

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH

W WARSZAWIE.

2  
1923

Tom II.

STYCZEŃ.

Zeszyt I.

WARSZAWA ===== 1923.

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.



# KWARTALNIK KLINICZNY

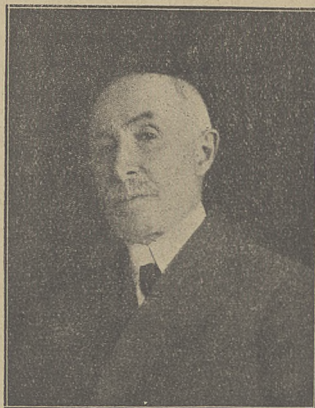
SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

## Ludwik Krause

(Wspomnienie pozgonne)

Urodzony w Kaliszu w r. 1856 tam też ukończył gimnazjum z odznaczeniem, a wydział medyczny w Warszawie w r. 1881 eximia cum laude. Już w czasie studiów uniwersyteckich wyróżniał się zdolnościami, niezwykłą pracowitością i został stypendystą uniwersytetu. Po ukończeniu wydziału lekarskiego wstąpił do Warszawskiego Szpitala Starozakonnych, w charakterze asystenta na oddział znanego wówczas chirurga Chwata, pod którego kierunkiem zaczął stawiać pierwsze kroki na polu praktycznej działalności chirurgicznej. Interesując się nieustannie żywym postępem nauk lekarskich, Krause począł z całą energją i zapalem młodzieńczym wprowadzać do pracy oddziału, tak owocne, jak się okazało, zasady asep-



Biblioteka Jagiellońska



1003046952



tyki. Przez długi czas był również i lekarzem miejscowym szpitala, lecz jednocześnie nie przestawał pracować z wielkim pożytkiem na oddziale chirurgicznym, wynikiem czego była znana jego praca naukowa z owych czasów: 200 przypadków tracheotomji przy krupie i błonicy u dzieci. (Gazeta Lekarska 1889 r.). W parę lat później—w r. 1894—dr. Krause porzuca czasowo pracę szpitalną i praktykę prywatną, udaje się do Dorpatu, gdzie po złożeniu egzaminów i obronie rozprawy uzyskuje stopień doktora medycyny. W r. 1896 Krause zostaje mianowany ordynatorem oddziału chirurgicznego w Szpitalu Starozakonnych na miejsce ustępującego dra. Chwata. Z chwilą uzyskania samodzielnej placówki rozpoczyna się okres płodnej Jego pracy naukowej. Przez długie lata działalności swej w szpitalu Krause ogłasza szereg prac z dziedziny chirurgji klinicznej, których spis podajemy niżej. Wiedzę swą stale poszerza i uzupełnia, korzysta z każdej sposobności, aby w czasie urlopów wypoczynkowych odbyć studia w klinikach zagranicznych, w Paryżu, Londynie, Berlinie i Wiedniu. Zdobyte po takich podróżach doświadczenie i wiedzę stosuje w pracy szpitalnej, dzieli się nią stale z kolegami, bądź to na posiedzeniach sekcji chirurgicznej Warsz. Towarzystwa Lekarskiego, którego był czynnym członkiem, bądź też na posiedzeniach klinicznych w szpitalu. Każde przemówienie Krausego cechowała szeroka wiedza, wielkie doświadczenie lekarza-praktyka i dokładna znajomość piśmiennictwa polskiego i obcego.

Poprzez długie lata współpracy mojej pod światłym kierownictwem nieodżałowanego Kolegi dane mi było ocenić wielkie zalety chirurga tej miary, jakim był Krause: Jego znanstwo, umiejętność trafnego rozpoznawania najzawilszych i najtrudniejszych spraw chorobowych, jakich szpital wogóle dostarcza chirurgowi.

Wielkie kliniczne doświadczenie, głęboka wiedza, oparta na trwałych podstawach, ostrożność w stawianiu wskazań do operacji, dokładne, subtelne, bardzo ostrożne zawsze wykonanie — były właściwą cechą każdego postępowania Krausego, jako lekarza-chirurga.

Lecz nie tylko wykonany rękoczyn, jako taki, interesował Krausego, pilną bowiem zwracał uwagę w stopniu niemniejszym

na przebieg i dalsze traktowanie każdego chorego, stosując zawsze zasadę: *Salus aegroti — suprema lex esto*. Żywo zachowam w pamięci, jak Krause przejmował się każdym trudniejszym przypadkiem, każdą bardziej zawiłą dokonaną operacją, po której niepokój o dalsze losy chorego nieraz, jak sam mawiał, snu go pozbawiał.

Cichy, zrównoważony, nie szukający rozgłosu, nie znający pychy ani blagi, Krause dla chorych był nadzwyczaj wyrozumiały, łagodny i cierpliwy, był też przez nich ogromnie lubiany i cieszył się niezwykle ich zaufaniem.

Codzienna praca pod kierunkiem tak światłego chirurga, codzienna wymiana myśli przy łożu chorego, wspólne spostrzeżenia — przynosiły stale wielkie korzyści współpracownikom Jego, budziły otuchę i zapal do pracy.

Niespożyta Jego energia czynu, wytrwałość i pracowitość załamały się nagle przed kilku miesiącami, gdy podstępny wróg, głęboko ukryte nieuleczalne cierpienie powstało w organizmie Jego, nie rokując już żadnej nadziei powrotu do zdrowia i poprzedniej pracy. Przykuty do łoża najwięcej cierpiał nad swą bezczynnością, nad tym, że nie może być nadal pożytecznym członkiem społeczeństwa. Nie dane Mu było rozpocząć pracy w nowym pawilonie chirurgicznym, lecz do ostatnich niemal chwil życia interesował się żywo sprawami oddziału i dawał wskazówki kierownicze. Zmarł dn. 21 grudnia 1922 r. W zgasłym Ludwiku Krause szpital ponosi ciężką stratę, ubył bowiem znów jeden z najbardziej wykształconych lekarzy jego i dzielny, niezwykle doświadczony, utalentowany chirurg.

Cześć pamięci niezapomnianego, wysoko dzierżącego sztandar nauki polskiej lekarza, wytrwałego kierownika oddziału, prawego człowieka i prawdziwego obywatela kraju, dla którego przez całe swe mozolne i ciężkie życie pracował.

*Henryk Grynberg.*

## Spis prac Ludwika Krausego

1) Rana czaszki, bezwład połowiczny lewy, zranienie zatoki podłużnej górnej (Gaz. Lek. 1886.)

2) 2 przypadki zgorzeli narządów płciowych u mężczyzny (Gaz. Lek. 1886 r.)

3) 2 przypadki cięcia podbrzusznego (Gaz. Lek. 1887 r.)

4) Parę uwag o oderwaniu kiszek od krezki (Gaz. Lek. 1888 r.)

5) 200 przypadków tracheotomji przy krupie i błonicy u dzieci (Gaz. Lek. 1889 r.)

6) Całkowite wrodzone wypadnięcie macicy, tarń dwudzielna (Medycyna 1897 r.)

7) O drewnowatym nacieczeniu zapalnym tkanki łącznej (Medycyna 1899 r.)

8) Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego. 1) hernie par glissement. 2) hernia cruralis — proc. vermicularis (Medycyna 1901 r.)

9) Z chirurgji oczodołu pozagałkowego. Przegl. Chir. i Ginek. 1911 roku.

10) Przyczynki do patologji przydatków sieciowych (Medycyna 1911 r.)

11) O leczeniu operacyjnem wypadnięć odbytnicy. (Przegląd Chirur. i Ginek. 1913 r.)

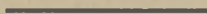
12) Przypadek uszkodzenia pociskiem wybuchającym, rzuconym z aeroplanu (Medycyna 1915 r.)

13) W sprawie pęknięcia pęcherzyka żółciowego do jamy brzusznej. (Medycyna)

14) O wnętrstwie i jego leczeniu. (Medycyna)

15) Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. (Medycyna)

16) Przyczynek do kazuistyki zwicznień bocznych przedramienia. (Medycyna)





# O niektórych nowszych sposobach czynnościowego określenia niedomogi wątroby

podał

**Marceli Landsberg,**

Asystent II Kliniki chor. wewn. U. W. (Kierownik: prof. dr. K. Rzętkowski).  
(Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym Szpitala  
na Czystem dn. 3/III 1922).

---

Piśmiennictwo lat ostatnich obfituje w prace, dotyczące patologji, diagnostyki oraz fizjologii wątroby. Dzieje się to przede wszystkim wskutek wzmożonego zainteresowania sprawami medycyny teoretycznej, nieco zarzuconej podczas wojny; powtórę, z rozmaitych powodów częściej spotykamy się z takimi, stosunkowo rzadkimi schorzeniami wątroby, jak ostry żółty zanik, zaznacza się jednocześnie dotychczas nieco zagadkowy stosunek wątroby do cierpień wielkich jąder mózgowych. W wątrobie widzimy obecnie jeden z narządów, biorących żywy udział w powstaniu wstrząsu anafilaktycznego.

Oto są, zdaniem moim, czynniki, wysuwające sprawy patologji oraz fizjologii wątroby na pierwszy plan. Dlatego też w ostatnich czasach powstał szereg nowych prób, pozwalających na stwierdzenie klinicznie niewidocznych lub niejasnych, a jednak ważnych, stanów niedomogi wątroby. Sprawa ukrytych cierpień wątroby posiada bardzo poważne praktyczne znaczenie. Znaną jest przecież zmniejszona tolerancja osobników, ucierpiących na wątrobę, do salwarsanu, oraz chloroformu. Częste są przypadki cierpień wątroby lub sąsiednich narządów, w których zwykle metody badania nie pozwalają na dokładne umiejscowienie ich. Z tych względów właśnie diagnostyka czynnościowa cierpień wątroby jest oddawna przedmiotem ciągłych prób w kierunku jaknajczulszych a zarazem łatwych sposobów ujawnienia niedomogi tego narządu.

Jednym z najjaskrawszych przejawów schorzenia wątroby jest zaburzenie jej działalności żółciotwórczej. Fizjologia sprawy tej przedstawia się w sposób następujący: komórka wątrobową wydziela żółć do kanalików żółciowych, które przez prze-

wód żółciowy wylewają swoją zawartość (pośrednio, przez pęcherzyk żółciowy lub wprost) do dwunastnicy. Bilirubina, barwik swoisty żółci, utlenia się, tworząc biliwerdynę. Nieco dalej, bo w jelicie grubym, dzięki działalności flory jelitowej, barwiki żółciowe ulegają redukcji i zmieniają się na cały szereg pochodnych bilirubiny, ujętych razem pod jedną nazwą urobiliny. Owa urobilina w 1wiej części ulega wydaleniu wraz z kałem, reszta zaś wchłania się i z krwią żyły wrotnej wędruje do wątroby. Wątroba zdrowa większą część urobiliny zużytkowuje na własne potrzeby, wytwarzając z niej bilirubinę lub też wydzielając ją, jako taką, wraz z żółcią do jelita; tylko, bardzo nieznaczna część urobiliny nie zostaje zatrzymana w wątrobie i przenika do krwiobiegu głównego, a stamtąd do moczu.

W moczu człowieka zdrowego znajdujemy tylko minimalne ilości tego barwika, nie ujawniające się przy badaniu za pomocą prób Schlesingera oraz Ehrlicha. To też stwierdzenie wydatnego odczynu na urobilinę, wzgl. na macierzystą jego bezbarwną substancję (leukobazę), wskazuje na zaburzenie działalności wątroby, na jej niesprawność względem tych ilości barwika, które dopływają do niej z jelita. Naturalnie, w tych przypadkach, kiedy przy zdrowej wątrobie, skutek np. wzmożonego rozpadu krwi, występuje t. zw. plejochromja, to jest hyperbilirubinocholia, a w jelitach wytwarzają się zbyt wielkie masy urobiliny, to nawet i zupełnie zdrowa wątroba nie jest w stanie podolać tej wzmożonej pracy przyswajania tego barwika i znaczną jego część wyrzuca do krwi.

W ten sposób urobilinurja, wzgl. urobilinogenurja, w tych przypadkach, kiedy to z pewnością możemy wyłączyć jakieś lokalne czy ogólne sprawy hemolityczne, wskazuje przynajmniej na czynnościową niedomogę wątroby.

Jest to próba nadzwyczaj czuła i nie występuje tylko w tych przypadkach cierpień wątroby lub dróg żółciowych, kiedy dopływ żółci do jelita jest uniemożliwiony. Trzeba zastrzec, że wyżej wspomniane ujęcie jelitowego pochodzenia urobiliny nie jest ogólnie przyjęte, jednakże wszelkie zarzuty, wskazujące na tworzenie się urobiliny i nie w jelitach, należy uważać za pozbawione wartości klinicznej. Ten fakt, że cza-



sami, w przypadkach niedrożności kompletnej przewodów żółciowych, występuje urobilinurja, można zrozumieć, jeżeli weźmie się pod uwagę, iż w przypadkach tych dochodzi do znacznego przeżółcenia wszystkich tkanek, a więc i jelita grubego. Mimo więc zupełnej niedrożności przewodu kał ulega nieznaczniemu uzabarwieniu przez zredukowaną bilirubinę, t. j. urobilinę; barwik ten, wskutek schorzenia wątroby, nie zostanie przez nią odpowiednio spożytkowany i ukaże się w moczu. Musimy jednak a priori przypuścić, iż istnieją takie stany względnej niedomogi wątroby, w których narząd ten okaże się wydolny względem niewielkich ilości urobiliny, powstających w jelitach. Kiedy tylko ilość ta wzrośnie a wątroba okaże się zmuszoną do przerobienia większych mas urobiliny, wydolność jej lub niewydolność wystąpi jaskrawiej i nawet w tych przypadkach tej niewidocznej niedomogi wątroby, w których urobilina w moczu nie występuje samoistnie, zjawia się ona po sztucznym zwiększeniu barwików żółciowych w kanale pokarmowym. Że takie stany istnieją, wykazały badania moje nad całym szeregiem przypadków, wykazujących urubilinurję po spożyciu 2 gramów suszonej żółci. Okazało się, że ilość ta nie wystarcza dla powstawania urobiliny w moczu u ludzi zupełnie zdrowych, podczas kiedy nawet już dłuższe zażywanie salicylatów, atofanu, kilkakrotny zastrzyk soli rtęciowej, salwarsan, powodują dodatni odczyn w moczu na urobilinę wzgl. na urobilinogen, i odczyn ten częstokroć występował dopiero po spożyciu 2 gramów żółci.

Naturalnie w przypadkach tych nie było mowy o jakimś schorzeniu mięszu wątrobowego, próba bowiem moja wykazała pewną czynnościową niewydolność, wykazując szkodliwość dla wątroby niektórych środków leczniczych. Większego klinicznego znaczenia próba owa nie posiada ze względu na zbytnią jej czułość. Mimo to Falta oraz jego współpracownicy okazali się zbyt wielkimi zwolennikami próby żółciowej, przypisali sobie jej autorstwo oraz, nieco później, zmodyfikowali ją, wskazując na ciekawy teoretycznie fakt, iż nietylko gotowa bilirubina (w podawanej żółci), ale i barwik roślinny, chlorofil, zamienia się w ustroju na urobilinę i w przypadkach niedomogi wątroby przechodzi do moczu.

Daleko ważniejszą klinicznie okazała się próba Hijmannsa v. d. Bergha, polegająca na łatwym sposobie określenia przeżółcenia krwi. Polega ona na stwierdzeniu wzmożonej ilości bilirubiny we krwi i początkowo wykonywana była w ten sposób, iż do odbiałczonej za pomocą wysoku surowicy krwi dodawano pewną ilość mieszaniny  $1/2^0/0$  kwasu sulfanilowego oraz  $1/2^0/0$  azotanu sodu. Bilirubina, łącząc się z tym związkiem dwuazowym, powoduje wystąpienie czerwonego barwika dwuazobilirubiny. Przez porównanie z odpowiednio przyrządzonym roztworem rodanku żelaza można otrzymać przy zastosowaniu kolorymetru Autenrietha pewne dane co do ilości bilirubiny. Naturalnie, określenie to za zupełnie ściśle uważane być nie może, wystarcza jednak dla celów kliniki. Badania H. v. d. Bergha oraz innych wykazały, że surowica krwi człowieka zdrowego zawiera 0, 3/200,000 bilirubiny.

Przy ilości bilirubiny, odpowiadającej 1, 0/50,000, przechodzi ona do moczu. Widzimy więc, że bilirubinuria jest późniejszym objawem schorzenia wątroby, aniżeli stwierdzenie wzmożonej ilości tego barwika we krwi. Ilościowa próba v. d. Bergha jest bardzo czuła i, rzecz oczywista, z punktu widzenia rozpoznawczego może być stosowana z pożytkiem tylko w tych przypadkach cierpień wątroby, kiedy objawy jak urobilinuria, widoczna żółtaczka i inne kliniczne przejawy schorzenia wątroby, nie występują. Daleko większe znaczenie przypisują nie ilościowemu określaniu bilirubiny w surowicy krwi, a jej rozmaitemu odczynowi na związek dwuazowy w zależności od tego, czy reakcja ta odbywa się bezpośrednio, w surowicy nieodbiałczonej, czy też pośrednio, w surowicy, pozbawionej białka za pomocą wysoku. Według Hijmannsa próba bezpośrednia, t. j. surowicy nieodbiałczonej, występuje w przypadkach t. zw. żółtaczki mechanicznej (Hijmans), podczas gdy spóźnione jej występowanie lub zjawianie się jej tylko w surowicy odbiałczonej, świadczy o „dynamicznym” (Hijmanns) charakterze tej bilirubinemji. Innymi słowami: odczyn Hijmannsa w surowicy odbiałczonej zjawia się w przypadkach każdej żółtaczki, podczas gdy surowica nieodbiałczona zabarwia się na czerwono pod wpływem związku dwuazowego tylko w przypadkach t. zw. żółtaczki mechanicznej. Sprawa ta ma

nadzwyczaj doniosłe teoretyczne znaczenie ze względu na panujące obecnie poglądy na powstawanie żółtaczek.

Z jednej strony mamy do czynienia z przezłożeniem krwi, spowodowanym przez przejście barwików żółciowych z kanalików żółciowych do krwi; dzieje się to w sprawach schorzenia ścian kanalików żółciowych, ulegających zwyrodnieniu, w stanach zastoinowych (niedrożność przewodów żółciowych) lub też wskutek zmian chorobowych w samej komórce wątrobowej wydzielających żółć nie do kanalików tylko, lecz i naczynek krwionośnych (Paracholia). W przypadkach takiej „mechanicznej” żółtaczki mamy do czynienia z cholemią par excellence: we krwi zwiększa się nie tylko poziom bilirubiny, ale i innych składników żółci, jak cholesteryna oraz sole kwasów żółciowych. Taki „*icterus e retentione et e destructione*” (Eppinger) jest więc skutkiem cierpienia wątroby lub dróg żółciowych i w tą więc stronę winna być skierowana terapia podobnych stanów. Inaczej przedstawia się sprawa w tych przypadkach, kiedy hiperbilirubinemia nie jest połączona z cholemią, kiedy żółtaczka spowodowana jest nie przez przejście gotowej, wątrobowej żółci z kanalików żółciowych do krwi, a przez nagromadzenie we krwi jedynie bilirubiny pochodzenia, według Hijmannssa, Eppingera, Ashoffa i innych, nie wątrobowego. Według bowiem tych autorów, w przeciwieństwie do poglądów szkoły Naunyna oraz Minkowskiego, sprawa powstawania bilirubiny przedstawia się mniej więcej następująco: wskutek rozpadu czerwonych ciałek krwi, odbywającego się przeważnie w śledzionie, barwik krwinek — hematyna — już *in loco*, w samej śledzionie, ulega zamianie na bilirubinę. Bilirubina ta dopływa do wątroby i przez komórki Kupfferowskie zostaje w stanie gotowym podana tkance wątrobowej. Pogląd ten poparty jest przez liczne badania doświadczalne na zwierzętach oraz stany żółtaczkowe u ludzi, objęte przez Hijmannsa nazwą „*icterus dynamicus*”. Do kategorii tej należą: t. zw. żółtaczka hemolityczna, żółtaczka przy niedokrwistości złośliwej oraz żółtaczka noworodków. Rozróżnienie tych 2 typów żółtaczek, dynamicznego i mechanicznego, jest bardzo trudne. Przeciw dynamicznemu pochodzeniu żółtaczki przemawia obecność kwasów żółciowych w moczu: nieobec-



ność ich, wobec niedostatecznie czułych sposobów ich wykrywania, niczego nam nie dowodzi. Według Hijmansa, Lephe i innych odczyn bezpośredni surowicy krwi (czerwone zabarwienie po dodaniu do rozwodnionej surowicy związku dwuazowego) w żółtaczkach typu dynamicznego nie występuje, byłoby to wielkim ułatwieniem, gdybyśmy na mocy tej reakcji mogli rozróżniać te dwa typy żółtaczek. Ale ostatnio, z różnych stron, podnoszą się poważne zarzuty, dotyczące nietylko samego mechanizmu postawiania bezpośredniej reakcji, nietylko samej wartości odczynów w sprawie rozróżniania tych dwóch typów, ale i poddające w wątpliwość sprawę istnienia takiej dynamicznej, niewątrobowej żółtaczki. Ostatnie badania Brulé, Rice Rich,<sup>1)</sup> Rosenthal'a i Fischer'a oraz Adlera i Straussa kwestionują wogóle istnienie żółtaczki, wynikającej z nie-domogi li tylko aparatu retikuloendoteljalnego wątroby (Komorńki Kupffera) i uzależniają szybsze lub wolniejsze występowanie odczynu Hijmansa od stanu ciał białkowych surowicy, ulegających w poważniejszych cierpieniach wątroby daleko idącym zmianom. Zdarza się np., że jeden i ten sam chory wykazuje dodatnią bezpośrednią reakcję, a czasem zaś tylko pośrednią.

Widzimy więc, że stwierdzenie bezpośredniego czy pośredniego odczynu dwuazowego nie jest tak bardzo dokładnym środkiem rozpoznawczym w sprawach rozmaitych typów żółtaczek, których istnienie zresztą jest poważnie zakwestjonowane (przynajmniej ich wartość kliniczna). Próba więc van der Bergha pozostanie w klinice, jako łatwy sposób określania ilościowego bilirubiny we krwi, a wybitniejszy odczyn dwuazowy, pośredni, czy bezpośredni, nawet wobec braku bilirubinurji, świadczy o jakimś schorzeniu wątroby i właśnie w tych przypadkach niejasnych cierpień wątroby zastosowanie próby Hijmansa v. d. Bergha oddaje usługi niezaprzeczone.

Na odmienne zgoła tory wkroczył Widal w poszukiwaniu nowych i dokładnych sposobów wykrywania nie-domogi czynnościowej wątroby. Według jego poglądów zespół objawów anafilaktycznych ze strony krwi spowodowany jest przez obecność „obcego“ białka w sokach usrtouju. Zespół ten, owa „crise hémoclasique“ polega na leukopenji, limfocytozie, spadku

ciśnienia krwi, spadku wskaźnika refraktometrycznego surowicy krwi oraz na pewnym wzmożeniu jej krzepliwości. Białko pokarmowe ulega w jelitach dalego idącemu rozpadowi, a albumozy oraz peptony, jako pochodne tego białka, przedostają się z krwią żyły wrotnej do wątroby.

