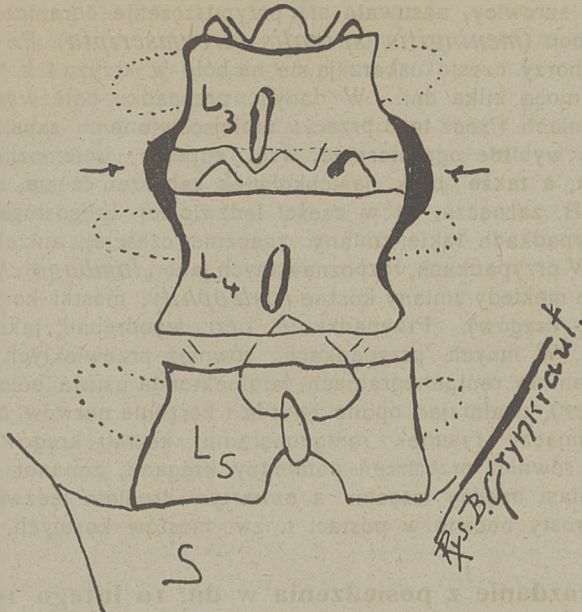
Niebawem jednak zaczął cierpieć na bóle krzyża o nasileniu znacznym, które go skłoniły do przybycia do szpitala w Warszawie. Na oddziale dn. 18/10-21 r. chory skarżył się na uczucie „przełamania“ w krzyżu oraz silne bóle, promieniujące do kończyn dolnych.— Chorób płciowych nie przechodził.

St. obecny. Chudy, blady. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. Ruchy głowy wolne, niebolesne. Pirquet — ujemny. Między ostatnim kręgiem lędźwiowym a 1 krzyżowym wgłębienie wielkości 5 fenigów; z miejsca tego, przy ucisku bardzo bolesnego, rozchodziły się bóle ku k. k. d. Chory unikał ruchów tułowia, obracał się na łóżku z trudnością, ostrożnie, pomagając sobie rękoma, by tylko uniknąć bólów w części lędźwiowej kręgosłupa i na wysokości cristaе ilei. Najchętniej leży nawznak. Bóle były niekiedy tak silne, że nawet zastrzykiwania morfiny nie pomagały. Ucisk na głowę i pas

barkowy wywoływał ból w części lędźwiowej. K. k. d. unosił z powodu bólów b. niewysoko. Przy próbie Lasegue'a obustronnie bolesność w krzyżu. Ruchy w stawach kolan., skokow., palców u stóp były prawidłowe. Odruchy, czucie normalne.

Chory nie mógł ani stać, ani chodzić. — Stan taki trwał 3 tygodnie, poczem nastąpiło polepszenie.

W grudniu 1921 r. z łatwością już obracał się na łóżku. Ucisk na kręgi lędźwiowe był jeszcze nieco bolesny, w spokoju jednak żadnych bólów już nie doznawał.



Próba Lasegue'a obustronnie wywoływała nieznaczną bolesność. Chodził wolno, ostrożnie, pochylony—podczas chodzenia trzymał k. k. g. nieco do tyłu. Chód szybko męczył go, sprawnie obracać się jeszcze wciąż nie mógł. Od 3—4 tygodni chodzi już zupełnie dobrze, nachyla się, prostuje. R-gram (5 I. 22 r.) wykazał mostki kostne obustr. pomiędzy 3—4 kręg. lędźw. (patrz rys.).

Wobec wybitnej bolesności kręg. lędź., bólów przy próbach uciskowych oraz unieruchomienia kręgosłupa i wielkiej bolesności przy wszelkich ruchach tułowia i k. k. d., a także wobec danych wywiadu, rozpoznano u chorego zapalenie kręgow.

Postać taką zapalenia kręgosłupa spostrzegano już po różnych cierpieniach zakaźnych, a najczęściej po durze brzuszonym.

Na oddziale d-ra Bregmana leczone już też były dwa takie przypadki: jeden po durze brzuszny, a jeden po grypie.

W danym przypadku *Spondylitis postinfectiosa* — wystąpiło w następstwie zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych. W piśmiennictwie jest tylko jeden podobny przypadek Landwehr'a; rozpoznanie tam również potwierdzone zostało przez r-gram. Przebieg cierpienia był w naszym przypadku, jak w większości podobnych spostrzeżeń, pomyślny i zakończył się pod względem czynnościowym prawie zupełnie wyzdrowieniem.

W dyskusji Bregman podkreśla, że z początku, wobec poprzedzającego zapalenia nagminnego opon, nakłuć lędźwiowych oraz zastrzyknięć surowicy, nasuwało się przypuszczenie ograniczonego zapalenia opon (*meningitis spinalis circumscripta*). Po zastrzyknięciach chorzy często uskarżają się na bóle w krzyżu i k. k. d., które trwać mogą kilka dni. W danym przypadku bóle wystąpiły po paru tygodniach. Prócz tego przeciw umiejscowionemu zapaleniu opon świadczyło wybitne ograniczenie, wzgl. zupełne uniemożliwienie ruchów ciała, a także brak jakichkolwiek zaburzeń czucia, odruchów. W końcu B. zaznacza, że w części lędźwiowej kręgosłupa znajdują się w przypadkach takie zmiany znacznie częściej, aniżeli przypuszczano. W przypadkach, rozpoznawanych jako „*lumbago chronica*“, okazują się niekiedy zmiany kostne (*osteophity*, mostki kostne, zniekształcenie kręgów). Przypadki te Léři wyodrębnił, jako „*Lumbarthrie*“. W innych przypadkach, również przewlekłych, pomimo braku zmian na rentgenogramach, laminektomia usuwa bóle (*Sicard i Forestier*), zwalniając opone twardą i korzenie nerwów od ucisku. Mész tłumaczy rysunek rentgenogramu; kształt kręgów lędźwiowych, jak również przestrzeń pomiędzy kręgami, zmianom nie uległy; natomiast między trzecim a czwartym kręgiem lędźwiowym są wyraźne zrosty boczne w postaci t. zw. mostów kostnych.

## Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 10 lutego 1922 r.

Przewodniczył Sołowiejczyk.

Lewin i Mész. **Torbiel urazowa trzustki.**

E. W. dziewczyna, lat 20, skarżyła się na bezustanne bóle brzucha w okolicy pępka, niezależne od spożycia pokarmów. Cierpienie trwa kilka miesięcy. Wymiotów nie miała, wypróżnienia były prawidłowe. Przed 5 laty upadła na ziemię, uderzyła się silnie w brzuch o kamień. Po roku, w miejscu uderzenia nad pępkiem, ból, który w krótkim czasie ustąpił. Czuła się dobrze do IV 21 r., odąd choruje. St. ob. przed operacją był bezgorączkowy. W pozycji leżącej nadbrzusze było mocno uwypukłone. Między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym wyczuwał się w głębi duży kulisty guz, mało ruchomy; nie widać było, by przy ruchach oddechowych guz zmieniał miejsce; chełbotanie wyraźne. Po sztucznem rozcięciu żołądka



guz odchyłał się nieco ku tyłowi, ale stosunek jego do okrężnicy i organów sąsiednich nie dawał się bliżej określić. W treści żołądkowej nic szczególnego nie wykryto. Żółtaczkę nie było; wątroby się palcem nie wyczuwało, natomiast śledzionę — pod lewym łukiem żebrowym.

Pomimo braku cukromoczu i zmian patologicznych w kale przypuszczano jednak odrazu, że guz jest najprawdopodobniej torbielą trzustki. Próbnego nakłucia nie zrobiono ze względu na niebezpieczeństwo, z jakim zabieg ten jest połączony. Chorą skierowano do zdjęć promieniami R.. Wprawdzie torbiel trzustki nie przedstawia na rentgenogramie typowego zaciemnienia, charakterystycznym jednak może się okazać stosunek guza do narządów sąsiednich, zwłaszcza żołądka, który, zwykle wówczas spłaszczony, odchyła się znacznie na lewo, obejmując torbiel w postaci wianka. A że rozpoznanie kliniczne zostało istotnie przez zdjęcie R. potwierdzone, chorą zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego.

Następnie M e s z omawia sprawę operowania torbieli trzustki.— Najczęściej używany sposób Gussenbauera, polegający na zeszcyciu ścianki torbieli, daje powikłanie tego rodzaju, że zawartość guza przedostaje się przez otwory szwów do jamy otrzewnej, wywołuje tu zrosty, stan zapalny i gorączkę, a ponadto przetokę na dłuższy okres czasu. Doszczętne wyłuszczenie również nie chroni od tworzenia się przetoki i daje zbyt duży odsetek śmiertelności. W danym przypadku zabiegu operacyjnego dokonano sposobem nieco odniennym od sposobu Gussenbauera, a mianowicie, po otwarciu brzucha dotarto do guza na tępo przez lig. gastr.-colicum, poczem wprowadzono pomiędzy ścianą torbieli a ścianą brzuszną pas gazy, aby w ten sposób sprzyjać tworzeniu się zrostów.

Na siódmy dzień, po uprzednim nakłuciu próbnym, torbiel otwarto, wypuszczono kilka szklanek ciemno-brunatnego płynu, zaś do jamy torbieli wprowadzono dren gumowy. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, rana zagoiła się szybko, pozostała tylko przetoka, z której ciągle wydzielala się ciecz, mająca wszystkie cechy soku trzustkowego (kol. Mutermilch).

Od operacji upłynęło 6 mies., przetoka nie jest jeszcze zupełnie zagojona. Długo wydzielający się płyn zawierał części rozpadowe tkanek, był mętny i bardzo cuchnący. Ilość na dobę wahała się od 100 do 200 cm<sup>3</sup>. Zalecana przez niektórych autorów dieta białkowa (przeciwcukrzycowa) w danym przypadku nie dała poprawy, natomiast znakomity wynik uzyskano przez prom. R.—Już po pierwszym naświetlaniu ilość płynu zmniejszyła się, przezroczystość jego się wzmożyła, zapach był mniej cuchnący. Po drugim naświetlaniu, przed 3-ma tygodniami, głębokość przetoki zmniejszyła się o kilka ctm., ilość na dobę płynu opadła do 50-60 cm<sup>3</sup>., przyczem jest on zupełnie przezroczysty i bez zapachu. Istnieje zatem nadzieja rychłego zagojenia się przetoki bez ponownego zabiegu chirurgicznego.

W dyskusji Goldflam omawia sprawę tworzenia się tor-

bieli w miejscu krwotoków wewnętrznych. W rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić należy także torbiele sieci, bąblowce, nerkę wędrującą i n. inn. Krauze podkreśla trudności rozpoznania, zależne od tego lub innego umiejscowienia guza w jamie brzusznej; gdy guz trzustki tkwi między żołądkiem a poprzecznicą, rozpoznanie jest łatwe; torbiele sieci są ruchome; chełbotanie przemawia przeciw nerce wędrującej. K. przypomina swoje szpitalne przypadki torbieli trzustki, łącznie z kol. Klejnem i Luxenburgiem spostrzegane. K. operował zawsze jednoczasowo i z dobrym skutkiem. Szenkier podkreśla znaczenie diagnostyki czynnościowej, gdy w rozpoznaniu idzie o wyłączenie cierpienia nerki. Luxenburg mówi o potrzebie badania płynu, wydobytego przez nakłucie próbne lub z przetoki, na zaczyny, trawiące białko, tłuszcze i węglowodany. Higier przypomina, że przed 30 laty Chwat podczas operacji wykrył torbiel trzustki; Sołowiejczyk omawia 6 własnych przypadków torbieli trzustki; operował zawsze dwuczcasowo i z dobrym wynikiem. Mesz w odpowiedzi podkreśla również korzyści dwuczcasowej operacji oraz leczenia uzupełniającego prom. R.

**Wizel** W sprawie otępienia rzekomego i zespołu Gansera (patrz art. oryg. Kwart. T. I Zesz. 3).

**Frendlerowa.** Trzy przypadki gruźlicy, leczonej odną sztuczną (z oddz. dr. Lewina).

I. M. J. lat 36 na oddziale od 11 X 1921 r. 10 miesięcy kaszle; ma duszność, bóle gardła, chrypkę, poty nocne; chudnie.

St. ob. Budowy prawidłowej, odżywiona nieźle; waga 52 kg. Niedokrwistość. P. 80. St. podgorączkowy. W płucach nacieczenie górnego płata prawego z objawami rozpadowymi na wysokości górnej połowy łopatki, w lewym tylko szorstki oddech. Pirquet ++. W płwocinie —. Serce i narządy jamy brzusznej ++.

Rozpoznanie. *Tbc. destructiva lobi sup. dextri.* W gardle (kol. Karbowski): *laryngo-pharyngitis subac.* bez wyraźnego podłoża. Po 3-ch dniach pobytu na oddziale odma samoistna z dusznością i kłuciem w boku; te ostatnie objawy po 2-ch dniach znikają, czuje się lepiej; w prawem płucu objawy odmy. Po 5 tygodniach odma sztuczna (1050 cm<sup>3</sup> powietrza). W odstępach 3-tygodniowych — powtórzenie. Bóle gardła, chrypka znikają po 2 ej insuflacji; zmniejsza się kaszel, ilość płwociny, poty ustają. Obecnie T<sup>0</sup> normalna; kaszle mało. Waga 54 kg. Prócz stosowania odmy chorą leczono tranem i arsenikiem. Roentgen wykazał po ostatniej odmie w płucu prawem odnę zupełną, w lewym rozedmę. —

II. R. F. lat 34, na oddziale od 10 I 1922 r. Chora już kilka lat kaszle, okresowo krwioplucie; ostatnio płwocina stale zabarwiona, obfita; chudnie, nieprawidłowo miesiączkuje.

St. ob. Budowy prawidłowej, odżywiona średnio. Gruczoły chłonne nieco powiększone; ciepłota podwyższona, tętno 100; sinica twarzy. W płucach stłumienie dźwięku opukowego na całej przestrzeni lewego płuca z przodu i z tyłu. Nad prawym płucem wypuk jasny z odcieniem bębnowym. W lewym płucu mnóstwo drobno i średniobańkowych wilgotnych rżężeń z odcieniem dźwięcznym. W prawym szczyście wydech wydłużony; pojedyncze drobne rżężenia, poza tem oddech szorstki. Od czasu do czasu wolne stolce. Pirquet po 48 godz. + + +; laseczniki Kocha +; włókna elastyczne—. Waga 51 kg. Rozp. *Tbc. fibrosa pulm. sinistri et Apicilis dextra.*

28. I. 22 r. odma sztuczna (750 cm<sup>3</sup> powietrza). Po zabiegu czuje się dobrze, duszności niema. W płucach: wzmożenie dźwięku opukowego w dolnej części lewego płuca do wysokości połowy łopatki; oddech tam słaby; w górnym odcinku liczne wilgotne rżężenia. W ciągu 2-ch dni po zabiegu skargi na duszność i kłucie w plecach. Badanie stwierdziło odmę zupełną płuca lewego. Rozpoznano: *Pneumothorax spontaneus*. Po 2-ch dniach kłucie w boku i duszność znikają. Obecnie samopoczucie lepsze, kaszle mniej; w ciepłocie wahania mniejsze. P. 90. Plwocina bezbarwna. Roentgen: odma płuca lewego, rozedma — prawego.

III. T. D. I. 14, przybyła na oddział I III 1920 r. Od 6 miesięcy kaszle, wieczorami gorączkuje, obfite poty. Nie miesiączkuje.

St. obecny. Budowa prawidłowa, odżywiona średnio, ciepłota norm. P. 80. W lewym płacie górnym objawy rozpadowe (Wintrich +), objawy nacieczenia w płacie dolnym lewym i w szczyście płuca prawego. Rozpoznano: *Tbc. destructiva lobi sup. sinistri, infiltratio lobi inf. sinistri et apicis dextr.* 11. III. 20. 1-sza odma sztuczna. Po zabiegu odma kompletna lew. płuca, serce przesunięte zupełnie na prawo. Po 6 dn. 2-ga insuflacja. Po dwutygodniowej przerwie — 3-a, potem chorą na własne żądanie wypisano. Następne odmy nakładano ambulatoryjnie—co miesiąc—ogółem 12 razy.

Przed kilku dniami chora znów przybyła, by spytać, czy może się gimnastykować. W dolnej <sup>1</sup>/<sub>2</sub> lew. płuca oddech znacznie osłabiony, w górnym odcinku i w szczyście prawego płuca wilgotne rżężenia; objawów jam nie było. Chora mimo to czuje się zupełnie dobrze, nie gorączkuje, nie kaszle, na wadze jej przybyło; miesiączkuje.

Przypadek pierwszy z niezłym krtani, o charakterze niewyraźnym, według niemieckich autorów nie nadawałby się b. m. do sztucznej odmy piersiowej. Obecnie już jednak, dzięki udoskonalonej technice odmy sztucznej, w przypadkach analogicznych nie jest ona przeciwskazana. Gradi (*Gazeta medic. italian.*), podając 3 przypadki gruźlicy płuc wraz



z gruźlicą krtani, leczone odmą, już w 1910 r. stwierdził, że sprawa krtaniowa nie tylko się nie pogarsza, lecz może nawet odwrót poprawić się i wyleczyć, jeżeli zostanie osiągnięte kliniczne wyleczenie płuc. Tak też sądzi Lewin w artykule: „O stosowaniu sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlanini” (Med. i Kron. lek. № 40 r. 1911) i n. inn. I nasza chora już po drugiej insuflacji straciła chrypkę i ból gardła.