Otóż w wątrobie człowieka zdrowego owe „peptony“ ulegają zatrzymaniu, „proteopeksji“, w razie zaś niedomogi tego narządu, zdolność proteopektyczna zanika, i do krwiobiegu głównego przedostają się wprowadzone do ustroju z pokarmem ciała białkowe, wzgl. ich pochodne, peptony. Są to ciała niezasymilowane, a więc obce, i wskutek tego zakłócają one wzajemną równowagę koloidów ustroju, wywołując wstrząs „koloidoklastyczny“, którego przejawy (ze strony krwi oraz naczyń krwionośnych) ujęte zostały w jeden zespół, nazwany przez Widala „crise hémoclasique“. Najważniejszym oraz najbardziej dostępnym dla badania klinicznego jest jeden z objawów tego zespołu, mianowicie, leukopenja. Praktycznie sprawa przedstawia się w sposób następujący: pacjent spożywa naczczo 300 cm. sz. mleka, przedtem i w  $1\frac{1}{2}$  godziny po spożyciu oblicza się liczbę białych ciałek krwi w 1 mm. sz. krwi. O ile liczba leukocytów zwiększa się lub pozostaje bez zmiany mamy, według Widala, do czynienia z zupełnie zdrową wątrobą, wszelkie bowiem jej cierpienia odbijają się na sprawności proteopektycznej względem białka pokarmowego, którego pochodne peptony, przechodzą niezatrzymane przez uszkodzony filtr wątroby, i, jako ciała obce, powodują wstrząs i w ten sposób powstaje leukopenja.

Sprawę „crise hémoclasique“ omówiłem nieco obszerniej na innym miejscu, wskazując na jej niedostateczne teoretyczne uzasadnienie. Wstrząs ów bowiem nie jest skutkiem jakiegś koloidoklazi, a leukopenja trawienna nie wynika zupełnie z obecności „obcych“ ciał białkowych: jest ona raczej przejawem nadwrażliwości wątroby na wszelkie pokarmy, nadwrażliwości występującej szczególnie dobitnie po spożyciu białka, jako ciała, wymagającego szczególnie wzmożonej pracy tego narządu. Dla wątroby wydolnej spożycie 200 cm. sz. mleka nie przedstawia żadnych trudności asymilacyjnych, wątroba zaś chora na dawkę tą odpowiada zaburzeniem w uznacznieniu swym,

co doprowadza do jej przekrwienia i tym samym do wzmożonej pracy w pewnym kierunku. Jednocześnie w naczyniach jej stwierdzamy leukocytozę, a stąd powstaje leukopenja obwodowa.

Co się zaś tyczy wartości praktycznej próby Widala, jako środka rozpoznawczego, należy podkreślić, że występuje ona nie we wszystkich cierpieniach wątroby, że właśnie w przypadkach nieznacznej niedomogi tego narządu, ujawnionego za pomocą innych sposobów rozpoznawczych, leukopenji pokarmowej stwierdzić nie możemy. Z drugiej zaś strony brak jej częstokroć w szczególnie ciężkich przypadkach niewydolności wątroby. Pozatym znane są stany chorobowe, nie dotyczące wątroby, które również wykazują pokarmową leukopenję. (Astma oskrzelowa, rozmaite stany nierównowagi w układzie nerwowym samoistnym oraz współczulnym). Wszystkie te dane zmniejszają wartość kliniczną próby Widala: jest ona bardzo ograniczona i według Umbera polega na tym, że w tych przypadkach cierpień wątroby, w których ona występuje, rozmiar leukopenji t. j., stopień spadku leukocytów, odpowiada natężeniu sprawy chorobowej w wątrobie. Innymi słowami: im większa niedomoga tym znaczniejszy spadek leukocytów.

Nie poruszam tutaj prób określenia niedomogi wątroby za pomocą t. zw. chromocholoskopji (określania szybkości wydzielania zastrzykniętych barwików obcych w soku dwunastnicowym). Próba ta, zarówno jak i podana przez Lemierre'a próba, polegająca na braku normalnie występujących kropelek tłuszczu (Hemokonje) w surowicy krwi po spożyciu tłuszczów, nie zdołała wykazać poważniejszej wartości klinicznej. Stosuje się to również i do próby Roger'a, polegającej na utracie zdolności niewydolnej wątroby do wiązania kwasu glukuronowego.

Jak widzimy z powyższego, sprawa określania czynnościowej niedomogi wątroby poczyniła w ciągu lat ostatnich znaczne postępy. Omówione tutaj próby nowsze wraz z próbami na lewulozę oraz galaktozę zdołają w wielu przypadkach okazać pomoc w rozpoznawaniu różniczkowym cierpień wątroby, w stwierdzeniu jej niedomogi oraz mogą z pewnym zastrzeżeniem nawet i stopień owej niedomogi określić. Mimo to dalecy jesteśmy od tak ścisłych metod badania, jakimi rozporządzamy np. w zakresie chorób nerkowych.



W ostatnim przypadku, narzykład, stwierdzenie, dajmy na to, znaczniejszego stopnia azotemji powstrzymuje nas od zabiegu operacyjnego. A właśnie ze względu na dość wysoką śmiertelność operacyjną w powiklanej np. kamicy powinniśmy rozporządzać pewnemi danemi, pozwalającemi na określenie ilościowej niedomogi, której znaczniejsze natężenie mogłoby stanowić takie same przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego, jakim jest stwierdzenie ilości mocznika we krwi, przewyszającej 100 mg.. Takiej ilościowej próby nie posiadamy i zadaniem blizkiej przyszłości jest właśnie jej wykrycie. \*)

---

## **W sprawie torbielowatości gazowej jelit (Pneumato- sis cystoides intestinorum)**

podał

**Paweł Goldstein**

Starszy asystent oddziału chirurgicznego

---

Pneumato-*s*is cystoides intestinorum należy do cierpień niezmiernie rzadkich i mało znanych szerszemu ogółowi lekarzy. Przyczyna tego zachorzenia nie jest jeszcze dokładnie ustalona; spór między zwolennikami teorii mechanicznej i teorii infekcyjnej trwa wciąż jeszcze. Natomiast zmiany anatomopatologiczne obrazu chorobowego są tak charakterystyczne, że wystarczy raz preparat odpowiedni zobaczyć, aby zapamiętać je na zawsze.

A oto szkic historii choroby w spostrzeżeniu moim.

42-letniego Sz. G. przyjęto do szpitala z objawami zwężenia oddźwiernika. Od 15 lat cierpiał on już na rozmaite dolegliwości

---

\*) Powyżej skreślone streszczenie odczytu mojego odbiega nieco od jego pierwotnej treści. Od tego bowiem czasu zaszły dość poważne zmiany w poglądach zarówno na próbę Hijmannsa v. d. Bergha, jak i na „crise” Widala. Dlatego też uważałem za stosowne poczynić pewne zmiany w ocenie obu tych prób.

żołądkowe i był poddany wszelkim kuracjom, stosowanym przy leczeniu wrzodu okrągłego żołądka (głodowej, mlecznej, bizmutowej)—ostatnio rozwinął się typowy obraz rozszerzenia żołądka na tle zwężenia oddźwiernika. Chory nauczył się wprowadzać zgłębnik, 1—2 razy dziennie sam opróżniał sobie żołądek, poczym odczuwał natychmiast ulgę. Mimo tego stan chorego zwolna, lecz stale, się pogarszał; skłoniło go to w końcu do zgody na operację.

W szpitalu nie stwierdzono w sercu i w płucach zmian; mocz był normalny; nie było w brzuchu ani nierówności, ani guzowatości, natomiast zarys dużej krzywizny żołądka widoczny był aż nad spojeniem łonowym.

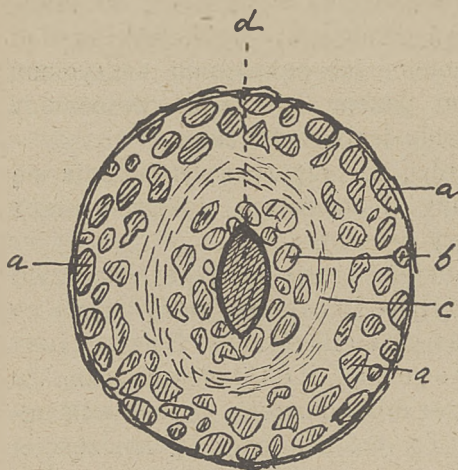
16 VI 22 r. wykonano laparatomję w uśpieniu chloroformowo-eterowym, a celem operacji była gastroenterostomia. Cięcie wykonano po linii środkowej, powyżej pępka, długości 10 ctm. Po otwarciu otrzewnej w ranie ukazał się twór poprzecznie leżący, przypominający rozszerzone jelito grube, a pokryty jakimiś pęcherzykami. Guzowatą kışkę wyciągnięto na zewnątrz i wtedy dopiero z trudem rozpoznano, że jest to niezwykle zniekształcone na przestrzeni około  $\frac{3}{4}$  metra jelito cienkie. Na ścianie jelita, tuż pod surowiczkówką i głębiej, widoczne były pęcherzyki wielkości od ziarnka prosa do wymiaru grochu i większe, gęsto rozsiane na całej powierzchni jelita. Na krezce pęcherzyki były tylko widoczne w miejscu, przyrośniętym do jelita. W pierwszej chwili sądziłem, że mamy do czynienia z torbielomięsakiem rozsianym jelita; zadziwiła jednak lekkość tego odcinka kışki, pętla ta bowiem leżała w jamie brzusznej wysoko, przed żołądkiem.

W okolicy oddźwiernika stwierdzono dużą bliznę promienistą po przebytych wrzodzie okrągłym żołądka. Pokrytą pęcherzykami część jelita cienkiego wyciąłem poniżej miejsca rezekcji, złączyłem kışkę z żołądkiem (Gastroenteroanastomosis), a górny odcinek zamknąłem. — Warunki topograficzne układu wzajemnego organów jamy brzusznej uległy takiemu powikłaniu przez zmiany jelita cienkiego, jego położenie patologiczne przed żołądkiem i tak wysoko w podbrzuszu, ze skręceniem w krezce tak dalece utrudniły orjentację w tym ciemnym wówczas dla mnie przypadku, że błędnie zeszyłem światło jelita, co spowodowało późniejsze (po 2 dniach) objawy niedrożności. Pod wpływem przemywań żołądka i jelit objawy te jakgdyby ustępowały, lecz stan chorego jednak pogarszał się i w  $3\frac{1}{2}$  tygodnia po operacji chory zmarł z powodu przewlekłej niedrożności kışek. Nawet na stole sekcyjnym z trudem udało się rozwikłać i wyświetlić całą sprawę.

*Pneumatosis cystoides intestinorum* jest postacią chorobową znaną od dość dawna (Mayer Hufelands Journal 1825), ale spotykaną u ludzi niezmiernie rzadko, a znacznie częściej u świń. Jelito ma bardzo charakterystyczny wygląd (Rys. I),

jest wybitnie rozszerzone z powodu znacznego zgrubienia ściany jelita (a nie poszerzenia światła jego) oraz usiane niezmierną liczbą rozmaitej wielkości pęcherzyków gazowych w surowiczości lub pod nią. W miarę dalszego rozwoju procesu, zresztą bardzo przewlekłego, pęcherzyki w otoczce surowiczości ulegają rozciągnięciu, wydłużeniu nakształt polipów lub winnych gron gęsto zwisających: są one napelnione gazem lub

Rys. 1



Przekrój poprzeczny jelita.

- a—pęcherzyki w warstwie podsurowiczej
- b—pęcherzyki w warstwie podśluzowej
- c—warstwa mięśniowa
- d—światło jelita.

nie zapalającą się mieszaniną gazów, bez jakiegokolwiek zapachu. Na kresce pęcherzyki tworzą się rzadko. — Przy badaniu drobnowidowym stwierdzamy, że pęcherzyki gazowe znajdują się w podśluzówce (w samej śluzówce niema ich nigdy) i pod błoną surowiczą jelita. Ściany pęcherzyka mają budowę ścian drobnych naczyń krwionośnych, lecz brak im włókien elastycznych. Często daje się stwierdzić połączenie pęcherzyka gazowego z naczyniami chłonnymi jelita. W podśluzówce widać pęcherzyki gazowe częściej lub zupełnie zapadłe z dużą liczbą limfocytów i komórek olbrzymich. Za dalszy okres rozwojowy tej choroby uważać należy pęcherzyki, wypełnione młodą tkanką ziarninową, która stopniowo prowadzi do wytworzenia blizny, jako zakończenia bardzo przewlekłego, a przypominającego zapalenie odczynowe, procesu. — Podśluzówkowe blizny te wciągają śluzówkę i widoczne są od strony światła jelita. Gdy w jednym jakim miejscu proces się skończy, na dalszych odcinkach кишки tworzą się nowe pęcherzyki, również gazem napelnione. (Objawów ostrego stanu zapalnego nie widać jednak nigdzie.



Tak więc obraz anatomo-patologiczny tej choroby jest niezmiernie charakterystyczny, a jednak nie udało się dotychczas wyświecić dostatecznie patogenezę tego procesu. Jedni badacze są zwolennikami teorii t. zw. mechanicznej, drudzy — zakaźnej. Roth, (1896) Schmutzer, Heydemann, (1904, Kitt, (1905), opierając się na fakcie, że chorobę tą często spostrzega się u świń z objawami nieżytu kiszkowego i ogromnym nagromadzeniem gazów, przypuszczają, że gazy te przedostają się poprzez drobne uszkodzenia w śluzówce do tkanki podśluzówkowej i do naczyń chłonnych; — pęcherzyki są więc niczym innym, jak rozszerzonymi lub pękniętymi naczyniami chłonnymi jelita, napelnionymi gazem. Tak sądzą zwolennicy mechanicznej teorii powstawania tego zachorzenia.

Ostertag (1902) twierdzi, że przyczyną wytwarzania się gazów jest grzybek, pożerany w znacznych ilościach przez świnię wraz z odpadkami przy wyrobie sera.

Dupraz jest zwolennikiem teorii zakaźnej, przyczym wykrył bakterję *Coccus liquefaciens*, którą uważa za przyczynę cierpienia, gdy Jaeger (1906) znów *Bacterium coli lymphaticum aërogenes*. Kolliprzypuszcza, że gaz, wytwarzany w jelitach przez drobnoustroje, zostaje wciśnięty pod brzegi owrzodzeń. To też chorobę tą najczęściej spostrzega się u ludzi, cierpiących na wrzód okrągły żołądka lub dwunastnicy, z zastoiną zawartości pokarmowej, a więc i z bakteryjnym rozkładem jej.

Fraenkel i Lindenfeld (1897) przeprowadzają analogię z tak zw. rozedmą torbielową pochwy (*Colpohyperplasia cystica*). Pogląd tych autorów nie wydaje mi się słuszny, gdyż *Colpohyperplasia cystica* jest niewątpliwie sprawą zapalną z drobnymi nieraz ropniami.

U ludzi, prawie we wszystkich opisanych przypadkach *pneumatosis cystoides intestinum*, znajdowano wrzód okrągły żołądka lub dwunastnicy z dużym rozszerzeniem żołądka i zastoiną jego zawartości. W kilku przypadkach stwierdzono długotrwale zaparcie z rozdęciem jelit lub też zakręcenie przewlekłe jelit, (*volvulus chronicus*), a w kilku innych owrzodzenia mniej lub więcej rozległe na jelitach.

Nailepsze wyniki daje leczenie zachowawcze samego

procesu, nieruszanie chorego jelita, natomiast wskazane jest usuwanie przyczyn zastoiny, a więc wykonanie gastroenteroanastomosis w przypadkach zwężenia oddźwiernika, w przypadku zawrotu przewlekłego, a następnie usuwanie przeszkody. Niektórzy, jak naprz. Neugebauer (Beiträge zu klinischen Chirurgie XC I 590), radzą jednak wycinać kliny w najbardziej schorzałych miejscach kiszki lub usuwać odcinki chorego jelita.

Po przejrzeniu odnośnego piśmiennictwa,—zresztą niezbyt bogatego,—i po zastanowieniu się nad istotą tej choroby, rozwijającej się, jak wyżej zaznaczono, w naczyniach chłonnych podśluzówkowych i podsurowiczówkowych jelita, sądzę, że więcej słuszności ma teoria infekcyjna powstawania torbielowatości gazowej jelit. Gromadzenie się w kiszkach rozmaitych gazów jest zjawiskiem bardzo częstym; nie mniej często zdarzają się drobne uszkodzenia śluzówki jelita. Gdybyśmy więc przypuszczali, że zjawiska fizyczne, wzgl. mechaniczne, są przyczyną powstawania tego zachorzenia, to trudno było by zrozumieć jego niezmierną rzadkość.

Nawet przy zupełnej niedrożności jelita, gdy więc ciśnienie gazów jest kolosalne, a światło kiszki rozszerza się do znacznych rozmiarów, i niewątpliwie tworzą się poważne uszkodzenia śluzówki, nie napotykamy jednak zjawiska pneumatościsystoides.—Również trudno byłoby wytłumaczyć, czemu przy owrzodzeniu okrągłym żołądka lub dwunastnicy tworzenie się gazowej torbielowatości zaczyna się najczęściej dopiero w jelicie krętym, w odległości nieraz kilku metrów od miejsca owrzodzenia, a więc zdala od miejsca, w którym—według zwolenników teorii mechanicznej,—przedostaje się gaz pod śluzówkę.

Widzimy więc, że—opierając się tylko na prawach fizycznych, wzgl. mechanicznych—nie zdołamy znaleźć wytłumaczenia dla wielu zjawisk, spostrzeganych w tej chorobie.

Jedynie teoria zakaźna pomaga zbliżyć się do rozwiązania zagadki. Tak więc w pewnych stanach chorobowych jelit lub żołądka, połączonych z długotrwałą zastoiną pokarmową, flora bakteryjna znajduje specjalne szczególnie dodatnie warunki dla swego rozwoju. Niektóre gatunki nieżłośliwych gazotwórczych bakteryj, dotychczas bliżej jeszcze nie określone, a umiesco-

wione w śluzówce jelita wydzielają gaz, który gromadząc w coraz większej ilości rozszerza naczynia chłonne kiszek, nadaje im stopniowo kształt cylindra, a następnie kolby. Stopniowe podrażnienie, wywoływane przewlekłe albo przez same drobnoustroje albo wydzielany przez nie gaz, sprowadza limfocytozę, następnie i bujanie młodej tkanki łącznej, a w wyniku dalszym zapadanie się i zabliznianie pęcherzyka gazonowego.

Bakterje, mnożąc się i rozwijając, wytwarzają gaz w coraz innych i dalszych odcinkach jelita; proces ten jednakże jest bardzo przewlekły. A gdy chory umiera, nieraz po wielu latach dopiero, to zazwyczaj albo z powodu swojego pierwotnego cierpienia (naprz. krwotok po wrzodzie okrągłym żołądka) lub przypadkowego. — W kilku przypadkach dopiero na sekcji zauważono torbielowatość jelita.

Dlatego też uznać należy wszelkie radykalne postępowanie w tej chorobie za zbytne. Gdyby się udało jednak w porę, w okresie wczesnym, cierpienie rozpoznać (może prom. Rentgena udałoby się w tym celu co zdziałać), a potem usunąć warunki, sprzyjające tak wybitnemu rozwojowi flory bakteryjnej w kiszkiach i florę tę osłabić, to można byłoby liczyć na samoistny zanik procesu i zupełne wyleczenie chorego.

---

## Wartość lecznicza w przymiocie cytrynianu bizmutu wyrobu krajowego

podał

**J. Gelbfisz**

(Z odd. chorób skórnych i wenerycznych dr. Wcl. Sterlinga)

---

Bizmut, jako środek leczniczy, był poraz pierwszy wypróbowany w roku 1889 przez Balzer'a na psach w celu przystosowania do leczenia przymiotu, lecz ciężkie objawy uboczne (zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i krwawa biegunka z zej-



ściem śmiertelnym), skłoniły autora do przerywania swych poszukiwań. Dopiero w 1916 r. Sauton i Robert podjęli znów pracę w tym samym kierunku i stwierdzili własności lecznicze winianu bizmutu w leczeniu spirillozy u kur i śpiączki; stosowali też wyżej wymienieni autorowie przetwórkę ten w durze powrotnym i przymiocie. Śmierć jednego z tych badaczy podczas wojny przerwała tę pracę. W 1920 r. Levaditi i Sazerac znów zaczęli stosować pochodne bizmutu w przymiocie z bardzo dodatnimi wynikami. Levaditi wprowadził winian sodowo-potasowy bizmutu pod nazwą „Trepol“ z zawartością 50% czynnego metalu. Obserwacje te były sprawdzone przez wielu innych badaczy (Fournier, Guenot, Bernard, Marie Fourcade, Escher, Müller) i dały te same wyniki. U nas rozpoczął leczenie przymiotu bizmutem R. Bernhardt, stosując czysty amonijakalny cytrynian bizmutowy firmy „Jan Gessner“ w Warszawie, w postaci kryształicznego proszku o barwie białej, rozpuszczalnego w wodzie. Rozczyn jest słabo zasadowy, zupełnie przezroczysty, z odcieniem zlekką żółtawym. Przetwórkę ten zawiera 40% bizmutu, ampulka leku na jedną dawkę zawiera 0,1 cytrynianu bizmutu z dodatkiem 0,01 nowokainy dla znieczulenia.

Aby wyrobić sobie jasne pojęcie o działaniu tego środka, celowo dobieraliśmy wyłącznie przypadki przymiotu czynnego; następnie, by nie maskować wyników leczniczych, objawy pozostawiono bez leczenia miejscowego. Wypróbowaliśmy działanie cytrynianu bizmutu u 20 chorych, prawie wyłącznie kobiet (1 mężczyzna), w wieku od 16 do 64 lat, we wszystkich 3 - ch okresach przymiotu, a mianowicie w przymiocie I - ym — 2 przypadki, przymiocie II-im — 16, przymiocie III-im — 2.

Znaczna większość chorych (16) leczyla się po raz pierwszy, w pozostałych zaś przypadkach ostatnie leczenie miało miejsce nie wcześniej, niż 8 miesięcy wstecz. Na kurację składało się od 10—12 zastrzyknięć, stosowanych co 4 — 5 dzień w pośladki, domięśniowo. Wyniki leczenia były następujące.

I Przymiot: 2 przypadki.

Już w 2—3 dni po pierwszym zastrzyknięciu owrzodzona powierzchnia pokrywała się naskórkiem, zaś wykwit wyraźnie zaczynał się spłaszczać. Objaw pierwotny stopniowo zmniejszał się, po upływie 2—3 tygodni, zależnie od wielkości, ustę-

pował zupełnie, pozostawiając jedynie nieznaczne nacieczenie skóry o ciemnym zabarwieniu. Obrzęk stwardniały uległ wessaniu na 4 — 8 dzień, po 1 — 2 zastrzyknięciach. W jednym przypadku zakażenia pozapłciowego (chora zgłosiła się z objawami wtórnymi), z umiejscowieniem owrzodzenia na wardze dolnej, powierzchnia jego zagoiła się po kilku dniach. a po 3-ch tygodniach (7 zastrzyknięć) pozostała już tylko różowa blizna. Gruczoły chłonne miejscowe znacznie zmniejszyły się po kilku zastrzyknięciach, zupełnie jednak nie powracały do normy nawet po skończonej kuracji.

II Przymiot: 16 przypadków, wśród nich przymiotu świeżego 7, a z objawami nawrotowymi 9 przypadków.

a) Różyczka przymiotowa:

Różyczka znacznie bladła po 3 — 5 dniach, a znikwała po 7 (1—2 zastrzyknięciach). Odczyn Jarisch-Herxheimera widzieliśmy po pierwszym zastrzyknięciu mniej więcej u czwartej części chorych.

b) Grudki przymiotowe:

Grudki typu soczewicowego wsysały się po 8—9 dniach (2 zastrzyknięcia). Grudki nadżerkowe pokrywały się naskórkiem po 2—3 dniach, a wsysały się po 6—7.

W niektórych przypadkach wykwity przejawiały jednak małą skłonność do wessania.

W jednym nprz. przypadku, rozległej osutki grudkowo-krostkowatej, wykwity zagoiły się po 9 dniach (2 zastrzyknięcia), uległy wessaniu dopiero po 21 dniach (5 zastrzyknięć). W drugim zaś przypadku ogólnej wysypki grudkowatej na tułowiu, kończynach i twarzy wykwity, wielkości od soczewicy do grochu, ustąpiły również dopiero po 20 dniach (6 zastrzyknięć). W miejscu grudki pozostało ciemno-brunatne zabarwienie skóry.

c) Lepieże płaskie:

Lepieże płaskie okolicy narządów płciowych zewnętrznych i odbytnicy, jak również przerosłe i złane, spłaszczaly się znacznie po 3—5 dniach (1 zastrzyknięcie), wessanie zaś, w zależności od wielkości tworów, trwało zaledwie do 12—14 dni, a jak podkreślono, celowo nie stosowano miejscowego leczenia. Szczególnie wybitny skutek leczniczy spostrzegaliś-

my w lepierszych przerostłych Odczyn Herxheimera w guzkach nie wystąpił ani razu. Na specjalną uwagę zasługuje jedna chora, u której obok wysypki skórnej wystąpiło swoiste zapalenie tęczówki. Już po 5 dniach (1 strzyknięcie),— przy jednoczesnym stosowaniu atropiny — przekrwienie, bolesność i światłowstręt znacznie się zmniejszyły, cierpienie zaś zupełnie ustąpiło po 12 dniach (3 zastrzyknięcia).

III Przymiot: spostrzegaliśmy tylko 2 przypadki. Jeden-guzków trzeciorzędowych (przymiot pełzający, drugi owrzodziały) przymiotniaków skóry z zajęciem kości) Zachowanie się objawów chorobowych w obu tych przypadkach, tak różnych pod względem klinicznym, było rozmaite: guzki reago-wały na lek bardzo żywo, tak że już po 6 dniach (2 zastrzy-knięcia) znacznie się spłaszczyły, zupełnie zaś wessały po 20 dniach (9 zastrzyknięć), gojąc się przez bliznę. Natomiast le-czenie sprawy przymiotniakowej postępowało bardzo powoli, nawet po 8 zastrzyknięciach, zmuszeni więc byliśmy zastoso-wać leczenie rtęciowo-jodowe; po 37 dniach tego leczenia, chorą wypisano w pomyślnym stanie zdrowia. Czy to niejed-nakowe działanie leku zależne jest od różnicy w postaci kli-nicznej, powiedzieć nam trudno, ze względu na małą liczbę spostrzeżeń tego okresu przymiotu. Rozstrzygnięcie tej sprawy utrudniają jeszcze 2 okoliczności:

1) w przypadku drugim były trzeciorzędowe zmiany kost-ne, zawsze trudne do uleczenia,

2) chora wskutek zapalenia dziąseł i słuzówki jamy ustnej, otrzymała leczenie bardzo nieregularne, co oczywiście, mogło odbić się niepomyślnie na przebiegu sprawy.

A teraz należy wskazać ujemne strony działania cytry-nianu bizmutu.

Po zastrzyknięciu występuje wprawdzie bolesność, trwają-ca 1—2 doby, ale nie tak silna, by zniechęcić chorych do dal-szego leczenia. Naciek na miejscu zastrzyknięcia ustępuje po 7—8 dniach. Po pierwszym, niekiedy po drugim zastrzyknięciu, ciepłota podnosiła się ku wieczorowi tego samego dnia do  $38^{\circ}$ , lecz już następnego dnia wracała do normy. Ponieważ lek stosowaliśmy w przypadkach przymiotu czynnego, należy więc



przypuszczać, że podwyższenie ciepłoty wiąże się z rozpadem krętków, a nie z właściwościami samego przetworu.

W zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej po stosowaniu cytrynianu bizmutu należy, według Bernhardta, rozróżniać 4 stopnie: od bardzo nieznacznych zmian, jak przekrwienie, sinawa obwódka na wolnym brzegu dziąseł, do owrzodzeń na dziąsłach i śluzówce, pokrytych ciemnosinym nalotem. W naszych przypadkach spostrzegaliśmy prawie zawsze lekkie objawy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, pomimo stosowania środków zapobiegawczych.

Wrzodzącą postać tej sprawy spostrzegaliśmy w 3 przypadkach. Zapalenie ustępowało zwykle po przerwie kilkudniowej w leczeniu i stosowaniu zwykłych środków zapobiegawczych, a mianowicie: po smarowaniu dziąseł kilka razy dziennie 10% roztworem taniny w glicerynie oraz nalewce myrowej i płukaniu ust 2% wodnym roztworem taniny. Kilka razy bezpośrednio po podaniu leku chore skarżyły się w ciągu 1—2 godzin na silne bóle we wszystkich zębach; w 3 przypadkach niewielki białkomocz przemijający bez elementów morfotycznych. W jednym przypadku zapalenia miedniczkowo pęcherzowego stałe stosowanie leku nie pogarszało cierpienia nerek. W przypadkach białkomoczu przerywaliśmy leczenie na 5—7 dni, aż białko znikło, a dalsze leczenie już ujemnego wpływu na stan nerek nie wywierało.

Tyle o ujemnym działaniu bizmutu. Przejdziemy teraz z kolei do rozpatrzenia działania tego przetworu na krętki. Dla ściślejszej kontroli poszukiwaliśmy krętków zawsze albo ultramikroskopem, albo sposobem Burry w 3-4 preparatach. Należy podkreślić, że krętki znikają zazwyczaj już po 2-3 dn., w każdym razie przed drugim zastrzyknięciem już się ich nie spostrzega, czyli znikają znacznie wcześniej niż nastąpi wessanie nacieku swoistego. Pod tym względem bizmut podobny jest do arsenobenzolu, w przeciwieństwie do rtęci, pod wpływem której krętki znikają do pewnego stopnia równolegle z nacieczeniem (Fantl, Steyskal, Frei).

Pod względem klinicznym na pierwszy plan wysuwa się pokrycie naskórkiem miejsc obnażonych. Następnie należy podkreślić również bardzo wczesne ustępowanie lepieży. Szyb-

ko znikają nawet lepiej tak przerosłe, że zwykły kurs leczenia rtęciowego (wraz z leczeniem miejscowym, łagodnym np. maścią kalomelową) nie starczyłby dla ich usunięcia. Niekiedy spostrzega się niejednolite ustępowanie wykwitów. Np. różyczka zanikała względnie trudno, w innych znów przypadkach lepiej, niezbyt przerosłe, ustępują daleko wolniej, niż zwykle i t. p. Tego rodzaju słabą reakcją na lek musimy oczywiście uzależnić od właściwości danego ustroju.

Dodatni odczyn Wassermana (we krwi), w przymiocie drugorzędym (16 przypadków), zmienił się na ujemny w 11 przypadkach (70%) pod koniec, wzgl. po ukończeniu leczenia.

Tak więc wyniki ogólne w 20 spostrzeżeniach naszych, nie wiele się różnią od otrzymanych przez Bernhardta, który podaje, że w swych 28 spostrzeżeniach miał po leczeniu 83% zmian odczynów na ujemny.

Lepsze wyniki, jak wiadomo, otrzymano po „Trepolu“ (Was. ujemny aż w 90%—Lewaditi, Müller). Prawda „Trepol“ zawiera 50% bizmutu a przetwór polski 40%; prócz tego „Trepol“ stosujemy w dawkach 0,2 — 0,3, gdy bizmut polski stosujemy w dawkach 0,1. To też po „Trepolu“ mogą być i nieco lepsze wyniki. Natomiast ani Bernhardt, ani my nie mieliśmy ani razu ujemnych skutków działania bizmutu na narządy wewnętrzne, a były wśród naszych chorych kobiety źle odżywiane, niektóre powyżej 40 lat, a jedna 64-let.. Po „Trepolu“ zaś notowane były przypadki ciężkiego białkomoczu (Simon, Lewy—Bing).

Oczywiście dziś trudno nam, z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacji i względnie nielicznej liczby spostrzeżeń, orzec, jaką wartość ma cytrynian bizmutu dla rozwiązania zagadnienia o racjonalnej metodzie leczenia przymiotu, nie wiemy bowiem, czy, wzgl. kiedy, wystąpią nawroty objawów zewnętrznych, czy zmieni się odczyn Wass., jak się zachowa płyn mózgoworodzeniowy i w. in. Na wszystkie te pytania niewątpliwie przyszłość nam odpowie.

---

## Bernard Gamarnikow

(Wspomnienie pozgonne)

W dniu 12. I. r. b. rozstał się z tym światem asystent oddziału wewnętrznego w Szpitalu na Czystem Bernard Gamarnikow, urodzony w Warszawie w 1889 r. Podczas rozruchów szkolnych w 1905 r. porzucił gimnazjum rządowe, przeszedł do prywatnej szkoły Zrzeszenia Nauczycieli. W 1908 r. otrzymał maturę, a po roku wyjechał na studia lekarskie do Monachium. W 1915 r. otrzymał dyplom lekarski w Dorpacie.

Przewrót bolszewicki zastał go, już jako lekarza, na Syberji, gdzie pełnił kolejno obowiązki w armji czesko-słowackiej, w armji Kołczaka, w dywizjach polskich i w Amer. Czerwon. Krzyżu. Do Warszawy wrócił w kwietniu 1921 r.

Wkrótce też objął stanowisko asystenta na oddz. wewn. dr. Klejna. Zachęcony wysokim poziomem naukowym oddziału gorliwie jął się pracy bieżącej oddziałowej i naukowej. Energia, zamiłowanie i zapal do wiedzy lekarskiej oraz niezwykle poświęcenie dla dobra chorych, były cechą charakterystyczną zmarłego kol. Gamarnikowa. Poza pracą w szpitalu poświęcał się działalności społecznej w „T-stwie Przyjaciół dzieci“, w „Ochronie Dziecka“ i w „Towarzystwie dobrowolnej opieki nocnej przy chorych“ (Linas Hacedek).

23. X. 22 r. zapadł na grypę, która spowodowała naprzód zapalenie zatok czołowych, następnie i sprawę ropną mózgową, a nieubłagana śmierć przerwała nić Jego młodego żywota.

Energiczny, życzliwy, serdeczny towarzysz i kolega, szybko zjednał sobie szacunek chorych, którzy śmierć Jego głęboko odczuli. Żył lat 33.

Cześć Jego pamięci!

*M. Szour.*

---



## Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 24 marca 1922 r.

Przewodniczył B r e g m a n.

K a r b o w s k i. Pokaz chorych z gruźlicą narządu słuchu.

Podczas wojny i w okresie powojennym liczba przypadków gruźlicy ogromnie wzrosła, a przebieg gruźlicy stał się bardziej złośliwym. Nie pozostało to bez wpływu i na materjał w specjalności otolaryngologicznej. Podczas wojny i obecnie częściej spostrzegamy gruźlicę narządu słuchu. Dawniej znane nam były prawie wyłącznie te postaci, które występują w okresie daleko posuniętym gruźlicy płuc. Były to formy destrukcyjne. Obecnie coraz częściej spostrzegamy gruźlicę narządu słuchu już przy nieznacznych zmianach w płucach. Przebieg gruźlicy ucha u tych chorych jest nieco odmienny. Sprawa niema charakteru rozpadowego, lecz raczej ma cechy sprawy rozrostowej. Przypadki te wymagają nieco odmiennego traktowania. Naogół niechętnie kwalifikujemy takich chorych do leczenia chirurgicznego. Jest ono przeciwwskazane przeważnie wtedy, kiedy sprawa gruźlicza obejmuje i otoczkę kostną błędnika. Przez dokonanie doszczętnej operacji sprawy nie powstrzymamy i w końcu dojdzie do powikłań wewnątrz błędnikowych, wzgl. wewnątrz czaszkowych. (*Tuberculum solitare*, krwotoki z *carotis interna*). Operacyjne leczenie wskazane jest tylko w tych przypadkach, w których mamy znaczne zniszczenie kości skalistej i ognisko to ma wpływ ujemny na stan ogólny chorego. Ostatnio K. operował kilka takich przypadków; we wszystkich rana zabiłżniła się za małżowiną, pozostał tylko wyciek z przewodu, nie cuchnący i nie bardzo obfity. Następnie K. pokazuje dwóch operowanych chorych oraz kość skalistą z przetoką w tylnym kanale półkulistym

W dyskusji brali udział G a n t z, L u b l i n e r i R u b i n r o t.

N a t a n s o n i G r y n k r a u t Rak krocza.

Natanson i Grynkrout przedstawiają chorą, dotkniętą rakiem sromu na tle *kraurosis vulvae*. Chora, lat 55, twierdzi, że choruje dopiero od 1/2 roku, skarży się na swędzenie w sromie, nieznaczne krwawienie i osłabienie ogólne, wreszcie podaje, że zeszczupłała znacznie. Badanie wykazało, że srom zajęty jest przez narośl kalafiorowatą, koloru ciemnoró-

żowego, nie krwawiącą, pokrytą gdzieniegdzie powierzchowną zgorzeliną. Nowotwór zajmuje krocze, pochwę na głębokości — 2 ctm. i pośladki. Z tych lewy zajęty jest na powierzchni około 70 cmt.<sup>2</sup>, prawy około 30 — 40 cmt.<sup>2</sup>. Otwór stolcowy wolny. Brzegi nowotworu bardzo wyraźnie odcinają się od skóry i śluzówek. Wargi duże prawie zanikłe, spłaszczone; skóra na nich biaława, sztywna, sucha. Łechtaczka i wargi małe wolne. Badanie drobnovidowe wykazało, iż mamy do czynienia z rakiem płaskokomórkowym, wyrastającym ze skóry krocza.

Dla udostępnienia przenikania promieni Roentgena do warstw głębszych Nat. wykonał operację usunięcia powierzchownych części nowotworu. Dokonano tego bądź nożem, bądź nożyczkami, bądź wreszcie łyżeczką. Parę dni po operacji rozpoczęto naświetlanie, które wykonane zostało 5 razy przez filtr 5 milim., dawki 20—30 x.—Wynik tego leczenia skombinowanego był niezwykle dodatni. Powierzchnie nowotworowe zredukowano do połowy, co ujawnia ciemno zabarwiony pas skóry, otaczający obecnie powierzchnię nowotworu. Na kroczu i wargach widać pasma nowego naskórka, narastające na miejsca, gdzie były poprzednio gniazda nowotworu. Stan ogólny zupełnie dobry, również i wygląd. Wynik dotychczasowy skłania do dalszego postępowania tą samą drogą. Czy i kiedy wyleczenie zostanie osiągnięte, pokaże przyszłość.

### Lubliner Pokaz chorego z nowotworem tchawicy.

Chory M. J. l. 61, podaje, że od 6 tygodni miewa napady duszności. Dotychczas nie chorował. — Badanie dn. 9/XII 21 r. wykazuje w płucach rozsiane świsty z obu stron. Serce bez zmian. — W krtani zmian, zwężających głośnię, niema; poniżej głośni, w tchawicy, po stronie lewej, pod struną głosową, znajdujemy guz o powierzchni gładkiej, wielkości grochu, przyrośnięty swą szeroką podstawą do bocznej ściany tchawicy. Wobec wzmagających się objawów duszności dokonano w znieczuleniu miejscowym przecięcia tchawicy i wstawiono rurkę. Po 2-ch tygodniach dokonano rozcięcia krtani,—rozcięto ją wzdłuż chrząstki tarczowej i pierścieniowej, przyczem obnażono w tchawicy guz wielkości orzecha włoskiego o twardej konsystencji. Guz ten przyrastał do ściany tchawicy na przestrzeni 3-ch górnych pierścieni tchawicowych. Guz usunięto za pomocą noża i ostrych łyżeczek, gdyż był b. twardy i mocno zrośnięty z tylnoboczną ścianą tchawicy. Po doszczętnym usunięciu wszystkich części nowotworu, krtani zaszyto.— Po 2-ch tygodniach usunięto rurkę — przetoka w miejscu rozcięcia tchawicy

zagoiła się wkrótce. Oddech per vias naturales stał się normalny.

Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazało budowę chrząstniaka (*Chondroma*).

Aby uniknąć nawrotu chory był sześciokrotnie nasświetlany filtrowanymi głębokimi promieniami R. na oddz. terapii fizykalnej kol. Rotstadta. — Dn. 3/III 22 r. chorego wypisano w pomyślnym stanie zdrowia.

D. Szenkier Usunięcie jednej nerki (gruźlica) przy schorzeniu drugiej. 2) Przypadek kamicy nerkowej i 3) Przypadek wodonercza.

Przytoczone przypadki są pouczające zarówno z punktu widzenia anatomo-patologicznego, jak i i klinicznego.

Pierwszy przypadek dotyczy chorego, 30 l., który przed 2 — 3 miesiącami zaczął częściej oddawać mocz (co 5 — 10 min.), zarówno w nocy, jak i w dzień; ból i krwawienie pod koniec moczenia. Chory schudł, miał ciepłotę często podwyższoną, niekiedy dreszcze. Pierwsza próba badania wziernikiem pęcherza (*cystoscopy*) nie udała się z powodu silnej bolesności i małej pojemności pęcherza moczowego. Chorego poddano leczeniu objawowemu w przeciągu 10 dni, po czym dokonano powtórnie cystoskopję, gdy pęcherz zawierał ok. 50 cm<sup>3</sup>. moczu. Stwierdzono wówczas owrzodzenie śluzówki pęcherza, prawie wyłącznie lewej połowy, szcz. w okolicy ujścia lewego moczowodu. Samo ujście było bardzo szerokie, otwarte („*kraterförmig*”), zatarte. Ujście prawego moczowodu i śluzówka prawej <sup>1</sup>/<sub>2</sub> pęcherza były prawie zupełnie normalne. 14. III. 1922. *chromocystoskopia* z barwnikiem indigokarminowym. Pojemność pęcherza 100 cm.<sup>3</sup> Barwnik zielony wydziela się z prawej (zdrowej) strony zaledwie po 18 min., z lewej strony nie wydziela się i po 40 min.. Po 2-ch dniach U. K. *cystoskopja* z cewnikowaniem moczowodu prawostronn. W wydobytym moczu, zupełnie przezroczystym, było białko, pojedyncze szkliste wałeczki, lecz laseczników Kocha nie wykryto. Rozpoznano: *tbc. renis sin. et nephrosis toxica renis dxt.* 17. II. 22. —operacja. Chloroform. *Nephrectomia* — lewą nerkę wyłuszczone bez wielkiego trudu. Ranę zaszyto, wstawiono sączki. Stan po operacji dobry. Przebieg normalny. Pędzenie moczu dobre. W moczu o normalnej koncentracji — (900—1400 na dobę) krew i ropa. — 4 III. 22 r. chorego wypisano na własne żądanie, z przetoką pooperacyjną i z pewnemi objawami zaburzeń pęcherza moczowego.

W wydobytej nerce, jak oto widać, stwierdzono rzadką



odmianę gruźlicy nerki, t. zw. według klasyfikacji Israella rozszianą gruźlkową III-cią postać. Tuffier (1892 r.) rozróżniał 4 odmiany gruźlicy nerek: 1) *Pyelonephritis tbc.*, 2) *Infiltratio tbc.*, 3) *Hydronephrosis tbc.* i 4) *Tbc. massiva*. Obecnie przyjęto klasyfikację Israella, która rozróżnia 3 postaci: 1) serowato-jamną, 2) owrzodzenie brodawek i 3) rozszianą gruźlkową. Pierwszą postać—najczęstszą (80% — 85%)—rozpoznać stosunkowo łatwo, powoduje ona bardzo wczesnie zapalenie moczowodu i pęcherza moczowego, przyczym nerka, zwykle znacznie powiększona, zrasta się z otaczającymi tkankami (*perinephritis*). Drugą postać (owrzodzenie brodawek), znacznie rzadszą, cechuje wczesne krwawe moczenie, niekiedy jedyny objaw kliniczny. Trzecią postać, do której należy i przypadek pokazany, spotyka się najrzadziej, trudno ją rozpoznać, a daje znacznie gorszą przepowiednię od 2 wyżej wymienionych. Po usunięciu nerki, zazwyczaj wkrótce cierpieniu gruźliczemu ulega i inny jaki narząd, co się też i w danym przypadku sprawdziło (gruźlica jądra po kilku miesiącach). To też niezbędne jest najwcześniejsze rozpoznanie.

Z początku Sz. chciał zadowolić się tylko wykonaniem *chromocystoskopji* i nie cewnikować moczowodów. Pogląd, że wprowadzenie cewnika do moczowodu jest rękoczynem obojętnym (Israel, Kümmel, Casper, i inni), nie ostał się; Albarran, Holländer, Gellert i w. inn. zalecają ostrożność, albowiem, jak doświadczenia Wildbolz'a, Tosati pokazały, wprowadzenie cewnika do moczowodu, szcz. gdy chorobie uległ już i pęcherz moczowy, jest nieobojętne—może zakazić nerkę bezpośrednio (David — Vernon) lub przez naczynia chłonne (Bauereisen). Szen. był zmuszony cewnikować prawy moczowód swego chorego, by wyjaśnić istotę schorzenia prawej nerki i ustalić, czy jest wskazanie do zabiegu operacyjnego. Wydobyty mocz wskazywał, że niema gruźlicy drugiej nerki, lecz stan t. zw. *nephrosis toxica*. Jak wiadomo, wszelkie ropne długotrwałe sprawy gdziekolwiek w organizmie mogą wywołać schorzenie nerek, przez które chronicznie przechodzą produkty rozpadowe. A że w przypadku pokazanym większego ogniska ropnego nigdzie w ustroju nie było, schorzenie więc prawej nerki Szenkier tłumaczy działaniem trującym na nią t. zw. *nephrotoksyny* (Ascali, Herzen, Lindeman). Lewa nerka,—jak się okazało — nie brała żadnego udziału w gospodarce moczowej, a była jedynie ogniskiem, tworzącym toksyny, to też usunąć ją bezwzględnie należało.

II. Przypadek drugi dotyczy kobiety, która przybyła

z powodu moczenia krwawego na oddział wewnętrzny d-ra Klejna.