Postać gruźlicy w przypadku II-gim, t. j. *Tbc. productiva*, daje, jak wiadomo z piśmiennictwa (Bauerbruch 450 przyp.), przeważnie dobre wyniki przy stosowaniu odmy sztucznej; w tkance płuc ujawnia się bowiem skłonność do bujania i wtórnej retrakcji; sprzyja temu odma sztuczna, gdyż wywołuje unieruchomienie chorego płuca, hamuje krążenie limfy i krwi, przez co, jak sprawdzili w całym szeregu badań anatomo - patologicznych Graetz, Muralt, Kistler, sprzyja rozrostowi tkanki łącznej.

W przypadku III-im wynik był zrazu znakomity; chorą można było uważać za klinicznie wyleczoną; przybierała na wadze, rozwijała się normalnie, kaszel i gorączka znikły, lecz żałować należy, że chora usunęła się z pod obserwacji lekarskiej, dzięki czemu leczenie odmą sztuczną przerwano przedwcześnie i nastąpiło pogorszenie. Do zastosowania odmy sztucznej w tak młodym wieku zachęcił Fr. szereg prac niemieckich autorów, którzy podkreślają właśnie, że najlepsze wyniki odma sztuczna daje w wieku młodym, o ile jest racjonalnie i metodycznie stosowana.

Fr. podkreśla, że obecnie po wielu latach prób (od 1895 roku, kiedy Forlanini podał I-sze swe spostrzeżenie) — rozszerzyły się znacznie ramki dość szcypłych pierwotnie wskazań do odmy sztucznej. Obecnie tylko wady zastawkowe serca, niedomoga mięśnia sercowego, gruźlica nerek albo przewlekłe zapalenie i swoisty nieżyt jelit są przeciwwskazaniem (z pewnymi zastrzeżeniami — prace Brauera, Spenglera, Lewina) dla odmy sztucznej, przez co zmienił się znacznie materiał statystyczny w dobie obecnej.

Następnie Fr. uzupełnia swój pokaz szczegółowymi wskazówkami o współczesnej technice odmy sztucznej w ogóle i o stosowanej stale z dobrym wynikiem na oddz. szpitalnym, przyczem pokazuje szereg odpowiednich rysunków i przyrządów, omawiając metodykę zabiegu tego w innych krajach.

W dyskusji Lubliner podaje szczegółowo historję nauki o odmie sztucznej, o której miał w szpitalu odczyt przed kilkunastu laty; uzupełnia zarys historyczny własnymi spostrzeżeniami. Krukowski mówi o powikłaniach w postaci zapaści i krwotoków. Mesz tłumaczy rysunki rent-

genogramów, omawia odnę sztuczną z punktu widzenia rentgenologicznego, zwłaszcza gdy są zrosty w jamie opłucnej; Judt mówi o powikłaniach przy nakładaniu odmy sztucznej, o odmie samoistnej; uzupełnia swe przemówienie podaniem wielu własnych spostrzeżeń podczas działań wojennych doby ostatniej. Luxenburg poddaje ocenie krytycznej spostrzeżenia kliniczne Fredlerowej, zestawia je z obrazem zmian na rentgenogramach. Abramowicz przypomina, że niektórzy nakładają sztuczną odnę przy surowicznych wysiekach opłucnej, wypuszczają płyn częściowo i zastępują go odpowiednią ilością wyjałowionego powietrza. Inni znów postępują inaczej. Prof. Węglowski wypuszcza całą zawartość płynu z jamy opłucnej i zaraz wpuszcza takąż ilość wyjałowionego powietrza. Skutki takiego leczenia są bardzo dobre, zapaści nie było nawet, gdy została wypuszczona cała zawartość jamy opłucnej. Powietrze z łatwością wysysa się przez opłucną i samo sprzyja wchłanianiu pozostałych elementów zapalnych. Z tego też wniosek, że przy nakładaniu sztucznej odmy nie konieczne jest wyeliminowanie azotu z powietrza, gdyż jak widzimy, płuca doskonale wysysają całą zawartość powietrza.

### Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 3 marca 1922 r.

Przewodniczył Altkaufer.

Klejn. Pokaz chorej z niedokrwistością złośliwą po dokonaniem przetoczeniu krwi.

K. przedstawia chorą, lat 26, z niedokrwistością złośliwą po dokonaniem przed 18 dniami przetoczeniu krwi. Chora była zawsze blada; od roku uczucie palenia na języku na błonie śluzowej jamy ustnej. W grudniu 1921 r. chora przebyła grypę, po której wystąpiło znaczne osłabienie,—chora nie może siedzieć—zupełny brak łaknienia, nadzwyczaj uporczywe wymioty i bardzo obfite miesiaczkowanie, którego w żaden sposób nie udało się przerwać. We krwi znaleziono 1 mil. krwinek, hemogl. 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, obraz mikroskopowy typowy dla niedokrwistości złośliwej. W prawym szczycie objawy zgęszczenia płuc; Pirquet b. wyraźny. 11 II 22 dokonano przetoczenia 350 ctm. krwi cytrynianowej, wziętej od siostry, po uprzednim dokonaniu próby aglutynacyjnej. Bezpośrednio po zabiegu, który chora znakomicie zniosła, wszystkie powyżej wymienione objawy zniknęły prawie momentalnie. Chora poczęła obficie jadać, krwawienie maciczne ustało, stan ogólny z dnia na dzień coraz bardziej się poprawiał, chorej obficie przybyło na wadze. W chwili obecnej krew wykazuje jeszcze 3.000.000 krążków czerwonych oraz 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> hemoglobiny. Erytroblastów niema, jest jednak jeszcze makrocytoza w lekkim stopniu. W moczu

urobilina znikła, zawartość jednak bilirubiny krwi jest dość wysoka. Z innych objawów patologicznych, świadczących, że mamy tu do czynienia jedynie z remisją, zanotować należy: lekkie obrzęk stóp po chodzeniu, bardzo silna indykanurja i indykanemję (1,5 milgr. w litrze) oraz *achylia gastrica*.