W okresie krwawienia chora miała objawy częstego i bolesnego moczenia. Objawy te znikwały wraz z krwawieniem, które było obfite, trwało długo z nieznacznymi przerwami. Chora zbladła, opadła na siłach; bólów w okolicy nerkowej nie miała. Stwierdzono wtedy w okolicy lewej nerki guz ruchomy dość twardy, o nierównej powierzchni, z objawami „*ballotement rénal*”. Badanie wykazało, że w pęcherzu moczowym był stan normalny, krew zaś wydobywa się z lewego moczowodu; mocz z prawej nerki był normalny, a z lewej zawierał krew i dużą liczbę leukocytów; barwnik indigo - karminowy wydzieliał się z prawej strony po 6 — 7 min., z lewej nie wydzieliał się i po 35 — 40 min. Różniczkowe rozpoznanie wahało się między nowotworem nerki a kamicą (ropa w moczu). Röntgenogram wykazał cienie, o nieokreślonym kształcie, w okolicy lewej nerki, uznane za nierównomierne zwapnienie samej nerki, jak to bywa w przypadkach nadnerczaka. Operacja (22. VI. 1922 r.) wykazała, że było to wodonercze, na tle kamicy nerkowej, przyczym znaleziono pełno drobnych kamyków, a jeden duży, korалowy, leżał w miedniczce. Tłuszcz nerkowy wokół, szcz. okołomiedniczkowy, uległ znacznemu stwardnieniu (*Sclerosis*). O konserwatywnej operacji (*nephro* lub *pyelotomia*) nie mogło być mowy. Nerkę usunięto.

III. Przypadek trzeci dotyczy chorej, która była operowana przez Szen. z powodu wodonercza. Jedynym objawem były bardzo silne bóle w okolicy lewej nerki, które pogarszały się napadowo. Innych objawów ze strony dróg moczowych nie było. Mocz nie zawierał nic nienormalnego. Badanie wykazało zupełnie normalny stan pęcherza moczowego; ujścia moczowodów normalne; barwnik indigokarminowy wydzieliał się z prawej strony po 6 — 7 min., z lewej zupełnie się nie wydzieliał. Mocz, wydobyty z lewej nerki, żadnych nienormalnych składników nie zawierał, upływ moczu przez lewy cewnik normalny, t. zn. kroplami, z przerwami, a nie strumieniem, jak w wodonerczu. Przeszkody w moczowodzie Szen. stwierdzić nie mógł. Drogą wyłączenia Sz. rozpoznał otwarte wodonercze, pochodzenia nieznanego. Dla ostatecznego ustalenia rozpoznania wskazana była t. zw. *pyelographia*, lecz chora nie zgodziła się na nią, Operacja przekonała, że istotnie było w danym wypadku wodonercze. Moczowód był znacznie rozszerzony, o grubości małego palca. Miejsca przeszkody, które leżało widocznie bardzo nisko, wykryć się nie udało, wobec czego nie mogło być mo-

wy o konserwatywnej operacji (*pyelo-ureterostomia*), to też Szen. nerkę usunął.

Wodonercze, jak wiadomo, może być różnego pochodzenia. Przeszkodę mogą tworzyć kamyki, przegięcia albo skręt moczowodu, wiotkość jego i n. inn. Najpewniejszym sposobem rozpoznania wodonercza jest dzisiaj t. zw. *pyleografia*, która polega na wprowadzeniu do miedniczki nerkowej płynu, nieprzepuszczającego promieni Röntgena. Takim płynem był do niedawna roztwór *Collargolu* (5 — 10%). Lecz od czasu opublikowania kilku przypadków śmierci po zastrzygnięciu *Collargolu* do miedniczki, starano się zastąpić go innym płynem. Zaproponowano *Pyelon* (*Praetorius*), *Kalium jodatum*, *Lithium jodatum* (*Eugen, Joseph*) i ostatnio *Natrium bromatum* 25%, które, jak wskazują doświadczenia dotychczasowe, jest zupełnie nieszkodliwe, daje bardzo wyraźne cienie i może być wyjałowione.

W dyskusji Goldflam pyta, czy istotnie były dowody zupełnego braku funkcji lewej nerki w pierwszym przypadku, gdyż w okazanej nerce widać tylko niewiele gruzełków, gdy pozostała część nerki ma jakby wygląd prawidłowy i czy wiedząc, że to gruzlica, Sz. byłby ją jednak usunął. Rubinrot tłumaczy zawiły rysunek okazanych rentgenogramów. Lubelski podkreśla, że na badaniu promieniami R. w danym wypadku nie można było się oprzeć; omawia warunki, w których powstają zrosty wokół nerek, utrudniające zabieg chirurgiczny. Słowiejczyk pokazuje preparat nerki gruzliczej, usuniętej Ill. 22. chłopcu, którego stan zdrowia po operacji jest pomyślny. Przypadek ten świadczy, jak nieznaczne zmiany w nerce mogą powodować b. wybitne zmiany czynnościowe, a bywa przeciwnie. Prawa nerka chłopca była dobrze czynna, z lewej i po 25 min. przy badaniu wzornikiem barwnik się nie wydzielał. W moczu było coraz więcej ropy; wykryto też pałeczki Kocha. D a t y n e r sądzi, że w przypadku pierwszym—gruzlicy nerki—badanie wstępne nie było ścisłe, gdyż na zasadzie tylko jednej czynnościowej metody wskazania do zabiegu nie należałoby opierać. Upośledzenie czynności jednej nerki w danym wypadku (z prawej barwnik wydzielał się dopiero po 18 min.) można tłumaczyć ostatecznie toksycznym jej podrażnieniem, ale tak nie bywa w każdym przypadku. Gdy wchodzi w grę usunięcie nerki, należy posilkować się innymi metodami (fenolsulfoftaleinowa, zastrzykiwania florydcyny, określenie mocznika we krwi i współczynnika Ambarda, kryoskopja i n. inne); wybór metody zależy od upodobania urologa, lecz jest potrzebny, by orzec, czy przypuszczalnie zdrowa druga nerka będzie



istotnie sprawna czynnościowo. Ważne jest niewątpliwie i kliniczne spostrzeganie, lecz często nie wystarcza ono. A b r a m o w i c z omawia podstawy klasyfikacji chorób nerkowych oraz wpływ toksyczny spraw gruźliczych i ropnych wogóle na narządy wydalania moczu.

W odpowiedzi S z e n k. wyjaśnia, że lewa nerka w 1-ym przypadku nie funkcjonowała, widać to z wyniku czynnościowego badania. Kilka kropel ropy, które wydzielają się z lewego moczowodu, nie dają prawa mówić o jakiejkolwiek funkcji. Przy terażniejszym stanie konserwatywnej terapii gruźlicy nerek, rozpoznanie jednostronnej gruźlicy nerki stanowi absolutne wskazanie do usunięcia nerki. Okres zachwytu i zapatrywania na ten lub inny sposób czynnościowej diagnostyki, jako na coś absolutnego, — już minął. Nie posiadamy w żadnym z wymienionych przez kol. Datynera sposobów wskaźnika absolutnego funkcji nerki, jako całości. Każdy z tych sposobów jest tylko punktem orientacyjnym, a szcz. dokładne zbadanie moczu.

Preparat, demonstrowany przez kol. Sołowiejczyka, przedstawia bardzo rzadką formę gruźlicy nerki, t. zw. formę Zondecka: jamy tu znajdują się w górnym biegunie nerki, co może być objaśnione oddzielnymi naczyniami, które ten biegun często posiada. W tych wypadkach można byłoby mówić o infarkcie gruźliczym górnego bieguna nerki.

Klasyfikacja, którą Sz. posługiwał się, należy do Israela. Porządek tej klasyfikacji nie jest przypadkowy. Opiera się on na częstości spotykanych form i na tym fakcie, że formy te są samodzielne, a nie tylko różnymi okresami jednej podstawowej formy, jak mniema kol. Abramowicz. Że nie tylko toksyny nerkowe mogą wywołać schorzenie nerek, lecz i różne sprawy ropne, jest rzeczą wiadomą.

### Rotstadt. Przypadek Ascariasis.

Dziewcz. lat 9, zapisana 16. II. 22 r. na oddz. kol. L e w i n a. Przez R. była badana po raz pierwszy pod względem nerwowym dn. 23. II. 22 r. z powodu codziennych prawie, w godzinach rannych, o niezwykle nasileniu, napadów bólu brzucha, z objawami szczękościsku, trwającymi od 3 — 4 godzin. Kilkakrotne badanie chorej przez R. podczas napadów stwierdziło istotnie: szczękościsk znacznego stopnia, niezwykle bolesne rozdęcie brzucha, silny niepokój—lęk bólowy chorej—przy zachowanej zupełnie przytomności, bez drgawek i objawów tężyczkowych. Prócz wskazanych objawów napadowych R. stwierdził nierównomierność stałą źrenic (lewa szersza). Po każdym napadzie szczękościsk stopniowo znikał, lecz rozdę-

cie brzucha trwało prawie bez zmian, pozatym chora wpadała na kilka godzin w stan osłabienia ogólnego, unieść się nie mogła, niechętnie i z pomocą postronną wstawiała z łóżka, chodziła chwiejnie, na nogach ledwie utrzymać się mogła. Napady takie, jak podaje matka, trwają od IX. 21 r. Rotstadt rzucił myśl zbadania kału; wykryto istotnie jaja obleńcze (*Ascaris*); po zastosowaniu santoniny (1. III. 22 r.) spędzono kilkanaście robaków. W okresie od 3. III. 22—9. III. 22 r.) napady szczękościsku znacznie i coraz słabsze; od 9. III. 22—do 23. III. 22 r. napadów szczękościsku niema, samopoczucie znacznie lepsze, lecz chód, jako oto i teraz na posiedzeniu, chwiejny, niesprawny, ale bez objawów niedowładu organicznego. Różnica żrenic zaciera się stopniowo.—R. zespół ten objawów uzależnia od zatrucia i podrażnienia silniejszego okresowego kiszek przez nagromadzone w nich obleńce, wzgl. ich wydzieliny, to też radzi nadal czynić próby spędzenia robaków.

W dyskusji Klejn podkreśla częstość *Ascaris lumbricoides* u ludzi i niezwykle toksyczne niekiedy działanie wydzielanych przez robaki produktów; jako środek leczniczy, najbardziej skuteczny, K. zaleca Ol. *Chenopodii*.

Luxenburg przypomina przypadek guza w jamie brzusznej u chorego szpitalnego z ciężkimi objawami miejscowymi i ogólnymi; guz okazał się kłębkami z *Ascaris lumbric*. Dolkart zaznacza, że nierównomierność żrenic spostrzegano w przypadkach zatrucia wydzielinami robaków. Bregman zespół objawów, spostrzeganych u chorej, uważa raczej za objawy nerwicy histerycznej.—R. w odpowiedzi zgadza się, że chora jest też bardzo wrażliwa, lecz nie uważa bynajmniej za słuszne rozpoznanie w danym wypadku hysterji. Przyczyną napadów, szczękościsku, astenji i znikającej obecności nierównomierności żrenic jest niewątpliwie *Ascariasis*.

Przypisek podczas druku. Po powtórnym obfitym zastosowaniu santoniny 1. IV. 22 r. spędzono znów kilkanaście obleńców; napady, bóle ustąpiły, a wraz z nimi szczękościsk; żrenice prawie że się wyrównały, Samopoczucie chorej znacznie się poprawiło: zaczęła lepiej chodzić, zapragnęła jaknajprędzej szpital opuścić.

### Klejn Przypadek żółtaczki paratyfusowej.

Klejn demonstrowa chorą 26-letnią, dotychczas zdrową. Przed 2- ma laty *iritis*, bardzo energicznie leczone w ciągu 2 lat rtęcią (150 wcierań). W 3 mies. po skończonym leczeniu zjawiało się rozwolnienie, które trwało 3 tyg., poczym zjawiały się gwałtowne wymioty, które trwały 3 dni. Podczas tego t<sup>0</sup> była raz 38<sup>0</sup>. Trzeciego dnia wymiotów straciła przytomność,

kał i mocz były zatrzymane. Stan nieprzytomności trwał 6 dni —w ciągu tego okresu zjawiała się żółtaczka. 6-go dnia okresu nieprzytomności przybyła na oddz. kol. Flataua, skąd po przyjsciu do przytomności przeszła na oddział K. Obecnie skarży się na bóle głowy, odbijanie, uczucie goryczy w ustach i ściskanie w dołku.

Przy badaniu:  $t^0$  normalna, wyraźna żółtaczka, wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku, jest lekka bolesność jej na ucisk; pęcherzyka się nie wyczuwa. Śledziona wyczuwalna. Ze strony układu nerwowego zmian niema (to samo skonstatowano podczas pobytu na oddz. kol. Flataua). Mocz ciemny, daje silny odczyn na urobilinogen, zawiera ślady białka i w osadzie dużo ciałek ropnych. Kał słabiej zabarwiony, niż normalnie, jaj pasorzytów nie zawiera. Po próbnym śniadaniu og. kwasota 54, wolnego HCl—18. Próba Widala daje 7000—5800—5600 5600— leukocytów. Próba Wassermana ujemna; surowica krwi aglutynuje szczep Stanley'a w rozcieńczeniu 1:200, a szczep Gårtnego 1:100. Hodowla krwi jałowa (Inst Epidem.). Z moczu wyhodowano czystą hodowlę *bacterium coli*.

W dalszym przebiegu choroby żółtaczka zmniejszyła się, wątroba wróciła do stanu pierwotnego, śledziona jest ledwie wyczuwalna, ropy w moczu znacznie mniej. Chora jest leczona autoszczepionką, otrzymaną z moczu.

W dyskusji *Luxenburg, Goldflam* uważają, że sprawa zależności w danym wypadku żółtaczki od zakażenia paratyfuszowego pozostaje pod znakiem zapytania i wymaga uzupełniającego badania (nprz. *Wass*).

K. uważa przypadek za cholangitis paratyphosa — Charakterystycznym dla tego cierpienia jest, oprócz wywiadów, żółtaczki i zmian serologicznych, powiększona śledziona oraz objawy ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, często wklajające to cierpienie.—Gorączka nie jest niezbędnym objawem choroby. Wątpliwą jest rzeczą, czy mamy tu do czynienia z przymiotem—pokaże to badanie serologiczne krwi późniejsze. W danym przypadku powstaniu żółtaczki sprzyjało też długotrwałe leczenie chorej rcięcią, ujemnie wpływającą tak samo, jak *salvarsan*, na miąższ wątroby.

**Sprawozdanie z posiedzenia dn. 7 kwietnia 1922 r.**

Przewodniczył Bornsztajn.

**Lubelski. Przypadek wycięcia w znieczuleniu miejscowym górnej szczęki z powodu mięsaka.**

Kobieta 22-letnia—w ciąży 4-ro miesięcznej—przybyła do szpitala z guzem górnej szczęki, wyrastającym z jamy Higmor'a; nowotwór w przeciągu 3 miesięcy przeżarł przednią i górną ścianę górnej szczęki, wrósł do oczodołu i wywołał wytrzeszcz oka. Operacji dokonano—pozastrzyknięciu o godzinę wcześniej 0,01 morfiny—w znie-



czuleniu miejscowym ( $1\frac{1}{2}\%$  nowokaina + adrenalina) i po podwiązaniu tętnicy dotwarzowej. Cięcie (Nolaton'a — Dittfenbacha) przeprowadzono przez wewnętrzny kąt oka i oddzielono dolną powiekę. Znieczulono oddzielne gałęzie nerwowe, mianowicie: nerw szczękowy 10,0 płynu znieczulającego w jamie podniebienne-klinowej przez wprowadzenie igły na 5 ctm. w głąb, do góry i na zewnątrz, pod łuk licowy; nerw łzowy znieczulono u zewnętrznego kąta oka przez wprowadzenie 5,0 płynu; nerwy nosowo-rzęskowy, nosowo-sitowy znieczulono, wprowadzając przez igłę w głąb oczodołu, o dwa ctm. wyżej wewnętrznego kąta oka, 5,0 płynu. Znieczulono jeszcze oddzielne miejsca cięcia skórniego. Gałkę oczną nożem oddzielono od guza, (sarcoma magni-globo-cellulare), który wrósł od oczodołu. Cięciem tuż u wewnętrznego brzegu zębów, aż poza ostatni trzonowy, oddzielono błonę śluzową i okostną na podniebieniu twardym, którą wraz z miękkim podniebieniem udało się w całości zachować, a potem przyszyć do wewnętrznej strony policzka. W ten sposób odłączono jamę nosa od jamy ust. Chora na drugi dzień po operacji mogła już pić. Ponieważ usunięto nie tylko dolną ścianę oczodołu, ale i jej okostną — gałka oczna opadła, i w pierwszym tygodniu po operacji rogówkę i tęczówkę jej pokrywała zupełnie dolna powieka.

Obecnie jednak widać już prawie całą rogówkę i tęczówkę. Gdyby zupełna poprawa ruchu gałki ku górze nie nastąpiła, to L. przewiduje potrzebę operacji wytwórczej—oddzielenia pasma włókien z mięśnia żwacza i przymocowanie go do wewnętrznego brzegu oczodołu.

Operację w znieczuleniu miejscowym chora zniosła bardzo dobrze; nie poroniła; po sześciu dniach zdjęto szwy.

### **Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a. Padaczka w późnym wieku, jako objaw nowotworu mózgu.**

Z. Z. przytacza 3 spostrzeżenia, w których napady padaczkowe wyprzedziły na długo wystąpienie objawów nowotworu mózgu.

I Milicjant, lat 48, przed 2 laty, po wstrząsie psychicznym, dostał po raz pierwszy drgawek z utratą przytomności. Napady powtarzały się co parę tygodni, niekiedy kilka razy na dobę.

Dokładne badanie w tym czasie zmian przedmiotowych nie wykazało; chory poczuł się niebawem lepiej, a cierpienie wówczas uznał, jako późną padaczkę (w związku z miażdżycą naczyń?).

W przeciągu roku napadów nie było. Chory pełnił wzorowo swoje obowiązki, na nic nie narzekał. Lecz oto drgawki z utratą przytomności znów wystąpiły; raz jeden miał nawet 6 napadów w ciągu doby. Od tego czasu zaczął odczuwać drętwienie w pr. k. g.; niebawem wystąpiły też i bóle głowy, zaburzenia mowy w postaci parafazji, zaburzenia czucia stereognostycznego, dotykowego i percepcji ruchowej w prawej dłoni. W końcu lutego 1922 r. st. obec-

ny wykazywał już wyraźny niedowład prawostronny, zwolnione tętno i objawy tak znacznego zamroczenia świadomości, że nasuwało się prawdopodobieństwo nowotworu mózgu, aczkolwiek dno oczu było normalne.

Istotnie podczas operacji okazało się, że był tu nowotwór—w części ciemieniowej mózgu, po stronie lewej.

II Mężczyzna, lat 23, dostał nagle napadu drgawek ogólnych z utratą przytomności; po pół godz. czuł się już lepiej — pozostała tylko ociężałość głowy. Następnie w ciągu 8 mies. był zupełnie zdrow, gdy oto wystąpił nawrót napadów, z bólami głowy, wymiotami i zespołem zaburzeń, wskazujących na schorzenie u podstawy mózgu. Po 2 latach chory zmarł; rozpoznanie nowotworu przysadki mózgowej okazało się słuszne.

III 30 letnia kobieta w 1917 r. po raz pierwszy skarżyć się zaczęła na częste bóle głowy i wówczas dostała też częściowych drgawek w postaci skręcania głowy w stronę lewą. Podobne napady—bez utraty przytomności—trwały zazwyczaj parę sekund, a powtarzały się kilka razy dziennie.

Po roku (1918 r.) drgawkom ulegała już cała lewa połowa. W 1919 r. po raz pierwszy napad drgawek obustronnych z utratą przytomności, pianą na ustach i oddaniem moczu. Odtąd powtarzały się ogólne drgawki co kilka miesięcy, a tylko lewostronne—słabsze lub silniejsze—częściej; lewą ręką chora już wówczas niechętnie się posługiwała, badanie jednak (dr. Goldflam) nic szczególnego nie wykazało,—to też rozpoznano padaczkę samoistną.—W 1920 r. chora zaszła w ciążę, a stan jej znacznie się polepszył, napady ustały. Po porodzie przechodziła ciężkie wysiękowe zapalenie opłucnej. Wówczas znów wróciły napady drgawkowe częściowe, a potem już i stan drgawek ogólnych, nieprzerwanych (VII 1921 r.). Wkrótce potem jednak napady znów zupełnie ustały na czas pewien, natomiast rozpoczął się okres b. silnych bólów głowy, mdłości, wymiotów i t. d. Do szpitala zapisano ją 25 III. 1922 r. w stanie ciężkim: była głęboko zamroczona, senna, na ból reagowała niezbyt żywym grymasem twarzy, lecz z oznakami wyraźnej bolesności czaszki po stronie prawej; miała niedowład lewostronny z niestałym przykurczeniem kończyny górnej, odruch podeszwowy był niewyraźny, niekiedy zaznaczony obj. Bab. W ciągu 10-ciu dni pobytu w szpitalu rozwinął się wyraźny obraz zastoiny tarczowej.

W przytoczonych przypadkach ustalenie rozpoznania na początku było oczywiście niemożliwe, gdyż brakło danych przedmiotowych, że padaczka ma tu podłoże organiczne. W spostrzeżeniu 3-im początek cierpienia od drgawek połowicznych nie wyłączał jeszcze padaczki samoistnej, a nawet wystąpienie lekkiego niedowładu l. k. g. nie pozwalało jeszcze orzekać o sprawie organicznej, znane bowiem są podobne niedowłady połowiczne po szeregu napadów padaczkowych.

wych. Dopiero po 3 latach objawy następne, wtórne, pozwoliły orzec, że mamy tu też do czynienia z nowotworem mózgu, co zabieg chirurgiczny potwierdził.

W dyskusji Flatau sędzi, że nie należy tak łatwo przypuszczać sprawy nowotworowej, gdy padaczka występuje w późniejszym wieku. Myśleć raczej musimy przedewszystkiem o przymocie, o stwardnieniu wieloogniskowym, o nadużyciu wysokości, miażdżycy naczyń i dopiero w ostatnim rzędzie o nowotworze. Dziwne by też było, aby nowotwór, rozwijający się w przeciągu wielu lat, mógł dawać tylko objawy padaczki. Padaczka może istnieć niezależnie od tworzącego się nowotworu, zresztą przez zmiany, wywołane w tkance mózgowej, może w pewnej mierze przyczynić się też do powstania nowotworu.

Bregman przytacza kilka swych spostrzeżeń, w których nowotwory zrazu skroniowego w przebiegu swym przypominały padaczkę. Higier uważa, że w padaczce należy zawsze zastanowić się, czy niema nowotworu.

Goldflam nie jest zwolennikiem poglądu o występowaniu padaczki w późnym wieku na tle miażdżycy naczyń. Przyczyny padaczki należy zawsze szukać w innym kierunku (nowotwór przymiot i in m.) Zylberlast-Zandow w odpowiedzi zaznacza, że zmiany w tkankach mózgowych po dużej liczbie napadów padaczkowych niewątpliwie tworzyć się mogą, lecz trudno byłoby je bez zastrzeżeń wiązać ze sprawą powstawania nowotworów.