Pozatem zwracają uwagę wydatne zmiany w jamie ustnej, na języku i błonie śluzowej policzków, warg i podniebienia w postaci czerwonych plam nie ostro ograniczonych, jakby obnażonych z nabłonka (*glossitis ulcerosa*, język Huntera). Zmiany te, skądinąd bardzo charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej, są stosunkowo bardzo rzadkie, częściej bowiem znajduje się zanik błony śluzowej języka albo pęcherzyki drobne, dające często drobne owrzodzenia z czerwoną obwódką.

Przypadek po za zmianami na języku zasługuje na uwagę głównie ze względu na momentalny prawie wynik działania przetoczenia krwi, którego w podobnych warunkach w żaden inny sposób osiągnąć się nie udaje. To też w przypadkach analogicznych zabieg ten jest nieoceniony, gdyż daje nam czas na dalsze leczenie chorego. W danym wypadku stosowane były śródżylne zastrzykiwania elektroferrolu. W niektórych jednak przypadkach przetoczenie krwi daje tak silny bodziec sprawie odnowy krwi, że ta ostatnia wraca prawie do stanu normalnego. O wyleczeniu jednak całkowitem, doszczętnem, mowy tu, przynajmniej na razie, być nie może; dotychczasowe obserwacje są dla oceny trwałości leczenia niezbyt liczne. (Streszczenie własne).

W dyskusji K n a s t e r mówi o wskazaniach do przetaczania krwi i o wpływie dodatnim tylko chwilowym tego zabiegu; G o l d f l a m sądzi, że akta tego zagadnienia leczniczego nie są bynajmniej skończone, wymagają wielu jeszcze doświadczeń i badań; B r e g m a n przypomina spostrzeżenia amerykańskich lekarzy o ujemnym, niekiedy działaniu cytrynowej krwi. B y c h o w s k i wątpi o skuteczności tej metody leczenia. Klejn w odpowiedzi podkreśla raz jeszcze, że właśnie natychmiastowa pomoc niewątpliwa, jaką okazuje przetaczanie krwi w ciężkich przypadkach niedokrwistości złośliwej i znacznej utraty krwi, już sama przez się przemawia na korzyść zabiegu. O swych dalszych spostrzeżeniach w tej dziedzinie badań leczniczych K. poda do wiadomości.

Lubelski—Podotoczkowe wycięcie nerki (2—przypadki). 2) Pokaz guza jelita biodrowego.

I. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy chorej B. W. lat 22, która zapadła na zdrowiu 8 miesięcy temu, gdy dostała bólu w prawym boku; zaczęła też wówczas często z bólem oddawać mocz, w którym wykryto dużo białka i ciałek ropnych



(laseczników grzłicy nie było, Chromocystoskopia wykazała, że lewa nerka jest zdrowa, a z prawego moczowodu wydzielają się do pęcherza wałeczki gęstej ropy. Chora gorączkowała. Rozpoznano — roponeercze. Operacji dokonano w uspieniu chloroformowem. Cięciem Guyon'a odsłonięto nerkę. Wobec mocnych zrostów otoczki włóknistej z tłuszczową powłoką i otaczającymi tkankami, nacięto otoczkę włóknistą a nerkę usunięto podotoczkowo. Podwiązać oddzielnie naczynia i moczowód nie udało się, to też na nóżkę nałożono tylko jedną jedwabną podwiązkę. Ranę zaszyto, pozostawiając jeden pasek w kierunku podwiązanej nóżki. Szew zdjęto po 7 dniach. Badanie nerki wykazało zmiany grzłicze.

II. Drugie spostrzeżenie dotyczy chorej 32 letniej. Już przed 10 laty, po porodzie, miała po raz pierwszy silne bóle w lewym boku, w okolicy nerki; trwały one wówczas kilka tygodni. Od 14 dni znowu silne bóle w tem samym miejscu. Chora gorączkowała. W moczu — białko, czerwone ciała krwi, a białych 50 w polu widzenia; wałeczki szkliste. Chromocystoskopia wykazała, że z lewej nerki wydziela się ropa, z prawej zaś nerki po 15 minutach sączy się mocz o zabarwieniu zielonem, a po 23 — 25 minutach o zabarwieniu słabo-niebieskiem — sprawność więc i prawej nerki była niedostateczna. Rozpoznano roponeercze lewej nerki. Wobec złęgo samopoczucia chorej, niedostatecznej sprawności prawej nerki, dokonano 29 XI 21 nacięcia lewej nerki. Jak się okazało, nerka ta w kształcie worka, o wielkości głowy małego dziecka, była wypełniona ropą. Do otworu operacyjnego wprowadzono dwa sączki gumowe. 10/III 22 — po czterech miesiącach, — chora się o tyle już poprawiła, że można, było przystąpić do usunięcia chorej nerki. Przy operacji, wobec silnych zrostów otoczki włóknistej z otaczającymi tkankami, udało się nerkę usunąć podotoczkowo, t. j. po nacięciu otoczki włóknistej; otrzewnę, naciętą w jednym miejscu, natychmiast zaszyto. Nóżka z naczyniami i moczowodem była tak krótka i szeroka, że nie udało się nałożyć podwiązki. Wobec tego na nóżkę nałożono zaciskadło Israel'a, odcięto nad niem nerkę i pozostawiono je na 4 doby. Rany nie zaszyto, jamę pooperacyjną wypełniono wyjałowioną gazą. Po zdjęciu zaciskadła krwawienia z nóżki nie było. (Wycięta nerka po usunięciu zawartości ropnej przeistoczyła się w woreczek wielkości małej pomarańczy).

Przebieg pooperacyjny dobry.

III. A. B. lat 43, od 6 tygodni silne bóle w prawej dolnej  $1/2$  brzucha. Nad lewym wiązadłem Pouparta palcem wyczuwa się guz twardy, ruchomy, o wielkości kurzego jaja. Badanie odbytnicy wziernikiem dało wynik ujemny. Operacja w uspieniu chloroformowem: cięciem po linii środkowej otwar-

to jamę otrzewnej; u wejścia do małej miednicy znaleziono guz jelita biodrowego, zrosnięty u góry z siecią, a u dołu z pęcherzem moczowym i z dnem małej miednicy.

Guz wycięto razem z otrzewną, gdyż oddzielić się nie dał, przyczem obnażone zostały po stronie prawej moczowód i nasieniowód. Na jelicie dokonano zespolenia boczno-boczno-go; w miejscu braku otrzewnej na dnie miednicy nałożono szwy. Ranę brzucha zaszyto, pozostawiono jedynie dwa paski w kierunku dna małej miednicy. Przez dwa dni po operacji — ciepłota do 37,8, lecz później była normalna. Zdjęto szwy na 10 dzień. Rychłozrost. Po dwóch miesiącach choro-go wypisano na żądanie jego z małą powierzchowną ranką.

Badanie guza wykryło w nim, jak świadczą okazane preparaty, budowę mięsaka o dużych komórkach okrągłych.

W dyskusji brali udział: Klejn, Goldflam, Szenkier i Lubelski.

**Krukowski. Przypadek układowego przewlekłego porażenia zewnętrznych mięśni oczu—*Ophtalmoplegia chronica externa*. (Z oddziału d-ra Bregmana).**

H. Ch. lat 35; cierpienie wystąpiło 8 lat temu, chory zauważył wówczas stopniowo wzmagające się opadanie lewej powieki i uwypuklenie lewej gałki ocznej. Mniej więcej od 6 miesięcy ma nieznaczne osłabienie k. k. g., szczególnie lewej. Od 6 tygodni bóle głowy w okolicy ciemieniowej. Przed 7 laty, jak również 6 tygodni temu, nieznaczne krwioplucie. Rodzice zmarli; 3-ej bracia zdrowi; nikt w rodzinie na choroby oczne, wzgl. zez, nie cierpiał. Dzieci nie miał. Pali, lecz umiarkowanie. Chorób wenerycznych, nadużycia wyskoku nie było.

St. ob. Wąły, źle odżywiony. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Nieznaczny obrzęk powiek. Zrenice równe; odczyn na światło oraz nastawienie prawidłowe. Opadnięcie lewej powieki. Dno oczu normalne. Siła widzenia pr. oka normalna, lew. —  $\frac{5}{15}$  Refrakcja w pr. oku normalna, w lewym niezborność krótkowzroczna. Pole widzenia prawego oka nieco zwężone dla koloru czerwonego. Przy patrzeniu na prawo oczopląs. Następnie stwierdzono porażenie mięśnia prostego zewnętrznego lewej gałki ocznej i niedowład pozostałych mięśni zewnętrznych obu gałek.

Lewa fałda nosowo-wargowa nieco wyglądzona. Nieznaczne odchylenie wysuniętego języka na lewo. Chory bardzo słabo marszczy czoło, szczególnie po lewej stronie. Nerwy twarzowe działają pod wpływem prądu stałego i przerywanego prawidłowo.

L. k. g. unosi *en masse* z większym wysiłkiem, niż pr. k. g.

uscisk l. ręki jest słabszy; w rozstawionych palcach widać lekkie drżenie. Odruchy okostnowe żywe.

Dolnymi k. k. włada z dostateczną siłą. Zaników mięśni nie stwierdzono. Odr. kol. i Achil. żywe, podeszwowe—b. słabe zginanie palców. Odruchy brzuszne zachowane. Czucie normalne. Wass. w krwi, płynie mózg.-rdz., Pirq. — ujemne. Rozpoznanie—wiądu rdzenia, przymiotu mózgu, myastenji, w których przebiegu występuje niekiedy porażenie mięśni gałek ocznych, możemy wyłączyć, gdyż brak innych stałych objawów powyższych cierpień. Ze względu na zajęcie jedynie n-ów III-IV-VI należy w danym wypadku rozpoznać przewlekłe porażenie jąder tych nerwów, a więc cierpienie, które Graefe w 1858 r. opisał—jako odrębną jednostkę chorobową, o niustalanej jednak dotąd jeszcze etjologii.

Przypadki takie, znane w piśmiennictwie pod nazwą *Ophthalmoplegia chronica externa*, wiązać się mogą z porażeniem w dziedzinie innych nerwów mózgowych oraz również i z bezwładem, względnie niedowładem, mięśni, unerwianych przez korzenie przednie rdzenia, a to na skutek cierpienia przewlekłego przednich rogów jego. I w naszym przypadku stwierdziliśmy niedowład w dziedzinie lew. nerwu twarzowego, pozatem chory ma uczucie osłabienia l. k. g., co i obiektywnie do pewnego stopnia ustalić się daje.

W dyskusji brali udział: Goldflam i Krukowski.

Landsberg. — O najnowszych metodach badania czynnościowego wątroby (Odczyt; przeznaczono do druku).

Abramowicz. Przyczynek do krwawej biegunki zwrotnikowej. (Streszczenie odczytu).

A. podaje na wstępie niezwykle wyczerpujący przegląd historii nauki o przyczynach krwawych biegunek, który świadczy, że już Herodot, Hippokrates, Galenus i w. inn. w starożytności zastanawiało się nad przyczynami tego ciężkiego cierpienia. Następnie A. omawia bardziej szczegółowo etjologję znanych obecnie postaci biegunek lasecznikowych i przechodzi z kolei do właściwego tematu — o biegunce krwawej, wywoływanej przez amebę Schaudin'a.

W wielu przypadkach krwawej biegunki nie znaleziono, jak wiadomo, laseczników, lecz pasożyty z gatunku pierwotniaków, które nazywają się *amebami*. Już w r. 1859 Lambl znajduje je w kale chorych, znajdował je Basch w Meksyku w r. 1869. Następnie spozrzegli je Cunvigham, Grassi i wielu innych.