### Frysberg. Przypadek zmięknienia kości.

35 letnia kobieta, 11 lat zamężna, 7 razy rodziła. Pierwsze 4 ciążę i porody o przebiegu normalnym. W końcu 5-ej ciąży bóle w plecach i k. k. dd., a tak dokuczliwe, że chodzić nie mogła. Od połowy 6-ej ciąży leżała w łóżku, chodzić również nie mogła—poród był ciężki, trwał kilka dni—z wysokimi kleszczami—dziecko było nieżywe.

Całą 7-mą ciążę przeleżała w łóżku w stanie coraz gorszym; poród wówczas zakończono wymóżdżeniem. W kilka miesięcy po tym porodzie na oddziale rozpoznano zmięknienie kości.

Rentgenogramy oto wykazują charakterystyczne zmiany w kręgosłupie, klatce piersiowej i miednicy. Chorej usunięto oba jajniki. Po 8 miesiącach wykonano nowe zdjęcia. Rentgenogramy obecnie już wykazują, że odbywa się proces rekalcynacji: gdy klisze poprzednie były zatarte, obecnie są zupełnie wyraźne. Pacjentka czuje się dobrze, chodzi bez trudu, zajmuje się gospodarstwem, dziećmi.—Frysberg podkreśla, że z zalecanych sposobów leczenia zmięknienia kości kastracja daje najlepsze wyniki, dowodem tego niniejszy przypadek.

W dyskusji Rubinrot przypuszcza, że naświetlanie jajników prom. Rentg. dałoby identyczny wynik. Frysberg w odpowiedzi za-



znacza, że przy naświetlaniu prom. Rentg. niema pewności i sposobu kontroli, czy tkanka jajników istotnie ulega zupełnemu zniszczeniu; wyleczenie osteomalacji może dać tylko radykalne i całkowite usunięcie ich.

## Bregman. 2 przypadki nowotworu mózdzku z pokazem preparatów.

Przyp. I A. P. 2<sup>1/2</sup> r. z Mławy, wstąpił 27 XII 1921 r. Od 6 tyg. bóle głowy, zwł. na czole. Od 3 tygodni przestał zupełnie chodzić. Mdłości i wymioty. Przed 5 dn. przez cały dzień napad utraty przytomności. Siostra matki chorego zmarła na chorobę płuc. St. ob.: głowa powiększona i stale pochylona ku przodowi; szwy rozeszły się, ruchy głowy wolne; sam nie siada, pada w tył. Przy próbie siadania kk. dd. unoszą się (asynergja). Przy podnoszeniu kk. dd. lekkie wahania i przytym najwpierw zgina kolana. W kk. gg. bezładu niema. Obustronna tarcza zastoinowa. Drganie oczopłasowe przy patrzeniu na prawo. 5 I 22 bóle głowy silne. Oddaje mocz pod siebie. Torpor cerebri. Bezład kk. gg. lekki. Rentgenogram: rozszerzenie siodła tureckiego. Próba Pirqueta —. R o z p o z n a n i e: sprawa uciskowa, prawdopodobnie — nowotwór mózdzku, w okolicy robaka (przewaga bezładu statycznego tułowia).

7 I 22 Trepanacja (kol. Goldstein)—I-szy czas, ułożenie brzuszne, otworzenie całej okolicy potylicznej z usunięciem kości. Po operacji stan ciężki; po środkach pobudzających — poprawa — rozmawia z ojcem. Wieczorem chory zmarł jednak nagle. Oględziny pośmiertne: nowotwór (gliosarcoma--kol. Abramowicz) dolnej powierzchni mózdzku od kąta mostowo-mózdzkowego wzdłuż, między robakiem a pr. półkulą, do kąta mózdzkowo-rdzeniowego, z dużym uciskiem na rdzeń przedłużony; guz drażył także wgłąb istoty mózdzkowej.

Na uwagę zasługuje: 1) że istotnie znaczny bezład statyczny tułowia — przy niewielkim bezładzie kończyn — wskazuje na umiejscowienie w o k o l i c y r o b a k a; 2) położenie p r z y m u s o w e g ł o w y ku przodowi spotyka się rzadko, a częściej ku tyłowi lub w stronę nowotworu. Chory nadaje głowie takie położenie, przy którym najmniej cierpi, co zależy od bliższego umiejscowienia nowotworu; 3) u c i s k r d z e n i a p r z e d ł u ż o n e g o był tak wielki, że niewątpliwie bez operacji byłby w najkrótszym czasie spowodował śmierć chorego.

Przypad. II S. Zel., 54 l. zapisana na oddział 16 I 21 r. Od 5 miesięcy bóle i zawroty głowy, zaczęła też źle chodzić, chwiała się. Od 3 miesięcy nie może chodzić sama. Bóle głowy bez ścisłego umiejscowienia, a zawroty najbardziej przy obracaniu głowy. Od niedawna mdłości i wymioty. Mięwa podwójne widzenie. Niekiedy widzi barwne koła wokół przedmiotów. Ma wrażenie, że przedmioty trzęsą się. Ostatnio drętwienie w l. połowie twarzy, zwł. w policzku i gór-

nej wardze; uczucie oparzenia w l. połowie języka. Parestezje w pr. kk. Od kilku miesięcy źle łyka—płyny powracają przez nos.

Przed 3 laty nagle na ulicy miała uczucie gwizdania w głowie, od tego czasu straciła słuch na l. ucho. Pod względem etiologicznym — nic szczególnego. Brak danych dla gruźlicy i przymiotu. Odczyn Wass. ujemny. Wywiady już nasuwały przypuszczenie nowotworu kąta mostowo - mózdkowego; również początek od utraty słuchu na lewe ucho, objawy ogólne, mózdkowe oraz ucisku na rdzeń przedłużony. Badanie przedmiotowe przypuszczenie to potwierdziło.

Słuch na l. ucho b. zmniejszony: słyszy szept tuż przed samym uchem. Lew. nerw. przedsionkowy przy pobudzaniu (próba kaloryczna) niewrażliwy; pobudzanie pr. n. przedsionkowego wywołuje odczyn normalny (kol. Karbowski); oczopląs samoistny we wszystkich kierunkach. Ruchy gałek ocznych zachowane. Ruchy głowy wolne; przy ruchu ku przodowi ból w karku. Opukiwanie głowy nieco bolesne, zwł. za uszami. Przy opukiwaniu w okolicy skroniowej z obu stron dźwięk pudełkowy, z l. strony wyraźniejszy. Odruch rogówkowy l. zniesiony, prawy zachowany. Czucie na l. połowie twarzy zmniejszone, zwł. czucie cieplne. Zmysł smaku na l. połowie języka przytępiony. N. twarzowy pr. słabiej unerwiony w dolnej gałęzi. Prawą kd. unosi nieco gorzej. Chodzi pochyłona ku przodowi i tylko przy pomocy. Wyraźny bezład pr. kk.

Czucie wszystkich postaci na pr. połowie zmniejszone. Odruchy brzuszne z obu stron niższe. Chora leży tylko na l. boku; na pr. leżeć nie może. Dno oczu bez zmian.

Pomimo braku tarczy zastoinowej postawiliśmy rozpoznanie nowotworu w l. kącie mostowo-mózdkowym i dn. 4 22: poddaliśmy chorą trepanacji (kol. Goldstein) w pozycji siedzącej. W uspieniu eterowym (po zastrzyknięciu morfiny) obnażono okolicę potyliczną, usuwając kość potyliczną. Po tym 1 - ym czasie chora rychło przyszła do zdrowia, jednakowoż już popołudniu tegoż samego dnia nastąpiła zapaść, która przeszła dopiero po zastosowaniu najenergiczniejszych środków pobudzających. Równocześnie chora zaczęła się też uskarżać na ból w boku, niebawem rozwinęło się zapalenie płuc, a po 8 dniach nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne wykazały nowotwór l. kąta, mostowo-mózdkowego, uciskający w dużym stopniu most Varola, rdzeń przedłużony i mózdzek; prawie cała l. połowa mostu zniesiona. Drobnowidowo (kol. Abramowicz) —nerwo-włóknjak. (Neurofibroma) z domieszką tkanki glejowej.

Pod względem klinicznym na uwagę zasługują brak tarczy zastoinowej, którą się wykrywa prawie we wszystkich przypadkach i która uchodzi nawet za ważny objaw w różniczkowaniu pomiędzy nowotworami kąta, a nowotworami mostu Varola. Wśród 4 przypadków ogłoszonych przed kilkoma laty przez mówcę (wraz z Krukowskim) tylko w 1-yu nietypowym (przerzut raka)—nie było tar-

czy zastoinowej. Być może, że brak jej stoi w danym przypadku w związku ze stosunkowo nieznacznym rozszerzeniem komór. Jednakowoż B. spostrzegł niedawno przypadek nowotworu zrazu skroniowego z b. dużym rozszerzeniem komór, również bez tarczy zastoinowej.

W końcu B. omawia technikę operacji i zestawia operację potyliczną (Krause'go), zastosowaną tu, z operacją poprzezbłednikową (Borchardt, Kümmel). Ta ostatnia jest mniej niebezpieczna, ale często uniemożliwia wyłuszczenie nowotworu w całości, jest mniej pewną pod względem aseptyki i naraża na przecięcie n. twarzowego.

W dyskusji Goldstein zaznacza, że naogół, jak dotąd, operacje mózgowe dają wyniki niekorzystne, jak to wykazuje statystyka Eiselsberga w Wiedniu. Przyczyny: chorzy zbyt późno się zgłaszają do lekarza, na operację godzą się dopiero w ostatniej chwili. W przyp. 2-gim chorej zaszkodziła narkoza eterowa. G. jest za metodą operacyjną Krause'go, t. j. za odsłonięciem jamy czaszkowej cięciem potylicznym.

Flatau zaznacza, że miał kilka podobnych przypadków, operowanych z dobrym wynikiem. Tylne dostępy do mózdzku jest dogodniejszy, aniżeli boczny przez kość skalistą—nie naraża również chorego na stratę labiryntu i całego ucha.

Chorzy znoszą lepiej zabieg, gdy po podważeniu kości potylicznej czeka się kilka, a nawet kilkanaście dni; wówczas dopiero, odchylając półkule mózdzku, przystępujemy do usunięcia nowotworu, który wyłuszcza się znacznie łatwiej, jakby sam z siebie. Za postępowaniem dwuczasowym wypowiadają się też chirurdzy amerykańscy. Zabieg wypada naogół korzystniej, gdy jest wczesny; przy zwlekaniu rozrost guza może wywołać ucisk na rdzeń przedłużony i błędnik, a stąd tak często nagła śmierć. F. radzi również w niektórych przypadkach stosować przed operacją naświetlanie twardymi promieniami Roentg.

Higier, opierając się na danych statystycznych, stwierdza, że operacja boczna daje lepsze wyniki. Cushing w St. Zjedn. na 240 przyp., operowanych tą metodą, miał zaledwie 15% śmiertelności, podczas gdy klinika Eiselsberga wykazuje 60--70% śmiertelności. Krause zwraca uwagę na szkodliwość uśpienia eterowego u osób starszych, cierpiących na płuca. Karbowski wypowiada się za tylną operacją i częściowo-boczną jednocześnie. Goldflam podkreśla niewspółmierność między wielkością nowotworu w przyp. 1-ym a zaburzeniami tak nieznacznego stopnia. Być może, że nowotwory miękkie i w postaci torbieli, wykrywane dość często w kącie mózdkowo-mostowym są mniej szkodliwe, aniżeli «guzy solidne» — twarde.

W odpowiedzi Bregman sprzeciwia się stosowaniu prom. R. w podobnych przypadkach ze względu na pewne podrażnienie uboczne tkanki mózgowej okolicy nowotworu, niekorzystne dla celów



operacji. Co się zaś tyczy sposobu operacyjnego, to większość chirurgów wypowiedziała się ostatnio za dostępem do mózdzku drogą boczną.

### **Luxenburg Objawy drętwicy karku w przypadku gorączki powrotnej.**

13 letnia repatriantka, przybyła na oddział z t<sup>0</sup> 39<sup>4</sup>, bólem głowy, wybitną sztywnością karku; miała też objaw Kerniga, a odruchy ścięgnowe wzmożone. Rozpoznano zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wykonano nakłucie lędźwiowe, zastrzyknięto surowicę przeciwmeningokokową. W płynie mózg. rdz. mętym, wyciekającym pod wzmożonym ciśnieniem, było 20<sup>0</sup>/<sub>00</sub> białka, niewiele leukocytów i limfocytów, lecz ani w osadzie, ani w hodowlach meningokoków nie wykryto. Natomiast znaleziono krętki Obermeier'a i nieliczne czerw. ciała krwi. Nieoczekiwany wynik ten badania wyłączał potrzebę powtórnego nakłucia i zastrzykiwania surowicy, zwł. że sztywność karku się zmniejszyła, a po 48 godzinach gorączka ustąpiła. Po 5 dniach nawrót gorączki, lecz już bez objawów oponowych; we krwi krętki Obermeier'a. Zachodzi więc pytanie, czy i w jaki sposób dostały się do płynu mózg-rdzn. krętki i — jaki jest stosunek krętków do objawów oponowych. Jak wiadomo, w płynie mózg-rdzen. krew zjawia się tylko w pewnych warunkach a w danym wypadku krew, a z nią krętki, mogły się być dostać wskutek przekłucia naczynia krwionośnego podczas nakłucia lędźwiowego. Nieznaczna liczba czerw. ciałek krwi czyni jednak według L. wątpliwym podobne przypuszczenie. Trudno rozstrzygnąć również, czy spostrzegane niekiedy w gorączce powrotnej objawy oponowe zależą od obecności krętków w płynie mózg-rdzn. Pytania te wymagają dalszych specjalnych badań doświadczalnych. —

W dyskusji Szwajcer wyraża opinię o możliwości przedstawiania się krętków do przestrzeni podpajęczynówkowej. Może właśnie dlatego ich tu nie ujawniano, że nie wykonano w tym kierunku ściślejszych poszukiwań. Rotstadt, powołując się na piśmiennictwo o płynie mózgowo-rdzeniowych nie przypomina sobie, aby w nim znalezione były kiedy krętki Obermeier'a; w danym wypadku są one najprawdopodobniej domieszką z krwi przypadkową. Tą samą opinię podziela Bregman, przyczem przytacza kilka znanych mu przypadków tyfusu powrotnego z wyraźnymi objawami drętwicy karku i bez krętków w płynie.

**Luxenburg—Przypadek choroby Addisona.** J. N., lat 24, o wyglądzie 18-to letniego młodzieńca. — Od dłuższego już czasu wystąpiło ogólne osłabienie, które ostatnio wzmogło się jeszcze bardziej. Wyczerpaniu ulega szybko nie tylko układ mięśniowy, lecz i sfera psychiczna (uwaga, pamięć). Prócz wyglądu znacz-

nie młodszego zwraca uwagę: brak zupełny owłosienia męskiego twarzy i typ kobiecy owłosienia na łonie (narządy rodne nieźle rozwinięte—erekcje, niekiedy zmyły nocne). Powłoki swoiście zabarwione przeważnie woskowo-żółte; na grzbiecie, łędźwiach, brodawkach pąsy brązowe; na zgięciach palców rąk, na dłoniach ciemne zabarwienie; drobne wysepki odbarwione na miejscach najmocniejszego zabarwienia. Na śluzówce policzka lewego i wargi dolnej brązowoczarne plamy 2—5—8 mm. Skóra sucha, o skąpej warstwie tłuszczowej. Gruczoły szyjne, pachwinowe, łokciowe namacalne; jeden gruczoł wyraźnie wyczuwa się z pr. str. na wyrostku sutkowym i na podniebieniu. Tęczówki b. ciemne, dno bez zmian, łącznice blade. Szum w l. uchu Zęby równe. W płucach u dołu oddech zaostrozony. W płwocinie tylko koki i nieco dwoiniek. Tony serca mało dźwięczne, po ruchu chwilami poskurczowy szmer u wierzchołka. Tętno 92—96 niskie, miękkie. W krwi 2.500.000 cz.; 6250 biał. wielojądr. 54,0% limfocyt. 35,0%. przejść. 10,0%, eozynof., Hg 25,0%; wskaźnik barw. 0,6. Ciśn. krwi (Riva-Rocci) 87. Odcz. Wass. w krwi ujemny. Wątroba śledziona niemacalne. Mocz jasny, 1500 cm<sup>3</sup> na dobę, ciężar własc. 1014, ślady białka. W stolcu, papkowatym, o normalnym zabarwieniu, dużo włókien mięsn. bez pasorzytów. Stan obecny przedmiotowy / świadczy o niedomodze nadnerczy.

Po zastrzyknięciu podskórnym 1 cm<sup>3</sup>. normaln. roztworu adrenaliny, ciśnienie podniosło się z 86 do 98, w krwi ilość cukru powiększyła się z 0,040% do 0,055% (cyfry obydwie niżej normy); w moczu cukier nie ukazał się. Nie było cukromoczu po podaniu naczecz 150 gr. glukozy. Po podrażnieniu skóry brzucha wybitna „lignee blanche de Serigent“. L. zastanawia się, czy wskazane objawy niedomogi nadnerczy należy uznać, jako zespół cierpienia Addisona w pierwotnym jej określeniu, t. j. jako objaw destrukcji nadnerczy. Sekcje, jak wiadomo, nie potwierdziły całkowicie tego związku. Z siedmuset przyp. Lewina w 68 nadnercza były niezmienione. W 10 przypadkach takich wykryto duże zmiany w układzie pokrewnym „nadnerkowym“, w tkance chromochłonnej (w t. zw. paraganglions, rozsianych wzdłuż całego n. współczulnego). Zmiany w układzie tym mogą istnieć bez zmian w nadnerczach. Spostrzegano też często połączenie chor. Addisona z t. zw. status thymo—limphaticus; co i w danym wypadku ma po części miejsce (owłosienie, gruczoły, limfocytoza). Chor. Addisona według L. polega nie tylko na hypofunkcji nadnerczy, lecz jednocześnie na dysfunkcji narządów, związanych korrelacyjnie z nadnerczami (śledziona i być może inne narządy krwiotwórcze). Hyperfunkcja kory nadnerczy idzie w parze z hypofunkcją śledziony (Stephan-Münch. m. Woch.—świeżo spostrzegał to zjawisko po naświetlaniu głębok. promieniami R. nadnerczy w przypadku pokwitania ze wzmożonym ciśnieniem hyperglobulją) Leczenie organoterapeutyczne, jako dotąd, zawodzi. W danym wypadku L. widzi poprawę

pod wpływem leżenia w łóżku i posilnego żywienia. Niewątpliwie, że są i konneksje z narządami krwiotwórczymi w istnieniu niedokrwistości u takich chorych, którzy jak już wiadomo, mogą nie mieć gruźlicy nadnerczy. Tego rodzaju przypadki L. uważa za „prawdźwie pierwotną chor. Addisona“ w pojęciu Strumpell'a

W dyskusji Klejn nie uważa danego przypadku za bardzo charakterystyczny dla choroby Addisona. Plamki na podniebieniu i wewnętrznej stronie policzka są niewyraźne, jak zresztą zabarwienie skóry jest niezbyt charakterystyczne. Limfatyczne usposobienie chorego niczego jeszcze nie dowodzi; w chor. Addisona zazwyczaj niema też tak znacznej anemji. Zaleca czynić dalsze badania płwociny, objawu Pirquet'a, wogóle poszukiwania robić w kierunku gruźlicy.

Higier przeciwnie uważa przypadek za chor. Addisona, przemawia za tym zwłaszcza pigmentacja skóry, zmniejszone ciśnienie krwi i wybitna astenja. W odpowiedzi Luxenburg nie zgadza się z opinią Klejną; nawet najbardziej typowy pod względem zabarwienia przypadek dopiero wtedy może być uważany za chor. Addisona, gdy się stwierdzi doświadczałnie i inne cechy niedomogi nadnerczy, jak to miało miejsce i w danym przypadku.

## **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 28 kwietnia 1922 r.**

Przewodniczył Flatau.

### **Klejn O badaniu czynności nerek z uwzględnieniem znaczenia jego dla leczenia. (Odczyt)**

K. omawia szczegółowo rozmaite metody badania czynności nerek; w szczególności zastanawia się nad próbą wodną i koncentracyjną, które zaleca. Zamiast badania krwi na N. zaleca badanie na zawartość indykanu, które—w wypadkach grożącej mocznicy—daje wcześniej wynik dodatni. Następnie K. omawia sposoby leczenia schorzeń nerkowych, oparte na wynikach prób powyższych.

W dyskusji Stein zaznacza, że nieprawidłowe wydzielanie moczu nie wykazuje jeszcze stopnia schorzenia nerek. Tu wchodzi w grę i inne czynniki: stan ogólny, sprawa czynnościowa serca i t. p.

Luxenburg zwraca uwagę, że przytoczone przez K. metody badania, jak określenie azotu, indykanu, jodu i cukru mlecznego, mogą być wykonywane tylko w warunkach laboratoryjnych, specjalnych. Dostępniejsze natomiast są sposoby, dające również ścisłe pojęcie o czynności obu nerek, a mianowicie: 1. próba wodna, 2. próba pragnienia oraz 3. próba dwu rodzaj diet — drażniącej i ochronnej.

Następnie, na życzenie Goldflama, Klejn omawia zmiany, jakie się dokonały w ciągu ostatnich lat w poglądach na schorzenie zapalne nerek pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym.



**Simchowicz. O odruchu nosowo-ocznym i nosowo-podbródkowym** (Odczyt z pokazem chorych oraz zwierząt doświadczalnych)

S. omawia 2 obserwowane od kilku lat odruchy, wywoływane za pomocą uderzenia młotkiem perkusyjnym w koniec nosa: odruch górny—nosowo-ocznym—przymknięcie powiek na skutek skurczu mięśni okrężnych oczu i odruch dolny—nosowo-podbródkowy—uniesienie podbródka na skutek skurczu mięśnia, unoszącego podbródek.

Odruch górny - nosowo-ocznym—występuje u każdego zdrowego, odruch dolny-nosowo-podbródkowy jest zjawiskiem patologicznym i występuje, jako objaw generalizacji odruchu nosowego górnego. Odruch nosowo-ocznym nie jest obronnym zaciskaniem powiek, występuje bowiem zupełnie wyraźnie u ludzi ślepych. Odruch nosowo-ocznym jest u zwierząt żywszy, niż u człowieka.

S. udowodnił na królikach, że uszkodzenie jednego nerwu twarzowego wywołuje po stronie uszkodzenia zniesienie odruchu nosowo-ocznego, uszkodzenie zaś jednego nerwu trójdzielnego wywołuje po tej samej stronie tylko osłabienie odruchu dopiero po przecięciu 2-ej gałązki nerwu trójdzielnego z obu stron odruch nosowo-ocznym znika zupełnie obustronnie.

Fakt, że dla jednostronnego zniesienia odruchu nosowo-ocznego wystarczy uszkodzenie jednego nerwu twarzowego, nie wystarczy zaś uszkodzenie jednego nerwu trójdzielnego, dowodzi, że w moscie Varola bocznicę kardego nerwu trójdzielnego odchodzą do jąder nerwu twarzowego z obu stron.

W obwodowych porażeniach nerwu twarzowego i trójdzielnego u ludzi odruch nosowo-ocznym zachowuje się tak samo, jak u królików z uszkodzonym doświadczalnie nerwem twarzowym lub trójdzielnym. Tak więc, brak jednostronny (przyniedowładzie — osłabienie) odruchu nosowo-ocznego pozwala rozpoznać cierpienie obwodowe, jak również zachowanie albo wzmożenie odruchu świadczy o cierpieniu ośrodkowym. W sprawach ośrodkowych — z ogniskiem, umiejscowionym wyżej niż jądro nerwu twarzowego—odruch nosowo-ocznym zawsze jest zachowany, często wzmożony, przyczem czasami kurczy się nie tylko mięsień okrężny oka, lecz i mięsień unoszący podbródek.

Ten odruch nosowo-podbródkowy jest już poniekąd objawem patologicznym. Na 2015 zbadanych w tym kierunku zdrowych i chorych ludzi S. obserwował ten odruch tylko 89 razy: 79 razy odruch występował jednakowo z obu stron, 3 razy niejednakowo, 7 razy był jednostronny.

Jednostronny albo też niejednakowy z obu stron odruch nosowo-podbródkowy S. obserwował wraz z porażeniem połowicznym tylko w przypadkach jednostronnego organicznego cierpie-

nia mózgu; jednakowy zaś z obu stron odruch nosowo-podbródkowy spostrzegał S. w najrozmaitszych, przeważnie jednak organicznych cierpieniach mózgu. Najżywszy odruch nosowo-podbródkowy został przez S. zanotowany w zespole Parkinsona po śpiączce nagminnej.

Oba opisane odruchy łatwo wyczerpują się, należy o tym pamiętać i po każdym uderzeniu w nos kilka sekund przeczekać, a odruch wystąpi ponownie.

Po atakach epileptycznych i apoplektycznych odruch nosowo-oczny może zniknąć na mniejszy lub większy przeciąg czasu (kilkanaście minut do kilkunastu godzin).

Brak odruchu nosowo-ocznego daje lekarzowi możność stwierdzić przebyty atak padaczkowy, co ma praktyczne znaczenie różniczkowe, zwł. w działalności wojskwolekarskiej, gdy trzeba różniczkować pomiędzy padaczką a symulacją. Odruchy nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy są więc pierwszym przykładem odruchów ochrząstnych (przez uderzenie w chrząstkę).

W dyskusji Rotstadt podaje, że w okresie wojny światowej, stale podczas 2 letniej pracy szpitalnej obserwacyjnej, dla wykrycia udawania padaczki dawał badanym żołnierzom, do których nagle był wzywany, podczas lub wkrótce po ataku epileptycznym „pszyka w nos“, na który epileptycy nie reagowali zupełnie, gdy udający padaczkę natomiast na to nagle niespodziewane uderzenie, w nos reagowali odruchowym właśnie obustronnym skurczem mięśni okężnych oczu i ust. Sposób ten swój wykrycia symulacji padaczki R. między innemi zalecał stale dyżurnym lekarzom szpitala wojskowego. Goldflam sądzi, że S. obszerniej opracował patologję odruchu nosowo-ocznego w sprawach obwodowych niż ośrodkowych, co należałoby uzupełnić. Wątpliwym jest, by odruch ten był pochodzenia skór nego, wywołany jest raczej przez podrażnienie okostnej lub chrząstki. — Bregman podkreśla niewątpliwe znaczenie diagnostyczne opisanych i demonstrowanych przez S. dwu odruchów. Higler zalicza je raczej do odruchów skórnych. — S. w odpowiedzi nie zgadza się z tym poglądem i raz jeszcze podkreśla wybitne znaczenie rozpoznawcze odruchu nosowo-ocznego dla patologji nerwów obwodowych i odr. nosowo-podbródkowego w sprawach ośrodkowych nadjądrowych.

### **Mintz. Przypadek skurczu wpustu żołądka i rozszewienie przełyku.**

M. demonstruje—poza porządkiem dziennym—32 letniego mężczyznę, u którego już po wprowadzeniu zgłębnika do przełyku na 33 cm. od zębów siecznych wyciąga się sporo zawartości pokarmowej o odczynie kwaśnym, bez śladów kwasu solnego.

Dopiero w odległości 50 cm. okazuje się przeszkoda, którą można pokonać i drogę do żołądka utorować. Przez zgłębnik wprowadzono do żołądka 200 cm<sup>3</sup> roztworu błękitu metylenowego, na-

stępnie po wyciągnięciu zgłębnika chory wypił szklankę mleka. Po powtórnym wprowadzeniu sondy na trzydzieści kilka cm. wydobyto prawie całą ilość niezmienionego mleka, przesunawszy zaś zgłębnik do żołądka wydostano płyn niebieski. Świadczy to o istnieniu dość znacznego rozszerzenia przełyku, co też potwierdza rentgenogram. W dyskusji Klejn wyraża wątpliwość, czy w przypadku tym istnieje skurcz wpustu, ponieważ sonda dość łatwo przechodzi do żołądka. Należy mieć tu na uwadze jeszcze możliwość istnienia uchyłka większego rozmiaru,

Do tej opinii skłonni są przyłączyć się Luxenburg i Goldflam.

## **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 12 maja 1922 r.**

Przewodniczył Klejn.

### **Luxenburg. Przypadek raka jelita grubego.**

37 letnia kobieta, miała od 9 miesięcy napadowe bóle brzucha z rozwolnieniem lub zaparciem stolca; czasami wahania ciepłoty ciała.

Z powodu częstych wypróżnień śluzowo-krwawych podczas pobytu w szpitalu, zostaje przeniesiona, jako podejrzana o czerwone, na oddział obserwacyjny. Tu stwierdzono dość znaczne wychudzenie, bladość powłok i śluzówek, lekki szmer anemiczny u wierzchołka serca. W okolicy prawego podżebrza, dość głęboko, wyczuwa się guz wielkości pomarańczy, o powierzchni nieco nierównej, ruchomy, mało bolesny. Krew zawiera erytrocyt, 3,600,000 leukocyt. 22,000, Hgb. 55<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; w kale wykryto grupki komórek typu nabłonkowego, o dużym jądrze, niektóre wielojądrowe (barw. May-Giemsa). Na zasadzie charakteru nowotworowego tych komórek oraz wyżej wyszczególnionych danych rozpoznano raka jelita grubego w kącie wątrobowym. Potwierdziło to też zdjęcie pr. R. mianowicie: papka bizmutowa, wprowadzona przez odbytnicę, przesunęła się tylko do kąta wątrobowego, dalej już guz zamykał światło jelita. Zabieg operacyjny w zupełności potwierdził rozpoznanie.

Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że przed przybyciem chorej na oddział dokonano wielu badań ścisłych i zawitych w celu ustalenia rozpoznania, pomijając najprostszą i dostępną metodę t. j. badanie drobnowidowe kału, które w podobnych cierpieniach przedewszystkiem czynić należy.

W dyskusji Krause zaznacza, że widział po raz 1-szy chorą dwa dni przed operacją. Rozpoznanie było tu nietrudne i bez badania drobnowidowego kału, gdyż zasadniczo, w każdym przypadku, gdzie mamy do czynienia z guzem w jamie brzusznej i częste-



mi wypróżnieniami śluzowo-ropnemi, ze śladami krwi, można już wyłączyć guzy nerek lub woreczka żółciowego. Ograniczamy się wtedy do myśli o nowotworze jelita. K. omawia dalej sposoby operowania nowotworów jelita grubego, w szczególności sposób dwuczasowy Mikulicza i trójczasowy Schloffer'a, uzasadniając zarazem obrany w danym przypadku sposób jednoczasowy tym, że nowotwór był niewielki, a chora czuła się jeszcze względnie nieźle.

Lubeiski poglądu K. nie podziela; uważa, że nie należało operować jednorazowo ze względu na ogólne osłabienie chorej. Bardziej odpowiednie byłoby wytworzenie przetoki kałowej w wyżej leżącej części jelita, wycięcie schorzałego odcinka wraz z nowotworem i w końcu zamknięcie przetoki kałowej.

Klejn zwraca uwagę na silny stopień wycieńczenia chorych, którzy się poddają tym operacjom—stąd prawdopodobnie tak znaczny odsetek śmiertelności. Zaleca w podobnych przypadkach przetaczanie krwi.

**Krukowski. Dwa przypadki rodzinnego postępującego zaniku mięśni typu Charcot-Marie-Tooth (z oddz. dr. Bregmana).**

I. 22 letni młodzieniec. Cierpienie się rozpoczęło przed 2-ma laty od osłabienia l. k. d., później pr. k. d.. wreszcie k. k. gg.. Chodzenie i praca ręczna coraz bardziej utrudnione. Ojciec zmarł na skutek przymiotu. Sam chory przechodził ospę przed 3-ma laty. **St a n o b e c n y:** w k. k. g. zanik mięśni kłębow, kłębuszków i międzykostnych dłoni; przywodzenie, odwodzenie palców, jak również przeciwstawienie paluchów, b. upośledzone; ruchy dowolne w stawach barkowych, łokciowych i napiąstkowych dobre; odruchy umiarkowane; zaburzenia czucia dotykowego na dłoniach i palcach. Drżenie włókienkowe w mięśniach przedramiennych. W k. k. d.—zanik drobnych mięśni stóp; przestrzenie międzykostne zapadnięte; stopy w ustawieniu szpotawo-końskim; ruchy palcami i w stawach skokowych b. ograniczone, w stawach kolanowych i biodrowych dobre; chód niepewny z wysiłkiem (steppage); odruchy ścięgnowe nie występują; drżenie włókienkowe w mięśniach lewego uda; zaburzenia czucia dotykowego na stopach; odczyn zwyrodnienia w mięśniach pr. kłęba oraz osłabienie pobudliwości mięśni międzykostnych dłoni i drobnych mięśni stóp.

II. Dotyczy brata poprzedniego chorego, lat 19. Cierpienie rozpoczęło się przed pół rokiem i rozwijało się wśród podobnych objawów; miał też przed 3 laty ospę. Badanie wykazuje zmiany niewiele różniące się od wyszczególnionych w przypadku pierwszym, podkreślić tu jednak jeszcze należy przerost mięśni pasa barkowego, przedramion i ud, czego u brata starszego się nie stwierdza. Wass. w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym w obu przypadkach ujemny.

Typowe umiejscowienie zaniku mięśni i wyżej wymienione zaburzenia uzasadniają rozpoznanie postępującego zaniku mięśni typu Charcot-Marie-Tooth, ponadto w przypadku II zachodzi też możliwość współistnienia cech przerostu rzekomego mięśni typu Erb'a.

W dyskusji R o t s t a d t podkreśla zawiłą, nieustaloną dotąd etiologję cierpienia; w spostrzeżeniu własnym R., ogłoszonym w 1906 r. nie było ani dziedzicznego, ani rodzinnego usposobienia; chora R. przebyła w dzieciństwie odrę. W przypadku drugім R., pokazanym na posiedzeniu szpitalnym dn. 4/II 21. cierpienie Charcot-Marie-Tooth'a miało charakter rodzinny, uwydatniło się wyraźnie już we wczesnym dzieciństwie, nie po przebytej jakiej chorobie zakaźnej, niewykryto też oznak przymiotu dziedzicznego. — Gdy mowa o terapii tego przewlekłego, do późnej starości niekiedy, cierpienia, należy pamiętać, że niektórzy chorzy nadają się do leczenia chirurgiczno-ortopedycznego. —

### **Krause i Rotstadt. Przypadek operacji plastycznej i zniesienia 2 stawów (arthrodesis z powodu porażen k. k. dolnych po zapaleniu przednich rogów rdzenia (Polio-myelitis anter. acuta inf.).**

Chora J. K. lat 20 panna, w 3-im roku życia zachorowała na zapalenie przednich rogów rdzenia. Wkrótce wystąpił bezwład k. k. doln., stopniowo chodząc przestała, przyjęła na stałe pozycję siedzącą z podwiniętymi kończynami dolnymi i w ten sposób przez 17 lat na czworakach czołgała się po ziemi. Zapisana do Szpitala w lipcu 1921 r.; fizycznie i umysłowo dobrze rozwinięta; zupełnie nie chodzi, czołga się po podłodze. Badanie układu nerwowego (kol. Rotsztadt) wykazało, że n. n. czaszkowe i k. k. górne są zdrowe. Kończyna lewa dolna w stanie zupełnego bezwładu, zgięta mocno w kolanie pod stałym ostrym małym kątem; prawa k. dolna w stanie częściowego bezwładu, również b. zgięta w kolanie; tkanka tłuszczowa mocno rozwinięta, natomiast znaczny zanik mięśni. Szczegółowe badanie wykazało: porażenie zupełne mięśni lewej stopy, podudzia i m. quadricipitis femor. sin; mięśnie te nie odpowiadały ani bezpośrednio, ani przez nerw, zarówno na prąd paradychny, jak i galwaniczny. Zginanie lew. stawu kolanowego poza kąt ostry stały możliwe było w wymiarze minimalnym; zginacze przykurczonego kolana lewego odpowiadały zaledwie słabo na prąd galwaniczny o sile 15 MA. — Stan prawej k. doln. znacznie lepszy: sprawne są m. m. peronei, m. biceps femoris, drobne mięśnie tyłu stopy, gastrocnemius, soleus, extr. hallucis long; natomiast nieodpowiadały zupełnie skurczem na prąd elektryczny m. quadric. fem. d., tibial antic. i extens. digit. comm. W celu wyprowadzenia chorej, w miarę możliwości, z ciężkiego jej położenia (od 17 lat na czworakach) K. w porozumieniu z kol. Rotstadtem przedsięwziął szereg rękoczynów

na k. k. dolnych—30 VII 21 r. w uśpieniu chloroformowym wykonano stężenie (asthrodesis) prawego stawu kolanowego; K. zmuszony był wykonać obszerne wycięcie stawu, potem dopiero kończyna dała się w zupełności wyprostować. Przebieg po zabiegu prawidłowy. Po 8- dniach zdjęto szwy rychłozrost; nałożono opatrunek gipsowy. 19 X 21 K. wykonał operację przeszczepienia mięśni prawego podudzia: za pomocą odpowiednich cięć na nim odkryto ścięgno m. peronei longi i przeszczepiono na m. exten. digit. corn, następnie m. extensor hallucis long. na tibiał ant. Rany zaszyto zupełnie, rychłozrost. 21 II 22 r. K. wykonał operację stężenia lew. stawu kolanowego (arthrodesis); po tygodniu zdjęto szwy — rychłozrost, nałożono opatrunek gipsowy. Obecniechora po zdjęciu opatrunku gipsowego i zastosowaniu mięsieniai elektryzacji obu k. k. d. zaczyna, jak oto widać, powoli stąpać przy pomocy innych, o kulach i w wózku.

Rotstadt, uzupełniwszy opis stanu układu nerwowego i mięśniowego chorej przed i po operacjach, zaznacza, że niewątpliwie postępująca już dzisiaj poprawa sprawności k. k. dolnych pozwoli chorej z czasem stąpać—chodzić, przyczym jednak już i obecnie kończynę, d. lewą należy ułożyć w specjalny aparat ortopedyczny z oparciem o lewą  $\frac{1}{2}$  okół. lędźwiowo-krzyżowej, a pod prawą pachę dać chorej kulę. — Przypisek podczas druku. Rot. widział chorą 18 I 23 r. i przekonał się, że istotnie już dość sprawnie w aparacie i o jednej kuli, wzgl. niekiedy nawet tylko o kiju, stąpa po pokoju, wytrwać potrafi na nogach i 6 godzin dziennie.

W dyskusji Lubelski przypomina, że podobną chorą operował w 1906 r. własnym sposobem; unieruchomił wówczas stopę wzgl. staw skokowy 16 letniej chorej za pomocą wkręcenia przez otwory w obu kostkach (Malleoli), z góry na dół i do wewnątrz ze strony kostki zewnętrznej i do zewnątrz ze strony kostki wewnętrznej śruby z kości stoniowej w kierunku do kości skokowej. Później, jak wiadomo, unieruchomiano staw skokowy za pomocą gwoźdźcia z kości, wbijanego z dołu przez kość piętową i skokową do góry w kość piszczelową. — Po 4-ch miesiącach Lubelski unieruchomił swej chorej też i staw kolanowy; po pewnym czasie chora poczęła chodzić bez aparatów i oparcia. Następnie omawiali wskazania do operacji i leczenia fizykalnego, w zależności od wieku chorych, Higier, Goldstein, Mackiewicz, Goldflam, Bregman.

**Bregman i Goldstein Przypadek ograniczonego zapalenia opon rdzeniowych (Meningitis spinalis circumscripta).**

H. P., l. 29, na oddziale od 3. VIII. 1921 r. Już przed 3 laty chodziła mniej szybko i męczyła się prędko. Po grypie (przed



2 lata) objawy wyraźniejsze: ociążałość w stopach i kolanach; osłabienie zwł. l. k. d; potem zaczęła utykać, szukać oparcia, a od roku przestała chodzić. Jeszcze przed gripą—bóle w l. łopatce, zwł. po dłuższym chodzeniu; od 2 lat bóle te ustały. Od początku zaburzenia przy oddawaniu moczu i stolca; od roku oddaje stolec, nic nie czując; od 10 miesięcy oddaje pod siebie i moczu. Przed chorobą dużo chodziła z towarami, po 9 wiorst i więcej

Przymiotu nie miała. Cztery porody, ostatni przed 4 miesiącami: bóle porodowe czuła dobrze, poród był lekki, Przedmiotowo: porażenie obu k. d. prawie zupełne (minimalne ruchy palców), ze wzmożonym napięciem mięśni i powiększeniem odruchów; Clonus pedis i obj. Babiń. obustronnie. Zaburzenia czucia na kk. dd. i na brzuchu, m. w. do  $1\frac{1}{2}$  pomiędzy spojeniem łonowym a pępkiem; na kk. dd. znieczulenie całkowite, na brzuchu niezupełne; zaburzenia dotyczą wszystkich rodzajów czucia, włącznie i czucia położenia oraz ruchów; z pr. strony sięgają nieco wyżej niż z lewej.

Kręgosłup niebolesny; odruchy brzuszne górne zachowane, dolne zmienne. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn przezroczysty o zwiększonej zawartości białka (2—3%), a b. nielicznych komórkach (zespół uciskowy). Nazajutrz po nakłuciu kurcze w rękach, podobne do tężyczki oraz uczucie kurczu w języku; objawy te po 24 godz. minęły.

Ze względu na postępujący rozwój sprawy, na początkowy okres bólowy (bóle w l. łopatce), wcześniejsze porażenia l. kd. rozczepienie białkowo-komórkowe, brak danych dla przymiotu (Wass. ujemny), rozpoznano sprawę uciskową rdzenia. Ponieważ zaburzenia czucia dosięgały 10 — 12 odcinka grzbietowego, należało umiejscowić sprawę—podług prawa Sherringtona—na wysokości 8—10 odcinków grzbietowych, co odpowiada 6—8 kręgom grzbietowym. Najprawdopodobniejszy wydawał się nowotwór, a początkowe bóle, stopniowy rozwój objawów z zespołem Brown-Sequarda w przebiegu wstępnym choroby (według kol. Wurcelmana, który chorą widział w Kielcach), przemawiały za sprawą zewnątrz-rdzeniową.

18. VIII. 21 kol. Goldstein dokonał laminektomji na wysokości 5—9 kręgów grzbietowych. Znalaziono torbiel pajęczynówkową na tylnej powierzchni rdzenia, długości 7—8 cm, o powierzchni brunatnej. Po przecięciu cienkiej otoczki torbieli wylał się płyn przezroczysty; rdzeń był pod torbielą lekko spłaszczony. Przebieg pooperacyjny nader pomyślny. Nie było objawów shog'u, pozostało porażenie spastyczne, odruchy wzmożone. Po paru tygodniach zaczęła się poprawa, najwpierw zaburzeń moczowych (chora uczuwała potrzebę oddania mo-

czu), potem zaburzeń czucia, zwł. czucia bólowego, a w końcu i czynności ruchowych kadłuba (obracanie się w łóżku), następnie pr. kd., a wreszcie i l, kd. Po 4 miesiącach zaczęła chodzić. Obecnie chodzi sama, prawie nie potrzebując oparcia.

Napięcie mięśni jeszcze wzmożone, odruchy powiększone, objaw Babińskiego obustronny, czucie bólowe i zimna powróciło, czucie ciepła, dotykowe, położenia i ruchów jeszcze naruszone. Wobec tak długo trwającego ucisku nie można się dziwić, że poprawa nie jest jeszcze zupełna. Należy się jednak spodziewać, że uczyni ona jeszcze dalsze postępy.

Rozpoznanie różniczkowe między nowotworem uciskającym rdzeń, a zapaleniem ograniczonym opon miękkich, prowadzącym do powstawania torbieli, w obecnym stanie rzeczy nie jest jeszcze możliwe. Horsley podaje dla torbieli dane następujące: 1) rozprzestrzenienie się bólów początkowych i przeczuliny na większej przestrzeni, aniżeli ta, która odpowiada zajęтым odcinkom w rdzeniu; 2) utrata czucia nie tak zupełna, jak w nowotworach; 3) pewna zmienność objawów — granicy zaburzeń czucia, odruchów i nawet porażenia ruchowego. Mann i Krüger, którzy spostrzegali ograniczone zapalenie opon w większej liczbie przypadków postrzałowych, dodaje jeszcze 4) przemijające zaburzenia naczynioruchowe w obrębie dotkniętych odcinków rdzenia. Wszystkie jednak przytoczone dane spostrzegać można także w nowotworach rdzenia, zwł. zmienność objawów (Oppenheim, Spiller) i wyższe umiejscowienie bólów w razie nagromadzenia się większej ilości płynu ponad nowotworu.

W naszym przypadku zbyt wysokie umiejscowienie bólów początkowych oraz zmienność odruchów mogłyby nasuwać przypuszczenie torbieli. Pod względem praktycznym różniczkowanie to jest bez znaczenia, ponieważ w obu sprawach wskazana jest operacja.

Pod względem etiologicznym zasługuje na uwagę uraz przewlekły i grypa, która spowodowała szybszy rozwój istniejących już przedtym lekkich objawów.

Goldstein podaje szczegóły o zabiegu chirurgicznym. Operację wykonano w uśpieniu chloroformowo-eterowym. Cięcie od 5—9 g. kręgu grzbietowego wzdłuż wyrostków tylnych.

Po zdjęciu łuków i otwarciu opony twardej zauważono jakgdyby worek śluzowy, którego otoczką była arachnoidea o brunatnym zabarwieniu na przestrzeni około 7—8 cm.

Tępy m zgłębnikiem zbadano okolice rdzenia—powyżej i poniżej tego miejsca—i nigdzie nie natrafiono na przeszkodę lub guzowatość. Rana zagoiła się przez rychłozrost.

W dyskusji Higier przypomina, że należy zawsze przeszukać, czy prócz torbieli nie ma też wyżej lub niżej nowotworu; zapalenie umiejscowione z otorbieleniem w pajęczynówce towarzyszyć może rozmaitym sprawom zapalnym. Lubelski mówi o podobnych sprawach mózgowych; przed wojną operował torbiel pajęczynówkową mózgu, losu jednak chorej, która zabiegi dobrze zniosła, L. nie zna.—Wurcelman podaje szczegóły o przebiegu i rozwoju sprawy uciskowej z czasu, gdy chorą obserwował w Kielcach — w okresie wczesnym choroby. Goldflam widzi wielki postęp w tej dziedzinie chirurgii u nas; liczba wykrytych torbieli opon rdzenia mnoży się, przytacza przypadki, pokazane przez Flatau i Rotstadta w tow. Neur. Uraz gra ważną rolę niekiedy, jako moment przyczynowy. Cech pewnych rozpoznawczych dla men. seros. circumscripta jeszcze nie ma.