Lösch, który znalazł amebę u chorego z krwawą biegunką, nazwał ją *amoeba coli*, lecz nie przywiązywał wielkiej wagi do obecności ameby w kale. Schulberg w 20 przypad-



kach biegunki, wywołanej za pomocą soli karlsbadzkiej, w 10 znalazł ameby. W 1883 r. Koch wykrył ameby w dyzenteryjnych ranach jelit i wygłosił swe zdanie, że bezwarunkowo ameby są sprawcami krwawej biegunki. Wątpliwość wielu badaczy co do patogenezы biegunki krwawej rozwiął w swych świetnych pracach Schaudin, którego imieniem nazwano wykrytą przez niego postać ameby. Uczony ten dowiódł, że, prócz rzadkich przypadków, gdzie znaleziono Bilharzianę i *Balantidium coli*, przyczyniają się do powstania biegunki krwawej: 1) stadium amebowe Chlamydophrys stercorea Cienkowskiego, 2) amoeba coli Löscha, 3) amoeba histolytica Schaudina. Chlamydophrys Cienkowskiego nie ma tu wielkiego znaczenia, gdyż rzadko się zdarza. Najwięcej zasługuje na uwagę amoeba Löscha, gdyż ona właśnie była przyczyną wielu nieporozumień naukowych, jako bardzo podobna morfologicznie do *amoeba histolytica*, odróżnia się od niej tem, że jest dla człowieka zupełnie nieszkodliwa.

Obecnie już bezsprzecznie wiemy, że w pewnych wypadkach krwawej biegunki sprawcami choroby są laseczniki, w innych zaś amoeba Schaudina, wskutek czego mamy do czynienia z dwoma rodzajami biegunki krwawej: lasecznikową i amebową.

Biegunka amebowa czyli dysenteria amoebica nazywa się jeszcze inaczej dysenteria tropica. Kolebką biegunki zwrotnikowej są wszystkie miejscowości, leżące na, nad i pod zwrotnikami; lecz najczęściej cierpienie to zdarza się i najpierw pojawiło się w Azji. Następnie już się zagnieżdżyło w całej Afryce, w północnej Australji, szerząc się endemicznie lub epidemicznie.

Ostatnio Jäger dowodzi, że amebowa forma biegunki krwawej zdarza się często endemicznie i na północy i na południu Europy, wojska bowiem europejskie zanosily ją z Azji często do Europy.

Rozwojowi biegunki zwrotnikowej sprzyja przedewszystkiem ciepło. Wilgotny, błotnisty grunt stanowi nadzwyczaj dodatni i sprzyjający czynnik; prawie wszędzie gdzie kwitnie zimnica, tam dobrze prosperuje biegunka zwrotnikowa. Wszyscy badacze są jednomyślni co do wpływu wody do picia na epidemję. Krwawa biegunka, jak i wiele innych zakaźnych chorób, należy do chorób wojennych. Rozumie się, że zimna woda oraz surowe owoce niemało też przyczyniają się do rozwoju tej choroby; tu głównym powodem jest niedostateczne wydzielanie się soku żołądkowego, wskutek czego pasożyty bez przeszkód mogą przejść do swego ulubionego miejsca, do grubych jelit.

Wykrycie ameb w kale nie jest zbyt trudne. Najlepiej odszukiwać je w świeżym, rzadkim kale i wtenczas są bardzo

ruchliwe. Kilkakrotnie A. przekonał się, że w nieświeżych wypróżnieniach ameby poczynają się poruszać, o ile dodawał do kropli rzadkiego kału kropelkę surowicy chorego; mniej wpływa dodawanie surowicy zdrowego człowieka.

O ile doświadczenie pokazuje, dotąd amoeba coli Löscha nigdy nie była swoistym sprawcą biegunki i nie jest w stanie przeniknąć do podśluzówki. Jednakże podkreślić należy, że ustrój nasz może się osłabić w długiej walce z niemi i że w pewnych warunkach, sprzyjających ich nadmiernemu rozwojowi, mogą się rozwinąć zaburzenia kiszkowe w postaci biegunki. Co się tyczy zaś *amoeba dysenterica* czyli inaczej *entamoeba histolytica* Schaudina, to wymiar podłużny jej także, jak i u amoeba Löscha, dochodzi do 0,005 mm. a szerokości do 0,003 mm. Wstanie spoczynku wyraźnie widzimy różnicę pomiędzy ekto i endoplasma; ektoplasma silniej załamuje światło; wypustki mają charakter li tylko ektoplasmy. Endoplasma ma charakter ziarnisty, dużo w niej znajdujemy jameczek, cząstki komórek, bakterje i t. d. Bardzo często zauważyć się daje w nich duża liczba białych i czerwonych ciałek krwi, co im nadaje odcień żółtawoczerwony. Za życia ameby nigdy w niej jądra się nie spostrzega. Na zabarwionych preparatach widzimy jaskrawą różnicę pomiędzy *amoeba coli* i *amoeba histolytica*. Te mają mało barwików i źle się barwią, amoeba coli zaś posiada wiele chromatyny, przez co z łatwością się zabarwia, przyczem jaskrawo występuje otoczka jądra.

Rozmnaża się amoeba histolytica poza ustrojem ludzkim za pomocą pączkowania, a w ustroju za pomocą bezpłciowego dzielenia się.

Przenikają ameby do ustroju ludzkiego przez usta, nos, lecz trzeba wziąć pod uwagę możliwość zarażenia się przez odbyt. Najczęstszym miejscem lokalizacji sprawy chorobowej są jelita.

Sposób drażenia ameb do tkanek jest jeszcze kwestją sporną. Niektórzy przypuszczają, że dzieje się ta sprawa przy spółdziale bakteryj; drudzy zaś przypuszczają, że ameby przeniknąć mogą do tkanek tylko w miejscach rozpadowych; przedostają się wówczas w najciasniejsze szczeliny. Roos przypuszcza na zasadzie swych doświadczeń, że działa tu jeszcze jakaś toksyna, która właściwym sobie sposobem niszczy tkanki, skąd też ameba Schaudina otrzymała nazwę *histolytica*.