### Sprawozdanie z posiedzenia dn. 2 czerwca 1922 r.

Przewodniczył Krause.

#### L. Krause. Przypadek wnętrostwa (Cryptorchismus) po dokonanej operacji.

Chory 32 letni przybył do szpitala z powodu napadu silnego bólu w lewej pachwinie; zdarzało się to już nieraz, lecz nie w tak silnym stopniu. St. obecny podgorączkowy, tętno dobre. W okolicy lewej pachwiny guz okrągły, bolesny, nad nim chełbotanie, brzuch niewzdęty, niebolesny. Rozpoznano wnętrostwo pachwinowe. Po okładach ciepłych bóle się zmniejszyły. Nazajutrz kilkakrotnie wymioty, w 2 dni później wymioty kałowe, zatrzymanie gazów, a brak wypróżnień. Po przepłukiwaniu żołądka poczuł się znów dobrze. Operację usunięcia wnętrostwa K. wykonał 2 tygod. temu. Cięcie wzdłuż kanału pachwinowego. Po oddzieleniu wszystkich zrostów i wycięciu wszystkich błon okazało się, że z powodu krótkości naczyń sznurka nasiennego do moszny sprowadzić jądra nie będzie można,—K. więc przeciął wszystkie naczynia po uprzednim podwiązaniu, pozostawiając tylko przewód nasienny i arteriam deferentialem. Następnie K. oddzielił ogon przyjądrza od jądra aż do głowy, tak że jądro wisiało jedynie tylko na przewodzie nasiennym, poczym na tępo otworzył kanał w lewej  $1\frac{1}{2}$  moszny i do dna z łatwością wprowadził jądro i tam przymocował za pomocą szwu. Z powodu zupełnego zaniku lewej  $1\frac{1}{2}$  moszny kanał z trudnością dało się utworzyć i jądro zaledwie w nim się mieściło. K. przypuszcza, że po pewnym czasie, po rozluźnieniu się zrostów, jądro własnym ciężarem opuści się niżej. Po 9 dniach zdjęto szwy, rana zagoiła się przez rychłozrost. Jak wiadomo, największą przeszkodą dla ściągnięcia jądra do moszny są zbyt krótkie naczynia sznurka nasiennego. Biorąc pod uwagę,



że między tętnicą nasienną wewnętrzną i tętnicą nasieniowodową (art. deferentialis.) istnieje połączenie dostateczne dla odżywiania jądra, można wszystkie naczynia sznurka nasiennego podwiązać i przeciąć, a jądro łatwiej wtedy do moszny wprowadzić.

W jednym przyp. wnętrstwa, u 8 letn. chłopca, operowanym przez K. w ten sposób, po podwiązaniu i przecięciu wszystkich naczyń, ściągnięto również jądro do moszny, a przez otwór zrobiony w dolnej części, wyprowadzono je nazewnątrz (spjs. Hahna). Po kilku dniach jądro zczerniało, zrobiło się suche, widać było rozpoczynającą się zgorzel. Jednakże po dłuższym czasie zewnętrzna czarna powłoka się oddzieliła, jądro zaczęło się pokrywać zdrową ziarniną. Wówczas K. jądro wprowadził pod skórę i otwór w mosznie zaszył. Przypadek zakończył się pomyślnie. Czy w danym wypadku powierzchowna zgorzel wystąpiła z powodu ucisku jądra w otworze moszny, czy też z powodu niedostatecznego odżywiania powierzchni jądra, trudno orzec.—Różne są przyczyny, działające hamująco na zstąpienie jąder do moszny. Tu należą: dziedziczność, zboczenia w zarodkowym rozwoju całego wewnętrznego narządu płciowego — brak gubernaculi Hunteri, położenie poprzeczne jądra, krótkie naczynia, zrost z pęcherzem, kiszki, wązki kanał pachwinowy i t. d.

Nieprawidłowe położenie jądra nie pozostaje bez wpływu na jego rozwój. Jądro takie bywa mniejsze, o konsystencji miękkiej, pod drobnowidem widać nadmierny rozwój tkanki łącznej, kanaliki nasienne i spermatogeneza za słabo rozwinięte, często też ulega ono zwyrodnieniu złośliwemu; o ile sprawność rozrodcza takiego jądra niewątpliwie jest zmniejszona lub zupełnie zniesiona, o tyle sprawność odnośnie do wydzieliny wewnętrznej jest zupełnie zachowana. Stosownie do miejsca, gdzie takie jądra się zatrzymały, często ulegają one zapaleniu, skręceniu naokoło sznurka nasiennego, uwięzieniu, a nadewszystko zwyrodnieniu złośliwemu (raki, mięsaki).

To ostatnie bywa też przyczyną usunięcia jądra, aczkolwiek niesłusznie, gdyż, jak dowiedziono ostatnio, zwyrodnienie złośliwe występuje bardzo rzadko (według Bramana 1:1000) w położeniu pachwinowym. Ze względu jednak na dolegliwości, które jądro takie sprawia, należy w każdym przypadku przystępować do operacji przymocowania jądra w mosznie. Nie należy z operacją spieszyć się, a wykonać ją między 8 i 10 rokiem życia, lub jeszcze później, gdyż w pierwszych latach jądra jeszcze same przez się opuszczają się mogą do moszny.

W dyskusji Goldflam mówi o objawach niedrożności — w pewnych okresach rozmaitych chorób — a rozwijającej się na drodze odruchowej, z powodu b. silnych bólów niekiedy, nprz. w kamicy nerkowej.

Rubinrot przypomina szczegóły sposobu operacji wnętrstę-

wa, który stosował Oderfeld. S z e n k i e r, operując wnętrstwo, przeciąga jądro przez tunel, zrobiony w mosznie, wyprowadza je na zewnątrz i mocuje pod fascia lata uda tej samej strony; chory dostaje opatrunek, mając udo, zgięte. Gdy na 7—8 dzień chodzić zacznie, to stopniowo, rozginając udo, wyciąga naczynia jądra—a po 14—15 dniach można już zwykle jądro z powrotem implantować do moszny. Jest to najpewniejszy sposób umocowania jądra i wydłużenia naczyni jego.

A b r a m o w i c z wymienia inne jeszcze sposoby przyczepiania jądra przy wykonywaniu W. operacji wnętrstwa, podkreśla wybitne znaczenie dla ustroju funkcji jąder, przypomina o najnowszych badaniach doświadczalnych w tym względzie.

W odpowiedzi K r a u s e podkreśla również wybitną rolę w powstawaniu niedrożności, na przykład przepukliny uwięźniętej, czynnika odruchowego. Wszczepianie zdrowej tkanki jądrowej osobnikom, pozbawionym jąder (K. przytacza przykład żołnierza okaleczonego), jest bezwzględnie wskazane, dziedzina ta chirurgji gruczołowej ma wielką przyszłość.

### Lubliner. Nowotwory złośliwe jamy bębenkowej (z pokazem 2 chorych)

Do najrzadszych schorzeń jamy bębenkowej należy bezsprzecznie nowotwory złośliwe. (opisano dotąd ze 100 przypadków mięsaka i raka). Mięsaki po 30-ym roku życia prawie nie zdarzają się.

Początkowe okresy bujania nowotworu w jamie bębenkowej są zazwyczaj nie bolesne i przebiegają skrycie. Dopiero po zniszczeniu błony bębenkowej guz wrasta do przewodu zewnętrznego ucha w postaci polipa.. i wtedy ustalić już można jego budowę. Mięsak ucha środkowego przez szybki rozwój draży nazewnątrz, niszcząc otaczające tkanki miękkie, kość, a nieraz i skórę nad nią. Zdarza się też, że wrastając w kierunku opon mózgowych lub w kierunku kanału nerwu twarzowego, powoduje wczesne ciężkie objawy mózgo- we lub porażenie nerwu twarzowego.

Przypadek, dotyczący tego cierpienia, L. podaje oto w streszczeniu. R. F. 5-cio letni, z Grodziska, przyjęty na oddział 23 IV 22. Nigdy nie chorował, dobrze się rozwijał. Ropienia z uszu uprzednio nie miał. Przed tygodniem bóle głowy i ucha prawego, niebawem skrzywienie twarzyczki oraz niedomykanie oka prawego.

Badanie wzornikiem wykazało polipa, wyrastającego z jamy bębenkowej, który można było dokładnie otoczyć za pomocą zgłębnika. Wydzielina skąpa, o nieprzyjemnym zapachu. Bezwład wszystkich gałązek praw. nerwu twarzowego.

Wobec wzmagających się bólów głowy L. dokonał operacji doszczętnej; już po rozcięciu skóry okazało się, że nowotwór zniszczył kości oraz ścianę tylną i drażył w kierunku błędniaka i kanału ner-

wu twarzowego. Masy nowotworowe, o konsystencji gruczołowej, wyłyżeczkowano dokładnie, aż do zatoki poprzecznej i n. twarzowego. Tkanka kostna była jakby roztopiona w masie nowotworowej, kosteczki słuchowe złuzowane, również w masie nowotworowej. Po usunięciu wszystkich zniszczonych przez nowotworowe części tkanek nałożono opatrunek jodoformowy.

Po 2-im opatrunku rozpoczęto uzupełniające leczenie promieniami Roentg. Przepowiednia była nader ciężka, a nawet beznadziejna, gdyż już po 4-ym opatrunku (po 2 tygodniach) dało się zauważyć bujanie nowotworu z głębi. Jedynym objawem poprawy było ustąpienie ciężkich bólów głowy.

Niemniej beznadziejnym jest rak pierwotny jamy bębnekowej, który częściej niż mięsak zdarza się w uchu środkowym. Zazwyczaj występuje po 40 r. życia, lecz są przypadki w młodszym wieku (nprz. Leidlera u 19-to letniego, a Nagera u 18-to letniej).

Pierwsze okresy cierpienia tego rzadko są spostrzegane, chorzy szukają bowiem pomocy, gdy już doszło do zniszczenia błony bębenkowej i drażenia guza do przewodu zewnętrznego lub przez kości na zewnątrz, na skórę, gdy już więc są bardzo dotkliwe i uporczywe bóle. Nowotwór rozrasta się coraz bardziej, zejście śmiertelne następuje wskutek wyczerpania chorego lub wskutek krwotoków z nadżartych tętnic.

Oto szkic odpowiedniego spostrzeżenia. — R. L. 62 - letni rolnik, z Prużan, przybył na oddział 10 VI 22 r. Przed 3 miesiącami ropotok wstępny z ucha prawego, przed miesiącem ust wykrzywienie, niedomykanie oka praw., utrata słuchu na ucho prawe, bóle głowy i za uchem. Wydzielina była śluzowo-krawo-ropna, cuchnąca i obfita; w głębi ziarnina o brudno-szarym wyglądzie. Górna ściana znacznie opuszczona. Porażenie praw. nerwu twarzowego. Stan bezgorączkowy. W moczu ślady białka i liczne leukocyty.

13 V 22 r. doszczętna operacja. Guz wrastał w kierunku ściany tylnej w głąb—poprzez jamę bębenkową do porus acusticus int., w górę do podstawy czaszki, ku tyłowi zaś dążył ku oponie mózdzku, przylegał do zatoki esowatej, a ku dołowi dochodził do opuszki i żyły jarzmowej. Wyłuszczone guz (rak płaskokomórkowy) za pomocą elewatora, poczym wyłyżeczkowano masy, wrastające we wszystkich kierunkach. Nerw twarzowy obnażono na przestrzeni 1,5 ctm.: kosteczek słuchowe były wolne. Śmierć po 5 tygodniach z wyczerpania.

Jedyny wynik operacji—ustąpienie szalonych bólów głowy. Za bieg operacyjny nie daje nadziei wyleczenia złośliwego nowotworu. Sądząc jednak z prac ostatnich Dunbar Roy'a z Atlanty Ga, J. C. Becka z Chicago oraz Lennoisa, Sargnon et Moutet leczenie operacyjne przy jednoczesnym stosowaniu radium i promieni R. zachęcić winno bardzo do dalszych w tym kierunku poszukiwań.



**Lewin Przypadek akromegalii, powiększonej gruczoła płuc i zapaleniem wsierdza i osierdza.**

L. Sz., lat 39, przbyła na oddział z powodu kaszlu, krwio-  
płucia i osłabienia. Miesiączkuje od 13 roku życia, zamężna od 23  
roku; raz roniła, w 1910 r. urodziła zdrowe dziecko; po porodzie tym  
ciężkim przestała miesiączkować; po kilku miesiącach już zauwa-  
żyła, że powiększają się jej palce u rąk i nóg, a następnie nos  
i podbródek, przyczym miała nieznaczne bóle głowy i drętwienie k.  
k. d. Od 6-iu lat chudnie, przez ostatnie 4 lata silne pragnienie,  
ustąpiło to dopiero niedawno; moczu nie badano. Przed 2 laty wy-  
jechała do Ameryki, tam było pierwsze krwiooplucie; z Ameryki po-  
wróciła bardzo osłabiona. W dzieciństwie płonica. Jest siódmą z 11-ga  
rodzeństwa.—St. ob. waga 120 f., stan podgorączkowy, tętno 90, pra-  
widłowe. Ciśnienie 70 i 45; po zastrzyknięciu 1,0 adrenaliny (1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>)  
ciśnienie podnosi się do 90 i 65. Charłactwo, skóra sucha. Błony  
śluzowe normalne. Gruczoły pachowe i pachwinowe znacznie po-  
większone. Tarczycy się nie wyczuwa. Owłosienie normalne. Głos  
czysty; twarz o wyglądzie znacznie starszym, prawie męska, bez  
wrażu; nos duży, szeroki u podstawy. Kości jarzmowe mocno uwy-  
datnione, szczęka dolna powiększona, wysunięta o kilka ctm. Język  
i wargi nie zgrubiałe; brak wielu zębów od kilku lat, dziąsła w za-  
niku. Kości oczodołu zgrubiałe. Oczu ruchy, dno i pole widzenia  
prawidłowe.

Klatka piersiowa beczkowata, dość duża, bardziej w części dol-  
nej; żebra i obojczyki wyrostek mieczykowaty znacznie powiększo-  
ne i zgrubiałe. Palce u rąk i u nóg dość duże, powiększone, typ en  
large. Paznogie szerokie i krótkie. Ruchy palców i napiętko nie-  
co utrudnione—wykonywa tylko grube czynności; nie chodzi z osła-  
bienia. Kości miednicy zgrubiałe. W płucu prawym gruczoła w dru-  
gim okresie, w lewym zmiany mniejsze. Wymiar serca podłużny nie  
daje się określić, poprzeczny—powiększony; szmer skurczowy u wszy-  
stkich otworów, akcent na 2 tonach aorty i tętnicy płucnej: na most-  
ku—szmer tarcia. Brzeg dolny wątroby o 3 poprzeczne palce niżej  
prawego łuku żebrowego, twardy, bolesny. Próba haemoklasyczna  
Widal'a—ujemna. Próba z żółcią—dodatnia (po spożyciu 2, o Fel-  
logen'u występuje w moczu po 6 godzinach urobilina). Śledziony  
się nie wyczuwa. Macica mała w tyłozgięciu i pochyleniu; jajnik  
w zaniku zupełnym (kol. N a t a n s o n).

Na k. k. d. omamy czuciowe; odruchy skórne normalne, ze ścięg.  
Achilles'a—brak; odruch z łącznicy osłabiony, gardzielowy — wzmożo-  
ny. Mocz ok. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> litra na dobę — o barwie żółtej, mętnej, 1035  
kwaśny; białka o, 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, cukru—4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ostatnio ilość cukru zmniejszy-  
ła się do 0,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W osadzie nic szczególnego. Piry. słabo dodatni.  
Wass. ujemny. Krew: Hb. 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Eryt. 5.800,000, leuk. 5330 (eoz.  
5,38<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; płyt. Bizz.—dużo. W płwocinach tylko włókna sprężyste w

w małej ilości. Radiografja wykryła: 1) siodło tureckie rozszerzone; na zewnątrz w jamie czaszkowej gęsty cień (tumor?); 2) zdjęcia stopy — bez zmian kostnych — zwapnienie naczyń wybitne; 3) W dłoniach zmiany przerostowe, nawet wyrosłe kostne. — Cierpienie chorej L. uważa za typowy przydatek akromegalji, który łatwo rozpoznać na zasadzie zmian w kształtach zewnętrznych, jak również z przerostu przysadki mózgowej i zaniku jajników. Powikłaniem jest tu gruźlica płuc, zapalenie chroniczne wsierdza i osierdza i cukromocz, stąd też znaczne charłactwo.

Przypadek wyróżnia się: 1) brakiem objawów zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, z powodu powiększenia przysadki mózgowej oraz objawów ze strony nerwów obwodowych i wzrokowych; 2) brak powiększenia języka i warg. A że dolna szczęka jest w danym wypadku jednak znacznie powiększona i wysunięta, przemawia to przeciw pogładowi, że powiększenie dolnej szczęki wytwarza się przez powiększenie języka, który naciska na kości dolnej szczęki i wypycha je stopniowo naprzód; 3) we krwi chorej znajdujemy erytrocytemję, w akromegalji dość częstą, ale z drugiej strony mamy też i leukopenję, co zdarza się bardzo rzadko, zwykle bowiem bywa leukocytoza; 4) zmniejszone ciśnienie krwi można objaśnić albo hypofunkcją nadnerczy lub też posuniętym stanem gruźlicy płuc, kiedy ciśnienie zwykle opada znacznie. Etiologia akromegalji w danym przypadku jest dość jasna: z jednej strony powiększenie przysadki mózgowej, z drugiej zaś strony zanik jajników. Zaburzenia funkcji tych 2 narządów o wydzielaniu wewnętrznym mogło łatwo wpłynąć na przerost kości.

Powikłanie gruźlicą i cierpieniem serca wyłączało leczenie chirurgiczne; leczono też chorą objawowo (ars. o varogen, Camphora in. in.)—Przypisek podczas druku. Chora zmarła 2 VII 22. Badanie pośmiertne (kol. Abramowicz) potwierdziło rozpoznanie: a) w gruczole tarczycowym—zmiany koloidalne, b) w nadnerczach—proces zwyrodnieniowy — wakuolizacja komórek i c) w przysadce mózgowej — jak również w jajnikach—znaczny rozrost tkanki łącznej.—

W dyskusji Goldflam przypomina o Osteoarthropathie hypertrophante; cierpienie to trzeba mieć na uwadze pod względem rozpoznawczym w przypadkach rozrostu kości; G. podkreśla też stosunek wzajemnej zależności między czynnością patologiczną gruczołów rodnych a przysadki.

### **Sterling Przypadek czerwonego liszaju kończystego**

Chora, lat 10, od kilku miesięcy zauważyła występowanie na twarzy i tułowiu białych łusek. Jak oto widać, owłosiona skóra głowy, twarz, obie boczne powierzchnie tułowia, kończyny górne i dolne ze strony wyprostnej i ze strony zginaczy (w mniejszym stopniu) pokryte są drobnymi łuseczkami barwy białawej na tle skóry zaczer-

wienionej. Po usunięciu łusek i na miejscach, nie pokrytych łusczkami, widać bardzo liczne zrogowaciałe torebki włosowe. Na grzbietowej powierzchni dłoni, palców i na wyprostnej powierzchni dużych stawów zrogowaciałe torebki włosowe pokryte są zrogowaciami czopkami. Sprawa okazuje skłonności do szybkiego rozprzestrzeniania się.

### Sołowiejczyk 3 przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego (pokaz preparatów).

I 3 letnia dziewczynka zachorowała na zapalenie wyrostka robaczkowego 18 dni przed operacją. Przedtym, gdy miewała bóle brzuszne, leczono je, jako objaw nieżytu przewodu pokarmowego. W lutym 1910 r. operacja; znaleziono wówczas ropne ograniczone zapalenie otrzewnej ze znacznymi zrostami. Wyrostek, w kształcie śliwki, 4 ctm. długości,  $2\frac{1}{2}$  ctm. średnicy, usunięto; w wyrostku tkwił kamień wielkości pestki daktyla (3 ctm. długości i 1 ctm. szer.) Kamień był bardzo twardy; po 12 latach oto leżenia w płynie Keiserlinga zachował swoją konsystencję. Oczywiście, że ten kamień wytworzył się nie w ciągu ostatnich 18 dni choroby przed operacją, lecz daleko wcześniej.

II 51 letni kowal, operowany w roku bież., z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przed operacją stwierdzono naciek w okolicy coecum, b. bolesny, nierówny, wielkości gołębiego jaja. Chory ten zasięgał rady u S. już przed 17 laty z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, wówczas o przebiegu gorączkowym. Chory wtedy nie godził się na operację. Od tego czasu miewał napadowe bóle w okolicy kątnicy, lecz pracował dalej.

4 lata temu lekarz niemiecki, podczas okupacji, wykonał choremu radykalną operację z powodu przepukliny; bóle jednak w okolicy kątnicy i po operacji nie znikły. Podczas ostatniej operacji S. natrafił na guz powierzchni tylnej kiszki ślepej wielkości kasztana, nierówny, bardzo twardy. Wyrostka robaczkowego S. nie mógł znaleźć, przypuszczał więc, że guz jest nowotworem kiszki ślepej, którego punktem wyjścia był wyrostek robaczkowy.

S. chciał wyciąć guz i dokonać częściowej rezekcji kiszki ślepej. Aby przekonać się jednak o charakterze guza, S. nadciął go: wówczas ukazał się bardzo twardy, nierówny, wielkości dużej wiśni, kamień kałowy, który tkwił w wyrostku robaczkowym. Po usunięciu kamienia widać było ujście wyrostka robaczkowego. S. usunął resztki wyrostka, wzgl. resztki guza, kışkę obszył 2 piętrowym szwem. Chory po 3 tygodniach wyzdrowiał. Przypadek ten również, jak i wyżej podany, dowodzi, że kamień kałowy może pozostawać w wyrostku robaczkowym przez długie lata (17 w danym wypadku).

III Kobieta, lat 84, z wadą serca, z nieżytem przewlekłym oskrzeli i zaparciem nawykowym. Zachorowała z powodu uwięźnię-



tej prawostronnej przepukliny biodrowej. S. widział chorą w domu, w dniu trzecim choroby. Brzuch był wzdęty, widać było wzmożony ruch robaczkowy kiszki cienkich, a w prawym kanale biodrowym wyczuć można palcem było guz wielkości jaja kurzego; przesunąć go nie można było. Oddźwięk opukowy w miejscu guza stłumiony. S. myślał z początku o uwięźniętej przepuklinie sieci. Operację zdołano wykonać dopiero na 5-ty dzień. Po przecięciu skóry okazało się, że przez worek przepuklinowy przeświecał płyn ciemny. Po otwarciu worka i wypuszczeniu płynu, na dnie spostrzeżono twór, o barwie czerwonej, jakby sieć lub jajowód. Dopiero po przecięciu pierścienia (lig Gimbernati), okazało się, że jest to wyrostek robaczkowy, zgięty w  $\frac{1}{3}$  części swej długości, przyczym wytworzonym kolaniem uwiązał w worku przepuklinowym. Podstawa wyrostka i wierzchołek pozostały w jamie brzusznej.

Część uwięźnięta nie ulegała zgorzeli, a tylko obrzękła. Aby rozszerzyć dostęp do kiszki ślepej, S. po przecięciu wiazałda Pouparta i wyciągnięciu wyrostka wraz ze ślepą kishką wykonał appendektomję. Następnie S. częściowo zaszył jamę brzuszną i wprowadził kilka sączków. Przebieg po operacji bezgorączkowy, a po 18 dniach wypisano chorą w pomyślnym stanie zdrowia. W danym wypadku było uwięźnięcie wyrostka robaczkowego w kanale biodrowym z częściową zgorzelą ścianki wierzchołka wyrostka.

### **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 23/VI 22 r.**

Przewodniczył Lewin

Srebrny. **Zmysł powonienia w diagnostyce klinicznej**

(Odczyt; przeznaczone do druku).

W dyskusji Klejn podkreśla niewątpliwe znaczenie praktyczne omawianego przedmiotu dla badań klinicznych; należałoby ustalić metodę badania powonieniem. nprz. surowic krwi w chorobach zakaźnych, następnie moczu i inn. wydzielin—Krause podkreśla, że w orzeczeniu o charakterze sprawy ropnej chirurgia już dawno posługuje się zmysłem powonienia. — Dolkart przypomina o rozpoznawaniu węchowym acetonurji oraz o woni swoistej niektórych chorych przed śmiercią. Lubliner omawia patologję zmysłu powonienia, klasyfikację zapachów, wypracowaną przez Niemców. Gantz podkreśla, jak trudno jednak często o należytą ocenę wartości wrażeń węchowych dla diagnostyki klinicznej. Blay zaznacza, że należałoby szczególnie u dzieci kształcić zmysł powonienia. Abramowicz uważa krzewienie badania węchem, jako zamierzenie wsłeczne, mało korzystne dla rozpoznania; należy raczej mnożyć i rozwijać współczesne, tak doskonałe już metody laboratoryjne, bakterjologiczne itp. — Sterling Wcl. mówi o wpływie cech indywidualnych lekarza na kierunek badania i odrębnym dlatego niekiedy znaczeniu węchu wrażliwego. Szwajcer podkreśla między innemi znaczenie wybitne zmysłu powonienia u zwierząt i ich wrażli-

wości węchowej.—Niewidomi często powonieniem rozpoznają członków swego otoczenia. Lewin podaje, że chorzy sami zwracają uwagę lekarza na woń swego oddechu i wydzielin. Srebrny w odpowiedzi podkreśla, że, zalecając kształcenie zmysłu powonienia dla diagnostyki klinicznej, nie chciał bynajmniej przez to zmniejszać znaczenia innych metod badania.

**Rosenberg Kilka słów o odczynach kłaczkowatych Meinickie'go i Sachs-Georgi'ego oraz ich znaczeniu dla rozpoznawania kiły.** (Odczyt; przeznaczone do druku).

**Abramowicz O leczeniu złamań uda.**

A. przytacza sposoby leczenia złamań uda, zwłaszcza w górnej  $\frac{1}{3}$  części. Ostatnio chirurdzy używają przeważnie wyciągu, który jednakowoż ma swoje ujemne strony, ponieważ często po nim następują długotrwałe zaniki, wzgl. zwyrodnienie, mięśni oraz sztywność stawów.

Zwłaszcza niewygodnym jest wyciąg przy złamaniach otwartych, gdy dostęp do opatrywania rany jest utrudniony, zmiana zaś wyciągu jest przeciwwskazana dla konsolidacji odłamków. Wobec tego A. proponuje leczenie złamań uda zapomocą aparatu prof. Węglowskiego. Aparat składa się z 3 ramek: jedna z nich jest podstawą, dwie zaś inne można złączyć pod dowolnym kątem, jak też zestawzić je tak lub inaczej względem podstawowej ramy. Aparat składa się łatwo do przenoszenia. Drugą jego dodatnią stroną jest łatwy dostęp—przy otwartych złamaniach—do ran. A. posługiwał się chętnie powyższym aparatem w tych przypadkach, w których opieka nad chorym była niedostateczna, przy zastosowaniu zaś wyciągu konieczne jest bliższe czuwanie nad chorym.

W dyskusji Lubelski zaleca dla celów wyżej wskazanych wyciągowe aparaty — przystawkowe — boczne; L. poślikuje się niemi od kilkunastu lat na swym oddziale z wielką korzyścią dla chorych. Krause podkreśla, że niema aparatów tego rodzaju bez zarzutu; wynik zależy zawsze od charakteru złamania, wieku chorego i ogólnego stanu; aparat prof. Węglowskiego może mieć zastosowanie tylko w szpitalu.

## **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 22 września 1922.**

Przewodniczył **Lubliner.**

**Karbowski. Plastyczne pokrycie otworów po doszczętnych operacjach ucha środkowego.**

Operacje na niepokrytej części głowy, oprócz rezultatów leczniczych, wymagają też wytworzenia możliwie dobrego wyniku kosmetycznego; zmusza to często nawet do zaniechania zabiegu, gdy wskazania są względne. Na narządzie słuchu uzyskujemy obecnie wyniki kosmetyczne po operacjach doszczętnych ucha środkowego coraz bardziej pomyślne, a to dzięki nowszym metodom plastycznego po-

krycia pozostałych w miejscu ran otworów. Dla pokrycia ich posługiwano się dotychczas dwiema metodami operowania: 1. met. Passowa—wycina się wtedy dwa płaty z przyczepami u przedniego i tylnego brzegów rany; płaty te zostają odwrócone tak, aby pokryć nimi jamę z wewnątrz.

2. met. Panse-Koernera—gdy wycina się płat z małżowiny aż do grobelki; po wyluszczeniu chrząstki płat zostaje przesunięty tak, aby mógł być przszyty do odświeżonego brzegu tylnego otworu.

Plastyka Passowa nadaje się tylko do pokrycia niezbyt dużych otworów, plastyka Panse-Koernera może służyć do pokrycia większych otworów, ale znacznie powiększa otwór przewodu usznego.

Ostatnio, jak wiadomo, posługują się nową plastyką, która się nadaje do pokrycia dużych otworów, pozostawiając przewód zewnętrzny w jego naturalnej wielkości. Wycina się dwa płaty: jeden ze skóry potylicy z przyczepem u tylnego brzegu—płat ten zostaje odwrócony i służy do pokrycia jamy z wewnątrz. Drugi płat—z małżowiny—z przyczepem u wgłębienia, odpowiadającego grobelce—płat ten zostaje przesunięty w tył, by nim pokryć ranę, powstałą po utworzeniu płata tylnego. Jamę tamponuje się szczelnie, aby płat wewnętrzny wszędzie dobrze przylegał. K. operował w ten sposób 3 przypadki z dobrymi wynikami.

W dyskusji Lubelski przypomina, że dawniej często wykonywał na uchu doszczętną operację na oddziale chirurgicznym, przyczem braki kosztne pokrywał, stosując własny sposób plastycznego zabiegu (którego szczegóły podaje) z bardzo dobrym wynikiem kosmetycznym.

### **Lubelski i Frysberg. Przypadek równoczesnej ciąży macicznej i zamaciczej.**

Mężatka, 27 l. Na początku 3 mies. ciąży silny ból w dolnej części brzucha. Gorączka. Macica powiększona, odpowiada 2 mies. ciąży; dookoła macicy nacieczenie. Po kilku dniach poronienie. Następuje chwilowa poprawa, później znów pogorszenie: temp. 38—39°, bolesność w całym dolnym odcinku brzucha, przy obmacywaniu niezbyt dobrze odgraniczone nacieczenie. Wobec przypuszczenia sprawy zapalnej ropnej, z punktem wyjścia w wyrostku robaczkowym albo w jajowodzie, przystąpiono do operacji. Cięcie podłużne, po linii środkowej. Podczas oddzielania zrostów sieci, pokrytej cuchnącemi nalotami, uwidocznił się w pętli jelita twór, który okazał się jajem płodowym; — płód, odpowiadający 10-tygodniowej ciąży, wypadł z niego podczas dalszych rękoczynów. Lewy jajowód wydłużony, rozszerzony, w środkowej części zamknięty. Płód z łożyskiem i jajowód usunięto, jamę brzuszną szeroko wytamponowano paskami gazy vioformowej. Po 10 tygodniach zupełne zagojenie rany.

Obok normalnej ciąży była tu więc jeszcze ciąża pozamacicz-



na, jajowodowa. Po pęknięciu jajowodu całe jajo przedostało się do jamy brzusznej, rozwijając się tu jako wtórna brzuszna ciąża. Zrosty, pokryte dookoła przylegającego do jelit płodu cuchnącym nalotem, przemawiały za zakażeniem, mającem punkt wyjścia w ścianie jelit. Stąd też objawy ropnego miejscowego zapalenia otrzewnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że równoczesne ciąża maciczna i pozamaciczna, są nadzwyczajnie rzadkie, rozpoznawane zazwyczaj dopiero na stole operacyjnym.

W odpowiedzi na uwagi Natansona, zarówno Lubelski jak i Fryszyberg, podkreślają, że wskazania do operacji były właśnie bezwzględne i wobec tego, że chora wciąż ciągle gorączkowała, a stan jej pogarszał się z dnia na dzień. Bolesne nacieczenie w dolnej części brzucha wskazywało na sprawę ropną, należało więc ognisko ropne znaleźć i otworzyć.

#### H. Altkaufer. Pokaz guza złośliwego macicy.

A. przedstawił, utrwalony w płynie Pick'a, nabłoniak kosmkowy (chorioepithelioma malignum) macicy, usuniętej kilka tygodni temu całkowicie wraz z przydatkami drogą cięcia brzuszego.

Chora, lat 37. przybyła do oddziału A. z powodu trwającego od 8 miesięcy krwawienia z narządów rodnych. Miesiączkuje od 13 roku życia. Zamężna od 11 lat. Urodziła prawidłowo 5-cioro żywych, donoszonych dzieci. Ostatni poród 3 lata temu. Nie ronila. Karmiła sama. Miesiączkowała zawsze prawidłowo: 28 dni, 2—3 doby, bez bólów, nie obficie. Przed wystąpieniem krwawienia, z powodu którego przybyła do szpitala, zatrzymania miesiączkowania nie było. Chora budowy prawidłowej, niezbyt blada, odżywiona średnio. Tętno 120, ciepłota prawidłowa. Krwawienie z pochwy nieznaczne. Bólów żadnych. Macica nieco powiększona, miękka, w przodogięciu, ruchoma. Badanie wyskrobiny z jamy macicy wykazało nabłoniak kosmkowy. Przerzutów nie stwierdzono.

Dokonano całkowitego wycięcia macicy wraz z przydatkami drogą brzuszną. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chorą wypisano z oddziału zdrową. Na przekroju macicy w okolicy trzonu, na tylnej ścianie, po stronie lewej, widać guz wielkości dużej śliwki. Przydatki zdrowe. Przedstawione preparaty drobnowidowe wykazują budowę nabłoniaka kosmkowego.

W przedstawionym, a dość rzadko spotykanym, przypadku na szczególną uwagę zasługuje fakt, że nabłoniak zaczął się rozwijać dopiero po trzech latach od ostatniej ciąży (prawidłowego porodu).

#### Lubelski Przypadek nowotworu wątroby.

Pierwotne nowotwory wątroby spostrzega się b. rzadko; najczęstsze są raki wtórne—przerzutowe. L. przypomina, że w szpitalu na Czystem operowali szczęśliwie guzy wątroby Rosenthal i Oderfeld. Chora Lubelskiego ma lat 42, a pierwsze objawy napa-

dów bólu brzucha zdarzały się już przed laty 12-tu prawie. W szpitalu wymacać można było w jamie brzusznej guz wielkości głowy noworodka, łatwo ruchomy, niezłączony z narządami płciowymi; łatwo go przesunąć było pod lewe podżebrze. Pyelografia wyłączyła guz nerki. Badanie krwi nic pewnego nie ustaliło. Podczas operacji znaleziono w jamie brzusznej guz wielkości głowy noworodka, b. unaczyniony, a wyrastający z brzegu lewego płata wątroby, i złączony z nią szypułą (8 ctm. dł., 2 — 3 ctm. szer.). Szypułę podwiązano catgutem w ten sposób, by miąższ całkowicie był uciśnięty podwiązką (sposób Kuzniecowa i Pęskiego), poczym guz odcięto; po 10 dn. rychłozrost. Guz miał budowę naczyniaka torbielowego (prof. H o r n o w s k i).

W dyskusji Klejn podkreśla trudności rozpoznawcze, jakie nastęrczał przypadek. Chorą był zmuszony zbadać w ciągu 1 dnia w którym wykonano szereg badań pomocniczych. Przy badaniu uderzała ruchomość guza, można go było objąć ze wszystkich stron jak to bywa z guzami śledziony, ale ze strony prawej górnej nie dał się całkowicie objąć. Wątroba przytym wcale się nie poruszała. Na miejscu zwykłej tępości śledziony był oddźwięk bębinkowy. We krwi była tylko lekka eozynofilia; zawartość barwików żółciowych nie była zwiększona. W moczu nic patologicznego. Nic zatem za patologicznymi zmianami w śledzionie nie przemawiało, mimo to jednak należało uważać guz za ruchomą śledzionę, być może zrosniętą z wątrobą. Naczyniaki torbielowe (cystangioma) zdarzają się najczęściej w śledzionie i przytym jednocześnie i w wątrobie. Gdy zawierają duże jamy, mogą dać tętnienie i szmery — tu tego nie było. Guzy te mają charakter łagodny. W preparacie widać naokoło torbieli i rozszerzonych naczyń, zawierających krew, zupełnie dobrze zachowane elementy morfologiczne wątroby z małym bardzo nacieczeniem.

---

Dn. 13 listopada r. ub. zakończony został I-y cykl 10-dniowy wykładów dla lekarzy w Szpitalu Starozakonnych na Czystem przy udziale 84 koleżanek i kolegów z Warszawy i z prowincji. Cykl II-gi wykładów o zakresie szerszym rozpocznie się 15 Maja r. b. i będzie trwał do dn. 25 Maja włącznie.

## **PROGRAM WYKŁADÓW DLA LEKARZY**

### **w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie**

(15 — 25 Maja r. b.).

(C Y K L II)

#### **I. Choroby wewnętrzne.**

Klein. O skazie krwotocznej — 2 godz.

Klejn, Frank i Szour. O nowszych metodach kliniczno-laboratoryjnych — 2 godz.

**Lewin i Bieleński.** Leczenie gruźlicy płuc — 3 godz.

**Luxenburg.** Rozpoznawanie i leczenie schorzeń nerek — 3 godz.

## **II. Choroby nerwowe i umysłowe.**

**Bornsztajn.** O kierunku psychologicznym w psychiatrii współczesnej — 2 godz.

**Bregman.** O stwardnieniu wieloogniskowem — 2 godz.

**Krukowski.** O płasawicy — 1 godz.

**Mackiewicz.** Encephalitis lethargica — 2 godz.

**Simchowicz.** O zachorzeniach opon mózgowo-rdzeniowych — 2 g.

**Sterling Wcl.** Epidemjologia zapalenia mózgu nagminnego — 1 g.

**Zylberlast-Zandowa.** O leczeniu schorzeń opon mózgowo-rdzeniowych — 2 godz.

## **III. Choroby chirurgiczne.**

**Goldstein.** O nowoczesnej chirurgji płuc z uwzględnieniem leczenia gruźlicy płucnej — 4 godz.

**Lubelski.** O ostrym i podostrem zamknięciu światła kiszek — 4 g.

**Sołowiejczyk.** O doszczętnem leczeniu przepnkin (z pokazem operacji) — 5 g.

**Szenkier.** O przyczynach i leczeniu zatrzymania moczu — 2 godz.

## **IV. Choroby kobiece i położnictwo.**

**Altkauffer.** O włókniakach macicznych — 3 godz.

**Natanson.** O zaburzeniu połogowem — 3 godz.

## **V. Choroby nosa, gardła i uszu.**

**Karbowski.** Badania nowoczesne nad błędnikiem i znaczenie ich dla kliniki — 2 godz.

**Lubliner.** Rozwój oto-, rhino-, laryngologii w ostatnim ćwierćwieczu (pokaz chorych, narzędzi i metod badania) — 4 godz.

**Zamenhof.** O zaburzeniach mowy i głosu — 2 godz.

## **VI. Choroby skórne i weneryczne.**

**Markusfeld.** Gruźlica skóry — 4 godz.

**Rosenberg.** Odczyn Wassermanna w świetle badań współczesnych — 1 godz.

## **VII. Rentgenologia.**

**Mesz.** Rentgenologia kiszek — 4 godz.

## **VIII. Choroby oczu.**

**Szwarcenberg.** Zapalenie łącznicy — 4 godz.

Oplata za cały cykl wykładów wynosi 10000 Mkp. Zapisy przyjmuje **Sekretarz Komitetu Organizacyjnego Wykładów Dr. Stanisław Klejn**, Warszawa. Nowogrodzka 46, Telefon 190-88 i 507-09.



## OD REDAKCJI.

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

---

## TREŚĆ NUMERU:

*H. Grynberg.* Ludwik Krause (wspomnienie pozgonne). — *M. Landsberg.* O niektórych nowszych sposobach czynnościowego określania niedomogi wątroby. — *P. Goldstein.* W sprawie torbielowatości gazowej jelit (*Pneumatosis cystoides intestinorum*). — *J. Gelbfisz.* Wartość lecznicza w przymiocie cytrynianu bizmutu wyrobu krajowego. — *M. Szour.* Bernard Gamarnikow (wspomnienie pozgonne). — Sprawozdania z posiedzeń naukowych (III — IX 1922). — Program wykładów dla lekarzy, Serja II.

---

## S O M M A I R E:

*H. Grynberg.* Louis Krause (1856 — 1922). — *M. Landsberg.* Quelques nouvelles methodes de determination de l'insuffisance fonctionnelle du foie. — *P. Goldstein.* Sur la pneumatose cystique intestinale. — *J. Gelbfisz.* La valeur therapeutique du citrate de bismuth dans la syphilis — *St. Szour.* Bernard Gamarnikow (1889 — 1923). — *Comptes rendus des séances cliniques à l'hôpital israelite à Varsovie.* — Programme des cours pour les médecins. Serie II

---

Redaktor: J. Rotstadt.

Komitet Redakcyjny: H. Altkauf. E. Flatau, St. Klejn,  
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. Altkauf

---

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

---

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

Zgodnie z życzeniem Komendanta W. S. S. kol. pułk. S. Hubickiego, redakcja, uznając potrzebę i wielką wagę istnienia i rozwoju Wojskowej Szkoły Sanitarnej, chętnie podaje do wiadomości Szanownych Kolegów poniżej wydrukowaną odezwę i prosi o poparcie materialne i moralne tej instytucji.

## ODEZWA DO OGÓŁU LEKARZY POLSKICH!

„14 listopada r. 1922 powstała i zaczęła funkcjonować w Warszawie Wojskowa Szkoła Sanitarna, mieszcząca się w jednym z historycznych gmachów polskich, t. zw. Zamku Ujazdowskim, na terenie Wojsk. Szpitala Okr. I. (Ujazdowskiego). Szkoła wychowuje młodzież pragnącą poświęcić się szczytnemu zawodowi lekarza wojskowego. Uczniowie Szkoły kształcą się w zawodzie lekarskim na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie są zwyczajnymi słuchaczami, zaś Wojskowa Szkoła Sanitarna zapewnia swym wychowankom całkowite utrzymanie i pomoce naukowe, kształci ich pod względem wojskowym i wojskowo-lekarskim oraz urabia ich na obywateli-oficerów W. P., świadomych swych zadań i odpowiedzialności wobec Państwa i Społeczeństwa.

Wszelkie poczynania w nowo-budującej się Polsce natrafiają na olbrzymie trudności i przeszkody tak ze względu na brak środków materialnych jak również zasobów naukowo-dydaktycznych, gromadzonych zwykle pracą i zabiegiwością pokoleń i stanowiących niezbędny czynnik moralno-wychowawczy.

Identyczne Szkoły Wojskowe Lekarskie istniejące w Państwach o dawnej kulturze i nieprzerwanej tradycji własnej, posiadają bogate zbiory z dziedziny rozwoju kultury narodowej i również historii medycyny wogóle oraz medycyny wojskowej w szczególności.

Młoda Wojskowa Szkoła Sanitarna Polska nie posiada dotychczas żadnych zbiorów w tym zakresie: przerwana nić tradycji własnej, wojskowo-sanitarnej, zapoczątkowana tak świetnie w epoce Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego dzięki usiłowaniom Bergonzoni'ego, Lafontaine'a, Czerwiakowskiego, Kaczkowskiego, Marcinkowskiego i tylu innych światłych lekarzy Wojska Polskiego, urwała się w r. 1831; już wówczas zapoczątkowane zbiory uległy konfiskacie i rozproszeniu.

Wojskowa Szkoła Sanitarna poczuwa się do obowiązku nawładzania przerwanej świetnej tradycji Polskiej Wojskowej Służby Zdrowia i zwraca się niniejszem do ogółu Lekarzy Polskich oraz całego Społeczeństwa Polskiego z prośbą o nadsyłanie:

1) wszelkich przedmiotów, odnoszących się do historii Polskiej Wojskowej Służby Zdrowia (portrety lekarzy wojskowych, dzieła, pamiątki, listy, rozkazy, nominacje, dyplomy, mundury wzgl. szcze-

góły umundurowania, odznaki, fotografie szpitali polskich, ciekawe historie chorób, karty szpitalne i t. p.),

2) przedmiotów, odnoszących się do dziejów medycyny i higieny wojskowej wogóle (dzieła, rękopisy, okazy np. uszkodzone kości, pociski usunięte, odłamy ciał obcych, ryciny, opisy narzędzi i przyrządów lekarskich i ekwipunku, transportu rannych i t. p.).

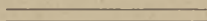
Szkoła nie wątpi, że Lekarze i Społeczeństwo Polskie, któremu głęboko leży na sercu racjonalne wychowanie przyszłych pokoleń lekarzy wojskowych oraz należyta organizacja wojskowej służby zdrowia, zechce poprzeć usiłowania w kierunku stworzenia Muzeum Szkolnego, jako niezbędnego środka kształcącego i wychowawczego.

Wszelkie ofiary nadsyłać prosimy na imię Komendanta Wojskowej Szkoły Sanitarnej płk.-lek. Stefana Hubickiego, Warszawa, Piękna № 1 Szpital Ujazdowski.

Miesięcznik „Lekarz Wojskowy“ otworzy specjalną rubrykę, w której ogłaszane będą nazwiska ofiarodawców.

*Stefan Hubicki, płk.-lek.*

Komend. Wojsk. Szkoły Sanitarnej.



### **Omyłki ważniejsze w zesz. I tomu II.**

Str.	Wiersz	Zamiast	Winno być
—	—	jelito grube	kiszka (gruba)
65	10 od góry	Sterling Wcł.	Sterling Wład.
65	17 od dołu	O zaburzeniu położowem	O zakażeniu położowem