Klinicznie przebiega z początku biegunka amebowa, jak i inne choroby zakaźne. Okres inkubacyjny trwa od 1 — 7 dni. Następnie sprawa chorobowa potęguje się w ciągu 1 1/2 2 tygodni.

Często w głębokich owrzodzeniach kiszek tworzą się



otwory i wywołują zapalenie otrzewnej; w innych zaś wypadkach chory ginie wskutek nieustających krwotoków; komplikują biegunkę amebową krwawą często ropnie wątroby, płuc i mózgu. Zdarzają się wypadki zupełnego wyzdrowienia, ale wogóle śmiertelność w biegunce zwrotnikowej jest dość wielka. Przeważnie choroba ta przebiega chronicznie. Przewlekła biegunka trwać może miesiące i lata i tak zniszczy ustrój chorego, że prawie zawsze wówczas kończy się śmiercią.

A. osobiście obserwował w klinice Odeskiej chorego, który cierpiął na biegunkę przewlekłą jako żołnierz od 1904 roku. A. obserwował go w 1910 r.; u chorego tego znalazł amebę Schaudina. Najlepiej udawało się obserwować ameby w ogrzewanej skrzyneczce, o ciepłocie od 20° do 34°C., wówczas A. spostrzegał, jak ameby wchłaniają pokarmy, zwłaszcza gdy do kropli kału dodać kroplę surowicy chorego.

Bardzo wysokiej ciepłoty ameba nie znosi, przy 42°C już nie zdradza objawów życia. Wychodząc z założenia, że na zasadzie klinicznych, biologicznych i anatomo-patologicznych przejawów biegunka amebowa ma dużo podobieństwa do innych chorób zakaźnych, A. przypuszczał, że ustrój wytwarzać prawdopodobnie również musi antitoksyny. Wielokrotne doświadczenia dały jednak A. ujemne wyniki; przeciwnie, ameby znajdują, jak się okazuje, w surowicy chorego podatny grunt dla swego rozwoju; doświadczenia z surowicą własnej krwi dawały A. wahania to w jedną, to w drugą stronę. Jeżeli nauka o tworzeniu się antitoksyn jest już obecnie rzeczą ustaloną, to winno to mieć miejsce również nie w mniejszym stopniu w ustroju, opanowanym przez ameby niż przez drobnoustroje. Nie posiadamy jednak dotąd dostatecznych danych szczegółowych biochemicznych działalności ameby, by o tem sądzić; być bowiem może, że ameby inaczej działają na nasze tkanki, niż drobnoustroje, choć pozornie wydaje się, że jednakowo. W czystym chloroformie ameby giną, lecz  $\frac{1}{2}$ ‰ chloroform, który zazwyczaj stosuje w celu wypędzenia tasiemców, nie ma wpływu na ameby. Sposoby utrwalania i barwienia ameb są rozmaite, lecz nie wszystkie jednakowo dobre. A. wypracował własną metodę barwienia ameby Schaudin'a, której szczegóły i korzyści podaje na podstawie 500 własnych doświadczeń.

A. zastrzykiwał wypróżnienia chorego swego kotom i psom, lecz oczekiwanych rezultatów nie otrzymał dla rozmaitych powodów. Niewątpliwie jednak doświadczenia na zwierzętach, z konieczności przerwane, potwierdziłyby oczywiście dane kliniczne,—wystarczające są zresztą i dane drobnowidowe.

Pod wpływem wysokich lawaty z taniną, nadmanga-



nianem potasu nastąpiło u chorego A. chwilowe polepszenie, lecz w ogólności stan jego wciąż się pogarszał. Po 2-ch miesiącach obserwacji A. stracił chorego swego z oczu i badań uzupełniających biologicznych nad tą niezmiernie ciekawą, a tak rzadką u nas chorobą, doprowadzić do końca z powodu wyjazdu nie mógł.

---

### **Sprostowanie omyłek ważniejszych w Zesz. III Kwartalnika.**

1). W artykule kol. Lewina na stron. 133 przy liczbach wykazu śmiertelności na 10,000 mieszkańców należy skreślić znaki procentowe;

2). W sprawozdaniu z demonstracji kol. Klejna o Endocarditis lenta (stron. 178 — 181) cały końcowy ustęp sprawozdania od 27-go wiersza z góry, na stron. 179, od wyrazu „Przebieg“ aż do dyskusji, powinien być się znajdować, jako zakończenie „Przypisku podczas druku“ na stron. 181, przyczym początek tego ustępu powinien brzmieć nie „Przebieg dalszy“, lecz „Przebieg powyższy“. — Omyłki te zmieniły sens streszczenia i przeinaczyły tendecje autora

---

---

## OD REDAKCJI.

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

---

---

### TREŚĆ NUMERU:

*H. Grynberg:* Wszczepianie tkanki tłuszczowej do jam kostnych po trepanacjach. — *P. Goldstein:* Przyczynę do zagadnienia: Uwięźnięcie czy zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinach. — *K. Horwitz i L. Prussak:* Sprawozdanie z działalności oddziałów psychiatrycznych w 1920 i 1921 r. ze szczególnem uwzględnieniem ruchu chorych. — *Sprawozdania z posiedzeń naukowych szpitala.*

---

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

*H. Grynberg:* La greffe du tissu graisseux dans les cavités osseuses après trépanation. — *P. Goldstein:* Contribution à l'étude: incarceration ou inflammation de l'appendice dans les hernies. — *K. Horwitz et L. Prussak:* Comptes rendus de l'activité du service des maladies mentales en 1920 et 1921 avec prise en considération particulière du mouvement des malades. — *Comptes rendus des séances cliniques à l'hôpital israelite à Varsovie.*

---

Redaktor: J. Rotstadt.

Komitet Redakcyjny: H. Altkauffer. 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. 507-05 Dr. H. Altkauffer.

---

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

---

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